

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 23. SZÁM 1365—1428 OLDAL

BUDAPEST, 1981. JÚNIUS 7.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

MAGURLIT® granulatum
CONTRA NEPHROLITHIASIM



CHINOIN
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 húgysavkő oldására, kimutatott negatív kőárnyék és tartósan savanyú vegyhatású (pH 5,5 alatti) vizelet esetében.

A vese- és húgyutakban a húgysavkő megelőzésére:

a) ha a kórelőzményben többször szerepelt húgysavból, vagy húgysav és calciumoxalat keverékéből álló kő ürítése;
b) húgysavkő műtéti eltávolítása után, ha a vizelet nem fertőzött.

Adjuvánsként alkalmazható a cystin kövek konzervatív kezelésekor használatos D-penicillamin therapia kiegészítésére.

Emelkedett serumhúgysav-szint esetén allopurinol therapiával 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, fogyadékkal való bevételével. 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 granulatum 100×2 g-os tasak, indikátorpapír + színskála, dobozban. 16,40 Ft

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

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

23. SZÁM

*

1981. JÚNIUS 7.

TARTALOMJEGYZÉK

Sztriha László dr., Túri Sándor dr. és Mágori Anikó dr.:
Membranoproliferatív gromerulonephritis gyermekkorban 1367

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Korányi László dr., Tamás Gyula dr. jr., Gerő László dr., Halmos Tamás dr., Baranyai Éva dr. és Büki Béla dr.:
Glukagonkötő-antitestek inzulinnal kezelt cukorbetegek vérében 1371

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Svastits Egon dr., Liszka György dr. és Bodó Miklós dr.:
Klinikai vizsgálat, mammographia és aspirációs cytológia együttes alkalmazása az emlőbetegség kórismézésében 1375

Kéki Kálmán dr., Szabados Rezső dr., Nemes Tihamér dr. és Tarján László dr.:
Phlegmasia coerulea dolens fibrinolyticus therápiája 1377

KLINIKOFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Faragó Eszter dr., Szilasi Mária dr., Kiss János dr. és Gömöry András dr.:
A gentamicin és a tobramycin összehasonlító in vitro bakteriológiai és farmakokinetikai vizsgálata 1381

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Berkessy Sándor dr., Pauker Zsolt dr. és Mády János dr.:
Plasma-transfusiókkal sikeresen kezelt thrombotikus thrombocytopeniás purpura ... 1387

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

Andréka Bertalan dr., Háfenscher István dr., Petrovicz Éva dr. és Méhes Károly dr.:
A győri újszülöttek hypothyreosis-szűrővizsgálata 1391

KAZUISZTIKA

Bozóky Géza dr., Varga Judit dr. és Biliczki Ferenc dr.:
Heparin-kezelés által indukált heveny DIC 1399

Székely Ádám dr., Hazay Lajos dr., Harsányi Ádám dr., Kaszás Csaba dr., Dénes Ferenc dr. és Kiss Béla dr.:
Corticalis vakságot okozó agyi légembolisatio sikeres hyperbarikus kezelése 1401

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1403
Folyóiratreferátumok 1405
Levelek a szerkesztőhöz 1419
Könyvismertetés 1421
Hírek 1427
Pályázati hirdetmények 1426

NORCOLUT®

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 5 mg norethisteronum tablettánként.

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

ELLENJAVALLAT: Emlő-, genitalis carcinoma. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: trombóziskészség, hepatitis, májműködési zavarok.

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

Diszfunkcionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometriiben (amennyiben a vérzés funkcionális jellegét 6 hónapon belül végzett hisztológiai vizsgálat igazolta): 6–12 napon át napi 1–2 tabl., a vérzés megszüntetésére 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 (Mikrofollin 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

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Gyermekklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)
Kórbonctani Intézet
(igazgató: Ormos Jenő dr.)

Membranoproliferatív glomerulonephritis gyermekkorban

Sztriha László dr., Túri Sándor dr.
és Mágori Anikó dr.

A glomerulopátiák kliniko-patológiai tanulmányozása során a proliferatív glomerulonephritiseknek olyan csoportját különítették el, amelyet ma már önálló kórformának tekinthetünk (2, 6, 19), és *Royer* és *Habib* után (27) membranoproliferatív glomerulonephritisnek nevezünk. A kórkép változatos klinikai tünetekkel jár, morfológiailag azonban egységes, a többi glomeruláris betegségtől jól elkülöníthető elváltozásokban — a mesangium proliferáció és a kapillárisfal-megvastagodás jellegzetes kombinációjában — nyilvánul meg. Két típusba szokás sorolni (9, 10). Az I. típusban a kapilláris fal megvastagodásáért az endothel és a bazális membrán közé nyomuló mesangium-sejtek és matrix felelősek, a II. típusban (denz depozit betegség) elektrondenz anyag rakódik le a bazális membránban. *West és mtsai* hívták fel először a figyelmet a gyermekkori perzisztáló hypokomplementaemiával járó glomerulonephritisekben észlelhető sajátos szövettani elváltozásokra. Az elmúlt másfél évtizedben számos tanulmány foglalkozott a hypokomplementaemia és a membranoproliferatív glomerulonephritis kapcsolatával, elősegítve az etiopatogenezis jobb megközelítését (3, 4, 8, 9, 22, 25, 28, 32, 34).

A hazai irodalomban korábban *Miltényi és mtsai* (18), *Marosvári és mtsai* (14), *Beregi és mtsai* (1), továbbá *Szepesházi és mtsai* (29) számoltak be gyermekkori membranoproliferatív glomerulonephritissel kapcsolatos klinikai és morfológiai tapasztalataikról. *Beregi* és *Varga* monográfiájukban (2) főleg a kórkép szövettani jellegzetességeit tárgyalják. Bár a megbetegedés nem gyakori, a differenciáldiagnosztikai nehézségek és a terápiás tapasztalatok bővülése miatt indokoltnak látszik, hogy néhány eset kapcsán tárgyaljuk a kórkép aktuális kérdéseit.

Esetismertetés

1. eset. Z. M. 10 éves leány légúti infekciót követően kialakuló nephrosis szindróma miatt került felvételre. Generalizált oedemát, proteinuriát (4 g/die), hypoproteinaemiát (48 g/l; 4,8 g%), hyperkoleszterinaemiát (15 mmol/l; 577,5 mg%), hypertoniát (17,3/13,3 kPa; 130/100 Hgmm) észleltünk, Haematuriája nem volt. Szérum kreatinin: 44,2 umol/l (0,5 mg%), UN: 2,9 mmol/l (8,1 mg%), AST: 1360 E, LE-sejt: negatív. Endogén kreatitin clearance: 1,33 ml/s/1,7 m^2 (80 ml/min/1,7 m^2). A nephrosis szindróma szteroid rezisztensnek bizonyult, vesebiopszia történt, a szövettani lelet: membranoproliferatív glomerulonephritis (I. típus).

A tünetek jelentkezése után 10 hónappal a proteinuria változatlan, a szérum kreatinin szint emelkedni kezdett (106,8—123,8 umol/l; 1,2—1,4 mg%), a clearance 0,73 ml/s/1,7 m^2 (43,8 ml/min/1,7 m^2). A következő 16 hónap folyamán a nephrosis szindróma perzisztált, mikroszkópos haematuria jelentkezett, a vérnyomás tovább emelkedett, a vesefunkció jelentősen beszűkült. 25 hónappal a betegség kezdete után a szérum kreatinin: 548 umol/l (6,2 mg%), UN: 14,3 mmol/l, (40 mg%), összfehérje: 44 g/l (4,4 g%), endogén kreatinin clearance: 0,17 ml/s/1,7 m^2 (10,2 ml/min/1,7 m^2), a fehérjeürítés 5 g/die, a vizeletben $0{,}46 \times 10^6$/l (46/mm^3) vvt. látható. Koncentrálóképesség (DDAVP): 500 mmol/kg. C_3 komplement: 1,0 g/l)100 mg%). 26 hónappal az első tünetek jelentkezése után a gyermek meghalt.

A hatástalan Prednisolon-terápia után 8 hétig Leukerant (0,2 mg/kg/die) kapott a beteg, tünetei ekkor sem mérséklődtek. Ezután 1 évig Heparin retard (hetente 3×1000 E) kezelésben részesült, a vesefunkció romlása azonban feltartóztathatatlannak bizonyult.

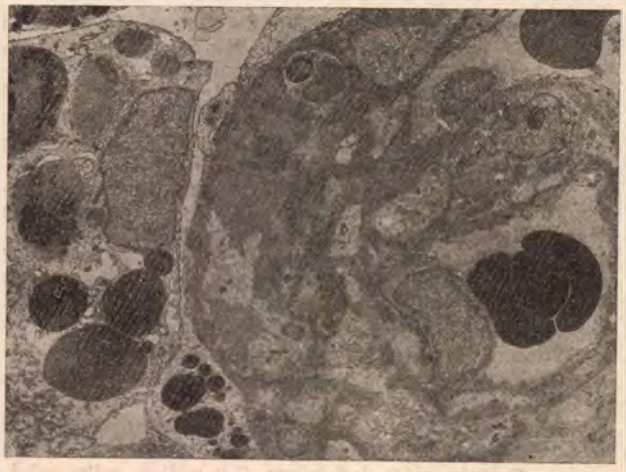
2. eset. R. J. 10 éves leányt oedema, proteinuria (4,2 g/die), hypoproteinaemia (48 g/l; 4,8 g%) miatt vettük fel. Időnként mikroszkópos haematuriát is észleltünk. Hypertoniája nem volt. Szérum kreatinin: 53 umol/l (0,6 mg%), UN: 6,0 mmol/l (16,8 mg%), AST: 800 E, C_3 komplement: 1,2 g/l (120 mg%). A nephrosis szindróma szteroid rezisztensnek bizonyult, vesebiopszia történt, a szövettani kép membranoproliferatív glomerulonephritis II. típusának (denz depozit betegség felelt meg. A Prednisolont elhagytuk. Leukeran-kezelést kezdtünk el. A szteroid mellékhatások (Cushingoid elhízás, striák, hypertonia) fokozatosan elmúltak, a proteinuria jelentősen csökkent (1,2 g/die), szérum összfehérje 62 g/l (6,2 g%). Az egyéves megfigyelési idő alatt a vesefunkció nem romlott. C_3 komplement egy évvel a betegség kezdete után 0,74 g/l (74 mg%).

3. eset. M. M. 7. éves leány tonsillitis után egy héttel oedemássá, oliguriássá vált. Vérnyomása nem magas. Proteinuriája kifejezett (7.0 g/die), mikroszkópos haematuriát is észleltünk. Szérum összfehérje: 55 g/l (5.5 g%), kreatinin: 327 umol/l (3,7 mg%), UN: 38.6 mmol/l (108 mg%), C_3 komplement: 0.6 g/l (60 mg%), AST: 84 E. Anaemiája kifejezett. A következő napokban az oliguria változatlan (napi 300—500 ml vizeletet ürít), a szérum kreatinin tovább emelkedett, hypertonia jelentkezett, a gyermek általános állapota romlott, ezért a felvétel utáni 10. napon peritoneális dialysist kezdtünk. Az alapfolyamat tisztázása érdekében vesebiopsziát végeztünk, a szövettani diagnózis: membranoproliferatív glomerulonephritis (I. típus). Egy hét múlva peritonitis alakult ki és fulmináns szepszis tüneteivel a gyermek meghalt.

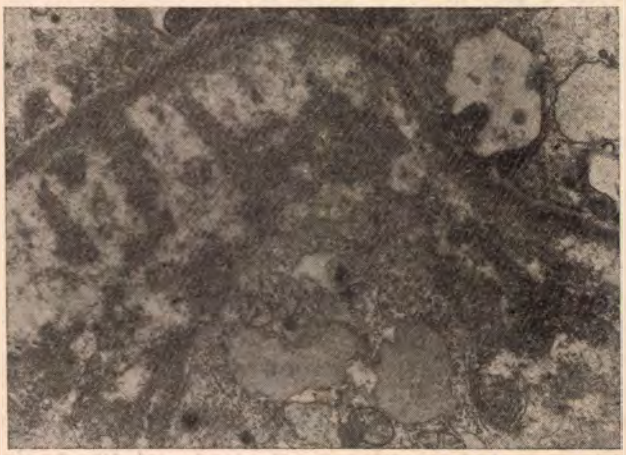
4. eset: B. A. 11 éves leányt akut glomerulonephritis tüneteivel vettük fel. 1 héttel a vesepanaszok jelentkezése előtt légúti infekció zajlott le. Oedemát, hypertoniát, oliguriát, makroszkópos haematuriát, proteinuriát, azotaemiát (UN: 25 mmol/l: 70 mg%) észleltünk. Szérum kreatinin: 530 umol/l. (6,0 mg%), endogén kreatinin clearance: 0,33 ml/n/1,7 m^2 (20 ml/min /1,7 m^2). AST: 1600 E. Tüneti kezelésre a beteg diurézise fokozódott, a szérum kreatinin- és UN-szint normalizálódott, a hypertonia mérséklődött, azonban még két hónappal a tünetek jelentkezése után is jelentős proteinuriát (3—4 g/die) észleltünk mikroszkópos haematuria kíséretében. LE-sejt negatív, C_3 komplement: 1,65 g/l (165 mg%). A vesebiopszia szövettani képe membranoproliferatív glomerulonephritis I. típusának felelt meg. Szteroid terápia során a proteinuria csökkent, azonban hypertonia alakult ki, és 4 hónapig tartó kezelés után a szteroidot elhagytuk. Később terápiában nem részesült a beteg, relapszusa nem volt. 6 évvel a betegség kezdete után haematuriája



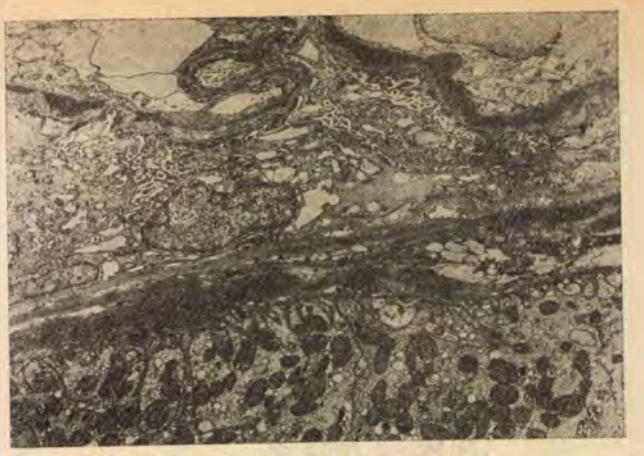
1. ábra: Glomerulusrészlet. A gomerulus nagy részét elfoglaló mesangiumsejt- és matrix-proliferáció. A kapilláris lumenek obliterálódtak. EM 5000×



2. ábra: Glomerulusrészlet. Erősen kiszélesedett kapilláris fal, jellegzetes mesangialis interpozícióval, a bazális membrán többrétegűvé válásával. A podocyták testében lipid és lipoprotein inklúziók. A lábnyúlványok egybeolvadtak. EM 5000×



3. ábra: Glomerulus kapilláris falrészlet. A jelentősen kiszélesedett bazális membránban subendotheliálisan nagyrészt kioldódott immundepozitumok. Az aktív endothelsejt lipideket tartalmaz. EM 23 000×



4. ábra: Jellegzetes elektrondenz bazális membrán átalakulás glomerulus kapilláris, Bowman-tok és proximalis kanyarulatos csatorna bazális membránjában. EB 6000×

nincs, proteinuriája kisfokú, szérum kreatinin és UN értéke normális, C_3 komplement: 1,3 g/l (130 mg%).

Szövettanilag a membranoproliferatív glomerulonephritisre jellemző mesangium-proliferáció (sejt- és matrix-szaporulat), valamint kapillárisfal-kiszélesedés eseteinkben különböző mértékű volt.

Első esetünkben mérsékeltebb mesangiális sejtproliferációt láttunk, lényeges kapillárisfal-megvastagodás nélkül, a kép inkább mesangiális proliferatív glomerulonephritisnek tűnt, és csak az elektronmikroszkópos vizsgálat derítette ki, hogy a glomerulonephritis — bár nem teljesen diffúzan — membranoproliferatív jellegű. A második esetben a mesangium túltengése dominált, amely miatt a kapillárisok inkább csak a kacsok perifériáján voltak nyitottak. A mesangium túltengése főleg a matrix felszaporodásából és csak kisebb mértékben a sejtek proliferációjából adódott. Harmadik és negyedik esetünkben az erős sejtproliferáció helyenként a glomeruluskapillárisok obliterációjához vezetett.

Elektronmikroszkóposan mindegyik esetünkben kimutatható volt a már fénymikroszkóppal is észlelt mesangium-proliferáció *(1. ábra)* mellett a glomerulus-kapilláris falát kiszélesítő, membranoproliferatív glomerulonephritisre jellemző mesangiális interpozíció a bazális membrán többrétegűvé válásával *(2. ábra)*. Az I. típusra jellemző subendotheliális immundepozitumokat harmadik és negyedik esetünkben lehetett nagyobb számban kimutatni, harmadik esetünkben már nagyrészt kioldott állapotban *(3. ábra)*. Második esetünk az ún. denz depozit betegség típusos képét mutatta. A bazális membrán kiterjedt elektrondenz átalakulása jött létre nemcsak a glomerulus-kapillárisok, hanem a Bowman-tok és egy-egy proximális kanyarulatos csatorna bazális membránjában is *(4. ábra)*.

Megbeszélés

A membranoproliferatív glomerulonephritis változatos klinikai tünetek formájában manifesztálódik. Első és második esetünkben szteroid-rezisztens nephrosis szindróma képében jelentkezett, harmadik és negyedik esetünkben az akut nephritis szindróma tünetei álltak előtérben, a proteinuria azonban súlyosabb fokú volt, mint akut glomerulonephritisben szokásos. Negyedik esetünkben a hypertonia, az oliguria és az azotaemia rövid időn belül megszűnt, a nagyfokú proteinuria és a mikroszkópos haematuria azonban perzisztált.

Habib és mtsai (9), továbbá *Cameron és mtsai* (3) nagyszámú betegen végzett vizsgálatai szerint az

első észleléskor a membranoproliferatív glomerulonephritisben szenvedő gyermekek 67%-ában jelentkezik nephrosis szindróma, haematuria 88%-ban, azotaemia 31%-ban, hypertonia pedig 25%-ban, a betegek harmadában akut glomerulonephritist diagnosztizálnak. Tünetmentes proteinuria is lehetséges, hosszú ideig elrejtve az alapbetegséget. A változatos tünetegyüttes egyértelművé teszi a vesebiopszia szükségességét a diagnózis felállításához. Hasonló tüneteket számos glomeruláris megbetegedés okozhat (6), és a szövettani diagnózis prognosztikai jelentőségén kívül bizonyos terápiás konzekvenciákkal is jár.

A membranoproliferatív glomerulonephritis I. típusában (1., 3., 4. esetünk) a mesangium-sejtek proliferációja és a mesangium-matrix felszaporodása mellett a legfeltűnőbb az, hogy a mesangiális sejtek és a matrix benyomulnak a kapillárisok bazális membránja és az endothel közé, beszűkítve a kapillárisok lumenét. Az II. típusban (denz depozit betegség, 2. esetünk) a mesangium proliferációja mellett elektrondenz anyag rakódik le a bazális membránban, a kapilláris kacsokon kívül a Bowman-tok és a tubulusok bazális membránjában is. Immunfluorescenciával általában mindkét típusban kimutathatók immunglobulinok, illetve C_3 komplement szemcsés depozitumai a kapilláris kacsok mentén, illetve a mesangiumban. Az utóbbi években egyre több közlemény foglalkozik azzal, hogy a denz depozit betegség a membranoproliferatív glomerulonephritis egyik formája-e (II. típus), vagy önálló nozológiai egység. Többen önálló kórformának tekintik (7, 11, 35), *Ormos és mtsai* is az utóbbi nézetet vallják (23, 24); az egyik esetükben végzett lépbiopszia alapján igazolva látják *Galle és Mahieu* (7) feltételezését, amely szerint szisztémás bazális membrán megbetegedés vesére lokalizált formájáról van szó.

A megbetegedés etiológiája tisztázatlan. Az anamnézisben szereplő felső légúti hurut (1., 3., 4. eset), az emelkedett AST-titer (1., 2., 4. eset), az akut nephritis szindróma (3., 4. eset) Streptococcus vagy egyéb infekció szerepét sugallja. *Habib és mtsai* (9), továbbá *Cameron és mtsai* (3) beteganyagában azonban viszonylag kis számban szerepelt anamnesztikusan felső légúti infekció, és az emelkedett AST-titer aránya sem tért el az átlagpopulációétól. Egyes morfológiai megfigyelések a poststreptococcalis eredet ellen szólnak (21), mások pedig a klinikai képpel egybevetve támogatják főleg a II. típus poststreptococcalis eredetét (10, 32, 33).

Intenzív kutatásokra ösztönzött az, hogy a membranoproliferatív glomerulonephritisek jelentős részéhez tartós hypokomplementaemia társul. Hypokomplementaemia kíséri az akut poststreptococcalis glomerulonephritist, amelyben a teljes haemolytikus komplement és a C_3 komplement szintje is csökkent, de legkésőbb nyolc héttel a betegség kezdete után normalizálódik (4, 25). *West és munkacsoportja* foglalkozott legbehatóbban a komplementrendszer és a membranoproliferatív glomerulonephritis kapcsolatával (28, 31, 32, 33). A C_3 komplement bomlását az alternatív úton a betegekben keringő antikomplement faktor, a C_3 nephritis faktor (C_3NeF) indítja el. A C_3NeF eredete és természete ismeretlen, nem a vesében képződik, mert kétoldali nephrectomia után is kimutatható. A komplementrendszer aktiválódása biológiailag aktív anyagok felszaporodását eredményezi, és ha a C_3NeF és C_3 komplement reakciója a glomerulus bazális membránján, vagy annak közelében megy végbe, a glomerulusban gyulladást válthat ki. Hypokomplementaemia kezdetben a betegek 68%-ában észlelhető, később még 18% válik hypokomplementaemiássá. Második esetünkben egy év alatt jelentősen csökkent a komplement szint. A klinikai lefolyás független a komplement szinttől, amely a terápia során normalizálódhat anélkül, hogy a vese patológiás elváltozásai javulnának (3, 9, 15, 32).

A terápiás lehetőségek membranoproliferatív glomerulonephritisben korlátozottak. Mint eseteink is bizonyítják, a 8—10 hétig tartó szteroid kezelés általában hatástalan és mellékhatásként súlyos hypertonia jelentkezhet (3, 9). A szteroid kezelés megítélésében azonban fordulatot jelenthet *McEnery és mtsai* (15) húszéves tapasztalata. Évekig másodnaponként adtak Prednisolont; legkevesebb egy évig a dózis másodnaponként 1,5—2,0 mg/kg volt, később a klinikai tünetektől függően kisebb. A túlélési kilátásokat emellett a terápia mellett kedvezőnek látták. Az egyedül citosztatikus szerekkel (azathioprin, cyclophosphamid, chlorambucil) kezelt és a kezeletlen betegek kórlefolyásában lényeges különbség nincs (3, 9, 34).

Kincaid-Smith (12) kezdeményezte a membranoproliferatív glomerulonephritis tartós kombinált kezelését immunszuppresszív szerrel, antikoagulánssal (heparin, warfarin) és dipyridamollal (Persantin). Számos kísérletes, klinikai és szövettani vizsgálat (5, 12, 20, 26) igazolta glomerulonephritisben a koagulációs zavart, ezért ésszerűnek tűnik az immunszuppresszív kezelést heparinnal és a thrombocytaaggregációt gátló dipyridamollal kiegészíteni. *Kincaid-Smith* vizsgálatai szerint (12) a már beszűkült vesefunkciójú betegek túlélési kilátásai is jelentősen javultak, olykor hisztológiai javulás is észlelhető volt. Gyermekkorban általában 6—8 óránként 100 E/kg heparin s. c. (az alvadási idő a normális 2—2,5-szeresére nyúljon), és naponta három részben 10 mg/kg/die Persantin adása javasolt (5). A tartós hatású heparin készítmények a kezelést egyszerűsítik.

Michielsen és mtsai (17) hosszú ideig adott indometacin kedvező hatásáról számolnak be membranoproliferatív glomerulonephritisben. Legújabban plasmaferesissel kísérlik meg a betegség progresszióját befolyásolni (16).

A membranoproliferatív glomerulonephritis prognózisa általában rossz, bár évekig tünetmentesek is lehetnek a betegek. A különböző vizsgálatok szerint a betegség diagnosztizálása után 10 évvel a gyermekek 24—50%-ában alakul ki veseelégtelenség (34). Ha a vesefunkció romlani kezd, gyorsan, 15—20 hónap alatt kifejlődik a végstádium-vese, amint első esetünkben is megfigyelhettük. A betegek jelentős része tehát művese-kezelésre szorul,

sajnos a transzplantátumban gyakori a betegség recidivája (13, 30). A korábban felsorolt és biztatónak látszó újabb kezelési eljárásokkal kapcsolatban még nem áll rendelkezésre olyan számú kellően kontrollált vizsgálati erdmény, amely alapján egyértelműen állást lehetne foglalni arról, hogy befolyásolják a betegség kimenetelét.

Összefoglalás: A szerzők több eset kapcsán tárgyalják a membranoproliferatív glomerulonephritis etiológiáját, változatos klinikai tüneteit, a komplementrendszer sajátosságait a megbetegedésben, továbbá a jellegzetes szövettani elváltozásokat. A pontos diagnózist általában csak a vesebiopsiás anyag fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatával lehet felállítani. Ismertetik a terápiás lehetőségeket, különös tekintettel a kombinált, immunszuppresszív-antikoaguláns kezelésre, amelytől talán a rossz prognózisú megbetegedés kedvezőbb kimenetele remélhető.

IRODALOM: 1. *Beregi E. és mtsai:* Internat. Urol. Nephrol. 1971, *3*, 171. — 2. *Beregi E., Varga I.:* Renal Biopsy in Glomerular Diseases. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978. 120. old. — 3. *Cameron, J. S., és mtsai:* Br. med. J. 1970, *4*, 7. — 4. *Cameron, J. S. és mtsai:* Br. med. J. 1973, *3*, 668. — 5. *Cameron, J. S.:* in Glomerulonephritis. Kluthe, Vogt, Batsford, szerk., Georg Thieme, Stuttgart, 1976. 154. old. — *Churg, J., Habib, R., White, R. H. R.:* Lancet. 1970, *1*, 1299. — 7. *Galle, P., Mahieu, P.:* Am. J. Med. 1975, *58*, 749. — — 8. *Gotoff, S. P. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1965, *273*, 524. — 9. *Habib, R. és mtsai:* Clin. Nephrology. 1973, *1*, 194. — 10. *Habib, R. és mtsai:* Kidney Internat. 1975, 7, 204. — 11. *Kincaid-Smith, P., Hobbs, J. B.:* Med. J. Australia. 1972, *2*, 1397. — 12. *Kincaid-Smith, P.:* in Glomerulonephritis. Kincaid-Smith. Mathew, Becker szerk., J. Wiley, and Sons, New York, 1973, 591. old. — 13. *Leumann, E. P. és mtsai:* Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 408. — 14. *Marosvári I. és mtsai:* Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1971, *12*, 131. — 15. *McEnery, P. T., McAdams, A. J., West, C. D.:* Clin. Nephrology. 1980, *13*, 117. — — 16. *McKenzie, P. E. és mtsai:* Clin. Nephrology. 1979, *12*, 97. — 17. *Michielsen, P., Vanrenterghem, Y., Roels, L.:* in Glomerulonephritis. Kluthe, Vogt, Batsford szerk., Georg Thieme, Stuttgart, 1976. 149. old. — 18. *Miltényi M. és mtsai:* Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1970, *11*, 263. — 19. *Miltényi M.:* Orvostudomány Aktuális Problémái. 1976, *24*, 145. — 20. *Misz M., Szabó T., Udvardy M.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 3105. — 21. *Okuda, R. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1970, *119*, 291. — 22. *Ooi, Y. M., Vallota, E. H., West, C. D.:* Kidney Internat. 1976, *9*, 46. — 23. *Ormos J., Mágori A., Sonkodi S.:* Orv. Hetil. 1979, *120*, 2001. — 24. *Ormos J. és mtsai:* Arch. Path. Lab. Med. 1979, *103*, 265. — 25. *Peters, D. K., Williams, D. G.:* in Pediatric Nephrology. Rubin, Barrat szerk., Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1975, 177. old. — 26. *Ratner M. és mtsai:* Dt. Gesundh.-Wesen. 1980, *35*, 87. — 27. *Royer, P. és mtsai:* Ann. Pediatr. 1962, *38*, 173. — 28. *Ruley, E. J. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1973, *52*, 896. — 29. *Szepesházi K. és mtsai:* Internat. Urol. Nephrol. 1971, *3*, 415. — 30. *Turner, D. R. és mtsai:* Kidney Internat. 1976, *9*, 439. — 31. *West, C. D. és mtsai:* J. Pediatrics. 1965, *67*, 1089. — 32. *West, C. D. és mtsai:* in Glomerulonephritis. Kincaid-Smith, Mathew, Becker szerk., J. Wiley and Sons, New York, 1973, 531. old. — 33. *West, C. D.:* Kidney Internat. 1976, *9*, 1. — 34. *White, R. H. R.:* in Pediatrics Kidney Disease. Edelmann, Jr. szerk. Little, Brown and Co., Boston, 1978, 660. old. — 35. *Zollinger, H. U., Mihatsch, M. J.:* in Renal Pathology in Biopsy. Springer Verl., Berlin—Heidelberg—New York, 1978, 252. old.

DROPERIDOL *injekció*

ÖSSZETÉTEL: 25 mg 1-[1-/4(p-fluorophenyl)-4-oxobutyl/-1,2,3,6-tetrahydro-4-pyridil] benzimidazolin-2-onum (10 ml) amp.-ként.

JAVALLAT: Neuroleptanalgesia Fentanyl injekcióval kombinálva, elsősorban idős, leromlott, rossz általános állapotban levő labilis keringésű betegeknek. A postoperatív szakban jelentkező pszichés nyugtalanság kezelése. A különböző eredetű intoxikációk, shock állapot, valamint súlyos égés komplex kezelése, szív-, máj-, és vesekárosodás esetében is. Különböző típusú narkózis előkészítése, eszközös vizsgálat, endoszkópiás vizsgálat.

ELLENJAVALLAT: Parkinsonismus.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: Műtéti előkészítésre: 2,5—5 mg (1—2 ml) im. 15—45 perccel a műtéti beavatkozás megkezdése előtt. **Műtéti érzéstelenítésre:** 15—20 mg (6—8 ml) iv. **Műtéti érzéstelenítés fenntartására:** hosszabb műtéteknél 2,5—5 mg (1—2 ml) ismételt adása is szükséges. **Postoperatív szakban:** 2,5—5 mg (1—2 ml) im. Ez az adag szükség esetén 6 óránként megismételhető.

Gyermekeknek: Műtéti előkészítésre: 0,1 mg/tskg im. a műtéti beavatkozás megkezdése előtt. **Műtéti érzéstelenítésre:** 0,2—0,4 mg/tskg iv., vagy 0,3—0,6 mg/tskg im. Az ismertetett mennyiségek a beteg állapotától függően módosulhatnak.

Kombinált kezelés: Fentanyl injekcióval kombinálható megfelelő anaesthesiológiai feszkészültség esetén.

MELLÉKHATÁS: Extrapyramidalis tünetek, amelyek antiparkinson-szerekkel megszüntethetők. Túladagoláskor vagy jelentős hypovolaemiában nagyobb vérnyomásesés alakulhat ki. Túladagoláskor analeptikum, szimpatikomimetikum adásával, hypovolaemiában megfelelő volumen-pótlással az állapot jól befolyásolható.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Óvatosan adható — benzodiazepinekkel (hatásfokozódás).

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 50 × 10 ml 104,— Ft.



QH 1370

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
B. Belosztály
(főorvos: Halmos Tamás dr.)

Glukagonkötő-antitestek inzulinnal kezelt cukorbetegek vérében

(Monospecies és monokomponens inzulin kezelés hatása az antitestek szintjére)

Korányi László dr., Tamás Gyula dr. jr., Gerő László dr., Halmos Tamás dr., Baranyai Éva dr. és Büki Béla dr.

A hagyományos átkristályosítással tisztított inzulinkészítményekben gél-filtrációs vizsgálattal különböző molekulasúlyú összetevőket (*a*, *b*, és *c* komponens) lehet kimutatni. A nagyobb molekulasúlyú *a*. és *b*. csúcsban inzulinpolimereket proinzulint és inzulin-intermediereket, a *c*. csúcsban az inzulinon kívül dezamidoinzulint, inzulin-etilésztert, arginilinzulint találtak (7). Az *a*. és *b*. csúcsot molekulaszűréssel el lehet távolítani. Igen érzékeny immunológiai eljárásokkal, mint amilyen a radioimmuno-assay, még ilyenkor is találunk a *c*. csúcsban pancreas-polypeptidet (PP), vasoaktív intestinalis polypeptidet (VIP), glukagont (G), hypercalcaemiás faktort, somatostatint (1, 7). E pancreasból származó polypeptidek mennyiségét csak további tisztítás, az ún. ioncserélő kromatográfia csökkenti. A monokomponens inzulinnak nevezett nagy tisztaságú inzulinokban a proinzulin- és a glukagon tartalom már kisebb, mint 0,0001% (kb. 1 ppm) a PP—VIP és somatostatin tartalom kevesebb mint 0,000001% (kb. 0,01 ppm). Érthető tehát, hogy a hagyományos — csak átkristályosítással tisztított — inzulinnal kezelt cukorbetegek vérében nemcsak az inzulin ellen, de esetenként a fent felsorolt szennyeződések ellen is termelődik antitest. A klinikai tapasztalatok szerint a szarvasmarha,- vagy szarvasmarha- és sertéspankreászból készült kevert inzulinkészítmények immunogenitása nagyobb, mint a monospecies, csak sertésből készült inzulinoké (7, 9).

Vizsgálataink kezdetekor az akkor hazánkban leggyakrabban használt inzulin, a kristályos zink-protamin (Kőbányai Gyógyszergyár) és az NPH inzulin (Organon) (neutrális protamin Hagedorn) alkalmazásakor kialakuló glukagonkötő antitesteket már évekkel ezelőtt megfigyeltük (4).

Előzetes vizsgálataink után a későbbiekben arra kerestünk választ, hogy

— a keringésben jelenlevő glukagonkötő antitestek befolyásolják-e az exogén és endogén glukagon hatását;
— a diabeteszes szövődmények megjelenését;
— a cukorbetegség klinikai jellemzőit (stabilitás, labilitás);
— fokozzák-e a hypoglykaemiás készséget;
— változik-e a glukagonkötő antitestek vérszintje, ha ezeket a betegeket az eredeti inzulinkészítményről monospecies (MS) vagy monokomponens (MC) inzulin kezelésre állítjuk át.

Beteganyag és módszer

297 inzulinal kezelt, 3 szulfanilureával (Bucarban, Oterben vagy Gilemal), 28 csak biguaniddal (Adebit) kezelt cukorbeteget és 50 gyakorlatilag egészséges embert vizsgáltunk. Az inzulinnal kezelt cukorbeteg csoportjából kizártuk azokat, akiken betegségük során már többfajta, különböző típusú inzulint is alkalmaztak. Külön csoportot képeztünk a hazai zink-protamin, vagy zink-protamin + kristályos inzulinnal, az NPH (Organon), a Lente vagy Lente + kristályos (Novo) inzulinnal kezelt betegekből *(1. táblázat)*. Az orális antidiabetikummal kezelt csoport betegei inzulint soha nem kaptak. Minden esetben szemészeti, neurológiai, oscillometriás és vesefunkciós vizsgálatok történtek, hogy az esetleges diabeteszes szövődményeket és azok változásait ellenőrizhessük.

Azokat a betegeket, akiknek a vérében glukagonkötő antitesteket találtunk, három csoportba osztottuk: 10 beteg esetében az eredeti inzulinkezelést folytattuk, 12 beteget átállítottunk MS (naponta kétszer adott Semilente vagy Semilente + Actrapid), 12 beteget pedig MC inzulinra (MC Semilente, vagy MC Semilente + MC Actrapid, ill. Monotard + MC Actrapid) kezelésre. Ez utóbbi csoportban 6 beteg esetében, akikben magas glukagonkötő antitest-szintet mértünk, az MC-inzulinkezelés kezdete előtt és után 1—1½ évvel iv. glukagon terhelést végeztünk. Reggel a napi inzulininjekció előtt vért vettünk, majd 1 μg/testsúly kg glukagont (Novo) adtunk intravénásan, a szer beadása után a 2., 5., 10. és 20. percben vért vettünk vércukor és szabadzsírsav (FFA) meghatározásra. A vizsgált betegek rendszeres ambuláns ellenőrzésünk alatt álltak. A postprandiális vércukor, a napi cukorürítés vizsgálata, a szubjektív tünetek, a testsúly változása és az esetleges hypoglykaemiás epizódok gyakorisága alapján kíséreltük meg a beállításban, stabilitásban kialakuló változásokat értékelni.

A vércukrot o-toluidin módszerrel, az FFA-t a Boehringer-gyár teszt-kitjével, a glukagon- és inzulinkötő antitesteket radioimmun eljárással, polietilénglikol-szeparálási módszerrel határoztuk meg (5), és vérszintjüket kötési %-ban adtuk meg, amely a reakcióelegyben levő 72 pmol I-125-inzulin, ill. glukagonkötő antitestek vizsgálatakor 72 pmol I-125-glukagon antitestekhez kötött százalékát jelenti. Az NPH és a hazai kristályos inzulin glukagon tartalmát radioimmuno assay-vel határoztuk meg (6).

Az önkontrollos glukagonterhelések során a glukagon injekciót követő vércukor- és FFA hozamot (mmol·min/l), a vizsgálati periódus egészére jutó növekedést számítottuk ki, és az eredményeket egymintás t-teszttel hasonlítottuk össze.

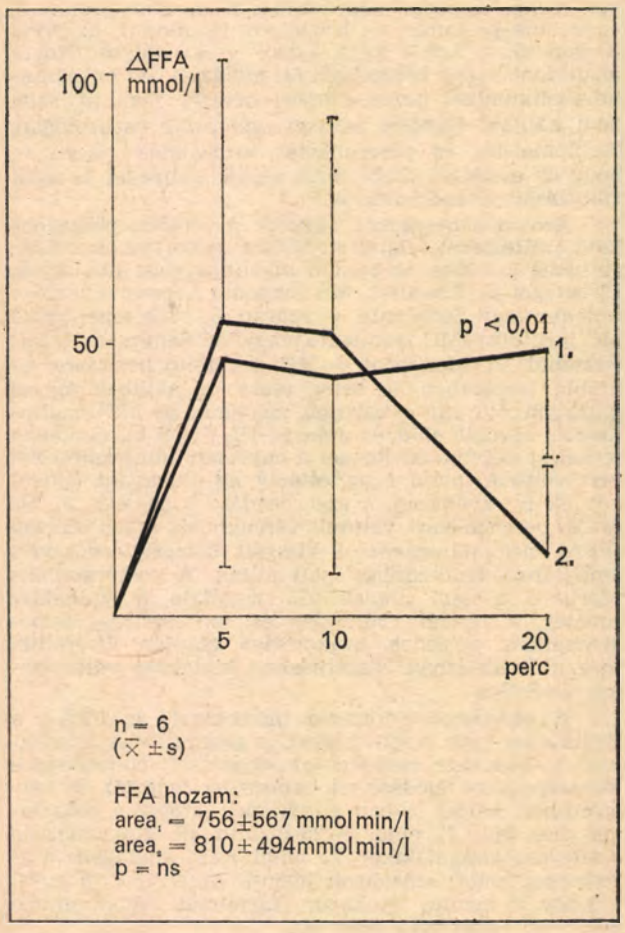
1. táblázat. **Az inzulinnal kezelt cukorbetegek megoszlása az alkalmazott inzulinkészítmények és az inzulinkezelés időtartama szerint**

Alkalmazott inzulin	Összesen n	GEA poz. beteg n	A betegek megoszlása az inzulinkezelés időtartama szerint (év)				
			1	1—2	2—4	4—10	10
Lente vagy Lente+kristályos (NoVo)	24	—	3	4	12	5	—
Semilente vagy Semilente+Actrapid (NoVo)	27	—	5	7	10	5	—
NPH (Organon)	79	3	2	12	25	33 (3)	7
Zink-protamin vagy Zink-protamin+kristályos (Kőbányai Gyógyszertár)	167	31	1	31	66 (2)	56 (23)	13 (6)
Összesen	297	34	11	54	113 (2)	99 (26)	20 (6)

(Zárójelben a glukagonkötő antitest pozitív esetek száma.)

2. táblázat. **A glukagonkötő antitest-szint változása monospecies sertés (MS) és monokomponens sertés (MC) inzulinra történt átállítás után**

Alkalmazott inzulin	Összes (n)	Emelkedett (n)	Változatlan (n)	Csökkent (n)	Eltűnt (n)
Zink-protamin+krist. (kontroll)	10	3	7	—	—
MS	12	—	3	7	2
MC	12	—	—	3	9



1. ábra: A szabad zsírsavszint változása 1 μg/testsúly kg intravénás glukagon hatására a MC inzulinkezelés előtt (1.) és a glukagonkötő antitestek eltűnése (2.). FFA hozam = a 20 perc alatt mért FFA hozam (görbe alatti area)

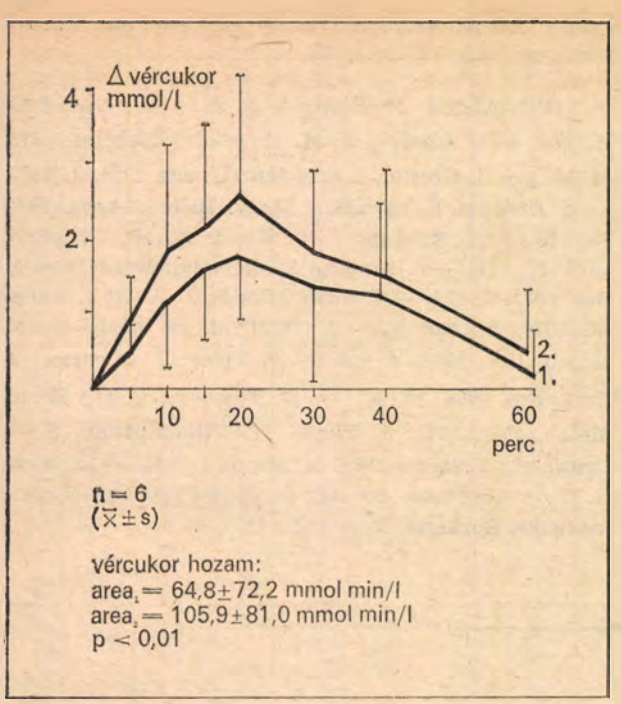
Eredmények

297 inzulinnal kezelt cukorbeteg közül 34 beteg vérében tudtunk glukagonkötő antitesteket kimutatni, míg a nem diabeteses kontroll betegek, vagy a po. antidiabetikumokkal kezelt cukorbetegek vérében ilyet nem találunk. A glukagonkötő-antitest-pozitív betegek közül 3-at NPH inzulinnal, míg 31-et a hazai zink-protamin és kristályos inzulinnal kezeltek. Az NPH inzulinnal kezelt betegek glukagonkötő antitest-szintje 36, 21, ill. 19% volt, a hazai inzulinnal kezelt csoportban 62—12% közötti értékeket mértünk ($x \pm s$:39,2 ± 15,0%). E betegek anamnézisében 2½—17 éves inzulinkezelési idő (6,1 ± 3,2 év) szerepelt és inzulinkötő antitestet mindegyikük vérében találtunk (89—31% közötti értékek, 61,9 ± 15,4%). A betegek napi inzulinigénye 36—96 E (49,9 ± 15,9 E) volt.

Az NPH inzulinban 0,3—0,7 ng/inzulinegység (0,92—1,75‰-es szennyezettség), a hazai kristályos inzulinban 0,7—1,8 ng/inzulinegység glukagont mértünk (1,75—4,5‰-es szennyezettség), míg a Lente és a Semilente inzulinok 1971-ben közölt szennyezettségi értéke 0,29, ill. 0,46‰ volt (10).

Az inzulinnal kezelt cukorbetegek összehasonlításakor nem volt különbség a glukagonkötő-antitest-pozitív és -negatív betegcsoport között, ha a cukorbetegséget kísérő szövődményeket, azok súlyosságát, vagy a diabeteszes állapot stabilitására jellemző paramétereket vizsgáltuk. Fokozott hypoglykaemiás hajlamot a glukagonkötő-antitest-pozitív betegek között nem észleltünk.

1—1½ éven át figyeltük a glukagonkötő antitestek sorsát, miután a betegeket az eredeti NPH vagy kristályos és zink-protamin inzulinkezelésről MS, vagy MC inzulinra állítottuk át. A tíz kontroll cukorbeteg továbbra is az eredeti zink-protamin-



2. ábra: A vércukorszint változása 1 μg/testsúly kg glukagon intravénás injectiója után az MC inzulinkezelés előtt (1.) és a glukagonkötő antitestek eltűnése után (2.). Vércukorhozam = a 60 perc alatt mért vércukorhozam (görbe alatti area). Az 1. és 2. ábra adatai az átlagot ($\bar{x}$) és a szórást tükrözik (± s)

kristályos inzulin kombinációt kapta. Ebben a csoportban a glukagonkötő antitest-szint 7 esetben változatlan maradt, 3 esetben növekedett. A monospecies sertésinzulinra történt átállítás után 3 esetben változatlanul maradt az inzulinkötő antitestek szintje, 7 esetben csökkent, 2 esetben eltűnt. Glukagont gyakorlatilag nem tartalmazó MC inzulinok használatakor a glukagonkötő antitestek szintje 3 esetben csökkent, 9 esetben teljesen eltűntek a keringésből az antitestek *(2. táblázat)*. Amikor a betegek vérében kimutatható mennyiségű glukagonkötő antitest már nem volt, megismételtük a glukagon-tesztet. Az intravénásan beadott glukagon hatására mind az FFA, mind a vércukor-emelkedés nagyobb, mint az első terheléskor, és ez a számított cukorhozam esetében szignifikáns (64,8 ± 7,2 vs 105,9 ± 81,0 mmol·min/l; $p < 0,05$) *(1. és 2. ábra)*.

Megbeszélés

Az inzulinnal kezelt cukorbetegek vérében kimutatható glukagonkötő antitestek eredetéről szórványos és egymásnak ellentmondó adatokat már évek óta találunk az irodalomban (4, 7, 8, 9, 12, 13). A véleménykülönbségek azért alakulhattak ki, mert a szerzők különböző inzulinkészítmények hatását vizsgálták. Ma már tudjuk, hogy a „hagyományos", átkristályosítással tisztított, de még mindig a legnagyobb mennyiségben használt inzulinok, gyári típusuktól függően különböző mértékben tartalmaznak az inzulin mellett egyéb polypeptid hormont és inzulin degradációs terméket. Az inzulinkészítmények glukagon tartalmát: mint az antitestek képzéséhez elegendő ingert azért fogadták hitetlenkedve a kutatók, mert a glukagon kis molekulasúlyú és igen rossz antigén. Glukagon ellen kísérleti állatokban is rendkívül nehéz ellenanyagot termelni, csak különböző adjuvánsok és oltási módok raffinált kombinációja hozhat sikert. Hosszú évek próbálkozása után, zink-glukagon-thyreoglobulin konjugátummal sikerült a pankreasz-glukagon ellen antitestet termelnünk (6).

Ez az ötlet akkor született, amikor inzulinnal kezelt betegeink vérében a glukagonkötő ellenanyagokat vizsgáltuk. Feltűnt, hogy a betegek nagy részét zink-protamin inzulinnal kezelték. Úgy gondoljuk, hogy a hazai, több állatfajból származó, hagyományos átkristályosítással tisztított inzulinban a zink-protaminnak, ill. az NPH inzulinban a protaminnak adjuváns hatása van. A glukagonkötő antitestek megjelenése a vérben tehát nemcsak az alkalmazott inzulinkészítmény glukagon tartalmától függ, de annak adjuváns tulajdonságaitól is. Az egyéni reakciókészség szerepe mellett szól, hogy inzulinnal kezelt cukorbetegeink vérében mindig jelentős mértékű inzulinkötő antitest-szintet is mértünk, izoláltan glukagonkötő antitesteket soha nem találtunk. „A glukagonmentes" inzulin használatakor a glukagonkötő antitestek eltűntek a keringésből, bizonyítva, hogy kialakulásuk oka az exogén glukagon antigén hatása: az expozíció megszűnése után megszűnik az antitest-termelés.

A glukagonkötő antitestek kórtani vagy klinikai szerepe ezidáig tisztázatlan. Egyetlen olyan szövődményt vagy a diabetes állapot stabilitására jellemző mutatót sem találtunk, amely összefüggésbe hozható a glukagonkötő antitestek jelenlétével. A glukagon-terhelés végzésekor nyert tapasztalat, mely szerint a glukagonkötő antitestek eltűnése után a második intravénás glukagon-terhelést fokozott cukor- és zsírmobilizáció kíséri, arra utal, hogy a glukagonkötő antitestek jelenléte a hypoglykaemiát követő reakciókat lassíthatja. A hypoglykaemia hatására a keringésbe fokozott mennyiségben kerülő glukagont az antitestek megkötik, és így az nem jut el a célszerv receptoraihoz.

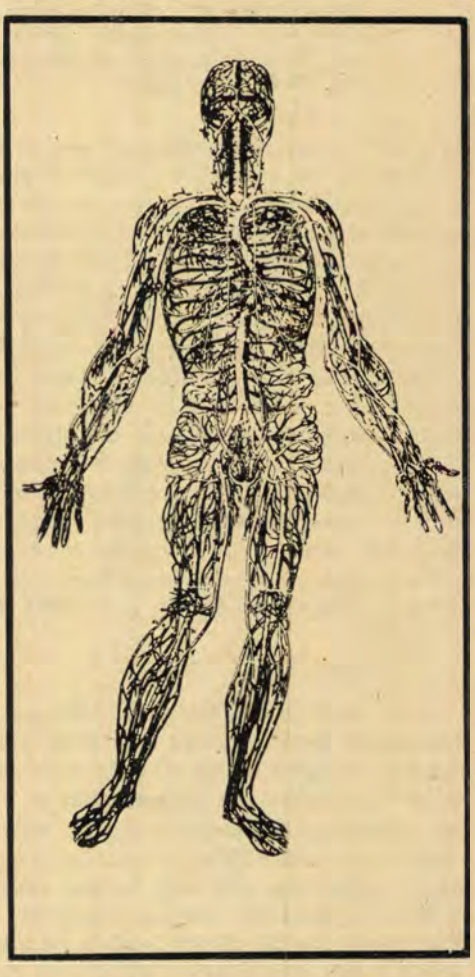
A glukagon szerkezetét, fizikokémiai tulajdonságait és biológiai hatását ismerjük, klinikai jelentősége azonban nem tisztázott. Elsősorban stresshormonként tartjuk számon, feladata az akut energiaszükséglet biztosítása, az energiahordozók mobilizálása. Újabban a központi idegrendszerben is kimutatták (11), ami a regulációban játszott fontos szerepére utal. Nem kétséges, hogy az iatrogén ártalomként keletkezett glukagonkötő antitestek is bizonyos szerepet játszanak és a csak átkristályosítással tisztított inzulinok használata ezt a szerepet kiemeli. A nagy tisztaságú MC inzulinok ára és hozzáférhetősége miatt a hazai cukorbeteg-ellátásban a hagyományos inzulinok (zink-protamin és kristályos) használata ma még nélkülözhetetlen annak ellenére is, hogy a fenti inzulinnal kezelt betegek 18,5%-ában találtunk glukagonkötő antitestet. A készítmények korszerűbb tisztítása mindenesetre csökkentené ezt az arányszámot. Úgy gondoljuk, hogy a hagyományos inzulinkészítmények használatakor keletkező glukagonkötő antitestek kialakulása az MC-inzulinkezelés újabb indukcióját adja,

még akkor is, ha ezen antitestek biológiai vagy klinikai szerepe nem teljesen tisztázott.

Összefoglalás: A szerzők 297 inzulinnal kezelt cukorbeteg vérében vizsgálták az inzulin- és glukagonkötő antitestek mennyiségét. A zink-protamin és kristályos inzulinnal (n = 167), illetve NPH (neutralis protamin Hagedorn) inzulinnal (n = 79) kezelt cukorbetegek közül 31 esetben (18,5%), illetve 3 esetben (3,7%) találtak glukagonkötő antitestet. A glukagonkötő antitestek kialakulását az inzulinkészítmények glukagon-tartalmával hozták összefüggésbe. A kezelés monospecies sertés- vagy monokomponens sertés-inzulinra történő átállítása után a glukagonkötő antitestek vérszintje csökkent, vagy az antitestek teljesen eltűntek a beteg vérkeringéséből. Feltételezik, hogy a glukagonkötő antitestek megkötik a glukagont, és így az inzulinnal kezelt cukorbetegekben a hypoglykaemiát követő ellenregulációt késleltetik.

IRODALOM: 1. *Bloom, S. R. és mtsai:* Gut. 1976, *17*, 817. — 2. *Conlon, J. M. és mtsai:* Diabetes, 1979, *28*, 700. — 3. *Cresto, J. és mtsai:* Lancet 1974, *1*, 1165. — 4. *Korányi L. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1974, *27*, 123. — 5. *Korányi L. és mtsai:* Kísérl. Orvostud. 1975, *27*, 517. — 6. *Korányi L. és mtsai:* Horm. Metab. Res. 1977, *9*, 434. — 7. *Schlichtkrull, J.:* I. D. F. Bulletin 1979, *24*, No. 2. — 8. *Stahl, M. és mtsai:* Horm. Metab. Res. 1972, *4*, 224. — 9. *Tylor, J. és mtsai:* J. Surg. Res. 1976, *20*, 361. — 10. *Thomsen, H. G.:* Horm. Metab. Res. 1971, *3*, 57. — 11. *Villalalpando, S. és Drash, A.:* Diabetes 1976, *25*, Suppl. 1., 334. — 12. *Weir, G. C. in Glucagon.* Its role in physiology and clinical medicine. Springer. New York 1977, 65 ó.

STUGERON tabletta



ÖSSZETÉTEL
Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS
A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktiv 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 cerebrocraniális sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paraesthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT
Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS
Naponta 3 × 1, vagy 3 × 2 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: 4,— Ft.

OH 1374 Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Országos Onkológiai Intézet
(főigazgató: Eckhardt Sándor dr.)
Sebészeti Osztály
(főorvos: Besznyák István dr.)
Radiodiagnosztikai Osztály
(főorvos: Liszka György dr.)
Onkopathológiai Kutató Intézet
(igazgató: Sugár János dr.)

Klinikai vizsgálat, mammographia és aspirációs cytológia együttes alkalmazása az emlőbetegség kórismézésében

Svastits Egon dr., Liszka György dr. és Bodó Miklós dr.

Az emlő vizsgálata során — a műszeres diagnosztika felvirágzása idején is — a fizikális vizsgálat maradt a legalapvetőbb eljárás. A klasszikus „korai" tünetek (bőrkötöttség, plateau tünet) legtöbbször már az előrehaladott stádium jelei és nem gyakorlott vizsgáló orvos részére sem jelentenek diagnosztikus nehézséget. A *fizikális vizsgálat* diagnosztikus pontosságát *Gershon-Cohen* (9) 68—70%-ra teszi, amely már jó eredménynek számít. Az ennél magasabb találati arány — mint pl. *Wright* 90%-os eredménye — kétkedéssel fogadható (23).

A gyakorlott vizsgáló által negatívnak talált emlőben a *mammographiás vizsgálat* nemegyszer megtalálja a daganatot és így értéke a korai diagnosztikában jelentős (4, 8, 13, 14, 22). Ezért e vizsgálómódszert érzékenysége miatt szűrésre is alkalmasnak tartják (1, 15, 18). Komoly anyagi kihatása miatt azonban újabban az emlő röntgenvizsgálatát a második szűrőlépcsőben, a fizikális vizsgálattal kiszűrt betegeken végzik (6, 10). Klinikai információk nélkül 75—85% körüli helyes diagnózist ad, a két vizsgálat együttesen még kb. 10%-kal javítja a kórismézés pontosságát (7, 19).

Több más vizsgáló eljárás, így a mammographia *thermographiával* együtt alkalmazva, vitathatatlanul javította a helyes diagnosztizálás arányát (1, 8, 11, 12, 25). Az *ultrahangvizsgálat* cysták esetén gyakorlatilag 100%-os diagnosztikus pontosságot ér el, carcinománál azonban a mammographia eredményét nem tudja lényegesen emelni (20). Mások (5, 16) a *xeroradiographia* alkalmazása során találtak jó eredményeket.

A mammographiának előnyei mellett határai is vannak, pl. a nagyfokú fibrosis elfedheti a kis gócot, vagy a körülírt gócárnyék olyan tünetkombinációkkal fordulhat elő, amelyek megvannak mind a malignus, mind a benignus elváltozásokban. A vékony-tű biopsia kidolgozásával és a cytodiagnosztika rutin eljárássá való fejlesztésével olyan módszert sikerült bevonni az emlőelváltozások kórismézésébe, amely a találati pontosságot tovább növelte (2, 17, 21, 24).

Vizsgálatok és módszer

Az emlőelváltozások jobb kórismézésére Intézetünkben egyesítettük az egyébként külön-külön alkalmazott vizsgáló eljárásokat. A vizsgálatot sebészből, röntgenszakorvosból és cytologusból álló munkacsoport végzi. Egy év alatt 630, ambulanciánkra beutalt vagy spontán jelentkezett nőbeteget vizsgáltunk így meg *(táblázat)*. Egyértelmű emlőrák, mastodynia, mastopathia solitaer cystával stb. nem került e betegcsoportba.

A három vizsgálatból álló módszer (triplet diagnostic, Triple Diagnostik) az Intézetünkben adott lehetőségek alapján klinikai vizsgálatból, mammographiából és cytologiai vizsgálatból tevődik össze. (Természetesen más lehetőségek esetén csatlakozhat ezekhez thermographiás, xeroradiographiás vizsgálat is.) A három szakterület ilyen irányú együttműködéséről egyébként már korábban is olvashattunk az irodalomban (3). A kiadott leletben mindhárom vizsgálat eredménye részletesen szerepel. A műtét (biopsia) indikációja már abban az esetben is fennáll, ha csak az egyik vizsgálati lelet utal malignitásra, ill. felveti annak gyanúját. Műtétet javasoltunk solitaer benignus tumor esetén is. Amennyiben operálandó kóros eltérést nem észleltünk, a beteget időszakos ellenőrzésre rendeltük vissza.

A vizsgálatok kiértékelése a szövettani lelet alapján lehetséges, természetesen csak az operált esetekben. Több beteget más intézetből kaptunk vizsgálati kéréssel, ezek egy részét megoperálták, más részét a beküldő orvos tartja ellenőrzés alatt, így őket ezen értékelésünkbe nem vettük be.

Eredmények

A 630 betegből Intézetünkben százat operáltunk meg: 64 rosszindulatú és 36 nem rosszindulatú elváltozást találtunk. Ezekkel kapcsolatban a következőket állapíthatjuk meg:

1. A fizikális vizsgálat 64%-ban utalt rákra.
2. A 64 rákos eset közül 58-at fel lehetett is-

A betegek életkor (év) szerinti megoszlása

—29	34 (5,4%)
30—39	137 (21,8%)
40—49	216 (34,3%)
50—59	116 (18,3%)
60—69	76 (12,1%)
70—79	48 (7,6%)
80—	3 (0,5%)
Összesen	630 (100,0%)

merni a mammographia segítségével. Ezen 58 eset közül 55-ben a cytologiai vizsgálat is carcinomát mutatott ki, 3 betegen azonban a cytologiai lelet nem utalt rákra. E betegeken az anyagvétel nem a megfelelő helyről, vagyis a carcinomából történt, hanem a környező szövetekből.

3. A röntgenvizsgálattal nem carcinomának minősített 6 eset közül négyben a cytológiai vizsgálat utalt rákra, és végül 2 olyan esetünk maradt, ahol a tapintási lelet alapján történt műtét után végzett szövettani vizsgálat derített fényt az emlőrákra. Ezen a két betegen a tapintási leletben felvetett, mérsékelt fokú gyanú alapján történt a műtét.

4. Végeredményben tehát a hármas vizsgálómódszer segítségével a praeoperatív diagnosztika helyes volt a később szövettanilag igazolt 64 rákos eset közül 62-ben.

5. 36 betegen különböző, nem rákos elváltozás miatt történt műtét. Közülük ki kell emelni azt a 15 esetet, ahol vagy a röntgenvizsgálat alapján lehetett kizárni a rákot, vagy pedig a cytologiai lelet mutatott különböző fokú atypiát. A szövettani feldolgozás során egy fibroadenoma phyllodest, egy sejtdús fibroadenomát, a többiek esetében sejtatypiát, apocrin metaplasiát, intraductalis hámproliferációt, sclerosing adenosist, ductus papillomatosist talált a pathologus. Ezen utóbbiak a proliferatív mastopathiák csoportjába sorolandók.

Megbeszélés

Irodalmi adat, hogy a proliferatív mastopathiás elváltozások esetén a thermographia is gyakran ad pozitív eredményt (8, 12). Ezen szövettani elváltozások praeblastomatosisnak tekintendők, műtét utáni ellenőrzésük fokozottabb mértékben indokolt, és bizonyos rizikófaktorok fennállása esetén próbakimetszésnél radikálisabb műtéti beavatkozás is szóba jöhet (subcutan mastectomia).

Módszerünk kiértékelése lehetővé tette az egyes vizsgálatok előnyeinek és gyengébb oldalainak felmérését is. Így a nehezen áttapintható, terjedelmes emlő vizsgálatában, különösen menopauza után a mammographia döntő fontosságú, míg a hormonálisan aktív korban levő betegeken diffúz mastopathiás elváltozás esetén a cytologiai vizsgálat értéke nagyobb. Ugyanígy nélkülözhetetlen a mellkasfal-közeli tumorok esetében is, amelyek néha radiológiai és fizikális vizsgálattal nehezebben hozzáférhetők.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy az emlőbetegségek diagnosztikájában az egymást kiegészítő fizikális vizsgálat, mammographia és cytologia komplex vizsgálómódszerrel igen jónak mondható diagnosztikus pontosságot lehet elérni.

Összefoglalás: A szerzők ismertetik az Országos Onkológiai Intézetben bevezetett klinikai vizsgálat, mammographia és aspirációs cytologiai vizsgálatból álló komplex emlődiagnosztikai módszerüket. Egy év alatt 630 beteget vizsgáltak meg, 100 esetben műtétet javasoltak. A 64 szövettanilag igazolt rákos beteg esetében 62-ben praeoperatíve a rák alapos gyanúját állapították meg, tehát nagy diagnosztikai pontosságot sikerült elérni. Módszerük propagálása a hazai gyakorlatban célszerűnek látszik.

IRODALOM: 1. *Bailey, A. és mtsai:* Clin. Oncol. 1976, *2*, 317. — 2. *Bodó M. és mtsai:* Magy. Onkol. 1978, *22*, 59. — 3. *Copeland, M. M., Scott, W. G.:* Amer. J. Surg. 1968, *116*, 57. — 4. *De Luca, J. T.:* Radiology 1974, *112*, 315. — 5. *Egan, R. L., Goldstein, G. T., McSweeney, M. M.:* Cancer 1977, *39*, 1984. — 6. *Erdélyi M.:* Emlővizsgálati eljárások. Akadémiai Kiadó, Bp. 1977, 158. old. — 7. *Feig, S. A. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1977, *128*, 403. — 8. *Feig, S. A. és mtsai:* Radiology 1977, *122*, 123. — 9. *Gershon-Cohen, J.:* Surg. Gynec. Obstet. 1965, *121*, 97. — 10. *Göblyös P.:* Radiol. Közl. 1979, 94. — 11. *Göblyös P.:* Radiol. Közl. 1979, 260. — 12. *Irtó I.:* Magy. Radiol. 1974, *26*, 65. — 13. *Lányi M.:* Magy. Radiol. 1975, *17*, 274. — 14. *Lányi M., Littmann I.:* Chirurg 1970, *41*, 169. — 15. *Péntek Z. és mtsai:* Magy. Radiol. 1972, *24*, 24. — 16. *Péntek Z. és mtsai:* Magy. Radiol. 1977, *29*, 372. — 17. *Reinisch, H., Schneider, G.:* Arch. Geschwulstforsch. 1977, *47*, 595. — 18. *Strax, P., Venet, L., Shapiro, S.:* Amer. J. Roentgenol. 1973, *117*, 686. — 19. *Sz. Fábián M. és mtsai:* Radiol. Közl. 1975, 164. — 20. *Texidor, H. S., Kazam, E.:* Amer. J. Roentgenol. 1977, *128*, 409. — 21. *Van Bogaert, L. J., Mazy, G.:* Acta Cytol. 1977, *21*, 60. — 22. *Wolf, G., Kucera, H., Kubista, E.:* Röntgenol. 1978, *31*, 26. — 23. *Wright, H. K.:* Arch. Surg. 1962, *85*, 1021. — 24. *Zajdela, A. és mtsai:* Cancer 1975, *35*, 499. — 25. *Zsebők Z. és mtsai:* Magy. Radiol. 1974, *26*, 257.

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kaposvár
II. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Nemes Tihamér dr.)
Vérellátó Alközpont
(osztályvezető főorvos: Tarján László dr.)

Phlegmasia coerulea dolens fibrinolyticus therápiája

Kéki Kálmán dr., Szabados Rezső dr.,
Nemes Tihamér dr. és Tarján László dr.

A phlegmasia coerulea dolens ritka, súlyos kórkép, ami nemcsak a végtagot, de a beteg életét is veszélyezteti.

A kórkép kialakulásában a végtagok nagyobb vénáinak acut masszív elzáródása játszik jelentős szerepet. *Brockman* és *Vasko* (4) szerint másodlagosan arteriás elégtelenség alakul ki, másrészt *Leriche* (10) reflectoricus arteriás spasmus társulását is feltételezi, ami állandósulhat és a végtag elhalását okozza. E feltevést állatkísérletekkel többen is megerősítették (2, 5). A tünetek gyorsan alakulnak ki. A beteg igen nagy, hasító, feszítő fájdalomról panaszkodik. A végtag oedemás, cyanotikus. A súlyos hypoxia következménye szövetelhalás, gangraena, láz, érzészavar és shock. Aetiológiájában acut vagy idült thrombosisok, thrombophlebitisek, traumák, fertőzések, malignus tumorok, postoperatív, postpartialis szak, i. v. injectiók, újabban anticoncipiensek szerepelnek, de létrejöhet minden előzmény nélkül is.

Az alsó végtagon gyakrabban fordul elő. *Pálos* (11) 11 esetből csupán egy alkalommal észlelte felső végtagon. A betegség gyógyításában 2 lehetőségünk van. Műtéti megoldás és thrombolysis. Napgyobb műtétes beteganyagról *Degrell* (6, 7), számol be. Fibrinoliticus therápiát hazánkban *Boros* és *Imre* (3) alkalmazott 1961-ben. Egy gyógyult esetről *Gávay* és *Varga* (8) számolt be. *Hess* (9) 10 betegéből ötben thromboliticus kezeléssel teljes recanalisatiót ért el. A kezelés absolut indicatiója a peripherias arterias thrombosis és embólia, mélyvénás thrombosis, phlegmasia coerulea dolens és a pulmonalis embólia. Kontraindicatiót jelentenek a haemorrhagiás diathesisek, vérző gyomor-bélrendszeri elváltozások, hypertonia, műtétek utáni állapot, endocarditis lenta. Relatíve kontraidikált a kezelés veseelégtelenség, vesekő, májkárosodás, szívelégtelenség, magas életkor esetén.

Osztályunkon 1974—1980-ban 6 phlegmasia coerulea dolensben szenvedő beteget kezeltünk. Eseteinket táblázatban foglaltuk össze. Thromboliticus kezelést 5 betegen alkalmaztunk. 46 éves férfi betegünkön cerebrovascularis folyamat és duodenalis ulcus miatt streptase adásától eltekintettünk. Sympatectomia eredménytelen volt, a beteg felkarját amputálni kellett *(táblázat)*.

Két esetünket részletesen ismertetjük:

1. *R. H.-né* 31 éves beteget 1980. március 2-án vettük fel osztályunkra. Felvétele előtt 20 nappal császármetszéssel szült. Felvételét megelőzően 2 nappal 39,4 °C-os láza volt hidegrázással, bal lába megdagadt, lábszárában nyugalomban is erős fájdalmat érzett. Mellkasi fájdalma, vérköpése nem volt. Kórelőzményben 1977-ben vesekő szerepelt.

Fizikális status: A jól táplált nőbetegen mellkasi szervek részéről eltérést nem találtunk. Hasa puha, betapintható, alsó medián laparotomia hege. Hepar, lien nem nagyobb. Bal láb vastagabb, lábszáron, boka felett ujjbenyomatot tartó oedema. Lábszár medialis oldalán thrombotisalt vénás kötegek tapinthatók, felette a bőr kipirult, melegebb tapintatú.

Vizsgálati leletei: Vizelet fs: 1025 negatív. We: 120/l, 135/2. Vvs: 3,8 T/l. Hb: 130 g/l. Fvs: 13,0 G/l. Vércukor: 5 mmol/lit. CN: 5,7 mmol/l. Ö. feh. 64 g/l. GOT: 7 IE. GPT: 2 IE. Májfunctio: normális. Tetrán, Furosemid therápia mellett Heparinnal és Syncumarral anticoagulans therápiát kezdtünk. Prothrombin: 20—25% között. Észlelésünk 4. napján 15 óra 3 perckor bal lábában hirtelen éles fájdalmat jelez, arteria femoralis tapintható, arteria dorsalis pedis nem tapintható. Bőr hűvös, livid. *(1. ábra)*. Oscillometria: 0. 18 óra 30 perckor Streptase kezelést kezdtünk.

A kórkép kialakulásának aetiologiája és kezelése

	K. J. 46 é.	F. I. 20 é.	L. F. 65 é.	B. Zs. 22 é.	B. G. 18 é.	R. H. 31 é.
Az érintett végtag	bal felső	bal alsó	bal alsó	jobb alsó	jobb felső	bal alsó
A thrombosis feltételezett oka	i.v.inj. (Depersolon)	post. part	varicositas	Bisecurin	i.v.inj. (Hibernal)	post. part
A thrombosis és a phlegmasia kezdete között eltelt idő	34 ó.	6 ó.	70 ó.	96 ó.	72 ó.	40 ó.
A Streptase első fél ó. dosisa óránként	Ø	500 000 100 000	500 000 100 000	500 000 100 000	500 000 100 000	500 000 100 000
A Streptase kezelés tartama	Ø	72 ó.	72 ó.	48 ó.	48 ó.	48 ó.
További therápia	Sympa-tectomia	Heparin Syncumar	—	Heparin Syncumar	Heparin	Syncumar
Kimenetel	kar amputatio	gyógyult	meghalt (shock vese)	gyógyult	dig. l. amputatio	gyógyult

4 óra múlva arteria dorsalis pedis tapintható, a láb cyanosisa csökkent, 10 óra múlva cyanosis nincs, ujjait jól mozgatja, oscillometria 2,0 E. Streptase kezelést 40 órán át folytattuk.

Thrombin idő és prothrombin % változásai a kezelés alatt:

	0h	6h	12h	18h	26h	32h	40h
Thrombin idő	26 mp	117 mp	94 mp	55 mp	55 mp	40 mp	38 mp
Prothrombin %	10%	24%	20%	25%	22%	20%	

Továbbiakban tartós Syncumar kezelésre tértünk át. Prothrombin activitást 20—25% között tartottuk. Felvételét követő 18. napon mobilizáltuk. Lába nem dagadt meg. 23 napos kezelés után panaszmentesen távozik. Otthonában is anticoagulans therápiában részesült.

L. F. 65 éves férfi beteget 1976. január 4-én vettük fel. Felvétele előtt 3 nappal bal lábszára megdagadt. Felvételét megelőzően 2 órával bal lábában hirtelen erős, éles, hasító fájdalmat érzett. Ezt követően lába kékesen elszíneződött. Tűrhetetlen fájdalma csak morphium adására enyhült. Kórelőzményben vesekő szerepel.

Fizikális státusából: Emphysemás mellkas. Jól mozgó rekeszek, érdes légzés. Cor: normális határok. Rhythmusos szívműködés. Has: puha, betapintható. Hepar elérhető. Bal lábszár hűvös tapintatú, livid, ujjbenyomatot megtartó oedema. Arteria dorsalis pedis és arteria tibialis posterior nem tapintható.



1. ábra.



2. ábra.

Vizsgálati leleteiből: Vizelet fs: 1018, fehérje: op. ül.: 8—10 vvt, sok urátszemcse. Vérnyomás: 120/80 Hgmm. We: 5/1, 15/2. VVs: 4,8 T/l. Hb: 156 g/l. Fvs: 20,6 G/l. Vércukor: 8,1 mmol/l. GOT: 31 E. GPT: 7 IE. CN: 6,8 mmol/l. Májfunctio: normális. Oscillometria: Jobb boka felett: 2,5 E. Baloldalt boka felett 0. Térd alatt: 0. A betegen értágító, cardialis támogatás és antibioticus therápia mellett Streptase kezelést kezdtünk.

A kezelés alatti thrombin idők:

0h	6h	12h	18h	26h	32h	40h	52h	64h
Thrombin idő								
20	90	64	50	50	45	26	30	22

A klinikai kép javult, végtag cyanosisa megszűnt, arteria dorsalis pedis tapintható. Észlelésünk 3. napján a beteg dyspnoes lett, CN 20 mmol/-re emelkedik. Vérnyomása 70/40 Hgmm, dyspnoe fokozódik, ajkak cyanoticusak. 82 órás észlelés után meghalt. Klinikai kép alapján a halál okaként pulmonalis embóliára gondoltunk.

Boncjegyzőkönyvből: A bal vena femoralis mintegy 15 cm hosszú szakaszán kezdődő, lysisre utaló thrombus látszik. *(2. ábra).* A jobb oldali ureterben kb. fél borsónyi, sötétbarna színű kő. Erősen zsugorodott chronikus pyelonephritises elváltozásokat mutató bal vese. Mindkét vese sápadt, duzzadt, deszkakemény. Szövettan: A vesecsatornák falában súlyos fokú hydrophicus degeneratióra utaló elváltozás látszik. A hám kiszélesedett, habos szerkezetű, sok apró szemcsét tartalmaz. A lumen helyenként réssé szűkült, a hám kifejezetten vékony. Vélemény: Shock vese.

Megbeszélés

A 6 phlegmasia coerulea dolensben szenvedő betegből 5-ön alkalmaztunk Streptase kezelést. 1 betegen a Streptase kezelés ellenjavallt volt.

Fontosnak tartjuk a betegek folyamatos laboratóriumi ellenőrzését. Kezdetben 6, majd 8 óránként mértük a thrombin időt és a prothrombin szintet. A kezdeti thrombin idő 3—4-szeres megnyúlása a kívánatos érték. Ezt az első nap elértük, de a 2. és 3. napon a Streptase adag emelésével sem tudtuk mindig a megfelelő szintet biztosítani. A kezelés szövődményei: láz, vérzés, embolisatio. *Amery és mtsai* (1) az összes vérzések számarányát 20%-ra teszi. *Hess* (9) a thrombusok oldásakor 1,5%-ban mutatott ki halálos és 1%-ban nem halálos embolisatiót. Eseteinkben vérzés, embólia nem fordult elő. A betegség lefolyása és prognosisa nagymértékben a korai felismeréstől és a helyesen megválasztott kezeléstől függ.

Összefoglalás: A szerzők 6 phlegmasia coerulea dolensben szenvedő beteg közül 5-ben alkalmaztak fibrinolyticus therápiát. 4 betegük meggyógyult, de egyikükön a hüvelykujjat — gangraena miatt — amputálni kellett. Egy idősebb betegükön shock-vese alakult ki, a beteg meghalt. Hangsúlyozzák a kórisme gyors felállításának és az azonnali fibrinolyticus therápia elkezdésének jelentőségét.

IRODALOM: 1. *Amery A. és mtsai:* Brit. med. J. 1970, *4*, 639. — 2. *Balás A.:* Magyar Radiol. 1951, *2*, 49. — 3. *Boros M., Imre I.:* Orv. Hetil. 1962, *19*, 884. — 4. *Brockman, S. K., Vasko, I. S.:* Surg. Gyn. Obst. 1965, *121*, 1347. — 5. *DeBakey, M., Ochsner, A.:* Surgery. 1949, *16*, 26. — 6. *Degrell, I.:* Orv. Hetil. 1973, *6*, 312. 7. *Degrell, I.:* Orvosképzés, 1968, *3*, 197. — 8. *Gávay E., Varga L.:* Orv. Hetil. 1964, *10*, 464. — 9. *Hess, H.:* Thrombolytische Therapie. Schattauer Verl. Stuttgart. 1967. — 10. *Leriche, H.:* Mém. Acad. Chir. 1949, *75*, 39. — 11. *Pálos Á. L., Sas G.:* Thromboembóliák és haemorrhagiás diathesisek. Medicina. Budapest. 1973,

FERENC JÓZSEF

gyógykeserűvíz

Javasolt:

1. idült, enyhe máj- és epebajoknál – kezdetleges epekőképződésnél.

Adagolás: naponta háromszor étkezés előtt, vagy közben 1½–2 dl 3–4 hétig (hasmenésre hajlamosaknál hatszor 1 dl-es adagban).

2. idült soksavas gyomorhurutnál, enyhe kezdődő gyomor- vagy nyombélfekélynél.

Adagolás: naponta háromszor étkezés előtt kb. félórával 3–4 hétig.

3. idült, puffadással járó bélhurutnál.

Adagolás: 1 : 2 hígításban 1–2 dl étkezés előtt vagy közben.

4. cukorbajnál – enyhe esetekben, mely diétával, esetleg kisadagú gyógyszerrel egyensúlyban tartható.

Adagolás: naponta kétszer-háromszor 2 dl étkezés előtt vagy közben rendszeresen – amennyiben nem okoz hasmenést.

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

A Ferenc József gyógykeserűvizet vízfürdőben 38–40 °C-ra langyosítsuk fel és kortyonként (4–5 perc alatt) fogyasszuk el! Ajánlatos utána félóra fekvés.

Hatása hasonló a MIRA glaubersós gyógyvízhez. Egyéni érzékenység határozza meg, hogy melyik hatásosabb.



Kapható: országszerte a gyógyszertárakban,
ABC áruházakban, és a Vízkutató és Fúró Vállalat Mintaboltjában

1379

BAYRENA

tartós hatású szulfonamid

S 300, szirup



ÖSSZETÉTEL:

4 g sulphamethoxydiazinum hatóanyagot tartalmaz 40 ml szirupban.

HATÁS:

A többi szulfonamidhoz hasonlóan hatása a p-aminobenzoesav 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 szövetszint 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 (cystitis, cystopyelitis, pyelitis, pyelonephritis).

A bőr coccusok okozta fertőzései (phlegmonék).

Enteralis infectiók.

Sebészeti műtétek előkészítése (vastagbél).

Vírusbetegségek secunder bakterialis fertőzései.

Profilaxisként adható a Bayrena hosszabb corticosteroid kezeléskor a bakterialis secunder infectio kivédésére, asthma bronchiale esetén a bakterialis légúti fertőzés megakadályozására.

A Bayrena hosszan tartó kezelésekre is alkalmas, pl. chronikus bronchitis akut exacerbatiójának megakadályozására.

ELLENJAVALLATOK:

A Bayrenára ugyanazok a kontraindikációk érvényesek, mint minden szulfonamidra: szulfonamid-túlérzékenység: máj- és veseelégtelenség, vérképzőszervi zavarok, bőr- vagy nyálkahártyatünetek fellépése.

Az újszülöttben 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	½	10	¼
6– 9 hó	8– 9	30	½	10	¼
9–12 hó	9–10	30	½	10	¼
1– 2 év	10–13	20	½	10	¼
2– 4 év	13–16	20	¾	10	¼
4– 6 év	16–20	20	¾	10	½
6–10 év	20–30	20	1	10	½

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.

MELLEKHATASOK:

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 együttadása:

– 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 vérképkontroll szükséges (thrombocytaszám is).

MEGJEGYZÉS:

✠✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS:

40 ml szirup 5,–Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, Tiszavasvári,

Bayer A. G. Leverkusen licencia alapján

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Mihóczy László dr.) és
II. Sebészeti Klinika
(igazgató: Schnitzler József dr.)

A gentamicin és a tobramycin összehasonlító in vitro bakteriológiai és farmakokinetikai vizsgálata

Faragó Eszter dr., Szilasi Mária dr.,
Kiss János dr. és Gömöry András dr.

A gentamicint 1963-ban, a tobramycint 1967-ben állították elő az aminoglükozid antibiotikum csoport új tagjaiként. Előbbit már egy évtizede használjuk elsősorban a Gram-negatív ún. „problémás törzsek" által okozott fertőzések gyógykezelésére. Felfedezése jelentős fordulópont volt az egyre szaporodó polirezisztens baktériumok elleni küzdelemben, a terápiás sikertelenség felszámolásában.

A tobramycin hazánkban még nem állt a gyógyító orvosok rendelkezésére, jóllehet számos külföldi szerző közléséből ismert volt jó in vitro antibakteriális hatása, előnyei, a többi aminoglükozidnál erősebb Pseudomonas ellenes aktivitása, farmakokinetikai tulajdonságai, melyek a gentamicinéhez hasonlóak (21). Az első átfogó hazai tanulmányt *Graber és mtsai* közölték 1980-ban (5).

Munkánk első részében tüdőgyógyászati, belgyógyászati és sebészeti beteganyagból kitenyésztett baktériumok in vitro gentamicin és tobramycin érzékenységének összehasonlító vizsgálatáról számolunk be.

Másik része adatokat szolgáltat a két antibiotikum farmakokinetikájához a tüdő- és szívműtétek során eltávolított szövetek gentamicin és tobramycin koncentrációjának meghatározásával.

Ezen adatok elemzésével választ kívántunk adni arra, hogy a megbetegedés potenciális helyén, ahol a kórokozó a legnagyobb tömegben található fertőzéskor, eléri-e a két antibiotikum a spektrumba tartozó mikróbák minimális gátlókoncentrációját.

A szöveti szubdozírozás oka lehet a terápiás sikertelenségnek, segíti a rezisztens kórokozók szelektálódását. Magas szöveti koncentráció viszont az antibiotikum adagjának csökkentését tenné lehetővé, ami nem jelentéktelen szempont egy toxikus antibiotikum csoport esetében.

1. táblázat. **A baktériumtörzsek származási helye**

Vizsgálati anyag	Száma	Százalék
Vizelet	471	48,1
Köpet	280	28,6
Genny	146	14,9
Epe	50	5,1
Hörgőváladék	25	2,5
Haemocultura	8	0,8
Összesen	980	100,0

Anyag és módszer

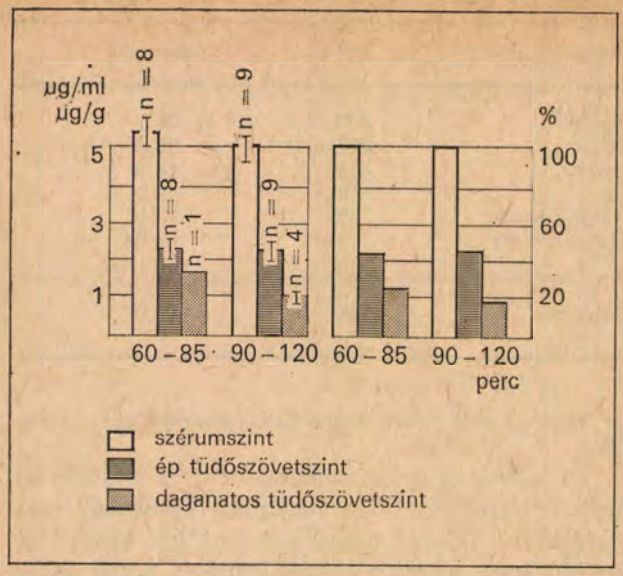
1979. október 1-től 1980. március 31-ig 980 baktériumtörzs, illetve izolátum antibiotikum érzékenységét határoztuk meg papírkorong-módszerrel. Közleményünkben csak a gentamicin és tobramycin antibakteriális hatását elemezzük.

A szérum és a szövetek tobramycin és gentamicin szintjét 20, illetve 17 felnőtt beteg tüdőműtéte alkalmával, valamint 15—15 felnőtt beteg szívműtéte során határoztuk meg azonos beviteli mód és adag után. A betegek testsúly kg-onként 1 mg-ot kaptak a fenti antibiotikumokból. (A gentamicin: Gentamicin-Pharmacim-Bulgária, a tobramycin: Brulamycin-BIOGAL-Debrecen).

Módszerünk a *Grove* és *Randall* által először leírt (6) és *Bennet* által módosított (1) agardiffúziós lyukmódszer volt „large plate" metodikával, mely nemzetközileg elfogadott és alkalmazott a szöveti antibiotikum koncentrációk mérésére. A táptalaj Grove—Randall Médium 11, a teszttörzs Bacillus subtilis ATCC 6633 spóraszuszpenziója volt.

2. táblázat. **A baktériumok megoszlása és érzékenysége a gentamicinnel és tobramycinnel szemben**

Baktériumok	Törzsek száma	%	Gentamicin érzékenység %	Tobramycin érzékenység %	Polirezisztens
Staphylococcus aureus	261	26,6	76	80	2,7
E. coli	311	31,7	51	67	6,4
Enterobacter	104	10,6	57	83	5,4
Proteus	88	9,0	50	62	3,8
Pseudomonas aeruginosa	82	8,4	56	73	6,8
Klebsiella	37	3,8	62	73	1,2
Egyéb	97	9,9	32	52	24,7
Összesen	980	100,0			



1. ábra: A Brulamycin (tobramycin) szérum és tüdőszövetszintje 1 mg/testsúlykg im. adása után és viszonyuk

Eredmények

In vitro eredmények

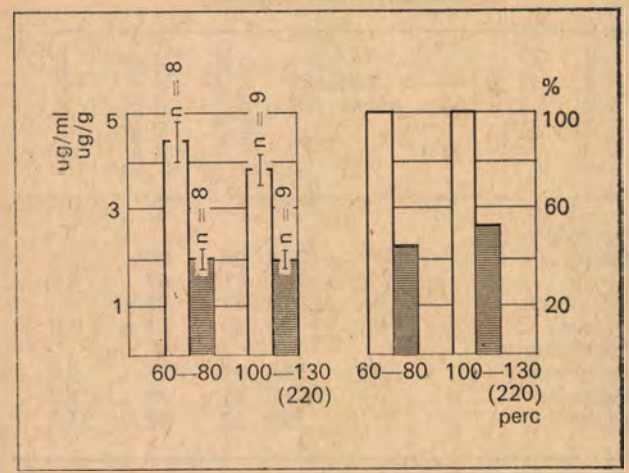
A 980, klinikai megbetegedésből kitenyésztett baktériumtörzs származási helyét az *1. táblázaton* tüntettük fel. A törzsek jelentős része vizeletből, köpetből, gennyből származott.

A *2. táblázaton* az izolátumok megoszlását, valamint gentamicin és tobramycin érzékenységet mutatjuk be százalékos arányban.

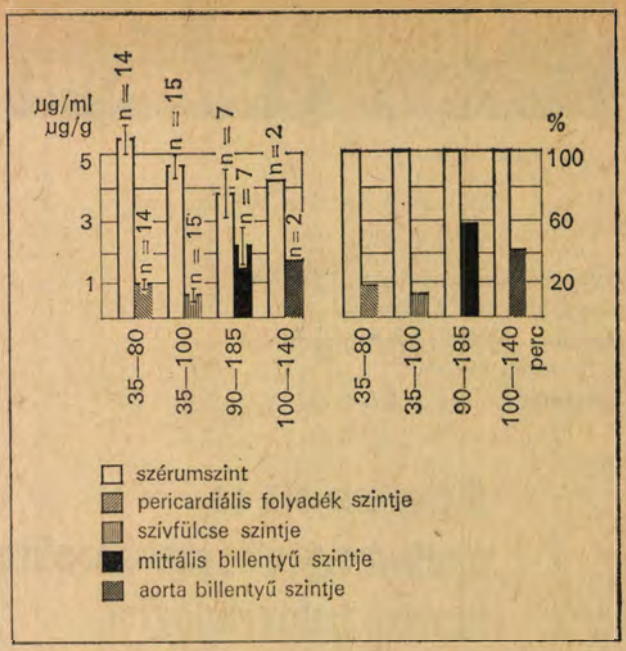
A törzsek egynegyede Staph. aureus, háromnegyede Gram-negatív baktérium volt. Az eredmények tanúsága szerint valamennyi izolátum-csoport nagyobb arányban volt érzékeny tobramycinre, mint gentamicinre. Legkifejezettebb ez a különbség az Enterobacter, Ps. aeruginosa és az E. coli törzseknél, a tobramycin javára.

A szöveti diffúzió vizsgálata:

Az *1. ábrán* a szérum és a tüdőszövet tobramycin koncentrációja látható 1 mg/kg im. adása után,



2. ábra: A gentamicin szérum és tüdőszövetszintje 1 mg/testsúlykg im. adása után és viszonyuk



3. ábra: A Brulamycin (tobramycin) szérum pericardiális folyadék és szívszöveti szintje 1 mg/testsúlykg im. adása után és viszonyuk

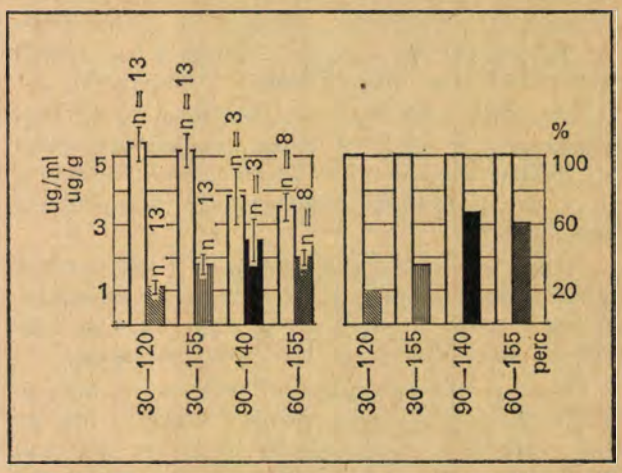
valamint a tüdőben és szérumban mért szintek viszonya, a diffúzió nagysága az ép, a gyulladásos és a tumoros részekben, különböző idő intervallumokban.

A *2. ábrán* a gentamicin tüdőszövetszint-vizsgálat eredményeit összegeztük az előzőhöz hasonló dózis és adagolási mód mellett.

A *3. ábrán* a szívműtétek során végzett tobramycin szintvizsgálati eredmények szerepelnek 1 mg/kg im. adása után a szérumban, a zsírszövetekben, a szívbillentyűkben és a pericardiális folyadékban.

A *4. ábrán* a előzővel azonos dózis és beviteli mód mellett mért szérum és szívszövet, valamint a pericardiális folyadék gentamicin koncentrációit ábrázoltuk.

A szérum és a pericardiális folyadék antibiotikum koncentrációját µg/ml-ben, a szöveteket µg/g-



4. ábra: A gentamicin szérum pericardiális folyadék és szívszövet-szintje 1 mg/testsúlykg im. adása után és viszonyuk

ban adtuk meg. Valamennyi ábránkon feltüntettük a diffúzió arányát: az aktuális szérumszint és szöveti koncentráció viszonyát. Feltüntettük az átlagértékeket és az S. E. M.-et.

Megbeszélés

Az in vitro bakteriológiai vizsgálati eredmények egyértelműen azt bizonyították, hogy a tobramycin a vizsgált baktériumtörzsek közül többnek gátolta a növekedését, mint a gentamicin, és ez a különbség számottevő volt, nemcsak a Ps. aeruginosa, hanem a többi baktériumtörzssel is. A tobramycin tehát felülmúlta a gentamicin in vitro hatását.

A valóság helyes értékelésekor figyelembe kell vennünk egy jelentős körülményt. Az általunk izolált baktériumtörzsek egy 400 ágyas klinika-komplexum betegeiből származtak. Klinikánkon mintegy tíz éve alkalmazzuk a gentamicint önállóan, vagy súlyos fertőzéseknél katasztrófa kombinációk tagjaként.

A baktériumtörzseknek tehát módjuk volt szelektálódni, s a rezisztens egyedeknek fennmaradni. Ezt a jelenséget a bakteriológiai tenyésztések antibiogrammján az évek során sajnos meggyőzően követni tudtuk. A tobramycin viszont új antibiotikumként került klinikánkra, a baktériumoknak még nem volt módjuk „megtanulni", mivel a gentamicin és tobramycin közötti keresztrezisztencia nem teljes (8, 9, 16, 22, 25). Így a gentamicin hosszú ideig tartó klinikai alkalmazása kevésbé befolyásolhatta a tobramycin antibakteriális aktivitását.

A tüdőszövet, a pericardiális folyadék és a szívszövet gentamicin és tobramycin szintjének vizsgálatáról emberben, nincs tudomásunk. A gentamicinnel megelőzőleg végeztünk ugyanilyen jellegű vizsgálatokat, de a klinikai gyakorlatban szokásos — vitathatóan helytelen — egy ampulla (80 mg) egységes adag bevitele után. Erről és más antibiotikum humán szöveti szintvizsgálatáról összefoglalóan 1978-ban számoltunk be (3).

Meg kell jegyeznünk, hogy azon vizsgálati eredmények és a jelenlegi testsúlykg-onkénti adagolás után kapott koncentráció értékek lényeges eltérést nem mutatnak.

A két antibiotikum farmakokinetikai vizsgálatának irodalmát értékelve a szerzők a szérum csúcsszintjét 4—6 μg/ml körülinek találták (21).

Minthogy a humán szövetszintek értékelésekor irodalmi adatokra nem támaszkodhattunk, igen lényeges iránymutató volt számunkra, hogy az általunk mért szérum koncentrációk a közlésekben szereplőkkel egyeztek vagy hasonlóak voltak. Összevetve a két antibiotikum tüdőműtétek alatt mért szérumszintjeit úgy találtuk, hogy a tobramyciné valamivel magasabb volt, mint a gentamiciné. Az irodalomban egyes szerzők ezen eredményeket megerősítő (12, 19), mások ellentétes megfigyeléseket közöltek (7, 11, 17, 23).

A szövetszintek értékelésekor állatkísérletekre támaszkodhattunk volna, ám azok nemhogy emberre nem adaptálhatók, de még állatfajonként is eltérnek. *Wahlig és mtsai* (20) egereknek és kutyáknak adtak gentamicint, megközelítőleg azonos adagban. A kutyák szív- és tüdőszövetében vagy nem tudtak kimutatni antibakteriális aktivitást, vagy csak elhanyagolható mennyiségű volt a gentamicin koncentrációja. Az egerek azonos szöveteiben megfelelő, sőt kiváló antibakteriális koncentrációt mértek. A humán szöveti antibiotikum szintek vizsgálatának klinikai jelentőségét ez a tény aláhúzza.

A kapott eredményeket a spektrumba tartozó kórokozók minimális gátlókoncentrációjának a tükrében kell értékelni, a szöveteknél hangsúlyozottabban, mint az a szérumszinteknél szükséges.

Az emberi tüdőszövetben vizsgálataink szerint a tobramycin és a gentamicin szintje hasonló volt. 2 μg/g körüli értékeket mutattunk ki a vizsgált időintervallumokban.

A légúti fertőzések kórokozóiként a klinikumban leggyakrabban előforduló baktériumtörzsek MIC-ja 1—2 μg/ml a tobramycinnel, 4 μg/ml körüli antibiotikum koncentráció hatásos már a Ps. aeruginosa, E. coli, Proteus és Enterobacter törzsek 85—95%-ára (2, 13, 14, 18). A gentamicin MIC-ja valamivel magasabb a spektrumban (21).

A tüdőszövetben található tobramycin, és szűkebb területen a gentamicin koncentráció hatásos lehet a légúti fertőzések jelentős részének gyógykezelésében, de a túlértékeléstől óvakodnunk kell.

A pericardiális folyadékban 1,0 μg/ml-es tobramycin és gentamicin szintet találtunk. Ez az antibiotikus koncentráció a pericarditis kezelésében ritkán lehet hatásos vagy más antibiotikumra, vagy érzékenység esetén más beviteli módra van szükség (drainage) (4, 10).

A szívfülcsében a gentamicin szint szignifikánsan magasabb volt. Örvendetes, hogy a szívbillentyűk antibiotikus koncentrációja igen sokszor relatíve magas, 2,0 μg/g körüli koncentrációt ért el. *Wysocki* értekezésében hasonló megállapításokra jutott a benzylpenicillin, ampicillin, dicloxacillin és lincomycin szívszövetszint vizsgálatakor.

Klinikai szempontból is figyelemre méltó, hogy a billentyűk heges, meszes, braditrop szövete mekkora antibiotikum felvételére képes. Az endocarditisek gyógykezelésénél, a szívműtétek profilaxisában rendkívül jelentős ez a tény, hiszen a fertőzéseknek a billentyűk a kedvenc megtelepedési helyei.

Összegezve, a tüdőműtétek alatti tobramycin és gentamicin szérumszint-különbségek, a szívfülcse eltérő szintjei ellenére, azokhoz a szerzőkhöz csatlakozunk, akik azt hangsúlyozzák, hogy a két antibiotikum farmakokinetikájának egyes mutatói között lehetnek eltérések ugyan (12, 17), de lényegében a két antibiotikum farmakokinetikája nagyon hasonló (11, 15, 23).

Összehasonlító vizsgálati sorozataink eredménye és irodalmi ismereteink alapján a tobramycin és a gentamicin értékelését az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. Az in vitro bakteriológiai vizsgálati eredmények egyértelműen a tobramycin előnyét bizonyították.
2. A szérum és a szöveti szintvizsgálatok szerint a két antibiotikum szintjei között klini-

kai szempontból lényeges különbség nem volt.

3. Az irodalomból ismert kisebb toxicitás a tobramycin kedvezőbb klinikai alkalmazhatósága mellett szól.
4. A tobramycin az első modern aminoglikozid antibiotikum, amit hazai gyógyszergyár állít elő és a gazdaságosság, valamint a hozzáférhetőség szempontjából ez nem lebecsülendő körülmény.

Összefoglalás: Összehasonlító in vitro érzékenység-meghatározást végeztünk 980 klinikai beteganyagból kitenyésztett baktériumtörzzsel, gentamicinnel és tobramycinnel, papírkorong diffúziós módszerrel. A tobramycin antibakteriális hatása valamennyi izolátumcsoportnál szignifikánsan erősebb volt. A tobramycin és gentamicin koncentrációját vizsgáltuk a szérumban, a tüdő-, szívfülcse-, szívbillentyű szövetében és a pericardiális folyadékban 1 mg/testsúlykg intramusculáris bevitele után. A kapott eredmények alapján a két antibiotikum farmakokinetikáját — lényegtelen eltérésekkel — hasonlónak találtuk. Állást foglaltunk ennek terápiás jelentőségéről a vizsgált szervek fertőzéseinek — légúti infekció, endocarditis, pericarditis gyógykezelésében. A spektrumba tartozó kórokozók minimális gátlókoncentrációja alacsonyabb a tobramycinnel, így a gentamicinéhez hasonló szöveti koncentráció jobb terápiás effektust valószínűsít. Ez a tény, valamint a kedvezőbb in vitro antibakteriális hatás, kisebb toxicitás és a hazai előállítás több aspektusból is a tobramycin előnye mellett szól.

IRODALOM: 1. *Bennett, J. V.: és mtsai:* Appl. Microbiol. 1966, *14*, 170. — 2. *Carmalt, E. D., Cortez, L. M., Rosenblatt, J. E.:* Amer. J. Med. Sci. 1976, *271*, 285. — 3. *Faragó E.:* Kandidátusi értekezés, 1978. — 4. *Faragó E. és mtsai:* Int. J. clin. Pharmacol. 1979, *17*, 421. — 5. *Graber, H. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 213. — 6. *Grove, D. C., Randall, W. A.:* Assay methods of antibiotics, laboratory manual. Med. Encyclopedia Inc. New York, 1955. — 7. *Horikoshi, N., Valdivieso, M., Bodey, G. P.:* Amer. J. Med. Sci. 1973, *266*, 453. — 8. *Jedlickova, Z., Ryc, M.:* Chemotherapy, 1974, *20*, 303. — 9. *Kauffman, C. A., és mtsai:* Antimicrob. Agents Chemother. 1978, *13*, 918. — 10. *Kiss J. és mtsai:* Acta Chir. Acad. Sci. Hung. 1977, *18*, 133. — 11. *Lockwood, W. R., Bower, J. D.:* Antimicrob. Agents Chemother. 1973, *3*, 125. — 12. *Lode, H., Kemmerich, B., Koeppe, P.:* Antimicrob. Agents Chemother. 1975, *8*, 396. — 13. *Miller, G. H. és mtsai:* Antimicrob. Agents Chemother. 1976, *10*, 827. — 14. *Neu, H. C.:* J. infect. Dis. 1976, *134*, Suppl. 3. — 15. *Neu, H. C.:* Med. J. Aust. Specl. Suppl. 1977, *2*, 13. — 16. *Reynolds, A. V., Hamilton-Miller, J. M. T., Brumfitt, W.:* J. infect. Dis. 1976, *134*, Suppl. 291. — 17. *Schentag, J. J. és mtsai:* J. Antimicrob. Chemother. 1978, *4*, Suppl. A. 23. — 18. *Stone, H. H. és mtsai:* Amer. Surg. 1975, *41*, 301. — 19. *Tan, J. S., Salstrom, S. J.:* Antimicrob. Agents Chemother. 1977, *11*, 698. — 20. *Wahlig, H. és mtsai:* Int. J. clin. Pharmacol. 1974, *10*, 212. — 21. *Walter, A. M., Heilmeyer, L.:* Antibiotika Fibel. G. Thiem. Verl. Stuttgart, 1978. — 22. *Watanakunakorn, C., Bannister, T.:* Curr. ther. Res. 1975, *17*, 488. — 23. *Wood, M. J., Farrell, W.:* J. infect. Dis. 1976, *134*, Suppl. 133. — 24. *Wysocki, S.,* Habilitationsschrift, Heidelberg, 1970. — 25. *Yu, P. K. W., Washington, J. A. II.:* Mayo Clin. Proc. 1977, *52*, 802.



GLUDESIN
fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:
1 liter 58,– Ft
5 liter 264,– Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja: Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR
1147 Budapest, Telepes u. 53.
Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt
1147 Budapest, Telepes u. 58–60.

PERITOL®

tabletta, szirup

(antihistaminicum, orexigenicum)



Hisztamin- és szerotonin-antagonista. Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény.

EGYT

PERITOL®

tabletta, szirup

antihistaminicum, orexigenicum

ÖSSZETÉTEL

4 mg cyproheptadinum hydrochloricum tablettánként;
40 mg cyproheptadinum hydrochloricum (100 ml) szirupban.

JAVALLATOK

Akut és krónikus urticaria, szérumbetegség, szénanátha, rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, gyógyszer-exanthema, pruritus, ekcéma, ekcematoid 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 (posztinfekciózus 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 3X½ tabletta, vagy 3X1 kávéskanál szirup (6 mg) elegendő.

Akut migrénes roham esetén 1 tabletta vagy 1 gyermekkanál szirup. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, ½ 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 ½ éves korig nem adható!

Gyermekeknek ½—2 éves kor között adása kivételesen megkísérelhető 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 3X½ 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—4X½ 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 érzékenységnek 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

Semmelweis Kórház, Miskolc
II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Berkessy Sándor dr.) és
Megyei Vérellátó Alközpont
(főorvos: Mády János dr.)

Plasma-transfusiókkal sikeresen kezelt thrombotikus thrombocytopeniás purpura

Berkessy Sándor dr., Pauker Zsolt dr.
és Mády János dr.

A thrombocytopeniával kísért thrombotikus purpurát (továbbiakban: TTP) önálló klinikai entitásként *Moschcowitz* 1925-ben írta le (13). Legfőbb pathológiai kritériumát, a disseminált arterioláris microthrombusokat 1936-ban *Baehr és mtsai* figyelték meg (3). A betegségre a heveny kezdet, láz, vörösvértest-fragmentációval járó haemolytikus anaemia, thrombocytopenia, bőr- és nyálkahártya-vérzések, valamint változatos idegrendszeri tünetek (mentális zavarok, görcsök, paresisek) jellemzőek (8). Gyakran társul renális tünetekkel és azotémiával, de ezek soha nem annyira kifejezettek, mint a sok tekintetben hasonló haemolytikus uraemiás syndromában (10, 11).

A TTP (más néven Moschcowitz-syndroma) meglehetősen ritkán diagnosztizált betegség, bár újabban úgy tűnik, hogy korántsem annyira ritka, mint régebben gondolták. 1974-ig 300 esetét ismertették s csak 31 túlélője volt (7). Azóta a közölt esetek száma emelkedett és legutóbb a gyógyultak száma is megduplázódott (6).

Okát és pathomechanizmusát pontosan még nem ismerjük. Legtöbben az érendothel megbetegedésének tartják, de sokan vélték generalizált Shwartzman-reakciónak, a DIC egy sajátos formájának, Bartonella-infekciónak, SLE, rheumatoid arthritis és Sjögren-syndroma kísérőjelenségének (9). Az érrendszeri károsodás feltételezésével a legfontosabb klinikai tünetek és histológiai jelek jól magyarázhatók. Az endothel károsodása ugyanis a thrombocyták aggregációjához vezet a kiserekben, aminek eredményeket csökken a thrombocyta-szám és másodlagosan fokozódik a thrombocytopoesis. A mikrocirkulációs területekben keletkező thrombusok az érlument beszűkítve fragmentálják az ott áthaladó erythrocytákat. Ennek a mechanikus traumának a következménye a haemolytikus anaemia. A keringésben fellelhető fragmentált vörös vértestek (fragmentocyták, schistocyták) igen jellegzetesek, könnyen felismerhetők, ezért nagy a diagnosztikus jelentőségük, igaz, ezek DIC-ben is jelen lehetnek, ezért önmagukban nem elegendőek a TTP diagnózisának felállításához.

A klinikai képet rendszerint a haemorrhagiás diathesis (purpurák, nyálkahártyavérzések) és a belső szervek ischaemiás tünetei uralják. A szvetek hypoxiája felelős a máj- és veseműködés, valamint az idegrendszer funkciózavaráért.

A ma kialakult állásfoglalás szerint a TTP valószínűleg nem egységes etiológiájú kórkép. *Rubinstein és mtsai* (15) a disseminált microthrombus képződést és a thrombocyta consumptiót a vérben felhalmozódó „toxinok" hatásának tulajdonították. Ezek eltávolítására 1959-ben elsőként alkalmaztak teljes vércseréket, amivel néhány beteg gyógyulását érték el. Therápiás eljárásukat később a kevesebb kockázattal járó plamzaferesis módszere váltotta fel, amivel *Bukowszki és munkatársai* értek el jó eredményeket (4). Mindkét módszer olyan eredményt adott, hogy mellőzni lehetett sok esetben a corticosteroidokat, heparint, dextránt, salicylatokat és a splenektómiát (7).

A TTP kezelésében fordulópontot jelentett 1977-ben *Byrnes és Khurana* (5) közleménye. Fiatal nőbeteg esetét ismertették, akin a terhesség 19. hetében manifestálódott TTP-t diagnosztizáltak. Kezdetben prednisolont, salicylátokat és dipyridamolt adtak, majd ezek eredménytelensége miatt vércseréket, végül splenectomiát végeztek. Az ismételt relapsusok miatt végzett vércserék alkalmával fontos megfigyelést tettek. Feltűnt ugyanis, hogy ha a levett vért nem teljes vérrel pótolták, hanem vörösvértest-koncentrátummal + albuminnal (vagy Ringer-oldattal), nem következett be átmeneti remissio sem. Ha a pótlást vörösvértest-concentrátumhoz adott friss plasmával végezték, a javulás azonnal észlelhető volt. Megfigyelésük leglényegesebbike pedig az volt, hogy *csak plasma adásával*, vércsere nélkül is lehet remissiót elérni. A „szimpla plasma-transfusiók' 'hatásosságából arra következtettek, hogy a vércserék és plasmaferesisek alkalmával sem a „toxinok" eltávolítása a lényeg, hanem a transfundált plasma valamely fiziológiás komponensének hatása érvényesül. Ez a komponens („plasma factor") a TTP-s beteg véréből „eltűnik", aminek az a következménye, hogy a thrombocyták az endothelhez tapadnak és aggregálódnak. *Remuzzi és mtsai* (14) ezt a faktort a prostacyclinnel tartják azonosnak, míg *Lian* szerint (12) az lehetséges. hogy TTP-ben a vérben „thrombocyta aktiváló faktor" (platelet activating factor, PAF) *keletkezik*. Az egészséges vér ennek a faktornak az inhibitorát tartalmazhatja. Ez a hypotetikus faktor in vitro is megakadályozza a TTP-s beteg plasmájával előidézhető thrombocyta aggre-

gatiót. A transfundált plasma nagy tömegű PAF inaktiválására is alkalmas (2).

Byrnes és Lian 1979 végén megjelent összefoglaló tanulmánya (6) szerint a plasma-transfusio a késői relapsusok során alkalmazva is hatásos. Ez a hatás mindig azonnali, bár a thrombocyta-szám emelkedése kezdetben csak átmeneti, a tartós eredmény általában egy hét múlva jelentkezik. A tartós remissióhoz, gyógyuláshoz szükséges plasmamennyiségre vonatkozóan nem lehet szabályt felállítani, bár vannak, akik már ezt is megtették (16). Remissióban a thrombocyta-szám normális, az LDH-szint csökkent és a vörösvértest-fragmentatio is fokozatosan megszűnik (5).

Betegünk kezelése során — egyéb próbálkozásokat követően csak plasma-transfusiókkal értünk el remissiót, ill. a beteg gyógyulását. Ezzel a kezeléssel tudomásunk szerint hazánkban mások még nem foglalkoztak, ezért úgy véljük, hogy a kezelés sikere, amely a „plasma-factor hypothesis" helyességét is támogatja, indokolja az eset ismertetését.

Esetismertetés

Dr. Cs. Z.-né 23 éves nőbeteget erős menstruációs vérzés miatt vitték nőgyógyászati osztályra, ahol incomplet abortusra gondoltak és curettage-t végeztek. Az anaemiát transfusiókkal kezelték, de a 0,93—1,08 mmol/l közötti Hgb-értéket nem tudták korrigálni. A vérkereséshez küldött vérminta alapján a Vérellátó Alközpontban tűnt fel, hogy a betegnek haemolysise lehet. Az „A" Rh-pozitív beteg savójában ezt magyarázó „anti—c" és „anti—E" Rh-alloantitesteket találtunk, ezért került át a beteg további kezelésre belgyógyászati osztályunkra 1970. november 20-án. Ekkor Hgb-értéke 1,31 mmol/l volt, továbbra is vérzett. Thrombocyta-számát 22 G/l-nek találtuk, egyéb leletei gyakorlailag normálisak voltak (fvs-szám: 7,2 G/l, st: 18, se: 48, ly: 30, mo: 4%, vizelet negatív, karbamid-N: 5,7 mmol/l, kreatinin: 97,2 mmol/l, serum bilirubin: 30,78 mmol/l, ebből direkt: 6,80 mmol/l, GOT, GPT, LDH, Thymol: normális. A vörös vértestek részéről anisopoiklocytosist lehetett megfigyelni).

A rendelkezésünkre álló adatok alapján cyclikus thrombopeniára, DIC-re, ill. ITP-re gondoltunk, az Rh-sensibilizáltságot évekkel korábban adott transfusiókra vezettük vissza. A feltételezett DIC-re vonatkozó laboratóriumi vizsgálatok (prothrombin tartalom, PTI, fibrinogén, ethanol gelatiós test (normális, ill. negatív eredményt adtak. Normálisak voltak a serumfehérje értékek is. A csontvelőben normális granulopoesist, igen élénk normoblastos erythropoesist és a szokottnál több megakaryoblastot, megakaryocytát láttunk.

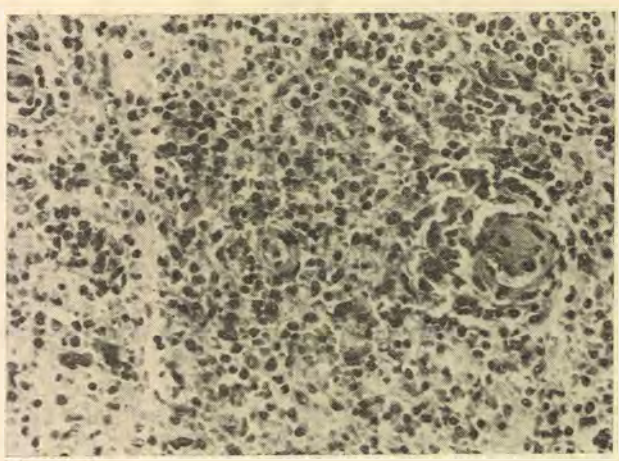
A felvételt követő napokban a Hgb-érték és a thrombocyta-szám a vörösvértest-concentratum és a thormbocyta transfusiókra sem emelkedett, ezért — a betegséget ITP-nek véleményezve — prednisolon kezelést kezdtünk el. A thrombocyta-számot emelő hatásra számítva 1,0 mg Vincristint is adtunk infusióban. A nőgyógyász Ergamot és Orgametrilt javasolt.

Bentléte 10. napján reggel a beteg mosakodás közben összeesett és eszméletlenné vált. A fejét ért ütés helyén a jobb homloktájon zölddiónyi haematoma keletkezett, bulbusai jobbra deviáltak és teljes bal oldali petyhüdt bénulás alakult ki. Eszméletét nem nyerte vissza. A szemfenéki kép és az ECHO vizsgálat bizonytalan eredményt mutatott, ezért az idegsebész konziliárius (Barla dr.) epiduralis vagy subduralis haematoma gyanúja miatt diagnosztikus jobb oldali temporoparietalis trepanatiót végzett. Vérömlenyt nem talált, ezért az idegrendszeri tüneteket agyi állományvérzésnek tartottuk. Eddigi kezelését folytattuk, de comatosus állapota csak az 5. napon kezdett javulni. Mint-

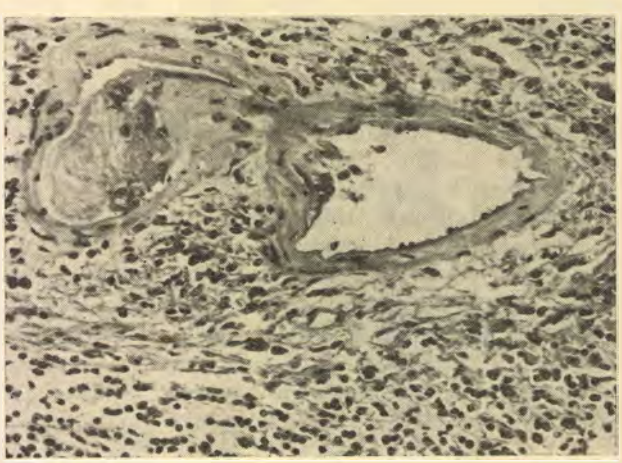
hogy thrombocyta-száma továbbra sem emelkedett 20 G/l fölé, *Ahn és mtsai* javaslatára (1) Vinblastinnal inkubált thrombocyta transfusióval is kísérletet tettünk, de eredményét ennek sem láttuk. Nyilvánvaló volt ezután, hogy a thrombocyta-számot másként nem fogjuk tudni javítani, mint splenectomia elvégzésével. A beteg változatlan, súlyos állapotát ekkor Jackson-typusú epileptiform rohamok is komplikálták. A műtéti előkészítés teljes-vér, thrombocyta-dús plasma és tárolt plasma adásából állott. A Hgb-értéket három nap alatt 2,12 mmol/l-re, a thrombocyta-számot 45 G/l-re tudtuk felemelni, amire általános állapota is feltűnően sokat javult, paretikus végtagjait is mozgatni kezdte. Vérképében ekkor észleltünk először fragmentált vörös vértesteket. A műtét alkalmával (Kardos dr.) számottevő vérzékenységet nem észleltünk. Eltávolított lépe az ITP-ben vártnál nagyobb, 460 g súlyú volt.

Postoperatív kezelését is magunk végeztük az első órától kezdve thrombocyta-dús plasma transfusiókkal. A hatodik postperatív napon — várva a postplenectomiás thrombosist — a transfusiókat szüneteltettük. A remélt hatás azonban elmaradt, ugyanakkor a perifériás vérben extrém mennyiségben jelentek meg a fragmentált vörös vértestek. Hamarosan a lép szövettani eredményét is megtudtuk, amely szerint az arteriolákban diseminálatan hialin microthrombusok voltak jelen *(1. ábra)*, amelyek az erek lumenét erősen beszűkítették (Keresztúry dr.) Ezek alapján az ITP diagnosisát el kellett vetnünk. A klinikai, laboratóriumi, és szövettani kép egyértelműen TTP fennállására utalt.

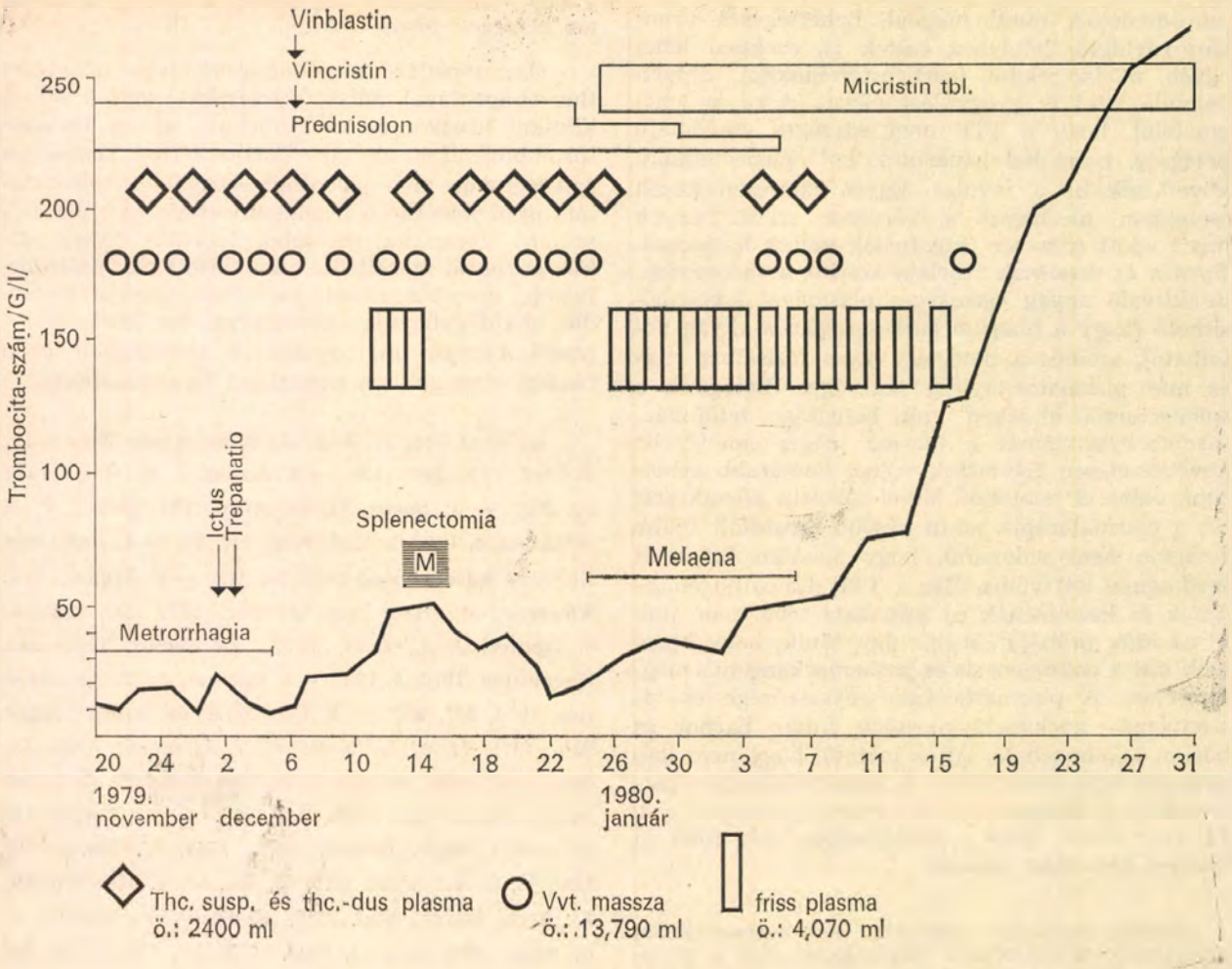
A TTP diagnózisának felállításakor azonnal elkezdtük a plasma-transfusiók alkalmazását. Nyolc napig naponta adtunk a betegnek 300—700 ml friss plasmát, majd ezt követően másodnaponként 250—300



1/a. ábra



1/b. ábra



2. ábra.

ml-es adagokat összesen 4070 ml mennyiségben *(2. ábra)*. A plasmatransfusiókra a beteg általános állapota igen gyorsan javult, haemiparesise napról napra oldódott, bal kezét is használni kezdte. A periferiás vérben megnövekedett a thrombocyták száma, megakaryocyta-fregmentumok is megjelentek. A thrombocyta-szám növekedése kezdetben csak a transfusio utáni—2 órától 10—12 óra hosszat tartott, s csak a 8. naptól kezdődően maradt 50 G/l felett. Ettől kezdve emelkedése egyenletes volt. Három hét elteltével szüntettük be a plasma-transfusiókat. Normálissá vált közben a serum-bilirubin értéke, csökkent az LDH-szint és lassú ütemben mérséklődött a fragmentocytosis. Felvételét követő 71. napon bocsátottuk haza és azóta rendszeresen ellenőrizzük. Panaszmentes, thrombocyta-száma 150—250 G/l között van, fragmentocytosisa nincs, máj- és veseműködése normális, mindössze minimális fokú bal oldali hypoglossus paresise maradt. Négy hónapig szedett naponta 1 tbl. Micristint, jelenleg nem szed gyógyszert.

Megbeszélés

Betegünk anamnesise a thrombopenia okára nézve nem nyújtott támpontot. DIC-re kezdetben azért gondoltunk, mert feltételeztük, hogy genitalis sepsise van, vagy az Rh-sensibilisatio miatt az alvadási rendszer aktivált. A DIC azonban kizárható volt, ezért a betegséget ITP-nak tartottuk és aszerint kezeltük. A vérképből hosszú ideig hiányzott a fragmentocytosis, ezért a haemolysist az Rh-isoimmunisatióval hoztuk összefüggésbe. A hirtelen létrejövő agyi katasztrófát thrombopeniás agyi vérzésnek véltük. A napokig válságos állapotban levő betegen elvégzett splenectomia nagymértékben elősegítette a betegség tisztázását (elmaradt postplenectomiát thrombocytosist, fokozódó fragmentocytosis, szövettani kép), a TTP felismerését. A TTP kezelésére alkalmazott plasmatherápiában csak az irodalmi tapasztalatokra támaszkodhattunk, bár nagyban növelte bizalmunkat, hogy már a splenectomiára történő előkészítés során alkalmazott nagyobb mennyiségű plasma hatására is jelentkezett átmeneti javulás. A „szimpla plasmatransfusiók" kedvező hatásúnak bizonyultak, sem volumen-túlterhelés, sem hyperproteinaemia nem következett be, ezért nem kényszerültünk plasmaferesisek végzésére.

Az a tény, hogy a limitált ideig alkalmazott plasma-transfusiók végleges gyógyuláshoz vezettek, esetünkben is arra utal, hogy a TTP transitorikus betegség lehet, a thrombocyta aktiváló faktor termelődése (vagy az antiaggregációs anyag képződésének megszűnése) átmeneti jelenség. A

magas halálozási arány oka az lehet, hogy a „spontán" lefolyás általában hosszú s eközben a beteg a szövődmények miatt meghal. Lehetségesek azonban rövidebb lefolyású esetek is, ezekben lehet egyéb módszerekkel (corticosteroidokkal, dipyridamolla stb.) is gyógyulást elérni. Arra is lehet gondolni, hogy a TTP nem egységes etiológiájú betegség, ezért hol heparinra, hol splenectomiára következik be a javulás. Egyes sikeresen kezelt esetekben bizonnyal a vérzéses szövődmények miatt adott friss-vér transfusiók voltak hatásosak. *Byrnes és mtsai*nak teóriája szerint a thrombocyta-aktiváló anyag egészséges plasmával közömbösíthető (vagy a hiányzó antiaggregációs anyag pótolható), amihez a betegség egyes fázisaiban más és más plasmamennyiség szükséges. Betegünk a splenectomia idejében volt betegsége tetőfokán, thrombocyta-számát a plasma mégis emelte, ha következetesen folytattuk volna, hamarabb érhettünk volna el remissiót. Mivel relapsus következett be, a plasmaterápia során később tapasztalt újabb remissio nem valószínű, hogy spontán folyamat eredménye lett volna. Bár a TTP etiopathogenesisének és kezelésének új irányzata még nem állta ki az idők próbáját, mégis úgy tűnik, hogy közelebb vitt a pathogenesis és pathomechanismus megértéséhez. A plasmatherápia egyszerűsége és viszonylagos kockázatmentessége miatt bárhol és bárkin alkalmazható. Az is biztató, hogy nem igényel speciális felszerelést. A szakirodalomban szaporodnak a sikeresen kezelt esetek (5, 6, 9, 12, 14, 16) és várható, hogy a közeljövőben még több új ismeret birtokába jutunk.

Ezúton mondunk köszönetet konziliariusainknak, nővéreknek, laboratóriumi dolgozóknak, akik a beteggel kapcsolatos munkában segítségünkre voltak. Külön köszönettel tartozunk *Rák Kálmán* professzornak és *Boda Zoltán dr.*-nak figyelmes tanácsaikért, személyes segítségükért. Végül, de nem utolsósorban tisztelettel és köszönettel gondolunk arra a néhány véradóra, akik a nagy mennyiségű speciális vért önzetlenül bocsátották betegünk rendelkezésére.

Összefoglalás: Huszonhárom éves nőbeteget thrombopeniával, súlyos vérzésekkel vették fel. A klinikai tünetek és laboratóriumi leletek immunthrombopeniára utaltak. Corticosteroid kezelés és splenectomia nem járt eredménnyel. A splenectomia után jelentkező fragmentocytosis és a lép szövettani vizsgálata thrombocytopeniás thrombotikus purpurát igazolt. Az alkalmazott plasma-transfusiók eredményeként thrombocytaszám-emelkedés, majd gyógyulás következett be. Ismertetik a plasmatherápia kidolgozásának előzményeit és a hatásmechanizmusra vonatkozó hypothesiseket.

IRODALOM: 1. *Ahn, A. S. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1978, *268*, 1101. — 2. *Ansell, J. E.:* Blood 1979, *54*, 959. — 3. *Baehr, G. és mtsai:* Cit: *Deuel, T. és mtsa:* Arch. Intern. Med. 1980, *140*, 93. — 4. *Bukowski, R. M. és mtsai:* Blood 1977, *50*, 413. — 5. *Brynes, J. J., Khurana, M.:* New Engl. J. Med. 1977, *297*, 1386. — 6. *Byrnes, J. J., Lian, E. G. Y.:* Semin. Thrombos. Haemostas. 1979, *5*, 199. — 7. *Cuttner, J.:* J. Am. Med. Ass. 1974, *227*, 397. — 8. *Csorba A. és mtsai:* Ideggy. Szle. 1971, *24*, 97. — 9. *Deuel, T. és mtsai:* Arch. Intern. Med. 1980, *140*, 93. — 10. *Hammond, D. és mtsai:* Arch. Intern. Med. 1970, *126*, 816. — 11. *Horváth T. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1974, *27*, 190. — 12. *Lian, E. G. Y.:* Blood 1979, *53*, 333. — 13. *Moschcowitz, E.:* Arch. Intern. Med. 1925, *36*, 89. — 14. *Remuzzi, G. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1978, *299*, 311. — 15. *Rubinstein, M. A. és mtsai:* Ann. Intern. Med. 1959, *51*, 1419. — 16. *Taft, E. G.:* Blood 1979, *54*, 842.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Győr
Izotópdiagnosztikai Laboratórium
(vezető: Andréka Bertalan dr.)
Gyermekosztály
(főorvos: Méhes Károly dr.)

A győri újszülöttek hypothyreosis-szűrővizsgálata

Andréka Bertalan dr., Háfenscher István dr., Petrovicz Éva dr., és Méhes Károly dr.

A veleszületett anyagcsere-zavarok korai felismerését célzó újszülöttkori szűrővizsgálatok létjogosultsága és rentábilitása nemzetközileg és hazánkban is beigazolódott (3—6, 10—14). Ezek között is kiemelkedő jelentőségű a viszonylag gyakori hypothyreosis újszülöttkori szűrése, amelynek egyes kérdéseivel a közelmúltban foglalkoztunk (1).

A veleszületett hypothyreosis tünetei az élet első heteiben nem specifikusak, ezért a betegséget klinikai jelek alapján többnyire nem lehet diagnosztizálni; így a kezelés szempontjából elvesznek azok az első hónapok, amikor a terápia megakadályozhatja a súyos somatikus és pszichés elmaradást. A megbetegedés hormonális eltérései — a csökkent thyroxin (T—4), esetleg az ugyancsak csökkent trijódthyronin (T—3), vagy a magas thyreotrop hormon (TSH) aktivitás — specifikus laboratóriumi módszerekkel, radioimmunoassay (RIA) mérésekkel biztosan igazolhatók.

A phenylketonuria- és egyéb anyagcsere-betegségek szűréséhez csatlakozva megkíséreltük egy olyan módszer kidolgozását, amellyel a későbbiekben megyénk újszülöttjeit rendszeresen vizsgálhatjuk és esetleg az egész országban bevezetendő szűréshez is tapasztalatokkal szolgálhatunk. A vérrel átitatott szűrőpapírok legbiztosabb összegyűjtésének lehetőségét kerestük, az egyértelmű és könnyen kezelhető adminisztrációt valamint azt a RIA módszert (ennek biztos belső standardját), amely a pontos, reprodukálható mérést lehetővé teszi. Minden esetben — a nemzetközileg is jobb hatásfokúnak tartott — TSH-szűrést végeztük (7—9, 15).

A dolgozat annak az 5017 újszülött mérési eredményeit ismerteti, akik az elmúlt 3 esztendőben — az *1. táblázat*ban megadott időpontokban — Győrött születtek.

Módszer

Az 5 napos csecsemőktől vett vért szűrőpapírra itatjuk. Erre a célra — vizsgálataink szerint — minden olyan szűrőpapír megfelel, amelynek súlya 150—250 gm/m² között van, vagyis kellő mennyiségű cellulózt tartalmaz. A vért úgy kell a szűrőpapíron elfolyatni, hogy elegendő területet öntsön el, illetve egyenletesen szívódjon fel. A függőleges állványon tartott papíron 1 óra alatt szobahőmérsékleten is beszárad a vérminta. A szárított mintákat normál hőmérsékleten 7—10 napig, 2—8 °C-on pedig 3—4 hónapig lehet tárolni. (Ha a papírból 2,25 mm-es korongot vágunk, ez kb. 6 μl vért tartalmaz.)

Miután a szűrőpapírokból kórházunk genetikai laboratóriumában kivágják az egyéb betegségek szűréséhez használatos mintákat, hetenként 2 alkalommal átvisszük azokat az Izotópdiagnosztikai Laboratóriumba. A szűrőpapírra — még a vérrel történt átitatás előtt — felírjuk a csecsemő adatait (név, születési idő, anya neve, lakóhely), majd sorszámmal látjuk el. Minden szűrővizsgálat ezzel a sorszámmal dolgozik.

A TSH meghatározáshoz a Phadebas Dry Spot készletét használjuk és a mérést a szűrőpapírra szárított vérmintából végezzük.

A TSH test specifikus a human TSH-val szemben. A gyári készletben a TSH antitesteket sephadex részecskékhez — mint solid fázishoz — kötik. Az ismeretlen minta koncentrációja a TSH azon tulajdonsága alapján mérhető, hogy a sephadexhez kötött anti-TSH-ban hány kötési helyet képes lefoglalni a vele (szemben) vetélkedő, adott mennyiségű jelzett TSH. Az eredmény az ismert koncentrációjú standard TSH sor aktivitásából számítható.

A szűrőpapírra felcseppentett vérmintát csőben elhelyezett sephadex-anti-TSH komplexben oldjuk. A hormon a szűrőpapírról történő leoldódás közben reakcióba lép a sephadex részecskékhez kötött TSH-antitestekkel. A reakció szobahőmérsékleten — mozgatás közben — történő inkubáció alatt zajlik. Ezután 125-I-TSH oldatot teszünk a csőbe és rázás közben tovább inkubáljuk, majd a kötött és a szabad TSH centrifugálással elválasztható egymástól. A megmaradt kötetlen TSH-nak a felülúszóval együtt történő eltávolítása után a sephadexhez kötött aktivitás mérhető. A 2—5 perces mérés alatti beütésszám ismeretében a standard görbéről leolvasható a vizsgált minta TSH-koncentrációja (μE/ml-ben).

A szűrővizsgálathoz a Puadebas Dry Spot Test-et használjuk. A magasabb TSH-értékek kontrollálása a serumból történik, a meghatározások a Byk—Mallinckrodt RIA-mat-TSH készletével készülnek. A serumból történő T—3 és T—4 mérésekhez a T—3- és T—4-RIA (Amersham) gyári kiteket használjuk.

(A dolgozat szövegében és az ábrákon a régi mértékegységben adjuk meg az értékeket. A T—3 esetében 1.54, a T—4 esetében 12.87 az a szorzófaktor, aminek használata után a hormonmennyiségeket nmol/l-ben kapjuk meg. A TSH hasonló szorzófaktora 37.7, ezzel a μE/ml mértékegységet pmol/l-re számíthatjuk.)

Eredmények

Ahogy az *1. táblázaton* látható, 1978-ban kezdtük a szűrést. Először kellő gyakorlatra kívántunk szert tenni ebben az időszakban és kerestük, hogy melyik TSH-értéket vegyük a kritikus maximális pontnak. A biztonság kedvéért az első hónapokban 8 μE/ml TSH érték feletti eredményeket megismételtük, természetesen először a szűrőpapírból, majd — már kevesebb százalékban — serumból, hagyományos RIA meghatározással. Soknak találtuk az ismétlési arányt. Ugyanebben az időben jelentek meg a külföldi több százezer szűrés tapasztalatait ismertető közlemények (7—9). Mivel ezekben a dolgozatokban a TSH kritikus értékét 20 μE/ml-ben adták meg, mi is felemeltük a normál érték felső

1. táblázat. **Az újszülöttkori szűrővizsgálat időszakai, a vizsgált csecsemők száma, a kritikus TSH értékek, valamint az ismétlések arányának százalékos részletezése**

Időszak	Vizsgált újszülött	TSH uE/ml	Ismétlés papírból	serumból	Ismétlés aránya	Pozitív eset
1978. X.—XII.	468	> 8	41	16	12,2%	—
1979. I.—V.	920	> 8	85	27	12,2%	1
VIII.—XII.	1160	> 20	31	4	3,0%	—
1980. I.—X.	2469	> 20	45	3	1,8%	—
össz.	5017	> 8 > 20	202	50	12,2% 2,3%	1

határát. 1979 második félévében, majd a későbbiekben már csak a 20,0 μE/ml feletti értékeket konrolláltuk, lényegesen kisebb százalékban, mint a korábbi időpontban. Így a 12,2%-os ismétlési arányt 3% alá csökkenthettük.

Az 5017 vizsgálatból egy esetben — ismételten is — magas TSH-értéket találtunk, a csecsemőt soron kívül visszarendeltük. A serum TSH szint is magasnak bizonyult, ezért a csecsemőt felvettük az osztályra. Klinikailag az enyhe obstipatión kívül a betegség más tünetét nem észleltük. Kezdetben Liothyroninra, majd Thyranon porra állítottuk be. Súlypercentilje a normális határokon belül alakult, úgyszintén testméretei és mozgásfejlődése is. Az első éves megfigyelés alatt csak egy alkalommal feküdt az osztályon, a gyógyszeres beállításhoz 10 napig. A későbbiekben kéthetente, majd havonta rendszeresen ellenőriztük. A kontroll vizsgálatok alkalmával több esetben vért vettünk a csecsemőtől, a hormon-meghatározás ekkor már csak serumból történt. Ezen hormonértékeket mutatja a *2. táblázat.*

A szűrőpapír-vérvétel 5 napos korában, 1979. március 2-án történt. A magas TSH-értéket április 16-án serumból megerősítettük. A két hónappal későbbi ismételt hormonérték — már a kezelés hatására — csökkenést mutatott. Csak érdekességként említjük, hogy a csecsemő T—3 és T—4 értékei mindvégig a normális intervallumban vannak. A kezelés előtti normális T—4 érték a mi esetünkben is alátámasztja a TSH-szűrés nagyobb megbízhatóságát.

2. táblázat. **Az 5 napos korban levett vérmintával kiszűrt hypothyreosisos csecsemő későbbi ellenőrző vizsgálatai alkalmával kapott hormonértékek**

Született: 1979. II. 26.

Mintavétel	TSH μE/ml	T-3-RIA ng/ml	T-4-RIA μg/100 ml
1979. III. 2.	80,0		
IV. 16.	78,0		8,4
VI. 27.	33,0		6,7
VII. 9.	6,0		4,8
VIII. 14.	20,0	1,85	2,8
IX. 18.	21,0		4,2
X. 4.	14,0	2,10	2,7
XI. 14.	35,0	2,80	3,3
1980. III. 31.	37,0	1,75	6,22
IX. 29.	15,2	2,66	6,45

Megbeszélés

Az utóbbi 5—6 évben — amióta a hormonok meghatározása gyorsan és könnyen elvégezhető — világszerte több próbálkozás történt a veleszületett hypothyreosis előfordulási arányának meghatározására. *Dussault és mtsai* (8) Kanadában 175 000 újszülöttet vizsgáltak, a betegség előfordulási arányát 1:6000-nek találták. *Fisher és mtsai* (9) 1979-ben megjelent közleményükben Észak-Amerikában az 1972 óta tartó szűrési programot összegzik; 1 046 362 újszülött közül 284 congenitalis hypothyreosist találtak, és közülük 246 primaernek bizonyult. Így a betegség előfordulási arányát 1:4254-nek véleményezték. Tehát legalább olyan gyakori, mint más veleszületett anyagcsere-betegség, köztük a már évek óta szűrt phenylketonuria. Az európai helyzet felmérését megnehezíti, hogy — bár több országban történtek szűrések — más-más módszerek használatával más-más hormonokat határoztak meg. *Delange és mtsai* (7) 1979-ben összesítették az addigi szűrési eredményeket. 489 868 újszülött vizsgálata alapján Európában a veleszületett hypothyreosis gyakoriságát 1:3800-nak találták; a vizsgálatok TSH-, T—4-szűréssel vagy a kettő kombinációjával történtek.

Az élet első heteiben a hypothyreosis tünetei nem specifikusak, a betegséget a klinikai jelek alapján többnyire nem is lehet diagnosztizálni. A nem kezelt csecsemőkori hypothyreosis megfordíthatatlan psychés és somatikus károsodást okoz. A primaer hypothyreosis azon kevés veleszületett megbetegedés közé tartozik, amelyet aránylag egyszerűen és sikeresen lehet kezelni. A pajzsmirigyhormonnal történő substitutio a szellemi és testi zavarok kialakulását megelőzheti. A kezelés eredményessége annál jobb, minél koraibb időpontban — ha lehetséges, az élet első napjaiban-heteiben — kezdjük azt. A késői terápia — még ha optimálisan történik is — nem képes megelőzni vagy kivédeni az irreverzibilis szövődmények kialakulását. Így a kezelés érdekében is fontos a minél koraibb diagnózis.

Mindezek feltétlenül indokolják a rendszeres szűrés bevezetését. Rendelkezésünkre állnak ennek laboratóriumi feltételei és már több országban olyan eredményeket értek el, amelyek mellett a szűrővizsgálat költségei messze eltörpültek.

A születés után a csecsemők pajzsmirigy-hormon mennyiségében változás lép fel. A TSH gyorsan emelkedik, aktivitása csak a 3. naptól csökken

a normál értékre. Ugyanekkor a T—4 emelkedik. A T—3 értéke a születéskor alacsony, a 3—4. naptól normalizálódik. Egyes szerzők szerint a T—4 szintje több hónapon keresztül is magas maradhat. Ha a szűrést — a hormonváltozások lezajlása után — sikeresen akarjuk végezni, figyelembe kell venni az egyensúly helyzet idejét (2, 15), hiszen a levett mintának a szüléshez való időbeli viszonya a kiértékelést is befolyásolhatja. Ezért — a phenylketonuria és egyéb anyagcsere-zavarok mintavételéhez hasonlóan — világszerte az 5. napon veszik a vért.

1978-ban Magyarországon 169 524 gyermek született. Ha az európai átlag-előfordulással (7) számolunk (1:3800), akkor évi mintegy 45 veleszületett hypothyreotikus csecsemőre kell számítani. A betegség hazai gyakoriságáról nincs adatunk. Több európai ország tapasztalatát követve nálunk is kivitelezhetőnek tűnik és módszertanilag a legjobbnak látszik a szűrőpapírra szárított vérfolt vizsgálata, ez összekapcsolható a már országosan szervezett phenylketonuria Guthrie-programmal.

Szerény győri tapasztalatainkkal is azt kívántuk bemutatni, hogy a komplex csecsemőkori szűrővizsgálat a hypothyreosis irányában is kiegészíthető a phenylketonuria és galactosaemia szűréshez használt szűrőpapírból. Bár tudunk hasonló magyarországi methodikai próbálkozásokról, olyan betegről nem hallottunk még hazai ismertetést, akinek hypothyreosisát az 5 napos korban történt vérvételből szűrvizsgálattal ismerték fel.

Eddigi szűrésünk szerint — külföldi gyári készletek használatával — egy újszülött vizsgálatának ára 35 Ft. Ez kétségtelenül költséges eljárás, de további módszertani változtatásokkal és főleg hazai készletek gyártásával a vizsgálatok ára biztosan csökkenthető. Az anyagi terhektől függetlenül a veleszületett hypothyreosis szövődményeinek súlyossága — ez egyaránt vonatkozik az egyénre, családjára és az egész társadalomra — az aránylag gyakori előfordulás, valamint a jó hatásfokú kezelés lehetősége fontossá teszi az újszülöttek rendszeres szűrését. Hosszú távon a kiadások biztosan megtérülnek, hiszen a beteg csecsemők sok éves kezelése-gondozása, az ezzel együttjáró szociális gondok megoldása messze felülmúlja a szűrés költségeit — nem beszélve a családok psychés megterhelésének csökkentéséről.

Összefoglalás: A szerzők az újszülöttkori hypothyreosis szűrővizsgálat szerepét, szükségességét és az elmúlt 3 esztendőben történt vizsgálataik eredményeit ismertetik. Az 5017 újszülött közül (mindnyájan Győrött születtek) 1 congenitalis hypothyreosist igazoltak és a korán megkezdett kezelés hatásának véleményezik, hogy a csecsemő psychés és somatikus fejlődése normális. A vizsgálatokat abból a szűrőpapírból készítik, amelyet a phenylketonuria és egyéb anyagcsere-betegségek felismeréséhez is használnak.

IRODALOM: 1. *Andréka B.:* Orvosképzés (sajtó alatt). — 2. *Bános Cs.:* Orv. Tud. Akt. Probl. 37/1980, 67. — 3. *Bergsma, D.:* Brit. Defects Orig. Art. Ser. 1974, *10*/6. — 4. *Bickel, H.:* Mschr. Kinderheilk. 1976, *124*, 650. — 5. *Boda D.:* Orv. Hetil. 1976, *117*, 2227. — 6. *Childs, B.:* J. Pediatr. 1975, *87*, 1125. — 7. *Delange, F. és mtsai:* Acta endocr. (Copenhagen) 1979, *Suppl. 233*, 1. — 8. *Dussault, J. H. és mtsai:* J. Pediatr. 1978, *92*, 274. — 9. *Fisher, D. A. és mtsai:* J. Pediatr. 1979, *94*, 700. — 10. *Knapp, A.:* Z. ärztl. Fortbild. 1978, *72*, 535. — 11. *Komrower, G. M. és mtsai:* Brit. Med. J. 1979, *2*, 635. — 12. *Méhes K.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 1819. — 13. *Schuler D.:* Orvostudomány 1973, *24*, 203. — 14. *Szabó L.:* Magyar Pediáter 1977, *11*, 123. — 15. *Walsh, M. P.:* Brit. J. Hosp. Med. 1979, *21*, 30.

Felhívás a Szerzőkhöz!

Felhívjuk szerzőink figyelmét, hogy az Orvosi Hetilap szerkesztősége csak nyomdakész kéziratokat fogad el közlésre. A követelményeket a több ízben közzétett, újjászerkesztett „Felhívás" tartalmazza (Orv. Hetil. 1979, *120*, 2773., ill. 3177. és 1980, *121*, 1033).

Kérjük, előírásaikat a kézirat végleges elkészítésekor áttanulmányozni és szem előtt tartani. Ennek elmulasztása jelentős többletmunkát ró a szerzőkre és szerkesztőségre egyaránt; nem csekély mértékben nyújtja meg az ún. *átfutási időt.*

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.

CHINOIN
BUDAPEST



ENZAPROST F

ENZAPROST F

ÖSSZETÉTEL: 1 mg, ill. 5 mg dinoprostum (1 ml)°amp.-ként.

JAVALLATOK: *Terhességmegszakítás*, amikor a TEMEB engedélyezi, függetlenül a terhesség idejétől.

Kóros terhesség megszakítása korai vagy középidős magzati halál ill. a magzat ultrahanggal, röntgennel vagy egyéb módon bizonyított, súlyos fejlődési rendellenessége (anencephalia, hydrocephalia, amelia stb.) esetén.

Szülésmegindítás a következő esetekben: méhen belüli elhalás (késői magzati halál); terhesség befejezése fejlődési rendellenességek miatt; idő előtti burokrepedés és primér fájásgyengeség; a placentáris szak kezelése.

Programozott szülésindukció, ha annak feltételei fennállnak [szövődménymentes terhesség, fejvégű fekvés — biztos terminus — 3000 g feletti magzati súly (biparletális átmérő) — a koponya megfelelő helyzete — kedvező méhszáj státusz (érett cervix) — megfelelően érzékeny méhizomzat].

●

ELLENJAVALLATOK: *Abszolút ellenjavallatok:* asthma bronchiale, colitis ulcerosa aktív szaka, sarlósejtes anaemia, glaucoma, hipertónia jelentősebb mértéke (160/100 Hgmm v. magasabb), morbus sacer, a méhen előzetesen végzett műtétek (császármetszés, myoma enucleatio).

Relatív ellenjavallatok: cardialis decompensatio, spasztikus bronchitis, aktív pulmonális tuberkulózis, nyugalmi szakban levő colitis ulcerosa, a májműködés súlyos zavarai, a méh fejlődési rendellenességei, myoma uteri. Mérlegelni kell, hogy ilyen esetben az Enzaprost F alkalmazása vagy egyéb módszer (Rivanollal való feltöltés, sactio parva) jelenti-e a kisebb kockázatot.

●

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:

1. Vetélés indukálása és kóros terhesség befejezése

Premedikáció:

A mellékhatások kivédésére és fájdalomcsillapításra a következő gyógyszerkombinációk alkalmazhatók:

Dolargan	100 mg	100 mg	100 mg	50 mg
Pipolphen	—	50 mg	50 mg	—
Atropin	0,05 mg	—	0,5 mg	0,25 mg
Seduxen	10,0 mg	—	—	—

Dolargan és Atropin adása a premedikációban mindig ajánlatos. Az ajánlott kombinációk egyikét az Enzaprost-F alkalmazása előtt közvetlenül intravénásan célszerű bejuttatni.

Az alkalmazás lehet lokális (extraamniális vagy intraamniális) vagy szisztémás (intravénás).

Az extraamniális alkalmazás kivitele:

— feltárjuk a hüvelyt és a portiót gondosan dezinficiáljuk,

— a portiót rögzítjük,

— a cervixen keresztül fiziológiás NaCl oldattal feltöltött katétert vezetünk fel — a nyakcsatorna irányának szondával való megállapítása után.

A következő típusú katétereket használjuk:

K-72-es táplálószonda
K-30-as táplálószonda
K-31-es táplálószonda
K-32-es táplálószonda
12-es Foley-katéter
2 mm lumenű félkemény műanyag katéter.

(A használt katéterek egyszerhasználatos, vagy gázsterilizált eszközök.)

— A katétert a méhfal és a petezsák között, lehetőleg a fundusig vezetjük,

— felvezetés után a katéteren szívást alkalmazunk, hogy a katéter nem jutott-e véredénybe,

— az Enzaprostot a katéteren keresztül az uterus üregébe, lehetőleg a fundusba deponáljuk.

0—6 hetes terhesség megszakítására egyszeri (impect) bevitellel 3—5 mg Enzaprost adása ajánlott. Közvetlenül a pete távozása után műszeres betapintást végzünk. Ilyen idejű terhességben a módszer alkalmazása minden kórházi osztályon javallt.

7—14 hetes terhesség megszakítása: 5 mg Enzaprost egyszeri (impact) injiciálása után a pete in toto vagy részleges távozása, a nyakcsatornának a 10-es vagy nagyobb Hegar-méretnek megfelelő tágulása következik be az esetek jelentős részében, 24 órán belül.

A terhesség nagyságának növekedésével párhuzamosan a kiürülési arány csökken.

Az Enzaprost injiciálása után 5 óra múlva hüvelyi vizsgálatot végzünk.

A peterészek távozása, vagy a nyakcsatorna ujjnyira való kitágulása után a méhűr műszeres kiürítése szükséges.

Az első befecskendezés eredménytelensége után 5—6 óra múlva hüvelyi vizsgálatot végzünk.

A peterészek távozása, vagy a nyakcsatorna ujjnyira való kitágulása után a méhűr műszeres kiürítése szükséges. Az első befecskendezés eredménytelensége után 5—6 óra múlva 5—10 mg Enzaprost adásával a kezelést megismételjük. Ilyen idejű terhességben a módszer minden kórházi osztályon alkalmazható.

15—28 hét közötti terhességek megszakítására az Enzaprost *intraaminális* bevitele ajánlható kedvezőbb hatása miatt, de adható *intravénásan* is.

A befecskendezés történhet: a hasfalon keresztül, vagy a hüvelyboltozaton keresztül.

Transzabdominális alkalmazás:

— A beteg a hólyagot a beavatkozás előtt ürítse ki,

— a hasfal bőrének dezinficiálása után helyi érzéstelenítésben amniocentézist végzünk a has középvonalában, a szeméremív felett 3—4 harántujjal, egyszerhasználatos szérum 1-es tűvel.

— a fecskendő dugattyújának visszahúzásával magzatvizet kell leszívni, ami bizonyítja, hogy a tű az amnionűrben van,

— az amnionűrbe 25 mg Enzaprost-F injiciálható. Szükség esetén a befecskendezést 8—12 óra múlva meg kell ismételni, az amniocentézis kapcsán visszahagyott műanyagkanülön keresztül.

(Amennyiben a fecskendő visszaszívásakor vér vagy véres magzatvíz ürül, az Enzaprost befecskendezésétől el kell állni. A beavatkozás előtt ultrahanggal a placenta tapadási helyét meg kell állapitani.)

Behatolás a hüvelyboltozaton keresztül:

— a hólyagot ki kell üríttetni,

— feltárással a hüvelyt és a hüvelyboltozatokat dezinficiáljuk,

— a portiót golyófogóval rögzítjük,

— a hátsó, esetleg az elülső boltozaton keresztül az amnionűrbe hatolunk,

— néhány ml magzatvíz leszívásával meggyőződünk a tű megfelető helyzetéről,

— tiszta magzatvíz nyerése esetén 25 mg Enzaprost-F-et fecskendezünk a magzatvízbe, ami ismételhető.

A méhtevékenységet folyamatosan ellenőrizni kell tapintással, tokográffal és a méhszáj tágulásának időnkénti vizsgálatával. Eredménytelenség esetén 8—12 óra múlva az Enzaprost adását megismételjük és szükség esetén Oxytocin infúzióval egészítjük ki. Amennyiben a vetélés 12 órán belül nem fejeződik be, a terhes még gondosabb ellenőrzése (pulzus, hőmenet, fvs.) szükséges.

A terhesség ilyen időszakában mindkét módszer megyei kórházi vagy magasabb szintű osztályon alkalmazható.

Intravénás alkalmazás:

500 ml 5%-os glukóz, vagy 0,45%-os NaCl oldatba 10—20 mg Enzaprost-F-et teszünk. Ennek 1 ml-e 20—40 mikrogrammot tartalmaz. Az oldatból a tűrhetőség határáig és a fájások kialakulásáig (15—28 hét közötti terhességek megszakítására) percenként 0,5—1 ml-rel kezdve, maximálisan 2 ml/percre emelve kell folytatni az infúziót mindaddig, amíg kielégítő méhtevékenység nincs. Ezután az infúziót maximálisan 12 órán át ajánlatos folytatni. Eredménytelenség esetén 12 órás szünet után az infúzió megismételhető, önmagában, vagy Oxytocinnal kiegészítve.

A módszer alkalmazása — szülőotthonok kivételével — kórházi osztályon megengedhető.

A kevesebb mellékhatás miatt elsősorban a lokális alkalmazás ajánlható.

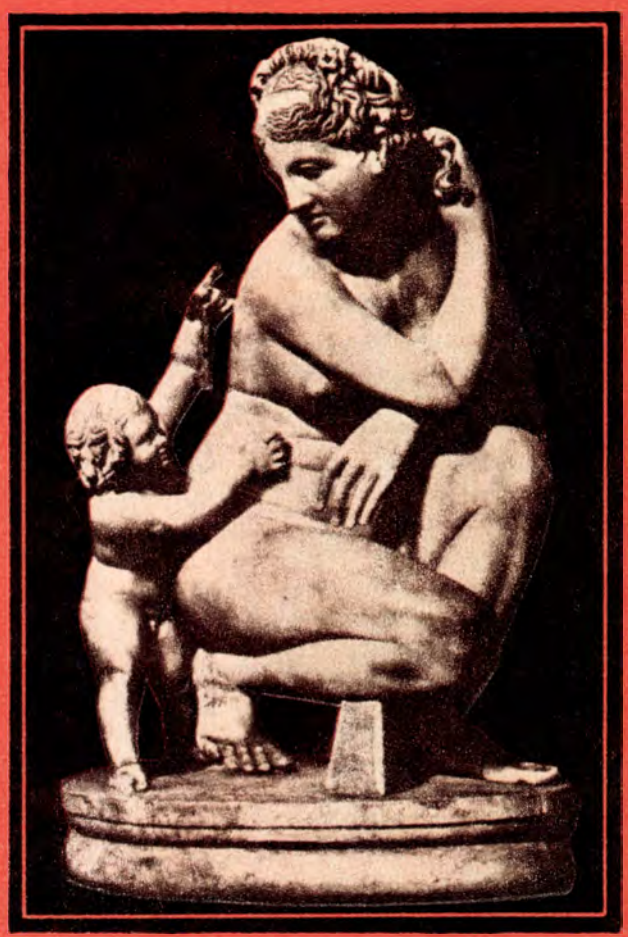
2. *Szülésmegindítás, programozott szülésindukció*

Az indukció eredményességét nagymértékben befolyásolja a szülészeti státusz (parturitás, a cervix és a myometrium érettsége, Bishop érték). Alapelv, hogy a lehető legkevesebb mennyiség alkalmazásával fejezzük be a szülést. Ez Enzaprost tekintetében 1—5 mg összdózist jelent és a sebességi ráta 9—15 (ug)min.

Az alkalmazás módja

A különböző adagolási sémák lényege, hogy a dózist meghatározott időszakonként emeljük és azt a mennyiséget, amely hatásosnak bizonyul, változatlanul tartsuk fenn a lepényi szak lezajlásáig. A méhtevékenység megfelelő ellenőrzésével a kezdő adag 2—3 ug/min. iv. infúzióban, amit 20—30 percenként lehet emelni, esetleg megkétszerezni, de 35—40 ug/min. adag szint fölé nem szabad menni. Ezzel az ún. dózis-titrációs módszerrel azért is óvatosan kell bánni, mert majd a később részletezendő hiperstimuláción kívül azt eredményezheti, hogy a nagyobb adagok a méh alsóbb részeit is serkentik, megszűnik a fundus dominancia és elvész a progresszív méhtevékenységet keltő hatás.

Az iv. alkalmazás az esetek döntő többségében eredményes és csak kivételesen észlelhető az uterus reakciókészségének hátránya. Intravénás adagoláskor 500 ml fiziológiás NaCl-oldatba



5 mg Enzaprostot teszünk és 2—3 ug/min sebességgel infundáljuk, amit a méhtevékenység alakulásának megfelelően fokozhatunk.

Az adagolás során tekintettel kell lenni arra, hogy olykor viszonylag hosszabb látens fázis után igen gyorsan bontakozik ki az aktív fázis. Ez a dózisfokozásban óvatosságra int.

Az alkalmazás feltételei

A hiperstimuláció lehetősége miatt feltétlenül szükséges a prosztaglandinnal megindított szülések monitorizálása. A méhtevékenységet külső tokográfiával kell ellenőrizni, a magzati szívműködés frekvenciáját pedig vagy külső ultrahang-technikával, vagy direkt EKG elektród felhelyezése útján.

A gyógyszerbevitel egyenletesebbé tétele érdekében célszerű, sőt szövődményes terhesség esetén szükséges infúziós pumpa alkalmazása. Erre a célra — egyesek szerint — jól bevált a Cardiff-infúziós rendszer.

A) *Szülésmegindítás prosztaglandinokkal, orvosi javallat alapján*

A szülésmegindítás ismertetett javallataival ellentétben az Enzaprost-F a fokozott kockázatú terhességek befejezésére nem ajánlható. Túlhordás, súlyosabb toxaemia eseteiben a prosztaglandinok alkalmazásával szemben számos kétség merül fel. Ha a lepényi gáz- és anyagcsere eleve beszűkült, a placenta nem rendelkezik kellő rezerv-kapacitással, sokkal jobban kell félni a hiperstimuláció lehetőségétől, ami a magzat szempontjából végzetes lehet. Ilyen esetekben a kevesebb kockázattal járó Oxytocinos indukció javasolható.

A szülésmegindítás módja

Az indukció előtt hüvelyi vizsgálatot kell végezni. Ennek során a burok alsó pólusát körkörösen leválasztjuk az elérhető magasságig. Ezt követi a burokrepesztés. Helyes, ha a burok megrepesztése amnioszkópon keresztül történik. A felvezetett amnioszkópos csövön át hosszú tűvel lassan bocsájtjuk le az elővizet, majd a burkon ejtett nyílást megnagyobbítjuk. Célszerű 1/2—1 órát várakozni és csak ezen latencia idő után kezdeni a gyógyszeres fájdalomkeltést.

B) *Szülésmegindítás programozott szülés céljából*

Programozott szülésmegindításoknál, amelyek feltételezik a kedvező méhszáj státuszt, a méhizom megfelelő érzékenységét, a kedvező Bishop értéket, egyaránt alkalmazható mind az Oxytocin, mind a prosztaglandin.

A szülésmegindítás módja programozott szüléseknél sem tér el az A) pont alatt részletezettektől. A műszeres ellenőrzés itt is kötelező.

A prosztaglandinokkal végzett szülésmegindításoknak visszavisszatérő problémája a méh hiperstimulációja. A magzat szempontjából a legveszélyesebb jelenség ezen belül az alaptónus emelkedése. Rendkívül fontos hangsúlyozni hogy nemcsak túladagoláskor, hanem kisadagok (2—10 ug/min) esetében is felléphet hiperstimuláció. Az alaptónus emelkedése, a polisziszstolés (6—7 méhkontrakció/10 perc) méhtevékenység, a magzat intrauterin gázcseréjét károsan befolyásolja. A hiperstimuláció prosztaglandin adagolásakor sokkal gyakrabban fordul elő, mint Oxytocin adagolás esetén. Ez a reális szövődmény indokolja, hogy a prosztaglandinokkal megindított szüléseket kardiotokográfiával ellenőrizzük. Akut szülés alatti distress esetén a prosztaglandin adagolását meg kell szüntetni, de szükség lehet béta-mimetikumok alkalmazására is.

Partusisten infúzióval leállítható a kóros méhtevékenység, és az alaptónus, valamint a kontrakciók intenzitásának csökkenésével javul a magzat állapota. Ha ez nem vezet eredményre, a szülést műtéttel kell befejeznünk.

●

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor- és bélpanaszok (hányinger, hányás, hasmenés, bélgörcsök), a méh összehúzódásával járó alhasi görcsök, szapora szívműködés, fejfájás. Előfordulhat továbbá átmeneti vérnyomásemelkedés vagy -esés, bronchospasmus okozta átmeneti nehézlégzés, verejtékezés, ájulásérzés, allergia.

Szisztémás adagoláskor a mellékhatások gyakoribbak és súlyosabbak, mint helyi (extra- és intraamniális) alkalmazás után.

●

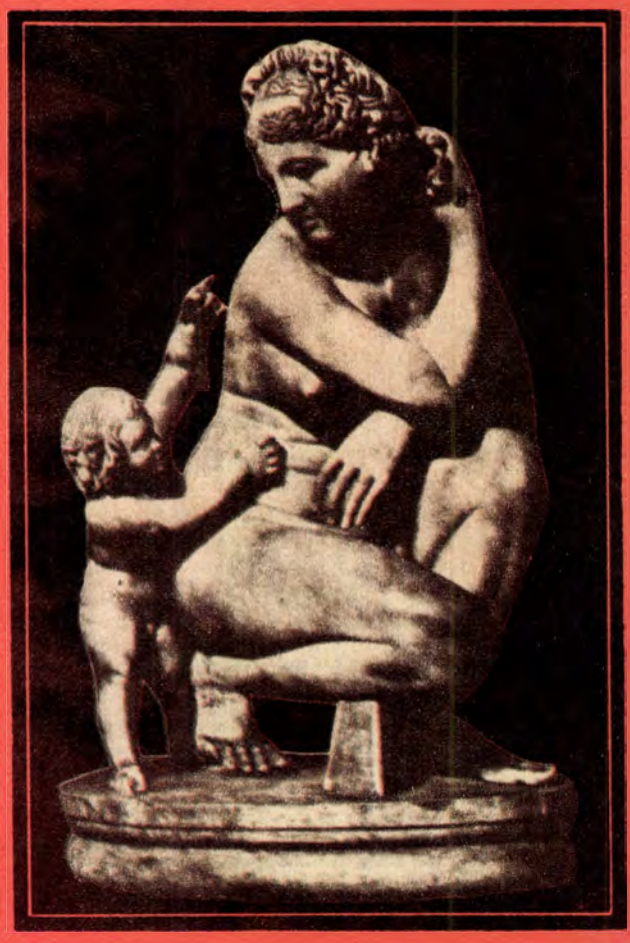
FIGYELMEZTETÉS: Latens asztma vagy spasztikus bronchitis esetén a kezdő adag hatására heveny légúti szűkület állhat elő, ezért ezen szövődmény elhárítására fel kell készülni. Amennyiben cardialis decompensatioban alkalmazzák a készítményt, gondoskodni kell a szívműködés megfelelő gyógyszeres támogatásáról.

●

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

●

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (1 mg) 22,80 Ft; 5 amp. (5 mg) 108,— Ft.



Megyei Kórház, Kecskemét
I. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Biliczki Ferenc dr.)

Heparin-kezelés által indukált heveny DIC

Bozóky Géza dr., Varga Judit dr.
és Biliczki Ferenc dr.

A klinikai gyakorlatban az utóbbi években egyre bővül a heparin alkalmazásának indikációs területe. Ennek magyarázata lehet a thromboembóliás megbetegedések számának növekedése, valamint a heparin mellékhatásainak aránylag ritka előfordulása.

Esetünkben heparin-kezelés alatt heveny DIC kialakulását figyeltük meg.

Esetismertetés

T. G. 54 éves ffi beteg kórelőzményében cholecystectomiát követő postoperatív szakban pulmonális embolizáció alakult ki bal alsó végtagi mélyvéna thrombosis következtében. Két év múlva került ismét osztályunkra a jobb alsó végtag mélyvéna thrombosis klinikai tünetei miatt. A beteg immobilizálását követően intermittáló heparin-kezelést kezdtünk, 6 óránként 10 ezer E heparint adtunk iv. A magasra terjedő thrombotikus folyamat miatt hosszabb ideig szándékoztunk alkalmazni terápiás dózisú heparint. A kezelés hatásosságát a klinikai tünetek javulása és az alvadási idő (Lee—White) kellő mértékű megnyúlása jelezte *(táblázat)*. A kezelés kezdetén végzett alapvizsgálataink során kóros eltérés nem volt kimutatható a thrombotikus folyamaton kívül. A máj- és vesefunkciós laboratóriumi értékek, a perifériás vérkép és a vértestsüllyedés is normális, széklet Weber-reakció és vizeletüledék negatív volt. A heparin-kezelés előtt a thrombocytaszám 180 G/l (180 ezer/mm³), a prothrombin szint 1,0 (100%) volt. A heparin-kezelés időszakában másnaponta figyeltük a thrombocytaszám alakulását és tizenegy napon át lényeges változást a haemostasis fontosabb értékeiben nem láttunk, occult gastrointestinalis vérzés és haematuria nem volt.

A heparin-kezelés tizenkettedik napjának reggelén a beteg jobb kezének harmadik és negyedik ujján heveny arteriás keringési zavar alakult ki igen intenzív fájdalommal. Az érintett felső végtagon is jól tapintható radialis és ulnaris pulzációt észleltünk. A flow-metriás vizsgálat igazolta, hogy az ujjak distalis típusú, kis arteriákat érintő keringési zavaráról, feltételezhetően thrombotikus folyamat kialakulásáról van szó. Egy óra múlva az alsó végtagon purpurák és suffúziók jelentek meg haemoptoe, microhaematuria, melaena kíséretében. A beteg hirtelen, igen rövid idő alatt válságos állapotba került, amelynek oka a multiplex thrombosisok kialakulása, valamint a majdnem egyidejűleg létrejött diffúz vérzékenység volt. Klinikailag többszörös thrombosisok létrejöttére utalt az érintett ujjak nekrózisa, az átmenetileg észlelt oliguria (kielégítő vérnyomás mellett), subicterus — bizonyítván a parenchymás szervek perfúziós zavarát. A súlyos klinikai kép magyarázatául acut DIC-re gondoltunk, ilyen irányban kértünk laboratóriumi vizsgálatokat. A tizenkettedik napon a thrombocyták számának hirtelen zuhanását és a véralvadási faktorok plazmaszintjének csökkenését hevenyen kialakult consumptio

Táblázat. **Néhány laboratóriumi érték változása a betegség lefolyása során**

	1. nap	11. nap	12. nap	15. nap	16. nap
Thrombocyta szám					
(G/l)	230	220	1	28	80
(ezer/cm³)	230	220	1000	28	80
Prothrombin szint	1,00	0,80	0,20	0,35	0,85
(%)	100	80	20	35	85
Thrombin idő (s)	24	26	57	25	25
Kontroll	23	26	25	25	25
Plazma fibrinogen					
(g/l)	2,20	2,00	0,12	0,66	1,75
(mg/100 ml)	220	200	12	66	175
Ethanol gelációs teszt	pozitív	—	negatív	negatív	negatív
Alvadási idő					
(Lee-White)	4 min	20	a beteg vére nem alvadt meg	a beteg vére nem alvadt meg	3

Eddig a klinikai gyakorlatban elsősorban vérzéses szövődmény fordult elő, néhány allergiás jelenséget, elvétve anafilaxiás reakciót figyeltek meg. 1962-ben *Gollub és mtsai* (9) heparin-kezelés során thrombocytopeniát figyeltek meg. Az 1970-es évek kezdetétől már több szerző hívta fel a figyelmet erre a lehetőségre, ill. veszélyre (4, 5, 7, 8, 11). A hazai irodalomban elsőként *Udvardy és mtsai* (12) foglalkoztak a heparin thrombocytopeniát okozó hatásával eseteik megfigyelése alapján. Felhívták a figyelmet arra, hogy a heparin-kezelés során a thrombocyták számolása is szükséges.

okozhatta, ennek következményei a vérzékenységet. Az igen alacsony thrombocytaszám és plazma fibrinogen-szint mellett kifejezetten megnyúlt prothrombin és thrombin időt tapasztaltunk. A qualitatív vérképben feltűnt a thrombocyták hiánya. A kenetben fragmentocytákat nem láttunk. Az ethanol gelációs teszt eredménye negatív volt, de a beteg plazmájában fibrinogen ekkor már gyakorlatilag nem volt jelen *(táblázat)*. A beteg vére nem alvadt meg a heveny állapot kialakulásakor. Ekkor még a heparin hatására is gondoltunk, de mivel 24 óra elteltével, sőt még ezt követően négy napon át sem alvadt meg a levett vér (amikor nem kapott heparint), bizonyossá vált, hogy nem a heparin nyújtotta meg az alvadási időt. A haemostasisban részt vevő faktorok felhasználódásának következménye volt az észlelt jelenség. A DIC létrejöttében a heparin oki szerepét tételeztük fel az irodalmi adatok és megfigyelések alapján (1, 3, 6), így a heparin adását azonnal abbahagytuk. A beteg friss, teljes vért kapott. Huszonnégy óra elteltével a diurézis megindult, a vérzés intenzitása mérséklődött, annak ellenére, hogy a thrombocytaszámban és a véralvadási faktorok szintjében lényeges változást három napon át nem láttunk. A beteg vére még ekkor sem alvadt meg. Az ötödik nap reggelén a beteg felületes vénájából vett vér alvadási ideje három perc volt. A laboratóriumi vizsgálat igazolta, hogy a thrombocytaszám és a plazma fibrinogen szint normalizálódott. A vérzés teljesen megszűnt. Ekkor Syncumar kezelést kezdtünk és folytattunk a prothrombin szint alapján. A továbbiakban a beteg állapota rohamosan javult, a majdnem teljesen elhalt ujjak keringése rendeződött. A következőkben a haemostasis fiziológiás parameterei nem változtak, Syncumar kezelés alatt szövődményt nem észleltünk. A beteg panaszmentesen hagyta el osztályunkat, kontroll vizsgálatok során tünet- és panaszmentes.

Megbeszélés

Esetünkben a heparin-kezelés ritkán előforduló, de súlyos, életet veszélyeztető mellékhatását figyeltük meg.

A heparin thrombocytopeniát okozó hatása az irodalmi adatok tükrében (1, 2, 4, 9) ismertebbnek tűnik, acut DIC-et kiváltó hatásáról kevesebb említés történt. A hazai irodalomban tudomásunk szerint még nem jelent meg közlemény a heparin által okozott heveny DIC-ről, emiatt tartjuk esetünket közlésre érdemesnek.

Betegünkben a heparin DIC-et okozó hatása kétségtelennek látszik a klinikum és a laboratóriumi értékek alapján. Indirekt bizonyítéknak tekinthető az a tény, hogy a heparin-kezelés felfüggesztését követően a véralvadási faktorok plazmaszintje négy-öt nap alatt normalizálódott. Ez az idő egyezik az eddigi irodalmi megfigyelésekkel (1, 3, 10). Betegünk a heparinon kívül egyéb gyógyszert a DIC kialakulásakor nem kapott. Fokozott thrombosis készségéért felelőssé tehető eltérést a későbbi vizsgálatokkal nem tudtunk igazolni. A heveny tünetek lezajlása után részletes haemostasis-vizsgálatok történtek, amelyek során normális thrombocyta aggregációs görbék voltak megfigyelhetők, s a beteg plazmájának AT III. szintje és aktivitása normálisnak bizonyult. A részletes vizsgálati eredmények a következők (zárójelben a kontroll értékek): Prothrombin idő 16,8 s (10,8), Thrombin idő: 20 s (15), PTI: 48,8 s (50), HTCT: 36 s (30), Ethanol geláció: negatív, Thrombocytaszám: 220 G/l, Plazma fibrinogen: 2,1 g/l, Vérzési idő (Ivy): 7 min, Thrombocyta aggregáció — Ristomycin, Adrenalin, ADP — norm. görbék, PAT_{10} (Plazma Antithrombin III.): Puffer 0,85 Heparin 1,06 (norm.).

Bell és mtsai 52 heparin-kezelésben részesülő beteg retrospektív vizsgálati eredményéről számoltak be (3). Tizenhat esetben csökkent a thrombocytaszám 100 G/l (100 ezer/mm^3) érték alá és négy betegnek típusos DIC-je alakult ki. A jellegzetes laboratóriumi eltérésnek a thrombocytopeniát, a hypofibrinogenémiát és a fibrinogen-fibrin degradációs produktumok emelkedett titerét tartották. A klinikai tünetek jelentkezésekor a heparin-kezelést megszüntették és Kumarint adtak.

Az eddigi irodalmi adatok alapján többféle pathomechanismus lehetősége merült fel a heparin thrombocytopeniát, ill. DIC-et okozó mellékhatásával kapcsolatban. Egyesek immunológiai eredetűnek tartják (6, 11), hasonlóan a gyógyszeres eredetű acut ITP-hez, mások a heparin által okozott coagulopathiáról írnak (3). A véleményeket *Udvardy és mtsai* foglalták össze 1978-ban (12).

A heparin gyakran alkalmazott hatásos anticoagulans, amelyet ma már nemcsak a vénás thrombosisok, hanem a fatalis pulmonális embóliák megelőzésére is alkalmaznak arra hajlamosító állapotokban. Ugyanakkor a kezelés veszélyeivel, mellékhatásaival is számolnunk kell, ennek bizonyítására szántuk esetünk ismertetését.

A minél biztonságosabb kezelés érdekében — az eddigi klinikai gyakorlatban a heparin-kezelés ellenőrzését szolgáló laboratóriumi vizsgálatok mellett — rendszeres thrombocyta-számolás is szükségesnek látszik, mint ahogyan ezt *Udvardy és mtsai* is ajánlották.

A haemostasis-vizsgálatok elvégzéséért *Boda Zoltán dr.*-nak (Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika) mondunk köszönetet.

Összefoglalás: A szerzők esetükben recidiv mélyvéna thrombosis és pulmonális embólia miatt terápiás dózisú heparin-kezelést alkalmaztak, amelynek során a kezelés tizenkettedik napján multiplex thrombosisok kialakulását és egyidejűleg diffúz vérzést figyeltek meg. A klinikai tünetek és a laboratóriumi értékek acut DIC mellett szóltak. A heparinnak a súlyos, életveszélyes klinikai tünetegyüttes létrejöttében oki szerepet tulajdonítottak. Emiatt a heparin adását abbahagyták és négy napig tartó súlyos vérzékeny állapot után a véralvadási faktorok szintjének emelkedésekor Syncumar-kezelésre tértek át. A heparint elhagyva a DIC klinikai tünetei regrediáltak, a laboratóriumi értékek normalizálódtak. A szerzők is fontosnak tartják a heparin-kezelés során a thrombocytaszámolást.

IRODALOM: 1. *Ansell, J. és mtsai:* Thrombos. Haemost. 1980, *43*, 61. — 2. *Babcock, R. B. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1976, *295*, 237. — 3. *Bell, W. R. és mtsai:* Ann. intern. Med. 1976, *85*, 155. — 4. *Biggs, R.:* Bibl. Haemat. 1970, *34*, 125. — 5. *Davey, M. G. és mtsai:* J. clin. Pathol. 1968, *21*, 55. — 6. *Fratantoni, J. C. és mtsai:* Blood. 1975, *45*, 395. — 7. *Galle, P. C. és mtsai:* Obs. Gynec. 1975, *52*, 95. — 8. *Godal, H. C.:* Scand. J. clin. Lab. Invest. 1960, *12*, 56. — 9. *Gollub, S. és mtsai:* Lab. clin. Med. 1962, *59*, 430. — 10. *Nelson, J. L.:* Arch. Intern. Med. 1978, *138*, 548. — 11. *Rhodes, G. R. és mtsai:* Surg. Gynecol. Obstet. 1973, *136*, 409. — 12. *Udvardy M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 26.

Orvostovábbképző Intézet
Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Intézet
(igazgató: Jakab Tivadar dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Urológiai Klinika
(igazgató: Balogh Ferenc dr.)
Közlekedési Építő Vállalat, Metró
Üzemorvosi Rendelő
(főorvos: Hazay Balázs dr.)

Corticalis vakságot okozó agyi légembolisatio sikeres hyperbarikus kezelése

Székely Ádám dr., Hazay Lajos dr.,
Harsányi Ádám dr., Kaszás Csaba dr.,
Dénes Ferenc dr. és Kiss Béla dr.

A korszerű diagnosztika fontos eszköze a részletes angiographiás vizsgálat. A mai technikai lehetőségek mellett a szervezet egésze hozzáférhetővé vált a haemodynamikai vizsgálat számára. A nagyszerű diagnosztikus és therápiás eredmények mellett a beavatkozás szövődményei eltörpülnek. Ezek jelentős csoportját a thromboembóliás komplikációk adják. A nyaki ereken, különösen az arteria vertebralison végzett vizsgálat cerebralis embolisatio veszélyét rejti magában. A vertebralis angiographia neurológiai szövődményeit az irodalom 0,1—8%-ban adja meg (3, 4, 6, 9, 11). Leggyakrabban homonym hemianopsia, ill. corticalis amaurosis lép fel; ehhez epilepsia, hemiplegia, Korsakoff-syndroma stb. társulhat.

A corticalis amaurosis oka ezekben az esetekben a vertebrobasilaris rendszer functionalis végágának tekinthető a. cerebri posterior, ill. a visualis kérget ellátó a. occipitalis elzáródása. Az occlusio oka az esetek többségében thrombus vagy sclerroticus plaque tovasodródása, ill. a fenti érzékeny érszakasz mechanikus irritatio, ill. kontrasztanyaghatás következtében beálló spasmusa lehet. Felmerül, hogy az esetek egy részében az occlusiót az érpályába accidentalisan jutott levegőbuborékok okozzák (1, 3, 6, 8).

Esetünkben parathyroidea adenoma keresése céljából végzett angiographiás vizsgálat közben hirtelen corticalis amaurosis lépett fel. Az azonnal elkezdett, hétórás masszív értágító kezelés eredménytelen maradt. Emiatt a beteget hyperbarikus kezelésben részesítettük, mely a tünetek gyors megszűnését eredményezte.

Fentiek alapján — esetünkben — nagy valószínűséggel accidentalis cerebralis légembólia állott a klinikai kép hátterében. Felhívjuk a figyelmet a hyperbarikus oxygéntherápiára, mely légembolisatio esetén — a decompressiós betegség analógiájára — oki kezelésnek számít (1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12).

Esetismertetés

S. A.-né 37 éves technikus, anamnesisében appendectomia, tonsillectomia, gynecológiai plastikai műtét szerepel. 20 év alatt összesen 40 alkalommal ürített Ca-oxalat tartalmú követ. Hyperparathyreosis bizonyítása céljából került felvételre az Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Klinikájára 1979. október 8-án. *Statusából:* közepesen fejlett és táplált, jó általános állapotú nőbeteg, fizikális vizsgálattal lényeges kóros eltérés nem volt észlelhető, P: 80/min, regularis, aequalis, RR: 130/80 Hgmm, organikus neurológiai eltérés nincs. *EKG:* sinus rhythmus, ép görbe. *Laboratóriumi leleteiből:* Fa: 8 mm/ó. Hb: 14,3 g%, Ht: 43%, *vizelet:* fs: 1014, albumin, cukor, aceton: neg. ubg: norm. üledék: 8—10 Fvs, 10—15 vvt, Ca-oxalat kristályok. KN: 3,1 mmol/l, *Se kreatinin:* 98 micromol/l, *Clearance:* 79 ml/min, *Vércuk.:* 4,3 mmol/l, *Sek:* 4,3 mmol/l, *SeNa:* 145, *SeCa:* 2,35 mmol/l, 24 h. *Ca-ürítés:* 3,6 mol/die *Camentes diétán:* 1,7 mol/die, *Tubularis phosphor reabsorptio (TRP):* 70%. Fenti laboratóriumi vizsgálatok és a típusos fogmederfelvétel hyperparathyreosist igazolt, ezért 1979. november 2-án a mellékpajzsmirigyadenoma localisálása céljából haemodynamikai vizsgálat történt. A j. o. a. femoralis percutan punctiójával Cordis mammaria interna cathetert vezettek a bal oldali a. subclaviába. A truncus thyreocervicalis keresésekor a catheter ismételten az a. vertebralisba jutott be. Kis mennyiségű kontrasztanyag befecskendezése közben a beteg hirtelen fejfájásról panaszkodott, mindkét szemén látászavar alakult ki. A cathetert azonnal visszahúzták az aorta abdominalisba, direct vérnyomásméréssel *RR:* 160/90 Hgmm volt, *P:* 80/min, regularis, *EKG:* változást nem mutatott. Sürgősségi szemészeti consilium *(Papp László dr.):* mko. kissé tágabb, fényre jól reagáló pupillák dissociált szemmozgások; Fundus: mko. éles határú, jó színű papillák, telt vénák, spontán venás pulsus, vértelen erek, jó foveolaris reflex. A pupilla-reactio alapján a visus fényérzés szintjén megtartott. Neurológiai cons.: *(Siklódi Mária dr.):* Tiszta tudat, adaequat magatartás. Jelzett j. o. faciális gyengeség, J. o. élénkebb felső végtagi saját reflexek, j. o. positiv Hoffmann—Trömner-, Wartenberg-reflex. Kp. élénk, egyenlő patella reflexek, b. o. renyhe Achilles-reflex. Motorium. érzőkör ép. Tágabb pupillák mko., jó fényreactió. Vél.: transiens ischaemiás attack a vertebrobasilaris rendszerben, corticalis amaurosis, igen enyhe j. o. hosszúpálya tünetek. Masszív értégító kezelés jav. A beteget infusiós. értágító kezelés védelemben szállították Intenzív Osztályunkra. Centralis vena catetheren keresztül Rheomacrodex. Xavin, Papaverin (0.2 g) Cavinton infusiót kötöttünk be. 3 órás kezeléssel fluctuáló minimalis látásjavulást értünk el (0.5—1 m-ről ujjlátás). Fejfájás, ismételt eruptív hányás lépett fel. Az esetleges traumás aneurysma-ruptura kizárása céljából lumbal punctiót végeztünk: kissé fokozott nyomással víztiszta liquor ürült. Pándy ++, sejtszám: 18/3. (fvs. lv). Hétórás masszív infusiós kezelés ellenére, a beteg visusa 0.5—1 m-ről ujjlátás szintjén stagnált, ezért a neurológiai kép hátterében nagy valószínűséggel álló cerebralis légembólia oki kezelésével próbálkoztunk — a decompressiót betegség analógiájára hyperbatikus therápiát indikáltunk.

A METRO—KÉV Központi Orvosi Ügyeletére az Országos Mentőszolgálat segítségével átszállított nőbeteg túlnyomásos térben történő kezelését 1979. november 2-án 19 órakor kezdtük el. Az O_2-dúsítást úgy állítottuk be, hogy a bezsilipelés végére a túlnyomásos kamrában az O_2:N_2 arány 40%:60% legyen.

A bezsilipelés 30 perc alatt történt +1,5 atm-ra, majd mivel lényeges változást nem észleltünk, 50 perc várakozás után emeltük a túlnyomást +1,8 atm-ra. A

beteg bezsilipelést jól tűrte. A túlnyomásos térben fokozatos javulás észlelhető. Egyes tárgyakat felismert, a kizsilipelés végére a fölé hajló orvos szemét, orrát spontán megmutatta, holott a bezsilipelés kezdetén a zsilipben tartózkodó személyek számát sem tudta pontosan megjelölni.

A kizsilipelést 80 perc alatt végeztük a norm. 1 atm.-ra. A kizsilipelést két szakaszban végeztük. Első szakaszban az 1,8 atm.-ás túlnyomásról 10 perc alatt csökkentettük a nyomást 1,3 atm túlnyomásra. Ettől kezdve a nyomás egyenletes csökkentésével 70 perc alatt értük el a normális külső légköri nyomást. A túlnyomásos térben töltött idő összesen 5 óra volt. Az intenzív osztályra való visszahelyezést követően a korábbi infusiós értágító kezelést folytattunk. Visusa egyenletesen javult. A barotherapia befejezése után 6 órával visus mko. 5/5, látótér teljes. FF 41—40/sec Fundus mko. ép papilla, norm. erek, jó foveolaris reflex.

Kontroll neurológiai vizsgálat: a korábban leírt minimális hosszúpályatünetek csökkentek. A beteget 8 napos observatio után panasz- és tünetmentesen otthonába bocsátottuk.

A nagyvérköri légembolisatio és decompressiós betegség között — ha pathomechanismusában nem is, de megjelenésében — nagy a hasonlóság.

Mindkét esetben gázbuborék okozta érelzáródással állunk szemben. Ebből következik, hogy a kezelés alapelve azonos.

Caisson-betegségnél" a gázbuborékok a N_2-re nézve túltelített folyadékterekből jutnak a keringésbe és sodródnak tovább a legváltozatosabb localisatióban okozva érelzáródást (7). Ezzel szemben a nagyvérkörbe jutott légbuborékok leggyakoribb fennakadási helye az agy (6).

A cerebralis légembólia okai jórészt iatrogének. Régebben főképp kriminalis abortus, mellkasi, nyaki szerven végzett műtét, ptx therapia; újabban inkább nyitott szívműtétek, katéteres vizsgálatok következménye lehet (2).

Cerebralis légembólia esetén az azonnal bevezetett hyperbarikus kezelés igen kedvező. Az esetek többségében drámai, teljes javuláshoz vezet (1, 3, 6, 8, 12).

Nyitott szívműtét során szívmotorbaleset következtében létrejött, súlyos neurológiai tüneteket okozó masszív légembólia esetén 6 atm.-ás barotherapiát is végeztek. Ebben az esetben a kizsilipelés 38 órát vett igénybe (12).

Elfogadottabbnak látszik az alacsonyabb nyomáson (2,5 atm) 100% O_2-vel végzett kezelés (12). A kezelés alapját az alábbi, nagyrészt fiziko-kémiai hatások képezik:

1. Boyle—Mariotte-törvény (PxV = const.) A buborék térfogata a nyomás növekedésével egyenes arányban csökken, így az általa okozott elzáródás helye változik (tovasodródik). Csökken a vérellátási zavarban szenvedő terület nagysága. Végarteriák által ellátott szervek esetén van igen lényeges jelentősége.

2. A folyadékok magasabb nyomású gázból is ugyanakkora térfogatmennyiséget képesek oldatba fogadni. Az oldódás mértéke az oldódási együttható és a hőmérséklet függvénye, tehát a nyomás kétszeresére emelésével az oldott gázmolekulák száma is megkétszereződik (Henry-törvény). Mivel a buborék körül stasis áll fenn, a környezetében levő plasma és szövetnedvek gáztelítődése lassúbb, mint az alveolaris gázcserében részt vevő vér telítődése lasúbb, mint az alveoralis gázcserében részt vevő vér telítődése, így a buborék gázmolekulái oldódnak a környező vérben és szöveti folyadékban, ami a buborék további csökkenéséhez vezet.

Mivel a barotherapia során az O_2 arányát növeljük, a N_2 partialis nyomása relatíve csökken az alveolaris térben és a folyadékterekben, így a buborékban levő magas partialis nyomású N_2 oldódása meggyorsul.

3. Hypoxia esetén a sejtek fizikálisan oldott O_2-t is képesek felhasználni. Az O_2 partialis nyomásának emelésével nő az oldott O_2 mennyisége, amely ha kismértékben is, de tovább csökkenti a szöveti anyagcserezavar mértékét.

Megbeszélés

Esetünk ismertetésével egy viszonylag kevéssé elterjedt therápiás lehetőségre, a hyperbarikus kezelésre hívjuk fel a figyelmet.

A hyperbarikus oxygénkezelés megkísérelhető csaknem valamennyi általános vagy szervlocalisatiójú hypoxiával járó állapotban (10). Hazánkban a módszer széles körű elterjedésének elsősorban a műszaki-technikai háttér elégtelensége szab gátat. Tudomásunk szerint hyperbarikus tiszta oxygen kezelésre alkalmas zsilippel csak az Országos Traumatológiai Intézet rendelkezik. Túlnyomásos kezelés végzésére a KÉV—METRO Üzemorvosi Szolgálata készült fel, a specialis munkaegészségügyi követelményeknek megfelelően. Sikerrel gyógyított esetünk is igazolja, hogy e módszer szélesebb körű alkalmazása hazai feltételek mellett is indokolt lehet. Elsősorban szénmonoxyd-mérgezés, vénás vagy arteriás légembolisatio, acut végtagischaemiás állapotok adjuvans kezelése, retina vascularis károsodása stb. esetén jöhet szóba a hyperbarikus oxygen kezelés. Szükséges lenne nagyobb intensiv centrumok ellátása hyperbarikus oxygenkamrákkal.

Összefoglalás: A szerzők angiographia során szövődményként jelentkező cerebralis légembólia következtében kialakult corticalis vakság sikeres gyógyításáról számolnak be. A kezelésben túlnyomásos O_2-t is alkalmaztak. Felhívják a figyelmet az ún. decompressiós betegséggel való analógiára és az oki kezelésnek számító hyperbarikus oxygéntherápia jelentőségére.

IRODALOM: *Calverley, R. R. és mtsai:* Can. Anaesth. Soc. J. 1971, *18*, 665. — 2. *Harrison:* Principles of Internal Medicine, McGraw-Hill, N. Y. 1974, 1769. old. — 3. *Hemans, G. és mtsai:* Bull. Soc. Belge. Ophthalmol. 1971, *159*, 606. — 4. *Huber, P. és mtsai:* Z. Neurol. 1971, *200*, 248. — 5. *Köppern, M.:* VASA 1976, *5*, 61. — 6. *Menkin, M. és mtsai:* Arch. Neurol. 1977, *34*, 168. — 7. *Rózsahelyi I.:* Kandidátusi értekezés, 1957. — 8. *Sherrard, D.:* N. Engl. J. Med. 1975, 293 *(23)*, 1211. — 9. *Silverman, S. M. és mtsai:* Arch. Neurol. 1961, *4*, 333. — 10. *Székely O.:* A hyperbarikus oxygén-(HBO) kezelés. cit: Varga P.: Az intensiv betegellátás elmélete és gyakorlata, Medicina, Budapest, 1977, 323. o. — 11. *De Tribolet, és mtsai:* Schweiz. Med. Wschr. 1975, *105*, 1506. — 12. *Winter, P. M. és mtsai:* JAMA 1971, *215*, 1786.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az aktivált prothrombin komplex koncentratum alkalmazásáról rendezett nemzetközi szimpozionról (Róma, 1981. március 30—31.).

A római Egyetem Haematológiai Klinikája (igazgató F. Mandelli) a VIII. faktorral szembeni inhibitorral rendelkező haemophiliásoknál használt aktivált prothrombin komplex koncentratum alkalmazásáról nemzetközi szimpoziont rendezett, amely 6 kérdéscsoporttal foglalkozott:

1. A VIII. faktor inhibitor általános tulajdonságai (kórélettan, immunológia, epidemiológia).

2. A VIII. faktor inhibitor vizsgálati módszerei.

3. Az aktivált prothrombin komplex kontcentratumok in vitro jellegzetességei és alkalmazásuk várható hatása.

4. A VIII. faktor inhibitorral rendelkező betegek kezelése.

5. Az inhibitoros betegek kombinált kezelése VIII. faktor koncentratumokkal és aktivált prothrombin komplex koncentratumok egyidejű adásával.

6. Az aktivált prothrombin komplex koncentratumok alkalmazása különböző klinikai állapotokban.

A szimpoziont a római Haematológiai Klinika véralvadás munkacsoportja szervezte G. Mariani professzor vezetésével. Referensként az inhibitor elméletével és gyakorlatával foglalkozó nemzetközileg ismert szakembereket kértek fel. A mintegy 400 résztvevő több mint fele külföldi volt — az olasz résztvevők miatt az angol nyelvű előadásokat szimultán olaszra fordították (hasonló magyarországi szimpozionoknál nem érvényesül ez a szempont és ezzel éppen azokat zárják ki új információk szerzésének lehetőségéből, akik angol nyelvű irodalmat nem olvasnak).

A referatumok összefoglalóit kötetben adták ki és az egész szimpozion anyagának közlését tervezik. A szimpozion az inhibitor és az aktivált prothrombin komplex koncentratumok alkalmazásának összes időszerű kérdésével foglalkozott. A referátumok és a vita magas színvonalát biztosította, hogy a haemophiliával, ill. az inhibitorral foglalkozó ismertebb kutatók nagy része jelen volt, így Abildgaard (USA), Allain (Franciaország), Bidwell és Bloom (Anglia), Brackmann és Egli (NSZK), *Holmsen* (USA), Jörgensen (Dánia), Kasper (USA), Larrieaux (Franciaország), Mannucci (Olaszország), Roberts és Shapiro (USA), Sultan (Franciaország).

A szimpozion külön haszna volt, hogy a vitában és a személyes beszélgetésekben az inhibitor, ill. az aktivált prothrombin komplex koncentratum időszerű kérdései mellett a haemophiliások ellátásának számos problémája szóba került — így az otthoni konrollált önkezelés, az új vizsgálati módszerek (pl. a computer tomografia) értéke, a rehabilitáció módszerei. A klinikai előadásokban számos nagy gyakorlati értékű kazuisztikát hallottunk. A referátumok egy része éveken át végzett kutatási programokról (study) számolt be — ezek feladatmeghatározása, szervezete, felépítése, adatelemzése és következtetései nagyon hasznosak voltak.

A szimpozion legfőbb eredményeinek azt tartom, hogy összefoglalta az inhibitorral kapcsolatos mai ismereteket, nagyon részletesen foglalkozott az inhibitor kimutatás laboratóriumi módszereivel, sok új adatot hozzott felszínre az aktivált prothrombin komplex koncentratum in vitro sajátosságairól, az Autoplex és a FEIBA nevű készítmények klinikai használhatóságáról, ill. kockázatáról, valamint a VIII. faktor koncentratum és az aktivált prothrombin komplex koncentratum együttes adásának lehetőségéről, feltételeiről. Ugyanakkor áttekintést kaptunk az ihibitoros haemophiliások egyéb kezelési lehetőségeinek (így az intenzív gépi plazmaferezis és az immunsupressió) mai állásáról is.

Magamnak a felkérés alapján az volt a feladatom, hogy az aktivált prothrombin komplex készítmények „nagy sebészeti beavatkozások" esetén történő felhasználásáról számoljak be.

Előadásom 3 részből állt:

— az inhibitoros haemophiliások műtéti kockázata,

— kazuisztikus tapasztalatok,

— az aktivált prothrombin komplex koncentratum mellékhatásai és szövődményei.

Lényegében az Orvosi Hetilapban korábban megjelent közleményeink (1979, *120*, 27—35., 1980, *121*, 3131—3135.), ill. az I. Duna Szimpozionon elhangzott előadásunkban (Forschungsergebnisse der Transfusionsmedizin und Immunhaematologie. Medicus Verlag GmbH, Berlin, 1979, 81—89.) szereplő adatainkat, megfigyeléseinket és tapasztalatainkat foglaltam össze.

Az előadás iránt élénk érdeklődés nyilvánult meg — a klinikai vonatkozású kérdések megválaszolása nem okozott gondot (mi volt a consumptiós coagulopathia bizonyítéka?, adtunk-e Heparint?, mi volt a VIII. faktor + FEIBA együttes alkalmazásának indoka?, mi volt a műtéti beavatkozások indoka?). A vizsgálati módszerekkel kapcsolatos kérdések viszont jól jelezték műszeres felszereltségünk akkori, ill. mostani elmaradottságát (végeztünk-e a tüdőinfarctus bizonyítására radioaktív fibrinogennel történő detektálást?, történt-e perfusiós tüdőscintigrafia?, történt-e az 1976-ban észlelt esetben sonographia, ill. alkalmaztunk-e computer tomográfiát sebészileg ellátandó haematomák lokalizációjának, ill. kiterjedésének eldöntésére?).

A napi gyakorlat számára a szimpozion tanulságait az alábbiakban lehet összefoglalni:

- sorozatosan VIII. faktor substitutióban részesített haemophiliásoknál már a korai gyermekkortól kezdve rendszeresen vizsgálni kell inhibitor jelenlétét,
- az inhibitor meghatározást korszerű módszerekkel végezve Bethesda egységben kell megjelölni,
- klinikai szempontból (prognosis, kezelés) alapvető különbséget kell tenni az alacsony és a magas inhibitorosok között.
- az alacsony inhibitorosok kilátásai csak némileg rosszabbak az inhibitor nélküli haemohiliásokénál és a VIII. faktor koncentratumok az esetek többségében hatásosok,
- a magas inhibitorosok életkilátásai rosszabbak, a VIII. faktor koncentratumok adása az esetek egy részében hatástalan és egyidejű vagy kizárólagos aktivált prothrombin komplex koncentratumok adását teszi szükségessé,
- a különböző gyógyszergyárak által előállított aktivált prothrombin komplex koncentratum készítmények közül a FEIBA és az Autoplex a legszélesebb körűen alkalmazott, leginkább ismert hatású,
- az aktivált prothrombin komplex koncentratumok inhibitoros haemophiliásoknál hatásos készítmények, de alkalmazásuk nagy körültekintést (májkárosodás, thrombo-emboliás kockázat kizárása) igényel és mint sajátosan magas biológiai aktivitású plasmafrakció, különös kockázat lehetőségével jár.

A szimpozion befejezésekor jóleső érzéssel gondoltam arra, hogy az Orvosi Hetilapban az utóbbi 3 évben megjelent cikkek (az idézettek, ill. Révész és munkatársainak a plasmaferezissel elért eredménye — Révész T., et. al.: Arch. Dis. Ch. 1980, *55*, 641—643., ill. Révész T. et. al.: O. H. 1980, *29*, 1753—1754.) mennyire lépést tartottak a nemzetközi fejlődéssel (az aktivált prothrombin koncentratum alkalmazásának javallatai, várható hatásai, mellékhatásai, kockázata, immunsuppressio, plasmaferesis).

István Lajos dr.

VENORUTON

kapszula, injekció — H 600 Antivaricosica

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

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedemea-készség, vagy meglevő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.
Krónikus vénás insufficientiában (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 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).
A arteriás rendser 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 therápia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).
Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3 × 1–2 kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:
Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.
A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

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

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,	térítési díja: 31,80 Ft.
20 ampulla,	térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.



FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Szív- és keringési betegségek

Miért csökken az ischaemiás szívbetegség mortalitása Amerikában? Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1980, *1*, 183.

Az 1980-as évek közepétől az USA-ban az ischaemiás szívbetegség epidemiája csökkenő tendenciát mutat: 1968 és 1976 között 21%-kal mérséklődött az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás. E csökkenés minden korosztályra kiterjed, férfiakra és nőkre, fehérekre és feketékre egyaránt. A legnagyobb csökkenést (—28%) a fekete nőknél észlelték. E kedvező változás hátterében feltételezik, hogy jelentős szerep tulajdonítható annak a szemléletváltozásnak, mely az 1960-as évek közepétől indult meg az USA-ban. Ez kiterjedt a belgyógyászati és sebészeti kezelésre, a kormány közegészségügyi gyakorlatára és az emberek életstílus változására is.

A WHO rendszeres évi jelentései alapján az is megállapítható, hogy nemcsak az USA-ban, hanem Kanadában, Ausztráliában, sőt újabban a nemrégen még magas coronaria-halálozásról ismert Finnországban is csökken az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás. E kedvező változás az alacsony coronaria halálozású országokban is észlelhető (Japán, Svájc, Olaszország, Franciaország).

Angliában az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás állandó szinten maradt: míg 1968-ban egy amerikai középkorú férfinek 40%-kal nagyobb esélye volt arra, hogy ischaemiás szívbetegségben haljon meg, mint egy hasonló életkorú angol férfinek, addig 1976-ban már az amerikai férfiak esélye bizonyult kisebbnek. Angliában a népesség egyes csoportjai közül a magasabb szociális osztályba tartozóknak, így például az angol orvosoknak, ischaemiás szívbetegség mortalitása relatíve jobban mérséklődött, mint az alacsonyabb szociális osztályokhoz tartozóké. Amerikában ugyan az aorto-coronaria-by-pass műtétek száma jelentősen megnövekedett, azonban a coronaria-sebészetnek mortalitás javulásában csak kicsi része van. A coronaria-őrző egységek kedvező hatását mérséklik az újabb randomizált kontrollált vizsgálatok negatív eredményei.

Miután a coronaria-betegek jelentős része meghal, mielőtt bármilyen orvosi ellátásban részesülhetne, *Rose* adatai szerint a coronaria-őrzők csak mintegy 4—5%-kal képesek javítani az ischaemiás szívbetegség okozta mortalitást. Az acut szívizominfarctuson átesett betegek orvosi rehabilitációja szintén csökkenti a mortalitást. Tekintettel arra, hogy az említett tényezők kölcsönhatásai sem lehetnek elegendőek a mortalitás jelentős javulására, feltételezhető, hogy az ischaemiás szívbetegség incidenciája vagy súlyossága is csökkenőben van. Az említetteken kívül Amerikában az emberek életstílus változása és a közegészségügyi erőfeszítések (felvilágosítás) is hozzájárulhattak az ischaemiás szívbetegség okozta halálozás visszaszorításához. 1950 és 1960 között a zsírfogyasztás ugyan nem csökkent az USA-ban, azonban a többszörösen telítetlen zsírsavak részaránya jelentősen megnövekedett. Az egyéb rizikó tényezők közül az amerikai férfiak cigarettázása jelentősen csökkent, a nők dohányzása ugyanakkor emelkedett. A hypertonia gyógyszeres kezelése és a fizikai aktivitás növekedése is hozzájárulhattak a kedvező változáshoz.

Jóllehet az ischaemiás szívbetegségek mortalitásának csökkentésében szereplő tényezők nem teljesen tisztázottak, az azonban bizonyosan megállapítható, hogy az étkezési szokások megváltozása, a cigarettázás csökkenése, a fizikai aktivitás növekedése, a vérnyomás gyógyszeres kezelése és ezen tényezők kölcsönhatásai járulhattak hozzá az Amerikában észlelt kedvező változáshoz.

Borbola József dr.

Alkoholos szívbetegség. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1980, *1*, 96.

A nagyfokú alkoholfogyasztás éppoly káros a szívnek, mint a májnak. Ezt már az 1900-ban élő orvosok is tudták. 1964-ben *Bridgen* és *Robinson* beszámoltak az alkoholos szívbetegség 3 megjelenési formájáról: 1. Beri-berivel együtt előforduló, ami nagyon ritka. 2, Arrhythmiával (pitvarfibrillatióval). 3. Pangásos szívelégtelenség (congestiv cardiomyopathia).

Az alkoholos cardiomyopathia klinikailag nem különbözik a más típusú cardiomyopathiától és a biventricularis szívelégtelenség jeleit mutatja. Ezért azokat a betegeket, akiknél a szívelégtelenséget nem tudják megmagyarázni, alaposan ki kell kérdezni az alkoholfogyasztás felől. Általában 10 éven keresztül folytatott alkoholfogyasztás (tömény és a bor is) okozhat súlyos károsodást. Ha a szívelégtelenség kifejlődik, a prognózis rossz. A *Demakis* által nyomon követett 57 betegből 42% meghalt 36 hónapon belül. A systemás, de főleg a pulmonalis embolia a legszámottevőbb szövődmény, ezért profilaktikus anticoagulans kezelés tanácsos. Előfordul, hogy a beteg az alkohol elvonása után gyorsan javul, ha a szívelégtelenség még nem áll fenn. Interstitialis fibrosis, myofibrillaris vakuolizáció látható az alkoholisták szívében boncoláskor. Azokban az alkoholistákban, akikben masszív szívelégtelenség még nem alakult ki, a kreatinin phosphokinase (MB isoenzim) nem emelkedett, akkor sem, ha a balkamra funkció abnormális. A hirtelen halál gyakran fordul elő alkoholistákban, feltehetően arrhythmiák következtében.

Mi az alkohol hatásmechanizmusa a szíven? Az ethanol direkt szívizom károsodást okoz kísérleti állatokban, és interferál a szívizom sejten belül számos enzim aktivitásával. Izolált mitochondriumokban direkt módon gátolja a protein szintézist. Akadályozza az aktin és a myosin összekapcsolódását feltehetően azáltal, hogy interferál a calciumnak a tropaninnal való kapcsolódásával. Az acetaldehid, amely az ethanol első metabolitja, sokkal hatásosabb módon gátolja a myocardiális működését még abban a koncentrációban is, amely az alkoholisták vérében található, és feltehetően ez a fontos kémiai ágens, amely a myocardialis laesióért felelős. Nem tanulmányozták még, hogy az alkohol más folyamatokkal is kombinálódik-e a myocardiális károsodás kialakulásában. A magas vérnyomásos betegen nagyobb a valószínűsége annak, hogy cardiális dilatáció és elégtelenség alakul ki, ha alkoholt fogyaszt, hasonlóképpen a vírusmyocarditisben szenvedő betegek esetében az alkoholfogyasztás növeli a valószínűségét a congestiv cardiomyopathia kialakulásának. A fennálló bizonyítékok azt mutatják, hogy ezeknek a betegeknek alkoholtilalmat kell javasolni.

Szabó Júlia dr.

A HDL-cholesterin szint értéke a coronaria-betegségek veszélyének jelzésében. Assmann, G. és mtsai: Internist, 1980, *21*, 202.

Az iparilag fejlett országok haláloki statisztikájában a szívinfarctus áll az első helyen. Ennek ismert rizikófaktorai között a hypercholesterinaemia szerepe kétségtelen, de ennek megítéléséhez a cholesterin szint meghatározása egymagában nem elégséges. A serum cholesterin fő része, kb. 70%-a ugyanis az alacsonyabb sűrűségű LDL-, 25%-a pedig a magas sűrűségű HDL-lipoproteinek része. Az epidemiológiai vizsgálatok és klinikai megfigyelések amellett szólnak, hogy az LDL-cholesterin és coronariabetegségek között pozitív, a HDL-cholesterin és coronaria-betegségek között pedig negatív kapcsolat áll fenn.

Az apoprotein-B-tartalmú lipoproteinek praecipitatiós módszeré-

nek bevezetésével a HDL-cholesterin meghatározása is lehetővé vált. A HDL-cholesterin az összcholesterin és triglycerid értékek egyidejű ismerete mellett az LDL-cholesterin meghatározását is lehetővé teszi.

A normál népesség HDL-cholesterin értékeit vizsgálva egészséges, üzemben dolgozó férfiak között azt átlagosan 45,3 (16—147) mg%-nak, nők között 54,2 (25—115) mg%-nak találták, az utóbbiaknál kisebb szélsőségekkel. Ugyanakkor a férfiak esetében nem találtak összefüggést az életkor és HDL-cholesterin koncentráció között.

A HDL-cholesterin prognosztikai jelentőségét illetően az epidemiológiai vizsgálatok szerint 40 éves kor felett coronariabetegség 45 mg%-nál magasabb HDL-cholesterin szintnél 8%-os, 25 mg% alatti értékek esetén pedig 18%-os gyakorisággal lépett fel. Negatív összefüggést mutatott az összes ilyen irányú vizsgálat a coronariabetegségek, illetve szívinfarctus és HDL-cholesterin szintje között. Ugyancsak fordított összefüggés van a coronariabetegségek incidenciája és a HDL-cholesterin között. Prognosztikailag a szerzők a férfiak között a 35, a nők között a 45 mg% alatti HDL-cholesterin értéket kedvezőtlennek, kedvezőnek pedig az 55, illetve a 65 mg% feletti értékeket tartják. Hasonló összefüggést tapasztaltak a nem coronariákra lokalizált arteriosclerosis és HDL-cholesterin értékek között is.

Saját anyagukban a vizsgált rizikófaktorok (magasabb vérnyomás, triglycerid, LDL-, vércukor, húgysav értékek, Broca index és dohányzás) és HDL-cholesterin tükör között negatív összefüggést találtak és ez a magasabb triglycerid szinttel volt a legkifejezettebb. A rizikófaktorok találkozása lineárisan kumulálódott. *A HDL-cholesterin szintet befolyásolják* a triglycerid értékek, amennyiben a *hypertriglyceridaemia* alacsonyabb HDL-cholesterin szinttel jár, kifejezetten férfiakon. A HDL-szint csökkenést okozó hypertriglyceridaemiának a triglyceridekben gazdag lipoproteinek lebontódási zavara és a megnőtt VLDL-szintézis által okozott triglycerid felszaporodás lehet az oka, de azt a primer HDL-cholesterin szint csökkenés is okozhatja. A triglyceridben gazdag lipoproteinek lipolysisét ugyanis a lipoprotein-lipázon keresztül az apolipoprotein C-II. katalizálja és ez a HDL-hez kötődik. Így a HDL-hiány a C-apoproteinek megkevesbedése által secunder módon korlátozhatja a lipolysist (pl. Tangier-betegség, vagy májbeteg hypo- és analfalipoproteinaemiások hypertriglyceridaemiája). A hypertriglyceridaemia tehát oka és következménye is lehet az alacsonyabb HDL-koncentrációnak. Az *elhízás* szintén alacsonyabb HDL-cholesterin szinttel jár, de jelentősen több a 35 mg% alatti HDL-cholesterin koncentráció a *dohányzók* között is, kifejezettebben a férfiakon. Sőt utóbbit még az elszívott cigaretták számával is szignifikánsan kapcsolatba tudták hozni. A továbbiakban különös figyelmet szentelnek az *alkohol* kérdésnek és ezt HDL-cholesterin szintet növelő hatása mellett sem tartják kedvezőnek, mivel idült májbetegséget és secunder hypertriglyceridaemiát okozó hatása miatt is atherogen lehet. A diétát és főleg a telítetlen zsírsavakban gazdag diétát illetően a vélemények ma még eltérőek. *A fizikai aktivitás* szintén emeli a HDL-cholesterin szintet és az egyidejű testsúlycsökkenés mellett még kifejezettebb. Különböző hatásokat írtak le gyógyszerek adására is és úgy tűnik, hogy a hyperlipoproteinaemiák kezelésében alkalmazott nikotinsav, clofibrat és bezafibrat növeli a HDL-cholesterint.

Végkövetkeztetésként azt a tapasztalatot szűrik le, hogy a Framingham vizsgálatban a 35 mg% alatti HDL-cholesterin értékű férfiak között 4 év alatt négyszer több, a 45% alatti nők között pedig kétszer több coronaria beteget láttak, mint a normális HDL-cholesterin szintűek között. Ugyanakkor az összes férfi és női coronaria betegnek viszont csak 25, illetve 36,5%-ában tapasztaltak alacsonyabb HDL-cholesterin szintet, ami az egyéb primer coronaria rizikófaktorok jelentőségére is felhívja a figyelmet.

Angeli István dr.

High-density lipoprotein-cholesterin myocardialis infarctust túlélő betegekben. Erkelens, D. W. és mtsai (Dept. Med., University of Washington, School of Med.): JAMA, 1979, *142*, 2148.

Az utóbbi évek kutatási eredményei alapján a high-density lipoprotein-cholesterint (HDL-C) az érbetegségek ellen ható faktorként elfogadják. Magas plasma HDL-C szinttel rendelkező családok tagjainak jobb az életkilátása és kevesebb coronaria beteg fordul elő közöttük. Nőkben magasabb a HDL-C szint, mint a férfiakban. Ismert, hogy a vesebetegek HDL-C koncentrációja alacsony. Egészséges, fiatal és középkorú sportolók (hosszútávfutók, síelők) HDL-C plasma szintje magas.

A közlemény szerzői a Cardio-Pulmonalis Kutató Intézetben (Cardio-Pulmonary Research Institute= CAPRI) gyakorlati rehabilitációs programot dolgoztak ki myocardialis infarctuson legkevesebb 3 hónapja átesett betegeknek. A részvétel önkéntes volt, az intézet által előírt, mérsékelt fizikai megterhelést jelentő programot a betegekkel saját orvosuk ismertette. Azonos életkörülmények között élő, alkalmazotti rétegből kerültek ki a betegek és az egészséges kontrollok. A 184 beteg és 181 kontroll egyén között összesen 5 fekete bőrű volt. A CAPRI program alatt sem a betegek, sem az egészséges kontrollok nem változtattak korábbi életmódi, étkezési, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaikon. Minden beteg és kontroll egyén életkora 65 év alatt volt. Randomizáló módszerrel 83 beteget soroltak a sétából, kocogásból, tornából álló gyakorlatozást végző csoportba. 103 ugyancsak myocardialis infarctuson átesett beteget a testgyakorlásban részt nem vevő csoportba. A betegek fizikai alapterhelhetőségét a CAPRI program indulásakor *Bruce* kerékpárergométer teszttel állapították meg. A gyakorlatoknak 15 nehézségi fokát dolgozták ki. Heti háromszor 45 perces volt a gyakorlati elfoglaltság. Egyénileg állapították meg, hogy a következő alkalommal áttérhet-e a következő terhelési fokra. Ennek megállapításában részben a beteg szubjektív érzésére, részben a gyakorlat után közvetlenül készített EKG-ra támaszkodtak.

12—14 órai koplalás után vettek vért a program kezdetekor, egy, két és három hónap múlva. Plasma lipid csökkentő szert sem a gyakorlatot végző, sem a kontroll csoportok nem szedtek.

A sétát és a kocogást végző betegek HDL-C plasma szintje a gyakorlat alatt átlag 47,2 ± 12,8 mg/dl-re emelkedett. A myocardialis infarctuson átesett, de a mozgás gyakorlatokban részt nem vevők plazma HDL-C koncentrációja 40,1 ± 11,3 mg/dl, de egészséges kontroll csoporté 44,3 = 11,9 mg/dl volt. Mindkét myocardialis infarctusos csoportban magasabb volt a plasma össz-cholesterin szintje a normál kontrollokénál. A gyakorlati programban résztvevők összcholesterin koncentrációja kissé emelkedett (nem volt szignifikáns). A gyakorlat nehézségi foka és a HDL-C emelkedés szintje nem volt szoros összefüggésben. Minden csoportban fordított kölcsön-viszony állt fenn a log 10 triglycerid (TG) és a HDL-C szintje között.

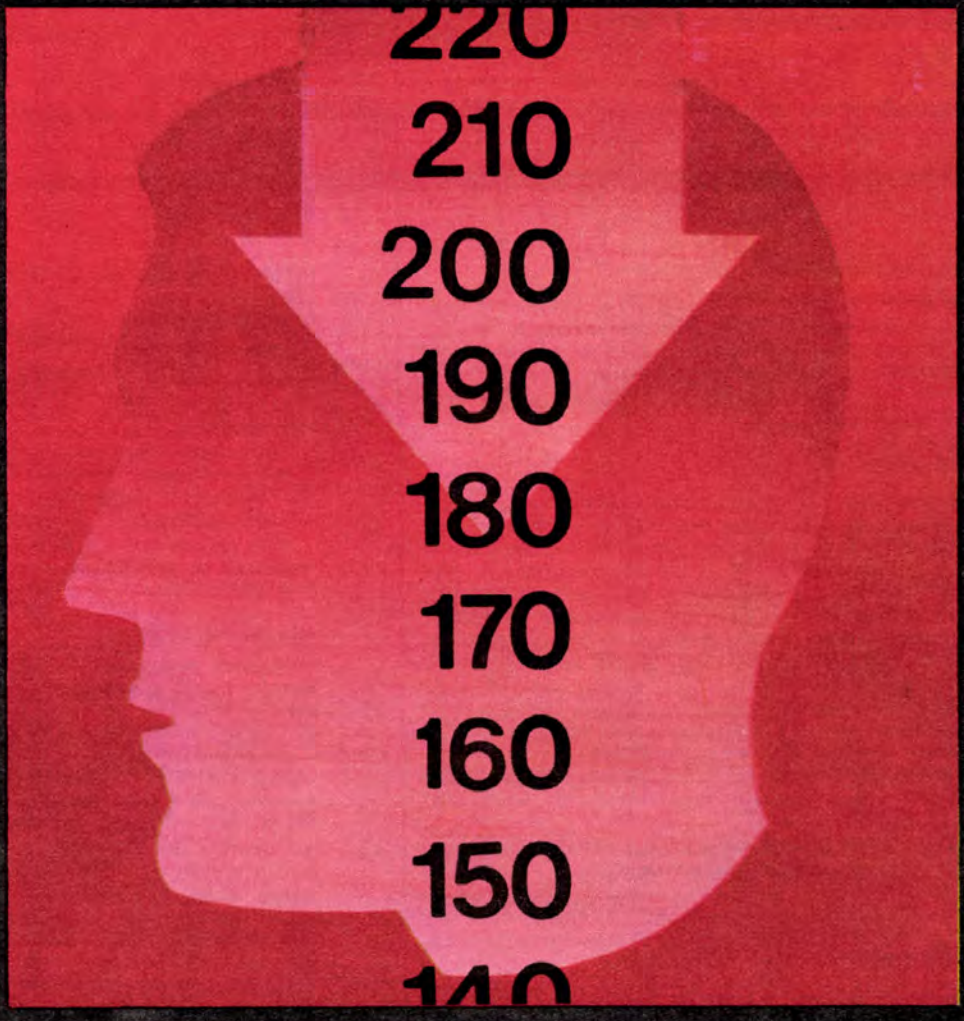
18 myocardialis infarctust túlélő férfin longitudinalis vizsgálatot végeztek. A követési idő 6 hónap volt. A program kezdetekor a 18 beteg plasma lipid diagnózisa a következő volt: 1 familiaris hypercholesterinaemia, 1 sporadikus hypertriglyceridaemia, 1 széles β-betegség, 3 hypertriglyceridaemia sec. glucose intoleranciával. A többi beteg normolipidaemiás volt. Egyik sem szedett plasma lipid csökkentő gyógyszereket. Addigi életmódjukat, étkezési, dohányzási szokásaikat nem változtatták, életkoruk 41—64 év közé esett.

A CAPRI program kezdetekor 3 és 6 hónap múlva *Bruce* bicikli-ergometer teszttel meghatározták a betegek fizikai terhelhetőségét. 12—14 órai éheztetés után vért vettek a program kezdetekor, a gyakorlat első hetének letelte után, majd 3 és 6 hónap múlva.

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.

EGYT

SANEGYT®

tabletta 10 és 25 mg, injekció *(antihypertensivum)*

ÖSSZETÉTEL

10 mg guanazodinumnak megfelelő guanazodinum sulfuricum (1 ml-es) ampullánként, 10 mg, ill. 25 mg guanazodinumnak megfelelő guanazodinum 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 semi-orthostatikus 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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

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 inzulinnal (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 inzulinnal 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

A résztvevők fizikai teljesítőképessége a program előtt a koruk és aktivitásuk szerint várhatónak csak 70%-a volt. A CAPRI program 6-ik hónapja után ez 90%-ra emelkedett.

Minden beteg HDL-C szintje alacsony volt a testgyakorlás megkezdése előtt (átlag 35,2 ± 7,9 mg/dl). Egy héttel a program elkezdése után 40,0 mg/dl-re emelkedett és megmaradt a 6 hónapos periódus végéig. Az össz-cholesterin szint a program kezdetén kissé emelkedett, majd a kiindulási érték körül ingadozott. A TG szint nem csökkent szignifikánsan. Az LDL-C/HDL-C arány csökkent. Nem változott lényegesen a testsúly, a különböző testtájékon mért bőrredő vastagság és szénhidrát metabolizmus a fizikai gyakorlat alatt.

A közlemény szerzői megállapítják, hogy a viszonylag kevés terhelést jelentő, heti háromszor megtett átlag 2,5 km séta, kocogás a rövid követés ideje alatt átlag 7, a longitudinális vizsgálatban 5 mg/dl-rel növelte a plasma HDL-C szintjét. Szerintük ez a nem túl nagy számszerű emelkedés is jelentős lehet az erek védelmében, minthogy a cardiovascularis betegek és az egészséges kontrollok plasma HDL-C koncentráció különbsége csupán 3—4 mg/dl. A fizikai gyakorlat okozta HDL-C szint változás mechanizmusára jelenleg még csak hipotézisek vannak.

Hartai Anna dr.

Nem megterhelő testmozgás gyakorlatok és high-density lipoprotein-cholesterin. Streja, D. és mtsai (Dept. of Med., University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada): JAMA, 1979, *242*, 2190.

Prospektív tanulmányokból ismert, hogy az érelmeszesedésben szenvedő betegek plasmájának high-density lipoprotein-cholesterin (HDL-C) koncentrációja alacsonyabb az érelmeszesedésben nem szenvedők plasma HDL-C szintjénél. Ez az eltérés kimutatható már a cardio-vascularis betegségek klinikai manifesztációja előtt. E betegségek prevenciójában tehát a HDL-C szint emelése jogosan számításba vehető mint védő faktor.

Az utóbbi időben közölték *Wood* és mtsai, továbbá *Enger* és mtsai, hogy az atléták plasmájának HDL-C szintje magasabb, triglycerid (TG) és insulin koncentrációja pedig alacsonyabb a kontroll egyének plasma szintjénél. Fizikai megterhelésre alacsonyabb systolés vérnyomással és alacsonyabb szívfrekvenciával, mint a normál egyének. E közlemények megjelenése óta több kutatócsoport foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy az atlétákon tapasztalt előnyös plasma HDL-C, TC, insulin-szint és cardiovascularis tréning effektus reprodukálható-e kisebb fizikai megterheléssel, mozgással.

A közlemény szerzői cardialis rehabilitációs program keretében vizsgálták a mérsékelt erősségű mozgás gyakorlatok hatását 32 önként vállalkozó coronaria beteg (35—68 évesek voltak, 9 betegnek voltak anginás rohamai EKG eltéréssel, 21 esett át myocardialis infarctuson, 2 pedig coronaria bypass műtéten) éhezési plasma, glucose, összcholesterin, lipoprotein, HDL-C, alacsony denzitású lipoprotein-cholesterin (LDL-C), TG szintjére, fizikai teljesítőképességre (alapként a gyakorlat elkezdésekor meghatározott bicikliergometer-teszt szolgált), terhelésre bekövetkező systolés vérnyomás és pulzusszám változására. Minden infarctusos betegnek legkevesebb 3 hónappal a gyakorlat megkezdése előtt volt az utolsó cardiovascularis epizódja. Egy beteget sem kezeltek a program megkezdésekor és alatt plasma lipid csökkentő szerrel. Nagyrészük thiazid diureticumokat, β-adrenerg blockolót és nyújtott hatású nitrát szereket szedett. Csak ülő foglalkozású egyének vettek részt a programban, amely 13 hétig tartott. A betegek az egész program alatt megtartották a korábbi étkezési, dohányzási, alkoholfogyasztási és életmódi szokásaikat.

A testmozgás főleg sétából, kocogásból és enyhe tornából állt. Hetente átlag háromszor végezték a gyakorlatokat. Első alkalommal 275 m házi útvonalon való sétával kezdték. A pályát a továbbiakban úgy módosították, hogy a terhelés az alapként megállapított terhelhetőség 70—85%-a legyen (ebben egyszerű mérceként a szívfrekvencia változására támaszkodtak). Így a séták és kocogások esetenkénti átlaga 2,82 ± 0,18 km volt, ami nem változott szignifikánsan a program egész tartama alatt. A séta, ill. a kocogás sebessége a program kezdetétől progresszíven emelkedett 6,25 ± 0,18 km-ről és a program végére 7,01 ± 0,21 km maximumot érte el. A sebesség változás szignifikáns volt.

A program 13-ik hetében végzett kontroll vizsgálattal a résztvevők teljes bicikliergometer ideje szignifikánsan emelkedett a bázisértékhez viszonyítva. Nem változott szignifikánsan a terhelésre kapott systolés vérnyomás és pulzusszám válasz. Változatlan maradt a betegek testsúlya és a különböző testtájakon mért bőrredő vastagsága.

Igen jelentősek a program végére bekövetkezett biokémiai változások. A betegek HDL-C plasma átlag szintje a program előtt 35,8 ± 1,2 mg/dl, a 13-ik héten 39,3 ± 1,6 mg/dl volt. Ugyancsak szignifikáns volt a program befejezésekor észlelhető plasma inzulin-szint csökkenés is (15,1 ± 0,9-ről 12,0 ± 0,9 μU/ml-re esett).

Nem történt változás a plasma TG, a LDL-C és az éhezési glucose koncentrációban. A plasma összcholesterin a program végére enyhén emelkedett. Ezeknek a biokémiai változásoknak mechanizmusa ma még nem ismert.

A közlemény szerzői jelentősnek tartják a szívbetegek számára sem elérhetetlen fokú tesmozgásra bekövetkező plasma HDL-C szint emelkedést és insulin szint csökkenést, mivel mind a hyperinsulinismus, mind a normálisnál alacsonyabb plasma HDL-C szint bizonyítottan összefüggésbe hozható az atherosclerosissal. Remélik, hogy a mozgásprogram összekapcsolása diétás változtatásokkal a protektív hatást növeli.

Hartai Anna dr.

A szív krónikus, latens Q-láz fertőzöttsége. Willey, R. F. és mtsai (Department of Medicine, Western General Hospital, Crewe Road, Edinburgh EH4 2 XU,): Lancet, 1979, *2*, 270.

Egy 63 éves férfi kamrai aneurysma miatt került kórházi felvételre. Műtét előtti kivizsgálása során magas Coxiella burneti (a Q-láz kórokozója, továbbiakban: C. b.) elleni antitest titert mutattak ki. Később az eltávolított szövetben bizonyították a kórokozó jelenlétét. Az eset több szempontból is figyelemre méltó. Eddig is ismert volt, hogy néhány rickettsia species (pl. a kiütéses typhust okozó Rickettsia prowazeki) sokáig tünetmentesen fennmaradhat emberi szövetekben, majd évek, esetleg évtizedek múlva fellobbanthatja az eredeti megbetegedést. A C. b.-ről — amely szintén a rickettsiákhoz tartozik — is tudjuk ezt, bizonyos emlősállatokra vonatkozóan, de csak igen kevés krónikus emberi megbetegedésről számoltak be. Ezek a közlemények elsősorban a Q-láz endocarditis eseteket ismertették, amelyekre szinte kivétel nélkül jellemző volt: láz, hepatosplenomegalia, billentyűkárosodás, dobverőujj, purpurák kialakulása. Emellett gyakran előfordult magasabb bilirubin és alkalikus phosphatase érték, gyorsult vörösvérsejt-süllyedés, thrombocytopenia, az immunglobulinok közül elsősorban az IgM szint emelkedése és néha a rheumatoid faktor pozitivitása. A cikkben ismertetett betegnél a fenti tünetek egyikét sem találták meg. Anamnesiséből lényeges hat évvel korábbi myocardialis infarctusa, amely után tünetmentessé vált és dolgozott. Most a röntgenfelvételen hatalmas kamrai aneurysma látszott, és a coronaria angiográfia a bal első leszálló ág teljes elzáródását bizonyította.

A C. b. infectiót igazolták a következő leletek: a C. b. antigén (1 és 2 fázisú) ellen 1:512, ill. 1:1024 hígításban pozitív reakciót adott a beteg seruma. Ezek értéke a műtétet követő két év alatt fokozatosan 1:256,, ill. 1:64-re csökkent. A reakció specificitását alátámasztja, hogy a beteg savója Wassermann antigén ellen egyáltalán nem, a C. b.-vel nem fertőzött csirke-embrió el-

len pedig csak igen kis titerben tartalmazott ellenanyagot. (A C. b.-t a vírusokhoz hasonlóan megtermékenyített tojásban tenyésztik. — *Ref.*) Az eltávolított kamrai szövettel kezelt négy tengeri malac közül háromnál emelkedett a C. b. elleni antitest titer, míg a beteg heparinozott vérével kezelt állatoknál ilyen változást nem találtak. Ebből arra következtettek, hogy a betegnél a ventricularis szövet volt a fertőzés helye, ami kis számban tartalmazott C. b.-t még a műtét idején is. Fény- és elektronmikroszkópos, valamint immunfluorescens, ill. immunperoxidase vizsgálattal nem sikerült egyértelműen kimutatni a kórokozót az aneurysma falából.

A szerzők részletesen vitatják, milyen összefüggések lehetségesek a C. b. infectio és az aneurysma között: valószínűleg a mikroorganizmus utólag telepedett meg a károsodott szövetben, de nem zárható ki, hogy az aneurysmát, sőt az annak alapjául szolgáló coronaria elzáródást is a C. b. infectio okozta, amelyről ismert, hogy arteritist, coronaria arteritist és endocarditist okozhat. Felhívják a figyelmet arra, hogy a Q-láz endocarditis típusos tüneteit nem mutató betegeken is érdemes krónikus C. b. infectio után kutatni. *Krompecher Éva dr.*

Kamrafibrilláció Wolff—Parkinson—White-szindrómában. Klein, G. J. és mtsai (Division of Cardiology, Duke University Medical Center P. O. Box 3816, Durham, N. C. 27710): N. Engl. J. Med. 1979, *301*, 1080.

A szerzők — retrospektív tanulmányukban — a célból, hogy megállapítsák, melyek a Wolff—Parkinson—White (WPW) szindromában a kamrai fibrillációra hajlamosító tényezők, mintegy 9 éves beteganyagukban 31 beteget észleltek („kamrafibrillációs" csoport), akiknek az anamnézisében szerepelt kamrafibrilláció, és 73 ugyancsak WPW szindrómás beteget, akiknek a kórelőzményében nem szerepelt kamrafibrilláció („kontroll" csoport), de egyéb ritmuszavar előfordult. A két csoport részletes klinikai és elektrofiziológiai adatait hasonlították össze.

Az anterográd atrio-ventrikuláris (a-v) vezetést 2 vagy több pitvari helyről történő — emelkedő frekvenciájú — ingerléssel határozták meg. Az anterográd refrakter periódus meghatározása ugyanazon pitvari helyről való ingerléssel, 2 vagy több ciklus-hosszúság alapján történt.

Az akcesszióriús köteg effektív refrakter periódusának meghatározása azzal a leghosszabb A_1—A_2 távolsággal történt, amelynél az A_2 nem vezetődött a kamrára az akcesszórius kötegen keresztül. (A: a mesterséges ingerlés során keletkezett pitvari potenciál). Az akcesszórius köteg(ek) elhelyezkedését a retrograd pitvari aktiváció során a pitvari repolarizáció szekvenciájából állapították meg. Ha az elektrofiziológiai vizsgálat során nem alakult ki spontán pitvarfibrilláció, úgy azt gyors pitvari ingerléssel szándékosan kiváltották.

Ezek után a „kamrafibrillációs" csoportban a 31 beteg közül 12 esetben azért kellett kardioverziót végezni, mert a betegek keringési állapota romlott, 2 további esetben pedig azért, mert a kiváltott pitvarfibrilláció kamrafibrillációba ment át. A „kontroll" csoportban a 73 beteg közül 24 esetben kellett kardioverziót végezniük a pitvarfibrilláció kedvezőtlen haemodinamikai következményei miatt.

A klinikai adatokat vizsgálva a „kamrafibrillációs" csoportban 6 esetben lehetett a kamrafibrillációt valamilyen egyéb okra visszavezetni (2 esetben koszorúér betegség, 2 esetben megnyúlt QT szindróma stb.) és 25 esetben nem volt különösebb oka a kamrai fibrilláció kialakulásának. Nem volt különbség a két csoport (a kamrafibrillációs és kontroll) között a nemek megoszlásában, a betegek korában, a tünetek jelentkezésétől eltelt idő tekintetében. A két csoport tagjai nagyjából azonos arányban részesültek digitális kezelésben.

Ezzel szemben a pitvarfibrilláció — és különösképpen a pitvarfibrilláció + reciprok tachycardia előfordulása gyakoribb a „kamrafibrillációs" csoportban (25-ből 14 esetben, míg a „kontroll" csoportban 73 közül csak 18 esetben, $p = 0{,}004$).

Az elektrofiziológiai vizsgálatok szerint az akcesszórius nyaláb lokalizációjának nincs különösebb jelentősége a kamrafibrilláció kialakulásában, de több akcesszórius köteg jelenléte esetén a kamrafibrilláció esélye nagyobb.

A legrövidebb RR távolság, amely pitvarfibrilláció idején az akcesszórius kötegen keresztül is átvezetődik a kamrára, jelentős különbséget mutat a két csoportban a (kamrafibrillációs csoportban 180 msec, kontroll csoportban 240 msec). A „kamrafibrillációs" csoportban az átlagos RR távolság is rövidebb a pitvarfibrilláció fennállása idején (269 msec, szemben 340 msec-mal).

A szerzők szerint a kamrafibrilláció a következő mechanizmusok kapcsán alakulhat ki: 1. a pitvarfibrilláció során a létrejött hipotenzió és szívizom hypoxia csökkenti a szívizom kamrafibrillációs küszöbét. 2. a pitvarfibrilláció hajlamosít „R on T" jelenségre.

Összefoglalva tehát WPW szindrómában kamrafibrillációra az a beteg hajlamos, akinek az anamnézisében pitvarfibrilláció és reciprok tachycardia szerepel, ha az akcesszórius köteg gyorsan vezet a pitvarfibrilláció során, és ha a szívben több akcesszórius a-v köteg van. *Csanády Miklós dr.*

Rizikófaktorok szerepe kezelt hypertoniások halálozásában. Bulpitt, C. J. és mtsai (Department of Medical Statistics and Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical és más intézetek): Lancet, 1979, *2*, No. 8134, 134.

E prospektív vizsgálatban 2587 beteg vesz részt, akiknek 86%-a kórházi ambulanciákon, 14%-a körzeti orvosnál jelentkezett. A közlemény a kezelés előtti alapadatokat használja fel. Ezek: nem, kor, retinaelváltozás, megelőző myocardialis infarctus, claudicatio intermittens, systolés és diastolés vérnyomás, pulzusszám, dohányzás, testsúly, proteinuria, serum húgysav, plasma urea, random serumcholesterin.

A 4 éves átlagos megfigyelési idő alatt a betegek 6%-a halt meg. A halálok 69%-ban biztosan, 12%-ban valószínűen, 19%-ban biztosan nem cardiovascularis vagy renalis volt. A meghaltak idősebbek voltak, gyakrabban fehérek, dohányosok, retinaelváltozás és megelőző cardiovascularis betegség (angina kivételével) gyakrabban fordult elő közöttük, magasabb volt a kezelés előtti vérnyomásuk, plasma urea és serum húgysav értékük. Testsúly, pulsusszám és serum cholesterin értékekben a meghaltak csoportja nem különbözött az élőkétől.

A matematikai elemzés alapján megállapítható volt, hogy életkortól függetlenül halál-előrejelző értéke van a dohányzásnak, a magas kezdeti systolés vérnyomásnak és a plasma ureának. *Östör Erika dr.*

Vérnyomás és túlélés myocardium infarctus után. Kannel, W. B. és mtsai: Amer. J. Cardiol. 1980, *45*, 326.

A Framingham Vizsgálat 5209 férfit és nőt követett 20 éven át. A két évenkénti vizsgálat a következőkből állt: anamnézis, fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés, EKG, különböző laboratóriumi vérvizsgálatok, anthropometriai adatok, vitálkapacitás. Folyamatosan követték a csoport morbiditási és mortalitási eseményeit.

A 20 év folyamán 193 férfin és 53 nőn diagnosztizáltak myocardium infarctust. Ezenkívül még 52 myocardium infactus következett be, de mivel ezek a vizsgálat késői szakaszában keletkeztek, prognózis vizsgálatukból kihagyták, csakúgy mint az 53 nőt.

Magas vérnyomásúaknak tekintették azokat, akiknek vérnyomása meghaladta a 160/95 Hgmm-t, normotensivnek azokat, akiknek vérnyomása 140/90 Hgmm alatt maradt.

Négyszeres volt 5 éven belül azoknak a férfiaknak a halálozása, akiknek az angina pectoris manifesztációja után vérnyomása magas volt azokéhoz viszonyítva, akik ekkor normotensiósak voltak. A határeset hypertonia és az angina

pectoris társulása is kétszeres halálozást mutatott a normotensiós angina pectorisban szenvedőkéhez viszonyítva.

A myocardium infarctus után a hypertonia nem mutatott összefüggést az 5 éves túléléssel, míg az infarctus előtti vérnyomás status határozottan összefüggött az infarctus utáni halálozással. Az infarctus előtt magas vérnyomásban szenvedett betegek halálozása háromszorosnak bizonyult, az infarctus előtt normális tensiót mutatókhoz viszonyítva.

Ezek az eredmények azzal magyarázhatók, hogy azok az infarctusos betegek, akiknek vérnyomása jelentősen csökkent az infarctus után az infarctus előttihez viszonyítva, azoknak a halálozása kétszerese volt azokénak, akiknek infarctusuk után is megmaradt a magas vérnyomásuk. Minél nagyobb volt a vérnyomáscsökkenés az infarctus után az azt megelőző vérnyomásértékhez viszonyítva, annál nagyobb volt a halálozási arány.

Összehasonlították az infarctus utáni hypertensiós és normotensiós betegek mortalitását, kihagyva azokat, akiknek a tensiója több mint 10 Hgmm-rel csökkent az infarctust követően. A hypertensióban szenvedők ötszörös kockázatot mutattak az 5 éven belül bekövetkező halálozásra.

Akiknek infarctusuk vérnyomáscsökkenéssel járt, vitálkapacitás csökkenést és magasabb szívfrekvenciát mutattak. Ez arra utal, hogy a nagyobb mortalitásért a gyengébb myocardium funkció a felelős.

(Ref.: csak ilyen prospektív epidemiológiai vizsgálat mutathatott rá a vérnyomás és a myocardium infarctus tényleges kapcsolatára.)

Gyárfás Iván dr.

Az anabolikumok (androgének) szerepe a vérkeringési betegségek kezelésében. A vérkeringési betegségek kontrollálását szolgáló európai szervezet (EOCCD) 6. számú körlevele: 1980. február.

A füzetecskében három szimpozion anyagából vett gondolatmenetek olvashatók. Az EOCCD elnöke, *J. Møller* (Hammersmith Hosp., London) hangsúlyozza, hogy senki nem kerülheti el az életkor előrehaladásával törvényszerűen fellépő arteriosclerosist, a szív pumpafunkciójának csökkenését, a katabolikus folyamatok túlsúlyba kerülését, azonban a rizikófaktorok kikapcsolásával és a paraszimpatikus, anabolikus hatású beavatkozásokkal a „normál" meredekségű tendencia csökkenthető, illetve késleltethető. Ilyen effektust a fizikai aktivitástól és az androgénektől várhatunk. A testosteron és dihidrotestosteron csökkenti a fibrin lerakódását az intima sejtekbe, a vörös vértestek 2,3 difoszfoglicerid tartalmát növelve javul az oxigén transzport, felszaporodik a szívizom kontraktilis fehérjéinek mennyisége, javul a szívizom kollaterális vérkeringése, normalizálódhat a magas húgysavszint (F. Husmann, Hohenfeld Klinik Camberg), Carruthers, M. (Mandsley Hosp., London) a dán tapasztalatokat összegezi: végtaggangréna, koronária keringési zavar, cerebrális keringési elégtelenség esetén férfiaknak heti 3×250 mg testosteron enantatot adnak im., nőknek 3×100 mg-ot, majd hetek múlva a fenntartó adagot felére-harmadára csökkentik.

[Ref.: Az EOCCD célja, hogy elősegítse a vérkeringési betegségek megelőzését és gyógyítását, hogy szakmai érvekkel befolyásolni igyekezzen a „politikusokat és döntéshozókat" e cél érdekében. A wiesbadeni statisztikai hivatal igazgatója szerint: „A felelős és komoly orvos egyetlen napot sem vesztegethet el, hogy ne tegyen meg mindent a kardiovaszkuláris betegségek megelőzésére és gyógyítására, amely betegségek óriási anyagi terhet rónak a társadalomra és sok szenvedést okoznak a kortársaknak" (Leutner, R.). Az NSZK-ban minden második ember halálát vérkeringési betegség okozza, az infarktus 5 közül egyét, s e tendencia évente 5%-nyit nő. Évi 50 millió munkanap esik ki miattuk, s összegezve a kezelési és szociális költségeket, évi 30 billió DM az anyagi veszteség.

A szervezet főtitkára Dr. H. Einfeldt, AK St. Georg, Lahmühlenstr. 5., D-2000, Hamburg 1. Ez a kiadvány kiadói címe is.)]

Apor Péter dr.

A myocardium infarctus streptokinase kezelése. Gillmann, H., Rothenberger, W. (I. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten, D-6700 Ludwigshafen) Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 391.

A myocardialis infarctus streptokinase (SK) kezelésével kapcsolatosan 20 éve tart a vita. A SK a coronariában keletkezett thrombus oldása mellett a vérviszkozitás csökkentésével a microcirculatiót is javítja. A korábbi, nem teljesen összehasonlítható vizsgálatok szerint a SK különösen az általános osztályokon ápolt betegek mortalitását csökkentette, a coronaria-őrzőkben kezelteknél ez kevésbé volt kifejezett. Angol és ausztráliai szerzők tartós megfigyelései szerint fél, ill. egy évvel az infarctus után a SK-kezelt csoportban a mortalitás csaknem szignifikáns mértékben volt alacsonyabb.

A szerzők az európai multicentrikus SK-vizsgálat eredményeit ismertetik. A coronaria őrzőkben kezelt 2338 infractusos beteg közül előre kidolgozott kritériumok alapján nyolc nagyon veszélyeztetett és 307 közepesen veszélyeztetett („high-risk"-„medium risk") beteget választottak ki és soroltak két csoportba: SK-csoport és kontroll csoport. SK-adag: 250 000 E kezdetben, majd óránként 100 000 E 24 órán át. Minden beteg kapott anticoagulanst. Folyamatosan vizsgálták a haemodynamikai, vérgáz, sav-bázis paramétereket. A kontroll vizsgálatokra a 21. napon és 6 hónap múlva került sor.

Az első 48 órában a klinikai cardiovascularis és a kémiai paraméterekben nem volt lényeges különbség. A kezelt csoportban a vérnyomás, a pulm. art. nyomás és természetesen a plasminogen és a fibrinogen szint volt alacsonyabb. Mellékhatások ritkák voltak, emiatt 5 esetben kellett a kezelést abbahagyni, egy súlyos, nem halálos agyvérzés fordult elő. A 21. napon a két csoport között semmi lényeges különbség nem volt. 6 hónap után a kontroll csoportban gyakoribb volt a cardiomegalia. A letalitás hat hónap után a kontroll csoportban 31%, a SK-csoportban 15% volt ($p < 0{,}01$). A korai letalitás, bár valamivel kedvezőbb volt a SK-csoportban, nem mutatott szignifikáns különbséget. Az enyhén veszélyeztetett csoportban („low risk") az összletalitás 6% volt.

Nem kaptak választ arra a kérdésükre, hogy hogyan magyarázható a SK kedvező hatása a letalitásra. Lehetséges, hogy a randomizálás során a két csoportba nem azonos súlyosságú esetek kerültek. A kezelt betegek egy részénél észlelt arteriás és pulm. art. nyomáscsökkenés arra enged következtetni, hogy a SK a perihperiás ellenállás csökkentésével javítja a balkamra funkcióját. Ez a vérviszkozitás csökkentésének a következménye, így egyrészt csökken a balkamra systolés terhelése („afterload"), másrészt javul a coronariaáramlás. Ezek együttesen kedvezően hatnak az infarctus nagyságára és ez magyarázná a kedvezőbb késői eredményt. Valószínű, hogy ezzel kapcsolatos az is, hogy a kezelt csoportban 6 hónap után a szívnagyobbodás aránya kisebb volt. Az infarctus nagyságát nem mérték.

[Ref.: A késői letalitásra vonatkozó adatokat viszonylagossá teszi az a tény, hogy azokat a betegek kisszámú erősen válogatott csoportjában (13,5%) nyerték. Ezért a SK kezelést nem lehet általánosan, csak a fenti betegekhez hasonló betegek kezelésére ajánlani. További vizsgálatoknak kell még megmutatni, hogy a SK kedvező hatása egyedül a vérviszkozitás és a kamra systolés terhelésének csökkenésével magyarázható-e kizárólagosan — ez esetben lenne néhány egyéb lehetőség is hasonló hatás elérésére —, vagy specifikus SK hatásról van-e szó.]

Kálló Kamil dr.

Szívruptura. v. Essen, R. (Inn. Med. I., Klinikum Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 495.

A szívruptura már *William Harvey* (1647) óta ismeretes és az akut szívinfarctusokban a leggyakoribb halálok. Gyakorisága az utolsó 10 évben nem változott. A bal szívfél falának rupturája a túlnyomó. A szívinfarctus ezen szövődményének számát az USA-ban évente 25 000-re, az NSZK-ban pedig 5000—7500-ra becsülik. A klinikum részéről ezen látszólag mindig halálos kimenetelű fedett perforatiót kevés figyelemben részesítették. Újabban ismeretessé vált 12 betegről publikált közlemény, amely szerint a szívinfarctus fellépte után 14 óra—20 nap közt az elvégzett műtét eredményes volt. Döntő a korai diagnosis, ami az operált esetek alapján mintegy 90 percre tehető. A betegek egy része hirtelen prodroma nélkül hal meg, de a ruptura lassan belopódzva is kifejlődhet, amiben a döntő a necrotikus szövet nagysága és a haematopericardium kifejlődésének az ideje. Legtöbbször csak a transmuralis infarctusok rupturálnak; ismeretlen az elülső fal gyakrabbi rupturájának oka a hátulsóéval szemben. A szívrhythmuszavarokkal szemben nem az első órák szövődménye, hanem az első 5 napon belül lép fel, csúcsértékkel a második napon, amikor a beteg már rendszerint intézeti kezelésben van. Az EKG nem mutat a fenyegető szívrupturára jellegzetes tüneteket. Az echokardiographia már korán jelezheti a pericardiumban levő folyadékgyülemet. Ha sikerül pericardium-punctióval vért aspirálni, célszerű a Seldinger-technikával bevezetett szívkatéter a folyamatos leszívásra. A szívtamponád 300—500 ml vérbeszivárgás esetén lép fel; már 50 ml vér leszívása enyhíti a tüneteket és lehetővé teszi az eredményes műtétet.

ifj. Pastinszky István dr.

Rupturált és nem rupturált szívinfarctusok szívizomzatának kórszövettani vizsgálata. Helpap, B. és mtsai (Path. Inst. Univ. Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 515.

Az összes halálos szívinfarctus 2,5—9%-ában fordul elő myocardialis ruptura. A szerzők retrospektív tanulmányukban 178 rupturált és 116 ruptura nélküli myocardialis infarctus pathomorphologiai leletét elemezték. A nem rupturált szívinfarctusok 57,7%-ában, a rupturált infarctusok esetén pedig 25,8%-ban lépett fel az első 24 órában halálos kimenetel. A negyedik napon a rupturált szívizom-infarctusos betegek 23%-a, míg a nem rupturáltaknak csupán 5%-a halt meg ebben az időben. A koszorús erek thrombosisai, kezdődő myomalacia, a szívizom vérzései és leukocytás reakciói a rupturás esetekben gyakoribbak voltak, mint a ruptura nélküli infarctusokban. 94-ből 67 betegen (71,7%) a szakadás az infarctus transmuralis kiterjedésén volt észlelhető. A szakadási csatorna legtöbbször a necrotikusan infarcerált, leukocytásan beszűrődött szívizomfalon haladt át. A szívizom ruptura keletkezését elősegíti a myocardium transmuralis infarceálódása, a rohamosan terjedő és nagyfokú leukocytás reakció főként az első infarctus esetén.

ifj. Pastinszky István dr.

Kamrai ritmuszavarok befolyásolása difenilhidantoinnal ergometriás terhelés során. Zdichynec, B. (Kórházi Belgyógyászati Osztály, Pocátky, Csehszlovákia): Z. Kardiol. 1980, *69*, 268.

A szerző 24 beteget — 10 férfit és 14 nőt — vizsgált, akiknek átlagos életkora 54 ± 8,5 év volt. A betegeknek kamrai extrasystoliája volt. Kerékpár-ergometriás terhelések történtek, a szerző ezek előtt és alatt regisztrálta a ritmuszavarokat. 7 napos gyógyszermentes időszak után difenilhidantoint kaptak a betegek, naponta 3—4-szer 100 mg adagban 3 héten át. A tapasztalatok szerint a gyógyszer matematikailag is csökkentette a terhelések alatti és a nyugalmi ritmuszavarok előfordulását is.

Vértes László dr.

Virushepatitis

Hepatitis B immunglobulin: progresszió és problémák. Szerkesztőségi közlemény. Annals of Internal Medicine, 1979, *91*, 914.

Az Australia-antigen felfedezése (HBsAg) egyúttal elindította a kutatást magas titerű ellenanyagot tartalmazó globulinok előállítására. A készítménnyel végzett klinikai vizsgálatok a hepatitis B-típusú infectio megelőzésére nem mutattak egyértelmű eredményeket, később azonban megállapították, hogy a hepatitis B immunglobulin (HBIg) alkalmazása bizonyos védettséget eredményez a fertőzés ellen. Indikációs területét kezdetben a HBsAg pozitív vérrel történő véletlen expozíció és az acut HBsAg pozitív hepatitissel ferőzött anyák újszülöttjei jelentették. Egyesek javasolják az indikáció kiterjesztését olyan személyekre, akik szoros kontaktusban vannak HBsAg pozitív személyekkel.

Hoofnagel és mtsai részletes vizsgálatot végeztek olyanokon, akik véletlen tűszúrásos expozíciónak lettek kitéve. A betegek egy része HBIg-t, mások olyan immunglobulint kaptak, melyet még a HBsAg szűrés bevezetése előtt készítettek. Úgy találták, hogy ebben az utóbbi csoportban a fertőzött betegeknek kb. egyharmad része aktívan immunizálódott, olyan esetben is, ahol később kiderült, hogy a beteg HBsAg negatív vérrel fertőződött. Az alkalmazott immunglobulin készítmények utánvizsgálata azt mutatta, hogy ezek olyan kis mennyiségű HBsAg-t tartalmaznak, mely nem elég a vírusreplikáció megindításához, de a beteg aktív immunizálására elég. Valószínűleg ez a jelenség a magyarázata azoknak a megfigyeléseknek, melyek a hagyományos globulin készítmények hasznosságáról számolnak be. Felmerült tehát a kérdés, hogy végül is mit kell adni. A cikk szerzői mindenképpen a HBIG adását javasolják olyan esetekben, ahol a HBsAg-nel történő fertőzés lehetőség komoly veszélyt jelent, pl. olyankor, ha valaki véletlenül HBsAg pozitív vért kap. Az egyes eseteket mindig külön kell mérlegelni. Sok esetben azonban a HBsAg meghatározása valamilyen okból késlekedik. Ilyenkor az expozíció után hosszabb idővel adott HBIG védőhatása a késlekedés miatt csökken. A döntés az észlelő orvosé, aki a körülményeket és az elvégezhető vizsgálatok eredményeit összegezve határozza el, hogy alkalmazza-e a védőoltást.

Ternák Gábor dr.

A Non-A Non-B Hepatitis epidemiológiája és klinikuma. Retrospectiv tanulmány 1970—1976 között. P. A. Berg és mtsai (Abt. in.. Med. I—II. Med. Klin. u. Hygiene Instit. der Univ. Tübingen): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 751.

Amióta *Prince* és *Alter* először hívták fel a figyelmet a C-, vagy Non-A Non-B Hepatitis (nAnBH) lehetőségére, az akut vírushepatitis (vH) diagnosztikája is bővült. A BvH-hez hasonlóan ennek is posttransfusiós és sporadikus formája van. A klinikai és majomkísérletes vizsgálatok, valamint a különböző incubatiós idők két különböző vírus kóroki lehetőségére utalnak. A betegség gyakoriságának, kórlefolyásának tanulmányozása céljából 1970—1976 között 288, akut vH-ben szenvedő beteg serumát vizsgálták meg A- és BvH-re vonatkozóan. Kizárásos diagnózis alapján a nAnH-es betegeket 7 évig ellenőrizték.

Vizsgálati tervük: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HAV IgM-, anti-HAV IgG. A HA, HB seronegatív esetekben: EBV-At, CMV-At, továbbá szervspecifikus és nem szervspecifikus At-ek ellenőrzése. A 288 ac. vH közül 23% AvH-ben, 67% BvH-ben szenvedett, 29-nek (10%) nAnBH-e volt. Ezek — utóbbiak — közül 9 beteg transfusióban részesült és posttransfusiós vH-re gondoltak, 20-ban sporadikus nAnBH-t tételeztek fel.

A posttransfusiós-H incubatiós ideje hét esetben 2—8 hét, a többiben 12—16 hét volt. A transaminase aktivitás 22 esetben monofázis-

ban, 7 esetben két vagy több fázisban zajlott le. A betegek ¼-e volt subicterusos.

Az akut vH-esetek 10—20%-a nAnBH. Vértransfusio, drog-injectio, homosexualis contactus a leggyakoribb terjedési módok. A fertőző- és haemodializáló osztályok különösen veszélyeztetettek. Mivel a nAnBH sporadikusan is előfordul, betegeik csaknem felében nem lehetett kideríteni a pontos epidemiológiai okot; 31%-ban vérátömlesztéssel volt kapcsolatos a betegség. Az incubatiós időt az irodalomban átlag 7—9 hétnek tartják, egyes esetekben 2—24 hét között változhat. A klinikai lefolyás lényegében nem tér el a BvH-től, a subicterussal lezajló kórképek a gyakoribbak. Histomorphologiailag kifejezett Kupffer-sejt hyperplasia, több epeút destructio az egyedüli differenciáldiagnosztikus jel, ezek azonban csak direkt különbséget jelentenek. Relative gyakori a krónikus formába való átmenet, az irodalomban 8—61,7% közötti arányról olvashatunk.

17 beteget 7 évig ellenőriztek, ezek fele 2 éven belül — egyszer vagy többször — recidivált. Egyik nőbetegben a második schub után lupoid H. alakult ki (hypergammaglobulinaemia, magas titerű ANF, simaizom At-ek), amely steroid kezeléssel 6 éve remissióban van. A nAnHB általában nem jár auto At-ekkel (szemben a BvH-el), ez a fokozott suppressorsejt aktivitás jele és magyarázatul szolgál a vírusantigén lassú eliminálására, valamint a nAnBH protrahált kórlefolyására. Nem szervspecifikus auto At-eket ritkán észlelték, posttransfuziós esetkben nem fordult elő. A krónikus stádiumba való átmenetel oka még ismeretlen; lehetséges, hogy a hosszú lappangási idejű, posttransfusiós H. hajlamosít rá. A transaminase aktivitás lezajlása prognosztikai értékű: bifázisos lefolyás esetén inkább várható a krónikus folyamat. A sporadikus esetek jobb indulatúak a post transfusiós eseteknél. A sporadikus nAnBH aránya kórházi betegek között 25—76%, ez arra utal, hogy a betegség oralis-parenteralis úton egyaránt átvihető. Minden bizonnyal előfordul vírushordozás is. A sporadikus és posttransfusiós nAnBH nem jelent kórokilag két különböző H-formát, de van olyan tapasztalat is, hogy az nAnBH-t nemcsak egyfajta vírus okozza. Ezt majd csak a specifikus Ag-, illetve a máj szöveti Ag kimutatásával lehet igazolni.

A diagnózist mindenekelőtt kizárásos alapon lehet felállítani. Megelőző vértransfusiók, subicterusos kórlefolyás, gyakran csak csekély enzimaktivitás a többi vH-től elhatárolhatják. Az elkülönítés prognosztikai szempontból is fontos.

Barna Kornél dr.

Hepatitis A- és B-vírus markerek szérum immunglobulinban. J. H. Hoafnagle, J. G. Waggoner (National Institute of Arthritis, Metabolism and Digestive Diseases, Bldg. 10 Rm 4D-52, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20 205): Gastroenterology 1980, *78*, 259.

A szérum immunglobulin (SIG, gamma-globulin) hatásos az A-hepatitis megelőzésében, de továbbra is tisztázatlan hatékonysága a B-hepatitis prevenciójában.

A szerzők a hepatitis A- és B-vírus markereit vizsgálták az Egyesült Államokban 1962—1977 között készített SIG mintákban. A 62 vizsgált gamma-globulin mindegyike antiHAV (hepatitis A-vírus antitest) pozitívnak bizonyult, és a 15 éves periódus alatt nem volt lényeges változás a titerekben. Ezzel szemben HBsAg elleni antitestet (anti-HBs) csak a minták 48%-ában tudtak kimutatni időben lényegesen változó titerekben: 1972 körül mind a pozitív minták aránya (29%-ról—100%-ra), mind az átlag HBs-antitest titer (1:10-ről 1:500-ra) emelkedett. HBc antitestet (anti-HBc) minden SIG tartalmazott, de lényeges titerváltozást ez esetben is 1972 táján láttak; az antitest-szint átlagosan 1:8000-ről 1:800-ra csökkent. HBsAg-t kis mennyiségben csak antigén-antitest komplex formában találtak az 1972 előtti gamma-globulinok 78%-ában. Ezt követően HBsAg-t semmilyen formában sem tudtak kimutatni. Ez a plasma donorok 1972-ben bevezetett rutin HBsAg-szűréséből adódhat. A SIG anti-HBs titerének egyidejű emelkedése ez idő tájt szintén a HBsAg pozitív donorok kirekesztésével magyarázható, feltehetően azáltal, hogy megszűnt a korábban antigennel kontaminált plasmapoolok antitest felszívó aktivitása, és a szabad antitest kimutathatóvá vált.

A gamma-globulinok HBsAg tartalma és változó anti-HBs titere befolyásolhatja a B-típusú hepatitis megelőzését célzó klinikai kísérletek eredményeit.

Kovács Márta dr.

Fulmináns lefolyású A, B és non-A non-B típusú hepatitis. L. R. Marthisen és mtsai (Enterovirus Dept. Statens Serum Instit., Koppenhága): GUT, 1980, *21*, 72.

A fulmináns hepatitis oka lehet vírus, gyógyszer és toxin. A szerzők 22 fulmináns lefolyású hepatitis esetét ismertetik. Megvizsgálták a vérminták HBsAg és e antigen tartalmát, a core antigént, ill. az antitestek jelenlétét, valamint az A-vírus antitest tartalmát. Akut fulmináns hepatitis diagnózisát akkor állították fel, ha a hepatitis 4 hétnél rövidebb ideje tartott, a prothrombin 40%-nál kevesebb volt, III. v. IV. fokozatú coma fejlődött ki, és a hepatitis szövettani diagnózisát májbiopsiával, ill. sectiónál megerősítették.

10 beteg első szérummintájában találtak HBsAg-t, így ezeket akut B-típusú hepatitisnek tekintették. Közülük 3 beteg maradt életben. 4 beteg vérében A-típusú hepatitis elleni antitesteket találtak. Egy beteg maradt életben közülük. Egy esetben HBsAg és core antigen pozitivitás mellett észlelték az A hepatitis vírus elleni antitestek megjelenését, feltételezik, hogy esetleg kettős fertőzésről van szó. A maradék 8 beteg véréből nem sikerült akut vírus infectióra utaló jeleket kimutatni. Ketten disulfiram (Anthaethyl, Antabus) kezelésben részesültek, így a gyógyszer szerepe nem zárható ki. A fennmaradó 6 beteg esetében kizárásos alapon fulmináns lefolyású non-A non-B típusú hepatitist kell feltételezni. Ezek a betegek valamennyien meghaltak.

Felhívják a figyelmet, hogy további állatoltásos és virológiai vizsgálatok szükségesek a non-A non-B hepatitis virológiai tulajdonságainak megismerésére és a fertőzés folyamatának megértéséhez.

Ternák Gábor dr.

Non-A, non-B típusú hepatitis: két agens ultrastrukturális kimutatása mesterségesen fertőzött csimpánzokban. Shimizu, Y. K., Feinestone, S. M., Purcell, R. H. (Dept. Med. Univ. Wash., Seattle): Sience Wash. 1979, *205*, 197.

A szerzők két harmadik fajta májgyulladásban (Non-A, non-B típusú hepatitis) szenvedő beteg vérével oltott csimpánzokban kétféle elváltozást tapasztaltak. 4 csimpánz májsejtjeinek endoplazma retikulumában 20—25 nanométer átmérőjű tubuláris struktúrát lehetett megfigyelni, amelynek kettős membránja volt, a sejtekben a sejtmagvak épek maradtak s semmiféle elváltozás nem látszott rajtuk. 5 másik csimpánz májában a sejtek magvai károsodtak, kifejezett aggregációt lehetett bennük látni, ezen összecsapódott részecskék átmérője 20—27 nm volt. Lehetséges, hogy e részecskék azonosak a kórokozóval, akárcsak a fent leírt, endoplazmában tapasztalt képletek.

A kísérletek folytatásaként 5 újabb csimpánzt oltottak más anyaggal, ezek közül 4 állat esetében találtak a sejtplazma struktúrájában változást, ill. részecskéket, a sejtmagban viszont egy esetben tapasztaltak elváltozást. Az ma már nem lehet kétséges, hogy a hepatitis kórokozói nem csoportosíthatók az eddig ismert két (A és B) csoportba, létezik egy harmadik ún. Non-A, non-B hepatitis vírus, azonban az újabb vizsgálatok feltételezik, hogy ez az agens is legalább kétféle.

Nikodemusz István dr.

A hepatitis A-vírus elleni antitestek gyakorisága különböző korcsoportokban a bázeli lakosságban 1978/79-ben. Stadelmann, W. és mtsai (Institut für Mikrobiologie und Hygiene der Universität Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 975.

A szerzők 1978/79-ben 763 bázeli lakosban a hepatitis A-vírus elleni antitestek gyakoriságát vizsgálták meg korcsoportok szerint, radioimmunassay módszerrel. A friss májmegbetegedésre utaló anamnesissel rendelkező betegeket a feldolgozásban figyelmen kívül hagyták.

Az eredmények egyértelműen mutatják a hepatitis A-vírus elleni antitestek gyakoriságának növekedését az életkor előrehaladásával, azt a helyzetet, mely a védőoltások előtti idők poliomyelitiséhez hasonlítható.

Az antitestek gyakorisága a 11—20 éves korcsoport 5%-áról a 71 év felettiek 90%-áig nő.

A fiatalabb korcsoportban az átvészeltség kisebb mértékűvé vált, ez a hepatitis A-vírussal szembeni expozíció csökkenésével kapcsolatos, mely a századforduló, illetve a II. világháború óta kedvezőbb hygiénés helyzettel magyarázható. Az A hepatitis relatíve gyakori fertőző betegség, melyet a gyermekbetegségek közé sorolnak; ez biztosan érvényes a Földközi-tenger vidékére és a fejlődő országokra, ahol a fiatal emberek átvészeltsége 80% körül mozog. Másként van ez az USA-ban, Skandináviában, az NSZK-ban, Ausztriában és Svájcban, ahol az átvészeltség az életkor előrehaladásával nő.

A megvizsgált 763 bázeli lakosban a hepatitis A-vírus elleni antitestek gyakorisága átlagosan 52% volt.

Befolyásolta az eredményeket, hogy a vizsgálatba bevont népességben relatíve magas volt a külföldiek aránya. *Brasch György dr.*

Hepatitis-Be-antigen és hepatitis-Be-antigen elleni antitestek kimutatása. W. Lange, K. N. Masihi (Robert Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 823.

B hepatitises betegek szérumában a HBs- és HBc-antigén mellett még egy antigent mutattak ki, amelyet *e-antigennek*, vagy *HBe*-antigennek jelölnek. A HBe-antigen kimutatásának diagnosztikus és prognosztikus jelentőségéről kevés adat van, miután az idáig alkalmazott immundiffusiós eljárás nem elég érzékeny.

A szerzők radioimmunoassayvel végzett HBe-antigen és anti-HBe meghatározások tapasztalatairól számolnak be. A vizsgálatokat 443 *B hepatitises beteg* (345 HBs-antigen-pozitív), 205 *drogszedő* (187 HBs-antigen-pozitív), 84 *chronikus májkárosodásban* szenvedő beteg és 254 HBs-antigent tartalmazó *véradó* szérumából végezték el. Az eredményeket a HBe-antigen és anti-HBe kimutatásához használt Ouchterlony-féle módosított immundiffusiónak, az ún. *rheophoresisnek*, *radioimmunoassayvel* történő összehasonlításával értékelték.

RIA-val HBe-antigent, vagy anti-HBe-t a HBs-antigent tartalmazó B hepatitises betegek 94,5%-ában, drogszedők 96,1%-ában chronikus májkárosodásban szenvedő betegek 84,5%-ában és HBs antigén pozitív véradók 90,5%-ában mutattak ki, rheophoresissel 10% alatt találtak pozitivitást. Titrálás során megállapították, hogy HBe-antigen kimutatásához a radioimmunoassay 500-szor érzékenyebb a rheophoresises eljárásnál.

Vizsgálták a *HBe-antigen — anti-HBe szérumconversióját* 113 Hbs pozitív *B hepatitises beteg* szérumában, a megbetegedés kezdete után különböző időpontokban nyolc héten át. A betegség első hetében a szérumok 68,5%-ban mutattak Hbe-antigen pozitivitást, a nyolcadik héten ez 8,1%-ra csökkent, ezzel egyidőben az anti-HBe-t tartalmazó szérumok százalékos aránya 30,5%-ról a nyolcadik hétre 87,2%-ra nőtt. Négy beteg szérumában a HBe-antigen 1—2 évig presistált.

Drogszedőkön a szérumconversio később következett be.

A RIA jó specificitására utal az a tény, hogy HBs-antigent nem tartalmazó serumokban a HBe-antigen sem mutatható ki, valamint az a megfigyelés, hogy HBs-antigen pozitív betegek szérumában, vagy B hepatitises betegekben kb. 90%-ban mindkét marker kimutatható, míg rheophoresisben ez az arány 10% alatt volt. Ebből nyilvánvaló, hogy a RIA bevezetése a klinikum számára sokkal kielégítőbb diagnosztikus eredményt adott, mint az eddigi eljárások.

A klinikai szempontok szerinti értékelést a szerzők újabb közleményben kívánják közölni.

W. Laub Margit dr.

Az acut B-hepatitis kapcsolata a nőgyógyászati sebészettel. Kollaborációs tanulmány: (Epidemiological Research Laboratory [Hepatitis], Central Public Health Laboratory, Colindale Ave., London NW9 5HT): Lancet, 1980, *I*, 1.

Anglia egyik kerületi kórházában 7 betegben acut B-vírushepatitis keletkezett fél éven belül ugyanazon nőgyógyász orvoscsoport által végzett nagy műtét után.

Az orvosok serumában magas titerű HBsAg-t, HBE Antigént és Dane-particulumot mutattak ki. Az orvosok és a betegek HBsAg subtypusa „ad" volt. (Egyik háziorvostól nyert utólagos információ szerint még egy beteg esetére derült fény, akinek icterusa volt, és feltehetően B—vh-t aquirált ugyanazon orvoscsoport sebészi beavatkozását követő fél éven belül.) Az orvosok 153 olyan betege közül, akiken nagy nőgyógyászati műtétet végeztek, 8-ban (5%) keletkezett B—vh. Nem észlelték azonban sem 300 kis műtét után, sem 136 szülészeti betegben. Nem volt B—vh 188 nagy- és 425 kissebészeti, valamint 130 szülészeti controll esetben sem.

A fertőzést valószínűleg éles eszközök vihették át a kesztyűk és a bőr sérülése révén.

Az Egyesült Királyságban elismerik a hepatitis hivatással járó kockázatát az eü. szolgálatban. Időről időre ismertetik a betegekről az eü. dolgozókra átterjedt B—vh infectiót. A fertőzés átvitele az egészségügyi dolgozókról a betegekre ritkább. A WHO vh-orvosi szakbizottsága megállapította, hogy az orvosi vagy más hivatás HBsAg ürítői nem jelentettek speciális kockázatot a populáció szorosabb kontaktjai számára. Amerikában közölték, hogy egy tünetmentes, HBsAg ürítő szájsebész járványt okozott betegei között.

A kóresetek klinikai, laboratóriumi elemzése, a HBsAg ürítő, ill. negatív orvosok és a B—vh-es ürítő, ill. negatív orvosok és a B—vh-es betegek asszociációi, valamint más kérdések analysise szövegközti táblázatokon is szerepelnek.

Megjegyzéseikben érdekes, hogy 500 szájsebész 6%-át találták HB-vírusürítőnek. Ha ezt az arányt Anglia és Wales valamennyi sebészére vonatkoztatják, közel 14 nőgyógyász, 80 szájsebész és 42 egyéb, speciális sebész vírusürítővel lehet számolni. A HBeAg infectivitást jelző tesztje arra utal, hogy a HBsAg pozitív véradók 10%-a jelent csak nagyfokú fertőzésveszélyt; ilyen alapon ezeknek a sebész szakmáknak rizikó aránya: 1—2 nőgyógyász, 8 szájsebész és 4 egyéb szakmájú sebész.

Jóllehet a HBeAg- és más próbák relatív infectivitást jelentenek, egyelőre nem rendelkezünk a HBsAg pozitív vér non-infectivitását biztosan jelző módszerrel. Az sem állapítható meg pontosan, hogy az eü. szolgálat tagjai mindig mentesek-e a HB-vírustól. Ha tünetmentes is valaki — és az élet provokálta kontaktok kiszámíthatatlanok — felderítésük csaknem illuzórikus, mert a tünetek jelentkezése előtt az incubatióban már hetek óta viraemiájuk lehet. A rutin HBsAg szűrés — mint prevenció — jelenleg nem nagy hatásfokú, inkább több gondot okoz. Pillanatnyilag nem tudjuk megszüntetni a vírusürítőket, bár ajánlanak néhány anyagot erre a célra. Az eü. dolgozók aktív immunizálása előnyös lehet, a vakcináció kísérleti stádiumban van. Az anti HBsIG alkalmas arra, hogy megelőzésre használják a HBsAg tartalmú anyagokkal történő inoculatio, vagy szennyezések esetén.

Barna Kornél dr.

A hepatitis B-infectio előfordulása véletlen expositio és anti-HBs immunglobulin profilaxis után. (A combined Med. Res. Council and Public Health Labor. Service Report.) Sheile Polakoff (Epid. Res. Labor. Central Public Health Labor, London NW9 5 HT): Lancet, 1979, *I*, 6.

322 HBsAg negatív egyén, akik HBsAg tartalmú anyaggal véletlenül fertőződtek, 50 mg anti immunglobulint (Ig) kapott az infectiót követő 14 napon belül. Ez után serum vizsgálatokat végeztek 6—9—12 hónapig. A 240 — befejezett vizsgálatból 21-nek serumában (9%) volt megelőzően anti HBs antitest (RIA-val). A maradék 219-ből 7-ben (3%) keletkezett acut, tünetmentes vh., 4 (2%) serumában jelentkezett „activ" anti-HBs-

Magas titerű anti-HBs immunglobulin Angliában és Walesben 1973 óta áll rendelkezésre. A franciaországi kontroll kísérletek alapján ugyanaz az anyag protectiv hatásúnak bizonyult. Az eredmények különösen érdekesek az eü. szolgálatban, ahol a dolgozókat állandóan veszélyezteti az infectio napi munkájuk során. Biztató abban, hogy a fenti esetekben nem volt komolyabb hatása a véletlen vh expositiónak. A 7 acut B—vh meggyógyult, közülük egy maradt HBsAg ürítő, májkárosodással fél évvel a betegség kezdete után.

Az anti-HBIg alkalmazása nem okozott tünetmentes, persistáló HBs antigenaemiát. A HBeAg és a HBeAt vizsgálat jó — de nem abszolút mértéke az infectivitásnak; munkájukban sem volt elég érzékeny az inoculum fertőzőképességének korrekt elbírálására (egyébként a kis infectivitású inoculum kevesebb hepatitis incidenst okoz, függetlenül az anti-HB Ig alkalmazásától).

Amerikában már korábban közölték, hogy az anti—HBIg védőhatása akkor kedvező, ha azt az expositio napján adják. Két — random — betegcsoportban (USA) részben normál-, részben igen magas titerű anti—HBIg-t alkalmaztak. Az egyikben az anti-HBIg védőhatásúnak látszott a másikban az incubatio idejét meghosszabbította, de a fertőzést nem módosította és nem előzte meg. A védelem hiányának magyarázatában feltételezik, hogy a fertőzést reinfectio okozta, amikor az anti—HBIg szint már csökkent a készítmény Ig molekuláinak fragmentatiója következtében, ezenkívül az elkésett prophylaxis is csökkentette a protectiv hatást.

A szerzők nem tudnak választ adni arra, hogy milyen lett volna a hepatitis incidens arány, ha nem alkalmaznak anti-HBIg az expositio után, és hogy a nagyobb adagú anti-HBIg megelőzte volna-e a 7 beteg hepatitisét. Eredményeik, ill. tapasztalataik azonban az anyag protektív hatását jelzik.

Barna Kornél dr.

A hepatitis B surface antigén (HBsAg) — negatív krónikus hepatitisek etiológiája. G. Hess és és mtsai (Department of Medicine, Free University Berlin): Digestion 1979, *19*, 202.

A krónikus hepatitis nem egységes etiológiájú betegség. Az esetek jelentős részében serológiai vizsgálatokkal igazolni lehet a fennálló vagy lezajlott HB vírus fertőzést. A HBsAg negatív krónikus hepatitisek eredete feltehetően heterogén. *Hopf és mtsai* a közelmúltban egy májsejtmembrán ellenes antitest létezését írták le, mely az autoimmun krónikus hepatitisre jellemző. A HBsAg negatív esetek egyharmadában ez az antitest kimutatható. A fennmaradó csoport egyes eseteiben elképzelhető, hogy a korábbi HBV fertőzés nyomait már nem lehet kimutatni. A szerzők 37, krónikus hepatitisben szenvedő, HBsAg negatív beteget vizsgáltak meg. 5 betegnek krónikus perzisztáló, 32 betegnek krónikus agresszív hepatitise volt. 11 esetben mutattak ki májsejtmembrán elleni antitesteket, így ezeket a betegeket az autoimmun típusba sorolták. Hepatitis A vírus (HAV) elleni antitestek az esetek legnagyobb részében alacsony titerben voltak kimutathatók, de a kontroll csoporthoz képest nem volt szignifikáns eltérés, így etiológiai szerepet nem játszik a HBsAg negatív krónikus hepatitisek keletkezésében. Megfelelő serológiai markerek hiányában a non-A-non-B-hepatitis etiológiai szerepét nem lehet biztosan igazolni.

Betegeik között összesen kettő volt, akinek anamnézisében akut hepatitis szerepelt, de a HBsAg negativitáson kívül alacsony titerű HAV elleni antitesteket sem sikerült kimutatni. Feltehető, hogy a non-A-non-B hepatitisnek fontos szerepe van, de a megfelelő serológiai marker hiányában a bizonyíték még hiányzik.

Ternák Gábor dr.

A resuscitatio kérdései

A légutak akut elzáródása. — Mi a teendő? Ahnefeld, F. W. (Inst. f. Anaesthesiologie der Universität Ulm): Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1980, *105*, 809.

A „torkon akadt" falat — a bolus — okozta halál problémája nem új, s nem is a jóléti társadalom szokásai következtében aktualizálódott. Az orvostudomány történetében erre vonatkozóan nemcsak egyes esetleírásokat és bő kazuisztikájú monográfiákat találunk, hanem a bolus eltávolítására konstruált különleges orvosi eszközöket, műszereket is. Viszont olyan meggyőző azonnali beavatkozást, ami teljesen biztos és elég gyors ahhoz, hogy ezt a néhány perc alatt halállal végződő „eseményt" kivédi, a gyakorlat részére nem lehetett megadni. A problémával kapcsolatosan újra meg újra történnek utalások, melyek rámutatnak arra, hogy az orvosi beavatkozások — mint a konikotómia és laringoszkópia — azért nem jöhetnek szóba, mert orvos vagy képzett, hivatásos elsősegélynyújtó nem ér elég gyorsan a helyszínre, s ezekhez a különleges beavatkozásokhoz szükséges eszközök sincsenek kéznél. Egészen ritkán fordult elő, hogy magának a fuldoklónak erőteljes köhögéssel sikerült megszabadulni a beszorult bolustól; a többi beteget csak akkor tudták megmenteni, ha az elzáródás részleges volt.

Még a hetvenes évek elején is csupán két elsősegélynyújtási módszer volt ajánlható; *a)* a bolus kézzel történő eltávolítása (ami csak nem túl mélyen levő bolusnál lehetséges); *b)* lapos tenyérrel erőteljes ütések mérése a beteg lapockái közé (a beteg oldalt — és úgy lejtőzve — feküdjön — hogy a feje legyen legmélyebben). E két módszer eredményességéről, néhány esetleírástól eltekintve, meggyőző képünk nincs.

Az azonnali beavatkozások problémája az utóbbi időkben (1973-tól) ismét az érdeklődés előterébe került két (USA-beli) vizsgálat nyomán. Az egyik vizsgálat az étkezés közben bekövetkezett akut haláleseteket irányult; s 10 év alatt 56 boncolt esetet dolgozott fel. Megállapították, hogy a hirtelen halál oka 55 esetben a bolus okozta légúti elzáródás volt, csupán egyetlen esetben találtak letális szívinfarktust, mint halálokot (légúti elzáródás nélkül). A másik vizsgálat végeredménye abban foglalható össze, hogy az USA-ban évente mintegy 3 ezer ember veszti életét bolusobstrukció következtében, de mivel a halál után a bolusra utaló jeleket szine lehetetlen felismerni, az orvosok a helyszínen legtöbbször akut szívhalálnak kórismézik.

Az 1974. évben ismertette *Heimlich* a róla elnevezett módszert, a „Heimlich műfogást", mint azonnali beavatkozást bolus-obstrukció esetén. A módszer előzetes állatkísérletek, majd embereken történt kipróbálása után alakult ki, s alapja az a megfigyelt tény, hogy a bolus okozta elzáródás mindig belégzéskor következik be. A vizsgálatok bizonyították, hogy ilyenkor az epigastrium-tájra gyakorolt erőteljes nyomás hirtelen és jelentősen fokozza a trachea-bronchiális rendszerben levő levegő nyomását, s ez a gyorsan kifelé áramló levegő-nyomás kimozdítja, kisodorja a légutakat záró bolust. Maga a szerző és még sokan mások is, ezres nagyságrendű adatokkal támasztották alá a műfogás használhatóságát, ugyanakkor beismerve annak kockázatait (bordatörés, gyomor-, lépruptura stb.). A pártolók és ellenzők között a vita még most sem nyugodott meg; így a jelen helyzet és ismereteink birtokában kompro-

misszumra kényszerülünk, ami röviden a következőkben fogalmazható meg:

Az elsősegélynyújtásban eddig is alkalmazott (és oktatott) *módszerek továbbra is érvényben vannak és elsőként alkalmazandók. Ha viszont ezekkel a klasszikus módszerekkel nem sikerül a légúti bolus-akadályt eltávolítani, úgy* annak aki a légúti elzáródást is felismeri és a műfogás előírt kivitelezését uralja, *utolsó lehetőségként a Heimlich műfogást kell alkalmazni.*

A kórismézéshez segítséget nyújt a légúti bolus-elzáródás folyamatának áttekintése: 1. beszéd- és légzésképtelenség, majd pánik jelei; 2. sápadtság, majd fokozódó cianózis; 3. tudat- és eszméletvesztés.

Többek javaslata szerint széles körben ismertetni kellene azt a jelzést, amellyel maga a beteg adja tudtára környezetének, hogy nála a légúti bolus-elzáródás folyamatámutatóujjtól maximálisan szétterpesztett hüvelykujjal V-alakban, elől a gégefőtájra helyezett tenyérrel (a nyakát körülfogva) jelezzen.

A Heimlich-féle műfogás alkalmazása — függően a körülményektől — 4 változatban történhet:

1. *Álló betegnél* a segénynyújtó a beteg mögé állva mindkét karjával átöleli annak derekát úgy, hogy a két keze az epigastriumnál, a köldök és a kardnyúlvány között találkozik. Az alul levő kéz ökölbe szorul, s a tenyéri oldala a nyomáspontra fekszik; a felül levő kéz kinyújtva, nyitott tenyérrel az ökölre helyezendő. Az így kialakított kezekkel gyors, erőteljes, kissé felfelé irányuló (húzó) nyomást kell gyakorolni az epigastriumra, s azt többször (4—8-szor) megismételni, míg eredmény nincs.

2. *Ülő betegnél* az eljárás mindenben megegyezik az álló betegnél leírtakkal.

3. *Fekvő beteget* (amikor már eszméletlen, vagy a segélynyújtó nem tudja az előírt módon átfogni) háton fekvő helyzetbe kell hozni, ezután combjának magasságában, terpesztett lábakkal fölötte mintegy lovaglóülésben áttérdelni s nyújtott karral, az előbbiekben ismertetett kéztartással, elölről gyakorolunk (toló) nyomást az epigastriális nyomáspontra (4—8-szor), míg az eredmény nem észlelhető.

4. *Kisgyermeknél* akár az ülő (a segélynyújtó ölbe veszi) — akár a fekvő testhelyzetbeni változatra kerül sor, a nyomást az ismert pontra a két kéz összeszorított mutató- és középső ujjával kell kifejteni.

Döntően fontos, hogy ha:

1. a műfogás alkalmazásával a hanyattfekvő beteg hány, a fejét azonnal oldalt kell fordítani, szájüreget kitakarítani, majd a légúti akadály eltávolítása után stabil oldalfekvésbe helyezni,

2. minden sikeres beavatkozás után is a beteget azonnal gyógyintézetbe kell szállítani, az esetleges szövődmények kizárása (illetve el-, látása) céljából. *Cselkó László dr.*

Agyi anoxia: a mély hypothermia és a pH hatása. Norwood, W. J. és mtsai (Harvard Medical School,Boston, Mass): Surgery, 1979, *86*, 203.

Ismert tény, hogy a keringésmegállás a központi idegrendszerben károsodást okoz. Kimutatták, hogy normothermiában 30 perccel a keringésmegállást követően már mikroszkópos elváltozások észlelhetők az agysejtekben. Ezt a mikrocirkulációban bekövetkezett zavart az irodalom „no-reflow laesio" kifejezéssel illeti. Ez tulajdonképpen nem miliáris thrombosis, mint korábban gondolták, hanem elektronmikroszkópos képe szerint a perivascularis glia-sejtek duzzadása és a capillarisok lumenének collapsusa. Oka a szerzők szerint kizárólag az oxigénhiány. Kimutatták, hogy az elváltozást sem heparinnal, sem dextrannal, sem haemodilutióval nem lehet befolyásolni.

A szerzők az extracorporalis keringéshez használatos technikát alkalmazták kísérleteikhez, melyek során a mély hypothermia és a pH hatását vizsgálták a cerebrális anoxiára. 10—15 kg-os korcs kutyákat anaesthetizáltak barbiturráttal (30 mg/kg Diabutal). A haemodilutiót 30%-os Ht értékig végezték. Thermistoros hőmérővel mérték az agy hőmérsékletét. Agyi anoxiát két módon hoztak létre: az extracorporalis keringés leállításával, ill. oxigén helyett 100%-os nitrogénnel az oxigenátorban. A méréseket a keringésmegállításnál, ill. „nitrogénes" anoxiánál 37 és 20 °C-on végezték, mindkét esetben $NaHCO_3$, NaCl valamint HCl infusió adása mellett is.

Kimutatták, hogy az anoxia 37 °C-on már 8—10 percen belül a pO_2 20 Torr alá csökkenését idézheti elő, 30 perc után kiterjedt „no-reflow laesio" észlelhető. A hypothermia csökkenti az ischaemiát, ami a metabolikus értékek hőmérséklet függésére utal. Eredményeik azt igazolják, hogy mély hypothermiában a tolerantia idő mintegy ötszörösére nő. Úgy vélik azonban, hogy a klinikumban a központi idegrendszeri károsodás megjelenése nem ötször, de legalább 20—30-szor később következik be. A védő hatás ugyanis nemcsak a metabolikus értékek redukciójának az eredménye. Hypothermiában — vizsgálataik szerint — a v. jugularisból vett vér pH-ja nem csökken 7,2 alá.

Megállapítják tehát, hogy normothermiában a keringésmegállás vagy anoxia minden esetben „no-reflow laesiót" okoz. A mély hypothermia kb. 60—90 percig kivédi az anoxia káros hatásait. $NaHCO_3$ adása 37 fokon nem előzi meg az anoxia alatti „no-reflow laesio" kialakulását, de 20 fokon igen. Savanyú közeg minden esetben sietteti annak létrejöttét.

Janecskó Mária dr.

Orvosi technika

„Eldobható" fecskendők használata insulin adására. A. Greenough és mtsai: Brit. med. Journ., 1979, *1*, 1467.

A szerzők az „eldobható" (egyszerhasználatos) fecskendők alkalmazását vizsgálták insulinozott cukorbetegeik kezelése során. Megállapították, hogy a szokásos üvegfecskendők használata igen költséges, ezek átlag 3 hónapon belül tönkremennek, sterilen tartásuk, valamint tárolásuk (rendszerint alkoholban) nehézkes. Kiderült, hogy betegeik 18%-a havonta főzéssel sterilizálta üvegfecskendőjét, 20% még ritkábban, *18% pedig sohasem!* Ennek ellenére az injectiók helyén a localis infectiókat meglepően alacsonynak találták, még egyébként kevéssé tisztálkodó betegeikben is. Ezek után vizsgálták — 30 önként jelentkező cukorbeteggel — a műanyag (polypropylen), az ún. „eldobható", egyszerhasználatos fecskendőket. A gyári utasítás ellenére *szándékosan* nem dobták el sem a fecskendőket, sem a tűket használat után, hanem a csomagba visszahelyezték és hűtőben tárolták. Egy héttől két hónapig folytatták a vizsgálatot, és sem pozitív bakteriológiai leletet (egy kivételével), sem helyi fertőzést vagy gyulladást nem észleltek. Minthogy a műanyag fecskendők eleve olcsóbbak és újabb sterilizálás nélküli hosszabb használatuk veszélytelennek látszik, módszerük szélesebb körű bevezetését ajánlják. *Csapó Gábor dr.*

Az izotópos kardiális pacemaker. Gage, A. A. (Szerkesztőségi közlemény): Ann. Thorac. Surg. 1979, *28*, 1.

A szerkesztőségi közlemény *Smyth és mtsainak* (Ann. Thorac. Surg. 1979, *28*, 14.) dolgozatát kommentálja; *Smyth* cikkében 59 izotóppal működő és 77 konvencionális (kémiai elemekkel működő) pacemaker beültetés eredményeit hasonlítja össze. Amíg az utóbbi szériában előfordult készülék-meghibásodás, az izotópos pacemakerek hibátlanul működnek. A szerzők minden betegnek, akik várhatóan legalább tíz évig, vagy még tovább élnek, izotópos pulzus-generátor alkalmazását javasolják, annak ellenére, hogy ennek lehetőségét még mindig korlátozó rendelkezések szabályozzák és beültetéséhez az Egyesült Államok Nukleáris Felügyeleti Bizottságának engedélye szükséges. A javaslat gondos megfontolást kíván, azonban a gyakorlatban az engedély szükségességének módosítása adott esetben mind a betegnek, mind az orvosnak megrövidítené a gyógykezelés megválasztásának útját.

Az első plutónium^{238}-mal működtetett pacemakert (Medtronic, Al-

catel 9000) Franciaországban *Laurens* és *Piwnica* ültette be 1970-ben. Bár a tíz évre tervezett időtartam nem túl sok, mégis messze több a jelenlegi higanycellás készülékek átlag 20 hónapos élettartamánál. Az üzemanyagot (150 mg plutónium-vegyület) a pulzusgenerátorban egy abszolút hermetikusan elhelyezett kapszula tartalmazza, amelyet számos, közúti és légi szerencsétlenséget, épület-összeomlást, lőfegyver okozta sérülést, eltemetést és elégetést imitáló tesztnek vetnek alá. A felszínre történő sugárzás szintje megfelel a tervezett biztonsági követelményeknek; például a pectoralis tájékra helyezett készülék évi dózisa az Egyesült Államok természetes háttér sugárzásának felel meg, amely sokkal kevesebb, mint amennyi egy diagnosztikus radiológiai vizsgálat során éri a beteget.

A Nukleáris Felügyeleti Bizottság protokollja előírja, hogy a beteg várható élettartama legalább tíz év legyen, a pacemaker beültetés után három havonta ellenőrizve legyen, azonosítási karpereccel rendelkezzék és járuljon hozzá, hogy halála esetén a készüléket eltávolíthassák. A szerkesztőségi közlemény szerzőinek tapasztalatai megerősítik *Smyth és mtsainak* eredményeit, azzal a különbséggel, hogy az előbbi gyakorlatában az elektródákkal több hiba fordult elő.

1975-ben a Nukleáris Felügyeleti Bizottság egy környezetvédelmi kiadványban megállapította, hogy az izotóppal működtetett pacemaker előnyei nagyobbak a betegre és a környezetére kifejtett kockázatnál. 1977-ben a Bizottság javasolta, hogy törvényesítsék az izotópos pacemaker rutinszerű klinikai használatát; a javaslatról azonban mind ez ideig még döntés nem történt.

A szerző munkacsoportja 618 Medtronic (Model 9000) és 377 Coratomic (100 Series) izotópos pacemakert ültetett be; az előbbiek közül 8, az utóbbiakból 5 esetben észleltek meghibásodást, amely egyetlen esetben sem vonatkozott az energiaszolgáltatásra. Ennek alapján megállapítja, hogy az izotópos pulzus-generátor kitűnő, ugyanakkor a velejáró adminisztráció mértéke viszont túl nagy.

Nehézséget jelent az esetleges kockázatok ecsetelése a laikus közönség számára. Ezek közül a legnagyobbat az jelentheti, ha a beteget a pacemakerrel együtt temetik el; ez a kockázat azonban mosolyogni való ahhoz képest, amit a rádióaktív hulladékanyagok és az atomfegyverek veszélye jelent.

A lithium-iodinnal hajtott pulzus-generátorok közül néhány 8 évig is működik, megfelelő programozás esetén azonban az élettartama 12 évig is meghosszabbítható. Biztosan megvalósítható, hogy a lithium-pacemakerek — megfelelő nagyság biztosítása mellett — 20 évig is eltartsanak. Ez ugyan az optimális 77 évtől még messze van, de perspektíváját illetően nem kérdés rohamos fejlődése a hagyományos készülékekkel szemben. Ugyanakkor azonban azt is tudomásul kell vennünk, hogy a pacemakeres betegeknek csak mintegy 50%-a éli túl a beültetést követő 5. évet.

Nyilvánvaló, hogy minden 60 éven aluli betegbe, aki pacemakert igényel, anyagi meggondolások alapján lehetetlen izotópos készüléket implantálni; amíg ugyanis a programozható lithiumos pulzusgenerátor jelenlegi ára 2800 US dollár, az izotóppal működtetett készülék 6000 dollárba kerül. A döntést — természetesen mindig a beteg szempontjait tartva szem előtt — az orvosra kell bízni.

Összefoglalva megállapítható, hogy az izotópos pulzus-generátor újabb hathatós gyógyítási lehetőség az orvos kezében; alkalmazását azonban rendeletekkel nem lehet meghatározni.

Lozsádi Károly dr.

A tüdőfunkciós vizsgálatok kiértékelése programozható zsebszámológép segélyével. Meinke, L. és mtsa (Hufeland-Klinik, Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane, Bad Ems, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Düsseldorf, Klinik B): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1979, *33*, 1115.

A légzésfunkciós próbák értékelése munka- és időigényes feladat, a hibaforrás lehetősége is egyre nagyobb. Az utóbbi években kísérleteket végeztek ennek a munkának komputerrel való könnyítésére. A szerzők erre a célra a Texas-cég TI 59 jelzésű programozható zsebszámológépét alkalmazták, amin 20 adattároló és 744 adathely van. Ebbe a gépbe adják be a plethysmograph és a beteg adatait, korát, magasságát, testsúlyát, a barométer nyomását. Egy technikus a készülékkel való munkát 5 heti oktatás után elsajátíthatja. A kiértékelés időtartama egyharmaddal rövidebb, egy kiértékelés 3 perc alatt elvégezhető. A tévedés és a hibaforrás minimális. A készülék ára kb. 700 márka.

Pongor Ferenc dr.

Pacemakeres betegek elektród törése. M. Al-Sukhun és mtsai (Abteilung für Herz- und Gefässchirurgie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 520.

A pacemaker implantatio késői szövődményei közé tartozik az elektród törése, melyre akkor kell gondolni, ha egy-egy impulzus intermittálva kimarad jól működő impulzus generátor mellett. Igen alacsony saját frekenciájú szív esetében ilyenkor Adams—Stokes roham is jelentkezhet.

A szerzők három év alatt 33 esetben végeztek műtétet elektród törés miatt. Az összes elektród transvénásan volt bevezetve a szívbe, leggyakrabban a jobb vagy bal vena cephalicán keresztül. Az impulzus generátor mindig subpectoralisan helyezkedett el. A frakturált spirál elektródok Biotronik, Cordis, Medtronik és Vitatron gyártmányúak voltak. Az elektród implantatio és a klinikailag megállapított törés között eltelt átlagos időt 33 hónapnak találták (legrövidebb idő 12 hónap, leghoszabb 113 hónap). A gyártmányokat összehasonlítva a törés leghamarabb (24,6 hónap) a Vitatron elektród esetében következett be. Az elektród leggyakrabban extrathoracalisan az impulzus generátor közelében törött el. Ilyen esetben az elektródot újra csatlakoztatni lehetett a generátorhoz.

A szerzők 1976 júliusa óta kizárólag Siemens-Elema (Typ. 588) elektródot implantáltak. Több mint 400 esetükben eletród törést nem észleltek.

Tarján Jenő dr.

Toxicomania

Az orvosok alkoholizmusáról Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. J. 1979, 2, 351.

Más országokkal együtt Nagy-Britanniát, sőt az orvosokat is elérte az alkoholizmus epidemiája. Kiderült, hogy az orvosok 2,7-szer gyakrabban kerültek kórházi felvételre az elvonás megkísérlésére, mint a hasonló társadalmi osztályokhoz tartozók, májcirrhosis-halálozásuk pedig 3,5-szerese a többi emberének. Az egyik USA tanulmány szerint az ottani orvosok közül 13 600—22 000 vált bizonyos ideig hivatásának gyakorlása közben az alkohol alárendeltjévé.

Az alkohollal függésbe kerülő orvos a vizsgálatok többsége szerint nagyon nehezen befolyásolható. Az elvonó kezelésre őket sokszor kényszeríteni kell, sőt e szenvedélyük gyakran még valamilyen gyógyszerszedés szenvedélyével is társul. A kórházban a rendelkezéseket többnyire nem tartják be és onnan sokszor önkényesen távoznak. Rossz prognózisuknak pedig legdöntőbb bizonyítéka gyakoribb öngyilkosságuk.

Az Egyesült Államokban komoly erőfeszítéseket tesznek az alkoholista orvosok felderítésére és kezelésére, Nagy-Britanniában azonban még ez a munka sok kívánnivalót hagy maga után. Az italozó orvosok problémáját és alkalmatlanságát orvosi ténykedése során látva, még a jóakaró kolléga is sokszor dilemma elé kerül. Mindazonáltal az alkoholizmus miatt az USA-ban 1971-ben 119, 1977-ben pedig már 685 orvost nyilvánítottak az orvosi ténykedés gyakorlására alkalmatlannak.

A „Medical Society of the State of New York" két párhuzamos szisztémát dolgozott ki abból a célból, hogy a problémák elébe menjenek. Az önkéntes módszer akták és határozatok nélkül csak segíteni akar, hogy így az alkoholista orvos önmaga rendezze problémáját. A kényszerrel végrehajtott módszernél az orvosi működési engedélyt is elvehetik, ha az illető orvos nem veti magát alá a kezelésnek.

Nagy-Britanniában most az orvosok alkoholizmusának a megfékezésére hasonló rendszabályok és fáradozások bevezetését fontolgatják. Több segítséget adva az alkoholista orvosoknak, velük együtt betegeiket is megvédeni akarják.

(Ref.: Az utóbbi időben a hazai orvosi és laikus lapokban is olvashattunk a magyar orvosok rövidebb élettartamáról, ennek okaként az orvosi foglalkozással együttjáró gyakoribb stressz-szituációkat és szívinfarctust emlegetve. Divatossá vált a helytelen életmód helyett a stresszhatásokra való hivatkozással a felelősséget önmagukról elhárítani. Itt kívánom megjegyezni, hogy a második világháború szörnyűségei között (koncentrációs táborok, bombázás, rettegés stb.) a halmozódó stressz-szituációk, táplálék- és cigarettahiány mellett a leginkább anyagcsere-betegségek következtében kialakuló cardiovascularis halálozás inkább csökkent. Sokkal önkritikusabb, igazabb, ezáltal pedig sokkal szimpatikusabb és előbbre vivőbb lenne, ha mi orvosok is rosszabb életkilátásainkat abban látnánk, hogy egészségtelenebbül élünk és táplálkozunk, több szeszes italt fogyasztunk és többet dohányzunk...)

Angeli István dr.

KLION

tabletta, hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Entamoeba histolytica.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.
Giardia lamblia fertőzésben 2 × 1 tabletta, 5 napon át.
Entamoeba histolytica esetén 3 × 2 tabletta, 10 napon át.
Stomatitis ulcerosában 2 × 1 tabletta 3–5 napon át.
Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta ½ tabletta, 2–4 éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.
Entamoeba histolytica esetén naponta 2 × 1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

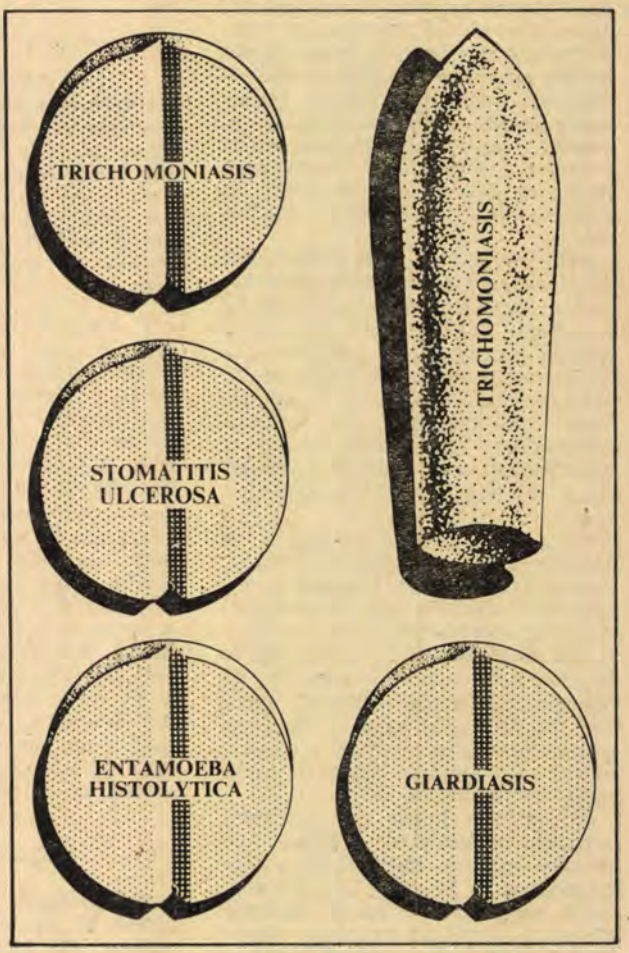
Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS

A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

MEGJEGYZÉS

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

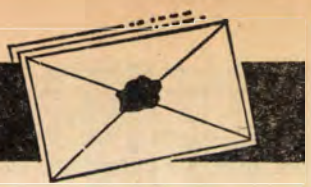


CSOMAGOLÁS

20 tabletta, térítési díj 6,60 Ft
10 kúp, térítési díj 7,50 Ft

OH 1418 Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



„Tartott" felvétel avagy artrográfia?

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam *Pestessy József dr. és mtsai* az Orvosi Hetilap *121. (47.) 2879—2883.* oldalán írt tanulmányát, annál is inkább, mivel saját érdeklődési területemmel azonos, ill. hasonló munkásságukat évek óta megkülönböztetett figyelemmel kísérem.

Az alapos és igen nagy munkát igénylő tanulmány értékelése helyett mégis inkább két kritikai észrevételt kell tennem.

Feltűnt, hogy a boka „tartott" felvétele helyett a „funkcionális" felvétel kifejezést használják. Véleményem szerint a kettőt nem lehet, pontosabban nem szerencsés összekeverni. A mozgásszervi sebészetben, tehát a traumatológiában és az ortopédiában funkcionális felvételnek általában a fiziológiás mozgáspályán beállított, tehát nem a középállásban készített, típus rtg-felvételeket tartjuk. Ilyen a nyaki gerincfelvétel flexióban és extensióban, vagy a csípő-felvétel abadductióban, vagy éppen a boka esetében oldalirányú felvétel flexióban és extensióban, ami tájékoztat pl. a felső ugróízület mozgáspályájáról. A „tartott", megszokott, jó magyar kifejezés, pontosan fedi a kóros helyzetben erőltetetten megtartott ízületről készített felvétel fogalmát. Nem mellékes szempont az sem, hogy az elmúlt 30 év traumatológus nemzedéke ezzel a névvel ismerte meg azt a közismert vizsgálati módot, mely alkalmas például a bokaszalag szakadásának kimutatására is.

Nem tudok egyetérteni azzal a módszerrel sem, melyet szerzők a „tartott" felvételekkel szerzett tapasztalataikról beszámolva az irodalmi hivatkozásokban követnek. Közismert, hogy a bokaszalag sérüléseinek kimutatására világszerte évtizedek óta széles körben alkalmazzák az artrográfiát. Erről néhány éve mind a Magyar Traumatológia és Ortopédia, mind az Orvosi Hetilap hasábjain beszámoltunk. Elfogadható, hogy szerzők nem értenek egyet az artrográfia alkalmazásával. Ebben az esetben azonban úgy vélem, teljesebb tájékoztatást nyújtanak a kérdésben kevésbé járatos olvasónak, ha egy bekezdésnyi terjedelmet arra szánnak, hogy megindokolják, miért tartják a tartott felvételeket alkalmasabbnak az artrográfiánál. Azzal, hogy említést sem tesznek mások tapasztalatáról, véleményéről, csak a bizonytalanságot fokozzák azokban, akik a Hetilap rendszeres olvasói lévén esetleg ezen közlemények alapján kívánnának részletesen foglalkozni a bokaszalagsérülések elkülönítő kórismézésével.

Szerzők közleményükben a következőt írják: „a legbiztosabb módszernek a narkózisban végzett tartott felvételeket tartjuk. Célunk ennek mihamarabbi ismertetése". — A nemzetközi irodalom mérvadó szaktekintélyei már több évtizede leszögezték, hogy csak altatásban végzett, kétirányú összehasonlító felvételek alapján lehet és szabad a szalagsérülések kórismézését felállítani. Éppen ezért látják számosan — saját álláspontunkkal egyetértésben —, az artrográfiában azt az egyszerűbb módszert, mely a gyakorlatban jobban elterjedhet.

Úgy vélem a Hetilap széles körű olvasottsága megkívánja, hogy a szerzők közleményeikben ne egyoldalúan ismertessék az általuk alkalmazott módszert, mert ez akaratlanul is félrevezető lehet, félreértésre adhat okot.

Süközd László dr.

T. Szerkesztőség! A levélíró a tanulmány értékelése helyett mint írja: „inkább két kritikai észrevételt kell tegyek". Ez a két észrevétel azonban három, jelesül: 1. a „functionalis" kifejezésünk bírálata, 2. hallgatásunk az arthrographiáról, és 3. az érzéstelenítés kérdése. Eddig a számolás.

Ad 1. Nos, a bíráló azt állítja, hogy a boka „tartott" felvétele helyett a „functinalist" használjuk. Ezzel szemben a tény: a tanulmány címében is „tartott" felvételről szólunk. A szövegben a tartott 26, a functionalis 3 ízben fordul elő. Ezek aalpján nem valós Süközd dr.-nak az a megállapítása, hogy az előző helyett az utóbbit használjuk. A „tartani" ige valóban ősmagyar szó: már a „Königsbergi töredékek"-ben is előfordul, (ölében) tartani. De a vizsgálati módszer jelölésében a német „gehaltene" (Aufnahme) szolgai fordítása, magyarán: németes. A tartott szó egyébként nem zárja ki a functionalist, mert működésében vizsgáljuk a felső ugróízületet, azaz ad-, vagy abductioban, előre-, hátrafelé való elmozdíthatóságában. Ide vonatkozóan *Barnett* és *Napier* 1952-es vizsgálatai adták meg az alapot. Ha a működés *„túlműködéssé" vált:* a szalagrendszer szakadt. De ettől még „functionalis" a felvételi technika. Mind a röntgenológiai, mind a baleseti sebészeti irodalomban már bevett kifejezés a „functionalis". 1956-ban *Close* a bokaízület „functionalis" anatomiájáról ír, manapság már „functionalis anatomia" néven jelennek meg bonctankönyvek (lásd: *Szentágothai* munkáját). Ami pedig a levélíró „az elmúlt 30 év traumatologus nemzedéke... stb." című mondatát illeti, idézzük a Magyar Traumatologia 1963. évi 1. számának 64. oldalát: »A „tartott", vagy functionalis felvételeken az ízületi rés nagyobbfokú kiszélesedése a szalagszakadás biztos jele«. S ugyanez olvasható a Magyar Radiologia 1963. évi 2. számában intézetünk továbbképző, módszertani alapcikkeiben is.

Ami talán a legjobban megközelíti ezt a fogalmat, az az 1976. évi kiadású *Watson-Jones*-könyvben olvasható. „stress radiographs". Sapienti sat.

Ad 2. A *Süközd dr.* említette két Süközd-dolgozat a positiv arthrographiáról ír. Ismerjük. Mind személyesen, mind írásos véleményeinkben, mind nagygyűléseken elmondottuk néki, hogy kockázatosabb módszernek tartjuk. Mi ugyanakkor a tartott felvételekről írtunk több ízben. Számszerűségi összehasonlításban feldolgoztuk: *100 szerző közül 90 a tartott felvételt helyezi előnybe* az arthrographiával szemben. Egyszerű az oka: ez egy non invasiv, az arthrographia pedig egy *invasiv* eljárás. Intézetünknek, amely a magyar traumatologia vezető módszertani és szervezési központja, s amely egyben az Orvostovábbképző Intézet egyik tanszéke, nincs módjában hirdetni egy invasiv diagnosztikus eljárást.

1966-ban *Hupfaer* az osztrák baleseti sebészek salzburgi összejövetelén már elveti az arthrographiát, mint egy bonyolultabb és veszélyesebb eljárást. 1977-ben a német nyelvű baleseti sebészek baden-badeni értekezletén az előadó *Kuner* sem említi meg. 1977-ben a kizárólag a felső ugróízület sérüléseivel foglalkozó, a 9. és a következő 10. Reisensbürger Workshop zur klinischen Unfallheilkunde (ami az AO International hivatalos tudományos szerve) meg sem említi az arthrographia kérdését A legmodernebb *Jäger-Wirth*-könyv szegényes eredményűnek nevezi, a legújabb *Baumgartl*-kötet ugyancsak hallgat róla. Ezért: az Országos Traumatológiai Intézet által szervezett szakvizsga-előkészítő, szinttartó és vezetőképző tanfolyamokon csak a tartott felvétel technikája kerül oktatásra.

Ad 3. A levélíró véleménye az utolsó előtti bekezdésben: „A nemzetközi irodalom mérvadó szaktekintélyei ... stb.". Igen nagy anyagon szerzett és végzett sokéves tapasztalatunk alapján állíthatjuk (erre irodalmi támogatásunk is van), hogy a pontos klinikai, manualis vizsgálattal is megmondható az esetek jó részében a szalagszakadás ténye. Utána természetesen ezt be is kell bizonyítani. Ide is néhány példa: *a)* 1965-ben a londoni *Freeman* egyaránt jónak tartja a helyi, a gerincvelői és az általános érzéstelenítést. *b)* Az 1966-os salzburgi értekezleten a kérdést előadó *Russe* azt mondja: „... olyan betegeknél, akik 24—48 órával a baleset után kerülnek ellátásra, „tartott" felvételt készíthetünk helyi

érzéstelenítés nélkül...". *c)* Majd később a szent-galleni *Hupfauer* vezetéses, vagy helyi érzéstelenítést ajánl. *d)* 1975-ben a baden-badeni baleseti sebész nagygyűlésen a freiburgi *Kuner* előadja, hogy jó lenne a tartott felvételeket gerincvelői, vagy általános érzéstelenítésben végezni, de a helyi érzéstelenítésre késztetnek a gyakorlati tényezők. *e)* Ugyancsak 1975-ben a szent-galleni *Reichen* és *Marti* a helyi érzéstelenítést javasolják. *f)* 1977-ben a müncheni *Fischer, Matzen, Michalski* és *Gördes* a n. fibularis superficialis beszüremítését ajánlják. *g)* s 1978-ban a bad-dübeni *Jungmichel*, az érzéstelenítés nélküli vizsgálatokról ír. *h)* 1978-ban tették közzé a 9. regensburgi nagygyűlés anyagát, amelyben *Rockenstein* referátumában localanaesthesiát javasol, a s *Weller*-vezette kerekasztal-megbeszélésen pedig az érzéstelenítés nélküli, az „ún. kifárasztásos" módszert. *i)* Ugyancsak 1978-ban a lipcsei *Helga Schmidt* az ő tartókészülékével kapcsolatban az érzéstelenítés nélküli vizsgálatokról ír.

További adatokat a „válaszlevél" formátumban jelenleg nem tudunk említeni. Gyakorlatunkat pedig, a vezetéses érzéstelenítést leírtuk. A levélíró megjegyzéseit mindazonáltal köszönjük, így az érzéstelenítés és az arthrographia kérdését is részletesebben írhattuk le. Irodalommal szívesen szolgálhatunk.

Pestessy József dr.
Fekete György dr.
Kósa György dr.
Magyari Zoltán dr.
Nagy Ernő dr.

REASEC tabletta és cseppek

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként, illetve 1 ml oldat 0,025 mg atropin. sulfuric.-ot és 2,5 mg diphenoxylatum hydrochloric.-ot tartalmaz (1 ml oldat = 35 csepp).

JAVALLATOK

Különféle eredetű acut és chronicus diarrhoeák, parenteralis dyspepsiák.

ELLENJAVALLAT

Obstrukció, illetve annak veszélye.

ADAGOLÁS

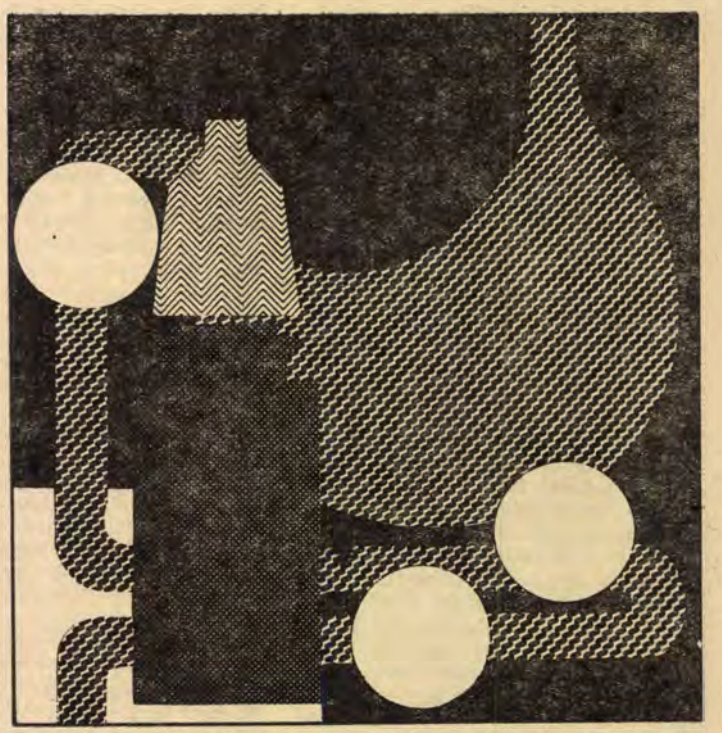
Az adag nagysága a beteg életkorától és az eset súlyosságától függ.
Felnőtteknek enyhe esetekben átlagosan napi 2 × 1 tabl. (2 × 35 csepp) étkezés előtt. Súlyosabb esetben a napi adag megkétszerezhető, esetleg néhány napig 3 × 2 tabl. (3 × 70 csepp) is adható.

Gyermekeknek átlagosan:

kor	tabletta	vagy	csepp/nap
0–3 hó	–		3 × 3–6
4–6 hó	2 × ¼		3 × 6–12
7–12 hó	2 × ½		3 × 12–18
1–6 év	2 × 1		3 × 18–25
7–12 év	3 × 1		–

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, hányás, szédülés, aluszékonyság, esetleg urticaria vagy nyugtalanság nagyobb adagok esetén ritkán előfordulhat. Túladagolás miatt bekövetkezett Reasec mérgezés antidotuma a Nalorphin.



MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díj: 2,– Ft
15 ml-es üveg térítési díj: 2,40 Ft

OH 1420 Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.



KÖNYVISMERTETÉS

J. Chretien: Pneumonologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York 1980. 372 oldal, 53 ábra, 46 táblázat. Ára: 29,80 DM.

A rövid, minden vonatkozásban alaposan és körültekintően megfogalmazott összefoglaló munka értékét fémjelzi, hogy az eredetileg 1976-ban megjelent francia nyelvű könyvet 1980-ban a fordító, A. Bum és a kiadó, Thieme érdemesnek tartotta megjelentetni. A bevezetés szerint kisebb változtatások az eredeti kiadással szemben csak ott történtek, ahol a francia és a német egészségügyi állapot között eltérések vannak. A patológiai, klinikai, vizsgálati, laboratóriumi vagy terápiás eljárások nem szorultak kiegészítésre. A címlapon a szerző 14 munkatársat sorol fel. Közöttük van pl. J. M. Lemoine, a bronchoscopia nagy tekintélyű reformátora, mégis a nagyszámú társszerző nem zavarja az olvasót. Az egyes fejezetek felfogása, egysége, ellentmondást, átfedést nem tartalmaz, stilárisan nincsenek a fejezetek fogalmazásában vagy szóhasználatában különbségek. Nyilvánvalóan ebben része van a fordító személyének, illetőleg a fordítás tényének.

Szerző könyve bevezetésében hivatkozik a megjelent monográfiák nagy számára, melyektől eltérően a légzőszervek megbetegedését sematikus táblázatok, összefoglaló, analitikus, áttekinthető információk formájában kívánja előadni. A fejlődés a pulmonologia morfologiai, cellular-biológiai, funkcionális, immunológiai, biokémiai és még számos területén az elmúlt években már alig követhető.

Az Orvosi Hetilap *121.* 3162. oldalán a szerkesztőségi kommentárban a következőket írja: „A specializálódás szinte végnélküli folyamatának indoklásakor, általában arra szoktunk hivatkozni, hogy a klinikai orvostan, illetve a belgyógyászat olyannyira felhalmozódott ismeretanyagát már nem képes egyetlen agy tárolni és a klinikai gyakorlatban felhasználni." Talán kiegészíthetjük ezt azzal, hogy a nehézségeket az időfaktor, helyesebben az idő hiány fokozza — az újabb ismeretek feldolgozása a gyógyító munka rovására mehet.

Ezt a tényt figyelembe véve a könyv minden fejezete rövid, majdnem definíciónak nevezhető formában készült. Már a bevezetésben aláhúzottan figyelmeztet azonban, hogy a tuberkulózis elleni harcot nem szabad éppen most elhanyagolni. A legutolsó győzelem mindig a legnehezebb, éppen ezért nagyon átgondoltan kell ezt a küzdelmet még most is megszervezni. Az új problémák, a krónikus bronchitis, a katasztrófális respirációs insufficientiák, a tüdőcarcinomák számának drámai emelkedése minden valószínűség szerint okszerű összefüggésben lehet a környezetszennyeződéssel, ez egy újszerű szervezést, nevezhetnénk teamfeladatnak, tesz szükségessé.

Részleteiben tartalomjegyzékét teljesen újszerűen „Fontos alapismeretek a légzőszervek betegségeinek megértéséhez" összefoglalással kezdi. Ez a rész 47 o.-ra terjed, alcíme: a tüdő embrionalis fejlődése, az egészséges, felnőttkori tüdő szerkezete; ezek funkciói; genetikus alapismeretek; immunológiai folyamatok és a tüdő kórbonctani elváltozásainak alapjai.

Mint érdekesség, a könyv szellemének teljesebb megismeréséhez, részletezem a szubmakroszkópos anatómia fejezetét: A szegmentumok további anatómiai és funkcionális egységekre tagolhatók, melyek makroszkóposan már nem ítélhetők meg: finom, elasztikus kötőszövetből álló septumok piramis alakú részeket tartalmaznak, ezek a tüdő-lobulusok. A tüdőacinus és a tüdő-lobulus általában egybefolyó fogalmak, pl. gyakran beszélünk centro-acinosus és centro-lobularis emphysemáról. A lobulus kötőszöveti tokjában elkülönítve anatómiai egység. Az acinus ezzel szemben funkcionális fogalom, az acinus kezdete a bronchiolus terminalis elágazása, a két bronchiolus respiratoriusba. Egy lobulus tehát több acinust tartalmaz. A lobulust határoló kötőszövetben van a broncho-arterialis rendszer. A supralobularis bronchus itt alakul át infralobularis bronchiolussá. A bronchiolusok tovább osztódnak és cca. 50—100 ág leadása után alakulnak át bronchiolus terminalissá. Ezek a kis csövecskék, melyeknek vékony, felfújható fala van, fokozatosan átalakulnak alveolusokká. Az acinusok bronchiolus respiratoriusokból állnak, melyek a ductus alveolaris révén átmennek alveolusokba, ezeknek virtualis lumenük van, melyek funkcionálisan nyílnak meg. Külön figyelmet érdemel a pulmonalis arteriolák átalakulása capilláris hálózattá. Pontosan részletezi a tüdő nyirokrendszerét; idegi ellátását a simaizmokat irányító szimpatikus és paraszimpatikus rostok az erek és bronchusok mentén haladva végzik.

A mikroszkópos anatómiai leírásban ismerteti az alveolaris hám átmenetét a bronchiolusokban megjelenő köbhámsejtekig, melyek felfelé fokozatosan mennek át csillószőrös hengerhámsejtekké. Közöttük Clara nagyobb sejtféleségeket ír le, melyeknek funkciója még nem tisztázott, valószínűleg a tüdő az ecetsav gyökből kiindulva hosszúláncú zsírsavakat képez és itt van jelentősége az alveolusok felületét bevonó, felületi feszültséget szabályozó, a tüdő rugalmas összehúzódását és túlzott tágulását akadályozó ún. surfactant anyagok képzésében.

Részletezi a tüdő elektronmikroszkópos képét, új megvilágításban adja a tüdőnek a szervezet anyagcseréjében való szerepét. Így pl. a zsíranyagcsere végső terméke a surfactant factor. A fehérje anyagcserében részt vesz a biogénaminok felépítésében, az enzimek és az immunglobulinok képzésében.

Külön fejezetet szentel és itt definiálja pl. a veleszületett és öröklött betegségek fogalmát. A veleszületett betegség a születésnél már kimutatható és az intrauterin időszakban lezajlott kóros folyamatok végeredménye. Az örökletes betegségek az ivarsejtek károsodásának következményei; ezeket az öröklestani törvényeket röviden összefoglalja, ismerteti a 23 pár kromoszómát, melyből az embernél 22 pár autoszóm és a 23. gonoszóma X, ill. Y). A homo- és heterozigoták szerepe a tüdő öröklött betegségeiben, mint pl. a sarcoidosis, tüdőfibrosis, tüdő carcinoma, melyeket genetikus eredetűnek tartanak, de a genetikus tényezők nem bizonyítottak és valószínűleg a külvilágnak és az életmódnak is komoly jelentősége van. Részletezi azokat a fertőző megbetegedéseket, melyeket a fagociták megváltozott működése vagy az immunglobulinok hiánya okoz. Ide tartozik pl. a mucoviscidosis és az alfa-antitripszinhiány is.

Újszerű megvilágításba helyezi a T és B limfociták szerepét. A betegségek egy részét az antitestek fokozott megjelenése, másik részét az immunglobulinok csökkent mennyisége hozza létre. Szerinte az antitestek csökkenése legnagyobb számban iatrogén ártalom következménye, melyeket immundepresszív gyógyszerek, steroidok, ill. cytostaticumok okoznak.

A diagnosztikai módszerek között az anamnézis, fizikális vizsgálat döntő szerepe mellett természetesen részletezi a röntgenvizsgálatokat, de a legnagyobb teret az utolsó évtizedben kialakult funkcionális vizsgálatoknak biztosítja. Közülük legnagyobb fontosságot a vérgáz analízisnek, ill. az ehhez csatlakozó farmakodynamiás teszteknek tulajdonítja. Kiemelendő érdekességűnek tartom, hogy a közel 100 éves Knipping-féle spirometriás adatokat egyenlő értékűnek tartja a legújabb pletysmográfiás vagy scintigráfiás adatok értékével.

A részletes részben ismerteti a légutak nem tbc-s betegségeit, továbbá a gyulladásos csoport legvégén a tüdő tuberkulózis problémáit. A tbc vizsgálati módszerei közül határozottan állást foglal a Mantoux-reakció mellett, melyet 10

E tuberculinnal végez; az ennél nagyobb mennyiségű tuberculin adását az aspecifikus reakciók fellépésének veszélye miatt helytelenítí. Az allergia csökkenése az ismert tényezőkön kívül (táplálkozási viszonyok, terhesség, diabetes, gastrectomia, alkoholizmus stb.), mint újabb tényező a corticoid terápia által létrehozott immunsuppressióval bővült.

A primaer tbc-s megbetegedés kezelésében a helyesen keresztülvitt három antituberculoticummal végezve 100%-os gyógyulást talált. Újszerűen a gyógyszereket három csoportba osztja: a leghatásosabb (Rifampicin, INH), hatásos (Streptomycin, Ethambutol, Prothionamid és Pyrazinamid) végül a kevéssé hatásos (PAS, Viomycin, Cycloserin stb.) csoportokra. Mint új szempont mutat rá, hogy a Rifampicin jól diffundál és így egyaránt hatásos az intra- és extracellularisan elhelyezkedő baktériumokra, míg a Streptomycin rossz diffúziós képessége miatt az intracellularisan elhelyezkedő kórokozók esetében hatástalan.

A BCG oltás reformja, illetve alkalmazásának kérdésében nem foglal állást.

A rövidre fogott könyv minden fejezetéből kiragadhatnék még adatokat, melyek újszerűségüknél fogva komoly érdeklődésre tarthatnak számot, az okfejtés mindenkor meggyőző és ezért nemcsak az orvostanhallgatóknak és gyakorló orvosoknak, hanem a tüdő szakorvosoknak is nagyon értékes és komoly segítséget jelent.

Szántó Endre dr.

Helmuth Vorherr: Breast Cancer. Epidemiology, Endocrinology, Biochemistry and Pathobiology. Urban és Schwarzenberg, Baltimore-Munich, 1980. 487 o.

A 21 fejezetből álló monográfia Bevezetőjében a szerző az emlőrákkal foglalkozó, igen kiterjedt epidemiológiai, virológiai, biokémiai, endokrinológiai és immunológiai vizsgálatok bemutatását, integrálását ígéri. Jelentősen megkönnyíti az áttekintést, hogy minden fejezet végén összefoglalást olvashatunk a fejezetben írott fontosabb megállapításokról.

Epidemiológiai vonatkozásban Szerző megálapítja, hogy az emlőrák a leggyakoribb női daganatféleség, 28/100 000 női lakos (Magyarországon 31,1/100 000, Ref.), és ez az arány az elmúlt 45 év alatt nem változott lényegesen, aminthogy az 5 éves túlélés arányai: 67%, ill. 47% az Egyesült Államok fehér és fekete nőbetegein, az összes stádiumokra vonatkoztatva, sem javult ezen idő alatt. Emlőrák okozza a női daganatos halálozás 20%-át az USA-ban, évente átlag 33 000 nőbeteg hal meg emlőrákban. Születéskor 3%-nál nagyobb a valószínűsége annak, hogy az amerikai nő emlőrákban haljon meg.

A következő fejezetek, a monográfia nagyobbik része, az emlőrák etiológiájával, az étkezési szokások (zsír, szénhidrátfogyasztás), az endokrin összefüggésekkel foglalkoznak. E részek főbb megállapításai a következőkben foglalhatók össze: az emlőrák többnyire multifaktorialis eredetű, etiológiájában genetikus, környezeti, hormonális, virális és étkezési tényezők szerepelhetnek, de ezek jelentősége az egyes esetekben nem, vagy csak pontatlanul határozható meg. Ugyancsak részben feltáratlan még az endogén és exogén hormonális tényezők szerepe az emlőrák keletkezésében, mind az egyes esetek kórlefolyásában. Nem tudjuk, hogy mely endogén hormonális hatások felelősek az emlőrák keletkezéséért, valamint azt sem, hogy exogen ösztrogének milyen mértékben szerepelnek mint rizikófaktortényezők, jóllehet ismert, hogy hosszú ideig tartó, nagy dózisú ösztrogén adagolás elősegítheti az emlőrák kifejlődését. Jóllehet az emlőrák és az ösztrogének bizonyos összefüggéseit már hosszabb ideje ismerjük, nem tudjuk, hogy az ösztradiol és az ösztron karcinogén hatású-e és hogy az ösztradiol és progeszteron anticarcinogén-e? Mivel a fertilis korú nők szervezetében ciklikusan termelődik jelentős mennyiségű ösztrogén és progeszteron, és viszonylag közülük kevésnél fejlődik ki emlőrák, feltehető, hogy a malignitás kialakulásáért más tényezők is felelősek. Nem tisztázott az ösztrogének, progeszteron, prolaktin, valamint a növekedési hormon, pajzsmirigy hormon, inzulin és szteroid hormonok jelentősége sem. A jelenlegi, gyakran ellentmondásos adatok, a „breast cancer controversy" okai: nem tudjuk megállapítani az etiologiában szereplő karcinogéneket, meghatározni a rizikó tényezőket, tovább fejleszteni patobiológiai ismereteinket és szelektíven elpusztítani a disszeminált emlőráksejteket a szervezetben. Az amerikai „viral breast cancer program" csődöt mondott, és a magas rizikó csoportok kialakítása faji, genetikus, környezeti, hormonális és metabolikus tényezők alapján nem csökkentette az emlőrák mortalitását.

A jelenleg rendelkezésre álló klinikai, radiológiai és laboratóriumi vizsgálatokkal kimutatott és mind lokálisan, mind szisztemásan kezelt korai emlőrákos betegek 20—30%-ánál várható az „egészséges" populációéval azonos élettartam, de a betegek többi részénél nem érünk el többet, mint hosszabb-rövidebb élettartam meghosszabbítást.

Ezek után Szerző felteszi a kérdést, hogy elkerülhetetlenül végzetes betegség-e az emlőrák? A válasz: jelenleg még nem áll rendelkezésre olyan kezelési eljárás, amely lehetővé tenné a szóródott ráksejtek elpusztítását, amelyeket a kés nem tudott elérni a mastectomiánál.

Mi tehát a jövő perspektívája? Lényeges javulás csak akkor várható, ha ki tudjuk mutatni a tumort, mielőtt még szóródott, és/vagy olyan eljárások birtokába jutunk, amelyek a szóródott ráksejteket is el tudják pusztítani. A korai diagnózist megnehezíti és gyakran kétségessé teszi, hogy még 0,1—0,3 cm-es emlőrákok is okozhatnak távoli áttéteket.

Az emlőrákot tehát meg kellene előzni, és/vagy olyan nem toxikus anyagokat előállítani, amelyek elpusztítják a ráksejteket az ép szövetek károsítása nélkül, vagy képesek a hibás genetikai mechanizmust a daganatos sejtekben normálissá visszaalakítani. Kóros biokémiai folyamatok megállapítása és megfordítása kémiai anyagok, enzimek, vagy polipeptidek segítségével fontos szerepet kaphatnak a rák megelőzésében és kezelésében.

Számos optimista vélemény ellenére nem sikerült még „áttörést" elérni az emlőrák etiológiáját, diagnosztikáját és kezelését illetően. Új utakat kell keresni, támogatni kell szérum és daganat-bankok létesítését és intenzíven kell támogatni a kutatási eredmények gyors elterjesztését. Természetesen, amíg új és megbízhatóbb lehetőségek nincsenek, a legnagyobb mértékben ki kell használnunk a diagnosztika és a kezelés jelenlegi adottságait.

A könyv hatalmas adatmennyiséget tár az olvasó elé, amelyek jelentős része kémiai, biokémiai, biológiai jellegű és csak elenyészően kis része foglalkozik a klinikummal, a szó napi gyakorlati értelmében. A Bevezetőben ígért epidemiológiai, statisztikai, biokémiai és endokrinológiai áttekintést megadja, de az ugyancsak megígért „integrálás"-a az adatoknak már hiányérzetet okoz a klinikus olvasónak. E hiányérzet oka, hogy jóllehet végül a Szerző is figyelembe és követendőkként ajánlja a jelenlegi eljárásokat, legalábbis jobb híján, azokat igencsak sommásan ítéli meg, sőt el, mint nagyrészt hatástalan, vagy csak átmenetileg hatásos eszközöket. Mivel pedig az etiologiát, és ebből következően biztos gyógyítást nemcsak az emlőráknál, hanem az összes többi daganatféleségeknél sem ismerjük (általában), mindaz, amit a jövőről ír, ceteris paribus minden tumorra érvényes tehát, nem csupán az emlőrákra. Ha tehát van a könyvnek tanulsága, úgy elsősorban az, hogy még a sok oldalról vizsgált számtalan részadattal és nem kevés eredménnyel bíró emlőrák is lehetőséget adhat bár pesszimizmusra, de semmi esetre sem nihilizmusra! Ezt pedig nem lehet eléggé hangsúlyozni a ma betege érdekében.

Gyenes György dr.

Glomerulonephritis. (Internationales Symposium Nürnberg 1979.) **Herausgegeben von Ulrich Gessler und Detlef Seybold.** Georg Thieme Verlag Stuttgart—New York. 1980. 175 old. Ára: 49,80 DM.

A szimpozionon elhangzott előadások a glomerulonephritiszekkel kapcsolatos időszerű kérdéseket, jelenlegi ismereteinket a tudomány állásának mai szintjén összefoglalva tárgyalták. A teljesség igénye nélkül igyekszem az elhangzott 28 előadás főbb, vagy véleményem szerint lényegesebb megállapításait ismertetni.

Olsen, St.: a glomerulonefritisek (GN) osztályozásával foglalkozik. Véleménye szerint, bár minden klasszifikáció még hiányos, ma leginkább a szövettani felosztás a legtöbbet mondó, legkielégítőbb. Eszerint minimal change disease, fokális GN, diffúz GN és nem klasszifikálható GN különíthető el.

A *minimal change*-en belül fénymikroszkóppal elváltozást nem mutató „nil disease" és fénymikroszkóppal minimális elváltozásokat mutató alak, a *fokális GN*-en belül fokális proliferatív, vagy fokális szklerózissal járó forma, a *diffúz GN*-ek között mesangiális proliferatív, extrakapilláris proliferatív, membranozus és diffúz szklerotizáló alak különíthető el.

Bohle, A. és mtsai: a glomerulusműködés szempontjából a veseintresticiumot vizsgálták a GN különböző formáiban. A kortikális intersticium szerepe a GN prognózisában az utóbbi idők tapasztalatai szerint nő; számos GN-ben a kortikális intersticium kiszélesedése és a plasma kreatinin szintje között pozitív, míg az intersticium kiterjedtsége és a kreatinin klirensz között negatív a korreláció. Véleményük szerint az említett összefüggés a kortikális intersticium kiszélesedése következtében a posztglomeruláris kapillárisok beszűkülése, így a posztglomeruláris rezisztencia növekedése, illetve a glomerulus közti proximális tubuláris csatornácskák atrofizálódása miatt jön létre. Az előbbi a glomerulus kapillárisokban az áramlás lelassulása útján, az utóbbi pedig a Thurau mechanizmus (nátrium reabszorpció csökkenése) révén vezethet a GFR csökkenéséhez.

Zimmermann, A. és mtsai: glomerulonefritiszben elektronmikroszkópos (EM) morfometriai vizsgálataik eredményeit közlik. Az epiteliális és az endotelialis sejtek magvainak kivetített felületét határozták meg különböző típusú (minimal change, membranozus, membranoproliferatív) GN-ben és próbálták eredményeiket funkciós paraméterekkel (GFR, PAH klirensz, filtrációs frakció) összhangba hozni. Következtetésük mértéktartó, eddigi eredményeik megerősítését és további vizsgálatokat tartanak szükségesnek a gyakorlat számára hasznosítható következtetések levonásához.

Hoff, S. és mtsai: betegek szövettani mintáinak szkenning elektronmikroszkópos (SEM) feldolgozásáról számolnak be. Megállapítják, hogy a SEM nem alkalmas az elektron denz depozitumok kimutatására, melyek eloszlása az egyik legfontosabb ultrastrukturális diagnosztikai kritérium. Így a GN diagnosztikájában a hagyományos transzmissziós elektronmikroszkópiát a szkenning elekeronmikroszkópos vizsgálat nem helyettesíti, tőle a glomerulonefritiszekről alkotott ismereteink bővülése nem várható.

Olsen St. és mtsai: vesebiopsziában az elektronmikroszkópos és a fénymikroszkópos kép összefüggését tárgyalják. Megállapítják, hogy ugyanúgy, mint a klinikai kép és a fénymikroszkópos elváltozás, a fénymikroszkópos és az elektronmikroszkópos eljárások sem kizárólagos, hanem csak gyakorisági összefüggést mutatnak. Így például az elektronmikroszkóppal észlelt szubepitéliális dombocskák leggyakrabban endokapilláris GN-ben fordulnak elő, de jelentős számban megfigyelhetők mesangiális proliferatív GN-ben és minimális elváltozású, illetve a fénymikroszkóppal normális glomerulusokban is. Hasonlóképpen mesangiális elektron denz depozitumok leggyakrabban mesangiális proliferatív GN-ben észlelhetők, de jelenlétüket kimutatták membrano-proliferatív GN-ben, sőt GN-ben nem szenvedők szövettani mintáiban is. Jelentősnek tűnő megállapítás, hogy elektronmikroszkóppal számos membranoproliferatív GN jelentős mesangiális proliferációt mutat, és így mesangiális proliferatív GN-nek tartandó. Ezért véleményük szerint a membranoproliferatív GN diagnózishoz szükséges megadni, hogy egyedül fénymikroszkópos képen, vagy mindkettőn alapszik.

Seybold, D. és mtsai: előadása azokat a gyors progressziójú GN-ek diagnózisát és therapiáját tárgyalja, melyek nem szisztémás megbetegedés következményei. Hangsúlyozzák, hogy a gyors progressziójú GN-re való gyanú esetén minél hamarább el kell végezni a vesebiopsiát, mert a prognózist a kialakuló veseinszufficiencia mértéke, időtartama alapvetően befolyásolja. Immunoszuppresszív kezelésre a veseműködés normalizálódhat. Ezt azonban a morfológiai kép megfelelő javulása nem mindig kíséri, ami arra utal, hogy súlyosan ödémás és heges glomerulusok filtrációs működése kielégítő lehet. A vesefunkció javulása szempontjából tapasztalataik szerint nem oliguriás betegeknél antikoaguláns therapia is kedvező hatású lehet.

Sieberth, D. és mtsai: gyors progressziójú GN-ben szenvedő betegek plazmaforesises, illetve plazmaszeparációs kezeléséről számolnak be. Igazolják, hogy cellulózdiacetát-membrános ultrafiltációval a sejtszeparátorral egyenértékű plazmaferezist lehet végezni. Már az első kezelések után Goodpasture-szindrómában a vérképes gyakorisága, súlyossága javul. Wegener granulómatózisban a veseműködés és egyéb klinikai tünetek regressiója is megfigyelhető. Gyors progressiójú GN-ek kezelésére, melyek immunoszuppresszív terápia ellenére rosszabbodnak, feltétlenül megkísérlendőnek tartják. (A plazmaferezis újabb adatok szerint egyébként döntő fordulatot hozhat nemcsak a gyors progressziójú vesebetegségekben, hanem egyéb szisztémás megbetegedések — pl. SLE — gyógyításában is. Elterjedését egyelőre költséges volta nehezíti — Ref.).

Wingard, D. és mtsai: a GN-es betegek klinikumával, szövettanával és a várható életkilátásokkal foglalkoznak; eredményeiket összehasonlítják Cameron és mtsai korábbi adataival. Megállapítják, hogy a GN-ek mintegy 4/5-e prognosztikailag kedvező lefolyású (minimális proliferációval járó GN, mesangio-proliferatív GN, membranozus (N). Ezek közül is különösen a minimálisan proliferáló elváltozás prognózisa jó; a mortalitás az azonos korú normális lakosság mortalitásától nem különbözik. A klinikai adatok (hematuria, proteinuria, hipertónia) és a szövettani kép között kiterjedt átfedések észlelhetők. A nefrózis szindróma egyedül a membranoproliferatív GN-ben szenvedők életkilátásait befolyásolja. A többi csoportban csak a hipertónia, és a várható életkilátások összefüggése bizonyítható egyértelműen.

Kohle, W. és mtsa: GN-ek különböző formáiban a több technikával parallel meghatározott immunocomplexek (IC) szerepéről számol be. Kimutatják, hogy az IC pozitivitás a nem végstádiumban levő glomeruláris megbetegedésekben szenvedőkben a klinikai kép progressziójával összefüggést mutat. Hasonlóképpen dialízis kezelésben levő glomerulonefritiszek csoportjában az IC pozitivak között az extrarenális komplikációk is jelentősen gyakrabban fordulnak elő. Hasonló összefüggés azon dialízis betegeken, akik alapbetegsége nem GN volt, nem volt észlelhető. Véleményük szerint tehát alapvető, hogy többször kell IC meghatározást végezni. Ha permanensen mutathatók ki immunocomplexek, azt általában patogénnek kell tekinteni; a betegséggel való korreláció megítélését azonban egyéb immunológiai paraméterek meghatározásának kell elősegíteni.

Mihatsch, M. J. és mtsai: a szisztémás megbetegedések diagnosztikájában az elektronmikroszkóp szerepével foglalkozik. A Henoch—Schönlein szindróma 80%-ban szubepitéliális ozmofil depók láthatók, melyeket vírus szerű részecskék fognak körül; a depozitumok feloldódását követően a bazálmembrán girlandszerű irregularitásai maradnak vissza. IgG—IgM krioglobulinémiában a fénymikroszkóppal is látható óriás depozitumok jellegzetes krisztalloid elrendeződést mutatnak. Lupusz eritematódész disszeminátusra az en-

dotélsejtekben tubuláris struktúrák, illetve szubepitéliális, ujjlenyomatokra emlékeztető ozmiofil depozitumok és a lerakódások lokalizációjának variabilitása jellemző. Az elektronmikroszkópia a vesebiopsziák mintegy 30%-ban jelentős, a szövettani diagnózist befolyásoló adatot hoz, mely a biopsziák rutinszerű eelektronmikroszkópos értékelésének szükségszerűségére hívhatja fel a figyelmet.

Spiegel, P., és mtsa: 1967 és 1969 között észlelt 19 betegük ismertetése kapcsán a lupusz eritematódész viszceralis klinikai lefolyását tárgyalják. Az átlagos megfigyelési idő esetükben 9 és ½ év, valamennyi betegnél a GN is kimutatható volt. A 19-ből 14 betegnél alakult ki azotémia. Ezek közül 4 esetben a veseműködés javult, 3 a kompenzált veseelégtelenség stádiumában maradt, a többi 7 beteg a kezelés ellenére urémiássá vált. A számos ismert tényt, statisztikai adatokat tartalmazó közleményből még kiemelendő, hogy két esetben figyelték meg leukémia kialakulását. A mások által is megfigyelt fokozott leukémia kockázat — melyért véleményük szerint mind az SLE, mind pedig az immunoszuppresszív terápia felelőssé tehető — további vizsgálatokat igényel.

Heidler, R. és mtsai: a Goodpasture-szindróma klinikumáról, lefolyásáról és gyógyításáról tartottak előadást saját eseteik ismertetése kapcsán. 760 biopsziás esetükben 8-ban volt jellegzetes lineáris IgG és C_3 depozíció kimutatható, ezek közül 7 esetben a keringésben bazális membrán ellenes antitesteket is igazoltak. A lineáris depozíció önmagában nem elégséges a diagnózis felállításához, ahhoz keringő bazál-membrán ellenes antitestek kimutatása is szükséges, mert pl. diabeteszes glomerulószklerózis is járhat lineáris IgG és albumin lerakódással. Valamennyi esetükben bilaterális nefrektomia 6—16 hónap alatt a keringésből a bazális membrán ellenes antitestek eltűnéséhez vezetett. Transzplantált eseteik azt látszanak bizonyítani, hogy a bilaterális nefrektomiát követően a keringésből a bazálmembrán-ellenes antitestek eltűnése a folyamat megnyugvásához vezethet.

Samtleben, W. és mtsai: 8 beteg kórlefolyásának ismertetése kapcsán a Goodpasture-szindróma különböző klinikai formáit tárgyalják. A 8 beteg közül négy annak ellenére meghalt, hogy immunoszuppresszió és hemodialízis mellett plazmaferezist is alkalmaztak. Másik 3 esetben csak immunoszuppresszív terápiával a betegek kezelhetők voltak, progresszív vesekárosodás nem alakult ki. Egy betegüknél, akit veseelégtelenség állapotában vettek fel transzplantációt végeztek; bár — egy átmeneti — rejekció idején lineáris IgG lerakódások a beültetett vesében is kimutathatókká váltak, az akut rejekció kivédése után a vesefunkciók stabilak maradtak. Véleményük szerint tehát a Goodpasture-szindróma sem egységes; alig befolyásolható malignus lefolyási formák mellett enyhe lefolyású alakok is vannak.

Stühlinger, W. és mtsai: közleménye a Goodpasture-szindrómához hasonló, de benignus lefolyású megbetegedésekkel foglalkozik. Feltételezték, hogy a különböző (benignus-malignus) klinikai lefolyásért különböző affinitású antitestek felelősek. Ezt látszik igazolni, hogy a benignus eseteikben a lerakódott IgG a szövettani mintából citrátpufferral 3 és ½ óra alatt eluálható volt, míg a malignusokban 24 óra sem volt elég az elucióhoz. Így, amennyiben valóban a glomerulus bazális membrán ellenes antitest az egyetlen patogenetikai mechanizmus, akkor azt kell feltételezni, hogy legalább két típus létezik, mely a jelenleg rendelkezésre álló módszerekkel azonban nem különíthető el.

Weber, M. és mtsai: a „pulmorenális szindróma" differenciáldiagnózisával foglalkoznak. A betegséget még mindig szinonimaként használják a Goodpasture-szindrómával. Az összetévesztésre az ad okot, hogy pulmonális elváltozás és GN Goodpasture-szindrómára is jellemző. Pulmonális és renális elváltozás társulhat azonban — mint azt szerzők esetei is alátámasztják — pneumonia és azt kísérő akut posttreptococcalis GN, lupusz eritématodesz disszeminatusz, pneumonia és súlyos intersticiális nefritisz együttes előfordulása esetén. Irodalmi adatokból ismert az is, hogy periarteritis nodoza és Wegener granulomatózis hasonló klinikai tünetegyüttest okozhat.

Klein, P. J. és mtsai: a hemolitikus urémia szindromában észlelt veseelváltozás speciális infekciózustoxikus eredetét alátámasztó hisztokémiai vizsgálataikat közlik. Neuramidáz a sejtstruktúrák glikoproteinjének és glikolipidjeinek neurinsavát lehasítani képes, mely által kriptantigén, az ún. Thomsen Friedenreich antigén keletkezik. A Thomsen Friedenreich antigén ellen a szérumban normális körülmények között is keringenek antitestek. A glomerulusok területén a podociták bőségesen tartalmaznak neuraminsavat, melyet esetleg a fertőző baktériumok által termelt neuramidáz is képes lehet lebontani. Ezt támaszthatná alá szerzők, pneumococus infekció következtében hemolitikus urémiás szindrómában elhalt három gyermek veséinek vizsgálata is.

Sorger, K. és mtsai: szövettani vizsgálatok alapján az akut GN dinamikájával foglalkozik. Szemikvantitatív módszerrel vizsgálták az interkapilláris leukocitózis mértékét. Megállapították, hogy a betegség fennállásának negyedik hetétől kezdve a leukocitózis kiterjedtsége csökken, majd a hetedik héttől kezdve a biopsziás cilinder nem tartalmaz leukocitákat. A negyedik héttől tehát leukocitamentességgel kezdődik az oldódás szaka. Az immunoglobulinok depozíciója a kapillárisokban és mesangiumban egyaránt, alapvetően csak a kacsokban, vagy főként a mesangiumban figyelhető meg. A második-harmadik héten IgG és C_3, később vagy csak C_3, vagy pedig C_3, IgG és IgM lerakódás észlelhető.

Thoenes, W. és mtsa: a mesangialis GN előfordulását, és annak különböző klinikai megjelenési formáit vizsgálja. Izolált hematuriával járó 164 esetből 45%-ban, a mérsékelt proteinuriával és haematuriával járó 200 esetből 49%-ban észlelték a mesangialis proliferatív GN-t. Ezek közül 108 eset részletes vizsgálatával immunohisztológiailag a mesangiális proliferatív GN két nagy csoportját az IgA nefritiseket (63%), és a későbbi, vagy posztakut stádiumban levő poszt-infekciós GN-ket (15%) lehetett elkülöníteni.

Pliess, G. és mtsa: az endokapilláris GN autopsziás diagnosztikájával foglalkozik. 11 éves szekciós anyagukban 226 esetben volt gyanú GN-re. Az értékelhető 181 eset közül 83 (43%) volt az endokapilláris GN-ben elhunytak aránya. A szekciós anyag feldolgozása alapján szövettanilag a betegség 3 stádiuma különböztethető meg: exudatív proliferatív szak, mesangialis proliferatív szak, és proliferatív szklerotizáló szak. Az utóbbi lehet izomorf, vagy anizomorf. Az anizomorf proliferáló szkerotizáló mesangiális GN szövettanilag már a krónikus GN-ek közé tartozik.

Gärtner, H. V.: Az IgA nefritisz létjogosultságát vizsgálta. Véleménye szerint az enyhébb klinikai lefolyás a kisebb mértékű szövettani elváltozás következménye., az IgA nefritisz azonban klinikai-morfológiai egységnek nem tartható.

Hardwicke, J. és mtsa: nefrózis szindrómában az albumin polimérek klinikai jelentőségét vizsgálta. Minimal change GN-ben szteroid terápiára a vizeletben albumin polimérek megjelenése a szteroidra való reagálóképességgel szoros összefüggést mutat. Fokális glomeruloszklerózisban úgy tűnik, hogy vizsgálatával két csoport különíthető el: vizeletben való megjelenése jó prognózisra, a betegség inaktív formába való átmenetére utal. (Amennyiben tehát a kezdeti biztató eredmények a későbbiekben is megerősítést nyernek, az albumin polimérek vizsgálata nagy segítséget nyújthat a GN prognózisának, terápiára való reagálóképességének a megítélésében. Ref.).

Van Damme, B. és mtsai: membranózus GN-es betegeik klinikai lefolyását vizsgálták a szövettani kép függvényében.

Rumpelt, H. J. és mtsai: a gyermekkori minimal change okozta nefrózis szindróma morfológiájával és klinikai formáival foglalkoztak. Lényegében ismert adatokat tá-

masztanak alá saját eredményeikkel.

Richet, G.: szerint a *kevert IgG—IgM krioglobulinémia* mind akut veseelégtelenség, mind pedig krónikus GN képében jelentkezhet. *Waldenström-féle makroglobulinémiára* IgM lerakódások és trombusok mellett klinikailag csak enyhe fokú proteinuria a jellemző. *Myeloma multiplex*-ben a bazális membrán megvastagodása, a mesangium kiszélesedése oly mértékben kifejezett lehet, hogy glomeruloszklerózis lehetősége merül fel. Így diabétesz mellitusz hiányában glomeruloszklerózis diagnózisa myeloma lehetőségére hívhatja fel a figyelmet.

Kipnowski, J. és mtsai: a hisztológiai kép tükrében 48 nefrózis szindrómás betegük kezelésének eredményéről számolnak be. Az alkalmazott kezelés Indomethacin, Prednisolon és Imuran volt. Az átlagos megfigyelési idő 6 évre terjed, egyes betegeket azonban 11 évig is követtek. Eredményes kezelésnek azt tekintették, ha a proteinuria legalább 50%-kal csökkent. Proliferatív glomerulonefritisz esetén 63%-ban, membranózus elváltozás esetén 67%-ban figyeltek meg kedvező hatást. Végső következtetés tekintetében szerzők azonban óvatosak, nem lehet egyértelműen megmondani, hogy spontán remissziók a kedvező eredmények hány százalékáért tehetők felelőssé.

Schulz, W, és mtsai: ugyancsak 75 nefrózis szindrómás betegük klinikai, szövettani és immunológiai nyomonkövetését tárgyalják. Eredményeik szerint a minimális elváltozás mellett (100%), a membranózus GN (58%), és a membranoproliferatív GN (80%) reagál leginkább az immunoszuppresszív terápiára. A klinikai kép rosszabbodása esetén a rebiopsziák eredménye a klinikai változással jól korrelál. A klinikum javulását azonban gyakran változatlan morfológiai kép kíséri.

Andrassy, K.: GN-ben a hiperkoagulabilitással, a glomeruláris fibrin depozíciók jelentőségével, a vizeletben a fibrin degradációs termék ürítésével, a plazmával a VIII. faktor szint emelkedés jelentőségével, GN-ben a fokozott fibrinolízisre utaló, és a trombocitafunkció megváltozását bizonyító adatokkal foglalkozik irodalmi áttekintésében. A szakterületben nem járatos olvasók részére tagoltan, nagyon jól összefoglalja az egymásnak ellentmondó irodalmi adatokat, melyekből a mai állás mellett csak annyi konklúzió vonható le, hogy a gyors progressziójú vesebetegség kivételével az antikoaguláció, vagy thrombocita aggregációt gátló szer adása GN-ben egyelőre nem indokolt.

Angelkort, B. és mtsai: különböző típusú GN-ben a perifériás vénából, vena renálisból, arteria renálisból, véna cavából és vizeletből nyert minták fehérjéit határozták meg. A fokozott alvadási készséget GN-ben az emelkedett plazma fibrinogen szint és csökkent antithrombin III szint mutatja. A thrombofilia oka elsősorban az antithrombin III. és plazminogen veszteségben keresendő. Antiflogisztikus terápiára az antitrombin III. és plazminogen ürítés gyorsan csökken, a fibrinogen szint azonban csak lassabban normalizálódik. A különböző helyekről vett vérmintákban a fibrinogen koncentráció, rekalcifikációs idő, antitrombin III. aktivitás, plazminogen aktivitás egymástól nem különbözött; így az áramlás a vesén az alvadási rendszer aktivizálódására nem utal.

Összefoglalva: a könyv a nefrológia egyik legidőszerűbb, az utóbbi időkben sokat változott, de teljességében még mindig nem kiforrott anyagát, a glomeruloneprítiszekkel kapcsolatos ismereteinket tárgyalja. A szimpozion anyagának ismerete véleményem szerint nemcsak a nefrológusok számára fontos, hanem a nefrológiával szorosan nem foglalkozó belgyógyászok számára is sok hasznos információt nyújthat.

Szalay László dr.

Széplaki Sándor: Az ischaemiás szívbetegek ambuláns vizsgálata és kezelése. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980. 266 oldal, 99 ábra, 11 táblázat. Ára: 19,— Ft.

A monographia három részre tagolódik. Az első rész a szív vegetatív regulatio zavaraival, illetve ezek pharmaco-electrocardiographiás vizsgálatával foglalkozik. E 70 oldalra kiterjedő rész — bár nem fedi teljesen a címben jelzett témát —kitűnően felépített és exponáltnak tekinthető. Ezt azért is kihangsúlyoznám mert magyarul e tárgyban nem találkoztunk hasonló igénnyel megírt ismertetéssel. Az autonom idegrendszer regulatiós zavarai gyakran okoznak gondot a belgyógyásznak és ki volna a megmondhatója, hogy az így keletkezett EKG eltérések hányszor vezettek inadaequat kezeléshez vagy felesleges betegségtudat indukálásához. Ebben a részben kitűnő diagnosztikus és therapiás útmutatás könnyíti meg az eligazodást a kórképekben. A therapiás ismertetés már átvezet az ischaemiás szívbetegségek tárgyalásához.

A második rész 120 oldalt ölel fel. A vizsgálati módszerek és ezek kivitelezési leírásai nemcsak gyakorlati értékűek hanem tudományos munkában is felhasználható. Az egész könyvre egyébként rányomja bélyegét az a tény, hogy a szerző elsősorban saját munkásságát kötötte egy csokorba. Különösen ebben a második részben domborodik ki az évtizedek munkájából leszűrt, jól megalapozott, egyéni ízű értékes tapasztalat. Az ábrák mind saját beteg EKG görbéje és ez önmagában is meggyőző, hogy az olvasó a témában kivételes jártassággal rendelkező szerző munkáját fogja a kezében. Könnyedén eligazít a syndromák és ezekben alkalmazható therapiás lehetőségek között. Az antianginás gyógyszerek hatásmechanizmusa szerinti felosztása, ezek kombinációs lehetőségei egy-egy angina típusban olyan elemet vihet be a gyakorló orvos therapiás fegyvertárába, amelyet eddig jórészt szubjektív módon használt. Az ambuláns vizsgálat és kezelés szerény cím csak annyi kiegészítésre szorul, hogy a két első rész klinikus, sőt kardiológus kézikönyve is lehet.

A harmadik rész 50 oldal. Az ischaemiás szívbetegek ambuláns problémáit tárgyalja. Ebben a részben óhatatlanul megismétlődnek korábban már tárgyalt fogalmak, de más megvilágításban.

Itt esik szó az ischaemiás szívbetegek psychés életvezetéséről, a heveny infarctus fenyegető tüneteinek értékeléséről, kezeléséről és kórházba utalási problémájáról.

A könyvet kiterjedt irodalmi felsorolás zárja, amelyekre a tárgyalás során utalás történt.

Az ismertetést azzal a határozott meggyőződéssel zárom, hogy a monográfiának minden belgyógyász könyvespolcán a helye.

Széplaki Ferenc dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(205/c)

Sarkad Nagyközségi Tanács elnöke (Sarkad, Kossuth u. 27. 5721, Telefon: 36.) pályázatot hirdet **gyermekorvosi állás betöltésére.**

Szolgálati lakás biztosított.

Jakó István
tanácselnök

(224)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Korányi Sándor és Frigyes Kórház-Rendelőintézetben megüresedett járóbeteg-ellátást irányító **főigazgató-helyettesi 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 főigazgatóhelyettes orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(225)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Balassa János Kórház-Rendelőintézet Anaesthesiológiai Osztályán 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 magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(226)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet (Budapest XII., Diósárok út 1. 1125) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház Tüdőgondozó Intézetében megüresedett **szakorvosi állásra,** változó munkahellyel.

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

Sinkovics Mátyás dr.
főigazgató főorvos

(227)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet: integrált röntgen osztályon megüresedett **1 fő segédorvosi állásra.**

Vidosfalvy Magda dr.
főigazgató főorvos

(228)

Siklós városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője a Nagyharsányi Községi Közös Tanács elnökének egyetértésével pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **nagyharsányi körzeti orvosi** állásra.

Az állás 1981. július 1-vel elfoglalható.

Illetmény a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM sz. együttes rendelet szerint.

A székhely község mellett három csatolt község van. Összevont ügyelet működik a munkaszüneti napokon.

Az álláshoz háromszobás összkomfortos, kertes, az orvosi rendelővel egybeépített lakás áll rendelkezésre, amelynek elfoglalási ideje megbeszélés tárgyát képezi. A körzeti orvosi lakás megüresedéséig átmeneti lakásmegoldást tudunk biztosítani.

A pályázatok elbírálásánál előnyben részesülnek az általános orvosi, vagy belgyógyászati szakvizsgával rendelkezők.

Pályázatokat a Nagyharsány Községi Közös Tanács elnöke (Nagyharsány 7822) címére kérjük beküldeni.

Makai Zsolt dr.
városi-járási főorvos

(229)

Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa Dunaújváros, Korányi S. u. 4—6. pályázatot hirdet a kórház **röntgen osztályán 1 fő segédorvosi állásra.**

Az állásra szakképzetlenek is jelentkezhetnek.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvos

(230)

Orvosi vizsgálóosztal (normá) eladó. Tel.: reggel 7—8-ig: 376-104.

(231)

Hódmezővásárhelyi városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Hódmezővásárhely, Kossuth tér 1. 6801) pályázatot hirdet a Kórház-Rendelőintézet intenzív és anaesthesiológiai részleg **osztályvezető főorvosi állásának betöltésére.**

Az állás betöltéséhez szakképesítés és legalább 10 éves szakorvosi gyakorlat szükséges.

Lakást biztosítanak.

Pályázati határidő 6 hét.

Hódmezővásárhelyi városi Tanács Kórház-Rendelőintézetének igazgató főorvosa (Hódmezővásárhely, dr. Imre u. 2. 6801) pályázatot hirdet **egy körzeti gyermekorvosi állásra.**

Az állás betöltéséhez szakvizsga szükséges.

Lakást biztosítunk.

Kassai Miklós dr.
igazgató főorvos

(232)

Siklós városi Tanács V. B. Egészségügyi osztályának vezetője a Villány Nagyközségi Tanács elnökével egyetértésben pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **Villány II. számú körzeti orvosi állásra.**

Az állás 1981. május 16-tól elfoglalható.

Illetmény 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM számú együttes rendelet szerint.

A pályázat elbírásánál előnyben részesülnek a belgyógyászati, vagy általános orvosi szakvizsgával rendelkezők.

A körzetben összevont ügyelet van, egy csatolt község van, és az álláshoz vadonatúj összkomfortos lakás áll rendelkezésre (2,5 szobás).

Pályázatokat a Villány Nagyközségi Közös Tanács elnökének (Villány 7773) kell benyújtani.

Makai Zsolt dr.
városi-járási főorvos

(233)

Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin u. 48. 5301) pályázatot hirdet az intézetnél működő 47 ágyas gyermek és felnőtt fertőző osztály, **osztályvezető főorvosi állás betöltésére.**

Az állás betöltéséhez fertőző betegségekből szakorvosi képesítés és a képesítés megszerzése óta legalább 10 éves szakmai gyakorlat szükséges.

Fizetés a gyakorlati időnek és a kulcsszámnak megfelelően, megegyezés szerint.

A 13/1975. EüM számú utasítás értelmében az osztályvezető főorvos 4 évre szóló határozott idejű kinevezést nyer.

Az álláshoz lakás biztosítása megbeszélés alapján lehetséges.

Az állás azonnal elfoglalható.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(234)

A Főv. Tanács V. B. Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett **neurológus szakorvosi állásra.**

Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM sz. együttes rendelet lapján történik.

Mittler István dr.
főigazgató főorvos

(236)

Orosháza városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet igazgató főorvosa (Orosháza, Könd u. 59.) pályázatot hirdet **egy fő tüdőgyógyász szakorvosi** állásra, az intézmény TBC Gondozó Intézetében.

Bérezés kiemelten, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázati határidő: a megjelenéstől számított 30 nap.

Gazdag István dr.
igazgató főorvos

(236)

Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedő, szeptember 1-től betölthető **1 fő fül-orr-gége osztályvezető főorvosi** állásra.

Az álláshoz lakást biztosítunk, fizetés kulcsszám szerint, megbeszélés tárgyát képezi.

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

Barankay Bertalan dr.
igazgató főorvos

(237)

A Veszprém városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (Veszprém, Szabadság tér 15.) pályázatot hirdet az újonnan szervezett — Ifjúságvédelmi Szolgálat keretében működő — **gyógytornászi állásra.**

Bér a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes rendelete alapján szolgálati időtől függően.

Az állás 1981. június 1-től foglalható el.

Lakás nincs.

Karácsony István dr.
városi járási főorvos

(238)

A Veszprém városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (Veszprém, Szabadság tér 15. 8201) pályázatot hirdet az újonnan szervezett városi II. sz. **gyermekgyógyász csoportvezető főorvosi állásra.**

Az állás gyermekgyógyász szakvizsgához kötött.

Bér a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes rendelete alapján szolgálati időtől függően.

Az állás 1981. június 1-től foglalható el.

Lakás nincs.

Karácsony István dr.
városi-járási főorvos

(239)

Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4—6.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a város területén **2 fő körzeti orvosi állás, 2 fő üzemi orvosi állás betöltésére.**

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően. Évente 10 000 Ft-ig terjedő jutalom adható.

Mellékállás vállalására lehetőség van.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvosa

(240)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet: integrált idegosztályon megüresedett **szakorvosi** állásra.

Vidosfalvy Magda dr.
főigazgató főorvos

(241)

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

1 fő orr-fül-gégész szakorvosi,
1 fő sebész szakorvosi állásra.

A meghirdetett állásokra szakvizsgával nem rendelkezők, de több éves gyakorlattal rendelkezők is pályázhatnak.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állások azonnal betölthetők.

Balázs Tamás dr
főigazgató főorvos

HÍREK

Az Orv. Hetil. 1981. évi **122.** évf. 20. szám Hírek-rovatában, az 1231. oldalon közzétett **„Orvosi Hetilap Markusovszky-díj"**-akban részesültek felsorolásában — sajnálatos módon — nem kerültek közlésre:

Borsos Antal dr. és *Lampé László dr.* (Debrecen, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika): az Orv. Hetil. 1980. évi 25. számában megjelent „Tizenévesek fogamzásgátlása d-norgestrellel" c. közleményükért.

L. Ignácz Piroska dr. (Eger, Megyei Kórház): az Orv. Hetil 1980. évi 25. számában megjelent „A pszichés zavarok szimbolikus kifejeződése testi tünetekben" c. közleményéért.

Baranyai Elza dr. és *Káli Gábor dr.* (Budapest, Fővárosi László Kórház): az Orv. Hetil. 1980. évi 20. számában megjelent „Enterovírus-71 okozta meningitis-meningo-encephalitis járvány gyermekek között 1978-ban (Prospektív tanulmány)" c, közleményükért.

A **Magyar Arteriosclerosis Társaság, a Magyar Gerontológiai Társaság** 1981. június 12-én 14.30 órakor, a Semmelweis OTE Gerontológiai Központja könyvtárában (VIII., Somogy Béla u. 33.) *tudományos ülést* tart.

Prof. Dr. Pietro de Nicola (Pavia): A thrombosis és társproblémái.

Az **Országos Közegészségügyi Intézet** 1981. június 16-án, 14 órakor Budapesten, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) *tudományos ülést* tart.

1. *Milch Hedda, G. László Vera, Nyikolnyikov Szergej, Czirók Éva:* R-plazmidok *Escherichia coli*-ban.
2. *G. László Vera, Milch Hedda, Nyikolnyikov Szergej*: Salmonella R-plazmidok előfordulása és jellemzése.

A **Magyar Gerontológiai Társaság** 1981. június 18-án, csütörtökön, 14.00 órakor, a Semmelweis OTE Gerontologiai Központ könyvtárában (VIII., Somogyi B. u. 33.) *tudományos ülést* tart.

Antalik J., Losonczy I.: A vastagbél-betegségek diagnosztikai nehézségei időseken.

Balogh I., Vértes L.: Gero-gastroenterologiai és radiologiai diagnosztika.

Harkányi Z.: A gray-scale echographia az idősek hasi diagnosztikájában.

Tóth N.: A fontosabb klinikai-kémiai laboratóriumi paraméterek alakulása idős betegeken.

A **Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága** 1981. június 18-án — csütörtökön — du. 14 órakor, a Kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) *tudományos ülést* tart.

1. *Váli Ferenc dr., Szücs Sándor dr.:* Aerosol kezelés jelentősége az idült hörghurut kezelésében.
2. *Ifj. Gyenes Vilmos dr., Katona József dr.:* Az archasadékos betegek ellátásának egyes kérdései.
3. *Gyenes Vilmos dr., Unger Péter dr.:* Járomcsont- és járomívtörések korszerű ellátása.
4. *Katona József dr., Unger Péter dr.:* Macskakarmolási láz betegség eseteink.
5. *Unger Péter dr., Katona József dr.:* Extrem fokú gingiva hypertrophia esete.
6. *Benes Gizella dr., Elekes György dr., Knáb Rózsa dr.:* A submandibularis nyálmirigy kő okozta megbetegedései.

A **Magyar Angiológiai Társaság** 1981. június 19-én, pénteken, 17 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) *tudományos ülést* rendez.

1. *Dzsinich Csaba dr., Papp Sándor dr., Szabó Imre dr., Szlávy László dr:* Együlésben végzett aorto-iliaca és zsigeri erek rekonstruktív műtétei.
2. *Sebestyén Miklós dr., Erdélyi Mihály dr., Hatlaczky Erzsébet dr.:* Az arteria iliaca externa occlusiójának rekonstrukciós lehetőségei.

Az előadásokat a jövőben is *Urai László dr.* főtitkár címére (Budapest, Pf.: 88, 1450, tel.: 130-832) kérjük beküldeni, bejelenteni.

A **Debreceni Orvostudományi Egyetem Haemostasis Klubja** 1981. november 4-én Debrecenben egynapos *szimpoziont* szervez.

Téma: A vérlemezke-működésének gyógyszeres befolyásolása. A tárgykörbe tartozó előadások bejelentési határideje: *1981. június 30.* Cím: *Boda Zoltán dr.* titkár, Debrecen, II. Belklinika, 4012.

A **Magyar Farmakológiai Társaság Klinikai Farmakológiai Szekciója** 1981 novemberben *ankétot* rendez.

Tárgy: „A gyógyszeres kezelés gyors abbahagyásának veszélyei".

A tárgykörbe tartozó 10 perces előadások bejelentési határideje: *szeptember 1.*

Cím: *Káldor Antal dr.* titkár, Budapest, Diósárok u. 1., János Kórház, I. Belosztály, 1125.

Az **Egészségügyi Minisztérium,** az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete, a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége, a KISZ Központi Bizottsága közreműködésével — az 1981. évi Egészségügyi Ifjúsági Napok programjai során — a területi KISZ-bizottságok, tudományos egyesületek és egészségügyi intézmények *tudományos konferenciát* szervezenek fiatal egészségügyi dolgozók részvételével.

A konferencián a 35 éven aluli egészségügyi dolgozók (orvosok, gyógyszerészek, szakdolgozók) vehetnek részt tudományos munkájukkal. Az előadások időtartama 10 perc.

A részvételi szándékot az előadás címével és egy gépelt oldalas összefoglalóval *1981. június 30-ig* kérjük bejelenteni a konferencia titkárainak, esetleg a KISZ KB Értelmiségi Fiatalok Tanácsa Titkárságának (Budapest, Pf. 72. 1388).

A konferenciák pontos időpontját és az egyéb tudnivalókat a részvételi szándékot jelzőkkel közvetlenül tudatjuk.

1. Téma: Az orvosok és gyógyszerészek szakmai együttműködése az alapellátásban.

Titkár: Gergely László dr., Kecskemét, Május 1 tér 3., Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály.

Rendező: Bács-Kiskun megyei Tanács Egészségügyi Osztály MAOTE Dél-Alföldi Szervezete.

Időpont, helye: 1981. szeptember 17—18., Kecskemét.

2. Téma: Az egészségnevelés általános kérdései.

Titkár: Ozsváth Anna dr., Pécs, Szigeti u. 12., 7643, Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Szervezési Intézet.

Rendező Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, MOTESZ Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Egészségnevelési Szövetsége, Magyar Gyógyszerészeti Társaság.

Időpont, helye: szeptember 11—12., Pécs.

3. Téma: Az endoscopia aktuális problémái.

Titkár: Varga Attila dr., Debrecen, Urológiai Klinika., Pf. 29., 4012.

Rendező: Debreceni Orvostudományi Egyetem.

Időpont, helye: 1981. szeptember 3—4., Debrecen.

4. Téma: A társadalom és az egészségügy feladatai a szellemi fogyatékosság problémáinak megoldásában.

Titkár: Sajben Erzsébet, Békéscsaba, Egészségügyi Gyermekotthon, Degré u. 27., 5600.

Rendező: Békés megyei Tanács Egészségügyi Gyermekotthona.

Időpont, helye: 1981. szeptember 2—3., Békéscsaba.

5. Téma: Öngyilkossági kísérletek megelőzése és helyszíni ellátásuk.

Titkár: Kosztura László dr., Taktaharkány, 3922.

Rendező: Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Kórház-Rendelőint.

Időpont, helye: 1981. szeptember 4—5., Miskolc.

6. Téma: A csökkent munkaképességűek orvosi és foglalkozási rehabilitációjának lehetőségei.

Titkár: Török Mariann dr., Szombathely, Kőszegi u. 23., 9700.

Rendező: Szombathely városi Tanács Egészségügyi KISZ-alapszervezetei, Vas megyei Markusovszky Kórház-Rendelőintézet KISZ-bizottsága.

Időpont, helye: 1981. szeptember 18., Szombathely.

7. Téma: Kardiológiai betegségek megelőzése és gondozása.

Titkár: Borbola József dr., Budapest, Hámán Kató u. 29., 1096, Országos Kardiológiai Intézet.

Rendező: Országos Kardiológiai Intézet.

Időpont, helye: 1981. október 10., Budapest.

8. Téma: Az alkoholizmus elleni egészségügyi, jogi, igazgatási és egyéb tevékenységi körök összefüggései, az együttes eszközökkel megoldható feladatok.

Titkár: Szabó Ilona dr. Szeged, Széchenyi tér 4., 6701, Csongrád megyei Főügyészség.

Rendező: Csongrád megyei Főügyészség.

Időpont, helye: 1981. szeptember 25—26., Szeged.

9. Téma: Gyomor- és vastagbéldaganatok diagnosztikai és terápiás kérdései.

Titkár: Sulyok László dr., Szolnok, Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet II. Belgyógyászat, 5000.

Rendező: Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőint.

Időpont, helye: 1981. szeptember 10—11., Szolnok.

10. Téma: Az izotóptechnika alkalmazási lehetőségei az orvostudományban.

Titkár: Törzsök Éva, Győr, Pablo Neruda u. 39. Megyei Kórház, 9023.

Rendező: Győr-Sopron megyei Kórház-Rendelőintézet.

Időpont, helye: 1981. szeptember 8., Győr.

A **Szocialista Országok Gyermekpszichiátriai Munkaközössége** 1982. február 4—5-én Prágában rendezi *VI. szimpozionát.*

Tárgy:

1. Dysontogenesia.
2. Aktualis problémák a szocialista országok gyermek és ifjúsági psychiátriában.

Részvételi díj: 400,— Cseh korona.

Jelentkezés (az előadó nevével és az előadás címével); Kongresové oddělení, 120 26 Praha 2, Tr. vitézného ůnora 31. címre.

Az **Európai Gyermekpsychiáterek Uniója** (Európai Gyermek és Ifjúsági Psychiátriai Társaság) 1983. július 4—8. között Lausanneban (Svájc) tartja *VII. kongresszusát.*

Részvételi díj: 300.— Sfr.

Tárgy: Agresszivitás és agressió a családban.

A szakmai rendezvények szervezőinek figyelmébe!

Az ORVOSI HETILAP mindenkori kiadóhivatala a felszabadulás, ill. a lap újraindulása óta mindenfajta szakmai vonatkozású hírközlést (kongresszusok, ankétok, előadások-ülések stb., stb.) díjtalanul közölt. Tette ezt annak ellenére, hogy az utóbbi 10—15 esztendőben a nyomdai kiadások állandó növekedése folytán a Hetilapot csak deficittel lehetett fenntartani.

E tény elkerülhetetlenül kényszeríti a kiadóhivatalt, hogy a jövőben a hírközléseket — hasonlóan, mint a pályázati hirdetményeket — csak díj ellenében tudja megjelentetni.

A hírközlések tarifáját — a kiadóhivatal illetékes osztálya állapítja meg, ami az önköltségnek csak töredéke.

A számlát a hírközlés megjelenése után utólagosan a rendezvény szervezőinek, ill. az illetékeseknek fogja eljuttatni.

A hírközléseket továbbra is az Orvosi Hetilap szerkesztősége címére (Budapest, Pf. 36. Münnich F. u. 32. 1363) kell megküldeni.

Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 20 nap, a nagyobb terjedelműeké 30 nap!

(Külföldi előadó előadásának címét magyarul kérik, zárójelben feltüntetve, hogy milyen nyelven hangzik el.)

IFJÚSÁGI LAPKIADÓ VÁLLALAT

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

81.1417 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002 INDEX: 25 674



SENSIT[R]

CORONARIADILATATOR

drazsé

A Sensit új típusú koszorúértágító. Kálcium-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 stress situatiókban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdeni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerin igény.

ÖSSZETETEL

Drazsénként 50 mg fendilium hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronáriaelégtelenség, 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 drazsé.

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

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

CSOMAGOLÁS ÉS TERÍTÉS

50 db drazsé 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



CANESTEN®

oldat, kenőcs

Fungicidum topicum

HATOANYAG

200 mg clotrimazolum (20 g) vízzel lemosható kenőcsben;
200 mg clotrimazolum polyoxaethenum 400-ban (200 ml) üvegenként.

JAVALLATOK

Minden bőrmycosis, melynek kórokozói:
– dermatophytonok (pl. trichophyton- és microsporumfajták, Epidermophyton floccosum);
– sarjadzógombák (pl. Candida albicans, ill. egyéb candidafajták);
– penészgombák és egyéb gombák, amelyeknek szerepük van a bőrmycosisok kialakulásában.

A Canesten-kezelésre leggyakrabban reagáló kórképek:
erosio interdigitalis mycotica, tricophia superficialis corporis, intertrigo mycotica, gombás paronychiák, valamint: Candida-vulvitis, balanitis, továbbá pityriasis versicolor. Bár nem gombás eredetű, reagál az erythrasma.

ELLENJAVALLATOK

Esetleges túlérzékenység.
Terhesség esetén az első három hónapban alkalmazása megfontolandó, jóllehet semmiféle utalás nincs teratogén vagy embrotoxikus hatására.

ALKALMAZÁS

A fertőzött területeket kenőccsel vagy oldattal naponta 2–3-szor vékonyan bedörzsöljük, ill. beecseteljük.
A bőr fiziológiás adottságai és a kórokozók kedvezőtlen lokalizációja miatt a gombás fertőzéseket a tünetek megszűnése után legalább 14 napig tanácsos utókezelni.
A sikeres kezelés időtartama általában:
dermatomycosisok esetén 3–4 hét,
erythrasma és pityriasis versicolor esetén kb. 3 hét,
Candida okozta vulvitis, ill. balanitis esetén 1–2 hét.

MELLÉKHATÁS

Ritkán előforduló bőrirritáció.

FIGYELMEZTETÉS

Az általános higiénés szabályok betartására (pl. mosakodás után a bőr szárazra törlése) a beteg figyelmét fel kell hívni.

MEGJEGYZES

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

CSOMAGOLÁS

20 g kenőcs 4,30 Ft; 20 ml oldat 5,60 Ft.
EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

EGYT—BAYER





AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 24. SZÁM 1429—1492 OLDAL

BUDAPEST, 1981. JÚNIUS 14.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

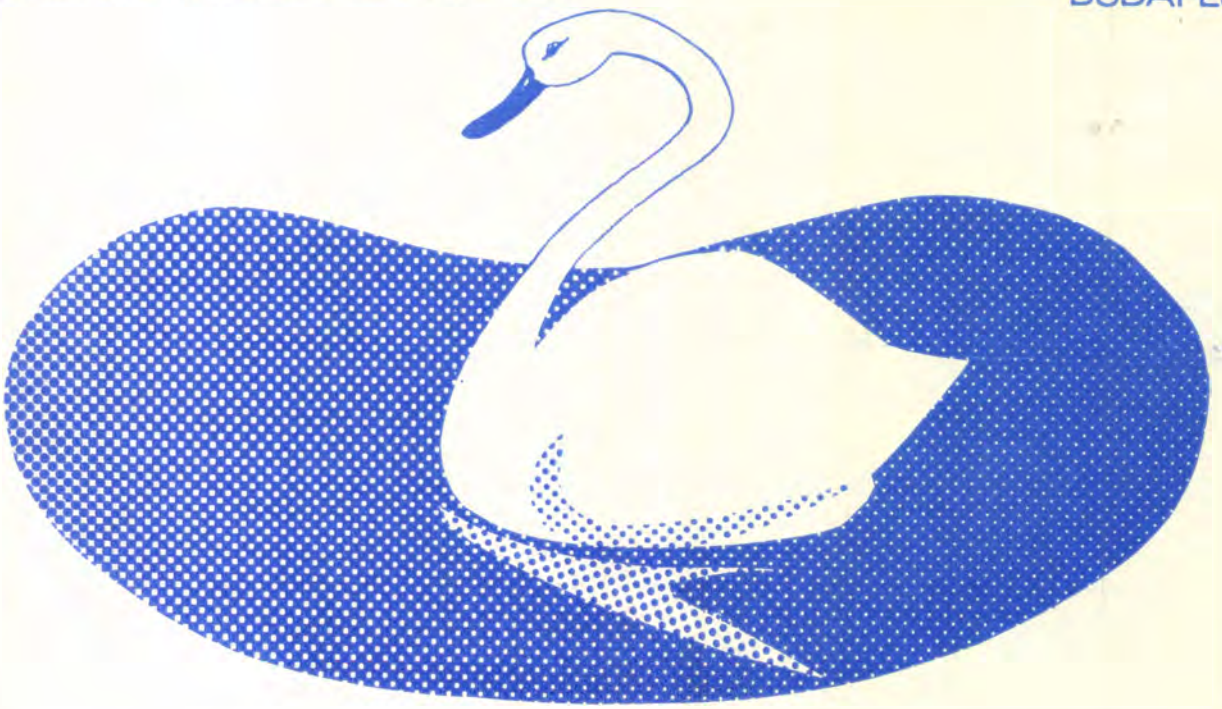
EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

GRAMURIN®

tabletta

CHEMOTHERAPEUTICUM

CHINOIN
BUDAPEST



Antibakteriális hatással rendelkező, széles hatásképességű húgyúti chemotherapeuticum. Hatékonynak 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.

Gyermekkorban: 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 gyógyszermennyiség mg	tabletta
3 hónapostól 1 éves korig	5,5–10 kg	125–250	½–1
1–3 év	10–14 kg	250–350	1–1¼
4–5 év	15–18 kg	375–450	1½–1¾
6 év	20–22 kg	500–550	2–2¼
7–12 év	22–36 kg	550–750	2⅓–3

A feltüntetett gyógyszermennyiséget 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:** aluszékonyság, nyugtalanság, álmatlanság, gyengeség, szédülés, látászavarok. Toxikus psychosis (konvulziók) praedisponáló betegségek (epilepszia, arterioszklerózis) estén; **vérképző szervek károsodása:** thrombocytopenia, leukopenia, haemolytikus anaemia; továbbá photosensibilitas.
A mellékhatások többnyire csak átmenetiek, a kezelés megszakítása csak ritkán válik szükségessé.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK: az oxolinsav enzimhibitor, 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 dóziscsökkenése, ill. a betegek fokozottabb ellenőrzése célszerű. Furosemid fokozhatja 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:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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

*

24. SZÁM

*

1981. JÚNIUS 14.

TARTALOMJEGYZÉK

Pásztor Emil dr., Piffkó Pál dr., Kemény András dr., Hajda Márta dr. és Gádor Ildikó dr.:
Mai szemlélet a hypophysis adenomák sebészi kezeléséről 1431

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Tichy Mária, Barta Lajos dr. és Molnár Mária dr.:
A HbA1c vizsgálata gyermekkori diabetesben 1439

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Barzó Pál dr., Tóth Erzsébet dr., Molnár Lajos dr., Bíró Barna dr. és Minik Károly dr.:
Tracheo-bronchopathia osteo-chondroplasticában szenvedő betegeink katamnesztikus vizsgálata 1443

Váry László dr., Corradi Gyula dr., Pánovics József dr., Maróti Miklós dr. és Balogh Ferenc dr.:
Adatok a hólyag—méh sipolyok felismeréséhez és kezeléséhez 1447

GENETIKAI TANULMÁNYOK

László Aranka dr. és Salgó László dr.:
Serum creatin—phosphokinase (CPK) aktivitás vizsgálatok dystrophia musculorum progressivás betegekben és családtagjaikban a génhordozó állapot kimutatására 1453

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Szabó Raffael dr. és Rex-Kiss Béla dr.:
A halvaszületés és csecsemőhalálozás alakulása házasságon kívül születetteknél az 1971—1978. években 1457

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Thurzó László dr., Németh Péter dr. és Füzesi Kristóf dr.:
Szülés előtt ultrahangvizsgálattal felismert magzati hasi cysta 1461

KAZUISZTIKA

Nagy Ágnes dr. és Méhesi Zsuzsa dr.:
Légcsősérülés kapcsán kialakult mediastinalis emphysema a gyermekkorban 1463

HORUS

Fritz Richard Schaudinn halálának 75. évfordulójára 1465

Diósszilágyi Sámuel, az írók orvosa és az orvosok írója 1467

Folyóiratreferátumok 1473

Levelek a szerkesztőhöz 1487

Könyvismertetés 1489

Hírek 1492

RIGEVIDON® tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0.15 mg d-norgestrelumot és 0,03 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

A RIGEVIDON kétkomponensű, orálisan alkalmazható antikoncipiens, 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 idiopathiás 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 elkezdeni, 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 bevétele a szokásos időben elmarad, a legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A fogamzásgátló hatás kialakulásához bizonyos időre van szükség, biztos antikoncipiens 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 veendők, 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 indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses 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 elkezdeni. Az áttöréses 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 megkezdeni 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 áttöréses vérzések néha átmenetileg gyakoribbá válhatnak, de a későbbi szedés során spontán rendeződnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Tekintettel a RIGEVIDON alacsony hormontartalmára, hatásfokát, enzimindukció révén, néhány egyidejűleg szedett gyógyszer csökkentheti (áttöréses 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. Varicositásban, 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 gyógyszermennyiség rendelhető."

CSOMAGOLÁS

3×21 tabletta térítés díja 2,– Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet
(főigazgató: Pásztor Emil dr.)

Mai szemlélet a hypophysis adenomák sebészi kezeléséről

Pásztor Emil dr., Piffkó Pál dr.,
Kemény András dr., Hajda Márta dr.
és Gádor Ildikó dr.

Az utóbbi két évtized jelentős változást hozott a hypophysis adenomák műtéti javallata és sebészi kezelése terén. Ebben olyan tényezők játszottak szerepet, amelyek az orvostudomány különböző területein szinte egyidejűleg alakultak ki, és ugyanazon irányba hatottak: 1. a klinikai endocrinologia fejlődése, 2. új neuroradiologiai diagnosztikus eljárások, és 3. új műtéti technika meghonosodása, 4. új pathológiai beosztás.

1. *A klinikai endocrinologia fejlődése*

A radioimmunoassay (RIA) és az immuncytokémiai vizsgálatok bevezetése lehetővé tette minimális mennyiségű (10^{-12} M/l) peptid hormonok kimutatását szérumból, illetve szöveti localisatiójuk mikroszkópos vizsgálatát. Ezek a lehetőségek nagy fellendülést hoztak a kísérletes és klinikai endocrinologiában, különösen a neuroendocrinologiában (27). A neurohormonokról és a neurotransmitterekről alkotott mai képünk (43) kialakulásában a morfológiai és fiziológiai módszerek mellett a neurokémiának van döntő szerepe. Az elméleti kutatásokban hazai kutatóink is elismert eredményeket értek el. Az eddigi eredményeket *Halász* (18) foglalta össze legutóbbi tanulmányában.

A RIA vizsgálatok bevezetése lehetővé tette a klinikus számára is az egyes hormonok szérumszintjének pontos meghatározását, a különféle tesztvizsgálatok pedig a hypothalamo-hypophysealis rendszer funkcionális állapotára, a reserv-kapacitás mértékére adnak információt.

Fizikai igénybevétel, stress, aminosavak, glucose, ill. zsírsavak bevitele lényegesen befolyásolják a hypophysis hormonok plasmaszintjét. A hypothalamuson keresztül, neuralis hatásra az alvás—ébrenlét ciklusokban is változik a hormontiter (46). Ennek alapján érthető, hogy egészséges egyénekben is jelentős az ingadozás, így tehát egyszeri meghatározás nem elegendő. Fontos a napi ciklusos változások követése: sokszor ennek elmaradása működési zavar első tünete.

A tesztvizsgálatok a normális vagy kóros működés igazolására szolgálnak. Az alkalmazott módszerek egyik csoportja a kórosan emelkedett hormonszint supprimálását kísérli meg, pl. glucose a növekedési hormon, bromocriptine a prolactin szintet csökkenti. A másik lehetőség a hormontermelő szövet reaktivitásának vizsgálata. Inzulinhypoglycaemia, arginin, propranolol-glucagon a növekedési hormontitert normális esetben fokozzák, areaktív tumor esetén a magas basalis hormonszint ellenére csökkent reakciót kapunk. Hasonló provokációs teszt pl. a TRH, ill. chlorpromazin terhelés is, amikor prolactin fokozódást várunk, tumoros esetben kisebb a titeremelkedés. Hypofunctio gyanújakor használhatjuk pl. a gonadotrop hormonok vagy a TSH szérumtiterének emelését saját hypothalamicus releasing hormonjukkal (GnRH, TRH). Functionalis próbák természetesen ismertek a szabályozási rendszer alacsonyabb szintjén is, pl. a primer és secundaer hypadrenia elkülönítésében perdöntő jelentőségű lehet az ACTH próba.

A klinikai gyakorlatban lehetővé vált kisméretű, 3—5 mm átmérőjű microadenomák diagnosztizálása is. A hormondysfunctióra utaló klinikai kép, a vérből kimutatott kóros hormonértékek és a korábban jelentéktelennek tartott sellaelváltozások alapján korán, még szemészeti tünetek kialakulása előtt fel kell merüljön a hypophysis microadenoma alapos gyanúja.

2. *Új neuroradiológiai eljárások*

A mindennapi gyakorlatban leggyakrabban a röntgenfelvételen látható megnagyobbodott sella jelzi az intrasellaris térszűkítő folyamatot. A többsíkú elmosással végzett vékonyréteg-*tomographias* vizsgálatok a sella kis méretű elváltozásait, aszimmetriáját is jól mutatják, amelyek a microadenomák diagnózisához lényeges adatok. A *pneumotomographia* a perichiasmalis cisterna és a III. kamra pontos ábrázolását biztosítja. Láthatóvá válik esetleges „empty-sella" (= üres sella, ld. később) is. *Metrizamid cisternographia* végzésekor a parasellaris cisternák vízben oldódó kontrasztanyaggal tölthetők fel és az ilyen körülmények között végzett tomographias rtg. felvétel vagy computeres tomographiás kép élesebben határolja el a subarachnoidális tér ezen részeit. A *számítógépes rétegvizsgálat* (computeres tomographia, CT) a daganat suprasellaris terjedését biztosan kimutatja és így a pneumoencephalographiát gyakran szükségtelenné teszi. A késői postoperatív szakban a kontroll vizsgálatok legjobb, non invasiv módszere (42). Az újabb készülékek már az intrasellaris viszonyok tisztázására is alkalmasak. Csak hypopituitarizmust vagy szemészeti tüneteket okozó térszűkítő

Gyakrabban használt rövidítések jegyzéke:
RIA: radioimmunoassay
TRH: thyreotropin releasing hormone
GnRH: gonadotropin releasing hormone
ACTH: adrenocorticotroph hormon
TSH: thyreoidea stimuláló hormon
PRL: prolactin
GH: growth hormone (növekedési hormon)
FSH: folliculus stimuláló hormon
LH: luteinizáló hormon
CT: computeres tomographia
PEG: pneumoencephalographia
FF: fúziós frekvencia

folyamat esetén aneurysma kizárására *percutan carotis angiographiát* is végzünk. A *retrograd venographia* segítségével a kétoldali sinus cavernosus és az azokat összekötő vénák ábrázolhatók. A vénás rendszer egyes részeinek dislocatiójából a tumor kiterjedésére következtethetünk.

3. *A transsphenoidalis műtét*

Az 1960-as évekig a hypophysis adenomák rutinszerű idegsebészeti műtéte craniotomiás behatolásból történt. A homloklebenyt megemelve tártuk fel a sella vidékét és távolítottuk el a koponyaüregbe suprasellarisan beemelkedő, a látóidegeket és a chiasmát kifeszítő daganatot. Nyilvánvaló, hogy az intrasellaris microadenomák eltávolításának lehetősége fel sem merült.

A század elején már történtek olyan próbálkozások, hogy a hypophysis adenomát rövidebb úton az agy érintése nélkül, a sella elülső-alsó fala irányából, a sinus sphenoidalison keresztül közelítsék meg. Az első ilyen műtétet *Schloffer* végezte 1907-ben (48), a technikát *Hirsch* (26) fejlesztette tovább. Abban az időben azonban sem a technikai feltételek nem voltak megfelelőek, sem antibiotikus védelmet nem tudtak biztosítani. Így a transcranialis műtétek megbízhatóbbak és eredményesebbek voltak.

Az utóbbi évtizedekben a sebészi mikroszkóp és a microchirurgias módszerek bevezetése, röntgen-képerősítő ernyő műtét közbeni alkalmazása új lehetőségeket adott a transsphenoidalis műtéthez. *Guiot* és *Thibaut* (16), valamint *Hardy* (20, 21) első közleményei óta ez a műtéti módszer terjed el egyre inkább világszerte.

A transsphenoidalis műtét lehetőséget ad:

1. *microadenomák* eltávolítására, az ép hypophysis állomány károsítása nélkül. Hasonló műtét craniotomiás feltárásból nem végezhető el.

2. *A sinus sphenoidalis felé mélyen beterjedő tumort* csak ilyen feltárással lehet radikálisan eltávolítani.

3. A *középvonalban suprasellarisan is terjedő,* nagyméretű adenomák teljesen eltávolíthatók, ha a tumor szövete lágyabb és szívható, vagy nem rögzül szorosan a suprasellaris regióban. Ha a transsphenoidalis műtéttel csak a daganat alsó része távolítható el totalisan, második műtétként intracranialis feltárás is végezhető. Recidiva esetén sokkal kisebb műtéti megterhelés egy újabb transsphenoidalis feltárás.

A transsphenoidalis behatolásnak felső és alsó nasalis, transpalatalis és extraaxialis formái vannak (33). Mi az alsó nasalis formának azt a variációját alkalmazzuk, amelyet pontosan transnasalis-transseptalis-transsphenoidalis névvel jelölhetünk. Ezt a műtétünket egy angol műtéttani kézikönyvben a szerkesztő felkérésére ismertettük (44).

A transsphenoidalis műtét olyan kis méretű adenomák eltávolítására is lehetőséget ad, amelyeket korábban kimutatni sem tudtunk. A műtét kevésbé megterhelő, mint az intracranialis, s mivel az agy más állományának érintése nélkül történik, lehetőség nyílik nagyon idős korú daganatos betegek gyógyítására is.

4. *A pathológiai szemlélet megváltozása*

Korábban is megnyilvánult az a törekvés a hypophysis adenomák morfológiai jellemzésében, hogy a morfológiai képet az endocrin klinikai tünetekkel egyeztessék. Az adenohypophysisből eredő daganatok sejtjeinek cytoplasmája a különböző festési eljárásokkal más-más sajátosságot mutatott, amely szerint chromophob, acidophil és basophil adenomát különítettünk el. A chromophob adenomás betegek többsége hormonális tünetekkel nem rendelkezett, az acidophil adenomások az acromegalia, a basophilok a Cushing-kór képét mutatták. Ettől a beosztástól azonban a gyakorlat gyakran eltért. Sokszor kaptunk pl. acromegalias beteg daganatszövetéről chromophob adenoma diagnózist.

Az ellentmondást az elektronmikroszkópos vizsgálatok tisztázták, kimutatva, hogy a fénymikroszkóposan chromophob adenoma sejtjeinek cytoplasmájában is gyakran jól észlelhetők a „hormonszemcsék". Egyedül az elektronmikroszkópos vizsgálat alapján lehetett elkülöníteni biztonsággal a hormont termelő és nem termelő adenomákat.

Az „egyszerű" elektronmikroszkópos vizsgálat ugyanakkor alkalmatlan arra, hogy a kimutatott hormonszemcsék specifitását meghatározza, bár kétségtelen, hogy az elektronmikroszkópos kép egyéb jeleiből következtetést lehet levonni ilyen irányban is, amint ezt saját anyagunk feldolgozása (49) is igazolja.

Az intracelluláris hormonszemcsék elkülönítésére a fény- és elektronmikroszkópos immuncytokémiai vizsgálatok adnak lehetőséget.

Mindezen adatok felhasználásával *Kovács, Horváth és mtsai* (25, 32) dolgozták ki azt az új pathológiai beosztást, amelyet ma nemzetközileg elfogadnak. Ezek szerint a hypophysis adenomák pathológiai felosztása a következő:

1. GH-sejt adenoma (sűrűn és ritkán granulált alcsoporttal);
2. PRL-sejt adenoma (sűrűn és ritkán granulált alcsoporttal);
3. Kevert GH és PRL-sejt adenoma;
4. Acidophil-törzs-sejt adenoma;
5. ACTH-sejt adenoma (sűrűn és ritkán granulált alcsoporttal);
6. TRH-sejt adenoma (sűrűn és ritkán granulált alcsoporttal);
7. Gonadotroph-sejt adenoma (sűrűn és ritkán granulált alcsoporttal);
8. Nem differenciált-sejt adenoma:
   a) nem-oncocytomás
   b) oncocytomás (oncocytoma).

Az irodalomból ismert, hogy több mint két hormont termelő adenoma is létezik (50).

Saját beteganyagunk

1979 december 31-ig 117 hypophysis adenomás beteget (70 nő és 47 férfi) operáltunk transsphenoidalis műtéttel. A betegek korcsoportbeli megoszlását a *táblázat* mutatja. A leggyakoribb vezető tünetek: 1. a látóideg károsodása (73), 2. endocrin hyperfunctio (56). 3. fejfájás (34), 4. endocrin hypofunctio (27 esetben). 5. Elvétve psychés tünetek,

A betegek megoszlása korcsoportok szerint

Korcsoport	21—30 év	31—40 év	41—50 év	51—60 év	61—70 év	70 év felett
Betegek száma	23	16	32	27	14	5

hypo-, anosmia, latens hemiparesisben, reflextúlsúlyban és kóros reflexekben megnyilvánuló enyhe pyramistünetek jelentkeztek.

A betegek egy része olyan súlyos látóideg-károsodással került felvételre, hogy nem volt lehetőség részletes endocrin kivizsgálásra. A klinikai tünetekben megnyilvánuló endocrin zavar eseteit, ill. a microadenomás betegeket azonban endocrin osztályra küldtük, vagy őket már onnan irányították intézetünkbe. A műtét előtt 84 betegen történt hormonszint-meghatározás a vérből. Leggyakrabban a PRL és GH titerek voltak kórosak. Csak a prolactinszint volt kórosan magas a betegek 59%-ában, csak a növekedési hormonszint emelkedett 7%-ban, e két hormon együttes kóros magas értéke 24%-ban fordult elő.

A szemészeti károsodást szenvedett betegek tünettani megoszlása: 70 betegen észleltünk látópályakárosodásra utaló látótérkiesést, közülük 7 izolált féloldali nervus opticus laesio, a többi chiasma károsodás volt, ami gyakran együtt járt egy- vagy kétoldali látóideg laesióval. Egy betegnek tractus opticus laesiója volt. 26 betegen észleltük a látásélesség súlyos károsodását az 5/12-es visustól (az olvasóképesség határa) a fényérzékenység nélküli állapotig. A szemmozgató idegek bénulását láttuk 7 betegen.

A műtét előtti endocrinológiai, neurológiai, neuroophthalmológiai és neuroradiológiai vizsgálatok egybevetésével az adenoma mérete és kiterjedése pontosan meghatározható. A 117 beteg daganatának nagyság és terjedés szerinti megoszlása:

I. *Microadenoma, 10 beteg.* A beosztás szerint a legszigorúbban csoportosítva ide csak olyan betegek kerültek, akiknél a sella egészében nem tágabb, csupán a sella egyik oldalán észlelhető a széli vagy fenéki részén elődomborodás.

II. *Macroadenoma, 18 beteg.* Tágabb, vagy a sinus sphenoidalis felé jelentősen tágult sella, a daganat suprasellaris terjedése nélkül.

III. *Suprasellarisan terjedő adenoma, 89 beteg.* A sella is tágult, vagy jelentősen megnagyobbodott.

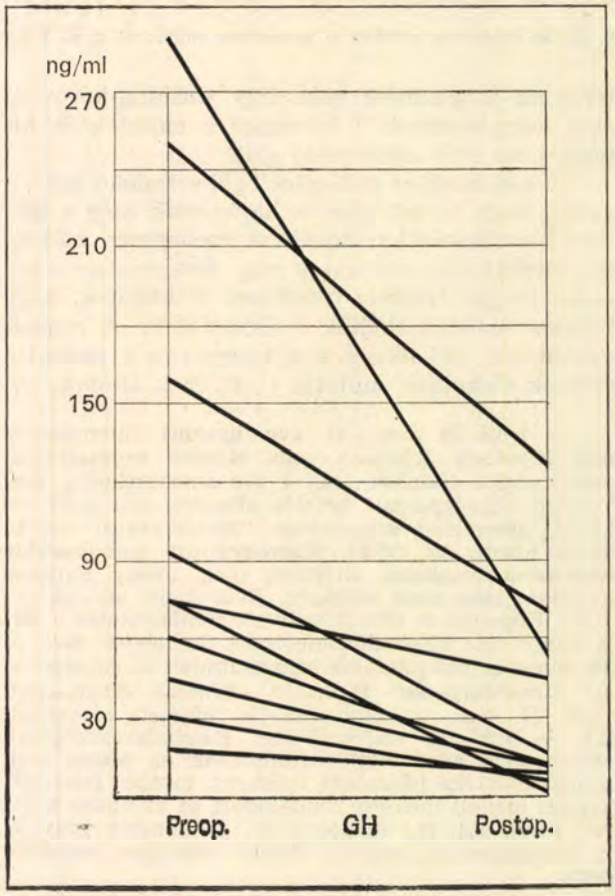
1. A praechiasmalis cisternába terjedő adenoma. Szemtüneteket még nem okoz (16 beteg).
2. A chiasmát vagy látóideget megemelő, szemtüneteket okozó daganat (57 beteg).
3. Igen nagy mértékben suprasellarisan terjedő, a foramen Monrói-szintje fölé érő daganat (16 beteg).

104 tumorból készült értékelhető szövettani vizsgálat. A fénymikroszkópos beosztás szerint ennek 49%-a chromophob, 38%-a kevertsejtes, 12%-a eosinophil és 1% basophil adenoma volt. Elektronmikroszkópos vizsgálat 71 tumorból készült el. Ennek eredménye a következő: 22,5% GH, 22,5% PRL, 8,5% kevert GH és PRL adenoma, 1,4% corticotroph sejtes, 45,1% pedig differenciálatlan sejtes adenoma volt. Fény- és elektronmikroszkópos immuncytokémiai vizsgálataink még nem rutinszerűen, eddig 11 beteg anyagából készültek. Érdekes, hogy ez a módszer vegyes, ACTH mellett PRL pozitivitást is mutató daganatot talált ott, ahol elektronmikroszkópia csak ACTH-ra jellemző szemcséket mutatott. Előfordult többször az is, hogy a fénymikroszkópos chromophob, immuncytokémiai módszerrel negatív tumor elektronmikroszkópos képe gyéren granulált prolactinomára utalt.

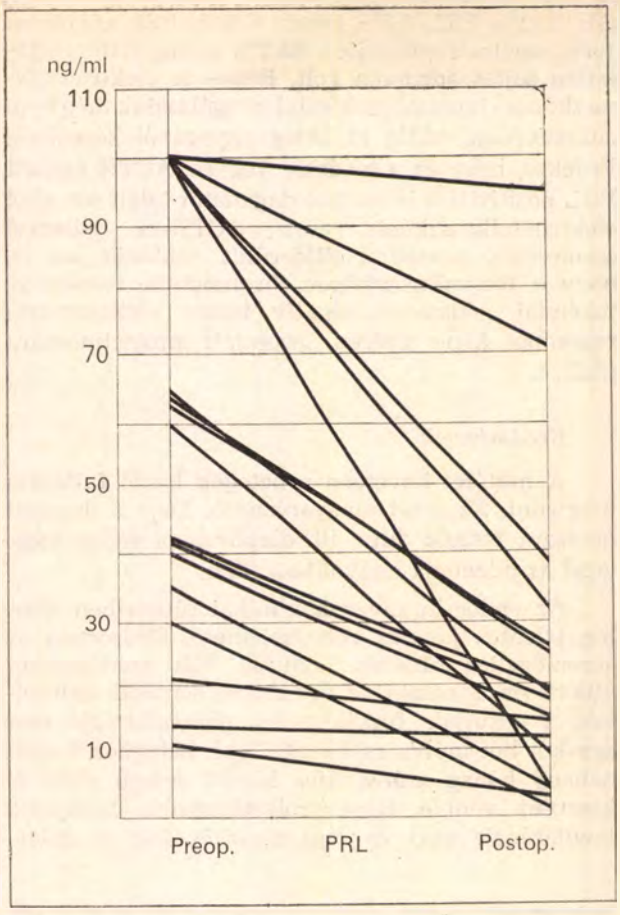
Eredmények

A műtétet követően a betegek kínzó fejfájása megszűnt. Ez azzal magyarázható, hogy a daganat hatására feszülő dura, ill. diaphragma sellae meglazul az adenoma eltávolítása után.

Az endocrin zavarok klinikai tüneteiben szintén jelentős javulás volt észlelhető. Elsősorban az acromegalias tünetek javulása volt szembetűnő; különösen a nőkön az arc durva vonásai elsimultak, a kézujjak feszülése és paraesthesiája már egy-két hét múlva csökkent. Több betegnek kellett néhány hónap múlva újra kisebb számú cipőt és kesztyűt vennie. Hyperprolactinaemiás betegeink javulásának első és leggyakoribb jele a galac-



1. ábra: Növekedési hormonértékek a serumban műtét előtt és után



2. ábra: Prolactin értékek a serumban műtét előtt és után

torrhoea megszűnése volt. Egy Cushing-kóros 21 éves leánybetegnek 2 hónappal a műtét után kihullott az erős arcszőrzete (51).

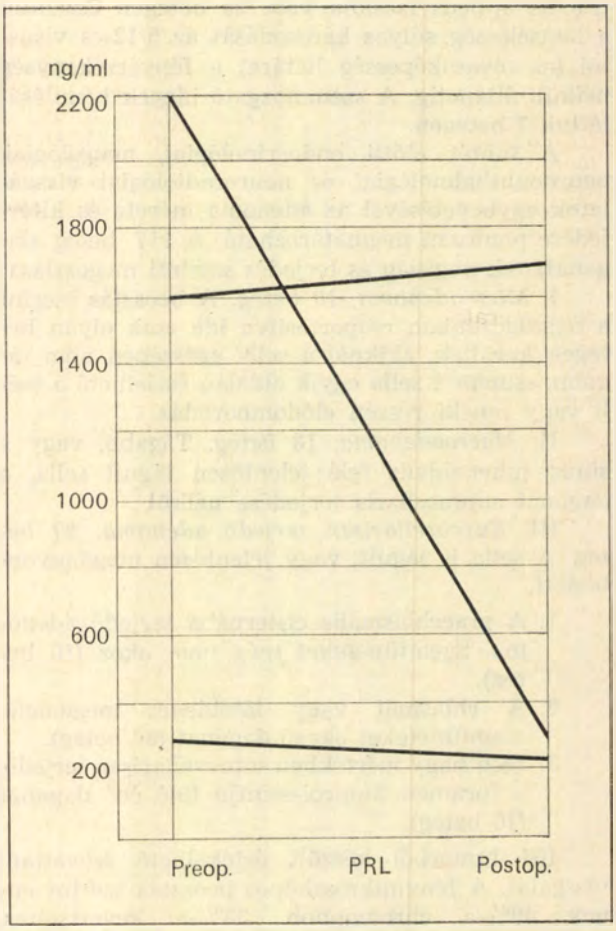
A mai klinikai endocrinológiai szemlélet azt követeli, hogy műtét után is határozzuk meg a szérum hormonszintjét, amely az esetlegesen szükséges további kezelést szabja meg. Betegeinken a kórosan magas értékek jelentősen csökkentek, vagy teljesen normalizálódtak a műtét után. A rendelkezésünkre álló növekedési hormon és a prolactin értékek alakulását mutatja *1., 2., és 3. ábránk.*

S. I.-né 29 éves. 11 éve gyakori bitemporalis migrainjellegű fejfájása van. Kétévi rendszertelen menstruációs ciklusok után 4 éve amenorrhoeas. Különböző nőgyógyászati kezelés ellenére sem esett teherbe, gyermeket szeretnének. Vérzészavarai óta 10 kg-ot hízott. Az ORFI Nőgyógyászati ambulanciája hyperprolactinaemiát állapított meg, amely Parlodel kezelésre csak kissé csökkent. Neurológiai statusa negatív. Koponya és célzott sella röntgenfelvételen a sella elülső fala kissé elődomborodó. Szemészeti elváltozás nincs és vizsgálataink sem mutattak ki suprasellaris tumor-terjedést. Prolactin adenoma diagnosissal 1979. VI. 4-én transsphenoidalis műtétet végeztünk. Kb. $\frac{1}{2}$ cm^3-nyi tumorszövetet (fénymikroszkóposan chromophob adenomát) távolítottunk el. Műtét után prolactin-értéke jelentősen csökkent, további Parlodelkezelés mellett mensese rendeződött, és az utolsó kontroll (1980. okt. 22.) időpontjában 4. hónapos gravida. A kefelenyomat javítása idején egészséges magzatot szült.

A látópálya-károsodás tünetei a műtét után feltűnően nagy számban (78,1%) mutattak javulást. Teljes visus és szabad látótér tért vissza a betegek 28,1%-ában. Teljes visus és a látótér javulásának különböző foka további 50%-ban volt észlelhető. Ép papilla esetén (a látópálya-károsodást mutató betegek 37%-a) a visus igen súlyos károsodásából (kézmozgás-látás) is teljes visus tért vissza a műtét után 2 betegen. 5/50-ed visusból is 4 esetben észleltünk teljes vagy 5/6-ra történő javulást. Még enyhe papilla decoloratióval (30%) is nagyobb volt a gyógyultak és jelentősen javultak száma. Súlyos papilla decoloratio eseteiben azonban (33%) a teljes visus és szabad látótér egy esetben sem tért vissza a műtét után. Maradandó látótérkiesés mellett csak 1 esetben tért vissza teljes visus, bár még e csoportban is 9 betegen (40%) javult a látásélesség. Természetesen ebben a csoportban volt a legtöbb olyan beteg, akinek látópálya-károsodása műtét után további progressiót mutatott, vagy nem változott.

A szemmozgató idegek bénulása minden esetben gyógyult vagy javult.

T. I.-né, 25 éves. Kb. egy éve, szülés után észlelte keze-lába növekedését. 6 hónap múlva, ismételt terhességének kezdetekor homloktáji, bal szem körüli, egyre fokozódó fájdalom lépett fel, melyhez felvétele előtt két hónappal fokozódó látásromlás társult. Jelentkezésekor 7. hónapos gravida. Bal oldalon ptosis, renyhébb pupilla-reactio. Jobb oldalon nagy isopterben temporalis felső quadrans, kis isopterben teljes temporalis látótérfél-kiesés, centrum megtartott. B. o.-n nagy isop-



3. ábra: Az extrem magas preoperatív prolactin értékek alakulása transsphenoidalis műtét után

terben szabad peripheria mellett a centrumot is magába foglaló nagy temporalis scotoma, kis isopterben nasalis peripheriás látótérsziget maradvány. Visus: j. o.-on 5/5, b o.-on 0,5 méterről ujjolvasás. FF: j. o.-on 40 Hz, b. o.-on nem vehető fel. Egyebekben neurológiailag negatív status. A sella jelentősen tágasabb, kimélyült. A CT vizsgálat suprasellarisan is terjedő hypophysis adenomára utal. A vizsgálatok alatt a beteg szemészeti statusa tovább romlott, ezért a graviditás ellenére műtétet javasoltunk. 1979. május 3-án intratracheális narcosisban transsphenoidalis behatolásból az igen nagyméretű, fénymikroszkóposan kevertsejtes adenomaszövetet eltávolítottuk. Az eseménytelen postoperatív szakban a bal szem látásában már volt minimális javulás, a szemmozgató ideg bénulása elmúlt. Zavartalan további terhesség után, két hónap múlva sectio caesareaval egészséges, érett magzatot szült. Később 5000 cGy irradiatioban részesült. 1979. VIII. 15-én kontroll vizsgálat mko. 5/5 visust és szabad látóteret talált, 40, ill. 45 Hz FF-val *(4. ábra)*.

Az enyhébb műtéti megterhelés és a hypophysis működő állományának megkímélése normális időben történő, érett magzat születését biztosította. Ugyanakkor a gyors beavatkozás a b. o.-i, gyakorlatilag vak szemen a teljes látást visszaadta.

A transsphenoidalis műtét a beteg számára lényegesen kisebb megterhelést jelent, mint a transcranialis.

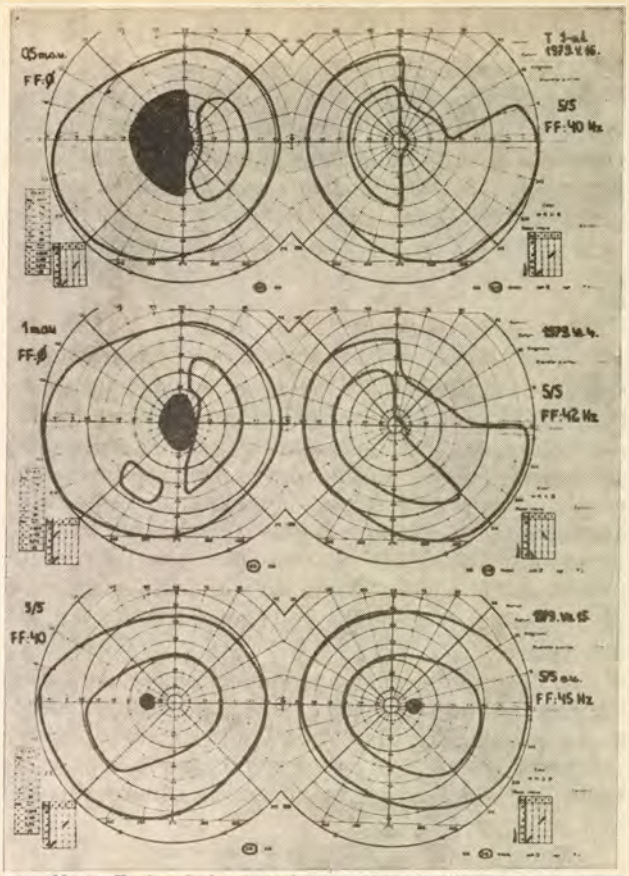
M. J. 78 éves férfibeteg. Féléves progressiv látásromlás, időszakos kettőslátás miatt került felvételre. Emphysema és minimális nagyvérköri pangás ellenére állapota kielégítő. Mko-n bitemporalis hemianopia észlelhető centrumkieséssel. A papillák decoloráltak, peripapillarisan atrophiás területek láthatók. Visus 5/8, ill. 5/10. Neurológiailag egyebekben negatív. A sella nagyobb, destruált. A carotis angiographia és PEG a daganat jelentős suprasellaris terjedését mutatta. Az idős kor ellenére műtétet végeztünk *(5. ábra)*. Célzott antibiotikus védelemben, cardialis támogatás mellett, transsphenoidalis úton cystás chromophob adenomát távolítottunk el. Műtét után 3 hónappal visusa mko. 5/5, látóterében j. o.-on kis isopterben temporalis benyomat, egyébként szabad látótér. Általános állapota kifogástalan.

A 17 betegből 2 halt meg a műtét után (postoperatív mortalitás 1,7%). Egyik betegünk (41 éves) szellemileg súlyosan leépült, incontinens volt. Kontrasztvizsgálattal óriási méretű, a foramen Monroi-szintjéig érő tumort mutattunk ki. Műtét után zavartalanul ébredt, vegetatív állapota rendben volt. Éjszaka hirtelen comás lett, légzése leállt. Therápiás próbálkozások ellenére órákon belül meghalt. Sectiókor a totalisan eltávolíthatatlan tumor bevérzését találtuk. Másik betegünk (55 éves) esetében hasonló körülmények között és okból az 5. napon történt az exitus.

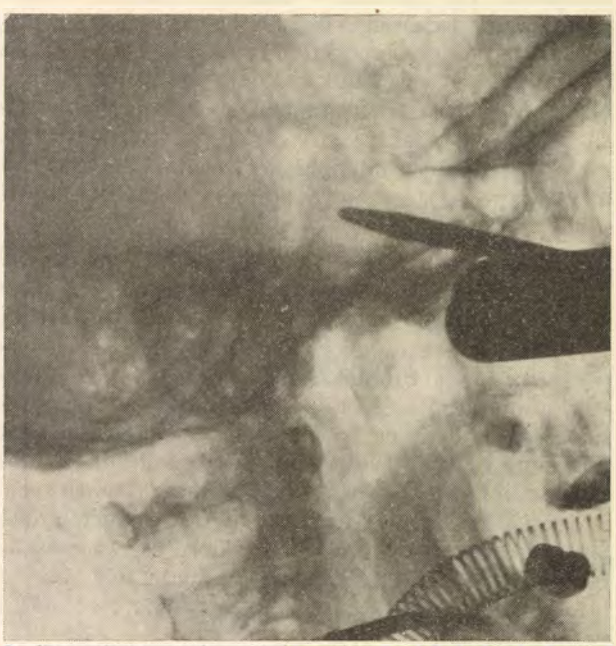
Egy beteg esetében a halál a műtét után 4 hónappal következett be, de annak oka a műtéttel kapcsolatba hozható szövődmény volt (operatív szövődményből adódó mortalitás: 0,85%). Egy hónappal a műtét után fellépő nasalis liquorrhoeáját és meningitisét sem többszöri műtéttel, sem célzott antibioticus kezeléssel nem tudtuk meggyógyítani.

Megbeszélés

A hypophysis adenomák klinikai tünetei egyrészt a térszűkítő folyamat (1), másrészt az adeno-



4. ábra: T. I.-né betegünk szemészeti vizsgálati eredményei műtét előtt, a korai és a késői postoperatív szakban (1 m. o. u. = 1 méterről ujjolvasás; FF = fúziós frekvencia)



5. ábra: A transsphenoidalis műtét alatt, a röntgen-képerősítő Tv-képernyőjéről készült nagyított felvétel. A tumorfogó műszer vége a megnagyobbodott sella megnyitott alsó falán keresztül a daganatszövetben látható. A műtét előtt végzett pneumoencephalographia a III. kamra megemeltségét mutatta. A képerősítő ernyőn jól követhető, hogy a daganat eltávolításával a III. kamra alsó széle fokozatosan a normális helyzetet foglalja el

ma által termelt hormonok hatásaként (2) jönnek létre.

1. A térszűkület a diaphragma sellae feszülése révén bitemporalis vagy homloktáji fejfájást okoz. Suprasellaris tumor hatására a chiasma nyomása következtében bitemporalis homonym hemianopia alakul ki, a nervus, ill. tractus opticus sérülése további látótérkiesést, ill. a látásélesség csökkenését okozza. Parasellaris terjedés szemizom-paresis képét hozhatja létre. Ezek általában már késői tünetek.

Intrasellaris tumor a hypophysis szövetének compressiójával, annak kórosan csökkent működéséhez vezet. Első tünet lehet a hypogonadizmus (férfiaknál potenciazavarok, feminin szőrzet, nőknél libidócsökkenés, vérzészavarok), a hypothyreosis (aluszékonyság, fáradékonyság stb.), esetleg adrenalis hypocorticismus (adynamia, szénhidrát anyagcsere zavara stb.). A hátsó lebeny compressiója diabetes insipidust okozhat. A daganat nagyobb intracranalis növekedése a hypothalamus nyomásával további hormonalis és vegetatív dysfunctiókhoz vezet.

2. Hormontermelő adenomák ismert endocrin kórképeket hoznak létre. A daganat növekedése során azonban természetesen ehhez az ép állomány compressiójának fent részletezett szemészeti és a többi hormonra nézve hypofunctiós tünetei társulnak.

Növekedési hormont (GH = growth hormon, normális szérumérték < 5 ng/ml) termelő adenoma gyermek- és serdülőkorban gigantizmust, felnőttkorban acromegaliát okoz. A kezeletlen acromegalias betegek várható életkora alacsonyabb az átlagosnál (3), gyakori a cardiomyopathia, hypertonia, arteriosclerosis, diabetes mellitus. Az acromegalias betegek specialis cardialis kivizsgálását és ellenőrzését ezért indokoltnak tartjuk (11, 12). A GH szintnek és reserv kapacitásának meghatározása (37) nagy jelentőségű lenne más hormont termelő vagy inaktív adenomák vizsgálatában is, mert az ép hypophysis compressiójának korai jele a GH hypofunctio (35, 36).

Prolactint (PRL, normális érték 25—30 ng/ml) termelő tumor, ún. prolactinoma igen gyakori, hypophysis daganatok közel felét teszi ki (1). Férfiban az esetek 1/5-e (6, 15, 47). A hyperprolactinaemia tünetei nőben menstruatiós zavarok, anovulatio vagy rövid lutealis fázis, amenorrhoea, galactorrhoea, a másodlagos nemi jellegek csökkenése, hirsutismus (24), férfiban libidó- és potenciacsökkenés, oligospermia, ritkán galactorrhoea. A fenti tünetek még nem jelentenek egyértelműen tumort. 2 éves fennálló amenorrhoea esetén csak az esetek 17%-ában (28) van prolactinoma, ez az arány galactorrhoea társulása esetén is csak 34%-ra nő. (30, 45).

Korábban e tünetek jelentős részét (főleg a hypogonadizmus tüneteit) egyértelműen nyomásos tünetnek tartották. A sexualis functiók zavarának az a feltételezett mechanismusa, hogy a magasabb PRL koncentráció interferál az ovarium osetradiol termelésével, ami hypooestrogenaemia tüneteiben nyilvánul meg. A perifériás vagy hypophysis szinten lezajló hatás lehetőségére egyaránt vannak támogató és cáfoló adatok. Férfiban sem ismert pontosan a mechanismus. Hypogonadismus tünetei esetén tehát vitathatatlanul fontos a PRL-szint vizsgálata (14, 29).

Hyperprolactinaemiát adenomán kívül több tényező okozhat. Fiziológiás hatások (terhesség, coitus, szoptatás, stress), gyógyszerek (pl. fenotiazinok, butyrofenonok, metildopa, reserpin, opiatok, oestrogen tartalmú anticoncipiensek) és különböző kóros állapotok (hypothyreosis a fokozott TRH indukció révén, chronicus veseelégtelenség) egyaránt létrehozhat magas prolactinszintet. Minden esetben keresni kell azonban az említett klinikai tünetek esetén az anatómiai elváltozásokat. Egyes adatok (9) szerint 250 ng/ml szérum PRL érték felett a prolactinomás eredet biztosra vehető.

Corticotrophint (ACTH, normális érték 20—100 pg/ml) termelő hypophysis adenoma okozza leggyakrabban a Cushing-betegséget (típusos elhízás, lilásvöröses striák a bőrön, hirsutismus, hypertonia, osteoporosis, diabetes), máskor a bilateralis mellékvesekéreg-hyperplasia hátterében feedback receptor zavar áll (34). Normális sellaröntgen esetén is gyakran találtak microadenomát (4). Adrenalis hypercorticismust okozhat azonban primaer mellékvesetumor, sőt, hasonló képet hoz létre egyéb szervek (pl. tüdő) malignus daganatai által termelt ectopias ACTH is. Cushing-syndroma miatt végzett kétoldali mellékvese-eltávolítás után visszatérő tünetek esetén még szemészeti tünetek nélkül is agresszív hypophysis tumor kialakulására: ún. Nelson-syndromára kell gondolnunk. Az újabb abdominális feltárás ilyenkor általában hiábavaló.

Gonadotroph hormonokat (FSH, LH) termelő tumor ritka. Gonadalis dysfunctio esetén tehát előbb gondolunk PRL adenomára, az FSH és LH értékekben gyakrabban csökkenést látunk (a normál értékek a meghatározási módszertől függően változnak).

Thyrotrophin (TSH) adenoma is csak elvétve akad (53). Egyéb, inaktív vagy más hormontermelő tumor esetén viszont gyakran vezető tünet a hypothyreosis.

E cikkben csak megemlítjük az ún. „empty sella" (= üres sella) syndromát, mely az elkülönítő kórismében szóba jöhet. Ennek lényege az, hogy a diaphragma sellae tágabb nyílásán a suprasellaris liquortér benyomul a sella üregébe. Elsősorban compressióval hypopituriarismust okozhat, de chiasma-tüneteket, sőt a hypothalamicus gátló faktorok csökkent hypophysisbe jutása révén pl. hyperprolactinaemiát hozhat létre (19). A kórképet elsődlegesen a diaphragma eltérése, másodlagosan egy intrasellaris adenoma bevérzése, műtét vagy irradiatio utáni állapot okozhatja. A diagnózisban PEG, cisternographia, CT segíthet. Komoly tünetek esetén műtéti megoldás is indokolt lehet (5).

Saját betegeinknek több mint a fele már a látóideg-károsodás tüneteivel került felvételre, s nem egy esetben még hormont termelő adenoma súlyos klinikai esetén is. Mégis, klinikai endocrinológiai hálózatunk fejlődésére utal (amely további anyagi és szervezeti támogatást érdemelne), hogy

az 1980-as évben operált betegeink között már nagyobb számban van a microadenoma és a kisebb méretű daganat.

A therápiás lehetőségeink az utóbbi időkben jelentősen gyarapodtak. A klasszikus kezelés (craniotomiából végzett műtét, rtg. irradiatió, Yttriumpálcikák beültetése a sellába) indicatója beszűkült (az utóbbi eljárást már nem is használjuk). Új lehetőség viszont a gyógyszeres kezelés bromocriptinnel (Parlodel^{R}, Sandoz), ill. a transsphenoidalis műtéti megoldás.

Acromegaliában, a radiológiailag igazolt adenomák esetében a gyógyszeres kezelés lehetősége mellett is a sebészi megoldást kell előnyben részesíteni (10). Ezt az a saját tapasztalatunk is alátámasztja, hogy az időben operált, kisebb méretű adenomák postoperatív eredményei jobbak. Az acromegalia klinikai tünetei szinte minden esetben javultak, és a GH szérumszint a praeoperatív értéknél lényegesen jobb volt. A hormonszint teljes normalizálódása azonban csak a betegek kisebb számában volt igazolható. Erre utalnak az irodalmi adatok is, amelyek szerint a nagyobb GH adenomák postoperatív hormonszint normalizálódása 50%-kal ritkábban következik be, mint microadenoma esetén (7, 39). Műtét után normalizálódott hormonszint esetében sugártherápia nélkül sem kell recidivával számolnunk (54).

Prolactinomák műtéti kezelésénél még fokozottabban érvényesül a daganat mérete és a hormonszint normalizálhatósága közötti összefüggés. *Hardy* (23) 180 operált prolactinomás betege közül a praeoperatíve 100 ng/ml alatti kóros értékek 97%-ban, a 200—500 ng/ml értékek 73%-ban, az 500 ng/ml felettiek csak 19%-ban normalizálódtak. Saját betegeinken is a hormonalis klinikai tünetek javulása ellenére csak a kisebb méretű adenomák kivétele után tért vissza a normál hormonszint. A praeoperatíve 2200 ng/ml prolactinértéket mutató betegünk postoperatív 300 ng/ml szérum szintje jelentős csökkenés, mégsem jelent normalizálódást. *(3. ábra).* Néhány prolactinomás betegünk részletes endocrinológiai és klinikai értékelését külön közöljük (13).

Férfiak nagyméretű prolactinomájánál a postoperatív eredmények kevésbé jók, mint nőknél (55).

Hangsúlyozzuk, hogy a hormonalis szempontból is sikeres kezelés tehát az adenomák korai felismerését és kimutatását követeli meg. A hormont nem termelő adenomák akkor okoznak a látóidegkárosodásban megnyilvánuló súlyosabb klinikai tüneteket, amikor a daganat suprasellaris növekedése már jelentős méreteket ér el. Ha azonban a beteg már korábban orvoshoz fordul és a fejfájást, vagy a hypopituitarismus finomabb tüneteit is helyesen értékelik az egyszerű koponyaröntgen-felvétel, valamint az endocrinológiai vizsgálatok alapján, korábban lehetne helyes diagnózist felállítani.

A mai álláspont szerint prolactinomás beteg műtéti indicatióját elsősorban látópálya-károsodás, a hypophysis egyéb functióinak károsodása, extrem magas prolactinszint (gyakran invasiv tumor), ill. terhesség igénye jelenti.

A hyperprolactinaemiát jelentősen befolyásoló bromocriptin kezelés kimutatott prolactinomák esetében elsősorban műtét után jöhet szóba. Postoperatív bromocriptin kezeléssel kb. 80%-ban lehet normális prolactinszintet elérni (15). Többen próbálkoznak a prolactinomák műtét nélküli, bromocriptin kezelésével is. Érdekes új adat, hogy prolactin microadenoma esetében inkább a műtéttől, macroadenoma esetén a gyógyszertől várható jobb eredmény (45). Puszta gyógyszeres kezelést alkalmazva különös figyelmet kell fordítani a szemészeti (látótér) kontroll vizsgálatokra, az esetleg bekövetkező terhesség időszakában. A megnövekedő oestrogen termelődés ugyanis a daganat növekedését válthatja ki. Hasonló okból szükséges az ellenőrzés fogamzásgátló tabletta szedése alatt is.

Irodalmi adatok (4) szerint a primaer Cushingkorban a transsphenoidalis műtét rendkívül jó eredményt ad, irradiatio csak 15%-ban hatásos. Nelson-syndromában már rosszabb a helyzet, hypohysis adenomectomia után a betegek 30%-a javul, inkább teljes hypophysectomiát ajánlanak. Új lehetőség (különösen Nelson-syndromában) a cyproheptadin therapia, eredményeiről azonban egyelőre még kevés az adat.

Betegeinken a látópálya-károsodás tüneteinek műtét utáni jelentős javulása elsősorban a transsphenoidalis megközelítés eredménye. Intracranialis műtétkor ugyanis a látópálya további károsodása (különösen nagyon rossz visusok esetén) akkor is bekövetkezhet, ha a legfinomabb technikával történik műtét. Ilyenkor nem a látóideg direkt sértése, hanem annak vascularis károsodása okozza a romlást a környéki manipulatio következtében.

Irodalmi adatok szerint is a transsphenoidalis műtét hasonlóan jó, vagy eredményesebb az intracranialis behatolásnál (2, 17, 31, 38, 41). Kivételt képez az az anyag, amely a nagyméretű suprasellaris adenomát kizárja az értékelésből (52). Saját eredményeink (78,1% javulás, ezen belül 28,1%-os teljes visus és szabad látótér) az irodalomban közölt legjobb eredmények közé sorolhatók.

A műtét eredményességének azonban mégis alapvető kérdése a korai diagnózis. A látóideg sorvadásának a szemfenéken is észlelhető megnyilvánulása prognosztikailag kedvezőtlen, csak kevés esetben várható jelentősebb javulás a látásfunctióban, sőt egyes esetekben a további romlás sem állítható meg.

A transsphenoidalis műtétkor alkalmazott microchirurgias technika és a mikroszkóp nyújtotta kedvező látási viszonyok lehetővé teszik, hogy az adenomák eltávolításakor a hypophysis szövetét megkíméljük. Részletes hormonvizsgálatok igazolják ezt az állítást (40). Saját betegeink közül is csak kis számban volt szükség átmeneti substitutiós kezelésre.

A transsphenoidalis műtétek ma alkalmazott különböző formái között (sublabialis, transnasalis, extraaxialis) csak a behatolás első fázisában van különbség (6, 8, 16, 22, 33, 41, 55).

A transsphenoidalis műtét nem zárja ki a transcranialis műtétet, mert a suprasellarisan terjedő daganatok jelentős része mindkét feltárással

eltávolítható, sőt a parasellarisan terjedő daganatok csak transcranialis műtéttel közelíthetők meg. Ugyanakkor csak transsphenoidalis feltárással távolítható el a microadenoma és a zömmel lefelé, a sinus sphenoidalis felé terjedő daganat. A transsphenoidalis műtét a beteg számára kevésbé megterhelő, ezért idős betegek hypophysis tumorának eltávolítására alkalmasabb.

Irradiatiós kezelést macroadenomák és suprasellarisan terjedő daganatok eltávolítása után végzünk. Microadenomák kivétele után is szükség lehet sugárkezelésre, ha a hormonértékek nem rendeződtek.

Betegeink hormonalis vizsgálata *Holló István dr., László Ferenc dr., Szilágyi Géza dr.* egyetemi tanárok, *Gláz Edit dr. és Földes János dr.* egyetemi docensek és *Polgár Mária dr.* főorvos által vezetett endocrinológiai osztályokon, vagy laboratóriumokban történtek. Az elektronmikroszkópos vizsgálatokat *Slowik Felícia dr.*, az immunhisztokémiai vizsgálatokat *Bálint Katalin dr.*, Intézetünk patológiai laboratóriumában, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Kórbonctani, ill. II. Anatómiai Intézettel történt együttműködésben végezte. Munkájukért köszönetet mondunk.

Összefoglalás: A szerzők 117 hypophysis adenomában szenvedő beteg transsphenoidalis műtétével nyert tapasztalataikról számolnak be. Ezzel kapcsolatban áttekintik e betegségcsoport tünettanát, és az utóbbi évtizedek néhány új vizsgáló módszerét. Az új idegsebészeti technika által megváltoztatott műtéti indicatiót egybevetik a craniotomiás feltárás és a nem sebészi (gyógyszeres, ill. irradiatiós) kezelés javallataival.

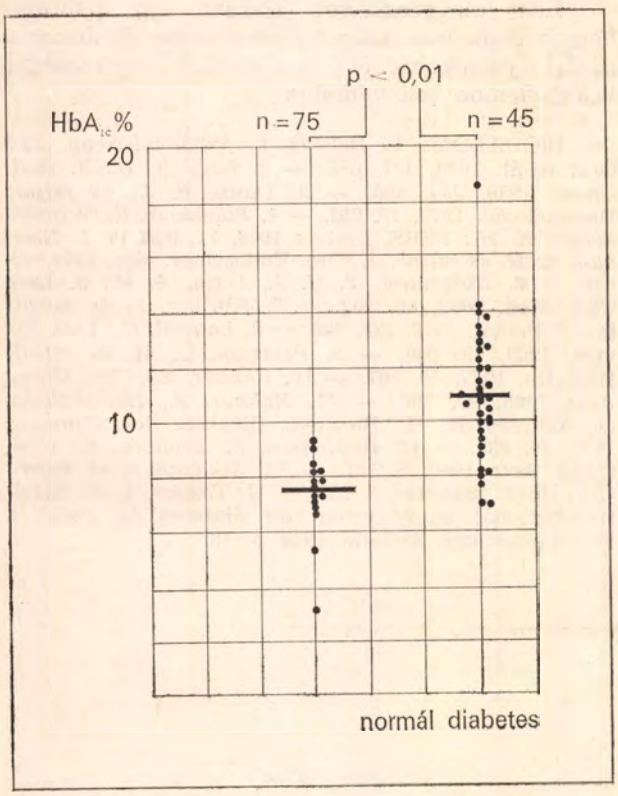
IRODALOM: 1. *Antunes, J. L., Housepian, E. M., Frantz, A. G.:* Ann. Neurol. 1977, *2*, 148. — 2. *Bakay L.:* J. Neurosurg. 1950, *7*, 240. — 3. *Bishop, P. M. F., Briggs, J. H.:* Lancet 1958, *1*, 735. — 4. *Caplan, H. R., Annis, B. L.:* Neurosurgery 1980, *7*, 160. — 5. *Cupps, T. R., Wolf, P. D.:* Acta endocrinol. 1978, *89*, 445. — 6. *Derome, P. J. és mtsai:* Nouv. Presse Méd. 1979, *8*, 577. — 7. *Fahlbusch, R., Marguth, F.:* Neurosurg. Rev. 1978, *1*, 5. — 8 *Fahlbusch, R. és Werder, K.* (Eds.): Treatment of pituitary adenomas G. Thieme, Stuttgart. 1978. — 9. *Frantz, A. G.:* New Engl. J. Med. 1978, *298*, 201. — 10. *Gáspár L., László F.:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 1179. — 11. *Gáspár L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 2375. — 12. *Gáspár L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 2871. — 13. *Gláz E. és mtsai:* Endocrinologie, közlés alatt. — 14. *Godó G., Sas M.:* Orv. Hetil. 1980, *15*, 897. — 15. *Grisoli, F. és mtsai:* Surg. Neurol. 1980, *13*, 241. — 16. *Guiot, G., Thibaut, B.:* Neurochirurgia 1959, *1*, 133. — 17. *Guiot, G., Derome, P. J.:* Ann. Med. Interne (Paris) 1972, *123*, 703. — 18. *Halász B.:* Magyar Tudomány 1980, *25*, 597. — 19. *Haney, A. F. és mtsai:* Am. J. Obstet. Gynecol. 1979, *134*, 917. — 20. *Hardy, J.:* Un. Med. Can. 1962, *91*, 933. — 21. *Hardy, J., Wigser, S.:* J. Neurosurg. 1965, *23*, 612. — 22. *Hardy, J.:* J. Neurosurg. 1971, *34*, 581. — 23. *Hardy, J.:* World J. Surg. 1977, *1*, 84. — 24. *L'Hermite, M.:* Clin. Endocrin. Metabol. 1973, *2*, 423. — 25. *Horváth É., Kovács K.:* Can. J. Neurol. Sci. 1976, *3*, 9. — 26. *Hirsch, O.:* Wien. Med. Wschr. 1909, *59*, 636. — 27. *Holló I.:* Magy. Belorv. Arch. 1977, *15*, 187. — 28. *Jacobs, H. S., és mtsai:* Horm. Res. 1976, *6*, 268. — 29. *Julesz J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1979, *120*, 2794. — 30. *Kleinberg, D. L., Noel, G. L., Frantz, A. G.:* N. Engl. J. Med. 1977, *296*, 589. — 31. *Klauber, A., Rasmussen, P., Lindholm, J.:* Acta Ophtalmol. (Kbh) 1978, *56*, 252. — 32. *Kovács K., Horváth É., Ezrin C.:* Pathol. Annual. 1977, *12*, 341. — 33. *Landolt, A. M., Strebel, P.:* Technique of transsphenoidal operation for pituitary adenomas. in: Advances and Technical Standards in Neurosurgery. H. Krayenbühl (ed.) Vol. 7 pp. 119—177 Springer Verlag. Wien—New York, 1980. — 34. *László F.:* Acta Med. Hung. 1972, *29*, 97. — 35. *Lindholm, J., Rasmussen, P., Korsgaard, O.:* Acta Endocrinol. 1976, *82*, 52. — 36. *Lindholm, J.:* Acta Neurol. scand. 1979, *59*, 161. — 37. *Laczi F. és mtsai:* Orv. Hetil. 1979, *120*, 1433. — 38. *Laws, E. R. Jr., Trautman, J. C., Hollenhorst, R. W. Jr.:* J. Neurosurg. 1977, *46*, 717. — 39. *Ludecke, D. és mtsai:* Acta Neurochir. 1976, *35*, 27. — 40. *McLanahan, C. S., Christy, J. H., Tindall, G. T.:* Neurosurgery 1978, *3*, 142. — 41. *Mérei F. T. és mtsai:* Ideggyógy. Szemle. 1974, *29*, 503. — 42. *Muhr, C. és mtsai:* J. Neurosurg. 1980, *53*, 144. — 43. *Palkovits M.:* Orv. Hetil. 1979, *120*, 3. — 44. *Pásztor E., Piffkó P.:* Transsphenoidal surgery of cerebrospinal fluid rhinorrhoea. Operatíve surgery. 3. ed. London—Boston. Butterworths. 1978, pp.: 93—97. — 45. *Rawe, E. S. és mtsai:* Surg. Neurol. 1980, *14*, 161. — 46. *Sassin, J. F. és mtsai:* J. Clin. Endocrin. Metab. 1973, *37*, 436. — 47. *Serri, O., és mtsai:* CMA Journal 1980, *122*, 1007. — 48. *Schloffer, H.:* Wien. Klin. Wschr. 1907, *20*, 621. — 49. *Slowik, F., Lapis W., Takács J.:* Acta Morphol. Acad. Sci. Hung. 1979, *27*, 235. — 50. *Scanarini, M., Mingrino, S.:* Acta Neuropathol. 1979, *48*, 67. — 51. *Szilágyi G.:* Személyes közlés. — 52. *Symon, C., Jakubowski, J.:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1979, *42*, 123. — 53. *Tolis, G. és mtsai:* Am. J. Med. 1978, *64*, 177. — 54. *von Werder, K., Fahlbusch, R., Rjosk, H. K.:* Internist (B) 1977, *18*, 520. — 55. *Wilson, Ch., B., Dempsey, S. C.:* J. Neurosurg. 1978, *48*, 13.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Gyermekklinika
(igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)

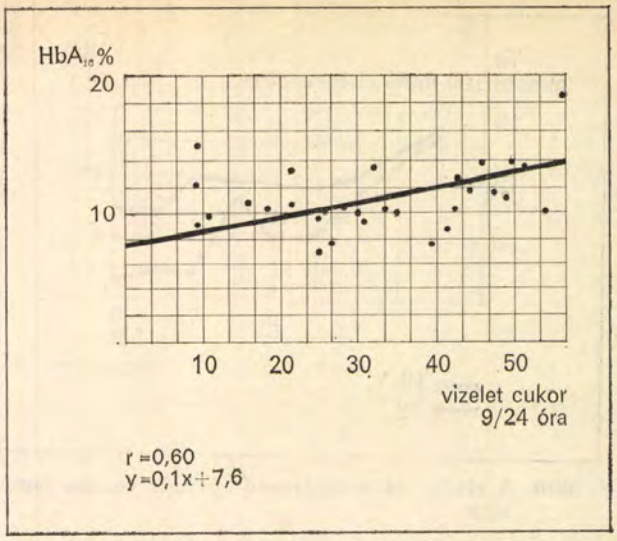
A HbA_{Ic} vizsgálata gyermekkori diabetesben

Tichy Mária, Barta Lajos dr. és
Molnár Mária dr.

1962-ben *Huismann* és *Dozy* (6) mutattak rá, hogy diabeteses betegek vérében a glucosilált haemoglobin mennyisége emelkedett. 1962 óta a glucosilált haemoglobin mérésére több módszert dolgoztak ki (10, 11), de ezek bonyolult volta megnehezítette a vizsgálatok rutin elvégzését. Az utóbbi pár év irodalmában egyre gyakrabban találkozunk a HbA_{1c} vizsgálatával, mivel mérésére kifejlesztett egyszerűbb módszerek (1, 4) sorozatvizsgálatok elvégzését tették lehetővé.



1. ábra: A HbA_{1c} értéke diabeteses és normál gyermekekben



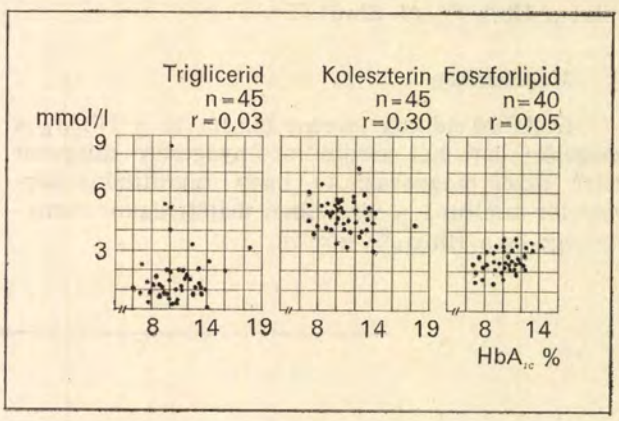
2. ábra: Összefüggés a vizeletben ürített cukor mennyisége és a HbA_{1c} % között

A diabeteses állapot jellemzésére alkalmazott paraméterek, mint pl. a napi cukorürítés és a lipidparaméterek összefüggését vizsgálták. Egyes szerzők találtak (7, 5, 9), mások nem találtak (3, 14) összefüggést a zsírértékek és a HbA_{1c}% között. Vizsgálatainkkal mi is hozzá szeretnék járulni e kérdések tisztázásához.

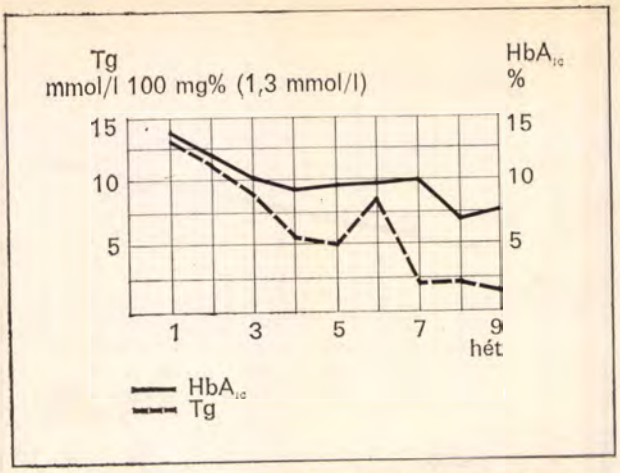
Anyag és módszer

45, 5—14 éves válogatás nélküli gyermekkori diabeteses betegben vizsgáltuk a HbA_1 % értékeit és összefüggését a vérvételt megelőző 6 heti vizeletben ürített cukor mennyiségének átlagértékeivel, a triglicériddel, a koleszterinnel és a foszforlipiddel. Kontrollként 15 anyagcserezavarban nem szenvedő 5—14 éves gyermekben vizsgáltuk a HbA_{1c}% értékét.

A HbA_{1c} % értékét Flückiger és Winterhalter (4), ill. Balázsi és Varsányi-Nagy (1), a triglicéridet Laurell (8), a koleszterint Rappaport és Einhorn (12), a



3. ábra: Összefüggés a lipid paraméterek és a HbA_{1c} % között.
Triglicerid esetében 100 mg% megfelel 1,3 mmól/l-nek
Koleszterin esetében 100 mg% megfelel 1,6 mmól/l-nek
Foszforlipid esetében 100 mg% megfelel 1,29 mmól/l-nek



4. ábra: A HbA_{1c} és a triglycerid változás kezelés hatására

foszforlipidet Bartlett (2) szerint határoztuk meg. A vizelet cukortartalmát módosított ortotoluidin módszerrel mértük.

A matematikai értékelésre egymintás „t" próbát és regressziós analízist végeztünk.

Eredmények

Diabeteses állapotban a $HbA_{1c}\%$ szignifikánsan magasabb, mint a kontroll csoportban *(1. ábra).* A $HbA_{1c}\%$ és a vizeletben, a vérvételt megelőző hat hétben mért cukorürítés átlagértéke között szignifikáns korrelációt találtunk *(2. ábra).*

A zsírparaméterek, nevezetesen a triglicerid, a koleszterin és a foszforlipid összefüggését mutatja a *3. ábra.* Az összefüggések nem szignifikánsak.

A diabeteses állapot következtében 9 gyermekben enyhébb, ill. erősebb fokú hypertriglyceridaemiát észleltünk. Kizártuk a familiáris és az egyéb társbetegség okozta hyperlipaemiát. A vizsgálatokat 6 hetenként, összesen 25 esetben végeztük. Az értékeket a *táblázat* foglalja össze.

Rövidebb periódusban, hetenként végzett vizsgálatoknál a triglicerid érték mozgékonyabban, mint a $HbA_{1c}\%$ *(4. ábra).*

Megbeszélés

Irodalmi adatok szerint (6, 10, 11 a HbA_{1c} a megelőző hat hét szénhidrát-anyagcsere állapotát jelzi. Ezzel magyarázható, hogy szignifikáns korrelációt találtunk a vizeletben ürített cukor mennyisége és a $HbA_{1c}\%$ között.

	Hba_{1c} % n = 25	triglicerid mmól/l n = 25
Kezelés előtt	12,6±2,50**	3,23±1,60* (248±123 mg%)
Kezelés után	9,1±1,30	1,59±0,34 (122± 26 mg%)

* $p < 0{,}01$ $t = 2{,}59$
** $p < 0{,}001$ $t = 6{,}61$
A két érték változása korrelál ($r = 0{,}41$)

A gyermekkorban észlelt hyperlipaemia, ha a társbetegségeket kizártuk, mindenképpen a felborult szénhidrát-anyagcsere következménye. Ennek ellenére nem találtunk összefüggést a zsírparaméterek és a $HbA_{1c}\%$ között. Kilenc olyan esetünkben, ahol szekunder hyperlipaemiát észleltünk, azt találtuk, hogy a magas triglicerid értékhez többnyire magas $HbA_{1c}\%$ tartozott. A kezelést követő állapotváltozást mind a triglicerid, mind a $HbA_{1c}\%$-os értéke követte, a triglyceridszint azonban érzékenyebben követte a szénhidrát-anyagcsere változását. Feltételezhető, hogy a triglicerid és a $HbA_{1c}\%$ nem azonos időben mutatja a kóros anyagcsere-egyensúlyt.

Egyes szerzők (14) a mikroangiopathia kialakulása szempontjából is jelentőséget tulajdonítanak a $HbA_{1c}\%$ értékének. Feltételezik, hogy a magas vércukorértékkel kapcsolatos glucosilált haemoglobin emelkedettsége visszaszorítja a haemoglobin és O_2 disszociációját, és ezzel helyi anoxiát okoz, amely elősegíti a mikroangiopathia kialakulását.

Ezen meggondolások alapján úgy találjuk, hogy a diabeteses állapot ellenőrzésére alkalmazott eddigi paraméterek mellett a $HbA_{1c}\%$ mennyiségét is figyelembe kell vennünk.

IRODALOM: 1. *Balázsi I., Varsányi-Nagy, M.:* Orv. Hetil. 1980, *121,* 627. — 2. *Bartlett, B.:* J. Biol. Chem. 1958, *234,* 466. — 3. *Dunn, P. J., és mtsai:* Diabetologia, 1979, *17,* 213. — 4. *Flückiger, R., Winterhalter, K. H.:* FEBS, Letters 1976, *71,* 356. — 5. *Gabbay, K. H. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. Met. 1977, *44,* 859. — 6. *Huismann, T. H. J., Dozy, A. H.:* J. Lab. Clin. Med. 1962, *60,* 302. — 7. *Klujber, L. és mtsai:* Eu. J. Peidat. 1979, *132,* 289. — 8. *Laurell, C.:* Lab. Invest. 1966, *18,* 668. — 9. *Peterson, C. M. és mtsai:* Diabetes, 1977, *26,* 507. — 10. *Rahbar, S.:* Clin. Chim. Acta 1968, *22,* 296. — 11. *Rahbar, S., Blumenfield, O., Ramney, H. M.:* Biochem. Biophys. Res. Commun 1969, *36,* 838. — 12. *Rappaport, F., Einhorn, F.:* Clin. Chim. Acta 1960, *5,* 161. — 13. *Szelényi J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121,* 5, 259. — 14. *Topper, E. és mtsai:* International study group on diabetes in children and adolescents Bulletin 1979, *3,* 18.

CHINOIN
BUDAPEST



CHINOFUNGIN®

spray

FUNGICIDA TOPICA

A tolnaftat fungicid és fungisztatikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum, Microsporon canis, Epidermophyton floccosum, továbbá Malassezia furfur okozta fertőzések esetén.
Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befúvása ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térítés: 8,60 Ft

CHINOIN
BUDAPEST



PROBON®

drazsé

ANALGETICUM

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

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

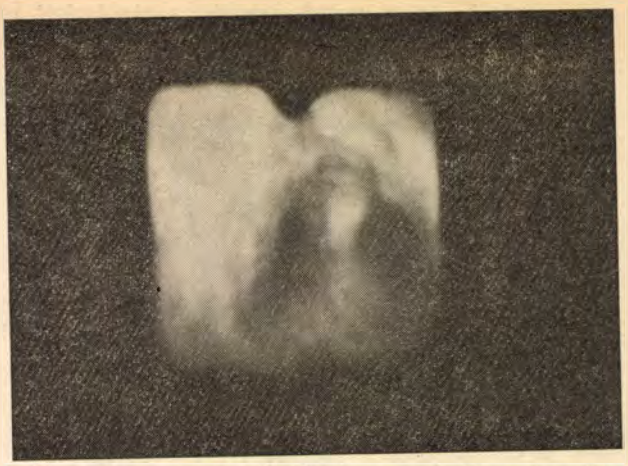
10 db drazsé

Térítés: 3,90 Ft

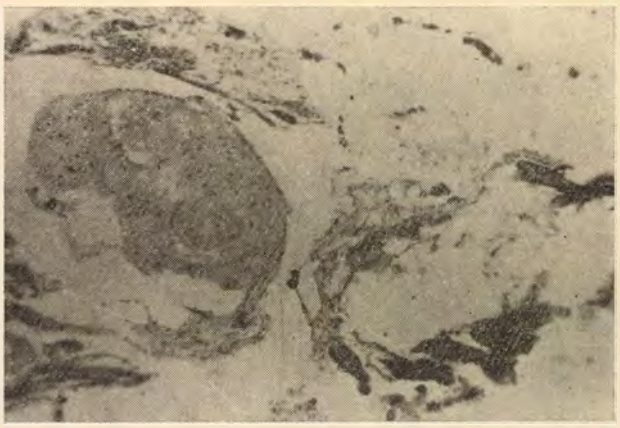
Megyei Tüdőgyógyintézet, Miskolc
III. Tüdőbelosztály
(főorvos: Barzó Pál dr.)
Cardiorespiratoricus Laboratórium
(főorvos: Bíró Barna dr.) és
Megyei Kórház Kórbonctani Intézet, Miskolc
(főorvos: Sótonyi Gábor dr.)

Tracheo-bronchopathia osteo-chondroplasticában szenvedő betegeink katamnesztikus vizsgálata

Barzó Pál dr., Tóth Erzsébet dr.,
Molnár Lajos dr., Bíró Barna dr. és
és Minik Károly dr.



1. ábra: Porcos-csontos burjánzás a tracheában és a bifurcatio területén



2. ábra: A tb. szövettani képe H.–E. 25×. (A sötét színű csontos rész a decalcinálás hiánya miatt töredezett)

A tracheo-bronchopathia osteo-chondroplastica (továbbiakban tb.) ritka megbetegedés. Lényege a trachea és nagyhörgők lumenében kialakuló multiplex porcos-csontos burjánzás *(1., 2. ábra)*. Az első leírások (2, 45) óta az 1978-ig közölt esetek számát *Eckert és mtsai* (12) 300-ra becsülik. Kéziratunk elkészültéig mintegy 10 újabb megbetegedésről tudunk. Az angol nyelvterületről származó közlemények száma viszonylag kevés (3). Magyar szerzők az elmúlt 23 évben szintén foglalkoztak a tb.-val (9, 20, 23, 24, 26, 27, 32, 43). A szakirodalomban megtalálható leírások általában csak egy-két esetről számolnak be egyszerre. A *Martin* (31) feldolgozásában szereplő 28 tb.-s közül csak 2 a saját észlelés. *Härmä* és *Suurkari* (16) harminc esetét magába foglaló anyagában pedig infekciós eredetű folyamatok szerepelnek túlsúlyban. Ezért ismertetjük betegeink 1—16 évig tartó megfigyelése kapcsán szerzett tapasztalatainkat. Tb.-ban szenvedők kórlefolyásának ilyen hosszú ideig terjedő nyomon követéséről eddig nem olvastunk.

Betegek és eredmények

1965-től 1980-ig tízezer új beteg bronchoscopiája során 8 tb.-t kórismeztünk *(táblázat)*. A 6. eset kivételével, amelyben csak trachealis elváltozások voltak, de dyskinesis és a trachea kardhüvelyszerű átalakulása is fennállt, a folyamat összes betegünkben mind a légcsőre, mind a nagyhörgőkre ráterjedt. A tb. kórismézét hat ízben sikerült szövettanilag is bizonyítani. Az érdús nyálkahártya miatt két alkalommal tartózkodtunk a kimetszéstől, a bronchoscopos kép azonban az elváltozásra jellemző volt. Klebsiellát vagy Ps. pyocyaneát egyetlen esetünkből sem sikerült kitenyészteni. Betegeink életkora felfedezésükkor 40—68 év között oszlott meg; a nemek közötti arány 7:1 a férfiak javára. Csak bronchitiszes panaszokról 5, munka- és nyugalmi nehézlégzésről 3 beteg tett említést. A betegek megfigyelése 4 esetben 13—16, 3-ban 3—5 évig, egyben pedig 11 hónapig tartott. Felfedezésükkor és ellenőrzéseik alkalmával légzésfunctiós vizsgálatot végeztünk (VC, FEV_1, $FEV_1/VC\%$). A *táblázaton* az először és a felmérés befejezésekor készült vizsgálatok eredményeit tüntettük fel. Ezek alapján az 1. és 2. betegnek sem obsructiv, sem restrictiv légzészavara nem volt, és észlelésünk alatt sem fejlődött ki. Csak restrictiv légzéskárosodást találtunk a 3., obstructiv ventilatiós a 4. és 5. betegünkben. A 6., 7., 8. esetünkben súlyos, kombinált légzéskárosodást állapítottunk meg. Őket a tb.-juk felfedezésétől számított néhány év múlva, ill. a 7. beteget aránylag fiatalon elvesztettük. Az 1., 3., 4. számú eseteinkben egésztest-plethysmographiás vizsgálat is történt. Ennek során 1. betegünkben is kimutatható volt obstructiv ventilatiós beszűkülés *(3., 4. ábra)*.

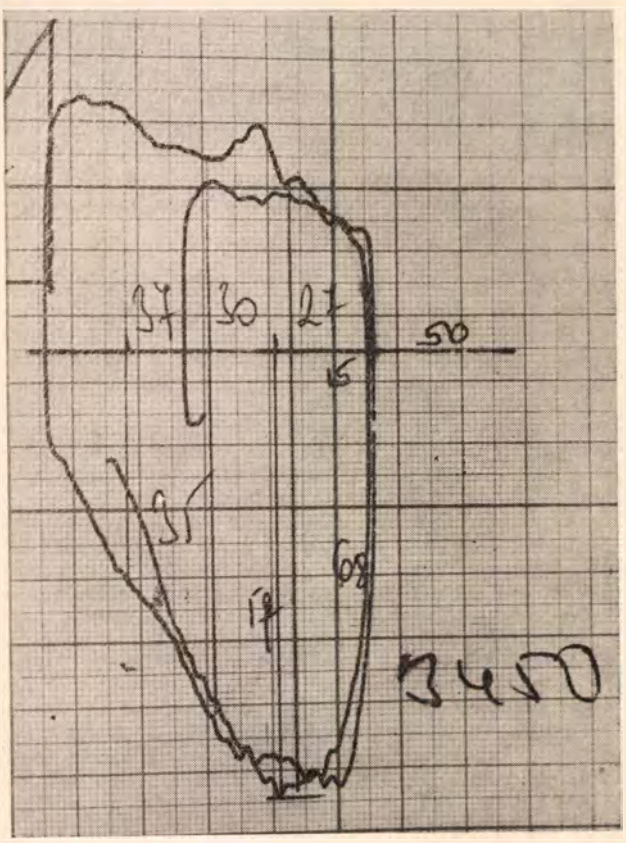
Megbeszélés

A tb. előfordulási gyakoriságáról csak kevés adattal rendelkezünk. *Pilis* (36) tízezer, *Lutz és mtsai* (29) hétezer bronchoscopia során észleltek 1—1 beteget. Anyagunkban a gyakoriság jóval nagyobb volt ($8‰$), ennek okát azonban megadni nem tudjuk.

Felismeréskor és az utolsó vizsgálat során észlelt adatok

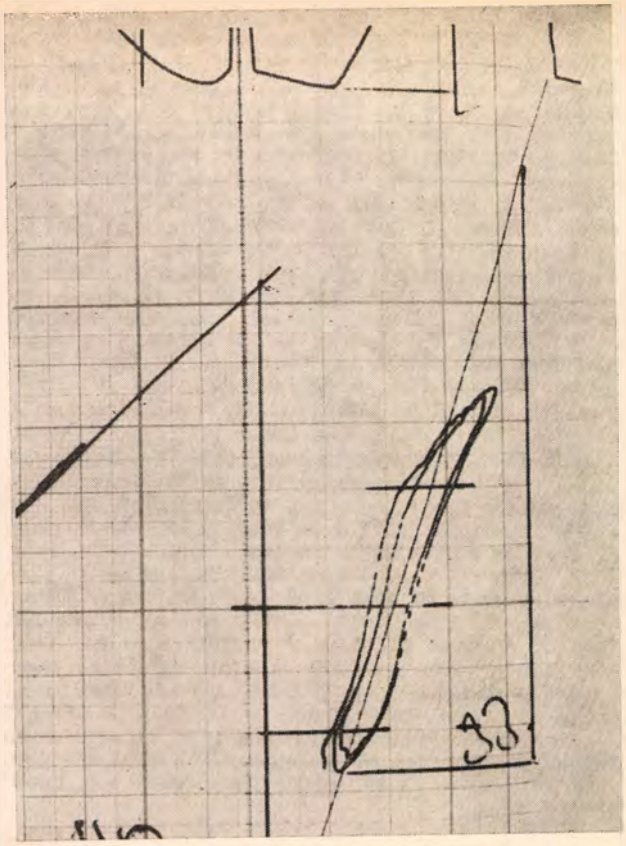
Sorszám	Nem	Naptári év	Életkor	VC ml	%	FEV_1 (ml)	FEV_1/VC (%)	Klinikai tünetek	Szövettani bizonyíték
1.	♂	1964	42	3220	—19	2000	72	+	+
		1980	58	3625	— 5	2734	75	+	
2.	♀	1977	62	2473	+3	1887	76	+	
		1980	65	2117		1628	77	+	—
3.	♂	1967	52	2190	—37	1590	72	++	
		1980	65	2100	—40	1510	71	++	+
4.	♂	1965	40	4264	+18	2604	61	+	
		1980	55	4068	—11	2061	50	++	+
5.	♂	1976	68	3400		2200	64	+	
		1980	71	3200	—6	2100	65	+	+
6.	♂	1968	53	2500	—30	1380	53	+++	
		1980	58†	2370	—42	1200	43	++++	+
7.	♂	1965	42	1650	—55	700	42	+++	
		1980	55†	1480	—60	675	46	++++	+
8.	♂	1969	54	1655	—55	680	41	+++	
		1980	54†					++++	—

Magyarázat: A felismerés időszakában észlelt adatok a horizontális rovatok felső sorában, az utolsó vizsgálatkor észlelt adatok a horizontális rovatok alsó sorában találhatók.
† = meghalt



3. ábra: Légzési áramlásvolumen görbe. Az Y tengelyen pozitív irányban az inspiratiós, negatív irányban az expiratiós áramlási sebességeket regisztráltuk. Az X-tengely kezdetén a végexspiratio, a végén a TC-nak megfelelő véginspiratio pontja. Az inspiratiós sebesség beszűkülése legkifejezettebb a $FVC_{50}\%$-a mellett mérve

A tb. etiológiája még ma is ismeretlen. Azon nézetek, amelyek szerint veleszületett anomáliáról lehet szó, nem állják meg a helyüket, mivel csecsemőkön, kisdedeken eddig nem fordult elő. Ecchondrosisnak sem lehet tartani, mert a porcos-csontos képződmények nem függenek össze a légcső és a hörgők porcos vázával (12, 17). Feltehető, hogy a tb.-ban a tracheobronchialis rendszerben ugyanolyan kórélettani folyamatok zajlanak le, mint amilyenek a pneumopathia osteoplastica keletkezésében szerepelnek (11, 35, 44). Az említettek mellett szól, hogy mindkét megbetegedésben megfigyeltek az elváltozás részét képező csontszövetben velőállományt, valamint a folyamatot körülvevő amyloidot. Vannak szerzők, akik úgy vélik, hogy a chondro-osteoplastikus burjánzást az előzetesen lerakódott amyloid váltaná ki (1, 30, 39, 41). Az utóbbi feltételezés ellen szól, hogy mind a primer amyloid-tumor, mind a tb. egymagában éveken keresztül megtalálható a tracheo-bronchialis rendszerben, mint esetünkben volt (5, 6, 7, 8). Az amyloid a porcos-csontos átalakulás megindításában részt vevő esetleges autoimmun folyamat terméke lehet. A tb.-nak gammopathiával (19), sarcoidosissal (4) többször is megfigyelt együttes előfordulása alapján az autoimmun háttér indokoltan tételezhető fel. Egyes szerzők (14, 42), akik betegeiken az acromegalia jeleit is megfigyelték, az STH-kiválasztás gátlásának zavarát tételezték fel. Acromegaliára utaló tüneteket mi nem észleltünk, a betegek terheléses vércukorértékei szintén normálisak voltak. A Klebsiella és Ps. pyocyanea infectiók ugyancsak létrehozhatnak chondritist (18) és a tb.-hoz hasonló makroszkópos képet (16, 24, 34), amely azonban a gyulladás megszüntetése után regrediál



4. ábra: Légúti ellenállás $\frac{(R_{aw} = 1\ l/s),}{H_2O\ cm}$ volumenkonstans testplethysmograph-phal mérve. Az insipratiós terület kis resistentia emelkedést jelez

és többnyire visszafejlődik. A tb. hátterében az említettektől eltekintve is elképzelhető az infekció szerepe (13, 15, 21, 32, 36, 41), amely egyéb kondicionáló (40) tényezők összejátszásával, helyi anyagcserezavarok létrehozásával (17), a szóban forgó átalakulást megindíthatja. Ennek során az eddigi vizsgálatok szerint (17, 29, 37) a kötőszöveti sejtek chondro- és osteoblastokká alakulva, porc-, valamint csontszövetet hoznak létre (17, 28). A tb.-nak bronchuscarcinomával (25) való együttes előfordulása annyira ritka, hogy az inkább véletlennek tartható.

A tb. általában bronchitis képében jelentkezik. Az anamnesisben ismétlődő bronchopulmonalis gyulladások, rekedtség, ingerköhögés, dyspnoe, idegentest-érzés a légcsőben, haemoptoe szerepelhetnek. A beteg időnként teljesen tünetmentes is lehet. A röntgenvizsgálat a folyamat felismeréséhez egymagában kevés. A tb. diagnosisa elsősorban szövettani, de a kórisme a jellemző bronchoscopos elváltozások alapján már megállapítható (42). Mivel a tb. igen sok esetben hosszú ideig tünetmentes maradhat, előfordult, hogy műtétre kerülő beteget a tracheában lévő elváltozások miatt intubálni nem tudtak (10). Ha bronchoscopiát végzünk és merev csövet alkalmazunk, a tracheában való végighaladás során kaparó hangot hallunk (12). A rendszerint sima nyálkahártyával borított, szürkéssárgás, cseppkőszerű növedékek (21) kezdőkben malignus tumor gyanúját kelthetik (29). Azt az állítást, hogy a megbetegedés a carinákat és a pars membranaceát *mindig* szabadon hagyja, mások megfigyelései (31, 45) és tapasztalataink alapján *(1. ábra)* nem tartjuk megalapozottnak. A tb. bronchoscopos elkülönítése a tracheára kiterjedő Klebsiella és Ps. pyocyanea fertőzésektől okozhat nehézséget (24). Ilyenkor azonban a nyálkahártya inkább burjánzó, zöldesszürke váladékcsomókkal, pörkökkel borított. Az elváltozás mindig érinti a hátulsó falat is, de célzott antibiotikus kezelésre regressiót mutat. A kérdés eldöntésében a bacteriológiai vizsgálat szintén segítséget nyújt. Gyakorlott bronchológusnak azonban a kórisme felállítása általában nem szokott gondot jelenteni; mindenáron excisióra törekedni nem érdemes.

A megbetegedés előrehaladásának vizsgálatára a bronchoscopos megfigyelés fontos, de gyakori ellenőrzésekre (22) nincs szükség. Az 1. betegünk folyamata az észlelés első két évében progrediált, majd azóta csaknem változatlannak mutatkozik. Ugyancsak nem észleltünk progressiót a 2., 3., 5. betegünkben sem. A leírtak is bizonyos, időközben megszűnt kiváltó tényezők oki szerepét támasztanák alá. Betegeink klinikai állapota és ventilatiós eredményei összhangban voltak. A bronchoscopos kép és a légzésfunctiós eltérések azonban nem minden esetben, mivel a tb. egymagában még kiterjedt elváltozások esetén sem hoz létre a rutin légzésfunctiós vizsgálatokkal kimutatható respiratorikus zavart *(táblázat)*. Ez az állapot szövődménymentes esetekben évek során sem változik számottevően. Az áramlásvolumen- és resistentiagörbe — amelyet a szakirodalom rajtunk kívül tb.-ban *Bergeron és mtsai* (10), *Martin* (31), valamint *Primer* (38) közöltek — viszont már extra- és intrathoracalis obstructiót jelezhet (33). Az utóbbi functionális elváltozások a megbetegedésnek az egész tracheára való ráterjedésével magyarázhatók. Amennyiben súlyosabb obsructiv ventilatiós eltérés mutatkozik, úgy az nem elsősorban a tb.-ra, hanem a vele együtt fennálló bronchitisre, esetleg kardhüvely tracheára, valamint dyskinesisre vezethető vissza. Ezekben az esetekben a prognózis már rosszabb a következményes pulmonalis hypertonia, a folyamatosan kialakuló cor pulmonale miatt.

A tb.-ban szenvedő betegek életét a társuló obstructiv bronchitis, a dyskinesis, a kardhüvely trachea kialakulása, a recidiváló pneumoniák veszélyeztetik. Ezen betegek légcsöve és hörgőrendszere az öntisztuló képesség károsodása miatt sokkal érzékenyebb a környezeti ártalmakra, dohányzásra, gyulladásokra stb. Igen fontos tehát utógondozásuk, egészségnevelésük. Tapasztalataink szerint a tracheobronchialis rendszert izgató tényezők kerülésével, a kialakuló infekciók azonnali és tartós kezelésével a progressiót jelentősen lassítani lehet. A leírtakat bizonyítaná, hogy a csekély panaszokkal évek óta túlélő betegeink a folyamatuk felfedezésekor kapott életmódi tanácsokat betartják.

Összefoglalás: A szerzők 10 ezer új beteg bronchoscopiája kapcsán felfedezett 8 tracheo-bronchopathia osteo-chondroplasticában szenvedő beteg

észlelése, ill. 1—16 éves megfigyelése kapcsán szerzett tapasztalataikról számolnak be. Úgy látják, hogy a megbetegedés bizonyos kifejlődési fok elérése után már csak lassan progrediál. Amennyiben kardhüvely trachea, dyskinesis és súlyosabb obstructiv bronchitis nem társul hozzá, úgy a kórjóslat quo ad vitam kedvezőnek tűnik. Ilyenkor a bronchoscoppal is jól észlelhető, kiterjedt elváltozások ellenére, légzészavar csak a finomabb légzésfunctiós eljárásokkal mutatható ki *(légzési áramlásvolumen görbe, légúti ellenállás)*. A szerzők fontosnak tartják a betegek egészségnevelését, utógondozását, ezen belül a létrejövő infekciók azonnali és szakszerű, célzott kezelését.

IRODALOM: 1. *Alroy, G. G., Lichtig, Ch., Kaftori, J. K.:* Chest. 1972, *61*, 465. — 2. *Aschoff, L.:* Verh. Dtsch. Pathol. Ges. 1910, *14*, 125. — 3. *Baird, R. B., McCartney, J. N.:* Thorax 1966, *21*, 321. — 4. *Barthel, E.:* Med. Bild. 1970, *13*, 43. — 5. *Barzó P.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2083. — 6. *Barzó P.:* Praxis. Pneumol. 1967, *21*, 599. — 7. *Barzó P.:* Orv. Hetil. 1976, *117*, 1632. — 8. *Barzó P.:* Z. Erkrank. Atm. Org. 1977, *147*, 89. — 9. *Bereti I., Major T.:* Tuberkulózis 1968, *21*, 149. — 10. *Bergeron, D., Cormier, Y., Desmeules, M.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1976, *114*, 803. — 11. *Cremes, H., Gramann, W., Koishwitz, D.:* Path. Resp. Pract. 1978, *163*, 323. — 12. *Eckert, H., Rotte, K.-H., Grollmus, H.:* Z. Erkrank. Atm.-Org. 1978, *151*, 35. — 13. *Eimind, K.:* Nord Med. 1964, *72*, 1029. — 14. *Even, R. és mtsai:* J. franc. Méd. Chir. thorac. 1957, *11*, 560. — 15. *Fiumicelli, C., Pignotti, L.:* Riv. Tbc. dell'App. Resp. 1966, *14*, 391. — 16. *Härmä, R. A., Suurkari, S.:* Acta otolaryngol. (Stockh.) 1977, *84*, 118. — 17. *Hempel, K. J., Gläser, A.:* Virchows Arch. path. Anat. 1957, *331*, 36. — 18. *Higenbottam, T., Dixon, J.:* Thorax 1979, *34*, 563. — 19. *Homasson, J. P., Ioannou, J.:* Nouv. Presse méd. 1976, *5*, 2231. — 20. *Hutás I., Zsámbéki P.:* Magy. Rad. 1957, *9*, 17. — 21. *Huzly, A.:* Atlas der Bronchoscopie, Thieme, Stuttgart, 1960. — 22. *Jackson, C., Jackson, C. L.:* JAMA 1932, *99*, 1747. — 23. *Kertes I., Kulka F.:* Tuberkulózis 1961, *14*, 276. — 24. *Kertes I. és mtsai:* Tuberkulózis 1969, *22*, 225. — 25. *Kissler, W., Wierich, W., Meessen, D.:* Prax. Pneumol. 1977, *31*, 660. — 26. *Korányi—Both, A.:* Beitr. pathol. Anat. 1966, *133*, 216. — 27. *Kováts F., Nyiredy G.:* A hörgők betegségei, Medicina, Bp. 1966. — 28. *Kölling, K.:* Fortschr. Röntgentsr. 1976, *125*, 22. — 29. *Lutz, W., Mall, W., Austgen, M.:* Med. Klin. 1979, *74*, 1541. — 30. *Malarme, J. és mtsai:* Le Poumon et le Coeur 1972, *28*, 343. — 31. *Martin, C. J.:* Arch. Otolaryngol. 1974, *100*, 290. — 32. *Mikó F.:* Fül-Orr-Gégegyógy. 1970, *16*, 94. — 33. *Miller, R. D., Hyatt, R. E.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1973, *108*, 475. — 34. *Murphy, K. J.:* Thorax 1966, *21*, 355. — 35. *Nagy L., Stekker, K.:* Tuberkulózis 1960, *13*, 279. — 36. *Pilis, I.:* Z. Erkrank. Atm. — Org. 1972, *136*, 109. — 37. *Pintér A.:* Vasutas eü. 1972, *1*, 32. — 38. *Primer, G.:* Prax. Pneumol. 1979, *30*, 1060. — 39. *Sakula, A.:* Thorax 1968, *23*, 105. — 40. *Selye J., Bajusz E.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 1. — 41. *Simon G. és mtsai:* Ann. Med. Nancy Est 1979, *18*, 445. — 42. *Stain, J. P. és mtsai:* Rev. franc. Mal. resp. 1976, *4*, 917. — 43. *Szüle P., Perger L., Kardos K.:* Pneumonol. Hung. 1979, *32*, 321. — 44. *Weigel, B., Hammer, H.-J., Ziegan, J.:* Z. ges. inn. Med. 1979, *34*, 490. — 45. *Wilks, S.:* Trans. path. soc. Lond. 1857, *8*, 88.

FENISTIL® GÉL **G 100**

Antiallergica topica ***Külsőleges használatra***



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

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

ELLENJAVALLATOK:
Jelenleg nem ismeretesek.

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

FIGYELMEZTETÉS:
A kezelt bőrfelületet nem szabad hosszabb ideig napfény hatásának kitenni. Nem alkalmazható egyszerre nagyobb – főleg gyulladásos – testfelületre. Ez különösen érvényes csecsemőkre és kisgyermekekre.

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

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

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

Városi Kórház-Rendelőintézet, Sopron
Urológiai Osztály (főorvos: Váry László dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Urológiai Klinika
(igazgató: Balogh Ferenc dr.)

Adatok a hólyag—méh sipolyok felismeréséhez és kezeléséhez

Váry László dr., Corradi Gyula dr., Pánovics József dr., Maróti Miklós dr. és Balogh Ferenc dr.

Viszonylag ritka megbetegedés a hólyag—méh sipoly (HMS). 1825-ben *Mme La Chapelle* (3) különítette el először a kórképet a vesico-vaginalis fisztulától. 1947-ben *Laffont és Ezes* (10, 5) közölték az első HMS-t, amely császármetszés után keletkezett. Korábban a HMS-ok többsége a nehéz szülések (elhúzódó kitolási szak, fogóműtétek) szövődménye volt. A korszerű szülésvezetés eredményeképpen ma már nehéz szülés következtében kialakuló HMS-el ritkán lehet találkozni. Az utóbbi évtizedekben a leggyakoribb oka az *ismételt* szövődményes császármetszés.

1978-ban *Kottász és mtsai* (9) 152 esetet gyűjtöttek össze a világirodalomból (2) és maguk is közöltek egyet. A magyar irodalomból megemlítjük *Martzy* (12), *Batizfalvy* és *Boros* (1), *Noszkay* (14), *Magasi* (11) munkáját, valamint saját közleményeinket (4, 18). A HMS típusosan határterületi kérdés, a szerzők részben nőgyógyászok, részben urológusok (7, 8).

A sipolyok *keletkezésének* oka többféle lehet. Okozhatja intraoperatív sérülés, műtét utáni szövetelhalás, a hólyag és a méh között kialakuló gyulladásos eredetű infiltratum áttörése, vagy irradiatiós ártalom, illetve daganatos áttörés.

A betegek panaszai sokszor semmitmondóak. A legjellegzetesebb *tünet* a vizeletcsorgás a hüvelyből, a menstruáció idején jelentkező hematuria, mely cystitises panaszok nélkül is előfordulhat. Ezt a kórképet *Youssef* (15, 16, 17) menouriának nevezi. A francia irodalomban (2) „regle-vesicale"-nak jelölt tünet magyar elnevezésére *Corradi és mtsai* (4) a „havi hólyagvérzés" elnevezést javasolják, mely a kórképet pontosan meghatározza.

A havi hólyagvérzést csak típusos esetben látjuk, sokszor amenorrhoe társul a vizeletcsepegéshez, máskor normális menstruációs ciklus mellett csak vizeletcsorgás jelentkezik. Ilyenkor az ectopiás ureter-szájadék kizárása komoly diagnosztikus problémát jelenthet.

Gyakoriak a cystitis jellegű panaszok, melyek különösen akkor lehetnek félrevezetők, ha a szülést követően több év telt el. Ritkán jelentkezik láz, akut tüneteket (peritonitis, urosepsis) okoz a hasüregbe kerülő vizelet.

Előfordulhat tünetszegény vagy atípusos forma is, néha évek múlva kerül orvoshoz a beteg. Legtovább a csak hematuriával járó formát tűrik a betegek, vannak olyan közlések (2), melyek szerint 11, 16, illetve 19 éves panaszok után került felismerésre a HMS.

A tünetek változatosságát *Musset* (13) az uterus isthmusának különleges fiziológiájával próbálta magyarázni, de *Youssef* (16) vizsgálatai sem döntötték el ezt a kérdést egyértelműen. Feltételezésük szerint az isthmus záróizom-szerepet játszik a méhtest és méhnyak között. Amennyiben a sipolynyílás az isthmus felett van (vesico-corporalis sipoly), a tüneteket inkább a havi hólyagvérzés uralja, míg a mélyebben levő sipolynyílások esetén (vesico-cervicalis sipoly) a vizeletcsorgás a jellemző tünet.

A HMS *diagnózisának* felállításához az anamnezis adatai mellett i. v. urographia, cystographia, cystoscopia, vaginalis tamponvizsgálat és esetenként hysterographia lehet szükséges. A sipolyba vezetett ureterkatéteren keresztül feltölthető a sipolyjárat, nagyobb sipolynyílás esetén pedig cystographiával vagy hysterographiával kimutatható a hólyag és méh között fennálló összeköttetés.

Az *elkülönítő kórisménél* ki kell zárni az idült hólyaghurutot (mely különösen az évek óta fennálló pyuria, vizelet-elcsepegéssel, vagy ciklushoz nem társuló hematuriával járó eseteknél okozhat nehézséget), a menstruáció idején hematuriát okozó endometriosist, tumoros folyamatot (biopsia) és egyéb sipolyokat (pl. vesico-vaginalis sipoly), továbbá az inkontinencia minden egyéb formáját.

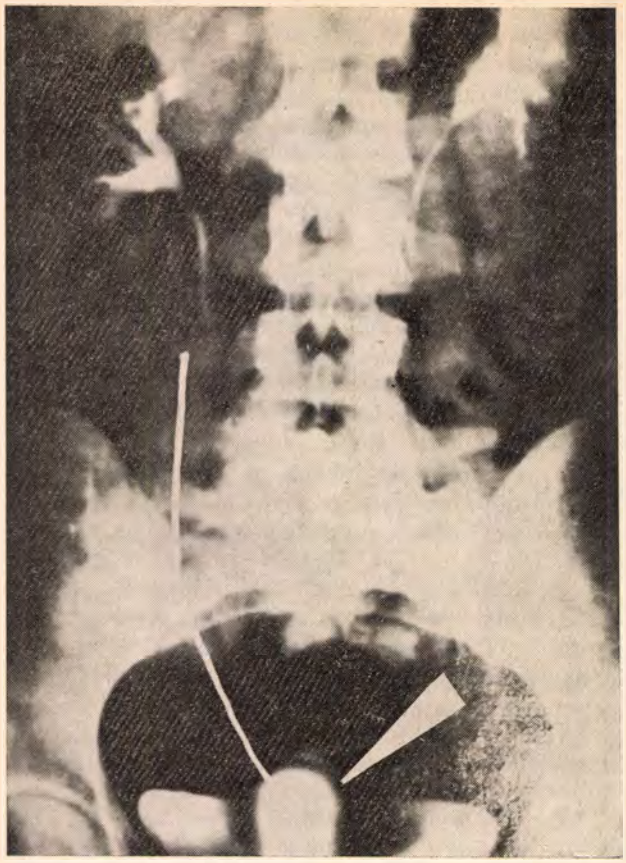
A *gyógyítás* általában sebészi, ritkán konzervatív. Ismeretes néhány spontán gyógyuló eset is, a közölt esetek kb. 1—2%-a (2, 6). Ezek általában kicsi sipolyok voltak, korán felismerték őket. Állandó katéter behelyezése mellett óvatos elektrocoagulatio kísérelhető meg a konzervatív kezelésben (6).

A sebészi ellátás a kombinált — transperitoneális és transvesicalis — megközelítésből a legbiztonságosabb. A hólyag és a méh szétválasztása után a sipolynyílás mindkét szerven egy vagy több rétegben zárható. Az uterus a beteg kora és általános állapota, anamnesise, illetve a sérülés mértékétől függően eltávolítandó, vagy rekonstruálható. Mérlegelni kell, hogy későbbi terhesség kiviselésére alkalmas-e az uterus, fennáll-e egyáltalán a terhesség lehetősége vagy igénye. Számítani kell későbbi terhesség esetén a lehetséges szövődményekre, bár zavartalan terhességről is beszámoltak (2).

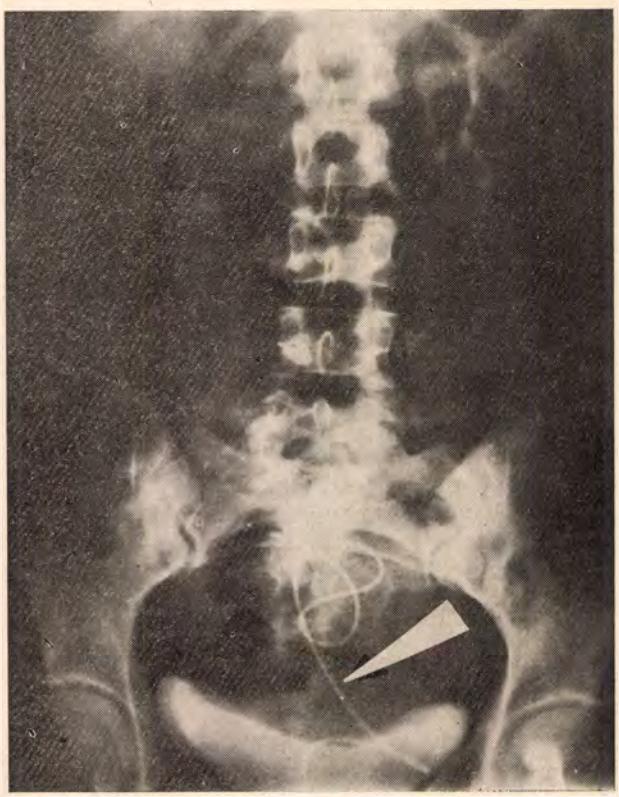
Tekintettel az ismertetett esetek kis számára, indokoltnak tartjuk, hogy négy beteg kapcsán beszámolunk saját tapasztalatainkról.

Esetismertetés

1. beteg: Sz. I.-né 31 éves nőbeteg *második* császármetszése után 3 évvel került klinikánkra a jobb oldali ureterszájadék mögött levő 10 fillérnyi ödémás területből származó, visszatérő makroszkópos vérzés és idült hólyaghurut miatt. Az ismételt szövettani vizs-



1. ábra: K. M.-né 34 éves nőbeteg 45 percre készült intravénás urographiás felvétele. Látható a méhtest kontrasztanyag-telődése ép húgyúti viszonyok mellett



2. ábra: V. I. 40 éves nőbeteg. A sipolynyíláson át felvezetett ureterkatéter a kismedencében helyezkedik el

gálatok idült gyulladást mutattak és teljes biztonsággal csak a műtét igazolta a HMS.-t. Méheltávolítást és két rétegben hólyagsipolyzárást végeztünk (op. dr. Balogh—dr. Zsolnay).

2. beteg: T. I.-né 36 éves nőbeteg *harmadik* császármetszése során hólyagsérülés történt, melyet intraoperatíve elláttak. A műtét utáni harmadik napon hüvelyéből váladékozás indult meg, a későbbiekben intermittáló vizeletcsorgás jelentkezett. Menstruációja normális volt. Hét hónappal később került klinikánkra. A jobb oldali ureterszájadék felett kis nyálkahártya-behúzódás volt látható, a méhnyakcsatornából vizeletszivárgás volt megfigyelhető. Méheltávolítást és két rétegben a hólyagsipoly zárását végeztük (op. dr. Balogh—dr. Zsolnay).

3. beteg: K. M.-né 34 éves nőbeteg *második* császármetszése után véres vizeletet észleltek. Állandó katéter behelyezésére ez megszűnt, a katétert két nap múlva eltávolították. Két héttel később szeptikus állapot alakult ki peritonealis izgalmi jelekkel. Osztályunkon a hólyagalap és hátsó fal határán 50 fillérnyi sipolynyílást találtunk. Uteruscsonkolást és három rétegben sipolyzárást végeztünk. Később hólyag—hüvely sipoly alakult ki, melyet eredményesen zártunk.

4. beteg: V. I. 40 éves nőbeteg *második* császármetszése során véres vizeletet észleltek. Állandó katétert helyeztek be, a hematuria megszűnt, katéterét a harmadik napon eltávolították. 12 nappal később HMS alakult ki. A húgyhólyag hátsó fala közepén volt a sipolynyílás, a méhnyakcsatornából észlelni lehetett a vizeletszivárgást. Heveny tünetek hiányában állandó katétert helyeztünk be, melynek hatására a vizeletcsorgás azonnal megszűnt. Nyolc hét után távolítottuk el katéterét, az ismételt hólyagtükrözés a sipoly helyén kis nyálkahártya-behúzódást mutatott. Több mint két éve a beteg panaszmentes, rendszeres ellenőrzésre osztályunkra bejár.

A 3. és 4. betegünk sipolyát bizonyító röntgenfelvételeket az *1. és 2. ábrán* mutatjuk be.

Megbeszélés

Anyagunkban mind a négy beteg anamnézisében ismételt császármetszés szerepelt, egyik esetünkben a harmadik császármetszés után alakult ki a HMS. A sipoly kialakulásához vezető műtétek során két esetben hólyagsérülés történt, melyet elláttak ugyan, mégis kialakult a sipoly, mivel korán, két, illetve három nap múlva eltávolították az állandó katétert (2. és 3. eset). Az első esetben a kialakult infiltrátum vezetett a késői hólyagfal nekrózishoz, az utolsó esetben pedig a vérzéscsillapító öltések következtében fellépő korai hólyagfalelhalás lehetett a sipoly kialakulásának oka.

Első betegünk panaszai (idült hólyaghurut, hematuria) félrevezetőek lehettek volna a kivizsgálás kezdetén, csak az anamnézisben szereplő, három évvel korábban végzett császármetszés terelte a gyanút a HMS-ra, melyet a feltárás igazolt. A 2. és 4. betegünkön látható volt a méhszájból a vizeletcsorgás, a 3. betegünkön az urosepsis volt a vezető klinikai tünet.

Eseteinkben két alkalommal méheltávolítást, egy alkalommal méhcsonkolást végeztünk. Mindhárom betegünknek egy vagy több gyermeke volt és a sérülés mértéke sem tett volna lehetővé újabb terhességet. Leghelyesebb, ha a műtét nőgyógyász bevonásával történik, így jártunk el mindhárom operált esetünkben. Negyedik betegünkön a heveny tünetek hiánya lehetővé tette, hogy a műtét nélküli megoldás eredményes lehessen. Ebben az esetben az infectio megelőzése érdekében nem végeztük el a sipoly kontrasztanyagos feltöltését. A

nyolc hétig folytatott rendszeres katétercserével sikerült elérni, hogy a sipoly záródott.

A megelőzés szempontjából három gondolatot szeretnénk kiemelni:

1. Ismételt császármetszések során mindig fennáll a HMS veszélye a heges összenövések és az anatómiai helyzet megváltozása miatt. A mind gyakrabban végzett császármetszések fokozott lehetőséget teremtenek e szövődmények kialakulására.
2. A császármetszés során felismert és ellátott hólyagsérülések utókezelésében nem elegendő az állandó katéter néhány napos bent tartása (két betegünkön ez így történt). A hólyagseb gyógyulása érdekében a hólyagműtéteknél szokásos ideig szükséges az állandó katéter alkalmazása.
3. Alapvető feltétel a nőgyógyászok és az urológusok szoros együttműködése a sipolyok keletkezésével járó okok műtét közbeni megszüntetésében, vagy a már kialakult sipolyok esetén a határterületi probléma műtéti megoldásában.

Köszönetünket fejezzük ki *Zsolnay* professzor úrnak (Semmelweis OTE II. sz. Női Klinika) és *Major* főorvos úrnak (V. T. Kórház) közreműködésükért.

Összefoglalás: A hólyag—méh sipoly a hazai és a világirodalomban egyaránt ritka kórkép (150—160 eset). A szerzők négy esetet ismertetnek. A hólyag—méh sipoly leggyakrabban ismételt császármetszések után keletkezik, régebben a nehéz szülések szövődménye volt. Típusos tünet a vizeletcsorgás, a havi hólyagvérzés vagy amenorrhoe, illetve ezek kombinációja. Előfordulnak atípusos esetek, ilyenkor az anamnézisben szereplő császármetszések terelhetik helyes irányba a figyelmet. Az atípusos esetekben a diagnózis felállítása a legnehezebb. A hólyag-méh sipoly megoldása általában sebészi, ritkán konzervatív. Az eredményes megelőzés és kezelés alapvető feltétele a nőgyógyász és az urológus szoros együttműködése.

IRODALOM: 1. *Batizfalvy J., Boros J.:* Magy. Nőorv. L. 1956, *19*, 65. — 2. *Baumel, H. és mtsai:* J. Chir. (Paris) 1976, *110*, 307. — 3. *Mme La Chapelle:* Pratique de l'art des accouchements. Paris, 1825. — 4. *Corradi, Gy. és mtsai:* Urol. Nephrol. Szle. 1980, 7, 169. — 5. *Ezes, M. és mtsai:* Bull. Féd. Gynec. Obstét. France 1972, *42*, 269. — 6. *Graziotti, P., Lombo, A., Artiboni, W.:* J. Urol. 1978, *120*, 372. — 7. *Jumasheva, Z. A.:* Akush. Ginekol. (Moszkva) 1977, *10*, 68. — 8. *Käser, O., Ikle, F. A.:* Atlas des Gynecologischen Operationen. Georg Thieme Verlag, 1965. — 9. *Kottász S. és mtsai:* Urol. Nephrol. Szle. 1978, *5*, 98. — 10. *Laffont, A., Ezes, M.:* Gynéc. et Obstét. 1947, *46*, 248. — 11. *Magasi P., Páczelt F.:* Magy. Seb. 1976, *29*, 324. — 12. *Martzy, I.:* Magy. Nőorv. L. 1949, *12*, 117. — 13. *Musset, T., Mazingarbe, A.:* Presse méd. 1950, *58*, 763. — 14. *Noszkay A.:* Szülészeti és nőgyógyászati húgyszervi sérülések. Doktori értekezés. 1956. — 15. *Youssef, A. F.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1957, *73*, 759. — 16. *Youssef, A. F.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1958, *75*, 1305. — 17. *Youssef, A. F.:* Gynecological Urology. Thomas Ch. Sprinfield, 1960. — 18. *Váry L., Corradi Gy.:* Urol. Nephrol. Szle. 1980, 7, 177.

VENORUTON

gél

H 600

Antivaricosica

KÜLSŐLEGES

HASZNÁLATRA

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β-hydroxyaethyl)-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 bütyök, lúdtalp stb.);
különböző mikrocirculatiós 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.

QH
1449

Sapilent®

drazsé, inj.

antidepressivum

ÖSSZETÉTEL: 25 mg trimipraminum drazsénként; 25 mg trimipraminum (2 ml) ampullánként.

JAVALLATOK: Endogén depressziók enyhe formái, endo- és pszichoreaktív depressziók, organikus betegségek okozta depresszív állapotok, dysthymiás psychopathia, psychasthenia.

ELLENJAVALLATOK: Májkárosodás, kardiális insufficientia, ischaemiás szívbántalmak, vizeletretenció, terhesség.

ADAGOLÁS: Individuális. **Felnőtteknek intézeti kezelés esetén** a betegség heveny stádiumában a szokásos kezdő adag 75–100 mg/die (3–4 drazsé), 2–3 egyenlő részre elosztva. A kezdő adag az állapot súlyosságától függően fokozatosan növelhető napi 300–500 mg-ra. A tünetegyüttes kedvező alakulása esetén a napi adag fokozatosan csökkenthető 50–150 mg-ra, s ez a fenntartó adag több héten át adható.

Parenterálisan napi 50–100 mg (2–4 amp.) im., 2–4 részletben, a kezelés csak intézetben végezhető! Az első napokban szigorú ágynyugalom szükséges.

Ambulanter csak orálisan alkalmazható. A kezdő adag 50–75 mg/die (2–3 drazsé), 2–3 részletben, amely napi 150 mg-ig növelhető.

Gyermekeknek csak a gyermekpszichiáter által megállapított egyéni adagban adható!

Major és minor trankvillánsokkal, ES kezeléssel kombinálható.

MELLÉKHATÁSOK: Szédülés, aluszékonyság, szájszárazság, tremor, ortosztatikus hipotenzió, fejfájás, paraesthesia, gastrointestinalis izgalom; nagyobb adag után extrapyramidalis izgalom, epileptiform görcs.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos együtt adni

– MAO-inhibitorral (centrális izgalom fokozódik).

Óvatosan adható

– fenitoinnal (epileptiform rohamok jelentkezhetnek);
– adrenerg blokkoló antihipertenzívumokkal (antihipertenzív hatásukat megszünteti);
– fenotiazinokkal, benzodiazepinekkel (centrális nyugtató, ill. anticholinerg hatás fokozódása);
– szimpatomimetikumokkal (fokozott vérnyomásemelkedés);
– thyroidokkal (antidepresszív hatás fokozódik).

FIGYELMEZTETÉS: MAO-inhibitor szedése után a Sapilent-terápia megkezdése előtt 3–6 hét szünetet kell tartani! A gyógyszer adagolása fokozott óvatosságot igényel glaucoma, vesebetegség, prostata-hypertrophia, organikus agyi károsodás, epilepszia esetén. A váltakozó fázisokban jelentkező mániás depresszió kezelésében alkalmazva a depressziós szakot gondosan ellenőrizni kell, hogy a mániás fázisba való átváltás első jeleire a gyógyszer adagolását leállíthassuk.

Hosszan tartó kezelés esetén a vérképet és a májfunkciót időnként ellenőrizni kell.

Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

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

MEGJEGYZÉS: Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Csak vényre adható ki. A **drazsét** az orvos csak akkor rendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Az **injekciót** azon szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS: 50 drazsé 3,– Ft, 10 amp. (2 ml) 3,– Ft.



EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

VEROSPIRON®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Máj-cirrhosis ascitesszel, cardialis és renalis oedema, agyoedema, idiopathikus oedema. Ascitesszel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertoniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myasthéniás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portocavalis shunt-műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

A diagnosis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni. Általában napi 4-szer 2 tabletta (200 mg) a kezdő adag (pl. 6 óránként 2 tabletta). Az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével célszerű a napi adagot változtatni. Szükség esetén a napi adag 4×3 tablettáig is növelhető (300 mg).

A diuresis általában a 3—6. nap között fokozódik. Ezután fenntartó kezelésre lehet áttérni: naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron adása mellett diureticumok intermittáló adása javasolt. Hypertonia kezelésére az előírt antihypertensiv szer hatását naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron szedésével lehet kiegészíteni.

Gyermekgyógyászatban használatos adagja 2—3 mg/testsúlykg naponta, fenntartó kezelésre 1—1,5 mg/testsúlykg naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynaecomastia, menstruatiós zavarok. Verospiron adása magas szérumkáliumszint esetén csak kivételes esetben rendelhető, mert további káliumszint-emelkedést hozhat létre. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig még nem ismeretes, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospironkezelés során a szérum-Na és -K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 11,40 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PRODECTIN®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve mindazon obliterativ verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.
Cerebrovascularis keringészavarok.
Obliterativ szemészeti angiopathiák.
A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható obliterativ coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3×1 tabletta, majd a kezelés napi 3×2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3×1 tabletta. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.



MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitatiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.
A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatologiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.
Az orvos akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta, térítési díj: 12,60 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Gyermekklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

Serum creatin—phosphokinase (CPK) aktivitás vizsgálatok dystrophia musculorum progressivás betegekben és családtagjaikban a génhordozó állapot kimutatására

László Aranka dr. és Salgó László dr.

A serum creatin-phosphokinase (CPK) aktivitásának heterozygota tesztként történő felhasználásával több szerző foglalkozott, így *Schapira és mtsai* (17), *Huhgs* (7), *Richterich és mtsai* (13), *Dennis és mtsai* (2).

A genetikai tanácsadás jelentős problémája a normális serum CPK-szintű valószínűsített génhordozó. *Emery* és *Morton* (4/a) kidolgozott egy matematikai képletet a normális serum CPK-szintű nők génhordozó valószínűségére, számításba véve azt, hogy az érintett fiútestvér vagy fiúgyermek miatt génhordozónak valószínűsített nőnek, illetőleg édesanyjának hány egészséges fiútestvére és fia van. *Zatz és mtsai* (21) állapították meg, hogy a valószínűsített génhordozó egészséges leányainak serum CPK szintje is hasznos információt adhat. *Emery és Holloway* (4) 1968-as matematikai képletüket módosították a sporadikus esetekre alkalmazza, ezen képlet magában foglalja a valószínűsített génhordozó egészséges leányainak és leánytestvéreinek serum CPK szintjét is.

Klinikánk anyagcsere-genetikai ambulanciáján gondozott Duchenne-típusú DMP-s betegek családjában végzett serum CPK-aktivitás vizsgálatokról számolunk be, melyeket a génhordozó állapot felderítése céljából végeztünk.

Vizsgálati anyag és módszer

A serum CPK-aktivitás meghatározás 26 DMP-s hemizygota gyermek, 22 DMP-s gyermek anyja (ebből 2 obligatorikus génhordozó: B. M.-né 3 érintett fiúgyermekkel és Zs. L.-né 2 érintet fiúgyermekkel; és 20 valószínűsített génhordozó: 1 DMP-s gyermekkel, negatív családi anamnézissel) és 52 családtag esetében történt. Utóbbiak a beteg leány és fiútestvérei, valamint a beteg gyermek anyjának leánytestvérei, illetve azok leánygyermekei voltak.

Családvizsgálat

10 DMP-s családban került sor részletes genetikai anamnézisfelvételre, ennek, valamint a serum CPK aktivitás értékek alapján megszerkesztve a családfákat, analizáltuk az öröklődésmenetet, továbbá az *Emery* és *Holloway* (4) f. genetikai, ma-

1. táblázat. **CPK-aktivitás értékek DMP-s családokban**

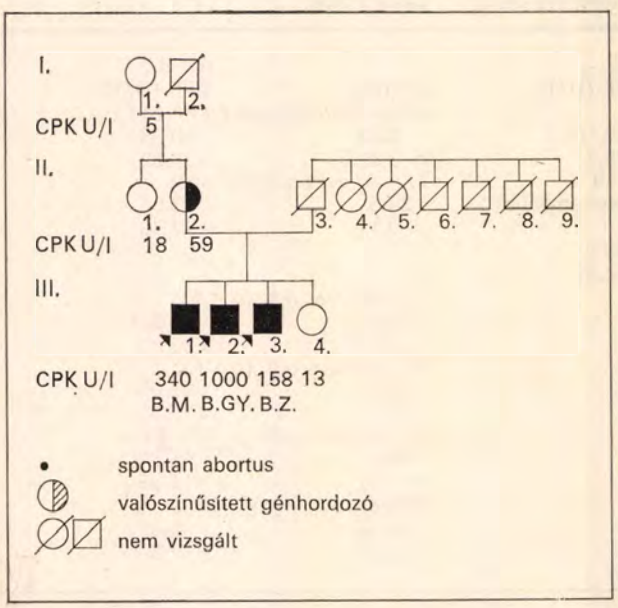
DMP-hemizygota fiúgyermekek		DMP-génhordozó nők (valószínűsített)		Családtagok	
	n = 27		n = 22		n = 52
	kor (év)	CPK (U/1)	kor (év)	CPK (U/1)	kor (év) CPK (U/1)
					16 év alatti leányok (n = 16)
átlag	10,67	557,85	34,5	66,18	6,43 40,83
S. D.	± 5,92	±553,99	± 5,04	±58,7	± 3,81 ±34,52
			n = 19		*17—30 éves nők* (n = 12)
			(a 3 első génmutatiós eset anyjának kivételével)		24,5 33,5
					± 3,11 ±12,36
			34,0	80,0	
			± 4,61	62,37	
					31—40 éves nők (n = 6)
					36,0 35,5
					± 2,6 ±14,33
					41—50 éves nők (n = 6)
					45,5 53,0
					± 3,2 ±75,78
					51—60 éves nők (n = 3)
					60,0 19,33
					± 1,0 ±19,85
					Fiúk és férfiak (n = 9)
					24,44 32,67
					±21,3 ±14,5

2. táblázat. **Génhordozó-valószínűségi értékek DMP-s családokban**

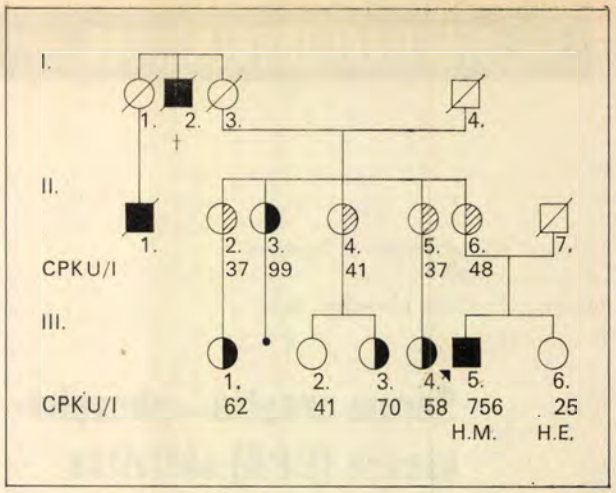
DMP-s család (családfa szám, genetikai jelzés)	cP (=génhordozó valószínűségi érték)	Öröklődés typus
1. *B. család*		
II/2	0,56	x-hez kötött recessiv
2. *H. család*		
II/6	0,69	x-hez kötött recessiv
II/2	0,46	
II/3	0,86	
II/4	0,84	
II/5	0,46	
III/6	0,36	
3. *V. család*		
I/3	0,83	x-hez kötött recessiv
4. *L. család*		
I/3	0,79	x-hez kötött recessiv
I/1	0,55	
5. *Zs. család*		
I/1	0,20	x-hez kötött recessiv
6. *M. család*		
I/5	0,68	x-hez kötött recessiv
II/9	0,81	
7. *Sz. család*		
I/3	0,86	x-hez kötött recessiv
I/1	0,82	
8. *K. család*		
I/1	0,13	első génmutatio?
9. *G. család*		
I/1	0,87	x-hez kötött recessiv
II/2	0,187	
10. *P. család*		
I/3	0,17	első génmutatio?

tematikai képlettel kiszámítottuk a génhordozó valószínűségi rátát.

A serum enzym-aktivitás meghatározása *Forster és mtsai* (5) módszerével történt creatinphosphat substrat használatával Boehringer-féle monotesttel. Normális értékhatárnak a 0—50 mU/ml-t vettünk irodalmi adatok alapján (19). Az obligatorikus génhordozó az a személy, akinek legalább két gyermeke DMP-ben szenved, vagy csak egy olyan beteg rokona van, akihez fűződő rokoni kapcsolata az X-hez kötött öröklésmenet alapján lehetővé teszi a génhordozást és 50 U/l feletti értéke van. Valószínűsíthető génhordozó az az 1 DMP-s gyermeket szült anya, akinek magának normális ugyan a CPK-szintje, de leányai vagy a család oldalági nőtagjai között emelkedett CPK-szintű egyén van. A harmadik csoport azon nőkből áll, akik lehetnének ugyan hordozók, de a fenti kritériumok egyike sem áll fenn, a negyedik csoport az egyéb családtagok.



1. ábra.

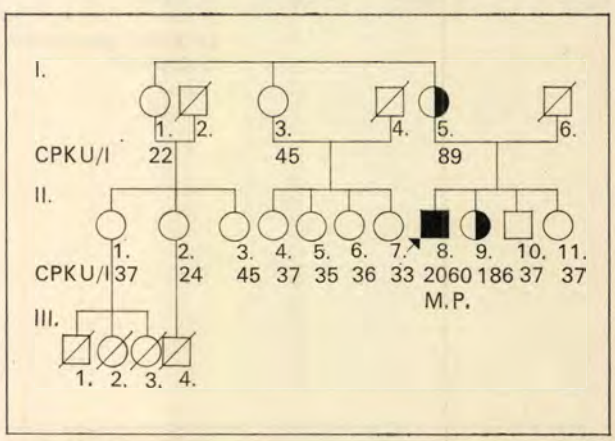


2. ábra.

Eredmények

Az egyes csoportok CPK aktivitás értékeit az *1. táblázatban* tüntettük fel. A DMP-s hemizygota csoport CPK akivitás átlaga 557,85 U/l volt a 2 obligatorikus génhordozó CP Kszintje 59 U/l és 15 U/l volt, a 20 valószínűsített génhordozó közül 8 esetben kaptunk emelkedett aktivitást. DMP-s gyermeket szült 22 anya serum CPK átlaga 66,1 U/l volt, a 3 mínusszal jelzett (feltételezetten első génmutatiós) egyén kivételével pedig 80,0 U/l-nek bizonyult.

A női családtagok CPK átlagait korcsoportra vonatkozóan adtuk meg, a 16 év alattiak átlaga



3. ábra.

40,8 U/l, a 17—30 éveseké 33,5, a 31—40 éveseké 35,5, a 41—50 éves korcsoporté 53,0, míg az 51—60 éves csoporté 19,3 U/l volt.

A serum CPK szintek és a családi genetikai anamnesis alapján *nyilvánvalóan x-hez kötött recesszív öröklődést* a felvett családfák elemzése segítségével 5 családnál igazoltunk. Közülük néhány családfát ábrázoltuk. Az *1. ábrán* 3 fiúgyermek DMP-s, B. M., B. Gy., B. Z., a *2. ábrán* érintett H. M. fiúgyermek (2. családként feltüntetve a *2. táblázaton*, a *3. ábrán* érintett M. P. fiú *(2. táblázaton* 6. család).

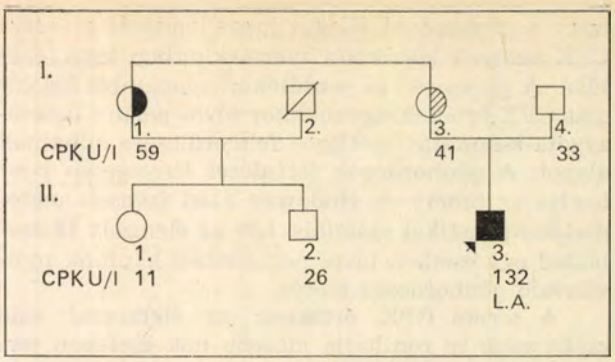
Nagy valószínűséggel x-hez kötött recessiv öröklődésmenet áll fenn L. A. családjában *(4. ábra, 2. táblázaton* l. 4. család), ahol az anya CPK-szintje ugyan nem haladja meg a normális érték felső határát, de kora szerint magasabb aktivitású, perdöntő az öröklődésmenet megállapításában az anya leánytestvérének (I/l) emelkedett CPK-szintje, amely génhordozó állapotra utalt. Ugyanezen csoportba sorolható Zs. Cs. családja *(5. ábra, 2. táblázaton* 5. család), ahol két fiútestvér volt érintett DMP-s, az anya normális CPK aktivitása ellenére kizárható az első génmutatiós eredet, x-hez kötött recessiv öröklődésnek kell fennállnia. Ezen esetben az anyai serum CPK-analysis nem jelezte a valószínűsíthető génhordozást.

Első génmutatiós esetnek tartható K. M. *(2. táblázaton* 8. család) és P. Z. *(2. táblázaton* 10. család (l.: *6. ábra),* ahol terhelő genetikai anamnesis nem szerepel, a női családtagok CPK-szintje normális.

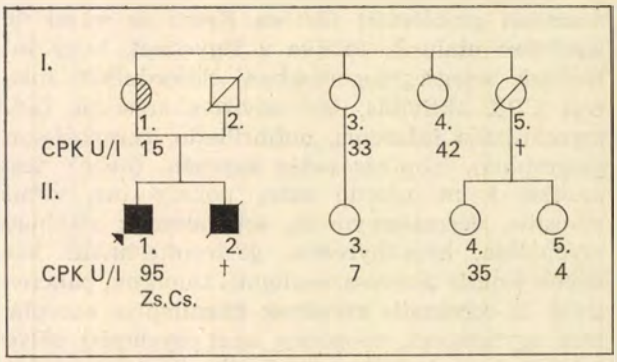
Nicholson és mtsai (12) közleménye alapján kiszámítottuk a különböző generációhoz tartozó carrierek csoportjában a génhordozó felfedési rátát, ezek szerint 19 össz-génhordozó anya közül a CPK 10 esetben volt emelkedett, azaz kimutatta a heterozygota státust, míg 9 esetben normális értéknek megfelelve téves negativitást adott.

A génhordozók leányainak csoportjában a 16 évnél fiatalabbak között 4 esetben mutatkozott fokozott CPK aktivitás, 6 esetben normális aktivitást kaptunk. H. M. családjában *(2. ábra)* a CPK génhordozó-kimutatási értéke közepes mérvű volt (II/3, III/1, III/2, III/3, III/4, III/6), mivel 6 esetben egyértelműen jelezte a génhordozó státust, ill. az egészséges homozygotaságot (III/2, III/6), u. a. 4 esetben a normális határértéket nem haladta meg nyilvánvalóan génhordozó személyeknél, akiknek génhordozóknak kell lenniök, mivel bizonyítottan génhordozó gyermekük van, akiknek a DMP-s gént továbbadták.

Emery és Holloway (4) által ajánlott matematikai számítás szerint a DMP-s családok egyes nőtagjaira vonatkozóan kiszámított génhordozó-valószínűségi értékeket a *2. táblázatban* foglaltuk össze, feltüntetve az öröklődéstípust is. X-hez kötött recessiv öröklődés esetében a génhordozó-valószínűségi értéket az anyákra vonatkozóan 0,56, 0,69, 0,83, 0,79, 0,20, 0,68, 0,86, ill. 0,87-nek kaptuk. Egyedül a Zs. család esetében *(5. ábra)* adódott 0,56 alatti érték, nevezetesen 0,20, itt az ajánlott matematikai képlet téves negativitást adott. Első génmutatiós eredetet 2 esetben vettünk fel, a kapott alacsony génhordozó-valószínűségi érték alapján (8., 10. család esetében) 0,20, ill. ez alatti valószínűségi érték alapján. A felső határ, a 0,20-as érték vitatható a génmutatiós tény szempontjából, mivel ugyanezen értékeket kaptuk a már említett Zs. családban, ahol a családi genetikai adatok alapján az öröklődésmenetnek x-hez kötött recessivnek kell lennie.



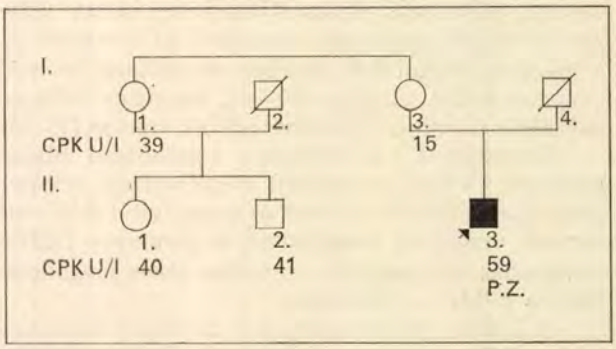
4. ábra.



5. ábra.

Megbeszélés

A serum CPK meghatározásával történő génhordozó kimutatási ráta szempontjából *Nicholson és mtsai* (12) az életkor szerepét vizsgálták, megállapítva, hogy a teljes génhordozó anyagukban a kimutatási ráta 53% volt, míg a génhordozók átlag 16 éves korú leányaiban 45%, a 16 év alatti fiatal génhordozók csoportjában pedig jóval magasabb, kb. 90% volt a génhordozó kimutatási ráta, jelezve,



6. ábra.

hogy a génhordozó állapot megállapítását a serum CPK analyzis leginkább gyermekkorban teszi lehetővé. A gyermek- és serdülőkori magasabb fiziológiás CPK értékek ugyanakkor téves pozitív heterozygota-kimutatás esetleges felmerülésére adhatnak alapot. A génhordozók felfedését lényegesen pontosítja az Emery és Holloway által javasolt matematikai-genetikai számítás, bár az elemzett 13 családból egy esetben téves negativitást kaptunk nyilvánvaló génhordozás esetén.

A serum CPK értéknek az életkorral való csökkenése se ronthatja idősebb nők esetében történő génhordozósággal kapcsolatos állásfoglalást, ezen problémák megnehezítik a genetikai tanácsadás mindennapos gyakorlatát, ezért hangsúlyozzuk a több generációra kiterjedő genetikai anamnesis-felvétel szükségességét, minél több anyai leánytestvér és a beteg fiúgyermek leánytestvére esetében végzett serum-CPK analyzis elengedhetetlen voltát. DMP-s családok nőtagjai között az irodalommal megegyezően a korral való CPK-aktivitás csökkenést találtuk, a 41—50 éves csoport magasabb enzymaktivitás-átlagát az alacsony vizsgálati szám miatt nem tarthatjuk informatívnak.

Az emelkedett serum-CPK differenciál diagnosztikai problémáit illetően *Keutz és mtsai* (9). közlésére utalunk, felhíva a figyelmet, hogy különböző betegségcsoportokban előfordulhat fokozott CPK aktivitás, így szívizomkárosodás (acut myocardialis infarctus, defibrillatio, coronaria-angiographia), izomkárosodás kapcsán (nehéz testi munka, i. m.-injectio után, polimyositis, viralis myositis, dermatomyositis, scleroderma, alkoholos myopathia, hypothyreosis, gastrointestinalis kórképek (colitis ulcerosa, malignus tumorok, pancreatitis), és cerebralis kórképek (meningitis, encephalitis, agytumorok, apoplexia, acut psychosis), súlyos intoxicatio, arterialis embolisatio, hyperpyrexia és graviditás kapcsán.

Keutz és mtsai (9) hypothyreoticus beteganyagukon signifikáns serum össz-CPK aktivitás fokozódást közöltek, melyet membránpermábilitás-fokozódással, illetve a thyroxin direkt CPK-gátló hatásával magyaráztak.

Lipcsei és mtsai (10. b—c) DMP-s családokban végzett CPK, aldolase, GOT, GPT enzymaktivitásvizsgálatok közül genetikai szempontból a CPK mérését találták a legértékesebbnek, amely a génhordozók kimutatására és a DMP praeklinikus szakára is utal. Utóbbi alapján elkülöníthetők a myogen és neurogen izomatrophiák (10—a). Az előbbi két csoport differenciál diagnostikájában a serum aldolase vizsgálat ugyancsak megfelelő információt ad, a myogen folyamatok esetében mutatkozó fokozott enzymaktivitás alapján (10—d), ugyanígy felhasználható a serum GOT aktivitásának mérése (10—e).

Dubowitz (3) a lehetséges génhordozó állapot normális CPK-szint melletti megállapítása céljából javasolja az izombiopsiával és quantitatív EMG-vel történő vizsgálati kiegészítést, a genetikai DMP-s tanácsadás nehézségeire, váratlan téves megállapításaira felhíva a figyelmet.

A DMP-s génhordozók kimutatására számos, a serum-CPK aktivitás mérésen kívüli kísérlet történt. Így *Roses és mtsai* (14—16) az erythrocyta-membrán protein-kinase változást észleltek DMP-ben, a génhordozó membrán proteinjeinek II-es frakciójában signifikánsan emelkedett phosphorylatiót bizonyították a DMP-s homozygotákhoz hasonlóan.

Albert és *Samaka* (1) szerint a serum pyruvat kinase szint megbízhatóbb heterozygota teszt, mint a CPK. *Yamuna és mtsai* az előbbi szerzők véleményét nem tudták megerősíteni serum-CPK és pyruvat kinase vizsgálat alapján, mivel PK emelkedését az obligatorikus génhordozók 10, illetve 14%-ában találtak a madrasi és edinburghi csoportban és a lehetséges génhordozók 10—10%-ában, ezzel szemben a CK emelkedést az obligatorikus génhordozók 60, ill. 71%-ában, a lehetséges carrierek 50, ill. 40%-ában igazoltak.

A DMP génhordozók vörösvérsejt-membránjának palmitoleinsav tartalma — csökkent normális egyénekkel összehasonlítva. A zsírsavváltozás az alacsony membrán triglycerid tartalommal látszott összefüggésben állani, ezen adat a hordozó állapot kimutatását biztosíthatja *Howland* (6) szerint.

A DMP-s esetek kb. 1/3-át az anyai petesejt mutatiója következményének tartják *(Hutter és Thompson)* (8). Saját anyagunkban a génhordozó valószínűségi ráta számítása alapján 13 DMP-s beteg közül 2 esetben kaptunk első génmutatióra utaló eredményt.

Összefoglalás: A szerzők dystrophia musculorum progressivás családok esetében végeztek serum-CPK-aktivitás vizsgálatot a génhordozó állapot felderítése céljából. A genetikai anamnesis és a CPK-szintek alapján felvett családfák segítségével állapították meg az öröklődésmenetet, továbbá a módosított Emery—Holloway-f. matematikai genetikai képlet segítségével határozták meg a génhordozó valószínűségi rátát.

IRODALOM: 1. *Alberts, M. C., Samaka, F. J.:* Neurology (Minniap.) 1974, *21*, 462. — 2. *Dennis, N. R. és mtsai:* Brit. Med. J. 1976, *2*, 577. — 3. *Dubowitz, V.:* Arch. Dis. Childh. 1976, *51*, 325. — 4. *Emery, S. E. H., Holloway, S.:* Hum. Hered. 1977, *27*, 118. — 4/a. *Emery, A. E. H., Morton, R.:* Acta genet. Statist. med. 1968, *18*, 354. — 5. *Forster, G. és mtsai:* Creatin-Kinase. Bestimmung mit Creatin-prosphat als Substrat. Bp. 755 in H. U. Bergmeyer ed. Methoden der Enzymatischen Analyse. 2nd German ed. Verlag Chemie, Weinheim 2 vols. — 6. *Howland, J. L.:* Science, 1977, *198*, 309. — 7. *Hughes, B. P.:* British Medical Journal, 1962, *2*, 963. — 8. *Hutton, E. M., Thompson, M. W.:* Canad. Med. Ass. J. 1976, *115*, 749. — 9. *Keutz, M. és mtsai:* Dt. Gesundh.-Wesen, 1979, *34*, 2588. — 10/a. *Lipcsey A.:* Ideggyógyászati Szemle 1968, *9*, 406. — 10/b. *Lipcsey A.:* Ideggyógyászati Szemle 1969, *9*, 403. — 10/c. *Lipcsey A.:* Ideggyógyászati Szemle 1968, *8*, 349. — 10/d. *Lipcsey A., Varga J.-né:* Ideggyógyászati Szemle 1968, *8*, 329. — 10. *Lipcsey A., Szabadi E., Fekete I.-né:* Ideggyógyászati Szemle 1968, *12*, 546. — 11. *Morton, A. E. H. R.:* Acta genet. Statist. med. 1968, *18*, 534. — 12. *Nicholson, G. A. és mtsai:* Lancet 1979, *692*, 8118. — 13. *Richterich, R. és mtsai:* American Journal of Human Genetics, 1963, *15*, 133. — 14. *Roses, A. D., Herbstreith, M. H. Appel, S. H.:* Nature, 1975, *254*, 350. — 15. *Roses, A. D., Appel, S. H.:* J. Neurol. Sci. 1976, *29*, 185. — 16. *Roses, A. D. és mtsai:* J. Neurol. Sci. 1976, *30*, 167. — 17. *Schapira, F. és mtsai:* Rev. Franc. Etud. Cliniq. Biologiq. 1960, *5*, 990. — 18. *Skinner, R., Emery, A. E. H.:* Lancet, 1974, *ii*, 1023. — 19. *Szász G. és mtsai:* Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 829. — — 20. *Yamuna, S. és mtsai:* Clin. Chim. Acta, 1977, *79*, 277. — 21. *Zatz, M., Frota-Pessoa, O., Peres, D. A.:* Hum. Hered. 1975, *25*, 354.

Ráckevei Járási Hivatal Szakorvosi Rendelőintézet, Szigetszentmiklós

A halvaszületés és csecsemőhalálozás alakulása házasságon kívül születetteknél az 1971—1978. években

Szabó Raffael dr. és Rex-Kiss Béla dr.

Ismeretes, hogy a házasságon kívül születettek — többek között — abban különböznek a házasságból születettektől, hogy közöttük alacsonyabb a fiúk aránya, nagyobb a születési sorrend átlagértéke, azóta eltelt idő e témával kapcsolatos országos adatait ismertetjük és kritikailag értékeljük. Jelen közleményben elsősorban a halvaszületés és a csecsemőhalandóság alakulásával kapcsolatos vizsgálataink eredményeiről számolunk be. A házasságon kívüli születések társadalmi és népesedéspolitikai vonatkozásainak tárgyalásától tudatosan eltekintettünk. Elsősorban azért, mert nemcsak *Salamon*, hanem *Pázmányi* és *Hegedűs* már említett (az Orv. Hetilap 1971. évi 31. számában megjelent) dolgozatukban ezzel a kérdéssel részletesen foglalkoztak. Ezenkívül a Magyar Nőorvosok Lapjában megjelenés alatt álló dolgozatunkban a házasságon kívüli születések társadalmi aspektusait is tárgyaljuk.

Forrásmunkaként elsősorban a Központi Statisztikai Hivatal hivatalos kiadványait használtuk fel (1). Részletesen az 1971—1978. évek adatait dolgoztuk fel, azonban — ahol erre szükség volt — figyelembe vettük az előző évek adatait is. Tájékoztatásul közöljük, hogy az 1971—1978. időszakban 12 070 halvaszületés és 42 727 csecsemőhalálozás történt összesen. A halvaszületések közül 1057 (8,8%) történt házasságon kívül. A csecsemőhalottak közül 4236 született házasságon kívül (9,9%).

Az *1. táblázatban* feltüntettük a *halvaszületések arányának* alakulását 1948-tól összesen és külön mindkét származási csoportban. Mint látható, az összes és a házasságból születettek halvaszületési rátája fokozatos és egyenletes csökkenést mutat (kivéve az 1977. évet). Ezzel szemben a házasságon kívüli születések esetében a csökkenési tendenciában elég nagy az éves ingadozás. Fontos információt kaphatunk, ha megvizsgáljuk a házasságon kívüli halvaszületési arány többletének alakulását, összehasonlítva a házasságból születettek halvaszületési arányával (I. táblázat, 4. oszlop). Mint látható, a vizsgált időszakban 27—70%-os többlet mutatkozik az arányszámokban a házasságon kívül halvaszületésekben. Az értékek jelentősen ingadoznak évenként és inkább emelkedő tendenciát mutatnak.

1. táblázat. **A házasságból és házasságon kívül halvaszületettek arányának alakulása az 1948—1978. években**

Évek	Halvaszületések (1000 születésre számítva)			Házasságon kívüli halvaszül. arány többlete (%)
	Összes	Házasságból	Házasságon kívül	
1948	24,0	23,5	29,9	27
1961	12,4	12,0	16,6	38
1970	10,0	9,9	13,2	36
1971	10,0	9,8	13,8	41
1972	9,2	8,8	14,8	68
1973	8,9	8,5	14,3	68
1974	8,9	8,6	12,7	48
1975	8,2	8,0	11,3	41
1976	8,1	7,9	10,8	38
1977	8,8	8,5	13,8	62
1978	8,0	7,7	13,1	70
Átlag (1970—1978)	8,9	8,6	13,1	52

az elsőszülöttek aránya és — ami a legfontosabb — magasabb a halvaszületési és csecsemőhalandósági arány. Mindezekkel a kérdésekkel *Salamon* 1964-ben és 1968-ban megjelent közleményeiben részletesen foglalkozott, alapul véve az 1961-ig, ill. 1965-ig terjedő hazai statisztikai adatokat (6, 7). *Pázmányi* és *Hegedűs* 1971-ben a sátoraljaújhelyi járás lakosságában végzett felméréseket a házasságon kívüli születések előfordulására nézve, elsősorban a kis súlyú újszülöttek gyakoriságával kapcsolatban (2). Úgy gondoltuk, hogy hasznos lesz, ha az

A *2. táblázatban* azt mutatjuk be, hogy mily eltérő az élveszülöttek és halvaszülöttek között a

2. táblázat. **A házasságon kívüli születések aránya az élve és halvaszülöttek, valamint a csecsemőhalottak között az 1957—1978. években**

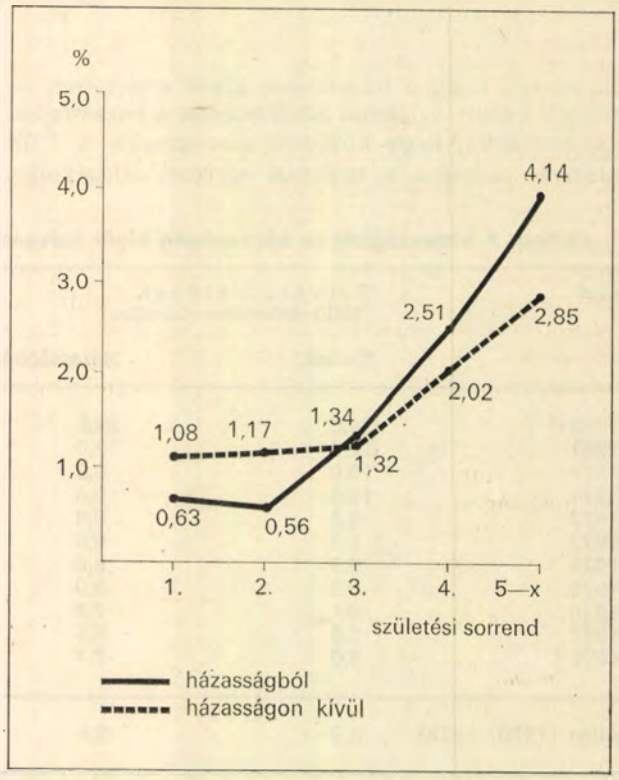
Évek	100 élveszületett közül házasságon kívül született		100 halvaszületett közül házasságon kívül született		100 csecsemőhalott közül házasságon kívül született	
1957	6,4		8,8		10,4	
1961	5,5		7,5		10,3	
1970	5,4		7,2		9,8	
1971	5,8		8,0		9,6	
1972	6,0	5,8	9,7	8,6	10,5	9,9
1973	5,9		9,6		9,5	
1974	5,7		8,1		9,1	
1975	5,6		7,7		9,8	
1976	5,7	5,8	7,7	8,6	9,3	10,1
1977	5,9		9,3		10,9	
1978	6,3		10,3		11,3	
Átlag (1957—1978)	5,8		8,7 (többlet=50%)		10,0	

házasságon kívüli születések megoszlási aránya. A halvaszülöttek körében mindig jóval magasabb, mint az élveszülöttek körében. A vizsgált időszakban a különbség 33 és 72% között mozog. (Az átlagértékeket figyelembe véve a különbség kb. 50%). A táblázat adataiból megállapítható, hogy a házasságon kívüli születések aránya mind az élve-, mind a halvaszülöttek között évenként elég nagy fokú ingadozást mutat, de sem emelkedő, sem pedig csökkenő tendencia nem figyelhető meg. (Bár az utolsó 2 esztendőben az előző évekénél lényegesen magasabb az arány, azonban ugyanez megfigyelhető az élveszülöttek csoportjában is.)

A halvaszületések és a születési sorrend közötti összefüggésről pontos hazai adatok is rendelkezésünkre állnak. A kérdéssel magunk is foglalkoztunk (3, 4, 5). A halvaszületések aránya a különböző születési sorszámokban nem azonos, és az arányok az időrendben sajátos változást mutatnak. Általában a legalacsonyabb a halvaszületési arány (az összes születéseket figyelembe véve) a 2. születési sorszámú újszülöttek között, kissé magasabb az 1. szülötteknél, majd a paritás emelkedésével párhuzamosan jelentősen emelkedik. A halvaszületési arány a születési sorrendben az évek során úgy változott, hogy az elsőszülöttek között állandóan csökkent, viszont a 3. és ennél magasabb születési sorszámúak között emelkedett. Ennek következtében az 1. és 2. szülöttek halvaszületési rátája egymáshoz mind közelebb került (3, 4). Jelen alkalommal megvizsgáltuk a halvaszületési arány alakulását a születési sorrendben a házasságból és a házasságon kívül születetteknél külön-külön az 1971—1978. évek statisztikai adatai alapján. A vonatkozó eredményeket a *3. táblázatban* tüntettük fel.

A *házasságból születetteknél* a halvaszületések aránya a születési sorrendben eddigi ismereteinknek megfelelően alakul. Szabályszerűen legalacsonyabb a másodszülötteknél, ennél kissé magasabb az 1. szülötteknél, és a 3. születési sorszámtól kezdődően meredeken emelkedik. Megfigyelhető, hogy az 1971—1973. időszakban az 1—3. születési sorszámúak között a halvaszületési arány magasabb, a magasabb sorszámúak között pedig alacsonyabb, mint az 1974—1978. években. A halvaszületési aránynak ilyetén való időrendi alakulását a születési sorrendben, már az előző években is (1946—1974) megfigyeltük (3, 4).

A *házasságon kívüli születésekben* a halvaszületési arány másként alakul. Legalacsonyabb az 1. szülötteknél. A másodszülötteknél csak két évben találtunk az 1. szülöttekénél alacsonyabb arányszá-



1000 házasságból (———) és házasságon kívüli (------) születésre jutó halvaszületés 1971—1978. években a különböző születési sorszámokban.

3. táblázat. **1000 házasságból (a) és házasságon kívüli (b) születésre jutó halvaszületés 1971—1978. években a különböző születési sorszámokban**

Évek	Születési sorrend 1. a	b	2. a	b	3. a	b	4. a	b	5—X a	b
1971—1973	0,67	1,17	0,60	1,39	1,52	1,47	2,30	2,29	3,75	2,34
1974—1978	0,61	1,03	0,53	0,97	1,22	1,22	2,63	1,86	4,37	2,74
1971—1978	0,63	1,08	0,56	1,17	1,34	1,32	2,51	2,02	4,14	2,59

4. táblázat. **A csecsemőhalandóság arányszámai a házasságból és házasságon kívüli származás szerint**

Származás	1954	1961	1970	1972	1974	1976	1978
1000 házasságból élveszületett csecsemő közül	58,9	41,8	34,5	31,6	33,0	28,7	23,1
(Index: 1961=100,0)	—	100,0	82,5	75,6	78,9	68,7	55,3
1000 házasságon kívül élveszületett csecsemő közül	81,5	82,3	65,1	58,3	55,2	48,0	43,7
(Index: 1961=100,0)	—	100,0	79,1	70,1	67,1	58,3	53,1
A házasságon kívül élveszületettek arányszáma a házasságból születettek arányszámának %-ában	138,2	196,9	188,7	184,5	167,3	167,2	189,2

mot (1975—1976), míg 3 esztendőben (1971, 1973, 1977) a 3. születési sorszámúaknál. Az 1971—1973. és 1974—1978. időszakokban ugyancsak különböznek egymástól az arányszám-átlagok. A korábbi időszakban a 4. sorszámig itt is magasabbak az értékek és csupán a legmagasabb sorszámokban (5—X) kaptunk alacsonyabb értéket, mint az 1974—1978. időszakban. Érdeklődésre tarthat számot az a megfigyelés, hogy a házasságból születetteknél a halvaszületési arányszámok csupán az 1.—3. születési sorszámokban alacsonyabbak, mint a házasságon kívül születetteknél, de a 4.-től felfelé már magasabbak.

A *csecsemőhalandóság* vonatkozásában a házasságon kívüli születések hátrányos következményei látványos módon jutnak kifejezésre a 2. táblázatban feltüntetett adatokban. Megállapítható, hogy mind a halvaszületettek, mind pedig a csecsemőhalottak között magasabb a házasságon kívül születettek aránya minden esztendőben, mint az élveszületettek között. Az is megfigyelhető, hogy az utolsó 2 évben a házasságon kívül születettek részaránya mind az élve- és halvaszületettek, mind pedig a csecsemőhalottak között emelkedett, mégpedig jelentősen (10,5-től 33,7%-kal).

A *4. táblázat* adatai jól tükrözik a csecsemőhalandóság alakulását a két származási csoportban az utolsó 25 évben. Legfeltűnőbb a házasságon kívül születettek rendkívül magas halandósága, amely csak 1961 után kezdett csökkenni. A házasságból születettek csecsemőhalandósági arányszáma lényegesen alacsonyabb, és ebben a származási csoportban az arányszámok már 1945-től kezdve fokozatosan csökkentek. A csökkenés mértékét az időrendben jól szemléltetik az index-számok. Itt megfigyelhető, hogy a csökkenés mértéke 1961-től 1978-ig a két származási csoportban csaknem egyforma. (55, 3, ill. 53,1%).

A házasságból és a házasságon kívüli élveszületések csoportjában a csecsemőhalálozási arányszámok évenkénti összehasonlítása igen fontos információkat szolgáltat. Ha kiszámítjuk a házasságon kívüli élveszületettek csecsemőhalálozási arányszámait a házasságból születettek hasonló arányszámainak %-ában, akkor azt tapasztaljuk, hogy:

1. 1954-ben a házasságon kívül élveszületettek között a csecsemőhalálozás csupán 38,2%-kal volt magasabb, mint a házasságból élveszületettek között. A különbség 1961-ben már lényegesen magasabb lett (96,9%).

2. Annak ellenére, hogy a csecsemőhalálozás arányszámai mindkét származási csoportban kb. egyforma mértékben csökkentek, a különbség a házasságon kívül születettek rovására továbbra is csaknem ugyanolyan szinten maradt (67,3 és 96,9% között). Figyelemre méltó az 1961. évi 96,9% és az 1978. évi 89,2% halandósági többlet a házasságon kívül élveszületett csecsemőknél. Ebből arra kell következtetni, hogy a házasságon kívül szülő nők gyengébb „gyermekmegtartási képessége" — a házasságban szülő nőkéhez képest — még mindig jelentős és nem mutat csökkenést. (Utalunk itt elsősorban a házasságon kívül szülő nők általában rosszabb szociális helyzetére, kisebb felelősségérzetére, a gyermek küzdelmesebb felnevelésére, az idő előtti születések és a kis súlyú újszülöttek nagyobb arányára stb.)

Megbeszélés

A *halvaszületések* magasabb arányában a házasságon kívül születettek között kétségtelenül szerepe van a házasságon kívül szülő nők korstruktúrája különbözőségének a házasságban szülő nőkkel szemben. Több a 20 éven aluli és a 40 éven felüli szülés az előbbi csoportban. Az országos statisztikai adatok szerint (14) 1961-ben a 20 éven aluli nők 27,9%-a szült házasságon kívül és 12,9%-a házasságon belül. 1978-ban a két származási csoport értékei a következők voltak: 37,4%, ill. 12,9%. A 40 éven felüli nők esetében az arányok a következők voltak: 1961-ben 2,8, ill. 1,6%, 1978-ban 1,8, ill. 0,7%. De jelentőségében legalább ilyen fontosságot kell tulajdonítanunk a házasságon kívül szülő nők hátrányosabb családi helyzetének, társadalmi és gazdasági körülményeinek. Meg kell említenünk azt is, hogy a szülőnőknek ez a csoportja részben saját maga is hozzájárul a halvaszületési arány magasabb voltához azzal, hogy ritkábban vagy később veszi igénybe a terhesvédelem intézményes lehetőségeit.

A másodszülötteknek a halvaszületések tekintetében megfigyelhető kedvezőbb kilátásait elsősorban azzal magyarázhatjuk, hogy az élveszületések szempontjából optimálisnak tekinthető 20—29 éves anyai életkorban a másodszülötteknek kb. ¾ része (1978-ban 78%-a) születik. Az egyéb sorrendszámú születéseknek csak kb. 2/3-a (1978-ban 66%-a), az elsőszülöttek leszámításával pedig csupán kb. fele (1978-ban 58%-a) származik a 20—29 éves anyáktól.

Felhívjuk ezzel kapcsolatban a figyelmet *Lampé és munkatársai* nemrég megjelent közleményében található legfrissebb nemzetközi statisztikai adatokra, az anya életkora, a szülések száma és a perinatális halálozás közötti összefüggésre nézve (16). Ezek szerint a legkisebb a magzati veszteség a 20—34 közötti életkorban világra hozott 2.—3. magzatok csoportjában. 20 év alatti és 34 év feletti szülőnők magzatainak perinatális halálozása lényegesen magasabb.

A *csecsemőhalandóság* tekintetében megfigyelt nagy (csaknem 100%-os) többlet a házasságon kívül született 1 éven aluli csecsemők között fel kell hogy hívja a figyelmet ennek jelentőségére az összcsecsemőhalálozás alakulásában. Jól tudjuk, hogy a csecsemőhalálozás mértéke a legérzékenyebb indikátora egy országban az anya- és gyermekvédelem hatásosságának. A terhestanácsadás és az intenzív neonatális terápia az utóbbi években a csecsemőhalálozás látványos csökkenéséhez vezetett hazánkban. De még így is jelentős a lemaradás sok fejlett egészségüggyel rendelkező európai országgal szemben, ami további erőfeszítésekre kell, hogy késztessen bennünket ezen a téren. Közismert, hogy a csecsemőhalálozás csökkentésének problémája ma mindenekelőtt a koraszülöttség kiküszöbölésének és a kis súlyú újszülöttek halálozása csökkentésének a problémája. (10, 12, 13). Ebből a szempontból a házasságon kívüli születések arányának csökkentését elsőrendű feladatnak kell tekinteni.

Felmerülhet a kérdés, hogy vajon az 1040/1973. MTH sz. ún. családpolitikai határozatnak, amely többek között az 1974—1977. években jelentős születésszám-emelkedést eredményezett és jelentősen csökkentette a művi vetélések arányát is, nem volt-e hatása a házasságon kívüli születések számára, ill. a házasságon kívüli halvaszületési és csecsemőhalálozási arányok alakulására. A határozat következményei már az 1974. évben mutatkoztak. A születésszám tetőpontját 1975-ben érte el, ettől kezdve azonban fokozatosan és jelentősen csökken. A művi terhességmegszakítások aránya már 1974-ben jelentősen csökkent és ma is kb. ugyanolyan szinten van.A házasságon kívüli születések arányában szignifikáns változás az 1973 előtti és utáni évek átlagértékei között nincsen. A házasságon kívüli halvaszületésekben az 1974—1976. években elég jelentős csökkenés mutatkozik. A házasságon kívüli csecsemőhalálozási arányszámokban nem figyelhető meg jelentős különbség az 1973. előtti és az 1974—1976. években. Feltétlenül elgondolkoztató az a jelenség, hogy mind a házasságon kívüli születés, mind pedig a házasságon kívüli halvaszületés és a csecsemőhalálozás arányszámai az 1977—78. években elég jelentős emelkedést mutatnak.

Ami a házasságon kívül szülő nők gyengébb „gyermekmegtartási képességét" illeti, ennek okairól röviden szóltunk. Ezek egy része szorosan kapcsolódik a halvaszületések okaihoz. Megállapíthatjuk, hogy „komplex" társadalmi problémával állunk szemben, aminek megoldásához előbb széles alapú tényfeltárásra volna szükség. Nyilvánvaló, hogy a teendők között az elsők között kell hogy szerepeljen — a csecsemő- és gyermekvédelem mellett — a kulturális színvonal (iskolázottság, stb.) emelése is (13, 15).

Összefoglalás: A halvaszületések aránya jelentősen magasabb házasságon kívüli születések esetén, szemben a házasságból való születésekkel. A szerzők által vizsgált időszakban (1948—1978) 27—72%-os többlet mutatkozik a halvaszületésekben a házasságon kívüli születéseknél. A házasságon kívüli halvaszületések aránya a különböző születési sorszámokban lényegesen különbözik a házasságból halvaszületettekétől. A csecsemőhalálozás a házasságon kívül élveszületetteknél sokkal magasabb, mint a házasságból születetteknél. Bár a csecsemőhalálozás aránya 1961 óta mindkét származási csoportban csökken, mégpedig kb. azonos arányban, a különbség nem változott. Vagyis a házasságon kívül szülő nők viszonylagos gyengébb „gyermekmegtartási képessége" még mindig jelentős.

IRODALOM: 1. Demográfiai Évkönyv 1965—1978. Központi Stat. Hivatal, Budapest. — 2. *Pázmányi J.—Hegedűs T.:* Orv. Hetil. 1971, *112*, 1823. — 3. *Rex-Kiss B.—Szabó R.:* Gyermekgyógy. 1977, *28*, 36. — 4. *Rex-Kiss B.—Szabó R.:* Népeü. 1977, *58*, 95. — 5. *Rex-Kiss B.—Szabó R.—Barb E.:* Népeü. 1978, *59*, 24. — 6. *Salamon L.:* Demográfia 1964, *7*, 285. — 7. *Salamon L.:* Demográfia 1968, *11*, 265. — 8. *Salamon L.:* Stat. Szemle. 1969, *47*, 464. — 9. *Salamon L.:* Demográfia 1960, *3*, 107. — 10. *Sárkány J.:* Demográfia 1970, *13*, 184. — 11. *Sárkány J.:* Népeü. 1972, *53*, 109. — 12. *Simonovits I.:* Népeü. 1972 *53*, 323. — 13. *Simonovits I.:* Népeü. 1973, *54*, 32. — 14. *Szabó R.—Rex-Kiss B.:* MNL. Megjelenés alatt. — 15. *Szabó R.—Rex-Kiss B.:* MNL. Megjelenés alatt. — 16. *Lampé L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 2313.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.) és
Gyermekgyógyászati Klinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

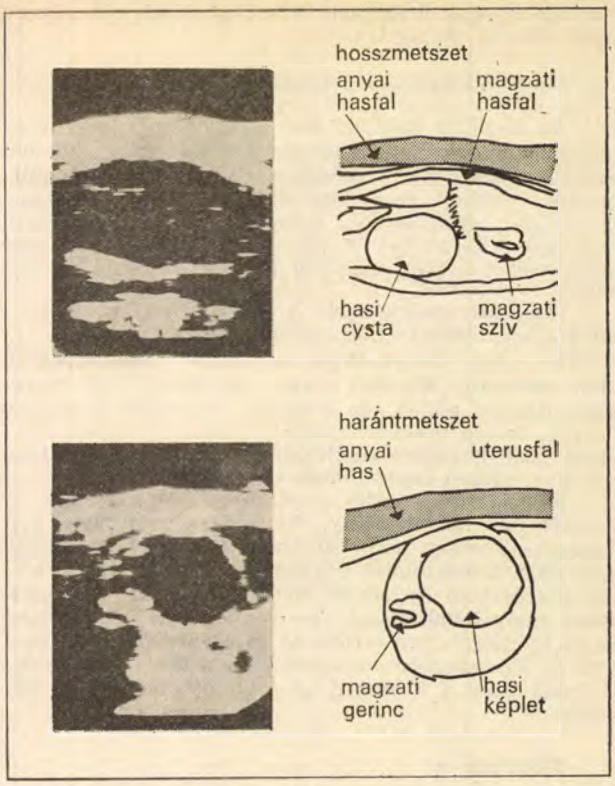
Szülés előtt ultrahang-vizsgálattal felismert magzati hasi cysta

Thurzó László dr., Németh Péter dr.
és Füzesi Kristóf dr.

A terhesség alatt végzett ultrahangvizsgálat lehetőséget nyújt arra, hogy az intrauterin magzatról morphológiai és biometriai adatokat kapjunk. A méhen belüli magzat testkontúrjain kívül vizsgálhatók a magzati szervek is, és így számos magzati fejlődési rendellenesség már a szülés előtt felismerhető. *Holländer* (5) hasi tumort ismert fel, *Kratochwil és mtsai* (6) hasi cystát utánzó extrem módon kitágult húgyhólyagot, *Kunze* (7) veleszületett bélelzáródást és következményes gyomordilatatiót, *Garrett és mtsai* (3) polycystás vesét, *Szőke* és *Kiss* (10) foetalis hydronephrosist állapítottak meg ultrahangvizsgálattal a terhesség során. Ugyancsak jól ismert a szabad hasűri folyadék ultrahangvizsgálati lelete (4, 11). Közleményünkben ritkán előforduló fejlődési rendellenesség, petefészek cysta esetét ismertetjük.

Estismertetés

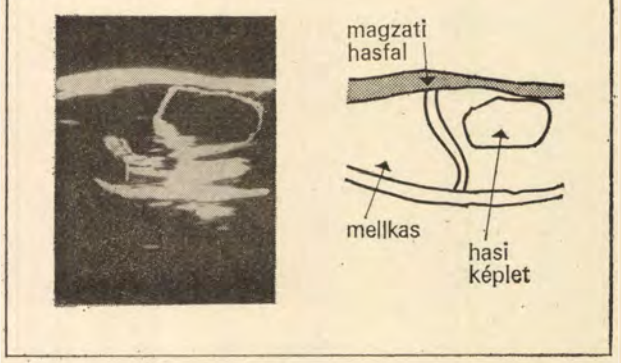
A. F.-né, 29 éves, II. para terhest első alkalommal terhessége 34. hetében, fenyegető koraszülés miatt vettük fel. Első szülésével kapcsolatban említendő, hogy az akkor született fiúgyermeken kétéves korában hasi tumor miatt exploratív laparotomia, annak során bal oldali veseeltávolítás történt Wilms-tumor miatt. Jelen terhessége panaszmentesen zajlott, gyógyszeres kezelésben a terhesség során nem részesült. Terhessége alatt egészségre káros anyagokkal nem foglalkozott, nem dohányzott. Terhesgondozáson rendszeresen részt vett, de ultrahangvizsgálat a terhelő anamézis ellenére sem történt. A fenyegető koraszülés miatt tokolitikus kezelést folytattunk, majd tünet- és panaszmentes állapotban ultrahangvizsgálatot végeztünk Siemens gyártmányú, VIDOSON 635 típusú, B-gyorskép eljárással működő ultrahangkészülékkel. Lelete: a magzati koponya biparietalis átmérője 88 mm, a magzat hosszfekvésben, I. koponyatartásban helyezkedik el. Magzatmozgás, magzati szívműködés észlelhető. Hátsó falon, jobb oldalon elhelyezkedő, normális vastagságú méhlepény.



1. ábra: A hasi cysta ultrahang képe a terhesség 34. hetében (hosszmetszet és harántmetszet)

Normális mennyiségű magzatvíz. A magzati hasban, közvetlenül a rekesz alatt, 50×50×40 mm-es jól körülhatárolt, echomentes terület rajzolódik ki. A vizsgálatot két nap múlva megismételtük, melynek során a képlet nagysága és elhelyezkedése változatlan *(1. ábra)*. A látott kép alapján a vese cysta vagy hasi cysta a feltételezett diagnózis.

A terhesség 39. hetében rendszertelen fájásokkal felvétel a szülőszobára. Előkészítés széléshez, majd 4 cm méhszájtágasság mellett burokrepesztés, mely során normális mennyiségű, tiszta magzatvíz ürült. A méhszáj eltűnése után 5 perces kitolási szak után 2800 g-os élő érett lány született APGAR 10 értékkel. A szülést követő gyermekgyógyászati vizsgálat a hasban kóros képletet nem tapintott. A szülést követő napon elvégzett ultrahangvizsgálat során a hasi képlet továbbra is kimutatható *(2. ábra)*. A vizsgálat során megállapítottuk, hogy a képlet nagy valószínűséggel nem vese eredetű, de pontos kiindulási helyét megállapítani nem lehetett. Az ultrahangvizsgálati lelet alapján javasol-



2. ábra: A hasi cysta ultrahang képe a szülést követően hosszmetszeti kép, az újszülött hasfala felől végezve a vizsgálatot)

tuk áthelyezését a Szegedi OTE Gyermekklinika gyermeksebészeti osztályára.

Gyermeksebészeti vizsgálat

Az újszülött hasában éber állapotban kóros resistentia nem tapintható. Narcosisban vizsgálva, a köldök mellett, főleg jobbra terjedően diónyi, sima felszínű, mobilis, cystának megfelelő tapintatú képlet tapintható. Az egy héttel későbbi felvétele után, az egyébként egészséges, anyatejjel táplált, súlyban gyarapodó újszülöttben a képlet nagysága és elhelyezkedése változatlan.

Vizsgálati eredmények. A vérkép, szérum elektrolyt értékek, vesefunctiós próbák normális értékűek. I. v. urographia: üregrendszer deformitás, vesedyslocatio nem észlelhető. Mindkét oldalon jó ütemű kiválasztás. Egyenletesen telődő, ép kontúrú, normális nagyságú hólyag. Izotóp vesescintigraphia: normális vesesctintigram. Ezt követően exploratív laparotomiára került sor alsó median laparotomiás behatolásból.

Hasi status. A jobb ovarium rendes nagyságú. A bal ovarium helyén diónyi, folyadékkal telt cysta. Petefészek-állomány nem ismerhető fel, ezért bal oldali salpingooophorectomiát végzünk. A hasban egyéb kóros eltérés nem észlelhető. Szövettani lehet: folliculus cysta, mely hámbéléssel nem rendelkezik. Malignitásra utaló eltérés nem észlelhető (Szegedi OTE Kórbonctani és Kórszövettani Intézete). Zavartalan postoperatív szak után a 9. napon az újszülött gyógyultan távozik.

Megbeszélés

Az ovarium daganatai gyermekkorban is előfordulnak, de ritkán (1). 15 éves kor alatt az összes malignus elváltozások 1%-át adják. Az ovarium cysta előfordulása nem ismeretlen a gyermekkorban (9, 12) és gyakrabban fordul elő, ha az anya a terhessége során hormonális kezelésben részesült (2). A gyermekkori petefészek-daganatok okozta tünetek csaknem teljesen rejtettek, gyakran nem is gondolnak rájuk. Mivel rendszerint egyoldaliak és kocsányosak, ezért könnyen megcsavarodhatnak és acut hasi katasztrófa képében jelentkeznek. Ilyen esetekben is igen gyakran egyéb kórképre gondolnak. Lassú növekedésű petefészek-daganatok krónikus alhasi fájdalmat okoznak, de rendszerint ilyen panaszok esetén is csak akkor ismerik fel a megbetegedést, ha a szülő a has nagymértékű növekedését észleli. Esetünkben az anamnézisben szereplő Wilms-tumor miatt különös gonddal vizsgáltuk a méhen belüli magzatot ultrahanggal, számítva esetleges fejlődési rendellenesség ismételt előfordulására. Ennek során találtuk a hasi cystát, amelynek pontos eredetét csak a műtét tisztázta. Minthogy a viszonylag hosszú megfigyelési idő alatt a talált képlet nagysága és elhelyezkedése nem változott, ezért már a szülést megelőzően szűkíteni tudtuk nagy valószínűséggel azoknak a megbetegedéseknek a körét, amelyek a fenti ultrahangleletünkhöz hasonló képet mutatnak (vesecysta, ascites, bélelzáródás, hólyagürülési zavar). Nagyon fontos volt, hogy a szülést követően gyorsan műtétre kerülhetett sor az ultrahangvizsgálati lelet alapján, mert ezzel sikerült az előzmények miatt joggal aggódó szülőket minél előbb megnyugtatni. Esetünkkel felhívjuk a figyelmet arra, hogy nemcsak fejlődési rendellenességgel terhelt szülészeti anamnézis esetén, hanem minden ultrahangvizsgálatra kerülő terhes esetében is gondolni kell nemcsak a központi idegrendszert érintő fejlődési rendellenességekre (8), hanem az egyéb szerveket érintő fejlődési zavarokra is, és a vizsgálatot nagyon részletesen, lépésről lépésre, a testet mintegy „felszeletelve" kell végezni, és lehetőleg a terhesség III. trimesterében megismételni.

Összefoglalás: A szerzők ultrahangvizsgálattal magzatban hasi cystát diagnosztiztáltak, ami a szülés utáni műtét során petefészekcystának bizonyult. Felhívják a figyelmet arra, hogy nemcsak az idegrendszeri fejlődési rendellenességek mutathatók ki ultrahangvizsgálattal, hanem egyéb szervek kóros elváltozásai esetén is sikerrel alkalmazható.

IRODALOM: 1. *Czeizel E., Dénes J., Szabó L.:* Veleszületett rendellenességek. Medicina, Bp. 1973. — 2. *Doshi, N., Fujikura, T., Kanbour, A.:* Amer. J. Obst. Gynek. 1977, *4*, 129. — 3. *Garrett, W. J., Kossoff, G.:* Ultrasonic diagnosis of fetal abnormalites 2—nd World Congress on Ultrasonic in Medicine Rotterdam 1973. — 4. *Hoffman, D., Holländer, H. J.:* Zbl. Gynäk. 1969, *90*, 667. — 5. *Holländer, H. J.:* Ultrashalldiagnostik in der Schwangerschaft, München, Wien, Berlin 1972 Urban und Schwarzenberg. — 6. *Kratochwil, A. és mtsai:* Geburtsh. Frauenhlkd. 1972, *32*, 506. — 7. *Kunze, G.:* Zbl. Gynäk. 1979, *101*, 864. — 8. *Prenzlau, P., Bayer, H., Schulte, R.:* Zbl. Gynäk. 1977, *99*, 45. — 9. *Sas M., Kovács L.:* Gyermekgyógyászat. Medicina, Bp. 1967, — 10. *Szőke B., Kiss D.:* Gyermekgyógy. 1978, *29*, 483. — 11. *Tarró S., Bakos L.:* Magy. Nőorv. L. 1980, *43*, 65. — 12. *Welch, K. J.:* Pediatric Surgery Year Book Med. Publ. INC. Chicago 1969.

Fővárosi Péterffy Sándor u. Kórház-Rendelőintézet
Gyermeksebészeti Osztály
(főorvos: Léb József dr.)

Légcsősérülés kapcsán kialakult mediastinalis emphysema a gyermekkorban

Nagy Ágnes dr. és Méhesi Zsuzsa dr.*

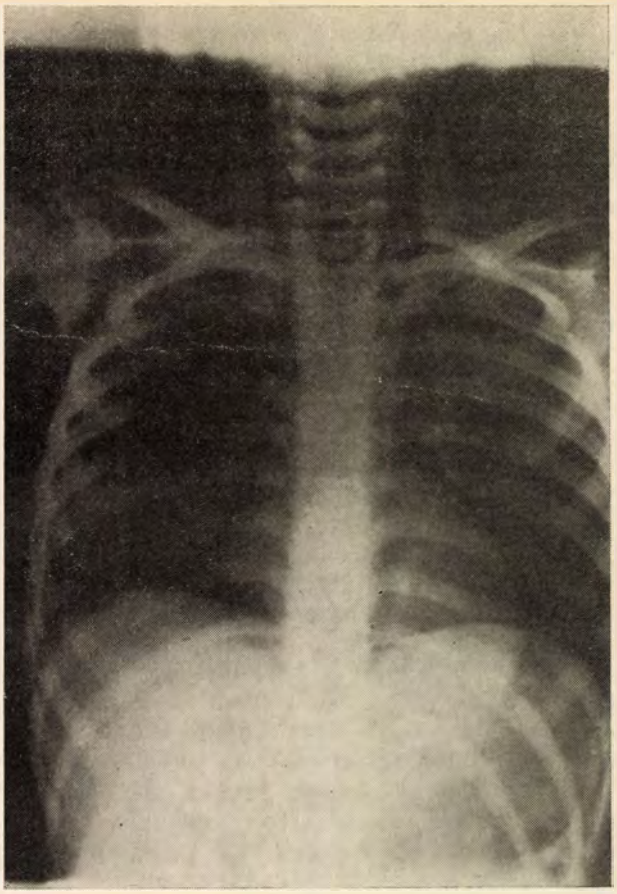
A gyermekkori légcsősérülés leggyakoribb és legismertebb formája valamilyen idegentest nyelése, illetve aspiratiója következtében jön létre (2, 10, 11). *Pyman* (13) nagy anyagot felölelő közleményében 230 esetet ismertet 3 gyermeken thoracotomiát, ötön lobectomiát kellett végezni, közülük három gyermek meghalt.

Légcsősérülés intubatio kapcsán sem ritka szövődmény. *Keszler* (9) hat felnőtt, *Stanley és mtsai* (14) pedig tíz csecsemőkori laryngotrachealis sérülést közöl.

Laryngealis sérülés gyermekkorban bizonyos balesetformában gyakrabban fordul elő, például kerékpár, roller kormányára való eséskor (3, 6, 8). Mechanizmusa a következő: a ventro-dorsalis erőbehatás a légcsövet a gerincoszlophoz nyomja, aminek következtében a porcok közötti szalagok átszakadhatnak, a nyálkahártya alatt vérzés, hematoma keletkezik, amely megrepedhet.

Esetismertetés

K. B. 7 éves fiúgyermeket 1976. VIII. 29-én mentők szállították osztályunkra. Rollerrel elesett, nyakát, mellkasát megütötte. Mérsékelt nyaki fájdalomról, nehézlégzésről panaszkodik. Nyakának elülső felszínén a pajzsporc alatt hámsérülést, nyomásérzékenységet és tenyérnyi területen bőr alatti emphysemát találtunk. Mellkas rtg. felvételen bal oldalon a középárnyék mellett 1 cm széles levegősáv látható, amely a szívárnyékon át a rekesz alá követhető *(ábra)*. Indirekt laryngoscopiával eltérést nem tudtunk kimutatni. A felvételét követő második órában a gyermek nyugtalanná vált, a bőr alatti emphysema az egész mellkasra ráterjedt, kontroll rtg. felvételen a mediastinális emphysema fokozódott, cardiorespiratorikus elégtelenség tünetei jelentkeztek. Ismételt gégészeti vizsgálat, a gyűrűporc sérülése miatt, tracheotomia elvégzését javasolja. A műtétet elvégeztük, mivel az intubatiót nem tartottuk kielégítőnek. A műtét után a nehézlégzés megszűnt, a subcutan emphysema csökkent. Eseménytelen postoperatív szak után végzett rtg. felvételen a mediastinális emphysema is felszívódott, és a műtét utáni 10. napon a gyermeket dekanüláltuk. A tracheotomiás nyílás helyi kezelésre gyorsan záródott. Négy év múlva végzett ellenőrző vizsgálatkor tünet- és panaszmentes.



Megbeszélés

A traumás eredetű asphyxiát először 1837-ben *Ollivier* írta le (6). A klinikai tünetekre jellemző az arc és a nyak cyanosisa, ugyanitt echymosis és subconjunctivális vérzések. A tünetek leggyakrabban direkt mellkasi, légzőszervi trauma után jelentkeztek. A pathophysiológiai mechanizmus a következő: a trauma következtében hirtelen intratrachealis és intrapulmonális túlnyomás és a véna cava superior területén nyomásemelkedés jön létre. A negatív nyomás alatt álló mediastinumba csak bizonyos körülmények között juthat levegő, így többek között: lokális vagy generalizált tüdőemphysema pertussis, asthma bronchiale, mellkasi sérülések, műtétek, diagnosztikus és terápiás beavatkozások kapcsán (1, 4, 6, 9).

A levegő bejutásának útja lehet: a) a nyaki fasciák felől, b) trachea, a bronchus vagy az oesophagus perforatiója következtében, c) a retroperitonealis rések felől és a tüdő interstitiális szöveteiből. Tartós mediastinális nyomásfokozódás a tracheát és a bronchusokat komprimálva akadályozza

* *Jelenlegi munkahelye:* ORFI.

a légzést, ha tehát a levegőt időben nem távolítjuk el, vagy az spontán nem távozik, fatális kimenethez vezethet (1, 3).

A subcutan emphysema fontos diagnosztikus jel, gyakran az első tünet, amely a légzőtractus sérülésére felhívja a figyelmet (8). Amennyiben a mediastinumba jutott levegő miatt a nyomás 10 vízcm fölé emelkedik, a vékony falú vénákat összenyomva, a vénás beömlést akadályozza. Ennek következménye a tüdőpangás. Előfordulhat, hogy a mediastinumba jutott levegő rejtve marad, a gátort kitöltve, az a subcután szövetekbe jut.

A mediastinális emphysema kiterjedésének és következményeinek a megállapításához folyamatos klinikai és radiológiai ellenőrzés szükséges. Ezáltal a mediastinális emphysema és a cardiorespiratorikus elégtelenség fokozódása folyamatosan regisztrálható és biztosítható az időben történő beavatkozás, mint ez esetünkben is megtörtént.

Az európai országokban a gyermekkori halálos balesetek okairól (WHO) kimutatást készítettek. A halál oka: gázolás 59%-ban, részegség 15,4%-ban, magasból való zuhanás 5,%-ban, fulladás 4,6%-ban, mérgezés 2,3%-ban, egyéb baleset 4,3%-ban volt (6). A balesetekből származó halálesetek egynegyede 1—4 év között, fele 5—14 év között és a pubertásban éri el a maximumát (5).

A düsseldorfi sebészeti klinika adatai szerint 1949—1967 között nyolc esetben vált szükségessé a sebészi beavatkozás rollerről való leesés miatt (8). Leggyakrabban a hasüregi szervek sérülnek, mellkasi vagy légcsősérülés lényegesen ritkábban fordul elő. Mellkasi sérülés *Pellegrin és mtsai* statisztikájában 13 433 gyermekkori balesetből 8,0%-ban fordult elő (12). A légcsősérülés azonnali halálhoz vezethet, vagy pár órával a baleset után haematoma miatt glottisoedema tünetei jelentkeznek, ebben az esetben a beavatkozás sürgős (10). A légutak szabaddá tétele után, ha az állapot néhány perc alatt nem rendeződik, tartós intubatiót vagy tracheotomiát kell végezni. A beavatkozás formáját és módját több tényező, így a felkészültség, a gyakorlat, a szokás, a műszerezettség stb. szabja meg (7).

Polytraumatizált eszméletlen gyermeken a légzőtractus sérülésére subcutan, vagy mediastinális emphysema, ill. a kettő együttes előfordulása hívja fel a figyelmet. A súlyosság megítélésében nem a lágyrészek felfúvottsága, hanem a keringés és légzés aktuális állapota, egyszóval a beteg általános állapota a döntő. Cardiorespiratorikus elégtelenségben a tracheotomia vagy mediastinotomia elvégzése életmentő beavatkozás.

Összefoglalás: A szerzők gyermekkorban ritkán előforduló balesettípust ismertetnek. Rollerről való esés következtében légcsősérülés, majd subcutan emphysema, mediastinális emphysema, valamint cardiorespiratorikus elégtelenség alakult ki. Tracheotomia elvégzése után a gyermek gyorsan és szövődménymentesen gyógyult. Az ellenőrző vizsgálatkor is panaszmentes volt. Felhívják a figyelmet a mediastinális és subcutan emphysema jelentkezésekor az intenzív klinikai megfigyelés mellett, a folyamatos radiológiai ellenőrző vizsgálat fontosságára, mely egyúttal megszabja a beavatkozás időpontját is.

IRODALOM: 1. *Altorjay I., Füzesi K., Páldy L.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 647. — 2. *Autier, C., Mallet, R.:* Revue du France. 1971, *21*, 4485—4497. — 3. *Fagenholz, A., Hardy Henden, A.:* J. Pediat. Surg. 1977, *4*, 509. — 4. *Gouju, J., Masse, N. P.,* Gaz. Med. de France 1971, 77, 6641. — 5. *Heller, J. A., Donatov, J. S.:* J. Trauma. 1971, *11*, 453. — 6. *Harnack, G. A.:* Unfälle im Kindesalter. Originalart, zit. Ann. Nest. 1973, *36*, 5—12. — 7. *Hirschberg J., Lellei I., Votisky P.:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 1555. — 8. *Hupfauer, W.:* Pädiatr. Prax. 1971, *10*, 231. — 9. *Keszler P.:* Orv. Hetil. 1977, *118*, 491. — 10. *Muler, H.:* Gaz. Med. de France, 1970, 77, 6697. — 11. *Norman, M. G., Cass, E.:* Pediatrics, 1971, *21*, 4485. — 12. *Pellerin, D., Rigault, P., Fekete N.:* Revue de Pediatr. 1971, 7, 403. — 13. *Pyman, C.:* Med. J. Austr. 1971, *58*, 62. — zit. Harnack, G. A. — 14. *Stanley, D., Wells, J. C.:* J. Pediat. Surg. 1974, *9*, 117.

Fritz Richard Schaudinn halálának 75. évfordulójára



1. Fritz Richard Schaudinn (Rovigno, 1902, X. 27.)

75 évvel ezelőtt, 1906. június 22-én halt meg egész fiatalon, 35 éves korában a Treponema pallidum nagynevű felfedezője, *Fritz Richard Schaudinn*, akinek egyetlen szenvedélye a lankadatlan parasitológiai kutatás volt és ez tette küzdelmes életét eredményekben gazdaggá és felejthetetlen emlékűvé. Ez ad most alkalmat arra, hogy életművét újból felidézzük.

F. R. Schaudinn 1871. IX. 19-én a kelet-poroszországi Roeseningkenben született gazdálkodó szülők egyetlen gyermeke volt. A gimnáziumi tanulmányait Isterburgban és Gumbinnenben végezte; 1890-ben érettségizett. Már kora gyermekkorában rendkívüli érdeklődéssel fordult a természet világa felé; rendszeresen gyűjtött növényeket, bogarakat. Kedvenc tantárgya volt a kémia és a fizika is. Érdeklődési köre ezen kívül is szélesre terjedt: vonzotta a német philológia is és így 1890-ben a *Berlini Egyetem Bölcsészkarára* iratkozott be, hogy germanisztikai tanulmányokba mélyedjen. Ezen szándékát azonban csakhamar feladta és *természettudományi karon* nagy buzgalommal zoológiai tanulmányokba kezdett és 1894-ben doktorált; a dissertatiós munkáját a Foraminaferák új genusáról írta (Zschr. f. wissenschaft. Zoologie 59, 1895.)

A diploma elnyerése után 1894 júliusában rendkívül eredményes expedícióban vett részt Bergenben, Norvégiában, ahol a tengeri rhizopodákat tanulmányozta. Visszatérte után a következő négy évben (1894—1898) a *Humboldt-Egyetem Zoológiai Intézetének* assistensévé nevezik ki, ahol intenzív parasitológiai kutatásokat végez és számos tudományos dolgozatot közöl az alacsonyabb organismusok (Coccidia és Haemosporidia) reproduktív cyclusairól. Már ezen első vizsgálatai világosan mutatták a fiatal kutató széles körű, éles megfigyelő képességét és annak felismerését, hogy a protozoonok és humánmedicina közötti pathogenetikai összefüggéseket szorosabban kell kutatni.

1894. V. 14-én *Fr. Schaudinnt* a *Humboldt Egyetem* magántanárává habilitálták a protozoológiai kutatás cytológiai jelentősége (*„Die Bedeutung der Protozooenforschung für die Zellenlehre"*) c. tárgykörből. Még ugyanebben az évben „Helgoland" kis halászgőzössel tudós barátaival jeges-tengeri utazáson hatalmas zoológiai vizsgálati anyagot gyűjtött össze, amelynek kutatási eredményeit *Fr. Römer* barátjával a *Fauna Arctica* négy kötetében közölték.

Visszatérte után nagy lendülettel foglalkozott a protozoonok ún. fejlődési körének tisztázásán és az idevonatkozó (Trichosphaerium és Eimeria Schulbergi) kutatásai alapvetők voltak a protistologia számára.

Amíg Franciaországban a *Pasteur-Intézetben*, Olaszországban a *Malaria-Társulatban* a kutatók együttesen munkálkodtak, addig a német zoológusok, pathológusok és orvosok egymástól viszonylagosan elkülönítve dolgoztak. *Schaudinn* óriási érdeme, hogy hathatósan törekedett a saját protozoológiai kutatási köre és a medicina közti szorosabb kapcsolatok kiépítésére. Kutatta bizonyos protozoonoknak kettős jelentőségét, nemcsak mint az emberi szervezet parazitáit, de mint bizonyos betegségeknek kóroktani tényezőit is.

Ebben az időben az orvosi világ érdeklődése a malária-kutatás meglepő eredményei folytán a protista-tan fellendülő ágazatára irányult. Ennek eredményeképpen a *Berlini Császári Egészségügyi Hivatal Schaudinnt* 1901-ben Rovigno-ba (ma Rovinj, Jugoszlávia) küldte és az ottani *Német—Osztrák Zoológiai Intézet* igazgatójává nevezte ki. Ezen világtörténetileg és természetileg is gyönyörű adriai város, majdnem San Michele di Leme szomszédságában, *Schaudinn* életének legtermékenyebb szakasza volt. Gyors egymásutánban fontos felfedezéseket tett a parasitológiai kutatásban. Szerencséje volt a malaria-vizsgálatokban, mert sikerült a sporozoitáknak és merozoitáknak a vörös vértestbe való behatolásukat követnie és a recidivák eredetének kérdését tisztáznia. Világosan felismerte továbbá a trópusi dysenteria amoebás jellegét. Kísérletesen igazolta az ártalmatlan Entamoeba coli és a kórokozó Entamoeba histolytica közti különbségeket. 1903-ban külön tanulmányokban foglalkozott a coccidiával és a trypanosomákkal. Ebben az évben Rovignóban a hivatali tisztségét *Prowaczekre* ruházták át és 1904-ben a *Császári Egészségügyi Minisztérium* Berlinbe rendelte visz-

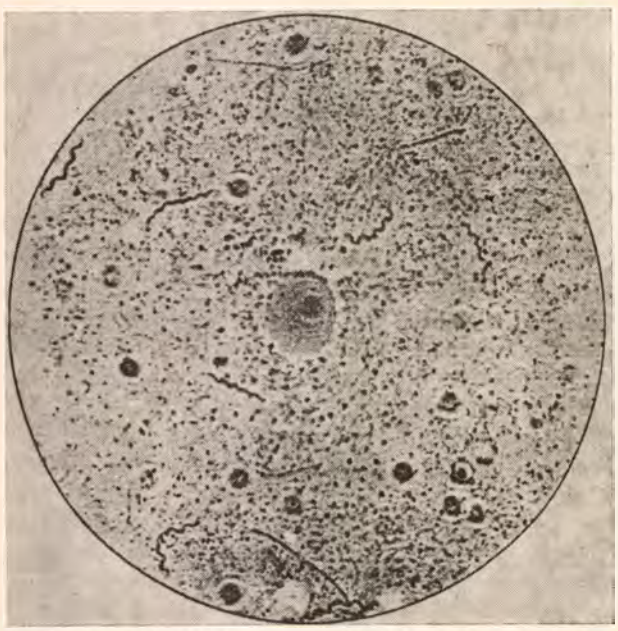


2. Erich Hoffmann venerológus (b. o.) és Fritz Schaudinn protozoológus (j. o.), amint bemutatja a Spirochaeta pallida készítményét. Krusnyák K. rajza. (Nékám L.: Delib. Congr. Dermat. Internat. IX., Budapest, 1935, IV, 81.)

sza az újonnan szervezett *Protozoológiai Részleg* vezetésére.

Itt a legelső feladata volt a horogféreg-betegségben szenvedő bányászokon parasitológiai vizsgálatokat végezni; elsőként erősítette meg, hogy a parazita lárvái a lábszár bőrén aktív hatolnak be a szervezetbe.

1905-ben *Schaudinn* azt a feladatot kapta a *Birodalmi Egészségügyi Hivataltól*, hogy vizsgálja felül *John Siegel*nek a syphilisre vonatkozó kísérleti adatait; ezen meglehetősen kétes kutatási eredmények szerint a sclarlatinának, a variolának, a száj- és körömfájásnak, valamint a syphilisnek közös kórokozója van: a *„Cytorryates luis". Schaudinn* személyi okokból vonakodva fogadta el a nehéz megbízatást, mert *J. Siegel* rovignói munka-



3. Giemsa-oldattal festett eredeti készítmény Schaudinn első közleményéből, középen egy vörös vértest és a szemcsés háttérben hét Spirochaeta pallida látható; ca 1200× nagyítás



4. A Hamburgi Tróp. Hyg. Int. régi épületének képe 1905-ből; a j. oldali épületben volt 1905-ben Schaudinn protozoológiai laboratóriuma

társa volt és a fenti állítását a neves biológus professzor, *Franz Eihardt Schulze* tekintélyével támogatta.

Ezen vizsgálataiban *Schaudinn* különleges érdeme, hogy az interdisciplinaris collaboratio szükségességét felismerte. A *Berlini Charité-Bőrklinika* igazgatója, *Fritz L. Lesser* egyik tanársegédjét, *Erich Hoffmant* jelölte ki a klinikai vizsgálati anyag gyűjtésére, *Schaudinn* munkatársai pedig *Gonder* és *Neufeld* voltak. *E. Hoffmann* kiváló klinikus volt és tökéletesítette a syphilises váladék próbavételét, mert syphilises erosióból és papulából nyert savón kívül a környéki lágyéki nyirokcsomó punctiót is bevezette s mint ismeretes, ebben csak a Treponema pallidum található meg és egyéb, az initialis affectióban jelenlevő commensalis treponemák nincsenek. *Schaudinn* készítményeinek festésére a Giemsa-féle azur-eosin festést alkalmazta.

Nemsokára megbízatása után *Schaudinn* felfedezte a syphilises hámfosztott papula savójából nyert friss készítményben egyéb mikroorganismusok tömege között a dugóhúzó alakú, finomtestű, halványan festődő kórokozót, a *Spirochaeta pallidát. Schaudinn* tudományos lelkesedéssel észlelte leleteit s eleinte azt hitte, hogy ez az organismus, amelyet *Spirochaeta pallidának* nevezett, valószínűleg saprophyta. Későbbi készítményeiben, nem syphilises laesiókban, mint pl. condylomákban, más típusú spirochaetákat talált.

Ezek alapján *Schaudinn* és *Hoffman* 1905. V. 15-én a *Berlini Orvosegyesületben* tartott előadásukban beszámoltak arról, hogy a syphilises laesiókban a *Spirochaeta pallida* kimutatható anélkül, hogy a szóbanforgó betegségben, mint lehetséges kórtényező jelentőségét hangsúlyozták volna. További vizsgálataiban azonban már *Schaudinn* el tudta különíteni a durva és finom treponemafajtákat és az adenopathia inguinalisból nyert nyirokkenetben Giemsa-festéssel ki tudta mutatni a halványan festődő *Spirochaeta pallidát.* Ezt a rendkívül jelentős észletet *Schaudinn* 1905. V. 17-én adta elő, hogy mind az elsődleges, mind a másodlagos syphilises elváltozásokban ezen mikroorganismusok világosan kimutathatók. *Schaudinn*

kutatási leleteinek értelmezésében rendkívül körültekintő, tartózkodó és óvatos volt, de egyben kitartóan bizonyossá vált a *Spirochaeta pallida* és a syphilis kóroktani összefüggéséről és rendületlenül védte vizsgálatainak helyességét, amikor azt az ülés mély scepticismussal fogadta. Az ülésen a discussio rendkívül heves és kiábrándító volt, így azt nyolc nap után újból folytatni kellett. *Schulze* tanítványai *Siegel* állításait szenvedélyes polémiában védelmezték, csupán *Kraus* és *Orth* álltak ki *Schaudinn* mellett. Az ülést vezető elnök, *Ernst von Bergmann*, aki sebész létére távol állott a venereás kulcsprobléma megoldásának szükségességétől, fölényes iróniával azzal fejezte be az ülést, hogy „a vitát lezárják mindaddig, míg más syphilis kórokozót nem találnak".

Az ülés kiábrándító végződése *Schaudinn* munkakedvét nem kisebbítette. Rövidesen az egész világon számos ismert neves kutató *(Castellani, Herxheimer, Fraenkel stb.)* megerősítették vizsgálatait, sőt maga *Koch R.* is biztatta, bár a kórokozó még nem volt kitenyészthető. Így *Schaudinn* 1905. X. 11-én közölt cikkében, már több mint száz utánvizsgáló megerősítéséről számolhatott be. Ugyanakkor azonban *E. v. Bergmann* újbóli meghívását érthető módon önérzetesen lemondta.

Schaudinn nyílt, egyenes, szerény, igazságszerető kutató volt, aki nem hivalkodott narcistikusan a lármás elismerés után, megnyugtatta őt az a biztos meggyőződése, hogy a syphilis kórokozóját valóban sikerült megtalálnia és evvel a leletével s a trypanosoma-spirochaeta tanulmányait további lépéssel előbbre vitte.

Az akkori császári egészségügyi hatóságok viszont a legcsekélyebbet sem tették meg, hogy a kiváló, páratlan szorgalmú kutatónak, aki 33 éves korában pályájának elején állott, megfelelő munka- és kibontakozási lehetőséget adjanak számára; ugyanakkor pedig az angolok újonnan alapított egyetemi tanszékeket (London, Cambridge) kínáltak fel számára. Csak hosszas tárgyalások után sikerült 1906. III. 17-én a hamburgi protozoon laboratórium vezetői beosztásnak elnyerésével saját és családja megélhetését biztosítania. Barátai remélték, hogy a neki illő beosztásban tehetségét és szorgalmát a közjó javára kamatoztatni tudja.

Sajnos azonban *Schaudinn* életpályájának ezen utolsó állomása igen rövid volt. 1904-től kezdve már súlyos kiterjedt furunculosis és analis fistula gyötörte, amely végül abscessus rectalis kapcsán általános sepsisbe ment át röviddel azután, hogy egy lissaboni nemzetközi kongresszusról már súlyos betegen hazaért és egy hamburgi kórházban 1906. VI. 22-én meghalt.

A lissaboni kongresszuson egybegyűlt tudósok kitörő lelkesedéssel köszöntötték *Schaudinnt* és a kongresszus 5000 Fr. nagydíjára egyhangúan javasolták, amit *Schaudinn* nagy boldogan előre közölt családjával. Sajnos a *Berlini Orvostársaság* gonosz intrikájával meghiúsította a döntést; a társulat felügyelője, *Posener* a bizottságot lebeszélte erről, azzal az indoklással, hogy *Schaudinn* még túl fiatal erre a megtiszteltetésre és még nem is orvos, hanem zoológus. Így a bizottság a döntését megváltoztatta és a 86 éves *Laverannak*, a malaria felfedezőjének ítélte a nagydíjat. *Schaudinn* nem irigyelte a *Laverannak* adományozott kitüntetést — de családja anyagi helyzete nyomasztóan aggasztotta.

A *Berlini Orvosegyesület* maffia-magatartása *Schaudinn* számára végtelenül leverő és elszomorító volt. Hasonlóan szégyenletes volt a császári birodalom eü. hatóságainak azon eljárása, hogy korszakalkotó tevékenységét egyáltalán nem méltatta, és halála után családja ráadásul súlyos anyagi nehézségekbe került. *Lesser* és *Hoffmann* nagylelkű gyűjtést kezdeményeztek, hogy a család súlyos anyagi gondjait némiképpen enyhítsék.

Schaudinn szervezési érdeme továbbá az *„Archiv für Proistenkunde"* megalapítása, amivel a zoológusok, botanikusok és orvosok együttműködését és gyümölcsöztető eszmecseréjét óhajtotta megteremteni. Levelező tagja volt a *Sonckerbergische Naturforschende Gesellschaft*-nak (1903), a *Sz. Pétervári Tudományos Akadémiának* (1905) és a *Berlini Belgyógyászati Társulat*nak (1906).

A csupán 12 esztendőre terjedő rövid, de eredményekben gazdag életművét áttekintve megállapíthatjuk, hogy *Schaudinn* a szakadatlanul új ösvényeket kereső kutatásaival, természettudományos gondolkozásával, az elmélet és a gyakorlat *(„theorica cum praxi")* helyes párosításával ércnél is maradandóbb *(„monumentum aere perennius")* emléket hagyott az utókornak. Biztosak lehetünk abban is, hogy ha *Schaudinn* élete, szenvedélyes kutató munkássága nyugodtabb mederben haladt volna, még sokkal többet tudott volna alkotni. *Schaudinn* teremtette meg a modern syphilidologia alapját, amelynek további mérföldkövei a Wassermann- és a társreakciók, a salvarsan és a bismuth felfedezése, a korszerű antibiotikus kezelés, majd az immunológiai társreakciók stb. voltak.

Epilógusként megemlítem, hogy mi orvosok nagyon jól tudjuk, hogy az életünk negatív történései mennyire súlyosan visszahatnak betegségeink végzetes súlyosbodására is. Így volt ez *Schaudinn* fiatalkori tragikus megbetegedésében — és sorolhatnám, hány nagynevű művész, költő, zeneszerző életében —, akiket annyi elkeserítő kiábrándulás ért. Az utókor azonban igyekszik az igazságra rámutatni s ezt célozza a jelen megemlékezés is. Az igazság gyakran pislákol, de sohasem alszik ki: *„Veritas laborat nimis saepe, extinguitur nunquam" (Titus Livius* 22, 39, 19).

Pastinszky István dr.

Diósszilágyi Sámuel, az írók orvosa és az orvosok írója

Századunk hazai kultúrájában különleges szerep jutott a Szeged—Makó—Hódmezővásárhelyi parasztváros-háromszögnek, elég utalnunk a Szege-

den megtelepedett országos jelentőségű írókra (Tömörkény, Móra, Juhász Gyula), az innét induló nagyszerű fiatalokra (Radnóti, Erdei Ferenc, Hont Ferenc), a hagymatermesztő város pezsgő szellemi életére (Espersit János, Gerő Géza, Diósszilágyi Sámuel) és a rangos vásárhelyi festőkre (Tornyai János, Endre Béla), a teljes névsor igénye nélkül. Móra Ferenc születésének centenáriuma az 1979-es esztendőt gazdagította, 1980-ban pedig az Ady utáni idők legnagyobb magyar költőjét, a hetven éve született József Attilát ünnepeljük országszerte és határainkon túl. Ünnepeljük? Soha előbb nem volt *A város peremén* poétája.

A jeles évfordulók színfalai mögött megtalálható egy derék makói főorvos, akit sok évtizedes barátság fűzött Móra Ferenchez, gyógyulás céljából vendégeskedett nála az epebántalmakkal bajlódó csodás tollú író, társaságában a méla magányba merülő Juhász Gyula is jól érezte magát, a makói kórházban hamar megismerte és megkedvelte a korai halállal kacérkodó kamasz költőzsenit, maga is literátus ember volt; Diósszilágyi Sámuel, az *Orvosi intelmek* bölcs humorú szerzője.

Nagyapja még béres volt a módos telkesjobbágy Diós családnál, de a törekvő legény már a gazda lányát vette feleségül, legidősebb fiuk pedig a szülők nevét „házasította" össze, így lett a Szilágyi és a Diós család leszármazottjaiból Diósszilágyi família. A legidősebb fiú, a bibliai nevű Sámuel 1882. március 27-én született. Elemi iskoláját a Móra írásaiból jól ismert „szögedvidéki" tanyavilágban végezte, törekvő apja az eszes fiút már a makói gimnáziumba íratta, ahol 1901-ben érettségizett. Az erősen humán érdeklődésű fiatalember természetesen az orvosi karra íratkozott, hiszen ő a „humán tárgyak" legfontosabbikával, az emberrel, pontosabban a szenvedő emberrel akart foglalkozni. Medikusként főképp a farmakológia vonzotta. Az 1906. évi keltezésű orvosi oklevél kézhezvétele után átmenetileg elfogta a kutatás láza, Bókay Árpád gyógyszertani intézetében főleg a higanynak a nitrogén kiválasztására történő hatásával foglalkozott. Érthető, hiszen Ehrlich előtt a vénuszi nyavalya egyik fő ellenszere a „folyékony ezüst" volt, akár bedörzsölés, akár injekciók formájában. Liègeois mutatta ki kísérleti állatokban, hogy a sublimát befecskendezése testsúlynövekedést idéz elő, amely tonizáló hatásra engedett következtetni. Schröder feltevése szerint a higany a nyulaknál a fehérjeforgalmat csökkenti, gátolja a fehérjék lebomlását, így csökken a nitrogén kiválasztása. A fiatal kutató Diósszilágyi kísérleteit a kevésbé érzékeny veséjű kutyákon végezte, a sublimátot injekciókban adta, mivel szájon keresztül az étvágyat erősen csökkentette. A 24 óra alatt kiürített nitrogént a vizeletben és bélsárban Kjeldhal módszerével mérte, s kimutatta, hogy N-retentio higany intravénás adása után fokozódik, amely a csökkent oxidációval magyarázható, a szövetek „a vérbe fecskendezett higanyt gyorsan absorbeálják és hosszabb ideig makacsul visszatartják", ami figyelembe veendő a luesz gyógyításánál. Ígéretes tanulmányát az újra megindított Magyar Orvosi Archívum 1908. évfolyama hozta, ám tudósjelöltünk a Szt. László, a Szt. István, valamint katonai kórházakban tett kitérő után már hazatelepült Makóra. 1913-ig magángyakorlatot folytatott (közben megnősült), a *Gyógyászat* 1910-es évfolyamának 19. számából azonban kiderül, hogy praktizőrünket mennyire nem a pénz érdekli. *A diphtéria a vidéki gyakorlatban* c. cikke ismerteti „azt a sok összevisszaságot, irrationális kapkodást és szinte vétkes indolentiát, amit a vidéki praxis a diphtéria kezelése körül felszínre dob". Megdöbbentő (állapítja meg), hogy Behring felfedezése és Bókay János junior sikerei után hazánkban a vidéki orvosok nagy része még ma sincs tisztában a szérum-kezelés jelentőségével. Nem tudják, hogy az antitoxikus szérum nem a bacilusokat pusztítja el, hanem a toxint közömbösíti. Félnek az anaphylaxiától, holott azt nem az antitoxin, hanem a lószérum váltja ki, ezért fontos, hogy „minél kisebb mennyiségű serumban minél magasabb antitoxin-tartalmat juttassunk a szervezetbe." Legalább ennyire lehangoló a nép tudatlansága és a szegénység, mert a gyógyszertárban nincs „vásárlási hitel", létezik ugyan rendelet kivételes esetben ingyen szérumra, de mire az megérkezik, a beteg rendszerint meghal. A teendő a hiányosságokból adódik, a szünidei orvosi kurzusokon a korszerű továbbképzés és a mindig kéznél levő ellenanyag, „hiszen a közegészség javulása éppen úgy állami érdek, mint a jó közigazgatás, és igazságszolgáltatás." Felelősségteljes cikke nemcsak Makóra és vidékére volt érvényes. *A Budapesti Orvosi Újság* 1910. évfolyamának 34. számában a lábszárfekély-gyógykezelés újabb módjáról írt szintén feltűnést keltő tanulmányt. Érvényesnek tartja Kaposi definícióját az ulcus crurisra; olyan felületes anyaghiány, amely váladékot termel és nem gyógyul meg, mert a szomszédos elhatároló szövet molecularisan szétesik". Ezért hajlamos a felülfertőzésre. Ebben az időben a leghasználatosabb volt az Unna-féle zink—enyvkötés, valamint az argentum nitricumos Mikulicz-kenőcs, de egyik sem tette feleslegessé (még ma sem) a hatásosabb eljárások keresését. Ekkor jött divatba W. Pust német orvos gipszkezelése, amely a gipsz erősen nedvelvonó tulajdonsága folytán kiszárítja és elpusztítja a kórokozókat, a bűzös fekélyeknél pedig a „megszilárdult gipszmassa finom porosus lévén, a sebfelületen végbemenő bomlási gázokat adsorbeálja". Az ödéma csökkenése miatt javul a keringés, 5—10 napos gipszkezelés után ezüstnitrátot, Perui balzsamot és zinkoxidot tartalmazó hámosító kenőcsöt használt, 14 esetben, sikerrel. Cikke az *Eredeti Közlemény* rovatban jelent meg az első oldalon. Érthető tehát, ha 1913-ban városi kerületi orvossá nevezték ki. Lakása egyszerre volt orvosi rendelő és kulturális központ, ugyanis pont ebben az esztendőben került szakolcai „száműzetéséből" Makóra Juhász Gyula, aki zárkózottsága ellenére rövidesen tagja lett az Otthon-kávéház Gerő-asztalának Espersit János ügyvéd, Gerő Géza, Fried Ármin orvos és nem utolsósorban Diósszilágyi Sámuel társaságában. Az első világháború kitörésének évében Diósszilágyi dr. volt a makói polgári radikálisok egyik irányítója, a Vöröskereszt vezetője, a „háborús délutánok" előadójának sikerült megnyerni a szép szomorúság nagy költőjét is. 1914—1917 között doktorunk katonai szolgálatot teljesített, 1916-ig a fronton, 1917-

TURINAL®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabl. 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

●

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progesteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonalis dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisatiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet elektrolit egyensúlyát nem befolyásolja. Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

●

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

●

ADAGOLÁSA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető. *Szokványos vetélés:* napi 1—2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

●

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díja: 9,— Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



PANANGIN®

drazsé, inj.

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 0,14 g magn. asparagin. anh. (Mg^{++} = 11,8 mg), 0,158 g kal. asparagin. anh. (K^{+} = 36,2 mg);

1 amp. (10 ml) 0,4 g magn. asparagin. anh. (Mg^{++} = 33,7 mg), 0,452 g kal. asparagin. anh. (K^{+} = 103,3 mg)-ot tartalmaz.

●

JAVALLATOK

Angina pectoris kezelésében adjuvansként, szív-infarctusban rhythmus-zavar esetén és utókezelésében, digitalis okozta rhythmus-zavar, digitalis-intoxicatio. Rhythmus-zavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolia.

●

ELLENJAVALLATOK

Akut és krónikus veseelégtelenség.

●

ADAGOLÁS

Naponta 3×2 drazsé, vagy 1—2×1—2 ampulla 50—100 fiziológiás konyhasó — vagy 5—10%-os glucose-oldattal felhígítva, lassan i. ven, vagy tartós cseppinfúzióban. — Prophylactikus és fenntartó adagja naponta 3×1 drazsé. — A Panganginnal együtt szükség esetén sztrofantin vagy digitaliskészítmény is adagolható.

●

MEGJEGYZÉS

✠ Drazsé: Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

Injekció: Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

●

CSOMAGOLÁS

50 drazsé, térítési díj: 3,80 Ft. 5 ampulla, 25 ampulla térítési díj: 2,— Ft és 20,— Ft.



✳

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

ben a fővárosi 17-es helyőrségi kórházban. Ennek irodalmi lecsapódása az *Én is voltam háborúban* c. kis füzete, anekdotázó kedvességgel. Mire hazatért, eltemették a „szögedi" népnyelv nagy mesterét, Tömörkény Istvánt, akinek makói diákéveit a *Marosvidék* 1960. januári számában elevenítette fel. A fővárosi Moravcsik-klinikára került Juhász Gyula, sikertelen öngyilkossági kísérlete után. Fogytak a barátok, sokasodtak a teendők. A Tanácsköztársaság hanyatlásakor megvédte az egyik politikus életét, megalakítója és elnöke volt a Jászi-féle Radikális Pártnak.

1920 nyarán nevezték ki a makói kórház belgyógyász főorvosává, de ő irányította a fertőző, a röntgen- és az elmeosztályt is. Közben a tolla sem pihent. A *Gyógyászat* és a *Budapesti Orvosi Újság* mellett a *Magyar Orvos, a Therapia, a Röntgenológia,* a *Magyar Kórház* hozták a mindig aktuális gyakorlati kérdésekkel foglalkozó szakcikkeit. 1920-ban őket (Diósszilágyi, Espersit, Fried) keresi fel a Makóra látogató Móra Ferenc és Juhász Gyula, 1921-ben pedig szomorú körülmények között ismerkedett meg József Attilával, amelyre így emlékezik vissza: „ismert öngyilkossági kísérlete után ugyanis a makói kórházban az én osztályomon ápoltuk, és igyekeztünk újra összebarátkoztatni az élettel. Nagyon elkeseredett lélekkel feküdt az akkori 29-es kórterem második ágyán, míg nehezen mégis megadta magát és szóba állt velünk." A *Marosvidék* 1960. évi márciusi számában *József Attila diákévei* címmel alapvető forrásértékű visszaemlékezést közölt, amelyre Szabolcsi Miklós a *Fiatal életek indulója* c. könyvében többször hivatkozik. A költő kórlapjára a Pneumonia fedő diagnózist írták, a suicidium leplezésére. Diósszilágyi főorvos örökítette meg a nevezetes történetet, amikor 1924 nyarán a már kötetes József Attila a legutoljára töltött hosszabb időt Makón, a színház bejárata előtt Móra, Juhász Gyula és Réti Ödön társaságában ott van költőnk is. Később a fénykép a kirakatba került, amelyről az egyik fejkendős néni „az aradi tizenhármat" vélte felismerni, noha heten voltak. Azóta a kép „az aradi tizenhárom" elnevezést viseli. Becsülettel bevallja, hogy Juhász Gyulán kívül senki nem sejtette, ki áll közöttük. Szerette a népszerűsítő előadásokat. Szakács Gábor mérnök segítségével tüdőtöltő készüléket szerkesztettek, amelyet az Országos Találmányi Hivatal is elfogadott. Kulturális tevékenységét elsősorban a *Stefánia Anya- és Csecsemővédelmi Szövetség* keretén belül végezte, kitűnő érzékkel és páratlan altruizmussal. Híresek voltak a *Makói Stefánia Hangversenyek*, utólag csak ámulni tudunk, 1925—35 között kiket hívott meg jótékony célú előadásokra. Íme, a káprázta tó névsor: Bartók Béla, Hubay Jenő, Szigeti József, Dohnányi Ernő, Zathureczky Ede, Basilides Mária, Anday Piroska, Fischer Annie, Závodszky Zoltán. És a külföldiek: Helge Lindberg, Albertina Ferrari, Jeanne Marie Darré, Amadeo Baldovino, a Drezdai Vonósnégyes. A művészek mindig a Diósszilágyi-ház vendégei voltak. 1921 óta a szabadkőművesek páholyának tagja. 1922-ben Petőfi-estet szervezett ugyancsak a Stefánia égisze alatt, Móra felolvasta *az Aranyszőrű bárányt*, Juhász Gyula Petőfiről beszélt, a lelkes irodalompártoló Espersit János pedig Juhász Gyula-verseket mondott, végül „József Attila főgimnáziumi tanulónak egy Juhászhoz írt szonettjét is előadta", ahogy a József Attila-kutatás kiderítette. Talán szónoki kérdés, tett-e magyar orvos Toldy óta többet a kortárs irodalom közvetlen megismertetéséért? Németh László tanulmányait természetesen más paraméterekhez kell igazítanunk. Szíve nagy ügye mégis Móra Ferenc volt. A betegeskedő írót meghívta a makói Homokországba, azaz a saját portájára, így lett belőle „tiszteletbeli makai", ahogy ő maga az alispán vendégkönyvébe írta, Diósszilágyi dr. pedig címet fabrikált belőle 1935-ös emlékfüzetének borítólapjára. 1920—1934 között volt „tiszteletbeli makai", aztán az ötven évet öttel megtoldva elköltözött könyvtárigazgató elődje, Tömörkény után a halhatatlanságba. Diósszilágyi szerint a Könyes könyv (1920, Bp.) megjelenése teremtette meg Makó és Móra között a kapcsolatot ugyanis az anyagi gondokkal küszködő író művéből Makón fogyott el a legtöbb. Nem utolsósorban a két dr., Fried és Diósszilágyi buzgólkodásának eredményeként. *Emlékezés Móra Ferencre* c. kis füzete 1938-ban jelent meg. Megemlékezett a beteg emberről, akinek „hol a torka fájt, hol orbáncos lábát kellett borogatnia, hol meg a köhögés fogta körül". Mint tudjuk, korai halálának oka pankreászfejkarcinoma volt, így gyakran ostromolták epetáji panaszok is. Érdemes szó szerint idézni, miként elmélkedtek a tanúk Móra 1919-es szerepléséről. „Még vagyunk, akik tudunk azokról a kövekről, amelyeket arra szemeltek ki, hogy Mórát a Tisza fenekére horgonyozzák le." Ebben a nyomasztó hangulatban írta a *Hannibal feltámadása* c. kulcsregényét, folytatásokban, amelynek teljes kézirata csak a nagy író halála után került elő. Diósszilágyi dr. azt írta 1938-ban, „majd eljön az ideje Hannibal feltámadásának is". Jóslása beigazolódott, remek filmet csináltak belőle. 1935-ös füzetében említi az „aradi tizenhárom" fényképét, tehát nem a megszépítő időtávlat igazolódik emlékezetéhez.

Móra mellett másik szívügye volt a makói Hollósy Kornélia Színház. 1935-ben jelent meg a *Hollósy Kornélia és a magyar opera a szabadéveiben* c. írása, amelyet kötetté akart terebélyesíteni. Megindító, hogy amikor 1849. január 5-én Windischgrätz seregei megszállották a fővárost, Hollósy Kornélia, Die ungarische Nachtigall, azaz a magyar csalogány a helyén maradt, hogy fáradhatatlanul lelket öntsön a csüggedő lakosságba. Amikor a honvéd csapatok április 24-án bevonultak Pestre, a Nemzeti Színházban a Rákóczi-induló, majd Kölcsey Himnusza után Hollósy Kornélia népdalt énekelt, Fáncsy elszavalta Petőfi *Európa csendes* c. versét, s az egyik emeleti páholyban Aulich tábornok tapsolt a nagyszerű énekesnőnek, Buda véres visszavétele után Kossuth kormányzó tiszteletére Erkel *Hunyadi László*-ját adták elő, Gara Mária szerepét természetesen Hollósy Kornélia kapta.

A Csongrád Megyei Hírlap 1978-ban Diósszilágyi Sámuel monográfiája alapján ismét felidézte a színház névadójának tüneményes alakját. A felszabadulás után (Tömörkény István, Móra Ferenc, Juhász Gyula, József Attila és Móricz Zsigmond emlékével) néhai vején, Erdei Ferencen keresztül

Illyés Gyula, Darvas József, Veres Péter, Tamási Áron, Szabó Pál alkották író baráti körét. Szerette a képzőművészetet. Személyes barátság fűzte Rudnay Gyulához, Tornyai Jánoshoz, Endre Bélához, szívesen időztek nála a Rudnay-növendékek Barcsay Jenő, Istokovits Kálmán, Vén Emil, Csengeri Ibolya.

Megkapta a „kiváló orvos" kitüntetést, 50 éves jubileuma egyetemi aranyoklevélre érdemesítette. 1961-ben nyugdíjba ment, de magánpraxisát, az SZTK szakrendelést és a makói József Attila Irodalmi és Művészeti Társaság elnöki tisztségét még szívesen látta el. 1962-ben 80 évesen Szegedre költözött lányához és unokáihoz, bölcsen készülve az örök találkozásra Móra Ferenccel, Juhász Gyulával, a szülővárostól nem messze levő drága szegedi humusszal, amelynek 1963. június 10-én jött el az ideje. A derék „fölorvos úrról", ahogy Móra emlegette, Péter László írt szép méltatást az *Egészségügyi Dolgozó* hasábjain, a Magyar Nemzetben pedig Móra hozzá intézett levelét közölte. Utoljára hagytuk orvosi intelmeit, amelyből érdemes párat felidézni. „Bámulatos, hogy milyen hibás némely meghatározásunk. Életveszélyes betegségben szenved — hallani úton-útfélen. Holott nem a betegség forog veszélyben, hanem — az egészség."

Vagy: „Nyugtalanvérű szívbetegeimnek szoktam mondani: Lassan járj, tovább élsz".

„Sok beteg már a diagnózistól is meggyógyul. Sokan a diagnózisba betegednek bele. De a legtöbb embert a diagnózis hiánya teszi beteggé."

„Nőpacienseidet lehetőleg ne ruhában vizsgáld. A legtöbb nő — még a csúnya is — szereti, ha levetkőztetik."

Végül: „Hosszú évek során leszűrődött tapasztalatom, hogy a legnehezebben érthető nyelv a magyar, de csak a magyar ember érti meg nehezen. Ha azt kérdem a betegtől, hány éves, akkor száz közül kilencvenkilenc a születési évét mondja; ha megkérdem, hogy hívják, meglepetve kérdi: engemet? — Ha arra kérem, hogy feküdjön hasra, biztosan hanyatt fekszik; hogy nyissa ki a száját, akor becsukja a szemét; ha utasítom, hogy tegye össze a lábát, akkor keresztbe rakja azt, stb., stb.". Ilyen orvos volt a derék Diósszilágyi Sámuel, pompás megfigyeléseit minden gyógyító utód mosolyogva aláhúzhatja.

Szállási Árpád dr.

IRODALOM: 1. *Magyar Orvosi Archivum.* Bp. 1908. — 2. *Gyógyászat,* Bp. 1910. — 3. *Budapesti Orvosi Újság,* Bp. 1910. — 4. *Diósszilágyi Sámuel:* Móra Ferenc, a „tiszteletbeli makai", Makó, 1935. — 5. *Diósszilágyi Sámuel:* Hollósy Kornélia és a magyar opera a szabadságharc éveiben. Makó, 1935. — 6. *Diósszilágyi Sámuel:* Én is voltam háborúban, Makó, dátum nélkül. — 7. *Diósszilágyi Sámuel:* Orvosi Intelmek, Makó, 1940. — 8. *Diósszilágyi Sámuel:* József Attila makói diákévei. Marosvidék 1960. március. — 9. *Diósszilágyi Sámuel:* Hic fuit... Juhász Gyula 1883—1937. — Bp. 1962. Szerkesztette: Paku Imre. — 10. *Péter László:* Diósszilágyi Sámuel 80 éves, Egészségügyi Dolgozó, 1962. máj. 1. — 11. *Péter László:* Móra levelei „a makai fölorvos úrhoz". Magyar Nemzet, 1962. márc. 27. — 12. *Szabolcsi Miklós:* Fiatal életek indulója, József Attila pályakezdése Bp. 1963. — 13. *Emlékkönyv Tömörkény születésének centenáriumára.* Szeged, 1966. Szerkesztette: Kovács Sándor Iván, Péter László. — 14. *Csongrád megyei Hírlap* 1978. június 13—július 2. között. Összeállította: Tót Ferenc. — 15. *Péter László:* József Attlia közöttünk. Szeged, 1980.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Onkológia

A rákos betegségnél jó hír: túlélés, rossz hír: gyakoriság. („For cancer, the good news is survival; the bad is news incidence"). Gunby, P.: JAMA, 1980, *243*, 1789—1790.

A National Cancer Institute (NCI) és az American Cancer Society (ACS) adatai szerint több, mint 3 millió ember él az USA-ban, akinek rákja van, vagy volt, és közülük legalább 2 millió azok száma, akiknél a diagnózist 5 éve, vagy annál régebben állították fel. Ezek a számok nem tartalmazzák a bőrrákokat, a melanoma kivételével. Azon betegek száma, kiknek bőrrákja (basalioma, planocellularis rák) van, illetve volt és élnek, eléri a 10 milliót. 1980-ban az ACS számításai szerint 785 000 új rákos beteg kerül kezelésre az országban, 20 000-rel több, mint 1979-ben és 85 000-rel több, mint 1978-ban. Az új betegek $^1/_3$-a lesz életben még 1985-ben. Az új betegek legnagyobb részét a tüdőrák adja, kb. 117 000 beteg, de innen kerül ki a legtöbb haláleset is: 101 000. A tüdőrák 5 éves túlélése férfiaknál 8%, nőknél 12%. A következő két legnagyobb betegcsoport a vastagbél-végbél és a női emlő rákja. A riasztó számok ellenére az NCI adatai szerint 1970 óta csökkent az USA-ban a daganatmortalitás az 55 évnél fiatalabb betegek között, tehát abban az életkorban, amikor a rákhalálozás a legfőbb halálokok közé emelkedik. Ugyancsak a 70-es években alapvetően javult az élet minősége („quality of life") a következő kórformáknál: hólyag, emlő, cervix és corpus uteri, vastagbél, végbél, prostatarák.

Legalább 10 évre van szükség ahhoz, hogy a leggyakoribb rákféleség alakulásáról pontosabb képet kapjunk, de jelenleg a világ népességének csupán mintegy 5%-áról van rákregiszter és ezeknek is több mint felét 1960 után kezdték vezetni. A jelenlegi adatok alapján világszerte és mindkét nemben a tüdőrák emelkedik a legerősebben, a férfiaknál az első helyen áll a rákhalálozásban. A vastagbél-végbél rákok száma főként Ázsiában nő jelentősen: évi 1—3% az emelkedés, Japánban 3—4%. Hasonló módon mindkét nemben világszerte a hólyagrák incidencia: 3—4% évente, ugyanennyi a prostataráké. Emelkedik a hererák: 3%/év, a pancreasrák: 2—3%/év arányban.

És végül a szociális problémák, melyek akkor sem érnek véget, ha a beteg klinikailag gyógyult: a tisztviselő-rétegben egy vizsgálati csoport gyógyult rákos betegei között 54%-ban volt a betegnek munkahelyi nehézsége, amit betegségére lehetett visszavezetni, fizikai munkásoknál ez az érték 84% volt.

Az Egyesült Államok 1980-as népszámlálási ívén a következő kérdés szerepel: Volt önnek valaha rákja?

Gyenes György dr.

Faji és szociális — gazdasági tényezők szerepe daganatos betegek túlélésében. W. F. Page, A. J. Kuntz: Cancer 1980. *45*, 1029.

A nagy amerikai rákstatisztikák adatainak értékelésekor adatok kerültek napvilágra arról, hogy miként befolyásolják szociális-faji-gazdasági tényezők a daganatos betegek élettartamát. Volt tanulmány, mely azt bizonyította, hogy a közkórházakban kezelt betegek túlélése rosszabb, mint a magán gyógyintézetben kezelteké, mások azt mutatták, hogy bizonyos ráklokalizációkban az alacsonyabb jövedelmű betegek túlélése rosszabb, mint a magasabb évi jövedelműeké, akkor is, ha ugyanazt a kezelést kapták. Egy tanulmány a prostatarákról azt bizonyította, hogy faji különbségek vannak, de szociális-gazdaságiak nem érvényesülnek a betegség okozta életkörülményekben. Mindezen adatokkal ellentétben a Veterans Administration (VA) kórházban ápolt daganatos betegek élettartamában nem észleltek különbséget a fehér, ill. néger férfiaknál. Ugyancsak azt találták, hogy a VA kórházaiban ápoltak rák-túlélését a szociális-gazdasági status nem befolyásolta.

A tanulmány ezek után megkísérel választ adni arra a kérdésre, hogy mi okozza e különböző felmérések közötti különbségeket, illetve, hogy valódi különbségek-e ezek és nem csupán a felmérés módszerének különbsége, az egymással nem jól összehasonlítható adatok, esetleg nem azonosan értelmezett fogalmak okozzák az adatok nagy szórásait? A VA Rákregisztere 1958-tól kezdve 133 000 daganatos beteget tart nyilván, de ezek közül a szelekciók következtében a tanulmányban 45 000-nek az adatait értékelték, a könnyebb áttekinthetőség kedvéért 8 tumorlokalizációra korlátozva a felmérést. Saját adataikat négy Észak-Amerikai Rákregiszter, közöttük a National Cancer Institute (NCI) adataival vetik egybe.

A gazdasági-szociális helyzet jellemzésére akár a faji hovatartozást, akár az évi jövedelmet veszik alapul, mindenképpen kimutatható számszerűen, hogy az alacsonyabb gazdasági-szociális csoportba tartozók minden tumorlokalizációnál kisebb számban kerülnek korai diagnózisra. Ez alól csak a hólyag- és a prostatarák kivétel, amelyek közül a hólyagrák az évi 5000 dollár jövedelem felettieknél 33%-ban, az ez alattiaknál 44%-ban került korai stádiumban felfedezésre és kezelésre,a prostataráknál az arány 16%—27%, a gyomorráknál 12%—2%, a hólyagráknál 22%—3%, a tüdőráknál 7%—2%, a vastagbélráknál 10%—7%.

A korai diagnózis a VA adatok alapján, ahol nem az évi jövedelem, hanem fehérek-négerek megoszlás a viszonyítás alapja, minden lokalizációnál a fehérek javára tolódik el, bár a különbségek nem olyan szignifikánsak, mint az évi jövedelem alapján voltak: gyomorrák 13%—11%, vastagbélrák 34%—31%, tüdőrák 20%—16%, végbélrák 42%—34%, prostatarák 56%—48%; a legnagyobb a különbség a hólyagnál, de most fordítottan, míg az előző felosztásban az alacsonyobb jövedelműek voltak jobb helyzetben, most a rosszabb szociális-gazdasági helyzetű négerek vannak nagyobb arányban: 69%—51%.

Élesen eltérővé a VA adatok az egyéb felmérésekétől egyes kiemelt lokalizációk 5 éves túlélésének vizsgálatakor lesznek. Míg pl. vastagbélrák VA-kórházakban kezelt fehérek-négerek között 32%—31%-ban mutat 5 éves gyógyulást, addig magánklinikákon 42%, közkórházakban 39%, magánbetegeknél 28% az 5 éves gyógyulás. A VA-adatok csak a hólyagrák esetében mutatnak faji különbséget az 5 éves túlélésben: 40%—25%, aminek a szerzők szerint genetikus okai lehetnek.

A hosszú és csak igen vázlatosan ismertetett tanulmány végeredménye: A VA-adatok szerint, ha a kezelés azonos, akkor a jövedelem és a faj nem okoz különbséget a daganatos betegek túlélésében. Ez alól kivétel a hólyagrák, mely négereknél lényegesen rosszabb túlélési adatokat mutat, mint fehéreknél. A kérdés tehát nincs megválaszolva, a különbség a felmérések adatai között változatlanul fenn áll, a vita tehát folytatódik.

(Ref.: Az egyébként is terjedelmes tanulmány hosszabb, bár nem minden részletre kiterjedő ismertetését indokolja a roppant izgalmas téma. A szociológiai vizsgálatok és felmérések nálunk is igencsak elszaporodtak, és ha más formában, más kérdésfeltevésekkel is, pl. városi-tanyasi lakosság, cigánylakosság, iskolázottsági fok hatása stb. nem érdektelen adatokhoz juthatnánk.)

Gyenes György dr.

A gyomor-bél rendszer primer malignus lymphomái. O. Schildknecht, V. Schmid, H. R. Gonzenbach: Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1041.

A dolgozat a gyomor-béltraktus 25 primer malignus non-Hodgkin lymphomás esetéről számol be. A

vizsgálat célja összefüggések keresése a betegség lefolyása és prognózisa, a kezelés előtti időszak spontán kórlefolyása, valamint a klinikai stádium, a szövettani szerkezet, és a tumor lokalizációja és a kezelés adatai között. A klinikai stádiumbeosztás az Ann Harbor klasszifikáció, a szövettani mind a Rappaport, mind a kieli nomenklatura alapján történt. A klinikai tünetek semmi jellegzetességet nem mutattak, az anamnézis mind a gyomor, mind a bél lymphomáknál átlagosan 6 hónapos volt. Szövettanilag túlnyomó többségben voltak a diffúz szerkezetűek, a vékony és vostagbélben pedig gyakori volt a lympho-plasmocytoid forma. A lokalizációnak csak a gyomor esetében volt prognosztikai jelentősége. A kezdeti stádiumok (I. és II.), valamint a szövettani szerkezet nem feltétlenül állanak egyenes összefüggésben a prognózissal. A kezelés minden esetben sebészi, de a műtétet követő sugár, vagy kemoterápiát illetően nincsenek egységesen kialakult irányelvek, amit a tumorfélék viszonylagos ritkasága magyaráz.

Gyenes György dr.

A béltraktus malignus lymphomái. Szövettani és immunhisztológiai megfigyelések 22 bél-lymphoma alapján. J. Bettmann: Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1043.

A Müncheni Egyetem Patológiai Intézetében 1974—1979 között vizsgált bél-lymphomák vizsgálatát összegezi a dolgozat. A betegek közül csak egynél történt diagnózis felállítás a műtét, ill. a szövettani vizsgálat előtt, a többi vérző tbc, Crohn-betegség, rák, appendicitis, akut has diagnózissal került műtétre. 22 beteg közül 14-nél az ileum terminális részén, ill. a coecumon helyezkedett el a lymphoma, 2—2 esetben az appendixen, ill. a colon ascendensen és a sigmán, 1—1 esetben a vékonybél proximalis részén, ill. a gyomron és a bélen. A szövettani-immunhisztológiai vizsgálattal 12 alacsony és 10 nagy malignitású tumort találtak, közöttük is a gyermekkori bél-lymphomák kivétel nélkül a nagy malignitású csoportba tartoztak. A colitis ulcerosa, ill. malabsorptiós Duhring-dermatitis talaján fellépő bél-lymphomák (1—1 beteg) felvetik annak lehetőségét, hogy hasonlóan a Sjögren-syndromához, a malignus lymphomát egy lympho-, ill. immunproliferatív folyamat előzi meg.

Gyenes György dr.

A vastagbél primer malignus lymphomái. R. A. Egeli, S. H. Ouan: Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1045.

A vastag és végbél primer malignus lymphomái patológiai ritkaságnak számítanak. A szerzők a New York-i Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases 26 éves (1949—1975) anyagában 149 gyomorbél traktusból kiinduló primer malignus lymphomát észleltek a következő megoszlásban: 69% gyomor, 18% vékonybél, 7% vastagbél lymphoma. A vastagbél lymphomák 0,45%-át tették ki az összes, bárhonnan kiinduló malignus lymphomáknak. A kezelést illetően valamennyi beteget megoperálták, amint a lymphoma diagnózis megállapításra került. A műtétet egyes esetekben prae-, más esetekben postoperatív besugárzással kombinálták, kevés betegnél végeztek a műtéti és sugárkezelés mellett kemoterápiás kezelést is. Az ötéves tünetmentesség az operált betegeknél volt a legjobb, 40%, függetlenül attól, hogy történt-e sugár-, ill. kemoterápiás beavatkozás a műtét kiegészítéseként.

Gyenes György dr.

Lymphoma malignum gyomor-bél-rendszeri elváltozásainak és szövődményeinek áttekintése. Sherlock, P. (Cornell Univ., Med. College, New York): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1031.

Az emésztőhuzam elsődleges lymphomái az összes elsődleges rosszindulatú gyomorneoplasiák 3%-át, az elsődleges vékonybéldaganatok 40—50%-át, a vastagbéltumorok 0,5%-át,a rectalis neoplasmák 0,1%-át teszik ki. A symptomatika a localisatiótól függ. A gyomorneoplasmák fájdalomban és tapintható hasi daganatban nyilvánulnak. A vékonybél lymphomái egyidejűleg különböző helyeken léphetnek fel és nem fajlagos emésztési panaszokkal járnak. A has tapintási lelete ilyen esetekben gyakran igen gyanús lehet. A vékonybél tumorok könnyen perforálnak és gyakran okoznak akut klinikai kórképet. A colon- és rectum-lymphomák symptomatikája általában a vastagbél adenocarcinomáival hasonlítható össze. A vékonybél lymphomái gyakran a generalizált lymphoma másodlagos megnyilvánulásai; az elsődleges vékonybél lymphoma ellenben ritka. Leggyakrabban a hasnyálmirigy, vastagbél és nyelőcső együttesen betegednek meg. A non-Hodgkin-lymphomák inkább manifesztálódnak a gyomor-bél huzam területén, mint a Hodgkin-lymphomák. A generalizált lymphomás betegeken gyakoriak a nem magától a tumortól kiváltott gyomor-bél zavarok. Legtöbbször a radio és/vagy a kemotherapia következményeként erosiók, ulceratiók, bacterialis és/vagy mycotikus fertőzések, funkcionális zavarok, valamint anatómiai defektusok léphetnek fel. Ritkábbak a bélhuzamnnak olyan zavarai, amelyeket meghatározott tumorlocalisatio hoz létre. Gyakran társulnak a gastrointestinalis lymphomák malabsorptiós syndromával, amit a bélfal beszüremkedése, a mesenterialis nyirokcsomók megbetegedése, vagy az IgA, illetve a „heavy chain" hiánya okoz. A malabsorptio és a lymphoma intestinale időbeli lefolyása fordított is lehet, amennyiben a hosszadalmas malabsorptiós syndromához csatlakozik a lymphoma. A lymphoma mindenféle kezelési módozata a gyomor-bél huzam rendszeres kórbonctani és működési zavarait hozhatja létre, amelyek néha pusztítóbbak lehetnek, mint maga a neoplasma. Ezen szövődmények korai felismerése és aktív kezelése vitális fontosságú.

ifj. Pastinszky István dr.

Az emésztőtraktus primer malignus lymphomáinak sugaras-műtétes kezelése. Bernasconi, S., D. Dragon: Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1060.

A Lausanne-i Egyetem Radiológiai Klinikáján 1963—1978 között 29 gyomor-bél lymphoma közül 18 a gyomorból, 10 a vékonybélből és 1 a végbélből indult ki. A betegek közül 18 férfi és 11 nő volt, a 29-ből 21 beteg 50 évesnél idősebb volt. A régebbi szövettani beosztás szerint 13 betegnek lymphocytás típusú, 13-nak reticularis sarcoma, 3-nak kevert typusú lymphomája volt. 28 beteget operáltak meg; 7 radikális műtét volt, 5 resectiót a sebész radikálisnak minősített, de a szövettani vizsgálatnál kiderült, hogy tumorban, vagy regionális nyirokcsomóban operáltak, 6 betegen exploratív laparotomia történt. A sugárkezelést minden betegnél elvégezték, 28-nál kobalt készülékkel, vagy betatronnal, 1 beteg ortovoltos röntgen-besugárzásban részesült. 12 beteg radikális sugárkezelést kapott, közöttük 15-nél a tumorágyat és a regionális nyirokterületet, 1 betegnél az egész hasüreget sugározták be több opponáló mezőből, és 5 beteg az ún. „moving strip" metodikával kapott sugárkezelést. A radikális sugárkezelés dózisa 4000—4500 rad/5 hét volt. 7 beteg részesült egy, vagy több szerből álló kemoterápiás kezelésben. A legjobb túlélési eredményeket a radikálisan operált és besugárzott betegeken észlelték, függetlenül a tumor szövettani szerkezetétől. Egyetlen prognosztikai tényezőnek a betegség kiterjedése bizonyult a diagnózis felállításakor.

Gyenes György dr.

A melanoma malignum prognózisa. Tritsch, H. (Universitäts-Hautklinik,Köln): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 383.

A melanoma malignum kórjóslata — mint más tumoroké is — annál jobb, minél korábban kerül felismerésre és kezelésbe. A malignus melanomák mintegy 70%-a felületes melanomából 10%-uk pedig lentigo malignából keletkezik. Ezek

a praecancerosisok gyógyíthatók, így korai diagnosztizálásuknak döntő szerepe van a melanoma malignum prevenciója szempontjából.

Több szerzőcsoport statisztikája szerint a praecancerosisokból kiinduló melanoma malignumnak jobb a prognózisa, mint a spontán fellépő, noduláris formáé. Az ok valószínűleg a vertikális proliferációs tendencia különböző intenzitásában rejlik, de immunhatás is szerepelhet. Minél nagyobb a tumor volumene, főleg a vertikális vastagsága, annál rosszabb a prognózis. Lényeges kórjóslati kritérium, hogy melyik stádiumban kerül a beteg kezelésbe (I. st.: bőrtumor, II. st.: regionális nyirokcsomó-metastasis, III. st.: távoli metastasisok). Minél nagyobb a lympho-, haematogen terjedés, annál kisebb a túlélési remény. Jobb a prognózisa az olyan helyen levő tumornak, ahonnan valamennyi nyirokér a regionális nyirokcsomókba vezet, mint ahol a nyirokáramlás elágazó. Rossz kórjóslati jel a daganat exulcerációja, a környező gyulladásos infiltrátum terjedése. Idős egyéneken rosszabb a prognózis. A nők magasabb túlélés aránya még magyarázatra szorul. A terhesség nem befolyásolja a kórlefolyást.

Kezelésében a radioterápiát manapság már mindinkább elhagyják, mivel csak az ún. „vékony" melanomákban érhető el vele az operatív megoldáshoz hasonló eredmény.

A profilaktikus lymphadenectomiával kapcsolatban megoszlanak a vélemények. Egyes szerzők szerint I. stádiumban levő melanoma eltávolításával egyidejűleg elvégzett regionális lymphadenectomia az 1,5 mm-nél vastagabb tumoroknál megkétszerezi a túlélési időt, vékonyabbaknál nem befolyásolja. A WHO munkacsoportjának 553 betegre kiterjedő statisztikája szerint 8 évi megfigyelési idő múlva a végtagokon elhelyezkedő, I. stádiumú melanomák esetében nem mutatkozott különbség a kórlefolyásban, ha a nyirokcsomókat a bőrtumorral egyidejűleg távolították el vagy ha csak a metastasis észlelésekor. Más szerzők viszont az egyidejű lymphadenectomia mellett foglalnak állást, mivel nehéz a nyirokcsomók klinikai megítélése, gyakoriak a csak mikroszkópos nagyságú metastasisok.

A műtéti kezeléshez adjuvánsként csatolt immun- vagy kemoterápia hatékonyságának elbírálása még kísérleti stádiumban van. Végtagokon levő melanománál a perfúziós kemoterápia az operatív eredményeket javítani látszik.

(Ref.: A szerző szerint a terhesség nem befolyásolja a melanoma malignum kórlefolyását, ezzel ellentétben az irodalomból több mint 100 olyan eset ismeretes, melyekben a graviditas alatt explózív módon keletkeztek metastasisok.)

Vánkos József dr.

Az emlő primer pecsétgyűrű-sejtes carcinomája. Jalil Ali Al-Hariri (University Institute of Pathology, Odense Hospital, DK-5000 Odense C. Denmark): Virchows Arch. A. Path. Anat. and Histol. 1980, *388*, 105.

Az emlőcarcinomákban intracellularis nyák felhalmozódása, vagy a tipikus pecsétgyűrű-sejtes carcinomák ritka jelenségek közé tartoznak. Ez utóbbi intraductalis, vagy lobularis eredetű lehet. Pecsétgyűrű-sejtes jelleg nélkül PAS-pozitív intracellularis granulumok secretoros juvenilis carcinomában is előfordulnak.

Harris és mtsai (1978) a nyáktermelő emlőcarcinomákat 4 csoportba osztották: 1. Tipikus „mucoid carcinoma" gazdag extracellularis nyákkal. 2. Pecsétgyűrű-sejtes carcinoma. 3. Nyáktermelő, papillaris carcinoma. 4. Infiltráló, lobularis carcinoma.

A szerzők egy 56 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetik. Az emlőtumor diagnosztizálása előtt 5 évvel súlyosfokú cervicalis epithelialis displasia miatt hysterectomia történt. A bal emlő külső, felső quadránsában szilványi mobilis daganatot találtak. Az emlőbimbó lelapult volt. 2 hónalji nyirokcsomóban találtak metastasist. Dg.: Intraductalis pecsétgyűrű-sejtes carcinoma. Egy évvel később a jobb emlőben in situ lobularis carcinomát észleltek, pecsétgyűrű-sejtes jelleg nélkül. A beteg jelenleg is panaszmentes.

A közleményt jól áttekinthető fény- és elektronmikroszkópos ábrák egészítik ki, melyekben az intracytoplasmatikus sima membránok által határolt, változó densitású granulumok jól felismerhetők. A szerzők fontosnak tartják az emlőcarcinomák tipizálását prognosztikai szempontból.

Bugovics Elemér dr.

Van-e az anabolicumoknak védő hatásuk a cytostatikus kezelésben? Koprera, H. (Inst. f. exp. u. klin. Pharmakologie, Univ. Graz): Med. Klin. 1980, *75*, 539.

Ismeretes, hogy a rák kezelésében alkalmazott minden gyógyszer *(alkylizáló anyagok:* N-Lost-derivatumok, aethylenimidek, alkylsulfonatok; *antimetabolitok:* folsav-, purin- és pyrimidinanalogok; *mitosismérgek:* vinca-alkaloidák, bizonyos antibioticumok; *radioizotópok)* már therapiás dosisban is nem csupán a ráksejteket, de az egészséges szöveteket is károsítják, így elsősorban a nagy mitosis-rátával rendelkező csontvelősejteket. Éppen a bekövetkező súlyos csontvelő depressio miatt kell az antineoplastikus cytostatikus kezelést megszakítani. Ha sikerül a csontvelőt védeni, úgy intenzívebb cytostatikus kezelés lenne lehetséges. Az androgenek és az ezekből deriváltak kevésbé virilizáló anabolicumok serkentik a leuko- és erythropoesist. Az anabolikus steroidok az állatkísérletekben végzett cytostatikus kezeléskor vontatottabbá teszik a leukocyták számának csökkenését és serkentik a csontvelő újbóli működésének helyreállítását. A hatásmechanizmus a mai ismereteink szerint a következő: *a)* az anabol-androgen steroidok az erythropoesist *erythropoetin* képzésével serkentik; *b)* sajátmaguk, ill. metabolitjaik fokozzák a haemoglobin-synthesist a delta-aminolaevulinsav-synthesise aktivitásának emelésével; *c)* az androstanok a granulopoetikus szövetekre is hatnak és védik a leukopeniás ártalmaktól; *d)* thrombopoesis serkentő hatásukat is észlelték. Számos klinikai tapasztalat szól hasonló hatásról embereken is, bár tárgyilagos kontroll-bizonyítékok még hiányoznak. Az anabolicumok javítják a beteg fizikai és lelki általános állapotát, védekező képességét a rosszindulatú folyamattal szemben és feltehetőleg fokozhatják egyes cytostaticumok antineoplastikus hatását.

ifj. Pastinszky István dr.

Végbélrák műtét előtti besugárzása javítja a kórjóslatot. Schertel, L. és mtsai (Radiol. Universitätsklinik, Münster): Med. Klin. 1980, *75*, 559.

A carcinoma colo-rectale 60%-on felül a rectosigmoidalis tájékon található; 8% a rectosigmoidalis átmenetben és 53% a rectum distalis részében. 1974-ben az NSZK-ban 8000 beteg halt meg végbélrákban. A helyi recidivák magas száma miatt és ennek csökkentése végett egyre inkább felmerül az előzetes besugárzás kérdése, azonban ennek eredményei kritika tárgyát képezik az irodalomban, mert a vizsgálatok vagy prospektív vagy retrospektív jellegűek, az alkalmazott sugárdosisok igen különbözőek, másrészt kemoterápiával is kombináltak. A szerzők az utóbbi három év alatt 33 (18 férfi, 15 nő) végbélrákos betegüket praeoperatív sugárkezelésben részesítették. Igen nehéz a nyirokcsomók részvételének praeoperatív megítélése. Habár nagy statisztikák nem állnak még rendelkezésünkre, mégis felvethető, hogy a műtét előtti besugárzás a kórjóslatot a következő négy mechanizmussal javíthatja: 1. kisebb a nyirokcsomó áttételek száma; 2. ritkábban lépnek fel helyi recidivák; 3. a daganat kisebbé válik és ezáltal műtétileg is jobban elhatárolható; 4. a műtétkor szétáramló daganatsejtek devitalizálódtak és nem vezetnek olyan könnyen áttételekre (távoli áttételek prophylaxisa). Az előzetes besugárzás hátránya viszont a műtét elhalasztódása és az elhúzódó sebgyógyulás. Éppen ezért ajánlatos a daganatot mintegy 2500 rad dosis-

sal besugározni, az előzetes besugárzás technikája különböző az irodalomban.

ifj. Pastinszky István dr.

Iatrogen ártalmak

Mesterséges édesítőszerek és az alsó húgyutak carcinomája. Morrison, A. S., Buring, J. E.: N. Engl. J. Med. 1980, *302*, 537.

A szerzők esetkontroll vizsgálatukban az alsó húgyutak rákos megbetegedése és a mesterséges édesítőszerfogyasztás közötti összefüggéseket becsülték fel. Ennek érdekében Boston területén 1976 márciusa és 1977 májusa között 741 alsó húgyúti (hólyag, ureter, vesemedence, urethra) carcinomában szenvedő 21—89 éves kórházi beteget azonosítottak, 677 hasonló korú és nemű kontrollt keresve hozzájuk. Interjú módszerükre választ 597 rákos betegtől (94%) hólyagcarcinomás) és 544 kontrolltól kaptak, mivel 144 daganatos és 133 kontroll a választ vagy megtagadta, vagy azt a beteg súlyos állapota, halála, az összeköttetés hiánya, orvos, illetve kórház elutasító magatartása miatt nem tudták megszerezni.

Felmérésükben a hólyagcarcinoma több ismert vagy feltételezett okát, így a dohányzást, foglalkozással kapcsolatos ténykedést, kávé-, diétás italok, cukorpótszerekkel és mesterséges édesítőszerekkel konzervált élelmiszerek fogyasztását, fájdalomcsillapítók, altatók, nyugtatók szedését, hajfestést vizsgálták. A mesterséges édesítőszerek fogyasztásával kapcsolatban pedig annak mennyiségét, gyakoriságát és tartalmát rögzítették. 13 választ (5 esetet és 8 kontrollt) azonban azok kielégítetlen volta miatt nem tudtak értékelni és így *592 alsó húgyúti carcinomás és 536 kontroll választ sikerült feldolgozni.*

Relatív rizikóval az exponált és nem exponált hólyagrák incidenciájának rizikóját fejezték ki, nem exponáltnak azokat véve, akik diétás italt, vagy mesterségesen édesített táplálékot sohasem fogyasztottak. A diétás italt és cukorpótszert fogyasztók alsó húgyúti carcinomájának viszonylagos kockázata 0,9 (0,7—1,2)-nek bizonyult a mesterséges édesítőszert nem fogyasztók 1,0-ás értékével összehasonlítva. Az eredményeket nemek szerint felbontva kiderült, hogy a mesterségesen édesített italt és cukorpótszert fogyasztó férfiak között az alsó húgyutak carcinomájának aránya inkább csökkent, amennyiben közöttük a relatív rizikó 0,8-nak bizonyult, a nők között viszont inkább kissé nőtt 1,6, illetve 1,5-ös viszonylagos kockázattal. Általánosságban a cukorpótlók fogyasztása a férfiakban 0,7, a nőkön 1,4-es relatív rizikóval járt, a diétás készítmények fogyasztásánál pedig ez a férfiakon 0,7-nek, nőkön 1,1-nek bizonyult. A mesterséges édesítőszerek használatának gyakorisága és tartama kifejezetten nem kapcsolódott a viszonylagos rizikó emelkedésével. A cigarettázással való összefüggést vizsgálva mind a férfi, mind a női dohányzók között inkább alacsonyabb rizikót találtak. Nem észleltek viszont kapcsolatot a mesterséges édesítőszerfogyasztás és egyéb külső szerek (festék, ruházat, organikus kémiai anyagok, fémek) használata, valamint a foglalkozással kapcsolatos ténykedések között.

Nehéz az epidemiologiai vizsgálatokban a saccharin és ciklamátok hatását egymástól elkülöníteni. És bár a később forgalomba hozott ciklamátokat az Egyesült Államokban 1969-ben kivonták a forgalomból, a megfigyelések a saccharin feltételezett rákkeltő hatására is felhívták a figyelmet. A szerzők eredménye azonban azt látszik bizonyítani, hogy ha a mesterséges édesítőszereknek van is rákkeltő kockázata az alsó húgyutakra, akkor ez igen kicsiny és egyáltalán nem kifejezett, sőt ezt a mesterséges édesítőszerfogyasztás gyakorisága és tartama sem növelte meggyőzően. Ezt bizonyítja, hogy a viszonylagos kockázat férfiakon még 1,0-nál is alacsonyabb volt. Ugyanakkor angol és amerikai cukorbetegeken még enyhébb pozitív összefüggést sem tudtak kimutatni a hólyagcarcinoma mortalitása és a saccharin-, illetve ciklamátfogyasztás között. Mások a mesterséges édesítőszerek rákkeltő hatását inkább az erős dohányzók között tapasztalták. E referált vizsgálatban azonban a nem dohányzó édesítőszerfogyasztók relatív kockázata bizonyult nagyobbnak, a National Cancer Institute vizsgálatában viszont inkább az erősebben dohányzó édesítőszerfogyasztók között jött létre és fokozódott a carcinomás rizikó.

A szerzők vizsgálati eredményéből az a következtetés vonható le, hogy a mesterséges édesítőszerfogyasztás nem lehet lényeges rizikófaktora a hólyagcarcinomának, mert a kettő között csak gyenge és ellentétes összefüggéseket tudtak kimutatni. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján pedig a mesterséges édesítőszereknek még tartós használata sem okoz hólyagcarcinomát. Különben is ezeknek még gyenge carcinogen hatása is csak hosszabb megfigyelési idő után ítélhető meg, mivel az általános és bőségesebb mesterséges édesítőszer-fogyasztás csak 1960 óta terjedt el.

Angeli István dr.

Saccharin — keserű utóíz? Szerk. közlemény (Hoover, R.): N. Engl. J. Med. 1980, *302*, 573.

A saccharin édesítőszerként való alkalmazásának ellentmondásai, a 69 évvel ezelőtti éles vita után, még ma is fennállanak. Ugyanakkor a törvényhozók, orvosok és főleg a nagyközönség jogosan sérelmezi, hogy az időközben felmerült fontos problémákra még a modern tudomány sem adott határozott és végleges választ.Kétségbeesésre azonban ettől függetlenül sincs ok, mivel a saccharin toxicitását bizonyító megbízható adatok és világos indoklások még ma sincsenek.

A toxicitásra vagy kedvező hatásra vonatkozó biológiai végpontok lefektetése különben sem könnyű, de tény, hogy tartósabb toxikus hatását még a sok saccharint fogyasztók között is csak nagyon ritkán láttak, sőt még ezt a ritka károsító hatást is csak közvetve sikerült azonosítani. A carcinoma-rizikó feltételezése túlzottan nagydózisú állatkísérletekből származott. Így ennek létrejötte emberen viszonylag sokkal kisebb dózisra már csak néhány egyáltalán nem lemérhető feltételezésen alapszik. Emberen általában a sacharin ilyen irányú hatását nem tapasztalták, ráadásul az állatkísérletek sajátosságait sem lehet egyértelműen átvinni az emberre. Kétségtelen azonban, hogy a sacharin toxicitásának vizsgálata kiszélesedett, sőt a közeljövőben tovább fog javulni, ami azért is különösen fontos, mert a mesterséges édesítőszereket egyre több orvos tartja fontosnak a diabetes, elhízás és hypertriglyceridaemia megelőzésében, illetve kezelésében.

A laboratóriumi vizsgálatok carcinogenitást bizonyító eredményeit erős bírálatok érték az alkalmazott módszerek miatt, de az ezen aggodalmakat kiküszöbölni szándékozó jobb vizsgálatok is rámutattak arra, hogy a nagydózisú saccharin adagolás más carcinogen anyagok hatását egyértelműen erősíti, illetve növeli. Az egyik előző epidemiológiai vizsgálatban a mesterséges édesítőszert fogyasztó férfiak között 60%-kal több hólyagcarcinomát észleltek. Ezt több bírálat után legutóbb két olyan közlemény is megcáfolta, amelyeknek nem kifejezetten ennek bírálata volt a célja. Az egyik *Morrison* és *Buring* ugyancsak ebben a számban megjelent és most referált közleménye, a másik pedig a *National Cancer Institute* közleménye *(ref.: amelynek környezeti, epidemiológiai részlegéből írták a szerkesztőségi közleményt is.)* Mindkettő következtetése szerint a hólyagcarcinomák számának emelkedése nem a saccharinfogyasztásra vezethető vissza és nem látják bizonyítottnak azt, hogy a mesterséges édesítőszerek akár a hólyagra, akár más szervekre carcinogen hatást fejtenének ki. Az NCI-ból származó tanulmány *(szintén referálva, Lancet 1980, 1, 837.)* a carcinomás kockázat fokozódását észlelte a naponta többször mesterséges édesítőszert fogyasztók, valamint az emellett még erősebben dohányzók között. *Morrison* és *Buring* anyagában viszont a mesterséges édesítőszerek fogyasztása még erősebb dohányzás esetén sem nö-

velte a hólyagrák kockázatát. A találtak tehát inkább a mesterséges édesítőszerek gyengébb carcinogen hatása mellett szólnak, azt azonban egyáltalán nem bizonyítják. Mindezek pedig mind a cukorbetegeket, mind a napi kávéjukat saccharinnal édesítő embereket meggyőzhetik arról, hogy a hólyagcarcinoma kockázata — így — ha egyáltalán fennáll — nagyon csekély. Ettől függetlenül, ha a mesterséges édesítőszerek toxicitása nem is nyert bizonyítást, ezek egyre növekvő használatát a fiatalok és terhesek között mégis csökkenteni célszerű, sőt túlzott fogyasztásuk az orvosi közvéleményben is ellenérzést kell, hogy kiváltson.

Angeli István dr.

Anticonvulsiv gyógyszerek és a rák. White, S. J. és mts (Medical Research Council Statistical Research and Services Unit and Department of Clinical Pharmacology, University College Hospital Medical School, University Street, London WC1E 677): Lancet, 1979, *2*, 458.

A Chalfont-i Epilepszia Centrumban 1931 és 1971 között kezelt több mint 2000 beteg sorsát kísérték a szerzők figyelemmel. A vizsgált beteganyagban a halálozási arányszám lényegesen magasabb volt, mint ugyanezen időszakban Anglia és Wales hasonló korú és nemű lakosságában. Ennek okát próbálták a sectiós adatok birtokában tisztázni.

Régóta ismeretes, hogy bizonyos kémiai anyagok (ipari mérgek, pesticidek, élelmiszer additivumok, gyógyszerek) carcinogen hatásúak lehetnek. Pl. huzamosabb ideig, nagy dosisban adagolt DDT egérben és néhány patkánytörzsben májrákot idézhet elő. Ha azonban a kísérleti állatok előzőleg fenobarbitált kaptak, a carcinoma előfordulási aránya csökkent, de elmarad a csökkenés, ha a DDT adása megelőzi a barbiturát adását. Ennek okát többen azzal magyarázzák, hogy a barbiturátok által indukált jelentősebb mennyiségű májenzim talán protectiv hatású a carcinogen anyagokkal szemben, de ha a károsító ágens genetikus változást idézett elő a májsejtek DNA rendszerében, akkor már e károsodott funkciójú sejt enzimrendszerét stimulálja a barbiturát.

A szerzők 2099 epilepsziás beteg halálozási adatait vizsgálták meg. A Chalfont-i Epilepszia Központ betegei többségükben súlyos betegek voltak, sokan közülük képtelenek voltak az intézeten kívüli életre. A betegség időtartama (melyet a szerzők az első rohamtól a halálig számítanak) 2—50 év volt, ezen idő alatt a betegek rendszeres és folyamatos fenobarbital és hydantoin kezelésben részesültek.

119 beteg adatait különböző okok miatt nem tudták értékelni. A vizsgált beteganyagból 636 haláleset volt, az átlag populáció alapján 208 volt a „várható". A halál az esetek többségében közvetlenül az epilepsziával összefüggésbe hozható volt, de az egyéb halálok (pl. cerebrovascularis, keringési és légzési elégtelenség, baleset, suicidium) is gyakoribb volt a várhatónál. 78 daganatos haláleset volt (a várt 51,5). Feltűnő volt ebből a 6 idegrendszeri daganat. Az egyéb daganatok megoszlása nem mutatott az átlagostól lényegesen eltérőt. Igen érdekesnek tűnik, hogy az 1 epehólyag-cc. és 2, ismeretlen kiindulású májmetastasis mellett egyetlen primer májrákot sem találtak.

A szerzők végül is nem találtak saját anyagukban bizonyítékot arra, hogy a tartós anticonvulsiv therapia lényegesen megnövelné a daganatok — ezen belül a primer májdaganatok — számát.

Zsolnai Mária dr.

Kis dózisú rtg-sugárzás és leukaemia. Linos, A. és mtsai (Section of Publications, Mayo Clinic, Rochester, MN. 55 901, USA): N. Engl. J. Med. 1980, *302*, 1102.

March 1944-ben írta le először az rtg-sugárzás leukaemogen hatását. Az Atombomba-károkkal Foglalkozó Bizottság végezte eddig a legátfogóbb vizsgálatokat a sugárzásnak emberre gyakorolt hatásával kapcsolatban. Jelentősége van a sugárzás időpontjának, dózisának, a latencia-periódusnak, a dózis és a válasz-reactio kapcsolatának. Mások a spondylitis miatti nagyobb dózisú terápiás rtg-irradiatio és a leukaemia, aplastikus anaemia kapcsolatát vizsgálták. A diagnosztikus (kis dózisú) sugárzás leukaemogen hatásával kapcsolatos ismeretanyagunk szegényes. *Stewart* és mtsai szerint (1958) emelkedett a leukaemia veszélye azokban a gyermekekben, akiket in utero rtg-sugárhatás ért. Ugyanők (1962) a diagnosztikus rtg-sugárzások száma és a myeloid leukaemia között véltek kapcsolatot felfedezni. *Gunz* és *Atkinson* (1964) viszont már nem tudták az előbbi összefüggést bizonyítani, akkor, ha csak a diagnosztikus irradiatiót kapók adatait elemezték. Mások szerint csak a férfiakban mutatható ki összefüggés a leukaemia fellépte és a több mint 21 mellkas-rtg végzése között. A szerzők rámutatnak arra, hogy ezen kezdeti tanulmányokban a sugárzással kapcsolatos feljegyzések igen szegényesek, s emiatt a levont következtetések nagyon is kérdésesek.

A vizsgálatokat Minnesota állam Olmsted megyéjében végezték. E megye orvosi ellátását a Mayo-klinika végzi. A belgyógyászok, sebészek, pathológusok diagnózisaikat egy központi adattároló rendszerbe táplálják. A tárolt információkat rendszeresen ellenőrzik, s más megyék adataival hasonlítják össze. Közleményük anyagaként 138 leukaemiás beteget vizsgáltak. Egyéb részletesebb adataikat korábbi közleményükben elemezték. Minden betegre két olyan kontroll személyt kerestek (276), akiknek életkora, neme, tartózkodási helye hasonló volt, s valamilyen banális probléma miatt kerültek adataik a központi adattárolóba. Így könnyű volt feljegyezni, azonosítani a diagnosztikus és terápiás irradiatio hatását. A betegek diagnózisának felállítása előtti egy évig végezték az analysist. Minden esetben meghatározták az ún. „csontvelői absorbeált dózist" a korábban már közölt „súlyossági faktorok" mellett. Az 1955—1974 közötti periódust három olyan időszakra lehetett felosztani, amikor elvileg különbözött a dózis-meghatározás. Méréseik alapján az 1955—1972 között használt dózisok levegő expositiós értéke a jelenleginek több mint kétszerese, az 1955 előtti periódusé pedig kb. négyszeres volt a mainak. *Miettinen* és mtsai és *Hill* és mtsai módszereit használták fel az elemzésben. Miután a tanulmány célja az alacsony-szintű sugárzás effektusának a tanulmányozása volt, minden olyan beteget kizártak a végső analysisből, akinek sugárterhelése nagyobb volt 300 radnál (3 Gy). Megállapításaik szerint nincs szignifikáns emelkedés a leukaemia (myeloid vagy lymphoid) kifejlődésében 0-tól 300 rad dózis-határ között, ha ezeket a mennyiségeket kis dózisban hosszú idő alatt alkalmazták rutin céllal. Nem találtak különbséget férfiak és nők között, nem volt életkori kiugrás. A „biztos intervallum" analysise során valamennyi leukaemia-típusnál a felső határ kisebb volt, mint 2,0. Ezen intervallum felső határa következetesen alacsonyabb, mint az a kockázat, amelyet 1972-ben az ionizáló sugárzás biológiai effectusairól szóló munkában megadtak.

Ezen eredmények nem támasztják alá Stewarték adatait, akik kapcsolatot találtak acut és chronikus myeloid leukaemia és a diagnosztikus irradiatio között. A különbség okát abban látják, hogy a korábban már említett szerzők nem végeztek kellő mértékű dozimetriát, nem vették figyelembe a korábbi gép-típusokat, a sugárzás évét, és sok elfogultság származhatott a beteg és orvos részéről. A leukaemiás betegek és kontrollok különböző kórházakból származtak. Hasonló problémák fedezhetők fel *Gibson* és mtsai dolgozatában. Ők azt tapasztalták, hogy gyakrabban adott kis dózisú irradiatio után férfiakban gyakoribb a myeloid leukaemia (de sok szubjektivitás és nem kellő szintű dozimetria kérdőjelezi eredményeiket).

A szerzők tanulmányának az az előnye, hogy információikat folyamatosan, a leukaemia kialakulása előtt regisztrálták, és képesek már a csontvelői aktuális sugár-dózist felhasználni a diagnosztikai filmek száma helyett.

A tanulmányozott betegek száma viszont relatíve kevés, s nagyon kívánatos lenne a tanulmányt nagyobb közösségekben is megismételni.

(Ref.: A cikk témájának aktualitása indokolja a részletesebb ismertetést.)

Kiss Attila dr.

A cytostatikumok neurotoxikus mellékhatásai. Strian, F., R. Maurach (Max Planck Inst. f. Psychiatrie, München): Med. Klin. 1980, **75**, 478.

A daganatos megbetegedések kapcsán fellépő neurológiai és psychiatriai tüneteket nem csupán a metastasisok vagy a paraneoplasiás folyamatok okozhatják, hanem a cytostatikus kezelés következményei is lehetnek. Így az asparaginase-kezelés kapcsán apathia, psychomotoros lassúbbodás, vontatott beszéd, somnolentia figyelhető meg; akut organikus psychosisok, hallucinatiók is felléphetnek. A methotrexat-encephalopathia kapcsán a dementalis folyamatok állnak az előtérben; epilepsiás rohamokat is észleltek. A methotrexat intrathecalis alkalmazásakor a betegek 10—50%-ában meningitis fejlődhet. A fluoruracil mellékhatásai közül az ataxia és a finommotorika zavarai említhetők meg elsősorban. A vincristin-kezeléskor mutatkozó polyneuropathiák egy-három hónap alatt visszafejlődnek. Gyakran igen nehéz a tumor okozta és a therapiás neurotoxikus szövődményként mutatkozó idegrendszeri zavarok elkülönítő kórisméje, amelynek eldöntésére gyakran kiegészítő vizsgálatok (liquor, elektromyographia, computertomogramm, esetleg biopsia stb.) is szükségesek.

ifj. Pastinszky István dr.

Levamisol-okozta lichenoid kiütések. Kirvy, J. D., M. Black, D. McGibbon (St. Bartholomew's Hospital, London): J. Roy. Soc. Med. 1980, *73*, 208.

A szerzők egy 59 éves férfi és egy 51 éves rheumatoid arthritises nőbeteg kórlefolyását ismertetik. Mindkét beteget levamisol-lal kezelték az alapbetegség miatt és mindkettőn több hónapos alkalmazás után hámló, majd lichenoid bőrkiütések jelentkeztek. A férfibeteg hajas fejbőrén hámló jellegű kiütéssel egyidőben alopecia, majd ezt követően papulo-nodosus jellegű exanthemák jelentkeztek. A szövettani vizsgálatok egyértelműen lichenoid jellegűek voltak. A kiütések a szer elhagyása után elmúltak, kivéve a hajas fejbőr foltos, heges alopeciáját.

A levamisolról néhány éve ismert, hogy hatásos szer rheumatoid arthritisben. Éppen úgy, mint a penicillaminszerű szereknek, az aranynak és az antimalaricumoknak hosszú idő kell, hogy hatásukat kifejthessék. Mind a három gyógyszer toxikus reactiókat válthat ki, amelyek *bucca erosio* (penicillamin, levamisol, arany), *lichen planus* (levamisol, penicillamin), *psoriasiform kiütés* (levamisol) és *lichenoid eruptio* (arany) formájában mutatkozhatnak. Az immunológiai vizsgálatok szerint a rheumatoid arthritises betegeknek csökkent a T-sejt funkciójuk vagy a T-sejt suppressor akitivitásuk. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy ezek a levamisol-okozta toxikus reactiók nem láthatók más kórállapotokban. Úgy tűnik, hogy a T-sejt funkció megváltozása javítja a penicillinszerű készítményekkel kezelt rheumatoid arthritises betegek panaszait. Ugyanakkor azonban a szerekkel kezelt betegeken psoriasiform vagy ekzemás jellegű kiütések jelentkezhetnek, amelyek egy lichen planus-szerű eruptióba mehetnek át. Valószínű, hogy a megváltozott epidermális behatások a T-sejteket késztetik a lichenoid infiltratumban való részvételre. A szerzők hasonló, levamisol okozta lichenoid eruptióra vonakozó közléssel nem találkoztak.

Schneider Imre dr.

Oxprenolol-okozta láz. Hasegawa, K. és mtsai (Department of Medicine, Kudanzaka Hospital, Chiyodaku, Tokyo, Japán): Brit. med J. 1980, *181*, 27.

A β-adrenerg-blockoló készítmények ritkán okoznak lázat. A szerzők egy ilyen észlelésüket ismertetik.

65 éves férfibetegüket 1979 szeptemberében veszik fel osztályukra. Kórelőzmény: egy hete van éjszakánként hidegrázással járó magas láza. 1979 márciusa óta effort-anginája miatt kezelik s e kezelést a legutóbbi 15 napban 3 × 20 mg oxprenolollal egészítették ki. Vizsgálati leleteiből 12,7 G/l-es fehérvérsejt-száma, kissé emelkedett LDH-értéke, magasabb IgE-szintje, valamint rheuma-factor pozitivitása emelendő ki. EKG: negatív, radiologiailag enyhefokú szívnagyobbodás. Kezelés: az eddigi összes gyógyszer elhagyása, melyre a beteg lázai megszűnnek és fehérvérsejt-száma is rendeződik, 10 nappal később azonban mellkasi panaszai miatt ismét oxprenolol + propranolol kezelésben részesítik, mely után 12 órával később 39 °C láz lép fel, 23,7 G/l-es leukocytosissal. Ekkor már felmerül a gyógyszerláz alapos gyanúja s e készítmények elhagyása után 1 hét múlva próbaképpen csak az oxprenolt adják a betegnek s nem is csalódnak, mert e készítmény adására ismét láz és leukocytosis lép fel, míg propranolol alkalmazására nincs semmiféle mellékhatás.

Forrest (1972) összeállításában 4403 oxprenolollal kezelt beteg szerepel s közülük 13,7%-ban lépett fel valamilyen mellékhatás. Ugyanakkor a szerzők sem az angolszász, sem a japán irodalomban nem találtak oxprenolol-okozta gyógyszerlázat, melyet az általuk ismertetett esetben bizonyítottnak tartanak. Emellett szól a provokációs próba eredményessége, valamint a lázzal járó leukocytosis és máj-dysfunctio gyors rendeződése az oxprenolol kihagyására. Céljuk esetük ismertetésével az volt, hogy a napjainkban kiterjedten használt β-adrenerg-blockolók e lehetséges mellékhatására felhívják a figyelmet.

Major László dr.

Rifampicin okozta thrombocytopenia. Hadfield, J. W. (Battle Hospital, Reading Berkshire): Postgrad. Med. J. 1980, *56*, 59.

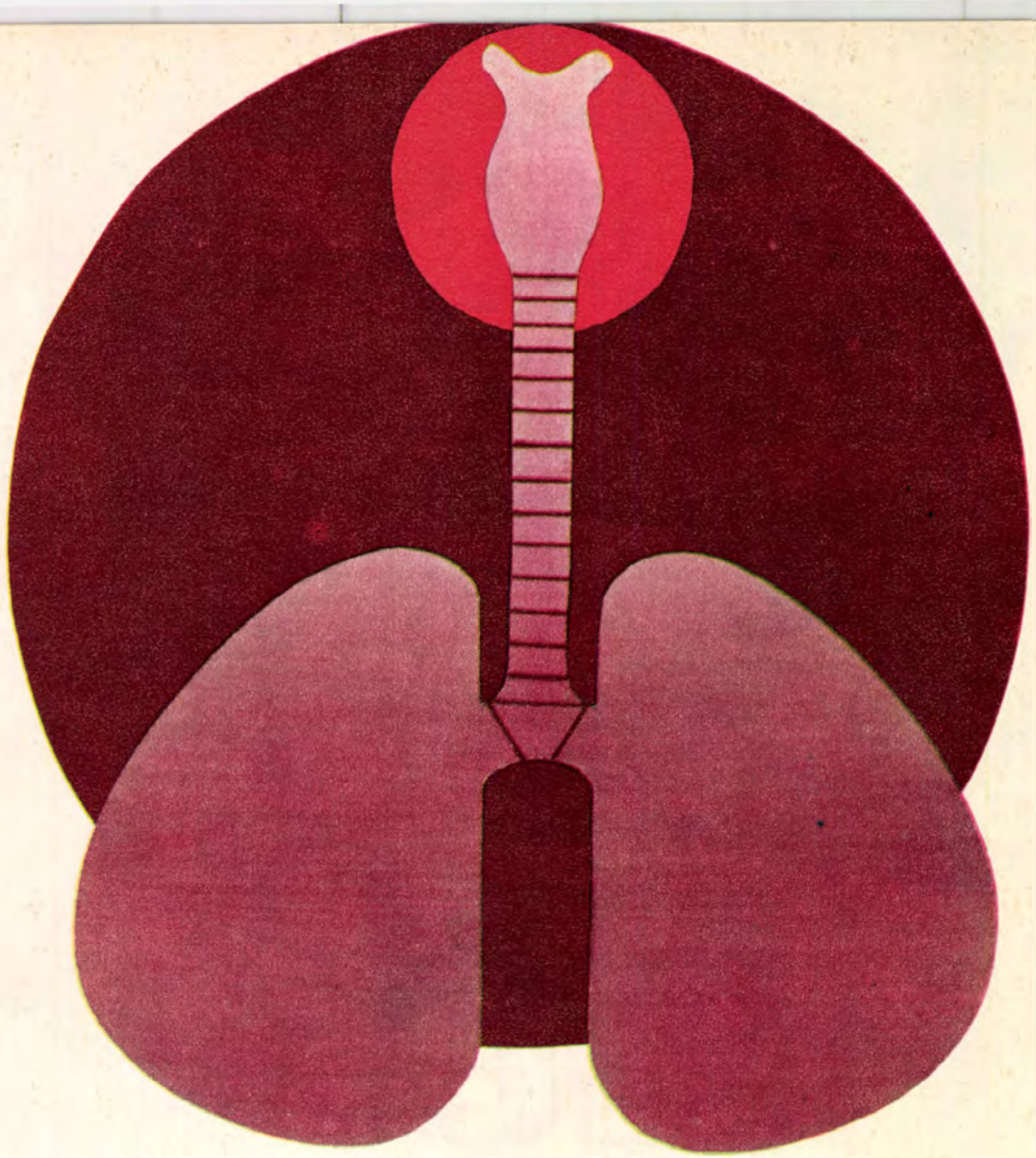
A rifampicin igen jól tolerálható, nagy hatású antituberkulotikum, melyet széles körben alkalmaznak. Mellékhatása kevés van: leggyakrabban bőrjelenségeket, gastrointestinalis panaszokat, ritkábban hepatotoxicitást észleltek. Leírták, hogy egyes esetekben „nátha-szerű" tüneteket idéz elő. Néhány közlés akut veseelégtelenség kialakulásáról számolt be. Megfigyeltek haemolytikus anaemiát is. A szerzők 37 éves betegén 10 hónapos, napi 600 mg-os rifampicin adagolás következtében hirtelen fellépő súlyos thrombocytopenia alakult ki, ami a rifampicin elhagyására megszűnt. Feltételezik, hogy allergiás mechanizmus alapján, keringő antithrombocyter antitestek keletkeztek, amelyek típusos immun-thrombopeniához vezettek. Hangsúlyozzák ezért, hogy rifampicin terápia során a thrombocyta-szám rendszeres ellenőrzése szükséges ezen szövődmény idejekorán történő észlelése érdekében. A kialakult thrombopenia hasonló a digitoxin, kinidin és kinin okozta immunthrombopeniához.

Berkessy Sándor dr.

Kombinált szén-hemoperfuzió és hemodialízis penicillin-intoxikáció kezelésében. Wickerts, C. J. és mtsai (St. Eriks és Södersjukhuset, Stockholm): Brit. Med. J. 1980, *280*, 1254.

Urémia esetén nagy adag penicillin idegrendszeri tünetekben megnyilvánuló mérgezést okozhat. Egy krónikus hemodialízis-kezelésben részesülő 60 éves asszony esetét ismertetik, akit pneumonia, majd feltételezett szepszis miatt napi 20 millió E benzylpenicillinnel kezeltek. A beteg állapota javult, de 4 napos kezelés után aluszékonnyá vált, izomrángásai jelentkeztek, majd komatózus lett, moribundnak látszott. Hemodialízis az igen magas penicillamin-szintet csak mérsékelten csökkentette. Ekkor a dializáló készülékhez Adsorba (Gambro) 300 g aktivált szenet tartalmazó hemoperfúziós oszlopot csatla-

CHINOIN – BUDAPEST



LIBEXIN COMBINATUM®

tabletta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 db tabletta — Térítés: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

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



CHINOIN
BUDAPEST

SENSIT®
drazsé

CORONARIA DILATATOR

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

ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

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

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 drazsé.

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.
Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

50 db drazsé

Térítés: 2,70 Ft

koztattak. A plazma penicillinszintje 3 óra alatt jelentősen csökkent, másnapra a beteg eszméletre tért és neurológiai maradványtünetek nélkül gyógyult. Anuriás betegen a hemodialízis néha nem elegendő ahhoz, hogy az egyébként elég jól dializálható penicillin nagy mennyiségeit eltávolítsa a szervezetből és ilyenkor szükség lehet a kiegészítő szén-hemoperfúzióra is.

Winter Miklós dr.

Máj- és epeútbetegségek

Foglalkozási májbetegségek. H. D. Kuntz és mtsa (Med. Univ. Klin. u. Poliklinik, Abt. f. Gastroenterologie, u. Hepatologie der Berufsgenoss. Krankenanstalten Bergmannsheil Bochum): Münch. med. Wschr. 1980, *122*, 1059.

A gyakorlati és elméleti medicina mindinkább tért hódít a prevencióban és a rehabilitációban. A máj-diagnosztika fejlődése a májártalmak gyakoriságának, kórformáinak és kóroktanának ismereteit is bővítette. Két aetiológiai faktort emel ki: 1. a máj infectiói (vírusinfectiók), 2. toxikus ártalmak. A vírushepatitissel ellentétben a toxikus májártalmak pathogenetikai, klinikai szemlélete késett. A nagyarányú gyógyszerfogyasztás, számos exogén tényező, az alkoholabúzus fokozódása jelentős terheket rónak a májra. Az anyagokat le kell bontani és eliminálni; nem ritka, hogy a megelőző alkoholos májkárosodás más toxikus anyagok újabb ártalmaival kombinálódik.

A *vírushepatitis* esetek száma egyre szaporodik, ezzel párhuzamos az eü. hivatásúak között a B vh aránya fokozódik (a tbc gyakoriság egyidejű csökkenésével). Az orvosi személyzet foglalkozási ártalmaiban a B-vh az első helyen áll. A B-vh terjedésének útjait és forrásait ma már jórészt ismerjük. A hepatitis rizikója 10—20-szor nagyobb az egészségügyiek között (laboratórium, dialyzáló osztályok), mint az egyéb populációban; ezért ismerték el foglalkozási ártalomnak kimutatható infectiós forrás nélkül is, tekintve, hogy csaknem mindig adódik fertőzést okozó anyag: teljes vér, vérfractiók, gyakorlatilag valamennyi testnedv, illetve az azt átvivő lehetőség (direkt kontaktus, enteralis út, drog inj., acupunctura stb.). A vh minimális diagnosztikus programja: sebi., transaminasek, gamma-GT, GLDH, elektrophoresis, se. vas, vírus-serologia: HBsAg, anti-HBc, anti-HAV. Hat hónapig persistáló HBsAg chronikus kórlefolyást jelent.

Különös gondot igényel a „májbeteg" és az egészséges vírushordozók közötti különbség megítélése. A normál populációban a HBsAg pozitivitás 0,2—2,1%, a kórházi személyzetben nagyobb (a „néma fertőzés" rizikója révén vérük 13—21%-ban tartalmaz HBsAt-eket a normál populáció 6—8%-ával szemben). Az infectivitás jelzője a vér HBsAg és HBeAg tartalma. HBV kontaktus esetén passzív „hyperimmunglobulin" megelőzés jöhet szóba. Az acut szak lezajlása utáni következményes állapotok — és részben a funkcionális zavarok — a munkaköri teljesítőképességet különböző fokban befolyásolhatják. A posthepatitises hyperbilirubinaemiával, a chronikus persistáló és a chronikus agresszív hepatitissel számolhatunk. Posthepatitises „transaminitis" nincs, ez a protrahált kórlefolyás jele, amit májbiopsiával kell differenciálni. A posthepatitises hyperbilirubinaemia szakvéleményezése szempontjából alárendelt szerepű, és nem jár a keresőképesség csökkenésével. A véleményalkotásban az egyéni körülményeket és az egyes parciális májfunkciók csökkenésének fokát mérlegelni kell. Szigorú szabályokat nem lehet kialakítani. CAH-ban a munkaképesség csökkenés 20—50%, CPH-ben 30% alatt van, de a morfológiai és az aktivitási változásokat figyelembe kell venni.

Ipari-toxikus májártalom. Számos hepatotoxikus anyag okozhat morfológiai és funkcionális (részfunkcionális) májkárosodást. Ismeretesek: 1. *direkt hepatotoxikus anyagok.* Jellemzőik: a májkárosodás az adag függvénye, állatmodellen reprodukálhatók, rövid a lappangási idejük, többnyire jellemző morfológiával járnak. 2. *Indirekt hepatotoxikus anyagok.* Jellemzőik: a májkárosodás nem az adag függvénye, állatokon nem reprodukálható, a lappangási idők különbözők, csekély a megbetegedési arány, az enyhe májfunkció zavartól a súlyos károsodásig több változat fordulhat elő.

Az ipari anyagok jórésze direkt toxikus hatású, a gyógyszerek az indirekt hepatotoxikus anyagok közé tartoznak. (Ipari májmérgek: halogénezett szénhidrogének, aromás aminok, triorthoresylphosphat, chrom, insecticidek, vinylchlorid, halothan).

Az említett anyagok okozta foglalkozási expozíció révén egy sor morfológiai reakciót okozhatnak: *toxikus hepatitist, zsírmájat és malignus képződményeket a májban.*

A továbbiakban olvashatunk egy-egy anyag klinikai, biokémiai ártalmáról, histológiai sajátságáról a három fenti májkárosodásban. Valamivel részletesebben foglalkozik a vinylchlorid-betegséggel (bőrelváltozások, akroosteolysis, óraüvegköröm, scleroderma-szerű alteratiók, thrombo-leukopenia, splenomegalia, portalis hypertensio, májfibrosis, haemangio-endothelioma).

(Ref.: A modern szemléletű munka figyelmet érdemel, ezért is hosszabb kissé a referátum.)

Barna Kornél dr.

Súlyos alkoholos hepatitisben és spontán encephalopathiában szenvedő betegek kettős vak kísérlettel végzett, ellenőrzött prednisolon kezelése. V. Depew és mtsai (Liver Division, University of Southern California, Los Angeles, California): Gastroenterology 1980, *78*, 524.

28 súlyos alkoholos hepatitisben és encephalopathiában szenvedő betegből 15 steroid, 13 pedig placebo kezelésben részesült. Korábbi tanulmányok azt mutatták, hogy a steroidok adásától lényeges javulás nem várható, a mortalitás a placebót szedő csoporthoz képest nem változott. A kezelt betegek 2 csoportja között nem volt lényeges eltérés a klinikai tünetek és laboratóriumi eredmények vonatkozásában.

A prednisolont szedő betegek napi 40 mg gyógyszert kaptak, míg a másik csoport placebót szedett. A vizsgálatokba a súlyosan beteg egyéneket is bevonták,míg más szerzők csak az enyhe vagy közepes fokú alkoholos hepatitises betegeket vizsgálták. Felvételkor egyik beteg sem volt moribund állapontban. Veseelégtelensége a 15 prednisolont szedő betegből 7 -nek, a placebót szedő csoport 13 betege közül 6-nak volt. A kialakult veseelégtelenségben a mortalitás 70%-nál magasabb volt. A prognózis kedvezőbb volt, ha veseelégtelenséget nem észleltek.

A szerzők más megfigyelésekre is hivatkozva megállapítják, hogy jóllehet a gyulladásos folyamatban immunmechanizmusokat is feltételeznek, az ismételt kontrollált vizsgálatok azt mutatják, hogy a prednisolon kezelésnek semmilyen előnyös hatása nincs az enyhe, középsúlyos, ill. súlyos alholos hepatitisre.

Ternák Gábor dr.

Hepaticus transaminase aktivitás alkoholos májbetegségben. D. S. Mathof és mtsai (Gastroenterology Service, Dept. of Med., New. Eng. Med. Center Hospital Boston): Gastroenterology, 1980, *78*, 1389.

A serum transaminase értékek alkoholos májbetegségben általában sajátságosan viselkednek. Alkoholos májbetegségben többnyire a GOT/GPT arány kettőnél nagyobb és csak ritkán magasabb 300 E-nél. A transaminase érték nagysága nem párhuzamos a májnecrosis súlyosságával. Súlyos necrosis ellenére csak kisfokú transaminase szint emelkedés mutatható ki a serumban. Ennek pontos mechanizmusa nem ismeretes. Feltételezik, hogy az aethanol toxikus hatása lehet a felelős.

A szerzők májbiopsiával nyert májszövetben vizsgálták a GOT és GPT aktivitást különböző májbetegségekben és ezt az eredményt összehasonlították a serum értékekkel. Kb. 5—10 mg májszövetet használtak fel ebből a célból.

Vizsgálataikkal kimutatták, hogy a máj GPT aktivitása selectiv módon csökkent alkoholos májbetegekben más májbetegségekhez képest. A GOT aktivitást is csökkentnek találták, de ez a csökkenés nem jellemző alkoholos májbetegségekre. A májsejtek kevesebb transaminase tartalma az oka annak, hogy még kiterjedt májnecrosis esetén is csak kis mennyiségű enzim szabadul fel a szétesö sejtekből. A csökkent transaminase aktivitás pontos oka még nem ismeretes. Valószínű, hogy összefüggésben lehet az alkoholos májbetegségekben észlelt pyridoxal phosphat deficienciával. *Lumeng* és *Li* úgy találták, hogy chronikus alkoholizmusban az alkoholból származó acetaldehyd fokozza a pyridoxal phosphat metabolizmusát. Alkohol etetésével pyridoxal phosphat deficienciát lehet létrehozni patkányokban.

24 hetes aethanol etetést követően a patkányok májának GPT tartalma jelentősen csökkent. Úgy tűnik, hogy a rendelkezésre álló adatokból levonható az a következtetés, hogy az alkoholfogyasztás, pyridoxal deficiencia és csökkent GPT aktivitás között összefüggés van.

A szerzők jelen munkájukban nem vizsgálták a májszövetminták pyridoxal tartalmát. Felvetik, hogy a hypothesist alátámasztaná, ha nagyadagú B_6-vitamin adásával sikerülne a transaminase aktivitást normalizálni.

Szabó Júlia dr.

A máj fokális zsíros átalakulása, egy eddig rosszul ismert elváltozás. M. K. Brawer és mtsai (UCLA Center for the Health Sciences, Department of Pathology, Los Angeles, California 90024): Gastroenterology, 1980, *78*, 247.

A máj zsíros elfajulása általában diffúz folyamat, bár lehet centrolobuláris vagy periportális hangsúlyozottsága az aetiologiától (adipositas, alultápláltság, corticosteroid kezelés, congestiv szívelégtelenség stb.) függően. A gócos átalakulás ritkán felismert és szerényen jellemzett elváltozás. A szerzők ez utóbbi 10 esetét ismertetik post mortem vizsgálatukkal mellékleletként talált 26 hó—79 év közötti eseteikben.

A zsírosan átalakult szóló vagy multiplex csomók mérete 4 cm-ig terjedt, főleg subcapsularisan helyezkedtek el, többnyire minimális diffúz steatosistól kísérten és több esetben májabscessussal vagy tumor metastasissal kapcsolódtak.

A szerzők az alapul szolgáló betegséget és az alkalmazott gyógykezelést vizsgálták az elváltozás aetiologiájának meghatározására. Addicionális tényezőt kerestek a folyamat fokalitásának megmagyarázására. Úgy vélik, a csomókban elhelyezkedő zsíros átalakulás pathomechanizmusában lokális májszöveti ischaemia játszhat szerepet.

A fokális zsíros degeneratio jelentős lehet a máj térfoglaló folyamatainak differenciáldiagnosztikájában.

Kovács Mária dr.

Bromocriptin használata a chronikus hepatikus encephalopathia kezelésében. M. Y. Morgen és mtsai (Dept. of Medicine, Royal Free Hospital School of Medicine, University of London): Gastroenterology, 1980, *78*, 663.

6 súlyos cirrhosist követően kialakult encephalopathiás esetet vizsgáltak. A kezelés megkezdése előtt valamennyi beteg intermittáló vagy persistens aluszékonyságban, emlékezetzavarban, kedélyváltozásban szenvedett. A beszéd hadaró volt. Valamennyi beteg súlyos mozgás-incoordinatiót és tremort mutatott. A kezelés alatt, ill. előtt folyamatosan vizsgálták az agy oxigénfogyasztását, vérellátását és az EEG-t. A hepatikus encephalopathiának széles klinikai spektruma van. Leggyakrabban álmosság, confusio, az érdeklődés hiánya, agresszív vagy paranoid viselkedés, ill. az intellektus károsodása figyelhető meg. Ritkábban cerebelláris jelek (tremor, rigiditás stb.) jelentkeznek. Eseteikben a corticalis, extrapyramidalis, ill. cerebellaris dysfunctiók kevert formában jelentkeztek. A kórkép pathomechanizmusa nem tisztázott. A syndromáért felelősnek tekinthető toxin vagy toxinok szerepe máig is vitatott. A nitrogéntartalmú anyagok megváltoztathatják a synaptikus transzmissziót és megváltoztathatják a neuronális membránfunctiót vagy az agy energiametabolizmusát. A biogén aminok, melyek hepatikus encephalopathiában felszaporodnak, gyenge neurotranszmitterként viselkednek és így interferálnak a valódi transzmitter anyagokkal (pl.: dopamin, noradrenalin), bár ezt a teóriát nem sikerült direkt kísérletekkel igazolni.

Az oxigénfogyasztás, ill. vérellátás mérhető csökkenése párhuzamos a klinikai kép változásával. Az oxigénfogyasztás fokozódása a klinikai tünetek javulásával párhuzamos volt. A megszokott gyógyító eljárások elsősorban az ammóniatartalmú anyagok felszívódásának gátlására irányultak, változó sikerrel. Az L-Dopáról gyanítják, hogy elsősorban nem a centrális hatása fontos, hanem a veseműködés és ammóniakiválasztás elősegítése. A bromocriptin elhúzódó hatású dopamin agonista tehát jó hatása van, ha a dopaminerg ingerületátvitel gátolt. Mind a hat bromocriptinnel kezelt beteg jelentősen javult a vizsgálati periódusban. Valamennyi esetben javult az agy glukóz és oxigén felhasználása és a cerebrális véráramlás. A bromocriptin pontos hatása nem ismeretes, lehet, hogy itt is elsősorban perifériás hatásról van szó.

Felhívják rá a figyelmet, hogy eseteikben a májműködés kompenzált volt, ascitest, ill. icterust nem észleltek. Fontosnak tartják, hogy a bromocriptin kezelést csak akkor szabad alkalmazni, ha a hagyományos terápia kudarcot vallott, akkor is csak az eredeti kezelés kiegészítéseként és nem helyette.

Ternák Gábor dr.

Klinikai tünetek és prognózis súlyos krónikus aktív májbetegség steroid — indukálta remissióját követően. A. J. Czaja és mtsai (Gastroenterology unit, Mayo Clinic and Mayo Medical School, Rochester, Minnesota): Gastroenterology, 1980, *78*, 518.

A szerzők 123 krónikus aktív májbetegségben szenvedő beteg közül (krónikus aktív hepatitis) 69 esetben értek el klinikai javulást steroid kezelés hatására. Remissiót állapítottak meg, ha tünetmentesség alakult ki, ha a transaminase értékek nem haladták meg a normális érték kétszeresét, és az egyéb májfunkciós próbák is normalizálódtak, ill. a szövettani kép is regressiót mutatott. Az eredményeket 6 hónaponként értékelték, 6 és fél éven keresztül. A remissióba hozható betegeknek csupán 51%-a volt 6 hónapot meghaladó ideig jó állapotban a gyógyszerek csökkentését, ill. elhagyását követően. A többi beteg tünetei általában 3 hónapon belül visszatértek. Feltételezik, hogy a visszaesés a nem megfelelő kezdeti gyógyszerelés, ill. a gyógyszer adagok túl gyors csökkentése vagy elhagyása után a relapsus kialakulása egyre gyakoribb. A betegek egy csoportja csak a kezelés fenntartása mellett lehet tünetmentes, a gyógyszerek adagját nem lehet csökkenteni. Az első kezelésre tartós remissióba hozható betegek 24%-ában a májgyulladás tünetei 5 éven belül visszafejlődtek. A gyógykezelés ellenére kialakult cirrhosisok aránya 16%. A hosszú ideig tartó gyógykezelést követően 2 éven belül lehet számítani a beteg külsejének megváltozására, 44%-ban súlyosabb komplikációk (diabetes, hypertonia, osteoporosis stb.) alakulnak ki.

Minden egyes esetben mérlegelni kell, hogy inkább vállaljuk a gyógyszerek okozta szövődmény kialakulását, vagy a májbetegség aktiválódását kockáztatjuk. Fenntartó kezelésként a 69 beteg közül 24-en napi 20 mg prednisolont, 25-en napi 10 mg prednisolont és 50 azathioprint, 20-an pedig másnaponta 20 mg prednisolont kaptak.

Török Andrea dr.

Az ursodeoxycholsav hatásossága és javallata az epeköoldásban. (Tokyo cooperative gallstone study group): Gastroenterology 1980, *78*, 542.

Az ursodeoxycholsav (UDCA) a fő összetevője a medve epének, melyet Japánban már hosszú évek óta alkalmaztak a népi gyógyászatban dyspepsiák és epebántalmak kezelésére.

A szerzők napi 150 mg és 600 mg UDCA adásának hatásosságát vizsgálták a kontroll csoporthoz viszonyítva. 52 beteg napi 600 mg, 54 beteg napi 150 mg UDCA-t szedett. A kontroll csoport 45 betegből állt. A kőoldás folyamatára esetleg hatással levő tényezőket (pl.: nemi hormonok, barbiturátok stb.) kiküszöbölték, ill. szedésüket betiltották. Az átlagos kezelési idő mindhárom csoportban 9 hónap volt. Különböző okok miatt több beteg eredményeit nem vették figyelembe, de a kísérlet befejezésekor 72 beteg kórlefolyását tudták megfelelően analizálni. 29 betegből, akik napi 600 mg UDCA-t kaptak, 7 esetben eltűnt, 3 esetben megkisebbedett a kő, míg a 150 mg-ot szedő 28 beteg közül kettőben eltűnt, kettőben megkisebbedett. A placebo csoport 20 betege közül 1 betegnek tűntek el a kövei. Az első változások jeleit 3 hónap múlva észlelték. A gyógyulási arány jobb volt azoknak a csoportjában, akiknek nem calcifikálódott kövük volt, ill. azokban, akiknek az epekövek átmérője 5 mm-nél kisebb volt. Különösen jó volt az eredmény, ha magas cholesterin tartalmú köveket oldottak. Néhány esetben észleltek csak mellékhatást: hasmenés, ill. transaminase emelkedés lépett fel.

A hatásmechanizmust pontosan még nem ismerik, de megfigyelték, hogy az UDCA az epe cholesterin telítettségét csökkenti, feltehetően a máj cholesterin szintézisének gátlása által, ill. a cholesterin bélből történő felszívódását gátolja.

Ternák Gábor dr.

A prevenció kérdései

Védőoltások Svájcban az 1979 évben. Herzog, Ch., M. Just (Univ.-Kinderspital, Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 773.

Az 1976-ban kiadott *Svájci Védőoltási Tervezet* jól bevált, azonban 1979-ben bizonyos szükséges változtatásokra és kiegészítésre szorult. Ez elsősorban a második életévben nyújtott kombinált morbilli-, parotitis- és rubeola-védőoltásokra, az első tetanus, diphtheria és poliomyelitis booster-re, továbbá a himlőoltás elleni védőoltás megszüntetésére vonatkozik. A terhesség esetén nem ellenjavallt a poliomyelitis elleni védőoltás. A szimultán oltás elvileg tetszőleges csíraszámú elölt vagy élő oltóanyaggal lehetséges. Nem egyidejű adás esetén — akár elölt, akár élő oltóanyagról van szó — legalább négyhetes intervallumot kell tartani. A legfontosabb ellenjavallatok: lázas megbetegedések, agyi (rohammal járó) szervi megbetegedések, allergiás diathesis. Terhesség alatt az összes elölt oltóanyagok, ill. toxoidok, valamint az élő oltóanyagok közül a poliomyelitis védőoltás, továbbá a himlő és a sárgaláz revaccinatiója engedhetők meg. Az immunrendszer gyengesége vagy immunsuppressiv therapia kapcsán (kivéve a 10—20 mg/die corticosteroid fenntartó dosist, — poliomyelitist), minden élő oltóanyag ellenjavallt. Élő oltóanyag és imunglobulin kombinációja megengedett pl. külföldi utazások előtt (sárgaláz, himlő, oralis poliomyelitis oltás).

A BCG-oltás fakultatív. A pertussis-oltás csak alapimmunisatiónak szolgál; 6 hónapos kor után már kevésbé racionális; 2 életéven túl a szervi károsodások miatt ellenjavalltnak tartják. A kanyaró elleni védőoltást 15—18 hónapos korban javasolják, egyetemben minden kis gyermek számára ajánlott parotitis, rubeola, tetanus, diphtheria és poliomyelitis booster-oltással.

A himlő-elleni védőoltást teljesen eltörölték.

Az influenza-védőoltást csak bizonyos esetekben (idősebbek, üzemi oltások stb.) ajánlják.A pneumococcus védőoltásokra kevés javallat áll fenn (status post splenectomiam, immunsuppressio, idősebb egyének). Az új meningococcus oltóanyag csak a Svájcban ritka A- és C-típus ellen irányul és nem indokolt a bevezetése.

A rabies-védőoltást prophylactikusan csak egyes exponált foglalkozásúakon (erdész, állatorvos) és fertőzési gyanú esetén alkalmazzák, de csak a HDC-oltóanyaggal.

A kullancs-encephalitis elleni oltás erdészeti munkásokon egyelőre még nyitott kérdés.

A külföldre utazókon cholera im., sárgaláz sc., variola percután, typhus abdominalis (oralis, im.), meningococcus A (A + C) sc. oltások szerepelnek az oltási tervezetben a megfelelő preventív felvilágosítás mellett.

ifj. Pastinszky István dr.

Nagy mennyiségű amoxycillin szájon át, endokarditis megelőzésére. Shanson D. és mtsai (St. Stephens Hosp. London SW10 9HT): Brit. Med. J. 1980, *280*, 446.

A bacteriaemia és az endocarditis kezdete között általában 10 óra telik el, ez a kritikus idő. Egy foghúzás után 9—10 óráig lehetnek a vérben baktériumok, más beavatkozás után 6—10 óráig. Ezalatt egy amoxycillin adag (3 g) csak mintegy 10 órán át biztosítja a vérben a minimális gátlási töménységet. Legjobb a beavatkozás előtt egy órával adni a gyógyszert és közben, ha lehet 8—9 óra múlva megismételni. Angliában kettős csomagolásban hozzák az amoxycillint forgalomba. Ha nincs lehetőség a két tabletta pontos időben történő bevételére, akkor az Amerikai Kardiológiai Társaság előírása szerint parenteralis antibiotikum adagolást kell biztosítani.

Nikodemusz István dr.

Rubeola-vírusantitestek quantitatív kimutatása kapilláris vérből. Egyszerű, megbízható és gazdaságos módszer. Zippel, C. és mtsai (Institut für Virologie der Universität Köln): Münch. med. Wschr. 1980, *122*, 943.

Az NSZK-ban néhány éve rubeola elleni védőoltásban részesítik a pubertas előtti korban levő lányokat, többnyire anélkül, hogy előtte antitestmeghatározást végeznének, pedig jórészük addigra már védett. (A fogamzásképes asszonyok védőoltását haemagglutinatio-gátlás vizsgálat előzi meg.) Rendszerint nem ellenőrzik az oltás eredményességét sem, noha az irodalomból és a gyakorlatból ismeretesek sikertelen védőoltások.

A szerzők célja olyan olcsó módszer bevezetése volt a rubeola elleni védettség vizsgálatában, melynek érzékenysége és specificitása nem rosszabb a *haemagglutinatiogátlás tesztjénél*, és mind kapilláris, mind vénás vérből elvégezhető. Erre az utóbbi években számos vizsgálat során kipróbált és közölt *„haemolysis gélben"-teszt* látszott alkalmasnak.

935 iskoláslány rubeola elleni védettségét vizsgálták meg a védőoltás előtt. A haemagglutinatio-gátlás vizsgálattal 77,3%-ban mutattak ki rubeola antitesteket (723 eset). Valamennyi vénából vett minta pozitív volt a „haemolysis gélben"-vizsgálat során is, korreláció mutatkozott a titer és a haemolysis mértéke között, végül a „haemolysis gélben"-teszt egyforma eredményeket adott, akár vénás, akár kapilláris vért vizsgáltak. *A kapilláris vérrel végzett teszt tehát egyszerű, megbízható és olcsó módszernek bizonyult a rubeola antitestek kimutatására.*

Brasch György dr.

Az újszülött per os immunizálása szamárköhögés ellen. Wiegl, B. és mtsai (Bayerische Landesimpfanstalt München): Mschr. Kinderheilk. 1979, *127*, 461.

Közel 50 éve tudjuk, hogy a védőoltóanyagok pertussis alkotóeleme *mellékhatásokkal és szövődményekkel* jár. Ezeknek a veszélye különösen jelentős az első 3—6. élethéten. Emiatt a szamárköhögés elleni védőoltást legkorábban csak a 3. hónapban tartották célszerűnek, úgy hogy a *tulajdonképpeni védelem* csak a 3. injekció beadását követően a 7. hónapban alakult ki. Így védtelen maradt a csecsemő éppen abban az időben, amikor arra a legjobban rászorulna.

A pertussis az első éven belül jár a legsúlyosabb következményekkel, hiszen az elhaltaknak is közel $^2/_3$-a ebből az életszakaszból származik. Az NSZK-ban például évente 30—50 csecsemő hal meg pertussis következményeként. Nagyon is érthető ezért, ha a védőoltással kapcsolatosan egyre újabb elképzelések születnek. Ez hozta felszínre a *peros védelem* kérdését is már az újszülöttkorban, a következő megfontolások alapján. 1. Az *enzym rendszer* éretlen, ezért az antigének viszonylag sértetlenül haladnak át az emésztőcsatornán, különösen annak a felső szakaszán, s eljutnak a hasi nyirokcsomókba. 2. Csaknem az egész keringő *T-sejt potenciál* (annak 90%-a) az első 3 élethéten belül a gyomor-bél csatornában található . Az oda jutó antigének révén igen intenzív, elsősorban cellular-immunológiai védelem alakul ki 3. Az újszülött *biológiai membránjai* relatíve jól átjárhatók az idegen anyagok számára, így azok felvétele könnyen megtörténik, tehát a pertussis antigéné is.

148 újszülöttet választottak ki, s ezeknek részben pertussis csírasuspensiót, részben placebót adtak közvetlenül a születés után, majd az 5—7. héten, illetve a 3. hónapos kor előtt. Négy csoportba osztották őket. Az *elsőben 67 csecsemő* mindhárom alkalommal pertussis-csíra suspensiót kapott; *a másodikban* 29, a harmadik kezelésre már csak placebót, *a harmadikban* 19, nemcsak a harmadik, de a második alkalommal is placebót, míg a *negyedikben 33* csecsemő mind a három alkalommal placebót kapott. Az utóbbi csoport szüleit a 3. „oltást" követően mintegy 3—4 héttel felvilágosították a placebo természetéről, így ők a hagyományos oltást injekció formájában megkapták.

A szerológiai vizsgálat során az *ellenanyagszint emelkedését* az első csoportban találták a legjelentősebbnek; a másodikban és harmadikban ez az emelkedés egyre gyérebb és alacsonyabb lett, végül a negyedik csoportban csak az anyától kapott passzív védelmet lehetett igazolni.

A pertussis antigénre adott immunválasz kimutatására az agglutináló precipitáló ellenanyagok alkalmasak. Ennek figyelembevételével az eredményekből megállapították, hogy *jelentős különbség* alakult ki azok között, akik három ízben is megkapták az antigént és azok között, akik csak kevesebbszer, illetve egyszer sem. Természetesen ez csak azt bizonyítja, hogy a bevitt pertussis-csírok — amelyeket hővel inaktiváltak — és a szervezet között bizonyos immunológiai kapcsolat jött létre; az ún. védő immunitásról ez közelebbi felvilágosítással nem szolgál. Mindenesetre érdekesek azok a megfigyelések, melyek szerint nyulakban mind a per os, mind az injekciós antigén adás egyformán jó immunválaszt eredményez a szérumban, azonban a per os adással jobb *localis hatás alakul ki* (IgA kimutatása a nyálban). Mivel a csecsemőben az IgA szint eléggé lassan emelkedik fiziológiás körülmények között, a per os adással ezt a folyamatot esetleg siettetni lehetne. Hogy aztán az antigénnel történő kezelés fent leírt módja — ezúttal a *háromszori adás* — kielégítő-e minden tekintetben, arra csak az elkövetkező további megfigyelések adhatnak választ.

Kiss Szabó Antal dr.

Influenza védőoltások új oltóanyaggal. Lutz, O., Triebel, L., Jahn, P. (Sandoz Ag. Nürnberg): Med. Welt, 1979, *29*, 1412.

A szerzők a Würzburgi Egyetemi Klinikákkal és a Nürnbergi Egyetemi Klinikákkal, továbbá Nürnbergben az üzemorvosi szolgálattal (Stahlwerke Fürt) együttműködésben összesen 6403 önként jelentkező személyt oltottak be újfajta influenza-vírus elleni oltóanyaggal. Az oltóanyag kétféle típusból készült éspedig Influenza A (H3N2) Victoria B/75 és Influenza B Hong Kong/8/73 tojástenyészetéből cetyltrimethyl-ammoniumbromiddal állítottak elő kivonatot. E kivonatok felületi antigent, haemagglutinint, glycoproteint és neuramidase-t tartalmaztak, „Sandovez" néven kerültek forgalomba.

Az oltási sorozat idejében általános reakciót (láz, fejfájás, álmatlanság) csak 0,7%-ban (51 egyén), helyi fájdalmat, duzzadást 3—4%-ban és helyi bőrpírt 16%-ban tapasztaltak, olyan reakció, amely ellenjavallaná az oltást nem volt.

247 személynél meghatározták a haemagglutináció gátlási titert (HAG). Az A-vírus ellen az oltottak 80%-ának 1/32-esnél magasabb titerei voltak, 16%-nál a titer 1/16 és 1/32 között volt, B-vírussal szemben 83%-nak voltak 1/32-esnél magasabb titerei és 11%-nak 1/16—1/32 közötti titerei. Az előző esetben az oltottak teljesen, az utóbbiban részlegesen védettek.

A fenti vizsgálatok az oltás után 4 héttel történtek, megismételték a reakciókat egy év múlva. Akkor az Influenza A ellen 56% volt teljesen, 22% részben, az Influenza B ellen 60% teljesen és 23% részben védett.

Az adatok alapján a szerzők az oltóanyagot jónak tartják.

Nikodemusz István dr.

Dermatológia – venerológia

Az eosinophil leukocyták szerepe a gyulladásos bőrfolyamatokban. Czarnetzki. B, M. (Univ. Hautklinik, Münster): Hautarzt, 1980, *31*, 291.

Kevés adat ismert még az eosinophil granulocyták (eo. gr.)-nak a gyulladásos folyamatokban betöltött specifikus szerepéről. Az újabb vizsgálati eredmények számos részadattal járultak hozzá a sejtek funkciójának megértéséhez. Az eo. gr.-k elsősorban szöveti sejtek, mivel a peripheriás vérben csupán 3—8 órán át tartózkodnak. A szemcséik számos olyan anyagot tartalmaznak (myeloperoxydase, savphosphatase, béta-glukuronidase stb.), amelyek nagyobb mennyiségben vannak jelen, mint a neutrophil granulocytákban (n. gr.). Az eo. gr.-k szemcséiben több olyan enzim van, amely a mastocytákban és basophil sejtekben levő gyulladáskeltő mediátorokat inaktiválja. Az eo. sejteknek a gyulladásos szövetbe történő bevándorlása több kemotaktikus faktor révén történik, amelyek a komplement cascad és az arachidonsav bomlástermékei. Az utóbbiak közül e sejtekre hatnak pl a HHT (= hydroxi-heptadekatriensav) és különböző származékai. A kemotaktikus faktorokhoz tartoznak a különböző lymphokinek: ECP-P (= eo. chemotaktikus faktor precursor); ESP (= eo. stimulation promotor) s a hízósejtek és basophil elemek terméke: ECF-A (A = anaphylaxia). A histaminnak nincs chemotaktikus hatása. Az eo. sejtek vándorlását gátolják az IgA, a magas ECF koncentráció s a histamin. Az indometacin, steroidok és histamin gátolják az ECF felszabadulást, ugyanakkor a felszabadult ECF-t számos anyag képes elpusztítani: heparin, szöveti mucopolysaccharidok. A szerző hólyagos jellegű gyógyszer exanthemák, kontakt ekzemás, bullosus, pemphigoiddal bíró betegek serumában és hólyagtartalmában az akut stádiumban ki tudta mutatni az ECF-t. Ezzel szemben sem herpes gestationisos, sem Sézary-syndromás betegek serumában és hólyagtartalmában nem tudta kimutatni a helyi és peripheriás eosinophilia ellenére az ECF-t. Valószínűnek tűnik, hogy itt az eo. chemotaktikus lymphokinek az eo. sejtekre felelősek.

Ezeknek az eredményeknek a birtokában molekuláris biológiai szinten lehet megismerni az eo. sejteknek a funkcióját a különböző kórfolyamatokban.

Schneider Imre dr.

Porphyria variegata. Corey, T. J. és mtsai (Dept. of Dermatology, Columbia Univ. College of Physicians and Surgeons, New York): Am. Acad. Dermatol. 1980, *2*, 36.

A porphyria variegata (PV) a haem biosynthesisnek egy genetikailag meghatározott kisiklása, amely ha kifejezett, akkor némelyik porphyrin (P.) és P. praecursor túltermelését eredményezi. A klinikai tünetek után photosensitivitás, vagy különleges neurológiai tünetek lehetnek, vagy mindkettő együtt fordulhat elő. A tünetek a

központi és perifériás idegrendszer részéről egyaránt jelentkezhetnek és súlyos hasi fájdalmak formájában is mutatkozhatnak. Ezek a tünetek elkülöníthetetlenek az akut intermittens porphyria (AIP) tüneteitől. A megbetegedést kevert P.-nak, protocoproporphyriának, vagy dél-afrikai P.-nak is nevezik. Az USA-ban viszonylag ritkán kerül felismerésre és gyakran más diagnózis alatt fut. A szerzők 3 beteget mutatnak be.

A két, 60, ill. 35 éves nőbeteg, valamint a 37 éves férfi beteg kézfejein vesiculák, hámlás, pigmentatio s atrophia voltak láthatók. Az első és harmadik beteg vizelet összporphyrin értéke normális volt, a második betegben igen magas. Az első betegnek arci hypertrichosisa mellett hyperpigmentatiója is volt. Ugyanennek a betegnek barbiturátokra volt paradox reactiója és indokolatlan hasi panaszok miatt exploratív laparotomiája is volt. Mind a három beteg faecalis uro-, copro- és protoP. értékei igen magasak voltak. Mind a három beteg plasmájában a 626 nm-es P. fluorescentia volt kimutatható és ez a maximum könnyen elkülöníthető néhány más P. megbetegedés jellemzőjétől. A májbiopsia a 2. betegben mutatott erős vörös fluorescentiát. Az ún. „X-P."-t, vagy basophil P. peptid complexet a 2. oltegben találták meg. A PV-ra jellemző a faecalis proto-, copro- és X-P. emelkedés. Ezek a P. értékek a PV. klinikai remissióiban is magasak. PV. gyanúja esetében székletvizsgálatot kell elvégezni, mert ennek hiányában a P. cutanea tarda kezdeti téves diagnózisa történhet, amelyre a kórkép tünetei igen hasonlítanak.

A PV. kezelésében lényegében azokat a szereket kell alkalmazni, amelyek az AIP. esetében használatosak. A *glukóz* nagy mennyiségben (per os, iv.) gyakran megszünteti a heveny rohamokat. Feltételezik, hogy a magas glukóz szint az aminolevulinsav synthetase inductióját gátolja. Az *ópiátok* szüntetik a panaszokat és sedatív hatású a *diazepam is*. Nagy dózisú *propranolol* szintén jó hatású és egy esetben a *cholestyraminnal* láttak kedvező eredményt. A jelenleg használatos szerek azonban nem optimálisak a kórkép kezelésében, és újabbak szükségesek a fényérzékenység csökkentésére és a potenciálisan fatalis rohamok megszüntetésére.

Schneider Imre dr.

A diabetes mellitusban előforduló bullosus kiütés. Paltzik, R. (Div. Dermatology Downstate Medical Center Brooklyn): Arch. Dermat. 1980, *116*, 475.

A szerző egy 77 éves férfi beteg kórtörténetét ismerteti, akin a j. tibia distalis harmadában a feszítő felszínen hirtelen több bulla jelentkezett. A beteg kivizsgálása alkalmával enyhe diabetest állapítottak meg, amely miatt átmenetileg kevés insulint kapott. A bőrtünetek szövettanilag intraepidermalis hólyagot mutattak és az immunfluorescentiás vizsgálat negatív eredményt adott. Egyéb eltérés (pl. porphyria cutanea tarda stb.) nem volt kimutatható. A beteget diabeteses diétára állították és emellett tünetmentes lett.

A bullosis diabeticorum jelentkezésével kapcsolatban említi meg a szerző, hogy a tünetet 1963-ban *Rocca* és *Pereya* közölték először és azóta több hasonló közlemény jelent meg. Általában a betegek súlyos diabetesben szenvednek és emellett a diabetesnek más tünetei is megtalálhatók. A bullosus tünetek jelentkezésének pathomechanismusa nem ismert pontosan, az angiopathia mellett a localis hypoxia is szerepet játszhat. Tény, hogy a lábszárakon jelentkező bullák esetén gondolni kell a diabetes fennállására is a pemphigus, pemphigoid stb. lehetősége mellett.

Schneider Imre dr.

Sézary-syndroma. Konrads, A. és mtsai (Medizinische Klinik Köln-Merheim und Poliklinik der Universität, Köln): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 378.

A szerzők egy 64 éves férfi beteg kórtörténetének ismertetése keretében a Sézary-syndromával (Ss) kapcsolatos legújabb kutatási eredményeket tárgyalják.

A beteg panaszai hámló erythemával jelentkeztek a fejbőrön, arcon, vállakon és emellett papulosus kiütések mutatkoztak, végül generalizált erythrodermája keletkezett. A tenyerek és talpak súlyos bevérzése mellett a törzsön petechiák jelentkeztek A peripheriás vérképben 72 000 fehérvérsejt-szám 84%-os lymphocytosis volt látható és a sejtek magja helyenként zsemleszerű befűződéssel bírt. A sejtek túlnyomó többségében hiányzott a PAS festődés. A savanyú phosphatase és béta-glukuronidase reakció pozitív volt. A bőrhistológiai vizsgálat szerint az epidermában Pautrier-f. mikroabscessusok voltak, és az irha felső részén nagy lymphoid elemekből álló beszűrődés volt. Csontvelő-biopsia: nagysejtes lymphoid elemekből álló infiltratio. Az elektronmikroszkópos kép típusos „girált" magvú sejteket mutatott. Cyclophosphamid, majd Vincristin és az előbbi kezelést kezdték el, amely mellett átmeneti remissiók, majd kiújulás jelentkezett és végül a beteg szívelégtelenségben meghalt. A sectio alkalmával a mellkas, nyak stb. területén a bőrben a fenti tünetek mellett bullák és kb. 20 mm átmérőjű centrális elhalással bíró infiltratumok voltak. Hasonló beszűrődések voltak láthatók az endocardiumban, májban és másutt. A kezelés előtt a T-sejtek feltűnő hiánya mellett 26% volt a B-sejtek aránya. Reactívnak tűnő 20%-os IgM sejtarány volt kimutatható. A cytostatikus kezelés után az 52 000 fvs. mellett nem voltak kimutathatók B-sejtek és 35%-os volt a T-sejtek aránya. A sejtek mintegy 7%-a tartrat-resistens sav phosphatase aktivitású volt a kezelés után.

A Ss. ritka megbetegedés. A generalizált erythrodermia mellett az epiderma mikroabscessusai és az irha lymphoid sejtes infiltratiója jellemzik. A betegben a Ss. ún. nagy sejtjei voltak megfigyelhetők. A kórkép kezelése nem egységes. A cytokémiai vizsgálatok szerint a granulocyta sor mononuclearis sejtjeiből való származás ellen szólnak a peroxydase, alk. phosphatase, chloracetat-esterase reakciók negativitása és a hiányzó phagocyta tevékenység. A lymphoid sejtformákhoz sorolják e sejteket a sav. phosphatase, béta-glukuronidase és PAS reakció pozitivitása. A peripheriás vér atipusos lymphocytáinak immunológiai vizsgálata szerint a B-sejt tulajdonságok csökkenése mellett emelkedett T-sejt membrán tulajdonságú elem látható. A kóros T-sejteken újabban IgM membran receptorokat mutattak ki, ami további subclassificatiókat tesz lehetővé. Úgy tűnik, hogy ezeknek az atípusos lymphoid sejteknek az enzymképük és membrántulajdonságaik nem egyformák, és valószínűleg különböző sejtpopulációkhoz tartoznak. Újabb adat az, hogy a Sézary-sejtek mint tiszta „helper" sejtek a B-lymphocytákkal tudnak állítólag együttműködni.

Schneider Imre dr.

Herpes zoster-varicella fertőzés a a kután T-sejtes lymphomákban. Vonderheid, E. C., P. C. Vader (Dept. of Dermatology, Temple Univ. School of Med., Philadelphia): Arch. Dermat. 1980, *116*, 408.

A lymphoproliferatív betegséggel bíró egyéneken, mint pl. a Hodgkin-kóros betegeken előforduló herpes zoster varicella (HZV) infectio gyakorisága kb. 4,2 és 25% között ingadozik. Ugyanez vonatkozik a kután T-sejtes lymphomás betegekre is, akik közül az előrehaladottabb stádiumban levők fogékonyabbak a HZV vírus infektiókra. Amíg korábban viszonylag ritkán volt megfigyelhető a lymphoproliferatív betegségek és HZV vírus infectio társulása, addig ma egyre gyakoribb ennek a két betegségnek egyidejű előfordulása.

A szerzők 10 év alatt 221 kután T-sejtes lymphomás beteget (mykosis fungoides, ill. Sézary-syndroma) vizsgáltak, akiknek a lymphoproliferatióját a bőrben vagy a nyirokcsomóban kimutatták, ill. akiknek a peripheriás vérében az ún. Sézary-sejtek jelen voltak. E betegek közül 22-nek volt HZV-infectiója. Az utóbbi betegek közül 12-nek (55%) a fertőzés idején a nyirokcso-

mói pathológiások voltak, ill. Sézary-sejtek voltak kimutathatók. A DNCB (dinitrochlorbenzol) sensibilisatiót 16 betegen végezték el és 10 betegen negatív eredményt kaptak. Ez is a betegek sejtközvetített immunválaszának a csökkenésére utal. A vizsgálatok lezárta után 8 betegük halt meg.

Mind a saját anyagukból, mind az irodalmi közlésekből látható, hogy a kután T-sejtes lymphomás betegek HZV infectiója elsősorban a betegség előrehaladottabb formáiban, pl. az erythrodermiában fordul elő. Kedvez az infectio felléptének a röntgenbesugárzás, chemotherapia és a steroid kezelés.

Az epidemiologiai megfigyelések alátámasztják azt a feltevést, hogy a legtöbb herpes zoster eset a varicella zoster vírus reactivitását jelenti, amely addig pl. hátsó gyöki ganglionban nyugodott. A kután T-sejtes lymphomákban a sejtközvetített immunitás csökkenése eredményezi — a betegek mintegy 10%-ában — a HZV infectio felléptét.

Schneider Imre dr.

Dermatomyositis és malignitás. Vesterager, L. ,A. M. Worm, K. Thomsen (Department of Dermatology, Finsen Institute, Copenhagen): Clin. exp. Derm. 1980, *5*, 31.

A dermatomyositis (DM) és a malignus daganatok között oki kapcsolat nem bizonyított. Ez elsősorban e meglehetősen ritka betegség nagyobb kontrollált csoportja hiányának tudható be. Az irodalmi adatok szerint a DM-es betegek között 6—34%-ban jelentkezik malignus daganat.

A Finsen intézet bőrgyógyászati osztályán 1953 és 1978 között DM-nek diagnosztizált 23 beteg közül végül is 18 felelt meg a kórkép következő klinikai (arci erythema és oedema, vonalszerű lilás erythemás csíkok és apró paronychialis teleangiectasiák) és laboratóriumi ismérveinek: emelkedett serum creatin phosphokinase, aldose és/vagy SGOT; kóros izombiopsiás, ill. EMG-lelet. A 18 beteg közül 9 betegben tüdő-, hólyag-, uterus-, gyomor-, colon-, és pancreas carcinomát állapítottak meg. A DM és a malignus tumorok coexistentiája az intézet jellegéből adódik.

A betegekkel kapcsolatos adatokat a szerzők táblázatban dolgozták fel. A csak DM-es betegek életkora alacsonyabb volt, mint a DM-malignus tumorral bíró betegeké. A 9 DM + tumoros beteg közül 5-ben a DM jelentkezett először és a tumor később, 4-ben fordítva. A nő és férfi betegek arányának átlaga 1,6:1 volt. A DM-es betegek tüneteinek kezdete és az intézeti jelentkezés között átlagosan 20 hét telt el, míg a DM + tumoros betegeknél 8 hét. A malignus tumor kórismézése a DM tüneteinek jelentkezése előtt 46 héttel történt. A vörösvérsejt-süllyedési érték magasabb volt a DM + tumorral bíró betegeken. Egy vagy több izoenzym értéke emelkedett volt a betegek 80%-ában függetlenül attól, hogy milyen csoportban voltak. A kezelés megkezdése előtt egy beteg meghalt 16 beteget steroidokkal és 8-at ezen belül még immunosuppresszív szerekkel kezeltek. Egy beteg csak immunosuppresszív készítményeket kapott.

A szerzők egy külföldi közlésre hivatkoznak, amelyben a DM-es betegek 79%-ában 1 éven belül malignus daganat fejlődött ki. A szerzők az egyedül DM-es betegek átlagosan 6 éves megfigyelése alatt ilyet nem figyeltek meg.

Felhívják a figyelmet arra, hogy a 40 év feletti DM-es betegek, akiknek rövid a betegségük anamnézise és magas a vörösvértest-süllyedési értékük, azoknál fokozottabb az esély arra, hogy malignus tumoruk van.

Schneider Imre dr.

Exfoliatív dermatitis mint a belsőszervi malignitás jele. Rosen, T., R. Chapell, D. Drucker (Department of Dermatology, Baylor College of Medicine, Houston): Southern Medical Journal 1979, *72*, 652.

A szerzők 3 betegük kóresetének bemutatásával kívánják felhívni a figyelmet arra, hogy fokozódó erythrodermia esetén malignus folyamatra kell gondolni. Mind a három férfi beteg a hatvanadik életéven túl volt és az erythroderma volt az első jel, amely miatt kórházi felvételre került sor. A bőr kórszövettani vizsgálata mind a három esetben, a nyirokcsomó kórszövettani vizsgálata az 1. és 2. esetben negatív volt. Az első betegnél colon adenocarcinomát, a másodiknál bronchus cc.-t és a harmadiknál prostata cc.-t állapítottak meg.

Exfoliatív dermatitis esetében korábbi papulosquamosus-, ekzematoid folyamatokra, dermatosisokra, gyógyszeres eredetre és malignus folyamat fennállására kell gondolni. Az esetek jelentős számában azonban sikerült a kiváltó okot megtalálni. Az erythrodermiák, exfoliatív dermatosisok 8—24%-ában különböző leukaemiák, mykosis fungoides, Hodgkin-betegség, monomorph lymphomák állhatnak a háttérben. Ugyanakkor azonban ritka, hogy a bőrbetegség hátterében belső szervi carcinoma legyen.

Minden olyan esetben, amikor a bőrfolyamat lappangva kezdődik s nem volt megelőző bőrbetegség, s nem reagál a szokásos kezelésre a folyamat, akkor rejtett tumor irányába kell kutatni.

Schneider Imre dr.

A hirsutismus, akne és alopecia cyproteron acetáttal való kezelése. Ekoe, J. M., P. Burckhardt, B. Ruedi (Division d'endocrinologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne): Dermatologica, 1980, *160*, 398.

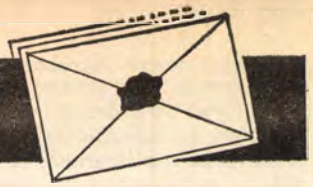
A szerzők 60, virilismusra jellemző tünetekkel (acne, hirsutismus és alopecia) bíró nőbeteget kezeltek. A betegek átlagos életkora 25 év volt és 29%-uk 40 év alatti volt. Az aknes panaszok minden kezelésre korábban resistensek voltak; kóros szőrnövekedés volt az arcon, lábszárakon, a has alsó részén; a kopaszodás (alopecia) seborrhoeás dermatitissel járt együtt.

A 60 betegből 53-nak hirsutismusa, 30-nak akneja (26-nak mindkettő) és 11 betegnek alopeciája volt. A tumor eredetű hyperandrogenismust klinikai és laboratóriumi vizsgálatokkal kizárták. A betegeken a follicularis fázisban a következő vizsgálatokat végezték el: plasma testosteron, plasma androstendion, vizelet 17-ketosteroid-szint. A betegek a ciklus 5—14. napján 100 mg/die ethynil oestradiolt kaptak. A kezelés átlagos ideje 3—39 hó volt. Az ellenőrzés minden 3—6 hónapban történt. A kezelés végén a hirsutismusos betegek 85%-a, míg az aknes betegek 94%-a tünetmentes lett; az aknes betegek javulása, lényegesen gyorsabb volt. A 11 alopeciás beteg közül 5-ön jó volt az eredmény, megszűnt a hajhullás, de az nem biztos, hogy egyértelműen ennek hatására.

A szerzők több irodalmi adatra hivatkoznak, amelyekben hasonló jó eredményt láttak a szerrel a fenti panaszok kezelésében. Véleményük az, hogy a kezelés hatékonysága nem függ a hyperandrogenismus fokától. E betegekben a hyperandrogenismus klinikai tüneteit vagy a keringő androgenekkel szembeni fokozott érzékenység, vagy a sex-hormont kötő globulinok alacsony koncentrációjának tulajdonítható szabad testosteron emelkedett szintje okozta. Felhívják a figyelmet, hogy a kezelést igen gondosan kell ellenőrizni és csak a nőgyógyászati ellenjavallatok kizárása esetén szabad indikálni. Abba kell hagyni, ha mellékhatások jelentkeznek, amelyek azonosak az oestrogen-tartalmú fogamzásgátló pilulák hatásaival.

Schneider Imre dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Az orvostörténeti cikkek színvonala és a Horus rovat.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap f. évi *10.* számában *Antall József dr.* közleményét, melyet a szerkesztőség felkérésére írt. Az orvostörténelem jelenlegi hazai helyzetével foglalkozó, reális és figyelemfelkeltő elemzésének csupán egyik, de szerintem lényeges részletéhez szeretnék gondolatokat fűzni: a Horus rovat kérdéséhez, hangsúlyozottan az egyszerű orvos-olvasó szemszögéből.

E tárgyban véleményemet már korábban is kifejtettem (Orv. Hetil. 1979, *120,* 3187.), így nem szeretnék ismétlésekbe bocsátkozni. Azt azonban, hogy az akkor általam írtak most is aktuálisak, bizonyítja, hogy éppen a Horus rovat szerkesztési gondjai késztették a Hetilap szerkesztőségét a referátum közreadására.

A rovattal kapcsolatos véleményemet abban tudnám összefoglalni, hogy bár ott igen értékes cikkek is napvilágot látnak (pl.: 1980, *121,* 1460., 1980, *121,* 2207. stb.), a közlemények színvonala összességében egyenetlen, egy részük terjengős, stílusuk pongyola, s legfőképpen: sok szerző nem fordít gondot témája általános, történeti és társadalmi vonatkozásainak feltárására.

Antall dr. szerint meg kell őrizni a Horus rovat műfaji összetettségét, mivel az olvasók a tárca hangulatú cikkeket is igénylik az unalmasabb tudománytörténeti elemzések mellett. A megfelelő színvonal biztosítása esetén ez reális szerkesztési koncepció. Talán abból kell kiindulni, hogy az Orv. Hetil. hazai viszonylatban szakmailag igen magas követelményeket megvalósító, európai vonatkozásban pedig elismert és „jegyzett" folyóirat. Amikor a szerkesztőség rendkívül tiszteletre méltó és eléggé nem méltányolható erőfeszítéssel jelentős teret enged hasábjain az orvostörténeti közleményeknek, nyilván az az elvárása — mint az olvasóké is —, hogy a Horus rovat oldalai is a lap megszokott színvonalát adják.

Evidens, hogy az orvostörténeti cikkek lektorálása a kiforrott orvostörténészek feladata. Elsősorban e tekintetben kellene magasabbra emelni a mércét még akkor is, ha ez kevesebb közlemény megjelenését eredményezné. Azt kellene ugyanis figyelembe venni, hogy az Orv. Hetil. kétségtelenül a legolvasottabb magyar orvosi folyóirat, így a magyar orvosi közvélemény mindenekelőtt a Hetilapból nyer benyomásokat és alkot ítéletet az orvostörténelem művelésének hazai színvonaláról. *Kazinczy* példájára utalnék aki — a korabeli magyar irodalom szűkössége mellett is — felsikongatva üdvözölte ugyan az új írót, „a lelkes istenfit", de azután diplomatikusan bár, egyértelműen közölte kifogásait és elvárásait.

Nehéz azt is elképzelni, hogy anyagi problémák gátolnák az orvostörténet jelentős külföldi eredményeinek ismertetését. Utalnék e vonatkozásban az Orv. Hetil. kitűnő és valóban „up to date" referáló rovatára, melynek munkatársai tevékenységüket díjtalanul és nagy hozzáértéssel végzik mindannyiunk hasznára.

Mivel *Antall dr.* szerint az Orvostörténeti Közlemények úgy is kézirattorlódással küzd, kézenfekvő a gondolat, nem lehetne-e a kéziratok szerzőinek az Orv. Hetil.-ban való megjelenés lehetőségét felajánlani, már csak a nagyobb publicitás reményében is. Helyesen állapítja meg *Antall dr.,* hogy orvostörténészeinket működésükben nem anyagi előnyszerzés vagy hivatali elismerés, hanem csupán az ügyszeretet vezérli. Ennek kell arra késztetni őket, hogy a mostanában annyira megújuló, tényanyagában sokat gazdagodó történelmi irodalomban is elmélyedve és az eredményeket írásaikban is hasznosítva, magas színvonalú közleményekkel örvendeztessék meg érdeklődő és értő olvasóikat.

Szabó Miklós dr.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastuk az Orvosi Hetilap 1981. *122.* évf. *10.* számában *Antall József dr.* „Az orvostörténelem helyzete Magyarországon" c. tanulmányát. Ez az érdeklődés azért is volt fokozottabb az átlagosnál, mert magunk is azt tartjuk, hogy az orvosi műveltséghez hozzá tartozik az orvoslás történetének bizonyos szintű ismerete. Ezért kezdte meg a „Medicus Universalis" 1970-ben, tehát már harmadik évfolyamában ilyen jellegű sorozat közlését és ezt 1975-ig folytatta. Nem véletlen, hogy szerkesztőségünk a sorozat megírására *Birtalan Győző dr.*-t, a témakör egyik legkiválóbb hazai ismerőjét kérte föl. Az ő sorozatát más, kiváló hazai orvostörténész szerzők írásai is kiegészítették.

Természetesen sem mi, sem a szerző nem törekedett részletekbe menő tárgyalásra, de áttekintést kívántunk adni az európai orvoslás történetéről Paracelsustól napjainkig. Reméltük, hogy ez a törekvésünk sikerrel járt. Eppen ezért lepett meg, hogy *Antall dr.* kitűnő cikkének abban a részében, melyben a publikációk lehetőségeit és múltját részletezi, — miközben (helyesen) napilapot és általános ismeretterjesztő lapokat is megemlít —, egy utalással sem emlékezik meg a „Medicus Universalis" sorozatáról.

Ugyanakkor arra is föl szeretnénk hívni a figyelmet, hogy folyóiratunk terjedelméhez mérten, szívesen adunk a jövőben is helyet ilyen témájú közleményeknek.

Werkner János dr.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1981. évi 10. számában megjelent cikkem — *„Az orvostörténelem helyzete Magyarországon"* — a szerzőnek is örömet okozott, mert érdeklődést váltott ki, aminek számos jelét tapasztalhattam.

A közlésre kerülő két hozzászólás — Szabó Miklós dr. és Werkner János dr. írása — is megtisztelő számomra, kritikai vonatkozásuk egyáltalán nem áll ezzel ellentétben. Köszönöm a kiegészítő megjegyzéseket.

Werkner dr. főszerkesztő (Medicus Universalis) hiányolta, hogy nem említettem a lapját azok sorában, amelyek orvostörténelmi tárgyú írásokat közölnek. Valóban általában utaltam csak az orvosi szakfolyóiratokra, amelyekben szintén találhatók cikkek e tárgykörben.

Talán helyes lett volna jobban kiemelni a „Medicus Universalis"-t, de ez esetben valamennyi ilyen periodikát meg kellett volna említenem, amire nem volt mód. A szöveg megfogalmazásából kitűnt, hogy részben az orvostörténeti kiadványokat említettem, illetve a „hivatalból" nem orvosi jellegű, mégis erre vállakozó sajtóterméket. Helyes azonban, hogy így a „Medicus Universalis" kezdeményezése nagyobb nyilvánosságot kapott.

Szabó Miklós dr. megidézett korábbi írása és a magamé között annyi volt az okozati összefüggés, hogy a szerkesztőség kezdeményezésére megadtam az általam érzékelt „helyzetképet", ami támpontot nyújthat Szabó dr. és a Horus szerkesztősége közötti eszmecsere (vita) megítélésére. Talán felesleges mondanom, hogy a magas színvonal elvi megkövetelésében aligha van közöttünk nézetkülönbség. Ez azonban nem szubjektív óhajtól, hanem az objektív körülményektől függ elsősorban.

Megjegyzései, javaslatai részben már megvoltak az eddigi gyakorlatban is, részben pedig figyelembe veendők a jövőben. Magam azonban nem vagyok hivatott a kifejezetten a Horus szerkesztésére vonatkozó kérdésekben állást foglalni, nem lévén közvetlen kapcsolatban mint szerkesztőségi munkatárs vagy szerkesztő bizottsági tag az Orvosi Hetilappal. Ezt nyilván megteszi a szerkesztőség.

Antall József dr.

A szerkesztőség kommentárja:

Mint Antall dr. utal rá, a szerkesztőségnek is reflektálnia kell a levélváltásra, hiszen lényegében a Horus-rovat szerkesztéséről van szó. Szabó dr. kritikáját el kell fogad-

nunk, hiszen ezt tettük annak idején az említett Horus-cikk (Orv. Hetil. 1979, 120, 3187.) szerkesztőségi kommentárjában is. A Horus-cikkek színvonalában találhatunk kifogásolhatót, bár sok energiát fordítunk arra, hogy a megjelenő írások érdekesek és szakmai szempontból korrektek legyenek. Érthető okokból azonban az írások lektoráltatása a Horus-rovatban nehezebb volna, ill. nehezebb, mint a szakcikkek esetében. A Horus-szerzők tematikájában kevés orvostörténészt találunk, aki az adott részkérdést megfelelő szinten ismeri, vagy netán arra vállalkozna, hogy a lektorálás színvonaláért elmélyül a tárgykörben. Meg kell mondanunk, hogy a szakcikkekben is találhatnak számos kifogásolhatót az igazán kritikus olvasók. Világjelenség, hogy általános orvosi lapokban is és szaklapokban is egyenetlen, hullámzó a színvonal. Úgy is mondhatjuk, akármit csinálhatnak a szerkesztőségek, a cikkek színvonala nem lehet sokkal magasabb, mint az adott szakterületen működők tudományos színvonala egy-egy országban. Ha az olvasóktól gyakrabban kapnánk kritikai visszajelzéseket, ha a szerzőknek számolniuk kellene azzal, hogy közleményeik nyílt bírálatot is magukra vonhatnak, bizonyára emelkedne a színvonal, könnyebb lenne a szerkesztőségek munkája.

A Horus-rovat természetesen nem csupán orvostörténelemmel foglalkozik, hanem az orvosi műveltség problémáival is, ez is színezi tehát a profilt és eltérő mércét állíthat a színvonal szempontjából.

Az Orvostörténeti Közlemények anyagát rövidített formában a Horus is közli, ha az megfelel a lap igényeinek és ha a szerző vállalkozik annak átalakítására lapunk számára is. Erről van megállapodás a két szerkesztőség között. Végső soron azonban a Horus azzal gazdálkodik, amit a szerzőktől kap, ez minden igyekezet ellenére (felkérések, buzdítások stb.) meghatározó tényező. Nyilvánvalóan befolyásolja a lap kéziratanyagának színvonalát a Horus-rovatban is a rendelkezésre álló kéziratok volumene, amelyekből szelektálhatunk.

Nagyon köszönjük Szabó dr.-nak értékes észrevételeit éppúgy, mint Werkner dr. és Antall dr. reflexióit is, mert ezek a Horus-rovat fontosságát még inkább aláhúzzák.

RHEOPOLYGLUKIN

INFUZIÓ — *VÉRPÓTLÓ*

ÖSSZETÉTEL: 1 palack (400 ml) 10% 30—40 000 molekulasúlyú dextránumot tartalmaz fiziológiás konyhasó oldatban.

HATÁS: Speciális hatású kolloid vérpótlószer.

JAVALLATOK: a) Kapilláris véráramlás zavarai, pancreatitis, peritonitis. Traumás, operációs és égési sokk profilaxisa és kezelése.

b) Arteriás és vénás keringési zavarok — thrombosis, thromboflebitis — profilaxisa és kezelése.

c) Szív-, ér- és plasztikai sebészetben a lokális keringés javítására.

ELLENJAVALLATOK: Anuriával járó vese-, súlyos dekompenzációval járó szívelégtelenség, dextránnal szembeni túlérzékenység esetén és minden olyan esetben, amikor nagymennyiségű intravénás folyadékbevitel ellenjavallt. Vérzékenységre való hajlam, pl.: thrombocytopenia.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az adag és beadás sebessége a speciális indikációtól és a beteg állapotától függ.

a) A kapilláris keringés zavaraiban cseppinfúzióban 400—1000 ml-t adjunk 30—60 perc alatt. Az adagot 1500 ml-ig növelhetjük.

b) Thrombophlebitis, csökkent artériás és vénás keringés esetén a kezelés első napjától kezdő adagként 400—1000 ml-t (10—20 ml/tskg) adunk iv. 4—6 óra alatt, majd minden második napon ugyanilyen mennyiséget 2 héten keresztül.

c) Postoperatív és posttraumás thromboembolia megelőzése céljából 400—1000 ml-t (10—20 ml/tskg) adunk. Az infundálást a sebészeti beavatkozás alatt, vagy utána, a lehető legrövidebb időn belül meg kell kezdeni, mivel a mellékhatások előfordulásának kockázatát így csökkenthetjük minimálisra. A következő napon a kezelést további 400 ml adásával lehet kiegészíteni. Komoly thrombosisveszély esetén, pl. csípőnyaktáji törések, a hasüreg és prostata malignus tumorai esetén, vagy ha az anamnézisben thrombosis szerepel, vagy hosszú ideig tartó fekvés esetén, a kezelést 400 ml infúzió adásával kezdjük, melyet még a műtét alatt, vagy közvetlenül műtét után infundálunk.

Ugyanezt a mennyiséget adjuk a műtét után következő 4—6 óra leforgása alatt, majd minden második napon, 2 héten keresztül.

d) Szív-, ér- és plasztikai sebészetben 30—60 perccel a műtét előtt 10 ml/tskg adagban alkalmazzuk, az operáció alatt 400—500 ml-es adagban infundáljuk, a műtét után 5—6 napig ugyancsak 10 ml/tskg adagban egyszeri cseppinfúzióban adjuk.

e) Különböző etiológiájú hipovolémiás sokk esetén túlnyomásos infúzióban történő alkalmazása javasolt.

MELLÉKHATÁSOK: Néhány esetben túlérzékenységi reakció jelentkezhet, ilyenkor az infúzió adásának megszüntetése és antiallergiás készítmények (antihisztaminok, kortikoidok, adrenalin) adása javasolt.

RENDELHETŐSÉG: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 1 placak (400 ml) **TÉRÍTÉSI DÍJ:**

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

Információ: **MEDEXPORT IRODA** Exportálja: **V/O MEDEXPORT,** Moszkva
Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Tel.: 122-867, 316-531



KÖNYVISMERTETÉS

Rudolf Ottenjann: Atlas der Koloileoskopie. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1980.

A három gastroenterológiai központ (München, Bayreuth, Erlangen) képanyagából készült atlasz 144 oldal terjedelmű és 17 fejezetből áll. Gondos nyomdatechnikával készült, 289 színes fényképfelvételt tartalmaz s így gazdag vizuális élményt nyújt még a vizsgáló módszerben jártas olvasó számára is.

A szerző tulajdonképpen nemcsak egyszerű atlaszt, hanem a colon betegségek korszerű kompendiumát állította össze.

Az első fejezetben a vizsgálati módszert nem ismerők részletes leírást kapnak a colonoscopokkal szemben támasztott követelményekről, a betegek előkészítésének lehetőségeiről. Illusztrációk, röntgen és endoszkópos felvételek demonstrálják a vizsgálat technikáját. Felsorolja a szövődményeket és megelőzésük lehetőségeit, ezt a colono-ileoscopia jelentőségének taglalása követi.

A következő fejezetben találjuk a colon betegségeinek szisztematikus tárgyalását. Az egyes betegségek makroszkópos és mikroszkópos leírása, valamint a klinikai kép és a diagnózishoz szükséges alapvető ismeretek összefoglalása teszi teljessé és egységessé a könyvet.

Az egyes fejezetek végén közli a betegség endoscopos diagnosztikájának legfontosabb aktuális irodalmát, ezt követik a leírtakat illusztráló colonoscopos felvételek.

A felvételek mellett elhelyezett leírások rövidek és tényszerűek. Véleményünk szerint az atlasz jobban betöltötte volna oktató, tanító szerepét, ha — más endoszkópos atlaszokhoz hasonlóan — párhuzamos, a színes fénykép mellé helyezett sematikus magyarázó ábrákon mutatja be mindazt, amit az eredeti felvételen az olvasónak látnia kell. Nagy kár, hogy az egyes fejezetekben a megfelelő fényképfelvételekre a szerző nem utal. Ez utóbbi a könyvet még szemléletesebbé tette volna.

A könyv (2—7.) fejezetei a gyakoribb gyulladásos vastagbél-betegségekről szólnak. Felvételek sorozata illusztrálja (az akut stádiumtól a krónikusig) a colitis ulcerosáról és a Crohn-betegségről leírtakat. A klinikai kép megértése érdekében közölt szövettani metszetek szerencsésen egészítik ki a leírtakat.

Az ischaemiás colitis, mely az életkor előrehaladtával mind gyakoribb, nem véletlenül kerül a két leggyakoribb colon betegség után a harmadik helyre. Az endoszkópos kép a diagnózist egyértelművé teheti, de meggondolandó, hogy a vizsgálat nagy rizikója miatt nem kellene-e szorosabb indikációs kritériumokat alkalmazni.

A radiogén enterocolitis fényképfelvételei jól demonstrálják a vizsgálat során felmerülő differenciáldiagnosztikus nehézségeket.

A széles spektrumú antibiotikumok által kiváltott pseudomembranosus colitist régóta ismerjük A korszerű aetiológiai leírást a közölt colonoscopos képek szépen demonstrálják. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a diagnózis felállításához a szerző szerint is elsősorban a rectoscopia a választandó módszer.

A hazánkban is leírt yersiniosist fényképfelvételek demonstrálják, a betegség részletesebb taglalását mind gyakoribb előfordulása indokolja.

A ritkább venereás, nemi kapcsolattal terjedő betegségeket összefoglalóan közös fejezetben találjuk. Ezek a ma már ritkaságszámba menő betegségek csak kevés fényképfelvétel készítését tették lehetővé.

A kontinensünkön alig előforduló parazitás infekciók között (9. fejezet), az amoebiasis gyakorisága miatt bővebb leírást érdemelt volna. Ebben a fejezetben tárgyalja a szerző a campylobacter enterocolitist, a ritka malakoplakiát és a Behçet-syndroma klinikai képét, majd a nem-specifikus colorectalis ulcusokat. Indokolt volt külön foglalkoznia az appendix-csonk elváltozásaival, mely gyakran képezi a colonoscopia indikációját. Az anastomosis-polypust azonban a megfelelő fejezethez lehetett volna kapcsolni.

A 10. fejezet a kórkép gyakoriságának megfelelő részletességgel foglalkozik a colon diverticulumok és diverticulitisek kérdésével. Bőséges képanyag egészíti ki ezt a fejezetet is, köztük néhány diverticulitises képpel, jóllehet több szerző véleménye szerint a diverticulitis a colonoscopia abszolút kontraindikációi közé tartozik. Az akut gyulladás szakában magunk sem vagyunk hívei ismert diverticulosisos betegben colonoscopiának.

A pneumatosis coli (11. fejezet) ritkasága ellenére is gazdagon dokumentált endoszkópos felvétellel, szövettani metszettel, valamint irrigoscopiás képpel és műtéti preparátummal.

Hasonlóan demonstratív a bél endometriosisának leírása is (12. fejezet).

A hólyageltávolítást követő ureterocolostomia az új anatóiai szituáció következtében tarthat számot nagyobb érdeklődésre (13. fejezet). A műtétet követően nagyobb számban kialakuló polypusok és tumorok teszik indikálttá a vizsgálatot. Két, felvételekkel dokumentált eljárás (retrograd urographia, valamint stenosis esetén elvégzett ostiotomia) a colon flórájának ismeretében első látásra kissé meghökkentőnek tűnik.

A colonoscopia döntő jelentőségű módszer az occult vastagbél vérzések diagnosztikájában. Ezt támasztja alá (14. fejezet) a szerző a colonban előforduló éranomáliák ismertetésével, melyet a szép felvételek is igazolnak.

A melanosis és a ceroidosis (15. fejezet) döntően a colonoscopos vizsgálatot végzők számára jelent érdekességet.

Részletesen és fontosságának megfelelő terjedelemben gazdag képanyaggal találjuk meg a vastagbél polypusainak és polyposisának, valamint az endoszkópos polypectomiának ismertetését (16. fejezet). Az egyes polypus fajták leírása során a szerző kitér azok szövettani jellegzetességeire, malignizálódási hajlamukra és az előfordulás gyakoriságára.

A vastagbél carcinoma és az egyéb malignomák bemutatására az utolsó fejezetben kerül sor. A carcinomák genesisében ismét kihangsúlyozza az adenomák elfajulásának lehetőségét és a polypectomia jelentőségét, ez utóbbi a beteg számára ily módon carcinoma profilaxist is jelent. *A betegségek tömör jellemzései, a diagnosztikus és therapiás eljárások sokszor kissé pragmatikusak, értékelései s az irodalom néha egyoldalú idézetei nem mindig fogadhatók el ellenvetés nélkül. Így a vizsgálat indikációja során teljesen figyelmen kívül hagyja a szerző az eljárás munka- és költségkihatását. Ezért sokszor csak az igazat mondja, nem a valóst (vastagbélrák-szűrés és colonoscopia viszonya).* Ennek ellenére talán éppen szubjektivitása teszi végig élvezetessé a nagy tapasztalatú szerző fejtegetéseit.

A könyvet elsősorban a gastroenterológiával behatóan foglalkozó orvosoknak ajánljuk, de haszonnal forgathatják a colonoscopia mint diagnosztikus módszer iránt érdeklődő belgyógyászok és gyakorló orvosok is. *Varró Vince dr.*

P. Eckert (Saarbrücken), B. Savič (Novi Sad): Septische Chirurgie (Szeptikus sebészet). F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York, 1980. 418. oldal, 201 kép és 67 táblázat. Ára: 96,— DM.

A szeptikus sebészettel való foglalkozás egyet jelent a szűkebb és klasszikus értelemben vett sebészettel való foglalkozással, amelyet különösképpen a fiatal orvosgenerációnak kell figyelmébe ajánlani. A szeptikus sebészet nem az antibiotikus therapia keretein belül művelt sebészet, hanem önálló, fe-

lelősségteljes és igényes feladat még az olyan tapasztalt sebészek számára is, akik szakmájukat úgy taktikai, mint technikai és indikációs téren uralják.

Paul Ehrlich, Gerhard Domagk és Alexander Fleming korszakalkotó felfedezéseivel — ha szabad így mondani: sajnos — elmosódott a határ a szeptikus és aszeptikus sebészet között. E. Frh. v. Redwitz, K. H. Bauer és W. Wachsmuth rövidtel a II. világháború után már óvtak ettől a fejlődéstől és megalapozott szkepszissel megjósolták a jelenlegi helyzetet: „A legközelebbi jövő fogja megmutatni, hogy a rendelkezésünkre álló tapasztalatunkkal a mienknél milliószor nagyobb tapasztalattal rendelkező kórokozókat le fogjuk-e győzni".

Az orvostudomány valamennyi műtétes ágában nő a szeptikus szövődmények száma annak ellenére, hogy úgy a higiénés, mint az egyéb kórházi körülmények jobbak lettek. Ennek oka, hogy a zömében idősebb és multimorbid, vagy súlyosan sérült beteganyagon a műtéti javallatokat kiterjesztettük.

Többek között ilyen meggondolások voltak az alapjai annak, hogy a szerzők a szeptikus sebészetről könyvet adjanak ki. Ez a könyv vezérfonal és nem átfogó tan- vagy kézikönyv, vagyis szükségképpen hézagos. A könyv elsősorban a sebészi kezeléssel foglalkozik, de ez nem azt jelenti, hogy az antibiotikus kezelést elvetik, vagy annak felesleges voltát hangsúlyoznák.

A könyvet 47 szerző írta, valamennyien A. Gütgemann és H. V. Schreiber tanítványai. A sebészet valamennyi ágának szeptikus komplikációját tárgyalják 39 fejezetben.

Bevezetésként röviden, de igen alaposan tárgyalják a sebészeti fertőzések mikrobiológiáját. Bővebben írnak a szervezet nem specifikus és specifikus cellularis és humoralis immunvédekezéséről, a passzív és aktív immunizálásáról. Több fejezetben írnak a szeptikus shockról, annak patogenezisérről, patofiziológiájáról, klinikumáról, diagnosztikájáról, therapiájáról, valamint a szepszis renális szövődményeiről és a vele járó véralvadási zavarokról. Nem szól a könyv a szepszis pulmonalis szövődményeiről, ami pedig épp oly sok gondot jelent a kezelőorvosok számára, mint a veseszövődmények. Elsősorban a fiatal sebészgeneráció figyelmébe ajánlható az a 15 oldal, amelyen az antiszepszisről és aszepszisről írnak s e fejezetben olyan alfejezetek vannak, mint a műtői aszepszis elvei, a szeptikus osztály és szeptikus műtő higiénés állapota, a szeptikus osztályon, szeptikus kötözőben szükséges intézkedések megtétele.

Kimerítően ír a gázödémáról. Jóllehet a fejezet írója olyan klinikán dolgozik (Würzburg), ahol rendelkeznek hyperbarikus oxigénkamrával, mégis az a véleménye, hogy e szövődmény kezelésében az elsőbbség a sebészi kezelést illeti meg, mert tapasztalatuk szerint csak a hyperbarikus oxigenizáció a gázödéma kezelésére nem elégséges. Összesen 75 gázödémás beteget kezeltek és ezek közül 35 meghalt. A 40 túlélőnél 34 esetben amputációra került sor. Gyakorlatukban passzív immunizálást nem alkalmaznak. Már a gyanú fennállása esetén is javasolják a nyitott sebkezelést, a gyakori kötéscserét, napi 30—50 millió egység Penicillin adását és azt tanácsolják, hogy úgy a sebkezelést, mint a beteg szigorú observatióját mindig ugyanaz az orvos végezze. A fertőzés továterjedése esetén a végtag amputációját vagy exartikulációját gyorsan elvégzik. Öt oldalon tárgyalja a tetanuszt és néhány oldalon olyan specifikus fertőzéseket, mint a tuberkulózis, az echinococcus és az aktinomykosis.

Bő teret szentelnek a sebészi sebfertőzéseknek, ezek keletkezésének és kezelésének. A rendelkezésünkre álló sokfajta antibiotikum sem változtatott gyakorlatukban azon az elven, hogy a primeren fertőzött sebet ma is úgy kell ellátni, mint régebben: Friedrich-féle sebkimetszés, a sebet nyitva hagyjuk, s ha a lefolyás reakciómentes, legkorábban három nap múlva halasztott primer sebzárást végzünk.

Az ezt követő fejezetekben az egyes szervek illetve szervrendszerek sebészi fertőzéséről írnak. Így például a központi idegrendszerről, a feji és nyaki régióról, mellkasfalról, a mediastinum akut és krónikus fertőzéséről, tüdőről és pleuráról, a szájsebészeti ellátás keretébe tartozó régiókról, majd részletesebben a felső tápcsatornáról, epeútrendszerről, hasnyálmirigyről és valamennyi hasűri szervről.

Kimerítően írnak a lokális és diffúz peritonitis keletkezéséről, tüneteiről, sebészi kezeléséről és a lehetséges szövődményekről. A hasüregi öblítő drainage hívei, melyet 4 vagy több drainen keresztül végeznek. A mosófolyadékhoz nem adnak antibiotikumot, mert az a tapasztalatuk, hogy az eredmény semmivel sem jobb, mintha semmit, vagy csupán valamilyen antiszeptikumot (pl. Rivanol) tesznek hozzá. Felhívják a figyelmet, hogy a peritonitis kezelésében mindig ügyelni kell az ileus profilaxisra is. E célból a Miller—Abbot szondát ajánlják vagy oralisan, vagy enterostomián keresztül levezetve. Külön fejezetben igen részletesen tárgyalják a tápcsatorna alsó szakaszának fertőzéseit és ezek sebészi kezelésének lehetőségeit. Szó van e könyvben a végtagok osteomyelitiséről, a kéz sebészi fertőzéseiről, az égésről, az érsebészetben előforduló szeptikus komplikációkról, a szervtranszplantáció utáni fertőzésekről, valamint olyan mindennapos problémáról mint a hosszú ideig bent hagyott vénás kanül fertőzéses szövődményei, valamint a parenterális táplálás.

A szerzők is írják, hogy könyvükben elsősorban a sebészi kezelést hangsúlyozzák, így tehát e könyv a manuális szakmák képviselői számára íródott. Szerintem azonban éppúgy forgathatják ezt az intenzív osztályon dolgozó kollégák is. A könyv végén a leggyakrabban használt 35 antibiotikum pharmakokinetikájáról, ezek támadási pontjáról és dozírozásáról írottak, valamint a kitűnően szerkesztett táblázat minden orvos érdeklődésére számíthat.

Én mégis elsősorban valamennyi manuális szakmában dolgozó fiatal orvos számára, valamint a szeptikus osztályon dolgozó valamennyi orvos számára ajánlanám ezt a szép, ízléses kivitelű, áttekinthetően szerkesztett könyvet. De megelégedéssel veheti kézbe az idősebb generáció tagja is, mert minden, amit mi tőlük tanultunk, ma is érvényes: a szeptikus szövődmények kezelésében a sebészi kezelésé az elsőbbség, az antibiotikumok ezen nem sokat változtattak.

Kántor Elemér dr.

Anneliese Hamann (szerk.): **Massage in Bild und Wort.** VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1980. 3. átdolgozott kiadás. 487 oldal, 406 ábra és 12, színes anatómiai tábla. Ára: 62,— M.

A munka első kiadását 1975-ben ismertettük lapunk hasábjain (Orv. Hetil. 1975, *116*, 9, 534. o.). Szerkesztője Anneliese Hamann és 5 szerzőtársa, változatlanok s az NDK orvosi egyetemeinek az egyes fejezetek megírására hivatott tanárai.

Átdolgozott kiadás, ez azonban nem jelent számottevő bővülést, inkább csak néhány finom korrekciót. Terjedelme 23 oldallal nagyobb, de csak látszólag, mert elmaradt a szerzők névsorának és a tartalomnak római számokkal való külön megjelölése. Haschke és Lindenmann közös idegélettan fejezetét megosztották. Lindenmann rövid külön fejezetben tárgyalja a vegetatív regulációt, ezzel növekedett a fejezetek száma és jól érthetővé vált a reflexterápia.

A szerzők az irodalomban egyedülálló részletességgel és színvonalon tárgyalják a masszázs elméletét és irodalmát. Arányosan ismertetik a klasszikus masszázst és a speciális, új masszázsmódszereket, amelyek nem minden esetben hozzák meg a nekik tulajdonított és tőlük várt távolhatásokat. A bibliográfia mintegy 50 új adattal bővült, s ami a német nyelvterület szakkönyveit illeti, az 1800-as évek második felétől teljesnek mondható.

A könyv sikerét és érdemeit minden recenzori elismerésnél jobban bizonyítja, hogy 5 éven belül, ebben a tárgykörben (!) három kiadást ért el.

Irányi Jenő dr.

NAPROSYN

tabletta

mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS:

A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis – mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben. befolyásolja.

JAVALLATOK:

Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, syondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.)

ELLENJAVALLATOK:

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

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig 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 összdózis) a fájdalmak 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.



MELLEKHATASOK:

Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

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

Csak óvatosan adagolható:

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

FIGYELMEZTETÉS:

Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja. Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel. Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 db tabletta 22,– Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

Syntex licencia alapján

HÍREK

Az **Országos Szakképesítő Bizottság** VIZSGANAPTÁRA *1981. szeptember 15-től december 15-ig*

Az Orvosi Hetilap 1980. márc. 2-i (9.) szám 549. oldalán megjelent tájékoztató továbbra is érvényes, de megismételjük a Bizottságnak azt a jogát, hogy a jelentkezések ismeretében határozza meg a szakvizsgák helyét és idejét.

Ezúttal is közöljük az érdekelt szakorvosjelöltekkel, hogy 1982-ben a ráépített szakmákból szakorvosi vizsga csak az első félévben lesz.

A vizsganaptár időpontjai az elméleti vizsgára vonatkoznak, amelyet megelőz a rendeletek szerinti gyakorlati vizsga.

A meghirdetett időszakra a szabályosan felszerelt kérelmek benyújtási határideje — a naptárt tartalmazó Egészségügyi Közlöny megjelenésétől számított — *15 nap.*

I. Orvosi-, fogorvosi vizsgaidőpontok

SZEPTEMBER
14—25. között. Audiológia (r. é.), Csecsemő és gyermek kardiológia (r. é.), Érsebészet (r. é), Foniátria (r. é.), Gastroenterológia (r. é.), Gyermeknőgyógyászat (r. é.), Haematológia (r. é.), Iskolaegészségtan és ifjúságvédelem (r. é.), Izotópdiagnosztika (r. é.), Kardiológia (r. é.), Klinikai farmakológia (r. é.), Klinikai onkológia (r. é.), Mozgásszervi rehabilitáció (r. é.), Orvosi mikrobiológia (r. é.), Plasztikai (égési) sebészet (r. é.), Trópusi betegségek (r. é.), Gyermekfogászat (r. é), Gyermekfogászat és fogszabályozás (r. é.), Szájsebészet (r. é.).

SZEPTEMBER 28—
OKTÓBER 9. között: Anaesthesiológia-intenzív terápia, Belgyógyászat, Csecsemő-gyermekgyógyászat, Endokrinológia (r. é.), Fertőző betegségek (x), Idegsebészet (r. é.), Onkoradiológia (x), Sportorvostan (x), Szívsebészet (r. é.).

OKTÓBER
12—23. között: Csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat (r. é.), Csecsemő-gyermekgyógyászat, Fog- és szájbetegségek, Fül-orr-gégegyógyászat, Közegészségtan-járványtan, Közegészségügyi-járványügyi labor. vizsgálatok (x), Radiológia, Sebészet, Szülészet-nőgyógyászat, Társadalomorvostan.

OKTÓBER 26—
NOVEMBER 6. között: Belgyógyászat, Bőrgyógyászat, Csecsemő-gyermekgyógyászat, Klinikai laboratóriumi vizsgálatok, Reumatológia és fizioterápia (x), Szemészet, Üzemorvostan (x).

NOVEMBER
9—20. között: Általános orvostan, Fog- és szájbetegségek, Igazságügyi orvostan, Igazságügyi elmeorvostan (r. é.), Kórbonctan-kórszövettan, Neurológia, Ortopédia, Urológia.

NOVEMBER 23—
DECEMBER 4. között: Anaesthesiológia-intenzív terápia, Belgyógyászat, Csecsemő-gyermekgyógyászat, Gyermek-tüdőgyógyászat (r. é.), Psychiátria, Sebészet, Szülészet-nőgyógyászat, Traumatológia (r. é.), Tüdőgyógyászat (x).

DECEMBER
7—11. között: Gyermeksebészet (r. é.), Gyermekpsychiátria (r. é.), Mellkassebészet (r. é.), Repülőorvostan (x).

Jelzések: (x) alap- vagy ráépített szakképesítés is lehet; (r. é.) csak ráépített szakképesítés lehet.

II. Gyógyszerészi vizsgaidőpontok

SZEPTEMBER
14—25. között: Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés.

SZEPTEMBER 28—
OKTÓBER 9. között: Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés.

OKTÓBER
12—23. között: Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés.

OKTÓBER 26—
NOVEMBER 6. között: Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés.

NOVEMBER 9—20. között: Gyógyszertechnológia, Kémiai (fizikai-kémiai) gyógyszerellenőrzés, Mikrobiológiai gyógyszerellenőrzés, Közegészségügyi-járványügyi laboratóriumi vizsgálatok, Farmakognózia (gyógynövényismeret), Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés.

NOVEMBER 23—
DECEMBER 4. között: Gyógyszertechnológia, Kémiai (fizikai-kémiai) gyógyszerellenőrzés, Gyógyszerhatástan, Toxikológia, Klinikai laboratóriumi vizsgálatok, Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés, Egészségügyi gyógyszerügyi igazgatás.

DECEMBER 7—15. között: Gyógyszerhatástan, Toxikológia, Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezés, Egészségügyi gyógyszerügyi igazgatás.

A **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Központi Könyvtára** — raktárköltözés és raktárrendezés miatt — *1981. augusztus 1—31-ig* zárva tart, minden szolgáltatása szünetel.

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. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft

81.1418 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002 **INDEX: 25 674**

conferon®



kapszula ***HAEMOPOETICUM***

ÖSSZETÉTEL: 250 mg ferrum sulfuricum oxydulatum (50 mg elemi vas), 35 mg natrium dioctyl-sulfosuccinicum kapszulánként.

JAVALLATOK: A szervezet bármely okból kialakult vashiányának megszüntetése, illetve megelőzése:

- fokozott vasveszteség: menorrhagia, metrorrhagia, gyomor- és bélvérzések, légúti és húgyúti vérzések, rendszeres véradás, műtéti vérveszteség;
- nagy vasszükséglet: terhesség, szoptatás, a szervezet növekedése, fejlődése;
- elégtelen vasbevitel: csecsemőkor, vasban szegény étrend;
- csökkent vasfelszívódás: gyomor-resectio utáni állapot, achlorhydria, steatorrhoea, egyéb malabsorptiós szindrómák.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja **felnőtteknek és serdülőkorúaknak** naponta 3×1 kapszula (= 150 mg elemi vas): gyermekeknek 3–6 éves korban 1–2 kapszula (= 50–100 mg elemi vas). 7–12 éves korban 2×1 kapszula (= 100 mg elmei vas) naponta, étkezés után, legalább fél pohár vízzel egészben lenyelve.

Csecsemőknek és kisdedeknek 6 hónapos kortól napi fél–1 kapszula, 2 részletben bevéve. A kapszula tartalmát kevés szirupban (pl. málnaszörpben) vagy kávéskanálnyi gyümölcsízben elkeverjük, és egyszerre a negyedét, ill. felét adjuk be étkezés után. A kezelés időtartama latens (anaemiával nem járó) vashiánybetegségben 8–10 hét, vashiányos vérszegénységben legalább 3–4 hónap.

MELLÉKHATÁSOK: Enyhe gyomor- vagy bélpanaszok (rövid ideig tartó gyomorgödri nyomásérzés, hányinger, hányás, hígabb székürítés vagy székrekedés) előfordulhatnak, és az adag átmeneti csökkentésére rendszerint elmúlnak. A székletet feketére festi.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Kerülendő az együttadása tetraciklinekkel (kelátképződés következtében mind az antibiotikum, mind a vas felszívódása csökken).

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

50 kapszula 5,60 Ft.

CHINOIN BUDAPEST



HALIDOR®

INJEKCIÓ, TABLETTA

spasmolyticum, vasodilatator myotonolyticum

ÖSSZETÉTEL: 50 mg bencyclanum hydrogenfumaricum (2 ml) ampullánként; 100 mg bencyclanum hydrogenfumaricum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (apoplexiás postapoplexiás, szklerotikus stb.) **agyi keringészavarok** pszichés, ill. neurológiai tüneteinek csökkentése: szédülés, fejfájás, fülzúgás, alvászavar csökkentése, koncentrálóképesség javítása. Angiospatikus agyi történések. **Vaszkuláris eredetű szembetegségek:** obliterativ artériás megbetegedések (arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica stb.). Perifériás ér-spasmusszal járó kórképek (artériagörcs mélyvénás trombózis után, postoperativ és posttraumás keringési zavarok, polyalgiás 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, postoperativ meteorismusok, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomiás 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. fiziológiás 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 túladagolás, vese- vagy májfunkció-romlás, ill. egyéni túlérzékenység esetén hallucinogén hatást és epileptiform görcsöt válthat ki, főleg idősebb betegekben.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adható

- anesztetikumokkal és szedativumokkal (hatásuk fokozódik);
- szimpatomimetikumokkal (pitvari és kamrai tachyarrhythmia);
- hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (kardiodepresszió veszélye).

FIGYELMEZTETÉS: Parenterálisan alkalmazva a kezelés helyét lehetőleg váltogatni kell, mert endothel-károsodást, thrombophlebitist okozhat.
Parenterálisan nem adható keringési és légzészavarokban, kollapszushajlam esetén, valamint manifeszt vízeletretencióval járó prostata-hypertrophiában.
Tartós adagoláskor kb. 2 hónaponként vérképkontroll elvégeztetése ajánlatos.
Hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (diureticumok, antihypertenzív kombinációk stb.), digitálisszal, 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.

EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

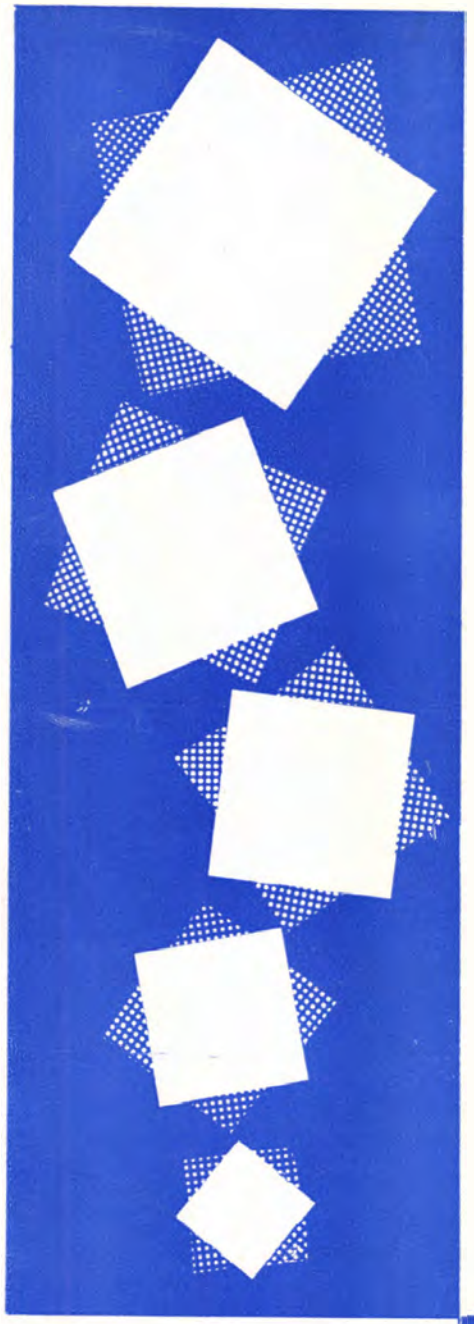
ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 25. SZÁM 1493—1556 OLDAL

BUDAPEST, 1981. JÚNIUS 21.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT



gilemal®

tabletta *ORALIS ANTIDIABETICUM*

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 5 mg glibenclamidum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Kizárólag felnőttkori diabetes mellitus esetén, amikor az insulintermelés nem szűnt meg.

ELLENJAVALLATOK

Acidosisos anyagcserezavar, súlyos veseműködési, ill. májműködési elégtelenség, terhesség. Fiatalkori diabetes mellitusban hatástalan.

ADAGOLÁS

Adagolása csak gyógyintézeti és szakorvosi járóbeteg-rendelésen történt be-, ill. átállítás után történhet, egyéni megítélés alapján. Más oralis antidiabeticumokat eddig nem kapott betegek kezdő adagja napi $^1/_2$ tabletta reggeli közben. Az átállítás más oralis antidiabeticumról vagy insulinról napi $^1/_2$ tablettával kezdődjék az előző antidiabetikus gyógyszerelés fokozatos elhagyásával. Ha ez a mennyiség nem elegendő, a gyógyszer adagja kb. 5–6 naponként $^1/_2$–$^1/_2$ tablettával emelhető az anyagcsere-egyensúly eléréséig. Az étrendi előírások pontos betartása a gyógyszer szedése esetén sem mellőzhető. A beállítás lehetőleg naponkénti laboratóriumi ellenőrzés mellett történjék.
Átlagos adagja szükség szerint naponta $^1/_2$–3, maximálisan 4 tabletta, amely adag reggel egyszerre is bevehető.

MELLÉKHATÁSOK

Szakszerűtlen adagolás, ill. diétahiba esetén hypoglykaemia léphet fel. Igen ritkán gastrointestinalis zavarok, esetleg átmeneti allergiás bőrjelenségek.

FIGYELMEZTETÉSI

Mint általában az oralis antidiabeticumokkal együttesen szedett sulfonamidok, salicylatok, fenilbutazon származékok, tuberculostaticumok (Rigenicid), chloramphenicol, tetracyclinek, cumarinszármazékok, cyclophosphamid, valamint a MAO gátlók fokozhatják a gyógyszer hatását (hypoglykaemia lehetősége).
A gyógyszert étkezés közben, vagy közvetlenül utána adjuk.
Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani nem ajánlatos, mivel esetenként alkohol intolerancia fordulhat elő.

CSOMAGOLÁS

28 db à 5 mg tabletta — **Térítés: 2,– Ft**

MEGJEGYZÉS

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

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

25. SZÁM

*

1981. JÚNIUS 21.

TARTALOMJEGYZÉK

Jádi Ferenc dr., Bors Mária dr. és Trixler Mátyás dr.:
De Clérambault-szindróma 1495

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Vincellér Mária dr., Rubecz István dr. és Mestyán Gyula dr.:
Idő előtti burokrepedés és intrauterin infekció 1499

Baradnay Gyula dr. és Nagy Attila dr.:
A colostoma zárás és szövődményei 1503

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Vízkelety Tibor dr. és Czeizel Endre dr.:
A genetikai tanácsadás jelentősége a csont rendszerbetegségekben és fejlődési rendellenességekben 1507

IATROGEN ÁRTALMAK

Alberth Béla dr.:
Gondolatok a műanyag szemlencse beültetéséről 1515

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Radó János dr., T. Simatupang dr., P. Boer dr., E. J. Dorhout Mees dr.:
A prosztaglandinok szerepe a Bartter-syndroma pathogenesisében 1519

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Harkányi Zoltán dr., Török István dr. és Várady Sándor dr.:
Echographia a gyermekgyógyászati diagnosztikában 1529

KAZUISZTIKA

Simonka János Aurél dr., Endrődi János dr., Kiss Gyula dr., Dóczi Tamás dr. és Fráter Loránd dr.:
Hüvelykujjpótlás lábujj szabad átültetésével 1533

Folyóiratreferátumok 1539

Könyvismertetés 1552

Megjelent 1538

Hírek 1554

PHENYLBUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK **Felnőtteknek:** Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthritis chronica progressiva, synovitis, spondylarthritis, 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.

Ophtalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis.
Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

ELLENJAVALLATOK Ritmuszavarok, vitium cordis, myopathia cordis chronica, pirazolon érzékenység, vese- és májbetegségek, gyomor- és nyombélfekély, vagy azokban az esetekben, amikor a beteg anamnézisében gastrointestinális gyulladás, súlyos vagy perzisztáló dyspepsia szerepel. Ödémakészség, ödéma fellépte, vérképző 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 trimesterben mérlegelni kell a kezelés kockázatát és az elérhető hatást.

ADAGOLÁS Szokásos kezdeti adagja kortól és általános állapottól függően napi $3\times{}^1/_2$–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 disfunkció, gastritis, epigastrikus fájdalom, vérképző szervek működésének zavara (agranulocytosis, aplastikus anaemia, thrombocytopenia, leukopenia), folyadék- és só-retentió, 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.

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

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Ideg- és Elmeklinika
(igazgató: Pálffy György dr.)

De Clérambault szindróma

(Orvosok a tünettanban)

Jádi Ferenc dr., Bors Mária dr.
és Trixler Mátyás dr.

De Clérambault (5) erotomániás kórképként írta le azokat az elmezavarokat, ahol a páciens (rendszerint nőbeteg) rendszerezett téveseszmét épít ki egy többnyire prominens személlyel, s azt állítja, hogy az illető szerelmes belé. A paranoid tünettan tengelyében mindig téveseszmékkel átszőtt, irreális kapcsolat áll, gyakran nyílt szexuális tartalommal, házassági ajánlattal. Tünettanilag a szindróma a *Kretschner* által „sensitiver Beziehungswahn"-ként megjelölt (15) kórképbe, vagy a schizophrenia paranoid formájába illeszthető. *Enoch és mtsai* (6) a kórképet a ritka pszichiátriai szindrómák között tárgyalják. Viszonylag még ritkábbak azok a formák, ahol a véleményezett kapcsolat tárgya orvos. Klinikánk anyagában öt ilyen esetet észleltünk. Az esetek nemcsak pszichiátriai szempontból érdekesek, hanem az általános orvosi gyakorlat szempontjából is figyelemreméltóak.

Esetismertetés

1. T. Á.-né 65 éves nő. Az anamnesztikus adatok szerint 18 éves korától járt nőgyógyászatra „hüvelyfájdalmak" miatt. 30 éves korában hypaesthesia nervi cochlearis bilateralis diagnosissal feküdt fülészeten. 35 éves korában észleljük első alkalommal. Az akkori adatok szerint a beteg férjével állandóan veszekszik, nem akar vele nemi életet élni, mert a férje nagyon durva. Gyakran panaszkodik főfájásról, azt állítja, hogy férje nem veszi tudomásul, hogy ő beteg. Többször vannak ájulásszerű rosszullétei, szívtáji szúró fájdalmai. Az organikus kivizsgálás negatív eredménnyel zárult. 40 éves korában irritabilis colon szindróma miatt belosztályon feküdt. 41 éves korában közlekedési balesete volt. 42 éves korában urológiai osztályon feküdt cholelithiasis és phosphaturia kórismékkel. Itt kezdte érezni, hogy az osztályvezető orvos szerelmes belé, hanghallásai jelentkeztek, a hangok azt súgták neki, hogy az orvos el fogja titkolni szerelmét. A hang arra biztatta, hogy csak szeresse az orvost, még ha „nincs is kedve hozzá", vagy ha nem is méltó rá. Attól félt, hogy a férje meg fogja hallani a hangokat és megveri őt. Később a hangok becsmérlő megjegyzéseket tettek rá. Az orvossal kapcsolatban erotikus tartalmú álmai jelentek meg. Később a hangok arról tudósítottak, hogy az orvos csak a vagyona miatt szereti, nem szívből; majd a hangok fenyegetővé váltak, olyan felszólításokat kapott, hogy akassza fel magát, mert ebből a szerelemből nincs kiút. Önakasztási kísérlet után került felvételre. ES és tranquillans kezelésre a beteg állapota csak átmenetileg javult. A későbbi kórlefolyás során téveseszméi egyre terebélyesedtek. Férje szívelégtelenségben halt meg 56 éves korában. A férj halála után irreális kötődése orvosa irányába szorosabb lett. Úgy tartotta, hogy az orvos házassága boldogtalan, csak ő tehetné boldoggá, egy gyermekét is ő szülte. Az állította ugyanis, hogy elhalt csecsemőjét az orvos titokban életre keltette és felnevelte. A mindennapi élet eseményeit az irreális alapról magyarázta, ugy találta, hogy az orvos állandó ellenőrzése alatt tartja, a szomszédokat lefizette, hogy figyeljék őt, nehogy más férfi hozzáférjen. Emiatt szomszédaival rendszeresen voltak összetűzései, meglopatásos, mérgeztetéses téveseszméket hangoztatott. Egy alkalommal újságcikkben felfedezett egy, az orvos nevével egyező fiatalabb férfit, akiről azt tartotta, hogy ő szülte, az illető a beteg állítása szerint az orvossal való titkos kapcsolat során fogant. A későbbiek során a beteg környezetében izolálódott, szomszédaival, rokonságával való kapcsolata megszakadt.

2. Sz. J.-né 32 éves nőt szisztémás doxazmái miatt vettük fel klinikánkra. Az anamnesztikus adatok szerint élénk, kacér leány volt. Édesapja iszákos, erőszakos, határozott természetű ember volt, aki igen szigorúan próbálta nevelni, mert tudott fiúkapcsolatairól. Olyan férfiakhoz vonzódott, akik mellett élvezte, hogy ő nő. Férjével rövid ismeretség után kötött házasságot. Elmondja, hogy a házasságkötésnél önző, kényelmi szempontok vezették, mert férje körülugrálta, s amikor nem akart hozzámenni, férje öngyilkosságot kísérelt meg. Kapcsolatuk kezdetben kielégítő volt, bár orgazmusa nem volt. A második terhessége kapcsán szülőorvost fogadott, akit igen megnyerőnek és határozottnak talált. Császármetszéssel szült, a körülötte tényked szülészhez egyre jobban vonzódott. Később több alkalommal felkereste az orvost egyre banálisabb indokokkal, úgy vette észre, hogy a szülész is szerelmes belé. Pl. ha a gyermekeit dicsérte, úgy élte meg, mintha neki bókolna. Családi helyzetéről, anyósával való konfliktusairól, férje erőtlenségéről, szexuális életének boldogtalanságáról egyre részletesebben beszámolt orvosának. Találkozásait úgy élte meg, hogy azok egyre hosszabbak, egyre bizalmasabbak. Mivel nem messze lakott az orvostól, házuk ablakából figyelni kezdte az orvos lakását. Azt tapasztalta, hogy az orvos ablakában olyan színű ruhaneműk jelennek meg, mint amilyeneket ő is kiakasztott. Ezek az események arra buzdították, hogy szerelmet valljon az orvosnak, akit munkahelyén is többször felkeresett, vagy telefonon felhívott. Az orvos azt tanácsolta a betegnek, hogy forduljon idegorvoshoz. Ez az elutasítás a beteget megrázta, kedvetlen lett, háztartását elhanyagolta. Férjével való szexuális kapcsolatai után erős vizelési ingere jelentkezett, majd hasgörcsei voltak, frigiddé vált. Később, a szülési szabadság leteltével munkába állt a postán. A hosszabb távollét után munkáját nagy nehézséggel tudta csak végezni. Azt tapasztalta, hogy különféle személyek bizarr dolgokat kérdeznek tőle telefonon. Mindezt a szülésznek tulajdonította. Majd később női hangokat vélt felfedezni a telefonban. Utóbbiakat az orvos feleségével kapcsolata össze. Ezekben az időkben tömegesen jelentkeztek az orvossal kapcsolatban szexuális tartalmú álmai, gyakran perverz szexuális helyzeteket álmodott. Azt kezdte érezni, hogy a férje mellett elveszíti a női tulajdonságait, ugyanis a háztartást, a gyermekeket a férje látta el. Közben a férjénél ejaculatio praecox fejlődött ki, ami házasságuk válságát tovább mélyítette. Inaktívvá, gátolttá vált, úgy érezte, hogy az orvos és a körülötte levő női munkatársai üldözik őt, s ha módjukban áll, zaklatják, telefonon idegesítik.

D. I.-né 30 éves nőt 1980-ban észleltük akutan fellépő érzékcsalódások hatására elkövetett önakasztás miatt. Gimnazista korában bél tbc. során műtéten esett át. Édesapját 18 éves korában elvesztette. Felvétele előtt 4 évvel császármetszéssel szülte második gyermekét. A szülés után lázas állapot állt elő. A szülészeten mellette fekvő betegtársa révén ismerte meg C. szülészorvost. A szülész rendszeresen jött látogatni rokonát, s jó benyomást tett betegünkre. Felépülés után felkereste munkahelyén apróbb panaszokkal. A rendszeres ellenőrző vizsgálatok során a beteg egyre rokonszenvesebbnek találta orvosát, családi ügyeibe is bevonta. Felvétele előtt 2 évvel házasságában válság mutatkozott. Férje erősen anyagias gondolkodású, precíz, mű-

szaki ember. Orvosának elmondta, hogy a férjével házasélete nem jó, férjét nem kívánja. Közben megtudta, hogy férje a sorozatos elhárítások után extramaritális kapcsolatot kezdeményezett. Emiatt a beteg elkeseredett, úgy találta, hogy legmegfelelőbb, ha azzal válaszol, hogy ő is magcsalja egy korábbi udvarlójával. Ez a találkozás a beteget nem gratifikálta. Mindezeket orvosával is közölte, aki a beteget és férjét szexológiai tanácsadásra utalta. A szexológusnál megítélésük szerint nem kaptak megfelelő tanácsot. A beteg ezek után még intenzívebben kötődött orvosához, aki azzal biztatta, hogy majd nyilván megoldódik a házastársi kapcsolatuk válsága. Később úgy emlékezett vissza, hogy ezidőtájt a nőgyógyászati vizsgálatok után szexuális tartalmú álmai jelentek meg, melyekben első udvarlójának alakja gyakran előfordult. Közben a beteg munkahelyén, ahol főleg nők dolgoztak egy nagyobb teremben, azt kezdte észlelni, hogy a főnöknő túlzottan érdeklődik iránta. Ebben a vélt érdeklődésben a beteg a munkatárs részéről homoerotikus vonzalmat vélt felfedezni. Homoszexuális félelmei még a serdülőkorra nyúlnak vissza. Ugyanis édesanyjának a szomszédjában lakó nővel homoszexuális kapcsolata volt, több alkalommal a beteghez is közeledett. Ettől kezdve a beteg arra gondolt, hogy kielégülési zavarai a benne levő homoszexuális vágyakból erednek. Szexológiai könyveket kezdett tanulmányozni, de gondolatait az orvos előtt titkolta. Azt kezdte érezni, hogy orvosa szerelmes belé. Maga is nyílt szexuális vonzalmat érzett az orvos iránt. Az újabb viziteknél nem engedte magát megvizsgálni. A szexuális feszültséget maszturbációval próbálta magán levezetni. Ebben az időben többször álmodott orvosával szexuális jeleneteket. Úgy érezte, hogy az orvos őt hipnotizálja. Gyakran fordult elő, hogy a házasélet során a férj helyébe orvosát képzelte, később hypnagóg hallucinációi jelentek meg. Egy alkalommal a fürdőkádban ülve maszturbált, orvosát látta, és az orvos bizonyos ritmust diktált neki. Orgazmusa közben kislánya jelent meg a fürdőszobában. Amikor a kislány a beteg elváltozott arcát meglátta, elszaladt. A beteg a gyermekjátékok színének később kóros jelentőséget tulajdonított. Úgy érezte, hogy a gyermekkel való kapcsolata azért romlik, mert az orvos hypnózisa a gyermeket károsítja, a károsító hatást a férjén is észrevette. Szexuális fantáziái és a vélt „károsodások" miatti önvádlásai fenvegető hanghallásokká szerveződtek. A morális önvádlások hatása alatt éjszaka nem tudott aludni, először pengével megkísérelte átvágni a csuklóját, majd önakasztást kísérelt meg.

4. V. K. 40 éves nő, 10 éves koráig ágybavizelő volt. Egyik fiútestvére 12 éves korában meg akarta erőszakolni, de szülei tettenérték. Serdülőkorától igen heveny fájdalmai voltak havivérzéskor. 23 éves korában ment férjhez, 2 terhessége spontán megszakadt. Férjével való kapcsolata a férj italozása miatt megromlott, elváltak. Szexuális kérdések mindig foglalkoztatták. 35 éves korában eltörött a lába, körzeti orvosa tartotta táppénzen. A körzeti orvossal rendkívül bizalmas volt, mert emlékeztette egy korábbi udvarlójára, aki szülész volt. Úgy érezte, hogy az orvos is érdeklődik iránta. Az orvos aggódó tekintetéből azt olvasta le, hogy az orvos feleségével rosszul él, el akar válni és őt szeretné feleségül venni. Majd az orvos irányában nemi vágyat érzett, ezért szerelmet vallott az orvosnak, aki elutasította. Éjszakánként azt kezdte érezni, hogy őt kezdetben a törött végtagon, majd ágyéktájon erős sugárzás éri, amit izotópsugárzásnak tulajdonított. Arra gondolt, hogy az orvostól származik a sugárzás. Úgy vélte, hogy mivel az orvosnak gyermekei és felesége van, így próbál vele kapcsolatot keresni. Az erotikus, coenesthopathiás érzései csaknem minden éjjel jelentkeztek. Az orvos feleségének levelet is írt, aki a beteget az ideggondozóba irányította. Később téveseszméi a szomszédban lakó nőkre is kiterjedtek, akikről azt állította, hogy a körorvos „ügynökei". Édesanyjáról azt állította, hogy nem az igazi édesanyja, bizonyítékul gyermekkori képeket szedett elő, hogy a különbséget igazolja.

5. S. I. 36 é. ffi. Első alkalommal 13 éves korában kezeltük epilepsia symptomatica kórismével. Elmeosztályi felvételére 33 éves korában került sor szisztémás paranoid téveseszmék fellépte miatt. Az anamnesztikus adatok szerint édesapja szigorúan nevelte, az édesanyjával szoros lelki közelségben nőtt fel. Szülei vallásosan nevelték, első epilepsziás rosszulléte is templomban érte. A rosszullét után a beteget püspöknek is megmutatták. A későbbiekben a beteg ködös tudatállapotában átélt élményekre úgy tér vissza, hogy látta az ágyról leszálló püspök nemi szervét. A beteg állítása szerint ifjúkorában lelki támaszt kapott egy paptól, aki később Kanadába disszidált. Ugyanő a beteget egy alkalommal meztelenre vetkőztette és a nemi szervét fogdosta. A beteg, mint epilepsziás, rendszeres ideggyógyászati ellenőrzésre járt X. dr.-hoz, aki mindig nagyon kedvesen fogadta, intim ügyeit is megbeszélte vele. Ugyanakkor arra lett figyelmes, hogy kapcsolata az ideggyógyásszal az ő megítélése szerint egyre intenzívebb, bizonyos függőség alakult ki benne az ideggyógyásszal. Majd egyre inkább azt kezdte érezni, hogy az ideggyógyász nemileg érdeklődik iránta, sportos alakjára, jó tanulmányi eredményeire való utalásait a beteg bókként értelmezte. Ugyanakkor ezeket az élményeit az ideggyógyász előtt titkolta, elfojtotta. A beteg serdülőkorában idegenkedett a fiútársaságtól. 16 éves korától főként a fekete hajú lányok után vonzódott, a fekete színt igen kedvelte, ezt azzal magyarázta, hogy sokat mozgott papi körökben. A későbbiekben olyan érzése támadt, hogy neki semmi esetre sem lehetne gyermeke. Amikor ideggyógyásza másik városba távozott, kóros megfigyelései lettek. Azt tapasztalta, hogy a szőke hajú nők nézik őt, „mert ők tudják, hogy nem lehet gyermeke". Majd megismerkedett későbbi feleségével, aki az első kapcsolat után teherbe esett, ez nagyon megrázta. Arra gondolt, hogy [illegible] volt idegorvosát. Az egyik újságban nyelvoktatásról hirdetést olvasott, arra gondolt, az ideggyógyász hirdeti magát. Elutazott a megadott címre, közben hanghallásai jelentkeztek, melyek azt súgták neki, hogy ne X. dr.-t keresse, hanem Varjú dr.-t és Harkály dr.-nőt. Amikor a megadott címen kinevették, bement a közelben levő Állategészségügyi Intézetbe és keresni kezdte a két orvost, ahol megszégyenítették. A későbbiek során kiderült, hogy az állatnevek az orvos és a pap nevével állnak összefüggésben. A beteg egyre nyugtalanabb lett. Ekkor már volt orvosa hangját is hallotta, aki arra buzdította, hogy a fekete nőknél kell próbálkoznia. Ezért a beteg, akin addig a családtagok sem vettek észre semmit, minden fekete hajú nőt leszólított, hogy akar-e vele szeretkezni. A későbbi exploratio során kiderült, hogy a beteg az első epilepsziás rosszullétet úgy dolgozta fel, hogy azt a papok valami szerrel idézték elő rajta, hogy az Idegklinikára kerüljön és ott X. dr. és egy dr.-nő magtalanítsa. A magtalanítás és a homoerotikus vonzalmak között összefüggést lehetett feltárni. A beteg X. dr.-ral való kapcsolatát úgy élte meg, hogy a magtalanítás titka X. dr. kezében van, aki amíg szereti őt, nem lehet gyermeke. A páciens állapotát a következő kifejezéssel illette: „Az én bajom epilepszia = hülyeség = buziság."

Megbeszélés

Az irodalomban (6, 13) a de Clérambault-szindróma két alakját szokásos megkülönböztetni. A tiszta vagy elsődleges forma hirtelen kezdetű és csak erotomániás eszméket foglal magába, míg a másodlagos alak esetében a tünettan fokozatosan alakul ki, az erotomániás tartalom lappangva megjelenő paranoid pszichózisra épül rá. Utóbbit akkor észleljük, ha a pszichotikus beteg tünettanába prominens személyekkel való vélt, szorosabb kapcsolat épül be, mint kompenzatoros Én-erősítés. Eseteinkben erotomániás jegyek négy esetben akután, a járulékos paranoid téveseszmék szubkután

léptek fel, így négy az elsődleges alakba sorolható, míg az ötödik eset másodlagos forma.

A paranoid kórkép kialakulásának kedvezett az a körülmény, hogy egyik betegünk temporalis epilepsziában szenvedett (18), idős nőbetegünknél súlyos nagyothallás, míg két betegnél krónikus szervi betegség állt fenn. Ismeretes, hogy a szülés utáni fellazult pszichés állapot az oedipális helyzet indulatainak újraéledésére ad alkalmat (4), és ez kedvez a pszichózis manifesztációjának. Ennek második és harmadik betegünk esetében tulajdonítunk jelentőséget.

Az ismertetett páciensek huzamosabb időn keresztül álltak orvosi kezelés alatt, három betegünk szexuális zavarairól is beszámolt orvosának. Három nőbetegünk férjétől szeparálódott, egy nőbetegünk elvált. Két betegünk manifeszt homoszexuális kapcsolatot, két betegünk incesztózus kapcsolatot élt át. Első esetünk kivételével a homoszexuális fenyegetettség a kórtörténeti adatok alapján jól igazolható volt. A heteroszexuális érdeklődés több esetben a mélyen megbúvó homoerotikus vágyak álcázásául szolgált, a homoerotikus vágyak heteroszexuális (erotomániás) köntösben jelentek meg. Jól megfigyelhetők a *Freud* által felvetett (10) és *Ferenczi* által is kidolgozott projekciós mechanizmusok láncolata, ahogyan a betegek Énje a tárgyszeretetből visszautasítás után a tárgytól való üldözöttség állapotába átfejlődik. Az erotomániás tüneteket némelykor grandiózus fantáziák fellépte is kísérte. Ezt a nárcisztikus kompenzációt főként a kevésbé attraktív, nárcisztikus traumákkal küzdő betegeinknél tudtuk megfigyelni. *Hariton* (11) a nők aktus közbeni szexuális fantáziái közt viszonylag nagy gyakorisággal talált nevezetes személyiségekkel kapcsolatos fantáziákat. Betegeink betegségük előtti időszakról hasonló fantáziákra nem tudtak visszaemlékezni. A páciensek fokozott szexuális érdeklődése korai időszakokra vezethetők vissza, a latencia szakaszáról több betegünk igen élénk ős-jelenet és maszturbációs képeket tudott felidézni. Nőbetegeink huzamosabb ideig, vagy időszakosan házaséletükben nem éltek át orgazmust. Pszichodinamikai szempontból a nárcisztikus Én-egyensúly zavara és a homoszexuális vágyakkal való küzdelem volt döntő a tünetképzésben.

Freud (9) a valóságérzék vizsgálatakor azt találta, hogy neurózisban az Én integratív erővel elfojtja az ösztön-ént, míg pszichózis során az Én arra kényszerül, hogy szétbontsa a realitást. A neurózis kezdeti szakaszában a tünettant tekintve megtalálható a realitás részleges kiiktatása, mely ellen a személyiség a tudattalan egyre nagyobb arányú elfojtásával még sikerrel küzd, mint azt *Ferenczi* (8) is hangsúlyozta. Pszichózis során az Én tárgyaitól elszakad s a realitást egy, a tudattalan által preferált realitással, az irrealitással cseréli fel. Fel kell hívnunk a figyelmet arra a jelenségre, hogy az elhúzódó orvos—beteg kapcsolat kimutatható módon *feldolgozatlan indulatáttételes helyzet* megjelenését eredményezte, ahol az ébredő indulatok és vágyak elfojtás alá kerültek. Az indulatáttételes szerelem során strukturált regresszió állt elő, a páciensek az incesztusvágyak kielégítését, a homoerotikus és incesztus fantáziáktól való megszabadulást remélték az orvossal való kapcsolattól. *Ferenczi* (8) súlyosabb eseteire bevezette a tárgyválasztásra kényszerülés fogalmát, s úgy találta, hogy az ilyen páciensek valóságérzékükben sérülnek, fő észlelési módjuk az ún. „erotikus realitáson" keresztül történik. *Bak* (2) rámutatott, hogy a szerelmes ember Én-je grandiózusan kitágulhat, de mint *Kernberg* (14) igazolta, az Én-határok védelmet jelentenek a másikba való beolvadás ellen. Eseteinknél az indulatáttétes neurózis az indulatáttételes pszichózisnak megfelelő elmezavarrá alakult át, a tárggyal való fúzió, függőség jött létre. *Bak* (3) úgy találta, hogy amennyiben a tárgy részéről visszautasítás történik, a jól integrált Én sérülésmentesen vészeli át az eseményt. Az egyén előbb-utóbb elfogadja a realitást és megvonja szeretetét. Amennyiben az Én sérülékeny, ha az Én-funkciók szexualizálódnak, ambivalencia és nárcisztikus diszpozíció állhat elő. Ilyenkor az Én a „rossz tárggyal" identifikálódik, agresszió szabadul fel, s frusztáció folytán, mely a szimbiótikusan kiegészült Én ellen fordul, szuicidiumot eredményezhet. *Bak* hangsúlyozta, hogy maga a pszichoanalitikus kezelés is kirobbanthat pszichózist. *Ruskin* és *Sullivan* (16) olyan erotomániás eseteket ismertetett, ahol a kórkép pszichiáterrel kapcsolatban jelent meg. A betegek nemcsak indulatot vittek át az orvosra, hanem konfliktusaikat is. Eseteink tanulmányozása során azt tapasztaltuk, hogy a konfliktusáttétel (12), főként annak negatív oldala, csak a pszichózismunka során bomlott ki. Három betegünk is beszámolt arról, hogy férjüket legszívesebben eltávolították volna maguk mellől, ugyanezt később projektív mechanizmussal az orvosra vetítették. Betegeinknél extrém mérvű szorongás jelent meg, mely a homoerotikus fixációs pontra való visszahanyatlás során következett be. Az indulatáttételes neurózis közvetlen átfejlődését indulatáttételes pszichózissá *Karin Ammon* (1) írta le borderline személyiségzavarok esetében. Az indulatáttételes pszichózis szimbiotikus sajátossága folytán jól felhasználható schizophrének pszichotherápiájában (6). A De Clérambault-szindróma során előálló indulatáttételes pszichózis abban tér el a schizophrének kezelése kapcsán tapasztalható indulatáttételes pszichózistól, hogy előbbinél az orvos elutasítása után a pszichózis kontrollálatlan körülmények között jön létre. A beteg az elutasítástól való félelmében bizalmatlanná válik az orvossal szemben, tudattalan Én-védelmet használ, realitásérzéke csorbát szenved, s az orvos nem tud alkalmat adni a betegnek valóságérzéke visszaszerzéséhez.

A közölt De Clérambault-szindrómás esetek valamennyien tünettanuk alapján leginkább paranoid schizophreniának felelnek meg, a második betegnél a szenzitív paranoia alternatív diagnózisként merült fel. Prognosztikailag a kórképre az mondható, ami a paranoid színezetű kórképekre általában. Amennyiben szisztémás doxazmák nem épültek ki, a prognózis kedvezőbb. A tünetegyüttes belátás-orientált pszichotherápiával nem gyógykezelhető. Feltáró elemző jellegű pszichotherápiában kezelve a betegek elsődleges tüneteiket viszonylag

jól elidegenítik, de szorongással, Én-gyengeséggel, regressziós hajlammal körvonalazható tüneteik hosszabb pszichotherapiás munkát igényelnek; jobb az eredmény, ha a partnert is sikerül a therápiába bevonni. Az általános orvosi gyakorlat szempontjából elmondhatjuk, hogy adataink kedvezően értékesíthetők az orvosi gyakorlat területén. Olyan betegeknél, akik szexuális zavarokkal küzdenek és hosszabb időn át gyógykezelés alatt állnak, vagy alapszemélyiségük szenzitív, viszonylag gyorsan felfutó indulatáttételes helyzet kialakulásával lehet számolni akkor is, ha igyekszünk nem tudomásul venni jelenlétét. Amennyiben tárgyilagosak, megértőek tudunk lenni a beteggel folyó gyógykezelés során, s megfigyeljük a betegben lezajló öntudatlan folyamatokat, elejét lehet venni a pszichótikus epizódok kialakulásának. Megakadályozhatjuk azt, hogy az erotomániás pszichózis tárgyaivá váljunk.

IRODALOM: 1. *Ammon, K.:* Psychoter. med. Psychol. 1975, *25*, 58. — 2. *Bak, R. C.:* Int. J. Psycho-Anal. 1971, *52*, 235. — 3. *Bak, R. C.:* Int. J. Psychonal. 1973, *53*, 1. — 4. *Bieber, I. és Bieber, T. B.:* J. Amer. Acad. Psychoanal. 1978, *6*, 511. — 5. *De Clérambault, G. G.:* Les psychoses passionelles. in: Oeuvre Psychiatrique. Presses Universitaires, Paris, 1942, 311. — 6. *Enoch, M. D., W. H. Trethowan, és Baker, J. C.:* Some Uncommon Psychiatric Syndromes John Wright and Sons Ltd., Bristol, 1967. — 7. *Ferenczi S.:* Gyógyászat. 1911, *51*, 630. — 8. *Ferenczi S.:* Gyógyászat. 1913, *53*, 794 és 815. — 9. *Freud, S.:* Collected Papers, *2*, Hogarth Press, London, 1924, 264. — 10. *Freud, S.:* Standard Edition Vol. *12*, Hogarth Press, London, 1958, 3. — 11. *Harriton, E. B.:* Psychology Today 1973, *1*, 39. — 12. *Hermann I.:* A psychoanalízis mint módszer. Novák és tsa. Budapest é. n. — 13. *Hollender, M. H. és Callahan, A. S.:* Arch. Gen. Psychiat. 1975, *32*, 1574. — 14. *Kernberg, O. F.:* J. Amer. Psychoanal. Assoc. 1974, *22*, 486. — 15. *Kretschmer, E.:* Der sensitive Beziehungswahn. Springer, Berlin, 1918. — 16. *Ruskin, D. E. és Sullivan, K. E.:* Am. J. Psychiat. 1974, *131*, 1033. — 17. *Searles, H. F.:* Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Presses, New York, 1965, 654. — 18. *Trixler, M. és Nádor Gy.:* Ideggyógy. Szle. 1977, *30*, 137.

ELMEX®

oldat
és gél

Előállítja:
VEB Leipziger Arznemittelwerk, Gaba AG, Basel Svájci licencia alapján

Exportálja:
GERMED export-import, Berlin, NDK

ÖSSZETÉTEL:

N,N,N'-tri-(2-hydroxyacthyl)-N-octadecyl--1,3-diaminopropan-dihydrofluorid:	12,14%	3,032%
1-amino-9-octadecen-hydrofluorid:	1,35%	0,287%
natriumfluorid:	–	2,210%

JAVALLATOK:

Localis caries-prophylaxis
– óvodás és iskolás korú gyermekek,
– orthodontiai készüléket, részleges fogsort viselők részére,
– fognyaki érzékenység, zománc-erosiók, és hypoplasiák esetén,
– oldatnál fogorvosi kezeléskor.

ELLENJAVALLATOK:

4 éves kornál fiatalabb gyermekeknek, továbbá hídpótlásra előkészített fogcsonkok védelmére (pulpakárosító hatás) nem alkalmazható.

AZ OLDAT ALKALMAZÁSA ÉS ADAGOLÁSA:

Kollektív megelőzésre hetenként 1–2-szer 6–9 cseppet a száraz fogkefére cseppenteni, ezzel 1–2 percig dörzsölni az egyik fogsort, majd a szájban összegyűlt folyadékot öblítés nélkül kiköpni. Újabb 6–9 cseppel a másik fogsor ugyanígy kezelendő. Fogorvosi kezelések megkezdésekor 0,5–1,0 ml oldattl (10–20 csepp) átitatott vattagombóccal ecseteljük a fog felületét 2–3-szor öblögetések közbeiktatásával.

A GÉL ALKALMAZÁSA ÉS ADAGOLÁSA:

Hetenként egyszer kb. 1 cm hosszúságú gélcsíkot nyomunk ki a száraz fogkefére és 5 percig tisztítjuk vele a fogakat. A szájban összegyűlt folyadékot öblítés nélkül ki kell köpni. A készítmény véletlen lenyelése nem okoz károsodást. Ecseteléskor a kb. 1 cm hosszúságú gélcsík felvitele vattagombóccal történik. A fogazat nyáltalanítása nem szükséges. Az ecsetelés évente 2–3-szor ismételhető. A fogszuvasodásra hajlamos gyermekek kezelésekor 8 éves kortól kezdve ajánlatos a fissurákban és a fogak között gélmaradékot hagyni.

FIGYELMEZTETÉS:

A gyermekek fogápolása minden esetben felnőtt irányításával történjék.

CSOMAGOLÁS:

Oldat 25 ml, gél 30 g.

GERMED

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT, Budapest

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Gyermekklinika
(igazgató: Mestyán Gyula dr.)

Idő előtti burokrepedés és intrauterin infekció

Vincellér Mária dr., Rubecz István dr.
és Mestyán Gyula dr.

Az idő előtti burokrepedés és az intrauterin infekció közötti összefüggést sokan és több szempontból vizsgálták (6, 7, 8, 10, 14, 19, 21, 24). Ennek ellenére néhány fontos kérdésben nem sikerült egységes álláspontot kialakítani. Így pld. az idő előtti burokrepedés két legkritikusabb szempontja, nevezetesen a szülésmegindítás optimális időpontja, az anya és az újszülött preventív antibiotikus kezelése tekintetében jelentős különbség van a különböző szerzők által követett gyakorlatban (21, 23, 25, 28). Jó példája annak, hogy egy viszonylag egyértelműnek látszó fertőző forrás értékelésére és gyakorlati ellátására a perinatális ellátást végző intézetek, orvosok mennyire különböző módszereket javasolnak.

Retrospektív klinikai tanulmányunk célja, hogy saját anyagunk és tapasztalatunk alapján elemezzük az idő előtti burokrepedést követően született újszülöttek morbiditását, klinikai tüneteit, valamint az idő előtti burokrepedés időtartama és a fertőzés gyakorisága, súlyossága közötti összefüggést. Fontosnak tartottuk továbbá annak vizsgálatát, hogy az újszülött veszélyeztetettségének korai megítélésében milyen segítséget nyútanak a laboratóriumi vizsgálatok, és az alkalmazott antibiotikus kezelés milyen hatásúnak bizonyul a megelőzésben és a kialakult infekció terápiájában.

Beteganyag és módszer

Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikája újszülött- és koraszülött-osztályán 1975. jan. 1.—1978. dec. 31. között 93 olyan újszülöttet kezeltünk, akiknek anamnézisében 24 órás vagy azt meghaladó idő előtti burokrepedés szerepelt. Az újszülöttek gestációs kora 34,0 ± 0,35 hét, átlagos születési súlya 2045 ± 62 g és az átlagos postnatalis kora 25,3 ± 4,54 óra volt.

Gyakorlatunkban 48 órát meghaladó idő előtti burokrepedés esetén klinikai állapottól függetlenül fertőzöttnek tekintjük az újszülöttet, és kombinált antibiotikus kezelésben részesítjük. Idő előtti burokrepedést követően 24—48 óra között világra jött újszülöttben csak infekcióra utaló pozitív laboratóriumi és mikrobiológiai leletek esetén, 24 órán belül lezajló szülésnél pedig csak infekcióra utaló klinikai tünetek megjelenésekor kezdjük el az antibiotikus kezelést. Ha nyilvánvalóan fertőzött, bűzös a magzatvíz, a burokrepedés időtartamától és a klinikai képtől függetlenül azonnal kezelésben részesítjük az újszülöttet.

Anyagunkban infekció szempontjából aszimptómásnak tartottuk azokat az újszülötteket, akikben az első postnatalis héten függetlenül az antibiotikus kezeléstől, nem észleltünk infekcióra utaló klinikai tüneteket. Szimptómásnak jelöltük az újszülöttet, ha a II. táblázatban feltüntetett tünetek közül legalább hármat észleltünk, amennyiben az infekciós tünetek pozitív hemokultúrával társultak szepszist diagnosztizáltunk. Ily módon a szimptómás eseteket az infekció súlyossága szerint is osztályoztuk, nevezetesen szeptikus és nem szeptikus csoportot különböztettünk meg.

Az első postnatalis napon felvételre került csecsemőkben felszíni leoltásokat (conjunctiva, köldök, külső hallójárat) és hemokultúra vizsgálatot végeztünk. A klinikai tanulmány alapján szolgáló valamennyi újszülöttben hemokultúra, 74-ben külső hallójárat, 50-ben köldök és 59-ben conjunctiva leoltás is történt. Vagyis 19 esetben nem végeztünk felszíni leoltást, mivel ezen újszülöttek az első 24 órát követően kerültek felvételre. Minden esetben meghatároztuk az immunglobulin szinteket, a fehérvérsejt- és thrombocytaszámot.

Anyai infekciót akkor tartottunk bizonyítottnak, ha az anamnézisben bűzös magzatvíz, pozitív kultúra, vagy lázas állapot szerepelt. A 93 újszülött közül 14 esetben közölt a beutaló intézet anyai fertőzésre utaló adatokat.

Eredmények

Klinikai megfigyelések: A 93 újszülött diagnózis szerinti megoszlását mutatja az *1. táblázat.* Látható, hogy anyagukban a fentiekben részletezett terápiás gyakorlat ellenére 49 csecsemőben észleltünk infekcióra utaló klinikai tüneteket és ezek közül 35-ben életet veszélyeztető állapot, nevezetesen szepszis, meningitis, kongenitális pneumonia alakult ki. Hét szeptikus, közülük 1 meningitises csecsemő meghalt.

A *2. táblázat* a 49 fertőzött újszülöttben észlelt tünetek megoszlását és gyakoriságát mutatja. Hangsúlyozni kell természetesen, hogy az infekciós

1. táblázat. **24 órás vagy azt meghaladó idő előtti burokrepedést követően megszületett újszülöttek diagnózis szerinti megoszlása**

Diagnózis	Felvett	Meghalt
Szepszis	24	6
Meningitis	3	1
Kongenitális pneumonia	8	—
Omphalitis	4	—
Enterocolitis	4	—
Pemphigoid neonatorum	4	—
Nem identifikált infekció	2	—
Infekciómentes ill. infekció nem bizonyítható	44	—
Összesen	93	7

Az Eü. Minisztérium 5. sz. tárcaszintű kutatási főirányához kiemelten elfogadott kutatási témában végzett kutatómunka alapján. (Számjel: 3-23-0502-04-1/M.)

2. táblázat. **A klinikai tünetek abszolút és relatív gyakorisága a 49 fertőzött újszülöttben**

Klinikai tünetek	Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság
Respiratorikus tünetek	47	91,2%
dyspnoe és tachypnoe	35	71,4%
apnoe	12	24,5%
Icterus	40	81,6%
Hányás	25	51,0%
Hipo- vagy hipertermia	22	44,9%
Hepatosplenomegalia	22	44,9%
Híg székletürítés	17	34,7%
Abdominalis disztenzió	16	32,6%
Keringési elégtelenség	12	24,5%
Neurológiai tünetek	12	24,5%

tünetek aspecifikusak, egyéb újszülöttkori állapotokban is megfigyelhetők, ami gyakran differenciáldiagnosztikai nehézséget okoz. Látható, hogy az esetek túlnyomó többségében dyspnoet, tachypnoet, apnoet, vagyis respiratorikus zavarra utaló tüneteket észleltünk. Az icterus (12 mg%, vagyis 200 umol/l-t meghaladó bilirubinaemia), hányás, hypo- vagy hipertermia, hepatosplenomegalia a domináló tünetek közé tartozott.

3. táblázat. **Az idő előtti burokrepedés időtartama és az újszülöttekben kialakult infekció gyakorisága valamint súlyossága közötti összefüggés**

Idő előtti burokrepedés időtartama	Összes újszülött	Szimptómás		Aszimptómás
		szeptikus	nem szeptikus	
≧24—48 óra	*73*	*39/73*		*34/73*
		18/39	21/39	
3—6 nap	*12*	*6/12*		*6/12*
		2/6	4/6	
>6 nap	*8*	*4/8*		*4/8*
		4/4	0/4	
Összesen	*93*	*49/93*		*44/93*
		24/49	25/49	

** A törtszám írásmódban a számláló a vizsgált tünet ill. állapot előfordulását, míg a nevező a vizsgált újszülöttek abszolút számát mutatja, pld. 39/73 = 39 újszülöttben észleltünk infekciós tünetet a vizsgált 73 újszülött közül.

4. táblázat. **A felvételkor végzett bakteriológiai vizsgálatok eredményeinek megoszlása a szimptómás és az aszimptómás csoportban**

Leoltás helye	Össz. leoltás	Pozitív leoltás		Steril vagy apatogén leoltás	
		szimptómás	aszimptómás	szimptómás	aszimptómás
Külső hallójárat	74	43	13	8	10
Köldök	50	25	17	3	5
Conjunctiva	59	22	17	5	15
Hemokultura	93	24	0	25	44

Az asphyxia (Apgar score < 7) gyakoriságát illetően a szimptómás és aszimptómás csoport között jelentős különbséget észleltünk (49 újszülöttből 25 versus 44 újszülöttből 6 esetben volt asphyxia, $\chi^2 = 14{,}57$ sz. f. $= 1$ $p < 0{,}01$). Ugyanakkor a szimptómás csoporton belül a szeptikus és nem szeptikus újszülöttek között nem volt különbség az asphyxia gyakoriságában.

Miután légzési zavarra utaló tachypnoe, dyspnoe gyakran dominálták a klinikai képet, az IRDS előfordulása szempontjából is vizsgáltuk anyagunkat. Az IRDS jól ismert klinikai és radiológiai jeleit mutató újszülöttek közül 5 a szeptikus, 3 a nem szeptikus csoportba tartozott. Úgy látszik, hogy a klinikailag manifeszt fertőzés esetén az idő előtti burokrepedés kedvező hatása az IRDS előfordulására nem, vagy csak kevéssé érvényesül anyagunkban, annak ellenére, hogy számos szerző kedvező hatásról számolt be (3, 17, 21, 27). További lehetőség, hogy priméren a fertőzés okozza az IRDS-re jellemző klinikai és radiológiai képet, ami a Streptococcus B fertőzéssel kapcsolatban jól ismert (1, 4, 8, 9, 16, 18).

Az idő előtti burokrepedés időtartama és az újszülöttben kialakult infekció gyakorisága és súlyossága közötti összefüggést a *3. táblázat* mutatja. Látható, hogy az antibiotikus kezelés ellenére a 24 órán túli idő előtti burokrepedés az újszülöttek több mint 50%-ában infekcióval társult. Megfigyelhető továbbá, hogy az antibiotikus kezelés mellett ez a gyakoriság az idő előtti burokrepedés időtartamának növekedésével lényegesen nem növekedett, de annak súlyossága fokozódott. E körülményt támasztja alá, hogy az exitált csecsemők több mint fele a 6 napon túli csoportból került ki.

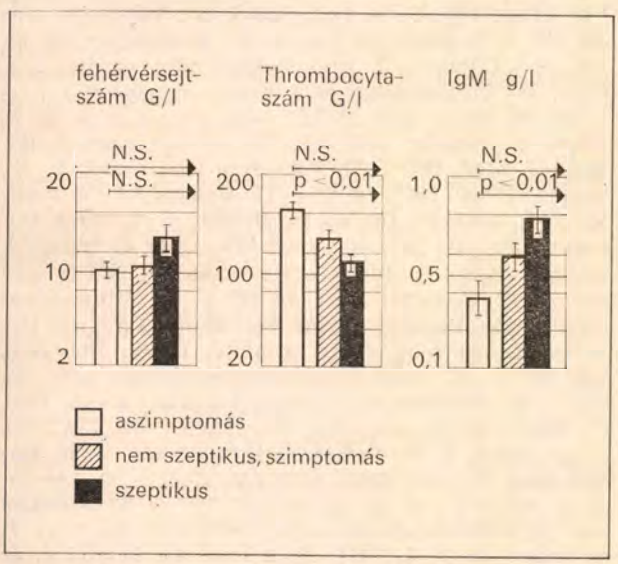
Fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy az átlagos gestációs kor, születési súly tekintetében különbség van-e a szimptómás és aszimptómás, valamint a szimptómás csoporton belül a szeptikus és nem szeptikus csecsemők között. Egyik paraméterben sem észleltünk különbséget.

Laboratóriumi eredmények: Minthogy az idő előtti burokrepedéssel született újszülöttek prognózisát alapvetően meghatározza az infekció kialakulása, megvizsgáltuk, hogy közvetlenül a születést követő időszakban milyen pozitív bakteriológiai és egyéb laboratóriumi eredményekből következtethetünk a szubklinikai infekcióra és a tünetek esetleges későbbi megjelenésére. E célból a felvételi bakteriológiai leoltások eredményeit a szimptómás csoportban hasonlítottuk össze *(4. táblázat)*. 74 külső hallójárat-leoltásból 56-ban (75,6%) tenyészett ki patogen kórokozó. Az 56 pozitív leoltású újszülött közül 43-ban, a 18 bakteriológiailag negatív vagy apatogén kórokozót hordozó újszülött közül viszont csak 8-ban alakultak ki az infekció klinikai tünetei. A köldök és conjunctiva leoltások ugyan gyakran pozitívak voltak a később fertőzöttnek bizonyult esetekben, de a leoltási eredmények pozitivitása és az infekciós tünetek későbbi kialakulása között határozott összefüggést nem találtunk. Amint már jeleztük, valamennyi vizsgált újszülöttben hemokultúra is történt. 24 csecsemőben (26,0%) pozitív volt a hemokultúra, mint a 4. táblázatból

is látható, ezek később valamennyien fertőzöttnek bizonyultak. A pozitív hemokultúra tehát aszimptómás felvételi status esetén is megbízhatóan utal intrauterin szerzett infekcióra, de természetesen a steril hemokultúra nem zárja ki fertőzés lehetőségét. A párhuzamosan végzett hemokultúra és külső hallójárat leoltások lehetővé tették e két bakteriológiai vizsgálat eredményeinek összehasonlítását. Az 56 pozitív külső hallójárat leoltás közül 16 esetben a hemokultúra is pozitívnak bizonyult. A 16-ból 13 újszülöttben a hemokultúrából és külső hallójárat leoltásból kitenyészett kórokozók is megegyeztek. Ugyanakkor megfigyeltük, hogy a negatív vagy apatogén kórokozóra utaló hallójárat leoltás nem zárja ki az újszülött fertőzöttségét.

Bármennyire értékesek is a bakteriológiai leoltások az antibiotikum megválasztásában, korai terápiás gyakorlat esetén nem várhatunk azok eredményére. A terápia megkezdése szempontjából felvetődik a kérdés, hogy egyéb laboratóriumi vizsgálatok mennyiben tekinthetők az intrauterin szerzett fertőzés korai jeleként. Az *ábrán* látható, hogy a thrombocytaszámban és az IgM szintben már felvételkor szignifikáns különbség volt. A fehérvérsejt-szám a legmagasabb a szeptikus csoportban, de a különbség az individualis értékek nagy szórása miatt nem szignifikáns.

Az antibiotikus kezelés hatásossága. Az idő előtti burokrepedés esetében alkalmazott terápiás gyakorlatunk (Ampicillin + Gentamycin) hatásosságának értékeléséhez összehasonlítottuk a kezelt és nem kezelt újszülöttekben az infekció kialakulásának gyakoriságát. Az 5. *táblázat* szerint 65 kezelt újszülött közül 28-ban, míg terápiában nem részesült 28-ból 21-ben alakult ki fertőzés ($p < 0,01$). Minthogy betegeink egy része 1 napnál idősebb korban került felvételre, érdekesnek látszott vizsgálni, hogy a korai, vagyis az élet első 24 óráján belül megkezdett antibiotikus kezelés hogyan befolyásolja az infekciós kép kialakulásának gyakoriságát. A 6. *táblázat* demonstrálja, hogy a korai kezelésben részesült újszülöttek 33,3%-ában (45 újszülöttből 15-ben), míg a korai kezelésben nem részesült újszülöttek 66,6%-ában (26-ból 17-ben) alakult ki fertőzés ($p < 0,01$).



Az újszülöttek felvételekor meghatározott fehérvérsejt-szám, thrombocytaszám és IgM érték az aszimptómás, nem szeptikus és szeptikus szimptómás csoportban (N. S. = nem szignifikáns)

5. táblázat. **Az anamnézis alapján megkezdett kombinált (Ampicillin + Gentamycin) antibiotikus kezelés hatása a klinikailag manifeszt infekció kialakulására a vizsgált újszülött populációban**

	Infekciós tünet kialakult	nem alakult ki	Összes
Antibiotikus kezelésben részesült	28	37	65
Antibiotikus kezelésben nem részesült	21	7	28
Összesen	49	44	93

$x^2 = 8,00$ sz.f. = 1 $p < 0,01$

Megbeszélés

Korábbi hazai (7, 11, 17, 19, 21, 24, 25) és külföldi (6, 8, 10, 12, 14, 18) szerzők közlései szerint nem kétséges, hogy az idő előtti burokrepedés időtartama és a magzati infekció között szoros az összefüggés. Saját adataink az infekció előfordulási gyakoriságáról nem tájékoztatnak reálisan, mivel egyrészt intenzív osztályunkra beutalt, szelektált populációt vizsgáltunk, másrészt a vázolt kritériumoknak megfelelően antibiotikumot adtunk. Feltételezhető, hogy anyagunkban talált 52,6%-os gyakoriság alacsonyabb, mint amennyi korai antibiotikus kezelés nélkül várható lenne. Erre utal az a tény is, hogy a terápiában nem részesült 28 beteg közül 21 esetben alakult ki fertőzés. Ilyen összefüggést hazai közlemények (17, 25) nem minden esetben tudtak bizonyítani, ami érthető azon tanulmányok esetében (21, 25), amelyekben kizárólag az infekciós halálozást vizsgálták, s nem vették figyelembe az életben maradt újszülöttek morbiditását és kórlefolyását. Márpedig a mortalitásra támaszkodó megközelítés nem adhat reális tájékozta-

6. táblázat. **A megszületést követő 24 órán belül megkezdett antibiotikus kezelés hatása a későbbi kórlefolyásra**

	Infekció kialakult	nem alakult ki	Összes
Korai antibiotikus kezelésben részesült	15	30	45
Korai antibiotikus kezelésben nem részesült	17	9	26
Összesen	32	39	71

$x^2 = 6,83$ sz.f. = 1 $p < 0,01$

tást a gyakoriságról, hiszen az intenzív kezelés hatására a súlyos infekcióban szenvedő újszülöttek jelentős része (35 újszülöttből 28) életben tartható. A gyakoriság reális felmérését a perinatalis fertőzések változatos klinikai megjelenési formái is nehezítik és gyakran csak a néhány napos megfigyelés, és az időben történt bakteriológiai leoltások eredményei bizonyítják, vagy valószínűsítik a fertőzést. A perinatalis infekciós morbiditás széles skálájára utal, hogy bizonyos kórokozók (Streptococcus B) okozta fertőzések pld. az idiopatikus respiratorikus distress szindróma formájában manifesztálódhatnak. A terápiás siker egyik előfeltétele a korai diagnózis. E vonatkozásban az anamnézis, a klinikai megjelenés sokrétűségének ismerete és a laboratóriumi vizsgálatok nyújthatnak segítséget (18, 19, 23, 27). Anyagunkban észlelt tüneteket vázoltuk, melyek nem specifikusak. Különös gonddal kell eljárnunk néhány napos idő előtti burokrepedés esetén, mivel az időfaktor jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Újszülött-osztályainkra beutalt 6 napos observatiót követően világra jött vagy világra hozott újszülöttek többsége a gestációs időtől és születési súlytól függetlenül súlyos szepszisben szenvedett.

Megfigyelésünk szerint a thrombocytopenia korán jelzi az infekciót, leukopenia, leukocytosis egyaránt előfordulhat. *Boyle* (4) és más szerzők (2, 27) vizsgálatai szerint a szepszist túlnyomórészt leukopenia és abszolút neutropenia jellemezte. Korábbi közlésekkel (5, 9, 12, 15) összhangban az infekciós tünetekkel beutalt csecsemőkben IgM szint emelkedést észleltünk.

Ismert, hogy a külső hallójárat leoltása általában megbízható támpontot nyújt a kórokozó meghatározásában. Fenti megfigyeléseinkből ez is következik, a vérből izolált baktérium gyakran azonos volt a külső hallójáratból kitenyészett kórokozóval. Hangsúlyozni kell, hogy önmagában a külső hallójárat leoltás sem tekinthető a fertőzés biztos indikátorának, a pozitív hemokultúra sem jelent feltétlenül fertőzést, átmeneti bakteriaemia előfordulhat az újszülöttekben (6, 14). Természetesen ennek fordítottja is, negatív hallójárat leoltás, vagy steril hemokultúra önmagában nem zárja ki a fertőzést.

Amint a módszertani részben jeleztük, az idő előtti burokrepedést követő 24—48 óra között világra jött újszülöttekben, ha chorioamnionitis nem szerepel az anamnézisben, eltekintünk az antibiotikus kezeléstől. 48 órán túl azonban infekcióra utaló tünetek hiányában is minden esetben elkezdjük az antibiotikus kezelést. Az első 2 napot követően jelentősen nő a fertőzés kockázata, a tünetszegénység, vagy aspecifikus tünetek pedig késleltetik a diagnózist. E körülményt a magunk részéről nagyon komolyan mérlegeljük s tapasztalataink és megfigyeléseink alapján nem vállaljuk a késői diagnózis kockázatát. Még ezen látszólag szigorú kritériumok követésével is az esetek mintegy felében infekciós tünetek megjelenésével lehet számolni. Ugyanakkor megfigyeléseinkből az is következik, hogy az első 24 órán belül megkezdett kezelést jelentősen kisebb arányban követik infekcióra utaló tünetek, mint a 24 óra elteltével indikált antibiotikus kezelést.

Az idő előtti burokrepedést követően kialakuló chorioamnionitist az anya és magzat számára veszélyállapotot jelent. Ennek elhárítása és az életveszélyes következmények megelőzése mind a szülész, mind a neonatológus részéről igen körültekintő mérlegelést kíván. A várakozó vagy aktív megközelítés, illetve gyakorlat egyaránt logikus érvekkel indokolható. Tulajdonképpen a beavatkozás időzítése a kritikus döntés, akár a prenatalis vagy postnatalis következmények szempontjából vizsgáljuk a veszélyeztetettséget. A szülész és a neonatológus egyaránt az aktív s konzervatív gyakorlat ütköztetésével igyekszik az optimalis ellátás követelményeit kidolgozni. Az eredményes ütköztetéshez azonban a logikusnak tűnő érvek nem elégségesek, a követendő gyakorlat kibontakozása elsősorban a körültekintő retrospektív és prospektív vizsgálatoktól várható. Ezért tartottuk fontosnak megfigyelésünk ismertetését.

Összefoglalás: A szerzők 93 újszülött retrospektív vizsgálata alapján 24 órát meghaladó idő előtti burokrepedés esetén az alábbi összefüggéseket találták. Idő előtti burokrepedés esetében az újszülött fertőzöttsége gyakori. 93 betegből az antibiotikus kezelés ellenére 49-ben (52,6%) infekciós tünetek alakultak ki. A vizsgált laboratóriumi parameterek közül a thrombocytopénia korán jelzi a fertőzést. Az IgM és a mikrobiológiai vizsgálatok az időfaktor miatt csak később erősítik meg az infekció gyanúját, de az utóbbiak feltétlenül szükségesek a célzott terápia irányításához. Idő előtti burokrepedés esetében a 24 órán belül megkezdett antibiotikus kezeléssel az infekció gyakorisága csökkenthető: a kezelésben részesültek 33,3%-ában, míg a kezelésben nem részesültek 66,6%-ában alakultak ki infekciós tünetek.

IRODALOM: 1. *Ablow, R. C. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1976, *65*, 294. — 2. *Akenzua, G. I. és mtsai:* Pediatrics 1974, *38*, 54. — 3. *Baden, M.:* Pediatrics 1972, *50*, 526. — 4. *Boyle, R. I. és mtsai:* Pediatrics 1978, *62*, 744. — 5. *Corrigan, J. J.:* J. Pediatr. 1974, *85*, 219. — 6. *Cruz, M.:* Paediatrician 1979, *8*, 4. — 7. *Dömötör J. és mtsai:* M. N. L. 1974, *37*, 197. — 8. *Franciosi, R. A. és mtsai:* J. Pediatr. 1973, *82*, 707. — 9. *Geme, J. W.:* West. J. Med. 1975, *122*, 359. — 10. *Gillibrand, P. N.:* Obstet. Gynec. 1967, *74*, 6. — 11. *Hadnagy J. és mtsai:* M. N. L. 1974, *37*, 193. — 12. *Haider, S. A.:* Arch. Dis. Child. 1972, *47*, 382. — 13. *Hardy, J. B. és mtsai:* J. Pediatr. 1969, *75*, 1211. — 14. *Horsmer, M. E. and Sprunt, K.:* Pediatrics 1972, *49*, 283. — 15. *Kaiser, É. és mtsai:* Acta Paediatr. Acad. Sci. Hung. 1973, *14*, 179. — 16. *Katzenstein, A. és mtsai:* J. Infect. Dis. 1976, *133*, 430. — 17. *Kiss I.:* Gyermekgyógyászat 1975, *26*, 561. — 18. *Knudsen, T. U.:* Acta Paediatr. Scand. 1976, *65*, 725. — 19. *Korányi Gy.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 2733. — 20. *Kotas, R. V.:* Pediatrics 1973, *51*, 655. — 21. *Kovalivszky, L.:* Orv. Hetil. 1977, *119*, 2446. — 22. *Lenner, A. és Váczy L.:* M. N. L. 1974, *37*, 197. — 23. *Mestyán Gy.:* Gyermekgyógyászat. 1975, *26*, 152. — 24. *Nagy T. és mtsai:* M. N. L. 1974, *37*, 212. — 25. *Zámbó Z. és mtsai:* M. N. L. 1974, *37*, 217. — 26. *Zipursky, A. és mtsai:* Pediatrics 1976, *57*, 839. — 27. *Xanthow, M.:* Arch. Dis. Child. 1972, *47*, 741. — 28. *Yoon, J.:* Pediatrics 1973, *52*, 161.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
I Sebészeti Klinika
(igazgató: Petri Gábor dr.)

A colostoma zárás és szövődményei

Baradnay Gyula dr. és Nagy Attila dr.

Colostoma készítése a colon rendszer sérülései, akut hasi kataszrófát okozó gyulladásos vagy tumoros betegségeinek kezelése során széles körben elterjedt sebészi módszer. Nemkülönben gyakorta alkalmazott módszer ma is világszerte a bal colonfélen végzett elektív resectiók időszakos decompressiója céljából. A colostoma zárása a beteg számára várva várt pillanat, orvosa számára is örömteljes műtét, mert általában egy hosszabb sikeres kezelési periódus záró aktusát jelenti. A colostoma zárás műtétjétől joggal várjuk el, hogy a lehető legbiztonságosabb módon történjék, hiszen az átmeneti colostomák készítésének egyik fő javallata a biztonság fokozása, következésképp nyilvánvaló, hogy a zárás veszélyei sem hagyhatók figyelmen kívül, amikor a több szakaszos colon műtétek protektív hatásait értékeljük.

Egyáltalán, mennyire biztonságos műtét a colostoma zárás? Ez a kérdés nemcsak bennünket foglalkoztat évek óta, de láthatóan világszerte taglalt témája a vastagbélsebészeknek a legutóbbi években is (3, 7, 8, 14, 15, 16, 20).

Anyag és módszer

Klinikánkon 1962 január és 1979 december között 491 colostomiát készítettünk. A colostoma helyét, valamint a zárás számarányait az *1. táblázat* részletezi.

1. táblázat. **Colostomák készítése és zárása 1962—1979 között**

	Coecostomia	Anus transversus	Anus sigmoideus	Összesen
Colostoma készítés	34 (7%)	151 (31%)	306 (63%)	491
Colostoma zárás	11	72	4	87

A colostomia helye 62,3%-ban a sigma volt, de az ezt képviselő 306 eset magában foglalja a 224 végleges céllal készült anus sigmoideust is, melyet rectum exstirpatiók során készítettünk. 30,7%-ban a haránt vastagbélen és 6,9%-ban a coecumon történt a colostomia. A sigma bélen és a colon transversumon a rectum exstirpatiók eseteit kivéve kizárólag ún. kacs colostomia, azaz „kétcsövű" anus praeternaturalis készült. Az előemelt bélkacs íve mögött néhány öltéssel a hasfali fasciát és a bőrt egyesítettük, és a bélkacs alatt vastag gumidraint vezettünk át ,a belet sem a peritoneumhoz, sem a bőrhöz sohasem varrtuk ki. A 72 anus transversus közül 58-at, a 11 coecostomia közül 10-et a korábban a bal colonfélen készített anastomosis decompressiója végett készítettünk. 11 anus transversus diverticulum perforatio, 2 szülőnőn az episiotomia varrásakor a colon felöltését kísérő colon sérülés, 1 colonoscopia során bekövetkezett perforatio tehermentesítése céljából készült. Egy esetben a coecostomia javallata masszív melaena volt. A 4 anus sigmoideust Hartmann f. műtét után zártuk. A colostoma zárására 87 esetben került sor, a készítéstől számított 2—16 hét múlva. A zárás előtt 53 esetben (61%) végeztünk a bal colonfélen irrigoscopiás vizsgálatot. A vizsgálat 85%-ban mutatott ép viszonyokat. 8 esetben kisebb-nagyobb kontrasztanyag-kilépés volt látható az anastomosis körül. 5 esetben ezek közül a zárás műtétét elvégeztük, 3 esetben hetekkel elhalasztottuk. A zárást hagyományos technikával kétrétegű varratsorral végeztük. A hatvanas években a zárás technikája gyakrabban extraperitonealis volt, az utóbbi években kizárólag intraperitoneális módszerre tértünk át. A 87 esetből 15-öt (17,2%) extraperitonealisan, 72-t intraperitonealis módszerrel zártunk. A 72 anus transversus megoszlása 15 extraperitonealis és 57 intraperitoneális zárás volt. A coecostomiák és az anus sigmoideusok zárása intraperitonealis módszerrel történt. Az ún. kacs colostomák intraperitoneális zárása a szájadékot képező bélszakasz resectiójával és vég a véghez anastomosissal készült. A hasfalzárás len, ill. műanyag fonállal történt, 9 esetben a hasfalat tovafutó vastag dróttal és műanyag bőröltésekkel zártuk. A műtéti sebvonalba draint nem helyeztünk. A bőrsebet 17 esetben nyitva hagytuk és 4—6 nap múlva egyesítettük laza öltésekkel. A férfi—nő arány 36:51 volt, a korátlag 57,3 év.

A műtéti előkészítés a kacs colostomák esetében a stoma efferens nyílásán és analisan adott mechanikus tisztító beöntésekből és 2—3 napon át sulfonamidok, ill. Neomycin tartalmú bélmosásokból állott.

A műtéttel összefüggő szövődménynek tekintettünk minden sebgennyedést, fecalis fistulát, peritonitist, ileust és exitust, amely a műtétet követő egy hónapon belül következett be, függetlenül attól, hogy pl. a halálozás szorosan a műtéthez kapcsolódó ok vagy egyéb tényezők miatt történt.

Eredmények

Operált betegeink közül 2 halt meg (2,3%). Noha a halál oka nem volt közvetlen összefüggésben a műtéttel, esetük mindenképp primer műtéti mortalitásnak tekintendő.

M. B. 63 éves. Súlyos emphysemában, cor pulmonale chronicumban és májcirrhosisban szenvedő beteg a 24-ik postoperatív napon, a korábbi sigma resectiót tehermentesítő anus transversus zárása után cardiorespiratorikus elégtelenség tünetei között halt meg. A boncolás a hasüregben ép viszonyokat talált. A beteg bélműködése a műtét óta rendben volt.

K. I. 74 éves. A műtét előtt egy évvel szívinfarctust szenvedett beteg rectum resectióját tehermentesítő anus transversusának zárása után a 15. postoperatív napon masszív pulmonalis embólia tünetei között halt meg. A beteg műtét utáni napjai szövődménymentesek voltak, bélműködése zavartalanul megindult. A boncolás a hasüregben peritonitist nem talált, a pulmonalis embólia klinikai gyanúját megerősítette.

A 87 műtét után összesen 35 betegen észleltük szövődmény jelentkezését (40,2%). A leggyakoribb szövődmény a sebgennyedés volt (35 esetben), ezek legnagyobb része banalis gennyedésként zajlott le, egyszerű sebfeltárásra gyógyult. 17 esetben nyitva hagytuk a bőrsebet és a 6-ik postoperatív napon zártuk. Ezek közül 8 esetben (47%) a másodlagosan zárt seb is elgennyedt s csak feltárás után gyógyult. Az elsődlegesen zárt 70 seb közül 27 gennyedt el (37,1%).

2. táblázat. **A szövődményes esetek megoszlása a szájadék készítés módja szerint**

	Esetek száma	Szövődményes esetek száma	Összes szövődmény száma
Coecostomia	11	3	6
Anus transversus	72	30	65
Anus sigmoideus	4	2	2
Összesen	87 (100%)	35 (40%)	73

A szövődményes eseteknek a különböző stoma zárás szerinti megoszlását és az összes szövődmények számát a *2. táblázat* szemlélteti.

Stercoralis fistula 8 esetben alakult ki (9,2%). Öt esetben anus transversus intraperitonealis, 2 extraperitonealis és 1 coecostomia zárása után. 2 esetben végeztünk emiatt reoperatiót, amellyel sikerült a bélfistulát megszüntetünk.

3. táblázat. **A szövődmények összefüggése a szájadék készítés és zárás között eltelt idővel**

Colostoma zárás	Eset-szám	Meg-halt	Stercoralis fistula	Sebgennye-dés	Ileus
6 héten belül	45	2	8	20	0
6 héten túl	42	0	0	15	1
Összesen	87 (100%)	2 (2%)	8 (9%)	35 (40%)	1

4. táblázat. **Irodalmi áttekintés**

Szerző	Év	Eset-szám	Szövőd-mények aránya (%)	Stercoralis fistulák aránya (%)	Meg-halt (%)
Aldrete és mtsa	1970	50	26	2	0
Knox és mtsa	1971	179	36	23	4 (2)
Thomson és mtsa	1972	191	22	3	0
Yakimets	1973	71	49	3	2 (3)
Beck	1975	77	16	3	0
Finch	1976	213	44	9	1 (0,5)
Mitchell	1977	89	33	6	2 (2)
Mirelman és mtsa	1977	118	49	11	5 (4)
Wheeler és mtsa	1977	73	38	18	2 (3)
Smith és mtsa	1978	167	30	4	0
Dolan és mtsa	1979	118	22	1	0
Baradnay és mtsa	1980	87	40*	9	2 (2)

* Sebgennyedés (l.: 3. táblázat).

Amint a *3. táblázat* mutatja, 45 esetben a stoma zárás műtétére a megelőző műtét után hat héten belül (ezek közül is 14 esebten 2 héten belül), továbbá 42 esetben 6 héten túli időpontban került sor. A legjelentősebb szövődmények: mindkét halálos eset, mind a 8 stercoralis fistula és 20 sebgennyedés a 6 héten belül stoma zárásra kerültek csoportjában adódott. Egy esetben a 6 héten túl operáltak közül mechanicus subileus alakult ki, de ez konzervatív kezelésre gyógyult. A szövődmények előfordulása szempontjából a 15 extraperitonealis és 72 intraperitonealis zárás között értékelhető különbséget nem sikerült kimutatni.

Megbeszélés

A vázolt eredmények alapján nyilvánvaló, hogy a colostomia zárása ma is nagy és nem veszélytelen műtét. *Smit* adata szerint egy „vég" colostoma zárásának átlagos időtartama 189 perc, a „kacs" colostomáé 142 perc. Saját gyakorlatunkban a „kacs" colostomia zárása 90—121 perc, átlagosan 105 perc volt, a „vég" colostomiáé megegyező. Ha csupán a korai postoperatív szövődményeket tekintjük, az irodalom a szövődményes esetek arányát 10—50% körüli számban adja meg (7). Nem kétséges, hogy a szövődmények legjelentősebb részét lényegében jelentéktelen sebgennyedések teszik ki, de ha ezek számát leszámítjuk, a legfontosabb szövődménynek tekinthető stercoralis fistulaképződés még akkor is 2—23%, s ez igen figyelemre méltó adat. Az elsődleges műtéti halálozás 0—4,2% olyan szerzők adatai alapján, akik elsősorban vastagbélsebészettel foglalkoznak, s így eredményeik reprezentatívak (2, 8, 14) *(4. táblázat)*.

Magunk a stoma zárás késői szövődményeit nem vizsgáltuk, de érdemesnek tartjuk megemlíteni, hogy a késői szövődmények, mint hernia képződés, fonálgennyedések, bélelzáródás, stb. elérik a 19—24,4%-ot (7, 14). A műtéti seb késleltetett zárását többen ajánlják (7, 15), mi a sebgennyedésre gyakorolt protektív hatását nem tudtuk kimutatni. Bizonyosnak látszik viszont, hogy a hasfalzáráshoz drót vagy monofil varróanyag használata a gennyedéseket sokszor megelőzi és a fonálgennyedéseket kiküszöböli. A sebüreg bőr alatti drainage-a a gennyedést nem képes megakadályozni, alkalmazása lassan feledésbe merül. Figyelemre méltó azonban és talán nem általánosan ismert *Mirelman* adata: a hasüreg-drainált betegek között a sebgennyedés magasabb arányú volt, elérte a 30,4%-ot.

A colostoma zárás extra- vagy intraperitonealis technikája régebben szenvedélyes vita tárgya volt. Logikusnak látszik a feltevés, mely szerint az extraperitonealis zárás biztosabban előzi meg az életveszélyes szövődményeket ezt támasztja alá *Mirelman* adata: resectio nélküli stoma zárás esetén 6,8%, resectióval és anastomosissal járó zárás esetén 10%, kiterjedt resectio és anastomosis esetén 60% volt a zárás körüli szövődmények aránya. Mégis a legújabb irodalom számos adata (1, 4, 7, 11) az intraperitonealis módszert tartja biztos és technikailag megfelelő eljárásnak. *Jarett* anyagában négyszer több a szövődményes eset extrape-

ritonealis zárás után. Magunk extraperitonealis zárást csak kivételes esetben alkalmazunk az utóbbi években.

Lényeges összefüggés látszik a stoma készítése és zárása között eltelt idő, valamint a szövődmények gyakorisága között. A szerzők csaknem egybehangzó véleménye szerint magasabb az egyéb és súlyosabb szövődmények száma azokon a betegeken, akinek a stoma készítés és zárás műtéte között kevesebb mint három hónap telt el (7, 12, 15, 19). *Mirelman* tovább megy és megállapítja, hogy a 3 hónapnál rövidebb intervalummal operáltak szövődményeinek aránya 51,2%, a 4—12 hónap közöttieké 34,5% körül és az egy éven túl stoma zárásra került betegek között csak 18,8%. E tapasztalatokat saját eredményeink is messzemenően alátámasztják. Mi ugyan — elsősorban a számszerű comparabilitás szempontjából — két csoportban, a hat héten belül és azon túl operáltak felosztásában vizsgáltuk a szövődmények gyakoriságát, de itt is nyilvánvaló volt, hogy mind a halálos esetek, mind a stercoralis fistulák a 6 héten belül operáltak közül kerültek ki, sőt a sebgennyedések is gyakoribbak voltak ebben a csoportban. Egyedül *Anderson* nem talált összefüggést a zárás időpontja és a szövődmények száma között.

A gyógyszeres előkészítésről ma is vita folyik. *Finch* anyagában a gyógyszeres bélelőkészítés nélkül operált csoportban a stercoralis fistulák száma kereken duplája volt annak, mint amit a gyógyszerrel előkészített csoportban észleltek. Nézetünk szerint a műtét előtti szájon keresztüli, illetve a kiiktatott bélszakasz instillatiókkal történő gyógyszeres előkészítése jelentősen csökkenti a súlyos és enyhébb szövődményeket egyaránt.

A colostoma zárásakor készülő anastomosis varrás technikáját illetően kérdés az egy- vagy több rétegű anastomosis előnyben részesítése. Nincs okunk kétségbe vonni az egyrétegű varrattechnikával elért kiváló eredményeket. E téren nincs személyes tapasztalatunk. Lényegesnek tartjuk viszont azt, hogy a belső (vagy egyetlen) varratsorhoz lehetőleg monofil atraumatikus varróanyagot használjunk. Nem fölösleges megemlíteni, hogy többek (5, 7, 17) nézete szerint az egyrétegű és kétrétegű anastomosis technika összehasonlítása során a szövődmények számában különbség nem volt. Ez a kérdés a sebész személyes adottságain, gyakorlottságán múlik. *Goligher* saját anyagát elemezve radiológiailag és klinikailag is több varrat elégtelenséget mutatott ki az egyrétegű anastomosisok csoportjában. Fontos a hasfal rétegeinek varrásához ún. non reactiv varróanyagot (polypropylen, nylon, drót) használni.

Két meghalt betegünk esetében a halál oka nem függött össze technikai hibával, varratelégtelenséggel, haláluk oka mégis a műtéttel hozható kapcsolatba. A Hartmann-műtétet követő reconstructio minden esetben szövődménymentes volt, de az ún. „vég" colostomia zárása technikailag mindenkor nagyobb feladat.

Következtetések

Mikor zárjuk a colostomát? Mindenekelőtt a zárás helyességét, azaz javallatát kell eldöntenünk. Legalapvetőbb a colostomától distalisan fekvő vastagbélszakasz gyógyulása. Erről elsősorban radiológiai vagy endoscopos úton kell meggyőződnünk, különösképp ha a kiiktatott szakaszon sérülés, perforatio, diverticulitis volt, vagy resectio és anastomosis készült. A könnyű zárás műtétéhez legalább két-három hónap eltelte szükséges. Ha a stomát gyulladás vagy diverticulosis miatt készítettük, helyesebb a zárást három hónap múltán elvégezni.

Hogyan készítsük elő a beteget a stoma zárás műtétjére? Minden szerző megegyezik abban, hogy a tökéletes mechanikus béltisztítás elengedhetetlen, melyet a kiiktatott bélszakaszon proximalis distalis irányból egyaránt végre kell hajtani. Ezt folyékony étrenddel és hashajtással egészítjük ki. Legkevesebb 3 napon át adagolt Mycerinsulphat vagy Sulfaguanidin és ugyancsak 3 napig adott Klion (3×1 tbl. pro die) előkészítés jelenlegi gyakorlatunk, melyet két és fél év óta vaccina kezeléssel egészítünk ki. E módszerrel anaerob fertőzésünk nem volt. A postoperatív szakban viszont antibiotikum kezelést nem alkalmazunk.

Hogyan zárjuk a colostomát? A zárás technikája elsősorban a stoma milyenségétől függ. Általában a „vég"- (egycsövű) colostoma zárása nehezebb feladat, különösképp ha az Hartmann-műtét részét képezte. A régebbi irodalom az extraperitonealis zárás módszerét biztonságosabbnak minősíti. A két megoldás közül választásra elsősorban a „kacs" colostomák esetén van lehetőség. A legújabb irodalom véleménye és saját nézetünk is, hogy a colostoma resectiója és anastomosis készítése, vagyis az intraperitonealis zárás mind anatómiai, mind functionalis szempontból jobb eredményt ad. Helyes azonban megjegyezni, hogy ez a módszer elsősorban gyakorlottabb sebész kezébe való.

A colostomia acut életveszélyes állapotokban sokszor életmentő. Aligha vitatható protektív hatása a rectum a bal colonfél sebészet *bizonyos* eseteiben sem, ahol az időszakos decompressióra olykor szükség van. Gondolnunk kell azonban már a decompressio elkészítésekor arra is, hogy a szájadék zárásának is van kockázata és az néha súlyos, sőt halálos szövődményekhez vezethet. A mindenkor helyes műtéti terv kidolgozásához, az alkalmazott műtéti megoldás előnyeinek és veszélyeinek mérlegeléséhez akár egy sebészi életpálya összes tapasztalata is szükséges lehet.

Összefoglalás: A szerzők 87 colostoma zárás műtétének korai szövődményeit ismertetik. A stoma helye: 72 a colon transversumon, 11 coecumon, 4 a sigmán. 15 esetben (17,2%) extraperitonealis, 72-ben intraperitonealis zárás történt. 2 beteg halt meg (2,3%) a szövődményes esetek száma 35 (40,2%) volt. Fecalis fistula 8 esetben (9,2%) alakult ki. Kettő reoperatióra, 6 spontán záródott. A halálos esetek és a fecalis fistulák a stoma készítés után 6 héten belül zárásra került betegek közül kerültek ki. Kiemelik a colostoma zárás műtéti időpontjának jelentőségét (2—3 hónap a készítés után), fontosnak tartják a gyógyszeres bélelőkészítést s összefoglalják az irodalom és saját

tapasztalataik alapján a szövődmények elkerülésére kínálkozó módszereket.

IRODALOM: 1. *Adeyemo, A. és mtsai:* Am. J. Surg. 1975, *130*, 273. — 2. *Aldrete, J. S., Hendricks, E., Dimond, F. C.:* Ann. Surg. 1970, *172*, 1007. — 3. *Anderson, E., Carey, L. C., Cooperman, M.:* Dis. Colon Rect. 1979, *22*, 466. — 4. *Barron, J., Fallis, L. S.:* Dis. Colon Rect. 1958, *1*, 466. — 5. *Beahrs, O. H.:* Surg. Clin. North. Am. 1967, *47*, 983. — 6. *Beck, P. H., Conclin, H. B.:* Ann. Surg. 1975, *181*, 795. — 7. *Dolan, P. A. és mtsai:* Am. J. Surg. 1979, *137*, 188. — 8. *Finch, D. R. A.:* Brit. J. Surg. 1976, *63*, 397. — 9. *Goligher, J. C. és mtsai:* Brit. J. Surg. 1977, *64*, 609. — 10. *Hines, J. R., Harris, G. D.:* Surg. Clin. North. Am. 1977, *57*, 1379. — 11. *Jarett, L. N., Balfour, T. W., Bourke, J. B.:* J. R. coll. Surg. Edinburg 1977, *22*, 208. — 12. *Knox, A. J., Birkett, F. L., Collins, C. D.:* Brit. J. Surg. 1971, *58*, 669. — 13. *Köves I. és mtsai:* Weil Emil Fővárosi Ter. Vez. Kórh. 7. Évkönyve Bp. 1974, 193. — 14. *Mirelman, D. és mtsai:* Dis. Colon Rect. 1978, *21*, 172. — 15. *Mitchell, W. H., Kovalcik, P. J., Cross, G. H.:* Dis. Colon Rect. 1978, *21*, 180. — 16. *Smit, R., Walt, A. J.:* Dis. Colon Rect. 1978, *21*, 558. — 17. *Swinton, N. W. és mtsai:* Surg. Clin. North. Am. 1968, *48*, 553. — 18. *Thomson, J. P., Hawley, P. R.:* Brit. Med. J. 1972, *3*, 459. — 19. *Turnbull, R. B.:* Surg. Clin. North Am. 1958, *38*, 1361. — 20. *Wheeler, M. H., Barker, J.:* Dis. Colon Rect. 1977, *20*, 29. — 21. *Yajko, R. D. és mtsai:* Am. J. Surg. 1976, *132*, 304. — 22. *Yakimets, W. W.:* Can. J. Surg. 1975, *18*, 366.

IGÉNYES KÖNYVGYŰJTŐKNEK AJÁNLJUK

... pld. A BÁBUR-NÁME MINIATŰRÁI
Az album 96 színes miniatúrát tartalmaz, amelyeket a XVI. században indiai mesterek festették ..... 336,—

... pld. DERKOVITS GYULA
A bevezető tanulmányt írta és a képeket válogatta Körner Éva. A kötetet 78 színes és 32 fekete-fehér kép illusztrálja ..... 240,—

... pld. Domanovszky Endre: KOROK RUHÁI
A szerző illusztrált előadásvázlatai az öltözködés történetéről ..... 495,—

... pld. Gádor István: Gádor István visszaemlékezését lejegyezte, a jegyzeteket összeállította és a képeket válogatta: Herczeg Ibolya ..... 195,—

... pld. Garas Klára: A XVIII. SZÁZAD NÉMET ÉS OSZTRÁK RAJZMŰVÉSZETE. Válogatott mesterművek a Szépművészeti Múzeum rajzanyagából ..... 210,—

... pld. Haiman György: A KNER CSALÁD ÉS A MAGYAR KÖNYVMŰVÉSZET 1882—1944 ..... 225,—

... pld. Haulisch Lenke: VASZARY JÁNOS ..... 258,—

... pld. A KORONA KILENC ÉVSZÁZADA
Történelmi források a magyar koronáról, 82 képpel ..... 300,—

... pld. Szabadi Judit: A MAGYAR SZECESSZIÓ MŰVÉSZETE. Festészet, grafika, szobrászat ..... 187,—

... pld. Balassa Iván—Ortutay Gyula: MAGYAR NÉPRAJZ ..... 290,—

... pld. MŰVÉSZETI LEXIKON I. kötet A-E.
Főszerkesztők: Zádor Anna és Genthon István ..... 190,—

A Művészeti Lexikon további köteteire előjegyzést felveszünk!

... pld. A MAGYAR NYELV ÉRTELMEZŐ SZÓTÁRA I—VII. kötet ..... 1420,—

A felsorolt kötetek egyenként is megrendelhetők a kitöltött, kivágott és címünkre borítékban beküldött hirdetés alapján. Postán utánvéttel szállítunk, 400,— Ft felett 4 havi, 600 Ft felett 6 havi részletfizetési kedvezményt adunk, a 3 százalékos kezelési és portóköltséget felszámítjuk. Tekintettel a korlátozott példányszámokra a rendeléseket beérkezési sorrendben teljesítjük.

Címünk: ÁLLAMI KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT
JÓZSEF ATTILA KÖNYVESBOLTJA
Budapest, Dési Huber u. 7. 1098
Telefon: 477-138

A megrendelő olvasható aláírása: .....

Pontos címe irányítószámmal: .....

Részletfizetésnél:

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Személyi ig. száma: .....

Munkahelye: .....



Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Orthopaediai Klinika
(igazgató: Vízkelety Tibor dr.) és
Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Tóth Béla dr.)
Humángenetikai Laboratórium

A genetikai tanácsadás jelentősége a csont rendszerbetegségekben és fejlődési rendellenességekben

Vízkelety Tibor dr. és Czeizel Endre dr.

Az orthopédiai gyakorlatban nap mint nap találkozunk olyan betegségekkel és fejlődési rendellenességekkel, amelyeknél felmerül az öröklődés kérdése. A népesség ez irányú tájékozottsága következtében egyre többen fordulnak az ortopédiai szakrendelésekhez vagy a Genetikai Tanácsadókhoz felvilágosításért, hogy betegségüket utódjaik örökölhetik-e, és ha igen, milyen nagy a valószínűsége ennek. Kötelességünk azonban az észlelt betegség vagy fejlődési rendellenesség öröklődésére felhívni a beteg, ill. a szülő figyelmét minden kérdezés nélkül is, mert megfelelő tájékoztatással hozzájárulhatunk a várhatóan egészséges utódok megszületéséhez és a szülőket újabb tragédiától menthetjük meg.

Bizonyos szintű genetikai tanácsadás minden gyermekortopédiai szakrendelőben folyik, amikor pl. a polygén öröklődésű veleszületett csípőficam diagnosztikájában tekintetbe vesszük a várható gyakoriságot a rokonok között (1) és felhívjuk a szülők figyelmét az ortopédiai vizsgálat fontosságára az 1. élethónapban. Az egyszerűbb esetekben tehát akár az ortopéd orvos, akár a genetikai tanácsadást végző orvos meg tudja állapítani a diagnózist és az öröklődésre vonatkozólag is tanácsot tud adni.

Gyakoriak azonban az olyan fejlődési rendellenességek, de még inkább a csont-, izom- és kötőszöveti rendszerbetegségek, szindrómák, ahol csak a röntgenfelvételek sorozatával, laboratóriumi vizsgálatokkal, bőrgyógyászati, szemészeti vizsgálat és nem utolsósorban az egész család vizsgálata és az öröklődésmenet ismerete alapján tudjuk a pontos diagnózist megállapítani. Ilyen esetekben nélkülözhetetlen a genetikai tanácsadó és az ortopédiai rendelés szoros együttműködése, adott esetben konzíliuma. Az együttműködés mindkét fél számára kedvező, mert más oldalról közelítve a beteghez új momentumokat tárhat fel, amely lehetővé teszi a besorolást a megfelelő betegségcsoportba.

A csont-rendszerbetegségeknek megjelenési formájuk és öröklődésmenetük szerinti osztályozása alapján korábban egységesnek tűnő betegségeket több csoportra lehetett bontani. Így pl. míg korábban a dysproportionált törpenövés esetén csak chondrodystrophia fetalis-ra gondoltak, ma több formáját különítjük el. Ha meggondoljuk, hogy az egyes formák prognosztikailag és öröklődés szempontjából is különböznek, érthető a pontos diagnózisra való törekvés és annak szükségessége.

Budapesten az OKI—II. Női Klinika Genetikai Tanácsadója és az Orthopaediai Klinika Gyermekosztálya között jó együttműködés alakult ki és nem egy esetben a betegség együttes részletes elemzése tette lehetővé a pontos kórismézést és így a genetikai tanácsadást is.

A Genetikai Tanácsadó anyagából levonható következtetéseket kívánjuk ismertetni és néhány esetben bemutatni azokat a problémákat, amelyek a csont-rendszerbetegségekkel és fejlődési rendellenességekkel kapcsolatban felmerülnek.

A Genetikai Tanácsadó 1973—1978. évi anyagában 3778 tanácskérő (ún. konzultáns) szerepel (3). 113 konzultáns családjában állt fenn a csontváz rendellenessége vagy betegsége. Ez a teljes anyag 3,0%-a. Az autosomalis domináns kórképeken belül részarányuk viszont 25%-os. Ez alátámasztani látszik azt a felfogást, hogy a struktúr-fehérjék genetikai meghatározottságáért elsősorban a domináns gének a felelősek. A multifaktoriális kóreredeti kategórián belüli relatíve alacsony (5,2%-os) részesedésük hátterében az állhat, hogy az ide tartozó gyakori rendellenességek miatt viszonylag ritkán keresik fel a genetikai tanácsadót.

A genetikai ártalmak többsége, szemben a köztudattal, *„sporadikusan"* fordul elő. Így a 113 esetünk közül 92-ben, tehát az esetek 81,4%-ában csak a probandban fordult elő a betegség. A mendelező monolokuszos ártalmakban a magyarázat elsősorban az új mutációkban, a szelekcióban és a napjainkra jellemző alacsony gyermekszámban kereshető. A súlyosabb genetikai ártalmak — biológiai és társadalmi okokból — eleve lehetetlenné teszik az utódnemzést. Az alacsony gyermekszám miatt pedig az egészséges, de azonos lokuszon recesszív mutáns gént hordozó szülők utódjainak várható 25%-os kockázata csak ritkán érvényesül. Mindez fokozottan érvényes a 3—15%-os ismétlődési kockázatot jelentő poligén öröklődésű multifaktoriális kórképekre. Mégis szükség van a családfa-analízisre, mert a klinikai-nosológiai diagnózissal együtt hozzásegít a genetikai eredet megállapításához és a szakirodalom ismeretében a megfelelő betegségcsoportba való besoroláshoz.

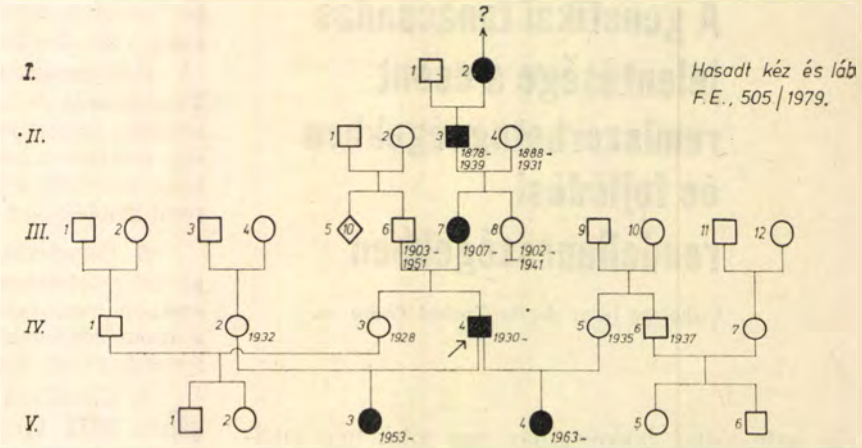
Az öröklődés mgnyilvánulhat szabályos formában, mint azt következő esetünk példázza.

F. E. „hasadt kéz és láb" rendellenességben szenved. A családfán *(1. ábra)* szembetűnő a domináns öröklődésre jellemző hosszanti érintettségi lánc. A proband (IV/4) *két* házasságból született lányaiba örökítette át a rendellenességet *(2. ábra)*. Az ő utódaikban ugyancsak 50%-os kockázattal kell számolni. A proband éppen V/3 gyermeke, esedékes házassága és családtervezése miatt kereste fel Genetikai Tanácsadónkat. Remélhetőleg az ultrahang-diagnosztika segítheti majd e rendellenesség korai praenatalis felismerését.

A „hasadt kéz és láb" — további 4 típussal együtt — a veleszületett végtagredukciós rendellenességek közé tartozik. Differenciál-diagnosztikájuk a lokalizáción túl az érintett végtagok számának, az extralimbikus rendellenességeknek és a családi felhalmozódásnak értékelésén nyugszik (2). Öröklődéssel elsősorban a *szimmetrikus* megjelenésű, tehát több végtagot érintő hasadt kéz-láb és radialis-tibialis rendellenességekben kell számolni.

Az expresszivitás jelentősége a gyakorlatban a „forme fruste" formák felismerésében van. A mutáns gén hatásának manifesztációja egyedről egyedre és főleg családról családra változhat. Ennek hátterében elsősorban a fogamzástól kezdve érvényesülő külső hatások és a többi gén (az ún. epistasis) befolyása állhat. Ebből következően nemcsak két egyforma ember, de két egyforma betegség vagy rendellenesség sem található.

Az expresszivitás a populációban az adott ártalom megnyilvánulási spektrumát, individualis szinten a súlyosság mértékét jelzi. Jól példázza az elmondottakat az előző család 3 tagjának bemutatott rendellenessége *(2. ábra)*. Bizonyosan azonos mutans gén hatásáról van szó, de jól érzékelhetők az individualis eltérések.



1. ábra: F. E. (505/1978) „hasadt kéz és láb" rendellenességben szenvedő proband családfája



2. ábra: A „hasadt kéz és láb" rendellenességben szenvedő proband (középen) és két leánya kezének **(a)** és lábának **(b)** képe. (A bal oldali leány jobb kezén a hüvelykujj plasztikai műtét eredménye)

Bizonyos esetekben az eltérő expresszivitás diagnosztikai hiba és azáltal *téves tanácsadás oka is lehet:*

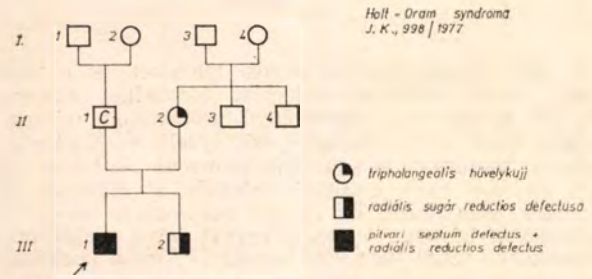
I. K. Holt—Oram-syndromás *(3. ábra)*. A szülők egészségesnek mondták magukat. Ennek tudatában a proband autosomalis domináns ártalmát új mutációnak tartották, és így a 0%-os kockázat alapján ajánlották az újabb terhesség vállalását. A Holt—Oram-syndroma azonban a radiális sugár defectus képében újra jelentkezett. Ekkor küldték hozzánk a családot, mivel a jelenség genetikailag valóban érthetetlennek tűnt. Egészséges szülőknek ugyanis csak egészen kivételesen (pl. germinalis mozaikosság) születhet két azonos autosomalis domináns ártalomban szenvedő gyermeke. A szülők részletes kivizsgálásakor derült ki, hogy az anya hüvelykujja triphalangealis. Ez pedig a Holt—Oram syndroma minor variánsa. Ebből következően az utódok kockázata 50%-os és ezáltal a családfa jól megmagyarázhatóvá vált.

A tanulság nyilvánvaló: az alacsony expresszivitású minor (forme fruste) manifesztációra mindig gondolni kell az egészségesnek mondott szülőkben is.

A genetikai differenciál-diagnózis fontosságát és gyakorlati jelentőségét a tanácsadásban két betegségcsoportban; az osteogenesis imperfecta-ban és a dysproportionált törpenövésben mutatjuk be.

1. táblázat. **Az osteogenesis imperfecta differenciál-diagnózisa**

Típus	Csonttörékenység időpontja	Egyéb csont-elváltozások	Szem (sclera)	Süketség (nagyot-hallás)	Egyéb tünetek	Kimenetel	Örök-lődés
I. típus = OI—I („klasszikus", „tarda levis", van der Hoeve v. Ekman-Lobstein v. Eddowe syndroma)	Ritka a születéskor Normál születési súly)	A csöves csontokban nagyobb elváltozások nincsenek Scoliosis (felnőttek 20%-ában)	Kék	Felnőtt-korban jelent-kezik az esetek 40%-ában	Izületi lazaság, aorta regurgi-tatio	Viszonylag enyhébb	Au. D.
II. típus = OI(C)L (Congenitalis letalis)	Méhen belül vagy az élet első 5 hetében (Kisebb születési súly)	Megrövidült, kiszélesedett és eltorzult, csöves csontok (a többszörös spontán törések miatt)	—	—	—	Letalis	Au. R.
III. típus = OI(C)N (Congenitalis „Vrolik" syndroma, tarda gravis, osteopsathyrosis idiopathica congenita, Porak-Durante s.)	Méhen belül vagy az élet első 5 hetében (esetleg első életévben)	A csöves csontok kiszélesedése nem jelentős. A későbbiekben következik be a hosszúcsöves csontok és csigolyák progresszív deformitása. Scoliosis gyakori	Kék sclera csecse-mőkor-ban, normál sclera gyermek-kortól kezdve	—	—	Nagyon súlyos	Au. R.
IV. típus	—	Dentinogenesis imperfecta	Nem kék	Nincs	—	Nem súlyos	Au. D.
V. típus	—	Izületi lazaság	Nem kék	—	Izületi lazaság	Enyhébb	?



3. ábra: J. K. (998/1977) Holt–Oram-syndromás proband családfája

Az osteogenesis imperfecta (OI) esetében már régen felismerték az öröklődés jelentőségét és azt, hogy a családi halmozódás leginkább az autosomalis domináns öröklődésnek felel meg és ez rögzült is az orvosi köztudatban. Így ma az OI diagnózisa sokszor egyet jelent az autosomalis domináns öröklődés elfogadásával. Ennek következménye azonban némelykor helytelen genetikai tanácsadás lehet. Az OI-s esetek klinikai-genetikai elemzése ugyanis azt bizonyítja, hogy az OI-nak 5 különböző típusa van *(táblázat)*. Ezek közül 2—2 autosomalis domináns (Au. D), és recesszív (Au. R), 1 pedig tisztázatlan öröklődésű (6). Az egyes típusokat feltétlenül el kell különíteni, mivel pontos genetikai tanácsadás csak így végezhető. Ezt mutatják a következő esetek:

Sz. K. OI-ban szenved. A probandban és az egyik szülőjében fordul elő a kórkép. Jellemzőek a klinikai tünetek: a csonttörékenység csak gyermekkorban jelentkezett, durvább csontelváltozás a csövescsontok röntgenfelvételén nincs, a kék sclera szembetűnő. A szülőben és az 1942-ben született probandban már észlelhető a felnőttkorban jelentkező progresszív süketség is. Így a genetikai tanácsadás problémamentes volt: a családfa és a klinikai tünetek alapján bizonyosan az OI—I. típusa állt fenn, tehát az autosomalis domináns öröklődéssel kellett számolni. Sajnos az 50%-os kockázat a proband gyermekében érvényesült is.

K. J. 1938-ban született OI-s. Ő volt egy személyben a konzultáns és a családtervező. Szülei egészségesek, testvére nincs, felesége egészséges. Gyermeket szeretne. De csak akkor, mint mondta, ha gyermekeinek nem kell az ő sorsát elszenvedniük. A családfa és a klinikai jelek: a születést követő első hetekben jelentkező csonttörések, a felnőttkori fehér sclera, a hosszú csöves csontok súlyos deformitása, a scoliosis stb. alapján az OI. III. típusát [OI (C) N], tehát a recesszív öröklődést valószínűsítettük. Így a családalapításnak genetikai ellenjavallata nem volt, hiszen az utódok kockázata lényegében 0%. (A proband *aa* és felesége *AA* génjeit figyelembe véve minden utódjuk *Aa*, tehát egészséges mutáns génhordozó lesz.) Korábban domináns öröklődést feltételezve, a bekövetkező terhességeket a súlyos veszélyeztetettség miatt orvosi tanácsra megszakíttatták. Ajánlottuk a terhesség vállalását és még az évben megszületett egészséges leányuk.

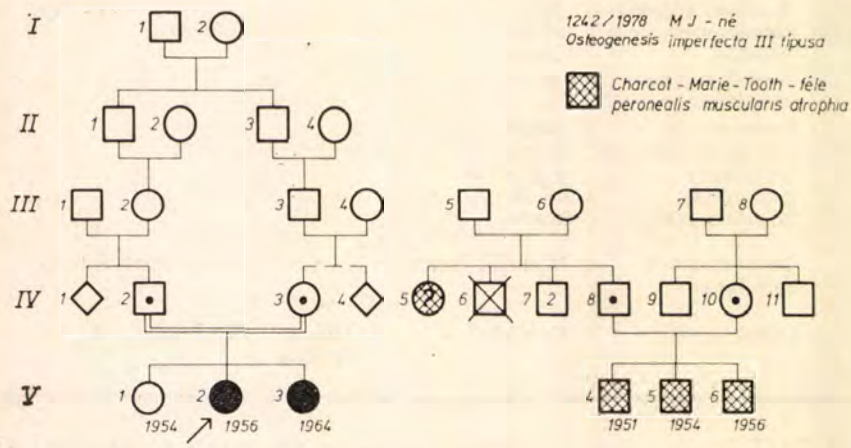
M. J.-nét chondrodystrophia diagnózissal utalták be *(4. ábra)*. Szülei egészségesek, viszont testvére hasonló betegségben szenved. A családfa alapján az achondroplasia lehetősége eleve kizárható volt: ez az autosomalis domináns kórkép ugyanis nem ismétlődhet egészséges szülők gyermekei között. Az autosomalis recesszív öröklődés mellett szólt a szülők vérrokonsága is (másodunokatestvérek voltak). A klinikai jelek alapján azután az OI. III. típusa igazolható volt. Így a probandnak és testvérének, ha nem III. típusú OI-s személlyel kötnek házasságot, lehet gyermekük, hiszen az ismétlődés kockázata lényegében 0%. Ennek az esetnek külön érdekessége, hogy M. J.-né házastársa és annak két fivére Charcot—Marie—Tooth-féle peroneális muscularis atrophiában szenved. Náluk tehát egy

másik lokuszon ugyancsak autosomalis (esetleg X-hez kötött) recesszív ártalom fordul elő. Ők tehát *bb*-k. Így gyermekeik *Ab* és *aB* egészséges, de kétszeresen mutáns génhordozók lesznek. E családfa jól példázza a „szortírozó" párválasztást is, tehát hogy a betegek könnyebben találnak az ugyancsak betegek közül párt, mint az egészségesek közül.

A genetikai tanácsadás során a klinikailag hasonló ártalmak egyes nosológiai típusainak gyakoriságára is figyelemmel kell lenni. A OI esetekben az I. autosomalis domináns típus a leggyakoribb. Ezért, ha a tipizálás nem sikerül megnyugtatóan, akkor az *egészséges,* nem rokon szülők egy OI-s gyermeke után a további terhességekben az OI 3%-os tapasztalati kockázatával helyes számolni (8). A jövőben az OI-s betegek bőrtenyésztésének biokémiai kollagen vizsgálata szolgáltathat majd megbízható alapot az egyértelmű tipizáláshoz (4, 5, 7).

Korábban a rövid végtagokkal járó törpeséget egységes kórképnek: chondrodystrophiának tartották autosomalis domináns öröklődéssel. Ma e korábban egységesnek hitt betegségen belül legalább 18 különböző kórképet különítünk el eltérő öröklődési móddal. A leggyakoribb autosomalis domináns típust achondroplasiának nevezzük. A többi típus meghatározása már nehezebb feladat. Ezt példázza a következő esetünk.

K. R. achondroplasia diagnózissal beutalt gyermekben a klinikai kép szokatlannak tűnt és szájpadhasadékot is észleltünk *(5. ábra).* A szülők egészsége-



4. ábra: M. J.-né (1242/1978) osteogenesis imperfecta III. típusában szenvedő proband pedigréje



5. ábra: K. R. (864/1978) diastrophiás törpeségben szenved

sek, újra átvizsgáltuk az orvosi leleteket, és a 2600 g-mal időre született, kifejezett törpeséget mutató, 46, XX kromoszóma-szerelvényű probandban micrognathia, hátsó szájpadhasadék, csigolyaeltérések, a kiszélesedett, derofmált és subluxalt humerus- és femur-fej stb. alapján valószínűsíteni lehetett a diastrophiás törpeség fennállását. Ez viszont autosomalis recesszív öröklődésű kórkép. A családtervező anya újabb terhességeiben tehát nem 0%, hanem 25%-os a kockázat.

Ismertetett eseteinből kitűnik, hogy gyakran nem könnyű feladat megállapítani a pontos diagnózist, pedig az öröklődésmenet ismeretében tudjuk csak a szülőt a kockázatvállalás nagyságáról tájékoztatni. A sok fejtörést és időnként szinte detektívmunkát igénylő nyomozás után megállapított helytálló kórisme, és az ezen alapuló tanácsadás jelenti munkánk sikerét.

A genetikai tanácsadás eredményeként várható, hogy csökkenni fog a súlyos fejlődési rendellenességek és a rendszerbetegségek száma, ill. adott esetben biztosítható az a terhesség, amelyből egészséges egyed születik. Az egészséges utód megszületése igazolja tanácsadásunk helyességét és boldogabb emberi sorsok alakításának válhatunk részeséivé.

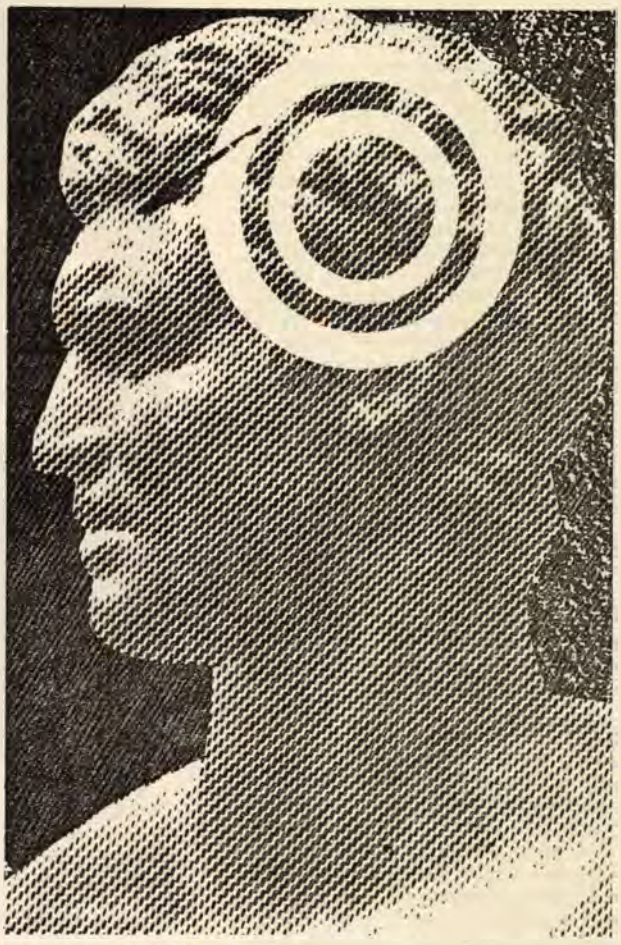
Összefoglalás: Az orthopaed és genetikus orvos együttműködésének szükségességét és hasznosságát kívánjuk érzékeltetni 7 eset genetikai tanácsadása során. 1973—1978 között tanácsot kérő 3778 eset közül 3%-ban volt a probandnak csontvázrendellenessége. Ebből 81,4% sporadikus eset volt.

A változó expresszivitás a genetikai differenciáldiagnózis fontosságát, a nosológiai kórismézés nélkülözhetetlenségét és a családfa-elemzés klinikai hasznát mutatják be.

IRODALOM: 1. *Czeizel E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, *115*, 985. — 2. *Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 898. — 3. *Czeizel E. és mtsa:* Gyermekgyógyászat, 1980, *31*, 206. — 4. *Penntinen, R. P. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1979, *72*, 586. — 5. *Pope, F. M., Nicholls, A. C.:* Lancet, 1980, *1*, 820. — 6. *Sillence, D. O. és mtsai:* J. Med. Genet., 1979, *16*, 101. — 7. *Steinmann, B. U., és mtsai:* FEBS Lett. 1979, *101*, 269. — 8. *Young, I. D., Harper, P. S.:* Lancet, 1980, *1*, 432.

PRODECTIN®

tabletta



ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

HATÁS; Napjaink angiológiai klinikumában és therapiájában alapvetően új a pyridinolcarbamat megjelenése. Ugyanis a Prodectin feltehetően védi az artériák falát az atheroma-képződéstől. Kedvezően befolyásolhatja az experimentális atheromatosis kialakulását a korai stádiumban. Farmakológiai vizsgálatok szerint közvetlenül az érfalra hat, gátolja az endothelium oedemás infiltrációját és így akadályozza az atheroma képződését. A vér cholesterinszintjét és a vérnyomást nem befolyásolja. A thrombocyta-adhaesivitast kedvezően befolyásolja. Nincs sem lipotrop aktivitása, sem direkt értágító hatása.

A jó tűrhetősége és a per os alkalmazás hatékonysága lehetővé teszi tartós adagolását a sclerotikus érbetegségek valamennyi megnyilvánulása esetében.

JAVALLATOK: Arteriosclerosis, illetve mindazon obliteratív verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt. Így:

- arteriosclerosis obliterans
- thrombangiitis obliterans (Buerger-kór)
- angiopathica diabetica
- aortaív-syndroma
- subclavian steal syndroma.

Cerebrovascularis keringészavar:

- cerebralsclerosis
- intermittáló vertebralis syndroma
- vertebro-basilaris syndroma.

Obliteratív szemészeti angiopathiák:

- arteriosclerotikus és diabeteses retinopathia
- a retina és az üvegtest haemorrhagiája
- a vena centralis retinae thrombosisa.

A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható, obliteratív coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

MELLÉKHATÁS: Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitatiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.
A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében – igen ritkán – hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

ELLENJAVALLAT: Nem ismeretes.

ALKALMAZÁSA ÉS ADAGOLÁS: Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3 × 1 tabletta, majd a kezelés napi 3 × 2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3 × 1 tabletta. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.

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

FIGYELMEZTETÉS: A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4–6 hetenként javasolt a beteg hepatológiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se. bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta térítési díj: 12,60 Ft.

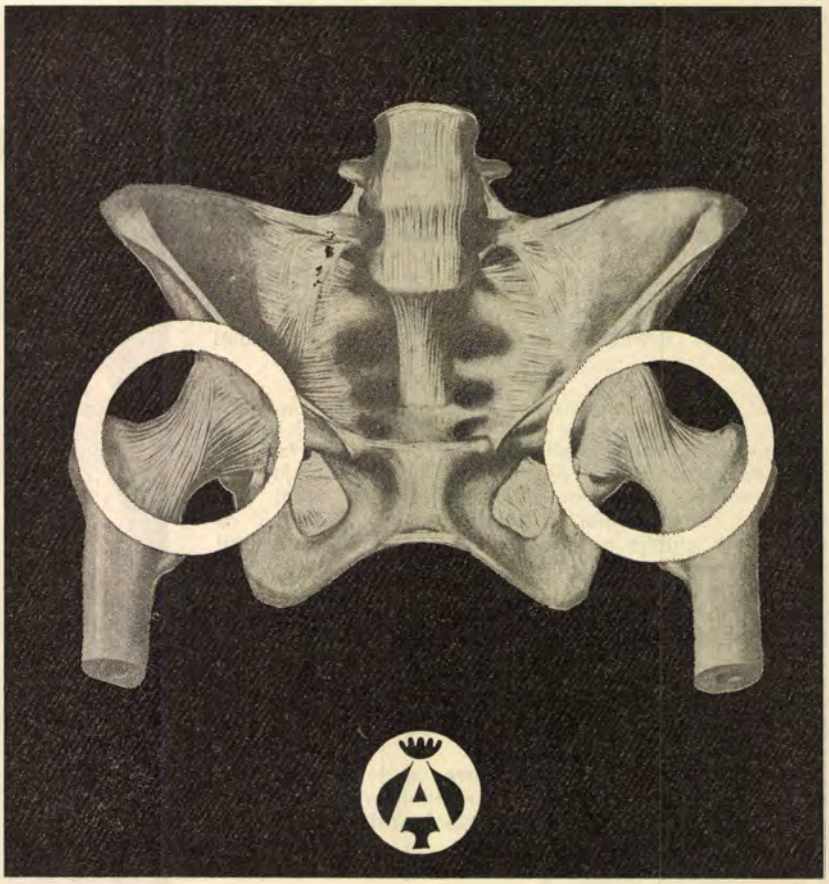
Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

OH 1511

PROLIXAN® 300

kapszula

mV 200 Antirheumatica Antiphlogistica



ÖSSZETÉTEL:

1 kapszula 300 azapropazonumot tartalmaz.

HATÁS:

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

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

JAVALLATOK:

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

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

ELLENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély.

ADAGOLÁS:

kezdő adagja naponta 4×1 kapszula.

Szükség esetén az adag individuálisan napi 3×2 kapszulára is emelhető. Fenntartó adagja 2–3×1 kapszula étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK:

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

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS:

Óvatosan adható

– orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns-hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS:

Antikoaguláns-kezelés alatt álló betegeknek csak gondos laboratóriumi ellenőrzés mellett adható. Terhesség esetén – különösen az első három hónapban – csak igen indokolt javallatra rendelhető. Tartós kezelés-kor rendszeres vérképellenőrzés szükséges. Thrombocytopenia vagy allergiás bőrtünetek esetén adagolását meg kell szüntetni. Ha a beteg anamnézisében gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán fellépett gyomor- vagy bélvérzés, vagy gyomor-, ill. nyombélfekély szerepel, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

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

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 kapszula 29,60 Ft.

Forgalomba hozza: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, Tiszavasvári,

Robapharm A. G. – Basel licencia alapján

PERITOL®

tabletta, szirup

(antihistaminicum, orexigenicum)



Hisztamin- és szerotonin-antagonista. Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény.

EGYT

PERITOL®

tabletta, szirup

antihistaminicum, orexigenicum

ÖSSZETÉTEL

4 mg cyproheptadinum hydrochloricum tablettánként;
40 mg cyproheptadinum hydrochloricum (100 ml) szirupban.

JAVALLATOK

Akut és krónikus urticaria, szérumbetegség, szénanátha, rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, gyógyszer-exanthema, pruritus, ekcéma, ekcematoid 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 (posztinfekciózus 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 3X½ tabletta, vagy 3X1 kávéskanál szirup (6 mg) elegendő.

Akut migrénes roham esetén 1 tabletta vagy 1 gyermekkanál szirup. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, ½ 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* ½ éves korig nem adható!**

***Gyermekeknek* ½—2 éves kor között adása kivételesen megkísérelhető 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 3X½ 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—4X½ 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 érzékenységnek 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

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Szemklinika
(igazgató: Alberth Béla dr.)

Gondolatok a műanyag szemlencse beültetéséről

(A pseudophakiás bullosus keratopathiáról)

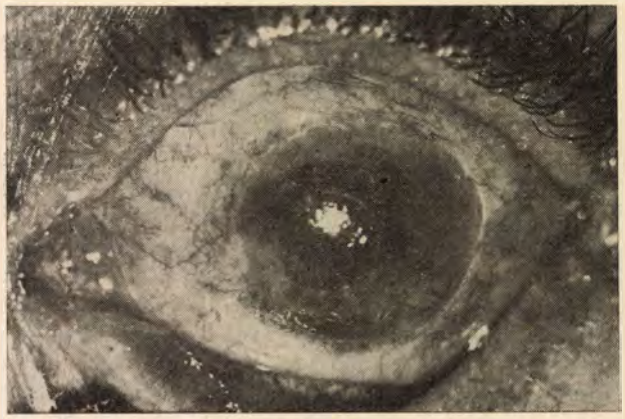
Alberth Béla dr.

Az alcímben szereplő diagnosist hiába is keresnénk bármely magyar nyelvű tankönyvben vagy szemészeti közleményben egyelőre sehol sem találkoznánk vele. Éppen így ismeretlen még nálunk az Ellingson-syndroma vagy UGH — (uveitis-glaucoma-hyphaema) betegség is. Mindkét elváltozás okozója az intraocularisan beültetett műanyag szemlencse.

Ez a műtéti eljárás, úgy látszik, nálunk is terjedőben van, ezért szükséges, hogy a magyar orvostársadalom ne csak a szenzációsan tálalt nagy sikerekről, hanem a súlyos következményekről is tudomást szerezzen. Két betegünkről, s azokról a gondolatokról szeretnék beszámolni, melyek a két eset kapcsán bennünk felmerültek.

Első esetünk egy már nyugdíjas, egyetemi végzettséggel rendelkező férfi volt, aki fenntartás nélkül hitt a tudomány egyik új vívmányában, így a jobb szemén végzett hályogműtétet műlencse beültetésével fejezték be. Elmondása szerint azért, mert műtét után is szeretett volna autót vezetni. (Hályogműtét után kontakt üveggel is lehet vezetni.) A műlencse nem sok idővel a beültetés után cornea ödémát, majd pseudophakiás bullosus keratopathiát okozott. A szem a látást elvesztette, annak ellenére, hogy a műlencsét a szövődmény megjelenése után (— helyesen —) szinte azonnal eltávolították. A beteg néhány hónappal ezután került klinikánkra kézmozgáslátás visussal, szaruhártya-átültetés végzése céljából. Közben bal szemét is megoperálták, ahol aphakiás korrekcióval teljes látása van.

Másik betegünk 31 éves gépkocsivezető volt, kinek bal szemén 5 évvel ezelőtt szürkehályogműtétet végeztek, majd később a binocularis látás helyreállítása céljából műanyag szemlencsét ültettek be. Szemével egy ideig jól látott, de később fokozatos látásromlás és egyre tűrhetetlenebb fájdalom tette munkaképtelenné. Klinikánkra secundar glaucoma és pseudophakiás bullosus keratopathia miatt vettük fel, kézmozgáslátás visussal. A fájdalomtól szinte hisztérikusan viselkedő fiatalembert megvizsgálni is alig lehetett, és az egyszerű műtétet is csak altatásban tudtuk végrehajtani. Erre a műtétre pedig feltétlenül szükség volt, mert a műanyag lencse még mindig benne volt a szemében *(ábra)*, annak ellenére, hogy zárójelentéseinek tanúsága alapján 126 napot töltött kórházban, és elmondása szerint több mint egy évig volt táppénzen. A műlencse eltávolítása után a fájdalom azonnal megszűnt, a szemnyomás normalizálódott, s ha ez tartós marad, később szaruhártya-átültetés is lehetségessé válik.



A műlencse beültetését követő bullosus keratophatia, s az emiatt szükségessé váló keratoplastica legfeljebb nálunk számít új jelenségnek. Külföldön, de különösen Amerikában, ahol ez a műtét manapság nagy divat és igen jól jövedelmez, már sok ilyen műtétről számoltak be. *Fine* (1978) 16, *Taylor, Khelig* és *Maxwell* (1979) 11, *Meyer* és *Sugar* (1980) pedig két év alatt 25 perforáló keratoplasticát végzett pseudophakiás bullosus keratopathia miatt. Ez utóbbi közlemény több szempontból is igen tanulságos. Ismert u. i. a műlencse-beültetés történetéből, hogy az első generációs *Ridley*-féle lencsék annyi bajt okoztak, hogy 750 műtét után maga a szerző is abbahagyta. A második generációs lencsék az esetek $^2/_3$-ában okoztak bullosus keratopathiát. *Barraquer* pedig 493 szemet operált és 250 esetben kényszerült a lencsét elávolítani. Kétségtelen tény, hogy a harmadik generációs Binkorst-féle lencsék jobbak, de vannak még újabbak is, kb. 20 féle. Második generációs Dannheim-lencsét ma már alig ültetnek be, inkább a Binkorst- vagy Fjodorov-lencsét kedvelik, mások pedig az irishez fixált Medaillon-lencsét tartják a legjobbnak. *Meyer* és *Sugar* (1980) közleményéből azonban kiderül, hogy 25 bullosus keratopathiából 9-et az iris varattal fixált Medaillon-lencsék, 8-at *Fjodorov*-féle Sputnik lencsék, 4-et *Copeland*-lencsék és 4-et *Binhorst*-féle lencsék okoztak. Tehát azok, amelyeket manapság a legjobbnak, a legmodernebbnek tartanak. Ez utóbbi közleményben található még egy megdöbbentő dolog is. A 25 perforáló keratoplastica során csak 11 esetben távolították el a műlencsét, 14-et a szemben hagytak. Meggyógyítani a betegséget, de annak nyilvánvaló okozóját, a műlencsét bennehagyni a szemben; az

implantatorok legalábbis furcsa orvosi gondolkozásmódjára vall.

Először talán meg kellene vizsgálnunk, mi is hát a tulajdonképpeni célja a műlencse-beültetésnek? *Fechner* (1980) azt írja könyvében, hogy nem szabad elfelejtenünk, az implantatio orvosi szempontból soha nem szükséges. A műlencse beültetése elsősorban a kényelmet, a kényelmesebb látást (Seh-komfort) szolgálja. Különösen olyan foglalkozású beteg esetében, ahol a szemüvegnek vagy kontaktüvegnek hátrányai vannak. A legkedveltebb és legtöbbet emlegetett indok azonban a féloldali lencsehíjasok binocularis látásának helyreállítása, ami kétségtelenül műlencsével sikerül a leggyakrabban. *Schmitt* (1972) közleménye szerint azonban a binocularis látás kontaktüveggel is elérhető 50%-ban. Hasonló jó eredményekről számoltak be *Tóth és mtsai* 1976-ban.

A binocularis látás helyreállítását — Fechnerrel ellentétben — még orvosi indicatiónak is el lehet fogadni. Vizsgáljuk meg azonban a szem functióit és azok fontosságát. Szemünk, legfontosabb érzékszervünk, a külvilágból származó információk kb. 80%-át közvetíti. Ezt szolgálja a szem 4 funkciója: a tárgylátás, a színlátás, a fényérzés és a binocularis vagy térlátás. E funkciók közül az emberi élet, a tanulás és a munkavégzés szempontjából a tárgylátásnak olyan kiemelkedő fontossága van, hogy mellette a binocularis látás szinte lényegtelennek tekinthető. Még olyan foglalkozások esetén is, ahol szükség van binocularis látásra, nagyon meggondolandónak látszik műlencsével esetleg bullosus keratopathiát okozni, azaz egy kevésbé fontos functio, a térlátás érdekében a szinte mindent jelentő tárgylátást veszélyeztetni.

Különösen így van ez akkor, ha tudjuk, hogy a tárgylátás kontaktüveggel is és szemüveggel is tökéletesen helyreállítható. Az elsőről évtizedek, a másikról évszázadok óta tudjuk, hogy semmi bajt nem csinálnak. Igaz, hogy a műlencse-beültetés szövődményei is állandóan csökkennek, de még mindig a betegek kb. 0,5%-a vakul meg miatta és nagy százalékuk válik beteggé több-kevesebb időre. S ha a fejlődés majd odáig fog jutni, hogy 1 ezrelékre csökken az összes szövődmények száma, akkor ez még mindig 1 ezrelékkel lesz több, mint amennyit a szemüveg és a kontaktüveg okozhat.

Igaz, a modern orvostudományban egyre nagyobb szerepet kapnak a különböző testidegen anyagok, elsősorban a műanyagok. Eleinte tehát nem látszik semmi kivetnivaló abban, hogy annyi minden mellett a szembe is ültetnek idegentestet, a műanyag lencsét. A rosszul működő szív funkcióját helyre lehet állítani műanyag szívbillentyű beültetésével, a merev térd funkcióját, a járást pedig fémből készült endoprothesissel. De szabad legyen megkérdeznem, lenne olyan sebész, aki billentyűt operálna a beteg szívébe, vagy prothesist a térdízületébe, ha létezik egy olyan valami, amit kívülről a mellkasra vagy a térdízületre téve helyreállítaná annak funkcióját? Mert a szemészek rendelkeznek ilyen valamivel — kettővel is — amivel a szem funkcióját, a látást vissza lehet adni, ti. a szemüveggel és a kontaktüveggel. És ez az az ok, amely miatt a műlencse implantatiója etikailag más elbírálás alá esik.

Nézzük meg, hogy e műtéttel, melynek orvosi indicatiója nincs és alig szolgál mást, mint kényelmi szempontokat, milyen veszélyeknek tesszük ki a beteget? A lencsebeültetés nehezebb és komplikáltabb, mint az egyszerű extractio, ami már önmagában bizonyos veszélyt jelent. Ha nem primär, hanem secundär implantatio történik (tehát a beültetés nem a hályogműtéttel egyidejűleg, hanem később történik), a két műtétnek kétszeres a rizikója is. További veszélyeket rejt magában az a körülmény, hogy egy meglehetősen nagy, különböző anyagokból álló idegentestet ültetünk a szembe, amely tartalmazhat baktériumokat, vagy a sterilizáló anyag esetleges toxicus maradványait (lúg äthylenoxid). Lehetnek a lencsének gyári hibái, a fixatiós varratok oldódhatnak, a lencse tönkreteheti az endothelt, de az üvegtestbe is luxálódhat. Nem lebecsülendő veszély az sem, hogy egyremásra kerülnek a piacra újabb és újabb alig kipróbált lencsék. Ezek kritikátlan behelyezése egyelőre még ismeretlen komplikációkat is okozhat.

E veszélyek nagyobb részének ugyan inkább csak theoretikus jelentősége van (bár mindegyikre közöltek konkrét esetet is), de az Ellingson-syndromák és a bullosus keratopathiák nagyon is reális és súlyos szövődmények.

Nézzük meg hazai irodalmi adatok alapján mennyiben fordulnak elő kisebb jelentőségű szövődmények. *Galli* (1969) közleménye szerint 33 esetében a következő komplikációk fordultak elő: (Felsorolásából csak azokat idézem, melyek a beültetéssel biztosan összefüggnek.)

I. Műtéti komplikációk	
Tartóhurok elgörbülése	3 esetben
Nem megfelelő tartóhurok-átmérő	5 esetben
A műlencse sterilitásának veszélyeztetése	1 esetben
II. Korai műtét utáni komplikációk	
Iritis serofibrinosa	10 esetben
Iridocyclitis chr. postoperatíva	4 esetben
enyhe	2 esetben
súlyos, üvegtesti homály	2 esetben
Múló praecipitatumok	30 esetben
Az üvegtest határ megvastagodása	4 esetben
Múló postoperatív cornea-ödéma	9 esetben
Elhúzódó cornea-ödéma	1 esetben
III. Késői műtét utáni complikációk	
A műlencse heges rögzülése	4 esetben
Dystrophia corneae	3 esetben

E néhány kisebb jelentőségűnek tűnő szövődmény kezelése is több száz kórházi ápolási és ennél sokkal több táppénzes napot sejtet.

Nem látszik jobbnak a helyzet a modern Binkhorst-lencsék beültetése után sem *(Galli:* Szemészet 1977, *114,* 154.). Öt beültetés után 3 reoperáció vált szükségessé. Az egyik lencseluxatio reoperálása után 3 hónapig tartott a corneae ödémája.

Úgy tűnik, hogy a műtétek, kórházi ápolási napokban és táppénzben számítva kissé sokba kerülnek, különösen akkor, ha a mindezt előidéző műlencséket is valutáért kell beszerezni. Szemüveg

és kontaktüveg viselése miatt még senkit sem kellett sem reoperálni, sem kórházban ápolni.

Nézzük meg azt is, milyen látást lehet elérni műlencsével? (Ugyancsak *Galli* közli ezt a Szemészet 106. évfolyamának 123. oldalán.) Közvetlenül a műtét után mind a 33 betege jól látott, a legroszszabb 4 esetnek is 0,2 visusa volt. Néhány év múlva azonban 4 betege csak 0,2-nél kevesebbet látott, közülük egy meg is vakult.

Világos bizonyítéka ez annak, hogy a bajok esetleg csak később, néhány év múlva keletkeznek. Megnézve a közölt betegek életkorát, kiderül, hogy 11, 39, 21 és 28 éves betegek is kaptak műlencsét. Ha feltételezzük, hogy szerencsés esetben 10—15, vagy akár 20 évig is jól fognak látni, még akkor is csak jó középkorúak lesznek. Természetesnek vehető viszont az a kívánságuk, hogy életük végéig jól szeretnének látni. Erre meg is van a lehetőség, csak éppen a binocularis látás kétes értékű, ideigóráig történő helyreállítása céljából nem kell műlencsét beültetni, hanem szemüveget vagy kontaktüveget kell viselniök.

Ezek a megfontolások, és nem valami tudományos konzervatizmus az oka annak, hogy nem alakult ki osztatlan jó vélemény az intraocularis lencséről. *Francois* idézi egy nem régi írásában: „Ez az a műtét, melyet a szemészek csak az anyósuk szemén végeznek el, az édesanyjukén soha."

A gyakorlatban azonban az történik, hogy ma már tízezerszámra végeznek ilyen műtéteket, mert a divatnak nem lehet ellenállni, különösen olyan országokban, ahol ez létkérdéssé is válik.

Harold Ridley (1948) az első intraocularis lencse megalkotója mondta: „Hiszek abban, hogy eljön az idő, mikor a hályogos betegnek nem azt fogjuk mondani, hogy az ön szemlencséjét el kell távolítani, hanem azt, hogy önnek egy új szemlencsére van szüksége és azt mi be tudjuk ültetni."

Lehetséges, hogy eljön egyszer ez az idő, de a biztonságos megoldástól még messze vagyunk. Új utakat, új megoldásokat kell keresni. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha az operáló szemészek mögött olyan laboratóriumi, technikai bázis áll, amely képes arra, hogy a gyakorlatban hibásnak bizonyuló konstrukciókat alkotó módon fejlessze és javítsa. Mi itt Magyarországon ilyen bázis nélkül csak reprodukálni tudjuk az előttünk járók hibáit.

Nem lehetetlen, hogy valamelyik szemész meg fogja oldani az életre szólóan, biztonságosan beültethető műlencsét. Meggyőződésem, hogy ebben az esetben minden szemész így fog operálni. Ha ekkor is eleget tudunk majd tenni a nil nocere ősi elvének, miért ne szolgálnánk betegeink kényelmét is?

Összefoglalás: A szerző a pseudophakiás bullosus keratopathia két esetét ismerteti. A kórkép és a diagnosis is ismeretlen volt eddig a magyar orvosok előtt, mert a betegség műlencse-beültetés után keletkezik és vezet a látás elvesztéséhez. E két eset, valamint külföldi és hazai irodalmi adatok elemzése alapján úgy látszik, hogy a műlencsebeültetésnek jelenleg orvosi indicatiója nincs, csak kényelmi szempontokat szolgál. Ezzel szemben gyakran okoz kisebb-nagyobb postoperatív szövődményeket, néha pedig a szem megvakulását eredményező súlyos elváltozásokat.

IRODALOM: 1. *Barraquer, J.:* Trans. Ophthal. Soc. U. K. 1959, *79*, 393. — 2. *Fechner, P. M.:* Intraocularlinsen. Bücherei des Augenarztes H. 82. F. Enke. Stuttgart. 1980. — 3. *Fine, M.:* Am. Intraocular Implant. Soc. J. 1979, *4*, 12. — 4. *Fjodorov, S. N.:* Implantation einer künstlichen Augenlinse. G. Thieme, Stuttgart. 1981. — 5. *Francois:* lásd: Paufique. — 6. *Galli, L., Wiesner K.:* Szemészet 1969, *106*, 190. — 8. *Galli, L., L., Wiesner, K.:* Szemészet 1969, *106*, 115. — 7. *Galli, Zólyomi Z.:* Szemészet, 1977, *114*, 154. — 9. *Meyer, R. F., A. Sugar:* Amer. J. Ophthalm. 1980, *90*, 677. — 10. *Paufique, L. J.:* J. Fr. Ophthalmol. 1979, *2/5*, 361. — 11. *Ridley, H.:* Transactions Ophthal. Soc. U. K. 1964, *84*, 14. — 12. *Schmitt, H.:* Klin. Mbl. Augenhielk. 1972, *160*, 244. — 13. *Taylor, D. M., Khalig, A., Maxwell, R.:* Ophthalmology, 1979, *86*, 242. — 14. *Tóth M., Bencsik R., Nádrai A.:* Szemészet. 1976, *113*, 229.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

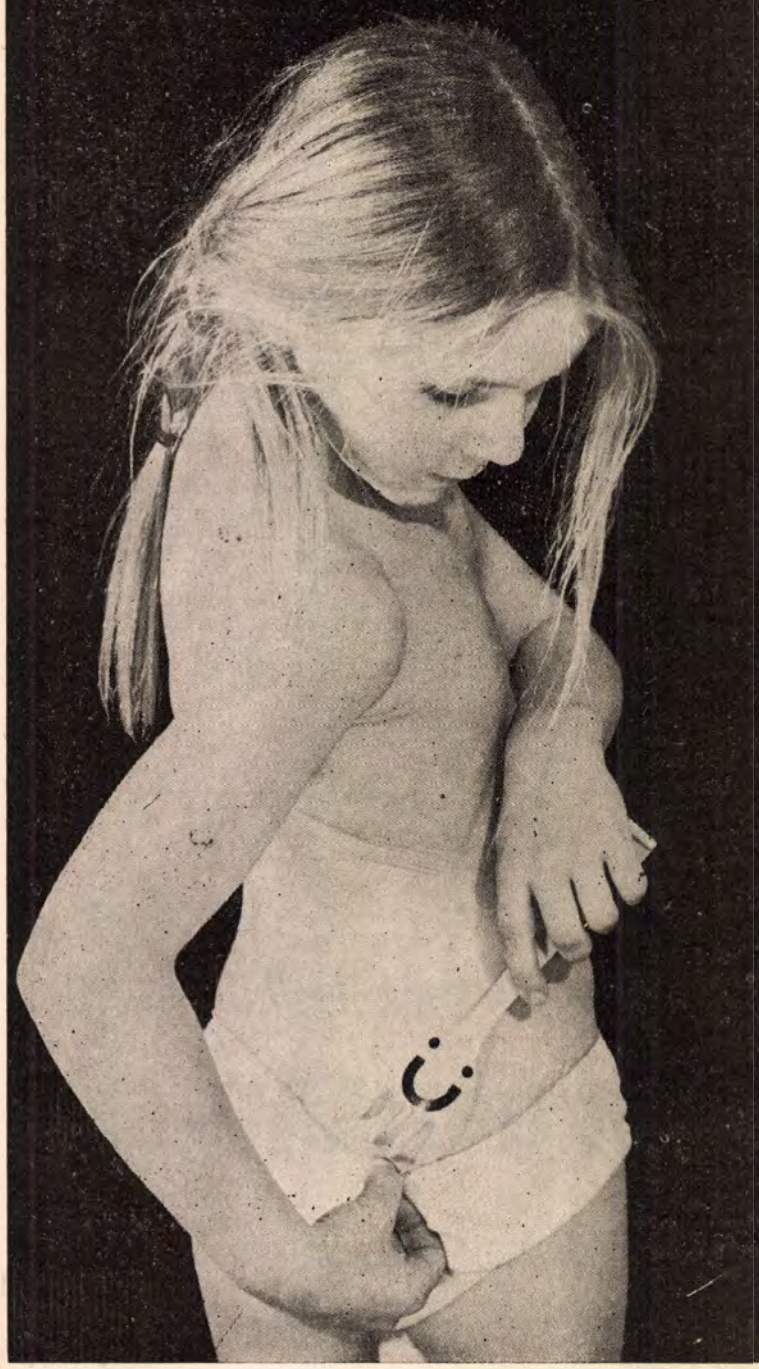
az ORVOSI HETILAP-ot

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

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.

Főváros' Weil Emil Kórház
III. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Radó János dr.)
Utrechti Orvostudományi Egyetem
Nephrológiai-Hypertonia Osztály
(vezető: E. J. Dorhout Mees dr.)

A prosztaglandinok szerepe a Bartter-syndroma pathogenesisében

Radó János dr., T. Simatupang dr.,
P. Boer dr. és E. J. Dorhout Mees dr.

A Bartter-syndroma főként gyermekeken és fiatal felnőtteken előforduló ritka kórkép, amelyet normális vérnyomással társuló hyperreninaemiás hyperaldosterismus jellemez (2, 3, 20, 47). A megbetegedés pathogenesiséről alkotott felfogás a syndroma leírása óta szinte folyamatosan módosul (2—4, 8, 48). *Bartter* korábbi elmélete szerint a hyperreninismus az erek elsődleges angiotensin érzéketlenségének következménye (2). Az angiotensin antagonista Saralasin BS-ben való hatékonysága azonban ezt az elméletet megdöntötte (40). *Cannon és mtsai* szerint a BS-s betegek veséje „sóvesztő", ez okozná a hyperreninaemiát és következményesen az angiottensin érzéketlenségét (8). Ez az elmélet is megdőlt, mert a felnőtt BS-s betegek sómegvonáskor ugyanolyan jól visszatartják a sót, mint az egészségesek (4,. 39). A syndroma leírása óta *Verberckmoes* felfedezése a legnagyobb jelentőségű esemény, a pathogenesis és therapia szempontjából egyaránt (48). Ő mutatta ki, hogy BS-ban a vese medullaris interstitialis sejtjei hyperplasiasak és történetesen ezekben a sejtekben termelődik a vesében a PG-ok zöme (46). Ez a felfedezés új fejezetet nyitott a BS történetében, mert kimutatták, hogy a kórképet a fokozott PG termelés jellemzi (6, 12, 13, 15, 16, 18, 25, 27, 34, 38—40, 42—44), ami a hyperreninaemia tulajdonképpeni oka (19). A hyperreninaemia hyperaldosteronismushoz vezet, a következményes káliumveszteség pedig a jellegzetes klinikai tünetekhez (gyengeség, petyhüdt izombénulás, polyuria, polydipsia etc.). Anti PG kezeléssel (indomethacin, ibuprofen, aszpirin) úgy látszott, hogy a pathogenetikai lánc megfordítható és a BS valamennyi biokémiai és klinikai rendellenessége megszüntethető (15, 18, 48). A lelkesedés nem volt indokolatlan, mert az indomethacin kezelés volt az első klinikai szempontból is jelentős therapia és egyben bepillantást engedett a BS-s rendellenességek láncreakciójába.

Rövidesen kiderült azonban, hogy a BS-s betegek a klinikai remisszió ellenére ismét hypokalaemiásak lesznek, vagy éppen — bár csökkentebb mértékben — hypokalaemiásak maradnak. A hyperprosztaglandinaemia visszaszorítása ellenére is fennmaradó káliumvesztés további magyarázatot igényelt és így a pathogenesis vizsgálata a PG-ok jelentőségének felismerésével nem zárult le (4). Jelen közleményünk célja, hogy BS-ban szenvedő betegünk indomethacin és ibuprofen kezelése során megfigyelt kórélettani és klinikai hatásokról beszámoljunk és eredményeinket a kórkép pathogenesisének megvilágítására is felhasználjuk.

Esetismertetés

I. G. 32 éves ffibeteg panaszai 28 éves korában jelentkeztek, gyengeség, időszakos izombénulás, fokozott folyadékfogyasztás és polyuria formájában. A fizikális vizsgálat során nem volt kimutatható eltérés, a vérnyomás 120/70 Hgmm, a pulsusszám 84/min volt. A mellkasfelvétel normális. A vérképben nem volt rendellenes. A vizeletben fehérje, genny, cukor nem volt kimutatható. A reggeli vizeletminta osmolalitása 593 mOsm/kg, ugyanakkor a serum érték 291 mOsm/kg volt. A serum natrium szint 140, a kálium 1,9, a chlor 95, a bicarbonat 32, a phosphor 2,4, a calcium 2,55, a magnesium 0,47 maequ/l, a vér pH 7,52 volt. Kreatinin clearence: 105 ml/min. PRA 89,40 ng/ml/h, PA 16 ng/100 ml. Angiotensin infusiós testben (23) 30 ng/kg/min volt szükséges a diastoles vérnyomás 20 Hgmm-el való felemeléséhez (normál felső határa: 8 ng/kg/min). Plasma PGE_2: 38,9 pg/ml (normális: 5,5 $\pm$ 0,8) vizelet PGE_2 ürítés 138 ng/24 h (egészséges személyben egyidejűleg meghatározva: 9,06 ng/24 h) volt. A vesetűbiopsziával nyert anyagban a juxtaglomerularis apparatusok kifejezetten sejtdúsak. (Dr. Kooiker).

Esetünkben a Bartter-syndroma klasszikus képe állt fenn. A diagnózist megalapozta: 1. a hypokalaemiával és metabolikus alkalosissal járó hyperaldosteronismus; 2. a magas renin szint; 3. csökkent angiotensin érzékenység; 4. fokozott serum PG-szint és PG ürítés; 5. hypercellularis juxtaglomerularis apparatus; 6. familiaris előfordulás (a beteg 2 tünetmentes testvérének serum káliumszintje ismételten 2 mmol/l körüli volt; az egyik testvérben meghatározott PRA és PA érték magas volt).

Módszer

Új gyógyeljárást (PG kezelést) hasonlítottunk össze Bartter-syndromás betegünkön diétás, antikalureticus és beta-receptorblokkoló kezelésmódokkal közel 5 éves megfigyelés után. A beteg a vizsgálatokhoz hozzájárult.

Rövidítések:
BS = Bartter-syndroma.
PG = prosztaglandin.
GFR = glomerulus filtratio.
C_K = káliumclearance.
$C_{Na} \times 100/GFR$ = nátrium clearence a glomerulus filtratio százalékában.
$C_K \times 100/GFR$ = kálium clearence a glomerulus filtratio százalékában.
PRA = plasma renin aktivitás.
PA = aldosteron.
mOsm = milliosmol.

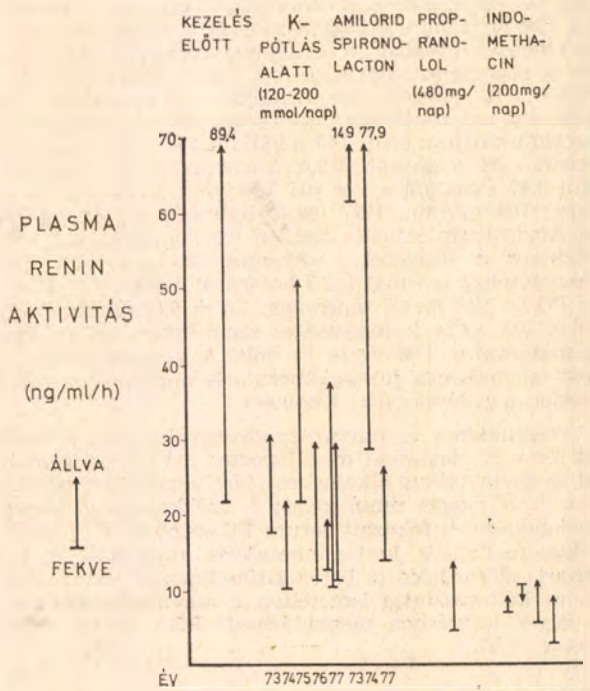
Az antiprosztaglandin kezelés (indomethacin, ibuprofen) bevezetésének és megszakításának hatása a plasma renin és aldosteron szintre Bartter syndromában

Diéta kezelés	Plasma renin aktivitás (ng/ml/h) „fekve"	„állva"	Plasma aldosteron (ng/100 ml) „fekve"	„állva"	Plasma aldosteron/renin „fekve"	„állva"
Kezelés előtt	21,6	89,4	6,3	16	0,29	0,18
120—200 mmol kálium, 50—200 mmol nátrium bevitel	13,65±1,65	34,78±14,11	—	—	—	—
n	7	7				
200 mmol kálium, 200 mmol nátrium bevitel*	11,53±0,73	28,72±5,3	14,83±1,69	19,83±1,59	1,28	0,69
n	3	3	3	3		
Ibuprofen (600 mg/24 h)	7,38±0,56	13,28±3,12	11,83±0,9	15,67±0,93	1,61	1,18
n	4	4	6	6		
Indomethacin (100 mg/24 h)	9,37±2,02	13,57±3,79	—	—	—	—
n	3	3				
Indomethacin (200 mg/24 h)	2,65	9,10	11,25	17,26	4,25	1,90
n			2	2		
Indomethacin (200 mg/24 h) után, gyógyszer nélkül	11,86	18,76	26,5	42,5	2,22	2,27
Indomethacin (200 mg/24 h) után Amilorid (30 mg/24 h)	14,13	26,02	58,7	88,5	4,17	3,45

*gyógyszeres beavatkozások ezen az étrenden történtek

Minden vizsgálat a kórház anyagcsererészlegén történt. A vizsgálat zömét napi 200 mmol nátrium- és 200 mmol káliumbevitel mellett végeztük, de időnként más mennyiségeket is használtunk. (Az eredmények leírásakor a bevitelt mindig feltüntetjük.)

Az alkalmazott gyógyszerek a következők voltak: spironolacton amilorid, propranolol, indomethacin és ibuprofen. A vizsgálat parameterek: serum nátrium és kálium szint, nátrium és kálium clearance a glomerulus filtratio százalékában kifejezve (C $\times$100/GFR, C $\times$100/GFR), glomerulus filtratio (endogen creatinin clearence-szel), PRA és PA.



1. ábra: A plasma renin aktivitás (PRA) változása a különböző kezelések hatására. Szembetűnő, hogy az „állva" PRA változik nagyobb mértékben, mint a „fekve" PRA, akár növeljük a PRA-t (spironolacton, amilorid), akár csökkentjük azt (K bevitel, propranolol, indomethacin)

Speciális vizsgálatok: PG vérszint és PG ürítés, aldosteron secretio, vértérfogat, ill. extracellularis térmeghatározás.

Sóterhelés: reggel 8 órakor 12 órás éhezés és szomjazás után 1 liter isotóniás sóoldatot infundáltunk intravénásan 1 óra alatt. Vért vettünk PRA és PA meghatározásokra infusio előtt, annak befejezése után közvetlenül, valamint további 1, ill. 2 óra után.

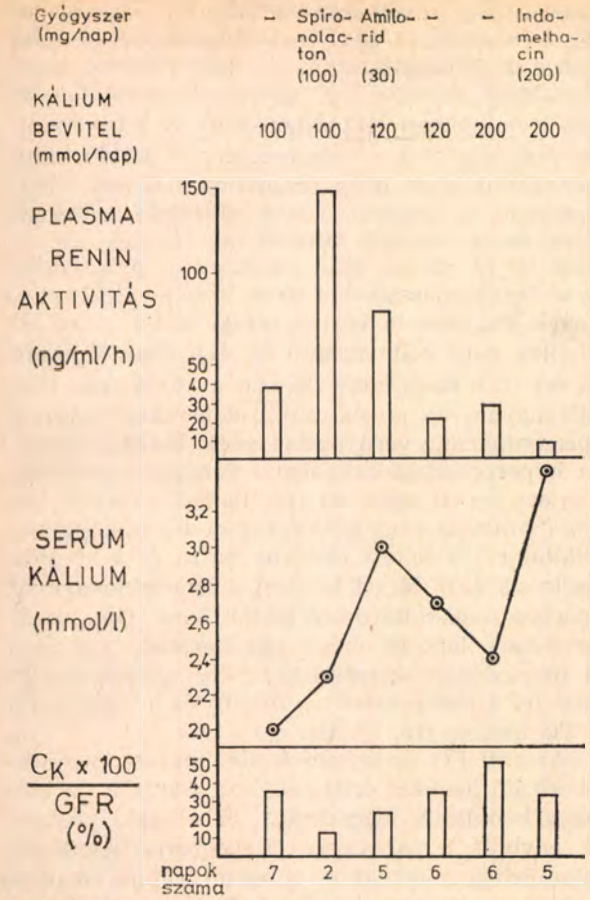
Hypotoniás só- és folyadékterhelés. Reggel 6 órakor 10 órás éhezés és szomjazás után a beteg 2 liter vizet ivott, majd a vizsgálat alatt félóránként az ürített vizeletmennyiséggel azonos vízmennyiséget fogyasztott. 8-tól 10 óráig 2 liter 0,45%-os sóoldatot infundáltunk intravénásan. Vért vettünk PRA és PA meghatározásra infusio előtt, annak befejezésekor valamint további 1 és 2 óra múlva.

Laboratóriumi módszerek. Serum és vizelet nátrium, kálium, chlor, bicarbonat, phosphat és creatinin meghatározása Technicon Autoanalyserrel történt. A serum calcium és magneziumot atomabroptiós spektrofotometriával határoztuk meg. A serum és vizelet osmolalitás meghatározása Advanced Osmometerrel történt. A PRA-t *Haber* (21), a PA-t *Ito* (24) módszerével vizsgáltuk. A PG szintek vizsgálata specifikus radio immunoassay-vel *Hornych* módszere szerint (22) az aldosteron secretio vizsgálata kettős isotopdilutiós módszerrel (10) történt. A vértérfogatot és az extracellularis térfogatot ^{131}J-el jelzett human albumin és ^{85}Bromsulfate használatával isotop dilutio alapján határoztuk meg Volumetronnal (11). A PRA és PA vizsgálatokat reggel 8 órakor fekvő testhelyzetben (12 órás megszakítatlan ágynyugalom után), ill. de. 11 órakor álló testhelyzetben) 3 órás állás, ill. enyhe séta után végeztük.

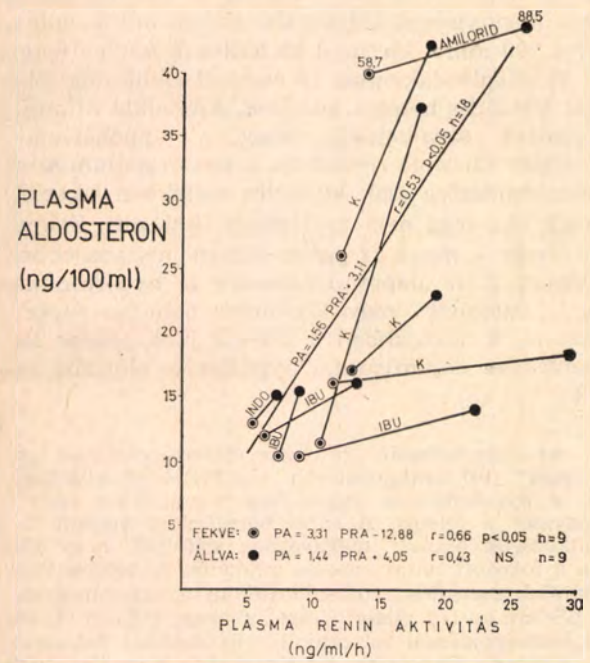
A normál értékeket osztályunk 11 dolgozóján, 200 mmol nátrium és 60 mmol káliumbevitel mellett álló testhelyzetre vonatkozó meghatározások alapján adjuk meg: serum kálium 3,96 $\pm$ 0,05 mmol/l, serum nátrium 143,1 $\pm$ 0,52 mmol/l, serum osmolalitás 288 $\pm$ 3 mOsm/kg, plasma renin aktivitás 2,1 $\pm$ 0,4 ng/ml/h, plasma aldosteron 11,8 $\pm$ 1,6 ng/100 ml. Az adatok statisztikai analysisét standard biometriai módszerek (egy- és kétmintás t, korrelációszámítás, lineáris regresszió) alkalmazásával végeztük.

Eredmények

Az antiprosztaglandinok (indomethacin, ibuprofen) alkalmazása előtt a beteget „hagyományos" módon kezeltük, 1. magas káliumbevitellel (napi 120—200 mmol), 2. kálium-megtakarító gyógysze-



2. ábra: Az antikalureticus (spironolacton, amilorid) és antiprosztaglandin (indomethacin) gyógyszerek a plasma renin aktivitásra ellentétesen hatottak. Mindkét gyógyszerfajta hatására a serum kálium szint emelkedett és a kálium kiválasztás ($C_K \times 100/GFR$) csökkent



3. ábra: A plasma renin aktivitás (PRA) és a plasma aldosteron (PA) között korreláció mutatható ki gyógyszeres kezelés nélkül (K) és antiprosztaglandin kezelés (**indo**methacin és **ibu**profen) alatt, álló testhelyzet (kitöltött kör) fekvő (kettős kör)

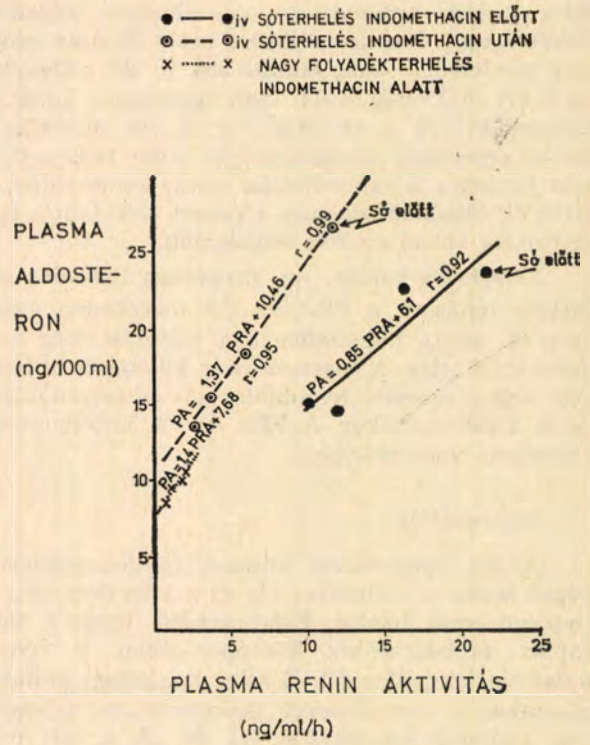
rekkel (spironolacton, amilorid), ill. 3. propanolollal. Az új gyógyeljárásnak a régebbiekkel való összehasonlításakor a beavatkozásokat közvetlenül megelőző „saját" kontrollhoz viszonyítottuk.

1. *Étrendi kezelés: napi 200 mmol nátrium és 120—200 mmol káliumbevitel.* A PRA csökkent *(1. ábra)* a PA inkább emelkedett *(1. táblázat)*. A serum kálium szint 2 mmol/l-ről 2,4 mmol/l-re emelkedett *(2. ábra)*.

2. *Kálium-megtakarító gyógyszerek.*

Napi 100 mg spironolacton hatását minden előkezelés nélkül vizsgáltuk, 1973-ban. A serum kálium szint 2,0 mmol/l-ről 2,3 mmol/l-re emelkedett (2. ábra). A kéliumürítés csökkent. A nátriumürítés emelkedett és ennek következtében a keringő vértérfogat 5,9 l-ről 5,1-re, az extracellularis folyadék térfogat 20,7 l-ről 18.2 l-re csökkent. A PRA nagymértékben emelkedett *(1. ábra)*.

Napi 30 mg amilorid hatását első ízben 1974-ben tanulmányoztuk kb. 1 éves mérsékelten magas (120 mmol/nap) káliumbevitel után. A káliumürítés csökkent, a serum kálium szint 3 mmol/l-re emelkedett. A nátriumürítés emelkedett és ezt a PRA növekedése kísérte *(1—2. ábra)*. A diastoles vérnyomást 20 Hgmm-el emelő angiotensin menynyiség 30 ng/min-ról 75 ng/min/kg-ra emelkedett (23). A napi aldosteron secretio 50 ug-ról 485 ug-ra nőtt. (Normál érték: 60—220 ug.) Az amilorid hatását tartós indomethacin kezelés megszakítása után 1979-ben újból megvizsgáltuk. A PRA emelkedése ezúttal szerény volt *(1. ábra)*, de a tanul-



4. ábra: A só-, ill. folyadékterhelés nagyfokban visszaszorította a plasma renin aktivitását (PRA) és a plasma aldosteront (PA). A PRA és PA értékek között szoros korreláció volt valamennyi terhelés alkalmával

mány legmagasabb PA értékeit észleltük *(3. ábra)*. A serum kálium szint 3 mmol/l-re emelkedett, noha a káliumürítés csökkenése csak 48 órán át tartott, majd a kiindulási érték felé visszatért.

4. *Antiprosztaglandin gyógyszerek (indomethacin, ibuprofen).*

A polyuria, polydipsia és izomgyengeség drámaian javult és a serum kálium szint is 3,4 mmol/l-re emelkedett *(2. ábra)*. A napi káliumürítés 157,35 ± 5,44 mmol-ról (n = 17) 124,58 ± 3,53 mmol-ra (n = 12) csökkent ($p < 0{,}001$). *(2. ábra)* a napi nátriumürítés nem változott. A PRA minden kezelésmód közötti legalacsonyabb értékét érte el, „fekve" 2,65 ng/ml/h volt, mely megközelíti a normálisat *(1. táblázat, 1., 2. ábra)*. A PA szint abszolút értéke az antiprosztaglandin gyógyszerek alkalmazására viszonylag keveset változott, csupán a „PRA/PA hányados" emelkedett. A kezelés megszakítása viszont kifejezett PRA és PA emelkedéshez vezetett *(1. táblázat)*.

Indomethacin kezelés alatt a PGE_2 kiválasztása a vizeletben 138,3 ng/24 h-ról 55 ng/24 h-ra csökkent (normál értékek: 9—12 ng/24 h). A PGA 205 ng/24 h-ról 97 ng/24 h-ra csökkent (normál érték: 71—144 ng/24 h). A PGB 95 ng/24 h-ról 49 ng/24 h-ra csökkent (normál értékek: 36—74 ng/24 h). A PGF 146 ng/24 h-ról 64 ng/24 h-ra csökkent (normál értékek: 40—83 ng/24 h). A kezelés során a PGE_2 vérszintje 38,9 pg/ml-ről 23,2 pg/ml-re csökkent (normál értékek: 5,5 ± 0,8 pg/ml). A PGA vérszint 241 pg/ml-ről 269 pg/ml-re változott (normál érték: 94 ± 15 pg/ml).

Megvizsgáltuk az indomethacin hatását a vizelet és serum osmolalitásra „ad libitum' folyadék felvétel alatt. Kezelés nélkül a beteg 24 órás gyűjtött vizeletének osmolalitása 594 ± 28 mOsm/kg (n = 17) volt, míg a 11 tagú egészséges kontroll csoportban 713 ± 64 mOsm/kg. A 119 mOsm/kg-t kitevő különbség signifikáns ($p < 0{,}05$). Indomethacint hatására a concentrálási zavar rendeződött a DDAVP alkalmazása után a vizelet osmolalitás 900 mOsm/kg körüli értékre emelkedett.

Sóterhelés hatása. Az intravénás isotoniás sóinfusio hatására a PRA és PA merekeden csökkent *(4. ábra)*. Indomethacin a változást még meredekebbé tette. A visszaszorítás különösen kifejezett volt a masszív hypotoniás só- és folyadékterhelés alkalmazásakor. A PRA és PA között szoros korreláció volt észlelhető.

Megbeszélés

A BS valamennyi klinikai rendellenességért végső soron a káliumvesztés és a következményes hypokalaemia felelős. Ezért érhető, hogy a therápiás próbálkozások középpontjában a hypokalaemia leküzdése áll. E célra kezdetben káliummegtakarító vegyületeket (spironolacton, triamteren, amilorid) alkalmaztak (12, 20, 39, 41, 44), melyeket esetünkben is kipróbáltunk. A kálium-megtakarító vegyületek hatására valamelyest emelkedett a serum kálium szint, de az alap-rendellenesség (a hyperreninaemia és a hyperaldosteronismus) — nyilván a gyógyszerek által előidézett diureticus hypovolaemia következtében (35—37) — még tovább fokozódott *(1—3. ábra)*. E gyógyszerek saját hatásukat felfüggesztették és így érthető, hogy használatuk kapcsán sok csalódásról számoltak be a BS irodalmában (44). Nem értek el jobb therápiás eredményeket a béta-receptor blokkoló kezeléssel. Esetünkben nagy propranolol-adagok alkalmazásakor a plasma renin aktivitás csökkent ugyan, de érdemleges klinikai javulás nem következett be *(1. ábra)*. Más esetekben a propranolol súlyos vérnyomáseséseket okozott, noha BS-ban — az erek angiotensin rezisztenciája miatt — ez elméletileg nem volt várható (2, 41). Csak legújabban értettük meg, hogy BS-ban a vérnyomás normális ugyan, de mégis „renin-dependens" (40): a hyperreninaemia vérnyomást emelő hatását ugyanis a hyperprosztaglandinaemia vérnyomáscsökkentő hatása éppen egyensúlyban tartja. Antirenin kezelés (Saralasin vagy béta-receptor blokkoló) a vasodilatator PG hatást előtérbe hozza és a vérnyomás leesik (40). Mivel BS-ben a hyperreninaemiát hyperprosztaglandinizmus tartja fenn (19), nyilvánvalónak látszott, hogy oki kezelést csak anti PG therápiával végezhetünk, mely egyszerre függeszti fel a vasoconstrictor (renin) és a vasodilatator PG hatását (15, 18, 48).

Az anti PG gyógyszerek alkalmazása esetünkben kiváló klinikai eredményhez vezetett: az időszakos bénulások megszűntek, az állandó gyengeség enyhült, a polydipsia és polyuria javult. A káliumürítés csökkent és a serum kálium szint is némileg emelkedett *(2. ábra)*. Valamennyi észlelt rendellenesség közül a hypokalaemia volt a legnehezebben befolyásolható. Kezelésünk alatt a serum kálium szint a normális értéket soha nem érte el, pedig az indomethacin, ill. ibuprofen mellett éveken át napi 200 mmol káliumot is adtunk. (Ha a teljes mennyiséget kálium-chloridban adtuk volna, úgy a 200 mmol kb. napi 15 KCl-nak felelne meg.)

A világirodalomban 18 év alatt eddig alig több mint 100 BS-s beteget közöltek. Adataikat áttanulmányozva szembetűnő, hogy a hypokalaemia mennyire therápia rezisztens, a serum kálium szint tartós rendezése csak kivételes esetekben sikerült. Ennek oka még nem véglegesen tisztázott. Felmerült, hogy 1. maga az indomethacin játszana ebben szerepet, 2. az alaprendellenesség (a hyperreninismus) „autonóm" vagy legalábbis nehezen supprimálható, 3. legújabban a BS-val járó primer káliumvesztés nephropathia hypothesise előtérbe került.

Az indomethacin „intrinsic mineralocorticoid aktivitását" (14) antialdosteron vegyületekkel kivédhetjük, a hypokalaemia mégis fennmarad, tehát nem a gyógyszer a felelős. A saját betegünkön végzett beavatkozások hatásai meggyőzően cáfolják, hogy BS-ban a fokozott renintermelés autonóm. Kísérletes vizsgálataink szerint a renin-aldosteron-rendszer működése BS-ban só- és vízterheléssel visszaszorítható *(4. ábra)*, sómegvonással és antikalureticumokkal fokozható *(1., 2. ábra)*. Gyengébb, de signifikáns korreláció volt kimutatható a testhelyzet változtatásakor is *(3. ábra)*.

Betegünk magasabb PG ürítése és vérszintje, valamint emelkedett PRA-ja indomethacin, ill. ibu-

CHINOIN
BUDAPEST



ENZAPROST F

ENZAPROST F

ÖSSZETÉTEL: 1 mg, ill. 5 mg dinoprostum (1 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: *Terhességmegszakítás*, amikor a TEMEB engedélyezi, függetlenül a terhesség idejétől.

Kóros terhesség megszakítása korai vagy középidős magzati halál ill. a magzat ultrahanggal, röntgennel vagy egyéb módon bizonyított, súlyos fejlődési rendellenessége (anencephalia, hydrocephalia, amelia stb.) esetén.

Szülésmegindítás a következő esetekben: méhen belüli elhalás (késői magzati halál); terhesség befejezése fejlődési rendellenességek miatt; időelőtti burokrepedés és primér fájásgyengeség; a placentáris szak kezelése.

Programozott szülésindukció, ha annak feltételei fennállnak [szövődménymentes terhesség, fejvégű fekvés — biztos terminus — 3000 g feletti magzati súly (biparletális átmérő) — a koponya megfelelő helyzete — kedvező méhszáj státusz (érett cervix) — megfelelően érzékeny méhizomzat].

●

ELLENJAVALLATOK: *Abszolút ellenjavallatok:* asthma bronchiale, colitis ulcerosa aktív szaka, sarlósejtes anaemia, glaucoma, hipertónia jelentősebb mértéke (160/100 Hgmm v. magasabb), morbus sacer, a méhen előzetesen végzett műtétek (császármetszés, myoma enucleatio).

Relatív ellenjavallatok: cardialis decompensatio, spasztikus bronchitis, aktív pulmonális tuberkulózis, nyugalmi szakban levő colitis ulcerosa, a májműködés súlyos zavarai, a méh fejlődési rendellenességei, myoma uteri. Mérlegelni kell, hogy ilyen esetben az Enzaprost F alkalmazása vagy egyéb módszer (Rivanollal való feltöltés, sactio parva) jelenti-e a kisebb kockázatot.

●

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:

1. Vetélés indukálása és kóros terhesség befejezése

Premedikáció:

A mellékhatások kivédésére és fájdalomcsillapításra a következő gyógyszerkombinációk alkalmazhatók:

Dolargan	100 mg	100 mg	100 mg	50 mg
Pipolphen	—	50 mg	50 mg	—
Atropin	0,05 mg	—	0,5 mg	0,25 mg
Seduxen	10,0 mg	—	—	—

Dolargan és Atropin adása a premedikációban mindig ajánlatos. Az ajánlott kombinációk egyikét az Enzaprost-F alkalmazása előtt közvetlenül intravénásan célszerű bejuttatni.

Az alkalmazás lehet lokális (extraamniális vagy intraamniális) vagy szisztémás (intravénás).

Az extraamniális alkalmazás kivitele:

— feltárjuk a hüvelyt és a portiót gondosan dezinficiáljuk,

— a portiót rögzítjük,

— a cervixen keresztül fiziológiás NaCl oldattal feltöltött katétert vezetünk fel — a nyakcsatorna irányának szondával való megállapítása után.

A következő típusú katétereket használjuk:

K-72-es táplálószonda
K-30-as táplálószonda
K-31-es táplálószonda
K-32-es táplálószonda
12-es Foley-katéter
2 mm lumenű félkemény műanyag katéter.

(A használt katéterek egyszerhasználatos, vagy gázsterilizált eszközök.)

— A katétert a méhfal és a petezsák között, lehetőleg a fundusig vezetjük,

— felvezetés után a katéteren szívást alkalmazunk, hogy a katéter nem jutott-e véredénybe,

— az Enzaprostot a katéteren keresztül az uterus üregébe, lehetőleg a fundusba deponáljuk.

0—6 hetes terhesség megszakítására egyszeri (impect) bevitellel 3—5 mg Enzaprost adása ajánlott. Közvetlenül a pete távozása után műszeres betapintást végzünk. Ilyen idejű terhességben a módszer alkalmazása minden kórházi osztályon javallt.

7—14 hetes terhesség megszakítása: 5 mg Enzaprost egyszeri (impact) injiciálása után a pete in toto vagy részleges távozása, a nyakcsatornának a 10-es vagy nagyobb Hegar-méretnek megfelelő tágulása következik be az esetek jelentős részében, 24 órán belül.

A terhesség nagyságának növekedésével párhuzamosan a kiürülési arány csökken.

Az Enzaprost injiciálása után 5 óra múlva hüvelyi vizsgálatot végzünk.

A peterészek távozása, vagy a nyakcsatorna ujjnyira való kitágulása után a méhűr műszeres kiürítése szükséges.

Az első befecskendezés eredménytelensége után 5—6 óra múlva hüvelyi vizsgálatot végzünk.

A peterészek távozása, vagy a nyakcsatorna ujjnyira való kitágulása után a méhűr műszeres kiürítése szükséges. Az első befecskendezés eredménytelensége után 5—6 óra múlva 5—10 mg Enzaprost adásával a kezelést megismételjük. Ilyen idejű terhességben a módszer minden kórházi osztályon alkalmazható.

15—28 hét közötti terhességek megszakítására az Enzaprost *intraaminális* bevitele ajánlható kedvezőbb hatása miatt, de adható *intravénásan* is.

A befecskendezés történhet: a hasfalon keresztül, vagy a hüvelyboltozaton keresztül.

Transzabdominális alkalmazás:

— A beteg a hólyagot a beavatkozás előtt ürítse ki,

— a hasfal bőrének dezinficiálása után helyi érzéstelenítésben amniocentézist végzünk a has középvonalában, a szeméremív felett 3—4 harántujjal, egyszerhasználatos szérum 1-es tűvel.

— a fecskendő dugattyújának visszahúzásával magzatvizet kell leszívni, ami bizonyítja, hogy a tű az amnionűrben van,

— az amnionűrbe 25 mg Enzaprost-F injiciálható. Szükség esetén a befecskendezést 8—12 óra múlva meg kell ismételni, az amniocentézis kapcsán visszahagyott műanyagkanülön keresztül.

(Amennyiben a fecskendő visszaszívásakor vér vagy véres magzatvíz ürül, az Enzaprost befecskendezésétől el kell állni. A beavatkozás előtt ultrahanggal a placenta tapadási helyét meg kell állapítani.)

Behatolás a hüvelyboltozaton keresztül:

— a hólyagot ki kell üríttetni,

— feltárással a hüvelyt és a hüvelyboltozatokat dezinficáljuk,

— a portiót golyófogóval rögzítjük,

— a hátsó, esetleg az elülső boltozaton keresztül az amnionűrbe hatolunk,

— néhány ml magzatvíz leszívásával meggyőződünk a tű megfelető helyzetéről,

— tiszta magzatvíz nyerése esetén 25 mg Enzaprost-F-et fecskendezünk a magzatvizbe, ami ismételhető.

A méhtevékenységet folyamatosan ellenőrizni kell tapintással, tokográffal és a méhszáj tágulásának időnkénti vizsgálatával. Eredménytelenség esetén 8—12 óra múlva az Enzaprost adását megismételjük és szükség esetén Oxytocin infúzióval egészítjük ki. Amennyiben a vetélés 12 órán belül nem fejeződik be, a terhes még gondosabb ellenőrzése (pulzus, hőmenet, fvs.) szükséges.

A terhesség ilyen időszakában mindkét módszer megyei kórházi vagy magasabb szintű osztályon alkalmazható.

Intravénás alkalmazás:

500 ml 5%-os glukóz, vagy 0,45%-os NaCl oldatba 10—20 mg Enzaprost-F-et teszünk. Ennek 1 ml-e 20—40 mikrogrammot tartalmaz. Az oldatból a tűrhetőség határáig és a fájások kialakulásáig (15—28 hét közötti terhességek megszakítására) percenként 0,5—1 ml-rel kezdve, maximálisan 2 ml/percre emelve kell folytatni az infúziót mindaddig, amíg kielégítő méhtevékenység nincs. Ezután az infúziót maximálisan 12 órán át ajánlatos folytatni. Eredménytelenség esetén 12 órás szünet után az infúzió megismételhető, önmagában, vagy Oxytocinnal kiegészítve.

A módszer alkalmazása — szülőotthonok kivételével — kórházi osztályon megengedhető.

A kevesebb mellékhatás miatt elsősorban a lokális alkalmazás ajánlható.

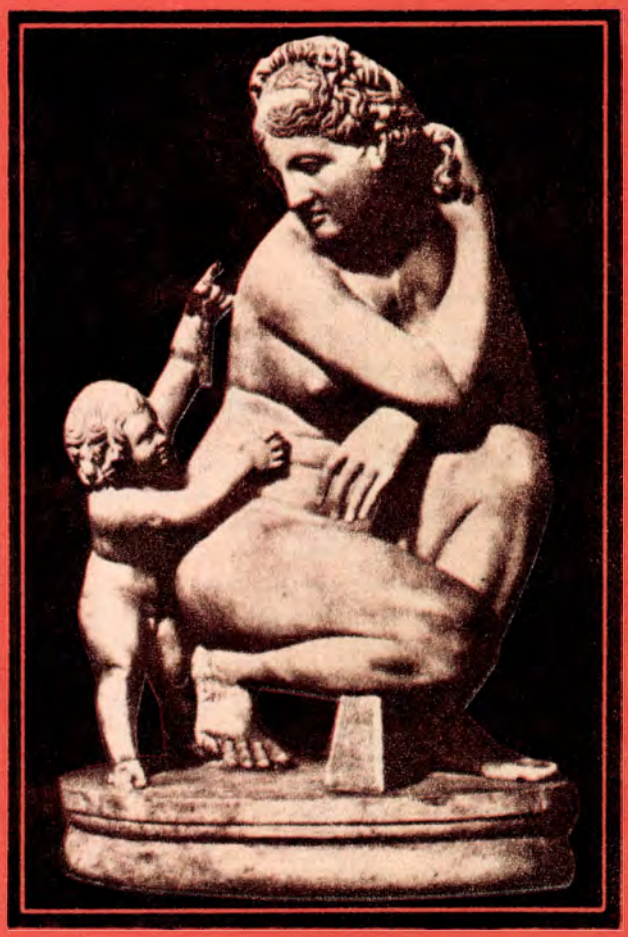
2. *Szülésmegindítás, programozott szülésindukció*

Az indukció eredményességét nagymértékben befolyásolja a szülészeti státusz (parturitás, a cervix és a myometrium érettsége, Bishop érték). Alapelv, hogy a lehető legkevesebb mennyiség alkalmazásával fejezzük be a szülést. Ez Enzaprost tekintetében 1—5 mg összdózist jelent és a sebességi ráta 9—15 (ug)min.

Az alkalmazás módja

A különböző adagolási sémák lényege, hogy a dózist meghatározott időszakonként emeljük és azt a mennyiséget, amely hatásosnak bizonyul, változatlanul tartsuk fenn a lepényi szak lezajlásáig. A méhtevékenység megfelelő ellenőrzésével a kezdő adag 2—3 ug/min. iv. infúzióban, amit 20—30 percenként lehet emelni, esetleg megkétszerezni, de 35—40 ug/min. adag szint fölé nem szabad menni. Ezzel az ún. dózis-titrációs módszerrel azért is óvatosan kell bánni, mert majd a később részletezendő hiperstimuláción kívül azt eredményezheti, hogy a nagyobb adagok a méh alsóbb részeit is serkentik, megszűnik a fundus dominancia és elvész a progresszív méhtevékenységet keltő hatás.

Az iv. alkalmazás az esetek döntő többségében eredményes és csak kivételesen észlelhető az uterus reakciókészségének hátránya. Intravénás adagoláskor 500 ml fiziológiás NaCl-oldatba



5 mg Enzaprostot teszünk és 2—3 ug/min sebességgel infundáljuk, amit a méhtevékenység alakulásának megfelelően fokozhatunk.

Az adagolás során tekintettel kell lenni arra, hogy olykor viszonylag hosszabb látens fázis után igen gyorsan bontakozik ki az aktív fázis. Ez a dózisfokozásban óvatosságra int.

Az alkalmazás feltételei

A hiperstimuláció lehetősége miatt feltétlenül szükséges a prosztaglandinnal megindított szülések monitorizálása. A méhtevékenységet külső tokográfiával kell ellenőrizni, a magzati szívműködés frekvenciáját pedig vagy külső ultrahang-technikával, vagy direkt EKG elektród felhelyezése útján.

A gyógyszerbevitel egyenletesebbé tétele érdekében célszerű, sőt szövődményes terhesség esetén szükséges infúziós pumpa alkalmazása. Erre a célra — egyesek szerint — jól bevált a Cardiff-infúziós rendszer.

A) *Szülésmegindítás prosztaglandinokkal, orvosi javallat alapján*

A szülésmegindítás ismertetett javallataival ellentétben az Enzaprost-F a fokozott kockázatú terhességek befejezésére nem ajánlható. Túlhordás, súlyosabb toxaemia eseteiben a prosztaglandinok alkalmazásával szemben számos kétség merül fel. Ha a lepényi gáz- és anyagcsere eleve beszűkült, a placenta nem rendelkezik kellő rezerv-kapacitással, sokkal jobban kell félni a hiperstimuláció lehetőségétől, ami a magzat szempontjából végzetes lehet. Ilyen esetekben a kevesebb kockázattal járó Oxytocinos indukció javasolható.

A szülésmegindítás módja

Az indukció előtt hüvelyi vizsgálatot kell végezni. Ennek során a burok alsó pólusát körkörösen leválasztjuk az elérhető magasságig. Ezt követi a burokrepesztés. Helyes, ha a burok megrepesztése amnioszkópon keresztül történik. A felvezetett amnioszkópos csövön át hosszú tűvel lassan bocsájtjuk le az elővizet, majd a burkon ejtett nyílást megnagyobbítjuk. Célszerű 1/2—1 órát várakozni és csak ezen latencia idő után kezdeni a gyógyszeres fájdalomkeltést.

B) *Szülésmegindítás programozott szülés céljából*

Programozott szülésmegindításoknál, amelyek feltételezik a kedvező méhszáj státuszt, a méhizom megfelelő érzékenységét, a kedvező Bishop értéket, egyaránt alkalmazható mind az Oxytocin, mind a prosztaglandin.

A szülésmegindítás módja programozott szüléseknél sem tér el az A) pont alatt részletezettektől. A műszeres ellenőrzés itt is kötelező.

A prosztaglandinokkal végzett szülésmegindításoknak visszavisszatérő problémája a méh hiperstimulációja. A magzat szempontjából a legveszélyesebb jelenség ezen belül az alaptónus emelkedése. Rendkívül fontos hangsúlyozni hogy nemcsak túladagoláskor, hanem kisadagok (2—10 ug/min) esetében is felléphet hiperstimuláció. Az alaptónus emelkedése, a polisziszstolés (6—7 méhkontrakció/10 perc) méhtevékenység, a magzat intrauterin gázcseréjét károsan befolyásolja. A hiperstimuláció prosztaglandin adagolásakor sokkal gyakrabban fordul elő, mint Oxytocin adagolás esetén. Ez a reális szövődmény indokolja, hogy a prosztaglandinokkal megindított szüléseket kardiotokográfiával ellenőrizzük. Akut szülés alatti distress esetén a prosztaglandin adagolását meg kell szüntetni, de szükség lehet béta-mimetikumok alkalmazására is.

Partusisten infúzióval leállítható a kóros méhtevékenység, és az alaptónus, valamint a kontrakciók intenzitásának csökkenésével javul a magzat állapota. Ha ez nem vezet eredményre, a szülést műtéttel kell befejeznünk.

●

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor- és bélpanaszok (hányinger, hányás, hasmenés, bélgörcsök), a méh összehúzódásával járó alhasi görcsök, szapora szívműködés, fejfájás. Előfordulhat továbbá átmeneti vérnyomásemelkedés vagy -esés, bronchospasmus okozta átmeneti nehézlégzés, verejtékezés, ájulásérzés, allergia.
Szisztémás adagoláskor a mellékhatások gyakoribbak és súlyosabbak, mint helyi (extra- és intraamniális) alkalmazás után.

●

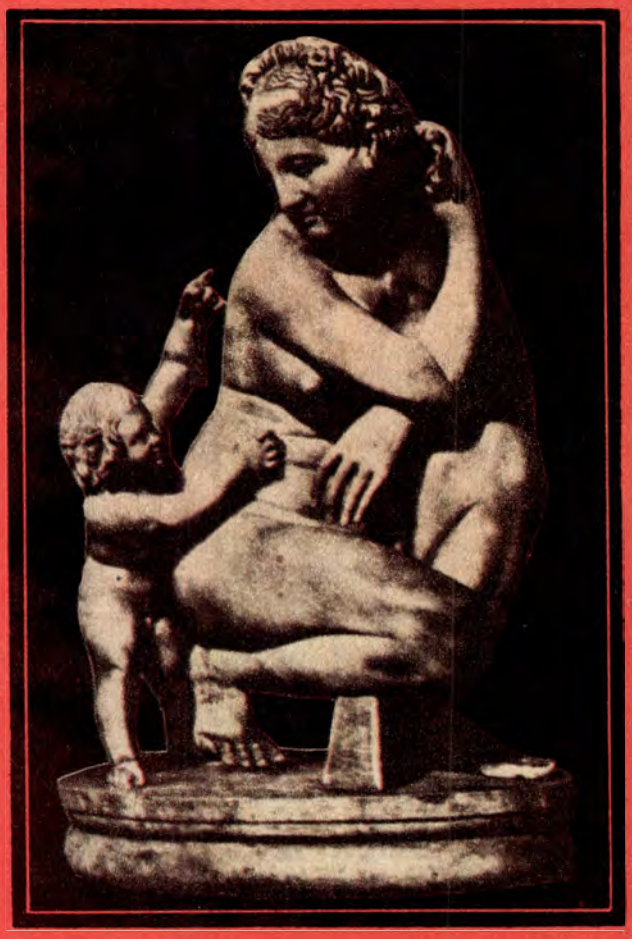
FIGYELMEZTETÉS: Latens asztma vagy spasztikus bronchitis esetén a kezdő adag hatására heveny légúti szűkület állhat elő, ezért ezen szövődmény elhárítására fel kell készülni. Amennyiben cardialis decompensatioban alkalmazzák a készítményt, gondoskodni kell a szívműködés megfelelő gyógyszeres támogatásáról.

●

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

●

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (1 mg) 22,80 Ft; 5 amp. (5 mg) 108,— Ft.



profen hatására lényegesen csökkent *(1., 2. ábra)*. Ez alátámasztotta, hogy BS-ban a hyperreninaemiáért a fokozott PG termelés felelős (18). A hyperaldosteronismusért a hyperreninaemia felelős elsősorban, de a hyperprosztaglandinaemia közvetlen mellékvesekéreg hatása is igazolt (7, 45). Ezért az első megtekintésre kissé meglepő volt, hogy az anti PG kezelés viszonylag szerényen hatott a PA-ra szintre, vagyis a PA sokkal kevésbé csökkent, mint a PRA *(1. táblázat)*. Ez is logikus azonban, ha figyelembe vesszük, hogy a káliumveszteségnek suppressiv hatása van az aldosteron képzésre, az anti PG kezelés viszont enyhítette a káliumveszteséget. Jól ismert, hogy a szervezetnek káliummal való feltöltése fokozza a mellékvesekéreg érzékenységét az angiotensin stimulatio iránt. Esetünkben a reninszinthez képest relatíve emelkedő PA értékeket az *1. táblázatban* a növekvő PA/PRA hányadossal tudjuk demonstrálni. *Az anti PG-kezelés csapdája ez: a prosztaglandin-renin-aldosteron rendszer gátlásával kálium-visszatartást okoz, ami viszont fokozza az aldosterontermelést.* Mivel az anti PG kezelés során a suppressio ritkán tökéletes (esetünkben sem volt teljes), a fennmaradó hyperreninaemia és a viszonylag fokozódó hyperaldosteronismus nyilvánvaló akadálya az alacsony serum kálium szint teljes rendezésének.

Bartter jelenlegi álláspontja szerint a hyperprosztaglandinaemia-hyperreninismus-hyperaldosteronismus-pathophysiológiai lánc lényegében secundaer (4). A „legproximálisabb" hiba a vese primer PG-tól és aldosterontól független kálium vesztése (4, 9, 17, 26). Ez az elsődleges káliumveszteség PG szintézisre vezet (4), majd — a fenti pathophysiológiai lánc közvetítésével — hyperaldosteronismus útján secundaer renalis káliumveszteséget okoz.

Betegünk koncentrálási zavarát az indomethacin rendezte, mivel a PG-oknak ADH-t antagonizáló hatásuk van (1, 5, 28, 44). Az indomethacin kezelés alatt adott DDAVP (26—30) kifogástalan concentráló képességet igazolt.

Összefoglalás: A szerzők familiáris Bartter-syndromás (BS) esetükben a diagnózist a klasszikus klinikai kép, hypokalaemiás alkalosis, angiotensin rezisztencia, magas plasma renin és aldosteron szint, fokozott serum prosztaglandin szint és prosztaglandin ürítés, valamint a vesebiopsia alapozta meg. Nagyfokú klinikai javulást észleltek antiprosztaglandin készítmények (indomethacin és ibuprofen) hatására, szemben a lényeges klinikai változást nem hozó antikalureticus gyógyszerekkel (spironolacton, amilorid). Az eltérő hatás okát megtalálták abban, hogy a BS egyik alap-rendellenességét, a hyperreninaemiát az antiprosztaglandinok gátolták, míg az antikalureticumok fokozták. Az antiprosztaglandin kezelés csökkentette a vér- és vizelet prosztaglandint és ezzel nagyfokban korlátozta a hyperreninaemiát, de alig befolyásolta a plasma aldosteron szintet. A világirodalomban közölt számos BS-s beteghez hasonlóan a hypokalaemia szerzők esetében is részben therapia rezisztens volt, amiben — vizsgálataik alapján — éppen a kálium repletiós kezelés aldosteron termelést növekvő befolyása is szerepet játszhatott. A szerzők eredményei is mutatják, hogy az antiprosztaglandin kezelés klinikai és laboratóriumi hatásainak megismerése mennyire hozzájárul a BS pathogenesisének megértéséhez. BS-ban a primer renalis káliumvesztés-hyperprosztaglandinaemia-hyperreninismus-hyperaldosteronismus láncreakció előidézésével további (secundaer) káliumvesztéshez vezet, ami a kórkép klinikai megnyilvánulásáért felelős.

IRODALOM: 1. *Anderson, R. J. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1975, *56*, 420. — 2. *Bartter, F. C. és mtsai:* Am. J. Med. 1962, *33*, 811. — 3. *Bartter, F. C.:* Birth Defects. 1974, *10*, 104. — 4. *Bartter, F. C.:* Mineral Electrolyte Metab. 1980, *3*, 61. — 5. *Berl, T. és Schrier, R. W.:* J. Clin. Invest 1973, *52*, 463. — 6. *Bowden, R. E. és mtsai:* JAMA. 1978, *239*, 117. — 7. *Campbell, W. B. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1979, *64*, 1552. — 8. *Cannon. P. J. és mtsai:* Medicine. 1968, *47*, 107. — 9. *Chaimowitz, C. és mtsai:* Pediat. Res. 1973, *7*, 89. — 10. *Cope, C. L. és Pearson:* J. Brit. Med. J. 1963, *2*, 1385. — 11. *De Planque, B. A. és mtsai:* Clin. chim. Acta 1976, *11*, 270. — 12. — *Donker, A. J. M. és mtsai:* Nephron. 1977, *19*, 200. — 13. *Dray, F.:* Clin. Sci. Mol. Med. 1978, *54*, 115. — 14. *Feldman, D. és Couropmitree, C.:* J. Clin. Invest. 1976, *57*, 1. — 15. *Fichman, M. P. és mtsai:* Am. J. Med. 1976, *60*, 785. — 16. *Garin, E. H. és mtsai:* Amer. J. Dis. Child. 1980, *134*, 258. — 17. *Gill, J. R. és Bartter, F. C.:* Am. J. Med. 1978, *65*, 766. — 18. *Gill, J. R. és mtsai:* Am J. Med. 1976, *61*, 43. — 19. *Golub, M. S. és mtsai:* Circulation Res. 1976, *39*, 574. — 20. *Gyódi Gy., Juhász K. és Wilhelm O.:* Orv. Hetil. 1974, *115*, 2497. — 21. *Haber, E. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. 1969, *29*, 1349. — 22. *Hornych, A., Weiss, Y., Safer, M.:* Enlop. J. Clin. Invest. 1976, *63*, 14. és Clin. Sci. 1975, *49*, 459. — 23. *Kaplan, N. M. és Silan, J. G.:* J. Clin. Invest. 1964, *43*, 659. — 24. *Ito, T. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. 1972, *34*, 106. — 25. *Kornerup, H. J. és mtsai:* Acta med. Scand. 1978, *204*, 235. — 26. *Khuri, R. N. és mtsai:* Am. J. Physiol. 1975, *228*, 1249. — 27. *Littlewood, J. M., Lee, M. R. és Meadow, S. R.:* Arch. Dis. Child. 1978, *53*, 43. — 28. *Lum, G. M. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1977, *59*, 8. — 29. *Radó, J. P. és mtsai:* Metabolism. 1974, *23*, 1057. — 30. *Radó, J. P. és mtsai:* Endokrinologie 1975, *66*, 184. — 31. *Radó, J. P. és mtsai:* J. Clin. Pharm. 1976, *16*, 518. — 32. *Radó, J. P. és mtsai:* Int. J. Clin. Pharm. Biopharm. 1976, *13*, 199. — 33. *Radó, J. P. és mtsai:* Pharmacology, 1977, *15*, 40. — 34. *Radó, J. P. és mtsai:* Int. J. Clin. Pharmacol. 1978, *16*, 22. — 35. *Radó, J. P., Marosi, J. és Takó, J.:* Endokrinologie 1970, *57*, 46. — 36. *Radó, J. P., Sawinsky, I. és Juhos, É.:* Int. J. Clin. Pharmacol. 1976, *14*, 163. — 37. *Radó J.:* Gyógyszereink 1980, *30*, 49. — 38. *Richards, C. J. és mtsai:* Circulation 1978, *58*, 544. — 39. *Robson, W. L., Arbus, G. S. és Balfe, J. W.:* Amer. J. Dis. Child. 1979, *133*, 636. — 40. *Rudin, A. és mtsai:* Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1979, *39*, 543. — 41. *Samn és mtsai:* Pediat. 1976, *10*, 971. — 42. *Schwarz, H. A. és mtsai:* Mineral Electrolyte Metab. 1978, *1*, 288. — 43. *Silverberg, A. B. és mtsai:* Amer. J. Med. 1978, 231. — 44. *Simatupang, T. A., Radó, J. P., Boer, P.:* Int. J. Clin. Pharm, 1978, *16*, 14. — 45. *Spät, A. és Józan, S.:* J. Endocr. 1975, *65*, 55. — 46. *Zusman, R. M. és Keiser, H. R.:* J. Clin. Invest. 1977, *60*, 215. — 47. *Sutherland, L. E. és mtsai:* Acta paediat. Scand. 1970, suppl. 201. p. 1. — 48. *Verberckmoes, R. és mtsai:* Kidney Int. 1976, *9*, 302.

VENORUTON

kapszula, injekció — H 600 Antivaricosica

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

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az odemea-készség, vagy meglevő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.
Krónikus vénás insufficientiában (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 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).
A arteriás rendser 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 therápia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).
Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3 × 1–2 kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:
Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.
A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

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

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula,	térítési díja: 31,80 Ft.
20 ampulla,	térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Radiológiai Klinika
(igazgató: Török István dr.) és
II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)

Echographia a gyermekgyógyászati diagnosztikában

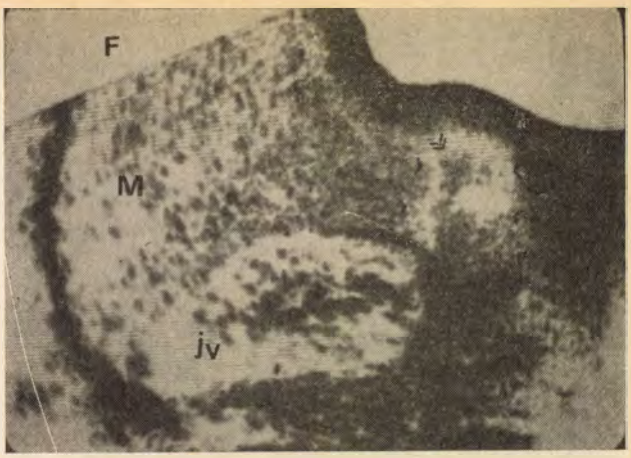
Harkányi Zoltán dr., Török István dr. és Várady Sándor dr.

A kétdimenziós ultrahangvizsgálat a felnőttek hasi betegségeiben sok helyen rutin eljárásnak számít, a komplex radiológiai diagnosztika szerves része. A gyermekgyógyászati felhasználás lehetőségeit tárgyaló közlemények és monográfiák alapján ma már körvonalazható a kórképek azon csoportja, melyben az echographiának jelentősége van (3, 12, 21, 25, 31, 35, 41). A 70-es évek elején ún. bistabil technikával dolgoztak, az újabban megjelent gray—scale módszer, valamint a fókuszált transducerek alkalmazása, jobb feloldású, diagnosztikailag több információt nyújtó metszeti képek készítését teszi lehetővé. A módszer független a vizsgált szervek funkciójától, ami azt is jelenti, hogy károsodott szervműködés esetén, ill. ha a kontrasztanyag alkalmazása nemkívánatos, az echographia használható eljárás.

A csecsemők és gyermekek vizsgálatában kiemelkedő jelentősége van annak a ténynek, hogy mai tudásunk szerint, a diagnosztikában használt ultrahangdózisok genetikai károsító hatással nem rendelkeznek (8, 11, 17, 28). A kockázatmentesség tényéből következik, hogy a vizsgálat szükség szerint ismételhető, vagyis a folyamatos ellenőrzés, a kezelés egyéni tervezése valósítható meg. Gray—scale echographiával szerzett tapasztalatainkat, továbbá az irodalom fontosabb adatai alapján az echographia főbb indikációit foglaljuk össze közleményünkben.

Máj és epeutak

Echographiával a máj alakja, helyzete és nagysága ítélhető meg, ily módon a hepatomegaliák objektív vizsgálata lehetséges. A gyermekeken scintigraphiával és ultrahanggal végzett májméret-meghatározások között jó egyezést találtak (22). Gray—scale technikával a normális májparenchyma közel azonos amplitudójú, finom belső echókat tartalmaz, a parenchymán belüli primaer és áttéti daganatok, cysták 1,0—1,5 cm felett nagy pontossággal kimutathatók (27; *1. ábra*).

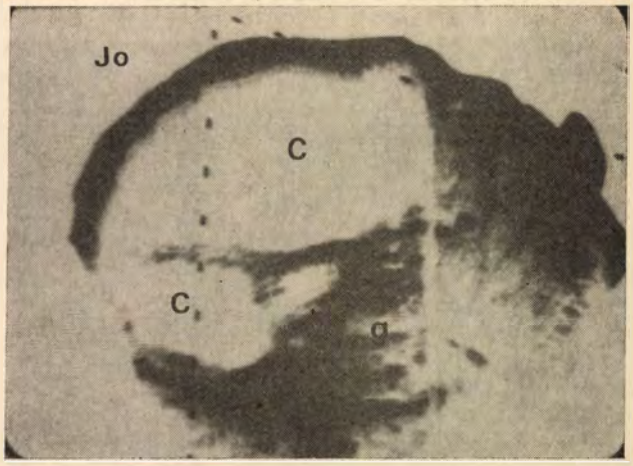


1. ábra: Wilms-tumor máj-metastasisának echo-képe, longitudinális metszet. A máj (= M) jobb lebenyéhez kapcsolódó tumorszövet látható (nyilak jelzik) 5 és $^1/_2$ éves leány
(F = fej felől, jv = jobb vese)

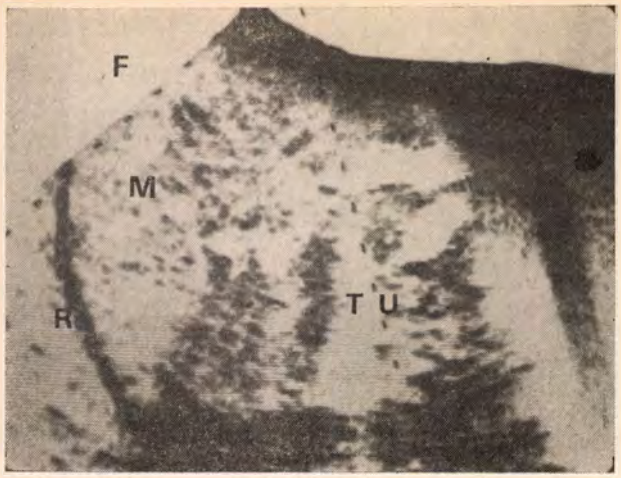
A normális tágasságú intrahepatikus epeutak nem láthatók, tágult epeutak 4 mm felett ábrázolhatók, mely a sárgaság differenciáldiagnosztikájában értékesíthető jel (40). Gyermekeken inkább tumor vagy nyirokcsomó okozta obstructióval kell számolni (12). Epehólyagkövek kimutatásában a gray—scale echographia pontossága eléri a röntgenvizsgálat pontosságát (43). Gyermekkori epehólyag-kövesség és kő nélküli akut epehólyag hydrops eseteiről számoltak be, melyekben az echographia diagnosztikus értékű volt (23, 29).

Vese és retroperitoneum

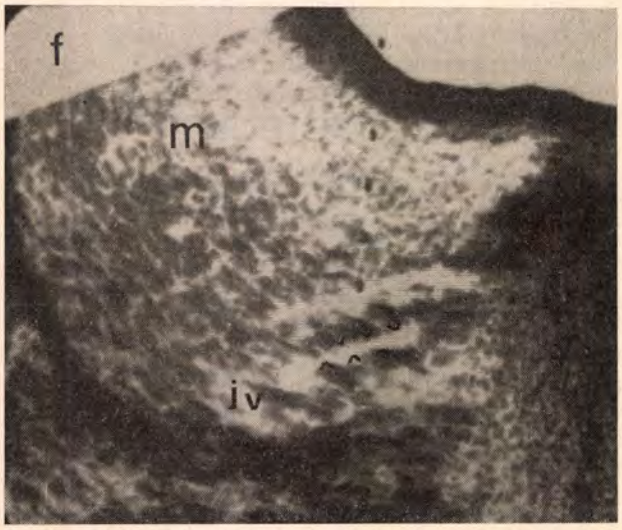
Gyakoriságánál fogva a vese ultrahangvizsgálata kiemelkedik az indikációk közül, ezt tükrözi az e témakörben megjelent publikációk száma is



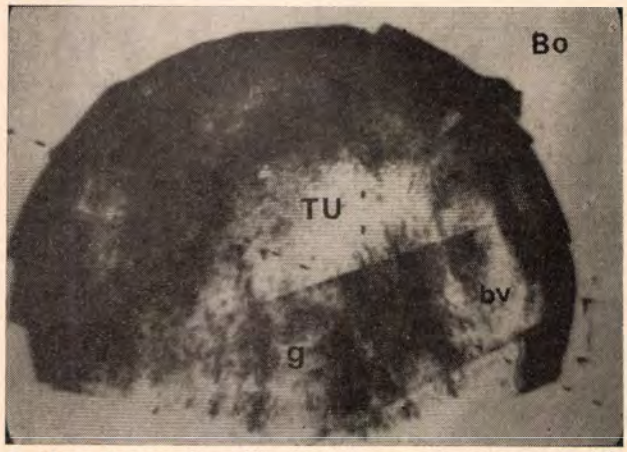
2. ábra: Újszülött multicystás veséje, transzverzális metszet. A jobb hasfelet kitöltő cystosus (c) képletet, szeptumok tagolják kisebb részekre
(jo = jobb oldal, g = gerinc)



3. ábra: Wilms-tumor echo-képe, longitudinalis metszet. A máj alatt (= m) megnagyobbodott, szabálytalan kontúrú szolid terime ábrázolható, melynek centruma a necrosisnak megfelelően cystosus (tu), 2 és $^1/_2$ éves leány
(F= fej felől, R = jobb rekesz)



4. ábra: Mérsékelt fokú **hydronephrosis** echo-képe, longitudinalis metszet. A normális nagyságú vese üregrendszeri echocsoportján belül cystosus sáv húzódik (nyilak jelzi), mely pangásra jellemző (5 éves leány)
(= fej felől, m = máj, jv = jobb vese)

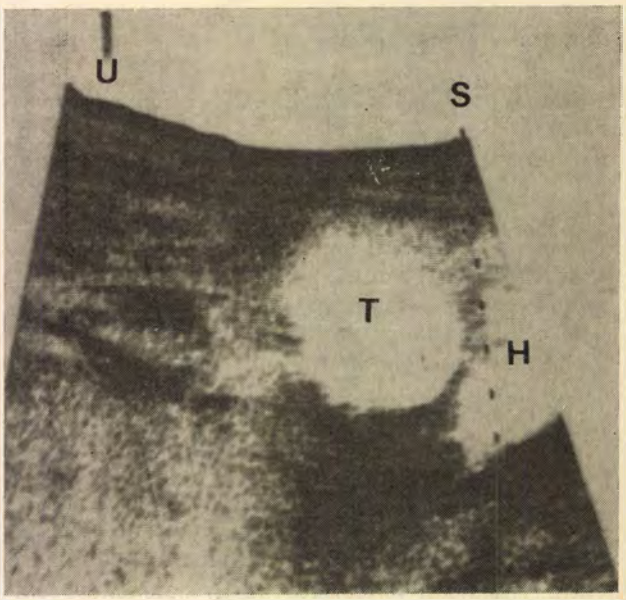


5. ábra: **Retroperitoneális tumor,** neuroblastoma echo-képe, transzverzális metszet. A bal vese (bv) medialis oldalán, szabálytalan kontúrú, szolid képlet (tu) (Bo = bal oldal, g = gerinc)

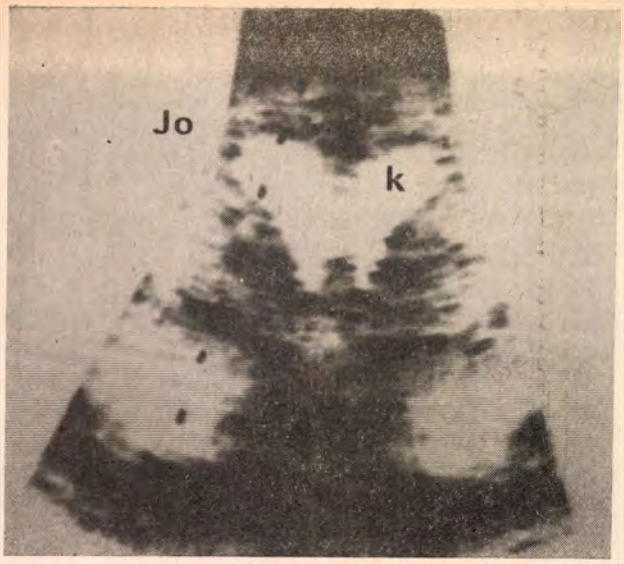
(19, 37, 38, 42). A gray—scale felvételen elkülöníthető a vese üregrendszeri echocsoportja a parenchymától, gyakran a kéreg- és velőállomány határa is felismerhető (36). Egyszerű cysták, multicystás, polycystás vese jellegzetes echoképet ad, a vizsgálat gyakran önmagában diagnosztikus értékű (4, 19; *2. ábra).* A gyermekkori malignomák között vezető helyet foglal el a *Wilms-tumor,* mely szintén az indikációk közé sorolandó (24; *3. ábra).* Akut leukémiában a vese infiltratióját figyelték meg körülírt transsonikus gócok formájában (13).

A vese üregrendszeri echocsoportján belüli echomentes terület pangásra utal, a hydronephrosis érzékenyen detektálható. Az echographia az ellenőrzés értékes eszköze, így elkerülhető az ismételt urographiák okozta sugárexpozíció (20; *4. ábra).* A vese egyéb fejlődési rendellenességei közül az agenesiát és az ectopiás vesét említjük meg (19). *Az ultrahangvezérelt célzott biopszia* és *punkció* a vese diagnosztikában is jól bevált eljárás (14). Újszülöttkori mellékvesevérzés felismerésében, ha a kórkép lefolyása a vizsgálatok elvégzését megengedi, az echographia és urographia együttes alkalmazása diagnosztikus értékű (30, 33). *A neuroblastoma* jellegzetes echoképet ad: szolid, inhomogén, körülírt képlet, melynek a centruma gyakran echomentes a necrosisnak megfelelően (5; *5. ábra).* A tumorszövet háromdimenziós ábrázolásán túl, a daganat és a hasi nagyerek viszonya megítélhető, a kemo- és sugárterápia eredménye objektíven lemérhető, esetleges recidiva kimutatására is ajánlható a módszer. Malignus lymphomákban a megnagyobbodott retroperitonealis nyirokcsomók ábrázolhatók, ezzel egyidejűleg a máj és a lép érintettségéről is vélemény adható (21).

A *pancreas gyermekeken* általában kiválóan látható, de a pancreas betegségei szerencsére ritkák.



6. ábra: Kismedencei teratoma felvétele, longitudinalis metszet. A húgyhólyag felett körülírt terime látható (T) (U = köldök, S = symphysis magassága)



7. ábra: Újszülött agyi echo-felvétele, a nagykutacson keresztül (5 MHz). Tágult agykamrák láthatók, hydrocephalusra jellemzően (jo = jobb oldal)

Kismedence

Leánygyermekek kismedencei daganatai, így a szolid és cisztózus ovarialis tumorok, a sexualis fejlődés zavarai tartoznak a vizsgálat indikációi közé (15, 26; *6. ábra*). Fiúgyermekek leszállásban elmaradt heréi lokalizálhatók echographiával (32).

Hasi folyadékgyülemek

Az irodalomban szabad hasi folyadékgyülem, tályog, haematoma, mesenterialis és omentum cysták echographiás jellemzőiről számoltak be a szerzők. Ha az elkülönítő diagnózis nem is mindig lehetséges, a méret és lokalizáció meghatározása sokszor értékes a kezelés tervezésekor (6, 16).

Újszülött- és csecsemőagy

Az egydimenziós echoencephalographiát évtizedek óta alkalmazzák a gyermekgyógyászati diagnosztikában (34), *Dewbury és mtsai* (9) a nagykutacson át, kontakt scanneléssel jó minőségű metszeti képeket nyertek csecsemők agyáról. A módszer elsősorban a *hydrocephalus* felismerésében, ellenőrzésében bizonyult értékesnek *(7. ábra)*.

Pajzsmirigy

A pajzsmirigy göbök, különösen az izotópot nem halmozó ún. „hideg" göbök elkülönítő diagnosztikájában az echographia értékes eszköz. Sugárexpozíció nélkül, a pajzsmirigy szerkezeti elemzése elvégezhető vízfürdő alkalmazásával végzett echographiával.

Emlő

Gyermekkorban ha ritkán is, de találkozunk benignus, igen ritkán malignus emlődaganatokkal. A röntgen mammographia sem fizikai, sem genetikai szempontból, nem járható út, az ultrahang mammographia alternatív lehetőséget kínál.

Módszer és betegek

Az echographiát Picker Echoview 80L típusú gray—scale készülékkel végeztük a vizsgálat típusa és a gyermekek testmérete szerint, 2,25—3,5—5,0 MHz-es fókuszált transzducereket használtunk. Mindig a lehetséges legmagasabb frekvencián dolgoztunk az optimális feloldás érdekében, a készülék erősítését szintén egyénileg állítottuk be. A módszer fizikai és technikai vonatkozásait illetően utalunk már megjelent magyar nyelű közleményekre (39, 43).

2 nap és 15 év közötti, 101 csecsemőt és gyermeket vizsgáltunk. Az 1—2 év közötti gyermekek vizsgálata különös gondot jelent, tekintettel a mozgási—légzési kooperáció hiányára (12). Gyógyszeres nyugtatást nem alkalmaztunk. A kórfolyamatok változásainak követésére ellenőrző vizsgálatokat végeztünk, így pl. máj metastasis kemoterápiás, hydronephrosis műtéti kezelése után, ill. újszülöttek agykamra-méretváltozásainak követésére. Technikailag sikertelen vizsgálatunk

Ultrahangvizsgálat újszülött és gyermekkorban

Diagnózis	Esetszám
Máj és epeutak	
hepatomegalia	9
metastasis hepatis	3
diffúz máj-laesio	4
normális máj	3
epehólyagkövesség	1
Összesen	20
Vese	
hydronephrosis	7
multicystás vese	1
polycystás vese	1
Wilms tumor (recidiva)	5
hypoplasia, agenesia	6
transplantált vese	1
parenchymás vesebetegség	2
negatív	11
Összesen	34
Retroperitoneum	
neuroblastoma (primer és recidiva)	8
malignus lymphoma	3
mellékvese tumor (recidiva)	3
teratoma metastasis	1
pancreas cysta	2
negatív pancreas lelet	2
Összesen	19
Kismedence	
teratoma (primer és recidiva)	3
lymphangioma	1
lymphoma	1
negatív lelet	3
Összesen	8
Újszülött agy	
hydrocephalus	7
negatív lelet	13
Összesen	20

3 esetben volt. Az újszülöttek lehűlését melegítőpárnával lehet megakadályozni. Előkészítést általában nem kértünk; a felső hasfél vizsgálatakor nagyobb meteorizmus, vagy a gyomorban, belekben maradt bárium zavarhat. Az epehólyag vizsgálatához éhgyomorral kell jönni, a kismedence echographiájának feltétele a telt húgyhólyag.

Az echographia eredményét legalább egy, egyéb radiológiai (röntgen, izotóp, angiographia) módszerrel ellenőriztük, 15 esetben műtét és szövettani kontroll is rendelkezésre állt.

Eredmények

A 101 betegben végzett, 150 vizsgálat diagnózis szerinti megoszlását *táblázatban* tüntettük fel. Hasi ultrahang-vizsgálatainkból csak azokat az eseteket értékeltük, amikor az echographia leletét egyéb radiológiai módszerek vagy műtét megerősítette. Az agyi vizsgálatokban klinikai kontroll állt rendelkezésre, kivéve a négy hydrocephalus esetet, amelyekben műtét történt. Tekintettel arra, hogy a kizáró ultrahangleletek esetén, gyakran egyéb invazív vizsgálat nem történt, a téves negatív leletek számát nem ismerjük pontosan téves pozitív eredményről nem tudunk. A *máj* vizsgálataink közül kiemeljük a metastasisokat, mindhárom pozitív leletünk helyesnek bizonyult.

A legnagyobb számban *vese*vizsgálatokat végeztünk. A vese cystosus elváltozásait minden esetben helyesen ismertük fel, meg kell jegyezni, hogy a multicystás vese és a hydronephrosis közötti elkülönítés nem mindig lehetséges csupán ultrahanggal. Vese agenesia eseteiben a vese hiányát regisztráltuk. A gyermekkorban vezető malignomák közé tartozó neuroblastoma feltétlenül az indikációk közé tartozik. Két traumás *pancreas* cysta esetünkben, egyéb módon alig nyerhető információkat kaptunk.

A *kismedencei* daganatok echographiával jól detektálhatók, és a műtéti terv felállításában jelentős segítséget adhatunk.

Kedvező tapasztalatokat szereztünk a nagykutacson át végzett *agyi* echographiával, az újszülöttek kamrarendszeréről részletgazdag metszeti képeket nyertünk (18).

Megbeszélés

A 70-es évek elején sorra jelentek meg összefoglaló közlések a gyermekgyógyászati echographia lehetőségeiről. Az utóbbi években már az egyes szervek, ill. egyes kórformák echographiás jellemzőiről is részletes ismereteket olvashatunk. A hazai gyermekradiológiai ellátásban az echographia eddig ritkán került felhasználásra. Ennek kézenfekvő magyarázata a korszerű készülékek és képzett vizsgálók hiányában keresendő. Az ultrahangvizsgálat részben helyettesíti, részben jól kiegészíti hagyományos röntgen- és izotóp módszereinket, segítségével olyan, klinikailag hasznos információkhoz jutunk, melyeket egyébként nem, vagy csak invazív eljárásokkal szerezhetünk meg. A komputer tomographia még azonos teljesítőképesség mellett is hátrányban marad az echographiával szemben, tekintettel arra, hogy ionizáló sugárzással dolgozik. Az echographia korlátai között meg kell említeni, hogy a csonttal fedett szervek nem vizsgálhatók ultrahanggal, a feloldóképesség határai nem hagyhatók figyelmen kívül, a mozgási—légzési kooperáció hiánya csökkentheti a vizsgálat értékét. Hangsúlyozni kell, hogy a technikai fejlődés még nem zárult le, megjelentek a nagy feloldású real—time scannerek, melyek valószínűleg a gyermekgyógyászati ultrahang-diagnosztika lehetőségeit is szélesítik (2).

Összefoglalás: A gray—scale echographia egyre növekvő jelentőségű vizsgálómódszere a gyermekgyógyászati diagnosztikának is. A szerzők másfél év alatt 101 csecsemő és gyermek 150 echographiás vizsgálatát végezték el. Kedvező tapasztalatokat szereztek különböző hasi szervek, valamint újszülöttek agyi ultrahangvizsgálatával. A közleményben összefoglalják a módszer fontosabb indikációit.

IRODALOM: 1. *Baker, M. L., Dalrymple, G. V.:* Radiology, 1978, *126*, 479. — 2. *Bartrum, R. J., Crow, H. C.:* Radiology, 1979, *133*, 823. — 3. *Bearman, S., Sanders, R. C., Sang, K.:* Radiology, 1973, *108*, 111. — 4. *Bearman, Sh. B., Sanders, R. C.:* Radiology, 1976, *118*, 685. — 5. *Berger, P. E., Kuhn, J. P., Munschauer, R. W.:* Radiology, 1978, *128*, 663. — 6. *Boultbee, J. E., Loyd, D. A.:* Brit. J. Rad., 1979, *52*, 899. — 7. *Brasch, R. C. és mtsai:* Amer. J. Roent., 1980, *134*, 153. — 8. *Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1971, *112*, 412. — 9. *Dewbury, K. C., Aluwihare, A. P. R.:* Brit. J. Rad., 1980, *53*, 81. — 10. *Ellenbogen, P. H. és mtsai:* Amer. J. Roent., 1978, *130*, 731. — 11. *Falus M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, *113*, 412. — 12. *Gates, G. F.:* Atlas of abdominal ultrasonography in children. Churchill Livingstone, New York, 1978. — 13. *Goh, T. S., Lequesne, G. W., Wong, K. Y.:* Amer. J. Dis. Children, 1978, *132*, 1204. — 14. *Goldberg, B. B.:* Handbook of Clinical Ultrasound (ed.: *de Vlieger és mtsai)* J. Wiley and Sons. New York. 1978, 387. — 15. *Haller, J. O. és mtsai:* Amer. J. Roent., 1977, *128*, 423. — 16. *Haller, J. O. és mtsai:* Amer. J. Roent., 1978, *130*, 269. — 17. *Harkányi Z., Szollár J., Vígváry Z.:* Brit. J. Rad. 1978, *51*, 46. — 18. *Harkányi Z. és mtsai:* Ideggyógy. Szemle. 1981, *34*, 10. — 19. *Hasch, F.:* Acta Paed. Scand., 1974, *63*, 42. — 20. *Hasch, F.:* J. Clin. Ultrasound, 1978, *6*, 156. — 21. *Holder, T. M., Stuber, J. L., Templeton, A. W.:* J. Pediat. Surg., 1972, *7*, 532. — 22. *Holder, L. E. és mtsai:* Radiology, 1975, *117*, 349. — 23. *Holt, R. W., Wagner, R., Homa, M.:* J. Pediatr., 1978, *92*, 418. — 24. *Hünig, R., Kinser, J.:* Amer. J. Roent., 1973, *117*, 119. — 25. *Hünig, R.:* Pediat. Radiol., 1976, *4*, 108. (I. rész), 1976, *4*, 175. (II. rész). — 26. *Hyman, R. A., von Micsky, L. I., Finby, N.:* Amer. J. Roent., 1972, *116*, 673. — 27. *Kaude, J. V., Felman, A. H., Hawkins, I. F. Jr.:* Pediatr. Radiol., 1980, *9*, 77. — 28. *Korányi Gy. és mtsai:* Acta Paediat. Acad. Sci. Hung., 1972, *13*, 231. — 29. *Kumar, S., Lee, W. J., Baron, M. G.:* Pediatrics, 1979, *63*, 295. — 30. *Lawson, E. E., Teele, R. L.:* J. Pediatr. 1978, *92*, 423. — 31. *Lyons, E. A., Murphy, A. V., Arneil, G. C.:* Arch. Dis. Child. 1972, *47*, 777. — 32. *Madrazo, B. L. és mtsai:* Radiology, 1979, *133*, 181. — 33. *Mittelstaedt, C. A. és mtsai:* Radiology, 1979, *131*, 453. — 34. *Paraicz E., Szénásy J.:* Ideggyógyászati és idegsebészeti vizsgálatok csecsemő- és gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Bp. 1978. — 35. *Rose, J. S. és mtsai:* Amer. J. Roent., 1974, *120*, 691. — 36. *Rosenfield, A. T. és mtsai:* Radiology, 1978, *128*, 737. — 37. *Schneekloth, G., Albers, G., Frank, Th.:* Röntgen Bl., 1978, *31*, 652. — 38. *Schkolnik, A.:* Amer. J. Roent., 1977, *128*, 121. — 39. *Szebeni Á.:* Radiol. Közl., 1978, *3—4*, 225. — 40. *Szebeni Á., Papp J., Tulassay, Zs.:* UBIOMED Proc., 1979, *1*, 40. — 41. *Szőke B. és mtsai:* Gyermekgyógyászat, 1979, *30*, 453. — 42. *Sweet, E. M.:* Ann. Radiol. 1977, *20*, 25. — 43. *Török I., Harkányi Z., Makó E.:* Orv. Hetil., 1980, *121*, 251.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
II. Sebészeti Klinika
(igazgató: Fényes György dr.)
Röntgen Klinika
(igazgató: Kelemen János dr.)

Hüvelykujjpótlás lábujj szabad átültetésével

Simonka János Aurél dr., Endrődi János dr., Kiss Gyula dr., Dóczi Tamás dr. és Fráter Loránd dr.

A hüvelykujj amputatiója a kéz munkaképességének olyan nagyfokú csökkenését okozza, amelyet egyenértékűnek tartanak a négy hosszú ujj hiányával. A hüvelykujj pótlására számos módszert dolgoztak ki (20). A hüvelykárok mélyítését *Klapp* (10) javasolta, és alkalmazta először 1912-ben, amit ma is gyakran végzünk. Az I. metacarpus meghosszabbítását osteotomiával és csont beültetésével *Buck-Gramcko* (4) írta le. A II. csonkolt metacarpus csontjának átültetése *Hilgenfeldt* (9) szerint elfogadott eljárás. Hasonlóan gyakran alkalmazzuk *Matev* (12) módszerét, az I. metacarpus fokozatos megnyújtását külső rögzítővel. *Gillies* (8) a hüvelyk meghosszabbítását csont beültetése mellett a bőr plastikai úton történő megnyújtásával végezte, mások hasi lebennyel fedték a bordával, vagy crista ossis ilei csontdarabjával meghosszabított hüvelykujjat. Az újonnan képzett hüvelykujj sensibilitását *Zrubecky* (22) érző szigetlebeny plasticával állította helyre. *Hilgenfeldt* (9) a pollicisatio során az ér- és idegellátását megtartott hosszú ujj áthelyezését javasolja. *Verdan* (19) a hüvelykujjképzés különböző eljárásait és azok indikációját tárgyalja.

Hazánkban hüvelykujjképzésről *Dubecz* (7), *Kós* (11), *Benedek* (1) és *Zoltán* (21) számoltak be. Az utóbbi 20 évben *Varga* (18) alkalmazta e módszereket jó eredménnyel, és disszertációjában ismertette az Országos Traumatológiai Intézet hüvelykujjpótlás anyagát.

A microvascularis sebészet új lehetőségeket teremtett. Lábujjáthelyezést a hüvelyujj csonkjára (*Nicoladoni*-műtétet) (13) kísérletesen *Buncke és mtsai* (5) végeztek egy ülésben microvascularis anastomosisal. Az első műtéteket *Cobbett* (6), *Brüser* (3) és *Tamai* (17) végezték. E műtét létjogosultságát *O'Brien* (14, 15) és *Biemer* (2) munkacsoportja bizonyította be.



1. ábra: A súlyosan károsodott kéz az első műtét előtt. A tenyérben és az I. metacarpus csonkja felett sipolynyílások láthatók

Esetismertetés

26 éves férfi jobb kezét kukoricafosztó gép roncsolta össze, hüvelykujját az I. metacarpus középső harmadában amputálta. A metacarpusokon többszörösen nyílt, darabos törés jött létre. Az első ellátás más intézményben történt, fél évig tartó gyógykezelés után került klinikánkra. A hüvelykujj amputált csonkján



2. ábra: Az első műtét előtt készült röntgenfelvételen a lemezzel egyesített II. metacarpus diphysisén és a III.–IV. metacarpus fejecsén sequesterek láthatók



3. ábra: A transplantált ujj abductióban és extensióban



4. ábra: A transplantált ujj csúcsfogása erőteljes



5. ábra: A kéz angiogrammja. Az átültetett ujj vascularisatiója kifogástalan

és a tenyérben levő sipolynyílások utaltak a mélyben zajló chronicus gyulladásra. A mutatóujj az alapperc középső harmadának magasságában amputált. A középső és a gyűrűsujj a metacarpophalangealis ízületben 15°-os flexiós helyzetben rögzült. A kisujjon összterjedelemben 60°-os mozgás volt *(1. ábra)*. A röntgenfelvételen a II. metacarpus distalis harmadának fő tört végeit lemezzel egyesítették, a széles törési résben elhalt csontdarabkák látszanak. A III. és IV. metacarpus fejecsén az ízületbe hatoló darabos törés tördarabjait tűződrótokkal egyesítették. A metacarpophalangealis ízületek incongruensek, a kitört csonttörmelék egy része sclerotikus, necrotisalt *(2. ábra)*.

Első ülésben a gyulladásos gócokat megszüntettük, a fémanyagokat eltávolítottuk. A mutatóujj csonkjának bőrével fedtük a tenyér bőrhiányát, amely a gyulladásos szövetek kimetszésével keletkezett. E műtét után sebei per primam gyógyultak.

A második műtétet az első után 9 héttel végeztük. A megmaradt merev középső és gyűrűsujjal szemben álló, jól mozgó és érző hüvelykujj pótlását a jobb láb II. ujj szabad átültetésével értük el. Az egyik team a lábujj képleteinek preparálását végezte: az átültetendő II. lábujjat eredetileg ellátó arteria dorsalis pedis és két dorsalis véna oldalágait finom lekötésekkel láttuk el, majd az ereket Yasargil clipek között vágtuk át. A feszítő és hajlító inakat kb. 8 cm hosszan felszabadítottuk és átmetszettük. Ezenkívül a II. lábujjon egy dorsalis és egy volaris ideget preparáltunk ki. Ugyanezen idő alatt a másik team a hüvelykujj csonkjának képleteit készítette elő. A lábujjat a metatarsophalangealis ízületben ízesítettük ki és a megfelelő positióban (flexióban és oppositióban) ráhelyeztük az I. metacarpusra, majd keresztezett Kirschner-drótokkal rögzítettük. Az arteria dorsalis pedist az arteria radialis felszínes ágával, a lábujj két vénáját a csukló dorsalis vénáival anastomozáltuk mikroszkóp alatt készített varrat segítségével. A körkörös csomós öltésekhez 10—0-ás atraumaticus Ethilon (Ethicon) fonalat használtunk. Ezután a lábujj feszítő inát az extensor pollicis longus inával, a hajlító inát a flexor pollicis longus inával egyesítettük Bunnell szerint süllyesztett varratokkal. A dorsalis és palmaris ideget 10—0-án fonallal varrtuk meg. A bőrt lazán adaptáltuk. A hosszú ujjakon arthrodesist végeztünk. A hüvelykujj bőrhiányát később Krause—Wolffe-lebennyel fedtük. Gipszrögzítést 4 hétig alkalmaztunk. A postoperatív szakban 6 napig Rheomacrodexet, 3 hétig Colfaritot adtunk. A passzív mozgatást és a kontrollált aktív tornát gyógytornászunk segítségével a 2. héten kezdtük el. A műtét után 8 héttel a hüvelykujj begye 4 cm-re távolítható el a merev középső ujjtól, a csúcsfogás erőteljes *(3., 4. ábra)*. A műtét után 10 héttel készült angiogrammon az anastomosis jól átjárható, a transplantált ujj vascularisatiója kifogástalan *(5. ábra)*.

Megbeszélés

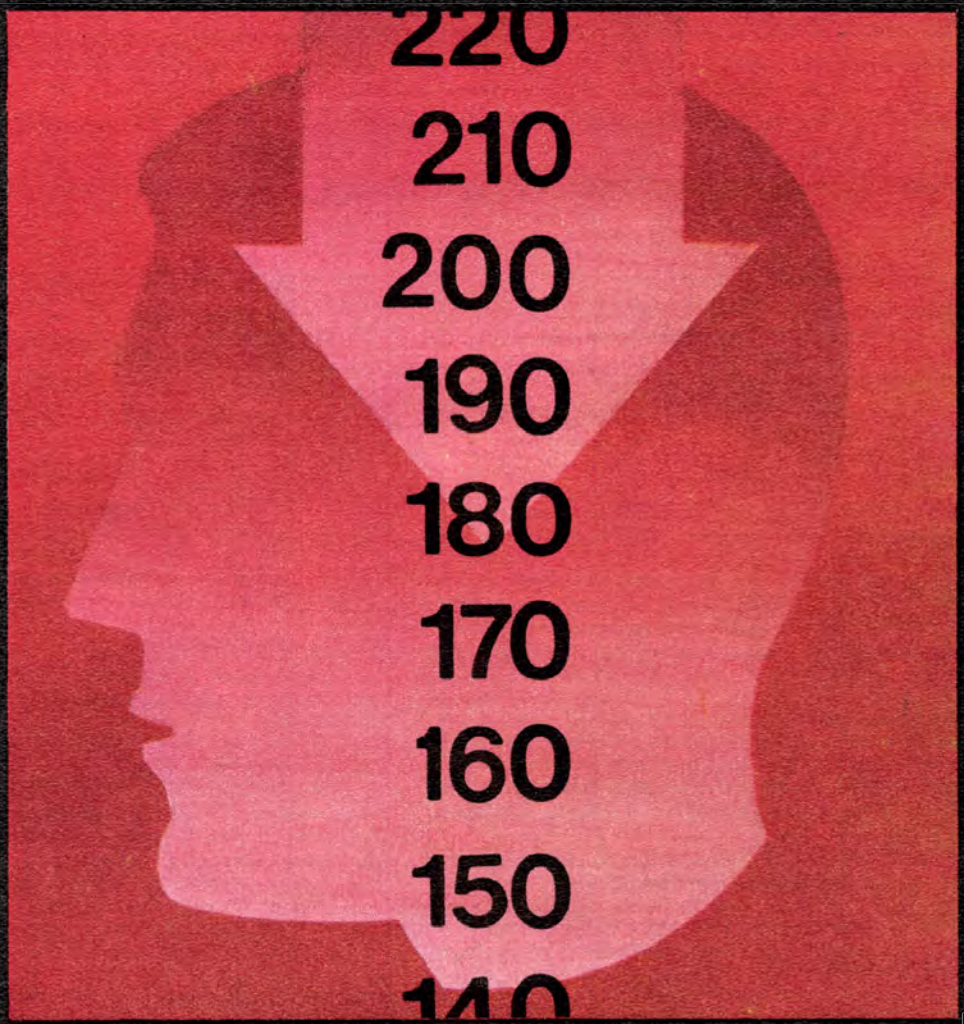
A hüvelykujjképzés számos módszere közül a lábujj szabad transplantatiója adja a legjobb functionalis és esztétikai eredményt. *O'Brien* (14, 15) az öregujj áthelyezését végezte. Módszerének az a hátránya, hogy a láb statikáját megbontja, más méretű, vagy orthopaed cipő viselésére kényszeríti az ily módon operált beteget. Az áthelyett öregujj egyes esetekben esztétikailag sem előnyös, rövid és vaskos volta miatt. *Biemer* (2) a II. ujj áthelyezésével szerzett jó tapasztalatokat, amely nem károsítja a láb statikáját és gracilis kézen harmonikusabb eredményt ad. A két lehetőség közül természetesen a sérült alkata, anatómiai felépítése és foglalkozása alapján kell választani.

Esetünkben a hüvelykárok mélyítése a rövid I. metacarpus csonk miatt nem járt volna eredménnyel. A pollicisatio — a középső és gyűrűsujj csontsérülése, valamint a hajlító ínak súlyos követ-

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.

EGYT

SANEGYT®

tabletta 10 és 25 mg, injekció *(antihypertensivum)*

ÖSSZETÉTEL

10 mg guanazodinumnak megfelelő guanazodinum sulfuricum (1 ml-es) ampullánként, 10 mg, ill. 25 mg guanazodinumnak megfelelő guanazodinum 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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

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 inzulinnal (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 inzulinnal 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

kezményes károsodása miatt — nem jött szóba. Az I. metacarpus meghosszabbítása a szemben álló ujjak merevsége miatt functionálisan nem adott volna kielégítő eredményt. Ezért választottuk az említett műtéti eljárást. Megfelelő gyakorlat megszerzése után (16) vállalkozhattunk a műtét elvégzésére, amely microsebészeti jártasság és felszerelés birtokában alkalmazható eljárás.

Összefoglalás: A szerzők esetüket ismertetik, amelyben jobb kéz hüvelykujját a II. lábujj szabad átültetésével pótolták microvascularis anastomosisok segítségével. Hazánkban elsőként végeztek e módszerrel hüvelykujjpótlást. Jó functionális és esztétikai eredményt értek el.

IRODALOM: 1. *Benedek T.:* Magyar Traumatol. 1960, *3*, 268. — 2. *Biemer, E. und W. Duspiva:* Rekonstruktive Mikrogefässchirurgie Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1980. — 3. *Brüser, P., Siegert, und R. Stober:* Chirurg, 1978, *49*, 517. — 4. *Buck-Gramcko, D.:* Mschr. Unfallheilk. 1970, *73*, 29. — 5. *Buncke. H. J., C. M. Buncke and W. P. Schulz:* Brit. J. Plast. Surg. 1966, *19*, 332. — 6. *Cobbet, J. R.:* J. Bone Joint Surg. 1971, *51—B*, 677. — 7. *Dubecz S.:* Orv. Hetil. 1950, *91*, 116. — 8. *Gillies, H. D., D. R. Millard:* The principles and art of plastic surgery Boston: Little, Brown and Co. 1957. — 9. *Hilgenfeldt, O.:* Handchirurgie, 1969, *1*, 38. — 10. *Klapp, R.:* Dtsch. Zschr. Chir. 1912, *118*, 479. Cit: Wachsmuth. — 11. *Kós R.:* Magy. Seb. 1953, *6*, 28. — 12. *Matev, I. B.:* J. Bone Joint. Surg. 1970, *52—A*, 957. — 13. *Nicoladoni, C.:* Archiv für Klinische Chirurgie, 1900, *61*, 606. Cit: Wachsmuth. — 14. *O'Brien, B. McC.:* Microvascular Reconstructive Surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York, 1977. — 15. *OBrien, B. McC. és mtsai:* Hand 1978, *10*, 113. — 16. *Simonka, J. A., Kiss Gy., Dóczi T.:* Közlés alatt. — 17. *Tamai, S., Y. Hori, Y. Tatsumi, and H. Okuda:* J. Hand Surg. 1977, *2*, 152. — 18. *Varga A.:* A csonkolt hüvelykujj pótlása. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1979. — 19. *Verdan, C.:* Surg. Clin. North. Amer. 1968, *48*, 1033. — 20. *Wachsmuth, W. und A. Wilhelm:* Die Operationen an den Extremitäten. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1972. — 21. *Zoltán J.:* Magy. Traumatol. 1962, *5*, 219. — 22. *Zrubecky, G.:* Zbl. Chir. 1960, *85*, 1671.

FTORAFUR

KAPSZULA **ANTINEOPLASTICUM**

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 400 mg N_1-(2'-furanidil)-5-fluorouracilt tartalmaz.

HATÁS: Az antimetabolitok, ezen belül a furanidilpirimidinek csoportjába tartozó vegyület. A belőle fokozatosan felszabaduló fluorouracil gátolja a daganatsejtek DNS-szintézisét. Egyes tumorfajták esetén (rectum: gyomor-cc.) szignifikánsan hatékonyabbak a fluorouracilnál, mely egyrészt a folyamatosan nagy szöveti koncentrációból, másrészt a Ftorafur egyes metabolitjainak szinergetikus hatásából adódik. A fluorouracilnál lényegesen kevésbé toxikus.

JAVALLATOK: Elsősorban rectum-, colon-, gyomor- és emlőrák kezelése.

ELLENJAVALLATOK: A betegség terminális szakasza, akut vérzések, súlyos anaemiák, valamint máj- és vesebetegségek.

Kifejezett leukopenia (3000/mm³ alatt) és thrombocytopenia (100 000/mm³ alatt). Más citosztatikummal végzett kezelés vagy besugárzás után csak 1 hónapos szünettel adható.

ADAGOLÁS: A napi adag 1,6—2 g (30 mg/tskg), mely két részletben, 12 óránként adagolható. A kúra összmennyisége 40—60 g.

MELLÉKHATÁSOK: Nagy adagok és tartós kezelés után esetleg hányinger, diarrhoea, leukopenia és thrombocytopenia léphet fel: ezek a tünetek a kezelés abbahagyását tehetik szükségessé. Vérképzőrendszeri károsodás esetén heti 2—3 alkalommal 100—150 ml vért kell transzfundálni; ilyenkor a kezelés után egy héttel is ellenőrizni kell a vérképet.

Orális alkalmazáskor a mellékhatások enyhébbek és gyorsabban elmúlnak, mint iv. adagolás esetén.

FIGYELMEZTETÉS: Hetenként két alkalommal, a kúra befejezése után pedig 2—3 hetes időközönként a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges.

RENDELHETŐSÉG: Fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra. Utókezelés szükségessége esetén a 33/1976. (Eü. K. 23.) EüM számú utasítás 6. § szerint kell eljárni. (Gyógyszerigénylő lapot kórlapkivonattal az Eü. Min. Gyógyszerészeti Főosztályához kell beküldeni, ahol ennek alapján az utókezeléshez szükséges gyógyszer térítésmentes kiadását engedélyezik.)

CSOMAGOLÁS: 100 kapszula (0,4 g) **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 710,70 Ft.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT

Információ: **MEDEXPORT IRODA**
Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Tel.: 122-867, 316-531

Exportálja: **V/O MEDEXPORT,** Moszkva

MEGJELENT

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1981. 1. szám

Barta Lajos dr.: A kryptorchismus endokrinológiai vonatkozásai.

Tóth Tamás dr., Csorba Sándor dr., Karmazsin László dr.: A disszeminált intravaszkuláris koaguláció (DIC) lényege és gyermekgyógyászati vonatkozásai.

Sólyom Enikő dr., Fábián Katalin dr.: A konzultációs rendelés szerepe gyógyíthatatlan kongenitális anyagcserebetegségben.

Fehér Judit dr., Földes Gyula dr.: Antikonvulzív szerekkel kezelt betegek immunrendszerének vizsgálata.

Szabó Béla, Jezerniczky Judit dr.: Az orális D-xilóz terhelés értéke a csecsemő és gyermekkori vékonybél felszívódási zavarok diagnosztikájában.

Mérth István dr.: Az IgE szerepe és jelentősége az I. típusú allergiás reakciókban.

László Aranka dr., Joó Imre dr., Túri Sándor dr.: Beteg gyermekeken végzett célzott hyperlipoproteinaemia-szűrés eredményei.

Tulassay Tivadar dr., Cornides Ágnes, Hertelendy Katalin, Kiszel János dr., Csömör Sándor dr.: A renalis hidrogén-ionkiválasztás néhány jellemzője a korai posztnatális adaptációban.

Kapcsulik Péter dr., Darvas Katalin dr., Mihók György dr., Vadon Gábor dr., Bodnár András dr.: Gyermekkori portalis hipertenzióhoz társult nyelőcső visszerek sclerotizáló kezelése.

Goldschmidt Béla dr., Koós Razália dr.: Fibrinogén metabolizmus akut lymphoid leukaemiás gyermekekben.

Szórády István dr., Kozocsa Gabriella dr., Sánta Anna: Potesetta alkalmazása a gyermekgyógyászatban: terápiás és farmakogenetikai vizsgálatok.

Katona Zoltán dr.: Levamisol (Decaris®)kezelés recidiváló kisgyermekkori infekciókban.

Weisenbach János dr., Varga Péter dr.: Lázas convulsiók miatt végzett koponya-röntgenvizsgálat érdtékéről.

Kiss Péter dr., Osztovics Magda dr.: Részleteges 4q triszomia.

Kismartoni Bea dr.: Az iskolaegészségügyi ellátásáról szerzett tapasztalatok két megyében és két fővárosi kerületben.

Martos Gizella dr.: Veleszületett rendellenességek a mezőkövesdi vérrokon családokban.

Barna Mária dr., J. N. Zsika Ágnes, Szépvölgyi Gáborné: Különböző MCT tartalmú zsiradékok hatás egyes szérum zsírparaméterekre.

Weisenbach János dr., Szemlédy Ferenc dr., Ferenczy Sándor dr., Gálfi Ilona dr.: Cherubinizmus.

László Veronika dr.: A kútvíz methaemoglobinaemia súlyos acidózissal járó újszülöttkori esete.

Ruppert Ferenc dr., Pintér András dr., Molnár Dénes dr., Molnár Sándor dr.: A pubertáskori gynecomastia; kórismézés és kezelés.

MUNKAVÉDELEM

1981. 1—3. szám

Tímár Miklós dr.—Lőrincz Miklós dr.—Náray Miklós dr. A vegyianya-expozíció (levegő -s biológiai monitorozás) és az expozíció-válasz hatás vizsgálata.

Kákosi Tibor dr.—Szepes László dr.—Géber Pál: Okozhat-e a rakodógép helyileg ható vibrációs ártalmat?

Kiss Gyula dr.: Egyes szerves oldószerek irritatív hatásának vizsgálata.

Kabai János dr.: A vizelet hippursavtartalmának meghatározásáról.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1981. 2. szám

Csákány M. György, Kopcsányi Zsuzsa dr., Cseh Imre dr., Doszpod József dr. és Gáti István dr.: Az uteroplacentáris keringés vizsgálata késői terhességi toxaemiában.

Czeizel Endre dr. és Métneki Júlia dr.: A teratogén hatásokkal kapcsolatos tanácsadás értékelése.

Doszpod József dr., Gáti István dr., Lindnerné Szotyori Katalin dr., Pejtsik Béla dr. és Váradi Pál dr.: Az anyai és köldökvér cink cintja intraterin retardált és normális súlyú újszülöttek eseteiben.

Váradi József dr., Scholz Magda dr. és Fáber Károly dr.: A méhnyak rákja és rák előtti állapota.

Nagy Gyula dr.: A szülés alatt alkalmazott szteroid profilaxis immunológiai vonatkozásai

Traró Sándor dr., Csömör Sándor dr., Siklósi György dr. és Treit Péter dr.: Összehasonlító hormon- és ultrahangvizsgálatok kóros korai terhességben.

Hamvas Ferenc dr., Gimes Rezső dr., Kovács István dr., László Ferenc dr. és Csömör Sándor dr.: Az elektrostimuláció adjuváns szerepe a Clostilbegyt-kezelésben.

Horváth Boldizsár dr. és Görcs Tibor dr.: Puerperalis mastitis.

Poczik Miklós dr. és Sziebig Géza: Eperendszeri betegek értékelése a terhességi gyakoriság és a tünetmentes szak hosszának szempontjából, 10 éves klinikai anyagból.

Óry Imre dr.: Magyarország csecsemőhalálozási struktúrájának változása az elmúlt években.

Pievara Ferenc dr., Vágvölgyi Erna dr., Kocsis Éva dr. és Szebényi Péter dr.: Az idő előtti burokrepedés hatása az IRDS gyakoriságára.

Görgey Miklós dr. és Kardos Zoltán dr.: Klinikánkon spontán — vaginális úton — született 7050 g-os óriásmagzat esete.

Szabó András dr., Veszelovszky Iván dr.: Elsődleges tubacarcinoma esete.

Makai Ferenc dr. és Takács István dr.: A belső nemi szervek actinomycosisa.

Ludányi István dr., Tárczy Csaba dr. és Kollár Lajos dr.: Norcolut és szalicilterápia után észlelt felső végtagredukciós rendellenesség.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1981. 2. szám

Balázs Márta dr.: Lokális gyomor-amyloidosis elektronmikroszkópos vizsgálata.

Balázs Márta dr., Kovács Ágota dr.: Vastagbélrák elektronmikroszkópos vizsgálata.

Ifj. Bak Mihály dr., Tóth József dr.: Adatok a non-Hodgkin malignus lymphomák ultrastruktúrájához.

Török István dr., Tiszai Aladár dr., Boros István dr., Balázs Lujza dr., Kelényi Gábor dr.: Angioimmunoblastos lymphadenopathia és Hodgkin-kór.

Hüttl Tivadar dr., Hegyi István, Sótonyi Péter dr., Somogyi Endre dr.: A lősérülés felszínének orvos- és fegyverszakértői vizsgálatáról.

Ivánkievicz Dénes dr., G. H. Schumacher dr., J. Fanghánel dr.: A fej aszimmetriájának kvantitatív analízise. I. Az agykoponya csontjai, koponyaüreg, agy.

Dr. G. H. Schumacher dr., J. Fanghánel dr., Ivánkievicz Dénes dr.: A fej aszimmetriájának kvantitatív analízise II. Az orbita.

Dr. G. H. Schumacher dr., Ivánkievicz Dénes dr., J. Fanghánel dr.: A fej aszimmetriájának kvantitatív analízise III. Az orrüreg és orrmelléküregek.

Bély Miklós dr., Udvarhelyi Iván dr., Apáthy Ágnes: Lumbális III. csigolyatestre lokalizált chordoma esete.

Kádas István dr., Péley Iván: Máj tűbiopszia szerepe és jelentősége a kongenitális epeút atresia diagnosztikájában.

Kovács Margit dr., Barna Mária dr.: A kórszövettani vizsgálat jelentősége a glutenszenzitív enteropathia diagnosztikájában.

Huszár András dr., Zavilla Norbert dr.: Halált okozó ritka idegentest-aspiráció esetei közlekedési balesetek kapcsán.

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1981. 2. szám

Salacz Tamás, Ferencz János, Balázsi Sándor: A súlyos csonttörés szövődményeinek kezelése külső rögzítővel.

Tomory István: A scoliosis konzervatív kezelése a Milwaukee-fűző segítségével.

Manninger Jenő, Salacz Tamás, Fekete Károly: Impressziós tibia candylus törés mozgásstabil szintézise módosított lemezzel.

Pentelényi Tamás, Kammerer László: Agysérültek szérum kortizol- és vércukorszint változásai.

Bíró Vilmos: A hajlítóín-sérülések preoperatív prognosztikai értékelése a kéz „senki földjén".

Simonka János Aurél, Endrődi János, Fráter Loránd: Elmozdulás nélküli acetabolum törés felismerésének nehézségei.

Göblyös Péter: Az os cuneiforme II. aszepticus osteochondronekrózisa.

K. Trosev, N. Angelov: A testfelület bőrplasztikájának dozírozott pneumatikus-kompressziós kötözésére szolgáló, tömegesen alkalmazható készülék.

Gyulai Miklós: A helytelenül használt balesetek során keletkezett sérülések biztonsági öv következményei.

Ackermann Alajos: Közúti közlekedési balesetek során keletkezett sérülések statisztikai adatai hazánkban 1963-tól 1979-ig.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1981. 4. szám

Böszörményi-Nagy György, Herjavecz Irén: A belégzett levegő hőmérsékletének hatása fizikai terhelés okozta brnochospasmusra.

Gulácsy István, Putov, N. V., Toluzakov, V. L., Gordejava, T. Ja.: Adatok a tüdő-gangréna klinikumához.

Kis Tóth Péter, Fábián Margit, Luzsa György: A tápcsatorna röntgenvizsgálatának differenciáldiagnosztikai értéke a pulmonológiai gyakorlatban.

Pálffy Gyula, Zubovits Kornélia, Vadász Gábor: Kritikai észrevételek a primer hörgőcarcinomás betegek TNM-rendszerbe sorolásáról.

Hegedüs Anna, Krasznai Géza, Incze Dénes, Simon Emil, Büttner Károly: A pulmonalis pszeudolimfoma klinikopatológiája és differenciáldiagnosztikája.

Szabó Tibor, Nagy Lajos, Jankó Lajos: Glükokortikoidokkal kezelt asthma bronchiales betegek szteroindukálta mellékvesekéreg elégtelenségről.

Strausz János, Tamás Ágnes: A galambtenyésztő tüdő.

DEMOGRÁFIA

1980. 4. szám

Klinger András dr.: A fejlett országok termékenységének alakulása.

Monigl István: A társadalmi-gazdasági tervezés és népesedés.

Martos Gizella dr.: Termékenységi vizsgálat három generáción keresztül a mezőkövesdi népességben.

K. V. Mamedov: A hosszú életre ható területi sajátosságok és tényezők az Azerbajdzsán SZSZK-ban.

Horváth Mihály dr.—Kóbor József dr.: Cigány újszülöttek átlagsúlya és születési súlycsoport struktúrája Baranya megyében 1974—1979 között.

Tauszik Tamás dr.: Válasz Rex-Kiss Béla dr.-nak és Szabó Raffael dr.-nak.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Szemészet

A hályogszúrástól az intraocularis lencsebeültetésig. Nover, A. és mtsai (Augenklinik Mainz, Langenbeckstrasse 1, 6500 Mainz, NSZK): Deutsches Ärzteblatt, 1981, *78*, 163.

Az első írásos emlék a hályogoperációról — amely egyike az emberen legrégibb idők óta végzett műtéteknek — a Hammurabi kódexben található, az i. e. 18. századból. Az első képi ábrázolás (egy római reliefen) az i. e. 2—3. századból származik. A műtét fejlődése három szakaszra bontható: hályogszúrás, lencseeltávolítás és legújabban műanyag lencse beültetése az aphakiás szembe.

A 18. század kezdetéig a hályogoperáció csupán abból állott, hogy az elhomályosult lencsét a szaruhártya szélén beszúrt műszerrel az optikus tengelyből az üvegtestbe luxálták (hályogszúrás). Döntő fejlődést hozott, amikor lehetővé vált a megzavarosodott lencse eltávolítása. Ez századunk első feléig extracapsularisan, azaz a lencsetok visszahagyásával történt. Századunk közepe óta a lencse eltávolítása intracapsularisan történik, vagyis a lencsemag, kéreg és tok egyszerre kerülnek eltávolításra.

A lencseeltávolítás következménye, az aphakia, három módon korrigálható: hályogszemüveggel, kontaktlencsével és a szembe implantált műanyag lencsével.

A hályogszemüveg a legkevésbé kielégítő. A lencsebeültetés nehézsége abban rejlett, hogy a rögzítés is megoldhatatlannak tűnt. A holland *Binkhorst* által 1959-ben kifejlesztett lencsét a szivárványhártya tartja, ezért nevezik „iris-clip"-nek. A beültetett lencsét finom varrattal az irishez rögzítik. Ma a Binkhorst-lencse beültetését az időskori szürkehályog orvoslására egyértelműen ajánlják.

Az ideális szemlencse implantatumtól elvárás: élettani helyre — a hátsó szemcsarnokba — kerüljön; minimális rögzítő anyagot igényeljen; biztosan centralizált legyen, ne luxálódjon; a rögzítés az iristől függetlenül történjék (szabad pupillajáték); egyszerű műtéti technika.

A követelményeknek a *Shearing* által kifejlesztett, 1977 óta alkalmazott szemlencse felel meg leginkább. Alkalmazásakor a szemlencse extracapsularisan kerül eltávolításra. A lencse rugalmas szárnyai az iris és a corpus ciliaris között, a sulcus ciliarisban támaszkodnak meg.

Az ehhez a műtéthez szükséges extracapsularis lencseeltávolítást *Kelman* módszere 1971-ben forradalmasította. A bulbus és a tok megnyitása után a szemlencsét egy ultrahang nyalábbal „felaprítjuk" (emulsificatio), és ezután egyszerűen szívóval eltávolítható.

Az eljárás előnye, hogy az implantatum élettani helyen ül, a pupilla mozgása nem jelent dislocatio veszélyt. A szerzők műtét után komoly szövődményt egyetlen esetben sem láttak.

Az új műtéti lehetőségek ismeretében felvetik a kérdést: lehetséges-e a „szekunder implantatio", vagyis az évekkel korábban végzett szemlencse eltávolítás után intraocularis lencsét beültetni? Véleményük szerint igen, de az indikációt igen szigorúan kell felállítani. Végső soron az intraocularis műtét veszélyeit kell mérlegelni egy (pl. kontaktlencsével) „jól látó" szem esetében. *† Bugyi István dr.*

Szerkesztőségi megjegyzés:

Az Enke Kiadó gondozásában jelent meg az elmúlt esztendőben Paul E. Fechner: Intraocularlinsen c. munkája, amelyet lapunk ez idei 8. számában a 485. oldalon Alberth professzor ismertetett. A recenzióhoz a következő megjegyzést fűzte: „Harold Ridley 1964-ben azt mondta: Hiszem, 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 helyezni.

Lehet, hogy ez a nap egyszer valóban elérkezik, hiszen már ma is százezrek látnak intraocularis lencsével, de tízezrek váltak miatta beteggé és ezrek vakultak meg. A szem functiója a látás, kontakt üveggel és közönséges szemüveggel is tökéletesen helyreállítható. A kontakt üvegről évtizedes, a szemüvegről pedig évszázados tapasztalatok alapján tudjuk, hogy ennek viselése következtében még senki nem vakult meg".

Feltétlenül szükségesnek tartottuk e referátum kiegészítését a recenzens soraival, mert ezeknek ismeretében világosabban lát az olvasó és biztosan egyetért a recenzenssel, aki az ismertetésben írja, hogy az intraocularis lencse beültetés „története még nincs lezárva".

Trópusi medicina

Rift-völgyi láz. Mussgay, M. (Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere, D-7400, Tübingen): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 1265.

1977-ben és 1978-ban Egyiptomban a Nilus deltájától délkeletre 10 000, denguehez hasonló megbetegedés lépett fel, 598 halálos esettel. A betegekből a „Rift-Valley Fever" (RVF) kórokozóját lehetett izolálni, amely az arbovírusok közé a Bunya-vírusok családjába tartozik.

Az RVF lappangási ideje 3—7 nap; láz, fejfájás, rossz közérzet, izom-ízületi fájdalmak, a szemgolyó fájdalmassága, fénykerülés, az arc kipirulása és kötőhártya belövelltsége jellemzi. Többnyire néhány napig tart, a lábadozás azonban elhúzódó. Szövődmény léphet fel, amelynek három formája ismert; encephalitis (Egyiptomban 17 esetet észleltek); a macula degenerációja, átmeneti vaksággal; vérzékenység, icterus. Utóbbiban igen rossz a prognózis.

A kórokozót — egyéb arbovírusokhoz hasonlóan — ízeltlábúak viszik át vérszíváskor a fertőző forrásból a fogékony egyénbe. Járványfolyamat kialakulásához szükséges, hogy magas vírustiter legyen a gazdaállatokban, valamint, hogy a gazdaállat és a vektor nagy sűrűségben legyen az adott területen.

A RVF elsősorban állatok között gyakori (tehén, birka), az emberi megbetegedéseket is rendszerint epizootia előzi meg. Nagyon valószínű, hogy a fertőzés terjedésében, a szúnyogcsípés mellett, a fertőzött állatokkal történő foglalkozás is szerepet játszik. Vektormentes környezetben a beteg ember fertőző forrásként nem szerepel.

Az RVF eredetileg Közép- és Kelet-Afrikában volt hasznos, 1950—1951-ben azonban Dél-Afrikában, 1978—1979-ben pedig már Észak-Afrikában is tömeges előfordulását észlelték. Bizonyos, hogy nem újabb, virulensebb vírusról van szó, hanem a kórkép terjedéséről.

Európába, elméletileg, fertőzött személy, fertőzött ízeltlábú, illetve fertőzött állat révén kerülhet be. Utóbbi a szigorú állategészségügyi előírások miatt nem valószínű. A fertőzött személy csak viraemiás szakban szerepelhet gócként, vektorok jelenléte esetén. A vektorok elterjedésének lehetősége pedig a klíma miatt még nyáron is csekély, így a járvány veszélye minimális. Egyes esetek importja azonban nem lehetetlen, ezért Afrikából vagy Közel-Keletről érkezőknél, megfelelő tünetek esetén, RVF-re is gondolni kell. *Budai József dr.*

Az anamnesis jelentősége trópusi tartózkodás utáni megbetegedések esetén. Stürchler, D. (Schweiz. Tropepeninstitut, Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 1177.

A behurcolt fertőző és parazitás megbetegedések száma egyre inkább emelkedik Svájcban *(egyebütt is; ref.)* és bizonytalan kóroktanú megbetegedésekben gyakran felmerül a kérdés, hogy trópusi betegség

áll-e fent vagy nem. Ennek eldöntésére feltétlenül szükségesek az anamnesztikus adatok: 1. tisztázatlan esetekben feltétlenül gondolni kell a trópusi betegség lehetőségére is és rákérdezni, vajon a beteg hol és mennyi ideig volt külföldön, trópusokon („unde venisti?"; honnan jöttél?); 2. mikor tért haza és mikor léptek fel az első tünetek? 3. a kinn tartózkodási ideje alatti időszakban milyen volt a fertőzési expositio? 4. megfelelőek voltak-e a praeventív eljárások? A hazautazás és a betegség tüneteinek jelentkezése közti időt összefüggésbe kell hozni a parasita élettartamával, lappangási idejével, valamint a trópusi betegség lefolyásával.

Igen hasznos, ha a beteg teljes földrajzi áttekintést nyújt, vajon hol és meddig tartózkodott. Egyes betegségek regionalisan halmozódnak, amit a szerző délkelet-ázsiai trópusi betegségek felsorolásával szemléltet: *Vírusbetegségek:* igen elterjedtek az akut viralis lázas betegségek, Dengue-láz, Chikungunya és a japán encephalitis, továbbá a hepatitis-B-antigen-hordozók praevalentiája (5—10%). *Bacterialis betegségek:* heveny fertőző betegségek, mint a cholera, pestis tsutsugamushi láz (rickettsiosis), valamint idült lefolyó fertőzések: lepra, melidiosis (amit a pseudomonas mallei okoz) ; különös problémát jelentenek a penicillinasetermelő Neisseriák. A délkelet-ázsiai parasitosisok endémiásak egyes nagy városok kivételével: gyakori a chloroquin-, fansidar-, chinin-resistens plasmodium falciparum; egyéb gyakori fertőzések: filariosis, clonorchiasis, opistorchiosis, japán schistosomiasis és a paragonimiasis. Belbetegségek közül a thalassaemia, haemoglobin-E variánsok és a chorioncarcinoma említendő.

ifj. Pastinszky István dr.

12 éve BCG-oltás és a gyermeklepra Kubában. Abreu, A., Werthein, L. J., Ruiz Zarate, S. (Dept. Nacion. Dermatol. Minist. Salud Publ. La Habana, Kuba): Rev. Cuban. Hig. Epidem. 1979, *17*, 63.

Kubában 1963 óta rendszeresen elvégzik az újszülöttek BCG oltását, az intézetben születetteknél ezt maradéktalanul végre lehet hajtani. 1970-ben végzett részletes járványtani tanulmányok után az 5 éves korban bekövetkező revaccinatiót el lehetett hagyni és csak az általános iskola ötödik osztályában (gyakorlatilag 10 éves korban) kell a második oltást elvégezni. A BCG hatását a tbc-re már többen leírták, szerzők az oltásnak a lepra járványtanára gyakorolt hatását tanulmányozták.

A 15 évesnél fiatalabbak korosztályában összesen 180 lepra fertőzést derítettek fel, ezek közül 133-at (73,9%) tanulmányoztak részletesen (66 fiú és 67 leány). A gyerekek közül 82 született intézetben s 51 háznál, a leprások közül 60 kapott BCG-t, 73 nem. Az oltottak lepra morbiditása 0,58/100 000, a nem oltottaké 1,21/100 000 volt.

A leprások közül 28 lepra lepromatosa, 4 lepra dimorpha, 56 lepra indetermida és 45 lepra tuberculoides volt, leprás foltokat 102 páciensen, leprás csomókat 14-en figyeltek meg. 31 megbetegedés bakteriológiailag pozitív volt és 102 negatív. A pozitívak közül 6 kapott BCG-t, ezek közül 2-nek l. dimorpha és 4-nek l. lepromatosá-ja alakult ki, a nem oltottak közül 3 dimorph és 25 lepramatosus leprás volt.. A BCG nemcsak a fertőzés gyakoriságát csökkenti, de akadályozza a súlyosabb kórképek kialakulását is.

A leprások közül 95 (71,4%) kapcsolatban volt leprás betegekkel, akiktől a fertőzést szerezhette, 38 (26,6) nem tudott fertőző forrásról. Végeredményben a BCG a lepra leküzdésében is hasznos szolgálatot tett s érdemes a jövőben is alkalmazni.

Nikodemusz István dr.

Pestis felügyelet és leküzdés. Szerk. Közl.: WHO Chronicle, 1980, *34*, 139.

A pestis ma már régóta nem az az ijesztő járvány, amely milliókat öl és megváltoztatja a történelmet. Manapság elkülönített gócokban fordul elő a betegség sporadikusan, esetleg átcsap kisebb járványokká; a fertőzést a rágcsálók tartják fenn. 1978-ban Kenyában, Mozambiqueban, Rhodesiában, Tanzániában, továbbá Brazíliában, az USA-ban voltak sporadikus megbetegedések, az ázsiai országok közül Burmából és Dél-Vietnamból jelentettek emberi eseteket, igaz, hogy ezek száma ma viszonylag világszerte a legmagasabb. 1978-ban 776 pestis megbetegedés volt (ezek közül 31 halálos). E számok az 1977-es adatok felét képezik. 1973 óta emelkedett az emberi pestis megbetegedések száma. Szerencsére a tüdőpestis meglehetősen ritka.

Ma már lehet a betegséget kezelni. A kórokozó Yersinia pestis tetracyclinnel, streptomycinnel és chloramphenicollal szemben érzékeny. A beteg környezetét is megelőző kezelésben kell részesíteni.

A betegség leküzdése elsősorban a paraziták irtása és a rágcsálók távoltartása, tüdőpestis esetén szigorúbb rendszabályok lépnek életbe.

A kórokozóval kapcsolatos vizsgálatok (kitenyésztés, antibiogramm stb.) csak III-as és IV-es típusú laboratóriumokban (III. = magas egyéni és alacsony közösségi rizikó, IV. = magas egyéni és kollektív rizikó) történhet.

A pestis karantén (vesztegzár) betegség!

Nikodemusz István dr.

Nigériai földművesek féregbetegségei. Oyemade, A. Olugbile, A. (Dept. Prev. Soc. Med. Univ. College Hosp. Ibadan, Nigéria): IAAMRH Journ. 1979, *3*, 19.

A szerzők 320 nigériai földműves parazitás fertőzöttségét kísérelték meg felderíteni, ezek közül 280-an adtak vér-, ill. vizeletmintát (88%) és 270-en (84%) székletmintát vizsgálatra. A vizsgáltak életkora zömmel 40 és 50 év között volt, mint szélső értékeket lehet a 20., ill. 75. életévet említeni. A vizsgálatokat Ibadantól északra végezték, 15 falu lakóin, a falvak egymástól sűrű erdővel voltak elhatárolva s ezeken át csak gyalogösvény vezetett.

A 280 vérből 40 esetben (14,3%) Plasmodiumokat mutattak ki, 32 esetben Pl. falciparum-ot és 8 esetben Pl. malariae-t. A székletekben Ankylostoma duodenale a leggyakoribb, petéi 235 mintában (87%) jelen voltak 1,300—8,375-ös számban a széklet grammjára vonatkoztatva (szélsőértékek 100, ill. 15 000/g.) Eddigi adatok Nigériában a városi lakosságra vonatkoznak, 1956-ban 14,9; 1960-ban 25,9%-os gyakoriságot kaptak. E féreg jelenléte kapcsolatban van vashiányos vérszegénységgel. Ascaris lumbricoides peték a székletek 74%-ában (200 minta) fordultak elő 1,772—5,139/g nagyságrendben (szélső értékek 100, ill. 41 000/g). Ascaris régebbi adatok alapján 26,5—38%-ban volt a székletekben. A harmadik leggyakoribb féreg a Trichuris trichiura volt, 117 székletben (43,3%) találták meg 100—800/g mennyiségben. A következő férgek ritkábban voltak találhatók: Enterobius vermicularis 3, Schistosoma haematobium 1, Sch. mansoni 8, Strongyloides stercoralis 1 mintában. Ezenkívül 1 vizeletben Microfilaria volvulus és 6 vérben Microfilaria loa lárvákat találtak.

A többszörös fertőzés nem tartozott a ritkaságok közé, a vizsgáltak 80%-a (223 személy) többféle kórokozót ürített. Egy földműves 5-féle parazitával fertőződött: Ascaris, Ankylostoma, Trichuris, Strongyloides és Pl. falciparum.

Nikodemusz István dr.

Dermatológia – venerológia

Cipő által okozott kontakt dermatitis. Angelini, G., Vena, G. A., Meneghini, C. L. (Dept. of Dermat., Univ. of Bari): Contact Derm. 1980, *6*, 279.

A szerzők a cipővel való érintkezés helyének megfelelő területen fellépett ekzemás bőrgyulladásban szenvedő 165 egyénen végeztek vizsgálatokat. A betegek 65,4%-a egy vagy több anyaggal adott pozitív reakciót rátevési próbával. A releváns allergének gyakorisága a következő volt: dichromát 29,7%, p-phenylendiamin 24,8%, nikkel 7,3%,

fenol-formaldehidgyanta 5,5%, merkaptobenztiazol 4,8%, tetrametiltiurámdiszulfid 2,4%, terpentin 0,6%. Mellékleletként a benzokain 5,5%-ban, a neomycin 4,8%-ban, a perubalzsam 3,6%-ban, az etilén-diamin 3,0%-ban és a parabenek 2,5%-ban adtak pozitív reakciót. A dichromát allergia oka krómmal cserzett bőr volt. A p-phenylendiamint cipőfestékként nem használják, de harisnya festésére igen. Keresztreakciót adhat gumitárgyakkal. Nikkelt a cipő díszítése (pl. csat) tartalmazhat. A fenol-formaldehidgyanta ragasztóanyagként kerül felhasználásra. A gumigyártási segédanyagok (MBT, TMTD) ismertek lábekzema okaként. A terpentint a cipő fényesítésére alkalmazzák. Elősegítik a szenzibilizáció kialakulását helyi tényezőként a cipő dörzsölése, nyomása és a zárt hatás. Ajánlatos az izzadás megszüntetése. Ha az alap rátevési próbasorozat negatív eredményt ad, ajánlatos a próbát kiegészíteni a cipő anyagának egy kis darabkájával is. Célszerű az allergia megállapítása után a fajlagos allergént nem tartalmazó lábbelit hordani, pamutból készült zokni és harisnya viselése, a kezelés céljára potenciális allergént nem tartalmazó készítményeket alkalmazni.

Korossy Sándor dr.

Kísérletek terápiás plasmapheresissel pemphigus vulgarisban. Neppert, J. és mtsai (Abt. für Transfusionsmedizin, Univ.-Klinik, Hamburg-Eppendorf): Z. Hautkr. 1980, *55*, 783.

A szerzők egy 17 éves nőbeteget, aki pemphigus vulgarisban szenvedett, 3 hét alatt 5 alkalommal exchange plasmapheresisben részesítettek. A beavatkozás rendszeresen csökkentette a szérumban az intercellularis antitest szintet. A beteg közben immunszupresszív szereket nem kapott, csupán kis adagú corticosteroid kezelésben részesült. A klinikai tünetek 3 hét után javultak. A szerzők a plasmapheresist alternatív eljárásra alkalmasnak tartják.

Korossy Sándor dr.

Immunhisztológiai és autoantitest vizsgálatok alopecia areataban. Muller, H. K., Rook A. J., Kubba, R. (Dept. of Pathol., Monash Univ., Melbourne): Brit. J. Derm. 1980, *102*, 609.

A szerzők 10 szövettanilag igazolt alopecia areata esetben immunhisztológiai és autoantitest kimutatási vizsgálatokat végeztek. Direkt immunfluoreszcens módszerrel sem immunglobulin, sem komplement, sem fibrin lerakódást nem tudtak kimutatni. Az indirekt immunfluoreszcens vizsgálat egy esetben gyomorfal sejt elleni s egy másik esetben rheumatoid faktor antitestet mutatott ki. Nem tudtak igazolni hámsejt és szőrtüsző elleni antitestet. Az IgE szint 2 esetben volt fokozott 9 közül. A szöveti képek többségében a hajhagyma körül főként lymphocyták és histiocyták voltak és/vagy a follicullusokba is betörtek. Blast sejteket nem találtak. A szerzők ellentétben más szerzőkkel az immunhisztológiai leletek alapján inkább T-sejt által közvetített immunreakcióra gondolnak a kórkép kórszármazásában, mint antitest által okozott szövetkárosodásra. További vizsgálatokat tartanak szükségesnek annak eldöntésére, hogy a reakció direkt a hajszál ellen irányul-e, továbbá elsődleges vagy másodlagos esemény-e.

Korossy Sándor dr.

Foglalkozási depigmentatio, melyet hidrokinon-tartalmú előhívó okozott. Frenk, E., Loi-Zedda, P. (Dept. of Dermat., Centre Hosp. Univ. Vaudois, Lausanne): Contact Derm. 1980, *6*, 238.

A hidrokinont melanocytákra gyakorolt enyhén toxikus hatása miatt hyperpigmentatióval járó bőrbetegségekben fehérítésre használják. A monobenzyl- és monomethylaethylether származékai esetenként maradandó depigmentatiót okoznak.

A szerzők esetében egy sötét bőrű nyugat-afrikai férfin, aki fényképész munkát végzett és védőkesztyű nélkül nyúlt bele a kereskedelmi fekete és fehér előhívóba, melyek 0,06%-ban tartalmaztak hidrokinont, vitiligoszerű depigmentatió alakult ki. A jobb kézháton és alkaron gyulladás nélküli szabálytalan szélű fehér foltok jelentkeztek, melyek számban és terjedelemben növekedtek. A szöveti képből a hám dopa-pozitív melanocyta populációja teljesen hiányzott.

Korossy Sándor dr.

Dermatitis herpetiformis és bullosus pemphigoid ún. kevert formája. Falk, E. S., Rekvig, O. P. (Dept. of Dermat., Univ. of Tromsø): Acta derm.-venerol. 1980, *60*, 229.

A *dermatitis herpetiformis* (DH) jelemzői: az ép bőrben az irha papillaris rétegében szemcsés IgA depositumok vannak, a jejunum nyálkahártyája érintett, gluten érzékenységgel társul és szulfonamidkezelésre fajlagosan reagál. *Bullosus pemphigoidban* (BP) a beteg bőrben a dermo-epidermalis junctióban IgG és komplement, a keringésben autoantitestek mutathatók ki, nem reagálnak szulfonamid adására. Újabban a két kórkép között számos „átmenetet" vagy „fedést" mutattak ki. Ha a membrana basalis zóna mentén folyamatos IgA van jelen és a keringésben IgA pemphigoid antitest mutatható ki, a klinikai képet „IgA linearis dermatosisnak" nevezik. Ezekben az esetekben nincs gluten-érzékeny enteropathia és a gluten mentes étrend hatástalan. Ha a klinikai kép DH-ra emlékeztet, de a direkt és indirekt immunfluoreszcens vizsgálat a BP-nek felel meg, a „polimorf BP variáns" elnevezést használják.

A szerzők két esetük kapcsán arra mutatnak rá, hogy ennél több változat fordul elő. Mindkét betegük klinikai és szövettani képe megfelelt mind a DH-nak, mind a BP-nak. Ugyanakkor a direkt immunfluoreszcencia az egyik esetben a dermo-epidermalis junctio mentén a beteg és ép bőrben vonalalakú IgG és C3 depositumokat, míg a másiknál ugyanott IgA és C3 vonalat mutatott. Membrana basalis zóna elleni antitest nem volt egyik esetben sem és a jejunum nyálkahártya is ép volt. Mindkettő HLA-DRw3 antigén hordozó volt, ami DH-ra jellemző. Az egyik beteg diasone-Na és gluten-mentes, míg a másik csak prednison és diasone-Na adására gluten-mentes étrenddel kiegészítve gyógyult meg.

Korossy Sándor dr.

A sejt-közvetített immunitás összehasonlító vizsgálata különböző verruca-virosisokban. Obalek, S. és mtsai (Dept. of Dermat., Acad. of Med., Warsaw): Dermatologica 1980, *161*, 73.

A Papova DNA vírus csoporthoz tartozó human papilloma vírus különböző szemölcsök kórokozója. A különböző klinikai formák okát az elhelyezkedésben, életkorban, és a betegek immunológiai állapotában mutatkozó különbségekben keresik. A szerzők 84 verruca vulgaris, 88 verruca plana juvenilis, 22 verruca plantaris, 14 condyloma acuminatum és 15 epidermodysplasia verruciformis esetében a perifériás vér T és B lymphocytáinak megoszlását, a lymphocyták PHA-ra in vitro adott válaszát, a betegek kísérleti DNCB-vel való szenzibilizálhatóságát vizsgálták. Az E rozetta-képző T lympocyták százaléka szignifikánsan csökkent volt verruca vulgarisban (54,8%), verruca plana juvenilisben (47,5%) és verruca plantarisban (58,3%), valamint epidermodysplasiában (47,6%), szemben az egészségesekkel (68,4%). A DNCB szenzibilizálhatóság ritkább és kisebb fokú volt verruca vulgaris és verruca plana eseteiben, mint egészségeseken. Az epidermodysplasiások 60%-a anergiásnak mutatkozott a DNCB kiváltó adagjával szemben. A lymphocyták PHA-ra adott válasza valamennyi vizsgált csoportban csökkent volt. A T-sejt funkció epidermodysplasiában és verruca planaban volt hiányos. Verruca vulgarisban a hiány enyhe fokú volt. A sejt-közvetített immunitás verruca plantarisban és condyloma acuminatumban csaknem normális volt, kivéve a PHA-ra adott

választ és a T lymphocyták számát.

A szerzők véleménye szerint a verrucosisok különböző klinikai formáiban szenvedő betegek eltérnek egymástól a sejt-közvetített immunitás tekintetében. A megbetegedés függvénye a különböző human papilloma vírus típusok fertőzőképességének és a szervezet sejt-közvetített rezisztenciájának.

Korossy Sándor dr.

A helyi kátrány és ultraibolya sugárzással kezelt psoriasisos betegeken jelentkező bőrcarcinoma. Stern, R. S., S. Zierler, J. A. Parrish (Department of Dermatology, Massachusetts General Hospital, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, Boston): Lancet, 1980, *1*, 732.

Több közlemény hangsúlyozta az ultraibolya (UV) fénynek mind emberekre, mind állatokra kifejtett carcinogen hatását. Ugyanakkor kimutatták, hogy a helyileg alkalmazott nyers kátrány potenciális carcinogeneket tartalmaz, amelyek klinikailag alkalmazott koncentrációban állatokban benignus és malignus tumorokat hozhatnak létre. Jóllehet az esetismertetések összefüggést feltételeztek a kátrány alkalmazás és a bőrrákok között, a korábbi tanulmányok mégsem hangsúlyozták a bőrrák megnövekedett esélyét azokban a betegekben, akiket psoriasisuk miatt kátránnyal és művi UV-fénnyel kezeltek.

A szerzők nagyobb beteganyagból kiválasztva 59 súlyos psoriasisos bőrrákos beteget tanulmányoztak abból a célból, hogy a kátrány és/vagy az UV-fény kezelés hatását vizsgálják a kialakuló bőrrák lehetőségével kapcsolatban. A bőr-carcinomával bíró psoriasisos betegeket a nem carcinomásokkal összehasonlítva kiderült, hogy a nagyfokú kátrány és UV-besugárzásnak kitett betegeken a bőrrák előfordulása kb. kétszer nagyobb a kontroll csoporthoz viszonyítva. Szorosabb összefüggés derült ki, ha a kontroll csoporttal történő összehasonlításban figyelembe vették az életkort, bőrtípust, nemet, lakóhelyet, az UV-besugárzás időtartamát és a 8-methoxypsoralen photochemotherapia számát is.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy csak azokon a psoriasisos betegeken lépett fel a bőrrák nagyobb mértékben, akik igen tartós UV-besugárzás és/vagy kátránykezelésnek voltak kitéve. A tanulmányozott betegcsoportban a mintegy 2 évtizede fennálló bőrtünetekkel bíró betegek $^1/_5$-e számolt be a fenti szerek egyikének és csupán 3%-a mindkettőnek tartós és nagymértékű használatáról.

A szerzők véleménye az, hogy a psoriasisos betegek tartós kátrány és UV-besugárzással való kezelését nem ellenjavallja az esetleges az esély fennállása amellett szól, hogy a kezelésben részesült psoriasisos betegek gondos ellenőrzése indokolt a tumorok korai felismerésére. A korai felismerés és kezelés a bőrrák okozta morbiditást igen lecsökkenti. Ez a morbiditási arány különösen alacsonynak tűnik akkor, ha a psoriasis tartós psychológiai és fizikai hatásait tartjuk szem előtt.

Schneider Imre dr.

Immunológiai vizsgálatok mycosis fungoidesben. Kuba, R., Bailin, A., Roenigk, H. H. jr. (Dept. of Dermat., Cleveland Clinic Found.): Arch. Dermat. (Chic.) 1980, *116*, 178.

A mycosis fungoides (MF) cutan T-sejt lymphoma, tisztázatlan patogenezissel. Az utóbbi években az immunológiai vizsgálatok kerültek előtérbe. Főként a betegség késői szakában a keringő T-sejtek száma csökkent, a szérum IgA és IgE szint emelkedett, a pozitív késői típusú bőrreakciók gyakorisága relatíve csökkent, az in vitro mitogen stimuláció aránya kisebb. Anti-T-sejt antitesteket és a bőrjelenség hámsejtjeivel szemben lymphocytotoxicitást írtak le. Ezen leletek alapján *Tan* és mtsai a MF-t antigénperzisztenciára vezetik vissza s a kórszármazásban késői másodlagos malignitással járó idült hyperreaktív immunstátust szerepeltetnek. *Edelson* a MF-t és annak leukaemiás szakaszát, a Sézary syndromát a helper T-sejtek malignus lymphoproliferatív betegségének tekinti.

A szerzők 7 plaqueos és 1 tumoros MF-es beteget methoxsalen + UVA kezelésben (photokemoterápia) részesítettek és a 7—33 hónapos (átlag: 22 hónap) immunológiai vizsgálatok eredményét összegezik. A kezelési idő után késői típusú intrakután próbák (baktérium, gomba és vírus antigénekkel) javulást mutattak (4 kezdeti anergiás válasz pozitívvá vált és 4 méretei növekedtek). A keringő T lymphocyták főként az infiltrátumot képző sejtek száma mérsékelten csökkent. A mitogen stimulációra normális választ adó betegek száma növekedett. A szérum immunglobulinok szintje változatlan maradt. Egy beteg szérumában alacsony titerben antinukleáris faktor volt kimutatható. A szerzők véleménye szerint a kezelés valószínűleg az antigénperzisztenciát szünteti meg, melynek célsejtje a Langerhans sejt. A kezelés MF-ben elsősorban az újonnan képződött T-sejtek számát csökkenti, de nem érinti a funkciójukat. A B-sejtek paramétereiben nem találtak szignifikáns változást.

Korossy Sándor dr.

Periarteriitis cutanea nodosa. Immunfluorescens vizsgálatok. Diaz-Perez, J. K., A. L. Schroeter, R. K. Winkelmann (Department of Dermatology, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester): Arch. Dermat. (Chic.) 1980, *116*, 56.

A szerzők 1973-tól 1978-ig 10 kután periarteritis nodosás (PAN) beteget vizsgáltak és kizárták e betegeknél a systemás folyamat lehetőségét. A tíz beteg közül 9-nél az irha és a subcutis ereiben volt pozitív immunfluorescentia (IF) megfigyelhető. A direkt IF vizsgálat során feltűnő volt az, hogy az IgG és IgA állandóan hiányzott, míg az IgM és a C3 faktor mind az irha felső, mind az alsó részén levő erekben változó mértékben kimutatható volt; összesen hat esetben találtak IgM lerakódást az érfalakban. Két esetben az IgM-t és a C3-t együttesen ki lehetett mutatni. A szerzők azt következtették a fentiekből, hogy az immunkomplexek az immunglobulinokhoz, valamint a komplementhez hasonlóan az érfalban csak egy ideig rakódnak le és nincsenek állandó jelleggel ott. Az IgM-nek éppen a gyakori kimutathatósága miatt fontos szerepe lehet a kórkép lefolyásában. A basalis membran fluorescentiát (1 betegben IgM és két betegben C3) más kórképekhez (pl. porphyria) hasonlónak találták. Különböző mértékű fibrin lerakódást összesen 7 betegben figyeltek meg. Négy esetben az irha felületes ereiben immunglobulin és komplement volt kimutatható nem specifikus, kereksejtes gyulladással, ugyanakkor klinikailag semmi eltérés nem volt a bőrön. A betegségek egyike sem ment át systemás PAN formába.

A szerzők egyik betegükben sem tudtak hepatitis B antigent kimutatni, jóllehet több közlemény utal arra, hogy a systemás PAN kapcsolatban lehet ezzel az antigénnel.

Nem találtak semmi sepcifikus okot betegeik tüneteinek magyarázatára. Az immunglobulinoknak és komplementnek az érfalban való kimutathatósága amellett szól, hogy az immunkomplexeknek, vagy immunmechanizmusnak lehet szerepe a pathogenezisben.

Schneider Imre dr.

A melanoma malignum: androgen dependens tumor? Rampen, F. H. J., J. H. Mulder (Departments of Radiotherapy and Internal Medicine, Rotterdamsch Radio-Therapeutisch Instituut, Rotterdam): Lancet, 1980, *1*, 562.

A szerzők 688, a bőrből kiinduló melanoma malignum (mm.-os) beteget vizsgáltak, ill. kezeltek 1956 és 1978 között. E beteganyagban az összes klinikai típusok képviselve voltak. Nem vették be a vizsgálati anyagba a lentigo malignával bíró

betegeket a határozott histogenetikai típus miatt, valamint az ismeretlen primer góccal bíró betegeket. Összesen 267 betegben (121 férfi, 146 nő) volt metastasis megfigyelhető.

A legtöbb mm.-mal foglalkozó klinikai tanulmány szerint a nőknek kedvezőbb a túlélési prognózisa. Ez részben annak tudható be, hogy a nőkön a primer tumor leggyakoribb helye a lábszár (a férfiakon az exponáltabb törzs), másrészt a férfiak rendszerint a betegség előrehaladottabb stádiumában jelentkeznek orvosnál; az utóbbi két tényezőn kívül a nemek közti különbségnek tulajdonítanak jelentőséget. Vannak irodalmi adatok, amelyek szerint az endokrin tényezők befolyásolják a tumor fejlődését. A szerzők a tumor beosztást a nemzetközi T, N, M rendszer szerint végezték. Vizsgálataik szerint az egyes stádiumok közötti intervallumok hosszabbak voltak a nők esetében, s ugyancsak előnyösebb helyzetben voltak a nők a túlélés szempontjából a disseminatio stádiumában is A menopausa előtti és utáni szakaszban levő nők is kedvezőbb helyzetet mutattak a hasonló korú férfiakhoz viszonyítva.

A szerzők véleménye szerint a mm. klinikai lefolyásában a nőknél észlelt előnyösebb adatok az androgen hormonoknak tudhatók be. Ezt a hypothesist már 4 évvel korábban más szerzők (Shiu, M. H. és mtsai) felállították, akik nőkön a tumorok gestatiós idő alatti gyorsabb progressióját figyelték meg, majd a terhesség utáni spontán regressióját látták. Utóbbi szerzők szerint ez azzal van összefüggésben, hogy a terhesség alatt tetemes mennyiségű androgen secretálódik.

A cikk szerzői szerint fontos következtetés adódik a mm. kezelésére vonatkozólag ezekből az adatokból. Ha helyes ezeknek az értelmezése és a mm.-t androgen dependensnek tételezzük fel, akkor a metastasisokkal bíró melanomás férfi betegeknél felmerülhet az antiandrogenek, ill. a chemotherapia és az orchidectomia alkalmazásának kedvező volta.

Schneider Imre dr.

Az erythema anulare centrifugum és a Hodgkin-betegség. Leimert, J. T. és mtsai (Departments of Internal Medicine and Dermatology, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City): Arch. int. Med. 1979, *139*, 486.

A figurált erythemákat a morphologiai képük alapján három csoportba lehet sorolni. Ezeknek egyik tagja az erythema anulare centrifugum, amelyet más kórképekkel, nemegyszer malignus folyamatokkal hoznak összefüggésbe.

A szerzők egyik betegük kórlefolyását ismertetik. Az 58 éves nőbetegnek 1952-ben mediastinalis nyirokcsomó megnagyobbodás miatt röntgenbesugárzást adtak. Időközönként a különböző regiókban jelentkezett nyirokcsomó megnagyobbodásra irradiatiót kapott a beteg. 1972-ben ismét nyirokcsomó biopsia történt és ekkor az 1962-ben végzett histologiai eredményt Hodgkin-kórral (nodularis sclerotizáló típus) reklasszifikálták. A j. tüdőlebeny alsó részén levő infiltratum feltételezetten alapbetegség eredete miatt is kombinált chemotherapiát végeztek (mechlorethamin, vincristin, procarbazin, prednisolon). A beteg állandó ellenőrzés alatt volt és 1976 elején az alsó végtagok területén gyűrűalakú, erythemás, panaszt nem okozó gócok jelentkeztek, amelyek enyhén kiemelkedtek, 2,5 cm átmérőjűek voltak és fokozatosan más testrészekre is ráterjedtek. A tünetek jellegzetesek voltak, a gyűrűalakzatok belső oldalán levő hámlás miatt is. A gombavizsgálat eredménye negatív volt. Röviddel később vinblastin therapiát kapott a beteg, mire a tünetek elmúltak. Négy hónappal később ismét megjelentek az ívelt erythemás tünetek, s ezek újabb vinblastin kúrára megszűntek.

A beteg általános kivizsgálása során más eltérést nem találtak, emiatt a szerzők a tüneteket a Hodgkin alapbetegséggel hozzák összefüggésbe, jóllehet a kettő közötti kapcsolat pathogenesise spekulatív. A szerzők tudomása szerint ez az első eset, hogy erythema anulare centrifugum fordult elő Hodgkin-kórban .

Schneider Imre dr.

A lábszárekzema klinikai, allergológiai és differenciáldiagnosztikai szempontból. Jenni, Ch., L. Zala (Dermatologische Universitätsklinik, Bern): Schw. med. Wschr. 1980, *110*, 124.

A szerzők 60, csaknem kizárólag az alsó végtagokra lokalizált kontakt ekzemás betegeken végezték el az epicután próbákat ambulanter. A betegek egy kisebb csoportjánál ezenkívül a magukkal hozott helyi készítményekkel is elvégezték a rátevési próbákat. Eredményeik szerint a betegek több mint 50%-ánál volt e próbákra pozitivitás és sorrendben a következő anyagok szerepeltek: perubalzsam 41%, lanolin 36,7%, terpentin 23,3%, majd benzocain, p-phenylendiamin, neomycin, vioform és paraben. Figyelemre méltó, hogy a 60 betegből 8 beteg 1 anyaggal, 31 beteg 2—5 anyaggal, és 5 beteg több mint 5 anyaggal szemben mutatott pozitivitást. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az epicután próba elvégzésének az indicatiója áll fenn abban az esetben, ha a lábszárekzema látszólag adaequat ekzemaellenes kezelésre therapia resistens marad, vagy ha a beteg a helyi kezelést az égő érzés miatt nem tolerálja, vagy ha a fekély környezetében nedvezés és hólyagképződés áll fenn, esetleg a kézfejekre és szemhéjra terjedő szóródás mutatkozik. A differenciáldiagnosztikában számos kórképet említenek meg, a mikrobás ekzemától és a follicularis trichophytidtől a lichen simplex chronicusig. A lábszárekzema kezelésére a lanolin és paraben-mentes 0,5%-os hydrocortisont és a pasta refrigeranst javasolják a szerzők.

(Ref.: hazánkban perubalzsamot tartalmaz az Ung. Mikulitz, FoNo.)

Schneider Imre dr.

Helyhez kötött nyilvántartott és nem nyilvántartott prostituáltak szociológiai és sero-epidemiológiai vizsgálata. Müller, F., Eggert, J. (Med. Unters. amt. Hyg. Inst. Hamburg): Öff. Gesundh. ves. 1979, *41*, 426.

A lues, dacára a modern kezelésnek, megtartotta különleges helyzetét a fertőző betegségek között. Annak ellenére, hogy a betegség gyógyítható, mégsem sikerült a fejlett országokban kiirtani, inkább társadalmi, semmint járványtani okok miatt. Régen a syphilis volt a „majom a fertőzőbetegségek között", gyakorlatilag sokszor számításba jött. Újabban kevésbé gondolnak rá, az antibiotikumok miatt nem típusos. Terjesztésében prostitució, homosexualizmus és a turizmus a legfontosabb tényezők. (Rosszul értelmezett liberalizmus ma is gátolja a leküzdést.)

A szerzők 4000, Hamburgban 1970. I. 1. és 1975. I. 1. között vizsgált nyilvántartott és nem nyilvántartott prostituált közül 922-t tanulmányoztak, akik ún. helyhez kötve folytatták tevékenységüket. Megállapítást nyert, hogy a fertőzöttség gyakorisága és a „munkahely" (bordély- vagy utcai prostitució) között párhuzam van. Nincs viszont kapcsolat a lues gyakorisága és az életkor között; itt nincs összefüggés. A tanulmányozottak 51,6%-a 20—30 év közötti volt, a legifjabb 14 éves, **a legidősebb 65 éves (?).** A nők 76,5%-a 20—30 éves korában kezdte mesterségét, de volt olyan is, aki az 50. életéve után került nyilvántartásba. (Ez nem azt jelenti, hogy akkor kezdte mesterségét.) 12,6% volt 20 évnél fiatalabb, ezeket még nem lajstromozták. Csak 16,5% tevékenykedett bordélyházakban, a többi utcán, autóstoppal, bárokban és masszázs-szalonokban dolgozott.

A vizsgálati adatok alapján e nők 1,5%-a volt syphilitikus (Treponema-pozitív), ami az országos átlag többszöröse. A fertőzés terjesztésében a jelentőségük változatlan. Hogy aránylag későn és viszonylag korán e pályát választják a nők, annak a szexuális szokások megváltozásán kívül társadalmi háttere van.

A betegség leküzdésében a megelőzésnek van jóval nagyobb fontossága, mint a gyógykezelésnek s ezt csak az okok és lehetőségek ismeretében lehet megoldani.

Nikodemusz István dr.

Vírushepatitis

Hepatitis B felületi antigén ellenőrzött szintézis primer humán májrákból származó sejt-vonalon. D. P. Aden és mtsai (Wistav Anatómiai és Biológiai Intézet; Az Intézet Gyermekgyógyászati Osztálya; a Pennsylvaniai Egyetem Gyermekklinikája; és a Hahnemann Orvos Kollégium Pathológiai Osztálya: Philadelphia, USA): Nature, 1979, *282*, 615.

A Dél-Afrikában emberi primer májcarcinomából előállított sejtvonal tulajdonságainak ismertetése után (1976) derült ki, hogy az amerikai kontinensen is végeznek azonos célú és hasonló kísérleteket. 1975-ben Argentínában egy 15 éves „kaukázusi" fiú (Hep G 2), ill. 1976-ban az USA-ban egy 8 éves néger fiú (Hep 3 B) májrákjából nyertek új sejt-vonalat. (A sejt-vonalak elnevezése van a zárójelben.) A kimetszett tumor darabok tenyésztésére dajkasejtként az STO egérsejt-törzset alkalmazták. Az egérsejtek folyamatos szaporodását, s ritkábban osztódó májsejtek túlnövését, röntgenbesugárzással akadályozták meg. Az USA-ban egy tüdő-metastasisnak tűnő szövetből is készítettek sejtkultúrát (Hep 3 L), de ez fibroblastnak bizonyult, a másik kettő máj-parenchyma szerkezetével szemben. Humán albumin és alfafetoprotein, továbbá HBsAg jelenlétét vizsgálva, a tenyészetek felülúszójában *mindhárom* csak a Hep 3 B-nél volt megtalálható. Eltérően a Dél-Afrikában előállított sejt-vonaltól, — a PLC/PRF/5-től, amely állandóan termeli a HBsAg-t — a Hep 3 B HBsAg termelésére a sejtek oszlási szakaszában egyáltalán nem kerül sor, csak a stationer fázisban, a 8—14. nap között. Ebben nincs szerepe a sejtek-közötti közvetlen kontaktus kialakulásának, sem pedig a tápfolyadékban keletkezett valamiféle serkentő anyagnak. Sőt, ha a tápfolyadék naponkénti cseréjével a szaporodási fázist elősegítették, a HBsAg termelés mennyiségében csökkent, időben pedig elhúzódó lett.

Mindkét HBsAg-t termelő sejtvonalnál a HBV információ beépült a gazdasejtbe, de nyilvánvaló eltérésnek kell lenni vagy a beépülés helyében, vagy módjában, mivel az egyik vonal (PLC/PRF/5) folyamatosan, a másik pedig (Hep 3 B) csak a stationer fázisban termel vírus antigént.

Hollós Iván dr.

Hepatitis „C" antigén kimutatása non-A, non-B posttransfúziós hepatitisekből. R. Shirachi és mtsai (A Miyagi Elöljáróság Közegészségügyi Intézetének Mikrobiológiai osztálya; A Sendai Nemzeti Kórház Sebészeti Osztálya. a Tohoku Orvosi Egyetem Bakteriológiai Intézete; Sendai, Japán): Lancet, 1978, *2*, 853.

A non-A, non-B hepatitis vírust tartalmazó donorvérek fertőzőképességét csimpánzokon igazolták. Szerológiai kimutatásra egyelőre nem került sor. 1970—77 között a sebészeti osztályon 152 posttranszfúziós hepatitis (PTH) fordult elő. 116 hepatitis B-vírus markerekre negatív volt. Az SGPT lefutása szerint két típust különítettek el: *1-típus:* 5—7 hetes inkubációs idő után 5—8 hét alatt lefutó egyfázisú, rövid felszálló és leszálló ágú görbével jellemezhető. *2-típus:* ennél kétfázisú SGPT görbét találtak, az egyik szakasz hasonló az egyeshez, de egy másik elhúzódó szakasszal kombinálódva. Ennek folytán az utóbbi perzisztálása több mint 17 hét volt. 1-es típusú 52 beteg, 2-es típusú 30 beteg volt, míg 34 beteg SGPT görbéjének lefutása az előbbiekétől eltérő, plató alakú volt.

A hepatitis „C" antigén kimutatására 0,9%-os agarose gélt pH 7,6-os PBS-ben oldottak, 1% PEG 6000-et és 1% dextrán 500-at adtak hozzá, és a szokásos immundiffúziós (ID) módszert alkalmazták. Ezzel 13 2-es típusba sorolt beteg 268 savóját és 10 1-es típusba sorolható beteg 80 savóját vizsgálták. Az előbbi csoportból 176 savó az akut és 92 a rekonvalescens szakból származott. Az egymással reagáló savópárok kifejezett csíkot adtak. Az antigén biztosan nem volt azonos sem a HBsAg-vel, sem a HBeAg-vel, sem a HBcAg-vel. A „C" antigén a transzfúzió után 1—5 héttel jelent meg a véráramban, kb. 3 héttel megelőzve az SGPT emelkedést. Perzisztálása 8—24. hét között. Az IgG-ben reagáló ellenanyag kb. 2 héttel az antigenaemia elmúlása után jelent meg, de csak 2—4 hétig maradt kimutatható. Antigént a transzfúzió beadása előtti szakban is észleltek (egészséges C vírushordozó!), azonban ellenanyag kimutatás a 13 jól követett esetükből is csak 4-ben sikerült. A C-antigén denzitása 1,30 g/ml volt, a Sepharose 6 B oszlopot az IgG frakciónak megfelelő mintával hagyta el, a szerzőknek úgy tűnt, hogy a B-globulinokhoz tartozó töltésű. Míg alkoholos hepatitisben nem fordult elő, az egyes típusú C hepatitisben 10 közül 4 beteg volt pozitív, de ellenanyagot egy sem termelt, a kettes típusú 13 beteg mindegyike pozitív volt antigénre, de csak 4 ellenanyagra. Hepatománál nem találták meg, de HBsAg pozitív hepatitisben előfordult. Az egészséges hordozás igazolja a PTH-ban a kórokozó szerepét. A különböző non-A, non-B hepatitis kórformában a C antigén különböző gyakoriságú megjelenése többféle kórokozó létezése mellett szól, de mindenképpen bizonyítja a kimutatási módszer nem kielégítő érzékenységét.

(Ref.: Ez az első kísérlet, amely a non-A, non-B hepatitis szerológiai hovatartozását sikerrel megoldotta. Az alkalmazott módszer kutatásra alkalmas, de a vérellátó szolgálatok igényeit sem gyorsaság, sem érzékenység szempontjából nem elégíti ki.)

Hollós Iván dr.

A humán hepatoma sejtvonal által termelt HBsAg-re vonatkozó vizsgálatok. Skelly, J. és mtsai (A Londoni Hygiénés és Trópusi Betegségek Tanszéke, Orvosi Mikrobiológiai Osztály, és a WHO Vírus Hepatitis Kutató és Referensz Központja): Nature 1979, *282*, 617.

A jelen vizsgálatsorozat adatai szerint is a maximális HBsAg szintézis a hepatoma sejtek log. oszlási szakának befejezése után történik. A termelt antigén nem tartalmazott sem HBeAg-t, sem DNS-polymerázt, fajsúlya 1,19 mg/ml volt, elektronmikroszkóposan 20—25 nm átmérőjű gömb alakú részecskékből állt. ^{125}I-tel jelölve a fehérjéket az Urografin gradiens centrifugálásnak vetve alá, kiderült, hogy a tápfolyadékban található fehérjének csak mintegy 10%-a HBsAg. Azonban a hepatoma sejtekből származó HBsAg ultracentrifugálás leülepítése nem sikerült, az üledékben legfeljebb törmelék anyagot találtak. Immun-nyúlsavó felhasználásával úgynevezett affinitás kromatográfiát alkalmaztak. Az oszlophoz kapcsolt ellenanyaghoz a HBsAg lekötődött és 3M NaSCN-al eluálható volt.

Polyacrilamid-gél elektroforézissel megvizsgálták a termékek polypeptid összetételét. A „nyers HBsAg"-ben 73 000, 64 000, 54 000 és 31 500-as molekulasúlyokat találtak, a „kromatografált HBsAg" viszont csak 47 000, 34 000, 28 000 és 23 000 molekulasúlyú polypeptidet tartalmazott. Tehát a hepatoma tenyészetből nyerhető HBsAg tisztítása éppolyan igényes feladat, mint a szérumból való tisztítás. Viszont bizonyítani lehetett, hogy a hepatoma-sejtek termelte HBsAg albumint nem tartalmaz, cáfolatául annak a feltevésnek, hogy az albumin a HBsAg integráns része lenne.

A szerzők a PLC/PRF/5 hepatoma sejtvonal termelte HBsAg-t vaccinakészítéshez, kiinduló anyagként alkalmasnak tartják.

(Ref.: Nem kétséges, hogy sejtkultúrák termelte vírusok, ill. vírusantigének vaccina készítéséhez alkalmasabbak, mint keringő humán vérből nyerhető hasonló termékek. Eddig azonban malignus transzformációt mutató sejtek termékeit

tilos volt emberi beadáshoz felhasználni. Úgy vélem, nem túlzás azt állítani, hogy ennek az ellenkezőjét gondos kísérleteknek kell megelőzni, amely egy-egy sejtvonal ártalmatlan voltát bizonyítja.)

Hollós Iván dr.

A hepatitis non-A, non-B járványtana és prognózisa. Müller, R. és mtsai (Az Orvosi Főiskola Belgyógyászati Osztályának Gastroenterológiai és Hepatológiai Részlege; Az Állami Orvostudományi kutatások Hivatala, Hannover): Dtsch. med. Wschr. 1979, *104*, 1471.

Az 1975—78 között Hannover térségében előfordult sem hepatitis A-ként, sem hepatitis B-ként nem diagnosztizálható betegségcsoportról számolnak be. A klinikai diagnózis az áttekintett mind az 1368 esetben akut hepatitis volt, jelentős szérum tranzaminaze és bilirubin-szint emelkedéssel. A hepatitis B elkülönítésére a HBsAg, az anti-HBs, az antiHBc meghatározását végezték el éppúgy radioimmunoassay-vel, mint a hepatitis A igazolására az anti-HAV-IgM meghatározását. A 4 év folyamán 276 esetük hepatitis A-nak, 767 esetük hepatitis B-nek bizonyult, és kizárásos alapon 325 esetet tekintettek non-A, non-B-nek. Mivel ekkor még nem rendelkeztünk semmilyen víruskimutatási lehetőséggel, természetes, hogy a kizárásos alapon történő besoroláskor nemcsak vírus, hanem toxikus, allergiás stb. alapon keletkezett hepatitiseket is számításba vehettek. A 325 eset (az összes akut hepatitis 23%-a) egy-egy év 12 hónapja között viszonylag egyenletesen oszlik meg és ellentétben a hepatitis A-val felismerhető járványszerű halmozódást, szezonális ingadozást nem mutat. A koreloszlást 10 éves intervallummal ábrázolták. Ebből az látható, hogy 10 éven aluliak között nagyon ritka a kórkép, majd 10—20 év között gyakorisága jelentősen emelkedik, de a 70 éves korcsoporttal bezáróan megoszlása egyenletes. A fertőző forrás anamnesztikus feldolgozásából kiderül, hogy a hepatitis A esetek 72,5%-a összefüggésbe hozható hepatitises beteggel való kontaktussal, ill. endemiás területen való utazással, a hepatitis B esetek 45%-a parenteralis expozíció következménye (38%-a ismeretlen eredetű, sporadikus megbetegedés), viszont a non-A, non-B esetek 39%-a hozható összefüggésbe parenteralis beavatkozással és 56%-a ismeretlen eredetű, sporadikus megbetegedés. 35 esetükben egyetlen parenteralis expozíciós lehetőség merült fel, ezt elfogadva az inkubációs idő 2—22 hét között ingadozik. 40 folyamatosan követett betegük közül 5 betegsége (12,5%) krónikus kórfolyamatokba ment át, 2-nél toxikus májkárosodás következett be és csak 33 gyógyult meg tökéletesen.

A világirodalmat áttekintve a krónikus folyamat kiterjedésének gyakorisága 8—62% között ingadozik, tehát mindenképpen igen magas arányú. Ismeretes, hogy az USA-ban a posttranszfúziós hepatitisek (PTH) messze túlnyomó többségét ez a kórforma teszi ki. *(Ref.: A hepatitises kórházi anyag vizsgálata kapcsán nekem is az a benyomásom, hogy növekvő arányt mutat a sem hepatitis B-ként sem A-ként nem diagnosztizálhatók aránya, összevetve a 70-es évek korai időszakával. Mivel a szakirodalom a PTH kórokozójaként tartja számon, egyre sürgetőbbnek látszik a donorvérek ilyen irányú szűrésére a megfelelő szerológiai módszerek kidolgozása.)*

Hollós Iván dr.

Krónikus májbetegség akut non-A, non-B vírus hepatitis után. J. Rakela, A. G. Redeker (Liver Service, Rancho Los Amigos County Hospital, Downey, California 90242): Gastroenterology, 1979, 77, 1200.

Tény, hogy a posttransfusiós non-A, non-B akut vírus hepatitisek (vh.) 33—46%-a válik krónikussá.

A szerzők követéses tanulmányukban 3, különböző járványtani hátterű, non-A, non-B akut vh-csoportban vizsgálták a krónikus hepatitis kialakulásának gyakoriságát: 1. posttransfusiós (13 beteg), 2. kábítószer élvező (12 beteg), 3. szórványosan előforduló, nyilvánvaló ok nélküli esetek (20 beteg).

Az első két csoportban szignifikánsan magasabbnak találták a krónikus hepatitis előfordulását, mint a harmadikban (54, 58, ill. 20%). Az akut szakban nem volt lényeges eltérés a három csoport között. A 39 icterussal járó akut vh-ből 13-ban (33%), a 6 anicterusosból 5-ben (83%), az összes 45 esetből 98-ban alakult ki krónikus májbetegség (4 aktív és 14 persistáló).

Feltűnő, hogy mind a 4 krónikus kus aktív hepatitis post-transfusiós akut hepatitisből eredt.

Kovács Márta dr.

Az egészségügyi és népjóléti dolgozók különleges járványtani veszélyeztetettségéről. Weiss, O., Hajduk., F., Seibt, A. (Bezirks Hyg. Inst. Karl-Marx-Stadt): Z. ärztl. Fortbild. 1979, *73*, 172.

A Karl-Marx-Stadt körzetében végzett járványtani vizsgálatok azt mutatják, hogy míg a hepatitis morbiditása a lakosság körében örvendetesen csökken, addig az egészségügyi és népjóléti szervek dolgozói körében a betegség gyakorisága 3—4-szer nagyobb, mint az átlag. 1969-ben a lakosság morbiditása 50,6, az egészségügyieké 121,4/100 000 volt, a lakosságé lassan csökkent, 28,2/100 000 volt az 1976. év folyamán, az egészségügyieké akkora a 97,9/100 000-t érte el, de a két megelőző évben 173,5, ill. 167,8/100 000 volt. 1970 és 1976 között a hepatitis fertőzések 56—80%-a egészségügyieket sújtott. A foglalkozási ártalmak 62,2%-a volt hepatitis, 13%-a dysenteria, 5,4%-a tuberculosis volt. Jóval magasabb volt a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók megbetegedése; az orvosok morbiditása 35,5, a szakdolgozóké 28,7 és a kisegítőszemélyzeté 18,2/10 000 volt; a járóbeteg-ellátásban e három csoport 3,7, 5,3, ill. 4,4/10 000 morbiditást mutatott.

Művese osztályon a morbiditás 736/10 000 volt, magas volt az orvosok és a szakdolgozók morbiditása (1,142, ill. 971/10 000), de alig betegedtek meg a képzetlen dolgozók. 193/10 000 volt a fertőző osztályokon a gyakoriság; 250 és 208, valamint 125/10 000 morbiditást jelzett a fenti három csoport. Harmadik helyen a laboratórium dolgozói álltak 112/10 000-res aránnyal, meglepő módon itt a segédszemélyzet morbiditása volt a legmagasabb (258/10 000), a szakdolgozóké ennél alacsonyabb (93/10 000) s az orvosoké egészen alacsony volt. Alacsony volt a betegség előfordulási aránya gyermekosztályon, szülészeten s a járóbeteg rendelésen.

A foglalkozási megbetegedések 80%-ában ki tudták mutatni a kórokozót (HBsAg).

Nikodemusz István dr.

Vírushepatitis és az egészségügyi foglalkozás. Clauss G. (Berufsgenossensch. f. Gesundh. dienst u. Wohlfahrtspfl. Hamburg 200, NSZK): Bundesgesundheitsblatt, 1979, *22*, 123.

1976-ban az Egészségügyi és Népjóléti Szakszervezet 1257 foglalkozási eredetű hepatitis fertőzést jegyzett fel. A szerző e betegségek közül 858 esetet elemzett és értékelt. 10,7%-ban (135 eset) a jelentés téves volt s ezenkívül 8%-ban a fertőzés népjóléti intézményekben dolgozókat sújtott, nem egészségügyieket.

A szakszervezet adatai szerint 1950 és 1975 között kiválasztott évben 17 706 foglalkozási megbetegedést észleltek (9223 hepatitis, 4919 tbc, bőrártalom és egyéb károsodás volt a többi). 1976-ban 1725 foglalkozási ártalmat jegyeztek fel, ezek közül 1257 volt hepatitis, 219 tbc és 94 salmonellosis. A hepatitisek közül 97 tartozott a népjóléti szervek és 1025 az egészségügyi szervek dolgozói közé. 146 orvos betegségét vizsgálták s ezek közül 134-et (110 HBsAg+ és 24 HBsAg—) fogadtak el foglalkozási ártalomnak, 42 fertőzést a fogorvo-

sok között elemeztek s ezek közül 34 bizonyult foglalkozási ártalomnak (22 HBsAg + és 12 HBsAg —). A kórházi dolgozók körében, akik betegekkel vagy azok anyagaival foglalkoznak, 406 fertőzés közül 389-et fogadtak el foglalkozási ártalomnak (290 HBsAg +, 76 HBsAg — és 23 serologiailag nem vizsgált eset). Az adminisztratív eü. dolgozók között 32 eset közül 14 (12 HBsAg +) bizonyult foglalkozási ártalomnak. A kórházi esetek közül a legveszélyesebb helyzetben a művese állomások dolgozói, a fertőző osztályon levők és a laboratóriumi dolgozók vannak, 239 kivizsgált megbetegedés közül 16 tartozott az első, 20, ill. 52 a második, ill. harmadik csoportba. A laboratóriumban a takarítószemélyzet hasonlóan veszélyeztetett, mint a szakdolgozók.

Megállapítást nyert, hogy a foglalkozási fertőzésnek bizonyult esetek 76%-ában a HBsAg-t ki lehetett mutatni, természetesen az A és a harmadik típusú májgyulladás is létrejöhet szakmai ártalomként.

A hepatitis megelőzése elsősorban a higiénés rendszabályok betartásából áll; laboratóriumban tilos szájjal pipettázni és az ujjakat a művelet után fertőtleníteni kell. Önműködő műszerek (autoanalyser) alkalmazása csökkenti a fertőzések számát.

Nikodemusz István dr.

A-típusú hepatitis átvitele homoszexuális férfiaknál. Corey, J., Holmes, K. K. (Harborview Med. Center, Seattle.): New. Engl. J. Med. 1980, *302*, 435.

A szerzők 129 homosexualis és 57 heterosexualis férfit vizsgáltak meg Hepatitis A-vírussal történő fertőzöttségre, a további másfél évet meghaladó rendszeres ellenőrzést csak 102 homosexuális egyénnél lehetett végezni. Az 57 heterosexualis férfi (közülük 50 nőtlen) Herpes genitalis miatt került kezelésre. A 102 homosexualis egyén közül 101 volt nőtlen, őket nemi betegségekre vizsgálták rendszeresen vérmintákkal többek között Hepatitis A antitest (anti HA) meghatározást végeztek.

A vizsgálat kezdetén a homosexuálisok közül 31 volt anti HA pozitív, a normálisok közül 6 (30, ill. 12% prevalencia); a homosexuálisok évenkénti incidenciája 22%-ot mutatott, ezek szerint, azaz évente 23 egyén lett anti HA pozitív, azaz ennyien estek át a fertőzésen, a heterosexuálisok között a megfigyelési idő alatt Hepatitis A fertőzés nem fordult elő.

A Hepatitis A vírusa a bélbaktériumokkal azonos módon terjed, másképpen csak nagyon ritkán, viszont a sexualis aberratióban szenvedők között nem tartozik az „oral-analis" vagy „ano-oralis" nemi érintkezés a ritkaságok közé. Így a HA-vírussal a fertőzés létrejöhet. Zárt férfiközösségekben fellépő Hepatitis A fertőzések a kóros nemi ösztönökre utalnak.

Nikodemusz István dr.

Sebészet

Fájdalomcsillapítás és akut has. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1979, *2*, 1093.

Zachary Cope „Akut has"-ról szóló könyve átdolgozott kiadásának nyitó fejezetében is olvasható a következő mondat: „Ha morphint adnak a betegnek, lehetősége van arra, hogy boldogan haljon meg abban a hitben, hogy a javulás útján van. Ezáltal bizonyos esetekben a kezelőorvos is felkeltheti és egy időre táplálhatja e csalóka reményt".

Ezen — első ízben 1921-ben leírt — határozott fájdalomcsillapítás elleni intelem időközben tradícióvá vált. Számos sebészetet tanuló orvos hitt benne anélkül, hogy lényegét átgondolta volna. Ez az oka annak, hogy manapság egy vesegörcsben vagy gyomorperforatióban szenvedő beteget rendesen 4 orvos is lát, mielőtt az fájdalomcsillapítót kapna.

Az analgetikus kezelés elhagyását azon kétes indíték igazolná, miszerint a beteget a kórkép teljes kibontakozásában, az utolsó orvosnak kell megítélnie. A fájdalomcsillapítás mellőzése a biztos diagnózisig 60 évvel ezelőtt kétségtelenül indokolt volt, amikor a sebészet primitív anaesthesia mellett, egyéb segédeszközök (transfusio, infusio, antibioticumok, intenzív betegellátás, gyomorszonda stb.) híján volt kénytelen eseteivel megbirkózni. Ez időben már pár órás késedelem is káros volt, ezért jogos volt *Cope* felfogása,amely nem tűrt meg semmit, ami a műtétet késleltette volna.

Ma azonban sok mindent másként ítélünk meg. A befolyásolhatatlan vérzéstől eltekintve szabadabb és módszeresebbb megközelítést alkalmazhatunk, műtét előtt időt szakíthatunk a másodlagos elváltozások (dehydratio, shock) felszámolására, a beteg jobb kivizsgálására és megfigyelésére (a betegség tendenciája, kezelésre adott válasz stb.). Ilyen körülmények közt miért ne részesíthetné a beteget az először észlelő orvos valódi elsősegélyben, tehát miért ne adhatna iv. fájdalomcsillapítót, amivel egyben kititrálhatja a fájdalom fokát is. Bizonyos, hogy a fiatal sebészek a szedált betegen is képesek az akut has diagnosztikáját elsajátítani. Esetenként könnyebben, mint hinnénk.

Nem is minden szerző ért egyet *Cope*-pal. *Jones* gyermeknél a szedálást a kórisme elősegítőjének véli, mások a vonakodás nélküli fájdalomcsillapítás hívei *(Dunphy)*, s feltételezik, hogy a finomabb jelek értékelését a fájdalomcsillapítás egyenesen megkönnyíti *(Angell)*. Bizonyos, hogy a fájdalomtól „eszeveszetten" szenvedő beteg saját kórtörténését sem képes értékelhetően előadni. A súlyos fájdalom sürgős csillapítása tehát jó és emberséges módszer, s nem valószínű, hogy manapság a kórisme késleltetésével kárt okozna.

Eddig a szerkesztőségi közlemény. A kérdés aktualitását és korántsem lezárt voltát mi sem bizonyítja jobban, hogy ugyanezen folyóirat azonos füzetében *Hughes, T. J.* is írt egy levelet a szerkesztőhöz, majd a szerkesztőségi közleményhez a további számokban 6 levél is fűzött kommentárt. *(Lavelle, M. és mtsai:* Brit. Med. J. 1979, *2*, 2189., továbbá *Hamilton*, W. A. P. és *Fraser, I. D.* Brit. Med. J. 1979, *2*, 1363.)

Hughes hangsúlyozta, hogy az ópiátok hatása dózis-függvényes. Míg régen 15—30 mg morphint adtak, addig a mai tapasztalat szerint a felnőttek 70%-ában már 10 mg is kielégítően csillapítja a fájdalmat. Ezen adag minimális mellékhatásokkal jár, és nem valószínű, hogy a klinikai jeleket megváltoztatná. A potens fájdalomcsillapítók depressziós hatását voltaképpen maga a fájdalom — mint fiziológiás antidotum — ellensúlyozza.

Lavelle szerint a klinikust terheli a kezelésben a döntés felelőssége. Egy saját, coecum perforatióban szenvedő betegének kóresetére hivatkozik, akin a fájdalomcsillapító teljesen kioltotta a hasi tüneteket. Híve viszont annak, hogy a beteg kórházba érkezése után a lehető legrövidebb idő alatt fájdalomcsillapításban részesüljön.

Shepherd ezzel szemben már 10 éve hasonló nézetet hirdet, mint a szerkesztőségi közlemény. Az iv. fájdalomcsillapításnak shock-ellenes hatása is van. A morphin adagolásban egyetért *Hughes*-sel. Lényegében támogatja a vitaindító közleményt — bár a reá való hivatkozással nem teljesen ért egyet — *Dudley* is.

Quayle ugyan megengedi, hogy az esetek többségében igaza van a szerkesztőségi közleménynek, de a kisebbségre ez nem áll. Az esetek zömében képes a sebész gyors diagnózist találni, ezért oda kellene hatni, hogy a beteget minél előbb sebész lássa.

Hamilton szerint a szerkesztőségi közlemény által idézett *Cope* mondat ma épp úgy érvényes, mint 1921-ben. A nem mindig könnyen tisztázható kórisme felállítását a fájdalomcsillapítók csak nehezítik. Adott esetben önmagának sem engedne fájdalomcsillapítót adni, amíg nincs diagnózis. A legtöbb betegnek nem fájdalomcsillapítóra, hanem korrekt kórismére és sürgős műtétre van szüksége, ahelyett, hogy a fájdalomcsillapító hatására a diagnózis legyen „antihumánus". Csak annak van joga akut hasban fájdalomcsillapítót adni és ezért felelősséget vállalni, aki a beteget

tovább kezelni fogja. Úgy véli, hogy sok régi tradícióban több igazság van, mint némely új megállapításban.

Fraser arra figyelmeztet, hogy az intra- és retroperitonealis szervekben az akaratlagosan nem működtethető simaizmok dominálnak, amelyeknek tónusát (amiként a sphincter Oddi-ét is) a morphin fokozza. Az ópiátok tehát sok esetben nem hatékonyak, ugyanakkor az atropin sulfat (vagy propanthelin bromid) nemcsak a circulus vitiosust szakítja meg, de a nem szövődményes vastagbél-elzáródás colicáit is oldani képes. A fájdalomcsillapítók helyes alkalmazása nemcsak enyhíti a fájdalmat, de a kórisme megállapítását is elősegíti.

Az analgetikumok meggondolatlan alkalmazása és szükségtelen késleltetése egyaránt helytelen.

[Ref.: A referált — s gyakorlati jelentősége miatt hosszabban referált — vitának több tanulsága van: 1. A régi nézeteket időnként felül kell vizsgálni, s azokat vagy meg kell erősíteni, vagy el kell vetni. 2. A szerkesztőségi közlemény sem dogma. 3. A vélemények sokszerűsége folytán egyre nehezebb az irodalomban eligazodni.

Megjegyzem, hogy a helyszíni fájdalomcsillapításra vonatkozóan az Országos Mentőszolgálat Szakmai Kollégiuma módszertani levelet adott ki (Orv. Hetil. 1979, 210, 91.), amelyben akut hasi katasztrófában 0,5—2 g Algopyrin adását javasolta, iv. (A Dolargan relatív kontraindikációt képez!). A szombathelyi Mentőállomás gyakorlata szerint felnőtteknek iv adott 20 mg Dolargan nem kendőzi el a tüneteket, sőt esetenként megkönnyíti a kórisme felállítását (Birosz dr.), hatása mintegy 20 percig tart. Kelemen 1965-ben kiadott könyvében (Heveny hasi kórképek fizikális diagnosztikája, Akadémiai Kiadó, Budapest, 23—24. old.) a kórisme tisztázása előtt ellene van a morphium adásának. Analgetikumok alkalmazását az intézeti orvos jogának véli, amely esetenként nem nehezíti, sőt könnyíti a kórisme felállítását. Kivételes esetekben (biztos kórisme birtokában hosszabb szállítás előtt) 5 mg morphin adását ajánlja.

Véleményem szerint minden szélsőséges nézet és rutinszerű sematizmus helytelen. Akut hasban fájdalomcsillapító elvileg akkor adható, ha a tőle várható előnyök nagyobbak, mint a hiányával járó hátrányok. Tudatosan kell kiválasztani a legalkalmasabb készítményt, s a megszokott adag felét iv. adni. Cope-nál is régebb tradíció az, hogy a fájdalomtól szenvedő beteg panaszainak enyhítése (ha nem is teljes megszüntetése), „isteni" tevékenység (Hippokratesz). Biztos diagnózisnál (pl. gyomorperforatio) adásuk nem jelent kockázatot (csak felelősséget). Az esetek zömében a nem túl erős fájdalomcsillapítást magam is helyesebbnek vélem, mint a régi sematikus gyakorlatot. Ugyanakkor mindent meg kell tenni annak érdekében is, hogy a beteget mielőbb felelős szakember lássa, aki a kórisme birtokában dönthet a további (és teljes) fájdalomcsillapítás kérdésében is.]

Széll Kálmán dr.

Csökkent fibrinolytikus aktivitás az ulcus decubitale széli zónájában. Seiler, W. O. és mtsai (Med. Geriatr. Klinik und Gerinnungslabor des Kantonsspitals Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 685.

A decubitalis fekélyek rendkívül lassan gyógyuló compressiv-ischaemiás idült bőrlaesiók, amelyek a csontos alap feletti (sacralis, trochanter, glutealis, malleolaris, Achilles-ín) tájékon helyeződnek el. A szerzők abból a feltevésből indultak ki, hogy a fekély szélén a fibrinolytikus aktivitás zavara áll fent és ezért 13 decubitalis fekély széléről nyert szövetpróbában *(Pernin*, illetve *Astrup* és *Müller*-féle fibrinlemez eljárással vizsgálták a fekélyeket övező 1,5 mm, illetve 9 mm-es zónaszegélyből a fibrinolysis aktivitását. Vizsgálati eredményeik szerint a fekély közvetlen szélében magasan szignifikánsan csökkent a fibrinolytikus aktivitás, párhuzamosan ezen zóna csekély vascularisatiójával és renyhe gyógyulási hajlamával. Ez a módszer alkalmasnak látszik különböző fekélygyógyító eljárások objektív hatásának vizsgálatára.

ifj. Pastinszky István dr.

Kettős epehólyag cholecysto-colikus sipollyal. W. S. Ritchie, V. Crucioli (General Surgery and Pathologic, Laboratory, Broxburn, West Lothian): Br. J. Surg. 1980, *67*, 145.

Állatokban (macska, sertés, birka) a kettős epehólyag nem ritka, annál ritkábban fordul elő emberben. 1976-ig az irodalomban 200 kettős epehólyag szerepel, amelyet gyulladás vagy kőképződés miatt távolítottak el. A szerzők megállapítása szerint az anomália mellett cholecysto-colikus sipoly kialakulásáról eddig irodalmi közlés nem történt. Ezért ismertetik az esetet, amelyben a lusus naturae-hoz pathológiás történés is társult.

Egy 66 éves férfi heveny pericholecystitis miatt került felvételre. Kb. három héttel felvétele előtt sötétbarna vizeletet és agyagszékletet észlelt. A beteg konzervatív kezelésben részesült, majd a gyulladás és a panaszok megszünte után infúziós cholangiographiát végeztek: az epehólyag nem telődött, a mély epeutak normálisak. Hat hét múlva ismétlődő panaszok miatt került újból felvételre. A műtétkor két ductus cysticust találtak, egyik a közös epevezetékkel a másik a jobb hepaticus ággal volt összeköttetésben. Cholecystectomia közben felfedezett cholecysto-colikus sipoly miatt a vastagbél flexura hepatica szakaszát resecálták. A beteg zavartalanul gyógyult.

A külső részén egynek tűnő epehólyag felvágásakor derült ki, hogy kettős az epehólyag, és mindegyik külön ductus cysticus-szal rendelkezett.

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebe dr.

Diverticulitis szövődményénél — Hartmann-műtét. Goeffrey és mtsai Arch. Surg., 1979, *114*, 425.

Az 1971—1978 közötti időszakban a szerzők 25 acut sigma-diverticulitis okozta szövődményben szenvedő betegen végeztek Hartmann-műtétet: sigma-bél antepositio, az oralis bélvég anus prae formájában történő kivarrásával. A kilenc férfi és 16 nő életkora 46—85 év között volt. A műtétet megelőzően nyolc beteg esetében tudtak diverticulosisról, 19 betegen állapították meg a helyes diagnosist a műtét előtt. Kilenc betegen a műtét során kismedencei tályogot találtak. Nyolc esetben a kiterjedt gyulladásos összenövések lokalizálták a hashártyagyulladást. Két esetben kismedencei peritonitis, öt esetben szabad perforatio okozta diffus purulens, egy esetben faecalis peritonitist találtak. A műtétek során négy esetben colo-vesicalis fistulát találtak.

A Hartmann-műtét előnyei: 1. A sepsist okozó beteg bélrészlet eltávolítása. 2. A primer anastomosis után nem ritkán kialakuló varratelégtelenség megelőzése. 3. A három lépcsős műtét kettőre csökkenthető. 4. A kórházi ápolási idő egyharmadára rövidíthető. 5. A betegség halálozása az irodalmi adatokkal szemben lényegesen kevesebb.

Győry Kiss Ferenc dr.
Aseffa Abebe dr.

Májresectio focalis nodularis hyperplasiánál és májsejtadenománál. Grundmann, R., K. Lennartz, H. Pichlmaier (Kölni Egyetem Sebészeti Klinikája és Kórbonctani Intézete): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 161.

A szerzők 4 eset kapcsán foglalkoznak a kórképpel, melynek kezelésével kapcsolatban az utóbbi időben felvetették a fogamzásgátlók szedésével való összefüggést. 21—41 év közti nőbetegeik előzetesen 6 hónaptól 9 évig szedtek ovulatiót gátló gyógyszereket. 3 betegüket operálták meg, ezeknél jobb oldali májresectiót végeztek. A szövettani diagnózis 2 esetben focalis nodularis hyperplasia volt, 1 esetben pedig májsejtadenoma. Mindhárom beteg meggyógyult, bár az egyik csak súlyos szövődmények (v. portae thrombosis, májcirrhosis, bilio-bronchialis sipoly) és 1½ évvel később történt reoperatio után. 1 betegüknél chronikus hepatitis

miatt nem végeztek műtétet. Ennél a diagnózist laparoscopiával és tűbiopsiával állapították meg. A fogamzásgátló gyógyszer elhagyása mellett 1 év után a tapintható terime nem változott.

Diagnosztikus szempontból a scintigraphia, sonographia, computer tomographia és angiographia a legfontosabb vizsgáló eljárások. Az esetleges malignus elfajulásra vonatkozóan azonban egyik sem ad kellő támpontot. A tűbiopsiával egybekötöttt laparoscopia közelebbi felvilágosítást adhat, de a malignitást egyetlen negatív tűbiopsiás lelet alapján nem lehet kizárni. A műtét tehát minden esetben mérlegelendő.

Az eddig közölt esetekben többnyire májlebeny resectiót végeztek. A daganat legtöbbször a jobb lebenyben fordul elő. A szerzők az anatómiai szempontok alapján végzett májresectiót megbízható eljárásnak tartják. Irodalmi gyűjtőstatisztika szerint 92 esetből csak 4 haláleset fordult elő, ezeknél azonban tumor ruptura és vérzés állott fenn, ami a kórkép egyik szövődménye lehet, bár nem oly gyakori, mint régebben gondolták.

A tumor enucleatiójától eddig a legtöbb szerző a vérzéstől való félelem miatt tartózkodott. Azóta azonban kidolgozták a májhilus leszorításának technikáját s így a jövőben bizonyára törekedni lehet erre. Újabban leírtak eseteket, melyeknél a megfelelő art. hepatica ág lekötése vagy embolizációja után a tumor regressiója következett be.

Metzl János dr.

Antrectomia a vagotomia után kiújult nyombélfekély kezelésében. Per Jess és mtsai: Am. J. Surg. 1979, *137*, 338.

Peptikus fekély esetében a vagotomia és antrectomia az a műtét, amely után legkisebb a kiújulás valószínűsége. A proximális vagotomia drainage nélkül részesíthető előnyben, minthogy a legkisebb a halálozása, valamint a kiújulás veszélye, kevesebb a dumping-syndroma és a diarrhoea. A felmérés 68 betegről számol be, akiken különböző typusú vagotomia történt, majd a kiújult fekély miatt antrum-resectiót kellett végezni. Antrectomia után 1.5% volt a halálozás és a Visick-beosztás szerint az eredmény 13%-ban sikertelen maradt. Ebből arra a megállapításra jutnak a szerzők, noha a proximális vagotomia után fekély-recidiva miatt gyakorta szükségessé válik az antrectomia, a műtéti halálozás és a gyógyulás arányszáma kiegyenlítődik azzal, hogy kevesebb a dumping-syndroma és a diarrhoea.

(Ref.: Visick a fekéllyel operáltakat panaszaik alapján négy csoportba osztotta.)

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abede dr.

A gyomor-resectio utáni dumping syndroma sebészi kezelése. Miranda, R. és mtsai (James Hillis Miller Health Center, Gainesville, Florida): American Journal of Surgery, 1980, *139*, 40.

15 beteget kezeltek korai műtét utáni dumping syndroma miatt. A tartózkodó kezelés egyik esetben sem vezetett eredményre. Az első műtét 10 esetben vagotomia és drainage volt, 4 Billroth I. és 1 Billroth II. típusú resectio. A dumping megszüntetése céljából 5 esetben antiperistaltikus jejunum-segment interpositiót végeztek, 10 esetben Roux-anastomosist készítettek. A műtét után fél évnél tovább 13 beteg sorsát kísérték figyelemmel. A jejunum-interpositióval műtöttek közül 3 beteget elviselhetetlen gyomorürülési zavarai miatt újra kellett operálni, az interponált vékonybélrészt el kellett távolítani. A másik kettőnek is gyomorürülési zavarai vannak, de műtétre nem kerültek. A Roux-anastomosissal kezeltek közül háromnál újabb műtétre került sor a gyomor-szájadék szűkülete miatt. Egynek sorsát nem ismerik, a többi kilenc hízik és panaszmentes. A jejunum-interpositio eredményeit kiábrándítónak találták, a postgastrectomiás dumping sebészi kezelésére változatlanul a Roux-anastomosist ajánlják.

Pálvölgyi László dr.

Intraoperatív vastagbél-mosás a primer anastomosis biztonság érdekében. H. A. F. Dudley és mtsai (Academic Surgical Unit. St. Mary's Hospital, London): Brit. J. Surg. 1980, *67*, 80.

A leszálló vastagbél részleten elzáródást okozó elváltozások műtéti megoldásának technikáját ismertetik. Eljárásuk lényege: a resectio magasságát meghatározzák, majd felette a vastagbélbe az anaesthesiai gyakorlatban használt „gégecsövet" varrnak be levegőt állóan, végét nylon-zsákba lógatva az asztal alá helyezik. A terminalis vékonybélbe a Bauchin-billentyűtől kb. 5 cm-re Foley-kathetert dugnak be és átvezetik a coecumba, majd felfújják. Ezen keresztül három vagy több liter Hartmann-oldattal „zárt rendszerű" bélmosást végeznek. A mosás után készítik el az anastomosist. Műtét után a Foley-katheter bent marad és coecostomia gyanánt biztosítja a decompressiót a postoperatív periódusban.

Eljárásukat nyolc betegen sikerrel alkalmazták.

[Ref.: Ide vág Lázár Dezső tíz évvel ezelőtt megjelent közleménye (Magyar Sebészet 1970, 23, 289.), aki műtét közben végzett vastagbél-decompressióról számolt be, és a faecestől, gázoktól megszabadított bélen végzi a resectiót. A műtétet a végbélnyílás felől az anastomosison túlvezetett gyomorcsővel fejezi be. Az utókezelésben a coecostomia katheteren át rendszeres átmosást végez, amit 5%-os Neomycin-instillatióval egészít ki.

Említést érdemeel Alan Simpsin és V. K. Srivastava közleménye (Br. J. Surgery 1975, 62, 243.) amelyben a problémát más oldalról közelítik meg, és módszerük elsősorban tervezett colon műtéteknél alkalmazható. A rectum felső szakaszától kezdve a sigmán, colon descendensen, a flexura lienalison és a colon transversumon végzett anastomosis biztonságát azzal növelik, hogy a kétrétegű, nem tovafutó, nem felszívódó anyaggal történő varratvonalat coecostomián keresztül a terminalis ileumba kb. 15 cm-re felvezetett Foley-katheteren keresztül desufflálják. Ezzel az eljárással a vékonybél nedv nem jut a colonba. A felfújt ballon nem okoz helyi ischaemiát. Az anastomosis gyógyulását az első 48 órában még egy másik, a végbél nyíláson kivezetett ballon-katheterrel is támogatják, ez a bélgázok levezetésére szolgál. Az eljárást 30 betegen alkalmazták, anastomosis-szivárgást nem észleltek, míg más 103 betegükön az eljárás alkalmazása nélkül 26 esetben tapasztaltak varrat-insufficientiát.

Hogy a gondolat milyen régóta izgatta a sebészeket, mi sem bizonyítja jobban, mint hogy Eske Windsberg és mtsai (Journal of the International Surgeons 1963, 39, 105.) is kifejtik ehhez hasonló elképzeléseiket. A carcinoma miatt végzett bal oldali colon-fél műtéteknek alapvető követelménye, hogy a bennmaradó vastagbél ne tartalmazzon se székletet, se bélgázt, és jó vérellátása legyen. Az eljárás: a felszabadított vastagbelet kilógatták és tartalmát egy vödörben felfogták. A kilógatott bélen keresztül elvégezték a bél átmosását. Lázár eljárásához hasonlóan. Módszerüket elvétve ileostomával is biztosították. Már ekkor alkalmazták a Neomycines instillatiót. Nil novi sub coelo.]

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebe dr.

Onkológia

A coloncarcinoma civilizációs betegség? Szerk. közlemény. (Raiser, M. W.): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 941.

Az iparilag fejlett nyugati országokban az utolsó három évtizedben a vastagbélrákos megbetegedések jelentősen megszaporodtak, olyannyira, hogy az USA-ban a bőr- és hörgőráktól eltekintve már a leggyakoribb carcinomák listáját vezetik. Míg itt és Északnyugat-Európában, valamint Ausztráliában gyakori, Kelet-Európában, Ázsiában és Dél-Amerikában viszonylag ritkábban fordul elő. Fordított a kapcsolat a colon- és gyomorcarcinoma között, amennyiben a magas életszínvonalú országokban a vastagbélrák gyakori, a gyo-

morrák pedig ritkább. Az USA-ban és az NSZK-ban a gyomorcarcinoma gyakorisága az utóbbi három évtizedben jelentősen csökkent. Feltűnő viszont, hogy Japánban — a rectum carcinoma kivételével — feltűnően alacsony a vastagbélrákok gyakorisága és ugyanakkor nagyon gyakori a gyomorcarcinoma.

Érdekes megfigyelés, hogy a cardiovascularis és coloncarcinomás halálozás ugyanazon országokban magas, ami a civilizációs életmód és táplálkozás ilyen irányú vizsgálatát is szükségessé teszi. A salakszegény étrend következtében kialakuló székrekedést is fontolóra veszik a vastagbélrák rizikófaktoraként, ami egyes carcinogen anyagok fokozottabb felszívódását is lehetővé teszi. Ennek viszont ellentmond, hogy az obstipatio inkább a nőkre, a coloncarcinoma pedig inkább a férfiakra jellemző, de nem találtak a bél-passage-ban különbséget az alacsony vastagbél-gyakoriságú otthoni japánok és a magas vastagbélrák-gyakoriságú emigrált japánok között sem. Mindezek a tapasztalatok pedig inkább a környezeti, mint az örökletes tényezők szerepe mellett szólnak.

23 ország napi húsfogyasztását analizálva világos összefüggést tudtak kimutatni a hús (illetve az abban levő állati zsiradék)-fogyasztás és a coloncarcinoma gyakorisága között. Az egyik fontos vizsgálatban a nagyobb vastagbélrák-rizikót a széklet nagyobb epesav és epesav lebontódási termék (desoxycholsav és lithocholsav) tartalmával sikerült összefüggésbe hozni. A vegetariánus amerikaiaknál kisebb vastagbélrák előfordulás mellett kisebb epesav kiválasztást is észleltek a székletben az epesavak lebontódási termékei között valószínűleg carcinogen anyagok is vannak. A másik megfigyelés szerint pedig a megváltozott táplálkozás megváltozott baktériumflórával és enzimaktivitással jár, ami az epesavak lebontódását és kiürülését is befolyásolja.

Az epidemiologiai vizsgálatok az állatkísérletes adatokkal együtt amellett szólnak, hogy az emelkedő húsfogyasztás, illetve állati zsiradékfelvétel a bélflóra megváltozásával és fokozott epesav-kiválasztásával jár. A primer epesavak fokozott enzimatikus lebontódása secunder epesavakká — amelyek között valószínűleg carcinogen anyagok vannak — úgy tűnik gyakrabban okoz coloncarcinomát. A növényi rosthiány szerepe ebben még nem tisztázódott és mivel még nem vagyunk abban a helyzetben, hogy az epesavak lebontódását enzimatikusan befolyásoljuk, egyelőre egyetlen lehetőségként a húsfogyasztás és ezen belül az állati zsiradék fogyasztásának csökkentése marad. Így mai tudásunk szerint a 80-as években az „okos diéta" a következő lehet: az összkalória, az állati zsiradék és cholesterin-felvétel csökkentése, a növényi rostfogyasztás növelése és a telített állati zsiradék helyett telítetlen növényi zsiradék, illetve olajok fogyasztása.

Angeli István dr.

A tüdő kétoldali, multiplex amyloid tumora mellett fennálló tüdőcarcinoma. Beckert, W. (Abt. für Pathologie des Kreiskrankenhauses Zittau): Z. ges. inn. Med. 1979, *34*, 127.

Az utóbbi időben jelentős előrehaladáshoz vezettek azok az elektronmikroszkópos, immunológiai és biokémiai vizsgálatok, amelyek segítségével az amyloidosis természetét igyekeztek tisztázni. A tüdőkben az amyloid tumor egyedül álló, vagy multiplex nodularis lerakódások formájában jelenik meg. A szerző egy 68 éves betegéről tudósít, aki cardiogen shockban halt meg, és akinek boncoláskor j. o.-on, a középső lebenyben almanagyságú carcinomát találtak. A daganat kissejtes, anaplastikus típusú volt. Metastasis nem állt fenn. A leírtak mellett mindkét tüdőben számos, amyloid tumornak bizonyult csomót is megfigyeltek. Esetüket azért tartották közlésre érdemesnek, mivel a hörgőcarcinoma és a multiplex amyloid tumor együttes fennállásáról szóló tudósítást a szakirodalomban eddig nem olvastak. Az amyloid tumor csak szövettanilag diagnosztizálható, mikroszkópos képe igen jellemző, noha kevéssé változatos. A szigorúan vett tumorszerű nodularis amyloidosisokban más szervek általában mentesek az amyloidtól, mégis diszkrét lerakódások előfordulhatnak bennük. A megbetegedés progressziója lassú. Húszéves túlélés is előfordult már. Gyakran téves primer vagy metastatikus rosszindulatú daganatnak vélik. Amennyiben a sebészi megoldás valamilyen oknál fogva elmarad, ennek következményei a betegre nézve a jóindulatú lefolyás miatt általában nincsenek. A szerzők szerint a hörgőcarcinoma és a nodularis amyloid tumor együttes jelentkezése véletlen, mivel az utóbbi régebben fennállt mint a hörgőrák, és heg-cc. kifejlődése az említett talajon nem valószínű.

Barzó Pál dr.

Az anaplastikus kissejtes hörgőrák. Joss, R. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 732.

A bronchuscarcinomák száma a nyugati országokban évről évre emelkedik, jelenleg százezer lakosra évente kereken 60 új megbetegedés esik.

A bronchusrákok csoportjában a kissejtes anaplastikus carcinoma spontán lefolyás, kezelés és prognózis szempontjából élesen különbözik a többi szövettani típustól. Ez a tumorfajta típusosan a nagyhörgők submucosa rétegében növekszik, a bronchoscopia a felszíni nyálkahártya-réteget épnek mutatja. Egyike a leggyorsabban növekvő emberi tumoroknak, nagy hilusi és mediastinalis áttéteket ad, korai távoli metastasis képződési hajlam jellemzi. Szöveti szerkezete jellegzetes lymphocyta-szerű és átmeneti (fusiformis, polygonalis) alcsoportokba sorolható.

A tumor a légzőtraktus idegeredetű sejtjeiből, az ún. APUD-sejtekből indul ki, hormonokat, aminokat és polypeptideket termel, így a megbetegedés változatos (endocrin, neurológiai, cardiovascularis, renalis, haematologiai stb.) paraneoplastikus syndromákkal társul.

Terápiás terv és prognózis szempontjából lényeges a betegség stádiumának meghatározása. „Limitált" stádiumban a tumor az egyik mellkas-félre, az azonos oldali hilusi és supraclavicularis, valamint mediastinalis regióra terjed ki; ha a tumor növekedése ezt a határt átlépte, extensiv betegségről beszélhetünk.

Specifikus terápia nélkül limitált stádiumban az átlagos túlélés 14 hét, az extensiv szakaszban csak 7 hét. A nők prognózisa ennél valamivel kedvezőbb. Az anaplastikus kissejtes bronchusrák, ritka kivételtől eltekintve (perifériás, kis primer tumor) inoperabilis. A radioterápia profilaxisként jön szóba, a gyors hepatogén terjedés miatt a betegség lefolyását aligha befolyásolja.

Hatásos, kombinált cytosztatikus kezelés segítségével a betegek 75%-án remissziót sikerült elérni, ezek közül 30%-ban komplett remissziót. A komplett remissziós esetek $^2/_3$-ában két év múlva recidiva jelentkezett, $^1/_3$-ánál a gyógyulás valószínűleg definitív.

Az eredmények további javulása három úton érhető el: nagyon agresszív indukciós terápiával, ciklikusan változó kemoterápia útján; két, egymással nem kereszt-rezisztens cytosztatikum segítségével; vagy új cytosztatikum kombinációval.

Gáti Éva dr.

A májkapu rákjának sebészi kezelése. Launois, B. és mtsai (Clinique Chirurgicale B, Hôpital de Pontchaillou. Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes, France): Ann. Surgery, 1979, *190*, 151.

A májkapuban előforduló rosszindulatú daganatok közül leggyakoribb a felső epeutakban (a ductus hepaticus elágazásánál) keletkező primer rák. Ezek a tumorok lassan növekednek és ráterjednek a környező szervekre. Régebben ezeket az elváltozásokat inoperabilisnak minősítették és csak palliatív sebészi beavatkozásra szorítkoztak. Az első sikeres resectiót a jobboldali ductus hepaticus carcinomájakor *Braun* végezte 1954-ben. Azóta több hasonló műtétet végeztek, kiegészítve máj-resectió-

val és az epeút reconstructiójával.

A szerzők 1974 óta 18, a májkapuban fészkelő rákot operáltak. Hét esetben az előrehaladott tumorpropagatio miatt csak decompressiót végezhettek, míg a többiekben a daganatot el tudták távolítani. (11 közül négyben epeút-resectio, két esetben epeút-resectio és jobb oldali lobectomia, háromnál epeút-resectio és bal oldali lobectomia, egy esetben epeút és segmentresectio, egy műtétkor pedig a jobboldali arteria hepaticát is resecálni kellett). Két beteget vesztettek el a postoperatív szakban. Resecált betegeik átlagos túlélése másfél év volt.

A szerzők 1968 és 1973 között hasonló kórforma miatt 9 betegen végeztek palliatív decompressiót, három halálozással. A felgyógyultak túlélési ideje fél esztendő volt. A két eredményt összehasonlítva a szerzők — adott esetben — a resectiót tartják előnyösebbnek.

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebe dr.

Az extrahepatikus epeutak rákjának agressiv sebészete. A. Evander és mtsai (Dep. of Surgery and Diagnostic Radiology, University of Lund, Sweden): Ann. Surgery 1980, *191*, 23.

1969 és 1977 között 45 nőt és 35 férfit operáltak extrahepatikus epeútrák miatt. Átlagos életkoruk 70 év (33—89) volt. A szövettani vizsgálat 45 esetben adenocarcinomát, 33 esetben cholangiocarcinomát és egy esetben squamosus rákot derített fel. A tumor 34 betegben a hepaticus villa környékén, 16 esetben a középső, és 4 alkalommal a distalis epeutakban helyezkedett el. A többi 26 beteg esetében a tumor a felsorolt helyek társításában fejlődött. 80 beteg közül 24 esetben (34%) a daganatot eltávolították. A 70 évnél fiatalabb betegek 57%-ában sikerült resectiót végezni. Kilenc betegen epeút-resectiót, 15 betegen epeút- és májlebeny-resectiót, két betegen pedig total pancreatectomiát és egy eseben localis tumor resectiót végeztek. 12 beteg esetében radicalis, 15 betegen palliatív volt a resectio. A resectio után 11% volt a halálozás. A nem operáltak azonos idejű elhalálozása 30% volt. Valamennyi műtét utáni szövődmény az anastomosis-insufficientiából adódott. Hét beteg közül 3-at kellett reoperálni. A radicalis műtét után az átlagos túlélés 20 hónap, míg a palliatív resectio után csak 7 és fél volt. Az inoperabilis betegek túlélése két és fél hónap volt. Jelentős különbséget találtak az operált és nem operált betegek életvitele között! A szerzők az extrahepatikus epeutak diagnosztizálásában használatos eljárásai: PTC, ERCP, PTP, percutan tűbiopsia és cytodiagnosztika. A betegek 94%-ában sárgaság is volt észlelhető. Testsúlycsökkenés és fáradtság 40%-ban jelentkezett. A betegek 54%-a fájdalomról is panaszkodott.

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebe dr.

A hörgőrák korai szubjektív tünetei. Scherrer, M. és mtsai (Pneumol. Abt. der Med. Klin., Univ. Bern): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 715.

A szerzők retrospektív elemzésükben az 1974—1979 években végzett 722 bronchogen carcinoma miatti sebészi beavatkozás előtti szabad anamnesztikus adatokat dolgozták fel és hasonlították össze computer-dialógus segítségével 1475 idült obstruktív tüdőbetegségben szenvedő beteg adataival. Hét cardinalis tünetet állapítottak meg eseteik 27—97%-ában a kórházi felvételkor, a következő sorrendi gyakoriságban: étvágytalanság, lázas légúti fertőzések, haemoptysis, fokozódó légszomj, mellkasi fájdalom, heveny köhögési ingerek és egészen szokatlan fáradékonyság. A tüdőrákos betegek 96%-ában fordul elő egy vagy több ezen cardinalis tünet közül. 4—12 hónappal a hospitalisatio után valamennyi cardinalis tünet aggasztó erősséggel gyarapodott. Míg az USA-ban a teljesen tünetmentes veszélyeztetett dohányosok ezrein (négy hónaponként mellkasfelvétel és köpetvizsgálat malignus sejtekre) végeztek sorozatos vizsgálatokat, addig ez Svájcban bizonyos okok miatt nem volt megvalósítható. A fenti cardinalis tüneteknek, sőt még egyeseknek is, a szerzők nagy jelentőséget tulajdonítanak és mérlegelésükre figyelmeztetnek a gyakran rárakódott idült obstruktív bronchitis komplex összefonódása miatt, hogy a kuratív resectio minél előbb lehetővé váljon.

ifj. Pastinszky István dr.

Új placentalis és terhességi proteinek, mint lehetséges tumormarkerek. Bohn, H. (Research Laboratories, Behringwerke AG, Marburg): Klin. Wschr. 1980, *58*, 489.

Mintegy tíz esztendeje korszerű immunológiai módszerekkel kutatta a szerző érett humán placenta extractumaiban a méhlepény és a terhességi proteineket. Ezek közül sikerült egyes proteineket izolálnia és karakterizálnia. A jelen kutatási célja ezen proteinek alkalmazhatóságát vizsgálni a daganatos betegségek kórismézésében. Ezen proteinek közül már többnek kipróbálták a klinikai felhasználhatóságát a daganatos megbetegedések, továbbá ezek recidiváinak és metastasisainak korai kimutatására. A therapia hatásosságának ellenőrzésében is hasznos tumor-markernek bizonyultak. A feltevés szerint ezen új markerek a már használt egyéb daganatjelzőkkel egyetemben a tumorok jobb kimutatását teszik majd lehetővé és a specifikus vagy soliter szövetproteinek a neoplasmás megbetegedések megkülönböztető kórismézében is felhasználhatóak lesznek.

ifj. Pastinszky István dr.

Echinococcus granulosus infectio és rosszindulatú daganatok közötti kapcsolat. F. Van Knapen (National Institute of Public Health, PO Box 1, 3720 BA Bilthoven, Hollandia): British Medical Journal 1980, *281*, 195.

Yong és munkatársai hívták fel a figyelmet először az echinococcus és a pulmonalis eredetű carcinomák közti antigén hasonlóságra. A human melanoma sejtek valamint a Mycobact. bovis esetén is találtak ilyen összefüggést. Ötéves anyagukban 8 esetben észleltek a címben is jelzett antigen hasonlóságot: 1 pancreas, 1 máj metastasis, 1 sigma-cc., 1 colon carcinoma és 4 esetben bronchus rák szerepel statisztikájukban. A leírt BCG effektus mint daganat ellenes agens befolyásolhatja a kísérletes tumor kutatást is, így az echinococcus granulosus antigenek is sok érdekes problémát világíthatnak meg.

Bugovics Elemér dr.

Mamma-carcinoma szűrés? Stegner, H. E.: Dtsch. med. Wschr. 1979, *104*, *1655*.

A szűrővizsgálatok célja a mammatumoroknál a morbiditás és mortalitás csökkentése. A vizsgálatot végezheti az egészségügyi szolgálat, de végezheti magánorvos is. Tapasztalataik szerint az asszonyok 20—30%-a használja ki a korai diagnosis lehetőségét.

A mammacarcinoma rizikófaktoraihoz tartozik a családi és genetikus praedispositio, gyermektelenség, menopausa, kövérség, depressiós személyiség, földrajzi tényezők, szociális helyzet, emelkedett endogen, oestrogen és prolactin képzés, magasabb vérlipoid értékek.

A mammacarcinoma korai diagnosisában a legfontosabb rizikóindikátor a mammographiás felvételen észlelhető microcalcificatio. Vastag és kissé nagyobb calcificatio a praeklinikai carcinoma kísérő jelensége. A szerző a mammographiát tartja a legjobb módszernek a mammacarcinoma korai felismeréséhez. Jobbnak találja a termographiás és az immundiagnosztikai módszereknél.

Rizikó-betegségek: Rákra disponáló betegségnek tekinti az emlőmirigy ducto-alveolaris systemájának hyperplasiáját. Ha az asszonyok 50%-ának van mastopathiás elváltozása és ebből 10—60% a hyperproliferatiós esetek száma, akkor 100 ivarérett korú asszony közül 5—30 esik a rizikó-esetek közé.

Az NSZK-ban évenként 50—70/100 000 az új emlőcarcinomás asszonyok száma. Abban az esetben, ha minden feltételezett rizikó esetet operálnának, minden 100 000 nő közül 5000—30 000 esetben kellene prolifilaktikus mastectomiát végezni. Ez a számolási példa nem tükrözi a realitást, de megmutatja a sematikus preventív medicina veszélyeit.

Végkövetkeztetés: A szűrővizsgálatok során jelentős mértékben megemelkedik a korai felfedezett esetek száma. Különösen ajánlja a mammographiás vizsgálatok szükségességét a veszélyeztetett korban. A rizikócsoportok epidemiológiai meghatározása bizonytalan. Az immunológiai vizsgálatok még nem bizonyító erejűek. A sebészi beavatkozások előtt gondos konzultatív munkát kell végezni.

A szerző óva int bennünket a kezelés túlhajszolásától.

Szekulesz Ágnes dr.

Adatok az uterus corpus-carcinoma aetiologiájához és epidemiologiájához. Mestwerdt, W. és mtsai (Univ.-Frauenklinik, Würzburg): Med. Klin. 1980, *75*, 330.

Az utóbbi években számos statisztikai közlemény utalt egyértelműleg az endometrium-carcinoma halmozódására. Ez a szaporodás különösképpen akkor tűnik ki, ha a collum carcinomájával vetjük össze; míg a húszas években ez az arány 1:14 volt, addig a hatvanas évek végén 1:1,3. Ezt az emelkedést a WHO 1964—1974 közti adatai is világosan bizonyítják. A japán adatok ugyancsak ezt erősítik meg (1949: 4,8%; 1972: 8,5%), ahol egyébként a corpus carcinomája viszonylag ritkább. A méhtestrák gyakoriságának csúcsértéke ma 61. életkorban van, tehát viszonylag az idősebbeken. Epidemiológiailag rendkívül érdekes a méhtestráknak a „kockázati tényezőkhöz", nevezetesen az adipositashoz, hypertensióhoz és a diabeteshez való viszonya. A méhtestrákos betegeknek mintegy fele része átlag 15 kg túlsúllyal bír és egyidejűleg hasonlóan gyakori a hypertonia és a diabetes is.

ifj. Pastinszky István dr.

Pericarditis és szívtamponád, mint a lymphosarcoma korai szövődménye. Levitt, L. J. és mtsai (Dept. of Medicine, Haematology and Cardiology, Peter Bent Brigham Hospital and Harvard Medical School, Boston): Amer. J. Med. 1979, *67*, 719.

A nem-Hodgkin-typusú malignus lymphomákban szenvedő betegek ritka szövődményei közé tartozik a szív és a pericardium lymphomás infiltratiója, még ritkább, hogy élőben diganosztizálják. A szerzők 41 éves néger betege praecordialis, epigastriális fájdalmakkal, dyspnoeval, majd gyors ütemben kialakuló pericardialis folyadékgyülem tüneteivel került kórházba. Vérképében magas fehérvérsejt-számot és abban 70%-ban érett kis lymphocytákat találtak. A pericardium érintettségét már a mellkas rutin Rtg.-vizsgálata alapján felvetették, majd computer tomográffal bizonyították. A pericardiocentesis és a pericardium biopsia során annak lymphomás infiltrációját bizonyítani is tudták. A beteget VEP kúrákban részesítették, majd chronikus fenntartó chlorambucil kúrával kezelték. A részletesebb cytológiai vizsgálat a lymphoma B-sejtes eredetét bizonyította.

Felhívják a figyelmet arra, hogy a pericardium infiltrációja — bár ritkán — a malignus lymphoma korai szövődménye is lehet, aminek adequat kezelése nélkül aligha lehet remissiót elérni.

Berkessy Sándor dr.

Neoplasiás Paneth-sejtek a gyomor adenocarcinomájában. Heitz, Ph. és mtsai (Inst. Path., Basel): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 780.

A Paneth-sejtek a vékonybél Lieberkühn-kryptáiban és egyebütt lokalizálódó, dipeptidase-képző hámsejtek; széles cytoplasmájuknak osmiophil secretum-ranulái bázikus proteinekből, valamint neutralis és savanyú nyákszerű anyagból állanak. A bázikus lipoproteinek egyike immuncytochemiai vizsgálatok szerint a lysosymmal azonosítható. A lysosym a normális emberi bélhuzamban csak a Paneth-sejtekben fordul elő.

A szerzők olyan adenocarcinoma ventriculi esetet észleltek, amelyben mind az elsődleges daganatban, mind nyirokcsomó-áttételekben Paneth-sejteket találtak, amelyeket a lysosym immuncytochemiai és elektronmikroszkópos kimutatásával is megerősítettek. Vizsgálataik alapján bizonyítottnak tekinthető a Paneth-sejtek (valószínűleg ritka) előfordulása az elsődleges daganatban és a nyirokcsomó áttételeiben.

ifj. Pastinszky István dr.

A rák és a keringő antigen-antitest-komplexek. Chapuis, B. és mtsai (Centre hospitalier univ., Lausanne): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 796.

A korszerű immunológiai eljárások kifejlődésével 30—80%-ban sikerült különböző rákos betegek savójában keringő antigen-antitest kapcsolatokat („complexes antigén-anticorps circulants": CIC) kimutatni. A pozitív esetekben a CIC mennyisége általában arányos a betegség kiterjedésével és a daganat volumenével. A szerzők 249 rákbeteg savójában vizsgálták a CIC jelenlétét. Evolutív tumor esetén a CIC 42,4%-ban, a teljes remissióban levő daganatok esetén 26,9%-ban volt kimutatható. A klinikai elemzés arra mutat, hogy megközelítőleg három eset közül egy esetben a CIC nem áll feltétlen viszonyban a daganattal, hanem inkább egyéb nem daganatos tényezők eredője. Bizonyos esetekben az ismételt plasmapheresis a CIC szintjének csökkenését mutatta. A CIC eredete és szerepe rákos betegen még nem tisztázott.

ifj. Pastinszky István dr.



KÖNYVISMERTETÉS

U. Jonas, H. Heidler und J. Thüroff: Urodynamik. Diagnostik der Funktionsstörungen des unteren Harntraktes. (A vizelés dinamikája. Az alsó húgyutak működés-zavarának kórismézése.) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1980. 91 oldal, 68 ábra. Ára: 48,— DM.

Az alsó húgyúti traktus funkcionális zavara okozta tünetek régóta ismertek, az utóbbi évekig azonban nem volt arra lehetőség, hogy a különböző elváltozások eredetét diagnosztizáljuk, illetve differenciáljuk. Az urodynamiás vizsgálatok lényegében napjainkban terjedtek el.

A könyvhöz R. Hohenfellner mainzi urológus professzor írt előszót. Többek között kiemeli azt, hogy a vizelés dinamikájának vizsgálata az urológiai diagnosztikában jelentős előrelépést eredményezett. Az orvosi és technikai fejlődés olyan vizsgáló eszközök és eljárások kialakítását eredményezte, mely eddig ismeretlen eredetű húgyúti működési zavar megismerését biztosítja és egyben az eredményesebb kezelést is elősegíti.

A könyv lényegében 6 fejezetre osztható. A különböző részletek ismertetése az urodynamiás vizsgálatok értékének megítéléséhez elengedhetetlen.

Az alsó húgyúti traktus anatómiájának rövid ismertetését, a hólyagműködés neurológiai vonatkozásainak tárgyalását követően a szerzők először a hólyagműködés „rezervoir"-és kiürítési zavarait demonstrálják, a vizsgálatok során kapott különböző jellegzetes paraméterek, görbék bemutatásával.

A 3. fejezet a kórelőzmény pontos felvételének az általános klinikai laboratóriumi, valamint a speciális urológiai vizsgálatok elvégzésének fontosságát hangsúlyozza, hisz az urodynamiás vizsgálatok csak az említett vizsgálatok után indikálhatók, ha a beteg panaszait az említett vizsgálatokkal tisztázni nem sikerült.

A speciális urodynamiás vizsgálatok közé tartozik az *uroflowmetria* (bizonyos időegység alatt ürített vizelet mennyiség megismerése), *cystomanometria* (az intravesicalis nyomásmérés folyamatos töltés és vizelés alatt), az *„urethrale Druckprofilschreibung"* (a húgycsőben levő nyomás regisztrálás), *elektromyographia* (a vizelet-ürítésben résztvevő izmok működésének megismerése), *mictiometria* (a cystometria és az uroflowmetria kombinálása), valamint a különböző *funkcionális röntgenvizsgálatok*. Lényegében ez a vizsgálatsorozat nevezhető urodynamiás vizsgálatnak.

A szerzők ismertetik a különböző vizsgálatok normál értékeit, görbéit, az értékegységeit, a technikai felszereléseket, a vizsgálatok feltételeit, kivitelét, az indikációt és a megállapítás érvényét. Táblázatokban foglalják össze a különböző vizsgáló eljárások során kapott felvilágosításokat, pl.: az uroflowmetria: mérhető a húgycsövön át percenként ürített vizelet mennyiség, ml/s, a vizelés időtartama, a vizelet-folyás ideje, a maximális mennyiségű vizelet-ürítés a mictio alatt, a középarányos vizeletürítés (mennyiség/ürítési idő), a vizeletürítés emelkedésének ideje az össz vizeletmennyiség.

Hangsúlyozzák, hogy az alsó húgyúti rendszer működési zavarainak többségében kombinálni kell a különböző vizsgáló eljárásokat, hisz csak így kerülhetünk közelebb a vizelési zavar eredetének kiderítéséhez. Felhívják a figyelmet arra is, hogy a vizsgálatoknál az értékelést végző orvos legyen jelen mindig, mert kisebb, de lényeges elváltozásokból csak így vonható le szakszerű következtetés, a teszt vizsgálatok csak így értékelhetők.

Az elektromyographiás vizsgálat elvégezhető a felületre helyezett elektródokkal vagy invasív eljárással tűelektródákkal. Az elektromyographia és a cystometria szimultán végezve választ adhat a nyugalmi és a hólyagtöltés mellett keletkező reflex-aktivitásról, valamint a provokációs tesztek — köhögés, hasprés esetén — a sphincter izgalmi állapotáról és a medence alapizomzat aktivitási viszonyairól. Az elektromyographia különösen indikált neurológiai megbetegedésekhez társult hólyagműködési zavarok esetén, pl. a gáti izomzat spazmusának a kiderítése.

Nagy fontosságot tulajdonítanak a röntgenvizsgálatoknak, ugyanis az egyes urodynamiás vizsgálatok kombinálhatók a kontrasztanyag bevitelével, így az ernyőképerősítő segítségével folyamatosan vizsgálható a hólyagtöltés-, ürítés folyamata. A képmagnóra rögzített felvétel pedig újra végignézhető és így pontosabban értékelhető. Az urodynamiás vizsgálatok paramétereinek ismerete a felvételeken látható különböző elváltozások jobb megítélését elősegíthetik.

Az 5. fejezet a különböző műszerek bemutatására szorítkozik, többek között ismertetik a gáz- ill. folyadék használatával működő cystometriás vizsgálatok előnyeit és hátrányait.

A különböző zavarok megismeréséhez hangsúlyozzák a fokozatosság szerepét, így megemlítik, hogy az uroflow- és a cystometria a gyakorlatban is elvégezhető, az urodynamiás centrumokban viszont komplett vizsgálóeszközök szükségesek, ezek már költségesebbek és megfelelő tapasztalattal rendelkező szakember is szükséges, aki a precíz vizsgálóeljárásokkal kórismézi a zavar okát. A centrumok kialakítását fontosnak tartják, a megfelelő ismeretek megszerzését kurzusokkal biztosítják.

A 6. fejezet az urodynamiás vizsgálat adta kórisme alapján a gyógykezelési lehetőséget tárgyalja. Így többek között ismertetik a *stressinkontinencia* vizsgálatának menetét, a cystomanometriás, mictiometriás és az urethra nyomásviszonyainak a vizsgálatai során kapott jellegzetes görbéket és a mictiós cystogrammon látható hólyag, húgycső deformitásokat. Az elváltozástól függően az esetleges konzervatív gyógykezelés alfa-sympathomimetikus és/vagy oestrogen adás indikációját, ill. a műtéti kezelés szükségességét.

A hólyag izgalmi állapota okozta vizelési zavarok esetén az organikus eredet kizárását követően a vizsgáló eljárásokkal szerzett ismeretek alapján a parasympatholytikus és spasmoanalgetikus kezelést javasolják, de megemlítik a sacralis novocain blokád alkalmazásának lehetőségét, valamint a hólyag sebészi denervációját, súlyosabb esetekben pedig a bél-ureter anastomosis készítését is.

Funkcionális infravesicalis obstructio esetén az alfa-sympatholyticumok, valamint a görcsoldók adását javasolják, súlyosabb esetben a műtéti megoldást, a hólyagnyak bemetszést, plasztikát tartják szükségesnek.

A detruzor izomzat gyengeség okozta vizelési zavart parasympathicomimetikumok adásával kell elkezdeni, de szükség lehet a sphincter rezekciójára, detruzorstimulációra, súlyos esetben ureterbél anastomosisra is.

A neurogen hólyag esetén hangsúlyozzák, hogy minden esetben lényeges a sérülés helyének pontos ismerete, a neurológiai vélemény, hisz a hólyagműködési zavar csupán egy tünet. A vizelési zavarok pontos megismerését csak az elvégzett urodynamiás vizsgálatok adatainak mozaikszerű összeillesztése eredményezheti. Megemlítik, hogy a különböző szövődmények ezt az értékelést nehezítik. A gyógykezelési terv felállításához ezekben az esetekben az urodynamiás vizsgálat elvégzése elengedhetetlen. Terápiás szempontból hangsúlyozzák, hogy minden esetben individuális elbírálás szükséges, fő szempont a felső húgyúti rendszer integritásának a megőrzése, csak ezt követheti az egyéb elváltozások megszüntetésére való törekvés.

Végezetül a szerzők ismertetik az általuk használt vizsgálati lapokat és az idevonatkozó fontosabb közleményeket, az urodynamiás lexikon pedig felvilágosítást ad a speciális kifejezésekről.

A szerzők tapasztalataik ismertetésével tulajdonképpen az urodynamiás vizsgálatok hasznosságát, helyét, reális értékét világítják meg.

Úgy érzem, hogy a könyv a jelenleg kibontakozóban levő vizsgáló eljárások elterjedését és a kapott adatok megfelelő értékelését mindenképpen megkönnyíti. Különösen nagy segítséget nyújt az e területen dolgozó szakemberek számára. (Kívánatos lenne hazánkban is legalább az egyetemeken urodynamiás centrumokat kialakítani.)

Pintér József dr.

Egdahl, R. H., Walsh, D. C. (szerk.): Women, Work, and Health: Challenges to Corporate Policy. (A nő a munka és az egészség: kihívás a társadalompolitika számára.) Springer-Verlag. 1980. 259 old. Ára: 24 DM.

Értékes könyvvel gazdagította a női munka irodalmát az ipar- és egészségsorozat (Industry And Health Care) 8. száma, Diana Chapman Walsh és Richard H. Egdahl szerkesztésében.

Bár társadalmi viszonyaink eltérőek, a magyar olvasó-érdeklődő, de a magyar szakember is nagy haszonnal forgathatja a női munkával kapcsolatos nemzetközi szimpozion anyagát.

A könyv nyilvánvalóan a Bostonban 1979-ben, július 11—12-ig tartó konferencia e témában megtartott előadásainak és vitáinak eredménye.

A kongresszust a bostoni egyetem munkaegészségügyi tanszéke szervezte és az ott elhangzott előadások témaköréből válogatta a két szerkesztő, bizonyos fokig saját logikájának megfelelően, a kötetet.

Igen érdekesnek mondható a szerkesztőnek az az elgondolása, hogy a cikkek (fejezetek) végén a témáról rövid vitarészleteket olvashatunk.

Az első rész általában foglalkozik a női munkaerő helyzetével, és a nők helyét keresi a dolgozók társadalmában.

A terhesség idején és utána különösen a munkásnők jelentenek problémát a gazdasági vezetésnek.

Hangsúlyt kap a tanulmányban a daycare-centerekkel való ellátottság elégtelensége. (Ez a mi társadalmunkban a napközinek felel meg.)

Természetesen hangsúlyozza a szerző a különböző szakmák energiaigényére épülő, a nők szervezeti sajátságait is respektáló alkalmassági vizsgálatok megszervezését és bevezetését.

A második részt éppen ennek az erőkifejtésnek, a megterhelésen alapuló szelekciónak szenteli a szerző. (Joyce C. Hogan Ph. D.)

Megállapítja, hogy a nők fizikai alkatukból eredő tényezők miatt az alkalmasság tekintetében, és ezen belül a fizikai alkalmasság emelendő ki, megkülönböztetést igényelnek. A kérdés, amelyet minden munkaadó feszeget az, hogy a szakma igényeinek vajon melyik *nem* felel meg jobban.

A munkatechnológiák azonban néha oly módon egyszerűsíthetők, hogy azáltal, hogy a fizikai igénybevételt könnyítik, a nők számára is hozzáférhetővé válnak.

Ehhez szükséges, hogy megszervezzék azokat a lehetőségeket, amelyek a kiválasztásnál, az alkalmasság precíz meghatározásával és a munkahely átalakításánál a gazdasági szervek rendelkezésére állnak.

Erre vonatkozóan értékes példákkal és modellekkel is találkozunk a fejezetben.

Különösen érdekes ebben a témakörben a nálunk nem eléggé kutatott terület, a nők szabadtéri munkájára vonatkozó vizsgálatok ismertetése. A T. and Bell művekben végzett vizsgálatokról röviden csak annyit, hogy a leszűrt eredmények megszívlelendő útmutatásokat adnak arra vonatkozólag, hogy a női munka hasznosításában a gazdasági kérdéseken túl, a pszichológiai és fiziológiai alkalmasságnak milyen szerepet kell biztosítani. A szükségszerűség elsősorban teljesítményekben és baleseti frekvenciákban mutatkozik.

A harmadik fejezet olyan kérdéssel foglalkozik, amelyet nálunk társadalmi fontosságára való tekintettel különleges gonddal kezelnek, de úgy látszik, hogy a probléma felvetése egy fejlett ipari országban is és nálunk is, azonos.

Ez pedig a női szerep és a társadalom viszonya.

A nők viselkedését a munkában alapvetően megszabja a társadalmi oldalról érezhető igény a női munkával szemben, és azok a társadalmi tények, amelyek determinálják a női munka hatékonyságát.

Ezt a tanulmányt író szakemberek (Weismann és Klermann) felhívják a figyelmünket arra, hogy az alkoholizmus, az öngyilkosság és a bűnözés tekintetében a nők részvétele növekszik. Tehát jelentős lépéseket kell tenni a munkahelyeken is a szociális stressz csökkentésére és a mentál-hygiene támogatása érdekében.

A további fejezetekben (G. Stillman, J. Warshaw, M. Clyne) a nők foglalkoztatása tekintetében összefoglalót kapunk a környezeti tényezők és a női szervezet megterhelése tekintetében.

Különösen kiemelendő, hogy a morbiditási statisztikák részletes vizsgálata olyan fajta eredményt is mutat, hogy bizonyos betegségek tekintetében a prevenció kérdése ketté válik.

A nők veszélyeztetettsége a kémiai, fizikai ártalmakkal szemben sokkal nagyobb lehet, mint azt eddig elképzeltük és olyan betegségcsoportok is feltűnnek, amelyeket eddig egyenlő mértékkel mértünk a két nemnél.

Kiemelik a szerzők, hogy az ergonomiai megközelítés a női munkahely kialakításában elsődleges, és ennek szervezeti, kötelező formáit meg kell teremteni.

Részletes elemzést kapunk a könyvből a munkát végző terhes nő, a terhesség alatt lezajló patológiai és fiziológiai folyamatairól. A fertilitás kérdésében pedig általában nálunk vitatott kérdések kerülnek terítékre a könyvben.

A terhességi és anyasági szociális juttatások rendszere mintegy lehetséges modell egy fejlett, modern kapitalista államban, érdemel figyelmet a műben.

Összefoglalva: értékes, a gyakorlat számára is használható anyagot kap kézbe a könyvvel ismerkedő. Az egyes témakörök végén található alapos szakirodalom-jegyzék pedig up to date tájékozódást tesz lehetővé a női munka irodalmában.

A sok táblázattal szemléletessé tett eredmények pedig eligazítanak néhány kevésbé hozzáférhető adatot illetően.

A női munkára vonatkozó elképzeléseink a tanulmányok tükrében bizonyosan változnak. Elsősorban azért, mert az Egyesült Államok egészségügyével kapcsolatos fogalmaink módosulnak.

Megállapíthatjuk, hogy a nálunk fejlettebb iparral rendelkező kapitalista államokkal a munkakultúra területén közös gondjaink vannak női foglalkoztatottság, bérezés és a nyugdíjas nődolgozók helyzetét illetően.

Perlaky Árpád dr.

Pákozdi Lajos (szerk.): **Orvosok a dohányzásról.** 103 oldal, 11 ábra, 36 táblázat. Medicina Könyvkiadó, Budapest. Ára: 14,50 Ft.

Az ízléses kiállítású kis kötet kilenc szerző nyolc tanulmányát tartalmazza: Berencsi György a pathológiai hatásokat, Wiltner Willibald a légzés-, Kerkovits Gyula a vérkeringési szervek-, Vértes László a gastrointestinalis rendszer károsodását ismerteti. Czeizel Endre a terhességi és genetikai ártalmakat foglalja össze (anyai hatások, magzati ártalom, koraszülés, a magzati fejlődés visszamaradása), Juhász Lajos a dohányzás és a rák összefüggéséről, Kelemen Sándor és Cséri Teréz a dohányzásról, mint környezeti ártalomról és végül Pákozdi Lajos a társadalmi és népgazdasági vonatkozásokról írt egy-egy fejezetet. Minden tanulmányban sok meggyőző statisztikai adat található. Az olvasmányos szövegből preventív orvosi szemlélet tükröződik. A kiadvány bizonyára hathatósan fogja támogatni a dohányzás elleni küzdelmet.

Szám István dr.

Fjodorow, S. N: Implantation einer künstlichen Augenlinse. (Műlencse beültetés.) G. Thieme, Stuttgart, 1981. Ára: 98,— DM.

Az eredetileg orosz nyelvű munkát *Frey, R. G.* fordította németre. A 146 oldalas monographia 63 ábrát 4 színes táblát és 30 táblázatot tartalmaz.

A szerző az első fejezetben a műtét történetét ismerteti. A következő 20 oldalon a pseudophakiás szem optikai problémáit tárgyalja rendkívül részletesen. Matematikai számításokkal bizonyítja be, hogy műlencse beültetés esetén nem szabad isometropiára törekedni (féloldali aphakia esetén) mert a műlencse is okozhat az elviselhetőnél nagyobb aniseikoniát. (Így a műlencse mellett szemüveget is kell viselni).

A 28—42. oldalon a műlencsék anyagát, az elkészítés módját és a jelenleg ismeretes kb. 20 féle műlencsét, valamint azok sterilizálási módjait írja le.

A 44—54. oldalon állatkísérletek eredményeit ismerteti. Megállapítja, hogy a postoperatív szövődményekért nem a műlencse anyaga, hanem annak nagysága és súlya a felelős.

Az 55—64. oldalon az indikációkat és kontraindikációkat tárgyalja. Más szerzőkhöz hasonlóan Fjodorow is a féloldali aphakiát tekinti a legfőbb indikációnak sok egyéb mint — féloldali myopia, kétoldali nagy myopia, macula-elváltozás, traumás iriscoloboma, albinismus, traumás mydriasis és aniridia stb. — mellett. A szemészeti kontraindikációk mellett külön hangsúlyozza a beteg intellektusának és disciplinált magatartásának nagy fontosságát, mert még a mosakodás utáni törülközés, vagy a szem szemhéjon keresztül való megdörzsölése is bajt okozhat. Ezért szükséges, hogy a műlencsét viselő betegek életük végéig szemorvosi felügyelet alatt álljanak.

A 65—75. oldalon a különböző lencsék beültetésének technikáját ismerteti.

A 76—108. oldalon nagy részletességgel olvashatunk a postoperatív lefolyásról és a szövődményekről. A szerző megállapítja, hogy az iris clip lencsék eredményei, — szemben a csarnoklencsékkel — minden szempontból jobbak. A postoperatív és a késői szövődmények műtéti megoldására a szerző szellemes és nagy műtéti gyakorlatot igénylő, egész kis új műtéttant dolgozott ki. (pl. a műlencse tartórészének resectiója).

A postoperatív szövődmények közül a legsúlyosabb az endo-epithelialis dystrophia, melyet a szerző 1000 esetéből 78 ízben talált 7,8%.

A 108—116. oldalon a műlencsebeültetéssel nem összefüggő szövődményeket ismerteti.

A monographia utolsó része hézagpótló a lencsebeültetés irodalmában. A legtöbb szerző u i. csak a látás vagy a binocularis látás helyreállítása szempontjából vizsgálta eredményeit. A könyvből megismerhetjük a pseudophakiás szem legkülönbözőbb vizsgálati adatait. Cornea: astigmia és annak alakulása. Csarnokmélység és annak jelentősége: Iris: atrophia, a pupilla reakciói, alakja, helyzete, fibrinmembrán képződés. Az üvegtest viselkedése. A szem hydrodinamikájának vizsgálata, gonioskópia stb.

Az utolsó néhány oldal a műlencsét viselők szubjektív panaszaival foglalkozik és megállapítja, hogy a betegek 71%-a panaszmentes volt.

Alberth Béla dr.



A **Magyar Infektiológiai Társaság,** a **Magyar Parazitológusok Társasága** 1981. június 26-án, 9.30 órakor, az Országos Közegészségügyi Intézet Fodor József előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) LAVERAN-emlékülést rendez.

A tiszteletbeli tagsági oklevél átadása *prof. T. Lepes dr.*, a WHO malária-akció programjának igazgatójának.

Üléselnök: *prof. Várnai Ferenc.*

Prof. T. Lepes dr.: A malária-kutatás fejlődése Laverantól napjainkig.

Jankó M. (Budapest): A malária elleni küzdelem eredményei és jelen feladatai Magyarországon.

Szünet

Üléselnök: *prof. Kassai Tibor.*

Sántha M., Kéri J., Lengyel A., Várnai F. (Budapest): Az echinococcosis korszerű kezelése.

Berényi K., Streitman K. (Hódmezővásárhely): Rotavírus és Campylobacter jejuni okozta gyermekkori enteritisek.

Gellért M., Nyerges G. (Budapest): A csecsemőkori dysenteria syndroma aetiológiájáról.

Újhelyi O., Baranyai E. (Budapest): Gianotti—Crosti-syndroma.

Nikodemusz I. (Budapest): Hazai foglalkozási eredetű laboratóriumi ártalmak újabb adatai.

Simon L., Nagy G. (Budapest): Coxsackie-A okozta bénulás kisgyermekkorban.

A **Magyar Dermatológiai Társulat** 1981. június 27-én 10.30 órakor, a Semmelweis OTE Bőr- és Nemikórtani Klinika tantermében (VIII., Mária u. 41.) *tudományos ülést* tart.

1. *Rácz István dr.* (Budapest): Onkológiai beteganyag gondozásának problémái.

2. *Kiss Gyula dr.:* (Esztergom): A bőr rákelőző állapotainak elkülönítő kórismeje és kezelése.

3. *Szekeres Lenke dr.* (Szeged): A melanoma malignum chemotherapiája.

4. *Berténvi Camillo dr.* (Szeged): A bőr rákok sebészi kezelése.

5. *Désaknai Márton dr.* (Budapest): A bőr rákok sugárkezelése.

6. *Szabó Péter dr.* (Nyíregyháza): Különböző citosztaticumokkal végzett szinkron-sugárkezelések összehasonlítása nagy kiterjedésű tumorokban.

7. *Kovács Antal dr., Simola Margit dr., Kecskeméti László dr.* (Tatabánya): Elhanyagolt bőrtumorok gyógykezelésének lehetősége a chemoexstirpatio.

8. *Horváth Endre dr., Karasszi Margit dr., Jasko S. dr.* (Székesfehérvár): Ajakneoplasmák diagnosztikájában és kezelésében szerzett tapasztalataink. (A biopsia értéke, therapia és gondozás).

Az **Országos Közegészségügyi Intézet Higiénés Biológiai Főosztálya, a Magyar Földrajzi Társaság Orvosföldrajzi Szekciója** 1981. június 30-án 14 órakor, az Intézet nagytermében (IX., Gyáli út 2—6. „A" épület) *tudományos ülést* tart.

1. *Füsi József dr., Antal Magda dr., Gréczi Imre dr.:* Az algériai földrengés, orvosföldrajzi tapasztalatok. A segélynyújtásban részt vett orvoscsoport diavetítéssel egybekötött beszámolója.

2. *Prof. Kádár László,* a Magyar Földrajzi Társaság tiszteletbeli elnöke: Az eurázsiai típusú láncheggységekben egyre gyakrabban jelentkező földrengések oka.

A **Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság** 1981. június 24—26-án Debrecenben az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb tantermében (Nagyerdei krt. 98,) rendezi *XI. Vándorgyűlését.*

Június 24., 8.30 óra

Prof. Karmazsin László: Megnyitó.

Prof. Hámori Artúr, a Társaság örökös elnöke: Üdvözlés.

Prof. Leövey András, a Társaság elnöke: Köszöntő.

9.00 óra

Üléselnök: *Hámori Artúr, G. N. Beall, Fachet József.*

1. *D. R. Stanworth* (Birmingham): Sejt receptorok és allergiás reakciók (referátum angol nyelven).

2. *Mándi B., Kerékgyártó Cs., Ölveti É., Csaba B.* (Debrecen): Thymosin hatása human lymphocyta receptorokra.

3. *Dalmi L., Hajdú L., Pecze K.* (Debrecen): Plasmamembrán-antitest kimutatása izolált májsejtekben.

4. *Dobi S., Lenkey B.-né* (Debrecen): Adatok a parietalis sejtet stimuláló globulin receptor kötődésről.

5. *Horváth M., Jovanovich N., Kádár K., Györffy Gy.* (Budapest): T lymphocyta szubpopulációk megoszlása egyes érmegbetegedésekben.

6. *Katona Z., Mohay J., Nádasi T.* (Szeged): A rozettaképzés regulatiója.

7. *Pecze K., Dalmi L., Hajdú L., Győrffy Á.* (Debrecen): Thermostabil E-rosetta vizsgálata krónikus aktív hepatitisben és gastrointestinalis carcinomában.

Szünet

Üléselnök: *D. R. Stanworth, Petrányi Győző.*

8. *G. N. Beall* (Torrance USA): Antithyroglobulin antitestek synthesise in vitro: autoimmunitás modell systema (referátum angol nyelven).

9. *Leövey A.* (Debrecen): A thyreoidea stimuláló antitestek és az autoimmunitás (referátum).

Szünet

10. *Balázs Cs., Patvaros I., Leövey A.* (Debrecen): A trijódthyronin hatásának vizsgálata a concanavalin-A indukálta és a rövid élettartamú supressor T-sejt aktivitásra.

11. *Kálmán K., Sztojka I., Szabó J., Leövey A.* (Debrecen): A humorális és celluláris immunreaktivitás vizsgálata human retrobulbaris antigénekkel endokrin ophthalmopathiában.

12. *Furák A., Márk Zs., Raffai I., Bános Cs.* (Budapest): Asthma és hyperthyreosis.

13. *Patvaros I., Balázs Cs., Vértes T.-né, Leövey A.* (Debrecen): Basedow-kóros betegek keringő immunkomplexének analízise lasernephelometriás módszerrel.

14. *Horányi J., Alánt O., Nagy É., Hámori K., Takács E., Farkas A.* (Budapest): Transzplantációra kerülő sejtek immunvédelme térhálósodó polimerrel.

15. *Czirják L., Lukács K., Szabó G.* (Debrecen): Fagocita funkció zavar klinikai következményei.

Délután 15 óra

Üléselnök: *Stenszky Valéria, Balázs Csaba.*

16. *Petrányi Gy.* (Budapest): Immunválasz genetikai regulációja (referátum).

17. *Szegedi Gy.* (Debrecen): Systemás autoimmun betegség pathogenesise (referátum).

Szünet

Üléselnök: *Szabó Gábor, Szabó Jenő.*

18. *Sonkoly I., Szegedi Gy.* (Debrecen): Prognosztikai tényezők szerepe a systemás lupus erythematosusos betegek kórlefolyásában.

19. *Horváth S., Bedő Z., Kincses É., Sonkoly I.* (Debrecen): Cardiovascularis eltérések systemás lupus erythematosusos betegeken.

20. *Bányai A., Kávai M., Sonkoly I., Szegedi Gy.* (Debrecen): Immunkomplex analízisek systemás lupus erythematosusban.

21. *Horváth M., Bakács T., Ringwald G., Svastits E.* (Budapest): Adatok a leukocyta adherencia gátlási teszt alkalmazásához.

22. *Lukács K., Bodolay E., Kávai M., Sonkoly I., Szegedi Gy.* (Debrecen): Monocyta funkció vizsgálatok systemás lupus erythematosusban.

23. *Ablonczy É., Török É., Horváth A.* (Budapest): Antinukleáris faktor vizsgálata sclerodermás betegeknél felnőtt és gyermekkorban.

Szünet

Üléselnök: *Csaba Béla, Kakuk György.*

24. *Streitman K., Beregi E., Hollós I., Kávai M., Szegedi Gy.* (Szeged, Budapest, Debrecen): Herpes immunkomplex nephritis.

25. *Nagy J., Füst Gy., Ambrus M., Paál M., Trinn Cs., Burger T.* (Pécs): Lymphocyta szubpopulációk és keringő immunkomplexek IgA glomerulonephritisben.

26. *Szabó J., Kálmán K., Leövey A.* (Debrecen): Szervspecifikus autoantitestek kimutatása immunfluoreszcens módszerrel. Elvi- és gyakorlati problémák.

27. *Jaksics I., Móricz Zs., Pintér S.* (Szolnok): Immunglobulinok változása Schönlein—Henoch purpurás betegeinkben

28. *Barzó P., Szokol M., Czakó Z.* (Miskolc, Debrecen): Idiopathiás fibrotisáló alveolitis familiáris előfordulása.

29. *Somos Zs., Loibl S., Gróf P., Schmidt L.* (Pécs): A máj méregtelenítő tevékenységének immunológiai vonatkozásai (a hepatikus clearence).

Június 25., délelőtt 8.30 óra

Üléselnök: *Rák Kálmán, Csorba Sándor.*

30. *Karmazsin L.* (Debrecen): Az újszülöttkor legfontosabb immunbiológiai problémái (referátum).

31. *Nyerges G.* (Budapest): Az immunválasz szerepe a vírusbetegségek pathogenezisében (referátum).

Szünet

Üléselnök: *Karmazsin László, Szemere Pál.*

32. *Filipp G., Biró G., Hartung W. D., Lehmann G.* (Saarbrüchen, Homburg): Antitest termelés szelektív suppressiója jelzett pollen allergénnel (angol nyelven).

33. *Biró G., Filipp G., Zimmermann G.* (Homburg, Saarbrücken): Experimentális allergiás encephalomyelitis suppressiója bázikus myelin-protein megelőző adásával (angol nyelven).

34. *Radielovich P.* (Basel): Új asthma profilaktikumok klinikai-experimentális és klinikai-therapiás vizsgálata (német nyelven).

35. *Sipka S., Módis L., Szilágyi T.* (Debrecen): Shwartzman-jelenséghez hasonló reakció létrehozása humán limfokin készítménnyel.

36. *Szabolcs M., Csorba S., Nagy Z., Hauch M.* (Debrecen): Purinszármazékok és Ca^{2+} komplexképző hatása a kenyérből izolált gluten-fehérjék fiziko-kémiai sajátosságaira.

37. *Mészáros L., Percs E.* (Zalaegerszeg): Bronchospasmin protektiváló hatása Histaminnal és Acetylcholinnal szemben.

38. *Rácz I.* (Budapest): Gyógyszerallergia (referátum).

Szünet

Üléselnök: *Rácz István, Nagy Endre.*

39. *Wüthrich B.* (Zürich): Urticaria és Quincke oedema (német nyelven).

40. *Rácz I., Temesvári E., Dénes M.* (Budapest): Endogen ekzema kezelése adrenerg receptorokra ható gyógyszerekkel.

41. *Mészáros Cs., Debreczeni M.* (Debrecen): Specifikus és nem specifikus IgE meghatározások penicillinallergiás betegeken.

42. *Baló-Banga J.. M.* (Budapest): Gyógyszertantigének kiváltotta lymphocyta aktiváció kimutatása a korai celluláris jelenségek nyomonkövetésével.

43. *Temesvári E.* (Budapest): Kontakt szenzibilizáció foglalkozási bőrbetegségekben.

44. *Frendl Gy., Sonkoly I., Tamási L.* (Debrecen): Dermatomyositises betegeink kórlefolyása során szerzett tapasztalataink.

Szünet

Üléselnök: *Nyerges Gábor, Wiltner Willibald.*

45. *Osváth P.* (Budapest): A tünetmentes asthmás gyermek légzésfunkciós paramétereinek és klinikai állapotának összehasonlítása.

46. *Schuller Á., Fornai K., Osváth P.* (Budapest): Heiner—Holland-syndroma.

47. *Apatini A., Várkonyi J.* (Törökbálint): Acetylcholin-provocatio szerepe az asthma bronchiale kórismézésében.

48. *Miholics E., Csizér Z., Zsidai J.* (Budapest): Házipor allergén értékmérése rast-gátlás módszerrel.

49. *Fornai K., Osváth P., Endre L.* (Budapest): Kóroktani vizsgálatok 3 évesnél fiatalabb idült obstruktív bronchitises gyermekekben.

50. *Juhász E., Ringelhann Á.* (Budapest): A Spiropent hatásának vizsgálata asthmás és chronicus bronchitises betegeken.

Szünet

Délután 15 óra

Üléselnök: *Szilágyi Tibor, Szilágyi János.*

51. *Szilágyi J., Bene J., Kasza L., Vezendi S.* (Debrecen): Ketotifen alkalmazása az obstruktív syndromával járó légúti megbetegedésekben.

52. *Póder Gy., Cserháti E., Kelemen J., Mezei Gy., Romhányi I.* (Budapest): Klinikai tünetek alakulása tartós ketotifen kezelés alatt.

53. *Kraszkó P.* (Edelény): Újabb adatok a Ketotifen hízósejt-degranulációt gátló hatásáról asthma bronchiálében.

54. *Kelemen J., Erdős Z., Cserháti E., Póder Gy., Mezei Gy.* (Budapest): Ketotifen kezelés hatása asthmás gyermekek acetylcholin provokációjában.

55. *Cserháti E., Mezei Gy., Erdős Z., Kelemen J., Póder Gy.* (Budapest): Ketotifen kezelés hatása asthmás gyermekek allergén provokációjában.

Június 26., délelőtt 8.30 óra

Üléselnök: *Miskovits Gusztáv, Schweiger Ottó.*

56. *Schweiger O.* (Budapest): Az asthma bronchialeban szenvedő betegek országosan szervezett ellátásának egyes kérdései (referátum).

57. *Hankovszky M., Üveges J.* (Budapest): Az asthma bronchiale diagnosztikájának, kezelésének és gondozásának egysége.

58. *Herjavecz I., Böszörményi-Nagy Gy., Falus F., Bogányi Gy.* (Budapest): Nasalis provocatiós vizsgálatok asthma bronchialéban.

59. *Gautier B.* (Hegyfalu): Bronchodilatatorok helye az asthma bronchiale korszerű kezelésében (összehasonlító klinikai vizsgálat).

60. *Böszörményi-Nagy Gy., Herjavecz I.* (Budapest): A fizikai terheléssel, acetylcholin és specifikus allergén inhalációjával kapcsolatos bronchialis hyperreaktivitás összefüggése asthma bronchialéban.

Szünet

Üléselnök: *Mihóczy László, Osváth Pál.*

61. *Bene J., Szilágyi J., Sonkoly I., Kovács E.* (Debrecen): Specifikus immunkezelés laboratóriumi ellenőrzése.

62. *Sócska M., Osváth P., Szeniczey K., Parragi K., Mikes M.* (Budapest): Hyposensitisatio Zaditen védelmében.

63. *Loós T., Nagy O., Galambos T., Beke K., Endreffy H.* (Nyíregyháza): Zaditennel szerzett tapasztalataink gyermekkori asthma bronchialeban.

64. *Andrasofszky B., Papp-Szekeres K., Iványi F.* (Mosdós): Zaditen kezelés tapasztalatai asthmás és ekzemás betegeknél.

65. *Krámer M., Horváth A., Ablonczy É., Imreg E., Backhausz C.* (Budapest): Dermatomyositises eseteink követéses vizsgálata.

66. *Marczi J.* (Pécs): Thoephyllinat hatása az atopiás betegek hyperszenzitív bőrreakciójára.

Szünet

Üléselnök: *Kertai Pál, Szabó Tibar.*

67. *Müller M.* (Budapest): A váladékolás szerepe az asthma bronchiale gyógykezelésében.

68. *Simon E., Hámori F., Valyon É., Csányi Zs.* (Szolnok): Proteázenzim-allergia.

69. *Honti G.* (Kecskemét): A tumor immuntherápia lehetőségei és kórélettani tanulságai.

70. *Ürmösi J., Szabó I., Paál M.* (Pécs): A szérum immunglobulin tartalmának változásai orafaciális rákoknál.

71. *Nagy I. A., Kovács L.* (Budapest): Az ízületi betegségeket kísérő gyulladásost jelenségek pathomechanizmusa az oxigénből származó gyökök, anionok szerepének tükrében.

Zárszó

A referátumok időtartama 30 perc, az előadásoké 10 perc.

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. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft

81.1419 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002 INDEX: 25 674

MAGURLIT®

granulatum

CONTRA NEPHROLITHIASIM



CHINOIN
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 húgysavkő oldására, kimutatott negatív kőárnyék és tartósan savanyú vegyhatású (pH 5,5 alatti) vizelet esetében.

A vese- és húgyutakban a húgysavkő megelőzésére:

a) ha a kórelőzményben többször szerepelt húgysavból, vagy húgysav és calciumoxalat keverékéből álló kő ürítése;
b) húgysavkő műtéti eltávolítása után, ha a vizelet nem fertőzött.

Adjuvánsként alkalmazható a cystin kövek konzervatív kezelésekor használatos D-penicillamin therapia kiegészítésére.

Emelkedett serumhúgysav-szint esetén allopurinol therapiával 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, fogyadékkal való bevételével. 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 granulatum 100×2 g-os tasak, indikátorpapír + színskála, dobozban. 16,40 Ft

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



GRANDAXIN®

tabletta

anxiolyticum

ÖSSZETÉTEL

50 mg tofizopamum tablettánként.

JAVALLATOK

Feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietasszal járó betegségek, azon neurózisok, amelyeket az előbbiek mellett indítékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apatiás, inaktív állapotok jellemeznek. Pseudoanginás fájdalom tüneteinek adjuváns kezelése.
Alkoholelvonási szindróma, predeliriosus, deliriosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei.
A myorelaxans hatás hiánya miatt olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nem kívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogén izom-atrophiák).





ELLENJAVALLAT

Eddig nem ismeretes. Bár teratogén hatást nem észleltek, alkalmazása a terhesség első harmadában nem ajánlatos.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek általában naponta 1–3×1–2 tabl. (50–300 mg/nap).

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, bőrviszketés, exanthema. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg feszültség, ingerlékenység, ami az adag csökkentésére vagy elhagyására megszűnik. Nagyobb esti adag után elalvási zavar.

FIGYELMEZTETÉS

Bőrkiütések jelentkezésekor a kezelést meg kell szakítani! Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel; főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 2,20 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

122. ÉVFOLYAM 26. SZÁM 1557—1620 OLDAL

BUDAPEST, 1981. JÚNIUS 28.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

ADEBIT tabletta
antidiabeticum

ÖSSZETÉTEL: 50 mg 1-butylbiguanidinum hydrochloricum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Felnőttkori diabetes kezelése – sulfanilkarbamid készítménnyel (elsősorban Gilemallal) kombinálva –, ha a saját inzulintermelés még nem szűnt meg, de szulfanilkarbamid készítménnyel egymagában a megfelelő anyagcsere-egyensúly nem érhető el. Étvágycsökkentő hatása miatt elsősorban kövér cukorbetegek kiegészítő kezelésére alkalmas. Megkísérelhető adása fiatalkori és labilis anyagcseréjű diabetesben az inzulin kezelés kiegészítésére (csillapíthatja a vércukor-ingadozásokat, csökkentheti az inzulinszükségletet, javíthatja az inzulinrezisztenciát).

ELLENJAVALLATOK: Acidózis, anyagcserezavar; tejsavas acidózisra prediszponáló tényezők (szív- és keringési elégtelenség, súlyos ventillációs zavar, beszűkült vesefunkció, súlyos anaemia, anaerob fertőzések, májbetegségek); egyéb fertőzés, lázas állapot, terhesség.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Beállítása, ill. átállítása csak gyógyintézetben, vagy szakorvosi járóbeteg-rendelésen, állandó orvosi (laboratóriumi) ellenőrzés mellett végezhető. Az átlagos kezdeti adag naponta 2–3-szor 1 tabl. (100–150 mg) étkezés után, kevés folyadékkal. A továbbiakban a beteg állapotától függően 2–4 naponként 1 tabl.-val növelhetjük az adagot.

A maximális napi adag 6 tabl. (300 mg) 3–4-szeri elosztásban. A bevezetés időszakában (10–14 napig) a napi vizeletcukor-ürítés ellenőrzése és néhányszor az éhomi vércukor vizsgálat elvégzése szükséges, minthogy általában a kezelés 10–14. napján dönthető el, hogy a beteg reagál-e a kezelésre. A további időszakban (kb. 2 hónapig) az ellenőrzés 1–2 hetenként esedékes.

Napi fenntartó adagja leggyakrabban naponta 4×1 tabl. Az adag csökkentése vagy növelése csak megfelelő laboratóriumi ellenőrzéssel történhet.

Inzulinról történő átállításkor az inzulin elhagyása csak fokozatos lehet.

MELLÉKHATÁSOK: Tejsavas acidózis, étvágytalanság, hányinger, hányás, hasi fájdalmak, hasmenés, fémes szájíz, melyek az adag átmeneti csökkentésével általában mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉS: A tejsavas acidózis veszélye miatt félévenként a vérkép, a máj- és vesefunkciók ellenőrzése szükséges. A felsorolt mellékhatások a tejsavas acidózis kezdeti tünetei is lehetnek, ezért észlelésükkor fokozott laboratóriumi ellenőrzés szükséges.

Kezelés alatt az étrendi előírások szigorú betartása elengedhetetlen. A kezelési időszak alatt a beteg diétája és életmódja állandó legyen.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Rendelését utasítás szabályozza. Térítésmentesen kell rendelni. Ha az orvos térítéskötelezettséggel rendeli, rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 40 tabl. 2,– Ft.

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

122. ÉVFOLYAM

*

26. SZÁM

*

1981. JÚNIUS 28.

TARTALOMJEGYZÉK

Simon György dr., Rumpler Jolán dr., Kunsági Katalin dr., Sárvári Katalin dr., Jákly Andrea dr. és Szilvásy István dr.:

A veleszületett szívhibák műtéti eredményeinek vizsgálata non invasiv diagnosztikus módszerekkel ... 1559

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Horváth Örs Péter dr., Petri Ildikó dr., Kaiser Gabriella dr., † Imre József dr. és Petri Gábor dr.:

Különböző stádiumban levő nyelőcső- és gyomortumoros betegek celluláris immunfunkciója 1567

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kammerer László dr., Pintér Erzsébet dr., Szelényi Judit dr., Brooser Gábor dr., Jánossy Lajos dr. és Pogátsa Gábor dr.:

A Haemoglobin A_{1c} alakulása diabetes mellitusban, különös tekintettel a chronikus szövődményekre..... 1573

Farkas Péter dr., Káli András dr. és Urai László dr.:

Aortaív- és neurovascularis vállöv syndroma együttes előfordulása 1577

KLINIKAI EPIDEMIOLÓGIA

Hordós Alajos dr. és Major Tamás dr.:

Krónikus aspecifikus légzési betegségek felkutatása és gondozása 1583

KAZUISZTIKA

Jójárt György dr. és Kovács Károly dr.:

Kisdedkori kétoldali n. recurrensbénulás 1588

Csikós Ferenc dr. és Kausz István dr.:

A temporalis regióba metastatizáló colloid golyva 1590

HORUS

A születési arisztokrácia súlya és a származási téveszmék gyakorisága a Monarchia társadalmában 1593

Arab triangulum 1595

Folyóiratreferátumok 1601

Könyvismertetés 1615

Pályázati hirdetmények 1619

Hírek 1620

Verospiron® tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonum.-ot tartalmaz micronizált formában.

HATÁS

A Verospiron az aldosteron antagonista csoportba tartozó diureticum.
Az aldosteron a distalis tubulusokban szabályozza az iontransport folyamatot, felszaporodása Na-retentiót okoz. Az aldosteron antagonista hatású Verospiron kompetitiv antagonismus útján gátolja az aldosteron és desoxycorticosteron effectust, azaz fokozza a nátrium- és vízkiválasztást, diuresist okoz és ezáltal elősegíti az oedemák kiürülését.

JAVALLATOK

Máj-cirrhosis ascitessel, cardiális és renalis oedema, agy-oedema, idiopathicus oedema. Ascitessel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertoniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheniás eredetű paroxismalis izombénulás. Portacavalis shunt műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A diagnózis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynecomastia, menstruatiós zavarok.

FIGYELMEZTETÉS

Verospiron adása magas Se–K-szint esetén csak kivételes esetben rendelhető. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig nem ismert, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron kezelés során a Se–Na- és K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

✠ MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta; térítési díj: 11,40 Ft.



Előállítja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Szabadság-hegyi Gyermekgyógyintézet
(főigazgató főorvos: Simon György dr.)
Országos Röntgen- és Sugárfizikai Intézet
(igazgató: Csákány György dr.)

A veleszületett szívhibák műtéti eredményeinek vizsgálata non invasiv diagnosztikus módszerekkel

Simon György dr., Rumpler Jolán dr.,
Kunsági Katalin dr., Sárvári Katalin dr.,
Jákly Andrea dr. és Szilvásy István dr.

A veleszületett szívhiba miatt megoperált gyermekek száma hazánkban 5—6000-re tehető (44). Ez a szám az újabb rekonstrukciós és palliatív műtétekkel évente mintegy 500-zal nő (44). A műtét utáni kórlefolyást, valamint az esetleg szükséges belgyógyászati vagy sebészi gyógykezelést a maradvány szívelváltozások, az operációs műtéti szövődmények és a ritkán előforduló késői műtéti szövődmények határozzák meg.

E három műtét utáni diagnosztikus kategóriát Morris és McNamara határozta meg: maradvány szívelváltozás alatt az olyan anatómiai és haemodynamikai rendellenességet értjük, amely a műtét ellenére megmaradt, illetve a műtét után az eredeti szívhiba következtében alakul ki. Pl. kamrai sövényhiány rekonstrukciós műtéte ellenére megmaradó arteriovenosus intracardialis vérkeveredés — bal-jobb shunt. A műtéti következmény a szívoperáció módszere miatt szinte szükségszerűen fellépő anatómiai és haemodynamikai elváltozás. Pl. valvulotomia műtéte miatt kialakuló aorta billentyű-elégtelenség. A műtéti szövődményt is a szívműtét okozza. A szövődmény „nem várható, de nem példa nélküli" szívkárosodás. Pl. A—V block Fallot-tetralógia rekonstrukciós műtéte után (24).

A szövegben használt rövidítések:

DBP: Ductus Botalli-persistens (nyitott Botallo-vezeték).
ASD II.: secundum típusú atrialis septalis defektus (secundum típusú pitvari sövényhiány).
ASD I.: primum típusú atrialis septalis defektus (primum típusú pitvari sövényhiány).
VSD: ventricularis septalis defektus (kamrai sövényhiány).
Aorta sten.: aorta stenosis.
Pulm. sten.: pulmonalis stenosis
Fallot-tetr.: Fallot-tetralógia.
Reconstr: rekonstrukció.
EKG: elektrokardiogramm.
PKG: fonokardiogramm.
VKG: vektorkardiogramm.

Britow (5), *Krowetz* (20), *Nadas* (27), *Young* (46) a postoperatív szakban elvégzett szívkatéteres vizsgálattal bebizonyította, hogy az esetek túlnyomó többségében szívoperációval eredményes rekonstrukció érhető el. A maradvány, a következményes szívelváltozások kórismézésére ezért a non invasiv vizsgáló módszereket használjuk fel (17). Ha a betegek longitudinalis megfigyelése, az Ekg, Pkg, Rtg., valamint az echocardiographiás, oxymetriás, vectorcardiographiás, mechanographiás és isotop keringési vizsgálati eredmények jelentős maradvány vagy következményes szívelváltozásra utalnak, szívkatéteres vizsgálat válhat szükségessé.

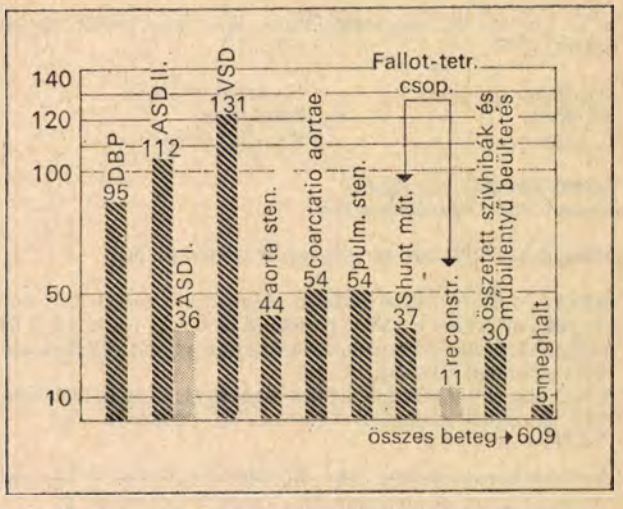
Beteganyag

Intézetünknek — a Szabadság-hegyi Gyermekgyógyintézetnek — kardiológiai osztályán 1974. V. 1-től 1978. XII. 31-ig mintegy négy és fél év alatt 609 veleszületett szívhiba miatt megoperált beteg műtét utáni kezelését végeztük el. A betegek életkora 8 hónapos kortól 17 éves korig terjedt. Két év alatti — tehát csecsemőbetegünk — csupán 11 volt. Az operált gyermekek zöme 5—12 éves korosztályba tartozott. A szívműtétek túlnyomó többségét az Országos Kardiológiai Intézet Sebészeti Osztályán, valamint a Semmelweis OTE. Érsebészeti Intézetében végezték el. Más budapesti és vidéki szívsebészeti osztályok, valamint külföldi sebészeti intézetek is küldtek néhány beteget. A gyermekeket a szívműtét után 5—24 nappal vettük fel.

A szív- és nagyér-fejlődési rendellenességek kórisme szerinti csoportja nagyon változatos beteganyagot foglal össze (16). Miután a kisfokú elváltozásokat nem kell megoperálni, a nagyon súlyos szívhibák pedig általában nem műthetők, a szívműtétre haemodynamikai vizsgálattal kiválasztott és megoperált betegek diagnózis szerinti felosztása már viszonylagosan homogén, vizsgálatra és összehasonlításra alkalmas csoportot jelent.

A szív- és nagyér-fejlődési rendellenesség miatt megoperált betegeink kórisme szerinti felosztását az *1. ábra* mutatja. A nemek aránya megfelelt az egyes diagnosztikus csoportokban a közismert arányoknak (18, 20) (26, 28).

Az *ábra* mutatja, hogy az esetek mintegy kétharmadában arteriovenosus shunt miatt történt a szívműtét (DBP, ASD, VSD). A súlyos összetett szívhibákat, valamint az olyan betegeket, akikben műbillentyű-beültetés történt, külön csoportba soroltuk. E cso-



1. ábra: Szívműtét utáni beteganyagunk kórisme szerinti megoszlása
1974. V. 1—1978. XII. 31.

portba tartozó betegek műtéti eredményét csak egyenként ítélhetjük meg.

Módszer

Diagnosztikus módszerünk egyrészt a postoperatív szak longitudinalis megfigyelésén, másrészt a különböző non invasiv vizsgáló módszerek együttes alkalmazásán alapul.

A veleszületett szívhibára jellemző jobb vagy bal kamrát érintő systolés vagy diastolés túlterhelés EKG jeleinek visszafejlődése általában csak 3—36 hónappal az eredményes szívműtét után indul meg (7). A szív nagyságának, konfigurációjának, a tüdő centrális és perifériás hypervascularisatiójának vagy a hypovascularisatiónak kedvező változását sem mutathatjuk ki azonnal röntgenvizsgálattal (2). A műtét előtti panaszok megszűnését, a testi fejlődés (testsúly, testmagasság) felgyorsulását is csak longitudinális megfigyeléssel állapíthatjuk meg (31). Betegeinket ezért az intézeti gyógykezelés után 6—12 hónaponként ambuláns vizsgálatra rendeltük vissza. A megfigyelési időszak 1—5 év között változott. A sorozatban elvégzett vizsgálatok eredményeinek összehasonlításával választottuk ki azokat a gyermekeket, akiknél a postoperatív regressio helyett további progressiót észleltünk. Ezekben a gyermekekben — a feltételezett maradvány, következményes vagy szövődményes szívelváltozásnak megfelelően — isotópos keringésvizsgálatot (radionuclid angiocardiographia — RAC), oxymetriás vizsgálatot, ill. vectorcardiographiás és echocardiographiás vizsgálatot végeztünk. A szakaszos kórismézési módszer vázlatát az *1. tábla* mutatja.

Eredmények

DBP. A nem komplikált Botallo-vezeték miatt megoperált 95 gyermek műtéti eredménye kitűnő.

1. táblázat. **A residualis és következményes postop. szívelváltozások kórismézése**

Anamnesis: Megszüntek-e a műtét előtti panaszok (fáradékonyság, légzőszervi elv., mellkasi fájdalom, decompensatio)

Testi fejlődés: Műtét után meggyorsult!
Ha az eredmények kétségesek
EKG: (3 Standard 3 unipoláris végtagi 6 mellkasi — V_1—V_6)

PKG: (Négy hangsáv papírszélesség 50 mm—100 mm)

Rtg: 2 irányú mellkasfelv. (Szívnagyság Jefferson és Ress volumetriás módszere (16) szerint*

VKG: (Frank elv. maximális jobbra, ill. balra irányuló térbeli vektor) (17)

Oxymetria:	Ha az eredmények
dil. görbe	kétségesek
O_2 saturatio	Szívkat.* vizsg.

Izotóp keringés vizsgálat:
Radionuklid angiocardiografia

Műszer: szcintillacios-kamera-kiszámítógép rendsz.

Anyag: Tc-99-m-humán szérum albumin sorozat-szcinti fotókat készítettünk az aktivitás cardiopulmonalis áthaladásáról és a különböző szív-ér területek időaktivitás-görbéit -llítottuk elő (RDI-technika) (JK, BK, Aorta)
A bal-jobb shunt megállapítására a perifériás tüdő területi időaktivitás-görbéit elemeztük az ún. C_2/C_1 módszer szerint (17,37)

A sebészi beavatkozás minden esetben megszüntette a vitiumra jellemző sytolo-diastolés continua zörejt, a peckelő pulzust és a nagy vérnyomás amplitudót. Huszonkét esetben a műtét után tiszta szívhangokat, 73 esetben pulmonalis ejectiós systolés zörejt regisztráltunk. A pulmonalis II. ékelt és keskenyen kettőzött volt. Hat hónappal a műtét után a szív volumene megkisebbedett és csökkent a tüdő-vascularisatio. Ugyanakkor a V_5 elvezetésben az R hullámok amplitudója megkisebbedett, ami a bal kamra volumen túlterhelés megszűnését jelezte (7). A műtét előtti panaszok megszűntek és a testi fejlődés is meggyorsult.

ASD. A 112 secundum típusú pitvari sövényhiányban szenvedő beteg közül 93 betegben fossa ovalis típusú, 19 betegben pedig sinus venosus sövényhiány részleges vese transpositióval szövődött.

A műtét előtti panaszok — ismétlődő hörghurut, tüdőgyulladás, fáradékonyság — megszűntek. (Két esetben a légúti panaszok asthma bronchialénak bizonyultak és házipor érzékenységet állapítottunk meg. E két esetben hyposensitisatiós kúrával értünk el jó eredményt.) A 6—9 éves gyermekek testsúlya a műtét után egy évvel 3—4 kg-ot gyarapodott. Nyolcvanhat esetben a jobb kamra volumen túlterhelését jelző incomplett jobb Tawara-szárblock 6—12 hónappal a műtét után fiziológiás irányban változott az R' amplitudója a V_1 elvezetésben 40—50%-kal csökkent. A V_5 elvezetésben az S hullámok megkisebbedtek. Három héttel a műtét után még 36 esetben a pulmonalis második hangjának széles kettőzöttségét állapítottuk meg: az aorta billentyű záródási hangját több mint 0,04 sec.-al követte a pulmonalis záródási hang. Ez a kettőzöttség azonban légzésre és Valsalva-kísérletre változott, tehát nem fix kettőzöttség volt. Hat hónap múlva a széles kettőzöttséget a keskeny kettőzöttség — a két záródási hang közötti időintervallum kevesebb mint 0,04 másodperc — váltotta fel. A műtét után már egy esetben sem volt kimutatható a nagy shunt volumenre utaló tricuspidalis eredetű áramlási mesodiastolés zörej. A pulmonalis ejectiós systolés zörej megmaradt.

Két esetben holosystolés zörej mitralis regurgitacióra utalt. Az echokardiographiás vizsgálat a kéthegyű billentyű dysfunctióját mutatta. A gyermekek keringése egyensúlyban van. A pitvari sövényhiány műtéte után a mitralis prolapsus ritmuszavart, hirtelen halált, endocarditist, esetleg decompensatiót okozhat (23). Az immunológiai folyamat következményét jelentő postpericardiotomiás syndroma (steril pericarditis dörzszörejjel, kóros süllyedés értékkel és Ekg elváltozással) (9). Amidazophen hatására 2—3 hét alatt gyógyult. Hat esetben nem jelentős ritmuszavart észleltünk: supraventricularis ES-t és junctionalis ritmust. Két betegben 12 hónappal a műtét után sem szűnt meg a ritmuszavar.

Egy betegben műtét után eszméletvesztéses görcsrohammal járó rosszullétek léptek fel és az általános iskolás gyermek tanulmányi eredménye romlott. Az Eeg vizsgálat görcspotenciálokat mutatott és antiepilepsiás kezelés vált szükségessé.

* A vizsgálatok elvégzéséért Dr. Kamarás Jánosnak és Dr. Kiss Andrásnak (Orsz. Card. Int.)
A szívkatéter v. elvégzéséért Dr. Záborszky Bélának köszönetet mondunk.

ASD I. Harminchat beteg közül 21 gyermekben hasadt mitralis billentyű rekonstrukciója is megtörtént. A műtéti eredmények hasonlóan az ASD II. csoporthoz kedvezőek. Négy esetben azonban maradvány elváltozásokat mitralis regurgitatiót kórismeztünk. Mind a négy beteg keringése egyensúlyban van *(2. táblázat).*

2. táblázat. **Műtéti eredmények ASD műtéte után**

Esetszám:	
ASD II. = 112	
ASD I. = 36	
Összesen: 148	
I. *Eredményes korrekció*	
1. residuum és következmény nélkül:	88
2. átmeneti és enyhe következménnyel	
a) postpericardiotomiás syndr.:	36
b) nem jelentős ritmus zavarral:	6
II. *Korrekció residuummal*	
1. shunt:	1
2. mitr. insuff.:	16
III. *Korrekció szövődménnyel*	
Közp. idegr. elvált.:	1
Összesen:	148

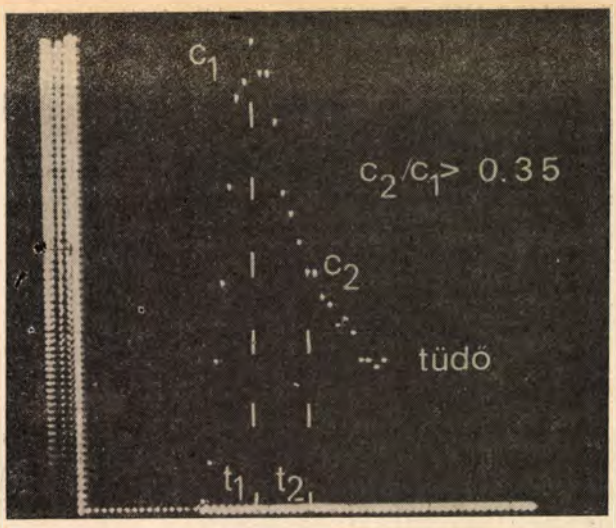
VSD. Esetszám: 131. Elfogadtuk és felhasználtuk a defektus nagyságán, shuntölt vérmennyiségen, a shunt irányán, a jobb szívfél nyomásértékein és a kisvérköri resistentián alapuló felosztást (40, 42): 86 esetben közepes, 45 esetben nagy kamrai sövényhiány rekonstrukciója történt meg.

Száztizenhat esetben a postoperatív vizsgálati eredmények a műtét sikerét bizonyították. A 27 postpericardiotomiás folyamat maradéktalanul gyógyult. Egy esetben a nagy folyadékgyülem pericardialis punctiót tett szükségessé.

A legjelentősebb maradvány elváltozás a 10 arteriovenosus residualis shunt. Ezekben a gyermekekben másfél évvel a szívműtét után is megmaradt a regurgitatiós holosystolés zörej, a szívdilatatio, a pulmonalis hypervascularisatio. Az Ekg görbén nem fejlődtek vissza a bal kamrai volumen túlterhelés, illetve biventricularis hypertrophia jelei. Az isotopos keringés vizsgálat a tüdőaktivitás lassú kiürülését mutatta *(2. ábra).*

A kitűnő sebészi módszernek köszönhető, hogy szövődményt nagyon ritkán észleltünk: a két tricuspidalis insufficientiában és egy aorta insufficientiában szenvedő gyermek keringése egyensúlyban van. A tricuspidalis insufficientiát septalis aneurysma okozhatja (10). A két A—V block pedig a kielégítő kamrai frequentia miatt végleges pacemaker implantatiót nem tett szükségessé *(3. táblázat).*

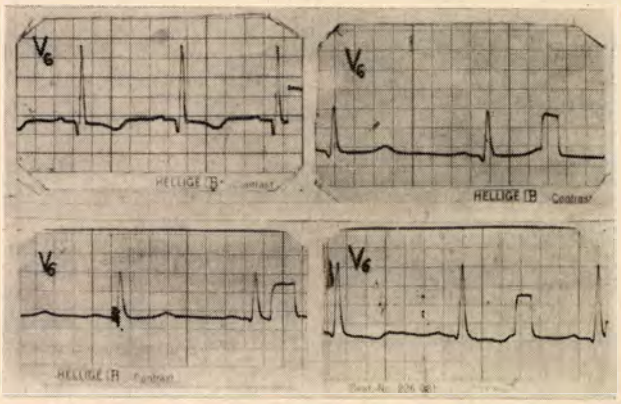
Aorta stenosis. Esetszám: 44. Harminckilenc esetben valvularis, 3 esetben subvalvularis, 2 esetben supravalvularis aorta stenosis műtéti kezelése után vettük fel a gyermekeket. A műtét előtt a szűkület előtt és után mért nyomás különbsége, a nyomásgradiens 55—110 Hgmm között változott.



2. ábra: Elhúzódó időaktivitás-görbe. Az aktivitás megjelenésétől a görbe maximum eltéréséig eltelt idő $t_1 \cdot t_1 = t_2$, c_1 a görbe maximum amplitudója. c_2 a t_2 időponthoz tartozó görbe amplitudó. Ha a $c_2:c_1$ arány nagyobb 0,35-nél, bal-jobb shunt áll fenn (17).

3. táblázat. **Műtéti eredmények VSD műtéte után**

I. *Eredményes korrekció*	
1. residuum és következmény nélkül:	83
2. átmeneti v. nem jelentős következménnyel	
a) postpericardiotomias syndr.:	27
b) jobb szárblock:	6
II. *Korrekció residuummal*	
1. shunt:	10
III. *Korrekció szövődménnyel*	
1. tricusp. insuff.:	2
2. aorta insuff.:	1
3. a-v block:	2
Összesen:	131



3. ábra: Két valvularis aorta stenosis miatt megoperált gyermek EKG görbéjének változása: az első esetben 5 évvel a műtét után a V_6 elvezetésben az R amplitudó megkisebbedése és a konkordánssá vált T hullámok a bal kamra hypertrophia visszafejlődését bizonyítják. Eredményes műtét. A második gyermekben 3 évvel a műtét után a V_6 elvezetésben az R hullám amplitudó növekedése és diskordánssá vált T hullámok a bal kamra hypertrophia progressióját bizonyítják. Residuális stenosis lehetősége

Huszonkilenc esetben a műtét előtti panaszok megszűnése (mellkasi fájdalom, fáradékonyság, keringési elégtelenség) a bal kamrai systolés túlterhelés Ekg jeleinek visszafejlődése, az ejectiós zörej elhalkulása az operáció sikerét bizonyította. Tizennégy gyermekben a hangos ejectiós zörej, a bal kamra hypertrophia műtét utáni progressiója maradvány stenosisra utal *[3. ábra (Ekg)]*.

Huszonnégy esetben az aorta hallgatózási helye felett hallható decrescendo diastolés zörej következményes aorta insufficientia mellett szól. Egy gyermekben jelentős bal kamra tágulat aorta billentyű elégtelenséget mutatott.

Egy betegünket septikus szövődmény — subacut bakterialis endocarditis — miatt vesztettük el. A szívműtét után 12 héttel — az intézetünkből történt hazaadás után — hőemelkedéssel, anaemiával, majd lázzal, haematuriával és lépduzzanattal járó septikus folyamat alakult ki. A gyermeket azonnal visszavettük, de kétheles erélyes antibiotikus kezelés ellenére meghalt *(4. táblázat)*.

4. táblázat. **Műtéti eredmények aorta stenosis műtéte után**

Esetszám: 44	
I. *Eredményes műtét*	
1. residuum és következmény nélkül:	11
2. nem jelentős következménnyel kisfokú aorta insuff.:	23
II. *Műtét következménnyel* nagyfokú aorta insuff.:	1
III. *Műtét residuummal* residualis stenosis:	8
IV. *Műtét szövődménnyel* endocarditis:	1 (exitus)
Összesen:	44

Coarctatio aortae. („Felnőtt típus"). Esetszám: 54. Műtét előtti felső végtagi vérnyomás értéke: 150—230 Hgmm. Ötvenegy betegben a műtét után mért alsó és felső végtagi vérnyomás értékek az arteria femoralis jó pulsatiója, a műtét előtti panaszok megszűnése (fejfájás) egyértelműen a műtét eredményességét bizonyította. Három beteg vérnyomás értkei a műtét után másfél évvel kóros értéket mutattak.

Pulmonalis stenosis. Esetszám: 54. (Kamrai sövényhiánnyal nem szövődött esetek. (Műtét előtt a jobb kamrai nyomásértékek 70—100 Hgmm között változtak. Az operáció sikerét 28 gyermekben a műtét előtti panaszok megszűnése (fáradékonyság, nehézlégzés, mellkasi fájdalom, enyhe cyanosis), a kitűnő testsúlygyarapodás, a jobb kamra hypertrophia Ekg jeleinek visszafejlődése, valamint az ejectiós systolés zörej elhalkulása bizonyította. Harmincnyolc esetben a V_1 elvezetésben az R hullámok amplitudója egy évvel a műtét után megkisebbedett. Hat esetben a műtét előtti szívmegnagyobbodás is visszafejlődött. Hat esetben jelentős residuális stenosisra utalt a szélesen kettőzött pulmonalis II. (34, 38). Tizennyolc esetben pulmonalis insufficientiát állapítottunk meg. A billentyű elégtelenséget jelző diastolés zörej — szemben a Graham Steal-zörejjel — fonokardiogrammon a mély hangsávokban mutatható ki. Négy gyermekben nem jelentős ritmuszavar (supraventricularis és ventricularis extrasystolia) áll fenn a műtét óta. *(5. táblázat)*.

5. táblázat. **Műtéti eredmények pulmonalis stenosis műtéte után**

Esetszám: 54	
I. *Eredményes műtét*	
1. residuum és következmény nélkül:	26
2. nem jelentős következménnyel, ritmus zavar:	2
II. *Műtét következménnyel* pulm. insuff.:	18
III. *Műtét residuummal*	
residualis stenosis:	6
pitvari shunt:	2
Összesen:	54

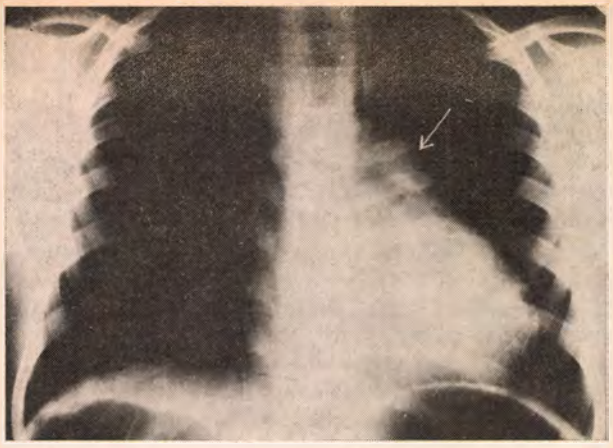
Fallot-tetralógia. (Palliatív műtét.) A Fallot-tetralógia palliatív műtéti kezelése után (művi összeköttetés a kis- és nagyvérkör között) csökken a cyanosis, a polyglobulia, nő a teljesítőképesség a mi 37 gyermekünk esetében is. A palliatív műtét azonban nem végleges megoldás, hiszen ismeretes, hogy a művi shunt elzáródhat. A közvetlen műtét utáni eredmények ezért nem teszik lehetővé a hosszú lejáratú prognosztikai következtetések levonását (39).

Fallot-tetralógia. (Rekonstrukció.) A teljes rekonstrukciós műtétek után (kamrai sövényhiány zárása, pulmonalis kiáramlási pálya obstrukciójának megoldása) a műtét előtti állapothoz képest új keringési állapot alakul ki: bár a cyanosis csökken vagy teljesen megszűnik, a szív volumene megnő és az esetek többségében bal kamra elégtelenség alakul ki (14).

Az Ekg görbén intraventricularis vezetési zavart (jobb és bal elülső szárblock) állapíthatunk meg. A műtét előtti ejectiós zörej mellett általában a műtét során keletkezett pulmonalis insufficientiára utaló elváltozások közül a residualis pulmonalis stenosis és a kamrai szintű shunt fordul elő



4. ábra: Sorozat scintifotók (1., 2., 3. és 6. másodpercben) korai, a tüdőével egyidejű aktivitás-megjelenést mutatnak (nyíl) a hasi aorta területén. Jobb-bal shunt



5. ábra: Fallot tetralógia rekonstrukciós műtéte után a PA rtg. felvételen a jobb kamra kiáramlási pályájának tágulata látható

leggyakrabban. A shunt iránya nemcsak bal-jobb, hanem ha megmarad a pulmonalis stenosis, jobb-bal irányú is lehet (24). Isotóp vizsgálattal jobb-bal shunt is kimutatható (17). *4. ábra).*

Tizenegy rekonstruált Fallot-tetralógiás betegünk közül négy esetben maradvány pulmonalis stenosist, négy esetben residualis shuntöt, minden esetben pulmonalis insufficientiát és intraventricularis zavart állapítottunk meg. A jobb kamra kiáramlási pályájának aneurysma-szerű tágulata is előfordult *(5. tábla).*

A panaszok és tünetek változását, valamint a postoperatív elváltozásokat a *6. táblázat* mutatja.

A veleszületett szívhibák legsúlyosabb formáit külön csoportba osztottuk be. Két nagyér-transpotio miatt megoperált esetünk is e csoportba került. Huszonnégy esetben műbillentyű-beültetésre került sor. A postoperatív szakban négy beteget vesztettünk el e csoportból: 2 esetben műbillentyű-dysfunctio, decompensatio és ritmuszavar volt a halál oka. Két gyermek pedig (egy Fallot-pentalógiás beteg és egy coarctatio + aorta fejlődési rendellenességben szenvedő) ismételt szívműtétet követő akut decompensatióban halt meg.

6. táblázat. **Műtéti eredmények Fallot-tetralogia rekonstrukciós műtéte után**

Esetszám:11

I. *Eredményes műtét*	
1. residuum és következmény nélkül:	—
2. nem jelentős következménnyel szárblock + kisfokú pulm. insuff.:	7
II. *Műtéti következménnyel + residuummal*	
residualis stenosis + shunt + pulm. insuff. + szárblock:	1
u. a. + jobb kamrai aneurysma:	2
pulm. insuff. + resid. stenosis + shunt + pulm. insuff. + szárblock + pulm. vasc. obstrukció:	1
Összesen:	11

Megbeszélés

A hét legggyakrabban operált veleszületett szívhiba a következő: DBP, ASD, VSD, aorta stenosis, coarctatio aortae, pulmonalis stenosis, Fallot-tetralógia. Az operáció után a lehetséges műtéti maradvány, következmény és szövődmény nagyszámú változatának kórismézése longitudinalis klinikai megfigyeléssel megoldható. A nem komplikált Botallo-vezeték és pitvari sövényhiány (ASD I., ASD II.) műtéti eredményei is jók (24, 37, 46).

Gyakoriságuknál és prognosztikai jelentőségüknél fogva a kamrai sövényhiány, valamint a nagyér stenosisok műtéte után a maradvány shunt és residualis nagyér stenosis, valamint a műtéti következményt jelentő aorta és pulmonalis billentyű elégtelenség kórismézése és ezen elváltozások súlyosságának megítélése a legfontosabb műtét utáni diagnosztikus feladat.

Allen VSD rekonstrukciós műtéte után 140 esetben végzett szívkatéteres vizsgálatot és 29%-ban kamrai szintű arteriovenosus vérkeveredést mutatott ki (1). *Morris* a residualis kamrai sövényhiányt egyrészt a nem megfelelő műtéti technikával, másrészt az operációt követő szívcontractiók miatt fellépő varratelégtelenséggel magyarázza (24). Nadas is az egyik legfontosabb maradvány elváltozásnak a residualis shuntöt tartja, de hangsúlyozza, hogy kis shunt — bár zörejt okozhat — mégsem befolyásolja lényegesen a további kórlefolyást. *Perloff* a kamrai sövényhiányra jellemző holosystolés zörej négy változatát adja meg: „Plateau-zörej, crescendo, descrescendo és crescendo-decrescendo sytolés zörej. A korai systolés zörej vagy kis VSD-t, vagy nagy kamrai sövényhiányt jelent, amely vascularis típusú hypertoniával szövődik. A késői systolés zörej ventricularis septalis aneurysmát jelent (29). Kamrai sövényhiány rekontsrukciós műtéte után systolés zörej maradhat vissza. Ez a hallgatózási lelet azonban nem jelent nagy residualis shuntöt. Ha azonban másfél évvel a szívműtét után sem normalizálódik a szív nagysága, a tüdőben megmarad a fokozott vérbőség és nem indul meg a bal kamrai volumen túlterhelés vagy a biventricularis hypertrophia Ekg jeleinek visszafejlődése, isotópos keringési vizsgálat szükséges a residualis shunt kórisméjének valószínűsítésére, ill. kizárására.

Vizsgálati eredményeink megegyeznek *Árvay* és *Tomory* eredményeivel. A más szívhibával és resistentia típusú pulmonalis hypertoniával nem szövődött kamrai sövényhiány műtéti eredményei kitűnőek és aránylag ritkán marad vissza jelentős shunt (3, 12, 30, 32, 35, 40).

Fallot-tetralógia rekonstrukciós műtéte után is kimutatható residualis kamrai sövényhiány. *Kirklin* 8%-ban (19), *Ruzyllo* 20%-ban talált residualis kamrai szintű shuntöt. Ha a jobb kamra kiáramlási pályájának szűkülete a műtét ellenére jelentős marad, venoarteriosus vérkeveredés alakul ki, A residualis pulmonalis stenosis relatíve gyakori maradvány elváltozás. *Girod* 77 Fallot-tetralógiás beteg haemodynamikai vizsgálatát végezte el a szívoperáció után és 32%-ban kitűnő, 51%-ban jó, 3%-ban kielégítő és 9%-ban elégtelen eredményt

állapított meg (11). Ha a műtét ellenére a cyanosis megmarad, vagy a műtét után fél évvel is fennáll a bal kamra elégtelenség, isotóp keringési vizsgálat, ill. haemodynamikai vizsgálat ajánlható. Az operációs szövődményt jelentő intraventricularis vezetési zavar is kedvezőtlenül befolyásolja a prognózist: életveszélyes ritmuszavarok léphetnek fel ezekben a betegekben műtét után (43).

Morris 30 pulmonalis stenosis miatt operált betege közül 5, *Tandon* és *Nadas* 108 betege közül 18 esetben maradt vissza 20 Hgmm-nél nagyobb gradienssel járó residualis stenosis (24, 38).

Moss a maradvány stenosist viszonylag jóindulatú elváltozásnak tartja, mert általában nem progressiv, tehát nem súlyosbodik a stenosis az idő múlásával (25). A pulmonalis insufficientia sem okoz keringési elégtelenséget és jobb prognózisú, mint Fallot-tetralógia műtéte után. Pulmonalis stenosis műtéte után a mi eredményeink is kedvezőek.

A valvularis aorta stenosis műtét utáni késői halálozási értéke — hét szerző vizsgálatának átlagát tekintve — 7,2% (4, 6, 8, 13, 21, 22, 36). A postoperatív halálozás okai: ritmuszavart követő hirtelen halál, bacterialis endocarditis és a műtét következményeként kialakult aorta insufficientia miatt keletkező keringési elégtelenség. A residuális stenosis progressiója 20—40%-ban csak reoperációval oldható meg: ezekben az esetekben mintegy 10 évvel a műtét után, általában fiatal felnőtt korban, műbillentyű-beültetést kell végezni. Ha másfél évvel a műtét után a bal kamra hypertrophia EKG jelei nem mérséklődnek vagy további progressio figyelhető meg, residualis stenosis vagy jelentős aorta insufficientia miatt haemodynamikai kivizsgálás válhat szükségessé (7, 25). Subacut bacterialis endocarditis miatt elvesztett betegünk esete pedig felhívja a figyelmet a subacut bacterialis endocarditis prevenciójának fontosságára (25).

Moss coarctatio aortae operációja után 11%-ban állapított meg restenosist és 24%-ban megmaradt a felső végtagi magas vérnyomás is (25). Feltételezi, hogy a magas vérnyomás a postoperatív szakban az aorta dystensitásának változása, a renin-hypertensin felszaporodás, a hyperlipoproteinaemia vagy essentialis hypertonia okozza (25).

Tapasztalataink coarctatio aortae műtéte után kedvezőbbek, mint *Záborszky* adatai (45). Mi azonban ebbe a csoportba nem soroltuk be az aorta stenosissal szövődött eseteket.

Végül a mindennapos orvosi gyakorlat számára lényeges két tapasztalatunk: sikeres szívműtét után a gyermekek testi fejlődése meggyorsul és fokozatosan megszűnik a cardialis infantilizmus. A testsúly és testmagasság mérése és folyamatos regisztrálása a szívműtétek után szinte kardiológiai vizsgáló módszernek mondható. A residualis zörej azonban nem jelenti a szívoperáció eredménytelenségét! (9, 41). A szívműtét sikerének megítélésekor ne csak a hallgatózási leletből, hanem az anamnesztikus adatokból, az EKG és Rtg, valamint a testi és szellemi fejlődés együttes longitudinális megfigyeléséből és elemzéséből induljunk ki.

Összefoglalás: A szerzők 69 veleszületett szívhiba miatt megoperált gyermek longitudinális megfigyelését végezték el a késői postoperatív szakban. Non invasiv diagnosztikus módszerek — EKG, VKG, PKG, Rtg. isotop keringési vizsgálat, echocardiographia — együttes alkalmazásával kórisméz-ték a postoperatív kórlefolyást meghatározó műtéti maradvány, következményes és szövődményes szívelváltozásokat. A legfontosabb maradvány elváltozás a residualis shunt és residualis nagyér stenosis. A leggyakoribb operációs következmény pedig a valvulotomiát követő aorta és pulmonalis insufficientia. Kitűnő műtéti eredményt állapítottak meg DBP, ASD I., II., VSD, valamint pulmonalis stenosis operatív kezelése után. Az aorta stenosis sebészi kezelésében ismételt műtétre — műbillentyű-beültetés fiatal felnőttkorban — kerülhet sor. Fallot-tetralógia rekonsrukciós operációja is kielégítő eredményt adott.

IRODALOM: 1. *Allen, H., és mtsai:* Circulation 1974, *50*, 465. — 2. *Amplatz, K., és mtsai:* Radiographic Changes in the Postoperative Patient in: Rosenthal, A., Sonnenblick, E., Lesch, M.: Postoperative Congenital Heart Disease. 29. old. Grune and Stratton, New York, etc. — 3. *Árvay A. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 163. — 4. *Baker, C., Sommerville, I.:* Brit. Med. J. 1964, *1*, 197. — 5. *Bristow, D. és mtsai:* Circulation 1970, *41*, 1057. — 6. *Chiarello, L. és mtsai:* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1976, *72*, 182. — 7. *Clark, D. és mtsai:* Electrocardiographic Changes Following Surgical Treatment of Congenital Cardiac Malformations. in: Rosenthal, A., Sonnenblick, E., Lesch, M.: Postoperative Congenital Heart Disease. 65. old. Grune and Stratton, New York, etc. — 8. *Conkle, D. és mtsa:* Arch. Surg. 1973, *107*, 649. — 9. *Engle, M.:* Diseases of the Heart and Blood Vessels in: Principles of Pediatrics — Health Care of the Young 1495. old. — 10. *Freedom, R. és mtsai:* Circulation 1974, *49*, 375. — 11. *Girod, M. és mtsai:* Schweiz med. Wschr. 1979, *109*, 1673. — 12. *Gotsman, Ms., és mtsai:* Br. Heart J. 1969, *31*, 63. — 13. *Jack, W., Kelly, D.:* Am. J. Cardiol. 1976, *38*, 231. — 14. *Jarmakani, I., és mtsai:* Circulation 1972, *46*, 478. — 15. *Jefferson, K., Rees, S.:* Clinical Cardiac Radiology 7. old. Butterworth Comp. London 1973. — 16. *Kamarás J.:* Veleszületett szív- és nagyérfejlődési rendellenességek felosztása, relatív gyakorisága és spontán mortalitása. in: Kamarás J.: A gyermekcardiologia aktuális kérdései. 153. o. Orvostovábbképző Intézet Jegyzete, Budapest 1970. — 17. *Keane, J., és mtsai:* Assessmant of the Postoperative Patient by Noninvasive Techniques in: Rosenthal, A., Sonnenblick, E., Lesch, M.: Postoperative Congenital Heart Disease 81. old. Grune and Stratton, New York, etc. — 18. *Keith, J., Rowe, R., Vlad, P.:* Heart Disease in Infancy and Childhood 159. old. Macmillan Comp. New York 1958. — 19. *Kirklin, L., és mtsai:* Ann. Surg. 1965, *162*, 578. — 20. *Krovetz, L., Gessner, L., Schiebler, G.:* Handbook of Pediatric Cardiology Harper and Row, New York, etc. 1969. — 21. *Lawson, R., Bonchek, L.:* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1976, *71*, 334. — 22. *Merikallio, E., Frick, M.:* C. Ital. Cardiol. 1973, *3*, 171. — 23. *Mills, P., és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1977, *297*, 13. — 24. *Morris, J., McNamara, D.:* Residua, Sequeale, and Complications of Surgery for Congenital Heart Disease. in: Rosenthal, A., Sonnenblick, E., Lesch, M.: Postoperativ Congenital Heart Disease 3. old. Grune and Stratton, New York etc. — 25. *Moss, A. J.:* Pediatrics 1979, *63*, 320. — 26. *Moss, A. J.; Adams, F. H.:* Heart Disease in Infants Children and Adolescents Williams and Wilkins Comp. 1968. — 27. *Nadas, A. S.:* Circulation 1977, *56* (Suppl. 1.), 71. — 28. *Nadas, A. J.:* Pediatric Cardiology W. B. Saunders Comp. Philadelphia — London, 1964. — 29. *Perloff, J. K.:* The Clinical Recognition of Congenital Heart Disease Saunders Comp., Philadelphia etc., 1978. — 30. *Rosenthal, A.:* The Patient With Congenital Heart Disease After Surgical Repair: An Overview in: Ro-

senthal, A., Sonnenblock, E. m. Lesch, M.: Postoperative Congenital Heart Disease. 1. old. Grune and Stratton, New York, etc. 1975. — 31. *Rosenthal, A., Castaneda, A.:* Growth and Development after Cardiovascular Surgery in Infants and Children in: Rosenthal, A., Sonnenblick, E., Lesch, M.: Postoperative Congenital Heart Disease 119. old. Grune and Stratton, New York, etc. 1975. — 32. *Rudolph, A.:* Ventricular Septal Defect to Operate or not in: Anderson, P., Shibourne, E.: Paediatric Cardiology 1977. Churchill Livingstone, Edinburgh 1978. — 33. *Ruzyllo, W., és mtsai:* Am. J. Cardiol. 1974, *34*, 565. — 34. *Silverman, B., és mtsai:* Am. J. Med. 1956, *20*, 53. — 35. *Simon Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, *118*, 17. — 36. *Stewart, I., és mtsai:* Arch. Surg. 1978, *113*, 1248. — 37. *Szántó Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978. *119*, 2741. — 38. *Tandon, R. és mtsai:* Circulation 1965, *31*, 190. — 39. *Tay, D., és mtsai:* Circulation 1974, *50*, 220. — 40. *Tomory, E.:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 967. — 41. *Walker, W. és mtsai:* Circulation 1965, *31*, 54. — 42. *Watson, H.:* Paediatric Cardiology 159. old. C. V. Mosby Comp. S. Louis 1968. — 43. *Wolff, G. és mtsa:* Circulation 1972, *46*, 587. — 44. *Záborszky, B.:* Magyar Pediater 1979, *13*, 307. — 45. *Záborszky B.:* Magyar Pediater 1979, *13*, 392. — *46. Young, D.:* Am. J. Cardiol. 1973, *31*, 14.

SOMBREVIN® injekció



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

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, endoscopiás vizsgálatok, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görcskészséggel járó megbetegedésekben, haemolyticus anaemiában, shockban, súlyos szív-, vese- és májbetegségekben, heveny alkoholmérgezésben, hypertonia betegségben a készítmény alkalmazása ellenjavallt.

MELLÉKHATÁS: A Sombrevin injekciót a betegek általában jól tolerálják, a narcosis kezdetén azonban rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventilatio előfordulhat.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A készítmény kizárólag intravénásan alkalmazható. Tekintettel arra, hogy az oldat relative viszkózus, az injiciálást tanácsos szélesebb lumenű tűvel végezni. A Sombrevin optimális beadási ideje 30 mp. Veszélyeztetett betegeknél az injekció beadása idejét meg kell nyújtani 60 másodpercre. Az adag nagyságát a beteg életkora, testsúlya, az állapot súlyossága, a műtéti beavatkozás minősége és a beteg általános állapota szabja meg.

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

MEGJEGYZÉS: ✠ Orvosi rendelő részére rendelhető.

FORGALOMBA KERUL

5 × 10 ampulla	térítési díj:	19,80 Ft
50 × 10 ampulla	térítési díj:	198,– Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X. OH 1565

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.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Petri Gábor dr.) és
Vértranszfúziós Állomás
(igazgató: Gál György dr.)

Különböző stádiumban levő nyelőcső- és gyomortumoros betegek celluláris immunfunkciója

Horváth Örs Péter dr., Petri Ildikó dr.,
Kaiser Gabriella dr., † Imre József dr.
és Petri Gábor dr.

Malignus tumorok körül a szövettani képben gyakran látható a plasmasejtekből, lymphocytákból és macrophagokból álló lymphoreticularis beszűrődés, amely az esetek többségében kedvezőbb klinikai prognózist ígér (4, 10). Ez a megfigyelés, és az a hétköznapi tapasztalat, hogy a műtét utáni gyógyulás esélyei nagyon különbözőek lehetnek azonos szöveti daganattípus és azonos műtéti megoldások ellenére, a sebész figyelmét az utóbbi években az immunitási viszonyok felé terelte. Az immunválaszadás képessége egyrészt genetikailag meghatározott, másrészt függ a malignus jellegétől, stádiumától, a beteg, illetve a betegség korától és a kezelés hatásosságától (14, 15). Ha nem is várhatunk teljes párhuzamosságot az immunológiai vizsgálati eredmények és a betegek klinikai állapota között, ezek az ismeretek segíthetnek a prognózis megítélésében és a kezelés megtervezésében.

A daganatgyógyítás legújabb eszköze, az immunterápia ma még kísérleti stádiumban van ugyan, főleg a daganatellenes immunválaszt megítélő módszerek tekintetében (7), mégis a jövő lehetőségei közé tartozik. Kívánatos ezért, hogy a különböző módszerek értékelésében tapasztalataikat az ezzel foglalkozók közzétegyék.

Munkánk során arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a nyelőcső- és gyomorcarcinomás betegeken milyen módszerekkel tudjuk kimutatni az immunválasz esetleges csökkenését, párhuzamba hozva azt a betegség stádiumával és a túléléssel.

Beteganyag és módszerek

A Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikán 1978 szeptember-októberben operált 17 nyelőcső- és gyomordaganatos beteget vizsgáltunk előzetes válogatás nélkül. A betegek három csoportba sorolhatók. Az első csoportot (I.) azok alkotják, akiken *radikális* műtét történt, mert kórszövettani vizsgálattal nyirokcsomó *metastasis nem volt kimutatható* (radikális műtét). A második csoportba (II.) soroltuk azokat a betegeket, akiknél a kórszövettani vizsgálat nyirokcsomó *metastasist* mutatott ki, vagy a műtét során tumorszövet maradt vissza (palliatív műtét). A harmadik csoport (III.) betegei *inoperábilisnak* bizonyultak az exploratio során. A betegek fontosabb adatait az *1. táblázat* mutatja.

Az 1. táblázatban részletezett eseteken kívül további 31 betegen végeztünk bőrpróbákat, párhuzamos egyéb vizsgálatok nélkül. A vizsgálatokhoz a vérmintákat a műtét előtt vettük le a daganatellenes gyógyszeres kezelésben nem részesült betegektől.

A celluláris immunválasz tanulmányozására a következő vizsgálatokat végeztük: intrakután bőrpróbák, rozettaképzés vizsgálata, lymphocyta transzformáció aspecifikus mitogénekkel, carcinoembrionális antigén (CEA) kimutatása.

Az intrakután bőrpróbákhoz a következő antigéneket (Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Budapest) alkalmaztuk: PPD *Tuberkulin* (5TE 0,1 ml-ben), *Candida albicans* vakcina (tízszeres hígításból 0,1 ml), *Trichosan* (ötvenszeres hígításól 0,1 ml), valamint öt különböző baktérium allergén egy-egy antigénjéből 0,1 ml.

Késői típusú — azaz lymphoid sejtek által kialakított — intrakután reakcióknak a 48 óra múlva leolvasott bőrjelenséget tekintettük. 8 mm átmérőjű vagy annál nagyobb papula kialakulása esetén értékeltük a reakciót pozitívnak. A pozitív reakciók száma mellett a Németh (17) által ajánlott celluláris immunreaktivitási indexet (CIRI) is megadtuk *(2. táblázat)*. Az intrakután próbákat az in vitro tesztekhez szükséges vérvétel után végeztük el.

A carcinoembrionalis antigén (CEA) meghatározások a Radiochemical Centre Amarsam által előállított radioimmunoassay kittel történtek.

A rozettaképzés vizsgálata:

a) Az *E rozetta* tesztet *Aiuti és mtsai* (1) módszere szerint végeztük. A Ficoll—Uromiro-gradiens centrifugálással nyert lymphocytákat (3) háromszor mostuk Hanks-oldatban, majd legalább harmincszoros mennyiségű mosott birka-vörösvérsejttel hoztuk össze és 15 percig 37 °C-on inkubáltuk. Ezt követően 50 g-vel 15 percig centrifugáltuk és +4 °C-on tároltuk a sejteket 18 óráig. Értékeléskor 200 sejtet számoltunk le. Rozettának a legalább négy birka-vörösvérsejtet kötő lymphocytát minősítettük.

b) *Aktív rozetta* vizsgálatnál a mosott lymphocytákat és birka-vörösvérsejteket az összekeverés után centrifugáltuk (50 g 5 perc), majd ezt követően azonnal értékeltük.

c) *Zymosan-komplement rozetta:* a szeparált és mosott lymphocyta szuszpenzióból (10^6 lymphocyta/ml) 100 μl mennyiséget összekevertünk 100 μl komplementtel fedett zymosan szuszpenzióval (10^8 részecske/ml), 3 percig centrifugáltuk 100 g-vel szobahőmérsékleten, majd 37 °C-os vízfürdőben tartottuk 15 percig: a három, vagy ennél több zymosan részecskét kötő lymphocytát minősítettük rozettának. Kontrollként komplementtel nem fedett zymosan szuszpenzióval is elvégeztük a reakciót (16).

Lymphocyta transzformációs tesztek

Kultúránként 10^6 lymphocytát adtunk 2 ml Parker 199 tápfolyadékba, amely 10% kevert inaktivált humán AB szérumot tartalmazott. Nem specifikus mi-

A szövegben szereplő rövidítések:

CEA — carcinoembrionalis antigen
CIRI — cellularis immunreaktivitási index
PHA — Phytohaemagglutinin
Con A — Concanavalin A
PWM — Pokeweed mitogen

1. táblázat. **A vizsgált betegek fontosabb adatai**

Beteg csoport	Sorszám	Kor	Nem	Diagnózis	Műtét	Meghalt fél éven belül	Meghalt fél-egy között	Élnek két éven éven túl
Radikalis műtét	1.	43	ffi	tu card.	res. card.			+
	2.	55	ffi	tu card.	res. card.			+
	3.	63	ffi	tu card.	total gastr.			+
	4.	55	ffi	tu card.	res. card.			+
	5.	57	ffi	tu card.	total gastr.			+
Palliativ műtét	6.	71	ffi	tu card.	res. card.			+
	7.	52	ffi	tu card.	total gastr.		+	
	8.	66	ffi	tu card.	total gastr.		+	
	9.	69	ffi	tu card.	res. card.	+		
	10.	30	nő	tu card.	total gastr.		+	
	11.	67	ffi	tu oes.	res. oes.		+	
Inoperabilis	12.	74	ffi	tu oes.	expl. thor.	+		
	13.	58	ffi	tu oes.	expl. thor.	+		
	14.	72	ffi	tu card.	expl. lap.	+		
	15.	59	ffi	tu card.	expl. lap.	+		
	16.	62	ffi	tu oes.	expl. thor.	+		
	17.	74	nő	tu card.	expl. lap.	+		

togénként Phytohaemagglutinint (PHA, Difco Lab.) használtunk 5, 10 és 20 μl mennyiségben a gyári törzsoldatból. Concanavalin A-ból (Con A, Serva) kultúránként 10 és 20 gammát, Pokeweed mitogénből (PWM, Gibco) 50 μl mennyiséget használtunk. A 72 órás inkubáció utolsó 5 órájában a kultúrákat 1 μCI ^{3}H-thymidinnel jelöltük, majd a korábban leírt módszer szerint feldolgoztuk (20). A mérést Packard-liquid scintillométerrel végeztük. Minden mitogén dózisból három párhuzamos kultúrát indítottunk. Az eredményeket dpm-ben adjuk meg.

Kontrollként a bőrpróbákhoz nem malignus sebészi betegségekben szenvedőket kértünk fel és az in vitro vizsgálatokhoz egészséges véradók átlagértékeit használtuk. A CEA-vizsgálatokhoz kontroll csoportot nem állítottunk be, hanem ehelyett normál értéknek az irodalomban elfogadott < 5 ng/ml-t vettük (13).

A statisztikai számításokat az Szegedi Orvostudományi Egyetem Számítástechnikai Csoport végezte, Student-féle t-teszttel.

2. táblázat. **Tumoros betegek szérum CEA értékei és intrakután bőrpróbák eredményei**

Beteg	CEA ng/ml	Pozitív bőrpróbák száma	CIRI átlag (%) 17 beteg	CIRI átlag + (%) 31 beteg
1.	—	3	25	20,8
2.	16	2	(n = 5)	(n = 9)
3.	<5	1		
4.	<5	2		
5.	<5	2		
6.	<5	2	18	15,8
7.	35	2	(n = 6)	(n = 12)
8.	5	1		
9.	20	1		
10.	<5	3		
11.	—	0		
12.	16	0	2	5
13.	28	1	(n = 6)	(n = 10)
14.	14	0		
15.	—	0		
16.	10	0		
17.	10	0		
Kontroll (n = 12)	<5	2,3		

$$\text{CIRI (\%)} = \frac{\text{pozitív bőrpróbák száma}}{\text{összes bőrpróbák száma}} \times 100$$

(+): A jelölt betegcsoportban egyéb vizsgálat nem történt

Eredmények

A részletesen vizsgált 17 beteg bőrpróbáinak eredményét és a CEA meghatározások értékeit a 2. táblázatban összesítettük. Ugyanitt mutatjuk be a 31 további beteg bőrpróbáinak átlagos CIRI indexeit is, ez utóbbi betegeken egyéb vizsgálatokat nem végeztünk. A CIRI indexek átlagértékei mindkét betegcsoportban ugyanazt a tendenciát mutatják. A kontroll csoport átlagos 29,1%-os indexével összehasonlítva a tumoros betegek átlagos értékeit 2—25% között, kis szórással, egyértelműen csökkentek. A csökkenés mértéke a stádiumbeosztással jól korrelál.

A *CEA vizsgálatok* értékei a betegség előrehaladtával növekedni látszanak. Az inoperábilis betegcsoportban a vizsgált 5 beteg CEA értékei mind elérik vagy meghaladják a 10 ng/ml mennyiséget, ami több, mint a kontroll érték kétszerese. A radikális operált betegek csoportjában egy kivétellel az értékek a normál tartományba esnek.

A *rozettaképzést* vizsgálva az *aktív rozetta*-számban nem találtunk szignifikáns különbséget sem a kontroll és a betegek különböző csoportjai között, sem pedig az egyes betegcsoportok között *(1. ábra)*. A tumoros betegek csoportjában az aktív és a zymosan-komplement rozetta értékei feltűnően nagy szórást mutatnak.

Az *E rozetta-képzés* a tumoros betegeken szignifikánsan csökkent a kontroll értékekhez viszonyítva (I. stádium: p: 0,01, II. stádium: p: 0,004, III. stádium: p: 0,005). Figyelemreméltónak látszik, hogy a palliatív műtétre került betegek E rozetta értékei közel azonos tartományba esnek, a legkisebb szórást ez a csoport mutatja.

CHINOIN
BUDAPEST



CHINOFUNGIN®

spray

FUNGICIDA TOPICA

A tolnaftat fungicid és fungisztatikus hatású vegyület. Hatásos számos dermatophytia lokális kezelésében, elsősorban Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum, Microsporon canis, Epidermophyton floccosum, továbbá Malassezia furfur okozta fertőzések esetén.
Alkalmazható grizeofulvinnal kezelt krónikus dermatophytiák kiegészítő antimycotikus local-therapeuticumaként.

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befúvása ellenjavalt.

MELLÉKHATÁS

Bőrirritáló, illetve szenzibilizáló hatása elhanyagolható.

ALKALMAZÁS

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

125 g fémpalackban

Térítés: 8,60 Ft

CHINOIN
BUDAPEST



PROBON®

drazsé

ANALGETICUM

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

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

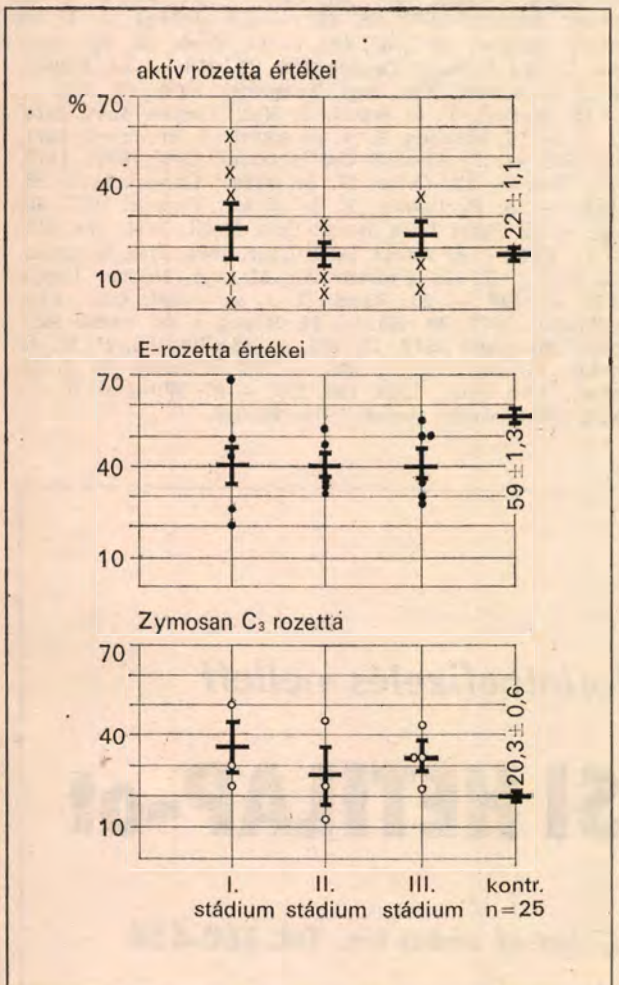
10 db drazsé

Térítés: 3,90 Ft

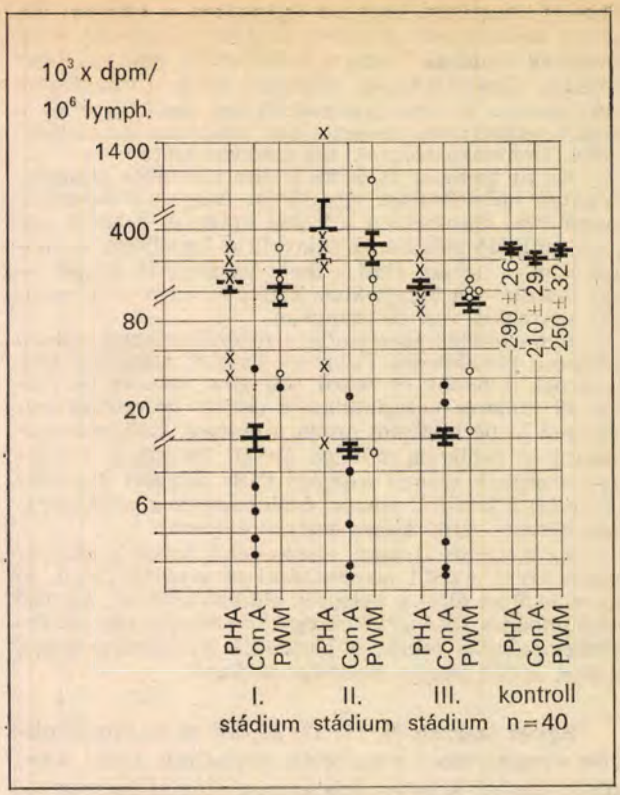
A különböző mitogénekkel kiváltott *blasztos transzformáció* értékeit a *2. ábrán* szemlélhetjük. A feltüntetett egyéni értékekben a Con A és PHA indukció esetén az egyénre jellemző optimális dózisal kiváltott maximális reakciót adjuk meg. A tumoros betegeken nem látunk különbséget a különböző stádiumok között egyik mitogén hatására nézve sem. Az egészséges kontrollok mitotikus kapacitása mindhárom mitogén hatása magasabb, de szignifikáns különbséget csak a Con A stimulációval tudtunk kimutatni (I. stádium p: 0,003, II. stádium p: 0,001, III. stádium p: 0,003). PWM-nel csak az inoperábilis betegek mutattak szignifikáns csökkenést a kontroll csoporthoz képest (p: 0,04).

Megbeszélés

Az utóbbi években a daganatos betegek immunreakcióinak megváltozásáról több közlemény számolt be. A legtöbb daganatos betegségben (emlő-, vastagbél-, tüdő-, hasnyálmirigy-, méh-, hólyag-, gyomortumor) csökkent sejtközvetített immunválasz észlelhető (2, 8, 18, 19, 22). A közlemények nagy része csupán egy-egy módszerrel elért eredményekről számol be, ezért a vizsgált módszerek hasznosságára alig van összehasonlítási lehetőség.



1. ábra: Különböző stádiumú tumoros betegek rozetta értékei (átlag ± standard error)



2. ábra: Különböző stádiumú tumoros betegek mitogén indukált lymphoblastos transzformáció értékei (átlag ± standard error)

Munkánk során 17 válogatás nélküli nyelőcső- és gyomortumoros betegnél a következő immunreakciókat vizsgáltuk: intrakután bőrpróbák, E és aktív rozetta-, zymosan-komplement rozetta képződés, lymphocyta transzformáció három különböző mitogénnel, valamint a CEA meghatározása.

Az immunválaszt vizsgáló módszerek közül csupán az intrakután bőrpróbák, az E rozetta teszt értékei és a Con A-val stimulált lymphocyta transzformáció értékei mutatnak szignifikáns csökkenést a kontroll csoporthoz viszonyítva. A Con A-val kiváltott mitotikus reakciók elsősorban a T-lymphocytákat stimulálják, így a csökkent transzformációs érték elsősorban az E rozettával kimutatott csökkent T-lymphocyta számból adódhat. Különösen figyelemre méltó ez a palliatív műtétre került betegeken, akik E rozetta értékei mind a hat betegen közel azonos tartományba esnek és ez a szignifikáns csökkenés a Con A stimuláció hatására is megnyilvánul ugyancsak kismértékű szórás mellett. Mivel a daganatsejtek elleni reakciókban a T-lymphocyták jelentős szerepet játszanak, a csökkent T-lymphocyta szám és a rosszabb stimulálhatóság feltehetően ezek bizonyos „elhasználódását" jelzik. A zymosan-komplement rozettákkal kapott aránylag magas értékek is ezt a B lymphocyták javára történt eltolódást tükrözik.

Megfigyeléseink a T sejt arány és funkció tekintetében összhangban vannak korábbi vizsgálatainkkal, melyeket 22 radikális és palliatív műtétre került betegen végeztünk (21). Ebben az anyagban vizsgáltuk az autológ szérum hatását a funkcionális tesztekre, továbbá a betegek immunreaktivitását hat héttel a műtét

után is. Bizonyos, hogy az ugyanazon a betegen nagyobb időközökben elvégzett ismételt vizsgálatok értékesebbek lehetnek, mint a műtét előtti egyszeri tájékozódás. Hasonlóképpen kívánatos lenne a vizsgálatok kiterjesztése a monocyta-macrophag rendszerre és a sejtközvetített immunreakciókat módosító szérumfaktorok, immunkomplexek tanulmányozására.

Az itt bemutatott és az említett korábbi vizsgálatainkból mindenesetre úgy tűnik, hogy a mindenkori immunitási viszonyokat a T sejt arány és funkció mérését szolgáló módszerek tükrözik a legjobban. A műtéti lelet, a sebész által látható pillanatnyi állapot — úgy látszik — a T sejtekhez kötött in vitro és intrakután tesztekkel van összhangban.

A *bőrpróbák informatív értékéről* szerzett tapasztalataink ellentétesek Pulay és Csömör adataival (22), egyeznek a Répay és mtsai (24) által nemrég leírtakkal, 48 tumoros betegünkben a pozitív bőrpróbák száma igen jó párhuzamot mutat a betegek stádiumbeosztásával. A radikális műtéten átesett betegeken a pozitív bőrpróbák számát kifejező CIRI átlagért alig alacsonyabb a kontroll csoport értékeinél, míg az inoperábilis betegek CIRI átlaga nagyon alacsony.

Az általunk vizsgált paraméterek közül a bőrpróbákon kívül a *CEA meghatározások* értékeit láttuk jó korrelációban állni a betegség előrehaladtával. Az első stádiumban a CEA értékek egy kivétellel a normál értéktartományba esnek, a harmadik stádiumban pedig kivétel nélkül magas értékeket találunk.

Egyes szerzők (5, 11, 12, 25, 26) az immunfunkciók vizsgálatából *prognózist* próbáltak adni. Adataink szerint a prognózis immunológiai szempontból is elsősorban a daganatos folyamat kiterjedésétől függ. Az immunfunkciók feltehetően eleinte azért jók, mert a daganat korai stádiumában a szervezet győzi azt a tartós igénybevételt, amit a malignus betegség jelent számára. Később ez a helyzet az egyéni válaszkészségtől és a daganat invazív tulajdonságától függően romlik. A nyelőcső- és gyomortumoros betegek csökkent immunválaszában a malignus alapbetegség mellett az alultápláltságnak is szerepe lehet (6, 24). Kimutatták, hogy fokozott kalóriabevitel hatására a tumoros betegek immunfunkciói jelentősen javulhatnak (9) — talán az immunvédekezésben kimerülőben levő sejtek metabolizmusát segítő hatás révén. A fenti megfontolások nem terjedtek ki részletesen a tápláltság és az immunválasz viszonyára — erre vonatkozó megfigyeléseinket külön tanulmány tárgyává szándékozunk tenni.

Végül szeretnénk köszönetet mondani *Simó Ildikó dr*-nak a CEA meghatározások elvégzéséért, valamint *Kókai Mártának* az in vitro technikák során nyújtott segítségért.

Összefoglalás: A szerzők 17 nyelőcső- és gyomortumoros beteg immunválaszkészségét vizsgálták. A használt módszerek közül az intrakután bőrpróbák, az E rozetta teszt és a Con A-val stimulált lymphoblastos transzformáció értékei a kontroll csoport eredményeihez viszonyítva szignifikáns csökkenést mutatnak. A betegség előrehaladtával, a stádiumbeosztással párhuzamosan a pozitív bőrpróbák száma csökkent, a szérum CEA szintek pedig a kontroll szérumok átlagához képest emelkedtek.

IRODALOM: 1. *Aiuti, F. és mtsai:* Clin. exp. Immunol. 1973, *15*, 43. — 2. *Bolton, P. M. és mtsai:* Cancer Immunol. Immunother. 1976, *1*, 251. — 3. *Boyum, A.:* Scand. J. clin. Lab. Invest. 1968, *21* suppl., 97. — 4. *Carr, I., Underwood, J. C. E.:* Int. Rev. Cytol. 1974, *37*, 329. — 5. *Catalona, W. J. és mtsai:* Cancer 1973, *31*, 65. — 6. *Chandra, R. K.:* Brit. Med. Jour. 1978, *65*, 480. — 7. *Eckhardt, S.:* Orv. Hetil. 1979, *120*, 67. — 8. *Evans, D. A. P.:* Thorax. 1976, *31*, 493. — 9. *Hafejee, A. A. és mtsai:* Br. J. Surg. 1978, *65*, 480. — 10. *Ioachim, H. L. és mtsai:* Cancer 1976, *38*, 2296. — 11. *Joyce, S. és mtsai:* Surgery 1979, *86*, 627. — 12. *Jubert, A. V. és mtsai:* Surgery 1977, *82*, 452. — 13. *Koch, M., McPherson, T. A.:* J. Surg. Oncol. 1979, *12*, 319. — 14. *Mangi, R. I. és mtsai:* Clin. exp. Immunol. 1974, *18*, 505. — — 15. *Mekori, T. és mtsai:* J. Natl. Cancer Inst. 1974, *51*, 9. — 16. *Mendes, F. N. és mtsai:* J. Immunol. 1974, *113*, 531. — 17. *Németh Cs. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 1391. — 18. *Orita, K. és mtsai:* Cancer 1976, *38*, 2343. — 19. *Perlmann, P. és mtsai:* Cancer 1977, *40*, 448. — 20. *Petri I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, *115*, 613. — 21. *Petri I. és mtsai:* Acta Chir. 1981, *21/2*, in press. 22. *Pulay, T., és Csömör S.:* Magyar Nőorv. Lapja 1979, *42*, 426. — 23. *Rand, R. J. és mtsai:* Clin. exp. Immunol. 1977, *30*, 421. — 24. *Répay I. és mtsai:* Magyar Onkológia 1978, *12*, 105. — 25. *Smythe, P. M. és mtsai:* Lancet 1971, *2*, 939. — 26. *Wanebo, H. J. és mtsai:* Ann. Surg. 1976, *184*, 258. — 27. *Wanebo, H. J.:* Surg. Clin. North. Amer. 1979, *59*, 323.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet,
II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Kammerer László dr.)
Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet,
Budapest
(igazgató: Hollán Zsuzsa dr.)
Orvostovábbképző Intézet
Szemészeti Klinika
(igazgató: Brooser Gábor dr.)
Országos Kardiológiai Intézet
(főigazgató: Árvay Attila dr.)

A Haemoglobin A_{1c} alakulása diabetes mellitusban, különös tekintettel a chronikus szövődményekre

Kammerer László dr., Pintér Erzsébet dr.,
Szelényi Judit dr., Brooser Gábor dr.,
Jánossy Lajos dr. és Pogátsa Gábor dr.

Előző közleményünkben (23) foglalkoztunk a haemoglobin A_{1c}, továbbiakban (HbA1c) jelentőségével, kémiai szerkezetével, meghatározásának módszereivel. Jelen munkánkban két fő feladatot tűztünk magunk elé: megvizsgálni a HbA1c meghatározás szerepét a glucose anyagcsere beállítottsági fokának ellenőrzésében, valamint összefüggést keresni a HbA1c értékek és a dibaetes mellitus chronikus szövődményei között. Az utóbbiak pathogenesise mind a mai napig ismeretlen. *Joslin* óta számos szerzőnek az a véleménye, hogy kialakulásukat részben akadályozni, részben legalább késleltetni lehet normoglycaemia tartós biztosításával (7, 11, 14, 17, 19, 24).

Ezzel szemben olyan vélemények is vannak, amelyek szerint a tartós normoglycaemia nem előzi meg a chronikus szövődmények kifejlődését (8, 15, 16, 22). A cukorbetegek szénhidrát-anyagcseréjének hónapokon, éveken át végzett szoros ellenőrzése a HbA1c vizsgálatok bevezetése előtt nagyon nehéz, szinte lehetetlen volt. Az időszakosan végzett vércukor profil vizsgálatok, illetve a napi cukorürítés időnként történő meghatározása nem adhatott megbízható felvilágosítást a szénhidrát-anyagcsere tartós beállítottsági fokáról.

Irodalmi adatokból ismert, hogy a HbA1c a vizsgálatot megelőző 4—6 hetes periódus vércukorszintjéről ad felvilágosítást (2, 6, 13, 18). Így annak rendszeres meghatározásával közelebb juthatunk annak eldöntéséhez, hogy a szénhidrát-anyagcsere jó beállítása valóban megelőzi-e a chronikus szövődmények kialakulását, vagy egyéb, egyelőre ismeretlen tényezők szerepét is kutatni kell?

A HbA1c mint pathogenetikai tényező is szerepet játszhat a microangiopathia kialakulásában. Részben azáltal, hogy erősebben köti meg az oxigént, ilyen módon magas HbA1c értékek esetén a vér kevesebb oxigént ad le a szövetekben és ez relatív szöveti hypoxiát okozhat (9). Ilyen esetekben a hypoxia kompenzálására, az oxigén disszociációs görbe normalizálására csökkenhet a vörös vértestekben a 2—3 diphosphoglycerat (2, 3, DPG) szint, amint azt gyakran ki is lehet mutatni rosszul beállított cukorbetegek vértestjeiben (1). Az oxigénleadást azonban egyéb tényezők (Hb szint változás, a microcirkuláció növekedése stb.) is befolyásolják, és valószínűleg ezzel magyarázható, hogy nem találtak összefüggést a vörös vértestek 2, 3, DPG szintje és a vércukorértékek között (9).

A HbA1c erősebben kötődik a vörös vértestek falához, azok deformálódását okozhatja, ez a vér viszkozitását fokozza, ami a mikrocirkuláció zavarát okozva elősegítheti a microangiopathia kialakulását (10).

McVerry egereknek glycolyzált proteint injiciálva a diabeteses nephropathiához hasonló veseelváltozást tudott létrehozni (20).

Betegek és módszer

Osztályunkon 95, válogatás nélküli, részben ambuláns diabeteses beteg vérében vizsgáltuk meg a HbA1c, valamint a vércukor szintet és a 24 órás cukorürítést. Kontrollként 50, anyagcserezavarban nem szenvedő egyén szolgált. A vércukor-meghatározások 4 héten át, éhomra, másodnaponta, a vizelet cukormeghatározások 24 órás gyűjtött vizeletből hetenként két alkalommal történtek. A HbA1c meghatározásokat a 4 hetes periódus végén végeztük.

A 95 diabeteses beteg átlagéletkora 56,7 év, a legfiatalabb 18, a legidősebb 78 éves volt. Nem szerinti megoszlásuk: 51 nő és 44 férfi. A diabetes mellitus fennállásának időtartamát illetően megoszlásuk: 0—4 év: 19, 5—9 év: 25, 10—14 év: 22, 15—19 év: 15 és 20 évnél régebben diabeteses: 14 beteg. Szövődménymentes 42 beteg (44,2%), retinopathia diabeticában szenvedett 35 (36,8%), a retinopathiás csoporton belül még nephropathia diabeticában is 20 beteg (21%). Neuropathia diabeticát 18 betegünkben (18,9%) észleltünk.

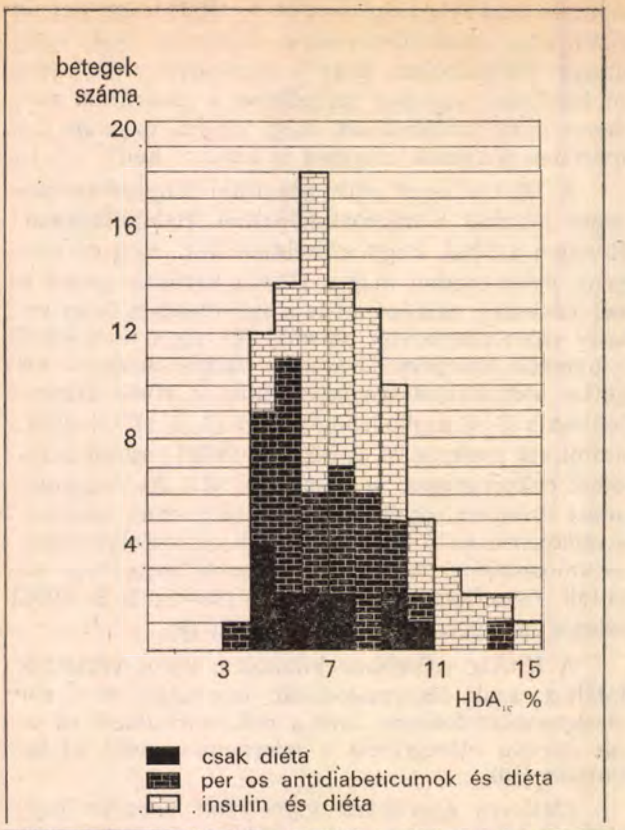
Vizsgálatainkban nem tettünk különbséget a retinopathia diabetica különböző typusa és foka között. Nephropathia diabeticát állapítottunk meg, ha mással nem magyarázható albuminuriát találtunk, neuropathia diabeticát pedig, ha más okkal nem magyarázható organikus idegrendszeri eltérést (areflexia, sexuális functiozavar, érzészavar) tudtunk kimutatni.

A vércukor-meghatározások enzim-módszerrel történtek, a HbA1c értékeket *Flückiger* és *Winterhalter* sorozatmérésekre is alkalmas colorimetriás módszerével (12) határoztuk meg.

A matematikai számításokat a Student-féle t próbával és a chi^2 próbával végeztük.

Eredmények

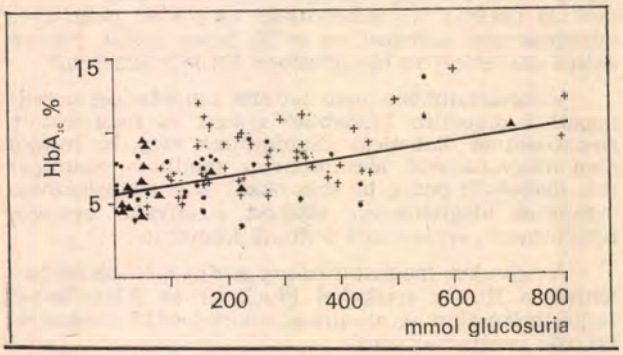
Az egészséges kontrollok HbA1c szintje 5,6 ± 0,93% volt. 27 betegünk (28,5%) HbA1c értéke nor-



1. ábra

mális volt, míg emelkedett értékeket 68 betegben (71,5%) kaptunk.

A 95 beteg megoszlását az alkalmazott kezelés és a HbA1c értékek szerint az *1. ábra* mutatja. Látható, hogy míg a normális 6% alatti tartományba főleg diétával, illetve diétával és per os antidiabeticumokkal kezelt betegek kerültek, addig a magasabb HbA1c értékeket mutató, tehát labilisabb, rosszabbul beállított betegek többsége insulin kezelést kapott. Eseteinkben a napi 1 vagy 2 insulin injekcióval kezelt betegek rosszabb beállítottsága valószínűleg abból adódott, hogy a betegek



y = 0,0008 + 5,6
n = 95
r = 0,6007

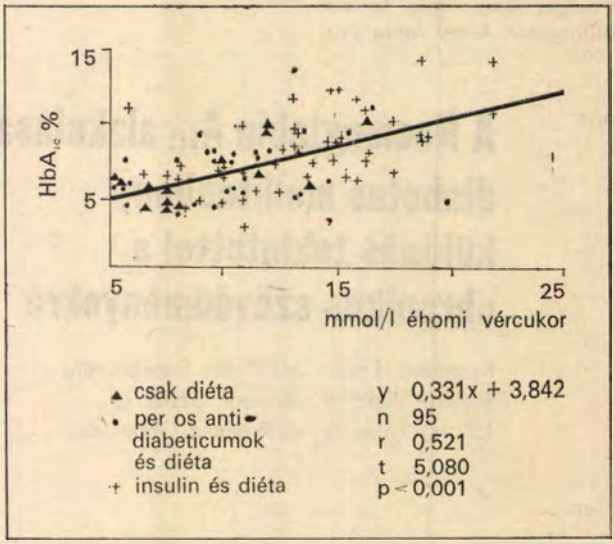
mmol/24 óra glucosuria
t = 7,328
p < 0,001

2. ábra.

kényelmi szempontok miatt nem szívesen hajlandók frakcionált insulinkezelésnek alávetni magukat.

A *2. ábrán* látható az összefüggés a HbA1c értékek, valamint az éhomi vércukorértékek átlaga között. Leolvasható, hogy pozitív, szignifikáns correláció áll fenn az éhomi vércukorátlagok, valamint a HbA1c értékek között ($r = 0{,}521$ $p < 0{,}001$).

A *3. ábrán* a glycosuria mennyisége, valamint a HbA1c értékek közötti összefüggést ábrázoltuk. Látható, hogy a cukorürítés és a HbA1c értékek közötti pozitív correláció még szignifikánsabb, mint a vércukorszintek esetében ($r = 0{,}6007$ $p < 0{,}001$).



3. ábra

A HbA1c értékek és a diabetes mellitus chronicus szövődményeinek fennállása között matematikai összefüggést nem találtunk. Ugyancsak nem tudtunk összefüggést kimutatni a betegek életkora, a diabetes mellitus fennállásának időtartama, valamint a kezelés módja és a HbA1c szintek között sem.

Megbeszélés

Első célkitűzésünk az volt, hogy megállapítsuk, mennyire alkalmas a HbA1c meghatározása diabetes mellitusban a glucose anyagcsere beállítottságának ellenőrzésére. Az irodalmi adatokkal megegyezően mi is azt találtuk, hogy a HbA1c értékek szoros correlációt mutatnak az előző négy hét éhomi vércukorszintjeinek átlagértékeivel, és ez a correláció még szorosabb, ha a napi cukorürítéssel összevetve vizsgáljuk.

A módszer hibalehetőségeire hívja fel a figyelmet néhány szerző megfigyelése. Így *Santiago és mtsai* (21) azt találták, hogy enyhe diabetes mellitusban, amikor csak kisfokú vércukor-emelkedés jön létre, a HbA1c érték nem emelkedik.

Ezen megfigyelést támasztja alá néhány esetünk is (*2. ábra*), ahol emelkedett vércukor mellett normális HbA1c értéket kaptunk.

Másrészt viszont *Boden és mtsai* (3) szerint rövid ideig tartó vércukor-emelkedés után hetekig magas HbA1c szint lehet a vérben. Ha a diabetes mellitus javul, a HbA1c vizsgálat ezt csak hosszabb idő után mutatja. A szerzők szerint a HbA1c vizsgálat kimutatja a szénhidrátanyagcsere gyors romlását, de nem alkalmas a gyorsan javuló állapot észlelésére.

Bolli és mtsai (5) szerint az emelkedett HbA1c értékek 3 nap alatt csökkentek, ha a beteg szénhidrát-anyagcseréjét Biostatorral radikálisan rendezték. Ezen adatok arra utalnak, hogy a HbA1c tükrözi a vércukorérték néhány napos ingadozását. Ez kétségbe vonhatja a legtöbb szerző által vallott elméletet, amely szerint a HbA1c 4—6 hetes időszak monitorozására alkalmas.

De Boer és mtsai (4) szerint veseelégtelenség önmagában is eddig még nem tisztázott okból emeli a HbA1c szintjét a vérben.

Betegeinkben 4 hétnél rövidebb időszak HbA1c értékeit nem vizsgáltuk, de eredményeink azt igazolják, hogy a 4 hetes időszak vér- és vizelet cukorértékei szoros korrelációt mutatnak a HbA1c szintekkel. Így a módszert alkalmasnak tartjuk a diabetes mellitus hosszú távú monitorozására.

Abból, hogy a HbA1c szint csak lassan követi a vércukor-ingadozásokat, következik, hogy a HbA1c érték alapján acut változtatásokat nem célszerű végezni az insulinkezelésre szoruló beteg insulin adagján. Ezt továbbra is a vércukorprofilok elemzése alapján kell végezni.

Nehezebb megítélni a HbA1c értékek és a diabetes mellitus chronicus szövődményeinek összefüggését. Vizsgálatainkkal nem tudtunk összefüggést kimutatni a szövődmények és a HbA1c szintek között.

Ebből azonban még nem lehet arra következtetni, hogy nincs kapcsolat a diabetes mellitus jó beállítottsága és a chronicus szövődmények kialakulása között. A chronicus szövődmények megjelenéséhez — az általában elfogadott vélemény szerint — több év szükséges. Vizsgálataink csak 4—6 hetes periódusra vonatkoznak és így nem is várható, hogy erre a kérdésre adequat választ kapjunk. Irodalmi adatok is utalnak arra, hogy nincs összefüggés a HbA1c értékek és a chronicus szövődmények között (8, 15, 16). Tekintettel azonban arra, hogy rendszeres megfigyelések külföldön is csak néhány éve folynak, mindenképpen a kérdés eldöntésére még további hosszabb észlelés szükséges. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy a HbA1c nem ad felvilágosítást a hypoglycaemiás epizódokról, amelyek pedig szintén fokozhatják a vasculopathia diabetica kifejlődését.

Az elmondottak alapján úgy tűnik, hogy a HbA1c vizsgálata hasznos eszköz lehet a diabetes mellitus chronikus szövődményei pathogenesisének kutatásában. Csak több éven át tartó rendszeres megfigyelés alapján mondhatunk majd biztosabb véleményt abban a kérdésben, hogy a jó beállítás, valamint egyéb tényezők mennyiben szerepelnek a chronicus szövődmények pathogenesisében.

Összefoglalás: A szerzők 95, válogatás nélküli cukorbeteg és 50, normális szénhidrát-anyagcseréjű kontroll egyén vérében határozták meg a HbA1c-t Flückiger és Winterhalter colorimetriás módszerével. Egyenes irányú, szignifikáns összefüggést találtak az éhomi vércukorszint másnaponta meghatározott négyhetes átlagértékei és a négyhetes periódus végén meghatározott HbA1c szintek között. Az ezen időszak alatt mért napi vizelet cukorürítés átlaga és a periódus végén meghatározott HbA1c értékek között az egyenes irányú korreláció még jelentősebb volt. Nem találtak összefüggést a retinopathiában, nephropathiában és polyneuropathiában szenvedő betegek esetében a szövődmény fennállása és a HbA1c értéke között; HbA1c értéke és a betegek életkora, a diabetes mellitus fennállásának időtartama, valamint a kezelés módja között sem. A diabetes mellitus chronikus szövődményeinek pathogenesisre vonatkozóan a HbA1c több éven át tartó megfigyelése után lehet majd véleményt mondani.

IRODALOM: 1. *Alberti, K. G. M. M. és mtsai:* Lancet 1972, *1*, 843. — 2. *Balázsi I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 627. — 3. *Boden, G. és mtsai:* Ann. Int. Med. 1980, *92*, 357. — 4. *De Boer, M. és mtsai:* Diabetológia 1980, *18*, 437. — 5. *Bolli, G. és mtsai:* Diabetológia 1980, *18*, 125. — 6. *Cahill, G. F. Jr. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1976, *294*, 1004. — 7. *Coller, B. S. és mtsai:* Ann. Int. Med. 1978, *88*, 311. — 8. *Daubresse, J. C. és mtsai:* Diabete and Metabolism (Paris) 1979, *5*, 301. — 9. *Dietzel, J.:* Diabetes 1976, *25*, (Suppl. 2.), 832. — 10. *Dietzel, J.:* Federation Proc. 1979, *38*, 2484. — 11. *Eschwege, E. és mtsai:* Diabetológia 1979, *16*, 13. — 12. *Flückiger, R., Winterhalter, K.-H.:* FEBE Letters 1976, *71*, 356. — 13. *Gabbay, K. H. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. Metab. 1977, *44*, 859. — 14. *Gonen, B. és mtsai:* Diabetes 1979, *28*, 749. — 15. *Hasslacher, Ch., Wahl, P.:* Res. Exp. Med. (Berl) 1980, *176*, 247. — 16. *Ingelfinger, F. J.:* N. Engl. J. Med. 1977, *296*, 1228. — 17. *Job, D. és mtsai: Diabetes* 1976, *25*, 463. — 18. *Koenig, R. J. és mtsai:* Diabetes 1976, *25*, 230. — 19. *Koenig, R. J.: és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1976, *295*, 417. — 20. *McVerry, B. A.:* Lancet 1980, *1*, 738. — 21. *Santiago, J. V. és mtsai:* J. Clin. Endocrin Metab. 1978, *47*, 578. — 22. *Siperstein, M. D. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1977, *296*, 1060. — 23. *Szelényi J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 259. — 24. *Tchobroutsky, G.:* Diabetologia 1978, *15*, 143.

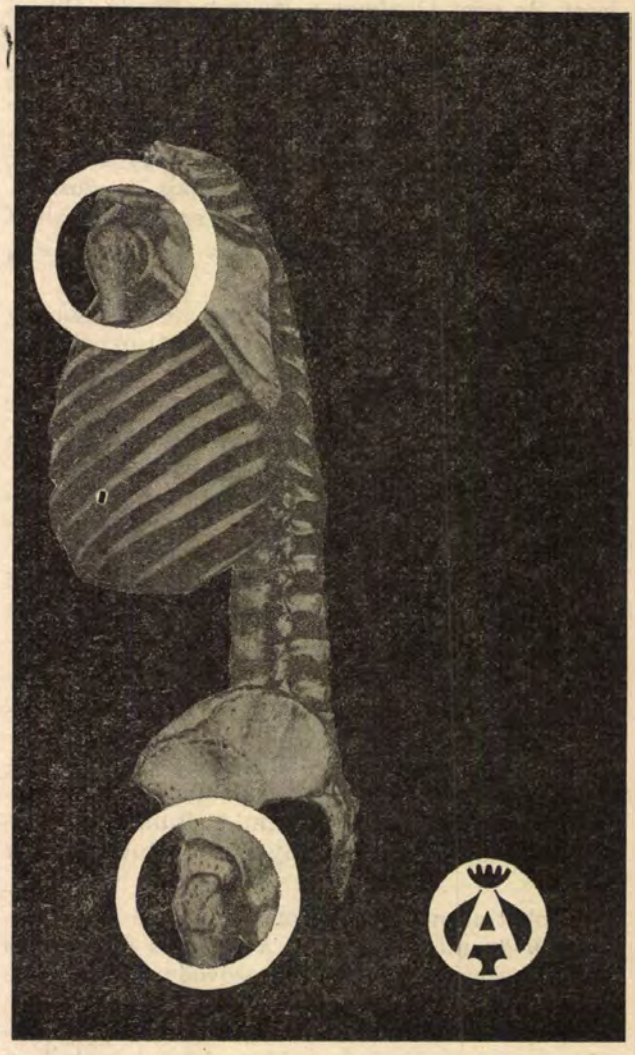
BAYOLIN

kenőcs **mV 200** **Antiphlogistica**

ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer – – – – – –	2500 HDB–E
Aethylenglykolum monosalicylicum – – – – – – –	5,00 g
Benzylium nicotinicum – – – –	1,25 g

50 g lemosható kenőcsben.



HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögképződést is gátolja. A nikotinsav – benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilén-glikol monoszalicilát külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegszövetben megnövekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A szalicilátok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusiok, 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. Leverkusen licencia alapján

Országos Kardiológiai Intézet
Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Kardiológiai Klinika
(igazgató: Árvay Attila dr.)

Aortaív- és neurovascularis vállöv syndroma együttes előfordulása

Farkas Péter dr., Káli András dr.
és Urai László dr.

A neurovascularis vállöv syndroma (NVS) pathogenezisében a szűk costoclavicularis résnek döntő szerepe van. Az első borda és a clavicula komprimálja az arteria, véna subclaviát és a plexus brachialist. A felsorolt képletek egyszerre és különkülön is kompresszió alá kerülhetnek. Az angiológiai klinikumban az arteriás kompresszió tünetei jól ismertek: az arteria subclavia lokális — a kompresszió helyén fellépő — intima sérülése, thrombosisa alakulhat ki, a thrombusból származó peripheriás embolizáció Raynaud-syndromát, kézujjfekélyt, gangraenát okozhat (1, 2, 3). Az általunk tanulmányozott irodalomban azonban nem találtunk utalást arra, hogy a NVS arteriás kompresszióval járó formája proximális típusú (az arteria vertebralis leadása előtti) art. subclavia, ill. truncus brachiocephalikus szűkülethez vagy elzáródáshoz vezetne. Néhány esetmegfigyelés után határoztuk el, megvizsgáljuk, hogy aortaív syndromás betegeken milyen gyakorisággal fordul elő egyidejűleg NVS is, lehetséges-e a két kórkép között pathogenetikai összefüggést találni.

Betegek és módszerek

1970 óta intézetünkben kivizsgált és kezelt 55 aortaív syndromás beteg (36 férfi, 19 nő, átlagéletkor: 56 ± 9 év) vizsgálatát végeztük el.

Az aortaív syndroma (AIS) aetiológiájában — amennyire ez meghatározható volt — elsősorban arteriosclerosis obliterans, csekély számban hypersensitiv angiitis (Buerger, Takayashu syndroma, syphilis, polymyalgia rheumatica) szerepelt. Kontrollként 1978—79-ben intézetünkben kivizsgált és kezelt, túlnyomóan arteriosclerotikus eredetű alsó végtagi obliteráló verőérbetegségben szenvedő betegeket választottunk (50 beteg; 34 férfi, 16 nő; átlagéletkor 60 ± 8 év). A kontroll csoportot úgy válogattuk össze, hogy átlagéletkor —nemek szerinti megoszlás szerint az aortaív syndromás csoporthoz hasonló legyen. A kontroll csoportba kerülés feltétele volt hogy a két kar között ne legyen fiziológiást meghaladó vérnyomáskülönbség.

Az anamnesis felvétele előre meghatározott szempontok alapján történt. A NVS és aortaív syndromán kívül társuló, multilokuláris érbetegségekkel (biztos myocardialis infarctus, típusos effort angina pectoris, agyi és alsó végtagi érszűkület) kapcsolatos kérdéseket is feltettünk.

Angiográfia. Az aortaív syndroma diagnózisát 45 esetben aortaív angiográfia biztosította.

Doppler áramlásmérő. A Doppler-eszközzel (Parks Electronics 806 directionalis modell) mért felkari nyomáskülönbség (esetenként a hagyományosan mért RR értékek) alapján merült fel az aortaív syndroma gyanúja, melyet 45 esetben aortaív angiográfia is igazolt. A fennmaradó 10 betegen Doppler-áramlásmérővel olyan arteria subclavia (truncus brachiocephalikus) szűkületet, ill. elzáródást igazoltunk, mely subclavian steal syndromát is okozott, tehát biztosan proximális típusú, az art. vertebralis eredése előtti arteria subclavia (truncus brachiocephalikus) érintettséggel járt (4). Doppler-áramlásmérővel igazoltuk mindkét csoportban az alsó végtagi és agyi érszűkületeket is. A metodikát és diagnosztikus kritériumait előző közleményeinkben részleteztük (5, 18).

Doppler-áramlásmérővel, fizikális vizsgálattal és a n. ulnaris vezetési sebesség mérésével állapítottuk meg a NVS-t is. Doppler-eszközzel az arteria radialist detektáltuk, a kar 90 fokig elvált, kifelé rotált helyzetében a hang eltűnése teljes arteriás kompressziót bizonyít. Részleges arteriás kompressziót állapítottunk meg akkor, ha az arteria radialis hangja nem tűnt el, de az art. subclavia felett hangos systolés zörej jelent meg. Ez utóbbi esetben NVS-t csak akkor diagnosztizáltunk, ha a n. ulnaris vezetési sebessége egyidejűleg kóros volt, társuló idegi kompresszióra utalva (a. n. ulnaris vezetési sebességének mellkaskimeneti meglassúbbodása ép könyöktáji és alkari vezetési sebesség mellett a plexus brachialis sérülésének kétségtelen jele). A perifériás ideg motoros rostjai vezetési sebességének mérését kétcsatornás DISA készülékkel végeztük a következő módon: az ingerlés felszíni bipoláris elektróddal történt (13 K 69 tip) a csuklónál, a könyöknél, az axillában és az ún. Erb-pont felett (supraclavicularisan a m. omohyoideus felett), az EMG stimulátor egységét használva. Supramaximális inger és 0,1—0,5 ms ingertartam mellett a leggyorsabban vezető motoros rostok vezetését határoztuk meg. A levezetés a m. abductor digiti V-ből történt, a rutin EMG vizsgálathoz is használt koncentrikus tűelektróddal (13 K, 0031 tip). Kóros vezetési sebesség értékének tartottuk a 60 m/s-nél kisebb mellkaskimeneti idegvezetési sebességet (6, 7, 8). Összes betegünknél 12 elvezetéses EKG is készült. Eredményeinket statisztikailag a chi-négyzet próbával értékeltük.

Eredmények

Az aortaív syndromás betegcsoportban 55 esetből 16-ban teljes, 8 esetben részleges arteriás kompresszióval járó NVS-t állapítottunk meg — azonos oldali lokalizációban. E 24 beteg közül 6 esetben a NVS mindkét oldalra lokalizálódott, de csak egyoldali arteria subclavia szűkülettel (elzáródással) járt. A kontroll csoportban (alsó végtagi arteriás érbetegek) 4 betegen teljes, 1 betegen részleges arteria subclavia kompressziót bizonyítottunk.

Az aortaív syndromás betegcsoportban csaknem minden második, a kontroll csoportban minden tizedik betegen bizonyítottunk NVS-t. Összegezve: az AIS csoportban a neurovascularis kompressziós syndroma statisztikailag szignifikánsan gyakoribb, mint a kontroll csoportban ($p < 0.01$) *(1. táblázat)*. Az a 24 beteg, akiken egyidejűleg NVS-t és aortaív syndromát is diagnosztizáltunk, többségében generalizált érbetegségben szenvedett, alsó végtagi arteriás érszűkület, myocardialis infarctus, arteria renalis szűkület szerepelt az anamnesisükben és/vagy igazolódott angiográfiás, EKG, Doppler-vizsgálatok során *(2. táblázat)*. A kontroll csoportban 38, az aortaív syndromás csoportban összesen 40 olyan beteg volt, akiknél vizsgálataink multilokuláris érbetegségre utaltak.

1. táblázat. **Neurovascularis vállöv syndróma (NSV) gyakorisága aortaiv syndrómás, (AIS) és kontroll csoportban**

NVS	AIS n=55	Kontroll n=50
Teljes art. kompresszió	16	4
Részletes art.+neurogén kompresszió	8	1
Összesen	24 $p<0,001$ $x^2=14,82$	5

2. táblázat. **Egyéb artériás érbetegségek NVS+AIS együttes előfordulásakor**

Alsó végtagi art. érszűkület	7
Myocardialis infarctus	1
Effort angina pectoris	4
Art. renalis stenosis	1
Myocardialis infarctus, alsó végtagi art. érszűkület	2
Effort angina pectoris, alsó végtagi art. érszűkület	1
Alsó végtagi art. érszűkület, Carotis interna szűkület	1
Myocardialis infarctus, Carotis interna szűkület	1
Alsó végtagi art. érsz., Myoc. inf. Carotis interna szűkület	1
Nincs társulás	5
Összesen	24

Esetismertetés

Vizsgálatainkat a következő két eset ismertetésével kívánjuk szemléletessé tenni.

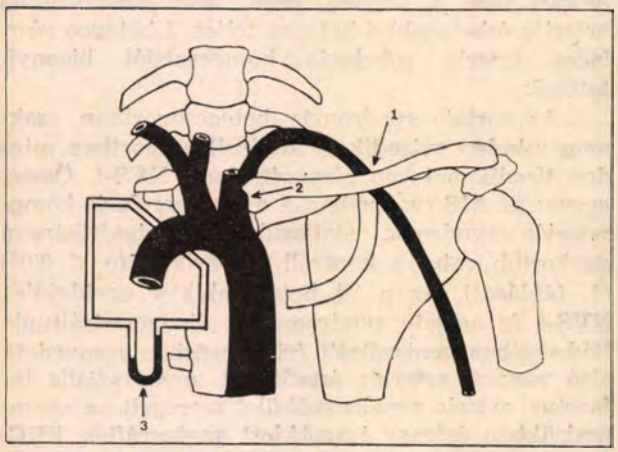
Cs. M. 57 é. beteg hypertonia, látászavar, balkargyengeség és -zsibbadás miatt került felvételre. Doppler-vizsgálattal a b. karon az art. nyomás 120, a j. karon 180 Hgmm, subclavian steal syndroma is igazolható. Aortaív angiográfián: az art. subclavia eredésénél elzáródott, a b. o.-i art. vertebralis retrográd úton teliti fel az art. subclaviát. Aorto-subclavian by-pass műtét után a két kar között a vérnyomáskülönbség megszűnik, Doppler-flow-meterrel normalizálódik a b. o.-i art. vertebralis áramlási iránya. A b. o.-i kar-kézgyengeség, -zsibbadás nem mérséklődik, a bal kéz szorítóereje nem nő. A módosított costo-clavicularis manővernél (kar 90 fokos elevatiója és kifelé rotatiója) az art. radialis áramlása leáll, mely mellkaskimeneti teljes arteriás kompressziót bizonyít. Erre utal a n. ulnaris vezetési sebességének csökkenése: 45 m/s az Erb-pont és axilla között. A b. o.-i I. borda resectiója után a beteg panaszmentessé válik.

B. Z. 45 év. beteg évek óta tud arról, hogy bal karján a vérnyomás 40—60 Hgm--rel alacsonyabb az ellenoldalinál, bal karja, keze gyengébb, fájdalmas, zsibbad. A bal kar terhelésekor, de attól függetlenül is szédül, kettőslátása van. Doppler-áramlásmérővel a karok art. vérnyomása j. o.-n 150, b. o.-n 100 Hgmm, a b. o.-i art. vertebralisan az áramlási irány megfordult. A b. kar 90 fokos elevatiójakor, kifelé rotatiójakor a art. radialis hangja eltűnik, mely teljes arteria subclavia kompressziót bizonyít. A n. ulnaris vezetési sebessége a b. o.-i mellkaskimenetben kifejezetten kórosan csökkent (Erb-pont — axilla: 40 m/s), ez jól összeegyeztethető a hypothenar b. o.-i atrophiájával. B. o.-i subclavian steal syndroma, b. o.-i neurovascularis vállöv syndroma együttes diagnózisát állítjuk fel, műtétet indikálunk, aorto-subclavian by-pass + I. borda resectió után a beteg csaknem teljesen panasz- és tünetmentessé válik.

Megbeszélés

A neurovascularis vállöv syndroma aetiopathogenezise sok szempontból tisztázatlan, az azonban valószínűnek látszik, hogy akár rendellenes scalenus vagy pectoralis minor izomzat, esetleg nyaki borda vesz részt a kompressziós tünetek kialakításában, a kompresszió helye minden esetben a clavicula és az I. borda között van (9). Hasonló következtetést von le W. Pollak, aki legújabb, igen részletes anatómiai tanulmányában több mint 20, rendellenesen elhelyezkedő v. működő mellkaskimeneti képletet tesz felelőssé a kompressziós tünetek kialakításában (19).

Saját kérdésfeltevésünk — melyet retrospectiv vizsgálatokkal igyekeztünk megközelíteni — lényege az, hogy ez az arteriás kompresszió — szerepet játszhat-e a kompressziótól proximálisan elhelyezkedő, csaknem mindig az art. subclavia eredését érintő érelzáródásban *(lásd ábra)*. A mechanikus, ún. haemodynamikai faktorok szerepét az atherosclerosis kialakulásában először 1856-ban *Virchow* hangsúlyozta (17) — a későbbiekben az atherosclerosis ún. haemodynamikai elmélete számos kísérleti, klinikai, epidemiológiai bizonyítékot nyert. Pl. az arteriás hypertonia szerepe az atherosclerosis keletkezésében ma már sokoldalúan bizonyított, elfogadott tény (10, 11, 12). A mechanikus hatások közül Texon elsősorban az egy arterián belüli áramlási sebességi eltérések szerepét bizonyította. Pl. az aortaív nagyobb, külső görbületén az áramló vér sebessége megnő, szívóhatás alakul ki *(1. ábra)*, mely az intima helyi megduzzadását, elemelkedését okozza, végül az endotheliális lipoprotein permeabilitás fokozódása megindítja a kezdeti atherosclerosis kialakulását (13), melyet a német irodalomban „initiale fettfreie Oedem" néven írnak le. Ez az áramlástani kísérletekkel és kórbonctani anyaggal bizonyított elmélet pl. magyarázhatja a viszonylag nem ritka b. o.-i arteria subclavia eredésénél való elzáródását. Az arteriákon gyakran látható ostialis és bifurcatiós laesiók eredete is kielégítő módon magyarázható áramlástani okokkal (14, 15). *McDonald* kimutatta, hogy az ereket érintő ún. lokális stresszhatások közül a turbulens áramlás, a hullámvisszaverődés, az

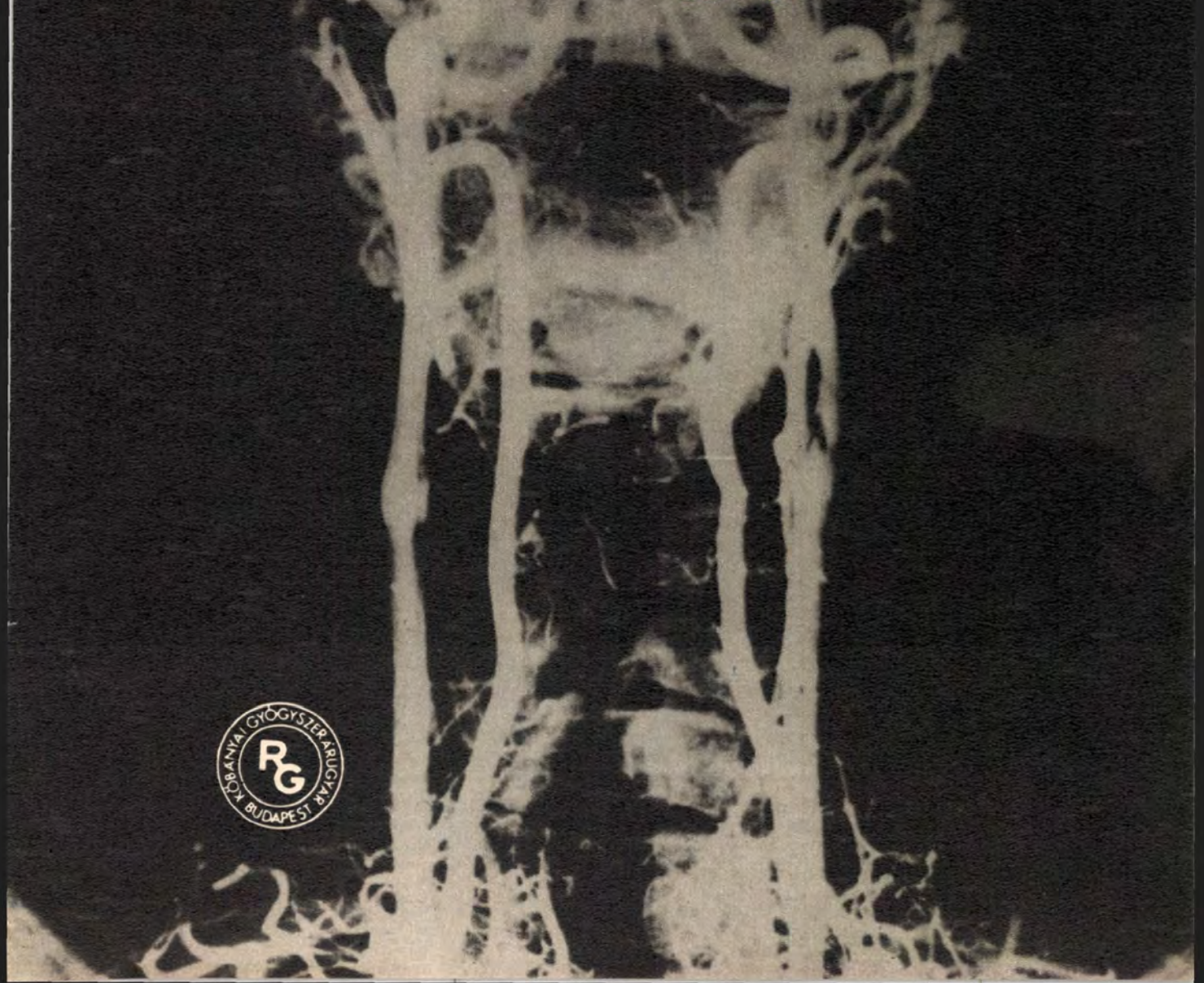


Az aortaívből eredő nagyerek és a mellkaskimeneti csontos képletek helyzete. A mechanikus kompresszió (1) és a típusos art. subclavia elzáródás lokalizációja (2). Az aortaív külső kerületén szívóhatás érvényesül (3).

CAVINTON®

injekció, tabletta





RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT. BUDAPEST X. KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON®

injekció, tabletta

Összetétel: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

Hatás. A Cavinton javítja az agyi perfusiót 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: emlékezészavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebralis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és idegkártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneratiók, 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 infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500—1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

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

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

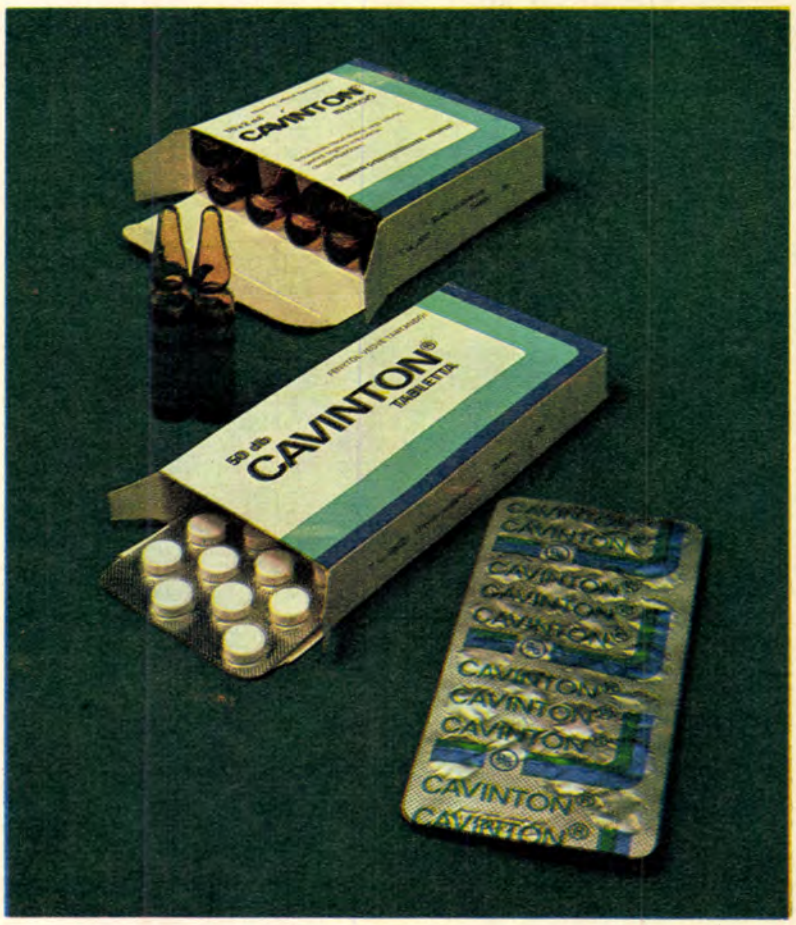
Mellékhatás: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

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-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

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

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



erek külső vongálása, az erek falán belül fellépő, az egyes rétegeket érintő hosszanti nyírófeszültség (az angolszász nomenklatúrában: shearing strain) a legfontosabbak (16).

Hogyan függhet össze az arteriás kompresszióval járó neurovascularis vállöv syndroma és a proximális típusú arteria subclavia, anonyma-elzáródás? NVS-nál az I. borda és a clavicula a mellkaskimenetnél komprimálja az arteria subclaviát. A proximális arteria szakaszban ezáltal emelkedik a nyomás, az áramlás turbulenssé válhat (ennek megfelelően hallunk hangos systolés zörejt az arteria subclavia felett), az arteria fal egyes rétegei között hosszanti nyíróerők lépnek fel, bizonyos karhelyzeteknél az áramlás megszűnik. Mindezen jelenségek az arteria subclavia teljes hosszában (az axillarisba való átmenetig) nyilvánulnak meg. Emellett az aortaív külső kerületén fellépő, intimális rétegeket elemelő szívóhatás (13) és az ostiumoknál megnyilvánuló speciális áramlási sebességi változások (14) az arteria subclavia eredésének területét — az egész arteriaszakaszon belül különösen hajlamossá teszik az érelzáródásra.

24 betegünkön a NVS és az aortaív syndroma együtt fordult elő. Ezek közül 19 generalizált, multilokuláris (alsó végtagi, renalis, coronaria, cerebralis) túlnyomóan atherosclerotikus eredetű érbetegségben szenvedett *(2. tábla).* Feltételezésünk szerint a kiterjedt lokalizációjú érbetegségeken belül az art. subclavia, ill. anonyma-elzáródás (szűkület) — az alapfolyamaton kívül lokális kompresszió következménye. Úgy gondoljuk, hogy eseteink egy részében a NVS által kiváltott lokális arteria subclavia, ill. anonyma kompresszió felelős lehet a generalizált érbetegség sajátos, felső végtagi — de sokszor subclavian steal syndroma formájában az agyi keringést is érintő — megjelenéséért. A kontroll csoport túlnyomóan generalizált arteriosclerosisban szenvedő betegein a neurovascularis vállöv syndroma szignifikánsan ritkábban fordult elő, ennek megfelelően a kar arteriáit érintő érelzáródás sem alakult ki.

Az oki összefüggés létezése természetesen csupán feltételezés, melyet klinikailag a NVS-ban szenvedő betegek több éves megfigyelése igazolhat. Kétségtelen tény azonban az, hogy betegeinken proximális típusú arteria subclavia és anonyma szűkület gyakran társul arteriás kompresszióval járó neurovascularis vállöv syndromával. A két betegség együttesen okozhatja a panaszokat és tüneteket (1. esetismertetéseinket). Mindezek alapján aortaív syndromás beteg vizsgálatánál gondolnunk kell társuló NVS-ra is, sz. e. el kell végeznünk a megfelelő positionalis Doppler-vizsgálatokat, meg kell határoznunk az idegi kompressziót bizonyító n. ulnaris vezetési sebességet is. Amennyiben számottevő, esetleg szövődményekért is (Raynaud-syndroma, peripheriás embolisatio) felelős arteriás és idegi kompressziót találunk, az esetleges rekonstruktív érműtét mellett az I. borda resectióját is mérlegelni kell.

Köszönetünket fejezzük ki *Tóth Ignác dr.* egyetemi tanársegédnek az idegvezetési vizsgálatok szíves elvégzéséért, *Nátly Gabriellának* a hasznos technikai segítségért.

Összefoglalás: A szerzők neurovascularis vállöv syndroma és proximális típusú arteria subclavia (anonyma) elzáródás lehetséges összefüggését vizsgálják. 55 aortaív syndromás beteg közül 24 esetben bizonyítottak egyidejű mechanikus arteriás mellkaskimeneti kompressziót. Felvetik a két betegség társulásának oki összefüggését. Hangsúlyozzák az aortaív syndromában szokásos vizsgáló eljárások mellett a positionális Doppler- és idegvezetési sebesség vizsgálatok jelentőségét. Bizonyos esetekben a rekonstruktív arteriás érműtét elvégzése mellett az I. borda resectióját is ajánlják.

IRODALOM: 1. *Rob. C. G., Standeven, A.:* Brit. Med. J. 1958, *2,* 709. — 2. *Dick, R.:* Amer. J. Roentgenol. 1970, *110,* 171. — 3. *Swinton, N. W.:* Amer. J. Med. 1970, *48,* 404. — 4. *Farkas, P., Urai, L.:* Orv. Hetil. 1980, *121,* 1940. — 5. *Farkas, P., Urai, L.:* Orv. Hetil. 1980, *121,* 1683. — 6. *Glovicki, Z., Káli A., Urai L.:* Ideggyógy. Szemle, 1977, *30,* 346. — 7. *Gloviczki, Z., Szegedy L., Szilágyi A.:* Ideggyógy. Szemle. 1978, *31,* 86. — 8. *Gloviczki Z., Káli A., Urai L.:* Ideggyógy. Szemle. 1978, *31,* 354. — 9. *Weibel, J., Fields, W. S.:* Brit. J. Radiol. 1967, *40,* 646. — 10. *Sándor, B. A., Whisnant, J. P.:* Arch. Intern. Med. 1974, *133,* 947. — 11. *Veress B., Kocze A., Jellinek H.:* Brit. J. Exp. Pathol. 1969, *50,* 600. — 12. *Kannel, W. B.:* Angiology, 1975, *26,* 1. — 13. *Texon, M.:* Am. J. Cardiol. 1960, *5,* 291. — 14. *Texon, M.:* Bull. N. Y. Acad. Med. 1972, *48, 733.* — 15. *Texon, M.:* Bull. N. Y. Acad. 1976, *52,* 187. — 16. *McDonald, D. A.:* in: Blood Flow in Arteries 2 d. ed. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1974. p. — 17. *Hurst, W. J.* in: The Heart. McGraw-Hill, New York—London — Tokyo. 1978. p. 1114. — 18. *Farkas P. és mtsai:* Orv. Hetil. 1976, *117,* 2719. — 19. *Pollak, W. E.:* Surgery, Gynecology, Obstetrics. 1980, *150,* 97.



CARBENICILLIN

injekció

ÖSSZETÉTEL:

Ampullánként 1,0 carbenicillin (nátriumsó formájában).

HATÁS:

Széles spektrumú félszintetikus penicillin, a Gram-pozitív és részben a Gram-negatív mikroorganizmusok ellen hatásos. Hatásos többek között a Pseudomonas aeruginosa és sok Proteus törzs ellen (aktívabb, mint az ampicillin), emellett baktericid hatású az Escherichia coli, a Salmonella törzsek és a Klebsiella ellen.
Az 1 g-os adag alkalmazása 6 órán keresztül biztosítja a vérben a baktericid szintet.
Probeniciddel együtt adva, a vér carbenicillin szintjét kétszeresére emeli és prolongálja.
A carbenicillin főleg a vesékben választódik ki, a vizeletben a koncentrációja 5–10-szer magasabb, mint a vérben. A koncentráció az epében is viszonylag magas. A carbenicillin toxicitása igen alacsony, ezért alkalmazható nagy dózisban.

JAVALLATOK:

Húgyúti fertőzések, pyelonephritis, a légzőtraktus fertőzései, sebészeti beavatkozás után, septicaemia, bakteriális endocarditis, osteomyelitis, peritonitis, meningitis.

ELLENJAVALLAT:

Penicillin- vagy cefalosporin-túlérzékenység. Terhesség esetén és kisgyermekeknek adagolása megfontolást igényel.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek napi 4–8 g, súlyos fertőzések esetén maximálisan 30 g/nap.

Im. alkalmazás:

1–2 g carbenicillint 2 ml aqua dest. pro. inj.-ban kell oldani és mélyen az izomba adni 6 óránként.

Iv. alkalmazás:

1–2 g carbenicillint 10–20 ml aqua dest. pro. inj.-ban oldva lassan (3 perc alatt) beadni.
Gyermekeknek: a szokásos napi adag 100–300 mg/kg (a kortól függően) im. vagy iv., több részletben.
Az alkalmazás elkezdése előtt el kell végezni az érzékenységi vizsgálatot.
Az adagolás 2–3 tünetmentes nap után hagyható abba.

MELLÉKHATÁSOK:

Allergiás reakció, hányinger, hányás, átmeneti SGOT emelkedés.

CSOMAGOLÁS:

1 amp. (1 g) + oldószerampulla (24 ml)

GYÁRTJA:

POLFA Gyógyszergyár – Lengyelország

Ciech

Polfa

EXPORTÁLJA:

CIECH – Varsó

FELVILÁGOSÍTÁST AD:

CIECH-POLFA Tudományos Információs Iroda
1075 – Budapest, Tanács krt. 25. I. 3.
Tel.: 427-723, 422-548

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Miskovits Gusztáv dr.) és
Csongrád megyei Tüdőgyógyászati Hálózat
munkacsoportja*

Krónikus aspecifikus légzési betegségek felkutatása és gondozása

(Az epidemiológiai helyzet alakulása Zákányszék modell-községben öt év alatt)

Hordós Alajos dr., és Major Tamás dr.

Az elmúlt tíz évben világszerte tovább fokozódott az érdeklődés a krónikus aspecifikus légzési betegségek felkutatása és epidemiológiája iránt.

A „krónikus aspecifikus légzési betegség" a WHO által kiadott hivatalos terminológia szerint annak az állapotnak a megjelölése, amelyben idült köpetürítés és/vagy nyugalomban és/vagy terhelésre jelentkező légzési nehezítettség észlelhető.

Ilyen tünetekkel jelentkezik a „chronicus bronchitis" (légúti obstructióval vagy anélkül), az „asthma bronchiale" és „emphysema", valamint ezek kevert formája, aszerint, hogy a hosszan tartó köpetürítés, a mellkasi sípolás vagy nehézlégzés a domináló tünet (7).

Az 1950-es évek elején bekövetkezett „londoni ködkatasztrófa" óta — mely az érdeklődést a betegségre irányította — világszerte kutatások, tanulmányok sokasága jelezte ismereteink gyarapodását.

Az európai országok közül Nagy-Britanniában *Stuart-Harris* (58), *Fletcher* (11, 12), *Higgins* (18, 19, 20), *Reid* (46, 47, 48), Hollandiában *Van der Lende* (59), Finnországban *Huhti* (22), Csehszlovákiában *Jancik* (27, 28), az NDK-ban *Eule* (8), *Ganguin* (14), *Paun és Scharkoff* (43, 54) végeztek alapvető epidemiológiai felméréseket.

Mork (38, 39) tanulmányában Angliában, Walesben és Norvégiában gyűjtött tapasztalatait foglalta össze. *Reid és munkatársai* (48) angol—amerikai összehasonlító vizsgálatokat végeztek.

Az Egyesült Államokban és Kanadában *Anderson, Ferris* (1, 2, 3, 9), *Holland* (21), *Gocke és Duffy* (15), valamint *Hyatt* (26) munkái vetették meg a betegség epidemiológiai alapjait. *Ferris* (10) az USA-ban és Brit-Kolumbiában végzett összehasonlító felméréseket.

Az 1960-as évek folyamán megjelent közlemények többsége városi, illetve ipari környezetben végzett vizsgálatok eredményéről számol be, de már ekkor is találkozunk vidéki, illetve mezőgazdasági területeken végzett vizsgálatokkal (2, 22, 61). *Van der Lende* (63) összehasonlító felméréseket is végzett városi és falusi, levegőszennyezettségnek kitett, illetve attól mentes lakosság körében.

A 60-as évek első felében Magyarországon is megkezdődtek a betegséggel kapcsolatos alapkutatások (36), majd ezt rövidesen követték a különböző népességcsoportok körében végzett epidemiológiai felmérések, melynek főbb állomásai Budapest (37), Dorog (34), Tatabánya (33), Heves megye (64), Zákányszék (32), Edelény (31), Dabas (56) és Baranya megye (13, 16) voltak.

Az irodalmi adatok áttekintése során a betegség előfordulása, de még inkább a különböző tünetek prevalenciája igen széles határok között mozog.

A vizsgálatok többsége a 40 év feletti felnőttek körében történt. Egyes szerzők, például *Hyatt* (26) igen magas tünetprevalenciát észleltek. Mérsékeltebb és a hazai eredményekhez közelebb álló gyakoriság jelentkezik finn (22) és angol szerzők (21) közléseiben. Már a kezdeti hazai vizsgálatok is nagyobb homogenitást mutattak az előfordulás gyakoriságát tekintve (13, 34, 37). Az egységesebb eredmények okai feltételezhetően a vizsgálatokon való pontosabb megjelenés és a közel egységes felkutatási módszerek lehetnek.

Ezen kezdeti lépések óta mind külföldön, mind hazánkban tovább szélesedett a felmérések száma homogén, vagy különböző foglalkozású, más-más geográfiai környezetben élő, városi, falusi populációk körében. Többek között az 1970-es évek második felében a szovjet *Kama* (29), *Klyachkin* és *Savinov* (30), a belga *Minette* (35), az indiai *Radha* (45), az olasz *Bolinelli* és *Rossi* (5, 51), valamint *Sessa* (55), az NDK-beli *Herrmann* (17), a francia *Bernadou* (4), *Pariente* (42) és *Pham* (44), a lengyel *Sawiczki* (52, 53) és egy varsói munkacsoport (65), a dán *Romer* (50), ismét finn (23) és holland (62, 63) szerzők számolnak be kiterjedt epidemiológiai tevékenységükről. Az újabb hazai epidemiológiai kutatómunkát *Hutás* (24, 25), *Streibel* és *Antmann* (57), *Bugyi* (6) munkái jelzik. Folytatódtak az 1970—71-ben megkezdett zákányszéki vizsgálatok is.

Az 1970—71-es években munkacsoportunkkal szűrővizsgálatot végeztünk egy dél-magyarországi kisközség (Zákányszék, Csongrád megye) 14 év feletti teljes lakossága körében, melynek eredmé-

---

* *A munkacsoport tagjai:* Kovács Júlia dr. főorvos, Nemes János dr. megyei szakfőorvos, Rózsa József dr. megyei főorvos és Varga Júlia dr. főorvos, Biacsi Sándor dr. körzeti orvos.

Az Egészségügyi Minisztérium 3.35.01 kutatási főirányához kiemelt szintre elfogadott kutatási témában végzett kutatómunka alapján.

1. táblázat **A zákányszéki szűrővizsgálatok eredményeinek összehasonlítása**

		1970 41 év felettiek	1971 14—40 évesek	Összesen	1975 41 év felettiek	1976 14—40 évesek	Összesen
Vizsgált személyek száma		1339	1168	2507	1134	1036	2170*
Kiemelt személyek száma		442	378	820	114	97	211
Kizáró okok miatt kiesett		229	197	426	53	14	67
64 év feletti életkor miatt kiesett		29	—	29	9	—	9
Gondozásba vett	férfi	114	97	211	33	54	87
	nő	70	84	154	19	29	48
Összesen		184	181	365	52	83	135

*(332 + már gondozásba vett személy)

nyeiről 1972 végén Szegeden megtartott szimpózium alkalmával számoltunk be (32). Vizsgálataink során komplex, standardizált módszert alkalmaztunk.

A szűrővizsgálatot a kötelező ernyőképszűréshez csatlakozva végeztük, mely ezenkívül standard kérdőív felvételéből, légzésfunkciós, fizikális és sputumvizsgálatból állott.

Kérdőíves módszerként a *BMRC* és *Montanunio* (60) által kidolgozott kérdőívek magyar viszonyokra módosított változatát használtuk (32). A légzésfunkciós vizsgálatokat Vargha-féle exspirográfokkal végeztük. Vitálkapacitást és FEV_1 értékeket mértünk. Eredményeink hitelességét a kiemelt személyek mintegy $^2/_3$-ában Godart-féle spirométerrel és a Jaeger-féle egésztest-pletizmográffal végzett mérésekkel ellenőriztük. A különböző módszerekkel kapott eredmények szignifikáns eltérést nem mutattak. A fizikális vizsgálat megtekintésből (cyanosis, dobverőujj, segédizomlégzés) és auscultatióból állott. Ez utóbbit a gyors átteresztőképesség érdekében módosított, ún. „juguláris auscultatio"-val végeztük (32).

A *Mulder*- (40) technikával kimosott hörgőváladékból Gram-festéssel baktériumflórát és *Van Hanssel* módszere szerint az eosinophilek számát vizsgáltuk.

Az ismertetett módszerek alapján a kiemelés kritériumai a következők voltak:

1. A vizsgálat napján köpetet *ürítettek* és abból mikroszkóposan igazoltan *kimosható* hörgőváladékot nyertünk.

2. A vizsgálat napján köpetet *ürítettek*, de kimosható hörgőváladékot *nem nyertünk*, de ugyanakkor a kérdőíven „igen" választ kaptunk a „krónikus bronchitisre", vagy „irreverzibilis obstruktív emphysemára" *vagy* az „asthma bronchialéra" jellemző kérdésekre *és* a ventillációs vizsgálat alapján ventillációs zavar gyanúja merült fel.

3. A vizsgálat napján köpetet *nem ürítettek*, de a fentiek szerint k. a. 1. b. — *anamnesis* kérdéscsoportjainak legalább egyikére „igen" választ adtak és a *fizikális és a ventillációs* lelet is kóros volt.

A két szűrővizsgálat eredményeit az *1. táblázatban* foglaltuk össze.

A kritériumok alapján kiemelt csoportból különböző okok (anamnézisben szereplő, vagy a vizsgálat idejében is meglévő kizáró megbetegedések, mellkasfelvételeken észlelt radio-morfológiai eltérések, szívbetegség gyanúját keltő jelek, valamint a vizsgálat időpontjában 64. életévet meghaladó életkor) miatt további személyek kerültek kizárásra. Ezen „tisztított" csoportot alkotó személyeket tekintettük a krónikus aspecifikus légzési betegségek valamelyik formájában szenvedőnek.

Az összlakosság ellenőrző vizsgálatát 5 év elteltével végeztük el teljesen azonos módszerekkel és azonos kritériumok szerint. Ismételten a teljes 14 év feletti lakosság maradéktalan átvizsgálására törekedtünk, melyet sikerült végrehajtani.

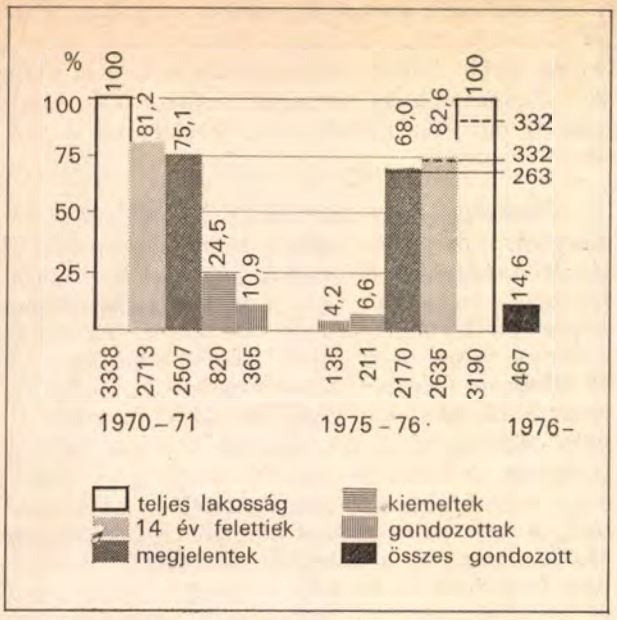
A két vizsgálaton közel azonos számban vettek részt a község lakosai. Az első alkalommal 365, az ismételt vizsgálat során 135 fő került gondozásba, a megadott feltételek alapján. Ha a vizsgálaton megjelentek számát tekintjük 100%-nak, akkor az első szűrés alakulásával a betegek prevalenciája 14,55%. Az ellenőrző vizsgálat során gondozásba vett 135 új beteg a megjelentek 6,22%-át jelenti.

Az 1970—71-ben gondozásba vett 365 beteg az öt év folyamán 332-re csökkent halálozás, elköltözés és egyéb okok következtében. A 33 (9,04%) lemorzsolódott személy közül 16 (4,38%) meghalt, 11 (3,01%) elköltözött, 6 (1,64%) beteg adatai rendszertelen megjelenés miatt nem voltak értékelhetők. A 16 elhalt gondozott beteg közül bizonyíthatóan 1 esetben (0,27%) volt a halál oka légzési elégtelenség.

A részletes haláloki megoszlás a következő volt:

respiratorikus	1	(0,27%)
cardiális	4	(1,09%)
daganatos betegség	3	(0,82%)
májcirrhosis	1	(0,27%)
baleset	3	(0,82%)
öngyilkosság	3	(0,82%)
ismeretlen okból	1	(0,27%)
Összesen:	16	

Ha feltételezzük, hogy a cardiális és az ismeretlen okból elhaltak elhalálozásában esetleg szerepet játszhatott a légzési betegség, az együttesen (6 személy) is csak a gondozottak 1,64%-át jelenti.



Feltűnő, hogy egy olyan lakosságcsoportban, melyből korábban kiemeltük az aspecifikus légzési betegségben szenvedőket, 5 év múlva ismét jelentős számban (4,22%) találhatók olyanok, akik betegnek tekinthetők. Így 1976-ban az összes gondozottak száma — bár az eredeti 365 fő az öt év folyamán 332-re csökkent, — az újonnan gondozásba vett 135 beteggel együtt 467-re emelkedett, ami az összlakosság 14,64%-át teszi ki.

Ennek a csoportnak folyamatos gondozását a területileg illetékes Tüdőbeteggondozó Intézet (Mórahalom, Csongrád megye) végzi, mi évente egy alkalommal ellenőrző vizsgálatot végzünk.

A vizsgálat kezdeti tervezésekor és ennek kapcsán a megfelelő község kiválasztásakor egyik alapfeltételünk a lakosság alacsony elvándorlási aránya volt. Az ábrából kitűnik, hogy Zákányszék község ennek a feltételnek megfelelt, mivel a lakosság 5 év alatti 4,43%-os (3338—3190) negatív irányú változása jelzi a demográfiai stabilitást. Még kisebb a változás (2,8%), ha csak a 14 év feletti lakosság adatait nézzük (2713—2635). További fontos tényezőnek tekintettük az eredmények értékelhetősége szempontjából a pontos megjelenést. A két vizsgálat alkalmával tapasztalt megjelenési effektus mindössze 0,1% eltérést mutatott (92,4—92,3%).

Az első vizsgálat alkalmával gondozásba vett betegeket a légúti obstructio megléte vagy hiánya alapján két alcsoportba soroltuk. Az alcsoportok tagjait randomizáltuk, alapelvként kontroll csoportos, „kettős-vak" módszert alkalmaztunk, ezzel 5 éves gondozási, kezelési, megelőzési és ellenőrzési sort nyitottunk meg. *(2. táblázat).*

Ha a két szűrővizsgálat alapján gondozásba vett betegeink nemét, korát és kórforma szerinti megoszlását nézzük, feltűnik, hogy az összes beteg vonatkozásában az ismételt szűrés alkalmával kiemelt csoportban az „obstrukcióra" utaló tünetekkel rendelkezők aránya az „expectoráló" és/vagy „köhögő", ún. „non obstructiv" csoporthoz viszonyítva megváltozott és az előző szűréshez hasonlítva emelkedett (24,4%:75,6% = 38,5%:61,5%).

A „non obstructiv" vagy „expectoráló" csoporton belül változást észleltünk a nemek arányában is. A férfiak részvétele a betegcsoportban több mint 10%-kal emelkedett (57,2%-ról 68,9%-ra). Ugyanebben a csoportban az életkor szerinti besorolást tekintve az eredeti „idős—fiatal" arány teljes megfordulását tapasztalhatjuk (54%:46% = 41%:59%).

Mind a légzési panaszokkal rendelkező, mind az expectorációra pozitív választ adó csoportban az emelkedés hátterében a „fiatal" (14—40 év) férfiak számának növekedése áll.

Ez az eltolódás türköződik az összes gondozásba vett beteg nemek szerinti megoszlásában is.

Az „expectoráló" csoportban észlelt „idős—fiatal" arány megfordulása jelentheti a betegségnek a fiatal felnőttkorban való indulását és kifejlődését. Az idősebb korosztályokból származó be-

2. táblázat. **A két szűrővizsgálat alkalmával kiemelt betegek megoszlása kor, nem és kórforma szerint**

Obstructio	1970—71 van (kód 47—2,3,4)		1970—71 nincs (kód 47—1)		n	1975—76 van (kód 47—2,3,4)		1975—76 nincs (kód 47—1)		n
	férfi	nő	férfi	nő		férfi	nő	férfi	nő	
Korcsoport										
14—40	24	30	73	54	181	21	13	33	16	83
41—64	29	6	85	64	184	9	9	24	10	52
Összesen	53	36	158	118		30	22	57	26	
	89 (24,4%)		276 (75,6%)			52 (38,5%)		83 (61,5%)		
	365 (100%)					135 (100%)				

tegek nagy többsége az előző vizsgálat alkalmával már évek, vagy évtizedek óta meglevő panaszok alapján került kiemelésre. Ez a tény ráirányítja a figyelmet a fiatalabb korcsoportok szűrővizsgálatának szükségességére, és igazolni látszik azt az elhatározásunkat, hogy az irodalomban szereplő, főként a 40 év feletti korosztályokban végzett szűrések mellett vizsgálatainkat terjesszük ki a 14—40 év közötti lakosokra is.

Mindkét szűrés alkalmával a 30—45 évig terjedő korosztályban találtuk a legtöbb beteget. Kitűnik továbbá, hogy míg az első szűrésnél az emelkedő életkor újabb csúcsokat mutatott a grafikonon, addig az ismételt vizsgálatkor ebben a tartományban jelentős csökkenés tapasztalható. A 20—35. életévekben is jelentkező kiugrás valószínűleg összefügghet a felnőtté válással járó tényezőkkel (dohányzás, munkába állás, életmódváltozás, stb.).

Úgy látszik, hogy a 30—45. évig terjedő életkor a két szűrés alapján a legveszélyeztetettebb kornak tekinthető, mivel mindkét alkalommal ebből a tartományból került ki a betegek zöme. Az idősebb korosztályoknál látható kifejezett csökkenési tendencia hátterében az első vizsgálat magas találati aránya állhat, kivéve az 55 évnél idősebbeket, ahol mindkét esetben csökkenés látható.

Ha a kérdőív tünetekre vonatkozó kérdéseire adott válaszok alapján a „tünetprevalenciát" vizsgáljuk, feltűnik, hogy mind az idősebb, mind a fiatalabb korcsoportban a férfiak inkább a „köhögés", köpetürítés", „sípolás a mellkasban" kérdésekre adtak igenlő választ, míg a nőknél inkább a nehézlégzésre vonatkozó pozitív válaszok voltak többségben. Hasonló következtetésekre jutott *Higgins* (19) is Skóciában végzett munkája során. Kivételt képez a 14—40 év közötti férfiak csoportja az 1975—76. évi szűrés alkalmával.

Ha a tünetek közül a „tartós köhögés"-re, „tartós köpetürítés"-re pozitív választ adók száma arányos a gondozásba vettek „non obstructiv — expectoráló" csoportbelik számával ($\chi^2 = 0{,}71$), közel hasonló összefüggést találunk a „sípolást" és „dyspnoét" célzó kérdésekre igenlő választ adók és a gondozásba vettek ún. „obstruktív" csoportja között ($\chi^2 = 0{,}73$), statisztikailag nem különbözik.

Ez az összefüggés a kérdőív használhatóságát mutatja, mivel előre jelezheti a kiemelés arányait már az egyéb, objektívabb vizsgálatok elvégzése előtt. Ez jelentheti azt a lehetőséget, hogy újabb vizsgálatok tervezésénél a jól összeállított és gondosan kitöltött kérdőív feleslegessé teszi olyan személyek részletes vizsgálatát, akik a kérdőív alapján panaszmentesnek mondják magukat és a részletes vizsgálatok alkalmával egyébként is kizárhatók lennének.

A két szűrővizsgálat által szolgáltatott adatokból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy egy adott népességben — melyből előzőleg már kiemeltük a légzési betegségben szenvedőket —, bizonyos idő, ez esetben 5 év elteltével a betegség újra jelentkezik az addig egészségesnek tartottak között. Az öt év után gondozásba vehetők több mint 1/3-át képezik az eredetileg gondozásba vettek számának.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a tényt, hogy a légzési panaszokkal küzdők száma ennél lényegesen magasabb, mivel az alapvető kritériumként szereplő kizáró okok miatt csak az ún. „tiszta kórformák" kerülhettek a gondozási csoportba.

Összefoglalás: A szerzők közleményükben Zákányszék községben végzett krónikus aspecifikus légzési betegségek epidemiológiáját feltáró vizsgálataikról számolnak be. Ernyőfényképszűréshez kapcsolva, komplex szűrési módszerrel vizsgálták a község teljes 14 év feletti felnőtt lakosságát. Öt év elteltével azonos feltételek mellett és módon ellenőrző vizsgálatokat végeztek. Az első szűrővizsgálat alkalmával az összlakosság 10,9%-át találták betegnek. A kontroll-vizsgálat eredményei szerint 5 év után újabb 4,2%-nál észlelték a megbetegedést. A két szűrővizsgálat alapján az összlakosság 14,6%-a szenved a betegség valamelyik formájában. Ismertetik és elemzik a betegek életkor, nem és kórforma szerinti megoszlását, valamint ezek öt év alatti változásait. Felhívják a figyelmet a légzési panaszok gyakori előfordulására a vizsgált populáción belül.

IRODALOM: 1. *Anderson, D. O., Ferris, B. G.:* New Engl. J. Med. 1962, *267*, 787. — 2. *Anderson, D. O., Ferris, B. G., Zickmantel, R.:* Canad. Med. Ass. J. 1963, *92*, 1007. — 3. *Anderson, D. O., Ferris, B. G., Zickmantel, R.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1964, *90*, 877. — 4. *Bernadou, M., és mtsai:* Bordeaux Med. 1975, *8/13*, 1519. — 5. *Bollinelli, B., és mtsai:* Fra.-Poumon. Coeur 1978, *34/3*, 181. — 6. *Bugyi B.:* Z. Erkrank Atm.-Org. 1976, *145/2*, 227. — 7. Bull. Physiopath. Resp. 1975, *11*, 937. — 8. *Eule, H., Horn, J., Langwitz, N.:* Mschr. Lungenkrh. 1970, *13*, 225. — 9. *Ferris, B. G., Anderson, D. O.:* Amer Rev. Resp. Dis. 1962, *86*, 165. — 10. *Ferris, B. G., Anderson. D. O.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1964, *57*, 979. — 11. *Fletcher, C. M és mtsai:* Brit. Med. J. 1959, *2*, 257. — 12. *Fletcher, C. M., Tinker, C. M.:* Brit. Med. J. 1961, *1*, 1491. — 13. *Fodor M.:* Mschr. Lungenkrkh. Tbk. Bekpf. 1969, *12*, 365. — 14. *Ganguin, H. G.:* Mschr. Lungenkrkh. Tbk. Bekpf. 1967, *10*, 217. — 15. *Gocke, T. M., Duffy, B. J.:* Arch. Intern. Med. 1962, *110*, 606. — 16. *Háber J., és mtsai:* Népegészségügy, 1970, *51*, 23. — 17. *Herrmann, H.:* Z. Erkrank. Atm.-Org. 1976, *145*, 14. — 18. *Higgins, I. T. T.:* Brit. Med. J. 1957, *2*, 1198. — 19. *Higgins, I. T. T., Cochram, J. B.:* Tubercle 1958, *39*, 296. — 20. *Higgins, I. T. T.:* Brit. Med. J. 1959, *1*, 325. — 21. *Holland, W. W., Reid, D. D.:* Lancet 1965, *1*, 445. (Gloucester). — 22. *Huhti, E.:* Acta Tub. Pneumol. Scand. Suppl. 1965, 61. — 23. *Huhti, E., Ikkala, J., Hakulinen, T.:* Scand. J. Resp. Dis. 1977, *58*, 170. — 24. *Hutás I.:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 1516. — 25. *Hutás I., és mtsai:* Pneumonol. Hung. 1979, *32*, 195. — 26. *Hyatt, R. E., Kistin A. D., Mahan, T. K.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1964, *89*, 387. — 27. *Jancik, E. és mtsai:* Czekoslov. Rev. Tb. Pulm. Dis. 1968, *28*, 63. — 28. *Jancik, E., Jancik-Mak, M.:* Prax. Pneumol. 1972, *26*, 69. — 29. *Kama, E. K.:* Z. Erkrank. Atm.-Org. 1977, *147*, 47. — 30. *Klyachkin, L. M., Savinov, V. A.:* Ter. Arch. 1979, *51*, 58. — 31. *Kraszkó P., Sárády K.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 2236. — 32. A krónikus aspecifikus légzési betegségek felkutatása és gondozása (Zákányszéki tanulmány). Egészségtudomány, XVII. Suppl. 1973. — 33. *Lakatos P., Ferke J.:* Komárom megyei Orvosnapok közleményei. 1968. — 34. *Lányi M., Bakonyi Z., Hordós A.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 1508. — 35. *Minette, A.:* Industrial health and medicine series No. 20. 1979. — 36. *Miskovits G., Szüle P.:* Medet Hyg. 1963, *21*, 1089. — 37. *Miskovits G. és mtsai:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 103. — 38. *Mork, T.:* Acta Med. Scand.

Suppl. 1972, 384. — 39. *Mork, T.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1964, *57*, 975. — 40. *Mulder, J.:* Acta Med. Scand. 1938, *94*, 98. — 41. *Németh T., Schweiger O.:* Tuberk. és Tüdőbetegs. 1974, *27*, 261. — 42. *Pariente, R., Couland, Ch., Fagnani, F.:* Rev. Franc. Mal. Resp. 1976, *4*, 61. — 43. *Paun, D., Franze, J.:* Mschr. Lungenkrkh. Tbk. Bekpf. 1969, *12*, 242. — 44. *Pham, Q. T., és mtsai:* Respiration 1978, *35*, 209. — 45. *Radha, T. J. és mtsai:* Indian J. Med. Resp. 1977, *66*, 273. — 46. *Reid, D. D.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1956, *49*, 767. — 47. *Reid, D. D.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1962, *86*, 850. — 48. *Reid, D. D.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1964, *57*, 965. — 49. *Reid, D. D. és mtsai:* Brit. Med. J. 1964, *2*, 1487. — 50. *Romer, F. K.:* Dnk.-Ugeskr. Laeg. 1978, *140*, 485. — 51. *Rossi, A., és mtsai:* Ita.-Rass. Patol. Appar. Respir. 1978, *28*, 337. — 52. *Sawicky, F.:* Przegl Lek. 1977, *34*, 847. — — 53. *Sawicky, F., Watyniak, B., Zatynski, A.:* Przegl. Epidemiol. 1977, *35*, 427. — 54. *Scharkoff, H.:* Mschr. Lungenkrkh. Tbk. Bekpf. 1969, *12*, 232. — 55. *Sessa, T. és mtsai:* Ita.-med. Lav. 1978, *69*, 514. — 56. *Streibel, V. és mtsai:* Tuberk. és Tüdőbetegs. 1971, *24*, 331. — 57. *Streibel, V. és mtsai:* Tuberk. és Tüdőbetegs. 1975, *28*, 321. — 58. *Stuart-Harris, C. H.:* Brit. J. Tub. Dis. Chest. 1954, *48*, 169. — 59. *Van der Lende, R., Orie, N. G. M.:* TNO Nieuws 1971, *26*, 541. — 60. *Van der Lende, Orie, R., N. G. M.:* Scand. J. Resp. Dis. 1972, *53*, 228. — 61. *Van der Lende, R., Van der Meulen, G. G., Wever-Hess, J.:* Internat. J. Epidemiol. 1972, *1*, 47. — 62. *Van der Lende, R. és mtsai:* Ned. T. Geneesk. 1975, *119*, 577. — 63. *Van der Lende, R. és mtsai:* Z. Erkrank. Atm.-Org. 1976, *145*, 26. — 64. *Vargha, J., Jeney Z., Csomán I.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1537. — — 65. Zakl Stat. Med. Panatw. Zakl. Hyg. Warsawa: Pol. Pragl. Epidemiol. 1977, *31*, 419.

PHLOGOSOL®

oldat

ÖSSZETÉTEL

Natrium disulfosalicylato-samarium (III) anhydricum	0,9 g
hexachlorophenum	0,03 g
propylium paraoxybenzoicum	0,045 g

30 ml propylenglycolos oldatban.



JAVALLATOK

Banális hűlésekkel együttjáró torokfájás. Grippe, angina-járványban a járvány cseppfertőzés útján történő terjedés veszélyének csökkentése. A szájnyálkahártya forró étel, vegyszer okozta ártalmai. Pharyngitis acuta, tonsillitis acuta, laryngitis acuta, stomatitis acuta, stomatitis herpetica, pharyngitis chronica elsősorban hypertrophiás formája, glossitis superficialis, gingivitis acuta et chronica, gingivitis ulcerosa, paradentitis. Extractio dentis elő- és utókezelése, valamint száj- és garatűri műtétek utókezelése (tonsillectomia, Luc–Caldwell-műtét stb.). Ulcus decubitale. Aphtha recidivans.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

1 dl vízhez vagy kamillateához 1–2 kávéskanál Phlogosol oldatot adunk, majd ezzel az oldattal naponta 3–5 alkalommal száj-, ill. toroköblögetést végzünk.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

30 ml-es flakonban, térítési díj 3,40 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

QH 1587

Városi Kórház, Cegléd
Csecsemő- és Gyermekosztály
(főorvos: Hidvégi Zoltán dr.)
Fül-Orr-Gégeosztály
(főorvos: Kovács Károly dr.)

Kisdedkori kétoldali n. recurrensbénulás

Jójárt György dr. és Kovács Károly dr.

A gyermekkori hangszalagbénulás legtöbbször fejlődési rendellenesség vagy szülési sérülés következménye (2, 4, 5, 6). Ennek megfelelően újszülött- és csecsemőkorban a leggyakoribb, később lényegesen ritkább. Ha a bénulás kétoldali, fulladás jöhet létre, és kezelés nélkül a beteg halálát okozhatja.

Kisdedbetegünkön észlelt kétoldali recurrensbénulást ismertetünk, ami légúti vírusbetegséghez társult, és maradéktalanul gyógyult. A kórképet ritkasága miatt mutatjuk be.

Esetismertetés

M. J. 2 éves, háromhónapos fiút egy nap óta észlelt magas láz, rekedtség, ugató köhögés miatt vettük fel a Gyermekosztályra. Felvételekor a kisded fél, nyugtalan. Ugatva köhög, légzése messziről hallhatóan stridoros. Dyspnoés. Bőre rózsaszín. Torka diffúzan vérbő, tonsillái duzzadtak, orrából nyákos váladék folyik. Belégzéskor sternuma, juguluma és az intercostalis rések behúzódnak. A tüdők felett a gégéből vezetődő belégzési stridor mellett kp. hólyagú bronchitiszes zörejek hallhatók. Rutin laboratóriumi leletei normálisak.

Belégzési stridora, légszomja steroid adása mellett fokozódott. A mellkas-átvilágítás tiszta tüdőmezőket mutatott, idegentest árnyék, Holzknecht-tünet nem látszott. Seduxennel sedáltuk, ezután stridora, légszomja csökkent. Betegségét laryngitis subglotticának tartottuk. A szokásos kezelés mellett a gyermek légzése javult, de időnként stridoros volt. Három nap után ismét erős stridor és súlyos dyspnoe alakult ki, ezért Inacten altatásban intubálni próbáltuk. Bár csecsemőknek és kisdedeknek altatásban izomrelaxans adása nélkül könnyen le tudjuk vezetni a tubust, betegünket nem tudtuk intubálni, mert hangrése zárt volt annak ellenére, hogy izomzata ellazult (jól fel tudtuk tárni, a hangrés látótérbe került). Succinilcholin adása után a nasotrachealis tubust akadálytalanul bevezettük a légcsőbe, a beteg légzése szabaddá vált. Másnap extubáltuk. A tubus eltávolítása után röviddel újra stridoros, dyspnoés lett. Indirect, majd gamma hydroxy-vajsav narcosisban direct laryngoscopiát és bronchoscopiát végeztünk. A vérbővebb hangszalagok paramedián állásban csak minimálisan mozogtak, a köztük levő rés belégzéskor kb. 2—3 mm volt. A subglottikus terület, a trachea és a hörgők nyálkahártyája vérbő volt, oedema nem látszott. A hörgőrendszerben részben tapadós, részben habos-nyákos váladék volt, amit szívással távolítottunk el.

A bronchoscopia után ismét intubáltuk. 24 óra után megpróbáltuk a tubust eltávolítani, de a beteg újra erős légszomjjal küzdött, ezért újra intubáltuk és tracheotomia inferiort végeztünk. A tracheaváladék steril volt.

Három héttel a légcsőmetszés után a hangszalagok mozgása jobb volt.

Hat hét után a bal hangszalag mozgása lényegesen javult, a jobbé csak kis fokban. Belégzéskor a hangszalagok között kb. 5 mm-es rés keletkezett. A tracheostomába „lyukas kanül"-t tettünk, és a stomát egyre hosszabb időre lezártuk. A gyermek zökkenőmentesen hozzászokott, hogy ismét gégéjén keresztül lélegezzen.

Két hónappal a tracheotomia után a hangszalagok jól mozogtak, belégzéskor normálisan kitértek. A tracheakanült eltávolítottuk. A dekanülálás zavartalan volt, a stoma hat nap alatt zárult.

A tracheostomán át légző betegen bronchitiszek és jobb oldali bronchopneumonia alakultak ki. Az utóbbi kórokozója pseudomonas aeruginosa volt, és Gentamycin kezelésre gyógyult. A hangszalagbénulás idején a gyermek B vitaminokat kapott.

Háromhónapos ápolás után a gyermeket gyógyultan adtuk haza. Két évvel a hangszalagok bénulása után a gyermek hangja tiszta, a hangszalagok mozgása normális.

Megbeszélés

Holinger és mtsai (3) a gyermekkori recurrensbénulásokat *kóreredet* szerint veleszületett és szerzett csoportra osztják. Anyagukban a veleszületett és a veleszületett rendellenességekhez másodlagosan társuló recurrensbénulások alkották a 149 gyermekkori eset 82,5%-át. A többi szerzett bénulás fertőzéshez, daganathoz, szülési sérüléshez, Guillain—Barré-syndromához társult, ill. ismeretlen eredetű volt. *Cavanagh* (1) anyagában az ismeretlen eredet volt a leggyakoribb. *Kollár* (6) a szülési sérüléskor jelentkező bénulást észlelte leggyakrabban.

A betegség *tünetei* egyoldali bénulás esetén enyhék. A hang tiszta vagy alig rekedt, a hangszalag bénulása észrevétlen maradhat. Kétoldali teljes bénulás esetén erős dyspnoe, esetleg asphyxia jön létre. Stridor belégzéskor, súlyosabb esetekben be- és kilégzéskor hallható. A sírási hang tiszta, de gyenge. A recurrensbénulás az egyéb gégeszűkületektől laryngoscopiával különíthető el: a bénult hangszalag mozdulatlan, ki- és belégzésben egyaránt median vagy paramedian állásban helyezkedik el. A congenitális stridortól és az idegentest aspirációtól rendszerint az anamnesis alapján is jól elkülöníthető, de a kisdedkorban oly gyakori laryngitis subglotticához hasonlóak lehetnek tünetei. Ezért, ha pseudocroup esetén a légszomj konzervatív kezelés ellenére fokozódik, kétoldali recurrensbénulásra is gondolni kell.

A recurrensbénulás *kezelésében* a szabad légutak biztosítása a legfontosabb teendő (7). Féloldali bénulás nem igényel beavatkozást. Kétoldali bénulás esetén — mivel tartós légúti szűkületre kell számítanunk — a tracheotomia a célravezető eljárás, ha a beteg a hangrésen át nem kap elég levegőt. Sürgősségi ellátáskor a conicotomia vagy intu-

bálás is szóba jöhet, de a tartós megoldás ilyen esetekben is a tracheotomia. A szabad légutak biztosítása mellett az alapbetegség kezelendő. Magát az idegbénulást alig tudjuk befolyásolni, B_1-vitamint és prednisolont szoktak adni. Ezek hatása a spontán gyógyulás lehetősége miatt nehezen ítélhető meg.

A recurrensbénulás *prognosisa* többnyire kedvező, ha az elsődleges betegség gyógyítható, vagy a kiváltó ok ismeretlen. Betegünk két hónap alatt spontán gyógyult, és két éve tünetmentes.

Összefoglalás: A szerzők kétéves gyermek kétoldali n. recurrens bénulását ismertetik. A recurrensbénulás légúti vírusbetegséghez társult. A szabad légutakat tracheotomiával biztosították. Két hónap alatt a hangszalagok mozgása visszatért, és a gyermeket dekanülálták. Két évvel a bénulás után a hangszalagok mozgása tökéletes.

Megjegyzés a korrektúránál:

A kézirat beküldése után újabb, hasonló lefolyású kétoldali n. recurrensbénulást észleltünk.

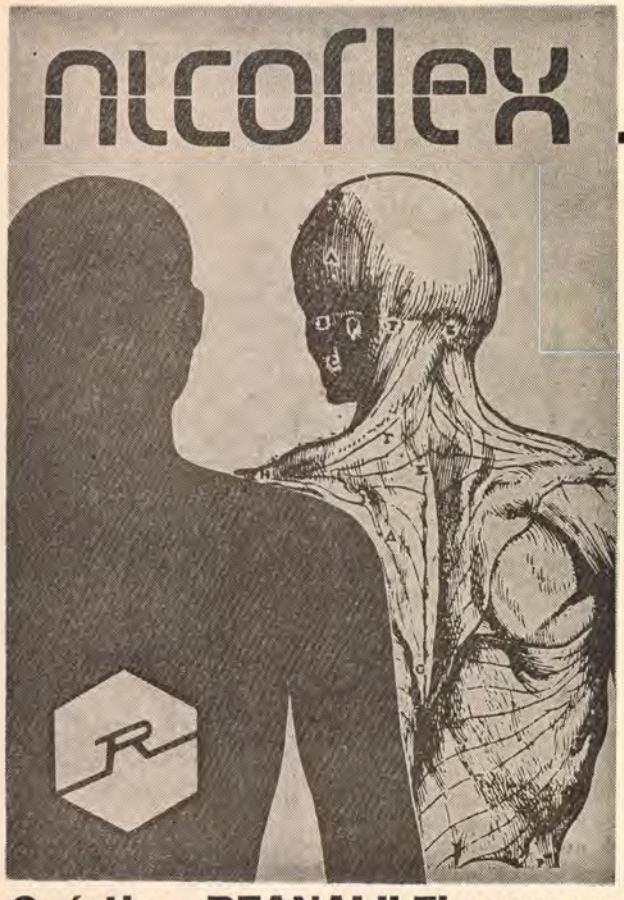
A 20 hónapos fiú délután óta nehezen vette a levegőt. Nehézlégzése fokozódott, ezért éjjel orvoshoz vitték, aki a Gyermekosztályra utalta. A kisded felvételekor ugatva köhögött, belégzési gégestridora volt. Vizsgálatakor vértelt torokképleteket, corysát, bronchitiszes zörejeket találtunk. Nehézlégzése — mint előző betegünkön is — hol javult, hol súlyosbodott. Állapota megítélését nehezítette a bal arcfél kékes színű éranyajegye és a gyakori, cyanozisig fokozódó dühroham.

Felvétele után két és fél nappal a légúti obstructio oly fokot ért el, hogy a gyermeket intubálni kellett. A légcsőből sok sűrű, tapadós váladékot szívtunk le. Másfél nap után extubáltuk. Laryngealis stridora újra jelentkezett, ezért négy nappal felvétele után laryngobronchoscopiát végeztünk. A hangszalagok vérbőek voltak, jól mozogtak. A gége nyálkahártyája gyulladt volt, oedemát nem láttunk. A hörgők gyulladt nyálkahártyáját helyenként tapadós, szürkés lepedék fedte. Újabb három napig észleltük változó fokú nehézlégzését. Négy nappal a gégetükrözés, nyolc nappal a felvétel után a kisded hirtelen erősen fulladni kezdett, ezért intubáltuk. Az intubálás során zárt hangrést láttunk, a hangszalagok mozdulatlanok voltak. A tubust a hangszalagok között át tudtuk vezetni.

A kétoldali hangszalagbénulás miatt tracheotomia inferiort, majd újabb gégetükrözést végeztünk. A hangszalagok median állásban mozdulatlanok voltak. A kisded ismételt bronchitiseken és jobb oldali bronchopneumonián esett át.

Négy héttel a légcsőmetszés után a hangszalagok jól mozogtak. Öt hét után a kanült eltávolítottuk, és a kisded zavartalanul gyógyult. Az elmúlt négy hónap alatt többször szenvedett felső légúti hurutban, ilyenkor gégéje felett belégzési stridor hallaszott. Nehézlégzése nem volt.

IRODALOM: 1. *Cavanagh, F.:* J. Laryngol. Otol. 1955, *69*, 399. — 2. *Graham, M. D.:* Laryngoscope 1963, *73*, 85. — 3. *Holinger, L. D., Holinger, P. C., Holinger, P. H.:* Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1976, *85*, 428. — 4. *Holinger, P. C. és mtsai:* J. Pediat. 1978, *92*, 368. — 5. *Kiger, J. R., Kohlmoos, H. W., May, I. A.:* Amer. J. Dis. Child. 1964, *108*, 648. — 6. *Kollár D.:* Fül-orr-gégebetegségek gyermekkorban. Medicina. Bp. 1977. — 7. *Krajina, Z., Vecerina, S.:* J. Laryngol. Otol. 1979, *93*, 81.



kenőcs **V 000 Antirheumatica**
mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:
1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylium nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:
Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishoz csatlakozó neuralgiák, krónikus polyartritis (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:
Minden gyulladás aktív szaka.

ALKALMAZÁS:
A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4—5 cm csíkot a sportoló gyúrásakor a bőrbe dörzsölünk.

MELLÉKHATÁSOK:
Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:
Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezet meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:
Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 50 g-os tubus. | **TÉRITÉSI DÍJ:** 5,— Ft/tubus

Gyártja: „REANAL" Finomvegyszergyár, Budapest

QH 1589

Pest megyei Kórház, Kerepestarcsa
Sebészeti Osztály
(főorvos: Székely Zsigmond dr.)

A temporalis regióba metastatizáló colloid golyva

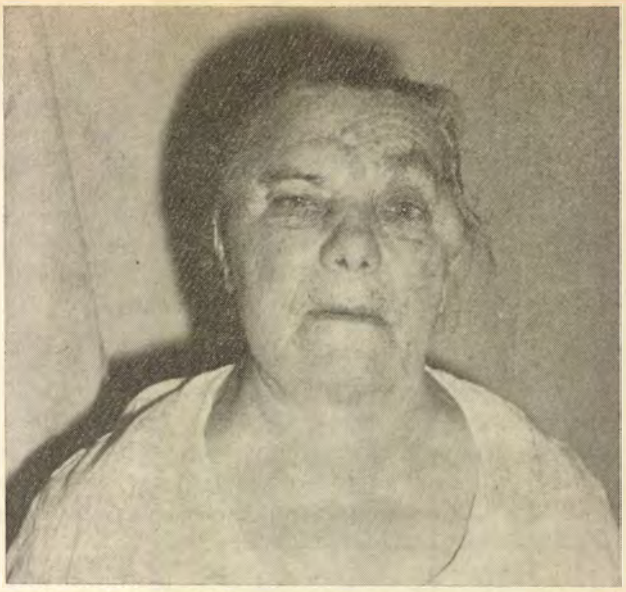
Csikós Ferenc dr.* és Kausz István dr.

Az első metastasist adó colloid struma leírása *Conheim* (2) nevéhez fűződik 1876-ból. *Langhans* (4) 1911-ben, *Beregi* (1) 1967-ben a colloid strumát malignus, ill. az enyhe malignitást mutató tumorok közé sorolja. Szemben velük *Kellner* (3) áttéteket adó, de jóindulatú daganatnak tartja.

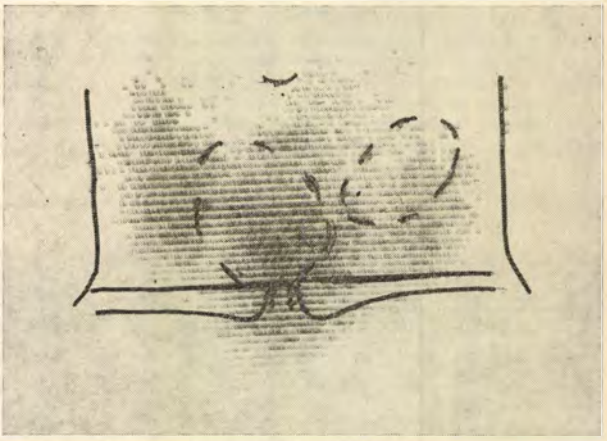
Esetismertetés

S. J. 73 éves nőbeteget tumor capitis diagnosissal utalták osztályunkra. Elmondása szerint 10 hónapja vette észre, hogy a jobb halántéktáján „csomó" keletkezett, majd néhány hónappal később a bal oldalon is hasonló daganatot észlelt. A későbbiekben mindkét területnek megfelelően időszakosan jelentkező hasító fájdalmat érzett. *Anamnesiséből:* Mk. o. visszérműtét, uterus exstirpatio (myoma miatt), valamint magas vérnyomás betegség érdemel említést. *Statusából:* Kp. fejlett, jól táplált nőbeteg. A bal oldali temporalis regióban kb. 4×4 cm nagyságú, a jobb oldalon 6×6 cm-es porckemény, nem mobilis resistencia tapintható *(1. ábra).* A pajzsmirigy bal lebenyének proximális részében, valamint a jobb lebenyben is 6×4 cm nagyságú, porckemény göb észlelhető. A puha, betapintható hason alsó medián laparotomia per primam gyógyult hege látható, kóros resistencia vagy nyomásérzékenyég nem tapintható.

Laboratóriumi leleteiből: Kóros a 40 mm/h süllyedésen kívül nem volt. Koponya rtg.: a koponyacsontokon destrukcióra utaló elváltozás nem látható. *Nyelési rtg.:* A nyelőcső a C VII—D III. csigolya magasságában jobbra 2 h. u. dislocált és az eredeti lumennek mintegy felére komprimált. *Trachea felvétel:* A trachea a 2 h. u. jobbra dislocált és a lumen beszűkült. *Mellkas rtg.:* A megnagyobbodott strumaárnyékon kívül egyéb kóros nem látható. Idegsebészeti konzílium szerint a status, valamint a radiológiai leletek alapján a kétoldali temporalis folyamat független a központi idegrendszertől, ezeket extracranialis elváltozásoknak kell tartani. A kivizsgálás után a jobb oldali temporalis tumorból próba excisiót terveztünk. *Műtét:* Hosszanti metszésből hatoltunk be a regio temporalisnak megfelelően. A fascia temporalis és a musculus temporalis rostjai alatt a csonttal összekapaszkodó, igen vérbő daganatot találtunk. *Szövettan:* A feldolgozott babnyi képlet pajzsmirigy szövetből állott. Az acinusok középtágak, hámbélésük szabályos középmagas köbhám. A lumenben egyneműen festődő anyag van. Az állományon belül keskeny tokkal határolva kicsiny acinus átmetszetek láthatók, ezeket is szabályos hám béleli, de a lumenekben kevesebb a kolloid. Az elváltozás szövettanilag benignus. Az eset további tisztázása céljából izotóp vizsgálat történt. Scintigraphiás felvételen szabály-



1. ábra: A bal oldali temporalis regióban kb. 4×4 cm nagyságú, a jobb oldalon 6×6 cm-es porckemény, kötött resistencia látható

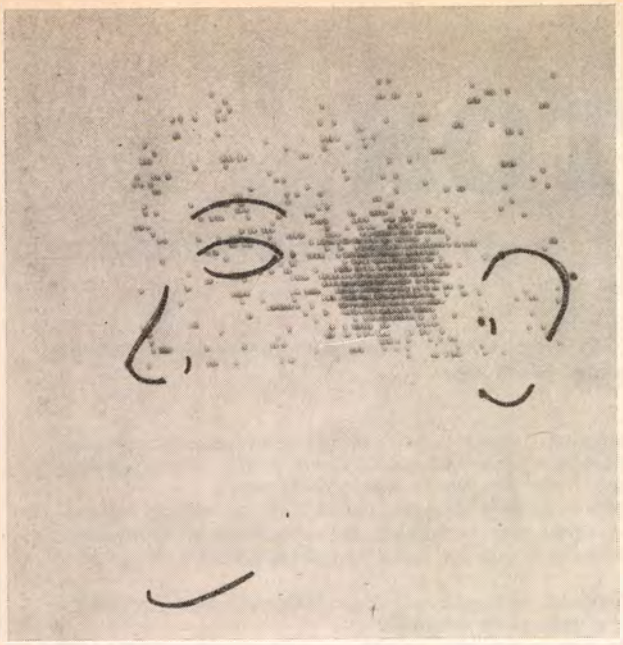


2. ábra: A pajzsmirigy scintigraphiás képe



3. ábra: A jobb oldali temporoparitealis terület scintigraphiás vizsgálatánál látható, hogy a műtéti hegvonal felett almányi, jódot kötő szövet mutatható ki

* *Jelenlegi munkahely:* Péterfy S. u. Kórház Általános Sebészet.



4. ábra: A bal oldali temporoparitealis területen scintigraphiás vizsgálattal diónyi jódot kötő szövet mutatható ki

talan alakú, minden irányban megnagyobbodott pajzsmirigy vetület látható. A mirigy alsó pólusa 2. h. u.-val a jugulum alá ér. A bal lebeny cranialis részén észlelhető göb vetületében az aktivitás szint a környező részeknél alacsonyabb, ún. „hideg göb". Ettől medialisan is igen alacsony és kissé egyenetlen az aktivitás eloszlás. A nyak jobb oldalán tapintható tojásnyi göb ún. „meleg göb" *(2. ábra)*. A jobb és bal temporoparietalis terület scintigraphiás vizsgálatánál azt látni, hogy jobb oldalon a műtéti hegvonal felett kb. almányi, bal oldalon kb. diónyi jódot kötő szövet mutatható ki *(3. és 4. ábra)*. A beteg a megajánlott strumectomiába nem egyezett bele, és saját felelősségére távozott.

Megbeszélés

A műtéti lelet, a csonttal összekapaszkodó vérzékeny szövet, tumor lehetőségét vetette fel, bár a radiológiai vizsgálat alapján a koponyacsont struktúrájában nem volt eltérés. A histológiai eredmény (benignus struma szövet) a sebész és a pathológus számára egyaránt váratlan volt. A pathológus a szokatlan lokalizáció miatt ismételt kimetszést javasolt. A végleges diagnosis az izotóp vizsgálattal került kezünkbe, mely a temporalis regióban elhelyezkedő szövet jódizotóp kötését igazolta. A beteg az ajánlott pajzsmirigyműtétet elutasította, így az izotóp vizsgálattal észlelt „hideg göb" nem kerülhetett szövettani vizsgálatra. Tűbiopsiás vizsgálat nem történt. A metastatizáló colloid golyva therapiája elsősorban a műtét. Amennyiben feltételezhető a metastaticus eredet — „hideg göb" az izotóp vizsgálatnál — úgy a nyaki pajzsmirigy resectiója és természetesen a metastasis(ok) eltávolítása is szükséges. Abban az esetben, ha radikális műtét nem végezhető technikailag, vagy a beteg kora, általános állapota a beavatkozást kontraindikálja, úgy rtg. besugárzás, ill. izotóp kezelés szükséges.

Betegünk egy évvel a próbakimetszés után részesült jódizotóp therapiában. Ezen ideig visszautasított minden kezelést. Két évvel később intercurrens betegségben otthonában elhalálozott. Kórboncolás nem történt, így a pajzsmirigy-elváltozás szövettani feldolgozásra nem kerülhetett.

Összefoglalás: A szerzők a temporalis regióba metastatizáló colloid struma esetüket ismertetik. Betegük az egyik oldali temporalis regio biopsiájába egyezett bele, így strumaműtét nem történt. Therapiás lehetőségként rtg, ill. jódizotóp kezelés történt. Az esetet az teszi közlésre érdemessé, hogy a mestastasis szokatlan elhelyezkedésű és izotóp diagnosztikával kimutatható volt.

IRODALOM: 1. *Beregi E. és mtsai:* Malignant Tumors of the Thyroid Gland. Akadémia Kiadó Bp. 1967. — 2. *Conheim, J.:* Virchows pat. Anat. 1876, *68*, 547. — 3. *Kellner B.:* Die Ausbreitung des Krebses, Invasion und Metastasierung. Akadémia Kiadó Bp. 1971, 151. — 4. *Langhans, Th.:* Virchows Arc. Path. Anat. 1911, *206*, 419. — 5. *Rigler A.:* Magyar Sebészet 1955, *8*, 379. — 6. *Rubányi P.:* Arch. Chir. 1948, *3*, 3.

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 insufficientiában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.
Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotaiban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.
Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.
Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.
Különböző eredetű lágyrészvizenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).
Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).
Az arteriás rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatios 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 therápia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).
Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3 × 1–2 kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:
Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.
A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

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

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula, térítési díja: 31,80 Ft.
20 ampulla, térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN

ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

A születési arisztokrácia súlya és a származási téveszmék gyakorisága a Monarchia társadalmában

A szociálpsychiátria történeti irányzatú kutatásainak egyik legérdekesebb területe a *korspecifikus* témájú vagy vonatkozású tünetegyüttesek és kórformák feltárása, továbbá ezeknek az adott kor jellegzetes társadalmi-ideológiai viszonyaival való egybevetése és értelmezése.

Osztrák—Magyar Monarchia időszakából származó nagy számú psychiátriai kórlap tanulmányozása után megállapítható, hogy többféle ilyen *korspecifikus* tünetegyüttes is létezett (13). Ezek közül kiemelkedő fontosságúak a származási téveszmék, a kórképek viszonylatában pedig az ún. *„genealógiai paranoia-formák"*. Utóbbiak jellemzője, hogy vezető tünetegyüttesként fordul elő bennük *„az előkelő származás-kicseréltetés"* témakörével kapcsolatos téveszmerendszer. Fontosságukat egyrészt gyakori előfordulásuk, másrészt az a körülmény magyarázza, hogy tulajdonképpen ezek azok a psychopathológiai syndromák — ill. kórformák —, amelyekben a dualizmus kori magyar társadalom jellegzetes értékrendje és értékorientációja a legauthentikusabban és legszemléletesebben jelenik meg.

A származási téveszmék, valamint a genealógiai paranoia-formák gyakorisága és jelentősége a Monarchia időszakában a korabeli psychiátriai kézikönyvek leírásaiból és az akkori kórtörténetek tömeges elemzéséből egyaránt kitűnik.

Az 1867 és 1918 között megjelent — sőt még a két világháború közötti időben publikált — jóformán valamennyi hazai elmekórtani tankönyv és monographia részletesen foglalkozik e témával. *Salgó J., Moravcsik E. E., Konrád J., Schaffer K., Hercz O.* stb. műveikben kiemelt fontossággal tárgyalják a synonym értelemben hol *„származási"*, hol *„genealogiai"*, hol *„originarius"*, hol pedig *„filiációs"*-nak mondott nagyzási téveszméket, valamint az ezekkel jellemzett paranoia-formákat.

Salgó J. (15) szerint a nagyzási, valamint az üldöztetési téveszmék gyakran egymástól teljesen függetlenül, ún. „elsődleges" jelleggel keletkeznek — mely esetben kóros agybeli folyamatok által *közvetlenül* létrehozott produktumok —, s csak a későbbiekben szövődnek össze logikailag *„kicseréltetési tünetegyüttessé"*. *Moravcsik E. E.* (11) is utal erre: „A téves eszmék minden kimutatható ok nélkül (délire d'emblée) is keletkezhetnek ... Ilyenek különösen az eredetre vonatkozók, amidőn a betegben lassanként azon gondolat ébred, hogy előkelő királyi, hercegi, grófi család sarja, s még gyermekkorában valami intrika következtében kicserélték, s ily módon alacsonyabb sorsú, nem a valódi szülők körében nevelkedett fel." És: „... az ilyen betegek gyakran különféle családfákat szerkesztenek, származásukat nagy ősöktől vezetik le ..." (11) *Schaffer, K.* (16) a *„paranoia genealogica"* tüneti ismérvét szintén a makro- és mikromán színezetű téveszmék jellegzetes társulásában látja: „A származási paranoiában szenvedő egyén azt tartja, hogy magasabb társadalmi körből származik, grófi, hercegi, királyi család sarja és csecsemő korában cserélték el valami politikai, vagy más cselszövény következtében. Ezen az alapon azután a beteg személyisége egészen átalakult, előkelő egyénnek, hercegnek, uralkodónak tartja magát és eszerint viselkedik."

Idevonatkozólag a dualizmus korai hazai kórrajzanyagokban található számos és szemléltető példa közül csak kettőt idézek: egy vértessomlói születésű, 32 éves, s a fővárosba felkerült hajadon takarítónő, akit *„Heveny zavarodottság"* diagnózisával 1904-ben vettek fel a lipótmezei állami elmegyógyintézetbe, azt emlegette, hogy apai ágról alighanem az uralkodóházzal, anyai ágról az Eszterházyakkal rokon. Állítása szerint az újságokban is talált már többször erre vonatkozó megjegyzéseket, de a nevek mindig el voltak ferdítve. Saját magát Ferenc József császár leányának tartotta, akit azonban a cigányok elloptak Tatáról, majd sváb leányt csináltak belőle stb. A másik beteg, S. M., 34 éves hajdúdorogi kereskedő *„Tébolyodottság"* kórisméjével 1897-ben került a Nagykállói Országos Tébolydába. Felvételekor azt hangoztatta, hogy ő Ferenc József fia, talán kicserélték őt, úgy kerülhetett Dorogra, nem biztos, hogy az anyja a valódi szülője stb.

Előfordulhat, hogy kezdetben csak kóros vonatkoztatások, megkárosítási és üldöztetési téveszmék szerepelnek, s csupán a kórfolyamat előrehaladtával csatlakoznak azután ezekhez a vélt üldöztetést magyarázni hivatott nagyzásos tartalmak. Nevezetesen, a betegben mindinkább az a meggyőződés alakul ki, hogy azért mellőzik, üldözik őt a családi körön belül, mivel ő tulajdonképpen főnemesi származású, s a neki kijáró rangtól, hatalomtól, anyagi javaktól kívánják elütni őt. Erre utalnak *Salgó J.*-nak (14) a — rendszerint a pubertáskori jellegzetes önértékeléssel párhuzamosan kifejlődő — *„originaer tébolyodottság"*-ot leíró sorai: „... ezen betegeknél a szülőik ellen való indulatosságuk mögött föl-fölmerül az ezen állapotot majdnem jellegző ‚kicseréltetési delírium' ... szüleikben jogbitorlókat, ellenségeket látnak, akik vesztükre törnek ... hova tovább határozott alakban nyilvánítják azon gyanút, hogy ők tulajdonképpen nem

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozatának 1980. évi tudományos ülésén Esztergomban, június 10-én elhangzott előadás alapján.

ezen szülők gyermekei, hogy el lettek rabolva, ki lettek cserélve, hogy magasabb származásúak." *Konrád J.* (8) még hozzáteszi, hogy ezek a betegek visszaemlékezve gyermekkorukra, úgy találják, hogy már akkor „... ‚különös' bánásmódban részesültek szüleik és testvéreik részéről, nem is voltak azok igazi szülők és testvérek ..."

Ismét máskor a téveszmék „... az álomból való közvetlen átvitelből" (10) származnak. A nagyzásos téveszmék pedig igen gyakran a premorbid személyiség „álmodozásaiból". *Herez O.* (7) világosan utal erre: „A nagyzási téveszméket mutató betegnél ... kezdetben csak titkolt nagyravágyás, nagyratörő tervek, remények és légvárak délibábja tölti be a már akkor beteg lelket, és a szilárd nagyzási téveszme ebből fejlődik ki, mint a csírázó magból a terebélyes fa."

S mivel a Monarchia társadalmában a születési arisztokrácia birtokolta az élet feudális dimenziókban mért, úgyszólván korlátlan teljességét — vagyis a valódi előkelőséget, a politikai hatalmat, a nagybirtokon nyugvó gazdagságot és a fényűző életmódot —, ezért kézenfekvő, hogy a mágnásvilág képezte első helyen úgy a normális álmodozás, mint a pathológiás fantáziálás tárgyát.

Megmutatkozott ez a különböző kórképekben előforduló — így főként a paralysis progressiva expansiv formáiban, a mániás phasisokban és a paranoid kórformákban jelentkező — és az arisztokráciával kapcsolatos megalomán téveszmék kiemelkedően magas számában. Saját kutatásaink (12) korábbi adatai szerint pl. 3136 nagyzásos téveszme közül — melyeket 1200 beteg korabeli kórtörténeteinek az átvizsgálása során találtunk — 796 volt kapcsolatos az arisztokráciával, az előfordulási gyakoriság sorrendjében az összes többi megalomán téveszmeféleséget megelőzve (25%). Ezeken belül is 468 utalt vélt főnemesi származásra vagy rokonságra. (A nőknél 288, a férfiaknál 180 ilyen kóros tartalmat írtak le.)

Szemléletesen jelenítik meg e téveszmeféleségeket a következő kórtörténetek:

Z. F. 43 éves debreceni ügynök neje *„Tébolyodottság"* miatt 1875-ben a lipótmezei Országos Tébolydába lett felvéve. Kórrajzából idézve: „A beteg különféle téveszméket nyilvánít, hogy ő nem izraelita, grófi családból származik, s javaitól megfosztatott és hogy azokat ne is szerezhesse vissza, megmérgeztetésnek van kitéve." Érdekes továbbá, hogy a megalomán származási ambíciók nemegyszer olyan erőseknek bizonyultak, hogy a kor szigorú erkölcseivel egyáltalán nem törődve, s a kellő szégyenérzetet mellőzve, a társadalmi konvenciókat sértő formában nyilvánultak meg. Így pl. S. F.-né 53 éves *„Alkoholos és hystériás elmezavarban"* szenvedő budapesti MÁV jegykezelőnő 1910-ben a főorvosának titokban azzal dicsekedett, hogy ő törvénytelen származású, lehet, hogy Károlyi vagy Zichy gróftól származik, de ez titok. Az anyja, aki kegyelmes asszony, és hintón jár, szintén fogadott gyermek volt stb.

A kor psychopathológiájára vonatkozó kutatási tapasztalataim szerint azonban az arisztokrácia irányában mutatkozó kóros értékorientáció korántsem korlátozódott a szoros értelemben vett *„leszármazási"* téveszmék produkciójára, de a vérségi kapcsolatok további két relációjának a feltételezésében is megnyilvánult. Így pl. a betegek gyakran — a *„leszármazás"*, vagyis a *„felmenő ágon"* történő kóros vonatkoztatás mintegy fordítottjaként — azzal dicsekedtek, hogy az ő leszármazottjuk *(„lemenő ág")* arisztokrata, vagy hogy az ő testvéreik, közelebbi vagy távolabbi *rokonaik („oldal-ág")* főnemesek. (Érdemes megjegyezni, hogy a psychiátriai tünettani nomenclatura mind a mai napig csupán a *„leszármazással"* kapcsolatos kóros meggyőződés jelölésére rendelkezik külön szakkifejezéssel, lásd *„genealogiai"* téveszme.)

Az alábbi esetek az arisztokráciához való tartozás vágyának a *„lemenő"* és az *„oldalágon"* jelentkező kóros manifesztációit példázzák:

Egy 29 éves, Vas megyei születésű és illetőségű paranoiás nőbeteg, asztalos neje, 1911-ben történt hospitalizációjakor ezeket mondotta: „... gyermekeim a trónörököstől vannak ..., egyik fiam trónörökös, a másik miniszterelnök lesz ... ellenségeim azonban engemet is, és a gyermekeimet is el akarnak emészteni ..." — B. F., 60 éves Nógrád megyei földbirtokosné *„Őrültség"* kórismézjével 1872-ben lett felvéve a lipótmezei „Országos tébolydába". Kórrajzában a következők olvashatók: „Magát a miniszterrel, gróf Andrássyval rokonságban levőnek tartja ... több kitűnőséggel, így gróf Telekivel is rokon ... stb."

A geneologiai témák gyakorisága nem tűnik meglepőnek, ha figyelembe vesszük hazánk Monarchia korabeli gazdasági-társadalmi szerkezeti sajátosságait, s az arra épülő szociális presztízst.

Ezt a struktúrát lényegében kétarcúnak, vagyis a termelési módot tekintve *agrár-ipari* profilúnak, a társadalmi felépítést illetően pedig *feudál-kapitalista* jellegűnek írják le történelemkönyveink. *„E kettős struktúra a közép-kelet-európai — és alkalmasint különösen a magyar — társadalomfejlődés sajátos vonása volt."* (5). Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy e kettősségen belül továbbra is dominált az agrár profil, s ezzel összefüggésben a feudális elem. *„Az arisztokrácia és a nemesi nagybirtokos réteg megőrizte exkluzivitását, el nem vitatott vezető szerepét, tradicionális életformáját ... ők maradtak továbbra is az uralkodóosztály, belőlük került ki a politikai vezető réteg túlnyomó része."* (6, 4) *Diner-Dénes J.* is az 1867 utáni Magyarországot *„arisztokrata államnak"* nevezi, amelyben az iparfejlődés ellenére is a főnemesség az új állam abszolút ura maradt.

A latifundiális arisztokrácia kb. 1200 családot tömörítő, viszonylag kis létszámú csoportján belül is eléggé kifejezett hierarchikus tagozódás mutatkozott, részben a főnemesi eredet régisége, a származás patinája, részben a latifundiumok nagysága alapján, részben pedig az udvarral fenntartott kapcsolatok szorosságától és intimitásától függően. Szellemes hasonlattal utal erre *Gr. Bossi—Fedrigotti, A.* (1), aki a Monarchiában az udvart és a főúri világot olyan *„zárt házként"* írja le, melynek különböző *„emeletei"* vannak: „A társadalmi szintek, avagy szemléletesen kifejezve Ausztria—Ma-

gyarország felső tízezrének a szalonjai, különböző emeletekre oszlanak. A legfelsőt képezi az udvar. Az alatta levőn találhatók a magas arisztokrácia tagjai, vagyis azok a főurak, akik zárt, vagy legalábbis kilenc- vagy hétágú koronát viselnek, s akiket Bécsben és a Monarchia nagyvárosaiban ‚elsőosztályú' társaságnak neveznek ... Még egy szinttel lejjebb foglal helyet az ún. „másodosztályú főnemesek" társasága, akiknek az elődei a főnemességet legfeljebb Mária Terézia, vagy II. József császár idejében szerezték meg katonai vagy hivatali szolgálatuk érdemei alapján ... Az ipar, a kereskedelem és a tudomány lendületes fejlődése azután egy egész sor osztrák és magyar nagytőkés, s ‚ipar-kapitány' részére hozta meg a bárói vagy a lovagi rangot ..."

Mi sem bizonyítja jobban kiváltságos helyzetüket, s ennek a közvéleményben való magasra értékelését, mint az, hogy a szellemileg normális kortársak álmodozásainak és ambícióinak is kedvelt témája, illetve gyakori célkitűzése volt az uralkodó kegyéből valamelyik főnemesi rang elnyerése, s ezáltal az arisztokrácia zárt világába való bejutás.

A *„főnemesítés"* e fonák oldalait és a felfutó gazdasági élet parvenüinek címkórságát leplezi le és támadja maró iróniával *Buday B.* (3): „Báró úr ... kicsiny méltóságos ... hát csak azt mondja meg mibe került? ... Valóban az lesz a magyarázat, hogy Ön luxuscikknek tekinti a báróságot, mely a jómódból kerül elő, mint a díszhintó és a legújabb kép a nagy szalonjában ..." stb.

A Monarchia korabeli származási téveszmék és paranoia-formák egyedülállóan sajátos társadalomtörténeti vonatkozása és kimagaslóan korspecifikus jellege éppen a következő szempont megvalósulásában rejlik: azt, az egyébként áthághatatlan űrt, ami a feudális szerkezetű és értékrendszerű társadalomban a születési arisztokrácia és az egyéb osztályok között húzódik, a betegek vágyálmaikban, téveszméikben mégiscsak megpróbálták áthidalni. Így tehát genealogiai téveszméik teljesen irreális és kóros fantáziavilágában a *„leszármazás"* vagy a *„rokonság"* feltételezése révén végül is megteremtették a képzeletbeli alapját annak, hogy bejussanak abba, a családfáikat számon tartó, házasodási tilalmakkal körülbástyázott és szigorúan zárt *valódi* főnemesi világba, ahová egyébként sem tehetség, sem szorgalom, sem politikai ügyeskedés révén bejutni nem lehetett. E genealogiai kórformák ilyen értelemben az alulról jövő osztályoknak az uralkodó elit születési előjogaiban, s az ezekhez kapcsolódó gazdagságában való részesedési óhaját fejezik ki, azonban pathológiás formában, kóros dimenzióban. Bizonyára ebben áll mélyebb társadalomtörténeti jelentőségük.

Hazánkban a két világháborút követő nagy szociális átalakulások és átrétegeződések következtében a születési arisztokrácia mind többet vesztett társadalmi súlyából és presztízséből. Ennek megfelelően mind ritkábbá váltak a *„származási"* téveszmék. A napjaink elmekórformáira vonatkozó kultúrpsychiátriai kutatásokat összegezve, igazat kell adnunk *Bleuler, E.* (2) alábbi megállapításának: *„A modern társadalomban, amelyben a születési előjogok többé már nem játszanak jelentős szerepet, a genealogiai paranoia-formák is mind ritkábban fordulnak elő."*

IRODALOM: 1. *Graf Bossi Fedrigotti, A.:* Kaiser Franz Joseph I. und seine Zeit. Ringier & Co. A. G., Zürich/München, 1978, 186. — 2. *Bleuler, E.:* Lehrbuch der Psychiatrie. (Zehnte Auflage) Springer Verlag, Berlin, 1960, 455. — 3. *Buday B.:* Magyar problémák. Pátria Rt., Budapest, 1917., 47—49. — 4. *Diner-Dénes J.:* La Hongrie. Oligarchie, Nation, Peuple. Éd. Marcel Rivière, Paris, 1927, 130—131. — 5. *Hanák P., Laczkó M., Ránki Gy.:* A magyar társadalomfejlődés sajátosságai Magyarországon a kapitalizmus korában. — In.: Vita Magyarország kapitalizmus kori fejlődéséről. *(Szerk.: Spira Gy.)* Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971, 38. — 6. *Hanák P. és mtsai:* i. m., 35. — 7. *Hercz O.:* Gyakorlati törvényszéki elmekórtan. Novák R. és Társa Könyvkiadóvállalat. Budapest, 1929, 126. — 8. *Konrád J.:* Az elmekórtan gyakorlatilag fontos tételei, tekintettel a közigazgatásra. Mai Henrik és Fia Kiadása. Budapest, 1915, 61. — 9. *Konrád J.:* i. m., 24. — 10. *Moravcsik E. E.:* Elmekór- és gyógytan. Universitas Rt. Budapest, 1922, 134. — 11. *Moravcsik E. E.:* i. m., 277—278. — 12. *Pisztora F., Farkas J.:* A Monarchia eszmevilágának tükröződése a pszichopathológiában. I.: A nagyzásos téveszmékben megnyilvánuló társadalmi ambíciók 1867 és 1918 között. (1200 kórlap történeti aspektusú kultúrpsychiatriai elemzése alapján.) — A Magyar Pszichológiai Társaság IV. Nagygyűlésén, Budapesten, 1975. november 18-án tartott előadás kézirata. — 13. *Pisztora F.:* A történeti szocio-kultúrpsychiatriai kutatások jelentősége és haszna az általános psychopathológia számára. — A Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiátriai Szekciójának III. Tudományos Ankétján 1978. augusztus 21-én tartott előadás kézirata. — 14. *Salgó J.:* Az elmekórtan tankönyve. Franklin Társulat. Budapest, 1899, 301. — 15. *Salgó J.:* i. m., 59. — 16. *Schaffer K.:* Az elmebetegségek és a kapcsolatos idegbetegségek kórtana. Novák R. és Társa Könyvkiadó-vállalat. Budapest, 1927, 146.

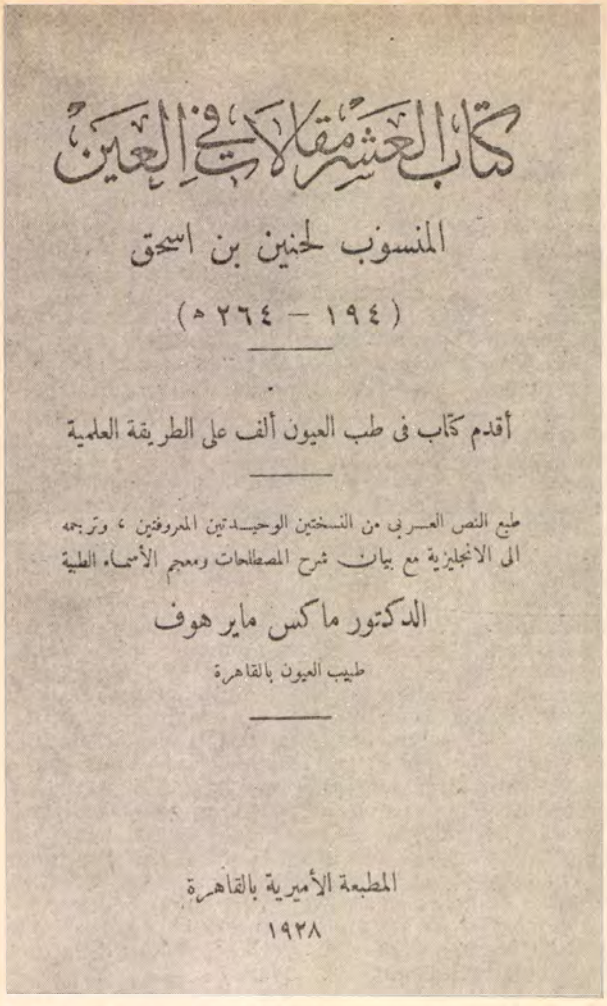
Pisztora Ferenc dr.

Arab triangulum

E háromszög oldalai nem egyenlőek, de csúcsai kimagasló pontokat jelölnek az orvostudomány történetében. A csúcsok névadói mindannyian örökké maradandót alkottak, orvos-polihisztor voltuk magáért beszél. Mindhármójuk művei világosak és áttekinthetők, mint a háromszög geometriája.

I. Hunain

A hirai (Mezopotámia) születésű Hunain (Abu Zaid Hunain ibn- Is-haq al-Ibadi) apja gyógyszerkereskedő volt. Fiát a híres Gunde-Shapur-i orvostudományi akadémián taníttatta. Az ifjú tanára, a nagy tekintélyű Yahya ibn Masawaih gőgös magatartása miatt azonban elhagyta az iskolát, s több évet a görög nyelv tanulmányozásával töltött. Később, Bászrában arab és perzsa nyelvvel foglalkozott. 826-ban Bagdadba ment, ahol Gibra'il Bakhtisu (a kor híres keleti udvari orvosainak talán legismertebb tagja) szolgálatába állt, aki al-Ma'mun kalifa háziorvosaként tevékenykedett. Az ekkor 17 éves Hunain itt fordította le Galenos három művét szír nyelvre. Patrónusa, Gibra'il


كتاب العشر مقالات في العين

المنسوب لحنين بن اسحق

(٢٦٤ - ١٩٤ هـ)

أقدم كتاب فى طب العيون ألف على الطريقة العلمية

طبع النص العربى من النسختين الوحيدتين المعروفتين ، وترجمه الى الانجليزية مع بيان شرح المصطلحات ومعجم الأسماء الطبية

الدكتور ماكس مايرهوف

طبيب العيون بالقاهرة

المطبعة الأميرية بالقاهرة

١٩٢٨

1. ábra: Hunain „Tíz értekezés a szemről" c. könyvének 1928-as, arab nyelvű, cairói, facsimile kiadásának címlapja

Bakhtisu el volt ragadtatva tanítványa nyelvi képességeitől, s javasolta őt az uralkodó akadémiai könyvtára főintendánsának. A kalifa orvosának halála után, annak fia lett a fiatal Hunain támogatója, aki ez idő tájt Galenos 13 művét fordította le az új kalifa, al-Watiq számára, majd ógörög kéziratok fellelése érdekében Mezopotámiába, Szíriába és Egyiptomba utazott.

Az újabb monarcha, al-Mutawakkil uralkodása alatt (847—861) Hunain már fordítóként és orvosként egyaránt dicsősége csúcspontján állt. A tudós kollégáinak besúgásai megingatták az amúgy is gyanakvó természetű kalifa Hunainba vetett hitét, s úgy döntött, hogy kipróbálja a nagy tudású orvost. Megparancsolta neki, hogy készítsen mérget ellenségei számára. Hunain ezt megtagadta, miért is egyévi börtönnel büntették. Nem sokkal kiszabadulása után patrónusa, vagy más feltételezések szerint egy nestorianus orvos eretnekséggel, az ikonoclastikus mozgalomban való részvétellel vádolta meg. Ezt megtudva, a kalifa arra kényszerítette Hunaint, hogy jelenlétében a Szűz képmására köpjön, majd kiszolgáltatta őt a nestorianus hitközségnek, mely időről időre megkorbácsoltatta, megfosztotta javaitól és bebörtönözte. Börtönbüntetésének negyedik hónapja után azonban egyik szerencsés orvosi beavatkozása révén visszanyerte al-Mutawakkil bizalmát, visszakapta neveit, címeit, sőt ellenségeit 10 000 drachma megfizetésére kötelezték Hunain számára. 858-ban a már említett vád miatt száműzték. Ez időtől fogva csak fordításokkal foglalkozott, mely munkában fia, unokaöccse és tanítványainak csapata is segített. 877 decemberében halt meg.

Hunain a fordítás és a gyógyító munka mellett nyolc fizikai-asztronómiai tárgyú művet is írt. Más tudományágakban, logikában, s a logikai szintakszisok tanulmányozásában is kimagaslott. „Hunain ibn Is-haq munkássága nélkül a bagdadi iskola elképzelhetetlen lenne" (15). Jeleskedett az Abasszida királyi ház történetének megírásában és theológiában is. Nevéhez fűződik az Ótestamentum görögről arabra fordítása, s egy görög—szír szótár megszerkesztése is. Kimagasló orvostörténeti jelentőséggel bír az a tény, hogy az első rendszeres szemészeti tankönyvet Hunain írta, „Tíz értekezés a szemről" (Kitab al'ashr Maqalat fi'l-'Ain) címmel. Külön munkaként jelent meg a „Szembetegségek sebészi ellátása" (Ilaq Amrad al-'Ain bi'l-Hadid), mely ibn Abi Usaibi — a legteljesebb Hunain-bibliográfia összeállítója szerint a tizenegyedik értekezés. „Hunain e nagy jelentőségű művében semmi sincs Hippokratesz koncepcióból azok kivételével, melyeket Galenosz vitt át. Viszont Galenosz anatómiájának minden tévedését ismétli" (6). Ugyancsak egyetért Hunain Galenosz teleologikus elméletével, mely szerint minden a testben meghatározott célt szolgál. Véleménye szerint a szemlencse a szemgolyó középpontjában helyezkedik el, s a látás fő szerve. A „látólélek" folyama mozog az agyból a szembe, a szemlencsébe és a pupillába. A pupillát az irisen található nyílásként lokalizálja. Az elveszett galenoszi „Szembetegségek diagnózisa" szolgált alapul a „Szembetegségek tüneteiről" c. értekezésnek. Ebben Hunain részletesen kitért a conjunctiva betegségeinek szimptómáira. Az ophthalmiák leírásakor foglalkozott a cornea vascularisatiós homályával, mely pannus (az értartalmú kötőszövet ráterjedése a szaruhártyára) néven vált ismertté. E pathológiát korábban nem írták le az arabok, de kirsophthalmia (ophthalmia varicosa) néven ismerték a görögök. A szemhéj betegségei közül Hunain kilencet sorolt fel, amikor a híres ar-Razi „el-Hawi"-jában csak négyet említ. A könyv e fejezetében került leírásra a könnyvezeték három és a cornea hat betegsége, mely fekélyének hét változatát tárgyalja. Részletes elemzés alá vonta a pupilla contractiójának és dilatatiójának mechanismusát, majd a hályog-diagnózis sajátságait taglalta. Leírta a látóideg obstructióját, a szemizmok egyes betegségeit. Az utolsó előtti értekezésben Hunain visszatér a hályogok gyógykezelésére, leírja a hályog-discissio általa helyesnek vélt módszerét. A záró értekezés témája az egyes szemkenőcsök és collyriumok alkalmazása. Hunain műve nem kizárólag eredeti megfigyeléseken alapszik, azonban rendszeressége, áttekinthetősége korának legjelentősebb ophthalmológiai tankönyvévé teszi.

OVIDON®

tabletta



OVIDON®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

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

HATÁS

Az OVIDON két komponensű, oralisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyagtartalma 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 elkezdeni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

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 lactatio és intolerantia.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek.
Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS ✠

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

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

CSOMAGOLÁS

21 tabletta. Térítési díj: 2,20, Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



II. ar-Razi
(Rhazes)

Abu Bekr Muhammed ibn Zakariyya ar-Razi születésének és halálának időpontjára vonatkozóan a különböző kutatók különböző adatokat jelölnek meg (1, 3, 8, 11, 9). ar-Razi fiatalon igen jó filozófiai, filológiai és matematikai képzést kapott, s mindezek mellett tehetséges citerás, mellékesen hivatásos pénzbeváltó is volt. Harmincéves lehetett, mikor egy bagdadi kórházban tett látogatása után elhatározta, hogy orvos lesz. Tanítója ibn Zein el-Tabari, zsidó orvos volt. ar-Razi tehetsége révén először Raiyban (Perzsia), majd Bagdadban lett kórházigazgató. Orvosként és tudósként egyaránt sokat és sokoldalúan tevékenykedett. Különösen termékeny író volt. Ismert műveinek száma mintegy 200, melyek között a 140 orvosi munkán kívül matematikai, fizikai, kémiai, csillagászati és filozófiai műveket is találhatunk. Érdekességként tartják számon könyvét a vadállatok és hüllők betegségeiről („Liber de morbis ferarum et reptilium"). Két nagy terjedelmű munkája az „el-Hawi" és az „el-Mansuri". Az „el-Hawi" „Continens" vagy „Orvosi gyűjtemény" címen is ismert és nagyszerű összegzője a korábbi idők orvosi munkáinak, valamint ar-Razi ezekhez kapcsolódó megfigyeléseinek. Az „el-Mansuri" („Liber Almansoris") c. műve az al-Manszur hercegnek ajánlott tízkötetes könyv.

A tíz kötet közül legismertebbé a kilencedik vált, mely egy speciális therapia, s a középkor egyik legelterjedtebb orvosi műveként sokszor nyomtatták és kommentálták.

„ar-Razi orvostudományi elméletében a test és a lélek közötti szoros kapcsolat elismeréséből indul ki. Azt mondja, hogy mivel a beteg szenvedése és lelkiállapota visszatükröződik arcán, már ez egymagában elegendő ahhoz, hogy meggyőződjünk a lélek és a test közötti reális kapcsolatról. Véleménye szerint az érzék kelti fel bennünk az anyag tudatát. Az élő anyag megfigyelése során jut el gondolkodásunk ahhoz, hogy létezik a lélek . . ." (8).

ar-Razi nem fogadta el minden feltétel nélkül a galenoszi-hippokrateszi elveket. Az „el-Mansuri"-ban például így írt: „Bármennyire is tisztelem ezeket a mestereket, nem tudok vakon hinni nekik, mikor a tapasztalatok és a kísérletek ellenük szólnak . . ."

Ugyancsak az ő nevéhez fűződnek az alábbi megállapítások is: „Az igazság az orvostudományban van, az, ami elérhetetlen, s a gyógymód, ahogy a könyvekben leírva vagyon, messze alatta áll egy ügyes orvos gyakorlati tapasztalatainak." „Hogyha az orvos érti a dolgát, és a beteg engedelmes, úgy nem könnyű a betegséget elhúzni" (6).

A kiváló elméleti tudás mellett ar-Razi nagy értékű gyakorlati ismeretekkel is bírt: „Szerkesztett egy műszert, mellyel idegentestet lehetett eltávolítani a gégéből. Ő volt az első, aki seb kötözéséhez vattát használt" (9). „Az orvos nem gyógyíthat mindenféle betegséget" c. műve a szakosodás szükségességét taglalja. „A könnyű betegségek is nehezen gyógyíthatókká válnak" és az „Azoknak, akiknek nincs orvosuk" c. munkái talán az egészségügyi felvilágosítás legkorábbi irodalmi termékei" (9). ar-Razi munkásságában a tiszta, klinikai látásmód és egészséges megfigyelő képesség csúcsa a „De Variolis et Morbillis" (A himlőről és kanyaróról), mely az arab orvosi irodalom egyik legjobb teljesítménye. Fontos tény, hogy ar-Razi a himlőt és kanyarót egyazon betegség különböző megjelenési formáinak tekintette. Az első differenciáldiagnózis ibn Szina (Avicenna) nevéhez fűződik.

A tizennégy fejezetből álló mű foglalkozik a himlő okával, fertőző voltával, taglalja a himlőre és kanyaróra fogékony emberek sajátságait, s kitér a fertőzésnek kedvező időszakokra. Részletesen elemzi a himlő és kanyaró prodromumát. Rámutat a betegség tüneteinek jellegzetességeire, áttekinti a megelőzési feladatokat a betegség fellépése előtt, s az elterjedés megakadályozásának szabályait. Érdekes javaslatot tesz a himlő „kiizzadásának" siettetésére. A garat, a szem és egyéb szervek ápolásának módjai után rátér a himlőképletek érésének, beszáradásának, a beszáradt pörkök eltávolításának sajátságaira. A himlőbetegek kosztrendszere, puha és kemény székletének rendezése, a rosszindulatú himlő és kanyaró jellemzése zárják az értékes munkát.

A klinikai megfigyelésekben oly magasra emelkedett ar-Razi felfogása eltért a kor arab tudósainak galenoszi dogmatizmusától, s munkái elterjedése után az „arab Hippokratesz" jelzővel illették.

Az „arab triangulum" harmadik csúcsának névadója, ibn Rusd (Averroës) neve oly nagyságokkal került Dante Isteni színjátékába, mint Hippocratesz, Galenosz és Avicenna: (Inferno IV. 142—144):

„Euclido geometra e Tolemneo
Ippocrate, Avicenna e Galineo
Averrois che'l gran commento feo . . ."

III. ibn Rusd
(Averroës)

Az 1126-ban Córdobában született Abu-l-Valid Muhammed-ben Ahmed ibn Rusd apja és nagyapja is főbíró, s így a fiatal ibn Rusd is először jogot tanul, majd matematikával, filozófiával és orvostudo-



2. ábra: Illusztráció Hunain könyvéből – A szem külső izmainak topográfiája

mánnyal foglalkozik. A tehetségével kitűnő ifjú alaposan tanulmányozza Arisztotelész, Platón, Galenosz és Avicenna munkáit s e nagy tudósok műveihez fűzött kommentárjaiban gyakran mond ellent elődeinek, sőt, logikára vonatkozó tanulmányaiban sokszor el Farabival s Avicennával is hevesen vitatkozik. Az időközben hírnevet szerzett tudóst Sevilla és Córdoba kádijának választják meg. 1179-ben Sevillában kezdi írni a theológia- és filozófiatörténetben nagy súlyt kapó műveit. Ezekben a lelket — hasonlóan ar-Razihoz — a testtel való kapcsolatában értelmezte. Vitatta a lélek halhatatlanságát. Előnyben részesítette a ratiót a vallási dogmákkal szemben, az anyag és a mozgás állandóságát hirdette. Annak kimondásával pedig, hogy más a tudomány és más a vallás igazsága, s a két igazság egymástól független, mind a mohamedán, mind a katolikus ortodoxia üldöztetését kivívta.

„Averroës nagyobb és tartósabb hatást gyakorolt a nyugat-európai filozófiai gondolkodásra, mint bármelyik arab filozófus . . ." (11).

Nem jelentéktelen azonban ibn Rusd szerepe az orvostudomány történetében sem, csak talán valamivel kevésbé ismert. Legszámottevőbb orvosi műve a hétkötetes „Liber universalis de medicina" („Kitab el-Kolliyyat"), nagy mennyiségű klinikai megfigyelést s az előző korok orvosainak tapasztalataival való összehasonlításokat tartalmaz. E munkájában ibn Rusd különös alapossággal taglalja a fertőző betegségek leírását. Az ő megfigyeléseként ismert az a tény, hogy a himlőben egyszer már megbetegedett ember ismételten nem betegszik meg. Hasonlóan Avicennához ibn Rusd is alapvető megfigyeléseket tett a szem felépítésének és functiójának jellegzetességeiről.

„A középkor folyamán az arab tudomány, amely Bizánc révén a görög—római szellemi értékek továbbvivője lett, olyan jelentőséggel bírt, hogy az ókori ismeretek tárházát tapasztalatokkal gazdagítva és továbbfejlesztve a reneszánsz ébredező korszaka felé közvetítette" (5).

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondok köszönetet *Jakab Zsuzsa dr.* főorvosnak és *Kapus Gyula dr.* kandidátusnak a forrásmunkák feldolgozásában nyújtott értékes segítségükért.

IRODALOM: 1. *Wüstenfeld, F.:* Gesichte der Arabischen Aerzte und Naturforscher p. 40—49; 104—108. Göttingen, 1840. — 2. *Kovner, Sz. G.:* Isztorija szrednyevekovoj medicinü v. 1. Kijev, 1893. — 3. *Opitz, K.:* Razes: Über die Pocken und die Masern (c. a. 900 Chr.) Leipzig, 1911. — 4. *Baumstark:* Gesischte der syrischen Literatur p. 229—230. Bonn, 1922. — 5. *Stoekel, W.:* Lehrbuch der Geburtshilfe p. 939. Jena, 1923. — 6. *Meyerhof, M.:* The Book of the Eye Treatises on the Eye ascribed to Hunain ibn Is-Haq (809—877) p. XVI—XXIII; XXIX—XXXIX; 5; 12; 14 (Cairo, 1928. — 7. *Gauthier, L.:* Ibn Rochd (Averroés) p. 3—17; 128—144; 257—281. Paris, 1948. — 8. *Dinnyik, M. A. és mstai:* A filozófia története. p. 185. Budapest, 1958. — 9. *Dr. Székely S.:* Az orvostudomány története. p. 67. Budapest, 1961. — 10. *Kiss F.:* Tájanatómia. p. 37—39. Budapest, 1961. — 11. *Jarosevszkij M.:* A pszichológia története. p. 119; 121—123. Budapest, 1968. — 12. Filozófiai kislexikon. p. 36. Budapest, 1970. — 13. *Zabludovszkij, P. E.:* Ibn Rosd Balsaja Megyicinszkaja Enciklopégyija t. 9. p. 3. Moszkva, 1978. — 14. *Kristeller P. O.:* Szellemi áramlatok a reneszánszban p. 45; 51—52; 94. Budapest, 1979. — 15. *Maróth M.:* A görög logika Keleten p. 27—28; 35; 46; 129. Budapest 1980.

Egri Borisz dr.

A szakmai rendezvények szervezőinek figyelmébe!

Az ORVOSI HETILAP mindenkori kiadóhivatala a felszabadulás, ill. a lap újraindulása óta mindenfajta szakmai vonatkozású hírközlést (kongresszusok, ankétok, előadások-ülések stb., stb.) díjtalanul közölt. Tette ezt annak ellenére, hogy az utóbbi 10—15 esztendőben a nyomdai kiadások állandó növekedése folytán a Hetilapot csak deficittel lehetett fenntartani.

E tény elkerülhetetlenül kényszeríti a kiadóhivatalt, hogy a jövőben a hírközléseket — hasonlóan, mint a pályázati hirdetményeket — csak díj ellenében tudja megjelentetni.

A hírközlések tarifáját — a kiadóhivatal illetékes osztálya állapítja meg, ami az önköltségnek csak töredéke.

A számlát a hírközlés megjelenése után utólagosan a rendezvény szervezőinek, ill. az illetékeseknek fogja eljuttatni.

A hírközléseket továbbra is az Orvosi Hetilap szerkesztősége címére (Budapest, Pf. 36. Münnich F. u. 32. 1363) kell megküldeni.

Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 20 nap, a nagyobb terjedelműeké 30 nap!

(Külföldi előadó előadásának címét magyarul kérik, zárójelben feltüntetve, hogy milyen nyelven hangzik el.)

IFJÚSÁGI LAPKIADÓ VÁLLALAT

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Orvostörténelem

Elmúló emlékezet. Comroe, J. H. jr. (San Francisco, Calif.): American Review of Respiratory Disease, 1979, *120*, 461.

Ha a szerző azt kérdezné tőlünk, hogy tudjuk-e, hogy az alább felsorolt 18 kutató mivel mozdította elő a tudomány fejlődését, bizonyára valamennyien igennel felelnénk. Ha azonban azt kérdezné, hogy emlékszünk-e még arra, hogy ezek a tudósok foglalkoztak-e más hasonló jellegű vagy esetleg fontosabb kutatásokkal is, bizonyára zavarba jönnénk.

Hales, Stephen (1677—1761) miniszter volt. Később ismeretlen ok miatt csakis kutató munkával foglalkozott.. Nevét az tette híressé, hogy ő volt az első, aki állatokban megmérte az artériás vérnyomást. Mint botanikus felfedezte a növények nedvkeringését, a nedv nyomását, a növények légzését. Megállapította azt is, hogy szorongás, félelem, fájdalom, vérzés hatására állatokban a vérnyomás változik. A ló érlökése fájdalomra 36-ról 100 fölé is emelkedett. Megmérte a szív bal kamrájának, a fel- és leszálló aortának a térfogatát és ebből kiszámította a szív verőtérfogatát. Foglalkozott a légzéssel is: megmérte a maximális be- és kilégzési nyomást.

Davy, Humphry (1778—1829) legismertebb munkája az volt, hogy 1800-ban hidrogén újralélegeztető módszerrel megmérte a saját tüdeje maradéktérfogatát. Spirométert készített, amivel a tüdő hidrogén-töménységét mérte. Felfedezte a dinitrogénoxid érzéstelenítő hatását. *Lavoisier* után ő volt a modern kémia megalkotója. Felfedezte a nátriumot és a káliumot. Megállapította, hogy a klór elem és nem vegyület. Magas feszültségű akkumulátor árammal a kémiai vegyületeket alkatrészeire bontotta Ezzel megalapozta az atomkutatást. A bányászok kezébe biztonsági lámpát adott.

LeGallois, J. J. C. (1770—1814) fedezte fel a nyúltvelőben a légzőcentrumot. Talán ennél is fontosabb: megállapította, hogy az újszülöttek lényegesen ellenállóbbak a teljes agyi vérszegénységgel szemben, mint a felnőttek. Kimutatta, hogy az újszülött nyulak 15 percig, a felnőtt nyulak pedig csak 2 percig tarthatók életben légzés nélkül.

Laennec, R. T. H. (1781—1826) a sztetoszkóp felfedezésével tette híressé nevét. Ennél is fontosabb az, amit a sztetoszkóppal művelt: a kopogtatással, a klinikai megfigyeléssel, a tüdő alapos boncolásával megteremtette a tudományos kórélettan alapját.

Hutchinson, John (1811—1861) víz-spirométerével először mérte meg a tüdő vitál-kapacitását. Megállapította a különböző korú és testsúlyú egészséges emberekben a vitál-kapacitás normális értékét és kimutatta, hogy ez az érték a testmagassággal arányosan emelkedik. Élettani adatok alapján következtetett a tüdő különböző betegségeire. Higanyspirométerrel megmérte több mint 1000 ember be- és kilégzési kapacitását.

Bernard, Claude (1813—1878) a belső miliő állandósága elvének a megfogalmazásával lett híres. Kimutatta, hogy a curare neuromuscularis blokkoló szer. Felfedezte a sympathikus idegrendszert. Megállapította, hogy a glycogen a májban képződik. Élő állatban először katéterezte meg a szívben a jobb és a bal kamrát. Fiatal korában egy zenekomédiát is írt.

Bert, Paul (1833—1886) mérte meg először az alacsony és a magas barométer nyomásnak az emberre való hatását. Kísérleteit alacsony nyomású kamrában végezte. Foglalkozott a magaslati és búvárbetegséggel is. Ő szerkesztette meg először a hemoglobin-oxigén disszociációs görbét. Előfutára volt a bőrátültetésnek is.

Breuer, Joseph (1842—1925) *Heringgel* együtt 1860-ban leírta a vagus reflexet. Leghíresebb felfedezése az volt, hogy mint Bécs leghíresebb gyakorló orvosa 1880 és 1882 között pszichoanalízissel, „beszélő kezeléssel" meggyógyított egy hisztériás nőt. *Freud* rábeszélésére 20 évvel később közölte nyomtatásban betege kórlefolyását.

Landsteiner, Karol (1868—1943) fedezte fel emberben a különböző vércsoportokat. Ezért 1930-ban Nobel-díjat kapott. Tanítványa: *Levin* szerint nem ez, hanem az volt a legnagyobb érdeme, hogy 1909-ben kimutatta, hogy a poliomyelitist egy specifikus filtrálható vírus okozza. Egy poliomyelitisben meghalt beteg gerincvelőjéből átoltotta a betegséget majomba. Mások még ennél is jelentősebbnek tartják, hogy 1940-ben felfedezte az Rh faktort.

Einthoven, Wilhelm (1860—1927) az EKG felfedezéséért 1924-ben Nobel-díjat kapott. Ezt megelőzően 67 oldalas légzés-fiziológiával foglalkozó munkájában a vagus-ingerlésnek, a vérnyomásnak, a hörgőtágító szereknek, gázoknak, mérgeknek és az asztmának a légzésre gyakorolt hatásával foglalkozott.

Haldane, John Scott (1860—1936) nevét a szén-dioxidnak a légzőközpontra való hatásával foglalkozó munkája tette világhírűvé. Ő volt a környezeti és az ipari élettan megalapítója. Kimutatta, hogy a tüdőventilációt a környező levegőben levő szén-dioxid-nyomás szabályozza. Kidolgozta a búvárok szakaszos dekompressziójának a módszerét, aminek az alkalmazásával 1917 és 1924 között az elsüllyedt hajókból nagy mennyiségű aranyat hoztak felszínre. 9 filozófiával foglalkozó könyvet is írt.

Krogh, August (1874—1949) 1912-ben először mérte a dinitrogénoxid belégzése után a tüdő véráramlását és az alveolaris gáznak a vérből való eltűnését. Mint a legismertebb tüdőfiziológius mikrotonométert, spirométert, kerékpárergométert szerkesztett. Kimutatta, hogy a tüdő aktívan választ ki oxigént és feleségével együtt meghatározta a tüdő szén-dioxid diffúziókapacitását. A kapilláris-motor mechanizmussal foglalkozó munkájáért 1920-ban Nobel-díjat kapott.

von Euler, Ulj (1905—) *Liljestranddal* együtt kimutatta, hogy a hypoxiának direkt érszűkítő hatása van a tüdő arterioláira. Nobel-díjat mégis a noradrenalin azonosításáért kapott. Ha nem lett volna svéd, bizonyára másodszor is Nobel-díjat kapott volna a prostaglandin felfedezéért.

Van Slyke, D. D. (1883—1971) gázelemző manométerével lett híres. Foglalkozott az acidosissal, felfedezett egy új aminosavat: a hydroxylysint, elemezte a vér alkatrészeit, mérte a tüdőtérfogatot. Kvantitatív klinikai kémiával foglalkozó 2 kötetes alapvető könyve 1931-ben jelent meg. 60 éves korában a vese kórélettanával foglalkozott.

Graham, Evart (1883—1957) a mellkassebészet amerikai pionírja végzett először sikeresen pneumonectomia műtétet. Később mint kémikus az érzéstelenítő szerek biológiai kutatásával foglalkozott, majd kidolgozta az epehólyag sugárelnyelő anyaggal való feltöltését.

Fenn, W. O. (1893—1971) a légzésmechanikával, majd izomélettannal és kálium-anyagcserével foglalkozott. Elkészítette az oxigén-szén-dioxid diagrammot.

Lilly, John (1915—) a levegő áramlásmérő és a nitrogén-manométer felfedezője. Később az idegélettan, az ember és a delfin közti érintkezés megteremtése érdekelte.

Kety, Seymer (1915—) pályafutását az ólommérgezés klinikai tanulmányozásával kezdte, majd az agy vérkeringését tanulmányozta dinitrogén-oxid technikával. Jelentős felfedezést tett a tüdő, a vér és a szövetek gázcseréje terén. Mérte emberben az arteria coronariák vérkeringését és a radioizotópoknak a szövetekből való kiürülését. Jelenleg a schizophrenia és a mániás depressziók keletkezésével foglalkozik.

Pongor Ferenc dr.

Gümőkór jelenléte történelem előtti népességben. Perzigian, A. J. (Veterans Admin. Hosp. Denver, Colo. USA.): JAMA, 1979, *241*, 2643.

Észak-Amerika történelem előtti gyűjtögető és halász-vadász lakosságában a tuberkulózis feltehetőleg az alacsony népsűrűség miatt nagyon ritka lehetett. Ezzel szemben a már a Kolumbusz előtti ún. prekolumbián időben letelepedett, mezőgazdasággal foglalkozó puebloindiánoknál a gümőkór már endémiás volt. Ezt látszanak alátámasztani azon őskori kórbonctani (paleopathologiai) tanulmányok, amelyeket szakemberek történelem előtti népesség Cincinnati (Ohio) mellett talált sírdombjain folytattak.

Az itt talált 290 egyén csontmaradványainak kora — radiokarbon eljárással — 1275 (± 150) év lehet. Négy, 16—25 év közötti nő, valamint két 35 évnél idősebb férfi csontvázának radiológiai vizsgálata arra mutatott, hogy ezen csontokban tuberkulózisra jellegzetes elváltozások vannak. Ezek elsősorban az alsó mellkasi és a felső ágyéki csigolyákon voltak találhatók, egy ízben a csípőízületben és egy ízben a nyaki csigolyákon. Hogy a betegség elsősorban fiatalokat támadott meg, azt a két 17—18 éves nő csontvázelváltozásai bizonyítják. Elváltozásaik egyébként gyógyulást is jeleztek.

A csontvázleletek alapján szóba kerülhetett a gerincoszlop Aktinomyces vagy Blastomyces fertőzés által okozott károsodása is, azonban a folyamatok elhelyezkedése s a gerincoszlop csigolyaközti tereinek szűkülése inkább a tbc-re típusosak.

Nikodemusz István dr.

A pestis terjedési lánca a görög-római időkben. Thüry, G. E. (Rainallee 140, 4125 Riehen/Svájc): Festschr. 75 Jahre Antropol. Staatssaml. München, 1979, 275.

A pestis története a Krisztus előtti időkre vezethető vissza. I. u. Rufus de Ephesus a pestis elterjedésének területét főleg Afrikában jelöli meg, ezenkívül Levante déli részét is említi. Hogy ezenkívül még hol fordult elő, arra nincs adat. A betegség terjedését nem ismerték. Utánanéztek, vajon a régi feljegyzések között szerepelnek-e rágcsálók, amelyek a betegség reservoir-jai, továbbá a bolhák, mint közvetlen vektorok. Az kiderült régi krónikákból, hogy a patkányok, a hellénisztikus-római korban Egyiptomban, Palesztinában, Mezopotámiában és a Kaspi-tenger vidékén nagy gyakorisággal voltak találhatók. Egyiptomban valószínűleg a Rattus alexandrinus, Palesztinában nem derült ki mely faj volt megtalálható, a másik két vidéken a Rattus norvegicus (vándorpatkány, amelynek itt volt az őshazája). A római birodalom európai részén a házipatkány (Rattus rattus) fordult elő.

A bolha gyakorisága az ember közelében mindennapos jelenség volt az antik Európában (a középkorban is. — *Ref.*), semmi ok nincs feltételezni, hogy Észak-Afrikában és Közel-Keleten ne így lett volna. Ebből következik, hogy a pestis lehetőségei az ókorban adottak voltak.

(Ref.: A sertések jelentőségét a trichinosis terjesztésében mind Mózes, mind Mohamed próféta ismerte s valószínűleg a rágcsálók jelentőségéről is volt véleményük.)

Nikodemusz István dr.

A Fallot-tetralogia: korai története és késői eredmények. Taussig, H. B. (Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore): American Journal of Roentgenology 1979, *133*, 423.

Ez a közlemény különlegesség. Olyan ritka példány a mindennapos információözönben, amire felkell figyelni, ami mellett meg kell egy pillanatra állni. *Helen Taussig* meséli el benne a Fallot-tetralogia történetét attól kezdve, hogy *Eduardus Santiford* 1777-ben felismerte és leírta, addig, amíg napjainkban értékelte az általa kezdeményezett Blalock—Taussig-műtét késői eredményeit. A történeti áttekintés során megismerkedünk Etienne—Louis *Fallot*, Maude *Abbott* rövid életrajzával, Edwards A. *Park* egyéniségével és szerepével a szerző érdeklődésének alakításában. A rendkívül szerény, de mindvégig szubjektív leírás regényszerű érdekességgel és tiszteletre méltó szakszerűséggel tekinti át Helen Taussig életútját és munkáját, találkozását *Blalock*-kal, aki vállalkozott elgondolásának műtéti kivitelére, gondjaikat és örömeiket. Túlmenően a Fallot-tetralogia diagnosztikáján, műtéti megoldásán és ennek eredményein kibontakozik a közleményből korunk egyik tiszteletre méltó, követésre méltó, kiemelkedő orvos egyéniségének képe, akinek szerény szavaiból sugárzó etikája, hivatástudata és munkássága a ma felnövő orvosgeneráció példaképe lehetne.

Laczay András dr.

Szemészet

Lencsehíjasság korrekciója beültetett lencsével. Waubke, Th. N.: Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 1027.

A leggyakrabban végzett szemműtét a szürkehályog-kivonás, melynek eredményeképpen, különösen az átlagéletkor emelkedésével egyre több ember él lencsehíjas szemmel. A kb. 60 dioptriás törőerejéből kb. 19 D-t veszít ilyenkor a szem. Ezt erős convex üvegekkel szokták korrigálni, ami kielégítő központi látóélességet eredményez, azonban beszűkíti a látóteret, széli részein torzít és kb. 30%-kal megnöveli az ideghártyán keletkezett kép nagyságát, ezért féloldali műtét után nem tud két szemmel nézni egyszerre a beteg. A kemény, majd puha kontaktlencsék ezeket az optikai hibákat kiküszöbölték, de nem mindenki tudja viselni őket, használatuk kézügyességet, gondozást, rendszeres orvosi ellenőrzést kíván.

Az elszürkült lencse helyére már a XVIII. században *Casanova* megpróbált műlencsét beültetni, az implantatumok kora azonban csak a műanyagok elterjedésével jött el. Az első polymethylacrylat lencsét *Ridley* helyezte 1949-ben a hátsó csarnokba. Azóta már a műlencsék harmadik generációja terjed mind szélesebb körben. A típusok különböznek anyagukban, elhelyezkedésükben, rögzítési módjukban. Így megkülönböztetünk elülső és hátsó csarnok-lencséket; rögzíthetőek a csarnokzugban, a szivárványhártyához, szembogárhoz vagy benthagyott lencsetokhoz.

A kezdeti gyakori szövődmények okozta többszöri visszaesés után most a harmadik lencsebeültetési hullámnak vagyunk tanúi. A műlencse anyagának jobb polymerizálásával kevesebb toxikus monomer szabadul fel; az újabb rögzítési módok igyeknek a műlencsét távol tartani a csarnokzugtól és a szaruhártya endothel sejtjeitől; tökéletesedik a mikroszkópos műtéti technika, ezek eredményeképpen egyre kevesebb a szövődmény.

A beültetendő lencse törőerejét a szaruhártya görbületéből és az ultrahanggal lemért szemgolyó hosszból nomogramm segítségével lehet kiszámítani.

A szövődmények közül megnőtt a szaruhártya-dystrophiák, a pigmentszóródások, az üvegtesti határhártya megvastagodásának előfordulása, kevesebb lett viszont a cystikus maculaelváltozások száma. Műtét után a nem megfelelően kitágítható szembogár miatt nehezebb észrevenni időben a széli ideghártyalyukakat és gyógyítani a következményes ideghártya-leválásokat. Az implantatum ficama újabb műtétet tehet szükségessé.

Egyes amerikai szemészek a szürkehályog-műtétek felét már műlencse-beültetéssel végzik, a szövődmények gyakorisága miatt a német szerző azonban javasolja a műtéti javallat megszigorítását: pl. féloldali időskori szürkehályognál, amikor másképpen nem érhető el kétszemes látás és a beteg valószínűleg nem éri már meg a késői komplikáció idejét; testi fogyatékosoknál, akik még a szemüveget sem tudják műtét után feltenni; bizonyos foglalkozások esetén, melyek kizárják mind a szemüveg, mind a kontaktlencse viselését. Ellenjavallatot jelentenek a szaru-, ér- és ideghártya-betegségei, zöldhályog, súlyos rövidlátás,

műtét közbeni vérzés, üvegtestveszteség, diabeteses retinopathia stb.

Végeredményben a szerző a lencsebeültetést a lencsehíjasság egyik, csak válogatott esetekben alkalmazható módjának tartja.

(Ref.: Hazánkban Galli és Vass foglalkozik régebben ezzel a műtéttel; ahhoz, hogy elterjedjen, még sok helyen hiányoznak a mikrosebészeti és egyéb technikai feltételek.)

Futó Gábor dr.

Intraocularis műanyag lencse szürkehályogműtét után — igen vagy nem? Z. Duzanec (Universitäts-Augenklinik Würzburg): Dtsch. med. Wschr. 1979, *104*, 1583.

A hályogműtét utáni lencsehíjasság okozta optikai hiba javítására — a szemüveg és a kontaktlencse mellett — az elmúlt évtizedekben egyre kiterjedtebben használják a különböző típusú, intraocularisan beültethető, műanyag lencséket. Ezzel a módszerrel kiküszöbölhető az aniseikonia, a kontaktlencse és különösen a szemüveg okozta szemfenéki képnagyság növekedése, valamint a látótér beszűkülése.

Az elmúlt években e műtét eredményessége nagymértékben javult. Ez egyrészt a mikrosebészeti technika tökéletesedése következtében csökkenő műtéti szövődményeknek, másrészt a műanyag lencsék egyre jobb anyagának és kialakításának köszönhető. A műtéti komplikációk természetesen gyakoribbak a típusos hályogműtétnél tapasztaltnál. Ennek egyik oka a lencsebeültetés során végzett manipulációk következtében fellépő szaruendothel-sérülés, szaruborússág. Késői komplikációként izgalmi tünetek, másodlagos szürkehályog és glaucoma léphetnek fel.

Mindezek ismeretében a szerző javasolja, hogy a lencsebeültetést csak szigorú indikációk és kontraindikációk alapján szabad végezni, melyeket táblázatban össze is foglal. Hangsúlyozza, hogy a műtét indikálásánál nem szabad csak a beteg kívánságait figyelembe venni, és még indokolt esetben is a beteggel részletesen ismertetni kell a műtét előnyeit és hátrányait. Figyelmeztetni kell a beteget a műanyag lencse késői komplikációként előforduló luxatiójára, melyet még nem ismerhetünk az alkalmazás idejének rövidsége miatt. Az egyre újabb, jobb alapanyagoknál azonban ennek egyre kisebb a valószínűsége.

A szerző hangsúlyozza, hogy az operatőrnek fenn kell tartani a jogát a műtéti terv megváltoztatására és műtét közben fellépő komplikációk esetén a lencsebeültetéstől el kell tekinteni, ahogy a szerző eseteinek 1/3 részében történt.

Deák György dr.

Miért intelligensebbek a rövidlátók? Steinbach, P. D. (Abt. Augenkrankheiten, Marienhospital, Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr., 1980, *105*, 741.

Az értelmiségi foglalkozásúak között a rövidlátók aránya nagyobb, mint a válogatás nélküli populációban. A hetvenes évek elején középiskolások között végzett vizsgálatok szerint a legtöbb rövidlátó gyermek a magasnövésű humántagozatos középiskolai tanulók között volt található, valamint a humán iskolázottságú szülők gyermekei között több volt a myop, mint a fizikai dolgozók gyermekei között. A szerző az irodalmi adatok alapján felteszi a kérdést, hogy az értelmiségi foglalkozásúak között azért több-e a rövidlátó, mert többet olvasnak és a közeli munka elősegíti a rövidlátás kifejlődését, vagy a myopok így alkalmazkodnak-e a lehetőségekhez? Az bizonyított, hogy a rövidlátás öröklődik. A szem refrakciója több tényező hatására jön létre, az örökletes és környezeti faktorok ebben a fejlődési folyamatban különböző súllyal szerepelnek. A myopia létrejöttét nem magyarázhatjuk csak környezeti hatásokkal. A myopok általában leptosom alkatúak, a hypermetropok inkább piknikusak.

A foglalkozás megválasztását többek között a testalkat és a látás is befolyásolja: a gyermek nem azért lesz rövidlátó, mert sokat olvas, hanem azért olvas, mert rövidlátó és így igyekszik ezt a hibát kompenzálni. A társadalmi rétegekben bizonyos „homogamia" uralkodik, ami egyes tulajdonságok, így a rövidlátás öröklődését is befolyásolja. Ezt támasztaná alá az a statisztikai adat is, hogy pl. Európában, Japánban és Kínában — e régen rétegződött társadalmakban — több a myop, mint az Amerikai Egyesült Államokban, ahol a társadalmi rétegződés újabb keletű.

Follmann Piroska dr.

A szemgolyó kozmetikai protéziséről. Sif, P. F., Gudkova, E. V.: Vesztnyik Oftalmologij, 1980, *96*, 57.

Gundorova és *Verigo* 132 sérülés miatt megvakult szemből 109-et tudtak megmenteni azzal a céllal, hogy erre protézist helyezve kozmetikailag szebb eredményt érjenek el. A szerzők is az utóbbi években arra törekedtek, hogy a látását elvesztett bulbust megőrizzék. 1975—1978 között 53 betegnek követték a sorsát. A betegek közül 39 volt a férfi, 14 nő. Életkoruk 11—70 évig terjedt. 46 szemen perforáló sérülés történt, 7 szemen a sclerát műtéttel meg kellett nyitni. 25 betegnek elsődlegesen adtak protézist, 4-nek átmenetileg, 8 szemet a traumás iridocyclitis miatt enucleáltak, 16 betegnek pedig már volt protézise.

Nagyon ügyelni kell az ophthalmia sympathica veszélyére, ezért a szerzők 4 cyclitis, ill. a szem érzékenysége miatt elhalasztották a protézis megadását, később ebből 3-nak megadták. Különben is legalább 6 hónapos tünetmentesség, „békés szem" szükséges ahhoz, hogy a bulbusra műszemet lehessen tenni.

Következtetések: 1. Kozmetikai célból a bulbusra helyezett protézis jó. 2. Elengedhetetlen feltétele, hogy ne álljon fent traumás iridocyclitis, valamint a beteg gondozás alatt álljon. 3. Ha az iridocyclitis semmilyen terápiára nem gyógyul meg, akkor a szemgolyót enucleálni kell.

Molnár Lajos dr.

Lézersugárzás okozta szemsérülés. Oszipov, C. I., Pjatin, M. M. (Novoszibirszki Szemklinika): Vestn. Oftal. 1978, *1*, 50.

A novoszibirszki Szemklinikán kezelték G. 30 éves mérnököt, akinek az optikai kvantum-generátor beállítása közben a jobb szemét direkt lézersugárzás érte. A beteg hirtelen zöld fényt látott és magas tónusú hangokat hallott, majd jobb szeme előtt egy pillanatra sötétlila folt jelent meg, amelynek széle vöröses volt. 3 órával a sérülés után került a klinikára. *Statusa:* látóélessége jobb szemén 0,1; üveg nem javít. (A baleset előtt vízusa —7,0 D-val 1,0 volt.) Látóterében 10° abszolút centrális scotoma volt kimutatható. A jobb szem üvegtestében hátul mozgó homályokat láttak. A funduson a maculában nagy oedema és retina szakadás jött létre, a körte alakú szakadástól egy vérzéses csík húzódott az üvegtest felé. Ágynyugalom, vérzéscsillapítók és corticosteroidok adására 20 nap múlva vízusa korrekcióval 0,3-ra javult, látóterében az abszolút centrális scotoma 8°-ra csökkent. Egy év múlva látása 0,2 volt, a retina szakadás hegesedéssel gyógyult, a centrális látótér-kiesés megmaradt.

A szerzők szerint a lézersugár hatására a szem belső hártyáinak „robbanása" következett be, maradandó látásromlással.

Kovács Margit dr.

Indirekt lézersugárzás hatása a szemre. Komarova, A. A, és mtsai (Moszkvai Össz-szövetségi Szemklinika): Vestn. Oftal. 1978, *1* 46.

Közismert, hogy mind a közvetlen, mind a közvetett lézersugárzás bizonyos intenzitás felett különböző patológiás elváltozásokat okoz a szem különböző részeiben, következményes scotomával vagy vaksággal. Sokkal inkább vitatott kérdés, hogy milyen hatást gyakorol a nem nagy intenzitású, de hosszú ideig tartó lézersugárzás a

szemre. Egyes szerzők az optikai kvantum generátorok mellett dolgozók szemén a lencse homályait, az üvegtest destrukcióit, a szemfenék organikus elváltozásait írták le, mások nem találtak eltérést.

A cikk szerzői részletes szemészeti vizsgálatban részesítettek összesen 186 személyt, akik optikai kvantum-generátorral dolgoznak 3—10 éve ipari körülmények között. A kontroll csoportot azonos életkorú munkások képezték, akik hasonló munkafeltételek mellett dolgoztak, de nem érte őket lézersugárzás.

Szubjektív panaszokat (kellemetlen szúró érzés a szemben a műszak végén, fáradtságérzés, fénykerülés, könnyezés vagy szárazságérzés a szemgolyón) gyakrabban tapasztaltak a generátorok mellett dolgozókon a kontroll csoporthoz képest. A vízus, látótér és szemnyomásértékek normálisak voltak. A kritikus fúziós frekvencia értéke kevesebb (átlag 40,4) volt, mint a kontroll csoport tagjainál (átlag 44,5) és a generátor mellett eltöltött munka időtartamával egyenes arányban csökkent. Réslámpával az esetek 42%-ában találtak a konjunktíva erein szemcsés áramlást, mikroaneurismákat, illetve spastikus-atoniás érszakaszokat. Ezeket a kontroll csoport 17%-ában látták csak. Nyolc esetben több-kevesebb lencsehomályt írtak le, ezek közül kettő a szenilis típusú hályog képét mutatta. 13 személy fundusán írtak le macula-degenerációt, a látóélesség azonban mindegyikőjüknél 1,0 volt.

A szerzők felhívják a figyelmet a lézert előállító optikai kvantumgenerátoroknál dolgozók gondosabb szemorvosi ellenőrzésére.

Kovács Margit dr.

A látóideg daganatai alkalmával előforduló optico — ciliaris anastomosisok. Vodovozov, A. M., Szverdlis, Sz. M.: Vesztnyik Oftalmologij, 1980, *96*, 29.

A szerzők három eset kapcsán az orbitában helyet foglaló látóideg-daganat (meningeoma) okozta peripapillaris chorioidea véna telтséget láttak, mivel a vena centralis retinae-n keresztül a visszafolyás akadályozott volt. Angiographiát is végeztek. A másik két betegen is csináltak angiographiás vizsgálatot, azonban előzőleg szemtükörrel a peripapilláris optico-ciliaris anastomosis alapján megállapították a daganat jelenlétét, amely már az atrophia n. optici fellépte előtt látható volt. Az optico-ciliaris anastomosis kialakulása a retrobulbaris n. opticus daganatai következtében megegyezik *Frisen* véleményével is. Ezt a folyamatot később követi a visuscsökkenés, ill. látóideg-sorvadás. Az opticociliaris anastomosis megállapítása oedema papillae miatt néha nehézségbe ütközik. Ilyenkor az angiographia elvégzése indokolt.

Molnár Lajos dr.

Szív- és keringési betegségek

Heveny balkamra elégtelenség chlorpromazin-furosemid kezelése. (Előzetes közlemény). Romnao, E., A. Gullo (Ist. di Anestesia e Rianimazione, Univ. degli Studii di Trieste, Italia): Lancet, 1980, *I*, 1000.

Miután az akut pulmonalis oedema haemodinamikai jellemzői a pulmonalis hydrostatikus nyomás és az arteriás vérnyomás emelkedése, a perifériás rezisztencia fokozódása, valamint a perctérfogat csökkenése, ezért logikus a digitálisz, diuretikumok és értágítók adása. A digitálisz hátránya a lassú hatáskifejlődés, a kis terápiás index és az aritmogén hatás. Talán egyedül a pitvarfibrilláció okozta tüdőoedemában javallt. Diureticumok — elsősorban a furosemid — már 5 perc után nagymértékben csökkentik a pulmonalis közép- és kapilláris nyomást. Hártánya, hogy fokozza a perifériás rezisztenciát és csökkenti a perctérfogatot. Chlorpromazin (Hibernal) csak az utóbbi időkben kapott szerepet a tüdőoedema kezelésében. Myocardialis infarctusban és balkamra elégtelenségben végzett haemodynamikai vizsgálatok szerint a chlorpromazin növeli a perctérfogatot, csökkenti a pulmonalis kapilláris nyomást, az artériás vérnyomást és perifériás rezisztenciát. A veseerek tágításával fokozza a diurézist. A szerzők 5 tüdőoedemában szenvedő beteg kezeléséről számolnak be, akiknél az előzetesen adott digoxin, furosemid, oxigén és morfin hatástalannak bizonyult. (Átlagéletkor: 73 év, 3 hipertenzív balkamra elégtelenség, 2 myocardialis infarctus.) Vénás kanülözés és vérgázanalízis után 20 ml izotóniás konyhasóban oldott 50 mg chlorpromazinból 5 percenként 1 ml-t adtak; a vérnyomás, légzés- és pulzusszám ellenőrzése mellett. Amikor vasodilatáció volt észlelhető, a betegek 40 mg furosemidet kaptak iv. Öt betegből 4-nél a tüdőoedema erre a kezelésre 40—45 perc alatt megszűnt, a diurézis 1020 ml (±383) volt. Egy betegnél gépi lélegeztetést kellett alkalmazni. A vérnyomás csökkent, a kóros vérgázértékek is normalizálódtak. A betegek átlagban 18 mg (12,5—25) chlorpromazint kaptak; 25 mg feletti adagot nem alkalmaztak, mert a nagyobb adagok túlzott szedatív hatása hypoventillatióhoz vezethet.

Zulik Róbert dr.

Alkoholfogyasztás után provokált kamrai tachycardia. Greenspon, A. J. és mtsai (Departments of Medicine, Ohio State University, Columbus): New. Eng. J. Med. 1979, *301*, 1049.

A tartós, nagy mennnyiségű alkoholfogyasztást követő cardiomyopathiák esetén gyakran találkozunk az ingerképzés, ill. vezetés zavaraival. A szerzők vizsgálatai az alkohol akut hatásához szolgáltatnak adatot. Esetükben egy 54 éves — 8 éve alkoholt fogyasztó — férfi beteg kórlefolyását ismertetik. A betegnek hosszabb idő óta vannak palpitációs panaszai, amelynek hátterében — a rosszullét alatt készített EKG vizsgálatok szerint — kamrai tachycardia állt. A fizikális és laboratóriumi vizsgálatok, az echocardiográfia, a bal kamrai ventriculográfia és coronarográfia negatív eredményűek voltak.

Kivizsgálás kapcsán elektrofiziológiai kapcsolatot és ennek során kamrai pace-elést végeztek. Az elektrofiziológiai vizsgálatokat alkohol akut fogyasztása után megismételték. A pitvar-kamrai vezetési idők az alkoholfogyasztás után nem változtak, de alkoholfogyasztás után 150/min kamrai pace-eléssel kamrai tachycardiát sikerült provokálni.

A fentiekből a szerzők az alkohol direkt arrhythmogén hatására következtetnek, amelynek pontos mechanizmusa azonban nem ismert. Felvetik annak lehetőségét, hogy az alkohol ilyen irányú hatása közvetett, és a catecholamin-szint változásának eredménye.

Jánosi András dr.

Katonák, sport és hirtelen halál. Lynch, P. (Queen Elizabeth Military Hosp., Woolwich, London SE 18 6XN): Lancet, 1980, *I*, 1235.

Tíz év alatt 160 000 katona közül 379 halt meg. 56 haláleset a fizikai terhelés során vagy 24 órán belül történt (3,5 halál 100 000 évre számítva). E halálesetek 63%-át ischémiás szívbetegség okozta, ezzel az összes ischémiás szívhalál 12%-a történt fizikai terheléssel kapcsolatba hozhatóan. További 10 haláleset szubarachnoidális vérzésből következett be, ezek közül csak kettő történt sportolás során. A 35 ischémiás szívhalált halt egyén koronariái minden esetben igen szűkek voltak, 19-nél teljes elzáródással, és mindig több ágra kiterjedő atheroma volt fellelhető. 15 esetben találtak thrombust. Valamennyi meghalt személy nagyfokú és előrehaladott betegségben szenvedett, csupán 3 elhaltnál nem talált a boncolás magyarázatot a halálra. A meghaltak szűk koronáriái sok éve rizikó faktort jelentettek. A 40 éves kor alatti hirtelen haláleset fizikai terhelés kapcsán tehát ritka, és a valószínűsége csak súlyos és

kiterjedt érmegbetegedés esetén nagy.

Érdekes, hogy aorta billentyű megbetegedés, myopericarditis, hypertrophiás kardiomyopathia nem fordult elő halálokként. Azért továbbra is érvényes a szabály, hogy influenzás állapotban, vagy mellkasi panaszok és fáradtságérzet esetén ne tegyük ki magunkat fizikai terhelésnek.

Apor Péter dr.

Akut myocardialis infarctus és tachycardia összehasonlító kezelése diazepammal és cardioselectiv béta-blokkolóval. B. W. Johanson (Heart Section, Dept. of Medicine, Malmő General Hospital, Sweden): Acta. Med. Scand. 1980, *207*, 47.

Számtalan experimentális és klinikai vizsgálatot végeztek különböző ágensekkel abból a célból, hogy befolyásolják a necrotikus area körül kialakult ischaemiás zóna nagyságát, elsősorban az oxigénigény csökkentése által. Ide tartoznak elsősorban a béta receptor blokkoló gyógyszerek, mint pl. a propranolol, calcium blokkoló ágensek pl. verapamil, hyaluronidase, steroidok, mannitol és értágító szerek. Különösen sokat vizsgálták a cathecholaminok szerepét, amelyek fokozzák az oxigénfogyasztást. A cathecholaminok szintje csökkenthető diazepam (Seduxen) adásával. A béta-blokkoló ágensek haszna az acut myocardialis infarctus (AMI) kezelésében nem eldöntött. Egyes szerzők az AMI mortalitásában láttak csökkenést a propranololt kapó csoportban placebóhoz viszonyítva. Ha olyan csoportot választottak, ahol az AMI kialakulását tachycardia követte, különbség mutatkozott a propranololt szedők javára.

A szerző jelen munkájában összehasonlította diazepam, béta blokád és placebo hatását AMI esetében olyanokon, akiknek szívműködése legalább 80/min vagy több volt. A gyógyszert az észlelést követően azonnal intravénásan alkalmazták. AMI-ban szenvedő beteget a kezelés szempontjából 3 csoportba osztottak. Az első csoport lassú iv. injectióban 20 mg practolol (Eraldin) kapott, melyet kétszer 50 mg atenalol oralis adásával folytattak 7 napig. A másik csoport felvételkor 5 mg diazepamot kapott iv., melyet orális adagolás követett. A harmadik csoport iv. sóinjectiót kapott, melyet placebo tabletta adagolásával folytattak.

Az eredményeket összegezve megállapítják, hagy nem volt szignifikáns különbség a csoportok között a mortalitás, az enzymértékek és az EKG elváltozások jellege és változása között. A vizsgált betegeket a kórházból való távozást követően 6 hónapig követték nyomon.

A szerzők megpróbálják analizálni a negatív eredmény okát. Feltételezik, vizsgálataik alapján, hogy az acut mortalitás csökkenését béta blokkolók adását követően csak akkor lehet elérni, ha a gyógyszert 8 órán belül alkalmazták. A béta blokkoló gyógyszerek rutinszerű alkalmazását nem javasolják, csak akkor, ha az acut kezdettől számítva 8 óra még nem telt el.

Ternák Gábor dr.

Onkológia

Aktuális fejlődés a Hodgkin-kór kezelésében. M. Fischer és P. S. Mitrou. Dtsch. med. Wschr. 1979, *104*, 1450.

Az utóbbi időben a Hodgkin-kór kórstádiumának megállapítására alkalmazott eljárások egységessé váltak, így az ezekből levonható következtetések és a therápiás eljárások is, és egységesebb álláspont kialakítását tették lehetővé. A radiotherapia és az újabb időkben bővült chemotherapiás lehetőségek hatásos eszköznek bizonyulnak a therapiában, bár a kórjóslat két alaptényezőtől változatlanul függő: a kórstádiumtól és a szövettani elváltozás jellegétől. Az I—IIIA stádium, a legtöbb központ álláspontja szerint, a sugártherapia alkalmazását, a IIIB—IV. stádium pedig a chemotherapiát részesíti előnyben.

Therapia az IA-tól IIB stádiumokig. Az eredmények megítélése a hosszú követési idő miatt nem könnyű. A therapia tervezésének visszatérő kérdései: milyen kiterjedt legyen a sugártherapia? Hasznosabb-e a kombinált, a sugár- és gyógyszeres kezelés kombinációja? Milyen különleges körülmények teszik szükségessé a sugártherapiát követő gyógyszeres kezelést? A szerzők hivatkoznak *Peters és Kaplan, Rosenberg* munkacsoportok gyakorlatára, akik követőikkel együtt az IA, IIA és IIIA stádiumban total-nodal besugárzást, majd ezt követően chemotherapiát alkalmaznak. A B stádiumokban, az ezt jelző tünetek eltűnéséig, a gyógyszeres kezeléssel kezdik, majd folytatják a sugárkezeléssel. Ezt eredményesebbnek találták az egyedüli sugárkezelésnél. 5 éves túlélést vizsgálva, ezt a kezelést 92%-os eredményűnek találták, szemben a csak sugárkezeltek 88%-ával. Hasonló kedvező eredményt közöltek *Connel és mtsai*, bár mindkét forrás csak ötéves követési időt adott meg, így aztán a valóságos túlélés megítélése egyelőre nem lehetséges.

Számos szerző az előbbi követelményeket nem követve kedvezőtlenebb eredményhez jutott, bár itt a stádium-megállapítás ismert kritériumait is mellőzték. Az eddig tárgyalt kórstádiumokat a tapasztalatok a következő megvilágításba helyezik:

1. A prognózist az I. és II. stádiumban a histológiai typus határozza meg olyképpen, hogy jobb a lymphocytadús szövettani szerkezet, mint a nodular sclerosis és kevert typus, de a lymphocytaszegény szerkezet a legrosszabb.

2. A prognózis függ az érintett lymphocytaregiók számától, háromnál több regio, gyakori (2 év) recidivát sejtet.

3. Az I. és II. stádiumban a prognózis független az általános tünetektől — az irodalmi adatok egy része szerint — ezért meggondolandó, hogy a sugártherapia mellett gyógyszeres kezelés is történjen-e minden histológiai typusban.

4. Mediastinalis tumor esetén. nodularsclerotikus szövettani typusban, gyakori recidivát sejtet a tüdőben és pleurán mutatkozó ráterjedés.

5. Az egyesített tanulmányok szerint idős betegekben, nemtől függetlenül, a lymphocytaszegény szöveti szerkezetű typusokban szenvedők prognózisa nagyon rossz.

6. A recidiva nem jelent minden esetben disszeminációt Hodgkin-kórban. 8,5%-ban az első manifesztáció környezetében jelentkezik lokális recidiva. Ezen lokális jelenség rtg. vagy chemotherapiás kezelése teljes remissziót hozhat, a korai stádiumnak megfelelő jó prognózissal. A betegség disszeminációja a rekesz másik oldalán, esetleg extranodalisan, bár nem azonos az előző képpel, nem jelent feltétlenül különbséget.

7. A radio- és chemotherapia kombinációja az 5 éves recidivamentes periódust növeli mintegy 60%-ban, a csak sugártherápiával recidivamentes betegekben.

8. Még nem eldöntött, hogy a kombinált radio-chemotherapia mennyire hosszabbítja meg a betegek életét az I—II. stádiumban, a kizárólag radiotherapiával kezeltekkel szemben.

Therapia a III. stádiumban. 1. tanulsága szerint, a III_s és III_{s+n} Összehasonlító túlélési vizsgálatok csoportok, valamint a II. A között, jelentősen rövidült az élettartam „extended field" radiotherapia esetén a III. stádiumú csoportokban. Nincs viszont szignifikáns különbség a prognózisban a IIA és III_{s+a} csoportok között. Amennyiben a III_{s+n} A csoportosítású betegek kombinált (chemotherapia + sugár) kezelésben részesülnek, akkor az eredmények nagyon hasonlóak az előző két csoportéhoz. Ugyanezen (kombinált) kezelési mód jó eredményeket nyújtott a IIB és IIIB csoportok közötti összehasonlításban.

Desser és mtsai a III. stádiumban alcsoportokat képeznek attól függően, hogy a truncus coeliacus alatti regio is érintett vagy nem (III_1, ill. III_2). Kombinált kezelés esetén az 5 éves túlélést és recidiva gyakoriságát vizsgálva, jelentős különbségeket figyeltek meg a III_1 csoport javára. A heterogen magatartású csoporton belül alkalmazott legcélszerűbb therapiás magatartás kialakítására még további

megfigyelések és adatgyűjtések szükségesek.

A IV. stádium és a recidiva therapiája. A IV. stádium csaknem kizárólagos területe a chemotherapiának, amely *De Vita és mtsai* javaslatára a polychemotherapia. Az újabban alkalmazott MOPP séma szerinti kezelés a Vincristin (Onkovin) mellékhatásaként jelentkező paraesthesiák miatt, Vinblastinnal helyettesíthető. Hasonló módosítás az ún. C—MOPP kezelés is (Endoxan). *Bonnadonna és mtsai* főként a MOPP-rezisztens betegek kezelésére ajánlotta az ABVD sémát (Adriomycin-Bleomycin-Vinblastin-Dacarbazin), amelyen belül a Dacarbazin adagolását az 5 napon át történő adás helyett az 1. és 15. napokra korlátozták, sikerrel. Így tehát kedvezőbb eredmény várható az MOPP és ABVD kombinációs kezeléstől.

A recivida kezelésében az említett Bonnadonna és mtsai által javasolt séma lehet a választás, továbbá eredményes kezelési sikerről számoltak be *Vinciguerra és mtsai* a BVDS séma alkalmazásával (S = Streptozocin), 30% teljes remissziót elérve. *Pozig* — és mtsai 50% remissziót értek el a B-CAVe séma alkalmazásával. IC = CCNU (Lomustin), Ve = Vinblastin]. Megerősítette ezt *Rosenberg és mtsai* tapasztalata is.

Összefoglalva a IV. stádium polychemotherapiás programját: 1. Az első therápiás kezelés a MOPP vagy C—MOPP séma szerint javasolható. Polyneuropathia esetén a Vinblastinnal kell a Vincristint helyettesíteni. 2. Recidiva esetén sugártherapia után, vagy egy évvel a MOPP-kezelés beszüntetése után, sikerrel kecsegtet a MOPP ismétlése. 3. Recidiva után vagy MOPP-rezisztencia esetén az ABVD vagy B—CAVe kezelés alkalmazható sikerrel.

Fenntartó therapia. Számos közlemény ismeretes nagyobb munkacsoportok megfigyelései alapján, amelyek fenntartó kezelés előnyeit, remissziót meghosszabbító hatását hangsúlyozzák. E téren egyrészt a monotherapia (Carmustin), vagy a MOPP séma időszakos ismétlését alkalmazták a szerzők. Jelen összefoglaló közlemény szerzői a Vinblastin (5—10 mg hetenként) és a Leukeran 2—5 mg napi dosisát alkalmazták, négyhetes időközökben. Toxikus hatásokat nem láttak, de szerzőkben változatlanul kétségek élnek ezen kezelés recidivát gátló hatását illetően. Általánosságban azt a véleményüket hangsúlyozzák, hogy további nagyszámú betegen végzett tanulmányok szükségesek a kérdés határozott megítéléséhez.

A második malignoma kockázata a Hodgkin-kóros betegben.

Kétségtelen, hogy elsősorban a teljes radiotherapiás kezelésen átesettek körében előfordulnak a második malignomák Hodgkin-kórban. *Coleman és mtsai* 5—7 éves kombinált kezelés után a leukaemia kockázatát 2,9—3,9% gyakoriságúnak találta. *Grünewald* 1975-ös áttekintése alapján az irodalomban 82 akut, 12 chr. myeloid leukaemiás, 11 acut és 37 chr. lymphoid leukaemiás kóreset leírását gyűjtötte össze. Ezen esetek hátterében többnyire erélyes radio- és chemotherapiás kezelés szerepelt, (ami arra indít, hogy meggondoltan kell eljárni ezek alkalmazásában, és ennek egyetlen mértéke az ismételten elvégzett stádium-megállapítás lehet. *Ref.)*

Burger Tibor dr.

Heredaganatok és az α_1-fetoprotein. Horn, F. és mtsai (Abt. f. klin. Immunologie, Inst. f. Pathol., Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 642.

Az α_1-fetoprotein (AFP) ma az emberen a legismertebb és legjobban kutatott onkofetalis antigén; savanyú glykoprotein, molekulasúlya 70 000; élettanilag a fetus emésztőcsatornájában, májában és a sziktömlőjében (saccus vitellinus) képződik. Az egészséges felnőtt egyén savó-AFP-szintje 1 és 16 ng/ml között ingadozik. Számos irodalmi adat arra utal, hogy a csírasejt-daganatos betegek emelkedett savó-AFP-szintje mindig a sziktömlő elemekhez kötődik.

A szerzők 84 csírasejt-daganatos betegen az egyes daganatelemek viszonyát kutatták az AFP-képződését illetőleg. Vizsgálták a vérsavó AFP-tükrét, valamint az elsődleges daganat (egyes esetekben csak az áttételek) kórszövettani képét, amelyet a sziktömlő elemeket illetően a WHO (1977) szerint osztályoztak. 35 betegben a csírasejtdaganatokban több-kevesebb sziktömlő elemet találtak; kettőn kívül valamennyi beteg (94%) emelkedett AFP-szintet mutatott, sőt 15 betegüknél még 320 ng/ml feletti értéket találtak, főleg olyan esetekben, ha a sziktömlőelemek kiterjedtebbek voltak. 31 betegükön embryonalis carcinomatosus szövetet találtak sziktömlő elemek nélkül; ezekből 9-nél (29%) mutatkozott emelkedett sav-AFP-szint s ezek közül kettőben 320 ng/ml feletti szint. A tisztán seminomás betegek savóiban az AFP-tükör sohasem volt emelkedett.

Vizsgálataik nem csupán azt a tényt erősítik meg, hogy emelkedett savó-AFP-szint olyan heredaganatos betegeken mutatható ki, ahol a tumorban sziktömlőelemek vannak, hanem az is, hogy a sziktömlőelem nélküli embryonalis carcinomatosus részeket tartalmazó daganatok is hasonlóan képesek AFP szintetizálására. A tiszta seminomákban viszont soha nincs emelkedett savó-AFP-szint.

ifj. Pastinszky István dr.

Hasnyálmirigyrák kórismézése endoscopos retrograd cholangopancreatographiával és egyéb eljárásokkal. Classen, M., D. Wurbs (Abt. f. Gastroenterologie der Univ., Frankfurt a. M.): Schweiz. med. Wschr. 1980, *110*, 842.

A hasnyálmirigyrák máig sem veszített elijesztő kórjóslatából; gyakorisága mind Európában, mind az USA-ban egyre inkább nő és német statisztikák szerint a gyomorbél huzam rák gyakoriságát is felülmúlja. Paradoxan hangzik, hogy viszont a pancreas-rák diagnosztikája jelentősen javult. A pancreasmalignoma 87%-ban a járatrendszerből, 13%-ban pedig a mirigy parenchymából indul ki. Éppen ezért az irodalmi adatok szerint a pancreas-rákban az endoscopos ductographiának igen nagy (92%) a sensibilitása. A japán és német osztályozás megkülönböztet a corpus carcinoma esetében: obstruáló, stenotizáló, necrotikus-cystikus-cavernosus és fokozatosan elvékonyodó („tapering") típusokat. A pancreasfej sebészi resectiójának lehetősége 20% alatt van; a radikálisan operált hasnyálmirigy-rákosok öt éven felüli túlélési aránya pedig 10% alatti. A kórismézésben jelenleg a legnagyobb jelentősége a cholangio-pancreatico-graphiának (ERCP) van. Rendszerint azonban ez a kiváló módszer csak későn kerül alkalmazása, mert a tünetek fellépésétől az ERCP bevetéséig 1—8 (átlag 3) hónap telik el. A radikális műtét lehetősége pedig gyorsan csökken, ha az anamnesis a három hónapot már túllépi. Tapasztalataik szerint az ERCP és egyéb társeljárások lényegesen javították a hasnyálmirigyrák kórismézését. A pancreatographia diagnosztikus pontossága eléri a 90%-ot. Noha a rákot bizonyító egyedüli kritérium nincs, mégis a leletképek kellő értékelése lehetővé teszi az egyoldali állásfogalást. További morphogiai tájékoztatásul ajánlatos a vizsgált járatokból, papillaporusból leszívott váladék cytologiai vizsgálatai is.

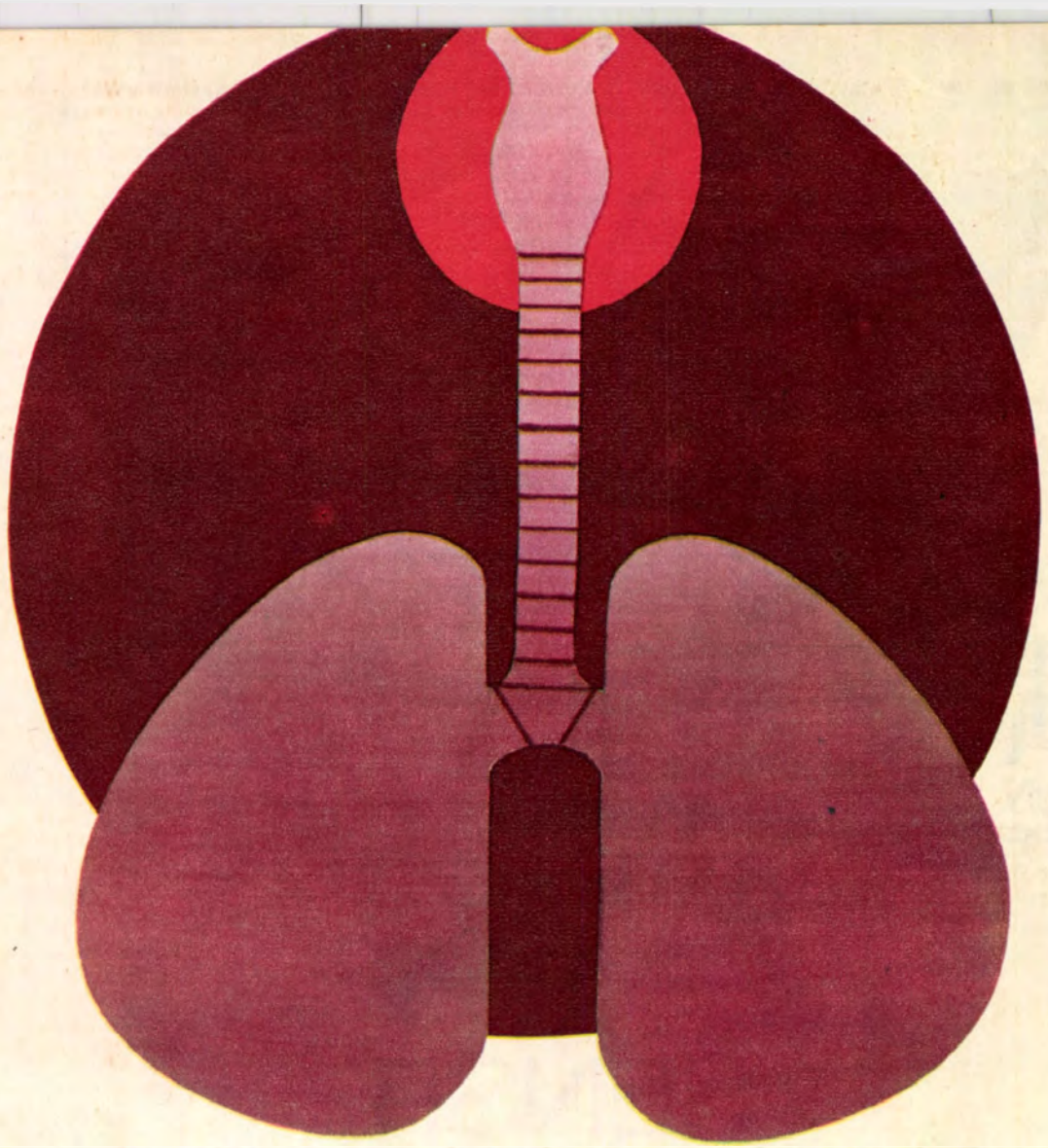
ifj. Pastinszky István dr.

Sebészet

Carotis endarterectomia. C. D. Haynes, R. L. Dempsey (Surgical Clinic, Inc., Opelika, AL 36801): Ann. Surg. 1979, *189*, 758.

A szerzők egy közkórházban végzett 276 carotis endarteriectomia eredményeiről számolnak be. Megemlítik, hogy bár nem bizonyított, hogy a carotis műtétek szignifikánsan meghosszabbítanák az életet, azonban biztos, hogy az élet minőségét javítják. Részben mert megelőzik egy esetleges „stroke" jelentkezését, másrészt a helyreállított cerebralis keringés jelentős javulást hoz azon betegek álapotában, akiknek a carotis stenosisa az 50%-ot meghaladja.

CHINOIN – BUDAPEST



LIBEXIN COMBINATUM®

tabletta

ANTITUSSIVUM

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 db tabletta — Térítés: 3,90 Ft

MEGJEGYZÉS

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



CHINOIN
BUDAPEST

SENSIT®
drazsé

CORONARIA DILATATOR

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

ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

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

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 drazsé.

MELLÉKHATÁSOK

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

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegek huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés.
Vérnyomáscsökkentők és bétareceptor-blokkolók hatását erősítheti, illetve kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

50 db drazsé

Térítés: 2,70 Ft

Az elmúlt 9 évben 276 carotis endarteriectomiát végeztek 232 betegen. 44 esetben bilateralis elváltozás miatt történt műtét (mindig két ülésben). Minden műtétet általános érzéstelenítésben végeztek, s mindegyik alkalommal intramuralis shunt-öt alkalmaztak.

Betegeiket négy csoportra osztották a tünetmentes esetektől a súlyos neurológiai deficittel rendelkező betegekig. A legtöbb műtétet múló ischaemiás attack és chronikus cerebralis dysfunctio (szédülés, emlékezetzavar, személyiség változás stb.) miatt végezték. Komplett stroke, maradandó paresis fennállásakor nem javasolják az operációt.

Három betegük halt meg a postoperatív szakban (1,08%), 7 betegnél léptek fel átmeneti neurológiai tünetek (2,5%), s maradandó károsodás csak 1 esetben jelentkezett a műtét után. Jó eredményeiket a megfelelő műtéti technika mellett a jól szelektált beteganyagnak tulajdonítják.

Lakner Géza dr.

Carotis sinus syndroma kezelése denervatióval. Trout, H. K. és mtsai (Dep. of General Surgery, Baylor University Medical Center, Dallas, Texas): Ann. Surg. 1979, *189*, 575.

A szerzők definíciója szerint a carotis sinus syncope az a szívmegállás, amely a hypersensitiv carotis sinus enyhe nyomásával kiváltható. A hypersensitiv carotis sinus ritkán okoz spontán szívmegállást. Gyakoribb okai a szívbetegségek, vagovasalis reactio, orthostatikus hypotensio, cerebro-vascularis insufficientia.

A kórállapot tünetei: bágyadtság, a carotis bifurcatio enyhe nyomásával létrehozó syncope, az EKG-n észlelhető bradycardia, ill. átmeneti asystolia. 17 betegen végeztek arteriographiát, amelynek során egy esetben a carotis externa, és öt esetben a carotis interna stenosisát fedezték fel (10 betegben jobb oldali, háromban bal oldali és hat esetben kétoldali stenosist találtak).

Az elváltozástól függően egyoldali, illetve kétoldali denervatiót végeztek. A beavatkozást öt esetben carotis endarteriectomiával egészítették ki. A beavatkozás csak egy betegen nem volt eredményes.

15 éves munkásságuk alapján a szerzők a denervatiók hatásos, egyszerű eljárásnak tartják a carotis sinus syndroma kezelésében.

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebe dr.

Subphrenikus abscessusok. Couinaud, C. (Chirurgie Abdominale et Digestive, Hospital St. Louis, Paris): J. Chir. (Paris): 1979, *116*, 481.

1954 és 1979 között 28 beteget észleltek, akiknél subphrenikus abscessus diagnózisát állították fel (22 férfi, 6 nő, 20—72 évesek). Tizenhat beteg esetében postoperative alakult a szövődmény (7 máj-epeút műtét, 6 gastro-dudonealis műtét, 2 splenectomia, 1 jobb oldali hemicolectomia). Kilenc esetben máj-epeút, colon vagy pancreatitis megbetegedés szövődményeként alakult ki, két esetben pedig egyéb gyulladásos folyományaként alakult ki. Lokalizáció szerint 7 subhepatikus, 10 interhepato-diaphragmatikus j., 7 bal oldali, 3 supra és subhepatikus, 1 interhepato renalis elhelyezkedésű volt. Három gyomorfistulával, 2 vastagbél, 2 epefistulával egy vékonybélfistulával szövődött.

A feltárást 7 esetben a pleuraűrön keresztül, 12 esetben oldalsó vagy hátsó típusos behatolásból, 9 esetben pedig laparotomiából végezték. Ezek közül négy esetben a peritoneum üregе már fertőzött volt, két esetben pedig a műtét előtt nem történt diagnózis. Egy beteget vesztettek el vastagbél fistula zárását követően.

Igen fontos a korai diagnózis felállítása, melyben fontos szerephez jut az ultrahangvizsgálat és az izotópvizsgálat. A kellő drainage nélküli antibiotikus kezelés hatástalan, sőt káros. Az antibiotikus kezelés nem pótolhatja soha a tályog feltárását és kiürítését. A nem fertőzött testüreget nem szabad megnyitni és a tályogüregbe több draint kell vezetni szívás céljából.

Tápcsatornai műtét után kialakult varrat elégtelenség vagy bélelhalás esetén azonnal bőségesen drainálni kell, és a szokott módon stoma (Witzel, colostoma, jejunostoma stb.) képzés jön még szóba.

A szerző utolsó tanácsa, hogy a subphrenikus tályogot megelőzni kell, mégpedig úgy, hogy duplacsövű draint használ, a belső draint 48 óra múltán távolítja el, a külsőt a 4—5. napon. Arra rászoruló, gyanús esetben a drainage még tovább is fenntartható, és ezáltal megelőzhető a subphrenikus tályog kialakulása.

Svastits Egon dr.

Postoperatív T-csöves cholangiographia esetén szükséges-e antibioticum védelem? Pitt, H. A. és mtsai (Dep. of Surgery, The Johns Hopkins Medical Intitutions, Baltimore, Maryland): Ann. Surg. 1980, *191*, 30.

A szerzők 100 beteg máj-epe-rendszerén végzett műtétek után (56 cholelithiasis, 19 benignus-, 18 malignus-strictura, 3 idült pancreatitis, 4 traumás sérülés) T-csövezett operálton haemoculturát végeztek a cholangiographia előtt, 15 perccel utána, majd 6 óra múlva. A graphiát megelőzőleg bacteriumtenyésztés is történt a T-csövön leszívott epéből. 92 esetben B. coli, Klebsiella pneumoniae és enterococcus nőtt ki. 21%-ban anaerob kórokozót is találtak.

83 beteg közül 9 nem kapott antibioticumot a cholangiographia után kialakult bacteriaemia ellenére sem. Mind a kilenc simán, zavartalanul gyógyult.

A szerzők összehasonlítást végeztek a kor, a nem, a laboratóriumi érték, a sebészi megoldás és a graphia eredményének vonatkozásában a bacteriaemiás és a többi betegek között, de nem leltek összefüggést. Nem tapasztaltak bacteriaemiát sem annál a nyolc betegnél, akiknek előzetes epetenyésztésük negatív volt, sem annál a 17 betegnél, akik a cholangiographia idején antibioticumot kaptak.

A 304 izolált kórokozó 90—93%-ában jelzett érzékenységet penicillin-aminoglycosid keverékre.

Végső megállapítás: csak azoknak a betegeknek érdemes antibioticumot adni direct cholangiographia után, akiknek megelőző epetenyésztése, pozitív, és közvetlen a graphia előtt lázasak vagy hőemelkedésük van.

Győry Kiss Ferenc dr.
Assefa Abebbe dr.

Psychiatria

A futás a gyógyítás szolgálatában. Barnes, L.: Physician and Sportmedicine, 1980, *6*, 97.

Az utóbbi 10 évben nemzetközi mozgalommá fejlődött az a törekvés, hogy a futást a gyógyítás különböző területein, mint adjuváns terápiás módszert alkalmazzák. A módszer kidolgozója egy San Diego-i pszichiáter, Thaddeus *Konstrubala*, akit saját élménye inspirált: súlyos coronaria-rendellenességének utókezelése során kellett feladatszerűen futnia. Önmagát és betegtársait figyelgetve kezdte felismerni a futás fizikai és pszichológiai hatásainak sokrétűségét. Ettől kezdve saját betegei terápiájába beiktatta a futást. Majd egy évtizedes tapasztalatai alapján a futás terápiás lehetőségeit az alábbiakban foglalja össze:

— A „beteg-szereppel" járó tehetetlenség, kiszolgáltatottság, gyengeség élményét csökkenti azáltal, hogy a páciens átéli fizikai erőnlétének, aktivitásának fokozatos helyreállását. Ezzel az önértékelése javul, s az egész gyógyítási folyamathoz való viszonyában több aktivitás jelenik meg.

— Általános feloldódást, feszültségcsökkenést hoz létre a futás spontán, automatikus mozgássora. Ez elősegíti a gondolatok, fantáziák szabadabb áramlását, olyan speciális „meditációs" lehetőséget teremtve, amelyben az addig erősen elfojtott fantáziák átmenetileg felerősödnek, majd spontán módon megoldást nyernek.

— Elemi biztonságérzetet nyújt a ritmikus mozgás. Alkalmazása főképpen a depresszív és szorongásos tünetek esetében bizonyult hatékonynak, de schizophréneknél és egyéb személyiségzavaroknál is tapasztaltak e módszerrel kedvező eredményt. A futás-terápia beikta-

tása egyéb terápiás eljárások közé az általános feszültség és szorongás csökkenését segíti elő, gyakran eredményezi a gyógyszermennyiség csökkenthetőségét, s a rehabilitációs folyamat felgyorsulását.

A futás körülményeinek terápiás célú alakítása a páciens mindenkori fizikális és terápiás állapotától függ. Akár egyénileg, akár csoportosan futnak, a therapeuta rendszerint velük együtt fut, s a közben kialakuló beszélgetést a verbális terápiákban alkalmazott elvek szerint alakítja. Általában lassú tartós futás javallt, melynek gyakorisága és időtartama minden esetben egyidejűleg megtervezendő.

(Ref.: Mint valamennyi terápiás módszernél, úgy itt is igen nehéz a hatásmechanizmus tisztázása, s ezzel nem is tudott megbirkózni a szerző. Mind módszertani, mind elméleti alapvetésében még sok kidolgozásra váró mozzanat van. Ennek ellenére az alapötlet figyelemre méltó, s érdemesnek tűnik arra, hogy kellő óvatossággal , a mélyebb megértés igényével hazánkban is kísérletezzünk vele. Az a tény, hogy világszerte elterjedt a „kocogás" — főleg a testi és mentális egészségükre kényes magasan civilizált államokban! — azt jelzi, hogy az emberek spontán módon felismerték a futás komplex preventív, ill. rehabilitáló hatását. Ésszerű lenne tehát a szervezett egészségügyi ellátásban is létjogosultságot szerezni ennek a módszernek, nem beszélve arról, hogy nagy előnye, hogy semmiféle anyagi befektetést nem igényel, miközben kétségtelenül hozzájárul az egyéb terápiák hatásfokának javításához.)

Komlósi Piroska dr.

Pszichoterápia, pszichofarmakológia és a gyógyítás illúziója. W. Annitto, W. Kass (New Jersey Medical School, Newark, New Jersey): Bull. Menniger Clin. 1979, *43*, 552.

A gyógyszerek placebo-hatása az adott kezelésben érvényesülő nemfarmakológiai hatások összességét jelenti. Ennek különleges jelentősége van épp a pszichiátriában, ahol a gyógyszeres és pszichés beavatkozás célja is a beteg pszichés változása. A placebo-hatás egy olyan esetét ismertetik a szerzők, ahol ennek nem a beteg, hanem orvosa volt kitéve. Egy 30 éves férfi rövid kórházi kezelés után, melyet pszichotikus szintű depressio és suicid tervek tettek szükségessé, pszichoterápiába került, mely a cikk írásakor két éve tartott. Orvosa kezdetben a kórházi gyógyszerelés folytatásaként tranquillansokat is rendelt. Ezeket az állapot javulásával négy hónap alatt elhagyta, a további javulás a pszichoterápia eredménye volt. A beteg időnkénti hangulatváltozásai, szorongása, álmatlansága azonban néha kísértésbe hozták, hogy könnyebb megoldásként újra gyógyszereket is adjon. A második évben a beteg egy kritikus periódusában soron kívüli pszichoterápiás órát és altatót kért. Orvosa (mint utólag kiderült, helyesen) úgy ítélte meg a helyzetet, hogy a beteg a terápiás kapcsolat teherbírását teszi próbára viselkedésével; farmakológiai beavatkozásra nincs szükség. Ennek megfelelően hatóanyag nélküli kapszulákat nyújtott át a betegnek, mint altatót. A hatás drámai volt: a beteg megnyugodva, kipihenten érkezett a következő terápiás ülésre. Ekkor következett az igazi meglepetés: átadta az orvosnak az összes kezdetben kapott receptet, melyből egyet sem váltott ki. Elmondta, miért döntött így: önerejéből, lélektani segítséggel akart rendebejönni. Úgy érezte, hogy a sikeresen induló terápiás kapcsolat nem bírná el, hogy a gyógyszerelés kérdésén vitatkozzon orvosával (aki egyébként szakképzése során éppen egy pszichofarmakológiai érdeklődésű osztályon dolgozott).

Az orvos tehát placebo-hatás alatt állt: a javulás, melyet a felírt gyógyszernek tulajdonított, a végzett pszichoterápiának volt az eredménye, mely később önmagában is sikeres volt.

(Ref.: A pszichés zavarok kezelésében ritkán kerül sor arra, hogy az orvos és betege tisztázza, milyen érzelmi, viselkedésbeli változást várnak a rutinszerűen felírt „nyugtatótól". Gyakoribb az a helyzet, hogy a neurotikus beteg mind nyugodtabbá válik olyan külső-belső körülmények közt, melyeknek nyugtalanítania és megoldásra ösztönöznie kellene őt. Ezzel hosszabb távon konfliktusai is súlyosbodnak és a gyógyszerekere is mind jobban rá lesz utalva. A helyzeten már az is enyhíthet valamit, ha csak nagy vonalakban a felszínre kerül a beteg tüneteinek lélektani háttere. A neurosis szakszerű ellátása természetesen pszichoterápiás megközelítést igényel.)

Cserne István dr.

Az intézményes indulatáttétel. H. D. Lomas (Department of Psychiatry, V. A. Hospital, Loma Linda, California): Bull. Menninger Clin. 1979, *43*, 547.

A szerző kiindulópontja egy közel húszéves cikk, mely pszichoterápiás intézmények „örökös betegeiről" szól. Ezek a betegek mindent megtesznek, hogy kezelésük véget ne érhessen, kötődésük, mágikus várakozásuk a majdani gyógyulásra nem kezelőorvosuknak, hanem az intézmény egészének szól. A szerző ezt a megfigyelést megerősíti és azzal egészíti ki, hogy ebben a sajátos kölcsönös indulatáttételes helyzetben (amely tehát kora gyermekkori szülői kapcsolatok mintájára épül), hogyan vesznek részt az intézmény személyzetének tagjai, a therapeuták maguk. Amerikai körülmények közt egy állami kórház a helyi vagy szövetségi kormány hatalmát, gondoskodását reprezentálja, ugyanúgy, ahogyan egy pszichoanalitikus intézményben a „hely szelleme" pl. Sigmund Freudot jelenti az oktatók, hallgatók és páciensek fantáziájában. A kórházba kerülés a beteg számára sokszor automatikusan a gyógyulást és számos, ki nem mondott igény, szükséglet azonnali teljesülését jelenti, gyakorlatilag a gyerekkori helyzet felelevenedését. Az intézmény részéről ennek a kezelőszemélyzet állandó „szülői" készenléte felel meg, amely megfontolás és válogatás nélkül minden igény, kívánság közvetlen kielégítését kívánja meg. Ez az állapot a pszichiátriai kezelések folyamán sajátos nehézséget támaszt. Megfosztja ugyanis a beteg közvetlen terapeutáját a pszichoterápia alapfeltételétől, attól, hogy a beteg fantáziáit, konfliktusait elfogulatlanul elemezhesse és így elősegíthesse azok tudatosulását a betegben. Ehelyett a terapeuta helyzeténél fogva kényszerűen aktív résztvevője a beteg tudattalan konfliktusainak, lényegében beavatkozási lehetőség nélkül.

Ilyen helyzetben nehezen képzelhető el, hogy a beteg autonomiája, önismerete fokozódjon, az eredmény inkább egy, a „bölcsőtől a sírig" tartó gondoskodás és állandósuló lélektani csődhelyzet. Szintén nem lebecsülendő hatása van a helyzetnek a kiképzés alatt álló pszichiáterekre, terapeutákra: ha oktatóik is kénytelenek lemondani a lélektani gyógykezelés tudományos és technikai feltételeiről, erősen kérdéses, hogy mit is taníthatnának az adott körülmények közt. A szerző nem vállalkozik többre a probléma kiélezett felvetésénél. Nem tartja megoldásnak sem azokat a terápiás innovációkat, melyek figyelmen kívül hagyják az indulatáttételt, sem azt, hogy a pszichoterapeuták beletörődjenek a helyzetbe.

(Ref.: szerző egy lábjegyzetben maga is hangsúlyozza, hogy nem mint egyetemi oktató és egy nagy pszichiátriai osztály vezetője nyilatkozik, hogy álláspontja nem azonos az intézmények hivatalos politikájával. Hangvétele csak látszólag pesszimista; a felvetett probléma ösztönzést adhat az elmeosztályok működésének átgondolására, arra, hogy az ellátás szervezésében kapjanak nagyobb szerepet a dinamikus pszichológia szempontjai.)

Cserne István dr.

Elmebetegek szociopátiás alkalmazkodása az elmeosztályokhoz. M. P. Geller (New York University School of Medicine, 550 1st Avenue New York, N. Y. 10016): Hospital and Community Psychiatry, 1980, *31*, 108.

Goffmann munkássága óta ismeretes, hogyan hat a totális intézményekben való élet a „bentlakók"

(elmeápoltak, hadifoglyok, noviciusok, bűnözők) viselkedésére, hogyan veszi át a „civil" morált és értékek szerepét egy másik, csak az intézményben érvényes rend. Goffmann egy semleges résztvevő-megfigyelő pozícióból gyűjtötte adatait, a tornatanár segédeként dolgozott elmekórházakban. Így a páciensek diagnózisa, pszichopatológiai tünetei igen jelentéktelenek maradnak fő mondanivalója szempontjából. Pszichiáterek viszont hajlamosak ellenkező végletre: orvosi véleményükbe, beavatkozási tervükbe nem számítják bele, hogy a beteg hogyan alkalmazkodik azokhoz a különös kórházi körülményekhez, ahhoz a sokszor igen nehézkes hivatali gépezethez, melybe betegsége folytán hosszasan és ismételten bekerül.

Elmeosztályon dolgozó pszichiáter nap mint nap találkozik olyan pszichotikus betegekkkel, akiknek manipulatív, félrevezető magatartása miatt alig képesek érdemben segíteni. Olyan eseteket ír le, mint az az akut schub állapotában bekerülő beteg, aki valamicskét javul a megkezdett gyógyszeres kezeléstől, majd bentléte harmadik-negyedik napján hirtelen megszűnnek a tünetei és hazabocsátását kéri, hogy rokkant-nyugdíjának csekkjét átvehesse otthon a postástól. Vagy egy mentővel érkező „krónikus pszichotikus", aki csak másnap reggel mondja meg, hogy azért hívott saját maga mentőt, mert egy hosszabb bevásárlás után nem maradt pénze taxira: tudta, hogy a kórházban meleg ágy, vacsora és reggeli várja. Ez a beteg is „rendelkezett" annyi és olyan tünettel, hogy beszállították és felvették őt. A további esetek közös jellemzője is az, hogy a beteg életmódját, kapcsolatait klasszikus, tankönyvi pszichotikus tünetek révén (és ilyen értelemben szocipátiásan) alakítja, hasznot szerez. A szerző érthetőnek és magyarázhatónak tartja a jelenséget, sőt, adott ellátási formák közt törvényszerűnek.

Ha a beteg azt tapasztalja, hogy a vele történő eseményeket, kezelése körülményeit, módját tünetei, panaszai határozzák meg, akkor orvosával való kommunikációja tartósan beszűkülhet erre a körre. Ahogyan a neurotikus panaszok-tünetek sem csak a páciensre vonatkoznak, hanem igen hatásos eszközök a kapcsolatok alakítására, a gyógyszeres kezeléssel, hol megszűnő, hol újra jelentkező pszichotikus tünetek is felvethetnek hasonló funkciót. Így vonódhatnak később a beteg részben tudatos kontrollja alá is. A kezelő személyzet nagyméretű és nagy forgalmú elmeosztályokon szintén erősen határolt szerep- és feladatkörrel rendelkezik, számos bürokratikus és adminisztratív kötelezettséggel. Mindez erősen megnehezíti ilyen betegeknél nemcsak a diagnózis helyes felállítását, hanem az érdemi kezelést *Rosenhan tapasztalatai is: egészséges szakemberek azzal, hogy egy izolált és már megszűnt (valójában nem tapasztalt) tünetről, hanghallásról panaszkodtak, hosszan elmeosztályi ápoltakká tudtak válni. Az, hogy nem betegek, nem a személyzetnek tűnt fel, hanem a páciensekneek, és kiszabadulásuk is komoly munkát igényelt. A cikkben is leírt kommunikatív csőd, az elmebetegség „járadéki pszichózissá" való alakulása csak a kórházak anyagi-személyzeti feltételeinek javításával, a pszichológiai, pszichoterápiás szemlélet terjesztésével előzhető meg vagy orvosolható.]*

[Ref.: Az elmeosztályok gépezetének súlyos hatásairól számolnak be

Cserne István dr.

Motiváció, magatartás és magatartászavarok. Acskova, M. (Med. Akademia — Psych. Klin., Szófia): Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie, 1980, *32*, 193.

A motívumok vezérelte magatartásszerveződés összetett problémaköre a klinikai lélektan és a pszichiátria már-már történelmi hagyományokkal rendelkező kutatási területe. Az emberi viselkedés összerendezettségét és az adott helyzetben megnyilvánuló zavarok okait kereső elméletek roppant összefogott és lényeget kiemelő felvázolásával indítja a szerző didaktikus értékű közleményét. A behaviorizmus, neobehaviorizmus, pszichoanalitikus szemlélet, a *pavlovi* tanok, az etológiai és tanuláselméletek stb. fő jellemzőinek kiemelése után ismerteti saját elképzeléseit.

Aránylag egyszerű modellek felvázolásával — beismerve a túlzott egyértelműségre való törekvésben rejlő hiányosságokat — ismerteti véleményét a különböző viselkedésformák valószínűnek tűnő szerveződéséről. A pszichogén és az organikus hátterű viselkedészavarokról készített vázlatai az alapkérdések könnyű áttekintését bizosítják. Főként az organikus agyi károsodások hibás magatartásformákban felszínre kerülő hatásait keresve, a szerző egyes tünetek jellegzetességeit sikerrel illeszti be modelljébe.

Fejes András dr.

A tévely pszichoszociális determinánsai. J. Bones (Bezirksklinik Hochstadt, Hauptstrasse 13, D-8621 Hochstadt am Main): Med. Welt 1979, *30*, 996.

K. Jaspers óta szerepel a tévely mint élmény (1913). *Huber* és *Gross* szerint a beteg korábbi tapasztalataival össze nem egyeztethető, bizonyosságtudattal rendelkező meggyőződésről van szó, amelynek személyes vonatkozásai vannak. Beszélünk tévelyészlelésről, -ötletről, -gondolatról, -emlékről, -hangulatról. Ez utóbbi a szörnyűség kínzó, ritkán boldog érzését jelenti. Primer és szekunder tévelyt különböztet meg (előbbi az sch.-ban, utóbbi más lelki zavarok talaján jelentkezik). Circularis pszichózisban az uralkodó érzészavar talaján alakul ki. Témájában az ember szociális létének valamennyi területéről származhat. Formálják életkori, kulturális, vallási sajátosságok, az egyén érdeklődési, családi köre stb. Mindezek tudattalanul befolyásolják az egyén gondolkodását.

Leggyakoribb tévelyérzékelés a korlátozási élmény *(Pauleikoff)*: üldözés, megfigyelés, fenyegetés. *Kranz* megvizsgálta 1886-tól 30 évenként sch.-nál a korlátozási élményt, és mindig közel azonosnak találta (72—75%). A bűnösségi és hypochondriás tévely előfordulása is közel állandó, lényeges transkulturális különbségek nélkül, bár *A. v. Orelli* 1878-tól 1952-ig a bűnösségi élmény csökkenése mellett az insufficientia eszmék növekedését állapította meg.

Az üldözési tévely tartalma keletkezésekor elsősorban személyiség-függő, későbbi változása inkább szocio-kulturális tényezők által meghatározott.

A nagy történelmi változások (népek dekadenciája, új népek keletkezése) megnövelik a társadalomban a bizonytalanságot, a szorongást, a depressziót vagy agressziót, és befolyásolják a tévely tartalmát.

A korai görög kultúrában a tévelyélményben általában isteni hatalom szerepel üldözőként többnyire valamely bűn, vagy mulasztás miatt („isteni téboly"). A klasszikus antik világban ezek csökkenése és csodálatos lelki stabilitás kialakulása következett be. Szaporodása a római időkben következett be és csúcspontját az európai középkorban érte el. Az egyén pszicho-szociális helyzete ebben az időben sokkal rosszabb volt, mint az archaikus világban.

Az individuum súlyos lelki terhelését jelenti az ismert életnormák átértékelésével jelentkező kétely az ideálokban, a lelki célokban, a vallásban, a politikai rendszerben, a szociális értékekben.

Tartósan hospitalizált intézeti anyagban a szerző a korlátozási tévelyt csak 12,5%-ban találta. A beteg itt védve érzi magát, megszűnik a fenyegetettség érzése, helyette a vallásos tévely lép fel. Anyagában ez utóbbi első helyen szerepel (14,9%).

Trópusi országokban ugyanúgy dominál a korlátozási tévely (szellemi hatalom, varázsló, de mérgezési gondolatok is).

A depressziókban gyakori bűnösségi tévely Japánban is hasonló gyakoriságú, mint Németországban. Míg Európában inkább a gyermekkel, Japánban inkább a szülőkkel, ősökkel szembeni mulasztás érzése vezet és nagyobb társadalmi felelősség tükröződik a témákban.

Az élet során a tévely terebélyesedése, módosulása miatt később felismerhetetlenné válik a primer élmény. Előfordulnak késői tévelyjelenségek, esetleg 20 évvel egy

meggyógyult schizophrenia után, amikor a depresszió a vezető tünet, és az involutiós depressziótól való megkülönböztetése igen nehéz.

Kiss Sándor Árpád dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A gyermekkori hyperkinesis (hypermotilitas) syndroma. Harbauer, A. (Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Zentrum der Psychiatrie und Universität Frankfurt Main, 71): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 355.

A referátum bevezetésében szerző leszögezi, hogy nem kórképről, hanem tünetegyüttesről van szó, amelyet régen a fogyatékos gyermekeken, kísérő jelenségként észleltek, majd több mint 50 évvel ezelőtt német szerző foglalkozott pontos definiálásával. Meghatározta a normális mozgás jellemzőit, a természetes kereteken belüli fokozott aktivitást vagy nyugtalanságot, és csak az ettől quantitatíve vagy qualitatíve eltérő mozgást értékelte kórosnak.

A normális psychomotoros aktivitás a gyermek tevékenységi kedvének megnyilvánulása és a fejlődés kritikus szakaszaiban, mint pl. az önálló járás kezdete, vagy a praepubertás, különösen kifejezett. Ez a gyermeknek örömöt okoz és gátlása, a környezet meg nem értése a psychoszociális fejlődés zavaraihoz vezet. Ezzel szemben a bohóckodási hajlamból eredő, vagy az életkorhoz nem illő mozgás quantitatív és qualitatív jelei a kóros felé mutatnak. A syndromát nagy gyakorlati jelentőségénél fogva felvették a német szerkesztésű, internacionális használatra javasolt klasszifikációba: ICD—Schema 314. szám.

Miliő-dependens hypermotilitás. A környezeti tényezőktől függő, neurotikus hyperkinesis többnyire a psychés gátoltság kifejezője. Indukálhatja a szülők — főleg az anya — idegessége vagy a perfekcionista nevelés; ugyanígy hat az „overprotection" is, amely főleg a kis súlyú újszülöttek nevelésében gyakori. Valamennyi felsorolt esetben a gyermek egészséges törekvéseit gátolja környezete, amire psychomotoros nyugtalanság, majd csökkent koncentrációs képesség a válasz. Ugyanide vezet a korai deprivatio is, amint ezt régebben a pedagógiailag túl szigorú vagy sivár intézeti tartózkodás után észlelték.

Konstitucionális hypersensitivitás. Az úgynevezett neuropathiás gyermekek jelentős számában a vegetatív idegrendszer fokozott ingerlékenysége mellett, csökkent teljesítőképesség jellemző. Ez utóbbinak alapja a pihenést akadályozó, folyamatos nyugtalanság. Ezek a gyermekek nehezen alszanak el és álmuk nyugtalan, amit gyakran már az újszülöttosztályon regisztrálnak; ilyenkor a terhesség, vagy a szülés alatti ártalomról lehet szó és a mai terminológia szerint a következményes „Cerebral Minimal-Dysfunction", vagy „Syndrome", vagy — „Palsy" (CMD, CMS, CMP és még több, hasonló elnevezés alatt ismeretes a nemzetközi szakoridalomban.

Cerebral Minimal Dysfunction. A gyermekkori hyperkinesis tünetegyüttese gyakran a CMD következménye, ill. részjelensége. A szerző felsorolja a szakirodalomban, a különböző nyelvterületeken a CMD synonimáit (ref.: a nemzetközi terminológiához alkalmazkodik). Valamennyinek lényege a cerebralis funkciók enyhe zavara, amely gyakran minimális organikus eltérésen alapul.

Aetiológiája nem egységes. Örökletes tényezőktől kezdve a másodlagos neurotikus reakciókig terjed. A szerzők többsége egyre inkább a cerebrumnak a terhesség, vagy a szülés alatt, vagy után keletkezett, minimális, organikus irritatióját veszi alapul.

A tünetegyüttes leírása az utóbbi években egységessé vált. A *Harbauer* által idézett szerzők véleménye szerint (referens és munkatársának korábbi közléseivel egybehangzóan) a klasszikus neurológiai vizsgálat alapján idegrendszeri eltérés nélküli gyermekekben normális EEG és jó, vagy átlagon felüli IQ mellett nemcsak hypermotilitás, hanem a szociális alkalmazkodási készség és az iskolai teljesítő képesség csökkent volta is gyakori. A háttérben a finom motorikus coordinatio és a cognitív funkciók nehézségei, sokszor visuoperceptiós zavarok állnak, melyek az iskolában a figyelem gyors lankadásában, szétszórtságban nyilvánulnak meg. A képességükhöz mérten rossz iskolai helyzetüktől éppen a jó intellektusú gyermekek válnak neurotikussá; neurosisuk a pubertás folyamán többnyire oldódik. A válogatás nélküli iskolás gyermekek között a különböző szerzők 5—17%-ban találtak CMD-t, míg a problémás gyermekek 1/3-os hányadában diagnosztizálták, fiúkban relatíve nagyobb gyakorisággal, mint lányokban.

Therapia és prognosis. Esetenként a vezető tünetek és az anamnesis (részletes) adnak információt a syndroma alapjáról. A motorium zavarai training módszerekkel kedvezően befolyásolhatók és a gyakori insufficientia érzést is csökkentik. Psychopharmatikáktól jó eredmény nem várható. Egyedül a methylphenidattól látott több szerző kedvező hatást. A kezelést minél előbb kell kezdeni, 1—2 évig folytatni és jóval a pubertás előtt abbahagyni! Pathológiás EEG, rohamokban jelentkező tünetek (migrain, görcsök) esetén kontraindikált, mert paradox hatása lehet. A szerző Ritalint használt, tartós kezelésre reggelenként 5 mg-ot (1/2 tabl.), de szükség esetén 5—7 mg/kg/die is adható. A betegek 10—15%-ában hatástalan, nyilván organikus károsodásuk miatt. 20%-ban néhány hónap után már nem mutatkozik további eredmény. Megközelítően a betegek 70%-ában jó a therápiás effektusa, ha 1—2 éven át, psychológiai, gyógypedagógiai és egyéb módszerekkel kiegészítve folytatjuk a gyógyszeres kezelést. Mindenképpen meg kell találnunk a segítés módját, mert az említett spontán javulást csak keserves tapasztalatok után, önneveléssel, későn és sok szenvedés árán érik el a gyermekek. Az ettől való megkímélés és a hátrányos iskolai „rangsorolás" megelőzése érdekében egyaránt fontos, hogy minden lehetséges módon segítsük ezeket a gyermekeket.

(Ref.: A címben hyperkinesis szerepel, de a közleményben, éppen úgy, mint a vonatkozó szakirodalomban, a hyperkinesis kifejezést a hypermotilitással alterálva használja a szerző, ezért helyesnek látszott ezt a címben is jelezni.)

Wohlmuth Gertrúd dr.

Osteogenesis imperfecta kezelése szintetikus hering calcitoninnal. Castells, S. és mtsai (Unit of Growth Hormone and Metabolism, 450 Clarkson Ave, Brooklyn, NY 11203): J. Pediat. 1979, *95*, 807.

Szintetikusan előállított hering calcitonin hosszú távú hatását értékelték osteogenesis imperfecta tarda és congenita eseteiben. 48 gyermek kórlefolyását értékelték (6 hó—15 év), akik hetenként 3 alkalommal subcutan 2 MRC egység/kg calcitonint kaptak 230—345 mg/die Ca egyidejű adása mellett. A kezelés alatt a törések száma lényegesen csökkent a megelőző időszakkal összehasonlítva. Javult a betegek állóképessége, erősebbnek érezték alsó végtagjukat, biztosabban jártak. Radiológiai vizsgálatokkal kimutatták, hogy a csontok densitása is fokozódott, elsősorban az 5 évesnél fiatalabb betegekben. A szintetikus calcitonin tartós adagolásától igen jó eredmény várható az osteogenesis imperfecta kezelésében. A kezelés kezdetén gyakori a hányinger és a hányás, de ezek a tünetek spontán megszűnnek. Az injekció beadása után perifériás vasodilatio is felléphet, de ennek sincs különösebb következménye. A calcitonin hatását biokémiai paraméterekkel nem lehet lemérni. Az alkálikus foszfatáze értékben és a vizelettel ürített hydroxyprolin mennyiségében nem találtak változást a kezelés során. Hypocalcaemia vagy hypophosphataemia sosem fordult elő. A hering calcitonin az emberi calcitonintól a polypeptid lánchoz kötődő aminosavakban különbözik, ezér tartós adás esetén ellenanyag képződéssel lehet szá-

molni. Eseteik 30%-ában ugyan ez előfordult, de a terápiás hatást nem befolyásolta.

Kiss Péter dr.

Insulin-szekréció csecsemőkori sorvadásban. Hatemi, S. és mtsai (Institut de Cerrahpasa, Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Kursüsü, Istanbul, Turquie): Pédiatrie 1979, *34*, 713.

Az irodalomból ismert ellentmondásos vélemények miatt a szerzők tanulmányozták az orális glucose-adagolással kiváltott hyperglykaemiára adott insulinválaszt súlyos táplálkozási hiányállapotokban.

Táblázatban tüntetik fel a vizsgált nyolc sorvadt és nyolc kontroll csecsemő korát, súlyát és testhosszát. A súlyelmaradás 50%-os volt. A glucose-terhelést tskg-onként 2 g glucose-t tartalmazó oldattal végezték, majd a terhelés után 30, 60, 90, 120, 150, és 180 perccel meghatározták a vércukrot és szembeállították a terhelés előttivel. Az insulin-meghatározásokat radioimmunológiai módszer szerint, a terhelés előtt, majd 30 és 60 perc múlva végezték. A vércukor-meghatározások Folin—Wu módszerével történtek.

Eredményeiket táblázatokban közlik és statisztikailag analizálják. Ezekből kiderült, hogy a delta-insulin szignifikánsan alacsonyabb a sorvadtaknál, és orális glucose-terhelés után 60 perccel az insulin-szekréció a sorvadtaknál abnormisan alacsony marad. Eredményeiket kommentálva megállapítják, hogy az adatok azoknak a véleményét igazolják, akik szerint súlyos csecsemőkori sorvadásban az insulin-szekréció alacsony. A béta-sejteknek ez a hiposzekréciója több tényezőre vezethető vissza, a fő ok azonban valószínűleg fehérjehiány, ami lényegesen befolyásolja a pancreas anyagcseréjét, és az aminosavak fontos szerepet játszhatnak az insulin-szekrécióban. Miután a gyógyuló sorvadtak jobban reagálnak az orális tolerancia-tesztre, arra lehet következtetni, hogy egy béta-cytotroph tényező befolyásolja az insulin-szekréciót.

Kövér Béla dr.

Gastroenterológia

A gyomor nagygörbületi fekélyei. Antalik, J. (Bezirkskrankenhaus Nove Zámky, Érsekújvár, CSR): Radiologia Diagnostica 1979, *20*, 822.

Régebben az volt a felfogás, hogy a gyomor nagygörbületén levő fekélyek mindig malignitásra gyanúsnak tekintendők. Újabban egyre többen hangoztattak ettől eltérő véleményt. A szerző 10 év alatt 395 gyomorfekélyt észlelt, ezekből 10 volt nagygörbületi, azaz 2,5%. Hat esetben végeztek gastroscopiát, egy beteg került súlyos vérhányás miatt műtétre. Egy orvos betegük nagygörbületi fekélye 8 év alatt hétszer újult ki, de nem engedte magát műteni. Valamennyi esetben a kórlefolyás és későbbi ellenőrzés igazolta a jóindulatúságot. Négy esetet részletesen ismertet. A kórisme tisztázásában döntő szerepe van a röntgenvizsgálatnak. Komoly segítség a mindig elvégzendő gastroscopia, mely gyakran döntő a minőségi kórisme felállításában. A szerző szerint semmi alapja annak a hitnek, hogy a nagygörbületi fekélyeket eleve rosszindulatúnak kell tekinteni. A rosszindulatú fekélyek a nagygörbületen nem gyakoribbak, mint a gyomor egyéb részeiben.

Laczay András dr.

A colon és rectum keringészavarai és kezelésük. Saegesser, F. és mtsai (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne): Chirurg, 1979, *50*, 759.

A szerzők 113 saját esetük alapján tárgyalják a colon és rectum ischaemia kórtanát, kóroktanát, kórbonctanát és kezelését. A kórkép lefolyása súlyossági fokával arányban háromféle lehet. A legkedvezőbb esetben konzervatív kezeléssel is teljes gyógyulás érhető el az anatómiai elváltozások visszafejlődésével. A következő súlyossági fokozatban a vastagbél fibrosus szűkülete alakul ki és marad vissza, ami már sok esetben műtéti megoldást tehet szükségessé. Ez a két enyhébb forma elsősorban haemodynamikai zavarok következménye, mint asystolia, szívinfarctus, szív ritmuszavarok, hypovolaemia különböző formái. Súlyosabb kép alakul ki, ha a zsigeri erek elzáródnak bármely okból, mint arteriosclerosis, thrombosis, a hasi aorta aneurysmája, az érintett erek műtéti sértése vagy lekötése, perifériás érbetegségek, véralvadási zavarok. Ezeken a helyi vérszegénységhez vezető tényezőkön kívül fontos szerepe van a legsúlyosabb forma, a heveny ischaemiás elhalás kialakulásában a vastagbél baktériumflórájának. Sok esetben a gyulladásos tényezők el is fedhetik a kórkép ischaemiás eredetét.

A kezelésben nagyon fontos a műtéti beavatkozás idejének helyes meghatározása. Az enyhe esetekben erre szükség nincs, de a beteget állandóan fenyegeti a bélelhalás, átfúródás veszélye. Ezért szükséges a gondos ellenőrzés az intenzív konzervatív kezelés mellett, és az esetleges elhalt bélszakaszok korai resectiója. Másodlagos műtétként jön szóba az esetleges visszamaradt fibrosus szűkületek kimetszése.

A kórkép természetesen idős korban gyakori. Valószínű, hogy az 50 év feletti betegekben eddig kórismézett colitis vagy Crohn-betegség az esetek nagy részében tulajdonképpen ischaemiás colitis volt.

Pálvölgyi László dr.

Máj- és epeútbetegségek

A primer biliaris cirrhosis therapiája. Tittor, M. (Stoffwechsellklinik der Landesversicherungsanstalt, Württemberg): Dtsch. med. Wschr. 1980, *105*, 322.

A primer bilaris cirrhosis tisztázatlan eredetű, ritka progressiv májbetegség, amelynek praecirrhosis lefolyási formája idült destructiv cholangitis néven ismeretes. Hatásos oki kezelése nincs, így a kezelése részben a causalis pathogenetikai feltételezések, részben pedig a tünetek szerint történik. Mivel egyesek a kóroktanában autoimmun történéseknek tulajdonítanak szerepet, ezért immunsuppressiv szerekkel próbálkoznak. Sajnos az *azathioprin*-tól semmi objektív javulást nem észleltek, viszont mellékhatásai (nausea, cholestasis, csontvelő-depressio) jelentősek. A *prednison* egyes betegeken az étvágyat, általános állapotot átmenetileg ugyan javítja, de — osteoporosist okozó hatása miatt már azért is meggondolandó, mert az alapbetegség is D-vitaminhiány és calciumveszteség (mészszappanképződés a belekben) miatt osteomalaciát eredményez. Az *antilymphocyta-serum* kezelésnek nincs kimutatható haszna, viszont veszélyes lehet (serum-betegség) mellékhatása miatt. A májban lerakódó réz pathogenetikai principiumából kidulva a rézchelat képződésére és renalis kiürülésére adott *D-penicillamin* csökkenti ugyan a májszövet réztartalmát, továbbá a collagen-synthesis extracellularis fázisát, de a szöveti elváltozásokat és a cholestasist nem befolyásolja és melléktünetekkel (thrombocytopenia, leukocytopenia, proteinuria) járhat.

A *tüneti* kezelés a kínzó viszketés, vitaminhiány és a hyperlipidaemia ellen irányul. A viszketést okozó epesavszintet a *cholestyramin* csökkenti a bélben visszaszívódás gátlásával; methyltestosteron nem adható a viszketés csökkentésére az intrahepatikus cholestasis fokozása miatt. Parenteralis tüneti kezelés az *A-, D- és K-vitamin*, esetleg a mészhiány miatt *calcium*. A magas lipidszint csökkentésére D-thyroxin kísérlehető meg. Újabb adatok szerint nagy dosisú nitroglycerin-kezelés után a bilirubinszint és a viszketés szignifikáns csökkenését észlelték; a hatásmechanizmus ismeretlen.

ifj. Pastinszky István dr.

Súlyos alkoholos hepatitisben és spontán encephalopathiában szenvedő betegek kettős vak kísérlettel végzett, ellenőrzött prednisolon kezelése. V. Depew és mtsai (Liver Division, University of Southern California, Los Angeles, California): Gastroenterology 1980, *78*, 524.

28 súlyos alkoholos hepatitisben és encepnalopathiában szenvedő betegből 15 steroid, 13 pedig placebo kezelésben részesült. Korábbi tanulmányok azt mutatták, hogy a steroidok adásától lényeges javulás nem várható, a mortalitás a placebót szedő csoporthoz képest nem változott. A kezelt betegek 2 csoportja között nem volt lényeges eltérés a klinikai tünetek és laboratóriumi eredmények vonatkozásában.

A prednisolont szedő betegek napi 40 mg gyógyszert kaptak, míg a másik csoport placebót szedett. A vizsgálatokba a súlyosan beteg egyéneket is bevonták, míg más szerzők csak az enyhe vagy közepes fokú alkoholos hepatitises betegeket vizsgálták. Felvételkor egyik beteg sem volt moribund állapotban. Veseelégtelensége a 15 prednisolont szedő betegből 7-nek, a placebót szedő csoport 13 betege közül 6-nak volt. A kialakult veseelégtelenségben a mortalitás 70%-nál magasabb volt. A prognózis kedvezőbb volt, ha veseelégtelenséget nem észleltek.

A szerzők más megfigyelésekre is hivatkozva megállapítják, hogy jóllehet a gyulladásos folyamatban immunmechanizmusokat is feltételeznek, az ismételt kontrollált vizsgálatok azt mutatják, hogy a prednisolon kezelésnek semmilyen előnyös hatása nincs az enyhe, középsúlyos, ill. súlyos alkoholos hepatitisre.

Ternák Gábor dr.

Kőbetegség és epesók enterohepatikus keringésének megszakadása következtében. Kirks, D. R. (Children's Medical Center and the University of Texas Southwestern Medical School, Dallas): American Journal of Roentgenology 1979, *133*, 383.

Az epesók bélből való felszívódásának bármely akadálya gátolja azok visszajutását a májba, megszakítja az epesók enterohepatikus recirculatióját. Ennek következményeként a továbbiakban termelődő epe cholesterinnel túltelítetté válhat, ami kedvez az epekőképződésnek. Ugyanígy ismeretes, hogy az ileum működészavara hyperoxaluriához és húgyúti kőképződéshez vezethet. Ennek mechanizmusa nem egyértelműen tisztázott, közrejátszhat a bélbaktériumok biokémiai aktivitása, a zsírsavak elégtelen felszívódása miatt alacsony intraluminalis Ca-szint következtében fokozott oxalatfelszívódás, a colon fokozott permeabilitása a táplálékkal felvett oxalat irányában. Ezek a mechanizmusok gyermekkorban is érvényesülnek, bár kevéssé ismertek. Ezért a szerzők két esetet ismertetnek. Csecsemőkori vékonybélresectio után 3,5 éves korban végeztek cholecystectomiát cholesterin kő miatt. A másik beteg 11 éves volt, mikor enteritis regionalisa mellett ureteréből oxalatkövet távolítottak el.

Laczay András dr.

Diureticum-resistens ascites májcirrhosisban és veseelégtelenségben: kezelés peritoneo-cavalis drénezéssel. I. Jacobi és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1979, *104*, 1044.

A szerzők egy 37 éves májcirrhosisos beteg (alkoholos eredetű, vascularisan decompenzált, diuretikumokkal nem befolyásolható) kórtörténetének ismertetésével hívják fel a figyelmet arra, hogy ilyen esetekben is eredményes megoldást biztosíthat az *Agishi és mtsai* által megalkotott és 1977-ben közölt peritoneo-cavalis, a beteg által irányított pumpaelven alapuló drainage. A pumparendszer local-anaesthesiával is beültethető. A pumpa subcutan a proc. xyphoideus fölé kerül, a hozzá vezető kanülrendszer egyik vége (ez kettős falú, oldalt többszörösen perforált) a hasüregbe, a másik vége (mely szűkebb kaliberű és ventil-megoldással csatlakozik a már említett pumpához) ugyancsak subcutan elvezetéssel a vena jugularison át a vena cava superiorba nyílik. Az ascites-folyadék a beteg közreműködésével, a pumpára gyakorolt nyomással kerül vissza a vénás rendszerbe.

A szerzők kórélettani ismertetését adják annak a klinikumból jól ismert ténynek, miért fenyegeti a májcirrhosisos betegeket ascitesképződés stádiumában funkcionális veseelégtelenség; s az egyik általuk említett és lényegesnek tartott hypovolaemia éppen e pumparendszer alkalmazásával megoldhatónak is látszik.

Az Agishi-pumpa beültetésének indikációi közé sorolják: májcirrhosis vascularisan dekompenzált stádiuma, vesebetegségekben fellépő ascites, chylosus ascites és ismeretlen eredetű ascites. Kontraindikációt jelentenek: emelkedett serum bilirubin, peritonitis, ha az anamnézisben gastroinaestinalis vérzés van, valamint carcinosis.

Nagy Zoltán dr.

Felhívás a Szerzőkhöz!

Felhívjuk szerzőink figyelmét, hogy az Orvosi Hetilap szerkesztősége csak nyomdakész kéziratokat fogad el közlésre. A követelményeket a több ízben közzétett, újjászerkesztett „Felhívás" tartalmazza (Orv. Hetil. 1979, *120*, 2773., ill. 3177. és 1980, *121*, 1033).

Kérjük, előírásaikat a kézirat végleges elkészítésekor áttanulmányozni és szem előtt tartani. Ennek elmulasztása jelentős többletmunkát ró a szerzőkre és szerkesztőségre egyaránt; nem csekély mértékben nyújtja meg az ún. *átfutási időt.*



KÖNYVISMERTETÉS

Basu, R. N., Jezek, Z., Ward, N. A.: The Eradication of Smallpox from India. (A himlő felszámolása Indiában. World Health Organization. — New Delhi 1979. 346 oldal 30,— SFr.

Az Egészségügyi Világszervezet hosszú, de eredményes harc után, 1980-ban himlőmentessé nyilvánította a világot. A himlő eradicatio egyik döntő láncszeme az indiai endémiás területek felszámolása volt. Erről a nagyszerű egészségügyi munkáról, illetve annak tapasztalatairól számol be a 346 oldalas könyv.

Az első két fejezet India demográfiájával és kultúrájával, az általános egészségügy felépítésével és a himlőprogram szervezésével foglalkozik. A himlő, mely az írásos történelmi idő kezdetétől ismert betegség volt Indiában, pusztító járványokként lépett fel. Egy szervezett szakértői bizottság 1962-ben megindította a „Nemzeti Himlő Eradicatiós Programot". A következő 9 év alatt, a tömeges himlőoltás elvét követve a himlő előfordulása drámai módon csökkent. Két találmány adott hatalmas lökést a programnak, az egyik az 1969-ben bevezetett bifurkációs tű, a másik az 1971-ben használatba vett hatékony, hőálló, mélyfagyasztott vaccina, melyek egyszerűsítették az oltási technikát és majdnem 100%-os megeredést biztosítottak. 1972-ben a tömegoltás stratégiáját elhagyták, miután annak csak részleges sikere volt a betegség kontrollálásában. Helyette a megfigyelő és elzáró módszert alkalmazták.

1973 júliusában a mozgalom még intenzívebb lett. Nagyszámú himlőesetet fedeztek fel, mely 1974 májusában tetőzött, amikor is mintegy 11 000 új esetet jelentettek egyetlen hét alatt. 1975 januárjában megindult a „CÉL:ZÉRÓ" program. Az 1973—75 között kidolgozott, mereven betartott és igen hatásos elkülönítő rendszer szintén fontos része volt a sikernek. Az esetek környékén háztól-házig kutatásokat tartottak. Végül, ha találtak egy esetet, legalább két kutató-körutat tartottak egy-egy tízmérföldes körzetbe, ahol minden egyes házat meglátogattak és minden lázas, kiütéses beteget nyilvántartásba vettek későbbi kivizsgálásra.

Az 5. fejezet a kitűnő minőségű, tartós, mélyfagyasztott vaccina előállításának haladását tárgyalja. 1973-ra minden intézet az előírásoknak megfelelően állékony, tiszta és hatékony szert gyártott. A vaccinálási eljárást, a vaccina szállítását és tárolását írja le és felsorolja a vaccinálás komplikációit. A 6. fejezet leírja a jelentések (adminisztráció) pontról pontra történő rendszerét.

Az utolsó eset óta a hangsúly a lázas-kiütéses esetek feltárásán volt. 1976 januárja óta, havonta egyszer minden „alap-jelentő-egységnek" jelentést kellett tennie az ilyen esetekről a megyei körzetnek, majd azok azt állami szintre továbbították. Minden himlőgyanús esetet és varicella okozta halálesetet kivizsgáltak és hasonló módon jelentettek.

A 7. fejezet részletesen leírja az időszakos aktív felkutató akciókat, melyek a leghatásosabb megfigyelési módszernek bizonyultak a programban. India minden területén legalább két ilyen felkutatást folytattak, a legtöbb államban pedig 12—30 intenzív kutatást. Az 1976 őszén megrendezett, utolsó összindiai kutatásban 152 441 egészségügyi dolgozó vett részt, ezekből 29 000 felügyelő és 8000 felmérő volt. 668 332 falut és 1434 egyéb közigazgatási helyet kutattak át.

A 8. fejezet a megfigyelés más részeivel, így az egészségügyi gondozókban, iskolákban, piacokon végzett felkutatásokkal, valamint a veszélyeztetett és határmenti területeken végzettekkel foglalkozik. A 9. és 10. fejezet elkülönítési módszerekkel és leboratóriumi diagnosztikai lehetőségekkel és eszközökkel foglalkozik. A 11. fejezet a program során felmerült lázas-kiütéses betegségek differenciáldiagnózisával foglalkozik, elsősorban a varicella és morbilli előfordulásokra vonatkozóan, amelyek magas megbetegedési és halálozási arányt mutattak. A 12. fejezet a hozzájárulásokról szól. A betegség továbbterjedésének megakadályozása közben egyre növekedtek a költségek. A Központi Kormány és a WHO különlegesen szoros együttműködése nagyon sokban hozzájárult a program zökkenőmentes kivitelezéséhez. Itt foglalkoznak a felszámolás pénzügyi lebonyolításának technikai részével is. A 13. fejezet a szokatlan epizódok, rendhagyó jelenségek, különleges himlőesetek ismertetése.

A könyv végén Indira Ghandi üzenete olvasható, amelyet érdemes szó szerint idézni:

„A himlő egy gazdasági hátráltató tényező. Ennek eltörlése egy olyan fontos esemény, amelyre közegészségügyi dolgozóink és barátaink a WHO-nál hivatalosan is büszkék lehetnek.

Most azonban az a legfontosabb feladat, hogy önelégültségből, vagy hanyagságból kifolyólag nehogy visszaesés történjék. Határozzuk el most, Önállóságunk Napján, hogy tovább folytatjuk azt a munkánkat, mely a modern orvostudomány áldásait országunk legtávolabbi sarkába is elviszi."

Várnai Ferenc dr.

K. Jungermann, H. Möhler: Biochemie (Biokémia). Lehrbuch für Studierende der Medizin, Biologie und Pharmazie (Tankönyv orvostudományt, biológiát és gyógyszertant tanulók számára). Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1980., 733 oldal, Ára: 98,— DM.

A könyv szerzőknek a göttingeni, illetve freiburgi egyetemen szerzett sok éves oktatási tapasztalatának eredménye. Az orvosi biokémia oktatásában alapvetően két problémával kell napjainkban szembenézni: az egyik az, hogy mit válogassunk a biokémia igen csak megduzzadt ismeretanyagából, a másik pedig, hogy hogyan értessük meg a hallgatókkal a biokémiai ismeretek elsajátításának fontosságát az orvosképzésben. Ez a könyv mindkét szempontból jelentőset újított és megpróbálja megalapozni az orvosképzésre orientált és didaktikailag újszerű biokémia oktatást, úgy tűnik, sikerrel.

Először is célja a *humán* anyagcserefolyamatok biokémiai mechanizmusainak és ezek funkcionális jelentőségének megbeszélése. Ezért csaknem kizárólag humán és emlős biokémia kerül tárgyalásra, előtérbe állítva a legfontosabb szervek funkcióinak és anyagcsere jellemzőinek ismertetését és nagy gondot fordítva az anyagcsere-folyamatok összefüggéseinek megvilágítására. Másodszor, a könyv koncepciója: együtt, összefüggéseiben tárgyalni a fiziológiailag-funkcionálisan összetartozó folyamatokat. Korábban a biokémia tankönyvek általában a bioorganikus vegyületek ismertetése és osztályozása mellett ezek anyagcseréjének kémiai leírását választották módszerként. Ezzel szemben itt a biokémiai folyamatokat a biológiai funkció szempontjából csoportosítva találjuk. Így például egymás mellé kerül az egyes tápanyagok felszívódásának tárgyalása, a zsírsavszintézis és az ehhez szükséges redukált NADP generálását végző folyamatok ismertetése, vagy a glukóz és a zsírsavoxidáció, a zsír és a glikogén szintézis leírása. Szerzők tapasztalatai szerint a didaktikai előny itt az, hogy a hallgató hamarabb felismeri a biokémiai ismeretanyag orvosi és biológiai szakproblémákban való alkalmazhatóságát, ami viszont a tanulás motivációját pozitívan befolyásolja. E motiváció még további erősítését szolgálja, hogy egyes fejezeteket odavágó pathobiokémiai ismeretekkel egészítettek ki, amelyekben rámutatnak az ismertetett alapvető összefüggések és azok klinikai vonatkozá-

sai közötti szoros kapcsolatra. Ezek a rendkívül érdekes fejezetek betekintést adnak — egyebek között — a malabsorptiók, az acut pancreatitis, hemoglobinopathiák, hiperlipoproteinémiák, glycogenosisok, a zsírembólia, diabetes mellitus, zsírmáj, acidosis-alcalosis, a tumorok, lysosomalis enzymopathiák, az arteriosclerosis, köszvény, porfiriák és a hyperbilirubinémiák pathomechanizmusának modern biokémiai szemléletébe.

A könyv három fő és ezeken belül összesen 12 fejezetre osztott. A fejezetek elején részletes tartalomjegyzéket és néhány oldalas összefoglalást, végén pedig számos, eredeti tudományos közleményre vonatkozó, hivatkozást találunk. Külön kiemelést kíván, hogy a kiválasztás, a sav-bázis és víz-elektrolit háztartás, a biológiai védekezőmechanizmusok (biotransformatio, immunválasz, gyulladás, véralvadás stb.) és az idegi folyamatok, így a neurotransmissio biokémiája részletesen tárgyalásra került. Ugyancsak érdeklődésre tarthatnak számot a kollagénről és a mikrotubulusokról írt fejezetrészek is.

A könyv rendkívül sok információt közöl, moderneket és érthető, világos stílusban. A jól sikerült, precízen megtervezett szerkezeti felépítés mellett a viszonylag könnyű érthetőséget szolgálja a 665, többnyire négyszínű ábra és a 149 táblázat, melyek a könyv értékét és színvonalát jelentősen emelik.

A könyv oktatási céllal készült, a tanulás technikájának megkönnyítésére szerzők külön zsebkönyvet adtak közre (ismertetését lásd alább). Koncepcióját tekintve és nyomdatechnikailag is rendkívül igényes, magas színvonalú és értékes mű, amely hatását feltehetően éreztetni fogja hazai orvosegyetemek integrált oktatási rendszerében is. Mint az anatómia oktatásában a tájanatómia, úgy látszik fontosnak az itt alkalmazott megközelítés a biokémia eredményes és értő elsajátításában. Ajánlom olvasását és rendszeres használatát nemcsak a biokémiát, de az orvosi biológiát, élettant és kórélettant oktatók számára is, sőt mindazon orvosok számára, akik meríteni kívánnak a modern biokémia eredményeiből.

Tóth Miklós dr.

K. Jungermann, H. Möhler: Übungen und Prüfungsfragen. Biochemie. Begleittext zum Lehrbuch Biochemie. (Gyakorlatok és vizsgakérdések. Biokémia. Segédanyag a Biokémia tankönyvhöz). Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York. 1980. 229 oldal. Ára: 19,80 DM.

Szerzők Biokémia tankönyvük anyagának begyakorlásához, átismétléséhez, a megtanult anyag átgondolásához és nem utolsósorban a vizsgára történő eredményesebb és jobb felkészülés érdekében adták közre ezt a kis méretű, papírborítású, fénymásolással készült könyvet. A Gyakorlatok című részben a tankönyv 12 fejezete szerint csoportosítva összesen 778 esszé kérdést találunk, ezt követi a Vizsgakérdések rész, amely ugyanebben a csoportosításban összesen 989 feleletválogatós és logikai rendszerekben készült kérdést sorol fel. A kérdések alapján a hallgatóknak lehetőségük van ellenőrizni tudásukat, az oktató pedig egyszerű módszert kap kézhez tanítványai felkészültségének követésére és végül a vizsgáztatásra. A kérdések típusai megegyeznek azzal, amit például a Semmelweis OTE Biokémiai Intézetei is alkalmaznak a tananyag visszakérdezésére, ezért a könyv itt a hallgatók és oktatók számára egyaránt kitűnő oktatási segédeszközt kínál. Hasonló könyvecskék egyéb elméleti és klinikai tárgyakból is megjelentek már a Springer Verlag gondozásában (Orvosi fizika, Élettan, Orvosi kémia, Anatómia, Kórélettan, Biometria, Klinikai kémia, Gyógyszertan, Belgyógyászat, Gyermekgyógyászat, Bőrgyógyászat, Sebészet, Szülészet-nőgyógyászat, Ideg-elmegyógyászat, Igazságügyi orvostan stb.). Felhasználásuk az orvostanhallgatók oktatásában nagy segítséget jelenthet.

Tóth Miklós dr.

Condon, R. E., Nyhus, L. M. (Editors): Manual of surgical therapeutics. IV. kiadás. Little, Brown and Company Boston, 1978. 511 oldal. Ára: 9,95 $.

A sebészeti osztály betegeinek ellátásában „az első vonalban" dolgozó és az ügyeletet adó orvosgyakornok számára szánták gyakorlati útmutatónak, a sürgősen szükséges adatok és jó tanácsok zsebbe beleférő tárának ezt a kisalakú, spirálkötésű könyvet a szerzők, azaz az illinoisi és wisconsini egyetem sebészeti klinikáinak kollektívái. Céljukat alighanem elérték, mert 9 év alatt immár a negyedik kiadásra került sor.

A könyv a sebészeti betegek kezelésének általános elveivel foglalkozik, mindennel a műtéten kívül: a kórélettani és farmakológiai adatokkal, diagnosztikával, műtéti előkészítéssel és utókezeléssel: általában a non-operatív tennivalókkal. A 25 fejezet terjedelme egyenként 5—50 oldal között változik. Hosszabbak azok a részek, amelyek fontos és sürgős teendőket tekintenek át. Ilyen a sérült és shockos beteg ellátása (alfejezetei: általános elvek, az arc, fej és nyak sérülései, mellkasi és hasi trauma, urogenitalis és végtagsérülések). Hasonlóan részletes a sürgős felvételi helyiségben (osztályon) előforduló problémákat áttekintő rész: teendők a comás beteggel, sürgős szemészeti esetek, orrvérzés, sürgető urogenitalis és nőgyógyászati problémák, kézsérülések — e fejezet fontosabb részei.

Rövidebbek a szívritmuszavarok, szívmegállás és kezelése, az akut hasi fájdalom, felső hasi vérzés, bélelzáródás fejezetei, és ismét részletesebb a leggyakoribb napi teendőké: a műtét előtti és utáni betegellátás. A folyadék- és elektrolit terápia, a sebészeti betegek oralis és parenteralis táplálása, az akut veseelégtelenség és a respiratiós insufficientia, a műtét körüli endocrinologiai problémák követik egymást ez után, egy-egy fejezetben, 20—30 oldalon. Körülbelül ennyi jut egyenként a sebészeti fertőzések, a transzfúzió, az akut véralvadási zavarok, tüdő-embolia és az égett sérültek elltátása kérdéseinek is. A gyermeksebészettel kapcsolatos gyakorlati problémákat 10 kitűnő táblázat köré csoportosítva találjuk: a folyadékterápia, gyógyszeradagolás, endotrachealis tubus méretek, az újszülött respiratiós distressének tünetei, sebészeti és egyéb okai, fizikális és röntgenleletei, a csecsemőkori hasi terime, nyaki duzzanatok és malignomák, gastrointestinalis vérzések áttekintése szerepel közöttük.

A kötetet az előző kiadások olvasóinak kívánságára összeállított ábracsoport zárja: néhány gyakori sebészeti kis beavatkozás vázlatos bemutatása: sebellátás, vénapreparálás, különböző punkciók és drainek bevezetése.

A kisalakú, spirálfűzésű, félezer oldalas kötet valódi zsebkönyv. Egységes beosztása, hagyományos, nem-decimális, de igen jó és részletes tagolását a hellyel takarékosan bánó, mégis nagyon jól áttekinthető tördelés szépen kiemeli. Az egyes fejezetek felépítése hasonló: az egyes kórképek okai, kórélettana, klinikai képe, a laboratóriumi leletek értékelése, diagnózis és terápia; az egyes beavatkozásoknál a javallatok és ellenjavallatok, elhárításuk — mind röviden, áttekinthetően összefoglalva. A szöveg szűkszavúsága mellett a lényeges adatokat úgyszólván hiánytalanul tartalmazza; a legfontosabbakat feltűnő, dőlt és kövér betűforma emeli ki. A sok és szerencsésen összeállított táblázat és a néhány jó vonalas ábra a használhatóságot segíti, meg a 40 oldalas részletes tárgymutató is. Az egyes fejezetek végén ajánlott irodalomként néhány (amerikai) monográfia és folyóiratcikk szerepel, szinte kivétel nélkül az 1970-es évekből.

Gyakorlati tapasztalatok alapján írták ezt a könyvet, és tényleg a mindennapi gyakorlati munkát szolgálja.

Giacinto Miklós dr.

Jörg Michaelis: Medizinische Statistik und Informationsverarbeitung. (Orvosi statisztika és információfeldolgozás). Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York. 1980. 158 oldal, 38 ábra, 21 táblázat. Ára: 19,80 DM.

A Német Szövetségi Köztársaság orvosegyetemei számára írt kis tankönyv szigorúan követi az összszövetségi szinten előírt, nyomtatott formában is kiadott képzési program (Gegenstandskatalog) megfelelő fejezeteinek anyagát. A szerző maga is azt reméli azonban, hogy könyve nemcsak az egyetemisták vizsgára készülését segíti, hanem fölkelti a különböző területeken dolgozó orvosok érdeklődését is, és a témával való elmélyültebb foglalkozásra serkenti őket. Ezt a második feladatát a magyar olvasók körében is bízvást betöltené a könyv, amely viszonylag igen nagy ismeretanyagot tárgyal, hallatlanul röviden és koncentráltan. Egyetemi tankönyvként nálunk nem jöhetne számításba, nemcsak a hazai tananyag eltérő, hanem — sajnos — sokkal szűkebbre szabott volta miatt sem.

A könyv három fejezetre tagolódik. Az első, leghosszabb fejezet *az orvos-statisztikai eljárások alapjait* tárgyalja, a Gegenstandskatalog (kevésbé szerencsés című) „Biomathematik" fejezete alapján. Ez a rész tér el legkevésbé a statisztikai (illetőleg biometriai) könyvek szokásos tárgyalásmódjától. Egy kicsit talán több szerepel a valószínűségszámítás matematikai alapjaiból, mint amennyi a továbbiak megértéséhez feltétlenül szükséges lenne (ez a *több* azonban nem terjedelmet, csupán tényanyagot jelent: az egész valószínűségszámítási rész mindössze 16 oldal!), de ebben alighanem a már említett programelőírás a ludas, amely tételesen is számon kéri az egyetemistáktól ezeket az ismereteket. Ami a statiszkai módszereket illeti: több nagy, vastag könyvre való anyag zsúfolódik ezen a néhány oldalon — mégis minden világos és érthető. A szerző eleve lemond arról, hogy olvasói megértsék az eljárások „hatásmechanizmusát"; valószínűleg úgy véli, hogy az nem is érdekli őket. Lehet vitakozni ezzel a nézettel, de mindenképpen el kell fogadnunk, hogy a téma megközelítésének, tárgyalásának egyik lehetséges módja ez. És annyi bizonyos, hogy aki nem akarja a *miérteket* megérteni, de tudni szeretné, hogy *mit* és *hogyan* kell csinálnia, annak melegen ajánlható Michaelis könyve. Annál is inkább, mert az egészet áthatja — és nemcsak példáiban! — az *orvosi szemlélet;* gyakorló orvosok és orvostanhallgatók valóban úgy érezhetik, hogy *nekik* szól ez a munka.

A második fejezet a statisztika *klinikai alkalmazására* hoz példákat. Mondanivalóját három téma köré csoportosítja: kontrollált klinikai vizsgálatok, aetiológiai kutatások, orvosi diagnosztika. Ezt az utolsót használja fel arra, hogy az első fejezetbe belé nem szorítható statisztikai módszereket — köztük a legfontosabb többváltozós eljárásokat — röviden ismertesse, és az elektronikus számológépnek a modern orvosi ellátásban való nélkülözhetetlenségét — tehát a harmadik fejezet anyagát — exponálja. Példamutatóan megírt fejezet ez abból a szempontból, hogy hogyan lehet megmutatni a medikusnak az orvosi munka teljes nehézségét és szépségét már a képzés egészen korai szakaszában, hogyan lehet közérthetően szólni a kutatási eljárásokról, a problémákról és a leggyakoribb hibákról. A szerző bebizonyítja, hogy mindez lehetséges az orvosi szakkifejezések és a (sokszor periferiális) szakismereti tényanyag halmozása, fitogtatása nélkül — ami legfeljebb csak kétes „tiszteletet" ébresztene a medikusban, de tudását nem gyarapítaná. (Talán az egyetlen kivétel a cukorbetegség diagnosztizálását szemléltető 26. számú folyamatábra; begyógyászati isemeretek hiányában alighanem több magyarázatot igényelnének az egyes lépések.)

A harmadik fejezet *az orvosi információfeldolgozás alapjait* tárgyalja. Az alapfogalmak (információ, kettes számrendszer, az elektronikus számológépek programozása és technikai sajátosságai, az adattárolás különféle módozatai stb.) után ismerteti a különböző felhasználási területeket az egyszerű nyilvántartástól a klinikai betegellátás és az orvosi kutatás bonyolultabb számítógépes formáiig (mint pl. alakfelismerési és elektronikus jelfeldolgozási feladatok). Általánosan érvényes alapelveken és nemzetközileg egységesített nyilvántartási formákon kívül egészségügyi statisztikai vonatkozásban szó esik teremészetesen az aktuális németországi viszonyokról is — ám ezek a részek is igen tanulságosak, a magyar olvasók számára is. Különösen érdekes az a szakasz, amelyik a személyes vonatkozású adatok felhasználásának jogi szabályozásával foglalkozik, hangsúlyozva, hogy ezek a jogszabályok az orvosi titoktartásra vonatkozó, változatlanul érvényes előírásoktól függetlenül fejtik ki hatásukat.

A kötet záró részében a megszokot pontokat (irodalomjegyzék, tárgymutató, statisztikai táblázatok) kiegészíti egy kérdéssorozat, amely 46 feleletválasztós „vizsgakérdésben" dolgozza fel a könyv anyagát. Bár ezzel a szerző nyilván az egyetemi vizsgáztatóknak kívánt ötleteket adni és saját vizsgakérdéseik összeállításában segítséget nyújtani, jól használhatják e kérdéseket a könyv olvasói is annak ellenőrzésére, hogy mennyi maradt meg az olvasottakból, vagy akár a potenciális olvasók annak eldöntésére, hogy érdemes-e elolvasniuk a könyvet, vagy anélkül is tisztában vannak az abban foglaltakkal.

Hajtman Béla dr.

Papp Zoltán: Genetikai betegségek praenatalis diagnosztikája. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1980, 412 oldal, 120,— Ft.

Mint azt a könyv előszavában Lampé László professzor írja Papp Zoltán: Genetikai betegségek praenatalis diagnosztikája c. munkája „nemes küldetést teljesít", hiszen az orvostudomány egyetlen ágazata különösképpen pedig a szülészet sem nélkülözheti szemléletében, vagy gyógyító megelőző gyakorlatában, a klinikai genetikát. Valóban kitűnő példája ez a munka az alaptudomány — a humángenetika — klinikai alkalmazásának, és jelentős segítséget nyújt a praenatalis vizsgálatoknak és az általuk biztosított korszerű és fejlődő diagnosztikus lehetőségeknek a perinatalis mortalitás csökkentése érdekében vezetett harcban. Előző mestere Árvay Sándor professzor biztatására ezen fontos cél teljesítésének hazai elősegítése vezette a szerzőt könyve megírására és aki a művet kezébe veszi meggyőződhetik arról, hogy a feladatot sikerrel végezte el.

Az elsőrendű papíron nyomott, szép kiállítású, jól áttekinthető, olvasmányos stílusban írt, kitűnően szerkesztett munka 72 ábrája és 20 táblázata gondosan válogatott anyagot demonstrál és a chromosomák topográfiája című ábrasorozat 9 oldalon, nagyban hozzásegíti az olvasót a korszerű vizsgálatok megértéséhez és értékeléséhez.

A könyv hét fő részre tagozódik. Az első fejezetben a magzatvíz biológiájának kérdéseivel foglalkozik és az itt leírtak részletes alapját képezik a későbbiek megértésének. A második fejezet a terhesség vizsgálómódszereit tárgyalja. Ki kell emelni ebből a fejezetből a gestaciós kor és az intrauterin növekedés összefüggéseinek vizsgálata, valamint a magzat rendellenességeinek felismerése című alfejezeteket. E fejezet külön értéke a praenatalis genetikai diagnosztika széles körű fegyvertárának részletes és szakszerű felvonultatása. Az egyébként kitűnő ábraanyagban az itt bemutatott röntgen-felvételek a gyengébbek közé tartoznak, annál értékesebbek viszont az ultrahang-felvételek a hozzájuk társuló és azokat magyarázó sematikus rajzokkal, amelyek nem szakember részére is érthetővé teszik e vizsgálati módszer értékelését. Részletesen talán kissé hosszan foglalkozik a fejezet a középidős terhesség megszakításának kérdésével, mely ma már a Prostaglandinok birtokában nem jelent különleges problémát.

A harmadik fejezet a chromosoma aberrációk a magzatvíz sejtjeiben történő kimutatásának lehetőségeit elemzi. Részletesen tárgyal minden ma ismert módszert és a magzatvíz tenyésztés indikációinak összes lényeges szempontját. A fejezet kitűnő képanyaggal örvendezteti meg az olvasót.

A negyedik fejezet az anyagcserebetegségek diagnosztikája címet viseli és az enzymanalyzis mikrochémiai quantitatív módszereit a magzatvízsejtek tenyészeteiben tárgyalja részletesen, de ír az anyagcseredefektusok kimutatásának összes számbavehető lehetőségeiről és formáiról. Áttekinthető elsőrendű táblázatok foglalják össze és teszik közérthetővé az anyagcserezavarokon alapuló betegségeket de korszerűen elemzi az öröklődő megbetegedések egyéb formáit is.

A velőcsőzáródási rendellenességek felismerése és a rendelkezésre álló meghatározások specificitása az ötödik fejezet anyaga. Különös érdeme ennek a fejezetnek, hogy részletesen kifejti az országos szűrések megszervezésének problémáit és egyben irányt mutat a megfelelő előkészítéshez és a feltételek megteremtéséhez.

A praenatalis genetikai diagnosztika és a társadalom kapcsolata, a genetikai tanácsadás szerepe és célja, a genetikai kockázat mértéke, a praenatalis genetikai vizsgálat hatásfoka és veszélye, jogi, lélektani és etikai problémák képezik a hatodik fejezet anyagát, amely külön kiterjed a praenatalis diagnosztikát végző orvos igazságügyi védelmére és az irányzat perspektívájára is.

A hetedik fejezet függelékként szorosan illeszkedik az előbbiekhez és tartalmazza mindazon vizsgálati eljárások legkorszerűbb lehetőségeit, amely a helyes diagnózis felállításához segítséget nyújthatnak. A fejezet utolsó szakasza CSNT keretein belül működő hazai Genetikai Tanácsadások helyét, a rendelélések időpontját és a vezetőik nevét sorolja fel.

A könyv egyik legértékesebb része a 129 oldal terjedelmű irodalmi felsorolás.

Papp Zoltán dr. könyve valóban hézagpótló mű nemcsak hazai, de külföldi vonatkozásban is. Értékes adatai nemcsak a genetikusok, szülészek és gyermekgyógyászok, de az orvostudomány számos más ágazatának képviselői számára is jól hasznosíthatók. Meggyőződésem, hogy a munka újabb lendületet ad a hazánkban folyó praenatalis genetikai diagnosztikai kutatásoknak, meghatározza a gyakorlati alkalmazás korszerű feladatát és irányait, felhívja a fgyelmet a jövő perspektívájára, de haszonnal forgathatja a kitűnő kézikönyvet minden modern tudományos irányzat iránt érdeklődő orvos is.

László János dr.

Levendel László: Az orvos látóhatára (A több dimenziós orvoslás). Gondolat Könyvkiadó, 1980. Ára: 50,— Ft.

Levendel László 1960-as és 70-es években megjelent különböző cikkeinek együttes kiadásával a Gondolat Kiadó igen értékes és érdekes orvosi tevékenységet mutat be. A szerző közzétett hozzászólásai, gondolatai szép példáját mutatják a beteg közvetlen gyógyításán túl, s a betegség és gyógyítás társadalmi problémáira is rálátó, az orvoslás társadalmi összefüggéseire is figyelő és abban aktívan résztvevő humanista orvos szemléletének. A különböző kórállapotok kialakulása és lefolyása, különösen a krónikus természetű betegségek, az alkoholizmus, a pszichoszomatikus betegségek, nagyon sok szálon a közösségi élet problémáival függnek össze. Ezen túl maga a gyógyítási folyamat is — a betegség felderítése, kezelésbe vétele, fekvő- és járóbeteg ellátása, az utógondozás stb. az egészségügyi szervezés, az egészségügyi hálózat fejlettségének, tehát a társadalmi létnek a függvénye.

Az orvos gyógyító munkája során ezekkel a kérdésekkel akarva-akaratlanul számos alkalommal találkozik és ez nemegyszer válságos szituációkat, nehéz döntéseket eredményez. Az orvosnak a legtágabb értelemben vett közösségi élettel is kapcsolatban kell lennie és ez a kapcsolat sokszor küzdelmes, harcos munkásságot jelent a betegellátás fejlesztése, a társadalmi haladás érdekében. Ezt a küzdelmet nem mindenki vállalja. Sokan beszűkülnek a beteg közvetlen biológiai ellátására, szakterületük legbelsőbb kérdéseire. Vannak, akik a harc során megsérülnek és mintegy defektuálódnak a rutin munkában. Akik ezt a küzdelmes folyamatot vállalják és kibírják, azok viszont az igazi orvosi munka szépségét és teljességét élik át.

Erre a küzdelemre az egyetemek nem készítenek eléggé fel, ezt az „élet iskolájában" kell elsajátítani. Levendel összegyűjtött cikkei ezen küzdelmes életre mutatnak szép példát. A szerző már az ötvenes években — amikor a hivatalos felfogás már kétségbe vonta a lélektani tudományok létjogosultságát — pszichológust alkalmazott az osztályán és a TBC pszichoszomatikus összefüggéseit vizsgálta. Mint tüdőgyógyász foglalkozott e krónikus betegek személyiségével és jelentetett meg monográfiát e témáról. Akkor, amikor a magyar pszichológiai könyvkiadás még éppen, hogy éledezni kezdett. Mint tüdőgyógyász tapasztalta az alkoholizmus romboló hatását a személyiségre és a gyógyítási folyamatra. Így kezdett el az alkoholista betegekkel is foglalkozni és munkássága hatással lett az egész alkoholizmus ellenes magyar mozgalomra. Osztálya az orvosi pszichológia egyik hazai műhelyévé vált.

A dolgozatokból jól kivehető az az út, ahogy Levendel a tüberkulózis elleni harc egészségügyi szervezési kérdésein keresztül a társadalmi összefüggések jelentőségét felismerte és ahogy ebben a harcban részt vett. Legutóbbi dolgozatai a hörgi astma pszichoszomatikus problémáival, az orvos—beteg kapcsolat pszichológiai kérdéseivel és az orvosi etikával foglalkoznak. Szinte mindegyik dolgozatára jellemző, hogy az orvoslás aktuális, meglátott problémáit bátran feltárja és széles körű társadalmi összefüggéseket figyelembe véve keresi rájuk a megoldásokat. Munkája mindig tartalmaz koncepciózus megoldási javaslatokat. Javaslatait, harcos állásfoglalásait nem mindig fogadták el, volt, hogy megállapításai és javaslatai több év után váltak mások által is elismert társadalmi szükségszerűséggé.

A gyógyítás társadalmi felelősségére alapozva egyes problémákért — pl. alkoholisták problémáinak elhanyagolásáért — ha szükséges volt, felelőssé merte tenni a társadalmat és az egész egészségügyi kormányzatot. Bátran és nyíltan foglalkozik az orvosi pszichologia, a magyar pszichoanalitikus hagyomány kérdéseivel és általában a beteg pszichológiai ellátásának súlyos mulasztásával is. Az olvasó tapasztalhatja, hogy mennyit tett Levendel a közéleti ellentmosdások bátor feltárása és megoldása irányába.

A könyvet minden szakmájáért lelkesedő és szakmája határain túl a társadalmi összefüggések iránt érzékeny kollégáknak és különösen a fiataloknak ajánlom, akik számára perspektívát és követendő mintát nyújt.

Süle Ferenc dr.

Csapody István: Látáspróbák. Medicina Bp. 1980. Hetedik átdolgozott kiadás,, 120 old.+olvasópróbák és visus-táblák. Ára: 180,— Ft.

A több mint hetven éve használatban levő látáspróbák könyve Csapody István dr. átdolgozásában tovább bővült, korszerűbb lett. A szerző-szerkesztő új részekkel gazdagította az anyagot és a régi fejezeteket gondos figyelemmel átdolgozva a gyakorlati munkában rendkívül jól használható segédeszközt adott az olvasó kezébe. A könyv a látásvizsgálat, a szemüvegrendelés, a szemvizsgálat gyakorlati kérdésein túl, pályaválasztási tanácsadót, gépjárművezetési alkalmasságról szóló fejezetet, világítástechnikai részt tartalmaz. Tárgyalja a balesetvédelmi óvórendszabály szemészeti vonatkozásait, ismerteti a munkaképesség-csökkenésre vonatkozó kritériumokat, hosszan foglalkozik a vakok és gyengénlátókat érintő szakmai és szociális kérdésekkel. A munkában a kilenc nyelvű olvasópróbát és a szemvizsgálathoz szükséges kérdések és közlések idegen nyelvű fordítását egyaránt megtaláljuk. Az utolsó lapon található „Intézmények címjegyzéke" ugyancsak hasznos segítség a témákban érdekelteknek.

A kiadvány a gyakorló szemorvosok mindennapi munkájában nélkülözhetetlen lesz. Összefoglalásait a szakorvos jelöltek is jól tudják hasznosítani.

Brooser Gábor dr.

Az Egészségügyi Minisztérium
TÁJÉKOZTATÓJA
az 1981. április havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális fertőző betegségek közül az előző hónaphoz képest kissé több salmonellosist és hepatitis infectiosát jelentettek be. A dysenteria esetek száma nem változott. Kevesebb dyspepsia coli fordult elő, mint márciusban.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül, a jellemző szezonalitásnak megfelelően — csökkent a scarlatina és emelkedett a morbilli és rubeola bejelentések száma. A morbilli megbetegedések 25%-át Borsod megyéből jelentették be. Kevesebb parotitis epidemica fordult elő, mint márciusban.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül több meningitis serosát és encephalitis infectiosát jelentettek be, mint az előző hónapban.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény

Dysenteria. A Baranya megyei Szabadszentkirály községben működő Pécsi Vasipari Szövetkezet 41 dolgozója közül április 10—16. közötti időben 16 személy betegedett meg típusos dysenteriás tünetekkel. A laboratóriumi vizsgálatok során valamennyi beteg, valamint 4 tünetmentes dolgozó székletmintájából egységesen 3a 5-ös fágtípusú *S. flexneri x* kórokozó tenyészett ki. A járványügyi vizsgálatok során az egyéb közös tényezők kizárása után, a fertőzés terjesztésében a szövetkezet területén levő 7 méter mély ásott kút vizének szerepét valószínűsítették, amelyből a betegek és tünetmentes ürítők valamennyien fogyasztottak. A kútból vett vízmintából a kórokozó ugyan nem volt kitenyészthető, de a laboratóriumi vizsgálat eredménye szerint bakteriológiailag erősen szennyezett volt. A KÖJÁL a kutat lezáratta és a szövetkezet vízellátását a községi törpe vízmű vizéről biztosíttatta. A kút lezárása után újabb megbetegedések nem jelentkeztek.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1981. április+

Betegség	Április 1981	Április 1980	Április Medián 1975—1979	Január 1—április 30+ 1981	Január 1—április 30+ 1980	Január 1—április 30+ Medián 1975—1979
Typhus abdominalis	—	1*	2	4	2*	9
Paratyphus	—	—	—	—	—	1
Salmonellosis	483	412	348	1 602	1 468	1 025
Dysenteria	222	302	431	901	1 494	1 755
Dyspepsia coli	19	42	88	108	161	330
Hepatitis inf.	382	413	567	1 586	1 966	2 431
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	2
Diphtheria	—	4	—	—	6	1
Scarlatina	1166	1508	1 087	5 508	8 295	4 539
Morbilli	2001	10	39	5 239	93	133
Rubeola	1148	757	23 993	3 140	2 888	2 058
Parotitis epid.	7978	4508	5 073	28 190	18 381	19 192
Pertussis	—	4	3	3	8	12
Meningitis epid.	9	18	4	36	48	24
Meningitis serosa	29	32	33	86	130	117
Encephalitis inf.	28	19	12	75	62	36
Mononucleosis inf.	51	31	45	206	187	178
Keratoconj. epid.	—	—	2	14	4	9
Malaria	1*	—	—	4*	1*	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	22	12	25	52	76	96
Tetanus	3	2	5	8	10	11
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	5	2	5	9	14	24
Leptospirosis	—	—	2	9	9	9
Tularemia	2	1	2	19	3	8
Ornithosis	—	—	—	1	—	1
Q-láz	1	—	—	1	11	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	3	4	6	17	18	20
Trichinellosis	—	2	—	1	66	—
Lyssa fertőzésre hyanús sérülés	179	113	175	591	509	656

+Előzetes, részben tisztított adatok
* Importált esetek

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(234/a)

A Főv. Tanács V. B. Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a járóbetegellátás területén megüresedett **neurológus szakorvosi állásra.** Az illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM sz. együttes rendelet alapján történik.

Mitter István dr.
főigazgató főorvos

(242)

A Balassagyarmati városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (2660) Balassagyarmat) pályázatot hirdet a megüresedett Rétsági Tüdőgondozó Intézet **vezető főorvosi** állására.

Illetmény a 3/1977. EüM—MüM sz. utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően. Az állás azonnal efoglalható.

Lakást a rétsági járási hivatal biztosít.

Pályázati határidő a megjelenéstől számított 30 nap. **Hatvani László dr.**
igazgató főorvos

(243)

A szegedi MÁV Területi Egészségügyi Központ igazgató főorvosa pályázatot hirdet Szentes állomáson 1981. július 1-i hatállyal átszervezésre kerülő vasútüzemorvosi rendelőben. **1 fő főfoglalkozású vasútüzemorvosi állásra.**

A vasútüzemorvosi állás betöltéséhez általános orvosi képesítés, vagy belgyógyászati szakképesítés szükséges.

Bérezés a szolgálati időtől függően a 3/1977. EüM—MüM együttes utasítás alapján.

Alkalmazás esetén MÁV utazási kedvezményt biztosítunk a dolgozó és családtagjai részére.

Pályázati kérelmet s a hozzácsatolt önéletrajzot a szegedi MÁV Területi Egészségügyi Központi igazgató főorvosa címére Szeged, Csanádi u. 34/a. 6726, Pf. 486-ra kell küldeni.

Veress László dr.
igazgató főorvos

(244)

Fővárosi Tanács V. B. Újpesti Kórház-Rendelőintézetének (Budapest, Nyár u. 103. 1045) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet. 1 fő **belgyógyász felülvizsgáló főorvosi állásra.** Az állás elnyeréséhez **belgyógyászati szakképesítés** és hosszabb gyakorlati idő szükséges.

1 fő körzeti orvosi állásra. Az állás elnyeréséhez belgyógyászati szakképesítés szükséges.

Frekot Nándor dr.
főigazgató főorvos

(245)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9—11. 1840) pályázatot hirdet a Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet XI., Kerületi Ideggondozójában — nyugdíjazás folytán — megüresedett **gondozóintézet-vezető 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 magángyakorlatot nem folytathat.

Varró János dr.
fővárosi vezető főorvos-h.

(246)

A Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet (Bp. II., Cserje u. 14.) pályázatot hirdet **egy fő vegyész, biológus, vagy gyógyszerész** állásra a központi laboratóriumban.

Bérezés az EüM—MüM 3/1977. együttes rendelet szerint.

Az állás azonnal betölthető.

A pályázatot a fenti címre kérjük küldeni, a megjelenéstől számított egy hónapon belül. **Harmath Ágnes dr.**
főigazgat-h. főorvos

(247)

Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az Intézet Szervezési és Módszertani Osztályának **vezetői** állására.

A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek az egészségügyi szervezési, közegészségtani-járványtani, üzemorvostani szakorvosi képesítéssel, illetve gyakorlattal rendelkezők.

Bérezés és besorolás a 17/1977. (XII. 1.) sz. MüM rendelet szerint.

Jelentkezés az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet Főigazgatóságán (Budapest IX., Nagyvárad tér 2. III. 314.). **Zsögön Éva dr.**
főigazgató főorvos

HÍREK

A **Somogy megyei Tanács Egészségügyi Osztálya, a Somogy megyei Kórház, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Somogy megyei Bizottsága,** az **Orvostovábbképző Intézet Radiológiai Tanszéke,** az **Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet,** a **Pécsi OTE Radiológiai Klinika,** a **Pécsi Akadémiai Bizottság** 1981. szeptember 28—29—30-án, Siófokon, a Bányász Üdülő kultúrtermében (Petőfi sétány 1.) *radiológiai szemináriumot* rendez.

Szeptember 28., délután 15 óra

Varga Levente dr. (Kaposvár): Üdvözlés.

Ujsághy Erzsébet dr. (Kaposvár): Megnyitó.

1. *Iliev Ilia dr., Mihályfy János dr.* (Kaposvár): Röntgen integráció a Kaposvári Kóház-Rendelőintézetben.

2. *Virágh Barna dr., Juhász György dr., Iványi Erika dr.* (Siófok): Röntgen integráció a Siófoki Kórház-Rendelőintézetben.

3. *Kertesy Endre dr., Darabos Ferenc dr., Gallé Judit dr.* (Marcali—Fonyód): Röntgen integráció a Marcali Kórház-Rendelőintézetben és a Fonyódi Rendelőintézetben.

4. *Szász Krisztina dr., Barton Attila dr., Kopa János dr., Bartos László dr., Gál József dr.* (Kaposvár): A subtilis angiographia jelentősége az agyi arteriovenosus érmalformatiók diagnosztikájában és therapiájában.

5. *Báthory Éva dr., Verkman Simon dr., Harsányi Miklós dr.* (Kaposvár—Nagyatád): A vese térszűkítő folyamatainak röntgendiagnosztikájáról, egy érdekes eset kapcsán.

6. *Kelle Mária dr., Környei Vilmos dr., Vágvölgyi Erna dr.* (Kaposvár): Differentialis diagnosztikai nehézségek a csecsemőkori vitiumok natív röntgenvizsgálatában.

7. *Verkman Simon dr.* (Nagyatád): Angiographiás lehetőségek a Nagyatádi Kórház röntgen osztályán.

Szeptember 29., 8.30 óra

1. *Schanzl Antal dr., Somogyi Jenő dr., Böhm Klára dr.* (Pécs): Az angiographia szerepe a csontdaganatok kórismézésében.

2. *Vajda János dr., Than Zoltán dr.* (Pécs—Székesfehérvár): Vena spermatica interna contrast töltéses vizsgálata.

3. *Molnár Zoltán dr., Böhm Klára dr., Grexa Erzsébet dr.* (Pécs): Angiographia a vese gyulladásos folyamataiban.

Szünet

Kerekasztal-konferencia: Az ultrahang-diagnosztika helye a klinikai gyakorlatban és viszonya a röntgen és izotópdiagnosztikához.

Moderátor: *Vittay Pál dr.* (Budapest).

Résztvevők: Bohár László dr. (Bpest.), Farkas Mária dr. (Mosdós), Harkányi Zoltán dr. (Bpest.), Hernádi Tibor dr. (Bpest.), Horváth Mihály dr. (Balatonfüred), Lélek Imre dr. (Zalaegerszeg), Szebeni Ágnes dr. (Bpest.), Szilvási István dr. (Bpest.), Thán Zoltán dr. (Székesfehérvár), Varró József dr. (Pécs).

Szeptember 30., 8.30 óra

Kerekasztal-konferencia: Kisfilmes röntgenarchiválás.

Moderátor: *prof. Csákány György* (Budapest).

Résztvevők: *Ádám Géza dr.* (Budapest), *Álmos Sándor dr.* (Szombathely), Ferencz Béla dr. (Győr), Frey József dr. (Eger), Niedermayer József, Patkó András dr. (Budapest), prof. Schweiger Ottó (Budapest), Verkman Simon dr. (Nagyatád), Virágh Barna dr. (Siófok).

Tájékoztató:

Részvételi díj: 800,— Ft.

Jelentkezés a pontosan kitöltött jelentkezési lappal, annak hiányában a Megyei Kórház (Kaposvár) címére postautalványon történt befizetési szelvénnyel (ez utóbbin „Somogyi Röntgennapok" jelzés feltüntetendő).

Jelentkezési határidő: *1981. augusztus 1.* A részvételi díj visszafizetésére lehetőség nincs.

Vetítési lehetőség 50 × 50 mm-es diapozitív. A diákat a jobb felső sarokban számozni kérjük.

Hozzászólások időtartama 3 perc.

Mindennemű felvilágosítást *Iliev Ilia dr. főorvos* (Kaposvár, Megyei Kórház, 7400 tel.: 11-500) ad.

A **Medicina Könyvkiadó** kiadásában 1981. II. negyedévben megjelent és forgalomba került egészségügyi szakkönyvek:

Fejes András: *Gerincsérültek rehabilitációjának pszichológiája* (2. k.) kötve 48,— Ft

Binder L.—Budai J.—Kátay J.—*Nyerges G.* (szerk.): *Fertőző betegségek* kötve 135,— Ft

Czeizel Endre: *Genetikai tanácsadás* fűzve 29,— Ft

Péter Márton—Árky Nándor: *A sportsebészet alapjai* kötve: 60,— Ft

Csaba Gy.—Madarász B.: A sejt szerkezete 2. k. kötve 81,— Ft

Goreczky L.—Sós J.: *Klinikai kémiai laboratóriumi zsebkönyv* (3. átd.) kötve 43,— Ft

Lux Elvira: *Szexuálpszichológia* fűzve 30,— Ft

Csaba György szerkesztésében: *A biológia aktuális problémái* 22. k. fűzve 23,50 Ft

László Nándor (szerk.): *Mérgesgombák, gombamérgezések* kötve 68,— Ft

Tóth Károly (szerk.): *Fogászat* kötve: 86,— Ft

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

81.1420 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-piperidinoaethyl)-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 postoperativ állapotokban (inhalatiós narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tabletta, makacs esetben 2 tabletta.

Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $^1/_4$–$^1/_2$ tabletta.

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 múló 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 tabletta Térítés: 2,– Ft



CHINOIN
BUDAPEST



LIDOCAIN spray 10%

local-anaestheticum

A Lidocain spray a nyálkahártyán kb. 30–60 másodpercen belüli és kb. 15 percig tartó felületi érzéstelenséget okoz. Az adagolószelep segítségével biztonságos az adagolás: egyszeri expositióval 4,8 mg lidocaint tartalmazó permet kerül a felületre.

1 palackban (65 g) kb. 800 dosisnak megfelelő, 3,80 g lidocain hatóanyag van.

JAVALLAT: a nyálkahártya vagy a károsodott bőrfelszín érzéstelenítése.

Fogászat, szájsebészet, fül-orr-gégészet: az injekciós tű beszúrási helyének érzéstelenítése; felületi anaesthesia biztosítása, hányinger és garatreflex kiküszöbölése kisebb orvosi beavatkozásoknál; nyálkahártyán alkalmazott sebvarratok kiszedése.
Az aspiratio veszélye miatt, gipszlenyomat vételénél használata ellenjavallt.
Endoscopos és műszeres vizsgálat: különböző szondák orron és szájon át való levezetése előtt, valamint rectoscopiában, intratrachealis narcosisban, tracheotomia végzése után, ill. kanülcsere esetében.



Szülészet, nőgyógyászat: varrat eltávolítása céljából, kisműtétes beavatkozások érzéstelenítésére.

Bőrgyógyászat: a bőrfelszínen elhelyezkedő verrucák eltávolításakor, férfi és női külső nemi szerveken végzett kisebb beavatkozásokban, valamint pruritus enyhítésére.

Ideggyógyászat: ejaculatio praecox localis kezelése.



ADAGOLÁS: átlagosan 1–3 expositio elegendő, csupán a szülészetben alkalmaznak 15–20 vagy ennél is több spray-adagot. Maximális dosis: 40 expositio.
Gyermekeknek 2 éves kor alatt a spray szájüregi használata ellenjavallt. 2 éves kortól az adag 1, esetleg 2 expositio.
A garatreflexet hosszabb időre kikapcsolja, ezért az aspiratio veszélye miatt a garatban való használata elővigyázatosságot igényel.

MELLÉKHATÁS: a befúvás pillanatában enyhe csípő érzés tapasztalható, mely az anaesthesia beálltával néhány másodperc múlva megszűnik.
Ügyelni 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) ismételhető.

1 palack (65 g) térítési díja 11,20 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

