

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.

BODA DOMOKOS DR.

BRAUN PÁL DR.

ECKHARDT SÁNDOR DR.

FÜZI ISTVÁN DR.

HIRSCHLER IMRE DR.

JOBST KÁZMÉR DR.

LAMPÉ LÁSZLÓ DR.

OZSVÁTH KÁROLY DR.

PETRÁNYI GYULA DR.

PETRI GÁBOR DR.

RÁK KÁLMÁN 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.

HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

10. SZÁM

*

1984. MÁRCIUS 4.

TARTALOMJEGYZÉK

Domján Lajos dr. és Simon László dr.:

Az elzáródásos sárgaság nem sebészi
dekompresziójának lehetőségei 559

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Szabó János dr., Herczeg János dr.,
Thurzó László dr. és Szemere György dr.:*

Kromoszóma analízis transcervicalisan
nyert, tenyésztetlen chorion bolyhokból
a terhesség első trimeszterében 567

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

*Pap Tihamér dr., Brittig Ferenc dr.,
Bánlaki Szidónia dr., Rác István dr.,
Kovács Ilona dr., Thomázy Vilmos dr.
és Vogt Ute dr.:*

Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus
lymphoma halmozott előfordulása
Magyarországon 573

GENETIKA

*Balogh Erzsébet dr., Oláh Éva dr.,
Kovács Ilona dr. és Molnár Péter dr.:*

Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus
lymphoma 8;14 és 2;8 transzlokáció
egyidejű előfordulása 581

IATROGEN ÁRTALMAK

*Bognár Zoltán dr., Gács Ernő dr.
és Csaba Imre dr.:*

Az intrauterin fogamzásgátló eszköz késői
szövődményei és megelőzésük 585

KAZUISZTIKA

*Szemplédy Ferenc dr., Pintér András dr.,
Schäfer József dr. és Pékó Terézia dr.:*

A gyomorkettőzetekről két újszülöttkori
eset kapcsán 589

A Veleszületett Rendellenességek Országos
Nyilvántartásának 1982. évi adatai 592

HORUS

B. McClintock, az 1983. évi orvosi Nobel-díj
nyertese 593

Az aero-ionizáció orvos-biológiai
felhasználásának lehetőségei a
XVIII.—XIX. században és mai
időszerűségük 595

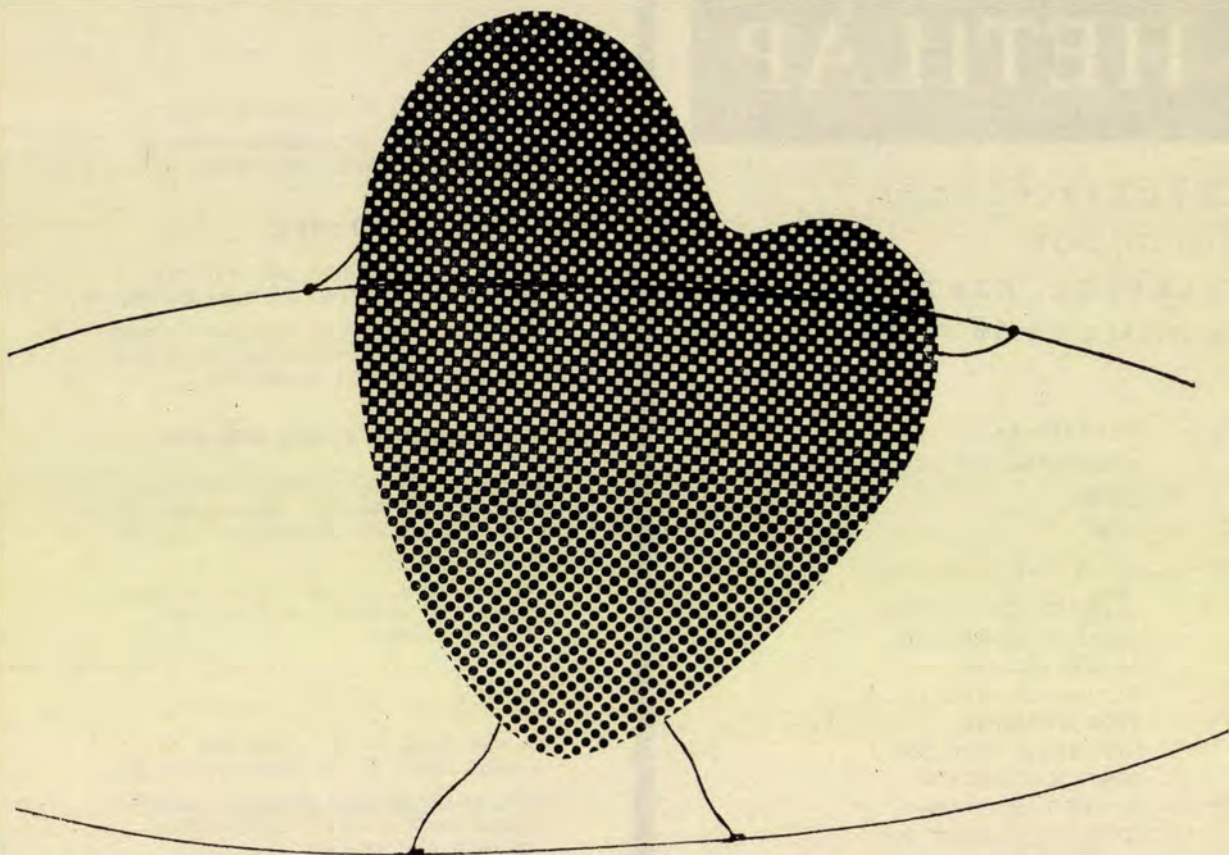
Masszi Ferenc dr. (1925—1983) 600

Folyóiratreferátumok 601

Könyvismertetések 617

Hírek 619

TOBANUM[®] TABLETTA



Viszonylag tartós hatású, nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3–10-szer hatékonyabb.

Egy tablettá 5 mg cloranololum hydorchloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK

- Hipertónia esetén önmagában vagy szaluretikummal,
- angina pectoris,
- különböző szívritmuszavarok,
- esszenciális keringési hyperkinesis,
- hypertrophiás obstruktív cardiomyopathia,
- hyperthyreosisban (adjuváns kezelésként).

Abszolút ellenjavallata a digitálisszal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség, beteg sinuscsomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis, asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia. Elegendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA

Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3×¹/₂ tabl.

A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10–20 mg, maximálisan 45 mg. A mellékhatások közül a leggyakoribb a bradycardia, keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása, az adag csökkentésével megszüntethető.

A nausea, diarrhoea, álmatlanság a kúraszerű adagolása során spontán megszűnhet.

GYÓGYSZERKOLCSÖNHATÁSOK

Kombinációs kezelés során az együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

- catecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel és adrenerg neuronbénítókkel,
- inzulinnal és orális antidiabetikummal.

FIGYELMEZTETÉS

Tartós Tobanum-kezelés elhagyása csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.

Labilis és inzulint igénylő diabetesben, a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Az elzáródásos sárgaság nem sebészi dekompresziójának lehetőségei

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét
Endoszkópos Osztály (főorvos: Domján Lajos dr.)
Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd
II. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Simon László dr.)

Szerzők megvitatják a perkután transzhepatikus epeúti drenázs, perkután transzhepatikus epeút protézis, endoszkópos transzduodenális (nazobiliáris) drenázs és endoszkópos transzduodenális protézis, azaz az ún. nem sebészi dekompresziós eljárások módszereit, korlátjait, szövödményeit és eredményeit elzáródásos sárgaságban. Ezek az epeúti drenázs módszerek csökkenthetik az elzáródásos sárgaságban szenvedő beteg műtéti morbiditását és mortalitását. Irrevezhető pankreas és epeútkarcinómában szenvedő betegek hónapokig életben tarthatók ezúton. Szerzők hangsúlyozzák, hogy ezek a nem sebészi eljárások jó alternatívái lehetnek a sebészi megoldásoknak választott betegeken és feltételezik, hogy a jövőben gyakrabban kerülnek alkalmazásra.

Possibilities of non-surgical decompression in obstructive jaundice. Methods, limitations, complications and results of percutaneous transhepatic cholangiodrainage, percutaneous transhepatic insertion of an endoprosthesis, endoscopic transduodenal (nasobiliary) drainage and endoscopic transduodenal endoprosthesis, the so called „non-surgical decompression methods in obstructive jaundice” are discussed by authors. These biliary drainage methods may reduce morbidity and mortality associated with surgery in patients with obstructive jaundice. Patients with unresectable carcinoma of the pancreas and the biliary tract can be palliated for months. It is stated that these non-surgical procedures are valuable alternatives to surgery in selected patients, and will be used more frequently in the future.

Az elzáródásos sárgaság kezelése sebészi feladat és a műtéti megoldás az esetek nagy részében eredményes. A sárgaság foka és fennállásának ideje szoros összefüggésben áll a peroperatív morbiditással és mortalitással (42), ezért minden rendelkezésre álló diagnosztikus módszer felhasználásával törekedni kell egyfelől a gyors és pontos diagnózisra (9, 15, 16), terápiás tevékenységünket pedig elsődlegesen az epefolyási akadály megszüntetésére kell összpontosítanunk (33, 42). A biliaris dekompreszió hatására javul a májparenchima funkciója, csökken a másodlagos portális hipertónia, valamint a tubuláris nekrosis, a hepatorenális szindróma kialakulásának lehetősége; következként csökken a műtéti kockázat.

Malignus eredetű elzáródásos sárgaságban a betegek többsége rendszerint már inkurábilis állapotban kerül műtetre (11, 17, 33), s a sebész többnyire explorációra, vagy palliatív dekompresziós (by-pass) műtetre kényszerül. Ilyen esetekben azonban a sebészi drenázs műtétek mortalitása 15–33% (2, 11, 17, 33, 37, 42), sőt, kiterjedt metastázisok esetén elérheti az 59%-ot is (11). Érthető tehát, hogy az utóbbi években előtérbe kerültek a különböző, kisebb kockázattal járó nem sebészi dekompresziós eljárások, mint: a perkután transzhepatikus kolangiodrenázs, b. perkután transzhepatikus epeút protézis, c. endoszkópos transzpilláris (nazobiliáris) drenázs, s d. endoszkópos transzduodenális protézis.

Munkánk célja ezek ismertetése és értékelése mellett arra keresni a választ, hogy ezeknek az in-

vazív beavatkozásoknak mi a helyük és szerepük a modern gasztroenterológiában.

I. PERKUTÁN TRANZHEPATIKUS KOLANGIODRENÁZS (PTCD).

Egyszerű külső drenázst elsőként *Kaude és mtsai* (29) végeztek, sárgaság kezelésében *Molnar és Stockum* (35), *Bucharth és Nielbo* (3), *Tylen és mtsai* (47) alkalmazták. Kolangiográfiás katétert vezettek biztonságos mélyre, hogy hosszabb ideig tartó hatásos epeszádlást biztosíthassanak. *Hoevels és mtsai* (22), valamint japán szerzők (37, 46) sikeresen vezették át a katétert a szűkületen és kombinált külső-belső drenázst készíthettek. Amerikai szerzők fejlesztették tovább az eszközöket és az eljárást, s ma már világszerte alkalmazott módszerről van szó (1, 7, 8, 13, 14, 18, 20, 26, 31, 32, 36, 40, 41). Hazánkban *Juhász és mtsai* (28) számoltak be 10 betegben végzett sikeres külső drenázsról. Szerzők az 1983. évi 25. Jubileumi Gastroenterológiai Nagygyűlésen ismertették eseteiket és a különböző dekompresziós eljárásokkal kapcsolatos álláspontjukat (49).

Módszer

A vérzési paraméterek ellenőrzése, szükség szerinti rendezése, antibiotikus profilaxis után — a pangó epe különösen epeút kövesség esetén fertőzött (19, 30) — PTC-t végzünk az ismertett módon (15). Kétirányú felvételt készítünk, hogy meghatározhatjuk a punkció helyét. A punkciós katétert a legegyszerűbb lefutású, rendszerint a jobb poszterior szegmentum ágba kell juttatni, mivel elsősorban innen lehet belső drenázst készíteni. Helyi érzéstelenítés után légzés-szünetben szúrjuk az 1,2 mm átmérőjű polietilén katéterrel borított punkciós tűt analgetikumokat is tar-

talmazó premedikáció után a máj állományába, az előre megválasztott epeút irányába. Sikeres punkció esetén a tű kihúzása után a katéteren azonnal epe ürül. Ha vér jelenik meg, nem adunk kontrasztanyagot, hogy az extravazátum ne fedje el a finom anatómiai részleteket. Ha a katéter megfelelő helyen van, abba angiográfias vezetődrótot tolunk és visszük előre kaudális irányba a szűkületig. Nem ritkán teljes elzáródás esetén is átvezethető a vezetődrót a szűkületen. A katéter helyére a közben helyén hagyott angiográfias vezetődróton 8,3 F méretű ún. „pig-tail” katétert viszünk. Ez a végén malacfarokszerűen hajlított, innen az elnevezés. Az első 48 órában külső drenázt alkalmazunk, majd úgy fordítjuk a katéter kül-

ső végén levő csapot, hogy az epe ürülését a duodenum felé kényszerítsük. Az 1/a ábrán az eljárás sematikus ábrázolása látható, az 1/b ábra kombinált külső-belső drenázs röntgenképe.

Sikeres drenázt követően az icterus gyorsan csökken (Se-biru 20–40 $\mu\text{mol}/1/24$ óra) a beteg étvágya visszatér, pszichés állapota javul, viszketése megszűnik. Az addig akóliás széket a belső drenázs hatására visszanyeri eredeti színét. Az esetleg fennálló cholangitis, májtályog néhány nap alatt gyógyulhat (12, 14, 37). A katétert naponta kétszer átöblítjük antibiotikumokat is tartalmazó konyhasó oldattal. Clark (7) ezzel ellentétes felfogást képvisel, szerinte az öblítésekkel járó szennyezés lehetősége fokozza a cholangitis veszélyét. Amennyiben csak külső drenázs volt lehetséges első ülésben, néhány nap után kísérreljük meg belsővé alakítani. Az a tapasztalat ugyanis, hogy 48–72 óra után, amikor a depresszió eredményeként az ödéma már megszűnt, ez rendszerint könnyen sikerül. Nehéz a PTCD magas elzáródás, kiterjedt metasztatizisok esetén, bár utóbbi jelenléte nem ellenjavallja a PTCD-t.

Javallatok

1. A beteg előkészítése nagyobb műtét (preoperatív desicterizálás).
2. Irrezekábilis betegek palliációja.
3. Súlyos beteg igen rossz májműködéssel.
4. Sokk, szepszis, cholangitis suppurativa, endotoxémia.
5. Ha a PTC teljes elzáródást mutat (3, 7, 18, 19) illetve hasonló lelet ERCP után (Gram negatív bakterémiemia veszélye).
6. PTC-t követő epecsorgás esetén a műtét utáni anasztomózis tehermentesítése.
7. Beningnus strictura.
8. A diagnózis pontosítása (célzott biopsia, citológia stb.).

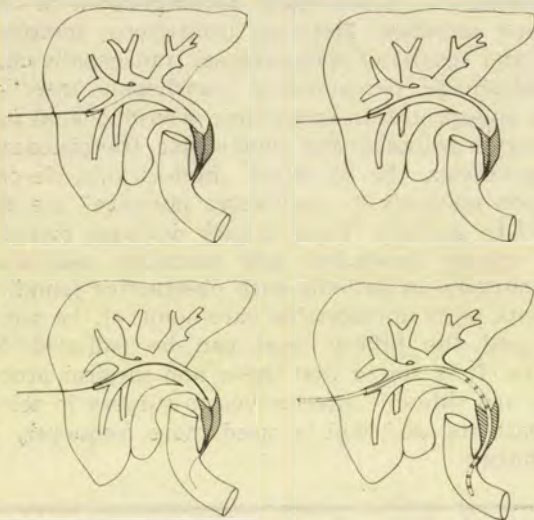
Ellenjavallatok: minthogy többnyire súlyos, elesett állapotban levő betegben kerül sorra, gyakorlatilag alig van. Ellenjavallatot tulajdonképpen csak a vérzékenység, s az intrahepatikus aneurizma képez. Súlyos állapotban nem szabad minden áron belső drenázusra törekedni, a beteg kímélése érdekében esetenként meg kell elégedni a hamar elvégezhető külső drenázssal.

Szövődmények

Késői szövődmények, mint cholangitis, hiponatrémia (elsősorban külső drenázs esetén), katéter körüli fájdalom, átmeneti láz, tenziócsökkenés az esetek 40–50%-ában fordul elő, többnyire a katéter diszlokációjának, elzáródásának következményei. Ezek rendszerint antibiotikumok adásával uralhatók, ha nem, a katétercsere vezet eredményhez. Akut súlyos szövődmény (vérzés, szepszis, epeperitonitis, hemobilia, pancreatitis, PTX, hepatikus AV fisztula) 5–10%-ban fordul elő. Halálos szövődményt 0,5%-ban közölnek.

Saját eseteink

Az elmúlt 8 hónap alatt 39 esetben kísérletük meg a PTCD-t. A beavatkozás javallatát 30 esetben preoperatív desicterizálás, 9 esetben inoperabilitás miatti palliáció képezték. 30 esetben sikerült a PTCD. A 9 sikertelen kísérlet részben a gyakorlat hiányának tudható be, az esetek többségében azonban kiterjedt



1. ábra: a) az eljárás sematikus ábrázolása



1. ábra: b) külső-belső drenázs röntgenképe. A drén egyik vége a duodenumban. Jól vezet

metasztázisok miatt volt lehetetlen a katéter behelyezése. Sikertelen belső drenázs eseteink okai a következők voltak. Katéter diszlokáció 3 esetben, teljes elzáródás 3 esetben, kiterjedt szűkület 4 esetben, technikai okok 7 esetben. 3 esetben pedig csak a bal hepaticus ágba sikerült a katéter bevezetése, innen pedig — oldalsó behatolásból — belső drenázs készítése úgyszólván lehetetlen.

Szövődményeink a következők voltak: Egy esetben sikertelen katéterezési kísérlet után a jobb mellkásfél ascitesszel telt meg. A beteg 4 nappal később műtetre került, s kiterjedt metasztázisok miatt inoperábilisnek bizonyult. 2 esetben észleltünk a katéter mellett epecsorgást, de mindkét esetben megszűnt, miután a katétert nagyobb méretűre cseréltük ki (12 F méretű gyermek tápszonda). 6 esetben a katéter kimozdult helyéről, s 17 esetben észleltünk néhány napig tartó lázas állapotot.

II. PERKUTÁN TRANSZHEPATIKUS EPEÚT PROTÉZIS (PTEP).

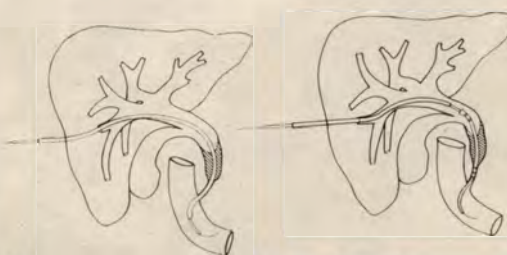
A PTCD-nek kétségtelen előnyei mellett számos hátránya van. A katéter körüli bőrfelület fájdalmas. A katéter külső vége a betegre negatív pszichés hatással van, kényelmetlen, a kezelésekközlítések gyakori fertőzés (cholangitis) forrásai. Mindezek a hátrányok perkután bejuttatható epeút protézis technikájának kidolgozására ösztönöztek. *Pereiras és mtsai* (38) számoltak be először 12 esetről. Az alapbetegség minden esetben inoperábilis tumor volt. Olyan esetekben alkalmazták, ha a beteg a műtétet elutasította, vagy az sikertelen volt, vagy pedig túlságosan kockázatosnak tűnt. 4 beteg hasnyálmirigy tumorban, 3 epeút rákban, 5 vastagbél-, illetve gyomorrák hilusi metasztázisában szenvedett. A protézis behelyezését követő hatás drámai volt. A pruritus minden esetben megszűnt, az icterus 12-ből 10 esetben. A betegek hízni kezdtek és egyikük visszatérhetett eredeti munkakörébe. Az eljárás kb. 1 órát vett igénybe, és a betegek a kórházból 4 nap után távozhattak. Az általuk használt protézis 4.0 mm átmérőjű volt, mások később 2,0, 2,4, 2,6, 2,8 mm átmérőjű. Ödman katéterből készített protézist használtak jó eredménnyel (4, 5, 6, 21, 27). Skandináv szerzők és az amerikaiak ezidáig közel 300 esetet közöltek (4, 5, 6, 10, 13, 14, 21, 23, 24, 27, 34, 38). Mi 3 esetben alkalmaztuk, *Vadon* (48) 4 betegről adott hírt.

Módszer

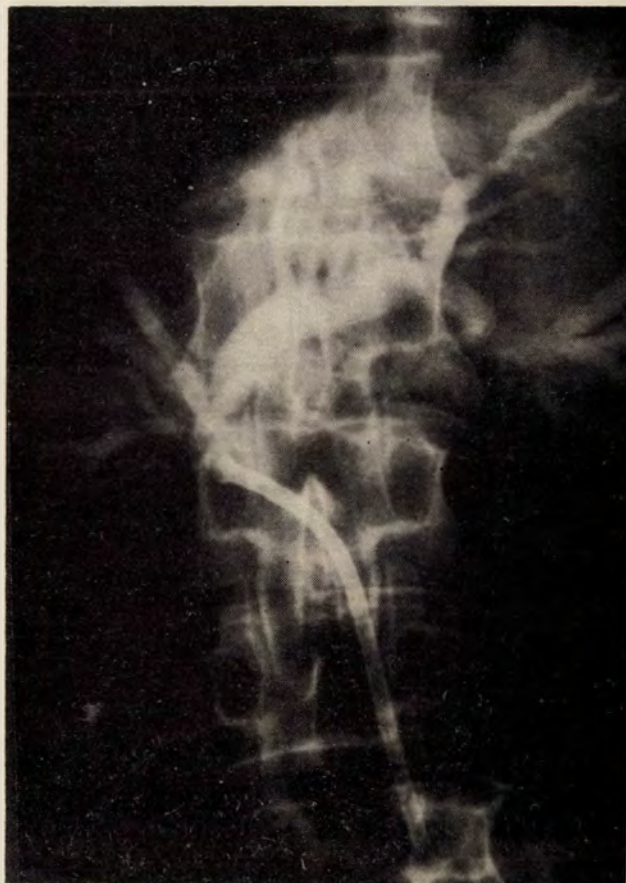
Endoprotézist rendszerint előzőleg drenált (PTCD) betegben végeznek a 2/a ábrán látható sematikus rajz szerint. (A 2/b ábra egyik saját esetünk). A pig-tail katéterbe vezetett angiográfiás vezetődróra — amelyet helyén hagynak, s amelyről a katétert lehúzzák — 1,8x2,7 mm átmérőjű kemény katétert vezetnek előbb, majd arra egy 3 mm belső és 4 mm külső átmérőjű kúpos végű katétert tólnak, amellyel a máj átlományában, s a szűkületen át 4 mm-es járatot készítenek. A tágító katétert lehúzzák, s a vékonyabb katéterre helyezik a protézist, melyet a tágító katéterrel — azt mintegy tolórúdként használva — „szánkáztnak” a szűkületen át úgy, hogy proximális vége a szűkület felett, disztális vége pedig a duodenumban legyen. A tolókatétert eltávolítják, s helyére a protézis végéhez vékony drént vezetve az azon át adott kontrasztanyaggal győződnek meg a protézis helyzetéről. Végül a drént 24—28 óra alatt fokozatosan, óránként 1/2 cm-el haladva 12—24 óra alatt távolítják el, hogy elősegítsék a járat bealvadását, szervülését, s ezáltal csökkentsék a vérzés, epecsorgás veszélyét.

Javallat, ellenjavallat, szövődmények.

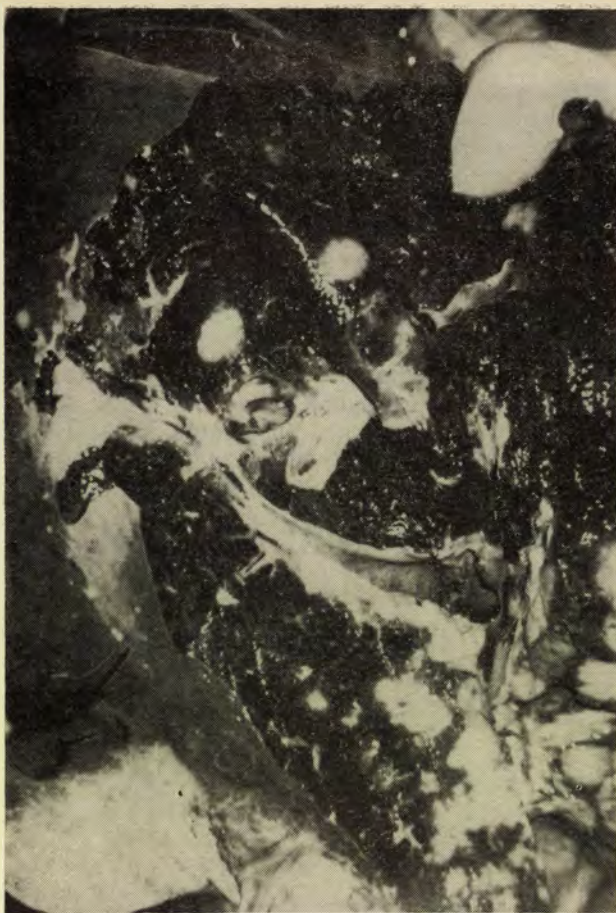
A PTEP javallatai a következőkben foglalhatók össze: 1. inoperábilis kardiopulmonális insufficiencia miatt. 2. irrezekábilis — a tumor infiltrálja az arteria coeliacat, a hepaticat, a lienalist és az a. mesenterica superiorit — 3. biliodigestív anasztomózisnak nincsenek meg a feltételei. 5. A beteg a műtétbe nem egyezik bele. Ellenjavallatot képez a vérékenység és intrahepatikus aneurizma, továbbá az epeút kövesség. Szövődmények közül az akut szövődmények — intraabdominális vérzés, epeperitonitis, cholangitis, subphrenicus abscessus, epecsorgás a beszúrás helyén stb. — ugyanolyan gyakoriságúak, mint PTCD-nél. Késői szövődmények ritkábbak, cholangitis pl. lényegesen kevesebbszer fordul elő, mint PTCD-nél, ami annak következménye, hogy nincs drén, nincs fertőzés veszélye. A protézis hátránya viszont, hogy a tumor belenőhet, s a lument zárhatja, inkrusztá-



2. ábra: a) Endoprotézis sematikus rajza

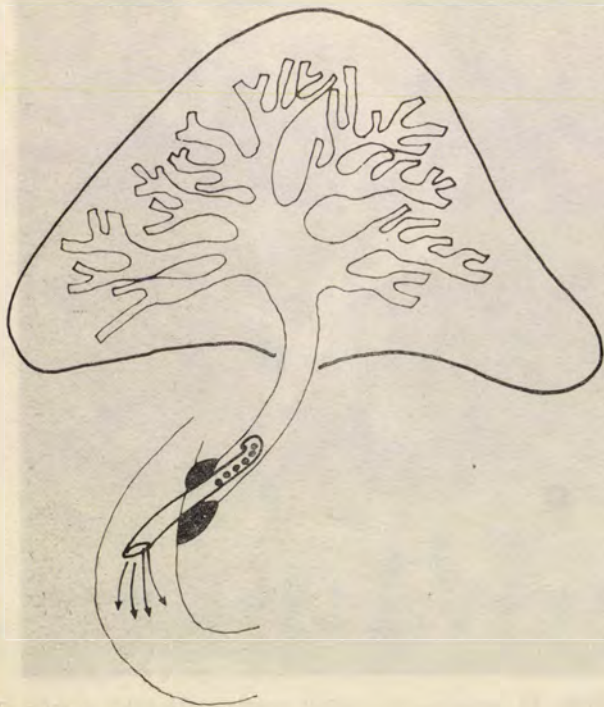


2. ábra: b) perkután bevezetett protézis áthidalja a májkapuban levő tumort.



3. ábra: Boncselet. Jól látható a máj metszlapján a mellkassfaltól a centrális epeútig haladó hegyszövet

lódhat, helyéből kimozdulhat, a szűkület alá csúszhat, s az ilyen esetek, mivel nincs cserére lehetőség, s mivel protézis helyzete már nem változtat-



4. ábra: a) sematikus rajz

ható, nem cserélhető, amennyiben újabb PTCD nem végezhető, halálos következménnyel járhat.

Esetismertetés

O. K. 67 éves férfibeteg más intézetből került hozzánk PTC-vel igazolt magas elzáródás miatt súlyos icterus állapotában. A se-biru, transzaminázék 1000 felett voltak, az alkalikus foszfatáz meghaladta a 600-at. Előbb külső drenázst végeztünk, melyet az 5. napon belsővé sikerült alakítani. Ennek hatására desiciterizálódott, alkalikus foszfatáz továbbra is emelkedett maradt, a többi laboratóriumi paramétere normalizálódott. 4 hét után explorációra került, inoperábilisnek bizonyult. By-pass műtétre sem volt lehetőség, a primer tumor kiindulása sem volt meghatározható. Műtét során a belső drént helyén hagyták és helyére 3 héttel később protézist ültettünk. (2/b ábra). Ezt követően néhány napig lázas volt, a láz antibiotikumok adására megszűnt. A beteg további 3 hét után otthonába távozhatott és rendszeresen járt ellenőrző vizsgálatokra. Laboratóriumi értékei az alkalikus foszfatáz és gamma GT kivételével közel normális eredményt mutattak. Klinikailag panaszmentes volt, de nem hizott. Kedélyállapota kitűnő volt. A protézis behelyezése után 4 hónappal még mindig kielégítő laboratóriumi értékek mellett felvételre került és néhány napon belül meghalt. Boncoláskor a protézis szabad volt, nem volt elzáródva, a halál oka pneumonia volt. A máj a mellkasfalhoz lenőtt és a korábbi behatolások helyén a májban szervült kötőszövet volt megfigyelhető (3. ábra). Saját 3 esetünkben szövődményt nem észleltünk, a betegek a beavatkozást meglepően jól tűrték, de a protézis behelyezése lényegesen nehezebb volt, mint a PTCD, ami minden esetben megelőzte a protézis alkalmazását.

III. ENDOSZKÓPOS TRANSPAPILLÁRIS (NAZOBILIÁRIS) DRENÁZS (ETD).

Elsősorban Siegel (43) és Soehendra (44) nevéhez fűződik. Endoszkópos szfinkterotómia után (EST) hosszú (480 cm) katéterrel borított rugalmas vezetődrótot viszünk a műszer biopsziás csatornáján át a ductus choledochusba. Elsősorban choledochus kövesség esetén alkalmazzuk a kő spontán kiürülésének megkönnyítése érdekében, továbbá malignus tumorok esetén epedrenázis céljára. Kis átmérője azonban nem biztosít kellő hatékonyságú drenázsvizonyokat, ezért népszerűsége egyre csökken.



4. ábra: b) transzduodenális endoprotézis behelyezve közvetlenül a szfinkterotómia után

IV. ENDOSZKÓPOS TRANSZDUODENÁLIS PROTÉZIS (ETP).

Soehendra (45), *Siegel* (43), *Huibgretse és mtsai* (25) dolgozták ki az endoszkópos úton behelyezhető endoprotézis technikáját. Amint az a 4/a ábrán látható, endoszkópos szfinkterotómia után különböző méretű, 15–20 cm hosszú, oldalán több furattal ellátott pig-tail katétert helyezünk a d. choledusba, amelynek meggörbitett vége magasan az epeútban, disztális vége a duodenumban van (l. még 4/b és 4/c ábrát). *Siegel* (43) 1,4x1,6 mm átmérőjű, 15 cm hosszú, *Soehendra* (45) 2,0 mm átmérőjű, 20 cm hosszú, *Huibgretse és mtsai* (25) 2,4x3,2 mm, újabban 3,7 mm átmérőjű 10–12 cm hosszú pig-tail katétert használ, mely már igen hatékony epezárlást biztosít.

A kisméretű protézis — az elégtelen epeürülés miatt — cholangitis veszélyével járhat (ascendalo cholangitis), ami elkerülhető, ha egyidejűleg 2, vagy éppen 3 db kisebb méretű protézis behelyezésével biztosítjuk a kellő mennyiségű epeürülést. Mi 32 esetben alkalmaztunk nazobiliaris katétert és 18 esetben 2,3 mm átmérőjű, 20 cm hosszú, Ödman katéterből általunk készített „pig-tail” protézist, melyet az Olympus JF—1T típusú műszer biopsziás csatornáján, a protézis méretével megegyező átmérőjű katéter segítségével toltunk helyére. Noha az általunk alkalmazott protézis mérete kicsi, cholangitist egy esetben sem tapasztaltunk (ennek okát nem tudjuk magyarázni). Ezidáig két alkalommal helyeztünk be egyidejűleg 2 protézist jó eredménnyel.



4. ábra: c) a protézis röntgenképe

2*

Megbeszélés

Számos irodalmi adat bizonyítja a sárgaság és a műteti kockázat közötti szoros összefüggést. Különösen érvényes ez malignus eredetű elzáródásos sárgaságban. *Buckwalter és mtsai* (2) anyagában malignus obstrukciós icterus operatív mortalitása exploráció esetén 16,5%, epeúti by-pass műtét után 20,8%, pancreato-duodenoctomiánál 30% volt. *Feduska és mtsai* (11) 101 pankreászkarinómában szenvedő beteg adatait feldolgozva azt találták, hogy mindössze 16%-ban lehetett kuratív műtétet végezni, a palliatív műtétek aránya 50%, a laparotomiáké 22% volt. Ugyanakkor pl. diagnosztikus műtétek után a szövődmények aránya 28%, a mortalitás 41% volt. Palliatív műtét után ugyanez az arány 43%, illetve 33%, s rezekciós műtét után 63%, illetve 44%. Azok a betegek, akik palliatív műtetre kerültek, mindössze 70 nappal éltek tovább, mint akiken csak laparotomia történt. Ezért többen a sárgaság előzetes sebészi dekompresziójával kísérelték meg csökkenteni a műteti kockázatot. *Maki és mtsai* (33) kétlépcsős műtét útján (cholecisto-duodenostomia, desicterizálódás, definitív műtét) a pankreászrák műteti halálozását 50%-ról 8%-ra csökkentették. *Sato és mtsai* (42) Vater papilla carcinoma műteti mortalitását 38%-ról 12%-ra. Minthogy azonban az egyszerű by-pass műtét is jelentős veszéllyel jár, nem véletlenül terjedtek el a nem sebészi dekompresziós eljárások, amelyek kockázata kisebb, mint a sebészi beavatkozásé.

Nakayama és mtsai (37) bizonyították, hogy PTCD hatására bekövetkezett desicterizálás a korábbi 38%-os műteti mortalitást 12%-ra csökkentette. *Denning és mtsai* (8) nem találtak szignifikáns különbséget PTCD hatására a mortalitásban, de lényegesen csökkent a műteti szövődmények aránya: 56%-ról 28%-ra. *Ishikawa és mtsai* (26) szerint a PTCD a jövőben kiterjedtebben kerül majd alkalmazásra; szerinte elzáródásos sárgaságban az első lépcső kell, hogy legyen a kezelésben és műtetre akkor kerüljön sor, ha az epeutak dekompresziójának hatására a májparenchima működése már lényegesen javult. Magas elzáródás esetén, ha nincs elérhető szegmentum a sebészi anasztomózishoz a PTCD, PTEP az egyedüli lehetőség a kétségbeesett helyzetben levő beteg kezelésében.

Inkurábilis tumorok esetén az orvos egyetlen lehetséges feladata a tünetek enyhítése, a beteg életének meghosszabbítása. A törekvések zöme egyenlő a palliatív sebészi dekompreszióval. Mivel azonban ennek mortalitása magas, jó eredmény csak néhány betegen érhető el — a by-pass műtétén átesett betegek csak kevéssel élnek tovább, mintha csak laparotómia történik —, a peroperatív szövődmények száma nagy, ezért a *nem sebészi dekompreszió jó alternatíva*.

Berquist és mtsai (1) anyagában by-pass műtét után a klinikai javulás 53%-os volt, PTCD után 88%.

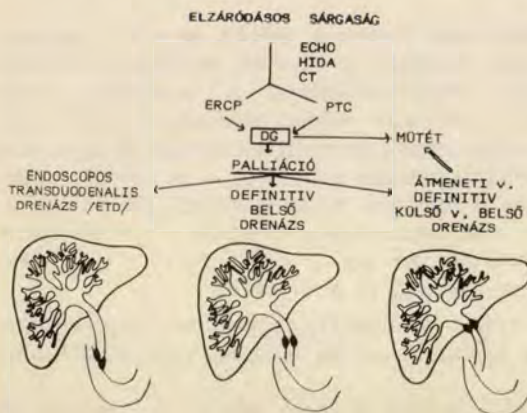
Ami a különböző nem sebészi dekompresziós eljárások közötti választást illeti (az 5. ábra az általunk alkalmazottakat és azok taktikáját foglalja

össze), azt számos tényező motiválja: endoszkopos lehetőség, EST-ben szerzett jártasság, milyen eszközök állnak rendelkezésre stb.; a legegyszerűbb és legkisebb akut megterheléssel a külső drenázs jár. Ezt kell alkalmazni nagyon súlyos esett betegekben — legalábbis első ülésben — a beteg megterhelésének csökkentése érdekében. Kerülni kell a hosszú manipulációt — belső drenázs hosszabb időt vesz igénybe, protézis méginkább — suppuratív cholangitisben. Ilyenkor még kontrasztanyagot is csak keveset szabad adni. Külső drenaszt alkalmazhatunk olyan esetekben, amikor a beteg várható élettartama rövid, vagy közeli műtéti beavatkozásra lehet számítani. A legtöbb szövődményt, kényelmetlenséget a külső drenázs okozza. Nagyobb a cholangitis veszélye, pótolni kell az elektrolitokat, problémát jelent az epe visszapótlása stb. Érthető tehát, hogy a belső drenázs részesítendő előnyben, ami második, vagy harmadik ülésben, néhány nappal az első beavatkozás után, amikor a jó dekompreszió hatására már csökkent az ödéma, rendszerint könnyen sikerül. A belső drenázs fizio-lógiásabb viszonyokat teremt, de még így is sok kényelmetlenséget és negatív pszichés élményt-traumát jelent a beteg számára. Mindezeket a hátrányokat protézis alkalmazása kiküszöbölni látszik, de ennek is megvannak a maga problémái. A beavatkozás alatt nagyobb a fájdalom, vérzés-epe-csorgás veszélye. Technikailag nehezebb, mint a PTCD, s a protézis elzáródása, esetleges kimozdulása esetén nincs lehetőség korrekcióra. Az ilyen eset, ha nem biztosítjuk az epeelfolyást újabb PTCD útján, halálos következménnyel jár. *Ferrucci és mtsai* (14) éppen ezért azokban az esetekben javallják, ha a malignus folyamat nagyon előrehaladott, a beteg idős, vagy akin külső drenázs pszichológiai, vagy ápolási problémák miatt nem megoldható. Ugyancsak *Ferrucci és Mueller* (14) a PTCD-t technikai könnyedsége miatt „week-end” műtétnek nevezik. Hét végén beszállított betegben azonnal elvégzik, hogy a dekompreszió után legyen idő részletes kivizsgálásra, a beteg kezelésének ésszerű megválasztására. A nazóbiliáris drenázs gyakorlati jelentősége egyre csökken a transzduodenális endoszkopos endoprotézis elterjedése viszont — elsősorban Vater papilla tumorok esetén — rohamosan várható. Az ezzel kapcsolatos ered-

ményeink igen jók, annak ellenére, hogy az általunk alkalmazott protézis kis átmérője miatt nem a legideálisabb. Amióta *Sáfrány* (50) személyes megbeszélés során felhívta a figyelmünket arra, hogy kísérreljük meg nagyméretű protézis behelyezésére alkalmas ún. „jumbo endoszkop” hiányában két vagy több 2,3 mm átmérőjű protézis egyidejű bevezetését, további eredményeket remélünk.

Végül hangsúlyozzuk azt a meggyőződésünket, hogy a nem sebészi dekompresziós eljárások a jövőben szélesebb körben kerülnek alkalmazásra, mivel megfelelő esetekben jó alternatívát jelentenek a sebészi megoldások mellett.

IRODALOM: 1. *Berqvist, T. H. és mtsai*: Percutaneous biliary decompression. Internal and external drainage in 50 patients. *Am. J. Roentgenol.*, 1981, 136, 901. — 2. *Buckwalter, J. A. és mtsai*: Bypass operations for neoplastic biliary obstruction. *Am. J. Surg.*, 1965, 109, 100. — 3. *Burcharth, F., Nielbo, N.*: Percutaneous transhepatic cholangiography with selective catheterization on the common bile duct. *Am. J. Roentgenol.*, 1976, 127, 409. — 4. *Burcharth, F.*: A new endoprosthesis for nonoperative intubation of the biliary tract in malignant obstructive jaundice. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1978, 146, 76. — 5. *Burcharth, F. és mtsai*: Endoprosthesis for internal drainage of the biliary tract. Technique and results in 48. cases. *Gastroenterology*, 1979, 77, 133. — 6. *Burcharth, F. és mtsai*: Nonsurgical internal biliary drainage by endoprosthesis. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1981, 153, 857. — 7. *Clark, R. A. és mtsai*: Percutaneous catheter biliary decompression. *Am. J. Roentgenol.*, 1981, 137, 503. — 8. *Denning, D. A. és mtsai*: Preoperative percutaneous transhepatic biliary decompression lowers operative morbidity in patients with obstructive jaundice. — 9. *Domján L. és mtsai*: Endoscopes retrograd cholangiopancreatography és percutan transhepatikus cholangiographia helye és szerepe az obstructív icterusok differenciál-diagnosztikájában. *Orv. Hetil.*, 1980, 121, 2499. — 10. *Dooley, J. S. és mtsai*: Relief of bile duct obstruction by the percutaneous transhepatic insertion of an endoprosthesis. *Clin. Radiol.* 1981, 32, 163. — 11. *Feduska, N. J. és mtsai*: Results of palliative operations for carcinoma of the pancreas. *Arch. Surg.*, 1971, 103, 330. — 12. *Ferrucci, J. T. Jr., és mtsai*: Percutaneous transhepatic biliary drainage. *Radiology*, 1980, 135, 1. — 13. *Ferrucci, J. T. Jr., Wittenberg, J.*: *Interventional Radiology of the Abdomen*. Williams and Wilkins Baltimore (London), 1981. — 14. *Ferrucci, J. T. Jr., Mueller, P. R.*: *Interventional radiology of the biliary tract*. *Gastroenterology*, 1982, 82, 974. — 15. *Figus I. A. és mtsai*: Percutan transhepatikus cholangiographia. *Orv. Hetil.*, 1980, 121, 2315. — 16. *Gergely M.*: Miért kell operálni az epekövességet? Az Orvostudomány Aktuális problémái. *Medicina*, Budapest, 1982, 43, 89. — 17. *Gudjonsson, B. és mtsai*: Cancer of the pancreas: diagnostic accuracy and survival statistics. *Cancer*, 1978, 42, 2494. — 18. *Hansson, J. A. és mtsai*: Clinical aspects of nonsurgical percutaneous transhepatic bile drainage in obstructive lesions of the extrahepatic bile ducts. *Ann. Surg.*, 1979, 189, 58. — 19. *Harbin W. P. és mtsai*: Hazards of surgical treatment due to microorganisms in the bile. *Surgery*, 1974, 75, 578. — 20. *Harrington, D. P. és mtsai*: Percutaneously placed biliary obstruction. *Dig. Dis. Sci.*, 1979, 24, 849. — 21. *Heltenkant, C. és mtsai*: Percutaneous internal drainage in obstructive jaundice. *Am. J. Roentgenol.* 1980, 134, 661. — 22. *Hoevens, J. és mtsai*: Percutaneous transhepatic intubation of bile ducts for combined internal-external drainage in preoperative and palliative treatment of obstructive jaundice. *Gastrointest. Radiol.*, 1978, 3, 23. — 23. *Hoevens, J., Ihse, I.*: Percutaneous transhepatic insertion of a permanent endoprosthesis in obstructive lesions of the extrahepatic bile ducts. *Gastrointest. Radiol.*, 1979, 4, 367. — 24. *Hoevens, J.*



5. ábra: Az általunk alkalmazott eljárások és azok taktikája

és mtsai: Erfahrungen mit einer percutantranshepatisch eingesetzten Gallengangs-Endoprothese. Langenbecks Arch. Chir., 1981, 354, 55. — 25. *Huibregtse, K. és mtsai:* Transpapillary position of a large 3,2 mm biliary endoprosthesis. Endocopy, 1981, 13, 217. — 26. *Ishikawa, Y. és mtsai:* Transhepatic drainage. Experience in 100 cases. J. Clin. Gastroenterol, 1980, 2, 305. — 27. *Jonsson, K., Hellenkant, C.:* Percutaneous insertion of an endoprosthesis in obstructive jaundice. Radiology, 1981, 139, 749. — 28. *Juhász M. és mtsai:* Percutan transhepatikus epeúti drenázs (PTC) gyors és egyszerű módszere. Magy. Seb., 1981, 34, 385. — 29. *Kaude, J. V. és mtsai:* Decompression of bile ducts with the percutaneous transhepatic technic. Radiology, 1969, 93, 69. — 30. *Keighley, M. R. B. és mtsai:* Hazards of surgical treatment due to microorganism in the bile. Surgery, 1974, 75, 578. — 31. *Koven, I. H. és mtsai:* Percutaneous antegrade biliary drainage: a nonoperative approach to biliary obstruction. Can. J. Surg., 1981, 24, 591. — 32. *McCar, R. L.:* Nonsurgical management of obstructive jaundice in the patient with advanced cancer. JAMA, 1980, 244, 1976. — 33. *Maki, T. és mtsai:* Pancreatoduodenectomy for periampullary carcinomas. Arch. Surg. 1966, 92, 825. — 34. *Mendez, G. és mtsai:* Percutaneous brush biopsy and internal drainage of biliary tree through endoprosthesis. Am. J. Roentgenol. 1980, 134, 653. — 35. *Molnar, W., Stockum, A. E.:* Relief of obstructive jaundice through percutaneous transhepatic catheter. A new therapeutic method. Am. J. Roentgenol., 1974, 122, 356. — 36. *Mori, K. és mtsai:* Percutaneous transhepatic bile drainage. Ann. Surg., 1977, 185, 11. — 37. *Nakayama, T. és mtsai:* Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract. (Technique and results in 104 cases). Gastroenterology, 1978, 74, 554. — 38. *Pereiras, R. V. és mtsai:* Relief of malignant obstruc-

tive jaundice by percutaneous insertion of a permanent prothesis in the biliary tree. Ann. Int. Med., 1987, 89, 589. — 39. *Pollock, T. W. és mtsai:* Percutaneous decompression of benign and malignant biliary obstruction. Arch. Surg., 1979, 114, 148. — 40. *Ring, E. és mtsai:* Therapeutic application of catheter cholangiography. Radiology, 1978, 128, 333. — 41. *Rückert, K. és mtsai:* Preoperative percutane transhepatische Gallenwegsdrainage (PTCD) beim malignen-Verchluss-ikterus. Langenbecks Arch. Chir., 1980, 350, 227. — 42. *Sato, T. és mtsai:* Preoperative determination of operability in carcinomas of the pancreas and periampullary region. Ann. Surg., 1968, 168, 876. — 43. *Siegel, J. H. és mtsai:* Endoscopic decompression and drainage of benign and malignant biliary obstruction. Gastrointest. Endoscopy, 1982, 28, 79. — 44. *Soehendra, N. V., Reinders-Frederix, V.:* Palliative Gallendrainage. Dtsch. med. Wschr., 1979, 104, 206. — 45. *Soehendra, N. V., Reynders-Frederix, V.:* Palliative bile duct drainage. A new endoscopic method of introducing a transpapillary drain. Endoscopy, 1980, 12, 8. — 46. *Takada, T. és mtsai:* Conversion of percutaneous transhepatic cholangiodrainage to internal drainage in obstructive jaundice. Jap. J. Surg., 1977, 7, 10. — 47. *Tylen, V. és mtsai:* Percutaneous transhepatic cholangiography with external drainage of obstructive biliary lesions. Surg. Gynec. Obstet., 1977, 144, 13. — 48. *Vadon, G.:* személyes közlés. — 49. *Domján L., Simon L.:* Eredmények és kudarok percutan transhepatikus cholangiodrainage (PTCD) kezelése kapcsán (előadás). A Magyar Gastroenterológiai Társaság 25. Jubileumi Nagygyűlése, Keszthely, 1983. május 17–20. — 50. *Sáfrány L.:* személyes közlés. (1983.)

(Domján Lajos dr., Kecskemét, Pf. 149., 6001.)

SALVUS

nátrium-karbonátos természetes gyógyvíz

Javasolt:

1. soksavas gyomorhurutnál kezdetleges gyomor- vagy nyombélfekélynél.

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

2. cukorbeteg – enyhe esetekben, mely diétával, esetleg kisdagú gyógyszerrel egyensúlyban tartható.

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

3. vesekőképződésnél húgysavas kő esetén.

Adagolás: naponta háromszor 2 dl hónapokon át.

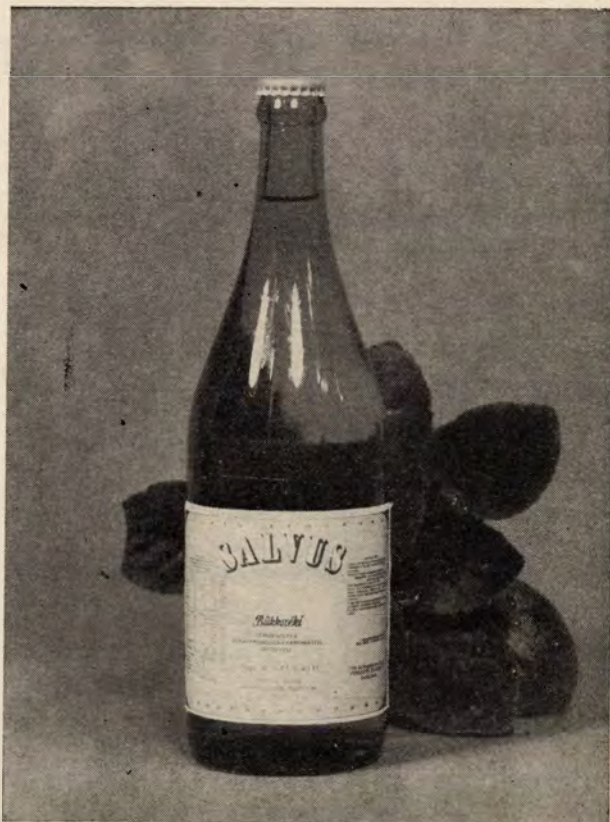
4. köszvénynél.

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

5. légúti hurutos megbetegedéseknél.

Adagolás: naponta ötször 1–2 evőkanál.

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



Antivaricosica

VENORUTON[®]
GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése;
lágyszérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirculációs keringés: zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

„Csak vényre adható ki. Az orvos utasítása szerint egyszeri vagy legfeljebb kétszeri alkalommal ismételhető.”

CSOMAGOLÁS

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

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján



Kromoszóma analízis transcervicalisan nyert, tenyésztetlen chorion bolyhokból a terhesség első trimeszterében

SZABO JANOS DR.,
HERCZEG JANOS DR.,
THURZO LASZLO DR.
ÉS SZEMERE GYÖRGY DR.

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.) és
Orvosi Biológiai Intézet (igazgató: Molnár János dr.)

Az első trimeszterbeli prenatális diagnosztika egyre inkább előtérbe kerül. A szerzők 94 terhességmegszakítás kapcsán, ultrahang kontroll mellett aspirációs technikával 79 esetben sikeres chorion-biopsziát végeztek, majd a chorion-bolyhok közvetlen, tenyésztés nélküli kromoszóma analízisét végezték el. Eredményeik alapján az embrionális eredetű cytotrophoblast sejtekből származó mitózisok segítségével a citogenetikai diagnózis 1–2 napon belül felállítható. A módszert számos előnye mellett azért is ajánlják bevezetésre, mert jelentős devizamegtakarítás érhető el általa, hiszen alkalmazása esetén a sejt kultúráknál használt tápoldatok elenyésző hányadára van csak szükség.

Rapid chromosome analysis from uncultured chorionic villi obtained by transcervical aspiration in the first trimester of pregnancy. Prenatal diagnostics in the first trimester has become nowadays a very promising means. A direct chromosomal analysis of uncultured cells of chorionic villi has been carried out in 79 cases of successful chorionic biopsy after aspiration with an ultrasound control in pregnancies that have later been terminated. On the base of these experiments the cytogenetic prenatal diagnosis can be achieved within one or two days using the mitoses of the cytotrophoblast cells of embryonic origin. Authors advise that this method should be introduced into the arsenal of prenatal diagnostics because — among other advantages — it saves a considerable amount of tissue culture media generally used for the cultivation of amniotic fluid cells.

Az első trimeszterbeli prenatális diagnosztika lehetősége az utóbbi években világszerte reflektorfénybe került (1, 2, 4, 13). Mindaddig kevesebb figyelem fordult feléje, mert nem volt megfelelő chorion-biopsziás módszer, illetve, hogy a chorion-szövet tenyésztésére nem rendelkezünk megfelelő metodikával (14). Nem javított sokat a helyzeten *Niazi* (15) rutin diagnosztikára alig alkalmazható módszere sem.

A chorionból történő transcervicalis mintavétel technikájára számos eljárást ajánlanak (7, 9, 11, 12, 17, 21), melyek közül az ultrahang kontroll mellett a közvetlenül, vagy pedig a közvetlenül a szem ellenőrzését lehetővé tevő hystero-embryoscopy módszer (9, 12) látszik a legmegfelelőbbnek.

A chorion boholyból történő citogenetikai diagnosztika kidolgozása céljából *Evans* (6) eredetileg egérre leírt módszerét kezdtük humán anyagra kiterjeszteni. A metodikát egyébként állatkísérleti vonatkozásban laboratóriumunkban évek óta sikeresen alkalmazzuk. Segítségével egér amnionhám-ból 100%-os biztonsággal tudunk kromoszómát preparálni a vemhesség 11. napján (18, 19, 20). A módszer módosításával sikerült a terhesség első trimeszteréből származó trophoblast sejtekből is megfelelő

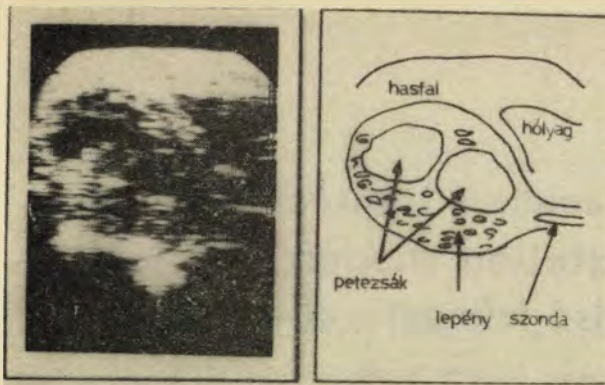
számú és minőségű mitózist kapnunk, melyek citogenetikai értékelésre már alkalmasak voltak.

Közleményünkben a kora terhességi lepenyből történő mintavételi technikánkról, illetve elsősorban az így nyert tenyésztetlen trophoblast sejtek közvetlen karyotipizálásáról szeretnénk beszámolni.

Anyag és módszer

A chorion-szövetből mintavétel 94 legális terhességmegszakítás alkalmával történt. Az interruptio bevezetéseképpen a sterilitás szabályainak megtartásával, transcervicalisan, ultrahang kontroll mellett — vagy előzetes placenta lokalizáció után — a chorion frondosum alsó pólusához 3,5 mm átmérőjű egyszerű használatos műanyag katheretert illesztettünk. A flexibilis katheret illesztését a lumenébe illesztett vékony fémszondával biztosítottuk. A fémszonda eltávolítása után 20 ml-es fecskendővel létesített 5–10 ml-es szívóhatás eredményeként a katheretbe chorion-bolyhokat aspiráltunk (1. ábra). A chorion bolyhokat a deciduától és a degenerálódott egyéb szövettermelésektől inverz mikroszkóp alatt különítettük el TC-199-es tápoldatban. Elegendőnek tekintettük a mintát, ha 10 mg-nál nagyobb tömegű volt. Kontrollként a terhességmegszakítás alkalmával a placentaszövetből vett bolyhokat használtuk. A chorion-bolyhok biztonságos elkülönítése néhány hetes gyakorlat után már nem okozott gondot.

Citogenetikai módszer: A fenti módon izolált chorionbolyhokat 0,2 µg/ml végkoncentrációjú Colcemidet tartalmazó tápoldatba (TC-199) helyeztük 70 percre.



Grav. s. 8 Gemini (hosszmetset)

1. ábra: Chorion frondosumból történő mintavétel ultrahangképe 8 hetes ikerterhesség esetén

Ezután a tápoldatot eltávolítottuk és 0,56%-os KCl-dal hipotonizáltunk 10 percig, majd a hipotonizáló oldat leszívása után 5 ml 3:1 arányú metanol-jégecet fixálóba tettük 15 percig. A fixáló keverékből a mintát 60%-os vizes ecetsav-oldatba helyeztük és sztereomikroszkóp alatt figyeltük a sejtek disszociációját. Ezt követően a sejtszuspenziót hevítőlapon előmelegített, döntött tárgylemezre cseppentettük, majd a cseppet visszaszívtuk a pipettába; a kicseppentést-visszaszívást addig végeztük, amíg elegendő számú sejt nem volt a tárgylemezen. A festés a szokásos technikával történt. Az egy tárgylemezen található — átlagban 8–10 mitózis — elegendő a diagnózis felállításához. A maradék sejtszuspenzió hűtőszekrényben tárolható és szükség esetén további, tetszőleges számú tárgylemez készíthető belőle.



2. ábra: Trophoblast sejtek spontán mitózisából származó normális, 46,XY karyotipus

Eredmények

A 7–11 hetes terhességek megszakítása előtt 94 esetben próbálkoztunk transcervicalis chorionbiopsiával. 79 esetben (84%) sikerrel. Burokrepedést egy 11 hetes terhesség esetében észleltünk a módszer tanulmányozásának kezdetén. Az aspirációt általában minimális vérzés követte. A mintavétel sikerességét a paritás, illetve a gestációs kor nem befolyásolta. A chorion-bolyhok izolálása során kezdetben nehézséget jelentett az esetenként nagyobb mennyiségben jelenlevő elhalt szövettörmelék. A trophoblastból a karyotipust 79 esetben határoztuk meg, melynek során minden esetben normális karyogramot kaptunk. 41 esetben 46,XY (2. ábra), 38 esetben pedig 46,XX karyotipust észleltünk. Mozaicizmust nem tapasztaltunk. A karyotipust 23 esetben erősítettük meg tenyésztési módszerrel embrióból.

Az embrionális eredetű Langhans-féle cytotrophoblast sejtekből származó mitózisok jól reprezentálják az embrio karyotipusát. Az így nyert spontán mitózisok elegendő számúak és minőségük a kromoszóma analízis elvégzéséhez. A módszer előnye, hogy néhány órával a mintavétel után már véleményt mondhatunk, de másnapra kész citogenetikai diagnózis is felállítható.

Megbeszélés

Az első trimeszterben alkalmazható prenatális diagnosztika reális alternatívája lehet a középső trimeszterbeli diagnosztikának. Orvosilag és társadalmilag is sokkal elfogadhatóbb az utóbbinál (22). A jelenlegi mintavételi technikát azonban eddig csak terhességmegszakítások előtt próbálták ki (1, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 21, 23). Így a terhességek továbbviselésének kockázatára vonatkozó nyomon követéses vizsgálatok egyelőre hiányoznak. A terhesség megszakadásának kockázatát jelenleg 1–5% közöttinek becsülik (2, 21), mely, figyelembe véve az ebben a terhességi időszakban olyan gyakori inkomplet és missed abortuszokat (3), nem túlságosan magas kockázat. A kockázat nagyságát azonban enyhítheti az a tény is, hogy a genetikailag terhelt családok inkább vállalnak egy megszakadt 2–3 hónapos terhességet, mint egy egész életére károsodott gyermeket. Természetesen ezen adatokat további, jól megtervezett klinikai vizsgálatokkal kell még alátámasztani.

A trophoblast sejtekből történő közvetlen karyotipizálás viszont már egyértelműen alkalmazható, biztos és gyors módszer. A tenyésztési módszerrel szemben a következő előnyei vannak:

1. A diagnózis felállítása mindössze 1–2 napot igényel és amennyiben szükséges, a terhesség még a 12. héten belül megszakítható.

2. A téves diagnózishoz vezető in vitro tenyésztési elváltozások (mutációk, mozaicizmus) könnyen elkerülhetők.

3. A magzatvízvétellel járó technikai nehézségek, illetve problémák (pl. anyai sejtekkel való keveredés, kevés élő sejt a magzatvízben, a sikertelen tenyésztés következtében szükséges újabb amniocentesis és az ezzel járó késlekedés, fecskendő- és tütoxicitás okozta sejtpusztulás) elkerülhetők,

4. Mivel olcsóbb, gyorsabb és pontosabb a konvencionális tenyésztési módszernél, a szerényebb felszereltségű laboratóriumokban is könnyen kivitelezhető.

Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy az első trimeszterbeli prenatális diagnosztika reális alternatívája lehet a jelenleg elfogadott középső trimeszterbeli diagnosztikának. Megjegyezni kívánjuk azonban, hogy azt teljesen nem szoríthatja ki a rutinból, hiszen például mindig lesznek jelentkező terhesek. A chorion boholyból történő közvetlen kromoszóma-analízis, az enzimmeghatározások, valamint gén-analízis (5, 7, 23, 24) segítségével anyagcsere- és kromoszóma-rendellenességeken alapuló genetikai betegségek korai diagnózisa és eliminálása válik lehetővé.

Köszönetnyilvánítás:

A szerzők ezúton mondanak köszönetet *Hetényi Mária* asszisztensnek az értékes technikai munka elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Brambati, B., Simoni, G.*: Diagnosis of fetal trisomy 21 in first trimester, *Lancet* 1983, *i*, 586. — 2. *Cowart, V.*: First trimester prenatal diagnostic method becoming available in U. S., *JAMA* 1983, 250, 1249. — 3. *Creasy, M.*: Chromosome aberrations as a cause of prenatal death. In: *Clinics in Developmental Medicine No. 83. Pediatric Research: a Genetic Approach.* Eds.: *Adinolfi, M., Benson, P., Gianelli, F., Seller, M., Spastics International Medical Publications*, with William Heinemann Medical Books, London, pp. 122. — 4. *Daker, M.*: Chorionic tissue biopsy in the first trimester of pregnancy. *Comentary, Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1983, 90, 193. — 5. *Elles, R. G. és mtsai*: Absence of maternal contamination of chorionic villi used for fetal-gene analysis, *N. Engl. J. Med.* 1983, 308, — 6. *Evans, E. P., Burtenshaw, M. D., Ford, C. E.*: Chromosomes of mouse embryos and newborn young: preparations from membranes and tail-tips. *Stain Technol.* 1972, 47, 229. — 7. *Gosden, J. R., Mitchell, A. R., Gosden, C. N.*: Direct vision chorion biopsy and chromosome-specific DNA probes for determination of fetal sex in the first trimester prenatal diagnosis. *Lancet* 1982, *ii*, 1416. — 8. *Grebner, E. E. és mtsai*: Prenatal Tay-Sachs diagnosis by chorionic villi samp-

ling, *Lancet* 1983, *ii*, 286. — 9. *Gustavii, B.*: First-trimester chromosomal analysis of chorionic villi obtained by direct vision technique, *Lancet* 1983, *ii*, 507. — 10. *Hahnemann, N., Mohr, J.*: Bulletin of the European Society of Human Genetics 1969, 3, 47. — 11. *Horwell, H. D., Loeffler, Y. E., Coleman, D. V.*: Assessment of transcervical aspiration as a method of obtaining a chorionic villus biopsy in the first trimester of pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1983, 90, 196. — 12. *Kazy Z., Sztigár, A. M., Bachárev, V. A.*: Közvetlen real-time (ultrahang) kontroll melletti chorionbiopszia, *Orv. Hetil.* 1980, 121, 2765. — 13. *Kazy, Z., Rozovsky, I. S., Bakharev, V. A.*: Chorion biopsy in early pregnancy: a method for early prenatal diagnosis for inherited disorders. *Prenat. Diagn.* 1982, 2, 39. — 14. *Kullander, S., Sandhal, B.*: Fetal chromosome analysis after transvesical placental biopsies during early pregnancy. *Acta Obstet. Gynec. Scand.* 1973, 25, 355. — 15. *Niazi, M., Coleman, D. V., Loeffler, F. R.*: Trophoblast sampling in early pregnancy: a method of obtaining a culture of rapidly dividing cells from immature placental villi. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1981, 88, 1081. — 16. *Pergament, É. és mtsai*: Prenatal Tay-Sachs diagnosis by chorionic villi sampling. *Lancet* 1983, *ii*, 286. — 17. *Simoni, G. és mtsai*: Efficient direct chromosome analyses and enzyme determination from chorionic villi samples in the first trimester of pregnancy. *Hum. Genet.* 1983, 63, 349. — 18. *Szemere, C., Chandley, A. N.*: Trisomy and triploidy induced by X-irradiation of mouse spermatocytes, *Mutation Res.* 1975, 33, 229. — 19. *Szemere G.*: Meiotic and post-meiotic studies in the male mouse exposed to X-rays and their human implications. In: *Medical Genetics.* Eds: *G. Szabó and Z. Papp.* Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1977, pp. 269—276. — 20. *Szemere G.*: Male meiotic and post-meiotic studies: a new possible way of mutagenicity testing. *Biol. Zbl.* 1978, 97, 713. — 21. *Ward, R. H. T. és mtsai*: Method of sampling chorionic villi in the first trimester of pregnancy under guidance of real-time ultrasound. *Br. Med. J.* 1983, 286, 1542. — 22. WHO Working Group Report on the Community Control of Hereditary Anaemias. *Bull. WHO* 1982, 60, 643. — 23. *Williams, H. és mtsai*: First trimester fetal sexing in pregnancy at risk Duchenne musculare dystrophy. *Lancet.* 1983, *ii*, 568. — 25. *Williamson, R. és mtsai*: Direct geneanalysis of chorionic villi: a possible technique for first trimester antenatal diagnosis of haemoglobinopathies. *Lancet.* 1981, *ii*, 1125.

(Szabó János dr., Szeged, Pf. 438., 6701.)

SEPTO—DOL



Aktív klór-hatóanyagtartalmú, széles antimikrobiális spektrumú, fertőtlenítő hatású sűrűlószer. Eü. M. eng. sz.: 51393/1983.

ÖSSZETÉTEL: Szerves klórvegyület, detergens, emulgeáló adalék, finom szemcséjű sűrűlószer.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészek, ágytálak, ágytálmosók, mosdó- és mosogatókagylók, vizezőkagylók, kádak, zuhanytálcák), mosható bútorok, nyílászáró szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatásos fertőtlenítő tisztítására.

KISZERELÉS ÉS ÁR: 20 kg-os csomagolásban: 260,- Ft telephelyen. Kérésre díjmentesen egységgrammként zsugorfóliázzuk.

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZAGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBANYAK

Dunántúli Művei, Pilisvörösvár



FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleicum tablettánként.

Allergiás és nem allergiás viszketések minden fajtája, csalánbetegség, Quinke-ödéma, szérumbetegség, felső légúti allergiás megbetegedések (szénanátha, rhinitis allergica), rovarcsípés, kontakt bőrgyulladások, ekcémák.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1 tabl., esetleg este 2 tabl. A tablettát egészben, szétrágás nélkül, kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

- altatókkal, nyugtatókkal, trankvillánsokkal, anticholinergikumokkal (hatásuk fokozódhat),
- triciklikus antidepresszívumokkal (anticholinerg hatás fokozódhat, együttes adások glaucomás betegeken rohamot válthat ki).

FIGYELMEZTETÉS

Főleg gépjárművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által ismert egyéni érzékenységnek megfelelően, az előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

* „Csak vényre adható ki. Az orvos utasítása szerint egyszeri vagy legfeljebb kétszeri alkalommal ismételhető.”

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

PAP TIHAMÉR DR.,
BRITTIG FERENC DR.,
BÁNLAGI SZIDÓNIA DR.,
RÁCZ ISTVÁN DR.,
KOVÁCS ILONA DR.,
THOMAZY VILMOS DR.
ÉS VOGT UTE DR.

Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphoma halmozott előfordulása Magyarországon

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Kóronctani Intézet (igazgató: Kelényi Gábor dr.)
Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely
Kóronctani Osztály (o. v. főorvos: Brittig Ferenc dr.)
Zöld Sándor Kórház, Berettyóújfalu
Kóronctani Osztály (o. v. főorvos: Bánlaci Szidónia dr.)
Sebészeti Osztály (o. v. főorvos: Ráczi István dr.)
Debreceni Orvostudományi Egyetem
Gyermecklinika (igazgató: Karmazsin László dr.) és
Kóronctani Intézet (igazgató: Gomba Szabolcs dr.)

A szerzők kisebb földrajzi területen hat hónap alatt észlelt három, Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphomás esetről számolnak be. A betegek közül kettőnek indirekt kontakusa volt. A megbetegedések körülményeit irodalmi adatokkal összevetve elemzik. A retrospectív vizsgálat alapján az esetek összefüggése nem határozható meg.

A cluster of Burkitt-like lymphoma in Hungary. Three cases of Burkitt-like lymphoma occurred within six months in a smaller geographic area of East-Hungary. Diagnostic tests for EBV genom, or EBV-associated nuclear antigen (EBNA) were not done. According to anti-VCA IgG and anti-EBNA antibody titers, earlier all three patients have had an EBV infection. There was a proved indirect contact between two of the patients. In spite of combined cytostatic treatment and local irradiation two patients died after a few months, the third one, a 6 years old boy is alive and free of disease three years after diagnosis. The results of the retrospective epidemiologic study are detailed and compared with other clusters of non-African Burkitt's lymphoma (6, 19, 24, 38).

A *Burkitt*-ről elnevezett kifejezett malignitású nem-Hodgkin malignus lymphoma (nHml) pathomorphológiailag jól körülhatárolt kórkép (5, 33), azonban epidemiológiai és feltehetőleg etiológiai szempontból nem tekinthető nosológiai egységnek. Kezdetben az endémiás (Afrika, Új-Guinea, Dél-Amerika) és a sporadikus (Észak-Amerika, Európa, Japán) kórképet különítették el, majd az Epstein-Barr vírus (EBV) genom (51, 52) és a vírus indu-

kálta nuclearis antigen (EBNA) (37) kimutatására alkalmas módszerek kidolgozása és elterjedése után az EBV-asszociált, illetve az EBV-negatív Burkitt-lymphomára (B1) történő felosztás került előtérbe. E két szempont szerinti felosztást összevetve szembetűnő és a kóreredit szempontjából minden bizonnyal nagy jelentőségű átfedés tapasztalható: az endémiás B1 90–98⁰/₀-ban EBV-asszociált (11, 25, 35), míg a sporadikus esetekben jóval ritkábban (7–20⁰/₀) igazolható EBV genom, vagy EBNA (2, 10, 49). Mai terminológia szerint Burkitt-lymphoma alatt az EBV-asszociált eseteket értjük, míg az EBV genom és EBNA negatív, illetve az ez irányban nem vizsgált eseteket Burkitt-típusú nHml név alatt foglaljuk egybe (22, 48).

Rövidítések:

B1: Burkitt-lymphoma
EA: early antigen, korai antigén
EBNA: Epstein-Barr vírus indukálta nuclearis antigén
EBV: Epstein-Barr vírus
nHml: nem-Hodgkin malignus lymphoma
VCA: vírus capsid antigén

A B1 etiológiája ma sem tekinthető tisztázottnak, bár az EBV kóroki szerepét számos közvetett bizonyíték támasztja alá (8, 9, 10, 11, 17, 21, 28, 50). Az EBV-negatív esetek kórereditére még kevesebb

1. táblázat **EBV antigének elleni antitest titerek a betegek szérumban**

	anti-VCA Ig G	anti-EBNA
E. B.	1:100	1:5
N. Á.	1:100	1:5
K. Gy.	1:100	1:5

(Az antitest titer meghatározások a Debreceni OTE Mikrobiológiai Intézetében történtek.)

támpontunk van, véletlenszerűen bekövetkező kromoszóma aberráció (21), krónikus immunstimuláció (1, 34, 50) szerepe merült fel. Tény azonban, hogy sem az EBV-asszociált, sem az EBV-negatív kórképeknél direkt etiológiai bizonyításra (emberkísérlet) nem kerülhet sor, ezért a kóreredet tisztázása csak közvetett, köztük epidemiológiai módszerekkel történhet (9, 10). Utóbbi szempontból kiemelkedő jelentőségűek a csoportosan előforduló megbetegedések, az összefüggések, a rizikófaktorok feltárása fontos kóroki és kórfejlődési adatokat szolgáltatathat.

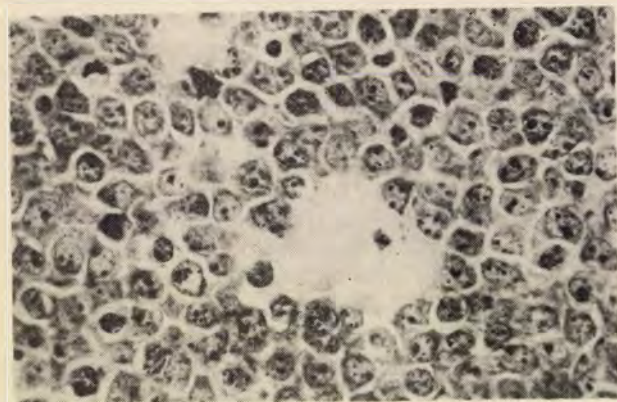
A Nyugati-Nílus körzetében Ugandában ismételtén észlelték a B1 esetek térbeli és időbeli halmozódását (30, 36, 46), bár hasonló jelenséget az endémiás terület más részein nem figyeltek meg (6, 7, 31). Kettő-négy betegből álló csoportok az Egyesült Államokban is előfordultak (6, 19, 24, 38).

Magyarországon *Kemény és mtsai* (20), *Vándor és mtsai* (39), *Molnár és mtsai* (29) számoltak be Burkitt-típusú nHml-ről, *Veress és mtsai* (45) 25 szudáni eset alapján az endémiás B1 jellemzőit foglalták össze. Hazai közleményben halmozott előfordulásról említés nem történt.

Közleményünkben kisebb földrajzi területen néhány hónap alatt észlelt 3 Burkitt-típusú nHml-s esetet ismertetünk. Irodalmi adatokkal összevetve elemezzük a megbetegedések körülményeit.

Esetismertetések

1. E. B. 7 éves biharnagybajomi fiú családi anamnézisében betegsége szempontjából figyelemre méltó adatot nem sikerült felderíteni. Komolyabb betegségen nem esett át, azonban csecsemőkora óta gyakran



N. Á. Monomorf, keskeny cytoplasmájú, kerekmagvú blast sejtek. A magban 1–3 diszkrét magvacskó. Számos unicelluláris nekrosis. Középen alig festődő cytoplasmájú macrophag phagocytált sejttermelékekkel. Metilált Giemsa festés, kb. 1000 \times -es nagyítás

voltak hüléses-bronchitises panaszai. 1979. nov. 4-én 3 hete fennálló köhécselés, fáradékonyság, láz miatt került a Berettyóújfalui Kórház Fertőző Osztályára. Felvételkor nehézlégzés, a nyaki vénák teltsége, jobb oldali mellkasi folyadékgyülem észlelhető. Punctioval bakteriológiailag steril exsudatum bocsátható le. Az üledékben észlelt nagyszámú blast jellegű lymphoid elem és a rétegfelvételeken mutatkozó hilusi nyirokcsomó megnagyobbodás alapján malignus lymphoma lehetősége merült fel. A beteg 1979. nov. 14-én kerül átvételre a Debreceni OTE Gyermekklinikájára. A kulcsosont feletti régióból eltávolított nyirokcsomó lelete Burkitt-típusú malignus lymphoma (Debreceni OTE, Kórbonctani Intézet). A vérkenetekben 10%, a csontvelő kenetekben kis számú atipusos sejt mutatkozott. Az EBV antigének elleni antitestek meghatározása (1. táblázat) nem friss fertőzést igazolt. Kombinált cytostaticus és sugárkezelésre a beteg állapotában csak rövid ideig tartó javulás következett be, 1980. ápr. 11-én exítált. A makroszkópos bonclet (Debreceni OTE, Kórbonctani Intézet) előterében generalizált nyirokcsomó megnagyobbodás, hepatomegalia, jobb oldali hydrothorax és confluáló lebenykes tüdőgyulladás állt. A szövettani vizsgálat során lymphomás infiltrátumok mutatkoztak a nyirokcsomókban, mandulákban, csontvelőben és a lép fehér pulpájában. A daganatsejtek savi naphthyl-acetát esterese reakcióval negatívak. A máj, a thymus, az agy és az agyburkok állományában lymphomás beszűrődés nem látszott. A szövettani vélemény megerősíti Burkitt-típusú nHml diagnózist azzal a megjegyzéssel, hogy az infiltrátumokban észlelt kis sejt komponens nem teljesen jellemző Burkitt-típusú lymphomára.

2. N. Á. 6 éves fiú, bojti lakos, családi anamnézisében betegsége szempontjából lényeges adat nem említhető. Kórelőzményében gyakori felsőlégúti fertőzés szerepel. 1980. febr. 13-án 1/2 éves bizonytalan hasi panaszok miatt kerül felvételre a Berettyóújfalui Kórház Fertőző Osztályára. Az elvégzett vizsgálatok a colon ascendens subileust okozó térfoglaló folyamatot igazoltak. A műtétnél az ileocecalis régióban ökolny, coecummal és terminális ileummal kapaszkodó tumor miatt hemicolectomia, ileotransversostomia történt. A tumor és a tumorból készült lenyomati preparátumok mikroszkópos vizsgálata (Berettyóújfalui Kórház, Kórbonctani osztály, Malignus Lymphoma Referencia Centrum, Pécs) Burkitt-típusú nHml-t igazolt (ábra). A beteg 1980. április 14-én került átvételre a Debreceni OTE Gyermekklinikájára. Az EBV antigének elleni antitest titerek az 1. táblázatban láthatók. Kombinált cytostaticus kezelésben, lokális besugárzásban, meningeális profilaxisban részesült. A minőségi vérkép ismételt ellenőrzése során nem mutatkozott leukaemiás transzformáció, a csontvelőlelet negatív. Fenntartó és reindukciós kezelés mellett recidiva nem jelentkezett.

3. K. Gy. 11 éves nádudvari fiú családi anamnézisében anyai ágon több rosszindulatú daganatos megbetegedés (egyik sem nHml) említhető. Az egyéni kórelőzményben gyakori hüléses megbetegedések szerepelnek. A gyermek 1979 nyaratól fáradékonny, étvágytalan, egyre soványabb. 1980. ápr. 16-án cachexiás, anaemiás állapotban, tapintható hasi terimével került a Berettyóújfalui Kórház Sebészeti Osztályára. A laparotomia lelete emberfejnyi, jejunum felső kétharmadát, illetve mesenteriumot magába foglaló, hasfalal, húgyhólyaggal kapaszkodó tumor. A mesenterium a tumoros bélszakasszal resectióra került, azonban féltojásnyi tumorszövet az art. mesenterica sup. eredésénél nem távolítható el. Paraaorticusan megnagyobbodott nyirokcsomók észlelhetők. A szövettani és a lenyomati készítmények vizsgálata (Berettyóújfalui Kórház, Kórbonctani Osztály, Malignus Lymphoma Referencia Centrum, Pécs) Burkitt-típusú nHml-t igazolt. A beteg 1980. máj. 19-én került a Debreceni OTE Gyermekklinikájára. Az EBV szerológia nem friss EBV fertőzést bizonyított (1. táblázat). A csontvelő és vérkenetekben ismételt ellenőrzések során sem mutatkoztak atipusos sejtek. A cytostaticus és sugárkezelés ellenére a beteg állapota gyorsan romlott. 1980. jún. végén otthonában halt meg, boncolás nem történt.

Retrospektív epidemiológiai vizsgálat

A retrospektív vizsgálatra 1981 októberében került sor (dr. B. Sz.), az adatok a gyermekek hozzátartozóitól, kezelőorvosaitól, KÖJÁL-tól, valamint a Berettyóújfalui Kórház Kórbonctani Osztályának nyilvántartásából származnak. A vizsgálat eredménye:

a) Berettyóújfalui környékén a malignus lymphoma előfordulásának különösebb sajátossága nincs, a három esetet megelőzően és azt követően hasonló megbetegedés nem történt.

b) Virusepidemiológiai szempontból a berettyóújfalui és a püspökladányi járásban az 1978–80-as években különösebb esemény nem történt. 1979 első félévében, majd utolsó hónapjaiban parotitis epidemica járvány zajlott le. Mononucleosis járvány nem volt, sporadikus esetek minden évben előfordultak.

c) Biharnagybajom és Nádudvar lápos, vizegyes területen fekszik. 1978–79 telén az időjárás igen csapadékos volt, Bojt környékén 1979 tavaszán kisebb árvizek voltak. Az említett területen a talajvízellés egész évben az átlagosnál magasabb volt.

d) A rendelkezésre álló adatok szerint mindhárom gyermek jó anyagi és szociális körülmények között élt. Közös vonásuk a lymphaticus alkat, születéstől kezdve gyakori betegeskedés.

e) K. Gy. és N. A. szülei elváltak. Mindkét szülőpár egyik tagja Debrecenben éveken keresztül egy házban (osztott lakásos családi ház) lakott. N. A. többször megfordult itt, K. Gy. soha, de édesanyja sűrűn látogatta Nádudvaron lakó fiát.

Megbeszélés

Az ismertetett három gyermekkori nem-Hodgkin malignus lymphoma közül kettő (N. A. és K. Gy.) a pathomorphologiai vizsgálatok alapján, a *Levine-féle* kritériumoknak (23) eleget téve, egyértelműen megfelel Burkitt-típusú malignus lymphomának (1. a alcsoport). A klinikai kép (extranodalis hasi tumor) is jellemzőnek mondható (3, 4). E. B. a *Levine-féle* 2. kategóriába esik: a histológiai-cytologiai kép megfelel Burkitt-tumornak, azonban bizonyos atipusos vonások (kis sejtes komponens) mutatkoztak. A prezentációs tünetek (mediastinalis, majd generalizált nyirokcsomó megnagyobbodás, csontvelő infiltráció, leukaemiás vérkép) endémiás B1-t alapul véve kivételesnek tartandók, azonban a sporadikus esetek heterogénebb klinikai képével összhangban állnak (4, 12, 26, 27, 32, 50). Ugyanakkor a tumorsejtek savi naphthylacetát esterese negativitása és a thymus érintettség hiánya Burkitt-tumorra jellemző (26, 27).

Az EBV-asszociáció megerősítéséhez, vagy kizárásához szükséges vizsgálatokra (nucleinsav hibridizáció EBV-DNS, anti-complement indirekt immunfluoreszcencia EBNA kimutatására) nem került sor. A szerológiai vizsgálatok mindhárom betegnél nem friss (anti-EBNA ellenanyag jelenléte) EBV fertőzést igazolnak (42). Korai antigén (early antigen = EA) elleni antitest meghatározás nem történt. A viruscapsid antigén (VCA) elleni antitest titer nem bizonyító erejű az EBV-asszociáció szempontjából (18). Az EBV-asszociált B1 esetekben az anti-VCA Ig G titer 4–10 x magasabb a kontrolloknál és a korai antigén R-komponense (EA-R) elleni antitest jelenléte jellemző (8, 11, 14, 15, 16, 28). Mindez azonban nem szabályszerű, függ a tumortömeg nagyságától (17), ezért a szerológiai vizsgálatok alapján az EBV-asszociáció nem dönthető el (16, 23). További bizonyíték a szerológiai vizsgálatok kétes értékére, hogy minden immunsuppressiót okozó betegség, immunsuppressiv kezelés aktiválhatja a primer fertőzés után a szervezetben latensen jelenlevő EBV genom expressióját és jelentős antitest titer emelkedést okozhat (16, 17, 18, 39).

A retrospektív vizsgálat adatai nem szolgáltatnak magyarázatot a kisebb földrajzi területen 6 hónap leforgása alatt észlelt 3 Burkitt-típusú nHml-s megbetegedésre. Az esetek összefüggése nem állapítható meg, azonban az irodalmi adatok tükrében az alábbi körülmények kiemelésre méltóak:

1) Mindhárom beteg anamnézisében gyakori betegeskedés, felső légúti fertőzések szerepelnek. O'Connor (34) a B1 pathogenesisében a B-sejtek nagyfokú, polyclonalis proliferációjának tulajdonít szerepet, függetlenül attól, hogy vírus okozta immortalisatio (11, 17, 18, 28), Plasmodium falciparum antigén (13), vagy egyéb antigén okozta krónikus immunstimuláció áll-e a háttérben. Aghai (1) Izraelben a B1-k 3/4 részét az alacsonyabb életszínvonalú, krónikus bakteriális és parazitás fertőzések által érintett arab lakosság körében észlelte. Az arab gyermekek magasabb immunoglobulin szintje a krónikus immunstimulációt jól jelzi. Betegünk gammaglobulin szintjei nem magasak (2. táblázat) (40, 41, 43), azonban mindhárom esetben a vizsgálat a betegség előrehaladott stádiumában történt, így secunder antitesthiányos állapot nem zárható ki.

2) Williams (cit 9) Ugandában a csapadékmennyiség és a B1 előfordulás összefüggését figyelte meg. A megbetegedéseket megelőző időszakban az érintett területeken sok csapadék hullott, belvizek, áradások fordultak elő.

2. táblázat A betegek szérum összfehérje, fehérje elektroforézis és immunoelektroforézis adatai

	összfehérje	gamma-globulin	Ig A	Ig M	Ig G
E. B.	60 g/l	9,0 g/l	n. t.	n. t.	n. t.
N. A.	70 g/l	13,3 g/l	1,47 g/l	0,95 g/l	11,5 g/l
K. Gy.	73 g/l	8,0 g/l	n. t.	n. t.	n. t.

n. t.: nem történt

3) N. A. és K. Gy. egy házban élő, elvált szülei révén indirekt kapcsolatban álltak. A megbetegedések összefüggése szempontjából ez sem bizonyító erejű, hiszen nem valószínű, hogy a Burkitt-típusú nHml a macska leukaemia vírusához hasonló, horizontálisan terjedő ágensre visszavezethető lenne.

A Burkitt- és a Burkitt-típusú nHml-k térbeli és időbeli halmozódásáról beszámoló közleményekkel párhuzamba állítva megfigyeléseinket, az alábbiak állapíthatók meg:

A Nyugati-Nílus körzetében észlelt halmozódás nem következetes, csak egyes időszakokra jellemző (47). Az epidemiológiai vizsgálatnál az egymást 1 éven belül követő és egymástól legfeljebb 40 km távolságban lezajló eseteket vettük figyelembe (6). Az általunk észlelt három beteg 26, 39, illetve 54 km távolságban lakott egymástól, a megbetegedések 6 hónap alatt történtek.

Az Egyesült Államokban észlelt csoportos megbetegedések (6, 19, 24, 38) minden esetben egymástól kis távolságra (50 km-en belül) fordultak elő. Egy közleményben 4, egyben 3, kettőben 2—2 Burkitt-tumoros esetről számolnak be. Egy alkalommal testvérek, egy alkalommal távolabbi rokonok szerepeltek a betegek között. A Judson (19) által észlelt esetek közül három beteg tumorsejtjeiben az EBV genom jelenlétét kimutatták.

Az afrikai és az amerikai esetek észlelői sem a horizontális terjedés lehetőségét hangsúlyozzák (6, 47). Az esetek halmozódásának azért tulajdonítanak nagy jelentőséget, mert a közös háttérrel képező földrajzi, éghajlati, genetikai, immunológiai, szociális stb. körülmények vizsgálatától remélik a minden bizonnyal multifaktoriális onkogenesis rizikófaktorainak felderítését.

Magyarországon a Burkitt-típusú nHml-k gyakoriságáról adat nem áll rendelkezésre, de a Malignus Lymphoma Referencia Centrumban 1976—1982 között észlelt 20 eset alapján valószínűsíthető, hogy nem extrém ritkaság. Az esetek kor színvonalán történő pathomorphologiai, immuncytologiai, virológiai, szerológiai és epidemiológiai feldolgozása értékes adatokat szolgáltatna a sporadikus Burkitt-tumor etiológiájának, pathogenezisének megismeréséhez.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki mindazoknak, akik adatszolgáltatással, tanácsal segítették munkánkat.

Kiegészítés

A kézirat elkészítése után jutott tudomásunkra, hogy 1983 februárjában P. I.-né, 20 éves, nádudvari születésű, berettyóújfalui lakos „nyaki tumora” Burkitt-típusú nHml-nek bizonyult.

IRODALOM: 1. Aghai, E. és mtsai: Childhood non-Hodgkin's lymphoma. A study of 17 cases in Israel. *Cancer*, 1974, 33, 1411. — 2. Andersson, M. és mtsai: Association of Epstein-Barr viral genomes with American Burkitt lymphoma. *Nature*, 1976, 260, 357. — 3. Arsenau, J. C. és mtsai: American Burkitt's lymphoma: A clinicopathologic study of 30 cases. I. Clinical factors relating to prolonged survival. *Amer. J. Med.*, 1975, 58, 314. — 4. Banks, P. M. és mtsai: American Burkitt's lymphoma: A clinicopathologic study

of 30 cases. II. Pathologic correlations. *Amer. J. Med.*, 1975, 58, 322. — 5. Berard, C. W. és mtsai: Histopathological definition of Burkitt's tumor. *Bull. Wild. Hlth. Org.*, 1969, 40, 601. — 6. Brown, T. M. és Heath, C. W.: Time-space clustering among cases of Burkitt's tumor. *Cancer Res.*, 1974, 34, 1216. — 7. Brubaker, G., Geser, A. és Pike M. C.: Burkitt's lymphoma in the North Mara district of Tanzania 1964—1970. Failure to find evidence of space-time clustering in a high risk isolated rural area. *Br. J. Cancer*, 1973, 28, 469. — 8. De-Thé, G. és mtsai: Epidemiological evidence for causal relationship between Epstein-Barr virus and Burkitt's lymphoma from Ugandan prospective study. *Nature*, 1978, 274, 756. — 9. De-Thé, G.: Role of Epstein-Barr virus in human diseases: Infectious mononucleosis, Burkitt's lymphoma, and nasopharyngeal carcinoma. In: *Viral Oncology*. Ed. by G. Klein. Raven Press, New York, 1980, 769—797. — 10. Epstein, M. A.: Epstein-Barr virus as a cause of human cancer. *Nature*, 1978, 274, 740. — 11. Epstein, M. A., North, J. R. és Morgan, A. J.: Approaches to the prevention of Epstein-Barr virus infection. In: *The Human Herpesviruses*. Ed. by A. J. Nahmias, W. R. Dowdle, R. F. Schinazi. Elsevier North Holland Inc., New York-Oxford, 1981, 432—440. — 12. Fiorentino, M. és mtsai: Non-African sporadic Burkitt's lymphoma in Italian patients. *Eur. J. Cancer*, 1978, 14, 15. — 13. Greenwood, B. M.: Evidence for a malaria mitogen in human malaria. *Nature*, 1975, 257, 592. — 14. Henle, G. és mtsai: Antibodies to Epstein-Barr virus in Burkitt's lymphoma and control groups. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1969, 43, 1147. — 15. Henle, G. és mtsai: Antibodies to early Epstein-Barr virus-induced antigens in Burkitt's lymphoma. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1971, 46, 861. — 16. Henle, G. és Henle W.: Diagnosis of Epstein-Barr virus infections. In: *The Human Herpesviruses*. Ed. by A. J. Nahmias, W. R. Dowdle, R. F. Schinazi. Elsevier North Holland Inc., New York-Oxford, 1981, 374—378. — 17. Henle, W.: Faktorenanalyse der Tumorentstehung beim Menschen am Beispiel des Epstein-Barr-virus. *Klin. Wschr.*, 1977, 55, 847. — 18. Henle, W. és Henle, G.: Clinical spectrum of Epstein-Barr virus infection. In: *The Human Herpesviruses*. Ed. by A. J. Nahmias, W. R. Dowdle, R. F. Schinazi. Elsevier North Holland Inc., New York-Oxford, 1981, 31—34. — 19. Judson, S. C., Henle, W. és Henle, G.: A cluster of Epstein-Barr virus-associated American Burkitt's lymphoma. *N. Engl. J. Med.*, 1977, 297, 464. — 20. Kemény, P. és mtsai: Burkitt-tumort utánzó akut leukaemia. *Orv. Hetil.*, 1968, 109, 2435. — 21. Klein, G.: Lymphoma development in mice and humans: Diversity of initiation is followed by convergent cytogenetic evolution. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, 1979, 76, 2442. — 22. Lennert, K. és Mohri, N.: Histopathology and Diagnosis of Non-Hodgkin's Lymphomas. In: *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie*. Erster Band, dritter Teil, Bandteil B. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1978, 111. — 23. Levine, P. H., O'Connor, G. T. és Berard, C. W.: Antibodies to Epstein-Barr virus (EBV) in American patients with Burkitt's lymphoma. *Cancer*, 1972, 30, 610. — 24. Levine, P. H. és mtsai: Simultaneous occurrence of „American Burkitt's lymphoma” in neighbors. *N. Engl. J. Med.*, 1973, 288, 562. — 25. Lindahl, T. és mtsai: Relationship between Epstein-Barr virus (EBV) DNA and the EBV-determined nuclear antigen (EBNA) in Burkitt lymphoma biopsies and other lymphoproliferative malignancies. *Int. J. Cancer*, 1974, 13, 764. — 26. Magrath, I. T. és Ziegler, J. L.: Bone marrow involvement in Burkitt's lymphoma and its relationship to acute B-cell leukemia. *Leuk. Res.*, 1980, 4, 33. — 27. Mann, R. B. és mtsai: Non-endemic Burkitt's lymphoma: A B-cell tumor related to germinal centers. *N. Engl. J. Med.*, 1976, 295, 685. — 28. Miller, G.: Oncogenesis by Epstein-Barr virus. In: *The Human Herpesviruses*. Ed. by A. J. Nahmias, W. R. Dowdle, R. F. Schinazi. Elsevier North Holland Inc., New York-Oxford, 1981, 228—236. — 29. Molnár, D., Hajmássy, Zs. és Léb, J.: A Burkitt-lymphomáról egy gyermekkori hasi eset kapcsán. *Orv. Hetil.*, 1981, 122, 458. — 30. Morrow, R. H. és

mtsai: Burkitt's lymphoma: A time-space cluster of cases in Bwamba County of Uganda. *Brit. Med. J.*, 1971, *II*, 491. — 31. *Morrow, R. H. és mtsai*: Burkitt's lymphoma in the Mengo district of Uganda: Epidemiologic features and their relationship to malaria. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1976, *56*, 479. — 32. *Non-endemic Burkitt's lymphoma (editorial)*, *Brit. Med. J.*, 1978, *I*, 1508. — 33. *O'Connor, G. T.*: Malignant lymphoma in African children. II. A pathological entity. *Cancer*, 1961, *14*, 270. — 34. *O'Connor, G. T.*: Persistent immunologic stimulation as a factor in oncogenesis, with special reference to Burkitt's tumor. *Am. J. Med.*, 1970, *48*, 279. — 35. *Olweny, C. L. és mtsai*: Epstein-Barr virus genome studies in Burkitt's and non-Burkitt's lymphoma in Uganda. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1977, *58*, 1191. — 36. *Pike, M. C., Williams, E. H. és Wright, D. H.*: Burkitt's tumour in the West Nile District of Uganda 1961—1965. *Brit. Med. J.*, 1967, *II*, 395. — 37. *Reedman, B. M. és Klein, G.*: Cellular localization of an Epstein-Barr virus (EBV)-associated complement-fixing antigen in producer and non-producer lymphoblastoid cell lines. *Int. J. Cancer*, 1973, *12*, 499. — 38. *Stevens, D. A. és mtsai*: Acute leukemia with „Burkitt's lymphoma cells” and Burkitt's lymphoma: Simultaneous onset in American siblings. Description of a new entity. *Ann. Int. Med.*, 1972, *76*, 967. — 39. *Szigeti, R. és mtsai*: Epstein-Barr virus antigének által kiváltott leukocytá-migratiogátlás. Válaszkészség fertőző mononucleosisban, valamint néhány immunszupprimált állapotban. *Orv. Hetil.*, 1982, *123*, 1217. — 40. *Tables Scientifiques*. Red. K. Diem et C. Leutner, Édit. CIBA-Geigy SA, Bale, 1972, 590—594. — 41. *The Harriet Lane Handbook*. Ed by J. A. Winkelstein, Year Book Medical Publishers, Inc.,

Chicago, 1972, 242—243. — 42. *Timár, L. és mtsai*: Immunológiai vizsgálatok gyermekkori mononucleosis infectiosában. *Orv. Hetil.*, 1982, *123*, 2709. — 43. *Turmer, M. W.*: The Immunoglobulins. In: *Immunology in Medicine*. A comprehensive guide to clinical immunology. Ed. by E. J. Holborow and W. G. Reeves. Acad. Press London, Green and Stratton New York, 1977, 83—131. — 44. *Vándor, F., Barla-Szabó, L. és Ravasz, L.*: Burkitt-tumor előfordulásának lehetősége Magyarországon. *Orv. Hetil.*, 1969, *110*, 1501. — 45. *Veress, B. és mtsai*: A Burkitt-lymphoma morfológiájáról. 25 szudáni eset ismertetése és irodalmi áttekintés. *Morph. és Ig. Orv. Szemle*, 1974, *14*, 122. — 46. *Williams, E. H., Spit, P. és Pike, M. C.*: Further evidence of time-space clustering in Burkitt's lymphoma patients in the West Nile district of Uganda. *Brit. J. Cancer*, 1969, *23*, 235. — 47. *Williams, E. H. és mtsai*: Space-time clustering of Burkitt's lymphoma in the West Nile district of Uganda: 1961—1975. *Brit. J. Cancer*, 1978 *37*, 109. — 48. *Wutzler, P. és mtsai*: Epstein-Barr-Virus-Genomnachweis in einem europäischen Burkitt-Lymphom. *Dtsch. med. Wschr.*, 1980, *105*, 961. — 49. *Ziegler, J. L. és mtsai*: Detection of Epstein-Barr virus in American Burkitt's lymphoma. *Int. J. Cancer*, 1976, *17*, 701. — 50. *Ziegler, J. L.*: Burkitt's lymphoma. *N. Engl. J. Med.*, 1981, *305*, 735. — 51. *zur Hausen, H. és Schulte-Holthausen, H.*: Presence of EB virus nucleic acid homology in a „virus free” line of Burkitt tumor cells. *Nature*, 1970, *227*, 245. — 52. *zur Hausen, H. és mtsai*: EBV DNA in biopsies of Burkitt tumours and anaplastic carcinomas of the nasopharynx. *Nature*, 1970, *228*, 1056.

(Pap Tihamér dr., Pécs, Sziget u. 12., 7643.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

Március	6—9	Laboratóriumi eszközök, üvegáruk kiállítása az OMKER III. Kereskedelmi Osztálya által forgalmazott termékekből.
Március	27—29	ORTMANN (Ausztria) cég önálló kiállítása egyszerűhasználatos termékekből, gyógyászati segédeszközökből.
Április	10—13	Bemutató a Heves megyei Finommechanikai Vállalat egészségügy részére gyártott termékeiből, valamint egyéb ápolási eszközökből.
Május	7—10	MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója.
Május	29—31	OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a SOTE Elméleti Tömbjében. (Bp. VII., Nagyvárud tér 4.)
Június	12—13	„BÖRZE” Gyulán Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő készleteiből.

OMKER Bemutatóterem
Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: 9—16 óráig.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

Teronac

TABLETTA

A Teronac tableta az étvágycsökkentő gyógyszerek csoportjának új típusú képviselője. Hatóanyaga triciklikus imidazo-izóindol vegyület, mely a többi anorexi-gén hatású készítménytől eltérően nem tartalmaz fenil-etil-amin vázat. Kis adagban is csökkenti az éhség-érzetet, klinikailag és statisztikailag jelentős testsúly-csökkenést eredményez. A gyógyszer előnye az esetek jelentős részében kényelmes napi egyszeri adagolás, minimális mellékhatásokkal járó progresszív testsúly-csökkenés, tolerancia és dependencia kifejlődése nélkül. A készítmény elősegíti és lehetővé teszi a beteg számára, hogy fogyókúra diétáját betartsa. A kezelés időtartama általában 3 hónapos, de rövidebb ideig tartó kúra is hatásos lehet.

ÖSSZETÉTEL: 1,00 mg mazindol tabl.-ként.

JAVALLATOK: Az elhízás minden formája az esetleges endokrinológiai háttér tisztázása után, ha a kalóriafelvétel korlátozása javallt. Gyermekeknek 12 éves kor felett adható!

ADAGOLÁS: az átlagos napi adag $\frac{1}{2}$ –1 tableta Teronac a reggeli étkezés után; ez individuálisan változtatható: legfeljebb napi 2 tabl.-ig emelhető.

ELLENJAVALLATOK: glaucoma, szívritmuszavarok, súlyos szív-, vese-, vagy májelégtelenség, súlyos hipertensio, cerebrális folyamatok, pszichiatriai megbetegedések, gyomor-, bélfekély. Terhesség és szoptatás.

MELLÉKHATÁSOK: szájszárazság, székrekedés (részben az étkezési szokások megváltozása miatt), álmatlanság, fejfájás, tachycardia, hányinger, bőrkütiés, mydriasis.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

TILOS EGYÜTT ADNI:

— MAO-bénítokkal, noradrenalin depletáló vérnyomáscsökkentőkkel: (vérnyomás extrém fokú emelkedése);

ÓVATOSAN ADHATÓ

— antidiabetikumokkal, egyéb vérnyomáscsökkentőkkel (hatásuk módosulhat).

FIGYELMEZTETÉS: A kúra alatt a vérnyomást időszakosan ellenőrizni kell, mert a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagjának újra beállítása válhat szükségessé (a kúra kezdetén az adagok esetleges emelése, kúra közben — a súlyvesztés miatt — csökkentése.) Súlycsökkenés miatt megváltozhat a cukorbeteg inzulinra és orális antidiabetikumokra való reakciója, ezért a kúra folyamán a vércukor értékváltozását időnként ellenőrizni kell. MAO-bénítóval való kezelés befejezése után 14 nappal kezdhető csak Teronac-kúra.

A szív katekolamin-érzékenységét növeli, emiatt alkalmazásának időtartama alatt a szív és keringés időnkénti ellenőrzése ajánlott.

Alkalmazásának ideje alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

CSOMAGOLÁS: 20 db tableta térítési díja: 3,- Ft

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

FORGALOMBA HOZZA: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI, SANDOZ A. G. BASEL LICENCIA ALAPJÁN.



BALOGH ERZSÉBET DR.,
OLAH EVA DR.,
KOVÁCS ILONA DR.
ÉS MOLNÁR PÉTER DR.

Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphoma 8;14 és 2;8 transzlokáció egyidejű előfordulása

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika
(igazgató: Karmazsin László dr.) és
Kórbonctani Intézet (igazgató: Gomba Szabolcs dr.)

A szerzők rapid lefolyású Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphomás gyermek esetét ismertetik. A gyermek a felvételt követő negyedik napon meghalt. A Burkitt-lymphomát a post mortem kapott szövettani lelet és a tumorból végzett kromoszóma-vizsgálat alapján diagnosztizálták. A közlemény elemzi a Burkitt-lymphoma két típusának azonos és eltérő vonásait, különös tekintettel a citogenetikai jellemzőkre. Az endémiás és nem endémiás Burkitt-lymphomára egyaránt specifikus 8;14 transzlokáció mellett, a szerzők egyidejűleg észlelték a sporadikus Epstein-Barr-vírus (EBV) pozitív esetekre jellemző 2;8 transzlokációt. Hangsúlyozzák a kromoszómavizsgálat jelentőségét, ami a szokásos szerológiai, immunológiai és szövettani vizsgálatokkal együtt közelebb vihet bennünket a betegség etiológiájának tisztázásához.

Burkitt's type non-Hodgkin malignant lymphoma with translocation t (8;14) and t (2;8). A case of a Burkitt's type non-Hodgkin malignant lymphoma developed rapidly is reported. The patient was a ten-year-old boy who died four days after clinical admission. The diagnosis of Burkitt's lymphoma was based on the histological picture and the cytogenetic findings of the tumor obtained after death. The similarities and differences between the two types of Burkitt's lymphoma, especially the cytogenetic characteristics are discussed. In addition to the translocation involving chromosomes No. 8 and 14 specific for both the endemic and non-endemic types of the tumor, the translocation between chromosomes No. 8 and 2 was found as well. The authors emphasize the importance of chromosome study of the tumor to be carried out parallel with the usual serological, immunological and histological investigations leading to a better understanding of the etiology of Burkitt's lymphoma.

Burkitt (13) 1958-ban számolt be arról a lymphoreticularis eredetű megbetegedésről, amely csaknem kizárólag Közép-Afrika trópusi területein volt megfigyelhető. 1965-től vannak közlések a Burkitt-tumor más földrészekeken való előfordulásáról is (2, 4, 20). Magyarországon sem tartozik az igen ritka tumorok közé, a Malignus-Lymphoma Referencia Centrumban 1976-78 között 11 esetet észleltek (22). A hazai irodalomban még további négy esetről olvashatunk (23, 34, 45).

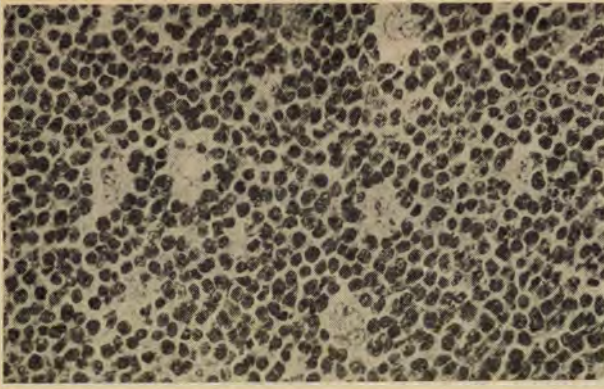
A betegségre jellemző specifikus kromoszóma-rendellenességet: a 14q+ markert Manolov és Manolova (29) írták le 1972-ben. Zech és mtsai (48) 1976-ban figyelték meg, hogy a 14-es kromoszómán lévő többlet-sáv a 8-as kromoszómáról származik. 1979-ben tisztázódott, hogy a specifikus aberráció reciprok transzlokáció (30). Az utóbbi években az említett transzlokációt az endémiás, a nem-endémiás, és a B-sejtes akut lymphoid leukaemia L₃ típusában (5) egyaránt kimutatták (7, 17, 18, 31, 39,

42, 43). A sporadikus, nem afrikai esetekben a 8;14 transzlokációt tartalmazó sejtvonalak mellett 2;8 (1, 33), ill. 8;22 transzlokációval (8, 9) járó sejtvonalakat is találtak. Mindezek alapján Sandberg és Wake (42) felveti, hogy a 8-as kromoszóma hosszú karjának anomáliája jellemzőbb lenne a Burkitt-lymphomára, mint a 14q+ marker.

Esetünkben a tumorból végzett direkt citogenetikai vizsgálat során a 8;14 és a 2;8 transzlokációt egyidejűleg észleltük.

Esetismertetés

M. N. 10 éves fiú kórelőzményében komolyabb betegség nem szerepel. A családi anamnéziséből kiemeljük, hogy anyja egy éve Hodgkin-kór miatt áll kezelés alatt. A gyermek 1982. márc. 1-én került felvételre klinikánkra. Anamnézisében ismétlődő hasi görcsök és egy hete fennálló haspuffadás szerepelt. Felvételtkor a leromlott állapotú gyermeknél feltűnő az elődomborodó has és a kifejezett nehézlégzés. A has jobb oldalán férfiökölnyi tömör, fájdalomtalan rezisztencia tapintható, amely leér a kismedencébe. A has ultrahang-vizsgálata során egy 12x14 cm-es szolid szövetmassza látható. Haemostatusa normális. A



1. ábra: Számos oszló alak mellett a típusos „starry-sky” elemek (PAS, 400X)

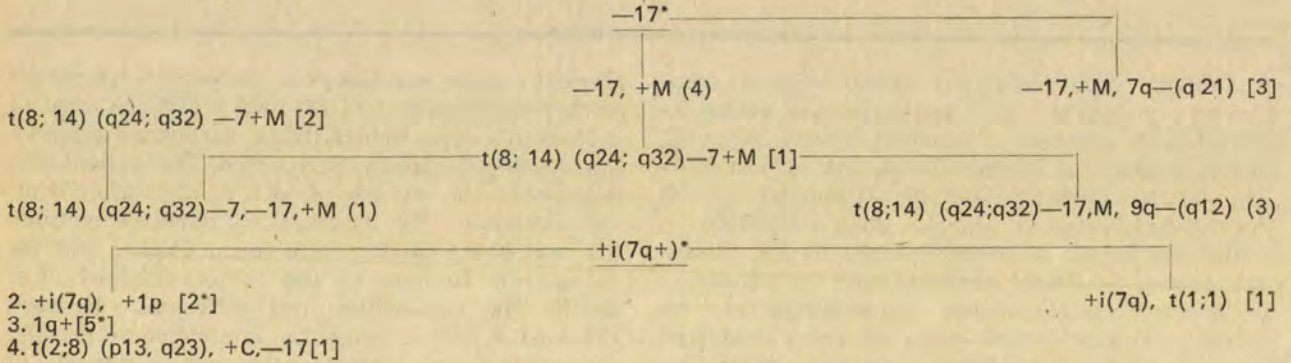
csontvelőben és a vérkenetekben kóros sejtek nem észlelhetők. Bentfekvése harmadik napján laparotómia történt. A három férfiököllyi, lebenyes felszíni tumor összekapaszkodott a hasi szervekkel, a mesenteriumban, a csepleszben, a peritoneumon és a hasfalban metastasisok észlelhetők. Az elváltozás inoperábilisnak bizonyult, így csak biopszia történt. A gyermek a műtétet követő második napon meghalt. A boncolástól a szülők kérésére eltekintettünk.

A post mortem kapott szövettani lelet Burkitt-típusú lymphoblastos lymphomát igazolt (1. ábra).

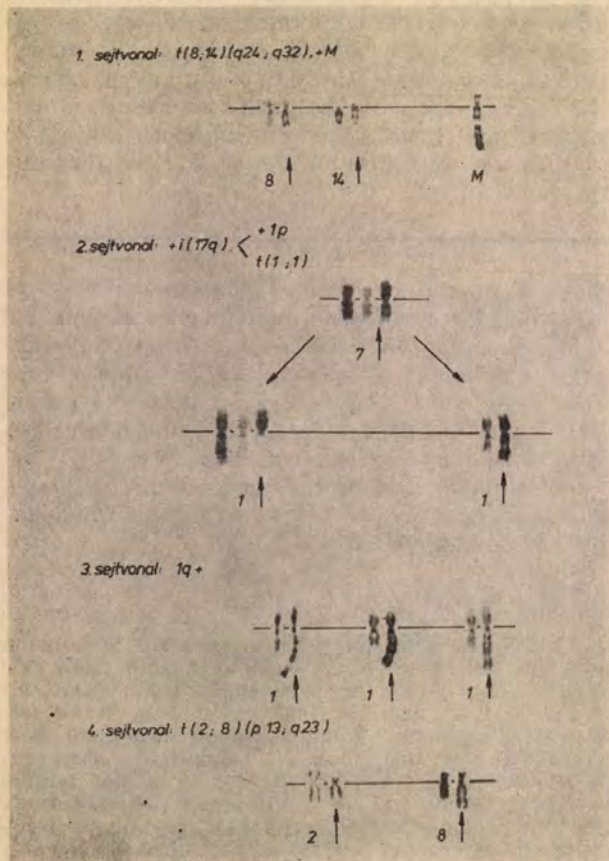
A rendkívül rapid lefolyás miatt a diagnózist megerősítő vírus-szerológiai és immunológiai vizsgálatokra nem kerülhetett sor.

Citogenetikai vizsgálat — Anyag, módszer, eredmények.

A tumorosan beszűrt csepleszből direkt kromoszóma-vizsgálatot végeztünk. A tumordarabkákból



2. ábra: Kariotípus-fejlődés a tumor egyes sejtvonalaiban. Összes vizsgált metafázisok száma: 23. A csillaggal jelölt kariotípust nem észleltük, ezek az általunk feltételezett közbülső lépések



3. ábra: Az egyes sejtvonalakban érintett kromoszómák

nyomkodással sejtszuspenziót készítettünk. Centrifugálás után az üledéket tenyésztő edényekbe osztottuk. A továbbiakban a tenyésztést és a preparálást a direkt csontvelő-kultúrákhoz hasonlóan folytattuk (21). Munkánk során ASG-sávozást alkalmaztunk. Sumner és mtsai (44) módszere szerint, Chaudhuri és mtsai (14) módosításában. Az értékelés mikroszkópos fényképezéssel, a papírképek kivágásával és kariogram készítésével történt.

Az analizált 23 sejt mindegyike kóros kariotípusúnak bizonyult. A citogenetikai kép a Burkitt-lymphomára specifikus 8; 14 transzlokáció mellett változatos számbeli és szerkezeti eltéréseket mutatott. Négy különböző sejtvonalat találtunk, amelyekben a betegség progresszióját kísérő kariotípus-fejlődés egyes lépései nyomon követhetők. Az első sejtvonaltalban a specifikus 8;14 transzlokáció mellett egy nem identifikálható, ún. marker kromoszóma jellemző. A második és harmadik sejtvonaltalban az 1-es kromoszóma szerkezeti eltérése figyelhető meg. A negyedik sejtvonaltalban 2;8 transzlokációt hordoz (2—3. ábra)

Megbeszélés

A Burkitt-tumor patomorfológiailag jól körülhatárolt kórkép (6, 37), epidemiológiailag és etiológiailag azonban nem tekinthető egységesnek. Kezdetben — előfordulása szerint — endémiás és sporadikus eseteket különböztettek meg, később az Epstein-Barr-vírus (EBV) asszociált és EBV-negatív Burkitt-lymphomára történő felosztás került előtérbe. A ma leginkább elfogadott terminológia szerint Burkitt-lymphomát és Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphomát különböztetünk meg (26, 47) (táblázat).

Mindkét formában B-sejt érintettséggel állunk szemben, azonos a szövettani kép, és egyformán

A Burkitt-lymphoma két típusának jellemzői

Tulajdonságok	Burkitt-lymphoma	Burkitt típusú nem-Hodgkin malignus lymphoma
<i>I. azonosságok</i>		
1. érintett sejttípus (Slg pozitivitás)	B-sejt	B-sejt*
2. szövettan	„csillagos égbolt” képe	„csillagos égbolt” képe*
3. citogenetika	t(8; 14)	t(8; 14)*
<i>II. különbségek</i>		
1. előfordulás	endémiás (Afrika)	sporadikus*
2. leggyakoribb klinikai manifesztáció	alsó és felső állkapocs	has.*
3. csontvelő érintettség (leu-s vérkép)	ritka	gyakori
4. vírus etiológia	E B V-asszociált 90—98%	E B V-asszociált 7—20%
5. kromoszóma t(2;8)	nem jellemző	E B V-asszociált esetekre* jellemző

* saját esetünkön is észlelt jellemzők

jellemző a B-sejtek malignus folyamataira specifikus 8;14 transzlokáció (7, 17, 18, 31, 39, 42, 43).

Burkitt-lymphomán az endémiásan előforduló, csaknem 100%-ban EBV-asszociált eseteket értjük (27, 38). E csoportra klinikailag jellemző, hogy többségében az alsó, vagy a felső állkapocsból indul ki, s csontvelői érintettség — leukaemiás vérkép — ritkán figyelhető meg (6, 13).

A Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphomát a sporadikus megjelenés jellemzi. Leggyakrabban hasi manifesztációval kezdődik, gyakori a csontvelő leukaemiás infiltrációja (4, 28, 36, 50). Az esetek döntő része EBV-negatív, de mintegy 7—20%-ban e sporadikus esetekben is kimutatható a vírus-genom (3, 19, 50), vagy a vírus által indukált nukleáris antigén (41). Érdekes, hogy ezekben az esetekben a 2;8 transzlokáció a jellemző (1, 33).

A Burkitt-tumor etiológiája még ma sem tisztázott. Még mindig nyitott az a kérdés, hogy vajon két különböző betegségről van-e szó azonos hisztopatológiai képpel, vagy egy betegségről két különböző etiológiával.

Az EBV kóroki szerepét a szerzők többsége elfogadja (15, 16, 19, 24). Afrikában ismételtén észlelték a Burkitt-lymphoma idő- és térbeli halmozódását, ami az infekciós etiológia mellett szól (35, 40, 46), de emberben nincs közvetlen bizonyíték a vírus onkogenetikai hatására (16, 49). Ugyanakkor az a tény, hogy a vírus előfordulásának és a Burkitt-lymphoma gyakoriságának földrajzi megoszlása nem esik egybe, ellentmond a vírus-etiológia kizárólagos szerepének (11, 12, 36). A trópusi területek rendkívül nagy vírus-átfertőzöttsége miatt etiológiai összefüggések tisztázására itt nincs mód. A nem endémiás esetek tanulmányozása az, ami közelebb vihet bennünket a tumor-vírus kapcsolat megértéséhez (36). E tekintetben a szerológiai vizsgálattal párhuzamosan végzett kromoszóma-vizsgálatok nagy segítséget nyújthatnak. A kísérlete-

4*

sen indukált állapot-leukaemiák specifikus rendelkezései azt igazolják, hogy a tumorsejtekben észlelt kromoszóma-eltérések specifikus összefüggést mutatnak mind a kiváltó tényezővel, mind a malignus transzformációban résztvevő sejt típusával (25, 32). Mindezeket figyelembevéve feltételezhetjük, hogy a 8;14 transzlokáció, amely csaknem minden B-sejtet érintő malignus folyamatban kimutatható, a közös célsejttel lehet összefüggésben. Ez magyarázhatja a szövettani kép és az immunológiai jellemzők azonosságát. A két forma között fennálló klinikai, epidemiológiai és citogenetikai különbségeket a kiváltó tényezők eltérő volta okozhatja. Az a tény, hogy pl. a 2;8 transzlokáció a nem endémiás, de EBV-asszociált esetekben megfigyelhető (1, 33), ugyanakkor ritka az endémiás EBV-asszociált esetekben (10), arra utal, hogy a betegség nem csupán a vírus-infekcióval van összefüggésben.

Esetünk érdekessége, hogy a Burkitt-lymphomára általában jellemző 8;14 transzlokáció mellett a sporadikus EBV-pozitív esetekre specifikus 2;8 átrendeződés egyidejűleg megfigyelhető. Az, hogy valamennyi vizsgált sejt kórosnak bizonyult, valamint, hogy az aberrációkban a 23 kromoszómá-pár közül 7 volt érintett, megmagyarázza a betegség gyors, fatális lefolyását.

A Burkitt-típusú nem-Hodgkin malignus lymphomára vonatkozó mai ismereteink szerint minden valószínűséggel egy multifaktoriális kórereditív betegségről van szó, amelyben a vírus mellett számos exogén és endogén tényező szerepelhet rizikófaktorként. Ezek jelentőségének tisztázásához a szokásos — szövettani, immunológiai, virológiai — vizsgálatok mellett minden egyes eset részletes epidemiológiai és citogenetikai feldolgozása is szükséges.

IRODALOM: 1. Abe, R. és mtsai: Burkitt's lymphoma with 2;8 translocation: A case report with special reference to the clinical features. *Cancer Genet. Cytogenet.* 1982, 6, 135. — 2. Agnai, E. és mtsai: Childhood non-Hodgkin's lymphoma. A study of 17 cases in Israel. *Cancer* 1974, 33, 1411. — 3. Andersson, M. és mtsai: Association of Epstein-Barr viral genomes with American Burkitt lymphoma. *Nature* 1976, 260, 357. — 4. Banks, P. M. és mtsai: American Burkitt's lymphoma: A clinicopathologic study of 30 cases. II. Pathologic correlations. *Amer. J. Med.* 1975, 58, 322. — 5. Bennett, J. M. és mtsai: Proposals for the classification of the acute leukemias. (French-American-British Co-Operative Group 1976) — *Brit. J. Haematol.* 1976, 33, 451. — 6. Berard, C. W. és mtsai: Histopathological definition of Burkitt's tumor. *Bull. WHO* 1969, 40, 601. — 7. Berger, R. és mtsai: t(8;14) Translocation in a Burkitt's type of lymphoblastic leukaemia (L₂). *Brit. J. Haematol.* 1979, 43, 87. — 8. Berger, R. és mtsai: A new translocation in Burkitt's tumor cells. *Hum. Genet.* 1979, 53, 111. — 9. Berger, R. és mtsai: Variant chromosomal t(8; 22) translocation in four French cases with Burkitt lymphoma — leukaemia. *Nouv. Rev. franç. Hématol.* 1981, 23, 39. — 10. Bernheim, A., Berger, R., Lenoir, G.: Cytogenetic studies on African Burkitt's lymphoma cell lines: t(8;14), t(2;8) and t(8;22) translocations. *Cancer Genet. Cytogenet.* 1981, 3, 307. — 11. Brown, T. M., Heath, C. W.: Time-space clustering among cases of Burkitt's tumor. *Cancer Res.* 1974, 34, 1216. — 12. Brubaker, G., Geser, A., Pike, M. C.: Burkitt's lymphoma in the North Mara district of Tanzania 1964—1970. Failure to find evidence of space-time clustering in a high risk isolated rural area. *Brit. J. Cancer* 1973, 28, 469.

- 13. *Burkitt, D.*: A sarcoma involving the jaws in African children. *Brit. J. Surg.* 1958, 46, 218. — 14. *Chaudhuri, J. P. és mtsai*: A simplified method of demonstrating Giemsa band pattern in human chromosomes. *Hum. Genet.* 1971, 14, 83. — 15. *De-Thé, G. és mtsai*: Epidemiological evidence for causal relationship between Epstein-Barr virus and Burkitt's lymphoma from Ugandan prospective study. *Nature* 1978, 274, 756. — 16. *De-Thé, G.*: Role of Epstein-Barr virus in human diseases: Infectious mononucleosis, Burkitt's lymphoma, and nasopharyngeal carcinoma. In: *Viral Oncology* (Ed.: G. Klein). Raven Press, New York 1980, pp. 769—797. — 17. *Douglass, E. C. és mtsai*: Cytogenetic studies in non-African Burkitt lymphoma. *Blood* 1980, 55, 148. — 18. *Douglass, E. C. és mtsai*: Serial cytogenetic studies of non-endemic Burkitt lymphoma cell lines. *J. Natl. Cancer Inst.* 1980, 65, 891. — 19. *Epstein, M. A.*: Epstein-Barr virus as a cause of human cancer. *Nature* 1978, 274, 740. — 20. *Fiorentino, M. és mtsai*: Non-African sporadic Burkitt's lymphoma in Italian patients. *Eur. J. Cancer* 1978, 14, 15. — 21. *Fleischmann T.*: Chromosoma-vizsgálatok vérképzőszervi megbetegedésekben. Kandidátusi értekezés, Szeged 1973. — 22. *Kelényi, G.*: Nicht-Hodgkin-Lymphome hoher Malignität. Pathologische Diagnose und Differentialdiagnose. *Arch. Geschwulstforsch.* 1979, 49, 648. — 23. *Kemény P. és mtsai*: Burkitt-tumort utánzó akut leukaemia. *Orv. Hetil.* 1968, 109, 2435. — 24. *Klein, G.*: The Epstein-Barr virus and neoplasia. *New Engl. J. Med.* 1975, 293, 1353. — 25. *Klein, G.*: Lymphoma development in mice and humans: Diversity of initiation is followed by convergent cytogenetic evolution. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 1979, 76, 2442. — 26. *Lennert, K., Mohri, N.*: Histopathology and diagnosis of non-Hodgkin's lymphomas. In: *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Erster Band, dritter Teil, Bandteil B.* Springer, Berlin — Heidelberg — New York 1978, S. 111. — 27. *Lindahl, T. és mtsai*: Relationship between Epstein-Barr virus (EBV) DNA and the EBV-determined nuclear antigen (EBNA) in Burkitt lymphoma biopsies and other lymphoproliferative malignancies. *Int. J. Cancer* 1974, 13, 764. — 28. *Magrath, I. T., Ziegler, J. L.*: Bone marrow involvement in Burkitt's lymphoma and its relationship to acute B-cell leukemia. *Leuk. Res.* 1980, 4, 33. — 29. *Manolov, G., Manolova, Y.*: Marker band in one chromosome 14 from Burkitt lymphomas. *Nature (Lond.)* 1972, 237, 33. — 30. *Manolova, Y. és mtsai*: Genesis of the 14q+ marker in Burkitt's lymphoma. *Hereditas* 1979, 90, 5. — 31. *Mitelman, F. és mtsai*: Reciprocal 8;14 translocation in EBV-negative B-cell acute lymphocytic leukemia with Burkitt-type cells. *Int. J. Cancer* 1979, 24, 27. — 32. *Mitelman, F.*: Cytogenetics of experimental neoplasms and non-random chromosome correlations in man. *Clin. Haemat.* 1980, 9, 195. — 33. *Miyoshi, I. és mtsai*: Chromosome translocations in Burkitt's lymphoma. *New Engl. J. Med.* 1981, 304, 734. — 34. *Molnár D., Hajmássy Zs., Léb, J.*: A Burkitt-lymphomáról egy gyermekkori hasi eset kapcsán. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 458. — 35. *Morrow, R. H. és mtsai*: Burkitt's lymphoma in the Mengo district of Uganda: Epidemiological features and their relationship to malaria. *J. Natl. Cancer Inst.* 1976, 56, 479. — 36. Non-endemic Burkitt's lymphoma (Editorial). *Brit. Med. J.* 1978, 1, 1508. — 37. *O'Connor, G. T.*: Malignant lymphoma in African children. II. Pathological entity. *Cancer* 1971, 14, 270. — 38. *Olweny, C. L. M. és mtsai*: Epstein-Barr virus genome studies in Burkitt's and non-Burkitt's lymphomas in Uganda. *J. Natl. Cancer Inst.* 1977, 58, 1191. — 39. *Philip, P., Krogh, J. M., Pallesen, G.*: Marker chromosome 14 q+ in non-endemic Burkitt's lymphoma. *Cancer* 1977, 39, 1495. — 40. *Pike, M. C., Williams, E. H., Wright, D. H.*: Burkitt's tumor in the West Nile district of Uganda 1961—1965. *Brit. Med. J.* 1967, 2, 395. — 41. *Reedman, B. M., Klein, G.*: Cellular localization an Epstein-Barr virus (EBV)-associated complement-fixing antigen in producer and non-producer lymphoblastoid cell lines. *Int. J. Cancer* 1973, 11, 499. — 42. *Sandberg, A. A., Wake, N.*: Chromosomal changes in primary and metastatic tumors and in lymphoma: their nonrandomness and significance. In: *Arrighi, F. E., Rao, P. N., Stubblefield (eds.): Genes, chromosomes and neoplasia.* Raven Press, New York 1981. — 43. *Slater, R. M. és mtsai*: A 14q+ chromosome in a B-cell acute lymphocytic leukemia and in a leukemic non-endemic Burkitt lymphoma. *Int. J. Cancer* 1979, 23, 639. — 44. *Sumner, A. T., Ewans, H. J., Buckland, R. A.*: New technique for distinguishing between human chromosomes. *Nature (New Biol.)* 1971, 232, 31. — 45. *Vándor F., Barla-Szabó L., Ravasz L.*: Burkitt-tumor előfordulásának lehetősége Magyarországon. *Orv. Hetil.* 1969, 110, 1501. — 46. *Williams, E. H. és mtsai*: Space-time clustering of Burkitt's lymphoma in the West Nile district of Uganda: 1961—1975. *Brit. J. Cancer* 1978, 37, 109. — 47. *Wutzler, P. és mtsai*: Epstein-Barr-Virus-Genomnachweis in einem europäischen Burkitt-Lymphom. *Dtsch. med. Wschr.* 1980, 105, 961. — 48. *Zech, L. és mtsai*: Characteristic chromosomal abnormalities in biopsies and lymphoid cell lines from patients with Burkitt and non-Burkitt lymphomas. *Int. J. Cancer* 1976, 17, 47. — 49. *Ziegler, J. L.*: Burkitt's lymphoma. *New Engl. J. Med.* 1981, 305, 735. — 50. *Ziegler, J. L. és mtsai*: Detection of Epstein-Barr virus in American Burkitt's lymphoma. *Int. J. Cancer* 1976, 17, 701.

(Balogh Erzsébet dr., Debrecen, Pf. 32., 4012.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

BOGNAR ZOLTAN DR.,
GÁCS ERNŐ DR.
ES CSABA MRE DR.

Az intrauterin fogamzásgátló eszköz késői szövődményei és megelőzésük

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csaba Imre dr.)

A szerzők 25525, IUD felhelyezésre jutó 377 klinikai felvételt igénylő esetüket elemezték az intrauterin fogamzásgátló eszköz által okozott késői szövődmények és megelőzésük szemszögéből. 5 éves anyagukban 51 esetben találtak purulens kismedencei gyulladást, 3 esetben szövettanilag igazolt elhúzódó lefolyású aktinomycosist, és 10 esetben kényszerültek az adnexumok, ill. a méh eltávolítására. A szövődmények gyakran igényelnek hosszú ápolási időt és komoly munkaképesség-csökkenéssel járnak. Miután a legsúlyosabb esetek az eszköz fennhagyása mellett a korábban csak konzervatív kezelésben részesülők közül kerültek ki, panaszok jelentkezése esetén az IUD azonnali eltávolítását javasolják. Amennyiben a gyulladással járó folyamat megnyugtatóan rendeződött, az eszköz felhelyezése ismét szóba jöhet.

Late complications caused by IUD and their prevention. 377 hospitalized cases — out of 25 525 women with IUD — were analysed from the point of view of late complications caused by IUD. Prevention is also discussed in the article. Over a period of 5 years purulent inflammation of the small pelvis was found in 51 cases, histologically proved prolonged actinomyces in 3 cases and in 10 cases adnexal or the uterus were removed. Complications often require treatment for a long time and may be associated with significant decrease in working capacity. As the most severe cases have received earlier only conservative treatment without removal of the IUD, it is strongly suggested to remove IUD immediately if complaint arises. After ceasing of the inflammation IUD can be applied again.

Az intrauterin fogamzásgátló eszközt viselők aránya Gräfenberg első próbálkozásai óta kisebb-nagyobb megszakításokkal nő (15). Az eszköz típusok számának bővülése és hatásosságuk fokozódása ellenére nem csökkent az IUD késői szövődményeiről beszámoló közlések száma (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16).

Ezek az adatok időnként riasztóak. Schultze (12) összesítő statisztikájában 39, IUD által okozott halálesetet említ, ahol a Dalkon shield mellett a Lippes-hurok szerepel fő okként. Ezeket a formákat kivonták a forgalomból, ill. módosították. Oroján és mtsai (9) 10 évet felölő anyagában 46 purulens kismedencei gyulladást találtak. Westrom és mtsai (17) laparoskopióval objektívizált belső genitális gyulladások vizsgálatakor azt találták, hogy ennek több mint háromszoros a kockázata IUD-viselőknél, mint a kontroll csoportban. Ez a rizikó hétszeres nulliparákban. A szövődmények megelőzése érdekében általánosan elfogadott, hogy a felhelyezést körültekintő bimanuális és kolpocitológiai vizsgálat kell hogy megelőzze, és csak negatív onkoginekológiai lelet mellett — ha szükséges a kolpitis gyógyítása, esetleges eróziók, lacerációk szanálása után — csakis ott megengedett, ahol az intézeti háttér és az aszeptikus felhelyezés lehetősége adott. Annak megítélésében azonban, hogy az

IUD kezdeti, még nem súlyos szövődményei esetén mikor kell eltávolítani az eszközt, távolról sem ilyen egységes a felfogás.

Ebben a vonatkozásban a teljes konzervatívizmustól az aktív beavatkozásig minden fokozat előfordul (4, 5, 9, 12, 16). Ötéves klinikai anyagunkat elsősorban ilyen szempontból tartottuk érdemesnek feldolgozni.

Anyag és módszer

Baranya megyében 1970-től 1981-ig a Család- és Nővédelmi Tanácsadó adatai szerint 40 057 felhelyezés történt. Ekkor az eszközt folyamatosan viselők száma 27 775 volt. Ugyanebben az időpontban 20 078 az orális kontraceptívumot szedő nők száma. A 19—49 éves nőlakosság több mint $\frac{1}{4}$ -e viselt 1981-ben intrauterin eszközt.

1977—1981-ben a megyében 25 525 fogamzásgátló eszköz (RICO és Tcu 200) felhelyezése történt. Ebből 6789 klinikánk családtervezési ambulanciáján. Az 5 év alatt 2753 IUD-t viselő asszonyt kezeltünk különböző panaszok miatt, csak ambulánsan. Ez a folyamatosan IUD-t viselők 49,6%-a. Intézeti kezelést igényelt 433 beteg, ebből 377 esetben (6,8%) tekinthetjük a megbetegedést IUD által okozott szövődménynek. Továbbiakban erről a klinikai anyagról számolunk be. A felmérést a kórtörténetek utólagos áttanulmányozásával végeztük.

Eredmények

A vizsgált öt évben a felhelyezések, a folyamatosan viselések, az ambuláns eszköz eltávolítások, a

1. táblázat 5 év IUD anyaga és szövődményei a Pécsi OTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika anyagában

Év	Felhelyezések száma	Folyamatosan viselt IUD	Kezelésre szorult (%)	Ambuláns eltávolítás	Klinikai felvétel
1977	908	2802	491 (17,5)	66 (2,4)	53 (1,9)
1978	1384	3506	551 (15,7)	99 (2,8)	75 (2,1)
1979	1440	3818	558 (14,6)	127 (3,3)	67 (1,8)
1980	1467	4530	572 (12,6)	187 (4,1)	89 (2,0)
1981	1590	5551	581 (10,5)	251 (4,5)	93 (1,7)
Összesen	6789	20207	2753	730	377

klinikai feltételek és a panasszal jelentkező esetek évenkénti alakulását az 1. táblázaton tüntettük fel. Az Intézeti felvételt képező fő panasz, ill. tünetcsoport alapján 3 csoportba soroltuk betegeinket.

1. Vérzési rendellenességek önállóan, egyéb tünet nélkül. A panasz metrorrhagia, ill. kisebb részben hypermenorrhoea volt.

2. táblázat Az intézeti felvétel alapját képező panasz, ill. tünetcsoport és az előzetes kezelések

Panasz, ill. tünetcsoport	Betegek száma %	Korábban kezelték száma %
Vérzési rendellenesség	216 (57,3)	97 (44,9)
Akut nőgyógyászati gyulladás	63 (16,7)	19 (30,2)
Szubakut vagy krónikus gyulladás	98 (26,0)	59 (60,2)
Összesen	377 (100)	175 (46,4)

3. táblázat Az intézetbe felvett betegek diagnózis szerint megoszlása

Felvételi diagnózis	Betegek száma (%)
Abscessus tuboovariális, -Pyosalpinx, -Abscessus ovarii, -Tumor adnex.	49 (13,0)
Abscessus Douglasi	3 (0,8)
Cysta tuboovariális, -Hydrosalpinx	33 (8,8)
Metrorrhagia, -Hypermenorrhoea	216 (57,3)
Salpingoophoritis, -Perimetritis	76 (20,1)
Összesen	377 (100)

4. táblázat A méhnyak szövettani eredményei IUD viselőknél végzett műtétek készítményeiből

Szövettani diagnózis	Betegek száma	IUD viselés ideje (év)	Műtét neve			
			Hysterectomia	Collum amputatio	Conisatio	Portio plastica
Cc. in situ	3	1,5			3*	
Leukoplakia	5	3,4	1	1		3
Atipiak	5	3,6			2	3
Erosio	2	1,6	1			1
Kóros nélkül	6	1,8	6			
Összesen	21		8	1	5	7

2. A belső genitálék akut gyulladása (láz, erős alhasi fájdalom, a pelveoperitoneum izgalmanak jelei).

3. Szubakut és krónikus gyulladás. A tünetek régebbi eredetűek, gyakran recidív jellegűek. Az esetek jelentős részét intézeten kívül kezelték, esetleg több ízben is.

Az esetek megoszlását és a korábbi intézeten kívüli kezeléseket számát a 2. táblázat mutatja.

Az IUD által okozott panasz miatt felvett 377 beteg felvételi diagnózis szerinti csoportosítását részletezi a 3. táblázat. A leggyakoribb szövődmény a vérzési rendellenesség (57,3%). 52 esetben találtunk anyagunkban gennyes kismedencei folyamatot (13,8%).

Minden felvett beteg esetén függetlenül a körkép súlyosságától, azonnal eltávolítottuk az IUD-t. A továbbiakban 52 esetben gyógyszeres kezelést alkalmaztunk. 269 esetben történt kürettázs és 93 esetben adnexum, ill. Douglas-punkció, 11 esetben kényszerültünk laparotomiát végezni 10 esetben az adnexumok, ill. a méh eltávolításával.

A szövettani eredmények elemzésekor feltűnt az endometritiszek nagy száma. Az elvégzett 269 kürettázs kapcsán nyert endometrium 210 esetben mutatott gyulladásos képet, ez 77,4%-os gyakoriságnak felel meg. Az öt év alatt 3 esetben találtunk szövettanilag igazolt aktinomyosissal. Ezekben az esetekben közös volt az elhúzódó, váltott antibiotikus kezelésekre nem rendeződő és végül a laparotómia után megoldódó purulens adnexum folyamat.

1—1 esetben endometritis putrida, illetve metritis dissecans volt az eltávolított uterus szövettani lelete.

* az első műtéti beavatkozás szövettana

Az intézetbe felvett és valamilyen ok miatt operált IUD-t viselő betegek cervix szövettani eredményeit összegzi a 4. táblázat. A csekély esetszámból nem vonható le következtetés a méhen belüli eszköz és praeblasztomatózis kapcsolatát illetően, arra azonban nyomatékosan felhívja a figyelmet, hogy az eszközviselés mellett a folyamatos kolpocitológiai kontroll rendkívül fontos. Nemezszer éppen az IUD miatti rendszeres kontroll kapcsán került felismerésre a méhszáj praeblasztómás elváltozása, kolpitisz, trichomoniasis.

Az a korábban elterjedt vélemény, hogy a méhen belüli eszköz különösen alkalmas bizonyos alacsonyabb szocio-ökonómiai szinten élő rétegek fogamzásgátlására, csak azzal a megszorítással állja meg a helyét, hogy a szoros kontroll elengedhetetlen mind a gyulladásos szövődmények, mind az IUD viseléstől függetlenül is jelentkező praeblasztomatózis idejekorán történő felismerése miatt.

Megbeszélés

Adatainkból kitűnik, hogy a felvett betegek közel fele korábban már konzervatív kezelésben részesült az IUD fennhagyása mellett. Különösen magas ez az arány abban a csoportban, ahol a szubakut, ill. krónikus gyulladás tünetei álltak fenn (60,2%). Ugyanakkor a laparotómiát igénylő 11 esetből 10 éppen ebből a csoportból került ki. Ebből a 10 esetből 7 asszonyon történt előzetesen konzervatív kezelés.

Másrészt a 269 endometrium szövettani vizsgálat eredménye 210 esetben endometritisz volt. A későbbi, súlyosabb gyulladásos szövődmények alapja már az „egyszerű” vérzéscsavar esetén adott. A vérzési rendellenességet okozó IUD eltávolítása az első tünetek jelentkezésekor legtöbbször önmagában is megoldja a problémát.

Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a kezdeti, még nem súlyos gyulladás jelentkezésekor az IUD-t el kell távolítani. Az eszköz fennhagyása mellett végzett gyógyszeres kezelés, amely az általános gyakorlatban C-vitamintól az uterotonikumok és prosztaglandin antagonistákon át a tüszőhormon és antibiotikus kezelésig terjed, önmagában nem elegendő, és miután a beteget a későbbiekben súlyos szövődményeknek teheti ki, nem megengedhető. Az utóbbi években ennek megfelelően jártunk el, a felhelyezés és kontroll kautélainak szigorú betartása mellett elsősorban ennek tulajdonítjuk, hogy ez idő alatt az eszközt folyamatosan viselők számának kifejezett emelkedése mellett a kezelést igénylő esetek száma nem növekedett arányosan. 1977-től 1981-ig a folyamatosan IUD-t viselők száma megduplázódott, a panaszt okozó eszközök eltávolítása közel négyszeressé vált, miközben a kezelésre szoruló esetek száma mindössze 18%-kal növekedett (1. táblázat).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a pelveoperitonitist okozó és generalizált hashártyagyulladás lehetőségét magában hordozó IUD-szövődmények száma nem csekély.

A szövődmények fiatal korban, egy- vagy mindkét oldali petefészek, valamint a méh elvesztésével járhatnak, nemezszer komoly munkaképességcsökkenést okozva. Mindezekből adódik, hogy az IUD-t az első panaszok jelentkezésekor azonnal el kell távolítani, amikor a még enyhe elváltozást lehet szanálni, megelőzve ezzel a súlyosabb szövődmények kialakulását. A folyamat rendezése után, amennyiben a feltételek adottak, az eszköz felhelyezése ismét lehetséges.

Megfigyeléseink szerint a panaszt nem okozó intrauterin eszközöket — itt az inert eszközökről van szó — másokkal összhangban rendszeresen nem kell cserélni, ezek tünetmentes esetben akár 7–8 évig is fennmaradhatnak (17).

IRODALOM: 1. *Christian, C. D.*: Maternal death associated with an intrauterine device. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1974, 119, 441. — 2. *Faulkner, W. L., Ory, H. W.*: Intrauterine device and acute pelvic inflammatory disease. *J. Am. Med. Assoc.* 1975, 235, 1951. — 3. *Golde, S. R., Israel, W. L.*: Unilateral tuboovarian abscess: a distinct entity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 127, 807. — 4. *Kaufman, E. és mtsai*: Intrauterine contraceptive device use and pelvic inflammatory disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1980, 136, 159. — 5. *Máté J., Veres L., Surányi S.*: Az intrauterin fogamzásgátlás gyulladásos kockázata 10 000 eset tapasztalatai alapján. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 223. — 6. *Moyer, D. L., Mishell, D. R. J.*: Reactions of human endometrium to the intrauterine foreign body. II. Long term effects on the endometrial histology and cytology. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1971, 111, 66. — 7. *Neis, K. J. és mtsai*: Die Aktinomykose des weiblichen Genitaltraktes bei IUP — Trägerinnen. *Geburthsh. Frauenheilk.* 1982, 42, 48. — 8. *Oroján J., Annus J., Gergely Gy.*: Az IUD felhelyezést követő szövődményekről. *Magy. Nőorv. L.* 1974, 37, 564. — 9. *Oroján J. és mtsai*: Gyulladásos szövődmények méhen belüli fogamzásgátló viselése mellett. *Magy. Nőorv. L.* 1978, 41, 453. — 10. *Paál M. és mtsai*: IUD hatására bekövetkező endometrium változások. *Magy. Nőorv. L.* 1979, 42, 571. — 11. *Rapcsák V., Oroján J.*: Az ellenőrzés szerepe a méhen belüli eszközök viselési idejének meghosszabbításában. *Magy. Nőorv. L.* 1982, 45, 524. — 12. *Schultze, K. W.*: Langzeiterfahrungen mit der intrauterinen Empfängnisverhütung. Ein Vergleich von Lippes-Schleife, Dalkonshild und Kupfer—T. *Geburthsh. Frauenheilk.* 1980, 40, 153. — 13. *Szabó J. és mtsai*: Kismencedei actinomycosis és perforáló intrauterin fogamzásgátló eszköz együttes előfordulása. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 3141. — 14. *Szeavári M. és mtsai*: Szontághféle intrauterin eszköz (IUE) mellett kialakult tuboovarialis actinomycosis. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 1. — 15. *Tatum, H. J.*: Intrauterine contraception. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972, 112, 1000. — 16. *Taylor, E. S., McMillan, J. H., Greer, J. E.*: The intrauterine device and tubo-ovarian abscess. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1975, 123, 338. — 17. *Westrom, L., Benatsson, L. P., Mardh, P. A.*: The risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared to non-users. *Lancet.* 1976, 11, 221.

(Bognár Zoltán dr., Pécs, Pf. 89., 7624)

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

ÖSSZETÉTEL 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin-szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Enderteriitis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések.

Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistantiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im.

Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinalla;) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im., 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta.

Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitúciós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorososa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin-substitúcióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS Injekció: egyszer vagy kétszer ismételhető, csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint. Kapszula vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS 10 db kapszula
5×1 ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

SZEMLÉDY FERENC DR.,
PINTÉR ANDRÁS DR.,
SCHÄFER JÓZSEF DR.
ÉS PÉKÓ TEREZIA DR.

A gyomorkettőzetekről két újszülöttkori eset kapcsán

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Mestyán Gyula dr.)
Megyei Kórház, Kaposvár, Gyermekosztály (osztályvezető főorvos: Gyódi Gyula dr.)

A szerzők két, újszülöttkorban manifesztálódó gyomorduplicaturát ismertetnek, melyhez mindkét betegben cervicalis és felső thoracalis gerincdeformitás, valamint az egyik gyermekben járulékos lép társult. A vezető tünetek a hányás, a haspuffadás és a has bal felső quadránsát kitöltő, a nyelőcső alsó szakaszát, gyomrot, patkóbelet és a colon transversumot dislokáló terime voltak. Az antrumnál kezdődő, 7–8 cm átmérőjű szferikus kettőzetek a nagygörbülettel közös falat alkottak. A duplikatúrák a gyomor felett a nyelőcső mögött 1,5 cm hosszú divertikulumszerű képletben, ill. egy 5 cm átmérőjű kiboltosulásban folytatódtak. A kettőzetek radikálisan, a gyomor megnyitása nélkül kerültek eltávolításra. Az egyik betegben visszahagyott intrathoracalis szférikus képlet a műtét óta eltelt 15 évben jelentősen megkisebbedett, panaszokat nem okozott. A másik gyermek a műtét óta eltelt 2 évben panaszmentes.

A tápcsatorna kettőzetei üreges, tubuláris vagy szférikus képletek, melyek a nyelvtől az anusig bárhol megjelenhetnek. Szoros összefüggésben vannak az alimentáris traktus mellettük fekvő szakaszával. Simaizomfaluk van, melyet az emésztőrendszer valamely részére jellemző endothel bélel.

Az eddigi hazai közlemények a nyelőcső, a vékony- és vastagbél kettőzeteit ismertetik (1, 6, 10, 13, 15, 18). Dolgozatunkban két teljes, a nyelőcső distalis részére is kiterjedő gyomor-duplicaturát (továbbiakban GyD) ismertetünk, vázolván az anomália jellegzetességeit, kórismézését és kezelését.

Esetismertetés

1. beteg: R. P.-t, az anya II. zavartalan terhességéből spontán, 3100 g-mal született fiút kéthetes korban vettük fel klinikánkra hányások, a szülők által észlelt haspuffadás miatt. A dystrophiás csecsemőben az abdomen bal oldalán, a bordaívtól a köldök alá érő, a középvonalat 2,5 cm-rel meghaladó, sima felszínű, gömbölyded, kemény tapintatú, fájdalomtalan, immobilis terimét tapintottunk. Az iv. urográfia a bal vese enyhe caudális dislocációján kívül kórosat nem mutatott. A gyomor-bél passage szerint a cardia és a gyomor jobbra és előre, a flexura duodenojejunalis a ge-

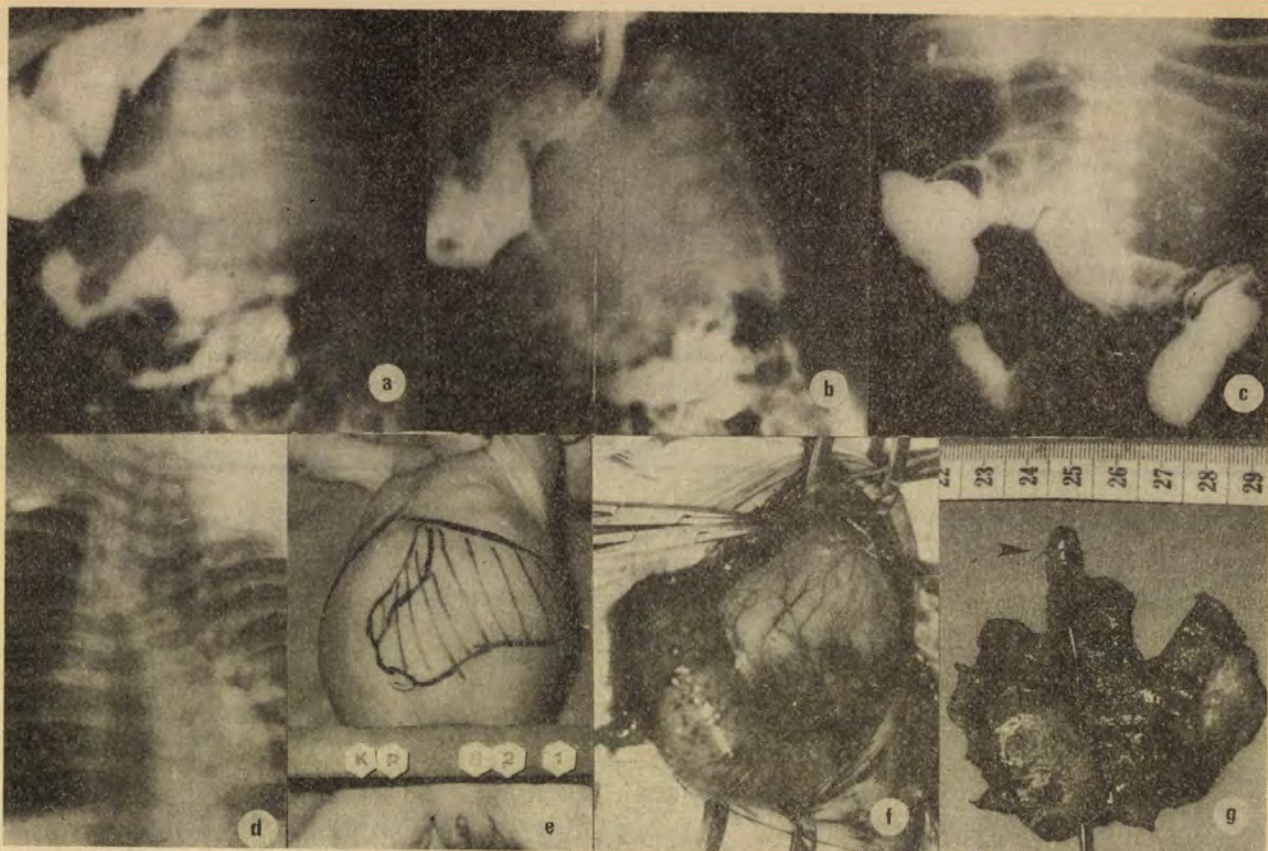
Gastric duplication in neonates. The authors report on two cases of gastric duplication manifesting in neonates. The anomalies were accompanied by vertebral defects in both patients and by accessory spleen in one. The leading symptoms were the followings: vomiting, meteorism, and left upper quadrant abdominal mass, displacing the lower part of the esophagus, the stomach, the duodenum and the transverse colon. The spheric duplications 7–8 cm in diameter, shared a common wall with the greater curvature, extending from the antrum to the lower part of the esophagus. The supragastric part lying behind the esophagus was a 1,5 cm long tubular cyst in the first patient and a spheric one 5 cm in diameter in the other. Both duplications were removed without opening of the stomach. The remained supragastric cyst has not developed symptoms for 15 years. The other patient is now 2 years old, is well and so far without complaints.

rinc jobb oldalára, a vékonybelek lefelé, a colon transversum lefelé és előre felé dislocálódott a bal felhasat kitöltő, homogén árnyékot adó terime hatására. A duodenum patkó tágult. Mellkasfelvétellel: a VII. nyaki csigolya íve nyitott.

Intraperitonealis térfoglaló folyamat diagnózissal a felvétel után 3 nappal műtétet végeztünk, melynek során a gyomor nagygörbületével és részben elülső felszínével közös falat alkotó cisztikus, gömbölyded, sima felszínű képletet észleltünk, mely az antrumtól indult ki és a nyelőcső mögött 5–6 cm hosszúságban a mellkasba terjedt. A nagygörbület mentén több, borsónyi-mogyorónyi járulékos lép helyezkedett el. A vizetiszta benné, 6–7 cm átmérőjű cisztikus terime intraabdominális részét a gyomorfalra való áthajlás mellett resecáltuk. A közös falról kiirtottuk a nyálkahártyát, a serosa defektust a kettőzet ráhajlásával szüntettük meg. A duplicatura nyelőcső mögötti részét csak thoracotomiával lehetett volna eltávolítani, melyet a csecsemő rossz általános állapota miatt nem végeztünk el. A visszahagyott rész falát elvarrtuk.

Szövettan: A kettőzet gyomorral összefüggő része a tápcsatorna típusos falszerkezetét mutatta, de a nyálkahártya jellege pontosan nem volt identifikálható az atrophia miatt. A cardia mögött fekvő rész az oesophagus típusos hisztológiai képét mutatta.

A gyógyulás szövödménymentes. A röntgenológiai regressziót nem mutató oesophagealis kettőzetet 1/2 éves korban szándékoztunk eltávolítani, azonban a szülők nem egyeztek bele a műtétbe. A 10 éves korban végzett rtg-vizsgálat szerint a terime jelentősen meg-



a, b, c: típusos gyomor, duodenum és colon dislocatio; d: a cervicothoracalis gerincdeformitás, e: a resistencia hasfali vetülete, f: a colon transversum és a felette elhelyezkedő gyomorkettőzet, g: az eltávolított duplicatura (a nyíl a részleges nyelőcső kettőzetet jelöli)

kisebbedett. Betegünk jelenleg 15 éves, panaszmentes, jól fejlődik.

2. beteg: K. P., 34. gestatiós hétre, spontán, 2400 g-mal, Apgar 9–10-zel született leányt 4 napos korban vettük fel klinikánkra haspuffadások, hányások miatt. A beküldő intézetben a bal bordaív alatt galambtojásnyi terimét észlelték, mely a 3. életnapon eltűnt. Felvételkor a mérsékelt distendált abdomenben mi sem tapintottuk a resistenciát.

Vesefejlesztési rendellenesség, retroperitoneális térfoglaló folyamat kizárására iv. urográfiát végeztünk, mely kóros eltérést nem mutatott. A mellkasfelvételen diffúz bronchitis mellett a C₃₋₇ csigolyákon deformitás látszott: a Th₂-es csigolya súlyzó alakú, a Th₄ csigolya részlegesen kettőződött, a Th₅₋₆ csigolya fragmentált, a Th₇ csigolya íve nyitott (1/d. ábra). A fennálló leukocytosis balra tolt vérkép, acidosis, thrombocytopenia alapján a tüneteket infekciós eredetűnek tartottuk. Egyhetes antibiotikus kezelés, parenterális táplálás után a beteg orálisan táplálhatóvá vált. Ekkor visszahelyeztük az újszülöttet a beküldő intézetbe. Két hét után a bal bordaív alatt a resistencia ismét megjelent és gyorsan növekedett. Gyomor-bél passage: a has bal felső quadránsát kitöltő homogén rtg-árnyékot adó terime a gerinc jobb oldalára és előre dislocálja a gyomrot és annak 90°-os elfordulását okozza. A duodenum és a flexura duodenojejunalis jobbra helyezett, a flexura lienalis caudál felé nyomott (1/a, b, c. ábra). Az ultrahangvizsgálatnál a bal bordaív alatt 6 cm átmérőjű echomentes terület ábrázolódott.

Ekkor, 4 hetes korban került sor a csecsemő második klinikai felvételére. A sima felszínű, kemény tapintatú, immobilis resistencia ekkor a köldök alá ért, jobbra kissé meghaladta a középvonalat (1/e. ábra). A negatív urográfia, a típusos gyomor- és colon-dislocatio a sonográfia (üreges képlet), valamint a cervicothoracalis gerincdeformitás alapján gyomor-duplicaturát valószínűsítettünk.

A műtét megerősítette feltételezésünket: a colon transversumtól craniálisan gömbölyded, sima felszínű, 6–8 cm átmérőjű terime helyezkedett el (1/f. ábra), mely a nagygörbülettel közös falat alkotott, az antrumtól a cardia fölé terjedt. Makroszkópos képe, ereztettsége a gyomorra emlékeztetett. Punkcióval a teriméből 200 ml világos színű, viszkózus nyákot szívtunk le, majd szélesen megnyitottuk azt. A gyomorral alkotott közös falon a corpusnál 8 mm átmérőjű, 3 mm mély fekélyt észleltünk, de a gyomor és kettőzete közt nem volt összeköttetés. A duplicaturát a gyomorfalra való áthajlás mellett resekáltuk. A közös falról eltávolítottuk a nyálkahártyát. Ezt a területet a kettőzet izomrétegének ráfordításával megerősítettük. Eltávolítottuk a duplicatura 3 diverticulum-szerű kiboltosulását is. Ezek közül két 8 mm hosszú képlet az antrumban, a harmadik, mintegy 1,5 cm hosszú kiboltosulás a cardia mögött helyezkedik el, makroszkóposan részleges nyelőcső-kettőzetnek felelt meg (1/g. ábra).

Szövettanilag a duplicatura gyomor melletti része a gyomorfal típusos szöveti képét mutatta, parietalis sejtekkel, antrum mirigyekkel. A paracardialis részt szigetesen a nyelőcsőre jellegzetes, többrtegű, el nem szarusodó laphám bélelte.

A gyógyulás szövödménymentes. A 8 hónapos korban végzett gyomor-bél passage kóros eltérést nem mutatott. A beteg jelenleg 2 éves, panaszmentes, kiélegítően fejlődik.

Megbeszélés

A felhasban elhelyezkedő, a gyomorral érintkező cisztózus képletek nem feltétlenül gyomorkettőzetek. Eseteink azonban a GyD valamennyi kritériumának megfelelnek, mivel szoros kapcsolatban voltak a gyomorral, vérellátásuk közös volt, a faluk izomrétege a gyomorban folytatódott, lumenü-

ket gyomornyálkahártya, illetve pontosan meg nem határozható atrophiás emésztőrendszeri endothel bélelte. A nyálkahártya sorvadását a mucosa által termelt secretum nyomása okozhatta (4). A GyD tartalmazhat vékony (19) és vastagbél- (3) nyálkahártyát, hasnyálmirigy-szövetet (14) is.

A GyD kialakulásának legelfogadottabb elmélete az ecto- és entoderma szétválásának elmaradása, a canalis neuroentericus persistálása (5, 16). A teóriával jól magyarázhatók a GyD-t kísérő gerincdeformitások, valamint a GyD csaknem kizárólagos nagyörbületes, azaz a mesenterium dorsaleban való megjelenése.

A kettőződés lehet részleges vagy teljes, néha — mint eseteinkben — a nyelőcsőre is ráterjedhet. A GyD ritkán kommunikál a gyomorral (4, 11) vagy egyéb szervvel (16). A GyD-hoz az esetek $\frac{1}{3}$ -ában vékonybél-duplicatura, ritkábban gerincdeformitás társul (4). Ez utóbbi anomáliát mindkét betegünkben észleltük, melyhez 1. betegünkben járulékos lép társult.

A GyD tünetei a hányinger, a hányás, a haspuffadás, a has felső kvadránsában tapintható sima felszínű resistentia. Ezek az esetek 40%-ában már az újszülött-, csecsemőkorban fellépnek. A kisebb, antrumtáji kettőzetek stenosis pylori képét utánozhatják (2, 8, 11). A haematemesis, melaena, gyomortáji fájdalom már a szövődményeket, fekélyképződést és a következményes vérzést jelzik. A fekélyek a gyomorba (19), hasüregbe (9), colonba (14), tüdőbe (17) perforálhatnak. Nagy kiterjedésű thoracoabdominalis duplicaturáknál a mellkasi szervek kompressziója lehet a vezető tünet (16).

A kórismét elsősorban radiológiai módszerekkel állíthatjuk fel. Az első lépés a retroperitoneális folyamatok kizárása i. v. urográfiával. A hasüregen belüli pontosabb lokalizálást a gyomor-bél passage teszi lehetővé. A nagy kiterjedésű GyD típusos esetben a gyomron benyomatot okoz, azt előre és jobbra, a colon transversumot lefelé és bal felé dislocálja. A doudenum patkó kiszélesedhet, jobb felé tolódhat (1/a, b, c. ábra). A kis, antralis GyD-k beszűkíthetik a pylorus csatornát (8). A nyelőcső dislocatiója a GyD mellüregbe való terjedésére utal. A ritka emésztőrendszerrel közlekedő GyD direkten vizualizálható (4). A diagnózis felállítását megkönnyítheti a társuló gerincdeformitás: félesigolya, ékcsigolya, nyitott hátsó ív kimutatása.

Az ultrahangvizsgálat ma már sokszor feleslegessé teszi a gyomor-bél passage elvégzését. A módszerrel pontosan lokalizálható a terime, és annak cisztikus jellege is bizonyítható. Néha a hypertróphiás izomfal echo-szegény, a nyálkahártyabélés echogén zónaként ábrázolódik (12).

Az első betegben a jellegzetes tapintási lelet és rtg-kép alapján már a műtét előtt felállíthattuk volna a GyD valószínűségi diagnózisát, azonban

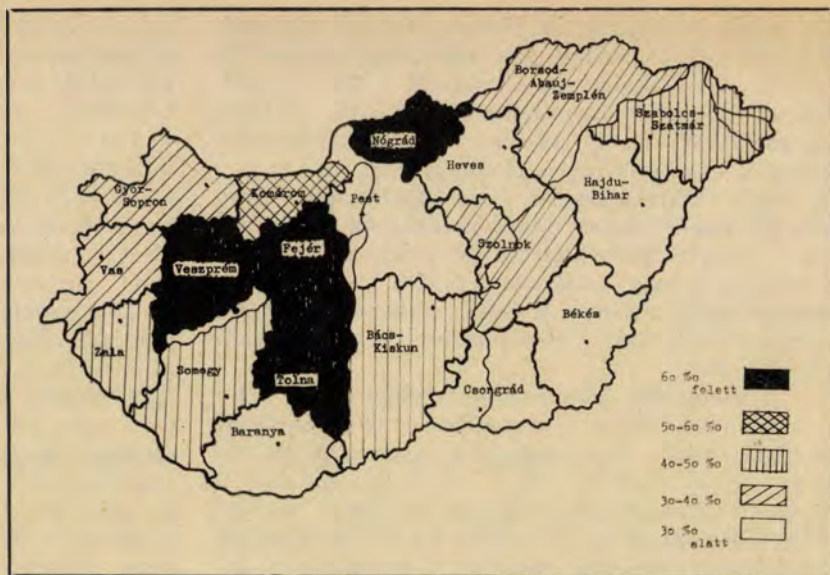
nem értékeltük kellően a kísérő anomáliát, a gerincdeformitást. A második betegnél a diagnózis felállítását a kettőzetnek megfelelő terime eltűnése késleltette. A resistentia újbóli megjelenésekor a rtg- és az ultrahangos lelet birtokában, a gerincdeformitás ismeretében már könnyen valószínűsítettük a GyD fennállását.

A GyD kezelése sebészi. A duplicatura (ectopiás) nyálkahártyája szövődmények forrása lehet és ezért már nem alkalmazzuk a GyD marsupialisatióját a gyomorba (3). A választandó műtét a GyD radikális eltávolítása. Ez történhet a gyomor resektiójával (2, 3, 4), de a gyomor kis- és nagyörbületes felől történő kettős vérellátása általában lehetővé teszi a duplicatura izolált excízióját (5, 16, 19). Ezt mindkét betegünkben úgy végeztük, hogy a gyomorfalra való áthajlás mellett resektáltuk a GyD-t. A közös falról kiirtottuk a GyD mucosáját. Ezt a területet a duplicatura izomrétegéből képzett lebény ráfektetésével erősítettük meg, hasonlóan, mint azt White javasolta 1970-ben (19). Az első újszülöttnél a beteg súlyos állapota miatt nem távolítottuk el a kettőzet mellüregi részét. Thoracoabdominális duplicaturák esetében Rickham és Lister (16) szerint is ajánlatos elhalasztani a tüneteket nem okozó rész extirpációját, ha az a műtét jelentős kiterjesztésével jár. A szövődmények veszélye miatt azonban néhány nappal a laparotomia után javallt a mellüri kettőzet kiirtása (16). Betegünkben is indokolt lett volna a paraesophagealis rész eltávolítása, azonban a szülők nem egyeztek bele a műtétbe. A jelenleg 15 éves gyermekben a mellkasi duplicatura jelentősen megkisebbedett, azonban továbbra is számolni kell a szövődmény lehetőségével.

IRODALOM: 1. Adler T. és Köteles Gy.: Gyermekgyógyászat 1973, 23, 170. — 2. Alschibaja, T. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1974, 127, 120. — 3. Bartels, R. J.: Am. Surg. 1967, 33, 747. — 4. Berges, O., Benacerraf, R.: Ann. Radiol. (Paris) 1980, 23, 589. — 5. Better, M., Genton, N., Stockmann, M. szerk.: Kinderchirurgie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York. 1982, 7, 75—79. old. — 6. Dénes J.: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1967, 8, 63. — 7. Grosfeld, J. L., Boles, E. T., Reiner, Ch.: J. Pediat. Surg. 1970, 5, 365. — 8. Kammerer, G. T.: JAMA 1969, 207, 2101. — 9. Kleinhaus, S. és mtsai: Arch. Surg. 1981, 116, 122. — 10. Kontor E., Verebélyi T., Görgényi Á.: Orv. Hetil. 1975, 116, 915. — 11. Kremer, R. M., Lepoff, R. B., Izant, R. J.: J. Pediat. Surg. 1970, 5, 360. — 12. Moccia, W. A., Astacio, J. E., Kande, J. V.: Pediat. Radiol. 1980, 11, 52. — 13. Pilaszanovich, I., Halmos, L.: Orv. Hetil. 1958, 91, 205. — 14. Parker, B. C. és mtsai: J. Pediat. Surg. 1972, 7, 294. — 15. Répássy G., Bognár I., Verebélyi T.: Orv. Hetil. 1977, 118, 693. — 16. Rickham, P. P., Lister, J., Irving, I.: Neonatal Surgery, sec. Ed. Butterworths, London, Sydney 1978, 401—410. old. — 17. Shochart, S. J. és mtsai: Surgery 1971, 70, 370. — 18. Sárkány J.: Gyermekgyógyászat 1969, 20, 159. — 19. White, J. J., Morgan, W. W.: Surgery 1970, 67, 522.

(Szemlély Ferenc dr., Pécs, Pf. 143., 7601.)

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának 1982. évi adatai



Az 1982-ben született gyermekek bejelentett veleszületett rendellenégeinek gyakorisága (előzetes adatok)

Kódszám BNO IX. rev.	Megnevezések	Szám	Gyakoriság ‰
740	Agyvelőhiány és rokon állapotok	89	0,66
741, 742,0	Gerinchasadék, agyvelősérv	159	1,18
742.1	Microcephalus	15	0,11
742.3	Veleszületett vízfejűség	49	0,36
742.2, 4-9	Az idegrendszer egyéb vsz. anomáliái	6	0,04
743.3	Veleszületett szürkehályog	2	0,01
743.0-2,4-9	A szem egyéb vsz. anomáliái	7	0,05
744	A fül, az arc és a nyak vsz. anomáliái	69	0,51
745, 746	A szív vsz. anomáliái	552	4,10
747	A keringési rendszer vsz. anomáliái	117	0,87
748	A légzőrendszer vsz. anomáliái	15	0,11
749.0	Izolált hátsó szájpadahasadék	65	0,48
749.1-2	Ajak ± szájpadahasadék	133	0,99
750.3-4	A nyelvcső vsz. anomáliái	23	0,17
750.0-2, 6-9	A felső emésztőtraktus egyéb vsz. an.	8	0,06
750.5	Vsz. hypertrophiás pylorus szűkület	46	0,34
751.3	Hirschprung-féle betegség	5	0,04
751.0-2, 4-9	Az emésztőrendszer egyéb vsz. anomáliái	71	0,53
752.5	Visszamaradt here	207	1,54
752.6	Hugycsőhasadék	307	2,28
752.0-4, 7-9	A nemi szervek egyéb vsz. anomáliái	276	2,05
753	A húgyszervek vsz. anomáliái	44	0,33
754.3	Veleszületett csipőficam	1031	7,66
754.5-7	A láb varus, valgus és egyéb deformitásai	324	2,41
755.0-1	Számfeletti ujjak, ujjak összenövése	151	1,12
755.2-4	A végtagok redukciós eltorzulásai	62	0,46
754.0-2,8, 756.0-3,8-9	A csontváz-izomrendszer egyéb vsz. torzulásai	40	0,30
754.4, 755.5-9	A végtagok egyéb vsz. rendellenességei	9	0,07
756.6	Rekeszizom rendellenessége	36	0,27
756.7	Exomphalos	45	0,33
757	A kültakaró vsz. anomáliái	67	0,50
758.0	Down syndroma	68	0,51
758.1-9	Egyéb kromoszóma rendellenességek	2	0,01
759.0-2	A lép és az endokrinmirigyek anomáliái	3	0,02
759.3-4	Fordított fekvés, összenőtt ikrek	12	0,09
759.6	Meghatározott syndromák	4	0,03
	Monogén syndromák	56	0,42
	Teratogén ártalmak	8	0,06
759.7	Többszörös vsz. anomáliák, asszociációk	686	5,10
759.8	Egyéb megnevezett rendellenességek	22	0,16
759.9	Kmn. vsz. anomáliák	15	0,11
228, 229, 238	Haemangioma, teratoma	269	2,00
550	Lágyvérsérv	486	3,61
553.1	Köldöksérv	92	0,68
Összesen		5754	42,76

1982-ben hazánkban 134 579 összes születés történt. Közülük Nyilvántartásukba 1983. március 31-ig 5754 veleszületett rendellenességgel sújtott újszülött csecsemőt jelentettek be. Így 1982-ben Magyarországon — 1000 élveszületésre számítva — 42,76‰-es születéskori rendellenesség-gyakoriságot regisztráltak. Az észlelt gyakoriság megfelel az 1981-es év szintjének.

A bejelentett gyermekek 85,1‰-ának egy, 14,9‰-ának multiplex, azaz többes rendellenessége volt. A multiplex csoporton belül kettő vagy több rendellenesség, illetve rendellenesség-syndroma specifikáció nélkül, az esetek 79,7‰-ában fordult elő. A kromoszóma-rendellenességek részesedése 8,1‰, az identifikált mendelező génrendellenesség syndromáké 6,5‰, a teratogén syndromáké 0,9‰. A maradék 4,8‰ megnevezett asszociáció (pl. VACTERL).

A táblázatban a BNO IX. revíziója három kódszámjegyű tételei, illetve a fontosabb típusok esetében négy kódszámjegy szerinti csoportosításban közöljük a regisztrált veleszületett rendellenesség-gyakoriságot. Az adatok előzetesek, mivel később is várható kisebb számú bejelentés.

Az 1982. évi regisztrált rendellenesség-gyakoriság — a korábbi évekhez hasonlóan — nemzetközi viszonylatban magasnak mondható. Mégis, figyelembevéve az elméletileg várható születéskori összes veleszületett rendellenesség-gyakoriságot, ennek háttérben nem az objektíve magas, illetve növekvő hazai rendellenesség-gyakoriság áll, hanem a diagnosztika javulása és a bejelentések mind lelkiismeretesebb végzése.

A környezeti és genetikai ártalmak indikátorainak tekinthető veleszületett rendellenességek hazánk közigazgatási egységeiként és havonta folyamatosan feldolgozásra, „monitorozásra” kerülnek.

A bejelentett rendellenességek területi megoszlását a térkép mutatja be. Az országos átlagot messze túlhaladják Nógrád (171‰), Veszprém (162‰), Tolna (154‰) és Fejér (153‰) megyék bejelentései. Lényegesen elmaradnak tőle Csongrád (55‰), Heves (57‰), Békés (62‰), Hajdú-Bihar (64‰), Baranya (66‰) és Pest (67‰) megyék bejelentései. Az okot elsősorban a bejelentési fegyelem eltéréseiben kell keresni. Nagyon fontos, hogy az egyes közigazgatási egységek minél inkább tegyenek eleget az Egészségügyi Minisztérium által kötelezően elrendelt, veleszületett rendellenesség-bejelentésnek.

A VRONY és a Monitor adatai közkincesként a kutatás és az egészségügyi szervezés céljaira bárkinek rendelkezésére állanak.

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása
‰ = 1000 élveszületésre számítva
vsz. = veleszületett
an. = anomália
Kmn = külön meg nem nevezett

B. McClintock az 1983. évi orvosi Nobel-díj nyertese

1983-ban — ismét genetikus kapott orvosi Nobel-díjat. A 81 éves Barbara McClintock egyesült államokbeli genetikusnak ítélte a díjat a Karolina egyetem Nobel-díj bizottsága. Első ízben kapott genetikai kutatásokért nő orvosi Nobel-díjat és ugyancsak első ízben nem társszerzőkkel, hanem solo.

A kitüntetést hírül adó Le Monde „La grande dame de la cytogenetique”-nak nevezi McClintockot. Felfedezése: egyes gének mozgékonyságának, „ugrálásának” bizonyítása. A bizottság megítélése szerint: „a világ számára korábban ismeretlen genetikai jelenséget” fedezett fel.

Közismert, hogy J. G. Mendel (1822—1884) brünni Ágoston-rendi szerzetes felfedezéseinek közvétételéig nem jelent meg olyan természettudományos munka, mely mai szemmel nézve korszerű metodikával igyekezett volna az átöröklés bonyolult kérdéseit megközelíteni. Voltak ugyan előzőleg is, akik a Mendeléhez hasonló borsó-keresztezési kísérleteket folytattak, sőt, hasonló eredményekhez jutottak, azonban a szerzők csak megfigyelték az elváltozásokat, de nem vontak le belőlük törvényszerűségeket.

Mendel 1865. évi előadásának, majd a következő évben nyomtatásban is megjelent monográfiájának — bár számos helyre elküldte (Pestre is) — nem volt hatása kora biológiai szemléletére, mert azokban az években Darwin tanai állottak az érdeklődés homlokterében. Mendel legalapvetőbb megállapítása: az élőlények öröklődő tulajdonságai meghatározott öröklési tényezőkhöz vannak kötve. Mendel tanainak korszakalkotó jelentőségét csak a századfordulón ismerték fel. Mint utólag kiderült — egymástól függetlenül — szinte azonos időben három botanikus. A genetika kifejezés 1905-ben született. Az új tudományág névadója és a genetika első professzora: W. Bateson (1861—1926). A gén elnevezést (Mendel öröklődési faktorról beszélt) Johannsen (1857—1927) dán botanikus használta először. Századunk első évtizedeiben indult meg az intenzív genetikai kutatás, elsősorban az ugyancsak Nobel-díjjal kitüntetett Th. H. Morgan (1866—1945) korszakalkotó munkássága nyomán. Munkatársaival együtt megállapította, hogy a gének a kromoszómákon helyezkednek el. Ő vezette be a genetikai kutatásba a gyorsan szaporodó muslicát (*Drosophila melanogaster*-t). Ennek kisszámú (8) kromoszómája van, de ezek nagyobbak és könnyen tanulmányozhatóak. Ő és munkatársai fedezték fel a *crossing over* jelenséget. A II. világháború után indult el a lélegzetelállító fejlődés a genetikában és a dömping, a genetikai Nobel-díjak elosztásában.

A kitüntetett B. McClintock kísérleteit kukoricakeresztezésekkel kezdte el. Az indián kukoricacső vörösen és sárgán pettyezett. Kísérleteit nem azzal a szándékkal indította el, hogy a keresztezésekből valamilyen új dísznövényt fejlesszen ki, hanem a klasszikus genetika szellemében bizonyos kromoszómaváltozásokat kívánt létrehozni. Felfigyelt arra, hogy a kukoricában hiányzik a genetikai helyhezkööttség és ez abban nyilvánul meg, hogy a kukoricaszemek nem egyenletesen és egységesen pettyezettek. Ugyanakkor a kukoricacsővek mintázata és színe is nemzedékenként változik. Ugyanezzel a jelenséggel párhuzamosan a kromoszómákon törések és más elváltozások mutatkoztak. További kutatásai során felderítette, hogy a hirtelen fellépő foltos elszíneződések a kukoricaszemeken úgy keletkeznek, hogy bizonyos szerkezeti elemek a kromoszómákon egyik helyről a másik helyre tolódnak el. De nemcsak egy kromoszómán belül keletkezhetnek eltolódások, hanem különböző kromoszómák között is. Ezeket a mozgékony kromoszómaszerkezeteket McClintock *kontrollelemeknek* nevezte el, minthogy kiderült, hogy a gének e mozgékony struktúrák mellett *inaktiválódnak*. Sok esetben ez az eltolódás ahhoz vezetett, hogy a kromoszómák azokon a helyeken, amelyekbe ezek a kontrollelemek beépültek, *széttöredeztek*.

Hosszadalmas kitartó kísérletekben azt is kimutatta, hogy a minta- és színváltozásokkal egyidejűleg az egyes sejtek öröklési anyagában is változások lépnek fel. Kis részecskék a kromoszómában vagy teljesen eltűnnek, vagy más helyen voltak fellelhetőek. Ez származhatott a letöredezett részből, de származhatott másik kromoszómából is. *Ebből azt a zseniális következtetést vonta le, hogy a kukorica öröklési anyagában kell egy részecskének lennie, amely a különböző festékanyaggeéneket a szemcsékben be-, illetve kikapcsolja.* Ezeket a mozgó (ugráló) részecskéket, amelyek egy egész kromoszóma széttöredezéséhez vezethetnek, nevezte el „kontrolláló genetikai elemek”-nek.

A kukoricaszemekben levő színes foltok nagyságából következtetést lehet levonni arra nézve, hogy a különböző elemekből melyik típus felelős ezért a jellegezetességért. Minél nagyobb a színes folt, annál több sejt mutatott genetikum átalakulásokat. Míután azonban a kukoricaszem nem egy anyasejt osztódása útján keletkezik, így a folt nagysága arra is feleletet ad, hogy a kukoricaszem fejlődésének melyik stádiumában keletkezett a kromoszóma átfarmálódása.

A harmincas-negyvenes években az elméleti szakemberek kevésbé figyelték fel a tudósno eredményeire. Ezen közleményei azoknak az intézeteknek az évkönyveiben jelentek meg, amelyekben

akkoriban kutatott. Több kukoricatermesztő felfigyelt a vizsgálatokra és a levélben hozzáfordulónak adott válaszok jelzik a felfedezés haladásának egyes fontosabb állomásait. Az érdektelenséghez, amiben McClintock kísérleteinek része volt, hozzájárulhatott, hogy a kukoricaszemek színének a termelők szemében nem volt gyakorlati jelentősége. Később azonban más növényfélésekben is megtalálták ezeket a mozgó elemeket. *McClintock vizsgálatainak értékelése rendkívül bonyolult.* Az „ugráló” génekre vonatkozó elméletének összefoglalását először 1951-ben, a híres *Cold Springs Harbor*-i szimpozionok egyikén adta elő, de teljes értetlenség és közöny fogadta. Később néhány cikkben — mert nagyon keveset publikált, majdnem kizárólag a *Carnegie Institution* évkönyveiben — hozta felfedezését nyilvánosságra, de hiába. Abban az időben történt a dezoxi-ribonukleinsav (DNS) szerkezetének, a kettős spirálnak felfedezése, a DNS információhordozó voltának és a klasszikus genetika törvényszerűségeinek a molekuláris bizonyítása és a tudományos világ emiatt nem figyelt oda McClintock felfedezésére. (Hasonlóan Fleming felfedezésének közlésekor 1935-ben, amikor Domagk felfedezése minden más irányú felfedezést elhomályosított.)

Legtöbben nem is vették maguknak a fáradságot, hogy megbirkózzanak bonyolult írásaival. Mindössze egy-két genetikus akadt, aki úgy vélte, hogy ennek a furcsa hölgynek a dolgaiban mégis van valami érdekes, ők megemlézték felfedezését egy-két genetikakönyvben, mint a genetikai panorámaváltozás speciális esetét. A hatvanas évek végén nyugatnémet kutatók: Peter *Starlinger* és Heinz *Saedler*, az angol Joe *Shapiro*, valamint az USA-ban P. *Peterson* és R. A. *Brink* a coli baktériumokban hasonló mozgékony (ugráló) genetikai elemeket mutattak ki. Ezeket *transposannak* nevezték el. A hetvenes években a génszabászat (genetic engineering) technikájának alkalmazásával kezdtek el vizsgálni az ugráló génszakaszok szerkezetét. A molekuláris vizsgálatok végül is teljes mértékben igazolták Barbara McClintocknak azt a modelljét, amelyet — a DNS-ről mit sem tudva! — húsz-harminc évvel korábban felállított.

Néhány éve vált ismertté, hogy az „ugráló” elemek szigorúan meghatározott szerkezetű DNS-darabok, amelyeknek a két végén ismétlődő (tehát ugyanolyan, de fordított) génszakaszok vannak. Ezek a végek teszik lehetővé, hogy az elem beépüljön más DNS molekulába. Minthogy 10 évvel ezelőtt kezdett kirajzolódni a felfedezés jelentősége, illetve annak általános érvénye, minthogy azt nemcsak mikroorganizmusokban, hanem rovarokban, állatokban, sőt, emberben is sikerült kimutatni. Ekkor igazolódott, hogy ezek az ugráló elemek fontos funkciót töltenek be a biológiában, sőt az orvostudományban is. A *baktérium-rezisztencia* kialakulásában játszott szerepük is beigazolódott. Kiderült, hogy a rezisztencia egyik baktériumról a másikra átvihető. Több állati élősről (tripanozómák) bebizonyosodott, hogy képesek felszíni tulajdonságaik megváltoztatására és ezzel kikerülhetnek a gazdaszervezet immunológiai befolyását. Felsőbbrendű szervezetekben is beigazolódott: a DNS egyes részeinek változása lehetővé teszi, hogy *szinte végte-*

len lehetőség nyíljenk a különböző anyagokkal szembeni ellenanyagok képzésére. (Erre a századfordulón bécsi kutatók rájöttek anélkül, hogy meg tudták volna magyarázni.) Több tényező szól amellett, hogy az öröklődő tulajdonságok, vagy annak egyes részeiben történő változások szerepet játszhatnak a *daganatsejtek* keletkezésében. Azok a gének, amelyek a daganatos sejtek tulajdonságait befolyásolják — az úgynevezett onkogének — több tumorféléseknél arra utalnak, hogy a kromoszómákban történő géneltolódások következményei.

A Nobel-díj bizottság határozatában kiemelte, hogy a tudós kísérletei betekintést engednek abba a folyamatba, hogyan változhatnak a gének a fejlődés során. Hangsúlyozta a bizottság azt is, hogy *a végzett kísérletek kivételes éleselméjűségről és intellektuális pontosságról tanúskodnak.*

Befejezésül néhány adat Barbara McClintock életútjáról: 1902. június 16-án született *Hertfordban*. (Connecticut). Amikor beiratkozott a Cornell egyetemre, növénytermesztéssel kívánt foglalkozni, de a jelentkezést ebben a formában nem fogadták el és botanikus lett. 1927-ben promovált és tovább dolgozott az egyetemen. Már 1931-ben egy jelentős dolgozata jelent meg a *crossing over*-ral kapcsolatban. Ezután mint *Guggenheimer*-ösztöndíjas Pasadenában, később a *Freitbutg*-i Bg.-ban kutatott, dolgozott a *Missouri* egyetemen, majd a washingtoni *Carnegie* intézetben. A tanítást szívesen cserélte fel a kutatással. New York mellett, *Cold Springs Harborban* erre akkora területet kapott, amekkora Mendelnek volt annak idején, a brünni kolostor kertjében (7×5 m). Itt számos alapvető felfedezés jelezte különleges kutató szímatát és 1951-ben hangzott el az intézet szimpozionján a beszámoló a nagy felfedezésről, mint említettük, visszhang nélkül. Bár rossz tapasztalatai voltak, elvállalta az *Andrew D. White* tanszékét és azt 1974-ig vezette. Azonban kutatásait mint külső munkatársa, tovább folytatta a fent említett intézetben. Ekkor már felismerték felfedezése jelentőségét és 7 egyetem díszdoktorául választotta.

Röviddel a díj elnyerése előtt egy könyv jelent meg E. *Fox Keller* tollából „*A Feeling for the Organisms: The Life and Work of Barbara McClintock*” címen. A könyv 235 oldalas. A Nature-ban megjelent kritika szerint a szerzőnő nem mindenben értette meg McClintock felfedezéseinek lényegét. Ugyancsak még a Nobel-díj elnyerése előtt, 1981-ben a *MacArthur*-alapítvány őt választotta első „*Fellow Leureat*”-tá, ami élete végéig évi 60 ezer dolláros adómentes jövedelmet biztosít a számára.

Kondorosi Ádám, a szegedi biológiai központ munkatársa néhány évvel ezelőtt felkereste az akkor már a szakemberek körében világhírnek örvendő tudósnot és arról számolt be, hogy a tudós nő roppant szerény, mondhatni, puritán viszonyok között, fiatalos lendülettel végezte kutató munkáját.

McClintock az 56. amerikai Nobel-díjas és az ötödik nő, aki természettudományos munkásságért kapta a kitüntetést. Ezenfelül két ír békeharcosnő 1977-ben Béke Nobel-díjat kapott.

A tudós felfedezésének jelentősége e sorok írásakor állandóan bővül.

Kenéz János dr.

Az aero-ionizáció orvos-biológiai felhasználásának lehetőségei a XVIII-XIX-ik században és mai időszerűségük

Korunkban súlyos accelerációt élünk meg, az élet hallatlan mértékben felgyorsult, ezzel egyidejűleg környezetünk szennyeződése soha nem tapasztalt mértéket ért el. A levegőt alkotó gázok többnyire ionos formában vannak jelen, amely a szennyeződés dózistól és jellegétől függően mind töltését, mind az aggregációs részecskék méretét tekintve eltérő lehet és az eltéréseknek megfelelően fejt ki hatását az emberi környezetre. Mint Krüger munkáiból tudjuk, korunk kutatói az aero-ionizációt a neuroendocrin rendszert illetően mint hatótényezőt írják le, így feltételezhető, hogy több betegség hététerében az aero-ionizációs effectusok hajlamosító tényezők lehetnek. Hiszen Szent-Györgyi A. felfogása szerint nemcsak a betegségnek, de az egészségi állapotnak, a „fisiológias praesensnek” is lehetnek fokozatai, amelyek az „adaptációs syndromakon” keresztül neuroendocrinológiai alapon befolyásolhatók.

Korunkat a kemikáliák korszakának is lehetne nevezni, amelynek praedomináns jellege az élet minden területen megfigyelhető. Így felvetődik a kérdés, vajon az elmúlt 200 év aero-ionizációs kutatásának eredményei mondanak-e a mai kor kutatóinak és felhasználóinak olyat, amely a jelenlegi műszerezettség szintjén jobban alkalmazható terápiás vagy diagnosztikus alapon, mint az elmúlt évszázadok során? Valószínűnek látszik, hogy igen, de legalábbis gondolatébresztő lehet több vonatkozásban, arról nem is beszélve, hogy E. Mach a nagy osztrák fizikus szerint „Mindenki, aki a tudományos fejlődés egész folyamatát ismeri, természetesen sokkal szabadabban és helyesebben fog gondolkozni egy jelenlegi tudományos megmozdulás jelentőségéről, mint az, akinek ítélete csak az általa megélt időszakra korlátozódik, s aki így a mozgásnak csak pillanatnyi irányát észleli.”

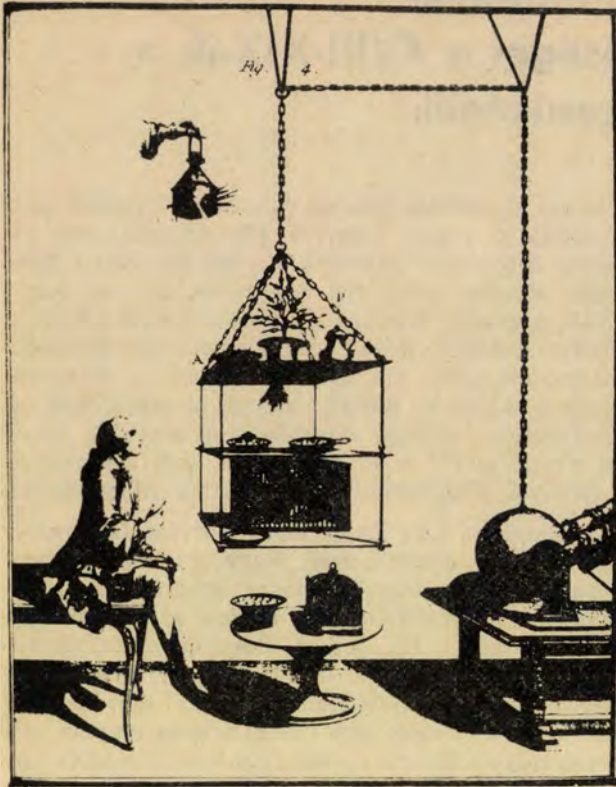
Valószínűleg a legrégebb ismert írásos emlék Nolle abbé értekezésében található, amely szerint már az 1600-as években a légköri elektromosságot vihar előrejelzésére használták. Friaulban az Adriai-tenger partján levő duinoi kastély egyik bástyáján elhelyezett kopjához szép időben egy vasalabárdot közelítettek és ha a kopja hegyéből szikrák pattantak elő, kürtjelt adtak a földművelőknek és a halászoknak a rossz idő közeledtére. Ennek az adatnak a hitelességét megerősíti Imperati benedekrendi atya levele 1602-ből, amelyben a duinoi lakosok ezen szokására azt mondja: „Igne et hasta hi mire utuntur ad imbres, grandines procelasque praesagiendas, tempore praesertim aestivo”. (Ezek az emberek csodálatos módon használják a lángot és a lándzsát, hogy különösképpen nyáridőben az esőt, kénesőt és a viharokat előre megjósolják.) Nem egzakt közlésből ismert, hogy amióta az ember vitorláhajóval járja a tengereket, az árboccsúcson megjelenő elektromos szikrák a viha-

ros idő közeledtét jelezték és a hajók ilyenkor nem futottak ki a nyílt tengerre. (Ezt az elektromos kislülési folyamatot nevezték később Szt. Elmo tüzének.) Később a kutatók egy része, mint az angol Wall, a német Winkler és a már említett francia Nollet a XVIII. század első felében több-kevesebb határozottsággal kinyilvánították azt a feltevést, hogy a villám (és Winkler szerint az északi fény is) elektromos jelenség. Hasonló eredményekre jutott B. Franklin (2) és P. Divisch is, akik elsőként és egymástól függetlenül szerkesztettek villámhárítót.

Elsőként XVI. Lajos udvari orvosa Lemonnier (1717–1799) gondolt arra, hogy a levegő elektromosságának biológiai hatásai lehetnek, majd B. Kratzenstein kísérlete meg először az emberen jelentkező kóros állapotokat elektromos szikrák segítségével befolyásolni. Nollet a légköri elektromosság mérésre a „capillar elektrométer” őst használta (1. ábra), amely abból a kísérletes tényből jött létre, hogy a tágabb csőből való áramlás esetén lassulás észlelhető az elektromos légtérben, míg a szűk csőből cseppenként kifolyó folyadékoknál gyorsulás. Ugyancsak Nollet észlelte elsőként, hogy a légköri elektromosság a növényi magvak csírázását és a palánták növekedését gyorsítja. Mazeas megemlíti egy epilepsziás beteg esetét, aki mindig a légköri elektromosság erős növekedésekor, vagyis zivatar idején kapott rohamot és akin ő ezt a légköri konduktor segítségével való villanyozással is akaratlanul kiváltotta. Az 1700-as évek közepén és végén a légköri elektromosságot úgy nyerték, hogy a természetes elektrifikációt antenna segítségével a kísérleti egyedhez vezették, vagy dörzselektromosságot gerjesztettek és azt sugározták ki, de már ismerték a hydro-aero-ionizációt is (2. ábra), ahol az elektromosságot fémfecskendőbe vezették és az „elektrifikált” vízzel végezték el a kezeléseket.

Ennek a kornak hazai vonatkozása is van, amely a Debreceni Collegium fizikaprofesszorához, Hatvani Istvánhoz fűződik, aki orvosi diplomáját Bazelben szerezte. Tanulmányútjáról hazatérve Bécsből 1749-ben „Elektrica Machinát” hozott, amellyel nemcsak légelektromos kísérleteket mutatott be tanítványainak, de kiterjedt orvosi praxisában is felhasználta (elsősorban meghűléses eredetű felső légúti fertőzésekben és emphysemás esetekben). Kísérletei miatt „az ördöggel való cimborasággal” vádolták, de a vádak megmaradtak a mondák és anekdoták szintjén, szájhagyomány útján terjedve a kollégiumi diákok körében, túlélve több mint 200 évet. A Hatvani professzorról elterjedt mondákat a szépirodalomban Jókai Mór és Arany János (mint egykori debreceni kollégiumi diákok) örökítették meg.

A légelektromos kezeléseknél döntő tényező a polaritás, így jelentős volt J. Canton azon felisme-



1. ábra: Nollet abbé „ős aero-iongenerátora”, amelyet növény- és állatkísérleteinél egyaránt felhasznált (A kép bal felső sarkában a légköri elektromosság korabeli „mérőműszere” 1748-ból).



2. ábra: Bertholon abbé már 1783-ban az öntözővíz elektrifikálása által a „hydro-aero-ionizáció” ősi formáját valósította meg.

rése, hogy a levegő pozitív vagy negatív töltését mesterségesen hogyan lehet előidézni. J. R. Wilke felismerte az időjárási frontok emberre gyakorolt hatását, míg a nagy természettudós Linné leánya, Elisabeth Linné az indiai zsásza, kányafű vöröses-sárgás virágainak villámszerű felvillanását figyelte meg. Linné, Wilke, Volta és más kutatók észlelései szerint is lélegektromos jelenségnek volt tekinthető.

Marherr (5), aki (1766-ban a fisiologia professzora volt Prágában) felismerte azt a ma is helytálló tény, amelyet korunk neves kutatói Krueger, Wehner, Sulman és többen mások állatkísérleteikben bizonyítottak, hogy a légköri elektromosság semlegesítődése után hosszabb-rövidebb időn belül beáll a halál. Kischvogel szerint a pozitív lélegektromosság esetén a pulzus 5 perc elteltével 14-gyel többet ver, míg negatív elektromosság esetén ugyanennyivel kevesebbet, amely észlelés jó megközelítésben korunkban is elfogadható. Gardini szerint a lélegektromos változásoknak az állati szervezeten jobban ki vannak téve, mint a növények, amelyek csúcsukban és pihékben jó kiegyenlítő szervekkel rendelkeznek. Gardini az élő környezet védelmére a Montgolfier testvérek 1782-ben felbocsátott hőlégballonjára erősített elektromos levezetőt indikál.

Marat, a híres forradalmár, aki orvos és fizikus volt és a kezeléseket pozitív lélegektromossággal végezte (minthogy az akkori nézetek szerint lehetetlen az elektromos fluidumot a levegőből kivonni) egy fiatal páciensének esetét közli, akinek hólyagköve volt és a hálószobájának levegőjét éjjel 5 óra hosszat villanyozták, amely a kínzó symptomák csökkenéséhez vezetett.

Horace Benedict de Saussure szerint a légköri elektromosság az egyik oka, hogy a szabadban végzett gyakorlatok stimulatívabbak, mint a zárt térben végzetek, amely mai felfogásunkkal is meg egyezik, minthogy a zárt terek töltése pozitív, amely kedvezőtlen vagy erősen töltésszegény. Rozier szerint negatív légköri elektromosság esetében a test elektromossága elvonódik, amely a keringés lassulásához, a pulzus csökkenéséhez, astheniához, náthához, reumatikus affekciókhoz és káros anyagok lerakódásához vezet a testben. Ormoy szerint a lélegektromossággal kezelt selyemhernyókat kevésbé támadták meg a betegségek, mint a nem villanyozottakat. Ebben az időben végezte közismert, híressé lett kísérletét Galvani, amelyhez természetes és mesterséges lélegektromosságot egyaránt használt. A villámlással egyidejűleg a vasdrótra függesztett békacombok összehúzódtak, de ugyanez volt észlelhető akkor is, ha a felhők alacsonyan vonultak. Galvani kísérleteivel szerette volna megérteni bizonyos betegségekben beálló hirtelen változások és a légköri elektromosság összefüggéseit.

A légköri elektromosság kutatói közé tartozott a kiváló tudós és iskolaalapító Alexander von Humboldt is, aki szerint a légköri elektromosság hiánya a fáradtság érzetét váltja ki, de frequentált esetben közvetett oka lehet a golyvának és a kreténizmusnak is. Mint érdekesség említhető meg a híres filozófus, I. Kant, aki erős fejfájásának okát az abban

az időben uralkodó különös fajtájú légköri elektromosságban látta és ennek tulajdonította több európai nagyvárosban a macskák feltűnő pusztulását is. A légköri elektromosságról a kretenizmusmal kapcsolatban megemlékezik A. E. *Iphofen* is, amely szerint: „A kretenizmus közvetlen oka az életerő hiánya, a közvetett ok pedig a légköri elektromos anyag hiánya.” C. H. *Pfaff* német orvos és fizikus a légkör elektromos viszonyai és a kolera megjelenése és eltűnése között összefüggést tételez fel. E. *Pallas* szerint a betegségeket általában az atmoszféra igen felerősödött elektromos állapotai okozzák. E. *Becquerel* szerint a légköri-elektromos kiegyenlítődéssel járó folyamatok többnyire csak szeszibilis személyek idegrendszerét izgatják. *Liebig*, *Poggendorf* és *Wöhler* elméleti és alkalmazott kémiai szótárában említést tesz a természetes légköri elektromosságnak az emberre gyakorolt veszélyeiről.

Jelentős felismerés volt a C. F. *Schönbein* által felfedezett ózon (amely a biológikumra a lélegelektromossággal együtt hat), valamint a W. *Thompson* által felfedezett sűrűdési ionizáció.

Mint érdekesség említhető meg *Arrhenius* és *Ekholon* felismerése, amely szerint a légköri elektromosság 26 napos periódusával egybeesik a menstruációs periodicitás. *Elster* és *Geitel* 1899-ben a gázionok tanát a légköri elektromosság viszonyaira alkalmazta, innen kezdve használatos az „aero-ionizáció” kifejezés. Velük egyidőben mutatott rá *Wilson* is, hogy az atmoszférának vezetőképessége van, amit a kis feltöltött részecskék az aero-ionok idéznek elő.

Mint tudománytörténeti ténytet kell megállapítani, hogy a XIX. század végére és attól elhúzódon századunk 30-as évéig az aero-ionizációval kapcsolatos kutatások hanyatlását lehetett észlelni. Az 1700-as és 1800-as évek kutatásainak áttekintéséből látható, nagyon sok olyan eredmény és megsejtés volt észlelhető már akkor, amely jó megközelítésben napjainkban is helytálló maradt. Korunkban a környezetszennyeződés, a bioszféra vé-

delme, a kemikáliák mértéktelen használatának csökkentése és az astronautika indokolttá tette, hogy az aero-ionizációs kezelések korszerűbb gépi felszerelésekkel és okszerűbb használattal alkalmazhatók legyenek.

Paál Antal dr.

IRODALOM: 1. *Nollet*: Mémoire sur les effets du tonnerre comparés á ceux de l'électricité In Mémoires de mathématique et de physique ... de l'Académie royale des Sciences, de l'année 1764. Paris, 1767. — 2. *Franklin, B.*: Experiments and Observations on Electricity, made at Philadelphia in America. By Mr. B. F. and communicated in several Letters to P. Collinson of London, F. R. S. London, printed and sold by E. Cave. London, 1751. 4°. — 3. *Le Monnier, L. G.*: Observations sur l'électricité de l'air. Mémoires de Mathématiques et de Physique tirés des registres de l'Académie Royale des Sciences de l'année 1752. Paris 1756 (page 233—243). — 4. *Linnaea, Elisabeth, Christina*: Abhandlungen der königl. schwedischen Akademie der Wissenschaften ... auf das Jahr 1762, übersetzt von A. G. Kästner. Hamburg und Leipzig, 1765, p. 291—293. — 5. *Marherr, Ph. A.*: Programma de electricitatis aerae in corpus humanum actione. Viennae, 1766. 4° Deutsche Vebersetzung: Von der Wirkung der Luftelektrizität in dem menschlichen Körper, Chur und Lindau, 1770. Verl. auch (Haller): Göttingische Anzeigen von gelehrten Sachen. 66. Stück vom 1. Juni 1767. — 6. *Marat* Memoire sur l'électricité médicale, couronné le 6 d'out 1783 par l'Académie Royale des Sciences at Arts de Roven Paris, 1794. 8°. — 7. *Galvani*: De viribus lectricitatis in motu musculari Comentaribus. Commentarii Bonon, Tom. 7. 1791. 4°. — 8. *Humboldt, A.*: Kosmos Entwurf einer physischen Weltbeschreibung. Stuttgart und Tübingen, 1845. Bd. 1. — 9. *Pfaff, C. H.*: Vorläufige Nachrichten über die Influenzaepidemie im Jahre 1937 in den Herzogtümern Schleswig und Holstein. Pfaffs Mitteilungen 1837. — 10. *Arrhenius, S.*: Die Einwirkung kosmischer Einflüsse auf physiologische Verhältnisse. Skandinavisches Archiv für Physiologie. Leipzig, 1898. 8. Bd.

HELYREIGAZÍTÁS!

Az Orv. Hetil. 1984. január 8-i 2. számának HORUS rovatában közölt „A magyar urológia fejlődése...” c. cikkben a 102. oldalon a második hasáb első bekezdése nyolcadik sorában az évszám helyesen: „1903-ban lett az I. Sebészeti Klinika...”; továbbá a 107. oldalon a második hasáb első bekezdésében közölt Kátay Pál név helyesen *Kótay Pál*.

Masszi Ferenc dr.

(1925–1983)

Ötvennyolc éves korában rövid betegség után váratlanul elhunyt Masszi Ferenc dr., a Fővárosi Balassa János Kórház-Rendelőintézet I. számú Belgyógyászati Osztályának osztályvezető főorvosa, az orvostudományok kandidátusa, a Balassa János Kórház-Rendelőintézet Közleményeinek felelős szerkesztője, az intézmény Tudományos Bizottságának vezetője, a kórházi pártalapszervezet titkára.

Ötgyermekes pedagóguscsaládból származott. Édesapja haladó gondolkodású gimnáziumi tanár volt, de fiatalon rokkanttá vált, gyermekei korán megismerték az anyagi gondokat. Középiskoláit Pécsen végezte, érettségi után 1944-ben rögtön a frontra vitték, ahol egy kisebb egység vezetését bízták rá. Humánuma azt sugallta, hogy vigyázzon az emberek életére, sikerült elérnie, hogy katonái közül mindenki életben maradt. 1945-ben viszontagságos, hosszú gyaloglásokkal teli út után tért haza Marseille-ből, amerikai fogságból. Hazatérése után a Pécsi Orvostudományi Egyetemen kezdte meg tanulmányait, majd a harmadik évtől Budapesten folytatta, ahol 1952-ben szerzett orvosi diplomát.

Már medikus korában elkezdte tudományos kísérleteit a gyomor- és májdaganatok keletkezését vizsgálva és tovább folytatta azokat fiatal orvosként. Kitűnő iskolái voltak: a Rókus-kórházban Büki Fejér Árpád belosztályán, a Budapesti Orvostudományi Egyetemen a II. számú Belgyógyászati Klinikán Haynal professzornál, majd az Országos Onkológiai Intézetben Selli Kamilló mellett szerzte meg azt az alapos tudást és ismeretet, amelynek birtokában 1970 óta vezette a Vas utcai Balassa Kórház I. számú Belgyógyászati Osztályát.

Kezdetben vajsárgával, majd ammónium-kloriddal hozott létre kísérletes rákot és ezek viselkedését vizsgálta hormonális milieu-ben. 1963-ban az ETT munkásságát jutalomban részesítette. 1966-ban mint önálló aspiráns sikeresen védte meg kandidátusi disszertációját a „Kísérletek és klinikai megfigyelések a rosszindulatú daganatok kémiai gyógyításában” című témában. 1968-ban az „Endokrin rendszer rosszindulatú daganatai” című összefoglaló tanulmányát az OTKI továbbképző jegyzet formájában adta ki. Több mint félszáz tudományos dolgozata jelent meg, számos hazai és külföldi nemzetközi kongresszuson tartott előadást. Eredményes tanulmányutakon vett részt Moszkvában, Berlinben, Tokióban, Leningrádban, Münchenben és Kijevben. Az utóbbi években már doktori disszertációján dolgozott. Két nemzetközi rákellenes tudományos társaság is sorai közé választotta: 1966-ban az „International Union Against Cancer”, 1973-ban pedig a „European Association For Cancer Research” tagja lett.

Aktívan vett részt az orvoscépzésben és továbbképzésben. E téren kiemelendő, hogy néhány

éve „Onkológiai Belgyógyászat” címmel speciálkolégiumot vezetett az egyetemen.

Több jelentős, követésre méltó vizsgálatot és klinikofarmakológiai kísérletet irányított az osztályán. E fontos munkák elsősorban a gyomor-bélrendszer megbetegedéseinek eredményesebb gyógyítását célozták. Kinevezése után 1970-től szinte a nulláról indulva kellett megszerveznie és felszerelnie osztályának endoscopos laboratóriumát. Azóta közel 5000 endoscopos vizsgálatot végeztek el, nagy segítséget nyújtva ezzel intézetünk diagnosztikai munkájának korszerűsítéséhez. Valamennyi orvosa gyakorlatot szerzett e ma már nélkülözhetetlen vizsgáló módszerben, de vannak olyan tanítványai is, akik közül az egyik Marokkóban, a másik Cipruson hasznosítja a tőle tanultakat. Belgyógyász szakorvosaitól megkövetelte, hogy a kellő jártasság mellett gastroenterológiából is ráépített szakképesítést szerezzenek.

Az osztályához tartozó csoportvezető belgyógyász főorvosoknak és körzeti orvosoknak a klinikai munkába való bevonása, munkájuk értékelése, gondozási feladataik követése, szakmai tevékenységük diszkrét irányítása terén is sokat tett. Ezzel ugyancsak a betegek érdekét szolgálta, akik tisztelték, becsülték, szerették és elismerték: mint orvost, mint vezetőt és mint embert egyaránt. Jó embernek tartották és az is volt valóban!

Masszi Ferenc dr. volt az integrált intézet Tudományos Bizottságának vezetője. 1972 óta szerkesztette igényesen és egyre jobb kiadásban orvosaink, egészségügyi dolgozóink tudományos munkáinak könyv alakban kétévenként megjelenő kötetét, a „Balassa Közlemények”-et. Jubileumi kiadás lesz az ideje, a kórház alapításának 75. évfordulóján, amely sajnos, most már az Ő nekrológiájával fog megjelenni.

Masszi főorvos közéleti ember volt. Több mint 20 éve az MSZMP tagja, annak mindig szerény, csöndes, de következetes harcosa. Már az Országos Onkológiai Intézetben pártvezetőségi tagnak választották, a mi kórházunkban pedig 1980 óta az alapszervezet párttitkára volt. Mint ember, mint humánummal átitatott egyéniség ugyancsak példát mutatott. A betegeken kívül a család volt minden, 7 gyermeket nevelt.

Babits Mihály szavaival búcsúzunk:

„Te már mindent tudsz,
túl vagy mindenén, okos felnőtt!
Te jól tudod, mennyi kint bír az ember,
mennyit nem sokall...
s mit ér az élet...
S talán azt is, hogy nem is olyan
nagy dolog a halál...”

Gazdag Imre dr.



Gastroenterologia

Mi a helyzet az ulcus pepticummal? Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1982, 284, 1063.

Az angol gastroenterológusok szerint mostanában csökkent az ulcusos betegségek gyakorisága. Valóban ez-e az általános helyzet a többi nyugati országban is — tehető fel a kérdés —, s ha igen, mi ennek a magyarázata?

Igaz az, hogy a legutóbbi száz év folyamán nagyon sokat változott ez a megbetegedés. Brinton 1867-ben napvilágot látott jelentős ulcusos monographiája pl. kizárólag a gyomor peptikus ulcusával foglalkozik, mivel a nyombélfekély ebben a korban gyakorlatilag ismeretlen volt. Ugyanakkor 3 évtizeddel később már sok duodenalis ulcusban szenvedőről jelenik meg összeállítás. A két világháború közti időszakban pedig a nyombélfekély már gyakrabban fordul elő, mint a ventricularis ulcus, míg ez utóbbi elsősorban az idősebbek körében lelhető fel.

A nyombélfekélyes morbiditás csúcsa az 1950-es évek közepére tehető, s úgy néz ki, hogy azóta mindkét ulcusféleség előfordulása s az általuk okozott problémák súlya csökkent. Ennek valószínű háttere a következő: a) valóban csökken a fekélyes megbetegedések gyakorisága, b) a széles körben elterjedt endoscopos vizsgálatok eléggé biztonságossá teszik a kórismézést, s így alig van olyan eset, melyet kellemő bizonyítás nélkül ulcusnak tartanánk, holott valójában nem az, c) végül az új, korszerű gyógyszerek alkalmazása megváltoztatta a megbetegedés természetét, vagyis kevesebb ulcusos kerülne be gyógyintézetbe.

Ugyanakkor tény az is, hogy a valódi ulcus-gyakoriság megállapítása igen nehéz. Ma már kevesen hálnak meg ulcus miatt; igaz, hogy az idősök jóval gyakrabban, mint a fiatalok (talán 200-300-szoros ez a különbség). Idősök fekélyével kapcsolatban az is kérdéses, hogy új megbetegedésről van-e szó, vagy pedig a fiatalabb korban már kórismézett ulcus időskori kiújulásáról.

A fentiek ellenére az bizonyítható, hogy mind Angliában, mind Walesben kifejezetten csökkent a fekély miatti hospitalisatio és halálozás. E csökkenés kifejezettebb a férfinepességben, és különösen szembetűnő a fiatal férfiak nyombélfekélyes morbiditásában. A perforatio gyakorisága is csökkent a férfiak mindkét fekélyféleségében; ugyanakkor a nők körében nem változott. Hasonló észlelésekről szá-

molt be még több angol szerző (össz-ulcus gyakoriság és össz-perforatio csökkenése); mások pedig arról, hogy férfiorvosok ulcus duodeni morbiditása csökkent. Dán szerzők az 1950-es évek óta észlelik az ulcusos halálozás csökkenését. Az USA-ban is kevesebb lett a fekélyes megbetegedés (főleg a nyombélfekélyes).

Miután a fekélyes dyspepsiát hatáson lehet befolyásolni objektív diagnosztikus tesztek alkalmazása nélkül is, a gyakorlatban igen széleskörű a gyógyítás módjának lehetősége. Van olyan közlés például, mely szerint az ulcusosnak tartott és cimetidinnel kezelték 1/3-ában sem radiológiailag, sem endoscop-pal nem erősítették meg a kórismét!

Emellett kézenfekvő, hogy az új, hatásos antiulcusos készítmények, a H₂-antagonisták bevezetése a terápiába hirtelen és kifejezetten csökkentette a fekély miatti műtétek gyakoriságát.

Nézzük ezek után az ulcusos morbiditás gyakoriságának hátterét. Angol szerzők utalnak arra, hogy a XIX. század utolsó negyedében született nemzedékek igen sok megpróbáltatáson mentek keresztül (pl. két világháború), s ez Angliában megmutatkozik az ulcus terén is. Míg ugyanis a fiatalok perforatio-gyakorisága csökkent, addig a fent tárgyalt nemzedékhez tartozóké nem, sőt a nők nőtt (főleg az ulcus duodeni okozta átfúródások). Az eddigi bizonyított kockázati tényezők jelentősége ismert (dohányzás, kávé, cola, étrendi megterhelések, sőt a nem-steroid gyulladáscsökkentők is); ugyanakkor köztudott a tejfogyasztás védő hatása. Azonban az, hogy e tényezők, valamint az itt fel nem soroltak, továbbá a szociális körülmények hatása mennyire lényeges, jelenleg éppúgy ismeretlen számunkra, mint sok más, eddig meg nem válaszolt prognosztikai kérdés.

Major László dr.

A rostdús étrend megelőző hatása nyombélfekélyben. Rydning, A. és mtsai (Department of Medicine, Lovisenberg Hospital and Department of Medicine B, Aker Hospital, Oslo, Norvégia): Lancet, 1982, 2, 736.

Bár a nyombélfekélyesek gyógyításában széles körben használják a legkülönbözőbb étrendeket, mégis közsímet, hogy ezek terápiás hatása meglehetősen korlátozott. Alkalmazásuk hátterében az a meggyőződés áll, hogy a gyakori, kis volumenű étkezés csökkenti a sav- és pepsinválasztást, pufferezi a

már kiválasztott gyomorsavat, csökkenti a gyomor motilitását és fokozza a gyomornyálkahártya ellenálló-képességét. Érdekes, hogy a hagyományos, alacsony rosttartalmú „ulcus-diaeta” klinikai értékelését még senki sem végezte el — ugyanakkor először 1978-ban napvilágot látott megfigyelések arra utalnak, hogy az eddig elképzelttel ellentétben a rostdús étrend kifejezetten jó hatású nyombélfekélyeseken. A szerzők ezért összehasonlították saját, duodenalis ulcusban szenvedő betegeiken a magas és alacsony rosttartalmú diéta hatását, kettős vak kísérletben.

Előjáróban 75 nyombélfekélyes betegüket 2 csoportba osztva, 4 héten át antacid tablettákkal, illetve placebóval kezelték. E terápiára az első csoport betegeinek 81%-a, míg a másodiknak 24%-a gyógyult, helyesebben, vált tünetmentessé. Ezt követően a gyógyulást nem mutatókat 4 héten át napi 2x150 mg ranitidinnel kezelték, melynek eredményeképpen e betegek 83%-a gyógyult, sőt a 6 hetes ellenőrzés-kor az addig nem javuló 4 betegből is 3 rendbejött. Ezután a tünetmentes betegek — összesen 73-an voltak — félévi időtartamon át nyomon követték, kiújulás szempontjából, de úgy, hogy randomizációval 2 csoportba osztották őket: így 38-an kerültek a magas rosttartalmú, míg 35-en az alacsony rosttartalmú étrendet tartalmazó étrenddel kezelték közé, s utána állapotukat klinikai vizsgálattal és fiberoscopiával ellenőrizték. Az első csoport átlagosan napi 28,2 g rostot kapott, míg a második csak 11,4-et (szélső értékek: 8,9—46,7, illetve 0—17,7 g/die).

A féléves felülvizsgálatkor a következő eredményeket észlelték: míg a rostdús étrendet fogyasztók körében 45%-os volt az ulcus-recidiva, addig a rostszegény kosztot fogyasztók között ez 80%-osnak bizonyult, ami szignifikáns különbség. (Ettől függetlenül ugyancsak szignifikánsan gyakoribb volt dohányosokon a kiújulás.)

A szerzők — vizsgálataik alapján — csatlakoznak azokhoz, akik úgy vélik, hogy a rostdús étkezés valóban védő hatású nyombélfekélyeseken, főleg, ami a recidívát illeti, de elismerik, hogy a hatás kialakulásának módja jelenleg nem ismeretes.

(Ref.: A növényi rostokban gazdag étrend itt közölt jótékony hatása mellett közismert ennek más emésztőszervi megbetegedésekben oly hasznos alkalmazhatósága, főleg idült székrekedés esetén, valamint a colitisek tekintélyes hányadában; emellett a legtöbb szerző meg van győződve, hogy e kosztal megelőzhető a vastagbél-diverticulosis, sőt a vastagbél rosszindulatú daganatainak kialakulása is. Magunk — székesfehérvári szerzők vizsgálataival megegyezően — a közelmúltban számoltunk be arról, hogy a növényi rostokban gazdag diéta kifejezetten javítja a cukor-

betegnek szénhidrát-toleranciáját — igaz, a napi rostbevitel jóval meghaladta a norvég szerzők által alkalmazott mennyiséget.)

Major László dr.

Csökkenti-e a duodenalis ulcus relapsus rátáját a gyógyulás utáni cimetidin kezelés. K. D. Bardhan és mtsai (District General Hospital, Rotherham S60 2UD): Brit. med. J. 1982, 284, 621.

A nyombélfekély gyógyulása után a cimetidin kezelést csökkentett dózisban, intermittálóan vagy teljes dózisban (1g/die) szokták folytatni. A szerzők a teljes dózisban adott cimetidin hatását vizsgálták a fekély recidiva vonatkozásában. Egyhónapos cimetidin kezelésre 248 nyombélfekélyből 194 eset, 78% gyógyult. A gyógyulás után 3 azonos létszámú csoportot képeztek a beteganyagból. Tovább adták a teljes adag cimetidint 2, illetve 5 hónapig, valamint kontrollként placebót kaptak betegek. Az ellenőrzést két évig tartották fenn, 3 havonként végezve endoscopos vizsgálatot. A recidivák tüneteket okozók (majdnem mindig ulcus) vagy nemak (fele részben ulcus és erosio) voltak. A statisztikai analízis azt mutatta, hogy a recidiva aránya mindhárom csoportban azonos volt.

Eredményeik azt igazolták, hogy a nyombélfekély gyógyulása után fenntartott cimetidin kezelés a relapsus rátát nem befolyásolja.

(Ref.: Kérdés, hogy nagyon hosszú — több éves — kezelés befolyásolja-e a recidiva arányát.)

Figus I. Albert dr.

Arbaprostil hatása a duodenalis ulcus gyógyulására. Vantrappen, G. és mtsai (Department of Medicine, University of Leuven, Belgium): Gastroenterology, 1982, 83, 357.

Régóta ismert a prostaglandin E₂-nek (PGE₂) és néhány metilanalógjának gyomorsecretiót gátló hatása. Az arbaprostil [15(R)-15-metil-prostaglandin E₂] több közlemény szerint különösen hatásosan gátolja a basalis, valamint a pentagastrinnal és étellel stimulált gyomorsecretiót.

Jelen széles körű multicentrikus (Leuven, Krakkó, Amszterdam, Lyon, Kalamazoo, Michigan) vizsgálat kettős vak, randomizált módszerrel méri fel az arbaprostil (A) klinikai alkalmazhatóságát. 173 endoscopyal igazolt, aktív duodenalis ulcusos betegük közül (158 férfi, 15 nő) 82-t 1 hónapon keresztül naponta 4x100 µg A-lal kezeltek, a kontrollcsoport placebót kapott. A kezelés előtti napon, valamint a 14. és 28. napon endoscopyát végeztek, melynek során megmérték az ulcus átmérőjét.

Az A. kedvező hatása különösen az első 2 hétben érvényesült: a kezelt csoportban 3-szor annyi betegben észlelték a 14. napon teljes

gyógyulást, mint a placebót szedők között. A 28. napon a kezelték 67%-a, a kontrollcsoport 39%-a gyógyult meg. Akiknél teljes remissiót nem észleltek, a kezelt csoportban lényegesen kisebb volt az ulcus átmérője, a kontrollcsoport-hoz viszonyítva.

A dohányzás szignifikánsan csökkentette a placebót szedők gyógyulási arányát, az A-lal kezeltékét azonban nem befolyásolta. Alkohol-fogyasztás esetében ennek ellenkezőjét észlelték. A kávézás egyik csoportban sem befolyásolta az ulcus gyógyulását.

A cimetidinnel végzett vizsgálatok eredményeivel összevetve észleléseiket, a szerzők megállapítják, hogy az A. a cimetidinnel körülbelül azonos mértékben javította a duodenalis ulcus gyógyulási arányát. Mellékhatásai — lazább székürítés, hasmenés — miatt csupán két beteget kellett kizárni a vizsgálatból.

A serum-gastrin szint a két csoportban egyforma volt. A szerzők véleménye szerint az A. fekélyellenes hatása részben a savsecretio gátlásán, részben a cytoprotektív hatáson keresztül érvényesül. Már a többi PGE₂-származékról is leírták, hogy megelőzi a gyomorférzést (pl. aspirin szedése, endoscopya esetén), és csökkenti a gyomor-sejt-desquamatiót etanol adása után.

Mivel a cytoprotektív hatás már az A. kisebb dózisa esetén is fellép, a szerzők javasolják a napi 4x100 µg-nál kisebb adagok alkalmazását, mivel ennek alig van mellékhatása.

Horváth Andrea dr.

Tartós ranitidin kezelés hatása az intrinsic faktor elválasztására. Yeomans, N. D. és mtsai (Departments of Gastroenterology and Clinical Pharmacology, Division of Medicine, Austin Hospital, Melbourne, Ausztrália): Brit. Med. J. 1982, 285, 264.

A gyomor parietalis sejtjei egyaránt elválasztják a savat és az intrinsic factort. Ezért kézenfekvőnek látszik, hogy a histamin H₂-receptor antagonistákkal történő kezelés csökkenti az intrinsic faktor szekretálását is, s így következményes B₁₂-vitamin hiány alakulhat ki. Ezért nem meglepő, hogy már 1978-ban napvilágot láttak olyan vizsgálati eredmények, hogy a cimetidin gátolja az intrinsic faktor elválasztását, sőt a fehérjéhez kötött B₁₂-vitamin absorptióját is. Hogy ennek klinikai szempontból milyen a jelentősége, az még nem eldöntött kérdés. A szerzők a fentiek alapján látták célszerűnek annak vizsgálatát, hogy a H₂-antagonista ranitidin befolyásolja-e az intrinsic faktor elválasztását.

4 nyombélfekélyes betegükön, akik napi 300 mg ranitidint kaptak, 3 időszakban határozták meg RIA-vel az intrinsic faktor elválasztá-

sát: először a kezelés előtt, majd a terapia folyamán, végül utána; ezenkívül minden alkalommal megvizsgálták az intrinsic faktor elválasztás basalis szintjét, a pentagastrinnal serkentett értéket, valamint az ezután külön iv. adott 150 mg ranitidinre adott válaszokat.

Azt találták, hogy az iv. bevitt H₂-antagonistára mindhárom csoportban drámai módon csökkent az intrinsic faktor elválasztása, kb. a pentagastrin stimulációval elért szint 3-5%-ára.

Fentiek alapján a szerzők szerint érdemes a szervezet cobalamin-szintjének rendszeres ellenőrzése olyan betegeken, akik hosszabb időn keresztül kapnak H₂-receptor antagonistát, mivel ilyenkor eleve csökken az intrinsic faktor elválasztása. Különösen ez a helyzet súlyos fundus-gastritisben szenvedőkön.

Major László dr.

A gastrointestinalis vérzés és az angiographia. Baum, S.: Radiology, 1982, 143, 569.

A gastrointestinalis (GI) vérzés helyének megállapítására jelenleg három módszer alkalmas: endoscopya, arteriographia, izotóp technika. Az endoscopyával szemben az arteriographia fő előnye, hogy előkészítés és a beteg együttműködése nélkül elvégezhető, a katéteren át pedig therapiás beavatkozás is elvégezhető. Hátránya, hogy csak akkor pozitív, ha a beteg a vizsgálat ideje alatt vérzik. Izotóp anyagok közül a Tc^{99m} sulphurcolloid a vérzés helyének feldúsulva 5-10 percig detektálható. Igen érzékeny módszer, ha negatív, az arteriographiát el kell halasztani. A Tc^{99m}-el jelzett vvt. beadását követően a scannelés hosszabb időn át lehetséges, de a radioaktív accumulatio a vérzés helyétől eltávolodhat.

Arteriographia szempontjából a vérző betegek három csoportba oszthatók: 1. felső GI vérzés varixokból, 2. felső GI vérzés arteriából, ill. capillarisból, 3. alsó GI vérzés. Az első esetben Vasopressin iv. infúziója segíthet, annál is inkább, mert olyan műtéti megoldás, mely a varix recidiva-mentességét is biztosítaná, még nincs. Az arteriás vérzést az a gastrica sinistra-ba selective juttatott Vasopressin állíthatja el, kivéve a pyloro-duodenalis fekélyekből származó vérzéseket, melyeknél végső esetben az embolisatio is szóba jöhet. Az alsó GI vérzések localisatiójában legfontosabb módszer az arteriographia, de mivel a vérzés pontos idejét nehéz meghatározni, gyakran negatív.

Papp Zsuzsanna dr.

Gyomorbélfekélyek gombatelepeinek gyakorisága és jelentősége. Höchter, W. és mtsai (I. Med. Abt. f. Gastroenterologie und Inst. f. Pathologie des Städtischen Kran-

A gyomorbélhuzamban a gombák nem szokatlanok; a székletben 10-35%-ban, a szájüregből a populáció kb. fele részében találhatók élesztőgombák anélkül, hogy mycosis állana fent. A gyomorbélhuzam valódi gombafertőzöttségei sokkal ritkábban kerülnek észlelésre; leggyakoribb kórkép a felnőttet oesophagus-candidosisa. A gyomorfekélyek gombatelepüléseinek vitatott gyakoriságának és jelentőségének eldöntésére a szerzők prospektív vizsgálatokat végeztek 132 endoszkópos biopsziával megerősített betegükön. Ezek közül 59 (44,7%) esetben mutattak ki gombát; nem volt szignifikáns különbség a gyomorfekély (46,2%) és nyombélfekély (42,6%), valamint a jóindulatú (47,2%) és rosszindulatú (42,1%) gyomorfekély között. Az élesztőgombák közül csaknem kizárólag a Candida és a Torulosis fordultak elő. A mycelium-fázis csak natív vagy szövettani készítményben volt kimutatható; itt 16,7% (natív), illetve 10,6% (szöveti) arányban észleltek pozitív leletet. Minden esetükben, ahol pseudomyceliumok kimutathatók voltak, a tenyésztésben magas csíraszámot (több mint húsz kolóniát) észleltek. Az ilyen betegek legtöbbjénél immunincompetenciával járó kísérő betegség (diabetes mellitus, chr. alkoholizmus, malignoma stb.) állott fent. Mindezek alapján az a következtetés vonható le, hogy a gyomorfekélyekben pseudomyceliumok vagy húsz kolónián felüli tenyésztés kimutathatóága nem is annyira a helyi lelet jó- vagy rosszindulatát mutatja, hanem inkább a szervezet elhárító képességének gyengességére utal.

ifj. Pastinszky István dr.

Gyomor- és nyombélfekély tavaszi és őszi eloszlásának kérdése. Sáfrány L. és mtsai (Reinhard-Nieter-Krankenhaus Willhelmsaven): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 685.

Gyakori nézet mind az orvosok, mind a betegek között az ulcus gastroduodenale évszaki halmozódása tavasszal és ősszel; a fekélybetegség ritmikus, szezonjellegű jelentkezése szabályszerű tankönyvi adattá vált. A számos ide vonatkozó irodalmi adat utánvizsgálására kutatták a szerzők az 1978-1980. év között az endoszkóposan megerősített 882 friss gyomor- és nyombélfekély hónap és évszak szerinti eloszlását. A fekélyhullámzások évszaki halmozódását nem tudták megerősíteni. A fekélybetegség bár periodikus lefolyást mutat, azonban mégsem szezonhoz kötött. A fekélyhullámok gyakran hangoztatott tavaszi és őszi csúcserképei ezek alapján jogosan megkérdőjelezhetőek.

ifj. Pastinszky István dr.

A nyombélfekély tartós cimetidin kezelése. Massarrat, S. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1085.

Ismeretes a cimetidin kezelés jó hatása nyombélfekély tartós kezelésében, a recidiva kialakulásának meggátolásában. A kezelt esetek egy részében mégis kiújul a betegség. Ezt a betegek megbízhatatlan gyógyszerzedésével, a gyógyszerrel szemben kialakult rezisztenciával, vagy a betegség súlyosságával magyarázzák.

A szerzők ennek a kérdésnek a tisztázására egy évig vizsgáltak 66 nyombélfekélyben szenvedő beteget, akinek több éve fennálló, az elmúlt két évben legalább kétszer kiújuló panaszai voltak. Az ulcus gyógyulását cimetidin, vagy nagy adag antacida adásával érték el, és endoszkóppal igazolták. Ezután három csoportba osztották a betegeket: az első csoport tagjai esténként 400 mg, a második csoport tagjai este és reggel 200-200 mg cimetidint szedtek, míg a harmadik, kontroll csoport tagjai nem kaptak gyógyszert. Endoszkópos ellenőrzést három havonta végeztek. Az első hat hónap után szignifikáns eltérést észleltek a kezelt és kezeletlen betegek recidiva arányát illetően, így a kontroll csoportot is gyógyszerrel kezdték kezelni. Ebben a periódusban a két első, kezelt csoport között lényeges különbséget nem észleltek.

A visszaeső és nem visszaeső betegek között nem volt különbség a betegség kezdetétől eltelt idő, a maximális savszekréció, a vizeletkiválasztással követelt megbízható, pontos gyógyszerzedés és az endoszkópos jelek (duodenitis, antrium eroziók, bulbusz szűkület) tekintetében. Előnytelen prognosztikai tényezőnek csupán a dohányzás bizonyult. Dohányosok esetében 63%-ban, nem dohányosok között csupán 37%-ban újult ki a fekély. A vizsgálat célja elsősorban az volt, hogy megállapítsák, mi a legelőnyösebb gyógyszerzedési ritmus a tartós cimetidin kezelésben. Az eredményekből kiderült, hogy a nappal bevett gyógyszer nem jelent előnyt. Feltehetően a legalább kétszeri napi étkezés a neutralizálást gyógyszer nélkül is biztosítja. A nappal jóval meghaladó mennyiségű, éjszakai szekréció képződésének megakadályozása viszont komoly tényező. Ezt a célt viszont esti 200 mg-os adaggal éppúgy érték el, mint 400 mg adásával. Úgy látszik, hogy a gyomorsav éjszakai részleges csökkentése is kielégítő hatású.

A szerzők vizsgálataik alapján a cimetidin adását egy adagban, este, 200 mg-os mennyiségben ajánlják. Megfigyeléseik szerint a gyógyszer így fejti ki optimális hatását a nyombélfekély kiújulásának meggátolásában.

Kovács Ágota dr.

Primer gastrointestinalis diagnosztika: röntgen vagy endoscopia? R. Ottenjann (I. Medizinische Abt. des Krankenhauses München-Neuperlach): Münch. med. Wschr. 1982, 124, 213.

Az endoscopia — nagyarányú fejlődés után — a felső és alsó emésztőtraktus vizsgálatának biztos módszerévé vált. A szövödmények száma is egyre csökken. Ezért felvetődik a kérdés: röntgen vagy endoscopy vizsgálatot végezzenek elsődlegesen.

A szerző osztályán évek óta elv, hogy először endoscopy vizsgálatot végeznek, és azt csak szükség esetén követi röntgenvizsgálat, kiegészítésként. 1978-ban és 1980-ban felmérést végeztek, hogy más gastroenterológiai központokban mi a gyakorlat. 24 centrumból gyűjtöttek adatokat.

Oesophago-gastro-duodenoscopia: A vizsgált centrumok mindegyikében primeren végzik az endoscopyt, és nem követelik meg a megelőző röntgenvizsgálatot.

Primer colonoscopia: A vizsgált centrumok közül 12-ben nem tartják szükségesnek a megelőző röntgenvizsgálatot, hanem primeren végzik a colonoscopyt.

Primer szelektív colonoscopia: Ahol elvileg általában elutasítják a primer colonoscopyt, felmerül a következő kérdés: mely indikációk alapján végzik el mégis elsőként az endoscopyt. Ezek az alábbiak: anális vérzés 7, okkult vérzés (pozitív teszt) 3, polypectomia utáni kontroll 11, m. Crohn gyanúja 4, colitis ulc. gyanúja 1, krónikus hasmenés esetén 1 centrumban. Csak egy központban utasítják el teljesen a primeren végzett colonoscopyt.

A megbeszélés során a szerző által idézett irodalmi hivatkozások is az elsődlegesen végzett endoscopyt és a szükséges esetben kiegészítésként végzett röntgenvizsgálatot javasolják.

Pásztor Tamás dr.

Gastroduodenalis vérzések összehasonlító kezelése secretinnel és cimetidinnel. Berg, P. és mtsai (multicentrikus tanulmány, NSZK és Ausztria): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1831.

E közleményben multicentrikus, prospektív vizsgálat sorozat keretében hasonlították össze az akut, nem arteriális gastroduodenalis vérzésekben a szintetikus secretin-infusió (0,5 klinikai egység/kg/óra) és a cimetidin-infusió (1 mg/kg/óra, de 24 óra alatt maximálisan 2 g) vérzéscsillapító hatását. Mindkét készítményt 48 órán át infundálták. A kezelés megkezdése előtt a vérzés fennállását endoscopyban igazolták. Vérzésforrásként ulcus ventriculi, gyomor és duodenum eroziók, ulcus duodeni és gastroduodenitis szerepeltek.

Secretin-infusio közben 48 óra alatt 35 betegből 30 betegben a vér-

zés megszűnt és nem recidivált, 3 beteg esetében a vérzés recidivált, 2 betegnél a vérzés nem szűnt meg. 30-ból 19 beteg esetében, akiknél secretin-infusio alatt a vérzés megszűnt, 7 napos utókezelést is alkalmaztak depo-secretinnel. Utókezelés alatt vérzésrecidiva nem fordult elő.

Cimetidin-infusio közben 48 óra alatt 36 beteg közül 20 betegben a vérzés megszűnt, 3 betegben a vérzés recidivált, 13 beteg esetében a cimetidin-infusio nem eredményezett 2 nap alatt sem vérzésmegszűnést. 20-ból 19 betegnél, akiknél cimetidin-infusióra a vérzés megszűnt, 7 napos utókezelést alkalmaztak cimetidinnel. Ez alatt az idő alatt 2 recidiv vérzést észleltek.

A secretinnel kezelték közül 5 (infúziós terápia alatt 2, a 7 napos utókezelés alatt 3), a cimetidinnel kezelték közül 8 (infúziós terápia alatt 4, az utókezelés 7 napja alatt 4) beteget kellett megoperálni. Az infúziós kezelések és utókezelések alatt 5 haláleset fordult elő, 3 a secretines, 2 haláleset pedig a cimetidines csoportban, de ezek nem függték össze a secretinnel vagy a cimetidinnel (shock, myocardialis infarctus, pulmonalis embolia). Nem volt különbség a 48 órás infúziós kezelés alatt a két csoport között az adott vértransfusiók mennyiségében.

E multicentrikus vizsgálatok szerint a secretin-infúzióval kezelt vérző betegcsoportban a terápiás eredmények szignifikánsan ($p < 0,01$) jobbakk voltak, mint a cimetidin-infúzióval kezelt esetében. A szerzők megállapítják, hogy a secretin-infusio jó eredményt ígérő terápiás lehetőség az akut gastro-duodenalis vérzéssel jelentkező betegek kezelésében.

Kisfalvi István dr.

Zollinger—Ellison-syndroma kórismézésének és kezelésének alakulása. Feurle, G. E. és mtsai (Inst. f. Klinische Radiologie des Klinikums Mannheim und Medizinische Poliklinik der Universität Heidelberg); Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 697.

A Zollinger—Ellison-syndroma (Z.—E.-s.: 1955) diagnosztikus triadát az ulcera jejuni, hyperchlorhydria és nem insulinfenelőd pancreastumor képezik (a gastrint az eredeti közlemény még nem említi). A hatvanas évek kezdetén fejlődött ki a gastrin radioimmunológiai mérési módszere, amely a diagnosztikában döntő előrelépést jelentett. Az éhgyomri emelkedett gastrintűkór ezóta szolgálhatja a fekélyes és gyomorsavtúltengéses betegeken a leglényegesebb adatot, bár amint ma tudjuk, ez sem elégséges még a végleges kórismézéshez.

A szerzők 23 Z.—E.-s. betegből 12 esetben találtak gastrinomát. A kimutatott gastrinomás betegek nem különböztek azoktól, akiknél nem tudtak gastrinomát felfedezni sem az éhgyomri gastrintűkórban,

a secretin és calcium utáni gastrin-emelkedésben, a savelválasztásban vagy a túlélési időben. A 23 beteg közül öt meghalt, négy közülük a műtét után, az ötödik pedig áttételes daganatban. A H_2 -receptor antagonistá cimetidin kezeléssel elkerülhető volt a hirtelen szükségből végzendő műtéti beavatkozás, és csökkentette a mortalitást, valamint időt biztosított a sonographiával, CT-val, továbbá szelektív arteriographiával végzendő localisatiós diagnosztikára. A hamisan pozitív eredmények száma magas volt. A transhepatikus szelektív pancreas-vena katheterizáció lehetővé tette mind a daganat elhelyeződésének, mind a termelt hormon azonosságának megállapítását. Három esetükben H_2 -receptorantagonista védelemben a tumor resectiója lehetővé vált, ami után a gastrin- és savelválasztás normalizálódott. A Z.—E.-s. terápiájában a törekvések a totalis gastrectomiától a H_2 -receptor antagonistákkal való konzervatív kezelésre és a daganat eltávolításával történő gyógyító megoldásra irányulnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Az emésztőrendszer endokrin funkciója. I. Jablonská, M. (IV. Med. Klinik, Karls-Univ. Prága); Z. ärztl. Fortbild. 1982, 76, 621.

Az emésztőcsatorna belső szekréciós szerepe a secretin és gastrin, valamint a gyomorsav duodenumban kifejtett humoralis hatásának felfedezése és kimutatása, századunk eleje óta került az érdeklődés előterébe.

Cellularis eredet és hatásmód. A feltevések szerint (Pearse, 1969) az emésztőszerveknek olyan endokrin sejtcsoportja is van, amelyeknek meghatározott sejt kémiai és ultrastrukturális tényezői a peptidhormon képzést lehetővé teszik és a körülírt endokrin mirigyekkel ellentétben, diffúz endokrin rendszert képeznek. Így a klasszikus hormonoktól eltérően különbözőképpen is hathatnak: 1. A klasszikus hormonokhoz hasonlóan a véráramba kerülve. 2. Parakrin hormonként a közeli sejtekbe diffundálva. 3. Peptiderg neurotransmitterként vagy neuromodulátorként. Nevezetesen a hormonok, vagy előanyagok az idegekbe rakódnak és a szinapsziszokból axonális depolarizációra válnak szabaddá.

A gastrointestinalis hormonok felosztása. 1. Elsősorban cirkuláló hormonok: gastrin, secretin, cholecystokinin, GIP (gastric inhibitory polypeptide), glucagon (pancreas és enteroglucagon), PP (pancreas polypeptide) és motilin. Ezeknek a hatásspektruma körülírt és a felezési idejük hosszú. 2. Elsősorban parakrin hormonok: VIP (vasoaktív intestinalis peptid), somatostatin, bombesin, endorphin, enkephalin, P-anyag, neurotensin, sőt

talán még a gastrin és cholecystokinin is, amelyek az első csoportba vannak sorolva.

Peptidcsaládok. Kettőt különböztethetünk meg: 1. A gastrin-familia, a cholecystikininnel és caeruleinnel. 2. A secretin-familia, amelyhez még a VIP, a pancreas glucagon és GIP sorolható.

Az emésztőrendszer egyes peptidhormonjai. 1. **Gastrin.** A legismertebb és legjobban átvizsgált peptidhormon. A gyomor antrum és a proximális duodenum G-sejtjei képezik. Az utóbbi vizsgálatok szerint a G-sejtek még valószínűleg C-terminális tetraheptid G 4-et, ACTH-szerű peptidet és talán enkephalint is képeznek. A gastrin heterogen hormon, többféle molekuláris formával és különböző biológiai aktivitással. A gastrin biológiai hatása már jól ismert. Stimulálja a gyomorsavsecretiót, a gyomor és vékonybél motorikáját, valamint a nyelőcső alsó sphincterét. Postprandialisan a gastrin secretio növekszik. Ez nyilvánvalólag a gyomortartalom kismolekulájú anyagainak direkt hatásán alapszik, de emberen az antrumfeszülés inkább reflektorikusan, mint a gastrinmechanizmus útján közvetíti a gyomorsav-elválasztást. A vér normális gastrintűkre éhgyomorra 20—50 pmol/l.

2. **Cholecystokinin.** Molekulaszerkezete a gastrinhoz hasonló. Az eredetileg identifikált anyag 33 aminosavat tartalmaz. C-terminális oktapeptidjének és a vele csaknem azonos caerulein oktapeptidnek 20-szor erősebb moláris aktivitása van, mint a tényleges cholecystokininnek. A duodenum nyálkahártyájából peptonok, aminosavak és hosszúlánú zsírsavak, részben sósav és epesavak hatására választódik ki. Az epehólyagkontrakciót, valamint a pancreas enzim és bicarbonat secretióját stimulálja. Részben a gyomorsecretio antagonistája, amennyiben kompetitíve fékezi a gastrin stimulálta secretiót, főleg állatkísérletben. Összefüggést felteleznek a cholecystokinin és jóllakottság érzése, illetve az elhízás pathogenesis között is.

3. **Secretin.** A legrégebben ismert gastrointestinalis peptidhormon. 27 aminosavból áll, és nagyon hasonló a pancreas glucagonhoz. Biológiaiilag stimulálja a pancreas víz- és bicarbonat-leadását, kutyában nem kompetitíve gátolja a gyomor savelválasztását, stimulálja a pepsinsecretiót, elnyomja a gyomor motoros működését, kölesőhatásba kerül más hormonokkal, így az inzulinelválasztással. A duodenum nyálkahártyájában sósavra válik szabaddá.

4. **Glucagon.** A pancreas glukagon 29 aminosavból áll, és emberen kizárólag az A-szigetsejtekben fordul elő, és ezekből választódik el. Hatását klinikailag a pancreas secretióra, az epeutak és belek tónusára használják ki.

5. *Enteroglukagon*. Bár kémiai szerkezetében különbözik a hasnyálmirigy glukagonjától, ez még nem teljesen tisztázott. Legmagasabb koncentrációban az ileum és colon nyálkahártyájában található, és mivel plazmatúrára postprandiális mivelt megneő, feltételezik, hogy a bélpasszázt megnyújtja és a nyálkahártya-proliferációt stimulálja.

6. *GIP*, vagy „gastric inhibitory polypeptide” 43 aminosavból áll és a secretin-csaláéhoz tartozik. Gátolja a gyomor savelválasztását és motorikáját. Eredménytelenek voltak azok a kutatások, amelyek ulcus duodeniben pathogenetikusan tényszerőként a GIP-secretio defektusát próbálták igazolni. Legfontosabb biológiai hatása insulinotrop (insecretin) effektusa, és ennek alapján felmerült az a gyanú is, hogy ez lenne az oka annak, hogy orális glukóz adásra jobban megemelkedik az inzulinszint, mint annak parenterális bevitelére.

7. *Pancreas polypeptid (PP)*. 36 aminosavból áll, és a hasnyálmirigy D-sejtjei produkálják. Az epehólyag kontrakcióját és a pancreas secretiót gátolja. Stimulálja a basalis és gátolja a pentagastrin provokálta savelválasztást. Mivel a hasnyálmirigy legtöbb endokrin-aktív daganatában megtalálható, ezek felismerését is elősegíti. Postprandiális megemelkedik a szintje.

8. *Motilin*. 22 aminosavból tevődik össze, és szerkezetileg is különbözik a többi peptidtól. Emberben gátolja, kutyában stimulálja a gyomorürülést, és a duodenum savasodására válik szabadabbá. Feltehetőleg a gyomor- és bélmozgás szabályozásában vesz részt.

Angeli István dr.

Az emésztőrendszer endokrin funkciója. II. Jablonská, M.: Z. ärztl. Fortbild. 1982, 76, 666.

Az I. részben megírt peptidhormonok elsősorban a cirkuláló hormonok közé tartoznak: a következők mind az emésztőtraktusban, mind az agyban előfordulnak.

VIP, vagy vasoaktív intestinalis peptid kémiai szerkezte alapján a secretin csaláéhoz tartozik. Ez a valódi primer neurotransmitterekre is vonatkozik. Az emésztőcsatornában igen tág terjedelmű, és főleg a bélidegekben fordul elő az autonóm idegrendszer VIP-erg, vagy peptiderg formájában. Vagus ingerre válik szabadabbá, csökkenti a gyomorsecretiót, és valószínűleg a hasnyálmirigy bicarbonat secretiójának vagus stimulációját is közvetíti a secretinhatás szinergikus alátámasztására. Segíti a bélszekréciót, inzulinelválasztást és a táplálékfelvételre létrejövő gyomor-ellazulást közvetíti. Összességében a VIP valódi neurotransmitter. A túlnyomórészt VIP-et képző daganatokat VIPomáknak nevezük,

amelyek pancreatikus cholerát, heves és tartós vízserű hasmenést okoznak. Az extrém magas VIP-tűkör alapján az egyéb okú szekretorikus hasmenésektől könnyen elkülöníthető.

A *somatostatin* a nevét az STH-elválasztásra kifejtett gátló hatásából nyerte és az emésztőcsatornában mind az endokrin, mind az idegsejtekben megtalálható, elsősorban azonban a gyomorban és a hasnyálmirigy szigetekben. Gátló hatást fejt ki a gastrin, az insulin, a glucagon, a motilin, a pancreas enzimek, a pepszin- és sósavszekrécióra, az epehólyag kontrakcióra és a VIP-elválasztásra VIPomából. A somatostatint a D-sejtek nyilván nemcsak parakrin módon diffundálják át, hanem a vérpályának is leadják, de ennek fiziológiai jelentősége még tisztázatlan. Az endokrin-aktív somatostatinképző tumorra — melyet somatostatinomának nevezünk — klinikailag elsősorban a diabetes és a hypo-, illetve anaciditás a jellemző. Magas ára és rövid feleződési ideje korlátozzák gyakorlati alkalmazását.

Bombesin. Emberben mindenképp előtt az agyban és legmagasabb koncentrációban a hypothalamusból mutatták ki. Bombesinnek megfelelő immunreaktivitást a gyomorban és a proximális duodenumban fedeztek fel, mégpedig az endokrin és idegsejtekben. Jelentősen stimulálja a gyomor gastrinelválasztását és a cholinerg szerek gátolják, ami a gastrinelválasztás colinerg gátlását támasztja alá. Ösztönzi a pancreas enzimszekrécióját, az epehólyagkontrakciót és a bélmozgást, a Vater-papillát pedig ellazítja.

Endorphin és enkephalin. Szerkezetileg az endogen opiátok, vagy opiátok a hypophysis béta-lipotropinjából származtathatók, amelynek önmagában nincs morfin-szerű hatása. Ennek C-terminális szakasza foglalja magába az endorphint, illetve endorphinokat, melyeknek legfontosabb reprezentánsa a béta-endorphin. Az enkephalin két molekuláris formában jelentkezik: a met-enkephalin, mely methionint tartalmaz és a leu-enkephalin, mely leucint foglal magába. Az endorphinok és enkephalinok látszólag a morphin minden biológiai tulajdonságával rendelkeznek, beleértve az emésztőrendszert és idegrendszert is. Így kiderült, hogy nemcsak az agyban, hanem az emésztőtraktusban is kimutathatók. Neurotransmitterként, illetve idegátvivőként viselkednek. Az emésztőrendszerben megnyújtják a gyomorürülést, duodenumspaszt okozhatnak, szorulással és az epeutak görcskészségével, de a gyomorsecretiót is stimulálják.

P-anyag az alább leírt neurotensinnel együtt nemcsak az immunreaktivitás segítségével, hanem kémiaiag az agyban és az emésztő-

csatornában is kimutatható. Kémiai szerkezte 11 aminosavból áll és az agyon kívül az intramuralis bélplexusban, valamint gyomorbantrumban és duodenumban található. Segíti a bélmozgást és gátolja a gastrin-elválasztást. Lehet, hogy a fájdalomérzés modulátora, és teljesen hiányzik a Hirschprung betegségben.

A *neurotensin* egy 13 aminosavból álló neuropeptid, mely a hypothalamusban, és a gyomor-bélcsatornában, elsősorban az ileumban található. A gyomor-bél kontrakciót és a glucagon-elválasztást segíti. Gátolja a pentagastrin stimulálta gyomorsecretiót.

Az ismertett peptidhormonok mellett még további hasonlóknak tűnő anyagokról is tájékoztattak, így a chymodeninről, urogastronról, thyreoliberinről, koherinről. Az újabb vizsgálatok az emésztőrendszer peptidhormonjainak trophikus hatása mellett is szólnak.

Angeli István dr.

Pancreas pseudocysták és tályogok percutan szádlása. Karlson, K. B. és mtsai (Columbia Presbyterian Medical Center, New York): Radiology 1982, 142, 619.

Az ultrahangvizsgálat és a computer tomographia elterjedése jelentős segítséget nyújt a pancreatitis és szövődményeinek felismerésében és kezelésében. A kialakuló folyadékgyülemek pontosan feltérképezhetők, lehetőség nyílik ezért lecsapolásukra. A szerzők 6 esetben alkalmaztak percutan katéteres szádlást pseudocysta megoldására. Az egyszerű, túlv történő punctióval szemben előnyben részesítik a katéter behelyezésével történő tartós szádlást, mert ez biztosítja az üreg teljes kiürülését és összeesését, ami CT-val és sonographiával ellenőrizhető. Ugyanezt a módszert alkalmazták eredményesen 6 pancreas tályogos betegben is. 3 esetben a beavatkozás teljes sikerrel járt, a betegek műtét nélkül gyógyultak. Fontos azonban, hogy amennyiben a katéteres szádlás nem jár a kívánt eredménnyel, nem szabad soká halogatni a műtétet. Egy betegük meghalt műtét után, véleményük szerint ebben az esetben túl későn történt a műtét. A később operált betegekben is komoly palliatív szerepe van a percutan szádlásnak, mert a műtéti gyógyulás esélyei növekednek. Két betegük a percutan szádlás idején moribund állapotban respirátoron élt, az előzetes katéteres beavatkozás nélkül valószínűleg nem élték volna túl a műtétet. Magának a szádlásnak szövődménye nem fordult elő. A beavatkozáshoz tapasztalataink szerint a CT jobb segítséget biztosít, mint az erre egyébként szintén alkalmas ultrahangvizsgálat.

Laczay András dr.

Tetracyclin által kiváltott nyelős-fekély képződés. Channer, K. S., Hollenders, D.: Brit. Med. J. 1981, 282, 1359.

Egyre többen számolnak be arról, hogy a gyógyszereknek tabletta formában történő szedése kapcsán a nyelöcsőben fekély képződhet. Eddig az emeprium bromidról s a káliumról írtak le ilyen hatást.

A szerzők egy 24 éves iraki férfiról számolnak be, aki felsőlégtü fertőzés kapcsán 7 napos tetracyclin terápiában részesült. Anamnézisében gastrointestinalis betegség, ill. nyelöcső motilitás zavar nem szerepel. Más gyógyszer nem kapott. Egy alkalommal egy tablettát víz nélkül nyelt le éjjel egy óraker, majd elaludt. Hajnali négy óraker erős epigastriális és alsó retrosternalis fájdalomra ébredt, mely víz, tej, antacid tabletta bevitelére nem csökkent. Vizsgálatkor a rtg, vékép normális volt, azonban a száloptikás oesophagoscopia a lateralis oesophagusfal bal oldalán fekélyt diagnosztizált, alatta és felette a mucosa normális volt, hasonlóképpen a gyomor és a duodenum is. Az elvégzett biopsia pyogén granulációs szövetet mutatott. A három hét múlva elvégzett kontroll oesophagoscopia nyom nélkül gyógyult nyelöcsőfalat mutatott.

Amerikai szerzők is beszámoltak 2 esetben tetracyclin okozta nyelöcsőfekélyről, azonban eseteikben fiatal nőkről volt szó, akiknek hiatus herniájuk volt. Jelen esetben utóbbiról nem volt szó, de a körülmények hasonlóak voltak, nevezetesen a tablettát elalvás előtt vették be, és néhány óra múlva erős retrosternalis fájdalomra ébredtek. A víz nélkül lenyelt tabletta stagnálását a nyelöcsőben radiologailag már kimutatták, különösen olyan esetekben, amikor gastrooesophagealis reflux, ill. hiatus hernia van jelen. és a beteg a tabletta bevétele után azonnal hanyattfekvő pozícióba foglalt. Anatómiailag az oesophagust, mint ismeretes, az aortaív és a bal főbronchus benyomja a metszőfogaktól számított 24, ill. 28 cm-re.

Collins és mtsai 18 esetről számolnak be, amelyekben direkt hatás jött létre a tabletta és a mucosa között, és 12 esetben ez a nyelöcső középső szakaszán alakult ki. Ezért ezt a területet anatómiai helyzet miatt vulnerabilisabbnak tekintik. Tetracyclin esetében a nyálkahártya-károsodást fokozza az a tény is, hogy vízben való oldódáskor savas vegyhatás (pH 2,3-nél alacsonyabb) jön létre.

A szerzők véleménye szerint a betegben az ulcus a tabletta és a mucosa közötti prolongált kontaktus következménye, a bal főbronchus szintjében.

Ajánlatos ezért betegeinknek azt tanácsolni, hogy a gyógyszer esti adagját lefekvés előtt hosszabb idővel, bő folyadék fogyasztásával vegyék be.

Hajdu Ilona dr.

A teafogyasztás mint obstipációt kiváltó ok? Hojgaard, L. és mtsai: Brit. Med. J. 1981, 282, 864.

Ambuláns klinikai anyagukban a szerzők megfigyelték, hogy azokon a fiatal felnőtteken, akik napi 1-2 liter teát fogyasztanak el, súlyos obstipáció alakul ki. Ezért vizsgálatot végeztek egészséges önkéntesekkel.

Tizenkét 23-30 év közötti fiatal ember vett részt a vizsgálatban, mely két 7 napos összehasonlító periódusból állt. A diéta nem tartalmazott megszorításokat, kivéve a folyadékok, mely az egyik vizsgálati periódusban napi 2 liter csapvízre, a másikban pedig 2 liter teára korlátozódott (4 tasak 2 g Assam tea). Az ötödik napon mind-egyik vizsgálati periódusban a vizsgált személy elfogyasztott 20 db rtg-árnyékot adó műanyag jelzőt, és a napi vizeletet és székletet összegyűjtötték az ötödik, hatodik és hetedik napon is. Az utolsó napon testsúlymérés és vérvétel történt.

A székletet vizsgálták tömegére, teljes bilirubin koncentrációra, és a kiürült műanyag jelzők számára vonatkozólag, mely mutatta a bélhuzamban történő áthaladás időtartamát. A vizeletvizsgálat mennyiségére, fajsúlyára és oxalát-koncentrációjára vonatkozott.

Jelentősen kevesebb műanyag jelző ürült ki a teafogyasztás időszakában, mint a vizesben. A széklet bilirubin tartalma csökkent, tömege azonban csak kismértékű, nem szignifikáns csökkenést mutatott.

A vizelet fajsúlya emelkedett a teás időszakban, valamint az oxalát-kiválasztás is. A mennyiségbeli növekedés itt sem volt szignifikánsan jelentős. A plazmában az albumin, kreatinin és az urátszint, valamint a nátrium, kálium és kalcium értéke emelkedett. Nem volt változás a karbamid, haemoglobin és foszfatase értékben.

A tea hatását feltehetőleg a theophyllin adja, mely (a vesén keresztül) extracelluláris dehydratiót okoz, valamint másodlagosan a bél folyadéktartalmának megnövekedett folyadékbabszorpcióját hozza létre. Következésképpen obstipációval. Ez a hypothesis egyezik a kakaó által kiváltott obstipációs hatással.

A vizsgálat során a napi teával bevitt theophyllin mennyisége 100 µmol volt, amely elegendőnek bizonyult arra, hogy a glomeruláris filtráció megemelkedjék, a tubularis reabsorpció pedig csökkenjen. A különböző komponensek megemelkedett plazmakoncentrációja, valamint a bélhuzamban való áthaladási idő megnövekedése támogatja a dehydratio és obstipatio hypothesisét.

A szerzők véleménye szerint a folyadékfogyasztás és a bélhuzamban eltöltött áthaladási idő viszonyát érdemes figyelembe venni, amikor a táplálék különböző összetevőinek bélhuzamra gyakorolt hatását vizsgáljuk.

Hajdu Ilona dr.

Eosinophil oesophagitis mint az eosinophil gastroenteritis ritka megnyilvánulása. Münch, R. és mtsai (Dep. f. inn. Med. und Inst. f. Pathologie, Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 731.

Az eosinophil gastritis ritka megbetegedés (Kajiser, 1937), amelyet gyomor-bél panaszok, a perifériás vékép eosinophiliája, valamint a gyomorbélhuzam különböző szakaszain masszív eosinophil beszűrődések jellemeznek. A gyomor-bél tünetek a localisatio szerint igen változatosak lehetnek. Kórszövet-tanában a vasculitis nélküli vizenyő, valamint a nyálkahártya és/vagy a bélal izomrétegének eosinophil granulocytákkal való beszűrődése észlelhető. Az eosinophil infiltratumok a száj, garat, gyomor-vékonybél, colon és a rectum nyálkahártyájának területén fordulnak elő, viszont a nyelöcsőben rendkívül ritkák. A szerzők ezért ismertetik 25 éves férfibetegükön csupán izoláltan a nyelöcső falzatában mutatkozó eosinophil oesophagitis esetüket, amely kisebb fokú dysphagiás panaszok mellett az endoszkópos biopsiás excidatumban jellegzetes kórszövet-tani képet mutatott. A beteg hosszú ideig állott megfigyelés alatt. Steroidok bevetésével és egyes a tünetekért valószínűleg felelős élelmiszerek kiiktatásával a panaszok enyhültek, de a morphologiai kép nem változott.

A betegség főleg 20-50 éves korban jelentkezik; a betegek fele részében allergiás diathesis szerepel az anamnesisben. Tápszer allergia kimutathatósága esetén a szigorú diéta mellett is a tünetek exacerbálódhatnak (erősen pozitív intradermalis tesztek bizonyos élelmiszerekkel, valamint ezek utáni emelkedett IgE-tűkör stb.). A radiologiai kép változó és nem jellegzetes. A definitív diagnózist az endoszkópos vizsgálat nyert anyag kórszövet-tani lelete szolgáltatja.

íj. Pastinszky István dr.

Parenteralis táplálás és elemi diéta mellékhatásai. Erkenbrecht, J. és mtsai (Med. Klin. D der Univ. Düsseldorf): Med. Klin. 1982, 77, 172.

A parenteralis táplálás és elemi diéta gyakran kerül a különböző gyomor-bélbetegségekben alkalmazásra, anélkül, hogy a hatásosságát és a lehetséges hatásmechanizmusait ez ideig kimerítően vizsgálták volna. A hyperosmolaris oldatok centrális vénás catheter alkalmazásával infundálhatók: aminosav-, glukózoldatok, zsíremulsió, elektrolytek, vízben és zsírban oldható vitaminok, valamint nyom-elemek; az elemi diéta egyszerű szénhidrátokból, mono- és oligosaccharidákból, szabad aminosavakból vagy oligopeptidekből tevődik össze. A parenteralis tápláláskor mechanikus, keringési és

metabolikus szövődmények léphetnek fel, ezért a klinikai és labor. paraméterek pontos időbeosztás szerinti (napi, heti stb.) programozott kontrollja szükséges (status, hőmérséklet, testsúly, kathe-terellenőrzés, Hb., haematokrit, össz-fehérje, cholesterolin, triglycerid, serum- és vizelelektrolytek, bili-rubin, aikalikus phosphatase, GOT, GPT). A vénás kathe-ter megbizto-sabb helye a szövődmények (thrombosis, phlebitis, sepsis, pneumothorax, halálestet) százalékos arányát mérvegeve a v. jugu-laris interna (összehasonlítva a v. basilicával vagy v. subclaviával). A sepsis klinikai jelei esetén, anél-kül, hogy erre góc lenne található, a kathe-ter eltávolítandó és mikro-biológiailag vizsgálendő. A kathe-ter-sepsis prophylaxisa: 1. az infu-sióis rendszer napi felújítása; 2. steril kesztyű, kötszer, szerelések; 3. a bőr és a kathe-tervég fertőtle-nítő szerekekkel való naponkénti tisztítása; 4. a kathe-ter rögzítése, hogy az insertiós területre való vongalódás megelőződjön; 5. a ka-theterbe való gyógyszerbefecskende-zés és ebből való vérvétel mel-lőzendő.

A parenteralis táplálás metabo-likus mellékhatásai a táplálék al-kotórészeinek túl- vagy hiányos adagolásából adódnak: hypergly-caemia, hypophosphataemia, „zsír-túlerhelési syndroma”. Ellenja-vallottak a zsíremulziós acidosis esetén, mert az czeleből keletkező zsírsavak ezt csak fokozhatják. A több hetes cinkhiányos parentera-lis táplálás esetén cinkhiány-syndroma (acrodermatitis eneteropa-thica) léphet fel. A hosszan tartó parenteralis táplálás esetén fellépő cholestatikus májbetegség oka ismeretlen; ezt a transaminase, al-kalikus phosphatase és a bilirubin emelkedése jellemzi, de a histolo-giai májváltozások csekély, és a parenteralis táplálást nem kell megszakítani. Ismeretlen az egyes esetekben megfigyelt osteomalacia pathogenesis is. Egyes betegek az elementaris diétában mutatkozó rossz ízről panaszkodnak, amiért a kéntartalmú aminosavak a felelő-sek; ilyenkor gastrikus és duode-nalis szondával való bejuttatás kí-sérleendő meg. Az elementaris dié-tának a gyomorból vagy a vékony-bélből való gyors ürülésekor dumpyngszerű tünetek keletkezhetnek hasi fájdalmakkal és panaszokkal. Az elementaris diéta ritka szövőd-ménye a K-vitamin és az essentia-lis zsírsavak hiánytünetei, vala-mint a transaminase átmeneti emelkedése.

iff. Pastinszky István dr.

menetelét előre nem lehet tudni, mivel az intrapancreaticus en-zymaktiválódás és az autodigestio direkt módon nem befolyásolható. A pancreatitis kezdetén nem lehet megmondani, milyen lesz a beteg-ség lefolyása, ezért alapvető fon-tosságú a beteg *intenzív figyelése* (óránként vérnyomás, szívfrequen-tia, vizeletkiválasztás, 6-8 órán-ként temperatura, vércukor, elekt-rolyt, vérgázanalisis, naponta két-szer a klinikai vizsgálat, különösen a hasat illetően, naponta az amy-lase, leukocytá, thrombocytá, ösz-szefehérje, kreatinin, calcium, alvadá-si viszonyok, felvételkor és utána szükség szerint többször is EKG és mellkasröntgen).

A *basistherápia* az intenzív meg-figyelésen kívül *fájdalomcsillapítá-sból* (morphin tilos!), *szájon át teljes folyadék- és ételmegvonásból*, a *gyomortartalom leszívásából*, *pa-renteralis folyadék- és elektrolyt-pótlásból*, szükség esetén *heparin és antibioticum* adásából áll. *Szövőd-mények* fellépte esetén ezen therá-piás irányelvek mellett a *shock leküzdésére* albumint, vért adnak, *ascites* esetén *peritonealis dialysis* alkalmazása jöhet szóba, úgyszin-tén *renális elégtelenségben* is. *Respiratórikus elégtelenségben* O_2 -bevitel (legmegbízhatóbban kont-rollált lélegeztetéssel), *endocrin elégtelenségben* *insulin*, *disseminált intravasculáris alvadászavar esetén heparin*.

A *pancreassecretio gátlására* újabban *cimetidinnel* is tettek kí-sérletet, az eredmények még nem teljesen egyértelműek. Az *atropin* hatása meggyőzőbb, de csak nagy, sokszor toxikus adagokban. Az *acetazolamid* (nálunk Fonurit), vala-mint a secretiót csökkentő *hormo-nális gátlás* (glucagon, calcitonin, somatostatin) még további adat-gyűjtéseket igényel. Az *autodigestiv enzyngátlás* céljából adott számos szer közül a legismertebb az *aprinin* (nálunk Gordox), *epszilonami-nokapronsav* (EACA) és *derivatuma* (PAMBA), ezek hatásáról a vélemények még mindig megoszla-nak, az emberen végzett kontrol-lált vizsgálatok eredményei sem egyértelműek.

Ha a beteg az akut szakot sze-rencsésen átvészelte, figyelése és ellenőrzése akkor is fontos, a leg-kisebb diétás abusus is visszaesést okozhat. A heveny szak lezajlása után célszerű ultrahangvizsgálattal, hiányában a gyomor és duodenum röntgenvizsgálatával meggyőződni abscessus vagy pseudocysta kiala-kulásáról.

Iványi János dr.

Clostridium difficile kimutatása Crohn-betegség inaktív eseteiben. S. A. Dorman és mtsai (Depart-ment of Pathology and Department of Medicine, University of Vermont College of Medicine, Burlington, Vermont): Gastroenterology, 1982, 82, 1348.

A colitis ulcerosa és a Crohn-be-tegség fertőző kórokat kutató kí-sérletek eredménytelenül zárultak. E vonatkozásban a klinikai képük-ben megkülönböztethetetlen Yersinia enterocolitica, Yersinia pseudo-tuberculosis és Campylobacter fetus fertőzések sem váltották be a hoz-zájuk fűződő reményeket. Újabban a Clostridium difficile és cyto-toxinját vádolják ezen betegségek re-lapsusának előidézéséért. Szerepük azonban kérdéses.

A szerzők 50 Crohn-beteg köve-téses vizsgálata során elemezték a Clostridium difficile és a többi kór-okozó bélbaktérium jelenlétét Crohn-betegségben és kapcsolatu-kat annak aktivitásával. Az aktívi-tás meghatározása a CDAI (Crohn's Disease Activity Index) alapján történt.

Clostridium difficile esetek 80%-ában mutattak ki, valamennyit a Crohn-betegség inaktív fázisá-ban levőkben. A kórokozó kimutat-hatósága nem volt a relapsus elő-jele. A Clostridium difficile tartal-mazó székletekből annak cytotoxin-ját izolálniuk nem sikerült. A kór-okozó nem volt fellelhető egészse-ges, kontroll egyénekben. Egy Sal-monella enteritidis, tünetmentes eset kivételével, egyéb pathogén bélbaktériumot nem tudtak kimu-tatni.

Megállapítják, hogy a kórokozó bélbaktériumok a Crohn-betegség relapsusában nem játszhatnak sze-repet. A Clostridium difficile a ré-sze lehet a betegség aktivitásához való kapcsolat nélkül.

Kovács Márta dr.

Colitis cystica profunda locali-sata. Bernoulli, R. C. (Inst. f. Pa-thologie der Universität Basel): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1458.

Ellentétben a colitis cystica su-perficialis-szal, amelyben a kis nyákcysták a muscularis mucosae felett fekszenek és ritkán pellagra és sprue kapcsán észlelhetőek, a colitis cystica profunda (c. c. p.) a fiatalabb felnőttek ritka, jóindula-tú colonbetegsége, amelyet a mi-rigy-tömlők submucosus, intramura-lis nyáktartalmú cystaképződés jel-lemez; emellett a colonfalzatban gyakran társul ehhez nem fajlagos környéki gyulladás a submucosa fibromuscularis obliteratójával, to-vábbá frissebb vagy idősebb bever-zésekkel. Az irodalmi nevezéktan is néha megtevesztő (glandular malformation, inverted papilloma, hamartomás invertált polyp, ente-rogen cysta).

A c. c. p. rendszerint a rectum-ban lokalizálódik és klinikailag daganatnak tűnik. Bár a c. c. p. már régebb óta (Stark, 1966) is-ismeretes, mégis csak az újabb idő-ben kerül kórismézésre. Az iroda-lomban eddig 84 eset ismeretes,

A heveny pancreatitis konzerva-tív terápiája. Lankisch, F. P. (Abt. f. Gastroenterologie u. Stoffwech-sel, Med. Univ.-Klinik Göttingen, D-3400 Göttingen): Dtsch. med. Wschr., 1982, 107, 630.

A heveny pancreatitis mindig komolyan megítélendő betegség, ki-

amelyek lokalizált segmentális vagy diffúz formában jelentkeztek.

A szerzők 32 éves nőbetegük esetét ismertetik, akinél három éve afebrilis diarrhoea, széklet utáni vérzés, fokozódó rectalis prolapsus állott fent jó általános állapot mellett; a transanalis prolábáló, nodularis felületű, diónyi tumor biopsiája c. c. p.-nak bizonyult, amit műtétilag eltávolítottak. Különösen hangsúlyozzák a c. c. p.-nak a colonráktól való elkülönítő kóriszmének fontosságát, amit csak a kórszövet-tani vizsgálat dönthet el.

A c. c. p. kóroktana ismeretlen: a muscularis mucosae veseszűletett vagy szerzett gyengesége áll fent, így a mirigy-tömlők a mélybe herniálnak; ezenkívül az idült gyulladáshoz vezető folyamatok szerepe sem vitatható.

ifj. Pastinszky István dr.

5-aminosalicylsav a colitis ulcerosa és Crohn-betegség kezelésében. Maier, K. és mtsai (Krankenhaus Bad Cannstatt Medizinische Klinik, und dr. Margarete-Fischer-Bosch-Institut für klinische Pharmakologie, Stuttgart): Dtsch., med. Wschr. 1982, 107, 1131.

A sulfasalazint (salazosulfapyridint) a bélbaktériumok a colonban elbontják sulfapyridinre és 5-aminosalicylsavra. Azt hittük, hogy a sulfapyridin a ható rész és feltételeztük, hogy 20–50 µg/ml a hatásos plazmakoncentrációja. Újabb vizsgálatok megkérdőjelezték ezt a feltételezést. Sulfapyridinnel folytatott kezelés hatástalan volt, szemben a sulfasalazin, illetve 5-aminosalicylsav kezeléssel.

Szerzők is sulfasalazinnal, sulfapyridinnel és 5-aminosalicylsavval folytattak kezelést 10 colitis ulcerosus és 4 Crohn-betegségben szenvedő paciensenél. Legfiatalabb betegük 11 éves, legidősebb 68 éves volt. A colitises csoportban 6 férfi és 10 nő, a Crohn-beteg csoportban 2 férfi és 2 nő volt. A kórisme megállapításakor betegségük 21–195 hónap óta volt ismert a colitis ulcerosus csoportban, 4–79 hónapja a Crohn-csoportban. Recidiva 3–4, ill. több esetben fordult elő. Addig corticosteroid, illetve sulfasalazin terápiát alkalmaztak. A kórismet a klinikai kép, székletvizsgálat, endoscopia, szövettan, rtg. segítségével állapították meg. Az aktivitás mutatójaként a Best-indexet alkalmazták. Monoterápiaként 3×0,5g 5-aminosalicylsavat adtak rectalisan 4–6 héten át. 10 colitis ulcerosus betegnél normalizálódott az indexérték, 2 Crohn-betegnél volt csekély javulás. 12 betegnél megszűntek a gyulladáshoz vezető nyálkahártya-károsodások, normalizálódott székletük minősége is. Mellékhatás nem volt. Betegeik jelentős részében a rectum-sigma területére lokalizálódott a gyulladáshoz vezető elváltozás.

Főképpen a colitis ulcerosában alkalmazott 5-aminosalicyl monoterápia volt eredményes azokban az esetekben, amikor előzőleg alkalmazott sulfasalazint és corticosteroid hatástalan volt. A sulfasalazin adag megemelésével a sulfonamid komponens mellékhatásai jelennek meg. Ezért jobb az 5-aminosalicylsav monoterápia. Sőt, ha a betegnek hasmenése van, vagy sebészi beavatkozás miatt hiányos a bélbaktériumflórája, a sulfasalazint nem is képes bontani, hatása nem várható.

Feltételezzük, hogy a hatásmechanizmusban szerepet játszik a prostanoidok anyagcseréjének befolyásolása, mivel a prostaglandinok gyulladáshoz-fokozó bélbetegségekben döntő szerepet játszanak. Kimutatták, hogy colitis ulcerosus beteg rectumnyálkahártyájában a prostaglandinsynthetase magasabb aktivitású. Colitises betegeknek a prostaglandinhoz hasonló anyagok fokozottabb kiválasztását észlelték a székletben. Még nem tudjuk, hogy a magasabb prostaglandin-koncentráció oka, vagy következménye-e a gyulladáshoz-fokozó bélbetegségeknek. A szerzők véleménye végül az, hogy a standard terápia egyik alternatívája az 5-aminosalicylsav rektális alkalmazása.

Csóka József dr.

Exsudatív gastroenteropathia. Aigeldinger, E., H. Schomerus (Med. Universitätsklinik Tübingen): Med. Klin. 1982, 77, 715.

A gyomor-bélhuzam a peptidok és aminosavak absorptív képességével, valamint a plasmaproteinek (IgA, β-lipoproteinek, VLDL) szintézisével jelentős szerepet játszik a fehérjék metabolizmusában. A kiürített plasmaprotein aránya naponta az összplasmaprotein-poolnak 5–15%-a között ingadozik. Ha az emésztőcsatornába a plasmaproteinek kiürítése emelkedettebb: *exsudatív enteropathiáról* (ee.) beszélünk. Az emésztőhuzam valamennyi szakasza szerepelhet az ee. kóroktanában. Lényeges *elsődleges* és *másodlagos* lymphangiectasiák megkülönböztetni, továbbá az emésztőrendszer és az extraintestinalis kórfolyamatok között. Eddig a pathológiában 90 megbetegedés ismeretes, amely enterális fehérjevesztéssel okozhat. Az elsődleges és másodlagos lymphangiectasia esetén a pathogenetikai alapot a kítágult nyirokereknek a bélumenbe való rupturája vagy a mesenterialis nyirokerek elzáródása okozta fehérje transsudatio váltja ki; emellett még a különböző eredetű fokozott nyálkahártya permeabilitás is felelőssé tehető.

A gyomor-bélhuzamba történő fehérjevesztést nehéz igazolni, mert a kiürülő fehérjékből képződő aminosavak a bélből újra felszívódnak és így a székletben nincs emelkedettebb nitrogénmennyiség.

Legújabbban azonban a fehérjevesztés *radioizotóp eljárásokkal* pontosan quantálható [Gordon-teszt: 125 J radioizotóppal jelzett polivinylpyrrolidon; radioaktív chrom (51 Cr), mint chromalbumin; radiojóddal jelzett IgG (125 J) és 67 Cu-ceruloplasmin; alfa-1-antitrypsin].

A *radiológia* is jelentős segítséget nyújt, így a *lymphographia*, továbbá a *lymphscintigram*, valamint az endoscopia és a biopsia.

A klinikai tünetek vezérsymptomája az *oedema* (anasarca, ascites, chylothorax, chyluria). Emellett steatorrhoea, diarrhoea, hypocalcaemia, macula-oedema, hypocalcaemia, hypoglobulinaemia, hypalbuminaemia folytatás csökkent immunvédekezés is szerepelnek.

A terápiában újabb szempontot jelent a japán szerzők által felismert *fokozott fibrinolitikus aktivitás* e. g. esetén. Így az e. e.-betegek antifibrinolitikus kezelése *transzszexamsavval* jó eredményre vezetett a vérsavófehérjék rendeződésében és a morfológiai elváltozásokban. Az operatív beavatkozás az elsődleges és másodlagos eredetű folyamatok esetén jöhet szóba, de nem a generalizált esetekben. Egyes esetekben a H₂-antagonisták, orális anticholinergica, pancreaszym, kezeléssel értek el eredményeket. Mindezek mellett étrendi szabályozások is ajánlatosak: zsír- és konyhasószegény diéta, vas, calcium, gammaglobulin nyújtása, aminosavak, fehérjedús táplálkozás.

ifj. Pastinszky István dr.

Az achalasia konzervatív kezelése elektronikus-mechanikus dilatátorral. Frimberger, E. és mtsai (I. Med. Abt., Städt. Krankenhaus München-Neuperlach, u. MBB-AT, München-Ottobrunn): Dtsch. med. Wschr. 1982., 107., 1339.

A nyelőcső achalasia konzervatív kezelésében ez ideig különféle ballon-tágítók és a Starck-féle mechanikus dilatátor használtak a cardia területében elhelyezkedő alsó oesophagus sphincter tágítására. Az első eljárásnál a ballon töltőnyomását, a másodiknál a maximális tágítási átmérőt lehet meghatározni. A szerzők által konstruált új eszközzel a beavatkozás során szimultán és folyamatos módon lehet regisztrálni az erő kifejtést és a tágítás mértékét is. Lényegében a Starck-féle mechanikus dilatátort fejlesztették tovább úgy, hogy az (esernyőszerűen szétnyíló) tágító részt erőérzékelő koronggal és potenciometrikus távolságérzékelővel látták el. Eszközük ily módon lehetővé teszi a tágítási folyamat egyes fázisaiban a Newton-mértékegységben kifejezett nyomóerő diagramm és a mm-ben kifejezett aktuális tágítási átmérő egyidejű regisztrálását; a 2 görbét az eszközököz csatlakozó regisztráló készülék ugyanazon a papíron (egy-

más fölött) rögzíti. Az elektronikus-mechanikus dilatátor technikai adatai a következők: erőmérés: intervallum: 0–25 és 0–50 Newton, nyitási átmérő: 8–32 mm, áramellátás: 220 V, 50 Hz, 0,05 A; üzemeleti hőmérséklet-intervallum: 10–40 °C. Közleményük megírásáig 6 beteget kezeltek az új eszközzel. Úgy vélik, hogy segítségével diagnosztikus és prognosztikus információk is nyerhetők és tovább csökkenthető az achalasia konzervatív kezelésének egyébként is alacsony szövődményráta.

Szarvas Ferenc dr.

A gyomor-bélrendszer röntgenvizsgálattal kimutatott elváltozásainak percutan vékonytű biopsiája. Owman, A., Idwall, I.: *Gastroint. Radiol.* 1982. 7. 327.

A gyomor, vékony-, és vastagbél daganatos vagy gyulladásos elváltozásait nagyobb részben kontrasztanyagot tartalmazó röntgenvizsgálat fed fel. Ha bizonytalan a diagnózis, és alkalmatlan vagy sikertelen az endoscopus vizsgálat és anyagnyerés, a továbblépés egyik útja a percutan aspirációs vékonytű biopsia során nyert citológiai anyag vizsgálata. 47 beteg 49 biopsiája folyamán egy szövődmény fordult elő, melyet részletesen ismertettek. A biopsiát radiológus végzi 0,9 mm külső átmérőjű, 15 cm hosszú tűvel, a beteg hanyattfekvő helyzetében, átvilágítási ellenőrzés mellett. Az esetek többségében még helyi érzéstelenítést sem tartottak szükségesnek. A beavatkozást tapasztalataink alapján olyan veszélytelennek tartják, hogy ambuláns betegeken is elvégzik, és néhány órás megfigyelés után hazaelegendik őket. 78%-os diagnosztikus pontosságuk egyezik az irodalomban eddig közölt eredményekkel. Hamis pozitív, ill. hamis negatív eredményük nem volt, de a malignitásra gyanús citológiai leletet pozitívnak tekintették. Felhívják a figyelmet a módszer egyszerűségére: a beteg semmilyen előkészítést nem igényel. Ha alvadási és vérzési rendellenesség nincs, a vizsgálat mindig elvégezhető, kivéve ha Crohn-betegség gyanúja merül fel. Ilyenkor a fokozott fistulaképződés veszélye miatt a percutan biopsiától eltekintenek.

(Ref.: A svéd szerzők a ma már kiterjedten alkalmazott vékonytűbiopsiák, diagnosztikus szervpunkciók sorában először gondoltak arra, hogy — mint pl. a tüdőárnyékok esetében — a röntgenvizsgálattal lokalizálható gyomor-bélrendszeri daganatgyanús képletek tübiopsiájára a röntgenátvilágítást alkalmazták a tű irányítására. A módszer olyan egyszerű — és olyan nyilvánvaló —, hogy amelyik radiológiai osztályon gyakorlatot szerettek, pl. ultrahang vezérelt szervpunkcióval, a gyomor-bélrendszer röntgenvizsgálattal jobban felis-

merhető és lokalizálható térfoglaló képleteit képerősítő kontrollal hasonló módon pungalhatják. Természetesen a percutan tübiopsia indikációja csak akkor merülhet fel, ha pl. ráterjedő, vagy szűkület mögötti területen az endoscopus biopsia eredménytelen.)

Papp Zsuzsanna dr.

A vérző oesophagus varixok terápiája. Brunner, G., Harke, U. (Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Medizinische Hochschule Hannover): *Dtsch. med. Wschr.* 1982. 107. 1791.

A nyelőcső varixok sclerotizáló kezelése az utóbbi években háttérbe szorította a különböző shuntműtéteket. Ennek ellenére egyszerű, mindenki által elfogadott módszere nem alakult ki. A merev oesophagoscop és az altatás szövődményeinek elkerülésére a szerzők Terblanche és munkatársai módszerét továbbfejlesztve először flexibilis endoszkóppal diagnosztizálták a varix vérzést, bevezették a Sengstaken-szondát, rendezték a vérkeringést, a folyadék- és elektrolit háztartást, valamint a véralvadási viszonyokat. A sclerotizálást egy-két nap múlva röntgenkontroll alatt végezték el. A gyógyszer intravasalis adagolták egy speciális, erre a célra szerkesztett endoszkópon keresztül. Az eszköz szírvására szolgáló csatornáját megnagyobbították, lehetővé tették, hogy a területet nagyobb mennyiségű folyadékkal öblítsék át, széles látószögű optikát alkalmaztak, végül felfújható ballont szereltek a készülék distalis végére, amelynek felfújásával az injekció felett komprimálták a vénát. A sclerotizálást hetenként addig ismételték, amíg valamennyi varixot nem sikerült elzárni. Ehhez általában három beavatkozásra volt szükség.

Két és fél év alatt 57 beteget kezelték, 41 sorsát tudták egy éven át követni. Ezen idő alatt a túlélés 90% volt. Egy éven belül ismétlődő vérzés egy betegen sem lépett fel. Az eljárás előnye még, hogy a fundus vénáit is el lehet zárni.

Halálos, vagy halállal fenyegető szövődmény nem fordul elő. Steril pleura-izidmány volt a leggyakoribb komplikáció, amely terápia nélkül 1–2 hét alatt felszívódott. Néhány betegen az infekció helyén ugyancsak spontán gyógyuló fekély keletkezett.

A módszer a sürgős ügyelet alatt végzett sclerotizálásra nem alkalmas. Jó eredmény csak optimális előkészítés után gyakorolt team közreműködésével érhető el. A művelethez 3–4 orvosra van szükség, ezért csak jól ellátott klinikán ajánlható. Megfelelő, könnyen kezelhető endoszkóp kifejlesztésével a beavatkozás valószínűleg egyszerűbbé és szélesebb körben is felhasználhatóvá válik.

Preisich Péter dr.

Heveny virusenteritis és a bélgyulladásos betegségeinek fellobbanása. R. L. Gebhard és mtsai (Gastroenterology Section, Veterans Administration Medical Center, Minneapolis, Minnesota): *Gastroenterology* 1982. 83. 1207.

Bár a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa viruseredete nem igazolódott, relapsusukban az interkurrens heveny enterális vírusfertőzések szerepe lehet.

A kérdésre a szerzők 20 colitis ulcerosás és 57 Crohn-betegségben szenvedő egyén követésével kerestek választ. Norwalk ágens, rota- és adenovírus széklet antigénekkal, ill. szerológiai titeremelkedésekkel vizsgált enterális vírusinfekciók és az alapbetegség fellobbanása közti kapcsolatot elemezték egyidejűleg. Colitis ulcerosák között 16, Crohn-betegeik között 49 ízben fordult elő relapsus. A vírus-szerológia (4-szeres vagy nagyobb titeremelkedés) 5 esetben igazolt enterális vírusfertőzést az alapbetegség fellobbanásával egyidejűleg (egy rotavírus seroconven-siót colitis ulcerosában, kettőt Crohn-betegségben észleltek, és ez utóbbiban fordult elő két Norwalk ágens seroconversio is). Crohn-betegség 3 esetében relapsus nélkül zajlott le rotavírus fertőzés.

A 77 betegből 8-ban (10,4%) és 10 kontrollcsoportból 2-ben tudtak szerológiailag vírusinfekcióra következtetni. Így nyilvánvaló, hogy ezen enterális vírusfertőzések szerepe, főleg előfordulásuk ritkasága miatt, az alapbetegség aktiválásában elenyésző. Az enterális vírusok elleni vaccinátor emiatt nem várható számottevő hatás. Figyelemre méltó azonban az a tény, hogy a vírusos gastroenteritisek a relapsus klinikai képében jelentek meg.

Kovács Márta dr.

Anekrotizáló pancreatitis. Műtéti indikáció és eredmények 118 betegnél. Beger, H. G. és mtsai (A berlini szabad egyetem charlottenburgi sebészeti klinikájáról) *Chirurg.* 1982. 53. 784.

Az akut pancreatitis betegek többsége konzervatív terápia hatására gyógyul. Azonban a betegek 20–35%-ánál a betegség súlyosbodik, szövődmények jelentkeznek (hypovolaemia, veseelégtelenség, shock, sepsis) a pancreas haemorrhagiás nekrozisa következtében és szükségessé válik az operatív beavatkozás. Az első ilyen műtét 1895-ben történt a pancreas nekrozisok eltávolítása céljából drainage-zsal kombinálva.

A szerzők 10 év alatt 128 akut pancreatitis beteget operáltak pancreas nekrozis gyanúja miatt. Az átlag életkor: 45 ± 14,4 év volt, a nem szerinti eloszlás: férfi/nő = 2:1. A kórokok a következők voltak: alkohol: 55%, biliáris megbetegedés: 17%, trauma: 3%, postop.

pancreatitis: 4,7%, idiopathiás pancreatitis: 20,3%.

Körbonctanilag: oedemás pancreastaláltak 10 betegnél. Partiális nekrozis észlelték 104 betegnél, totális nekrozist 14 betegnél. 50%-os volt a nekrozis 50 betegnél, míg subtotalis 16 betegnél. Az összletalitás 33,9% volt. A betegek 74%-ánál a nekrozis az extrapancreaticus szövetekre is ráterjedt.

A diagnózis felállításánál különös jelentősége van a nekrotizáló alak felismerésének, mivel az egyetlen operatív indikációt a nekrotizáló alak felismerése jelenti. *Ranson* és *Imrie* prognózis sémája ennek felismerésére azonban nem alkalmas, sokkal inkább alkalmas a *Kümmmerle* séma, valamint a pancreatogén ascites analysise, a pancreatitisre specifikus anyagok vérben való kimutatása, elsősorban pedig a sonographia és a computer tomographia.

A műtét időpontja kapcsolatban van a panaszok idejével. 23 beteget operáltak a betegség kezdete után néhány napon belül, 45 beteget a betegség 2–4. hete között.

A műtét *therápia* a nekrotikus szövetek teljes eltávolítását jelentette, nemcsak a pancreasból, hanem a retroperitoneumból is, és a baktériummal teli üregek 2 draincsővel való lokális öblítését, szivását. Ezen terápiát 71 betegnek alkalmazták 6 liter/24 óra infundált folyadékkal. Baktériumleoltás és resistencia vizsgálat alapján néhány betegnél célzott antibiotikum *therápia* is történt. Folyamatos postoperatív peritoneális lavage volt szükséges 28 betegnél hyperosmotikus glucose oldattal ($9,6 \pm 8,2$ napig). Az elvégzett műtétek között szerepelt még: a pancreas subtot. resectiója, splenectomiával, cholecystectomy a ductus choledochus T-drainage-ával.

A nekrotizáló pancreatitis sebészeti *therápiája*, a nekrektomia még nem általánosan elfogadott eljárás. A túlélési százalékot csak akkor javítja, ha a műtétet közvetlenül a nekrozis fellépése után végzik. A nekrozis csak a betegség kezdete után a 2. héten demarkálódik és az így elvégzett pancreatectomiánál az intakt szövetek is sérülhetnek.

Fentiek szerint az ajánlott *therápia* az akut pancreatitis korai szakában: konzervatív *therápia* (intenzív gyógyszeres) és folyamatos peritoneális öblítés. Nekrotizáló pancreatitisnél nekrektomia + drainage és az első 6–12 órán belül elkezdett peritoneális dialysis. Utóbbi célja a toxikus és vasoaktív anyagok eltávolítása. A kifejezett haemorrhagiás-nekrotizáló pancreatitisnél még hosszas peritoneális dialysis sem javította a letalitási és morbiditási %-ot, csupán a korai letalitást csökkentette. Nekrotizáló pankreatitisnél a körlevélt a nekrozis kiterjedése és a bakteriális fertőzöttség határozza meg.

Horváth Zsuzsanna dr.

A collagen colitis. W. Höchter és mtsai. (1. Medizinische Abteilung, und Pathologisches Institut, Städtisches Krankenhaus Neuperlach 8000 München 83): Dtsch. med. Wschr. 1982. 107, 257.

A szerzők egy meglehetősen ritkán észlelt, eddig mindössze 4 alkalommal ismertetett betegség, a collagen colitis további 2 esetét írják le.

Mindkét betegnél a vezető klinikai tünet a napi 15–20 alkalommal jelentkező vizes hasmenés vérzés nélkül. Colonoscóppal a nyálkahártya normális, illetve kissé oedemás. A betegség diagnózisát a rectumból és a colomból vett sorozatbiopsziák szövettani vizsgálatával állították fel, a tunica propria gyulladásos infiltrációja, valamint felszíni epithel alatt sávszerűen elhelyezkedő collagenrostok alapján. A laboratóriumi vizsgálatok során az egyik beteg pancreas polypeptid (PP) szintjét magasnak találták, a gastrin, GIP, VIP, 5-OH indolecetsav normális értéke mellett. Tekintettel arra, hogy a beteg megelőzően 6 hónapig ventricularis ulcus miatt cimetidint, illetve ranitidint szedett, további 25, hasmenésben nem szenvedő, a fenti H_2 receptorblokkolókkal 3 héttől 6 hónapig kezelt betegnél colonoscopus és szövettani vizsgálatot végeztek, de collagen colitisre jellemző eltérést nem észleltek. Hogy a szöveti elváltozás reverzibilis-e, arra a szerzők az eltelt idő rövidsége miatt nem tudnak válaszolni. A klinikai tünetek 4–6 hetes prednisolon kezelés után rendeződtek.

Mivel a collagen colitis szövettanilag jól jellemezhető elváltozás, a szerzők indokoltnak tartják minden krónikus hasmenésben szenvedő beteg esetében a sorozatbiopszia elvégzését a colon és a rectum nyálkahártyájából.

Papp Ilona dr.

Családtervezés

A különböző fogamzásgátló módszerek hatékonysága. M. Vessey, M. Lawles, D. Yates (University Department of Community Medicine and General Practice, Gibson Laboratories Building, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE): Lancet, 1982, 1, 841.

Átlag 9 és fél éven át 17 ezer különböző fogamzásgátló módszert használó 25–39 éves, házasság és második szociális kategóriába (a vizsgálatok szerint, akik a legjobban vigyáznak egészségükre) tartozó nőket követtek nyomon az Oxford Family Planning Association munkatársai 1968 és 1974 között. Így azonos kautélálak között hasonlíthatók össze a fogamzásgátló módszerek széles skálájának hatékonyságát. A legrövidebb használati idő a különböző módszereknél 5 hónap volt. A kísérletben olyan asszonyok vehettek részt, akik előtte másfaj-

ta fogamzásgátló módszert nem alkalmaztak. A vizsgálatban résztvevőket rendszeres kontrollvizsgálatra visszarendelték, amikor a rutinvizsgálatokon kívül kérdőívet is kitöltöttek, melyet a munkatársak elemeztek. A vizsgálat sorozat során a betegek 3%-ával szakadt meg a kontaktus különböző okok miatt. Az eredményeket a következőkben foglalják össze:

Az ösztrogén és progeszteron tartalmú tablettáknál 0,16–0,32, a csak progeszteron tartalmúknál 1,2 a 100 női évre számolt hibaráta. Ugyanez a pesszáriumot használóknál 1,9, condom esetében pedig 3,6.

A 12 említett, különböző márkájú IUD-nél 0,4 és 6,8 közötti a hibaráta. A nálunk is ismert Copper T esetében ez 1,2. Megszakított közösülésnél 6,7, a csak kémiai anyagot használóknál 11,9. Női sterilizációnál 0,13, férfisterilizációnál 0,02.

A 25 és 34 év közötti nők csoportjában, a fent említett módszereket 2–3 évig, vagy ennél hosszabb ideig használóknál az idő függvényében a hibaráta felére, harmadára csökken. Ez legkifejezettebb az ösztrogén-progeszteron tartalmú tablettáknál (0,25-ről 0,09-re csökken).

A 35 évnél idősebb nőknél az eleve alacsonyabb kezdeti hibaráta az évek függvényében kevésbé mutat csökkenő tendenciát a hormontartalmú gyógyszerek esetében, míg IUD, pesszárium, vagy condom használatánál jelentős csökkenés mutatkozik (IUD 1,8–0,4, pesszárium 2,8–0,8; condom 2,9–0,7).

Mivel ez az első, ilyen nagy beteganyagot felölelő vizsgálat sorozat, a szerzők emlélik, hogy sok segítséget nyújtanak az orvosok számára, hogy milyen módszert ajánljanak betegeiknek.

Szendei György dr.

Tanácsadás terhességgel kapcsolatos konfliktus esetén. O. Jürgensen (Klinikum d. Univ. Zentrum f. Gyn., D-6000 Frankfurt): Sexualmedizin 1983. 12. 15. és 26.

Az NSZK-ban a hazánkban szokásos „nem kívánt terhesség” helyett a „Schwangerschaftskonflikt” kifejezés a szokásos és a legális terhességmegszakítás egyik feltétele, hogy a terhes a terhességgel kapcsolatos konfliktus megoldását támogató tanácsadón vegyen részt. Ez utóbbi legalábbis részben megfelel a mi TEMEB-ünk (terhességmegszakítást elbíráló bizottság, köznapi kifejezéssel abortus bizottság) egyik feladatának és még az is azonos, hogy a részvétel „kötelező”.

A szerző ilyen tanácsadást végzett az 1979/80 évek folyamán és összesen 122 terhessel foglalkozott. Ezen 20–60 perces interjúk során nyert tapasztalatairól számol be,

anyagát különböző, főleg szociológiai csoportokba osztja, sok esetet aránylag részletesen ismertet és egyedi és általános következtetéseket von le.

Hangsúlyozottan említi, hogy szinte minden esetben megmutatózó „zavaró” körülmény a részvétel, „kötelező” volta, a tanácsadón a terhes nem saját elhatározása alapján jelenik meg és ezért előzetesen olyan elképzelése van, hogy valamiféle „bíróági tárgyalás”-szerűnek néz elébe. Ezért úgy gondolja, hogy neki ott valamit bizonyítani-igazolni kell, miután már előzetesen azt határozta el, hogy megszakítja a terhességét. E helyzet feloldása a legelső teendő és ennek eredményeként a terheket kellemes meglepetés éri, a bárátságos-megértő milió és fogadtatás, s így hamarosan oldódik a feszültség és lehetségessé válik az, ami célja: a gondok megbeszélése, a „valódi” problémák feltárása. Ugyanis csak a tanácsadón való részvételt kell „igazolni”.

Az ismertetett esetekben a terhesek 120/0-a kiskorú volt, 260/0-ban pedig a házasság volt válságban, ill. már válófélben voltak. Külön hangsúlyt érdemel az a csoport, amelyre jellemző, hogy a nő válójában szülni „szeretne”, de a különböző körülmények ezt nem teszik lehetővé.

(Ref.: A cikk a magyar olvasó számára több szempontból is tanulságos gondolatokat tartalmaz. Minden biznnyal hazánkban is sok a TEMEB előtt „megjelenő” terhes érez a munkastílusban némi „bíróági tárgyalás”-szerűséget, amit nem ártana tudatosan ellensúlyozni. E vonatkozásban szerepe van a szoba berendezésének: az íróasztal mögött ülő bizottság „elött ül” a nő. Arra is lehetne törekedni, hogy először lazító és bizalomfeszítő szavakkal oldjuk a feszültséget és látszódjék a segíteni akarás. Így talán többet tehetnénk a cél érdekében, hogy legalább a jövőben alkalmazzanak fogamzásgátlást. Minden biznnyal ezt a célt szolgálja az az újabb intézkedés is, hogy a TEMEB-elnökök bizonyos esetekben önállóan is dönthetnek, tehát ilyen esetekben akkor is négy szemközt beszéljenek a terhessel, ha éppen „ülős” idején jelenik meg. Az olvasóban hiányérzetet kelt az, hogy a cikkben nincs szó a nemzés felelőségéről, az ezt jelző fogamzásgátlás elmulasztásáról. Viszont nem árt, ha TEMEB-eink arra is gondolnak, hogy a megszakítást kérő esetleg valóban szülni szeretne és az ezt gátló körülmények valójában nem mindig megoldhatatlanok, néha csak a környezet „kényszeríti” a terhest más véleményének sajátjaként való interpretálására.)

Aszódi Imre dr.

Sterilizálás előtt a nőgyógyász a párral hármásban foglalkozzon. H. Horning (D—7012 Fellbach, Stutt-

garter Str. 4.): Sexualmedizin, 1983, 12, 241.

Napjaink egyik nagy gondja a családtervezés, amire ugyanis gyakorlatilag mindenkinek szüksége van, ugyanakkor azonban minden igényt kielégítő módszer nincs. Veszélye van a terhességmegszakításnak, a pilulának, az IUE-nek és a meddővé tételnek is. De nemcsak a biológiai káros következmények lehetősége áll fenn, hanem a káros pszichés hatás is, ami a „másik” félben is megmutatkozhat.

A gond élő voltát jelzi, hogy sokan változtatják „indokolatlanul gyakran” az alkalmazott fogamzásgátló módszert vagy készítményt, és sterilizálás után nem ritka a kedvezőtlen pszichoszexuális hatás. Miután ez utóbbi végleges módszer, azon változtatni alig lehet, helyesebb a megelőzés, mint a kezelés. A megelőzésnek pedig egyetlen módja a beavatkozás előtti megbeszélés.

Jogi vonatkozásban eleget teszünk ennek a feltételnek, ha egy felvilágosító broszúrát adunk és a beleegyezést „aláíratjuk”. Hátrányos az a gyakorlat is, hogy a férfi sterilizálása a nőgyógyász és a nő közötti kapcsolat során kerül szóba és azzal zárul, hogy a férj forduljon az urológushoz, aki majd beszél vele, de többnyire ő is csak felvilágosító kiadványt kap kézhez.

A szerző szerint a nőgyógyász feladata az, hogy a házaspárral hármásban beszélgesen és ő ezt a gyakorlatot be is vezette. E foglalkozás során meg kell magyarázni a sterilizálás lényegét, előnyét, hátrányát és az orvos tájékozódjon afelől, hogy valóban önkéntes-e a férfi elhatározása, nem élnek-e benne — netán tévhitre épített — indokolatlan aggodalmak, és az egészséges kapcsolatban mik azok a gondok, amiket önmagának sem mert eddig megfogalmazni (jó, tartós-e a házasság, mi lesz, ha mégis elválnak, megövegyül, vagy gyermekét elveszti). Ugyanis mindig hasznos, ha a házaspárt együtt látja az orvos, partnerkapcsolatuk jellegét reálisabban tudja megítélni.

Igaz ugyan, hogy mikrosebészeti módszerekkel nem ritkán lehetséges a refertilizáció, de nem célszerű e lehetőségre hagyatkozni, akkor sem, ha ez „csemege”-műtét.

(Ref.: Bár hazánkban még nem engedélyezett a sterilizálás, nem zárható ki, hogy a jövőben az lesz. Viszont a nőgyógyászoknak nemcsak lehetőségük van arra, hogy a párral foglalkozzanak, hanem kötelességük is az házasságkötés előtti tanácsadás, valamint mesterséges termékenyítés esetén. Arra kell törekedni, hogy a férfi megjelenése a nőgyógyászati rendelésben ne keltsen feltűnést és ellenérzést sem a férjben, sem a várakozó nőkben és az orvos is „tanulja meg”, hogy férfikkal, mint „ügyfelekkel” és nem mint hozzátartozókkal beszélgesen.)

Aszódi Imre dr.

Kedvet az önmegtartóztatásra. M. Ölz (A 6800 Feldkirch Feldegg Gasse 1): Sexualmedizin 1982. 11. 395.

Egy családtervező intézetben munkacsoport alakult a természetes születésszabályozás propagálására. Mottóként jegyzi meg a szerző a cikk elején, hogy elképesztő, hogy a nők az úgynevezett természetes születésszabályozásban mit tartanak „reichvoll”-nak. Ugyanez vonatkozik férfiakra is.

Módszerük lényege, hogy kurzust rendeztek a téma iránt érdeklődők számára. Az oktatók csak azok lehettek, akik önmaguk is ilyen módszerrel védekeznek. A foglalkozásokon részletesen elmagyarázták a Rötzer-féle — hőmérőzéssel és nyákvizsgálattal kiegészített naptár — módszer elveit és gyakorlatát és ezenfelül a párkapcsolat jelentőségét, annak javításának lehetőségét, a szükséges önmegtartóztató szakasz pozitív irányú átértékelését.

A kurzusokon 694 személy vett részt, zömmel ivarérett nők, de férfiak is.

A kiscsoportos foglalkozások során azt tapasztalták, hogy a fiatal lányok is szívesen csatlakoztak, mert azt remélték, hogy így rávezték őket saját testük jobb megismerésére és ezáltal női öntudatuk is elmélyül. Mások azért jelentkeztek, mert a korábban alkalmazott fogamzásgátló tablettával, vagy IUE-vel valamiért nem voltak megelégedettek, ill. panaszuk volt. A beszélgetések során az is kiderült, hogy az orvosok nem szentelnek elegendő időt a fogamzásgátlás megbeszélésére, többnyire a pilula „gyors” felírásával „letudják” a tanácsot kérőket anélkül, hogy ők családtervezési elképzeléseikről, gondjaikról szólhattak volna, bár elismerik, hogy az orvosoknak „keves” az idejük. A kurzuson részt vevő férfiak többnyire olyan fiatalok voltak, akiket oda az a vágyuk vezérelt, hogy ennek segítségével partnerükkel egészséges és „természetes” szexuális életet éljenek anélkül, hogy az aktus folyamán manipulálniuk kellene. A férjhallgatók pedig hasznosnak minősítették az időszakos önmegtartóztatás feltételét, mert attól vitalitásuk és kreativitásuk általános erősödését várták.

Egyesek pszichésen tartották megterhelőnek azt az időszakot, ami a más módszerről való letérésről ennek megszokásáig terjed.

(Ref.: A cikkben nincs szó semmilyen eredményről, arról sem, hogy a kurzus után hányan és mennyi ideig éltek a jelzett módszerrel. Mégis indokolt a fentiekben való elgondolkodás azért is, mert a Rötzer-féle kombinált módszer hazánkban alig ismert és mert rámutat arra, hogy fölünk is több türelmet, odafigyelést és időt igényelnek a családtervezési kérdésekkel orvoshoz fordulóknak.)

Aszódi Imre dr.



A gyakorlat kérdései

Autogen tréning az általános orvosi gyakorlatban. Drenk, K.: *Tägliche Praxis*, 1983, 24, 131.

Az akarattól független vegetatív és pszichovegetatív regulációs panaszok jelentős emelkedése az orvosi gyakorlatban szükségszerűen e körképek adekvát gyógyításának problémáját hozta előtérbe. Míg az antidepressívumok és neurolepticumok hatásos gyógyszerei a depressiók és psychosok kezelésének, a vegetatív zavarokban már az ember a tranquillánsokra van utalva. Az előbbiekkal ellentétben azonban ezek már nem megszüntetik, hanem elnyomják a tüneteket, a gyógyszerfüggőség veszélyének kialakulásával együtt. Ezért az általános orvosi gyakorlatban előtérbe került az autogen tréning gyakorlata. Más szóval autoszugesztív módszerekkel, célzott „élettani-racionális” gyakorlatokkal intenzív testi-lelki lazulást érhetünk el.

Az autogen tréning jelentősebb, elsajátítandó céljai: 1. Az önmegnyugtatás. 2. Az indulatok tompítása. 3. A felüdülés. 4. A koncentrációs képesség javítása.

Az autogen tréning alapelve — a hipnózishoz hasonlóan — azon alapszik, hogy a gyakorlatok monoton ismétlésével megfelelő és kellemes tartás és közérzet, testi-lelki ellazulás jöjjön létre. A súlygyakorlatokra az izomzat lazul el, a meleggyakorlatokra a vérátáramlás nő. A vegetatív idegrendszer átkapcsolásához a sorrend a légzés, a szív és a hasi szervek. Negyedéves gyakorlatozás után a gyakorlatok már realizálhatók, sőt a szervi elváltozásoknak megfelelően elmélyíthető és kiegészíthető. Sőt ennek segítségével a magatartásmódok és cselekmények (pl. étkezési, dohányzási és ivási szokások, féltelenség, aggodás, szabadidő-eltöltés) is javíthatók, illetve kiigazíthatók.

Az autogen tréning indikációi: 1. Vegetatív és pszichovegetatív szabályozási zavarok. 2. Pszichoszomatikus megbetegedések (asthma, ulcus duodeni, colitis, urticaria). 3. Szomatikus megbetegedések, melyeknek kezeléséhez a vegetatív idegrendszer harmóniája elengedhetetlen (pl. szívinfarctus után). 4. Neurózisok. Sok neurotikus esetben kivonja magát alóla, mivel neki az idegfeszültség többször éppen a perpetuum mobiléja, szenved tőle, de ugyanakkor meglenni sem tud nélküle.

Az autogén tréning ellenjavallatát az endogén pszichózisok képezik, de szellemi gyengeségben, hiányzó intellektuális együttműködésben sem javasolt. A gyakorlati órák a szervezettől függően általában kéthetenként vannak beiktatva. Egy kezelésen egyszerre 10–15-en vegyenek részt és ebben általában a nők vannak többségben, a fiatal 16–20 évesek pedig felénkintik a foglalkozást.

A szerző 97 páciense közül 61-nek (36 nőnek és 25 férfinak) az eredményét tudta felmérni, akik közül 25%-nak kizárólag, 20%-nak pedig túlnyomórészt lelki problémái voltak. Feltűnő, hogy a felnőtteknek több mint fele depresszív alaphangulatú volt, ami ennek gyakoriságára utal a praxisban. A gyakoriság sorrendjében az autogén tréningben a következő panaszokkal vettek részt: depressziós alaphangulat, szív- és vérkeringési zavarok, szorongás, koncentrációs nehézségek, alvászavarok, gyomor- és bélpanaszok, önbizalomhiány, légzészavarok. Kétharmaduk több mint egy évig végezte az autogén gyakorlatokat, a többiek 0,5–1 évig. A panaszok az esetek 70,5%-ban jelentősen csökkentek és csak 9,8%-ban nem észleltek az autogén tréning után eredményt. Az eredmény bizonyítására az orvoshoz fordulás gyakorisága, a nyugtató és altató gyógyszerek adagjának alakulása lehet alkalmas. Nála a páciensek 33%-a kereste fel ennek hatására ritkábban orvosát, a nyugtatók és altatók szedését pedig a megkérdezetteknek 62,3%-a hagyta el, vagy csökkentette jelentősen.

Véleménye szerint az autogén tréninget legalább egy éven át kell rendszeresen végezni és ideális, ha a páciens egyéniségéhez, panaszaihoz és napi életritmusához igazodik. Az eredménytelenség a motiváció és szorongalom hiányára, valamint a neurotikus alapbetegségre volt visszavezethető és valószínűleg az utóbbi játszotta a legnagyobb szerepet. Bevezetését a gyakorlatban javasolják.

Angeli István dr.

Compliance-tanulmány. Non-compliance faktoranalitikus vizsgálata. Kunze, M., Schoberger, R. (*Ordinariat am Hygiene Inst. d. Univ. Wien*): *Dtsch. med. Wschr.* 1983, 108, 735.

Orvosi tanács betartását, ill. be nem tartását vizsgálták magasvérnyomás betegségben szenvedőknél. Kérdőíves módszert alkalmaztak, faktoranalitikus értékeléssel. 195 beteg és 101 orvos választát dolgozták fel. Az orvosok 87%-a, a betegek 31%-a vélte azt, hogy a betegek panaszmentesen az orvos utasításait nem tartják be. Az orvosok 29%-ának, a betegek 57%-ának az volt a véleménye, hogy az orvosoknak nincs idejük arra, hogy a beteggel foglalkozzanak. A beteg bizonytalansága, a beteg felelősségérzetének és önállóságának lebecsülése az információ és a szervezés elégtelenségéből eredt. Továbbiakban a szerzők a gyógyulásra törekvés hiányát, az orvosoknak a gyógyszerkezelésbe vetett túlértékelt hitét, a betegekkel szembeni értelmi és érzelmi túlzott követelményt említik meg, az orvosi előírások be nem tartásának okaként. Az életmód változtatására vonatkozó utasítások betartásának

elősegítésére egyes esetekben a speciális magatartásterápiát is megemlítik a szerzők, ez különösen azon esetekben lehet szükséges, ha értelmi és érzelmi téren túlzott követelményeket támasztanak a beteggel szemben.

Vargha Miklós dr.

Eldobható műanyag inzulinfecskendők ismételt alkalmazásának biztonsága. Collins, B., J. és mtsai: *Lancet*, 1983, 1, 559.

Az Egyesült Királyságban a cukorbeteg részére csak üvegfecskendőt lehet vényre felírni. Ugyanakkor ismert, hogy a betegek nagy része az üvegfecskendőket nem megfelelően kezeli. Egy tanulmány kimutatta, hogy a megfigyelt betegek 40%-a használat után nem helyezte vissza a fecskendőt alkoholba. Ennek ellenére a beszúrás helyén nem lépett fel fertőzés. Úgy tűnik tehát, hogy a biztonságos inzulin injekciózáshoz nem szükséges a fecskendők gondos sterilizálása.

Mi lehet ennek az oka? Egy tanulmány kimutatta, hogy — önként jelentkezőkön — legalább $7,5 \cdot 10^6$ *Staphylococcus aureus* csíra szükséges ahhoz, hogy bőrbe fecskendezve tályogot hozzon létre. (Jóllehet, ez a mennyiség cukorbetegeken kisebb lehet, e betegek csökkent védekezőképessége miatt!) A fertőzések kivédésének egy másik fontos oka lehet az inzulin készítményekben jelenlevő bacteriostatikus anyagok jelenléte, mint pl. a phenol, metacresol stb.

Hodge és mtsai 10^6 telepformáló *Staphylococcus aureus* csírákat ino-
culáltak egy inzulin ampullába, és nem észlelték a baktériumok növekedését 48 órán át. Ezért kézenfekvőnek látszott, hogy feltel-
lezzék, a műanyag fecskendőket vegyi sterilizálás nélkül lehet ismételt alkalmazni.

A szerzők tanulmányukban az „egyszer használatos” műanyag fecskendők bakteriális fertőzöttségét tették vizsgálat tárgyává 7 napos használat után. *Staph. aureus*, *Escherichia coli* és *Pseudomonas aeruginosa* suspensiójából 0,5 ml-t fecskendeztek egy-egy 10 ml-es inzulin ampullába, hogy megvizsgálják az inzulin készítmény bacteriostatikus hatását. Hat, az Egyesült Királyságban használatos különféle inzulin készítményt használtak, 53 beteg, 30 férfi és 23 nő vett részt a kísérletben. 2 ml-es műanyag fecskendőt használtak 7 napon át. A tűre minden egyes injekció után védőt húztak. A fecskendőt a hozzacsavart tűvel használat után a hűtőszekrénybe helyezték. A fecskendőt, ill. a tűt használat után sem vízzel, sem alkohollal nem mosták el. A bőr fertőtlenítésére nem adtak külön utasítást, úgy végezték, ahogyan azelőtt. A hetedik napon a fecskendőt és tűt vizsgálatra a kórházba vitték. Az orrnyálkahártyáról és

bőrről tampont vettek, amit véres agarra szélesztettek.

Az injekció helyét megfigyelték. A felhasznált fecskendőt és tűt egymástól elkülönítve vizsgálták, bakteriális fertőzöttség szempontjából. A fecskendő tartalmát megfelelő átöblítéssel véres táptalajra szélesztették, 37 Celsius fokon, 48 órán át. Kontrollként a különböző inzulin készítmények mellett a leírt baktérium csírokat tartalmazó oldattal Ringer oldatot is inkubáltak. Mindhárom organizmus gyors növekedésnek indult a Ringerben. A kizárólag 1 mg methylhydroxybenzoátot tartalmazó inzulin oldatban (Actrapid) mindhárom törzs mérsékelt növekedését észlelték. Valamennyi többi inzulin oldatban a növekedés teljesen gátoltak mutatkozott. A vizsgált 61 fecskendőben sehol sem volt bakteriális fertőzöttség kimutatható. Egyetlen tühegyen lehetett Streptococcus viridans-t izolálni. 25 beteg használta a kevésbé bacteriostatikus methylhydroxybenzoátot, közülük az egyik beteg tüje tartalmazta a Str. viridans-t.

Az orttampont bakteriális vizsgálata vegyes florát mutatott 44 esetben (Str. viridans, Str., Haemophilus inf., Staph. aureus stb.). A bőrről 44 esetből 35 esetben volt a bakteriológiai lelet pozitív. Elsősorban Staph. albus tenyésztett ki. A beszúrás helyén fertőzöttség nyomát nem észlelték. Megvizsgálták a bakteriológiai eljárás érzékenységet, és azt megfelelőnek ítélték. (Az eljárás a contaminált maradék inzulin tartalmazó közegben kb. 10 organizmus kimutatására alkalmas.)

A szerzők jelen tanulmányukban kiterjesztették Hodge és mtsai megfigyelését, s megállapították, hogy az inzulin oldatok — egy kivételével — teljes bacteriostatikus effektussal rendelkeznek. De megállapítják, hogy a csökkent bacteriostatikus hatású methylhydroxybenzoátot tartalmazó fecskendőkben sem volt bakteriális contaminatio, 25 betegben.

Ez az első olyan tanulmány, ahol a tűket és a fecskendőket egymástól elkülönítve vizsgálták. Összefoglalóan megállapítják, hogy az egyszerű használatos műanyag fecskendő 7 napon át kémiai sterilizálás nélkül biztonságosan használható. A gazdasági megtakarítás egyértelmű. Az Egyesült Királyságban ez a módszer a költségeket több mint egyharmadával csökkentené.

Halmos Tamás dr.

Eldobható inzulinfecskendők ismételt felhasználása. Szerkesztősi közlemény. Lancet, 1983, 1, 570.

Az Egyesült Királyságban a gyakorló orvosok a közgyógyellátás terhére csak üvegfecskendőket írhatnak fel. A kórházak, ha anyagi helyzetük megengedi, használhatnak eldobható műanyag fecskendőket is. A betegek általában job-

ban szeretik a műanyag fecskendőket, mert könnyebbek, kevésbé törékenyek, jobb tűik vannak stb.

Míg a kórházakban — a hepatitis-veszély miatt — az egyszerű használatos eszközök ismételt használata keresztfertőzést okozhat, addig a cukorbeteg fecskendőket csak saját céljaira használják. Az Egyesült Királyságban az Egészségügyi Hivatal nem javasolja a műanyag fecskendők ismételt használatát, mert a gyártó nem szavatolja használat után a sterilitást. Ausztráliában a Közegészségügyi Intézet igazgatója csekélynek, de szignifikánsnak nevezte ezen eszközök ismételt használatával járó fertőzési veszélyt. Skóciában vizsgálták, hogy van-e különbség a szabályosan sterilizált üvegfecskendők és az ismételt felhasznált műanyag fecskendők között a fellépő fertőzések szempontjából. Azt találták, hogy a fertőzési ráta nem volt magasabb a műanyag fecskendőt használók között, mint a hagyományosan sterilizált üvegfecskendőt alkalmazók között.

A szerkesztősi közlemény mellátja Collins és mtsai vizsgálatainak eredményét a lap ugyanebben a számában. Az eredményeket meggyőzőnek tartja a műanyag fecskendők ismételt felhasználását illetően. Egy probléma érdemel figyelmet a cikk szerint, nevezetesen a benzothiazol potenciális toxicitása, amely a fecskendő dugattyújáról ismételt használat után a fecskendő ürterébe juthat. De — írja a cikk — mit tudunk a phenol vagy metacresol, ill. methylhydroxybenzoát inzulinra gyakorolt hatásáról? A közlemény összefoglalóan végül is úgy foglal állást, hogy az Egészségügyi Hivatal engedje meg műanyag fecskendő felírását és felhasználását egy héten át, sterilizálás nélkül, a könnyebb kezelhetőség és olcsóbbaság miatt. (Ref.: Ezekre az eredményekre nálunk is oda kellene figyelni.)

Halmos Tamás dr.

Nitroglycerin kenőcs alkalmazása vénapunkció során. J. F. Hecker és mtsai (Department of Physiology, University of New England and Armidale and New England Hospital, Armidale, New South Wales, Australia): Lancet, 1983, 1, 332.

A szerzők 50 betegnél alkalmaztak 1 vagy 2 mg-os dózisban nitroglycerin kenőcsöt a kézhátra vagy az ujjak közé kenve, és vizsgálták a kar vénáit tágító hatását. Azonos számú kontrollnál semleges kenőcsöt használtak. A kettős vak kísérlet során szignifikáns különbséget találtak a nitroglycerinrel bekent kar vénáinak pangálhatóságát illetően. Felhívják a figyelmet arra, hogy a beteg számára is olyan megterhelő vénapunkció elősegítésére jól használható az eddigiekben csak angina

pectorisban (sokkal nagyobb adagban) alkalmazott nitroglycerin kenőcs. A jelzett dózis esetén fejfájás, vagy egyéb mellékhatás nem jelentkezett.

Balikó Zoltán dr.

Pszichiátria

A szorongás perifériás biológiai mutatóinak változásai. J.-Ph. Boulenger, T. W. Uhde (National Institute of Mental Health, 9000 Rockville Pike, Bldg. 10, Rm. 3S239, Bethesda, Maryland 20205, USA): Encéphale, 1982, 8, 119.

A szorongást gyakran kísérik olyan plazma-paraméter változások, melyek a neuroendocrín rendszer változásaira utalnak pszichiátriai betegeknek ugyanúgy, mint az egészséges embereknél. E módosulások közül a plazma catecholaminok és a cortisol emelkedése nem tekinthető a szorongás specifikumainak, mivel bármelyik stresszállapot előidézi secretio fokozódásukat. Az újabb tanulmányok az agyi noradrenerg rendszerek hyperaktivitására utalnak.

A Redmond által 1979-ben ajánlott modell szerint a szorongás neuroanatómiai alapja az ún. „noradrenerg-mag” a locus ceruleus lenne. Állatkísérletekben a locus ceruleus elektromos vagy pharmacológiai ingerlése emeli a noradrenerg turn-over-t és párhuzamosan félelmi állapotokat okoz, míg ugyanennek a területnek a laesioja vagy gyógyszeres blokádja a noradrenerg turn-over-t csökkenti, a félelmi állapotokat mérsékli. Megjegyzik, hogy a humán gyakorlatban használt szorongáscsökkentő szerek állatkísérletekben a locus ceruleus aktivitását gátolják. Elmentmondásként ugyanakkor leírják azt is, hogy a clonidin, mely alfa-2-adrenerg receptorizgató, állapotban gátolja a locus ceruleus aktivitását, depressióknál, szorongó embereknél és opiát elvonási tünetek kezelésénél kifejezett anxiolitikus hatású.

Faludi Gábor dr.

Újabb nézetek az affectív betegségek ún. neuromodulátorairól. Beckman, H. (Central Institute of Mental Health, P. O. B. 5970, D-6800 Mannheim): Encéphale, 1982, 8, 167.

Bizonyos ellentmondások ellenére az affectív zavarok aetiopathogenetikai hypothéziseiben az agy biogén aminjainak, legfőképpen a noradrenalin és serotonin cerebrális neurotransmissiójának dysfunkciói jelentős szerepet kapnak. Az antidepresszánsoknak a neurotransmissióra gyakorolt hatásai, a klinikai válasz nem kellő previsiója a kutatást arra serkenti, hogy az ún. „major depressiókat” noradrenerg, illetve serotoninerg mechanizmusok dominanciája szerint próbál-

ják elkülöníteni. A szerző saját és irodalmi adatok összevetése után a következő megállapításokat teszi. A noradrenalin anyagcsere ritmusát az MHPG (3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol) mérése során lassúbbnak találta azoknál a betegek-nél, akik jól reagáltak imipramin, illetve amfetamin kezelésre, gyorsabb volt azoknál, akik amitriptylinre és alvásmegvonásra adtak kedvező terápiás választ. Fordítva, úgy tapasztalták, hogy a serotonin metabolismus, melyre a liquor 5-hydroxindolacetát méréséből következtettek, csökkentebb volt az amitriptylinnel és clomipraminnal kezeltékben, normális vagy fokozottabb volt a nortriptylinnel kezeltékben. A kapott adatokból az ún. „major depressiók” heterogenitására következtettek, annak ellenére, hogy klinikailag sokszor homogen symptomatologia jellemezheti őket. A serotonin és noradrenalin kétségtelen szerepén túl az acetylcholinra és felhívja a figyelmet, mint szóba jöhető neuromodulátorra a hangulati élet szabályozásában.

Faludi Gábor dr.

A depressiók biológiai markerei.

Greeden, J. F. (Mental Health Research Institute, Ann Arbor, Michigan 48109, USA): *Encéphale*, 1982, 8, 193.

A melancholia physiopathológiájának markereit négy lényeges, neuroendocrinologiai, alvásiéletani, psychomotor funkciók és biokémiai területen foglalja össze a szerző. A *neuroendocrinologiai* vizsgálatok közül a dexamethason suppressiók tesztet említi elsőnek (DST próba). Endogen depressióban dexamethason adását követően csökken a plazma-cortisol secretio suppressiója. Jól használható a TRH (thyreotrop releasing hormon) próba is, melynek stimulációjára TSH (thyreoidea stimuláló hormon) válaszcsökkenés következik be. A D-amfetamin, methylamfetamin, clonidin, L-DOPA, insulin provokációra pedig GH (growth-hormone — növekedési hormon) válaszcsökkenés észlelhető. A legjobban standardizált teszt a DST, jelentős biodiagnosztikában, prognosztikában lógiai markernek tekinthető a és a kezelés nyomon követésében. A második nagy terület az EEG-vel végzett *alvásvizsgálatok* képezik. REM-latencia csökkenést, REM-densitas emelkedést, delta hullám redukciót figyeltek meg leggyakrabban. Az alvásvizsgálatok eredményeit elég nehéz értelmezni, azonban meglehetősen specifikusak

az eltérések. A *psychomotorium* markerei közül jelentősnek ígérkezik az automatikus beszéd során bekövetkező szünetek megnyitásának vizsgálata („speech pause time”, SPT). A módszer egyszerű, non-invasív és jelentős lehet a szubjektív diagnosztikai elemek mérséklésében, jól alkalmazható továbbá a kezelés eredményességének megítélésében.

A *biokémiai* markerek legfőbb reprezentánsait a monoaminoxidase aktivitás, vörös vérséjt lithium-transport és a vizelet MHPG (3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol) vizsgálatával lehet meghatározni, hiányzik azonban e próbáknak standardizálása. A melancholia biológiai próbáinak legújabbja a limbikus rendszer dysfúnciójára utaló markerek. Elterjedésük feltétele elsősorban az, hogy legyenek veszélytelenek, specifikusak, megfelelőképpen érzékenyek, alcsóak, praktikusak és a szokásos antidepressans kezeléseket ne befolyásolják szignifikánsan eredményeiket. Jelenleg a DST az egyetlen biológiai próba, mely ezeknek a kritériumoknak megfelel. Az eredmények korrekt értékeléséhez tudni kell a kiindulási értékeket, az érzékenységi és specificitási mutatókat, a diagnosztikai megbízhatóságot.

Egyetlen biológiai marker vizsgálata önnagában nem jelent semmit, egymással kapcsolatban, sorozatban végezve azonban klinikai jelentőségük figyelemre méltóan megnő.

Faludi Gábor dr.

Neuroendocrin anomáliák affectiv betegségekben. Extein, I. és mtsai (Fair Oaks Hospital, 19 Prospect Street, Summit, New Jersey 07901, USA): *Encéphale*, 1982, 8, 203.

A tanulmány bevezetőjében összefoglalják a szerzők által „major depressióknak” (endogen, autonom, primer depressiók synonymája — Ref.) nevezett kórfolyamatokban talált lényeges neuroendocrin eltéréseket. Említik a növekedési hormonválasz (GH) csökkenését, a prolactin-szint emelkedését, a gonadotrop hormon (LHRH) stimulációra adott LH válasz csökkenését, a cortisol-szint emelkedését, a dexamethason suppressiók teszt (DST) során észlelt cortison secretio suppressiójának hiányát, TRH (thyreotrop releasing hormon) stimulációra bekövetkező (thyreoidea stimuláló hormon) válaszcsökkenését. A munka további részében a hypothalamo-hypophyseus-thyreoidealis tengely működésére vonatkozó eltéré-

seket vizsgálták. Azt gondolják, hogy a DST mellett a TRH próba is jelentős segítséget nyújthat a klinikusnak az unipoláris depressiók elkülönítő kórmézésében, a terápiás megválasztásában, a kórlefo-lyás és a prognózis megítélésében. 145 hospitalizált, nem alkoholistá, euthyroid depressiók betege serum TSH szintjét vizsgálták. A diagnosztikai kritériumokat a DSM III. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, A. P. A. Washington, DC. 1980. Spitzer, R. L. — Ref.) szerint határozták meg. 20 egészséges önkéntes képezte a kontroll csoportot. 500 µg TRH adására a maximális TSH válasz 105 unipoláris depressiósnál szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az egészséges kontrolloknál, és úgyszintén alacsonyabb volt, mint 40 ún. „non-major depressiók” TSH válasza. Megállapították, hogy a TRH-teszt érzékenysége 56%-os, specificitása 93%-os, az ún. predictív értéke 91%-os. Ha a TRH tesztet a kezelés és klinikai javulás után megismétlik, a TSH válasz csökkenése szignifikánsan jelzi a normális TSH válaszra irányuló tendenciát, mely egyben azt is jelenti — az irodalmi adatokkal egyezően —, hogy a TRH teszt normalizációjának hiánya a korai relapsus veszélyére hívja fel a figyelmet. 50 unipoláris depressiók közül, akiknél párhuzamosan elvégezték a TRH és DST teszteket, 15 esetben mindkét próba pozitív volt, 17 esetben egyedül a TRH, 10 esetben csak a DST próba adott pozitív eredményt, 8 betegnél normális értékeket mértek. Az eredményeket úgy értékelik, hogy az említett két teszt az unipoláris depressiók verifikálásában egymás complementerei lehetnek. A vizsgált beteganyag-nál talált TRH, illetve DST próbák pozitivitása és a triciclikus antidepressánsokra adott válaszreakciók kedvezőtlen korrelációt mutattak, ellentétben az elektroshock kezeléssel. 30 mániás és 30 schizophrén beteg TRH tesztjében azt találták, hogy a másiások 60%-ában, a schizophrének 30%-ában volt pozitív az eredmény, és ez talán felhasználható a későbbiekben a két kórforma differenciál diagnosztikájában ott, ahol analog módon mutatkoznak a tünetek. A TRH tesztben talált eltérő értékek jelzik a cerebrális monoaminerg neurotransmissio változásait az affectiv betegségekben, a noradrenerg és dopaminerg mechanizmusok stimulálják, a serotoninerg mechanizmusok ellenkezőképpen, gátolják a hypothalamus TRH secretióját.

Faludi Gábor dr.



Seufert Rainer M.: Chirurgie der Milz. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart 1983. 194 lap, 60 táblázat, 67 ára. Ára: 68,— DM.

Kb. 1970 óta jelentősen megnőtt a splenectomiák száma: különböző indikációból mintegy kétszer annyi lépet távolítanak el napjainkban világszerte, mint az előző évtizedben. Ez lényegében 4 alapvető okra vezethető vissza: gyomorcarcinománál a gastrectomia során rutinszerűen eltávolítják a lépét is; megnőtt a lép közvetlen közelében végzett műtétek, mindenekelőtt a selectiv proximális vagotomiák és a Nissen szerint végzett fundoplicatiók száma; jelentősen megszáporodtak a nagy sebesség mellett bekövetkezett súlyos közlekedési balesetek és végül a splenectomiák indiciós területe is jelentősen bővült a szervátültetések és a Hodgkin-kórnál végzett staging laparotomiák bevezetésével.

Ez utóbbi javallat alapján történik napjainkban a legtöbb splenectomia. Emellett jelentősen növelte a splenectomiák számát a has felső felében végzett műtétek során tudatosan előre megtervezett (incidentális splenectomia) és a hasi műtétek kapcsán megsérült lép eltávolítása (accidentalis splenectomia).

Egyre inkább terjed azonban az a felfogás, hogy revízióra szorul az incidentális vagy accidentális okból végzett splenectomiák szükségessége, elsősorban Hodgkin-kórban vagy egyéb malignus lymphomáknál, így észrevehetően csökken a splenectomiákban ezeknek a javallatoknak a relatív aránya.

Mindemellett a lépén végzett műtétek technikájában is jelentős változás történt. Megismertük a lép eltávolításának távoli következményeit, ezért már nem a splenectomia az egyedüli műtéti megoldása a lép sebészetének, hanem egyre inkább elterjed a szervet megtartó technika.

Mégis a finomabb diagnosztikai eljárások, a nagyobb műtéti tapasztalat és a jobb perioperatív terápia ellenére a splenectomia quoad vitam kockázata egyes körképekben változatlanul magas, másrészt nem csökkent a nem halálos szövödmények aránya, ezért az exakt indicatio és a műtéti kockázat kritikus mérlegelése semmit sem veszített a jelentőségéből.

A könyv összefoglalja a lép sebészetének aktuális változásait és újításait. Mindazokhoz szól, akiknek mérlegelniük kell a lépműtétek terápiás effektusát, illetve a közvetlen postoperatív kockázatot és a lehetséges késői következményeket. Elsősorban a sebészeknek

szól, ezért nem foglalkozik olyan körképekkel, amelyek a sebész számára csak kicsiny jelentőséggel bírnak.

A monográfia 4 nagyobb fejezetre oszlik.

1. Az egészséges lép, 2. a kóros lép, 3. műtétek a lépén, 4. a lép eltávolításának következményei.

Mind a négy fejezetben szembe-szökően uralkodik a modern sebészi szemlélet: törekvés arra, hogy a nem kóros lépén végzett műtétek a szerv megtartását célozzák, beleértve a lép heterotop autotranszplantációját is.

Az első fejezetben különleges hangsúllyal tárgyalja a szerző a lép vérkeringését, mely szerint a 2—4 vagy több szegmentből összetevődő szerv egyes szegmentumai között gyakorlatilag sem arteriális, sem vénás interszegmentális anastomosisok nincsenek vagy nagyon ritkák.

Hasonlóan jelentős hangsúlyt kapott ebben a fejezetben a lépnek az immunreakcióban betöltött szerepe.

A második fejezet a kóros léppel foglalkozik. Igen jól áttekinthető táblázatok ismertetik a splenomegáliák vizsgálatában végezhető vagy végzendő fizikális, laboratóriumi, sonographiás, radiológias és izotóp vizsgálatokon kívül a laparoscopiás, biopsiás eljárásokat, sőt a próbaplaparotomiát is.

Kimerítően tárgyalja a lépruptura problematikáját, ebben különös hangsúlyt kap a peritonealis öblítés (peritoneal lavage) diagnosztikai jelentősége. Állást foglal abban a kérdésben, hogy milyen feltételek mellett végezhető a lép megtartásával járó műtét.

A lépműtétet igénylő haematológiai körképekkel röviden foglalkozik a monographia, hangsúlyozva a sebész és belgyógyász/haematológus szoros együttműködésének szükségességét. Részletesen tárgyalja azonban ebben a körben a Hodgkin-kór diagnosztikáját és terápiáját, különös tekintettel a staging laparotomiára. Igen jól áttekinthető és világos táblázatok segítik a tájékozódást ebben a fejezetben is.

A lépén végezhető műtétek során elsősorban a splenectomiákat tárgyalja igen részletesen, a műtéti behatolástól a drainázs kérdéseiig. Igen jók a műtét egyes fázisait bemutató ábrák is.

A szervmegtartó műtétek legnagyobb problémája a kielégítő vércsökkentés. Az art. lienalis lekötésétől a lépállomány varratáig és a lokális vércsökkentő anvaogókig, illetve a fény-coagulatióig részletesen ismerteti a szerző a sebész rendelkezésére álló lehető-

ségeket, beleértve a lép alsó vagy felső pólusának resectióját is.

Részletesen írja le a lép heterotop autotranszplantációjának technikáját, ismerteti a műtét késői eredményeit és arra a következtetésre jut, hogy ha az egészséges rupturált lépét el kell távolítani, akkor mindenképpen el kell végezni a transzplantációt.

Igen jó műtétteni leírást kapunk a staging laparotomiákról, hangsúlyozva a hibátlan dokumentáció fontosságát.

Rövid fejezet foglalkozik a postoperatív ápolással, majd valamelyik hosszabb a korai szövödményekkel, azok megelőzésével és kezelésével.

A záró fejezet a splenectomia késői következményeiről szól, ezen belül röviden a perifériás vérkép változásáról, hosszabban és igen jól a splenectomiát követő fokozott fertőzésveszélyről.

Végezetül igen bőséges irodalmi áttekintést nyújt a szerző az utolsó 10 évről a lép sebészetével foglalkozó szakirodalmáról.

Mindent egybevéve, a könyv igen nagy segítséget nyújt minden sebésznek, aki a lép sebészetével kíván vagy kénytelen foglalkozni.

Feszler György dr.

Regine Lockot, Hans Peter Rosemeier (hrsg.): Ärztliches Handeln und Intimität. Eine medizin-psychologische Perspektive. 1983. Ferdinand Enke, Stuttgart, 261 oldal. Ára: 39,80 DM

A kötet a nyugat-berlini Freie Universität orvosi pszichológiai intézetének munkáit tartalmazza, egy tág tématerületbe vágó tanulmányok gyűjteményes sorozata. Mindössze néhány nem berlini szerző írása szerepel a kötetben, és nyilván a berlini egyetem tanítványai vagy volt munkatársai. A tématerület, az intimitás és az orvosi tevékenység a berlini intézet fő tudományos témája, amit néhány év óta kutatnak. Az alap gondolat az, hogy orvosi pszichológiai szempontból az orvosi munka egyik legalapvetőbb sajátossága, hogy behatol a beteg intim világába. Ez a behatolás a beteg számára problematikus vagy félelmetes, ez az, ami az orvossal való találkozás élményét leginkább meghatározza számára. A beteg élményszférájának fontos vetülete ragadható meg tehát, ha az intimitás különféle megnyilvánulásait vesszük vizsgálat alá, és azt kutatjuk, hogy hogyan kerül ezekkel kapcsolatba az orvos.

A könyv szerzőkolléktívája nagyon tágan, sokoldalúan nyúl az intimitás kérdéséhez. A bevezető tanulmányok (a szerkesztők írásai) meghatározzák, milyen jelentéstartalmi árnyalatokban használatos az intimitás a köznyelvben, a pszichológiai vizsgálódásokban és az orvosi gyakorlatban, és rámutatnak, hogy az intimitásra nem irányul

figyelem, az intimitás szinte észrevétlenül, ismeretlen jelenség az orvos számára. Közben azonban az intimitás fogalmkörébe vonható megnyilvánulásokkal kapcsolatosan sok általános és szociálpszichológiai ismeret gyűlik össze, ezek az orvoslás számára közvetlenül használhatók. A szerkesztők szerint érdemes tehát megfogalmazni az intimitás orvosi pszichológiáját és célszerű áttekinteni az orvos és a beteg között lezajló tranzakciókat az intimitás szemszögéből.

Az intimitáson a szerkesztők és a szerzők a test és a tudat olyan működéseit értik, amik a közmegegyezés szerint nem tartoznak az emberi érintkezésekbe és kapcsolatokba, csak az egyénre magára tartoznak, és legfeljebb csak a legszorosabb emberi relációkban kerülnek a másik ember érzékelési körébe. Történetileg változik, mi tartozik ide, korábban a nemi szervek zónája volt ilyen, ma ez már mind kevésbé intim terület, míg a testnyílások belvilága és működése, valamint az élettani működések élménye ma is ilyen. Lényegében intim világ a test belseje is. Az orvos mindezekkel az intimitásokkal kapcsolatba kerül, dolgozni kénytelen, és az így kialakuló pszichológiai reakciókkal is bánnia kell tudni.

A tanulmányok öt nagy részre oszlanak. Az első részben az intimitás fejlődéslektanáról van szó, főleg gyermekorvosi és gyermekpszichológiai vonatkozásban. Szóba kerül itt a szégyenérzet fejlődése, a gyermekkori orvosi beavatkozások lelki traumája és ennek megelőzése, valamint a haldoklás, mint sajátos intim helyzet a gyerekek esetében.

Igen érdekes a második rész, ami egy nagy tanulmányból áll (az egyik szerkesztő, Rosemeier munkája), ez a „megérintett” intimitás címet viseli, ebben arról van szó, hogy a különböző érintések milyen helyzetekben és emocionális összefüggésekben zajlanak az orvos és a beteg között. Az orvosi vizsgálat különböző változatairól van itt kitérő elemzés, továbbá a kapaszkodás ill. a megnyugtató gesztusok érintéseiről.

A harmadik rész az intimitás klasszikus kérdéseit tárgyalja, vagyis azokat, amiket hagyományosan intimnek nevezünk: szexualitást, menstruációt, terhességet, és az ezzel kapcsolatos orvosi ténykedéseket. A menstruációról szóló fejezetek különösen érdekesek, és érdekes tanulmány foglalkozik az orvos és a beteg beállítódásaival és érzelmi reakcióival, amelyek akkor keletkeznek, ha nem azonos

neműek, vagyis ha férfiorvos nőt vizsgál ill. fordítva.

A negyedik rész a testi integritás fenyegetett helyzeteit tekinti át, pl. a különféle sebészi beavatkozások kapcsán. Érdekes a száj belsejének intimszférájáról szóló írás, ami a fogászati munka szempontjából írja le a tipikus élményjelenségeket. De hasonlóan érdekes a plasztikai sebészi beavatkozások igényeit összefoglaló pszichológiai tanulmány is.

Végül a halál és a haldoklás intimitásvetületeiről is vannak tanulmányok, az utolsó részben. Itt kap helyet egy kultúrtörténeti ill. orvostörténeti fejtegetés a boncolás és a bonctermi munka élményeiről, mint az intimitás egy különös, az orvosra ható arculatáról.

A kötet nagyon színes, érdekes olvasmány, a szerkesztők képekkel is illusztrálták. Sok fontos és gyakorlatilag is hasznos kérdést tárgyalnak a szerzők, nagyon tanulságos sok fejezet, ám egészében a kötet nem áll eléggé össze, nem tud egységes szemléletet közvetíteni, nem sikerül a problémakör fogalmi integrációja. Ezzel együtt nagyon szerencsés gondolat, hogy az intimitás szempontjából tekintik át az orvoslást és a beteg-lét élményeit, ez valóban elhanyagolt oldala az orvosi pszichológiának, és ez az újszerűség és aktualitás a könyvet lényegében minden orvos számára ajánlható olvasmánnyá teszi.

Buda Béla dr.

Neue Erkenntnisse der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie sowie der Traumatologie des Kiefer-Gesichts-Bereichs. Acta Chirurgiae Maxillo-Facialis, Band 8. Szerk.: K. Pape, Cottbus. — J. A. Barth, Leipzig, 1983. 181 oldal, 123 ábra, 10 táblázat. 47 M (DDR).

A Nemzetközi Arc-Állcsontsebészeti Társaság kongresszusainak anyagából ad közre válogatott fejezeteket az ACMF. Az előző kötet a gyermekkori szájsebészeti problémáival foglalkozott. A 8. kötetben a Társaság 1979-es prágai és Los Angeles-i kongresszusain ismertett új eredményekről kapunk összefoglalást az arcplasztikai és -helyreállító sebészet, valamint a traumatológia területéről.

34 előadás szakirodalmi jegyzékekkel kiegészítve kerül közlésre. A neves szerzők egyharmada az USA-ban dolgozik, a többiek európaiak, köztük magyar munkacsoport is szerepel. A közlemények

fele német, a többi angol és francia nyelvű.

Az előadások a következő témakörökhöz kapcsolódnak: 1. fejlődési rendellenességek, progenia, prognathia és post traumás arcdeformitások helyreállító-sebészeti rekonstrukciós műtétei új, illetve módosított műtéttechnikai megoldásokkal (2., 3., 4., 7., 12. előadás). 2. állkapocs ízületi ankylosis és törések kezelésének új műtéti módszerei (6., 9., 14., 20.). 3. csonthiányok pótlására szolgáló műtétek saját és konzerv csont, illetve szövetbarát fémek és műanyagok felhasználásával. (8., 9., 10., 12., 29.). 4. lágyrész defektusok pótlása és szövetragasztók alkalmazása az arcon (16., 17., 28., 30., 31.).

Néhány közlemény a fentiek szerint nem csoportosítható. G. Rothe arcközéptörések rögzítésére dolgozott ki egyszerű és szellemes fixateur externe készüléket (25). A computer tomographia szájsebészeti eredményeiről is olvashatunk (2., 23.).

A hazai szakemberek részére a legértékesebb információkat a torzulással járó időszült arcközéptörések késői helyreállításával foglalkozó közlések jelenthetik. Az új módszerek — melyek sajnos speciális új instrumentumokat is igényelnek — lehetővé teszik a maxilla egy ülésben történő mobilizálását. Felhívjuk a figyelmet K. Pape és I. Hochstein (17., 16.) közléseire a szájüregi defektusok nyelvből képzett lebennyel való pótlásáról. Luxált ízületi nyúlvány törések ellátásához javasol új szerű műtéti megoldást U. Eckelt és W. Seela (20.).

A könyv szerkezete a téma sokoldalúságát tükrözi. A szerkesztő rutinos munkáját dicséri az egyéni stílus és a mindhárom nyelven érvényesülő, könnyen fordítható, közérthető nyelvezet. A nyomdai kivétel a J. A. Barth kiadótól már megszokott kifogástalan színvonalú. A jó minőségű fényezett papíron kiválóan értékelhetők a röntgenfelvételek és a fényképek is.

A könyv beszerzése feltétlenül ajánlható a hazai szájsebészeti és traumatológiai osztályoknak. Plasztikai és baleseti ellátásban résztvevő fül-orr-gégész és szemész szakorvosok számára is értékes lehet a team-munka szempontjából. Szájsebészeti szakvizsgára készülőeknek — a sorozat korábbi kötetéhez hasonlóan — jó tájékozódást nyújt a szakma korszerű módszereiről és fejlődéséről.

Ackermann Alajos dr.

A Pest megyei Flór Ferenc Kórház Tudományos Köre (Kerepes-társa) 1984. március 8-án, csütörtökön délután 14 órakor a Kórház előadótermében tudományos ülést tart.

Microscopos fül- és gégebeszét

1. Székely Tamás dr.: Hallás és hallásjavítás kérdései
2. Jakab György dr.: Radicals fülmutétekről
3. Huszka János dr.: Myringoplastica-ról
4. Draskovich Éva dr.: Tympanoplastical eredmények Bauer „C” plastikával
5. Schmidt Katalin dr., Becske Miklós dr.: 20 év alatt végzett stapedectomiák eredményei
6. Mertz Katalin dr.: Microlaryngoscopiáról

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-Magyarországi Területi Szervezete 1984. március 9-én de. 8.30 órakor a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

A Nógrád megyei „Madzsar József” Kórház-Rendelőintézet előadásai.

1. Korchmáros Tamás: Radicularis cysták vizsgálata 5 éves beteganyagunkon
2. Marton Mária: Az orthodontiai ellátás Nógrád megyében, az integráció jegyében.
3. Marton Tibor: Az alapellátás — fogorvosi szolgálat — és a Kórház-Rendelőintézet szakmai integrációja, tekintettel a fokozatos betegellátás elvére

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete 1984. március 9-én (péntek) du. 14.30 órakor a Semmelweis OTE Fül-Orr-Gégeklinika tanteremben (VIII., Szigony u. 36.) tudományos ülést tart.

Témakör: *Adiológia*

Götze Árpád dr. főorvos: Köszönti a vendégeket.

Prof. Bauer Miklós, a Sectio Elnöke: Átadja a díszokleveleket.

1. Götze Árpád dr.: A hallás habilitációival szerzett újabb tapasztalataink.
2. Pytel József dr.: Kétoldali hátsó scala tumoros eseteink.
3. Kiss J. Géza dr., Szentmiklósi István: A magashang audiometria klinikai jelentősége.
4. Mink Antal dr.: A „szippantás” hatása a középfül nyomásvizsgálataira.
5. Spellenberg Sándor dr.: Agytörzsi szindrómák laterogramja.
6. Minor Gudrun dr.: Újszülöttkori hallásszűrés aktuális kérdéseiről.

A Magyar Orvosmozgalom a Nukleáris Háború Megelőzéséért. a Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichopatológiai és Orvosi Lélektani Szekciója 1984. március 12-én, hétfőn, 14 órakor a Magyar Tudományos Akadémia Székházában (V., Roosevelt tér 9.)

„A háborús stressz pszichológiája és pszichopatológiája” címmel tudományos ülést rendez.

Magyar István: Tömegpusztító fegyverek pszichiátriai következményei

Pisztora Ferenc: Az első világháború főbb károsító pszichés hatásai — a kor vezető elmegyógyászai tapasztalatainak tükrében

Horváth Szabolcs, Juhász Erzsébet, Pertorini Rezső: Háborús stressz és a neurózis összefüggései

Csepeli György: Rosszindulatú társadalmi folyamatok

Szegedi Márton: A jövőkép szorongás-vonásai és a pszichés jelen

Vita

A tudományos ülésre és a vitában való részvételre tisztelettel meghívjuk.

Szentágotthai János	Hollán Zsuzsa	Pethő Bertalan
az Orvosmozgalom elnöke	az Orvosmozgalom ügyvezető elnöke	a MTA Pszichopatológiai és Orvosi Lélektani Szekció elnöke

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1984. március 13-án 14 órakor az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Szita József, Bartha Tibor, Vajda Zoltán, Páll Gábor: Legionella fertőzésekkel szerzett tapasztalataink.

Az Országos Orvostudományi Intézet Főigazgatósága 1984. március 15-én 10 órakor az Intézet dísztermében (VIII., Mező Imre út 19/a V. em.) *orvostovábbképző napot* rendez.

Téma: *Mozgásszervi-reumatológiai megbetegedések*

1. Strecker Ottó dr.: Diagnosztikus problémák a reumatológia témaköréből.

2. Bálint Géza dr.: Mozgásszervi betegségek foglalkozási vonatkozásai.

Hozzászólások — Vita

A Fővárosi Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet 1984. március 15-én csütörtökön 13.30 órakor a Kórház tanácstermében (XI., Tétényi út 12-16., „B” ép.) *kerekasztal konferenciát* tart.

Téma: „A felső gastrointestinális vérzések akut ellátása”

Moderátor: Székely Árpád dr. (belgyógyászat, endoszkópia)

Részvevők: Bartha László dr. (radiológia), Hegyi Lajos dr. (intenzív ellátás), Kovács-Megyesi András dr. (urgens endoszkópia), Orbán Imre dr. (sebészet).

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Diabets és Endocrin Sectiója 1984. március 15-én 14 órakor az Orsz. Közegészségügyi Intézet Fodor József előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) „A gyermekkori kövérség problémáiról” *kerekasztal konferenciát* rendez.

Moderátor: Barta Lajos dr. (Bpest).

Részvevők: Balticzky László dr. (Bpest.), Czinner Antal dr. (Bpest.), Dober Ilona dr. (Pécs), Forgách Mária dr. (Bpest.), Gács Gábor dr. (Bpest.), Geiger Ágota dr. (Bpest.), Molnár Dénes dr. (Pécs), Péter Ferenc dr. (Bpest.), Székely Csaba dr. (Miskolc), Ujvári Mária dr. (Bpest.).

Felkért hozzászólók: Bágyoni Attila dr. (Bpest.), Bedő Magdolna dr. (Bpest.), Bouquet Dezső dr. (Bpest.), Fehér Tibor dr. (Bpest.), Fővényi József dr. (Bpest.), Halmi László dr. (Bpest.), Rigó János dr. (Bpest.), Romics László dr. (Bpest.).

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesületének Gyermek Fül-Orr-Gégészeti Szekciója 1984. június 7-8-án Miskolcon *tudományos ülést* rendez.

Témái:

Endoscopia csecsemő- és gyermekkorban.

Gyermek fül-orr-gégészeti anaesthesia.

Jelentkezési határidő: 1984. március 15. A Társaság tagjai előzetes tájékoztatást kapnak.

Mindennemű felvilágosítás: Kis-pál Erzsébet dr., Miskolc, Szentpéteri kapu 76., Gyermekgyógyászati Központ 3501, tel.: 18-681-488.

DECARIS

Anthelminthicum

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 50 mg, ill. 150 mg levomisolumot tartalmaz (sósavas só alakjában).

JAVALLATOK: Ascariasis, horogféreg-fertőzések.

ADAGOLÁS: A Decaris-kezelés a diagnosztikai székletvizsgálat utáni egyszeri orális adagból áll.

Felnőtteknek: 1 db 150 mg-os tableta adandó.

Gyermekeknek: Gyermekek adagja a testsúly alapján határozandó meg, az elvi adag 2,5 mg/testsúlykilogramm. Szokásos adag: 8–10 kg-os gyermekeknek $\frac{1}{2}$ tableta (50 mg-os), 10–20 testsúlykg-ig $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ –1 tableta (50 mg-os) egy alkalommal. Célszerű a gyógyszert este bevenni. Hashajtó adása a Decaris-kezelés után nem szükséges! – Ha az ellenőrző székletvizsgálat indokoltá teszi, akkor az első kezelés után két héttel megismételhető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Liofil anyagoknak Decarissal együtti adása kerülendő.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

MELLEKHATÁS: Nausea, hányás, fejfájás, diarrhoea.

MEGJEGYZÉS: ✘ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető.

CSOMAGOLÁS

2 db 50 mg-os tableta

1 db 150 mg-os tableta



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

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

Terjesztí a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



84.0613 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ISSN 0030-6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felcélős 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

11. SZÁM

*

1984. MÁRCIUS 11.

TARTALOMJEGYZÉK

*Tóth-Daru Péter dr., Sichez Jean-Pierre dr.
és Pertuiset Bernard dr.:*

Súlyos agysérült betegek ellátása.
Kamrai liquor lebocsátás és barbiturátok
alkalmazása 623

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Tamás Péter dr., Sáfrány Beatrix dr.,
Pál Mária dr., Ertl Tibor dr., Csaba Imre dr.
és Sulyok Endre dr.:*

Az újszülöttkori szérum alfa-foetoprotein
meghatározás értéke az intrauterin
fertőzések diagnosztikájában 629

GENETIKAI TANULMÁNYOK

*Szappanos László dr., Czeizel Endre dr.
és Szepesi Kálmán dr.:*

Familiáris SCE szindróma 633

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Lakos András dr.:

Herediter fruktóz intolerancia 639

KAZUISZTIKA

Rozsos István dr. és Báthory Éva dr.:

Adatok a Mirizzi-szindrómához 645

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

*Horváth Lajos dr., Matyikó Flóra dr.
és Vass János dr.:*

A szemészeti vizsgálatok jelentősége
a sportorvosi gyakorlatban 649

RÖVID METODIKAI KÖZLEMÉNYEK

*Csáti Sándor dr., Várkonyi Tibor dr.
és Varró Vince dr.:*

Módosított eljárás a vékonybél
diszaharidáz aktivitás
kvantitatív mérésére 653

Beszámolók, jegyzőkönyvek 655

Folyóiratreferátumok 657

Levelek a szerkesztőhöz 673

Könyvismertetés 675

Hírek 679

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

JAVALLATOK

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

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben: korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

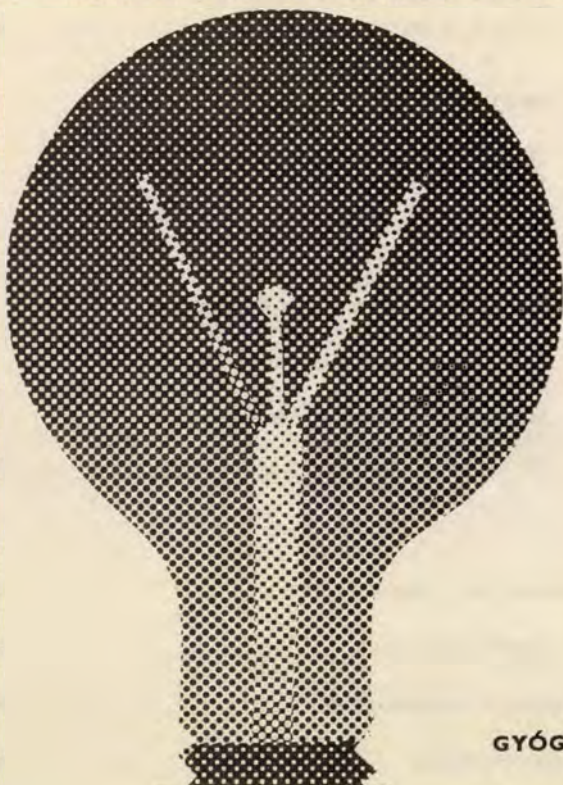
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

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



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Súlyos agysérült betegek ellátása. Kamrai liquor lebocsátás és barbiturátok alkalmazása

Pitié Kórház, Párizs, Idegsebészeti Klinika (igazgató: Pertuiset Bernard dr.)

A szerzők ismertetik a comás, diffúz agykárosodást mutató, koponya-agysérült betegek diagnózisát és kezelését a párizsi Pitié Kórház Idegsebészeti Klinikáján. A gyógykezelés alappillérei: a klinikai vizsgálat, a folyamatosan működő CT, valamint az intracranális nyomásmérés. Vizsgálatunk számára egy viszonylag szűkre szabott, de homogén betegcsoportot választottunk, hogy a kezelés hatékonyságát így tanulmányozzuk. Külső ventriculáris liquor derivatio és barbiturátok alkalmazása történt egy komplex kezelési sémán belül. A kezeléssel elért összhalálozás csökkenés (31,5%-ra), ezen therapiás mód hatásossága mellett szólnak.

Medical attendance of patients with severe brain injury. Derivation of ventricular liquor and application of barbiturates. The diagnosis and treatment of patients, in coma, with diffuse brain damage and cranial injury are dealt with. The basis of medical attendance in the Neurosurgical Unit of Pitié Hospital, Paris, is: clinical examination, computed tomography working without break and measure of the intracranial pressure. To study the effectiveness of the therapy a homogeneous patient group of relatively small number was selected. The treatment included derivation on the outer ventricular liquor and application of barbiturates. The significant decrease in total mortality (to 31,5%) proves the efficacy of this therapy.

A súlyos koponyasérült betegek száma növekszik, halálozásuk magas. Indokolt, hogy diagnosztikájukkal — gyógykezelésükkel többet foglalkozunk. Közleményünk a párizsi Pitié Kórház Idegsebészeti Klinikáján alkalmazott neurotraumatológiai betegellátást és az elért eredményeket mutatja be.

A computer-tomographiás vizsgálat (CT) az idegsebészeten és ezen belül a neurotraumatológiai betegellátásban a diagnózist és a gyógykezelést minőségileg új alapokra helyezte. Egy olyan perspektívát és lehetőséget adott, amit a szokásos klinikai, neurológiai és angiographiás vizsgálat nem képes nyújtani. Ez a non invasív eljárás a diagnózist és a betegek gyógykezelés alatti ellenőrzését leegyszerűsítette, valamint a körlefolyást is jobban megérthetjük és nyomon követhetjük (2, 20, 36). A Pitié Kórházban hét év óta alkalmazzák a CT vizsgálatot, ami a koponya-agysérült betegek diagnosztikájában szükségtelenné tette az agyi angiographiát, mely a megelőző évtizedekben a diagnosztika alapvető része volt.

Az a megállapítás, hogy egy progrediáló posttraumás koponyaúri térszűkítő folyamat sürgős idegsebészeti műtétet igényel, nem képezi vita tárgyát. A műtét indikáció és kezelési mód világszerte megegyező.

Sürgős sebészeti beavatkozást nem igénylő, comás, „diffúz” agysérült betegek csoportjában a gyógykezelés már nem ilyen egyértelmű (1).

A koponyaúri nyomás folyamatos mérésével többen igazolták (14, 15, 16, 24, 26, 27), hogy az akut intracranialis hipertensio (IHT) tehető felelőssé a súlyos agysérült betegek korai elhalálozásáért. Ez a koponyaúri nyomás akut növekedéséhez kapcsolódó rossz prognózis a hemispheriális károsodás és a vele társuló agyödéma következménye, amik másodlagos agykárosodást eredményezhetnek.

A CT az agykárosodás anatómiai megközelítését, diagnózist teszi lehetővé, és így prognosztikai értékkel bír (20). Ezenkívül a koponyaúri nyomás mérése további prognosztikai adatokkal szolgálhat és a gyógykezelést szintén támogatja. Számos szerző hangsúlyozza nagy fontosságát (7, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 33, 34).

A comás, diffúz agysérülés tüneteit mutató, térfoglaló jellegű koponyaúri folyamat nélküli betegek csoportjában az alkalmazott therapiás módok világszerte közös vonása az IHT elleni harc.

A therapiás eljárásokban azonban nincs egyetértés, azok jelenleg is széles körű vita tárgyát képezik. Egyedül a kontrollált mesterséges lélegeztetés célszerűsége az általánosan elismert, amit *Mac Iver* és *Gordon* vetett be (12, 13). Ezen túl a kezelési módok igen különbözőek: lehetnek gyógyszerek (corticosteroidok, osmoticus hatóanyagok, barbiturátok), vagy sebésziek (decompressív craniotomia, liquor lebocsátás).

Az egyes kezelések hatékonyságának igazolása kísérletileg nehéz, a klinikumban tanulmányozott esetszámok kicsik, a betegcsoportok heterogének és nem, vagy csak bizonyos mértékben összehasonlíthatók: nagy életkorbeli eltérések, különböző betegcsoportok szerinti csoportosítások, az egyes tanulmányokban a sebészi és conservatív kezelést igénylő betegek keverednek, az intenzív osztályon

* 1982—1983-as évben tudományos ösztöndíjasként a párizsi Pitié Kórház Idegsebészeti Klinikáján tartózkodott. *Munkahelye:* Szegedi Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika Idegsebészeti Osztálya.

a gyógykezelés és a betegfelügyelet anyagi eszközei különbözőek, valamint a therapiás módok társítása sokféle lehet.

Az IHT gyógykezelésében napjainkban sok helyen alkalmazott módszer az *agykamrai liquor külső elvezetése*. Kimutatták, hogy IHT esetén néhány ml liquor lebecsátása, az IHT jelentős mértékű csökkenését eredményezi (18, 19). Megalapozottnak tűnik az a megállapítás, hogy a posttraumás oedema, mintegy vasogén oedema, az extracellularis folyadékszint megemelkedésével jár együtt. Ezen kívül a laesio zónájában az extracelluláris folyadék aktív mozgása az agykamra felé történik (17, 31). Ezen elméleti megközelítések alapján várható, hogy a ventricularis liquor lebecsátása révén az intraparenchymális folyadéktöbblet csökkenthető. Ezt a klinikusok már 1951-ben javasolták az IHT elleni küzdelemben (13), de csak az 1970-es évek közepétől alkalmazza több munkacsoport: liquor lebecsátás részletekben fecskendő segítségével (21), vagy az agykamrai liquor levezetése egy antireflux billentyűvel ellátott drain segítségével, ami a liquor visszaáramlását megakadályozza és egyidőben lehetővé teszi az intracranialis nyomás kontrollálását is, egy koponyaúri nyomást mérő monitorral összekapcsolva (26, 38).

A *barbiturátok* kedvező hatását a traumatizált agyra sokan hangsúlyozzák. Így kimutatták, hogy a barbiturátok adása révén az IHT csökken olyan mértékben, mint ahogy megemelkedett, de ez a hatás rövid tartamú (33, 34, 37). Számos kísérlet szól amellett, hogy a megelőzőképpen adott barbiturátok védő hatást fejtenek ki a focalis vagy generalizált agyoedemával szemben (5, 25, 34, 37) és az agyi ischaemia esetén fellépő vasogén oedemát is csökkentik (35).

A tanulmányozott beteganyag

Tekintettel az előzőekben említett, az irodalomban található sokrétű betegcsoportra és therapiás sokféleségre, igyekeztünk egy egynemű, szűkreszabott betegcsoportot választani a párizsi Pitié Kórház Idegsebészeti Klinikáján végzett gyógykezelés bemutatására. Ezek a betegek a baleset során azonnal comás állapotba kerültek és a klinikai felvételükkor az agytörzsi sérülés klinikai tüneteit mutatták, valamint a kezdeti CT vizsgálat közepvonalsbeli eltolódást nem mutatott (Eltolódás 0,4 mm alatt).

1. táblázat **A comás koponya-agysérült betegek megoszlása a klinikai és a CT vizsgálat alapján a klinikai felvételkor (379 eset)**

Diagnózis	Betegek száma	Sürgős műtét
Nyílt koponya-agysérülés	46	+
Epidurális haematoma	34	+
Acut subdurális haematoma	29	+
Intracerebrális haematoma	17	+, —;
Térfoglaló jellegű pólus contusió	21	+
Hátsó skála contusió	7	—
Hemispheriális contusió	168	—
Diffus agysérülés (a vizsgált betegcsoport)	57 (15%)	—

1978. X. 1-től 1980. VI. 30-ig 379 koponya-agysérült beteg került felvételre sürgősséggel comás állapotban. Ezek közül 57 a diffúz agykárosodás tüneteit mutatta, tanulmányunk ezzel a betegcsoporttal foglalkozik. Az 1. táblázat a felvételre került betegek diagnosis szerinti megoszlását mutatja, kiemelve a vizsgált betegcsoportot.

A feldolgozott betegcsoportból kihagytuk a 15 évnél fiatalabbakat és az 57 évnél idősebbeket, valamint azokat, akik a felvételt követően 12 órán belül meghaltak.

A polytraumatisált betegek száma 21 (36%). A nemek szerinti előfordulás: 38 férfi és 19 nő. 43 beteg közúti balesetet szenvedett (75,4%), 28 beteg motorkerékpárral.

A betegek a sérülést követő 6 órán belül az idegsebészeti klinikára kerültek, és a sérültek a mentők helyszínre érkezésétől kezdve intenzív betegellátásban részesültek.

A diagnosis és a gyógykezelés alappillérei

1. A *klinikai vizsgálat*: A betegek klinikai felvételekor, a klinikai vizsgálat során megállapítjuk a coma mélységét, írásban rögzítjük a klinikai tüneteket, hogy a beteg későbbi állapotváltozásához ez is megfelelő viszonyítási alapot nyújtson. A coma mélységét Plum és Posner csoportosítása szerint határoztuk meg: súlyossági állapotuk foka és a sérülés szintje szerint (8, 9, 29, 30).

Ezek a csoportok a következők:

- I. Diencephalicus csoport:
 - decortatio mozgással, a pupilla myosisban a pupilla fényreflexe kiváltható az oculovestibularis reflexek normálisak normális vagy Cheyne—Stokes légzés
- II. Mesencephaloprotuberantialis magas károsodás:
 - decerebratio mozgások, a pupillák középállásban a pupillák fényreflexe nem váltható ki az oculovestibularis reflexek károsodtak hyperventilatio, hyperthermia
- III. Alacsony protuberantialis — magas bulbaris károsodás:
 - decerebratio vagy areaktivitás, a pupillák középállásban az oculovestibularis reflexek eltűntek szabálytalan légzés különböző neurovegetatív zavarok.
- IV. Mesencephaloprotuberantialis, lateralis károsodás:
 - ez az állapot megfelel a temporalis beékelődésnek decerebratio és unilateralis mydriasis fénymerev pupillák később bilateralis decerebratio.

2) A *CT vizsgálat*: A készülék éjjel-nappal folyamatosan működik az idegsebészeti klinika neuroradiológiai részlegén. Mindig egy komplett vizsgálat készül kontrasztanyag injectio nélkül. A 10 db, 9 mm vastagságú „szelet” elkészülésének időtartama 30 perc. A vizsgálat során a beteget mesterségesen lélegeztetik és ha narcosis bevezetése szükséges, ezt Thiopental adásával kivitelezik,

A CT vizsgálatot rutinszerűen és szisztematikusan elvégzik a sérülést követő 48. órában és szükség szerint mindig, ha a klinikai állapot alakulása ezt indokolja.

3) Az *intracranialis nyomásmérés*: Jobb oldali frontális ventriculus punctio során bevezetett ventriculáris kathétert összekapcsolják egy külső, anti-reflux billentyűvel ellátott kathéterrel (Holter-kathéter), amely rendelkezik egy „három utas” csappal, így lehetővé téve egy liquor-nyomás mérő monitor csatlakoztatását, az intraventriculáris liquor-nyomás regisztrálását és a kamrai liquor elvezetése révén a terápiás liquor lebocsátás is megvalósítható. A kathéter behelyezése a CT vizsgálat után azonnal megtörténik.

Tekintettel arra, hogy az agysérült betegeknek általában egy kisméretű agykamrát kell kathéterezni, ezért a jobb oldali trepanatios lyuk frontálisan a szokásosnál hátrább és medialisabban kell, hogy elhelyezkedjen, mint a klasszikus ventriculographia esetén kivitelezni szokásos. Ezenkívül lehetőleg egy punctioval kell a drainaget megvalósítani, tekintettel a törékeny, oedemás agyállományra.

A gyógykezelés módja

A gyógykezelés alapvető célkitűzése az intracranialis nyomásemelkedés megakadályozása és a megemelkedett koponyaűri tensio csökkentése.

1. *Kontrollált ventilatio*: Az intubált, majd később tracheotomizált comás sérültek kontrollált lélegeztetésben részesülnek, azzal a célkitűzéssel, hogy egy 100 Hgmm-es pO_2 és egy 20–30 Hgmm közötti pCO_2 értéket érjenek el, mégpedig a lehető legalacsonyabb intrathoracalis nyomás értékkel.

2. *Só- és folyadékkorlátozás*: Minden sérült a felvételét követő időszakban só- és folyadékbevitel korlátozásban részesül. A betegek NaCl oldatot nem kapnak. 10%-os Glucose oldatból 10 ml/kg az adag az első 48 órában. Később a folyadék-, só-, elektrolit adagolása laboratóriumi értékek függvényében történik.

3. *Corticosteroidok*: Tanulmányunk első évében *Gobiet* és *Faupel* által javasolt dózisban (10, 11) Dexamethason adagolása történt, majd alkalmazását megszüntették.

4. *Dehidráció, diureticumok*: 25%-os Mannitol adása 2–3 ml/kg adagban csak külső kamrai liquor elvezetés beállítása után jön szóba: alkalmazását az utóbbi években csökkentették.

5. *Neurovegetatív zavar kezelése*: 1–2 mg/kg Lévoméprozamin adása után, ha ez nem elegendő, 0,05 mg/kg Droperidol adagolás következik iv. infusióban. Ha ezután sem mérséklődik a neurovegetatív krízis, morfinból, Phénopiridin formájában 20 mg/24 óra az adag, közepes testsúlyú betegnél, elektromos fecskendővel történő infúzió során.

6. *Barbiturátok*: Thiopental adása 0,25 g-os dózisokban, egy 2,5%-os oldat formájában vénásan adagolva, három óránként, átlagos testsúlyú betegnél. Ha a sérült általános, haemodynamikai, neurológiai állapota romlik, adagolása felfüggesztésre kerül.

7. *Antiepileptikus kezelés*: Posttraumás epilepsia esetén Phenobarbitárból 0,15 g/24 óra az adag, és Chlonazepanból pedig 2x2 mg/24 óra a dózis átlagos testsúlyú betegnél. Az adagolás EEG kontroll függvényében történik.

8. *Liquor lebocsátás-elvonás*: Ha a folyamatosan regisztrált liquor-nyomás 5 percnél hosszabb időszakig 15 Hgmm fölé emelkedik, a korábban behelyezett kamrai drainen keresztül liquor lebocsátás történik. A kamrai liquor külső elvezetése az IHT időtartamáig van fenntartva. Ha a nyomásértékek folyamatosan 48 óráig 15 Hgmm alatt vannak, a kamrai drain eltávolításra kerül.

9. *A haemodynamikai, biológiai, metabolikus és bacteriológiai állapot rendszeres ellenőrzése*: Amennyiben szükségessé válik, a haemodynamikai állapot javítására 20%-os Albumin infusio- és plasma expanderek adása történik. Naponta rendszeres elektrolit és metabolit laboratóriumi ellenőrzést és bacterium-tenyésztéseket végeznek.

10. *„Másodlagos” sebészi kezelés*: Amennyiben a klinikai állapot romlása mellett a CT agycontusiot követő, másodlagosan kialakult, térfoglaló jellegű, növekedő koponyaűri folyamatot mutat, a beteget meg kell operálni.

Eredmények

A betegek klinikai felvételükkor Plum és Posner által javasolt beosztás szerint kerültek vizsgálatra. A 2. táblázat az agytörzsi sérülés szintje szerint mutatja a betegek megoszlását és a mortalitás közti kapcsolatot. Az elhalálozottak csoportján belül szétválasztottuk a betegeket azokra, akik a sérülést követő comából javultak, átmenetileg ébreszthetővé váltak, valamint azokra, akik a trauma után semmiféle javulást nem mutattak és a bal eset által létrehozott „coma dépassé”-ban haltak meg. Ezeket a betegeket a táblázatokban külön csoportban ábrázoltuk.

A felvételkor sürgősséggel elvégzett CT vizsgálat szerint a tentorium feletti sérülések multiplek és mindig bilaterálisak voltak az általunk tanulmányozott betegcsoportban. A CT által kimutatott contusios góc általában polaris, frontotemporalis elhelyezkedésű, de a mélyállománybeli károsodások egyaránt gyakoriak voltak (15 eset). Ezzel

2. táblázat **A sérülés szintje szerinti betegcsoportosítás (Plum, Posner) és a mortalitás közötti kapcsolat (57 beteg)**

A károsodás szintje	A betegek száma	Halálozás	Coma „dépassé”
Diencephalicus csoport	10	0	0
Magas mesencephaloprotuberantialis károsodás	29	6	0
Alacsony protuberantialis magas bulbaris károsodás	11	7	6
Mesencephaloprotuberantialis lateralis károsodás	7	5	4

3. táblázat **A CT vizsgálati eredmény és a halálozás kapcsolata**

A CT vizsgálat eredménye	A betegek száma	Halálozás	Coma „dépassé”
Normális méretű kamrák	10	1	0
Kicsi vagy virtualis kamra	47	17	10
Az oedema súlyosbodása „Másodlagos” sebészi góc megjelenése	12	3	3
A CT kép súlyosbodást mutat	6	4	4
	18	7	7

szemben a hátsó skála területében a CT viszonylag kevesebb contusios laesiot mutatott ki (6 eset).

A sérülést követő oedema mértékének megállapítása fontos. A CT által pontosan ábrázolt kamraméret alapján lehet nagyságát megítélni (kicsi, vagy virtuális kamraméret).

Az agytörzsi beékelődés CT jelei: a basalis cisternák eltűnése, a pedunculusok körülötti cisternák félretelődése, asszimetriája, vagy a ventricula-

4. táblázat **A kezdeti intracraniális nyomásértékek és a halálozás (52 eset)**

Intracraniális nyomás (Hgmm)	Betegek száma	Halálozás	Coma „dépassé”
10 Hgmm alatt	10	1	0
10–15 Hgmm	7	0	0
15–20 Hgmm	17	4	2
20–25 Hgmm	8	4	3
25–30 Hgmm	5	3	0
30 Hgmm fölött	5	5	4

ris rendszer kitágulása, az esetek közel harmadrésében voltak észlelhetők (22 eset).

A 48. órában rutinszerűen elvégzett CT vizsgálat agyoedema fokozódást mutatott ki (12 eset).

A beteg állapotának romlásakor megismételt CT esetek 10⁰/₀-ában (6 beteg), másodlagosan kialakult térfoglaló jellegű sebészi góc megjelenését mutatta, mely miatt műtét történt.

A CT eredményeket és a mortalitást mutatja a 3. táblázat.

Az *intracraniális nyomás* 52 esetben volt regisztrálva, a többi beteg jobb frontális oldalkamra kathéterizációja nem volt sikeres. A liquor drainage 5–21 napig volt fenntartva. Előfordult, hogy a ventricularis kathétert nem sikerült eltávolítani (2

5. táblázat **A vitális és functionális eredmények a sérülést követő 6. hónapban**

Eredmények	Pitié Kórház, Párizs 1980. (57 eset)	Becker és munkatársai 1975. (44 eset)
Jó eredmény	22	14 (31,8%)
Közepes eredmény	9	
Rossz eredmény	3	10 (22,8%)
Persistáló vegetatív állapot	5	
Halálozás összesen (10 eset coma dépassé)	10	20 (45,4%)

eset), ekkor a külső kamrai liquor drainaget belső, ventriculo-atrialis liquor derivatívóvá alakították. A 4. táblázat a kezdeti intracraniális nyomásértékeket és a mortalitást ábrázolta.

A túlélés és a functionális eredmények bemutatásához *Jenette és Bond* beosztását fogadtuk el (14, 15) és így a betegeket 5 csoportba osztottuk:

- az elhalálozottak csoportja,
- persistáló vegetatív állapot,
- rossz eredmény: a beteg önálló tevékenységre képtelen: súlyos fizikális, szellemi károsodás,
- közepes eredmény: a sérült önálló tevékenységre képes, de a szakmai-szociális beilleszkedés csak részleges, vagy nem kivihető,
- jó eredmény: a családi, foglalkozásbeli, szociális beilleszkedés sikeres.

Az 5. táblázat a túlélést és a vitális eredményeket mutatja a sérülést követő 6. hónapban.

Megbeszélés, értékelés

A CT és az intracraniális nyomás regisztrálása a súlyos koponya-agysérültek ezen csoportjában radikálisan módosítja a diagnózist, a klinikai állapot megítélését és a gyógyítást. Amíg az agyi angiographia nagyon sokszor határozott eltérést nem mutatott ezeknél a sérülteknél: az „agytörzsi károsodás” diagnózishoz és tartózkodó therapiás magatartáshoz vezetett, addig a CT vizsgálat segítségével pontos mérleget készíthetünk az agykárosodás mértékéről, kiterjedéséről.

A laesiók elhelyezkedései a trauma behatása szerint különböznek, amik a CT vizsgálat anatómiai megközelítése révén pontosan diagnosztizálhatók: leggyakoribb a lobaris (fronto-temporalis) károsodás, de gyakran előfordul a mély állománybeli károsodás is (vérzések a szürke magvakban, kérgestestben, diencephalon területében, kamravérzés...).

A hátsó skála területében, az agytörzs szintjében hypo-, vagy hyperdensitást csak ritkán lehetett kimutatni, anélkül, hogy a károsodás primer vagy secunder jellegére következtetést lehetne levonni.

A következményes oedema a sérülés gyakori velejárója. Lehet focalis, vagy generalizált, néha a sérülést követően nagyon korán kimutatható. A hemispherialis laesiók és az oedema az, amik az IHT révén, együttesen létrehozzák az agytörzs másodlagos károsodását, a beékelődés folyamatát. Az agytörzs másodlagos károsodásának indirekt jelei, a beékelődés CT tüneteinek formájában gyakori volt.

Míg hangsúlyozottan a klinikai állapot alakulása szolgáltatja az alapot a CT vizsgálat ismétlésé-

nek indikálásához, ettől függetlenül a 48. órában rutinszerű CT vizsgálat történt. Ezt az a megfigyelés indokolja, hogy a traumás agykárosodások intenzitásuk maximumát a sérülést követő 48. óra körül érik el.

Bizonyos laesiók focalis-fejlődő-növekedő jellegűekké válhatnak és ez másodlagos sebészi beavatkozást indikálhat, mivel egy traumás laesio multiplicitása nem jelenti egy növekedő jellegű focalis károsodás műtétének contraindicációját. Különösen a temporalis laesiók igényelnek fokozott figyelmet, mivel létrehozhatnak temporalis beékelődést úgy, hogy az intracraniális nyomás normális maradjon (32).

Véleményünk szerint is, a CT azáltal, hogy anatómiai megközelítést ad, egyben prognosztikai jelentőséggel is bír.

Az intracraniális nyomásmérés segítségével lehetővé válik, hogy az IHT-t mennyiségileg értékeljük és a kezelésben játszott fontos szerepét hangsúlyozzuk mi is, sok más szerzőhöz hasonlóan, akikre a bevezetőben hivatkoztunk.

Az intracraniális nyomásérték lehetővé teszi, hogy az alkalmazott kezelésünk hatásosságát kontrolláljuk, és a klinikai status alakulása mellett szintén jelentős szerepe van egy újabb CT vizsgálat indikálásában.

Az általunk vizsgált betegcsoportban azonban lehetetlen az intracraniális nyomásértékek alakulásából egyértelmű prognosztikai következtetést levonni. A sérültek ugyanis bizonyos számban, a bal eset színhelyén és a klinikára való szállítás alatt (tehát az intracraniális nyomásmérést megelőzően) masszív dehidrációban részesültek, valamint folyamatos liquor lebecsátás történt, ami az intracraniális nyomást csökkentette. Ennek ellenére ki lehet jelenteni, hogy ha az intracraniális nyomásértékek a trauma után néhány órával 30 Hgmm fölött vannak, a vitális prognózis nagyon rossz (5 betegből 5 halálozás).

Egyes szerzők, az alacsony intracraniális nyomásértékekkel kapcsolatban, ha az érték 10 Hgmm alatt (27): a prognózis vonatkozásában pesszimista álláspontot helyezkednek. Ezzel szemben állanak az általunk tanulmányozott betegcsoportban észlelték (10 betegből egy halálozás).

Amint a bevezetőben már említettük, a *kontrollált mesterséges lélegeztetés* a legáltalánosabban elfogadott gyógymód, a mi véleményünk szerint is, az első fontos eszköz az IHT kezelésében.

A betegcsoportunkban tett megfigyelések nem tudták bizonyítani, hogy a kezelés során alkalmazott *só-, folyadékkorlátozás* hatással van az IHT-ra. Ezzel szemben kimutatták (34), hogy minden hyperhidráció extrém módon végzetes, ezért az álláspontunk szerint a gyógykezelésben a *só-, folyadékbevitel-korlátozás* az első 48 óra alatt, laboratóriumi ellenőrzés mellett indokolt.

Az *osmotherapia* hatása az IHT-ra, intenzív és gyors, de az a hatás rövid ideig tart. Amint rámutattak (28), a dehidráció létrehozza az agyállomány folyadékcsökkenését, de a sérült területen belül, ahol a vér-agyagát károsodott, egy nemkívánatos mellékhatás jelentkezik: megemelkedik a plazma koncentráció és a molekulák haladása nehezítetté

válik. Ez a jelenség talán az oka a károsodott terület irányába történő folyadékáramlásnak, ami a kezelés hatásosságát megszünteti. Ezért a Mannitol alkalmazását, elsősorban az elsősegély- és a betegszállítás időszakában lehetőség szerint el kell hagyni, az adagolását csökkenteni kell a lehető legnagyobb mértékben.

A *corticosteroid therapia* vonzó kezelésnek tűnhet, de hatásosságát sokan kétségbe vonják a neurotraumatológiai betegellátásban. Kimutatták, kettős vak kísérlettel (6), hogy a szteroidok az IHT csökkentésében semmiféle szerepet nem játszanak, nem befolyásolják a mortalitást sem, bármilyen dózisban alkalmazásuk. Mivel klinikai megfigyeléseink szerint is hatástalan az IHT elleni harcban és komoly, ártalmas mellékhatásai (elsősorban infekciók) vannak, kb. 3 év óta nem kerül alkalmazásra.

A *liquor lebecsátás*, a bevezetőben említett elméleti megfontolások mellett a gyakorlatban, az intracraniális nyomásemelkedés csökkentésének hatásos eszköze. Tekintettel a jelentős fertőzésveszélyre, igen szigorú sterilítási követelményeket kell figyelembe venni behelyezéskor és alkalmazáskor. A naponta elvégzett liquor cytológiai és bakteriológiai vizsgálatok lehetővé teszik az esetleges fertőzés felderítését közvetlenül létrejötte után. A vizsgált betegcsoportban egy fertőzéses szövődmény fordult elő, valamint egy intraparenchymalis haematoma a jobb frontális régióban, a kamra punctiót követően.

A *barbiturátok* adagolása a beteg klinikai-neurológiai állapotának megfigyelésén alapul. Az a kezelés tagadhatatlanul nehézségekkel jár együtt, amik nem haemodinamikai problémákat jelentenek (hiszen ezek adminisztratív eszközökkel jól megelőzhetők), hanem a barbiturát comában is jelentkező klasszikus szövődmények miatt: tüdőszövődmények, felfekvéses decubitus. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek a komplikációk a mély és hosszan tartó posttraumás coma vejejárói is, barbiturátok alkalmazása nélkül.

Nehéz összehasonlítani a *vitalis és functionális eredményeket* más közlemények betegcsoportjaival, mert a betegek általunk választott csoportja tisztán senkinél sem különül el. Az 5. táblázat összehasonlítást tesz *Becker és munkatársai* eredményével (4), akik csak akkor alkalmaznak külső kamrai liquor elvezetést-lebecsátást, amikor az intracraniális nyomás meghaladja a 30 Hgmm-t, valamint a barbiturátok alkalmazásától eltekintenek.

A halálozás korai oka, mint említettük, az IHT. A későbbiekben pedig a kezelés alatt fellépő szövődmények jelentkeznek halálként (elsősorban pulmonális infekciók). A késői halálos szövődmények előfordulása (betegcsoportunkban 8 eset) 14%, ami megfelel más munkacsoportok közleményeinek (3).

Annak ellenére, hogy a *prognózis a 31,5%-os halálozással* továbbra is nagyon súlyosnak tekinthető, az a véleményünk, hogy a kamrai liquor külső elvezetésének alkalmazása (az intracraniális nyomás — folyamatos regisztrálásával és szükség szerint a liquor lebecsátásával), valamint a barbiturátok alkalmazása, együttesen lehetővé teszik az ál-

talában első héten bekövetkező halálozás csökkenését.

Az eredmények tükrében ez az alkalmazott kezelési séma hatásosnak tekinthető és javasolható, mind a vitális, mind a functionális eredményeket tekintve. Meg kell azonban említeni azt is, hogy az eredmények javulásához szintén jelentős mértékben hozzájárultak a mentőszolgálat és az idegsebészeti klinikai folyamatosan javuló technikai adottságai. A mentőorvosi ellátás lehetővé teszi a késedelem nélküli intubálást és a lélegeztetés azonnali megkezdését, a beteg viszonylag gyorsan idegsebészeti osztályra kerül, ahol a CT vizsgálat azonnal és folyamatosan rendelkezésre áll, valamint egy speciálisan felszerelt intenzív-reanimációs részleg működik a súlyos comás, posttraumás betegek számára.

IRODALOM: 1. Adams, H. és mtsai — Diffuse Brain Damage of Immediate Impact Brain 1977, 100, 489—502. — 2. Ambrose, J.: Ami Scan in the management of head injuries. Lancet 1976, 1, 847—848. — 3. Band, A., Table rond, J. de Rougemont: Comas traumatiques graves par lésions encephaliques diffuses dans les premiers jours. Neurochirurgie, 1979, 25, 199. — 4. Becker, D. P. és mtsai: The outcome from severe head injury with early diagnosis and intensive management. J. Neurosurg. 1977, 47, 491—5—02. — 5. Campkin, T. V. és mtsai: Specific methode to reduce intracranial pressure in neurosurgical anaesthesia and intensive care. Butterworths Ed., London—Boston, 1980, p. 107. — 6. Cooper, P. R. és mtsai: Dexamethasone and severe head injury. A prospective double-blind study. J. Neurosurg. 1979, 51, 307—316. — 7. De Rougemont, J. és mtsai: L'enrigestrement de la pression intracranienne dans la surveillance des traumatisés crâniens en période sigue. Observation de nos premiers résultats. Neurochirurgie 1973, 19, 125—134. — 8. Expagno, C.: La souffrance axiale du traumatisme crânien grave. These Médecine, Toulouse, 1977, 7. — 9. Expagno, C. és mtsai: Les niveaux de souffrance axiale du traumatisme grave (étude critique). Neurochirurgie, 1978, 24, 257—260. — 10. Faupel, G. és mtsai: Double blind study on the effects of steroids on severe closed head injury. Intracranial Pressure II, Springer Verlag, 1975. — 11. Gobiet, W. és mtsai: Treatment of acute cerebral edema with high dose of Dexamethasone. Intracranial Pressure II. Springer Verlag 1975. — 12. Gordon, E.: Controlled respiration in the management of patients with traumatic brain injuries. Acta Anaesth. Scand. 1971, 15, 193. — 13. Guillaume és mtsai: Manométrie intracranienne continue. Interet de la méthode et premiers résultats. Rev. Neurol., 1951, 84, 131—142. — 14. Jennett, B. és mtsai: Prognosis of patients with severe head injury. Neurosurgery 1979, 4. — 15. Jennett, B. és mtsai: Assessment of outcome

after severe brain damage. A practical sea Lancet, 1975, 6, 480—484. — 16. Jennett, B. és mtsai: Treatment for severe head injury. J. Neurosurg. 1980, 43, 289—295. — 17. Klatzo, I.: Neuropathological aspects of brain edema. J. Neuropathol. Exp. Neurol. 1967, 26, 1—14. — 18. Langfitt, T. W.: Increased intracranial pressure. Clin. Neurosurg. 1969, 16, 436—471. — 19. Langfitt, T. W. és mtsai: The etiology of acute brain swelling following experimental head injury. J. Neurosurg. 1966, 24, 47—57. — 20. Lanksch, W. és mtsai: Computed tomography in head injuries. Springer Verlag 1979, 1. — 21. Levante, A. és mtsai: Mesure de la P. I. C. chez les traumatisés crâniens. Nouv. Presse Méd., 1976, 5. — 22. Lundberg, N. és mtsai: Continuous recording of the ventricular fluid pressure in patients with severe acute traumatic brain injury. J. Neurosurg. 1965, 22, 581—590. — 23. Mac Iver, I. N. és mtsai: The role of respiratory insufficiency in the mortality of severe head injuries. Lancet 1958, 1, 390—393. — 24. Marshall, L. F. és mtsai: The outcome with aggressive treatment in setre head injuries part I, part II: J. Neurosurg. 1979, 50, 20—25. — 25. Michenfelder, D. J. és mtsai: Cerebral protection by thiopental during hypoxia. Anaesthesiology 1973, 39, 510—517. — 26. Miller, J. D. és mtsai: Significance of intracranial hypertension in severe head injury. J. Neurosurg. 1977, 503—516. — 27. Miller, J. és mtsai: Further experience in the management of severe head injury. J. Neurosurg. 1981, 54, 289—299. — 28. Pappius, H. M. és mtsai: Hypertonic urea its effects on the distribution of water and electrolytes in normal and edematous brain tissue. Arch. Neurol., Chicago, 1965, 13, 393. — 29. Perez Dominguez, E. és mtsai: Interet de l'étude des réflexes du tronc cérébral au cours du coma. Neurochirurgie, 1978, 24, 261—267. — 30. Plum, F. és mtsai: Diagnostic of stupor and coma. Masson édit. Paris 1973. — 31. Reulen, H. J. és mtsai: Role of pressure gradients and bulk flow in dynamics vasogenic brain edema. J. Neurosurg. 1977, 46, 24—25. — 32. Robert, G. és mtsai: Sémiologie d'engagement temporal post-traumatique graves d'emblés. Revue E. E. G. Neurophysiologique graves d'emblés. Revue E. E. G. Neurophysiologique, 1979, 25, 58—80. — 33. Shapiro, H. M. és mtsai: Rapid intraoperative reduction of intracranial pressure with thiopentale. Br. J. Anaesth. 1973, 45, 1, 057—1, 062. — 34. Shapiro, H. M.: Intracranial hypertension: therapeutic and anesthetic considerations. Anesthesiology 1975, 43, 445—471. — 35. Simeone, F. A. és mtsai: Ischemic brain edema, comparative effects of barbiturates and hypothermia. Stroke 1979, 10, 8—12. — 36. Sichez, J. P.: Le diagnostic lesionel et la surveillance précoce des traumatismes crâniens dans le coma par la tomodensitométrie (265 cas.) Nouv. Presse Méd., 1981, 12, 971—973. — 37. Smith, A. L. és mtsai: Anaesthetics and cerebral edema. Anesthesiology 1978, 45, 64. — 38. White, R. J. és mtsai: Temporary control of cerebrospinal fluid volume and pressure by means of an externalized valve drainage system. J. Neurosurg. 1969, 30, 264—269.

(Tóth-Daru Péter dr., Szeged, Pf. 464. 6701.)

TAMÁS PETER DR.,
SAFRÁNY BEATRIX DR.,
PÁL MARIA DR.,
ERTL TIBOR DR.,
CSABA IMRE DR.
ÉS SULYOK ENDRE DR.

Az újszülöttkori szérum alfa-foetoprotein meghatározás értéke az intrauterin fertőzések diagnosztikájában

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csaba Imre dr.)
Megyei Kórház, Pécs
Vértranszfúziós Állomás (főorvos: Kerekes Endre dr.)

15 érett és 20 koraszülött szérumának AFP és IgM értékét határozták meg a szerzők olyan esetekben, ahol a posztnatális időszak során felmerült az intrauterin fertőzés gyanúja. Eredményeik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy érett újszülöttekben intrauterin fertőzés esetén a szérum-AFP magas, kórjelző értéke jó; koraszülöttekben a magas szérum-AFP kevésbé informatív, valamint, hogy újszülöttkori infekció esetén az igen alacsony AFP szint rossz prognosztikai jel. Az AFP és az IgM között anyagukban nincs statisztikai összefüggés.

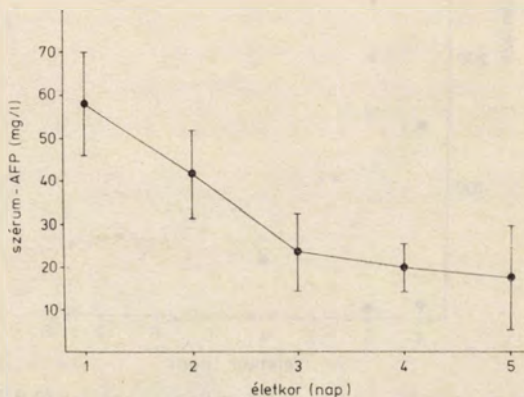
Value of neonatal serum alpha-fetoprotein determination in the diagnostics of intrauterine infections. Serum AFP and IgM levels have been determined in 15 full-term and 20 preterm neonates with suspected intrauterine infection. It has been concluded that in full-term neonates elevated serum AFP level proved to be a reliable index of intrauterine infection, while in prematures high serum AFP level was frequently seen without infection. Low serum AFP in infants with confirmed infection indicated poor outcome. No relationship was found between serum AFP and IgM levels in the groups studied.

Az alfa-foetoprotein (AFP) jelentősége a fejlődési rendellenességek, elsősorban a velőcsőzáródási defektusok prenatális diagnosztikájában jól ismert. Az 1970-es években azonban mind több újszülöttkori megbetegedés kapcsán is beszámoltak magas AFP értékről. Főként májbetegségek (2, 3, 31), de hereditér thyrosinaemia (11), hypothyreoidismus (25), Rh-izoommunizáció (24), ataxia-teleangiectasia szindróma (28), perinatális infekció (4), sőt „fiziológias icterus” (18, 26) kapcsán is észleltek emelkedett szérum-AFP-t.

Az intrauterin infekció diagnosztikája nem problémamentes, mivel a klinikai és laboratóriumi jelek gyakran nem kellően informatívak. Többben beszámoltak a szérum immunglobulin M (IgM) jó kórjelző értékéről ilyen esetekben (1, 13), azonban fertőzés hiányában is lehet magas az IgM (30) és normális értéke sem zárja ki az infekciót (7, 16). Nem felesleges tehát további diagnosztikus lehetőségek keresése. Retrospektív vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy ahol a neonatális időszakban krónikus intrauterin vagy akut perinatális fertőzés gyanúja felmerült, mennyiben jelezte megfelelően a szérum-AFP az infekció meglétét vagy hiányát.

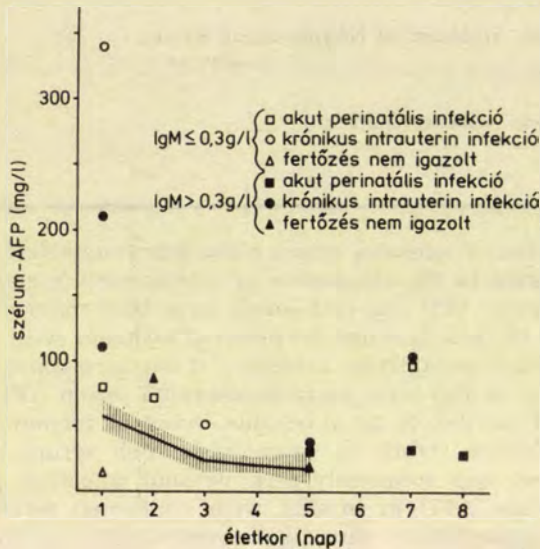
Anyag és módszer

15 érett újszülött (születési súly: 2600–3760 g) szérum-AFP értékének nyomonkövetésével meghatároztuk módszerünk normális átlagát. E csoportból kizártuk azokat az újszülötteket, ahol az ápolás során infekció, icterus jelentkezett vagy malformációra, anyagcsere-megbetegedésre volt gyanú (1. ábra). Az eredmények azonosak az irodalomban közöltekkel (5, 15, 23, 29). Megfelelő számú intakt koraszülött hiányában hasonló koraszülött standardot nem tudtunk készíteni, ezért koraszülött csoportunk (születési súly: 1440–2490 g) eredményeinek értékelésekor az irodalomban ismertett átlagot vettük alapul (29). Osztályunkon az

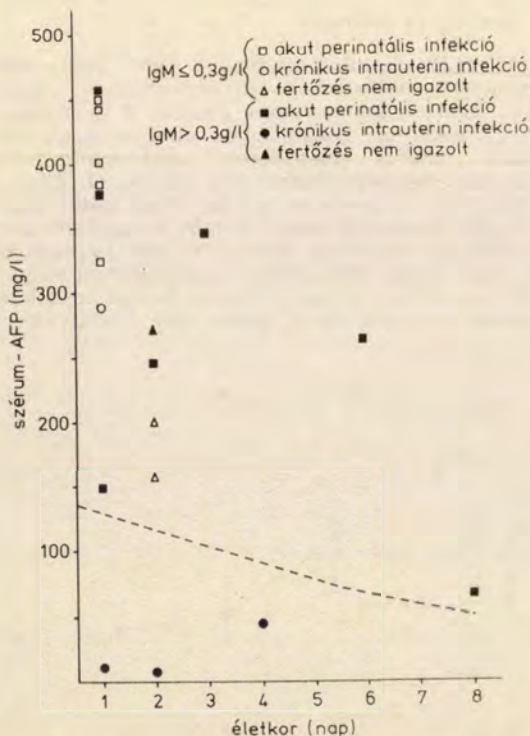


1. ábra: A szérum-AFP változása érett, intakt újszülöttekben (átlag \pm 2 SD; n = 15)

elmúlt két év során rendszeresen végeztük AFP és immunoglobulin meghatározásokat olyan esetekben, ahol az anamnézis vagy a klinikai tünetek alapján felmerült az intrauterin fertőzés gyanúja. Infekció esetén különbséget tettünk krónikus és akut folyamat között. Krónikus infekció megállapításakor fontosnak értékeltük a fertőzést igazoló szerológiai eredményeket, a hepatosplenomegaliát, a nagyfokú anaemiát, az intrauterin dystrophiát, valamint a thrombocytopeniát, a fertőzésre utaló bőrelváltozásokat és a fejkörfogat kóros változásait. Akut perinatális fertőzésként azokat az eseteket értékeltük, ahol a heveny infekció ismert klinikai, laboratóriumi és radiológiai jeleit (10) észleltük.



2. ábra: Infekció gyanúja esetén kapott szérumszint-AFP értékek, valamint a normális átlag ± 2 SD érett újszülöttekben (n = 15)



3. ábra: Infekció gyanúja esetén kapott szérumszint-AFP értékek, valamint a normális átlag koraszülöttekben (n = 20)

Az immunoglobulin meghatározás a Mancini által ismertett radiál immundiffúziós módszerrel (19), az AFP vizsgálata Laurell-féle elektroimmundiffúzióval (17) történt; utóbbi érzékenysége 0,2 mg/l.

Eredmények

A 2. ábrán 15 érett újszülött (születési súly: 2700–4000 g) AFP eredményét tüntettük fel. Három esetünk kapcsán kizártuk az infekciót, közülük egy újszülött szérumából kaptunk magas értéket. Hat esetben krónikus, hat újszülöttben pedig akut perinatális fertőzést igazoltunk. Az utóbbi két csoport valamennyi tagjában a szérumszint-AFP meghaladta az átlag ± 2 SD értéket.

A koraszülött csoportban kevés volt a krónikus intrauterin fertőzés (4 újszülött), többségében a heveny gyulladás tüneteit észleltük (12 újszülött). Négy eset kapcsán az infekciót kizártuk (3. ábra). Három koraszülött eredményének kivételével valamennyi érték magasabb volt az átlagnál, azonban az eredmények nagy szórást mutatnak. A három alacsony AFP érték súlyos, krónikus intrauterin fertőzéshez társult. Az AFP és az IgM között anyagunkban nem találtunk statisztikai összefüggést.

Megbeszélés

Az AFP pontos élettani szerepe nem ismert, valószínűleg a terhességi immunszuppresszió létrehozásában vesz részt (21). A fétusz szérumszint-AFP koncentrációja a 10–14. terhességi héten a legmagasabb (8), ezt követően a gestációs korrallal (14, 22), ill. az újszülött súlyával (6) fordított arányban csökken. A szérumszint megszületés utáni változására a 3–7,7 napos felezési idővel való csökkenés jellemző (8, 12, 29), bár néhány napos posztnatális emelkedésről is beszámoltak (20). Termelésében elsősorban a magzati máj, valamint a gasztrointesztinális rendszer és a szikhólyag játszik szerepet (9). A májsejtkárosodást követően megjelenő „regenerációs sejtek”, amelyek mintegy megismétlik az embrionális differenciálódást, fokozott mértékben termelnek AFP-t (27). Balogh és mtsai (4) szerint infekció esetén a posztnatális szérumszint-AFP így a regeneráció mértékéről ad felvilágosítást.

Vizsgálataink során érett újszülöttekben valamennyi infekció magas AFP-vel járt. A legmagasabb értékeket krónikus intrauterin fertőzések kapcsán észleltük. Három nem infekciós esetünk közül a 2. életnapon kapott 86 mg/l érték májbiopsziával igazolt cholestasis mellett adódott, a másik két esetben átlagos, ill. alacsony értéket kapunk. A koraszülöttek AFP eredményeit vizsgálva a nagy szórás mellett feltűnő, hogy éppen krónikus intrauterin infekció mellett észleltünk kifejezetten alacsony értékeket. Kettőben közülük a kórbonctani vizsgálat súlyos toxikus-szeptikus májkárosodást igazolt, a harmadik esetünkben herpesz fertőzés társult Rhizoimmunizációs hydropsszal. Mindhárom újszülött neonatális korban meghalt. Az alacsony AFP oka valószínűleg a májregeneráció hiánya volt. Infekció nélkül a legmagasabb (2. életnapon 270 mg/l) AFP eredmény mellett elhúzódó sárgaságot észleltünk. Cederqvist és mtsai (6) toxemiás, dohányzó, valamint egészséges, nem dohányzó terhesek újszül-

löttjeiben nem találtak kapcsolatot az AFP és az immunglobulinok között. Az általunk infekció irányában célzottan vizsgált 35 eset kapcsán hasonló megfigyelést tettünk. Az IgM kevésbé megbízhatóan jelezte a fertőzést.

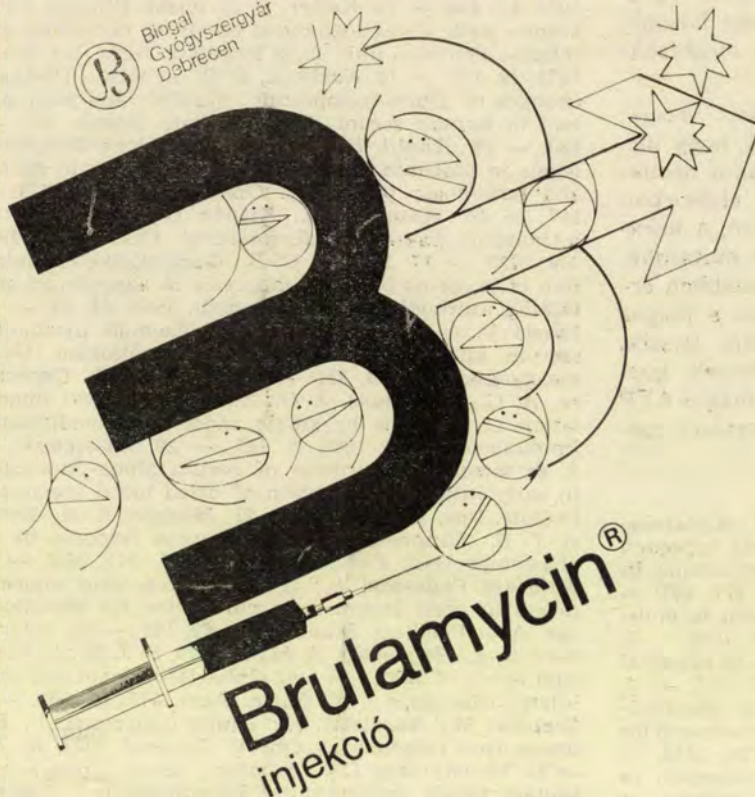
Viszonylag kis anyagunk retrospektív vizsgálata alátámasztja a korábbi megfigyelést, hogy intrauterin fertőzés után általánosan magas a neonatális szérum-AFP. Ilyen vonatkozásban elsősorban az érett újszülöttek körében lehet kórjelző. A koraszülöttek AFP eredményei nagy szórást mutatnak, a klinikai állapottal való kapcsolat nehezebben értékelhető; a születési súly csökkenésével a magas szérum-AFP informatív értéke csökkenni látszik. A májszövet kiterjedt pusztulásakor észlelt igen alacsony érték pedig megerősíti, hogy a magas AFP — a regeneráció mértékére utalva — fertőzés esetén jó prognosztikai jel.

IRODALOM: 1. *Alford, C. A. és mtsai*: A correlative immunologic, microbiologic and clinical approach to the diagnosis of acute and chronic infections in newborn infants. *New Engl. J. Med.* 1967, 277, 437. — 2. *Alpert, E., Sieler, R. A.*: Alpha-fetoprotein in embryonal hepatoblastoma. *J. Pediatr.* 1970, 77, 1058. — 3. *Andres, J. M. és mtsai*: Alpha₁-fetoprotein in neonatal hepatobiliary disease. *J. Pediatr.* 1977, 91, 217. — 4. *Balogh T. és mtsai*: Az alpha₁-foetoprotein jelentősége a csecsemő- és gyermekkorai májsejtregenerációs késztség megítélésében. *Orv. Hetil.* 1977, 118, 2815. — 5. *Caballero, C. és mtsai*: Serum alpha-fetoprotein in adults, in women during pregnancy, in children at birth and during the first week of life: A sex difference. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 127, 384. — 6. *Cederqvist, L. L., Spigelman, S., Litwin, S. D.*: The fetal serum alpha-fetoprotein and its relationship to immunglobulins and birth weight at term. *Obstet. Gynecol.* 1983, 61, 233. — 7. *Cederqvist, L. L. és mtsai*: The relationship between prematurely ruptured membranes and fetal immunglobulin production. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 134, 784. — 8. *Gitlin, D., Boesman, M.*: Serum α -fetoprotein, albumin, and γ G-globulin the human conceptus. *J. Clin. Invest.* 1966, 45, 1826. — 9. *Gitlin, D., Boesman, M.*: Sites of serum alpha-foetoprotein synthesis in the human and in the rat. *J. Clin. Invest.* 1967, 64, 1010. — 10. *Gotoff, S., Behrman, R.*: Neonatal septicemia. *J. Pediatr.* 1970, 76, 142. — 11. *Greiner, A., Belanger, L., Laberge, C.*: Alpha-1-fetoprotein measurement in blood spotted on paper: Discriminating test for hereditary tyrosinemia in neonatal mass screening. *Clin. Chem.* 1976, 22, 1001. — 12. *Hyvarinen, M. és mtsai*: Influence of gestational

age on serum levels of alpha-1-fetoprotein, IgG globulin, and albumin in newborn infants. *J. Pediatr.* 1973, 82, 430. — 13. *Kaiser, É. és mtsai*: Clinical correlations with immunoglobulin levels in newborns in a referral neonatal unit. *Acta Paediatr. Acad. Sci. Hung.* 1973, 14, 179. — 14. *Karlsson, B. W. és mtsai*: Postnatal changes of alpha-foetoprotein, albumin and total protein in human serum. *Acta Paediatr. Scand.* 1972, 61, 133. — 15. *Khalil, F. Kh. és mtsai*: Alpha-fetoprotein levels in placenta, maternal and cord blood in normal and pathologic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1979, 54, 117. — 16. *Korányi Gy., Kisbán G.*: Az újszülöttek intrauterin bakteriális fertőzéséről. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 2733. — 17. *Laurell, C.-B.*: Quantitative estimation of proteins by electrophoresis in agarose gel containing antibodies. *Anal. Biochem.* 1966, 15, 45. — 18. *László V. és mtsai*: Hyperbilirubinaemiás újszülöttek szérum alfa-fetoprotein szintjének változása. *Gyermekgyógy.* 1983, 34, 311. — 19. *Mancini, G., Carbonara, A. O., Heremans, J. G.*: Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. *Immunochemistry* 1965, 2, 235. — 20. *Mizejewski, G. J. és mtsai*: Measurement of serum alpha-fetoprotein in early infancy: Utilization of dried blood specimens. *Pediatr. Res.* 1983, 17, 47. — 21. *Murgita, R. A., Tomasi, T. B.*: Suppression of the immune response by alpha-fetoprotein. *J. Exper. Med.* 1975, 141, 269. — 22. *Norgaard-Pedersen, B.*: Alpha-1-fetoprotein concentration in cord serum as a parameter for gestational age. *Acta Paediatr. Scand.* 1973, 62, 167. — 23. *Schuurman, H. J., Hagenars, A. M., Zagers, B. J. M.*: Cord serum levels of IgM, IgA and alpha-fetoprotein and their interrelationships. *Clin. Chem. Acta* 1977, 79, 363. — 24. *Seppala, M., Ruoslahti, E.*: Alpha-fetoprotein in Rh-immunized pregnancies. *Obstet. Gynecol.* 1973, 42, 701. — 25. *Theodorides, C. G. és mtsai*: Serum alpha-1-fetoprotein levels in congenital hypothyroidism. *Pediatr. Res.* 1978, 12, 1085. — 26. *Tourne, C. E. és mtsai*: Alpha-fetoproteine et ictere neonatal contribution a l'etude d'un mecanisme physiopathologique. *J. Gynecol. Obst. Biol. Repr.* 1977, 6, 331. — 27. *Uriel, J. és mtsai*: Liver differentiation and the estrogen-binding properties of α -fetoprotein. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1975, 259, 119. — 28. *Waldmann, T. A., McIntire, K. R.*: Serum alpha-fetoprotein levels in patients with ataxia-teleangiectasia. *Lancet*, 1972, 2, 1112. — 29. *Wu, J. T., Book, L., Sudar, K.*: Serum alpha fetoprotein (AFP) levels in normal infants. *Pediatr. Res.* 1981, 15, 50. — 30. *Yang, S. L., Kleiman, A. M., Wei, P. Y.*: Immunologic aspects of term pregnancy toxemia. A study of immunoglobulins and complement. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1975, 122, 727. — 31. *Zeltzer, P. és mtsai*: Differentiation between neonatal hepatitis and biliary atresia by measuring serum alpha-fetoprotein. *Lancet*, 1974, 1, 737.

(Tamás Péter dr., Pécs, Édesanyák útja 17. 7624.)

B Biogal
Gyógyszergyár
Debrecen



szélesspektrumú
antibiotikum

ÖSSZETÉTEL

A készítmény 40 mg, ill. 80 mg tobramycint tartalmaz 1, ill. 2 ml-es ampullákban szulfátsó formájában.

JAVALLATOK

Tobramycinre érzékeny baktériumok okozta súlyos urogenitális, alsó légúti, gasztrointesztinális központi idegrendszeri, bőr-, csont- és lágyrész infekciók.

ELLENJAVALLAT

Allergiás túlérzékenység.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek 2–3 mg/kg/die
gyermeknek 3–5 mg/kg/die
napi három egyenlő részre elosztva.

Csökkent vesefunkcióban az adag 1 mg/kg/die, az egyes adagok közti intervallumot a vesefunkció szerint kell megszabni.

MELLEKHATÁSOK

Nephro- és ototoxikus hatása elsősorban a vesekárosodott és a nagyobb adagokkal tartósan kezelt betegeken észlelhető.

Kerülendő az egyúttadás:

Neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, Furosemiddel, Uregyttel, neuromuscularis blokkolókkal.

FIGYELMEZTETÉS

Renális, vestibuláris vagy acustikus funkcióáramlás esetén a kezelést abba kell hagyni, illetve módosítani kell. Terhesség alatti alkalmazásának veszélytelenségét még nem igazolták.

MEGJEGYZÉS

✱✱ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra kerül forgalomba.

LEJARATI IDŐ

2 év.

CSOMAGOLÁS

10 db 2 ml-es ampulla térítési díja: 271,50 Ft.
10 db 1 ml-es ampulla térítési díja: 135,70 Ft.

SZAPPANOS LÁSZLÓ DR.,
CZEIZEL ENDRE DR.
ÉS SZEPESI KÁLMÁN DR.

Familiáris SCE syndroma

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Orthopaediai Klinika (igazgató: Szepesi Kálmán dr.) és
Országos Közegészségügyi Intézet Humán-genetikai Laboratóriuma
(vezető: Czeizel Endre dr.)

A SCE (hasadt kéz, láb, arc-hasadék és ectodermális dysplasia) syndroma négy esetét ismertetik. E ritka (Magyarországon kb. minden 190 000. születéskor várható egy-egy eset) syndroma általában sporadikus. Két esetük azonban testvér volt és az anyai nagyanyában előforduló hasadt kéz, láb a változó penetranciájú és expresszivitású autosomális domináns öröklődés szemléletes bizonyítéka. A negyedik eset két különböző végtag-redukciós rendellenesség véletlen családi egybeesését példázza.

Magyarországon a veleszületett végtagredukciós rendellenességek (VVR-ek) születéskori gyakorisága 0,4 ezrelék (4). A VVR-ek esetében is, mint a congenitalis abnormalitások (CA-k) osztályozásakor általában, legalább három szempontot helyes figyelembe venni: 1. A *kiterjedés* szerint egy végtagot (unimeliás: 50%), több végtagot (multimeliás: 25%) és végtag(ok)at, valamint más szer(ek)et (multiplex: 25%) is érintő rendellenességeket kell elkülöníteni. 2. A *lokalizáció* szerint egyrészt a felső és alsó végtag(ok), másrészt ezeken belül a hiányzó csontok megnevezése lényeges. 3. Végül nagyon fontos a VVR-típusok felismerése, mivel a) terminalis transvers, ún. amputációs (25%), b) a longitudinális, ún. radiális, ulnaris, tibiális vagy fibuláris (25%), c) a hasadt, ún. rákolló-kéz, -láb (5%) és d) az amnion-szalagok okozta lefűződés miatti VVR-ek (20%), valamint e) a már említett multiplex esetek (25%) alapvetően eltérő eredetű rendellenességek.

A multiplex eseteken belül a VVR típusa és az extralimbikus lokalizáció alapján történik az el-

Rövidítések

SCE syndroma = Split hand and foot; Cleft lip and palate; Ectodermal dysplasia = Hasi-tott kéz és láb; ajakhasadék és szájpadhasadék; ectodermális dysplasia
VVR = veleszületett végtagredukciós rendellenesség
CA = congenitalis abnormalitás
FFU komplex = Femur fibula és ulna asszimetrikus aplasiája vagy hypoplasiája

Familiar SCE Syndrome. Four cases of the SCE (split hand and foot, cleft lip and palate and ectodermal dysplasia) syndrome are reported. This rare syndrome is generally sporadic (in Hungary one case is to be expected at every 190 000th birth). Two cases, however, were brothers, and the split hand and foot occurring in the grandmother on the mother's side is a clear proof of autosomal dominant inheritance with varying penetration and expressivity. Case 4 exemplifies a familial coincidence of two different limb-reduction abnormalities.

különítés. A differenciál-diagnózis és a már leírt syndromák felismerése elsősorban a prognózisbecslés és a genetikai tanácsadás miatt lényeges. Jelen munkánkban a *facio-limbikus*, tehát az arc CA-kkal társuló multiplex VVR syndromák közül (1. táblázat) a SCE syndroma (III/1) bemutatására vállalkozunk.

A Debreceni OTE Orthopaediai Klinikán észlelt két SCE-s testvér, valamint a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának bejelentett két eset közül az egyik családi halmozódása ugyanis kivételesnek mondható, ezért a 4 eset klinikai, genetikai és teratológiai értékelését közlésre érdemesnek ítéltük.

Ezen túl ismertetjük a multiplex VVR-ek e típusánál használt műtéti eljárásokat is.

Esetismertetések

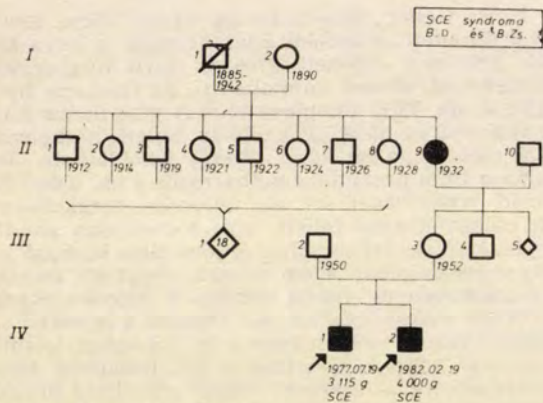
1. P. Gábor 1975. március 12-én időre, 2900 g súllyal született. A családi anamnéziséből az anya fivérének 1972-ben született 2700 g súlyú fiúgyermekét kell kiemelni, akinek unimeliás (l. d.) fibularis típusú VVR-je, ún. FFU komplexe van. A jobb femur a balhoz viszonyítva kissé gyengébben fejlett, keskenyebb. A bal alsó végtagon kóros eltérés nem látható. Jobb oldalon a tibia proximális kétharmada a bal oldali kétharmad hosszúságát éri el, feltűnően megkeskenyedett, csökevényesen fejlett, ami fokozatosan caudális irányba kifejezettebbé válik. A jobb tibia középső harmada magasságában 4 cm hosszú, nagyfokú mézsze-gény „csökevényes” fibula látható. A lágyrész is nagymértékben elkeskenyedett. Az anyánál a *proband* születéséhez vezetett terhességben a II. hónapban jelentkező hüvelyi vérzést, valamint a IV. hónapban lezajló „influenzát” és a terhesség végén jelentkező hólyagos allergiás kiütést kell kiemelni. A probandban 3 CA fordul elő: 1. hátsó szájpadhasadék, 2. ectodermális

1. táblázat **A facio-limbikus szindrómák**

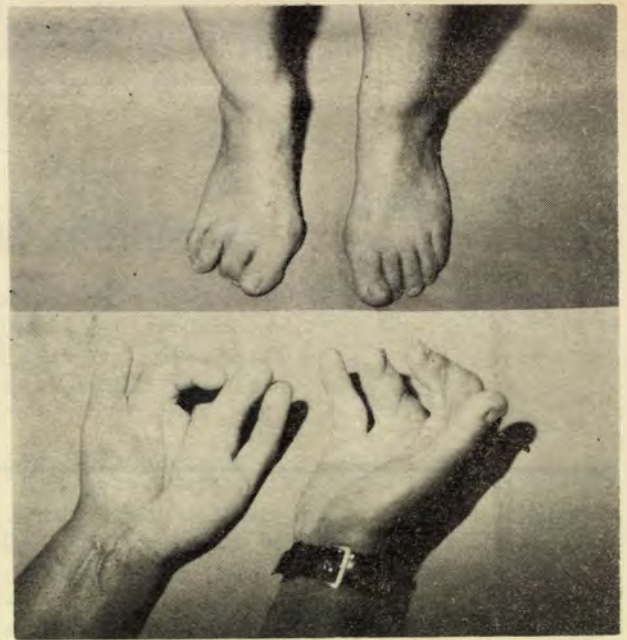
(Zárójelben a hazánkban 1975 és 1977 között született 274 VVRR-s esetben belül felismert szindrómák számát adjuk meg.)

A VVRR típusa	A szindróma és a CA-k neve
I. Terminalis transvers (TT)	1. Aglossia-adactylia (TT, multimerias) (2 eset)
	2. Ankyloglossum (TT, multimerias) (0 eset)
	3. Hanhart (micrognathia és TT I. u.) (1 eset)
	4. Möbius (facialis diplegia I. u., abducens bénulás és TT) (1 eset)
	5. Oro-limbikus (archasadék és TT) (1 eset)
II. Longitudinalis a) Radiális	1. Nager (acrofacialis dysostosis) (1 eset)
	2. LARD (lacrimo-auriculo-radio-dentalis) (0 eset)
	3. Jubers—Hayward (oro-cranio-digitalis, általában archasadék, microcephalia és hüvelykujj CA) (0 eset)
	4. Roberts (archasadék phocomelia-val) (2 eset)
	5. Goldenhar (unilateralis oculo-auriculo-vertebralis dysplasia) (1 eset)
b) Ulnaris	1. Weyers(oro-facialis-oligodactylia) (0 eset)
	2. Oro-facio-auriculo-digitalis (0 eset)
	3. Brachmann-de Lange (sok minor CA az arcon ulnaris VVRR-ral és más major CA-kal) (1 eset)
	4. Pillay (ophthalmo-mandibulo-limbikus) (0 eset)
III. Hasadt kéz-láb	1. SCE (split hand-cleft lip/palate-ectodermalis dysplasia) (2 eset)
	2. Mandibulofacialis dysostosis hasadt kéz-lábbal (0 eset)
IV. Amnionköteg leszorítás	1. ADAM-komplex (aszimmetrikus VVRR és — többek között — szabálytalan archasadék) (4 eset)

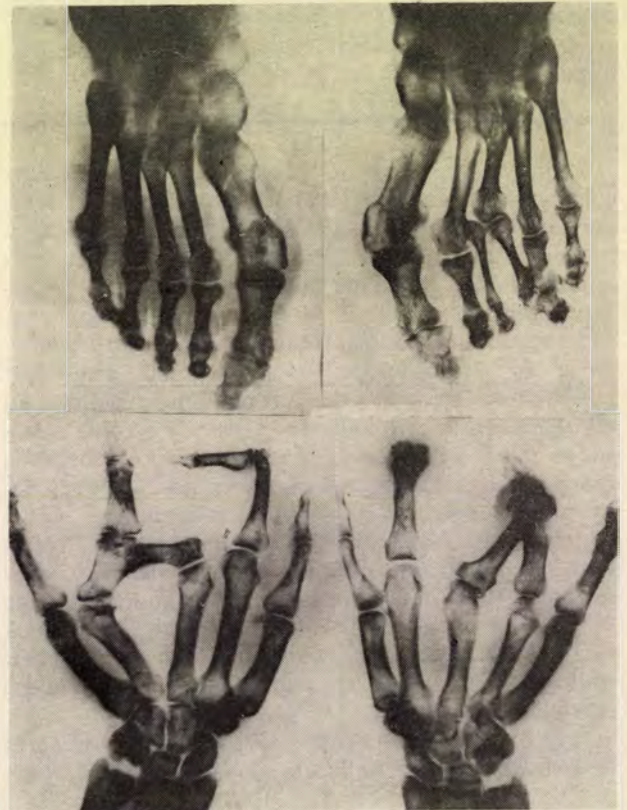
dysplasia (száraz bőr, törékeny, gyér haj, hypoplasiás körömök) és 3. az alsó végtagok VVRR-je; a jobb láb IV. ujjá hiányzik, a IV—V. metatarsus rövidebb; a II. és III. ujj között syndactylia észlelhető; a II., III. és V. ujjon a II. és III. phalanx hypoplasiás. A bal láb III. ujjának alapperce jelentősen hypoplasiás, az alappercek között pedig synostosis található; a II, IV. és V. ujj II—III. percei hypoplasiásak. Ezen túl a felső végtagok kisfokú érintettsége is fennáll, mivel a 6 éves gyermek kezének csontosodása kb. 3 évnek felel meg.



1. ábra B. Zsolt és B. Dezső családfája



2. ábra: Az anyai nagynya (II/9) a: alsó és b: felső végtagrendellenességének fényképe



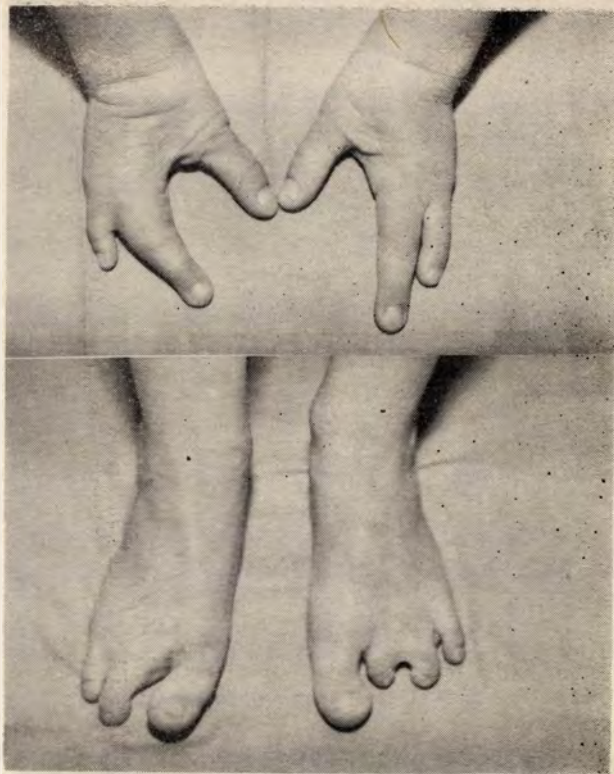
2. ábra c-d: röntgen felvétele

Az I. és V. metacarpuson atypikus epiphysis, illetve pseudoepiphysis látható. A jobb kéz IV. ujjának körömperce megrövidült.

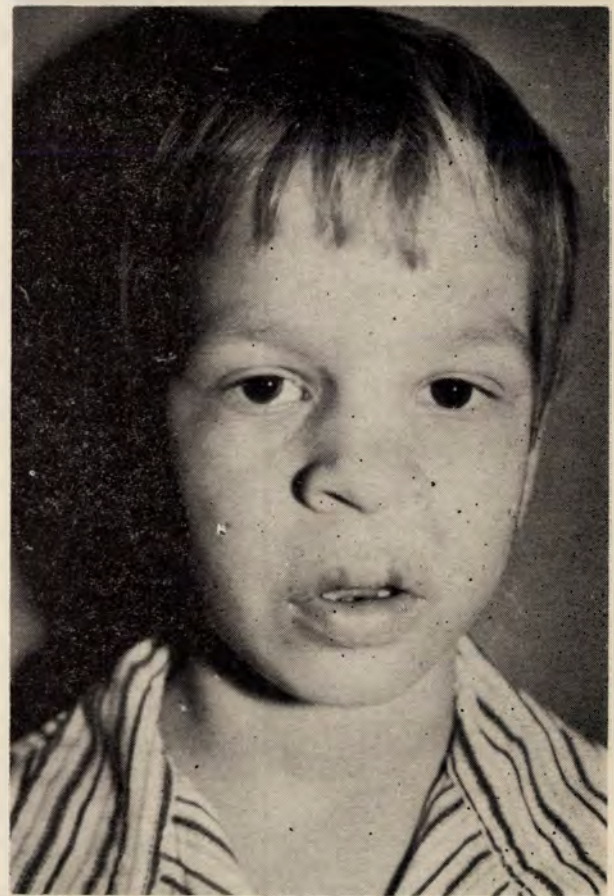
II. B. Zoltán 1976. április 26-án a 32. gestációs héten, fejképpel fekvésben, 2700 g-mal született, azonnal felsírt. Az anyja Rh-negatív és az anti-D emelkedése miatt a szülést meg kellett indítani. Házasságon kívül született nem kívánt gyermek. A terhességi anamnéziséből a 39. feletti lázzal kísért influenza megbetegedés (a terhesség III. hónapjában) és a késői toxæmia emelhető ki. A terhesség alatti gyógyszereszedések: Ma-

ripen, Amidazophen (III. hó) Turinal és NoSpa (IV. hótól), Bolus laxans (VI. hótól). Az 1946-ban született anyja darukezelő, a terhesség II. hónapjától, érzése szerint, a daru elektromosan „rázta”, ezért a terhesség 10. hetétől raktárban dolgozott. (10 évvel azelőtt a daru áramszedőjének megfogása miatt már súlyos eszméletvesztéssel járó áramütése volt.) A terhesség későbbi időszakában, az anyja elmondása szerint, a mosógép és minden elektromos gép érintésekor áramütést érzett. Gyakorta panaszkodott palpitiációs érzésről, idegkimerültség miatt a proband fogamzása előtt 4 hónappal kezelték. 1968-ban savak belégzése miatt kórházban kezelt vegyszermérgezése volt Erős cigarettázás (20/nap), de a terhesség felismerése után, állítólag nem dohányzott. Az anyának korábban két művi (1965, 1975) és egy spontán vetélése (1968), valamint 1972-ben 3500 g-os fiú elveszületése volt, akit kétoldali congenitalis inguinalis sérv miatt operáltak. Az 1938-ban született apának proteinúriája van. A távolabbi családi anamnézis negatív, a szülők között rokonság nem áll fenn. A proband CA-inak összefoglalása: 1. jobb oldali ajakhasadék szájpadhasadékkal, 2. ectodermalis dysplasia: atrophias degeneratív ekcéma, kézfejekon exco-riatio, zománc hypoplasia a fogakban, 3. hasadt láb típusba sorolható VVRR. A jobb lábon csak a I. és IV. metatarsus, valamint ennek megfelelően az I. és V. ujj látható. A röntgenfelvételeken a IV. ujj alapperce előtűnik, így tulajdonképpen syndactylia van a IV. és V. ujj között. A bal lábon lényegében csak a II. ujj hiányzik, az I. ujj centralis irányba deformált, a III., IV. és V. ujjon pedig totalis syndactylia figyelhető meg. A felső végtagok épek. 4. Congenitalis inguinalis sérv. Ez a familiárisan jelentkező CA feltehetően véletlen egybeesés. 5. A vizsgálat idején, 1979-ben, szomatikusan és pszichomotorosan retardált, neurotikus (nem tud aludni, csikorgatja a fogát, tépi a haját, kezét harapdálja, csak pépes ételt fogyaszt, darabostól fuldoklik stb.). Az utóbbi tünetek minden bizonnyal függetlenek az SCE szindrómától, és az idő előtt kis súllyal született proband perinatalis agyi károsodásának (minimális cerebralis ártalom „szindróma”) részei.

III. B. Zsolt 1977. július 19-én a 40. gestációs hétre 3115 g-mal született. A családi anamnézis érzékeltetésére a pedigret érdemes bemutatni (1. ábra). Az anyai nagyanyának (II/9), mindkét kezén és jobb lábán hasadt típusú VVRR fordul elő (2. ábra). A jobb kézen a I—II. ujjak között úszóhártya, a II. ujj PIP ízületében flexiós és ulnar abductiós contractura, a DIP ízületében flexiós és radial abductiós contractura. A III. ujsugárból a metacarpus és az alapperce van meg, a III. és IV. ujjak alappercei között csontos syndactylia. A II. és III. ujsugár között hasadék. A bal kézen a II. ujj PIP ízületében flexiós és ulnar abductiós contractura. A III. ujsugárból a metacarpus és a hypoplasias alapperce van meg, a III—IV. ujjak alappercei között csontos syndactylia. A II. és III. ujsugár között hasadék. A IV. ujj MP ízületében radial abductiós állás a synostosis miatt, az alapperce hypoplasias. A jobb lábon az öt metatarsus hypoplasias és ezekhez a III. és IV. ujjon a normálisnál hosszabb alappercek külön-külön ízülettel csatlakoznak. A III. ujj a II-kal syndactyliát képez, a IV. ujj az V-kel csontos syndactyliát. A bal lábon VVRR nem észlelhető. Ajakhasadék, szájpadhasadék, könnycsatorna-elzáródás nincs. Említést érdemel, hogy metsző- és szemfogait már huszoneves korában elvesztette. Bőre testszerte száraz, érdes tapintatú, sápadt. A törzsön és a felső végtagokon 2—3 cm átmérőjű depigmentált maculák. A végtag és a bőr-elváltozások alapján a körképet az SCE szindróma forme fruste megnyilvánulásának tartjuk. A probandok anyjának végtagjai — az elvégzett röntgenvizsgálat szerint is — teljesen épek. A proband születéséhez vezető terhessége és szülése zavartalan volt. A gyermek CA-i (3. ábra): 1. ajakhasadék és szájpadhasadék, 2. ectodermalis dysplasia: atopias karakter, a bőr testszerte száraz, érdes tapintatú, sápadt. A jobb vállon tizforintosnyi halványan pigmentált maculosus naevus. A felső végtagokon lencsenyi, ujjbegynyi depigmentált kerek maculák. Dermographia: albus. 3. A VVRR leírása: mindkét kézen csak az I., IV. és V. ujsugarak

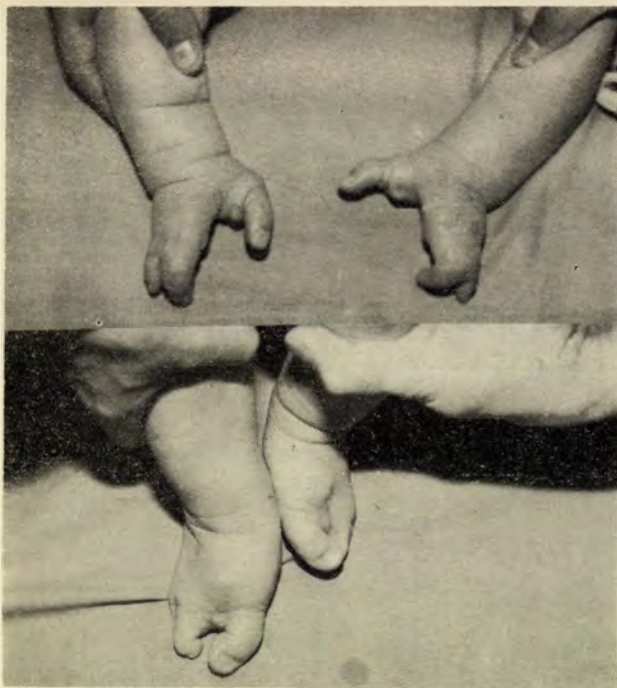


3. ábra. a-b: B. Zsolt végtagrendellenességei

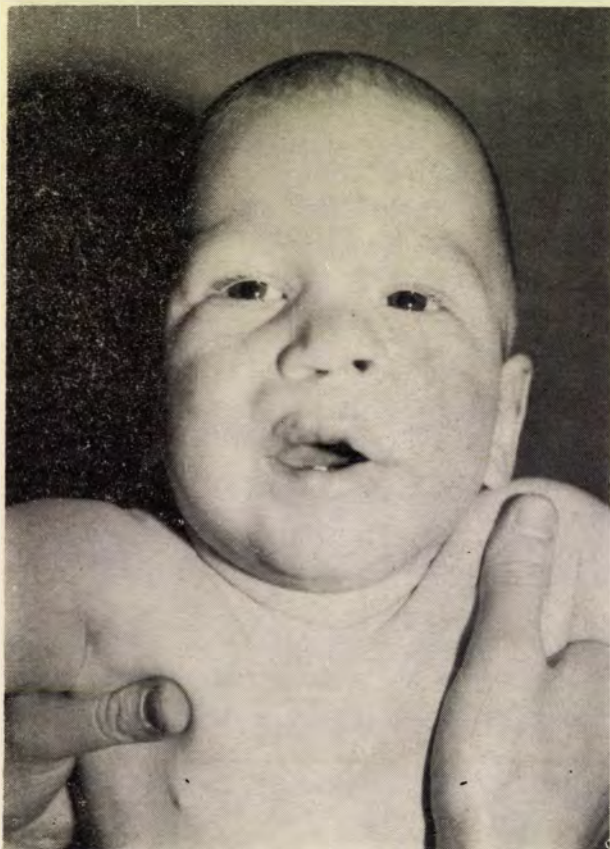


3. ábra. c: archasadék

fejlődtek ki, a II. és III. ujsugarak a kéztőcsontokig hiányoznak. A IV., V. ujjak alappercei között a PIP ízületig terjedő partialis syndactylia. A hasadt



4. ábra. a-b: B. Dezső végtagrendellenességei



4. ábra. c: archasadéka

láb típusú VVRR mindkét lábon is észlelhető. A bal lábon a II. metatarsus és az alapperce az I. ujj oldalán a lágyrészekben helyezkedik el, a III—IV. ujjak között teljes syndactylia. A jobb lábon az I., IV. és V. ujjugár kifejlődött, a III. metatarsus a hasadék laterális oldalán a lágyrészekben helyezkedik el ujjpercek nélkül. Rekonstrukciós programunk a következő volt: Mindkét lábon az I—III. ujjak közötti hasadékot zár-

tuk. A stabilitás érdekében a bal lábon a II. metatarsust és a lágyrészekben elhelyezkedő alappercet eltávolítottuk. A zárást az I—III. metatarsusok körül, subcapitalisan vezetett ligatúrával biztosítottuk. Az interphalangealis redőt Davis (5) szerint képeztük. Mindkét kézen az I—IV. ujjak közötti hasadékot zártuk, de subcapitalis ligatúrát nem helyeztünk fel, mert ez a két ujjugár hiánya, vagyis a nagy távolság miatt oppositio akadályt jelentett volna. Az interphalangealis redőt Davis (5) szerint képeztük. A IV—V. ujjak közötti részleges syndactyliát Cronin szerint szétválasztottuk. Az ajakhasadék és szápadhasadék korrekcióját a gyermeksebészek végezték.

IV. B. Dezső (IV/2, Proband II) 1982. február 19-én eseménytelen terhesség után a 40. gestációs hétre, 4000 g-mal született. (Tehát ő a III. eset testvére.) A szülők genetikai tanácsadás után vállalták a terhességet. A terhesség ideje alatt kétszer (a III. hónapban és a magzat megmozdulásakor) ultrahangvizsgálatot végeztek, de elváltozást nem találtak. Röntgenfelvétel a magzatról nem készült. A szülők a felajánlott amniocentesisbe nem egyeztek bele. (Ennek indikációja amúgy is megkérdőjelezhető, mivel az SCE syndroma a magzati sejtek, ill. az amnion vizsgálatával nem körismézhető.) A probandban a következő CA-kat (4. ábra) észleltük: 1. ajakhasadék, 2. ectodermalis dysplasia. (A bőrváltozások a csecsemőben egyelőre minimálisak.) 3. VVRR: mindkét kézen hasadt típusú VVRR: az I, IV. és V. ujjugarak kifejlődtek, a II—III. ujjugarak a kéztőcsontokig hiányoznak. Mindkét kézen a IV—V. ujjak között az alappercekre kiterjedő syndactylia. Mindkét lábon hasadt típusú VVRR. Az I. és IV. ujjugarak kifejlődtek, az V. metatarsus a lágyrészekben helyezkedik el, ujjpercek nélkül. A csecsemőben csak a lábak rekonstrukcióját végeztük el eddig. A hasadékot mindkét lábon zártuk, a metatarsusok körül subcapitalisan vezetett ligatúrával és Barsky (1) plasztikával képeztük az interphalangealis redőt. Az ajakhasadék korrekcióját a gyermeksebészek végezték.

A fenti 4 eseten kívül a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának még két SCE-s esetet jelentettek. Az 1976. június 19-én, a terhesség 35. hetében, 1120 g-mal halvaszületett fiúban az SCE diagnózisa azonban kétséges. A bal alsó végtag bokától nem fejlődött ki (amelia cruris l. s.), a jobb előláb torz, két deformált ujjal és syndactyliával. Mindkét kézen csak 4—4 ujj volt; ezentúl ajakhasadék, hypoplasia penis, atresia ani. A VVRR típusának tisztázatlansága és az analis atresia miatt azonban az SCE diagnózisa nem állítható fel. Egy további 1981-ben született és SCE-ként bejelentett esetet megvizsgálni, illetve részleges orvosi dokumentációt beszerezni nem tudtuk. Így e közleményben csak a részletesen ismert 4 esettel foglalkozunk.

Megbeszélés

Az ismertetett eseteinknek megfelelő rendellenességek különböző néven szerepelnek az irodalomban. Az archasadék és hasadt kéz-láb együttes előfordulása régóta ismert, hiszen Meniere (7) már 1828-ban írt erről. Mégis, Walker és Clodius (15) csak 1963-ban körvonalazta az ajak- és szápadhasadék, valamint a hasadt kéz-láb együttes előfordulását syndromaként. Bixler és mtsai (2) 1972-ben megkísérelték összegyűjteni az archasadék és hasadt kéz, láb kombinációjában szenvedő eseteket a szakirodalomból. 19 leírást találtak és közülük többen az ectodermalis dysplasia is említésre került. Így bizonyos, hogy az SCE syndromát már korábban is észlelték, de nem írták le betegségségként. Roselli és Gulienetti (12) 1961-ben viszont ismertették az ectodermalis dysplasia és VVRR társulását. Rüdiger és mtsai (13) 1971-ben ajánlották az EEC (Ectrodactylia = VVRR, Ectodermalis dysplasia, Cleft lip/palate = archasadék) megneve-

2. táblázat A SCE-syndromát alkotó congenitalis abnormalitások (CA-k) előfordulása 28 esetben

Jelleg	Hasadt kéz-láb	Archasadék	Ectodermalis dysplasia tünetei			Szem (könnycsa- torna CA, blepha- ritis, stb.)
			Bőrelváltozás	Fogelváltozás	Köröm dysplasia	
Előfordulás %	28/28 100	21/28 75	20/28 71	18/28 64	16/28 57	14/28 50

zést e három CA társulásából összetevődő syndromára.

A VVRR-en belül azonban annyira tipikus a hasadt kéz, láb (split hand-foot), hogy később helyesebbnek tartották a SCE-syndroma megnevezést (14). Nem látszik ésszerűnek a megnevezés magyarázása, így magunk az SCE megnevezést használjuk. Eddig mintegy 50 esetet ismertettek az irodalomban.

Saját 4 esetünkön túl 24 eset leírása áll rendelkezésünkre az irodalomból, így a 2. táblázatban 28 eset főbb tüneteit foglaljuk össze. A hasadt kéz, láb minden esetben előfordult, hiszen elsősorban ennek alapján merülhet fel a SCE syndroma lehetősége. Ugyanakkor a VVRR e típusának megnyilvánulása széles határok között mozog, tehát változó az expresszivitás. Ez utóbbi ugyanazon személy eltérő végtag CA-jaiban (lásd 1. eset), de különösen a familiáris esetekben a rokonok különböző VVRR manifesztációjában nyilvánulhat meg (11, 8), (lásd az 1. ábrán bemutatott családot). Az értékelt 28 eset közül 12-ben fordult elő syndactylia is. Az archasadék az esetek háromnegyedében fordult elő. Magunk azonban ezt a CA-t is a SCE syndroma kötelező „tünetének” tartjuk és enélkül nem állíthatjuk fel a diagnózist. Előfordulhat a szájpadhasadék minorváltozata, a hasadt uvula is. A legszélesebb variációt az ectodermális dysplasia megnyilvánulása jelenti. A bőrelváltozások (vékony, száraz, depigmentált bőr, amely ugyanakkor kisebb területeken hyperpigmentált vagy hyperkeratotikus lehet; hypohidrosis, hypotrichosis) és a foganomáliák (hypodontia, microdontia, alaki rendellenességek, hypoplasias zománc, gyakoribb caries) dominálnak. A köröm hypoplasia vagy dysplasia mellett még a hajelváltozásokat érdemes kiemelni.

Mások, az esetek mintegy felében, szemelváltozásokat is találtak. Ritkán halláscsökkenést és urogenitális CA-kat is észleltek. Ez a differenciáldiagnózist nehezíti, mivel a hasadt kéz, láb az ún. SD (split hand/foot = hasadt kéz/láb és Deafness = sükettség), valamint az acrorenalis syndromának is része.

1975—1977-ben minden VVRR részletes orvosi vizsgálatra került hazánkban (4). Közöttük 3 SCE fordult elő, így a 361 815 szülést figyelembe véve, az SCE syndroma születéskori prevalenciája 0,005 ezrelék, vagyis kb. minden 190 000. születésre eshet egy SCE. Eszerint Magyarországon évente 1 SCE előfordulása várható.

Eseteink érdekességét a családi halmazódás adja meg. A SCE-syndromát általában autoszomális dominánsan öröklődő monolokuszos kórképnek tartják. Az esetek többsége ugyan sporadikus, de a familiáris esetekre a vertikális jelentkezés (szülő—

utód) a jellemző (14). *Robinson és mtsai* (11), valamint *Pfeiffer és Verbeck* (9) az X-hez kötött domináns öröklődés lehetőségével is számoltak, mivel még nem ismertettek apa—fiú átöröklést. Két esetben azonban egészséges szülők két gyermekében észleltek SCE-t és ez általában az autoszomális recesszív öröklődés mellett szól (14, 6). *Freire-Maia és mtsai* (6) esetében ezt a szülők vérrokonsága is alátámasztani látszott. Első megközelítésben a mi III—IV. esetünk is ide sorolható. Mégis, *Tentamy és McKusick* (14) felhívja a figyelmet a redukált penetrancia lehetőségére, amely a hasadt kéz, láb rendellenességekre általában jellemző. S az általunk ismertett család (1. ábra) ilyen szempontból döntő bizonyíték lehet. Hiszen az anyai nagyszülőben előforduló — csökkent expresszivitású — SCE syndroma lehet a mutáció első megnyilvánulása. (A mutáció feltehetőleg a nagymama valamelyik szülőjének ivarsejtjeit érthette, mivel sok testvére és azok számos leszármazottja között az SCE senkiben sem jelentkezett.) Viszont a mutáns gén hatása a két proband anyjában (fenotipikusan = klinikailag) nem jelent meg (ez a nulla-penetrancia és a nulla-expresszivitás egybeesése), bár ott kellett lenni génállományában. A probandokban az SCE-lokuszt mutáns génje azonban megnyilvánult. Eddig egy hasonló „ugrás” ismert a SCE szakirodalmában (10).

Az 1. esetben észlelt családi halmazódást viszont — mind az eltérő típus, mind a harmadfokú rokonság miatt — véletlen egybeesésnek kell tekinteni.

II. esetünk pedig a gyakoribb sporadikus előfordulást példázza.

A deformitások rekonstrukciójánál más alapelveket kell követni a kézen és lábon. A kezek esetében a hasadás zárásánál figyelemmel kell lenni arra, hogy a hüvelyujj oppositioja optimális legyen. Nagy hasadéknál — mint eseteinkben — azért nem helyeztünk fel a metacarpusokra ligatúrát, mert az az oppositio akadályozta volna. A kézen a syndactyliák oldása indokolt a fogás javítása érdekében. A lábakon a hasadékok szorosan kell zárni a statikai megterhelés miatt, ezért adott esetben az ujj nélküli metatarsusokat is fel kell áldozni. A lábon a syndactyliák oldása nem szükségszerű, de III. esetünkben a csökkent számú lábujjak és az eltávolított II. metatarsus miatt, a jobb statikai megtámasztás érdekében döntöttünk a jobb láb III—IV. ujj syndactyliájának oldása mellett.

IRODALOM: 1. *Barsky, A. J.*: Cleft Hand: Classification, Incidence and Treatment. *J. Bone Joint Surg.* 1964, 46—A, 1707. — 2. *Bixler, D. és mtsai*: The

ectrodactyly-ectodermal dysplasia-clefting (EEC) syndrome. Report of 2 cases and review of the literature. *Clin. Genet.* 1972, 3, 43. — 3. *Cronin, T. D.*: Syndactylism: Results of zig-zag incision to prevent postoperative contracture. *Plast. Reconstr. Surg.* 1956, 18, 460. — 4. *Czeizel E.*: A veleszületett végtagredukciós rendellenességek nomenclaturája és osztályozása. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 899. — 5. *Davis, J. S.*: *Plastic Surgery.* H. Kompton, London, 1919. p. 243. — 6. *Freire-Maia, N. és mtsai*: A new malformation syndrome? *Lancet*, 1970, 1, 840. — 7. *Meniere, P.*: Observations sur quelques deformities congenitales des pieds et des mains. *Arch. Gen. Med.* 1828, 16, 364. — 8. *Paskayan, H M. és mtsai*: The EEC syndrome. A report of six patients. *Birth Defects. Orig. Art. Ser.* 1974, 10, (7) 105. — 9. *Pfeiffer, R. A., Verbeck, C.*: Spalthand und Spaltfuss, ektodermale Dysplasia und Lippen-Kiefer, Gaumen-Spälte. Ein autosomal-dominant vererbtes syndrome.

Z. Kinderheilk. 1973, 115, 235. — 10. *Pres, M., Fraser, F. C.*: The lobster claw defect with ectodermal defects, cleft lip, palate, tear duct anomaly and renal anomalies. *Clin. Genet.* 1973, 4, 369. — 11. *Robinson, G. C. és mtsai*: Ectodactyly, ectodermal dysplasia, and cleft lip-palate syndrome. Its association with conductive hearing loss. *J. Pediatr.* 1973, 82, 107. — 12. *Roselli, D., Gulienetti, R.*: Ectodermal dysplasia. *Br. J. Plast. Surg.* 1961, 14, 190. — 13. *Rüdiger, R. A. és mtsai*: Severe developmental failure with coarse facial features, distal limb hypoplasia, thickened palmar creases bifid uvula and ureteral stenosis: A previously unidentified familial disorder with lethal outcome. *J. Pediatr.* 1971, 79, 977. — 14. *Tentamy, S. A., McKusick, V. A.*: The Genetics of Hand. Malformation A. R. Liss Inc. N. Y. *Birth Defects Orig. Art. Ser.* 1978, 14, (3).

(Szappanos László dr., Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4012.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

Március	27-29	ORTMANN (Ausztria) cég önálló kiállítása egyszerűhasználatos termékekből, gyógyászati segédeszközökből.
Április	10-13	Bemutató a Heves megyei Finommechanikai Vállalat egészségügy részére gyártott termékeiből, valamint egyéb ápolási eszközökből.
Május	7-10	MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója.
Május	29-31	OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a SOTE Elméleti Tömbjében. (Bp. VII., Nagyvárud tér 4.)
Június	12-13	„BÖRZE” Gyulán Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő készleteiből.

OMKER Bemutatóterem
Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: 9-16 óráig.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

LAKOS ANDRÁS DR.

Herediter fruktóz intolerancia

Fővárosi László Kórház (főigazgató: Várnai Ferenc dr.)
V. Gyermekosztály (főorvos: Baranyai Elza dr.)

A szerző laryngitis subglottica miatt kórházba került 2 és fél éves beteg kórtörténetét ismerteti. A betegnél herediter fruktóz intoleranciát diagnosztizáltak. E — Magyarországon csak ritkán felismert és közölt — körképpel neonatológusok, gyermek- és belgyógyászok, valamint infektológusok találkoznak. Az anyagcserezavar a különböző életkorokban eltérő súlyosságú klinikai tüneteket okoz, de minden esetben jellemző az édesített ételek, italok vagy gyümölcsök fogyasztása után jelentkező hányás. Az anamnézis felvétele a diagnózist sokszor önmagában is tisztázhatná. Egyszerű diétával a betegek teljes értékű életet élhetnek. Ha a fruktóz intolerancia rejtve marad, bármely életkorban végzetes lehet.

Hereditary intolerance of fructose. The author reports on the pathography of a two and half years old patient, who has been hospitalized because of laryngitis subglottica. Hereditary intolerance of fructose has been diagnosed. This disease is rarely recognized, and published in Hungary, although neonatologists, pediatricians, internists and infectologists might meet such patients. The metabolic disorder may cause symptoms of different severity in different ages, nevertheless, vomiting is always characteristic following the consumption of fruits, and sweetened foods or beverages. In many cases the anamnesis itself could lead to the establishment of the diagnosis. The patients may continue a life of full value with the aid of a simple diet. If the intolerance of fructose remains undetected, it may cause fatal outcome in any age of life.

A herediter fruktóz intolerancia (HFI) a fruktóz anyagcsere legfontosabb zavara. A Fruktóz-1-foszfát aldoláz (Fr-1-P-ald.) recesszíven öröklődő defektusa okozza. Az enzimnek két variánsa (A és B) közül a májban 90%-ban a B típus található. Ennek hiánya, illetve strukturális hibája következtében jön létre a kórkép (1, 11, 18). Elsőként *Chambers* és *Pratt* írták le — egy igen szerény, egyhasábos közleményben —, elkülönítették a benignus Fr-uriától, és megadták az enzimblokk lehetséges helyét is (6). Utóbbi később mások is megerősítették. 1. ábra.

Az anyagcserezavar lényege, hogy a Fr metabolizmusa a Fr-1-P szintjén megakad, ez felszapo-

rodva pedig a glycogenolysist és a glyconeogenezist egyaránt gátolja. Mindez hypoglycaemiához vezet. A Fr-1-P-nak ezentúl direkt toxikus hatása is van, mely elsősorban a májat és a vese proximális tubulusait érinti (1, 5, 10, 11, 13, 19). A betegség gyakoriságát — a felismert esetek alapján — 1: 20—30 ezerre teszik (1, 10, 19). Az utóbbi időben az incidencia növekedni látszik (4). Ennek ellenére még csak három — e témával foglalkozó — hazai dolgozat jelent meg (8, 9, 12). Úgy tűnik, a kórkép az esetek többségében a vizsgáló orvos előtt rejtve marad. Ez a diagnosztikus tévedés pedig — főként újszülött- és csecsemőkorban — a beteg halálát jelentheti.

Saját esetünk alkalmat ad, hogy felhívjuk a figyelmet erre a ritka — de a felismertnél feltehetően lényegesen gyakoribb — anyagcserezavarra.

Rövidítések:

- HFI — herediter fruktóz intolerancia
- Fr — fruktóz
- Fr-1-P-ald — fruktóz-1-foszfát aldoláz
- Fr-1-6-DP-ase — fruktóz-1-6-difoszfátáz
- DIC — disszeminált intravaszkuláris koaguláció
- SGOT — szérum glutaminsav-oxálecetsav transzamináz
- SPGT — szérum glutamin-piroszőlősav transzamináz
- FTT — fruktóz tolerancia teszt

Jelenlegi munkahelye: Fővárosi László Kórház I. sz. Gyermekosztály.

Esetismertetés

Sz. D., második, szövődménymentes terhességből származó fiú 1981. szeptemberében, két és fél éves korában került osztályunkra laryngitis subglottica miatt. Anamnézisében elhúzódó újszülöttkori icterus, anaemia, fél éves korban kórházi kezelést is igénylő obstructiv bronchitis szerepelt, mely később enyhébb formában többször ismétlődött. Felvételekor súlyos felsőlégúti stenosis és obstructiv bronchitis tüneteit észleltük. Emellett feltűnő volt a puffadt has és a két harántujnyi májduzzanat, amely a dyspnoe oldódása után sem szűnt meg. Icterus, vagy más belszervi eltérés nem volt. Teáztatás és köptető szirup adása után



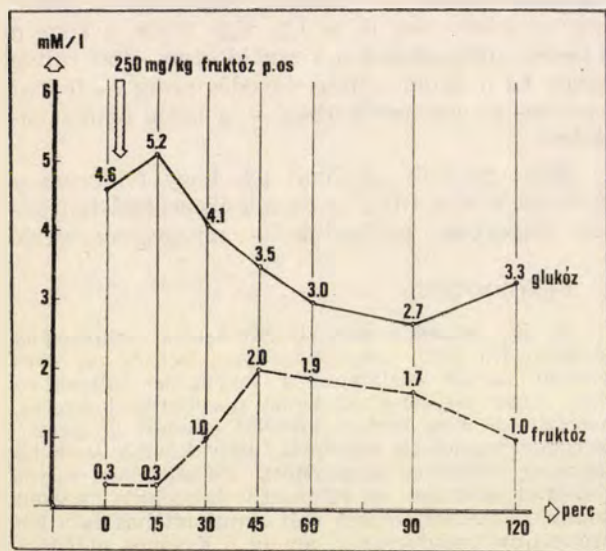
1. ábra

sugarban hányt. A haspuffadás okát keresve az újra felvett kórelőzmény szerint a gyermek 6 hónapos koráig szopott, de kiegészítésként kéthetes kora óta kap gyümölcsöt, később főzeléket. A pontosan vezetett gondozási naplóból kiderült, hogy minden egyes gyümölcs vagy főzelék etetés után a gyermek elsápadt, verítékezett, majd sugarban hányt. Egyébként étvágya jó volt, és 3–4 hónapos korától már jól fejlődött. Ekkortól visszautasítja a gyümölcsöt, később a csokoládét, mézet, lekvárt, teát is. Legfeljebb kis darab piskótát vagy kekszet fogad el. Az utóbbi időben a sárgarépafőzelékből is eszik, már nem hány tőle. A hasa mindig nagy volt, de néhány hónapja feltűnően puffadt, körülbelül 2 hónapja világosabb a széklete, gyakran lazább is. Testvére egészséges, a családban hasonló tüneteket másnál nem észleltek.

Az anamnézis alapján a gyanú HFI-ra terelődött. Betegünket Fr-mentes diétára állítottuk be. Laboratóriumi leletei közül a vörösvérsejt-számlálás, vérékép, vizelet, elfo normál értékeket adott. Szerum bilirubin: 13,7 $\mu\text{M/l}$, GOT: 46, GPT: 150 NE/l, HBsAg negatív. Éhomi vércukor: 5,5 mM/l, KN: 6,4 mM/l. Alkalikus foszfatáz: 93 NE/l. Prothrombin: 0,79. Verejték Na, K, Cl érték normális.

Légúti betegsége gyógyult. Négyhetes Fr mentes étrend után fruktóz terhelési próbát (FTT) végeztünk. Ennek során HFI-ra jellemző vércukorszint-esés következett be (2. ábra) a szérum húgsav és magnéziumszint emelkedett (72-ről 246 $\mu\text{M/l}$ -re, illetve 0,87-ről 1,24 mM/l-re); a szérum foszfor szint 0,9-ről 0,7 mM/l-re csökkent. A tartósan fennálló haspuffadás miatt irrigoszkópiát is végeztünk, negatív eredménnyel. A májtáji echográfia diffúz májkárosodást, hepatomegáliát mutatott, körülírt elváltozást kizárt (Harkányi dr.). A Menghini technikával nyert májbiopsziás anyag szövettani képét súlyos, kiterjedt steatosis jellemezte (Kendrey dr.).

A Fr-mentes étrend mellett haspuffadása, májnagyobbodása csak lassan csökkent, de a kezdetben ész-



2. ábra

lett hypocholiás, kissé lazább székleiteit normálisak váltották fel. Transzamináz értékei a kontroll vizsgálatok során még hónapokig mérsékelten emelkedettek maradtak, egyéves diéta után álltak be 30 NE/l alá. Otthonra a részletes étrendi utasításon kívül C-vitamin rendszeres per os adását írtuk elő.

Megbeszélés

HFI-ban a *klinikai tünetek* súlyossága a Fr expozíció mértékétől, időtartarmától, időpontjától (a csecsemő korától) és valószínűleg — mivel a körkép genetikailag heterogén (19) — az enzimdefektus mértékétől is függ (3). A tisztán mesterséges táplálásban részesült újszülött tetemes (4–6 g/kg/nap) Fr terhelésnek van kitéve, mivel az anyatej laktózejét Fr tartalmú nádcukorral pótolják. A lefolyás ilyenkor drámai: heves hányás, remegés, acidózis, sokk, vérzéses jelenségek lépnek fel, icterus, súlyos májkárosodás alakul ki, mely rövidesen (jellemző módon a 10. életnap körül) májelégtelenségbe torkollik. A tünetek előterében enyhébb esetben is a Fr tartalmú táplálék elfogyasztását 5–30 perccel követő hányás áll. Ennek következménye enyhébb-súlyosabb fejlődésbeni elmaradás lesz (1, 3, 4, 5, 15, 19). Legjellegzetesebb tünetek: sárgaság, haspuffadás, kedvetlenség, vérékenység, ritkábban remegés, görcs, oedema, ascites, hasmenés. A fizikális vizsgálat májnagyobbodást talál, melyet csak elvétve kísér splenomegalia. Sápadság gyakori. Ha a csecsemő szopik és csak enyhébb (1–2 g/kg/nap) Fr terhelésnek van kitéve, akkor a kevésbé drámai klinikai képet a ritka, de visszatérő „indokolatlan” hányások, haspuffadás, májnagyobbodás, lassúbb fejlődés uralkodnak. Már fél éves kortól édes- és gyümölcsundor fejlődik ki. Ez a HFI jellegzetes tünete, ami megvédi a gyermeket a nagyobb mérvű Fr bevittől. Idősebb gyermeknél a kisebb Fr expozíció már hányást nem okoz, de haspuffadás, májlézió, később cirrhosis lehet a következmény (1, 3, 5, 8, 9, 15, 16, 18, 19). — Bemutatott esetünkben szinte valamennyi fent említett tünet megtalálható volt. *Laboratóriumi eltérések* közül: redukáló anyag a vizeletben, aminosav- és proteinuria, SGOT, SGPT emelkedés szinte törvényszerű, anaemia, prothrombin (és egyéb koagulációs faktorok) szintjének csökkenése, az acidózis, a hypokalaemia, az alkalikus foszfatáz és a szérum bilirubin emelkedése gyakori eltérések (1, 3, 4, 11). A bikarbonát, az aminosav és a cukorürítés fokozódása, valamint a foszfát reabszorpciójának csökkenése adja a HFI következtében is kialakuló Fanconi-szindrómát, mely a vese proximális tubulus károsodásának következménye (13).

HFI gyanúja csak pontos anamnézis alapján merülhet fel. A diagnózist megerősíti, ha a Fr megvonása után azonnal megszűnik a hányás, 1–2 óra alatt megállnak a vérzéses jelenségek, 1–2 nap után a koagulációs és renalis tubularis zavarok is elmúlnak. Csak a májnagyobbodás perzisztál évekig (1, 3).

A *diagnózis igazolására* az akut tünetek elmúlásával, 2–3 hetes Fr mentes diéta után, FTT-t kell végezni. 9 órás — praktikusán éjszakai-éhezés után testsúlykilogrammonként 200–500 mg Fr adandó 40%-os oldatban *i. v.*, esetleg *per os*. Normális

esetben 20 perc múlva a vércukor legalább 1 mM/l-rel emelkedik, és ezt a szérumszintjének növekedése kíséri. HFI-ra diagnosztikus, ha jelentősen — a kiindulási érték felére, vagy az alá — csökken a vércukor értéke (1, 3, 5, 14, 19). Nagyobb gyerekek vagy felnőttek a Fr beadása után epigastriális fájdalomról panaszkodnak (15, 19). A hypoglycaemia veszélye miatt a vércukorszint dextrostixszel ellenőrizendő. Szükség esetén — sápadtság, verítékezés, collapsus, sensorium zavar — késedelem nélkül 40%-os glukózt kell intravénásan adni. FTT alatt meghatározandó a szérumszint, mely HFI esetén — mint betegünkénél is — mindig csökken. Nő a húgysav, tejsav, a magnézium, a Fr és a szabad zsírsavak szintje (1, 3, 19). Hasonló, de enyhébb eltérések észlelhetők a ritka Fr-1-6-DP-ase deficienciában is (2). Természetesen a FTT-t bármikor megismételve, mindig azonos eredményt kapunk, bár felnőttkorban a tolerancia valamelyest nő (19).

A diagnózis felállításában döntő a FTT helyes kivitelezése: a terheléshez használt Fr mennyisége ne haladja meg a testsúly-kilogrammonkénti 500 mg-ot. *Per os* ennél többet adva hányást okoz, mely a FTT értékelhetőségét rontja. Ha *i. v.* alkalmazunk nagyobb adagot, az a HFI-s beteg számára könnyen végzetes lehet. Ezért helyes csak 200–300 mg/tskg Fr-zal végezni a terhelést (19). A nemrég egy hazai közleményben (12) leírt 7,5 g/tskg meghaladja a tolerálható mennyiséget. Nagy adag Fr ugyanis még egészséges emberben is vércukorszint-csökkenést vált ki (2).

Egyéb kórképek kizárására májbiopszia végezhető. HFI-ra jellegzetes szövettani eltérés nincs, de intralobuláris és portális fibrózis mellett a májsejtek zsíros degenerációja csaknem mindig kimutatható (1, 18). Betegünkénél is dominált a steatosis. Későn felismert esetben cirrhosist találunk. Az akut fázist nagyfokú májsejtnekrózis jellemzi.

A májszövet enzimkinetikai vizsgálatára csak akkor van szükség, ha a FTT nem ad egyértelműen értékelhető eredményt (1, 3, 15, 19).

A differenciáldiagnózis nehézségét bizonyítja, hogy a HFI-s betegek beutaló kórisméje általában pylorus stenosis, hiatus hernia, toxicosis, sepsis, hepatitis, ismeretlen eredetű hepatomegalia. Ezeket kívül kizárandó még az epeutak atresziája (4, 5), glycogenosis, galactosaemia, Wilson-kór, tyrosinosis és esetleg májtumor is (1, 3, 5). Csecsemőkorban gyakoribb, de felnőttkorban is előfordul, hogy a klinikai tünetek előterében DIC áll (7, 13, 14). A HFI haemolyticus uraemiás szindrómát is okozhat. (in cit: 15).

A betegség prognózisa általában jó, ha időben felismerik, illetve ha a nagyobb gyermeket édes-ség- és gyümölcsundora megvédi a Fr expozíciótól. Masszív csecsemőkori terhelés nagy valószínűséggel halálos. Súlyos májnekrózis esetén — a Fr-mentes étrend bevezetése ellenére is — májelégtelenség tünetei között meghalhat a már 1–2 hete diétázó kis-csecsemő is (1, 3, 5, 16).

A terápia lényege az egész életre szóló diéta: a cukrozott (szaharóz tartalmú) ételek, italok kerülése. Édesítésre a Fr-t nem tartalmazó cukrok használhatók: glukóz, laktóz, maltóz. Tilos a gyümölcs-

csök fogyasztása is. Nem kaphat a beteg sárga- és fehér répát, paradicsomot, céklát, mogyorót, diót. Szükséges a C-vitamin rendszeres pótlása. A gyógyszerek közül nem adhatók a drázsék és szirupok (1).

Magyarországon elsőként Frank és Solymoss ismertetett egy családot, ahol több gyermek is a HFI tüneteit mutatta (8). Az elsőszülött csecsemőkorban meghalt. Az esetre úgy derült fény, hogy a betegek édesanyja a szerzők osztályán dolgozott, mint nővér. Történetük hasonlít arra a svájci közlésre, ahol egy családban 11 HFI-s beteget találtak. Ott a nagyszülők — évtizedekkel a kórkép leírása előtt — pontosan tudták, hogy egyik-másik gyermekük, unokájuk számára a cukor és gyümölcs veszélyes, attól hánynak, később undorodnak. Ezeket a gyermekeket „keserűnek” nevezték. Ez a — néhány csecsemő halála árán szerzett — ismeret apáról fiúra szállt, míg az egyik érintett unoka — orvostanhallgató lévén — tanulmányai során találkozott a HFI leírásával, és ennek nyomán került sor a család bemutatására (15).

A másik hazai esetismertetés belgyógyászok nevéhez fűződik (9), akik egy 15 éves kislány kórtörténetét mutatták be.

A kórkép a kisszámú hazai közléshez képest gyakori (becslésünk szerint 5–6 újszülött/év). A betegek egy része minden bizonnyal csecsemőkorban meghal. A kiíró diagnózisok a következők lehetnek: neonatalis hepatitis (a szövettani lelet is sokszor emellett szól (5), DIC, atrófia, illetve ehhez társuló valamilyen infekció, esetleg haemolyticus uraemiás szindróma. A túlélők valószínűleg az anyatejben nevelkedő csecsemők közül kerülnek ki. Édességek és gyümölcsök iránti undoruk megvédeheti őket az akut máj- és vesekárosodástól, bár cirrhosis kifejlődésétől már nem biztosan. A tünetmentes, spontán diétázó (hibátlan fogazatú!) felnőttekre (akiknek anyagcserezavara rejtve maradt) komoly veszélyként leselkednek a valós vagy vélt előnyei miatt még ma is kedvelt (20) Fr tartalmú infúziók, melyek nem egy HFI-s halálát okozták már (3, 17, 19).

Esetünkben a diagnózist az anamnézis és a FTT biztosította. A máj szövettani lelete megegyezett a HFI-ban leírtakkal. Enzimkinetikai vizsgálatokat nem tudtunk végezni, de erre, ha a FTT egyértelmű eredményt ad, nincs is szükség. Sz. D. családjában HFI-ra utaló tüneteket másnál nem észleltek, csecsemőhalál előfordulásáról nem tudnak. Ez az autoszom recesszív öröklődésmenetet figyelembe véve nem szól a hereditár jelleg ellen.

Betegünk a diétát szigorúan megtartja, mérsékelt májduzzanattól eltekintve tünet- és panaszmentes, májműködési próbái és egyéb laboratóriumi leletei normálisak.

Köszönetnyilvánítás: A májbiopszia elvégzéséért Vandra Károly dr.-nak, az echográfiáért Harkányi Zoltán dr.-nak mondok köszönetet.

IRODALOM: 1. Alagille, D., Odievre, M.: Liver and biliary tract disease in children. Wiley Flammation, New York-Paris 1979, 200–205, 343–345. — 2. Baerlocher, K. és mtsai.: Infantile lactic acidosis due to hereditary fructose 1–6 diphosphatase deficiency. Helv. paediat. Acta 1972, 26, 489. — 3. Baerlocher, K. és mtsai.: Hereditary fructose intolerance in early childhood: a major diagnostic challenge. Helv. paediat. Acta 1978, 33, 465. — 4. Bender, S. W., és mtsai.: Hereditäre Fructose Intoleranz. Mschr. Kinderheilk.

1982, 130, 21. — 5. *Black, J. A., Simpson, K.*: Fructose intolerance. *Brit. med. J.* 1967, 4, 138. — 6. *Chambers, R. A., Pratt, R. T. C.*: Idiosyncrasy to fructose. *Lancet* 1956, 2, 340. — 7. *Feist, D. és mtsai*: Coagulopathy as early symptom of hereditary fructose intolerance. *M Schr. Kinderheilk.* 1979, 127, 274. — 8. *Frank, K., Solymoss B.*: Fructose intolerantia családi előfordulása. *Orv. Hetil.* 1966, 107, 1893. — 9. *Gerő L., Köves P.*: Fructose intolerantia. *Orv. Hetil.* 1972, 113, 687. — 10. *Gitzelman, R., Baerlocher, K., Prader, A.*: Hereditäre Störungen im Fructose- und Galactosestoffwechsel. *M Schr. Kinderheilk.* 1973, 121, 174. — 11. *Kerpel-Fronius Ö., Véghelyi P. V., Rosta J.*: Perinatal Medicine Akadémia Kiadó, Budapest 1978, 906–907. — 12. *Kórányi Gy., Bartók I., Vészi Zs.*: Fiatal csecsemőben észlelt fructose intolerantia hypermethioninaemiával. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 2137. — 13. *Lameire, N. és mtsai*: Hereditary fructose intolerance: A difficult diagnosis in the adult. *Am. J. Med.* 1978, 65, 416. — 14. *Maggiore, G., Borgna-Pignatti, G.*: Disseminated intravascular coagulation associated with hereditary fructose

intolerance. *Am. J. Dis. Child.* 1982, 136, 169. — 15. *Rampa, M., Froesch, E. R.*: Eleven cases of hereditary fructose intolerance in one Swiss family with a pair of monozygotic and of dizygotic twins. *Helv. paediat. Acta* 1981, 36, 317. — 16. *Ruecker, A. V. és mtsai*: A case of hereditary fructose intolerance misleading information on formula composition. Letter to the editor. *Helv. paediat. Acta* 1981, 36, 599. — 17. *Schultze, M. J., Lenz, W.*: Fatal sorbitol infusion in patient with fructose-sorbitol intolerance. *Lancet* 1977, 2, 188. — 18. *Sidbury, J. B.*: Fructosuria and hereditary fructose intolerance. In: Cecil textbook of medicine 15. ed. Ed.: Benson P. B., McDermott, W., Wyngarden, J. B. Philadelphia-London-Toronto. 1979, Saunders. 2000–2001. — 19. *Steinman, B., Gitzelmann, R.*: The diagnosis of hereditary fructose intolerance. *Helv. paediat. Acta* 1981, 36, 297. — 20. *Velösy Gy., Kertész T., Gyöngyösi M.*: Lactacidózis fruktóz infúzió kapcsán. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 1327.

(Lakos András dr., Budapest, Pf. 29. 1450.)

PHENYL BUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felntteknek:

Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthritís chronica progressiva, synovitis, spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew-kór). Degeneratív reumatizmus: arthrosis, spondylitis, 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 mütéti előkezelése, gyulladása (kemoterápia mellett). Adjuvánsként: epididymitis, prostatitis, urethritis, cystitis. Angiológia: thrombophlebitis, lymphangitis. Ophthalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis. Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

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

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

MELLÉKHATÁSOK: Ulceratio, gastrointestinális vérzés, abdominális diszfunkció, gastritis, epigastrikus fájdalom, vérképző szervek működésének zavara (agranulocytosis, aplastikus anaemia, thrombopenia, leukopenia), folyadék- és só-retenció, allergias reakciók.

GYÓGYSZER-KÜLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás:

Kerülendő az együttadás:

● barbiturátokkal (hatását a phenylbutazon növelheti).

Óvatosan adandó:

● orális antidiabetikumokkal (hypoglikémia veszélye),

● antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedés),

● szalicilátokkal (mellékhatások összegződhetnek, urátretenciót okozhat, ezért a köszvény manifesztálódhat),

● fenitoinnal (szérumszintje emelkedik),

● penicillinnel, szulfonamiddal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETES: A kezelés kezdeti időszakában a vérkép, thrombocytaszám, vizelet és máj-funkció hetente, majd tartós kezelés esetén havonkénti ellenőrzése javasolt. Gyermekegyógyászati alkalmazása csak 7 éves kor felett, kivételes esetekben kórházban állandó



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

ROZSOS ISTVÁN DR.
ÉS BATHORY EVA DR.

Adatok a Mirizzi-szindrómához

Megyei Kórház, Kaposvár, I. Sebészeti Osztály (főorvos: Rozsos István dr.)
és Radiológiai Osztály (főorvos: Báthory Éva dr.)

A szerzők Mirizzi-szindróma esetét ismertetik: a 32 éves nőbetegben jércetójás nagyságú kő elzárta az epehólyagot és benyomta a máj-, ill. a közös epevezeték egy részét. Az epehólyag elzáródását kísérő gyulladásos folyamat konzervatív kezelés hatására hydrops-szá alakult. A hydrops vesicae fellae-ben négyhetes „nyugalmi” időszak után ismét heveny gyulladás lobbant fel és a gyulladás az epehólyagról az epevezetékre ráterjedve icterust okozott. Konzervatív kezelés mellett a beteg icterusa fokozódott, ezért műtét vált szükségessé. Cholecystektomia után a peroperatív cholangiográfiával kimutatott szűkületet 3-as Fogarty katéterrel tágitották ki. E beavatkozás után a beteg icterusa gyorsan visszafejlődött, meggyógyult és négy évvel a műtét után panaszmentes.

Data on Mirizzi-syndrome. In a 32-year-old female patient the gall bladder was obstructed by a gall-stone of pullet-egg size, pressing partly the hepatic and common bile ducts. As a consequence, inflammation developed which on conservative treatment became hydrops. After a four-week quiet period acute inflammation emerged which spread on the bile duct causing icterus. As jaundice enhanced on conservative therapy, surgical intervention was unavoidable. Following cholecystectomy peroperative cholangiography revealed a constriction which was dilated with a Fogarty catheter (size 3). After the operation icterus completely healed and the patient became free from complaint.

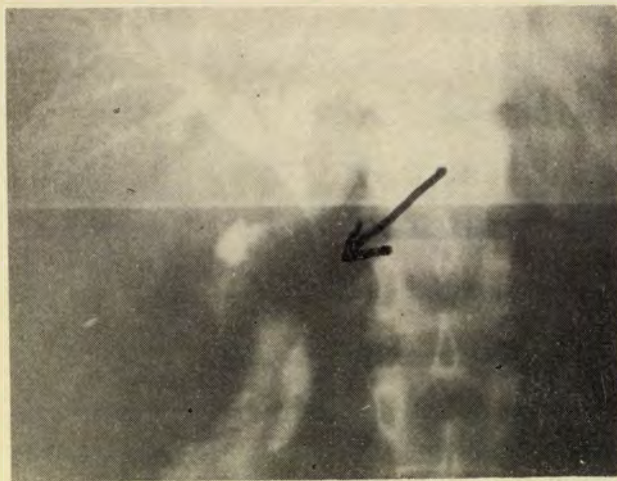
A májvezeték nem tumoros eredetű és műtéti sérüléssel kapcsolatba nem hozható parciális szűkületét Mirizzi-szindrómának nevezik. A szindróma kialakulását *Mirizzi*, *Albot* és *Mathis* (13) az epehólyaggyulladás májvezetékre való közvetlen ráterjedésével magyarázza, *Toader* és *mtsai* (19) viszont nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az epe irritáló hatásának, ami később gyuladást, majd hegesező szűkületet idéz elő. A szindróma kialakulásának anatómiai feltétele az, hogy a ductus cysticus, ill. az epehólyag helyzete olyan legyen, hogy az oda beékelődő kő a májvezetékben benyomhassa. A lezárt epehólyagban zajló gyulladás a már a komprimált epevezetékre ráterjedhet, az így keletkező szűkület gátolva az epe áramlását icterust idéz elő. A hosszú ideig fennálló kompresszió és gyulladás az epevezeték hegesező szűkületéhez vezethet, az elzáródás feletti epeutak kitágulnak, cholangitis, majd májcirózis alakulhat ki.

Morelli és *mtsai* (14) a Mirizzi-szindróma heveny és idült formáit különítik el. A megkülönböztetés indokoltnak látszik, mivel a kórfolyamat különböző szakaszaira utal, és így az idült állapot megelőzésének lehetőségét kínálja, amire egyikünk korábbi közleménye már utalt (16). A Mirizzi-szindrómával foglalkozó közlemények száma csekély (1, 4, 6, 10, 11, 12, 16), a heveny és idült forma megkülönböztetése pedig újkeletű (14).

Esetismertetés

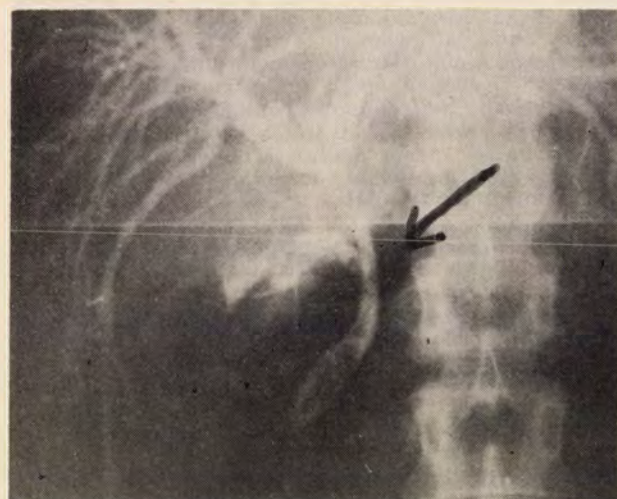
Dr. M. E. 32 éves orvosnőt 1979. augusztus 27-én a II. Belgyógyászati Osztályról hydrops vesicae felleae és obstruktív icterus miatt helyezték át osztályunkra. A beteg elmondása szerint évek óta voltak epeköbetegségekre utaló jellegzetes tünetei. Átvétele előtt öt héttel a korábbiaknál súlyosabb görcsroham lepte meg, láza lett, és a jobboldali bordaív alatt tapintásra fájdalmas rezisztencia jelent meg. Tetrán B és görcsoldó injekciók hatására fájdalom csillapodott, egy hét múlva lázmentes lett, azonban a tapintásra mérsékelt érzékenységet mutató rezisztencia megmaradt. A következő 3 hét alatt állapota elfogadhatónak bizonyult, csupán néhány alkalommal szorult ismét görcsöldő alkalmazására. Ezen állapot ötödik hetében ismét súlyos görcsroham és icterus alakult ki. Belgyógyászati osztályra szállították, ahol a konzervatív kezelés nem járt eredménnyel, a vizsgálatok során fokozódó elzáródásos sárgaságot állapítottak meg és osztályunkra helyezték át. A különböző vizsgálati eredmények közül csupán a 7,7 mg⁰/₁₀₀-os se bi értéket említjük meg.

1979 augusztus 29-én műtétet végeztünk. A jobb oldali subcostalis ferde metszéssel történő behatolás után előtűnt a máj jobb lebenyén az ökölnyi nagyságú, vastag falú, feszes epehólyag. Az epehólyagból 80 mlnyi tejüvegszerűen áttűnő, nyákos folyadékot szívtunk le, amelyből bacteriológiai vizsgálatra mintát vettünk. Az epehólyag leszívása után annak alsó szakaszában jércetójás nagyságú kő vált tapinthatóvá. A beékelődött kő körüli területen az epehólyag többi részével szemben heveny gyulladásra jellegzetes elváltozás látszott. Az epehólyagot anterograd távolítottuk el, a ductus cysticus izolálása a vasos szakadékony szövetek között nehezen volt elvégezhető. A ductus cysticusba helyeztünk kanülön át 10 ml 30⁰/₁₀₀-os Uromiro oldatot juttattunk az epeutakba és rtg felvételt készítettünk (1. ábra). A hepatikus vezeték és részben a közös epevezeték nagymértékben beszűkült, a szűkület felett az



1. ábra: A peroperatív cholangiogrammon jól látható a hepatikus és részben a közös epevezeték nagyfokú szűkülete (→). A szűkület felett az intrahepaticus epeutak kontrasztanyaggal feltöltve mérsékelt tágulatot mutatnak. Ugyanakkor a kontrasztanyag a nyombélbe is átjutott és a choledochus középső és alsó szakasza normális tágasságú

intrahepatikus epeutak kontrasztanyaggal töltődtek fel és mérsékeltén kitágultak. Ugyanakkor a kontrasztanyag a nyombélbe is átjutott. Manometer hiányában nem volt lehetőség annak megállapítására, hogy milyen mértékű nyomás volt szükséges a kontrasztanyag szűkületen való átjutásához. Az intrahepatikus epeutak telődése viszont arra utalt, hogy a szűkület a kontrasztanyag számára akadályt képezett. A műtét menetének további folytatását a következők gondolatmenet alapján határoztuk meg: a műtét előtt 5 héttel beékelődött kő epehólyag-lezáródást és heveny gyulladást okozott, ami konzervatív kezelés ellenére hydrops-szá fejlődött. A beékelődött kő nyilvánvalóan az epevezeték a kórfolyamat megindulása óta komprimálta, azonban a szűkület kezdetben icterust még nem okozott. A gyulladás fellobbbanásáért viszont már fokozódó icterus kísérte. Ennek alapján arra kellett gondolnunk, hogy a gyulladás az epevezetékre is ráterjedt. Eldöntendő kérdés maradt: e nagykiterjedésű szűkületet visszahagyjuk-e annak reményében, hogy az majd



2. ábra: A hepatikus és a közös epevezeték tágítása után készült kontroll felvételen jól látható, hogy a szűkület sikerült megszüntetni (→). A choledochus alsó szakaszában látható árnyékok a tágítás manipulációja közben bekerült levegőárnyékokat mutatják

az epeutakban uralkodó nyomás hatására kitágul és az icterus visszafejlődik. Ilyen lehetőségre korábbi két esetünkben volt példa (16), azonban akkori betegeinken a szűkület nem volt ilyen nagykiterjedésű és az epehólyagot a heveny gyulladás korai stádiumában távolítottuk el. Jelenleg viszont 4 hét óta fennálló idült gyulladás talaján fellobbanó gyulladásához társult icterus. Ebben az állapotban tehát az epehólyag eltávolítása után a szűkület „spontán” megszűnése mellett legalább olyan mértékben számolhattunk a folyamat hegesedés irányában történő progressziójával, különösképp ha *Toader és mtsai* (19) feltevését elfogadjuk a hegesedő szűkület kialakulásában. Mivel ezen utóbbi lehetőséget is számba kellett vennünk, a szűkület kitágítását határoztuk el. Előbb a ductus cysticuson át 3-as Fogarty katétert vezettünk be és megkíséreltük a szűkület kitágítását. A katétert azonban a máj felé nem tudtuk felvezetni, ezért a nyombelet Kocher szerint mobilizáltuk, majd a papilla Vateri területét feltártuk. A papilla Vateri helyzetét nem tudtuk pontosan megállapítani, ezért a ductus cysticuson át steril metilénkék oldatot juttattunk az epeutakba. A papillában megjelenő kék festék alapján a Fogarty katétert felvezettük, és felfújt ballonjával a szűkületet óvatosan kitágítottuk. A tágítás után kontroll rgt felvételt készítettünk (2. ábra), amelyen jól látható a szűkület megszüntetése. A műtét után a beteg icterusa rohamosan csökkent, a 9. postoperatív napon elsődlegesen gyógyult sebbel otthonába bocsátottuk. Az eltávolított epehólyag kórszöveti vizsgálata: cholecystitis chronica exacerbata volt. Betegünk a műtét után 8 kg-ot hízott, epegörcei nem jelentkeztek és jelenleg, több mint négy évvel a műtét után is panaszmentes.

Megbeszélés

Az elzáródásos sárgaságot okozó gyakoribb kórfolyamatok mellett Mirizzi-szindróma lehetőségével aránylag ritkán számolunk. Előfordulása valószínűleg gyakoribb annál, mint arra a közölt esetek száma alapján következtetni lehet. Kimutatására alkalmas vizsgáló módszerek széles körben még nem terjedhettek el, ezért valószínűleg az enyhe icterust okozó heveny Mirizzi-szindróma eseteket nem is ismerik fel, azok az epehólyag eltávolítása után visszafejlődnek. Erre utal már közölt (16) két esetünk kórlefolyása is: betegeinken a ductus cysticusba ékelődött kő heveny obstructiv cholecystitist okozott és a hepatikus vezeték aránylag kis területén kompressziót is előidézett. Az epehólyag korai eltávolítása után az icterus visszafejlődött; 15, ill. 14 évvel a műtét után mindkét beteg panaszmentes. Ezúttal ismertetett 3. esetünkben azonban nem kerülhetett sor a gyulladás heveny stádiumában az epehólyag korai eltávolítására. A heveny obstructiv cholecystitis az alkalmazott gyógyszeres kezelés ellenére hydrops-szá alakult. Az epehólyagot lezáró kő heteken át komprimálta a májvezeték, e kompresszió azonban kezdetben nem volt annyira súlyos, hogy icterust okozott volna. A gyulladás fellobbanása azonban a májvezetékre is ráterjedhetett és fokozódó icterus kialakulásához vezetett. Az icterus miatt lényegében a gyulladás intervallumában kényszerültünk a műtét elvégzésére. A műtét során cholangiográfiával kimutatott nagyfokú szűkület „spontán” visszafejlődésének lehetősége mellett legalább akkora volt annak veszélye, hogy a szűkület hegesedő formába progrediál. Ezen utóbbi lehetőség veszélyét mérlegelve a szűkületet Fogarty katéter ballonjával kitágítottuk, ami eredményesnek bizonyult.

Az epeutak nem tumoros eredetű szűkületei 80–90%-ban cholecystektomia után keletkeznek (3, 18). E szűkületek a májvezeték sérülése, vagy lokális keringési zavarai miatt alakulnak ki. Gyakran azonban nehéz megállapítani pontosan azt, hogy a sérülés mi módon következhetett be (5, 7, 8, 9). E szövődmény sokkal gyakoribb intervallumban végzett cholecystektomia után, mint a heveny cholecystitis korai stádiumában végzett műtétet követően (2). A heveny obstructív cholecystitis korai és korai halasztott műtete számos egyéb, életet veszélyeztető szövődmény megelőzését szolgálja (15) és jók e műtétek utáni késői eredmények is (17). Minden bizonnyal a hegesedő epeútszűkületek kialakulása zömmel a műtét során keletkezett epeút sérülés vagy keringéscsavar következménye. Nehéz azonban szabadulni a gondolattól, hogy nem epeútsérülésre vezetünk-e vissza olyan eseteket is, ahol a hegesedő szűkületet valójában a cholecystektomia időpontjában fel nem ismert Mirizzi-szindróma idült formájába történő progressziójának eredménye lehet.

IRODALOM: 1. *Balthazar, E. J.:* The Mirizzi Syndrome, Inflammatory Stricture of the Common Hepatic Duct. *Amer. J. Gastroenterol.* 1975, 64, 144. — 2. *Bartlett, M. K., Carter, E. L.:* Special Complications of Gallbladder Surgery. *S. Clin. N. Amer.* 1963, 43, 741. — 3. *Cattel, R. B.:* Benign strictures of the biliary ducts. *J. A. M. A.* 1947, 134, 235. — 4. *Clemett, A. R., Lowmann, R. M.:* The Roentgen Features of the Mirizzi Syndrome. *Amer. J. Roentg.* 1965, 94, 480. — 5. *Cosman, B., Porter, M. R.:* Benign stricture of the bile ducts. *Ann. Surg.* 1960, 152, 730. — 6. *Dietrich, K.:* Die Hepatikusstenose bei Gallenblasenhals- und Zystikussteinen (Mirizzi-syndrom). *Brun's Beitr., klin. Chir.* 1963, 206, 9. — 7. *Donaldson, G. A. és mtsai:* Postoperative bile duct strictures. *N. Engl. J. Med.* 1956, 254, 50. — 8. *Glenn, F.:* Operative injury to the common

duct during cholecystectomy. *Ann. Surg.* 1955, 141, 747. — 9. *Guynn, V. L. és mtsai:* Cholecystectomy and choledochostomy. The avoidance of hazards and technique. *S. Clin. N. Amer.* 1961, 41, 51. — 10. *Heil. Th., Belohlavek, D.:* Mirizzi Syndrom. *Chirurg.* 1978, 49, 57. — 11. *Horváth J., Nemerey P.:* A Mirizzi-szindrómáról. Baranya megyei Kórház, II. évkönyve. 1970–1972, 71. old. — 12. *Küllői-Rhorer L.:* Mirizzi-szindróma. *MÁV Eü. Intézm. Tud. Közl. Budapest, 1967, 6, 371* — 13. *Mirizzi, Albot, Mathis:* cit. *Toader és mtsai.* 14. *Morelli, A., és mtsai:* Can Mirizzi Syndrome be Classified in Acute and Chronic Form? An Endoscopic Retrograde Cholangiography (ERC) Study. *Endoscopy*, 1978, 10, 109. — 15. *Rozsos I.:* Epehólyagperforációs beteganyagunk feldolgozása. *Orv. Hetil.* 1965, 106, 1887. — 16. *Rozsos I.:* Adatok a hegesedő epeútszűkület kialakulásához és megelőzéséhez. *Orv. Hetil.* 1969, 110, 1374. — 17. *Rozsos I., Halmos F.:* A heveny obstructív cholecystitis műtéti kezelésének korai és késői eredménye. *Magy. Seb.* 1978, 31, 24. — 18. *Scherlock, S.:* Diseases of the liver and biliary system. Charles C. Thomas. Springfield, Illinois, 1958, 672. — 19. *Toader, C. és mtsai:* Remarques sur la cholangiographie opératoire associée a quelques procides accessoires. *J. Chir. (Paris)* 1968, 96, 193.

(Rozsos István dr., Kaposvár, Pf. 120. 7401.)

Szerkesztőségi kommentár:

A *klinikai nosologia a Mirizzi-tünetegyüttest szindróma-entitasként tartja nyilván. Tanulmányozása során megállapíthattuk, hogy lényege a súlyosabb heveny cholecystitisben olykor a gyulladásnak a cystikus csatornán át a beszájadás körüli choledochus szakaszra való ráterjedése, majd a gyulladós oedema által okozott choledochus szűkület, amely sárgasághoz vezet. A szerkesztőség úgy véli, hogy ez a folyamat legfeljebb a legsúlyosabb heveny cholecystitis szövődményének tekinthető, de aligha éri el önálló szindróma létjogosultságát. Ez utóbbi megállapítás annál is inkább reális, mert a szindrómák burjánzásának korát éljük.*

SEPTO—DOL



Aktív klór-hatóanyagtartalmú, széles antimikrobiális spektrumú, fertőtlenítő hatású sűrűlószer. Eü. M. eng. sz.: 51393/1983.

ÖSSZETÉTEL: Szerves klórvegyület, detergens, emulgeáló adalék, finom szemcséjű sűrűlószer.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészek, ágytálak, ágytálmások, mosdó- és mosogatókagylók, vizelőkagylók, kádak, zuhanytálcák), mosható bútorok, nyílászáró szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatásos fertőtlenítő tisztítására.

KISZERELÉS ÉS ÁR: 20 kg-os csomagolásban: 260,- Ft telephelyen. Kérésre díjmentesen egységpróbaanyagként zsugorfóliázzuk.

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBANYAK

Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.

Potesept

SZIRUP

S 300 ÖSSZETÉL

Trimethoprimum 0,40 g
Sulfadimidinum 2,00 g—50 ml szirupban.

JAVALLATOK

A felső és alsó légutak fertőzései:

— akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese- és húgyutak fertőzései:

— akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Epehólyag és epeutak gyulladásos megbetegedései:

— cholecystitis, cholangitis.

A gyomor- és bélrendszer fertőzései:

— enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysentéria.

Bőrfertőzések:

— pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, trimetoprim és szulfonamid-túlérzékenység.

ADAGOLÁS

A készítményt akut infekció esetén legalább 4 napon át kell adni (azon túl csökkentett adagban), általában pedig 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Csecsemőknek és kisdedeknek naponta 3–4 testsúly kg-onként 2,5 ml.

1–3 éveseknek 2×2,5–5 ml, azaz 2×0,5–1 adagolókanál.

3–6 éveseknek 2×5–7,5 ml, azaz 2×1–1½ adagolókanál.

7–12 éveseknek 2×7,5–10 ml, azaz 2×1½–2 adagolókanál.

Az adagolókanál 5 ml űrtartalmú (40 mg trimetoprim + 200 mg sulfadimidin). 3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó! Elyűjtött adás esetén (pyuria, asthma, bronchitis stb.) fenntartó adagot — általában a szokásos adag felét — mindenkor csak orvosi előírás és ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

MELLEKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok. (Utóbbi ellensúlyozására célszerű keves sósavat is adni.) Ritkán, múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopénia, trombocitaszám és folsavszint-csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek. Máj-károsodás. A mellékhatások főként tartós (3–8 hetes) kezeléskor észlelhetők.

FIGYELMEZTETÉS

Koraszülötteknek és újszülötteknek, továbbá csecsemőknek 6 hetes korig nem adható.

Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók. (A plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos.)

Hosszan tartó kezelés alatt a vérkép (a trombocytaszám is) rendszeres ellenőrzése szükséges!

Óvatosan adagolandó folsavhiányos anémiában. A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell.

Ha a kezelés ideje alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együtt adás:

— fenitoinnal (a fenitoin szérumszintje toxikusig emelkedhet)

— szalicilátokkal, fenilbutazonnal és naproxennel (a szulfonamid komponens szérumszintjét toxikus értékre emelhetik).

MEGJEGYZÉS

✖✖ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

50 ml szirup 3,30 Ft.

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYAR,
TISZAVASVARI



HORVÁTH LAJOS DR.,
MATYIKO FLORA DR.
ES VASS JÁNOS DR.

A szemészeti vizsgálatok jelentősége a sportorvosi gyakorlatban

Megyei Központi Kórház-Rendelőintézet, Székesfehérvár
Szemészeti Osztály (főorvos: Horváth Lajos dr.) és
Megyei Sportorvosi Intézet (főorvos: Vass János dr.)

Szerzők a sportorvosi rendelőben az alapvető szemvizsgálatok közül a visus vizsgálat elvégzését szükségesnek tartják.

Importance of ophthalmological examination in the practice of sports medicine. The authors feel the examination of visual acuity necessary in the consulting-room for sports medicine as representative of the basic ophthalmological examinations.

Hazánk megkülönböztetett módon gondoskodik a sportolókról. A versenysportolás mellett egyre többen érzik jelentőségét és szükségességét a testnevelésnek. Az ilyen széles alapokon nyugvó sportkultúrának szerves velejárója egy megfelelően működő sport-egészségügyi hálózat. Tapasztalhatjuk, hogy a magyar sportorvosi szervezet a testnevelés és a versenysportolás egészségügyi hátterét biztosítva, mind korszerűbb elvek alapján működve nemcsak a sportolók alkalmasságának vizsgálatával, az esetleges sérülések, károsodások kezelésével foglalkozik, hanem számottevően hozzájárul a sportteljesítmények fokozásához is.

A sport és a szemészeti irodalomban, a rendelkezésünkre álló adatok szerint kevés szerző foglalkozott a sportolók rendszeres szemészeti vizsgálatával. Nálunk ezt elsőnek Bíró Imre javasolta, hogy e tárgykörrel mi, szemészek is foglalkozunk.

A sportorvosi rendelők többségében a szemvizsgálat mindössze a megtekintésből áll. Visus vizsgálatot már nem végeznek. Az OTSI által kiadott módszertani levél (1980/8) a sportorvosi rendelő felszerelési normatívái között semminemű szemészeti vizsgáló eszközt nem említ. Így a sportolóknál csak akkor történik szemészeti vizsgálat, ha kimondottan szempanaszai vannak, és kéri a szakrendelésre való küldését.

Előírás, hogy a játékvezetők és a súlyemelők csak szemszakorvosi vizsgálat után kaphatják meg játékvezetői engedélyüket, illetve a sportolásra alkalmas minősítést. Viszont a játékvezetők már nem sportolók.

Sportorvosi rendelők ugyanúgy, mint a szemészeti szakrendelések túl zsúfoltak, de mégis követelménynek kell tekinteni a sport-tagozatú általános iskolásoknál és a versenyszerűen sportolóknál, valamint az élsportolóknál az időszakonkénti látásélesség vizsgálatot.

Élsportolóknál a sportolás a komoly testi megterhelésen kívül jobb anyagi körülményeket, elhivatottságot, nagyfokú kötelességérzetet jelent az egyesületek és országunk felé. Hisz ezen a szinten már nemzeti érdekeket is képviselnek. A sport-tagozatú általános és középiskolásoknál a tanulás mellett az élsportolókká való nevelés a fő cél, és a testnevelés csaknem fő tantárgynak számít.

Székesfehérváron a sportorvosi rendelőben a sporttagozatú általános iskolások felső négyosztályos tanulóinál, és a kötelező sportorvosi vizsgálatra jelentkező élsportolóknál a távoli látásélesség vizsgálatot is elvégeztük (jelenleg is végezzük). Az ebből eredő tapasztalataink azt bizonyítják, hogy Bíró javaslata helyes és szükségszerűvé vált.

Mindenképpen meg kell oldanunk a sportorvosi rendelőben az alapvető szemvizsgálatok közül legalább a visus vizsgálatot, hisz ez a vizsgálat segítséget nyújt ahhoz, hogy megelőzzük a fokozott erőfeszítés hatására létrejött szemészeti megbetegedéseket, a sportpályán előforduló azon baleseteket, melyek a gyengébb látás következményei, s nem utolsósorban a fiatal sportoló figyelmét felhívni arra, hogy szembetegsége, fénytörési hibája a sportpályafutását idejekorán befejezésre kényszerítheti és valami más foglalkozást válasszon magának.

Vizsgálataink megszervezése és végzése

A sportorvosi rendelőben Kettessy-féle visusvizsgáló táblát szereltünk fel. A rendelő asszisztenciáját az osztályunkon 2 napos továbbképzésben részesítettük, és megtanítottuk a látásélesség vizsgálatára.

Így a sporttagozatú általános iskolások felső négyosztályos tanulóinál, kikenél a rendszeres sportolás miatt a sportorvosi vizsgálat elvégzése negyedévenként kötelező, ezen vizsgálat keretein belül visus vizsgálat is történt. Azok a tanulók, kikenél valamelyik szemén a távoli látásélesség nem volt teljes, a megbeszélte időben vizsgálatra jöttek ambulanciánkra. Az ambulanciánkon kapott lelet birtokában a sportorvos már ja-

Életkor 10—14 év	Birkózás	Labdarúgás	Kézilabda	Kosárlabda	Te-nisz	Asztalitenisz	Atlétika	Vívás	Kerékpár	Evezés	
A szem és védőszerveinek megbetegedése				1							
Egyik szemén nagyfokú myopia		1	1				1				
Strabismus convergens C. amblyopia				1			3				
Hypermetropia	sc	1,0			1		1			1	
As. hypermetr.		1,0									
	cc	1,0	1	1	1	3	1		1		
		1,0									
		0,5 D	2	1	1	12	1	1	6	1	4
		-1,0 D									
Myopia		-1,0 D felett	1	1		3			4		2

vaslattal tudott élni a testnevelő tanárok, edzők és az egyesületeknél levő sportorvosok felé. Pl. az egyik szem nagyfokú Myopiajánál a fiatal általános iskolásnál már nem javasoltuk a kézilabdázást, sőt a sporttagozatos osztályban való tanulását sem.

Megvizsgált tanulók száma: 288, életkor: 10—14 év.

A megvizsgált 288 tanulóból 59-nél találtunk egyik vagy mindkét szemén gyengébb látást. Az 59 tanulóból 39-en tudtak arról, hogy látásuk nem tökéletes, 20 főnél viszont még soha nem történt szemészeti vizsgálat, a táblázaton a sportágat is feltüntettük.

Néhány olyan példát említünk, amely a sportolás abbahagyására, illetve más sportág választására kényszerítette a fiatal sportolót.

1. D. J. VOLÁN öttusázó, magyar ifjúsági kerettag. Edzője elmondása szerint céllovaskor figyelmen kívül, igen pontatlanul lő, és ezért van, hogy egyszer válogatott, egyszer nem. Sportorvosi rendelőintézetben az általunk bevezetett visus vizsgálatkor derül ki, hogy a jobb szemével gyengén lát. Jelenleg 17 éves. 17 alkalommal történt nála sportorvosi vizsgálat, viszont visus vizsgálatot egy alkalommal sem végeztek.

2. M. A. Labdarúgó NB I-ben tartalékkapus. Az edző fő problémája, hogy a távolról rúgott labdákat rosszul fogja, ezért állandó játékosként nem jön szóba. Az illető sportoló tud arról, hogy rövidlátó. Többször volt szemészeti szakrendelésen, ahol szemüveget kapott, de szemüvegét soha nem viselte.

Sem edzője, sem egyesületi sportorvosa nem tud arról, hogy rövidlátó lenne. A csapat állandó kapuvédője megsérül. A tartalékkapus kerül helyébe. Hazai bajnoki mérkőzés következik, egy jóval gyengébb képességű csapat ellen. A tartalékkapus „jóvoltából” már az első 20 percben a gyengébb képességű vendégcsapat 3:0-ra vezet. A bajt tetőzi, hogy egy távolról feléje rúgott labdát későn észlel. A labda fejen találja, ötperces eszméletvesztés után a mentők a kórházba szállítják. Agrázkódás miatt több napig áll kórházi ápolás alatt. A szemészeti konzílium mindkét szemén —2.5 dioptria rövidlátást állapít meg. Erről értesítik edzőjét, egyesületi sportorvosát, s így már érthető, hogy miért nézte el a távolról jövő labdákat. A labdarúgó elkerült az NB I-es egyesülettől. A megélhetést jelentő sportpályafutása — amit 14 éves korától sérüléséig gyakorolt, a tanulást és a szakmaválasztást is elhanyagolva — befejeződött. Kb. 25 alkalommal volt a sportorvosi rendelésben sportorvosi vizsgálaton, ahol mindig sportolásra alkalmas minősítést kapott.

Visus vizsgálat egy esetben sem történt.

3. P. L. 1978 májusában jelentkezik osztályunkon, szemüveget visel (—6,0D — —6,0D mindkét szemén), 18 éves. III-os gimnazista. Anamnézisében elmondja, hogy atletizál. Edzőtáborban volt, és sportolás közben

jobb szemén a látását hirteien elveszítette. A bal szemével jól lát.

Látása a jobb szemén fényérzékenység romlott, a bal szemén saját üveggel 5/5. A további szemészeti vizsgálat a jobb szemén látóhártya leválást állapít meg, és a beteget azonnal a klinikára küldik további gyógykezelés céljából. Látóhártyája leválását nem sikerült gyógyítani, habár szülői összeköttetés révén több nyugati intézetet is megjárt.

A szülők pert indítanak az iskola ellen és kártérítést követelnek. A fiú elmondja a bírósági tárgyaláson, hogy szemészorvosa figyelmeztette arra, hogy a nehéz fizikai megerőltetést kerülje, de mivel szeretett sportolni, ezt ő nem mondta el sem edzőjének, sem iskolai testnevelő tanárának. Szemész orvosa viszont nem tudott róla, hogy az illető sportoló, és sportolói pályára készül.

A sportorvosi vizsgálatokra szemüveg nélkül jelentkezett. Mivel szemészeti problémáit nem említette, visus vizsgálat nem történt nála, így nem tiltották el a komoly testi megerőltetést jelentő sportolástól.

Megbeszélés

Mind eseteink, mind szűrővizsgálataink láttán felmerülhet a kérdés, miért nem végeznek a rendszeres sportorvosi vizsgálatok során látásélesség vizsgálatot.

Tudtunkkal jelenleg nincs olyan, a gyakorlatban is elfogadott és megvalósított rendelkezés, amely irányadóként szolgálna arra vonatkozólag, hogy versenyszerű sportolásra szemészeti szempontból kik alkalmasak. A 21/1975. Eü. M. utasítás, a 30/1979-es kiegészítés csak általánosságban említi, hogy a testnevelési osztályba való felvétel előtt a tanulók alkalmasságát az oktatási intézmény egészségügyi orvosa véleményezi, aki szakorvosi vizsgálatot vehet igénybe. NB I-es sportolóknál (labdarúgók, kosárlabdázók, jégkorongozók, öttusázók, kerékpározók stb.) semminemű előírás nincs arra, hogy a sportorvosi rendelésben, ahol az általános vizsgálat évenként minimum két alkalommal kötelező, az alapvető szemvizsgálatok közül legalább a visus vizsgálatot elvégezzék. Arra sem tudunk határozott választ adni, hogy egy sportág keretein belül melyik az a látásélesség, amivel az illető még a választott sportágat gyakorolhatja, bár M. Pfeifer és E. Fleischer munkája (3) jó kiindulási alapnak látszik. Ők a sportolók népes táborát rangsorolják, mint olimpiai sportolók; élsportolók, iskolai tanórák keretein belül sportolók, tömegsportot űzők, kondicionáló és rehabilitációs sportolók. A szemészeti követelmények is eszerint változnak,

A sportolók osztályozása országunkban a fentiekhez hasonló. Talán kiegészül sporttagozatos iskolai tanulókkal. Viszont a szemészeti követelmények még az élsportolókra sincsenek meghatározva.

Szakkvéleményünk megalkotása — mely esetenként eltöltő is lehet — nehéz, hisz bizonyos fokú sportolás, főleg fiatal korban, az egészséges életvitelhez hozzátartozik és iskolásoknál kötelezően előírt. A versenysportolás fakultatív tevékenység, de egy bizonyos szint elérése után megélhetési lehetőség.

Munkánkban nem kívánunk kitérni arra, hogy egyes sportágak gyakorlásának különböző szinteken

milyen szemészeti követelményei legyenek, de javasolnánk, hogy a Magyar Szemorvos Társaság erre alkalmas fórumon foglalkozzék a problémával. A sportorvosi rendelőkben lehessen az alapvető szemvizsgálatok közül legalább a visus vizsgálatot elvégezni.

IRODALOM: 1. OTSH. Módszertani levél, 1980/3. — 2. 21/1975. Eü. M. utasítás, 30/1979. Kiegészítés. — 3. M. Pfeifer és E. Fleischer: Die Beurteilung der Sportfaigkait bei Visusherabsetzung. Med. u. Sport XVIII (1978), H. 11.

(Horváth Lajos dr. Székesfehérvár, Pf. 96. 8001.)

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

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

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

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinátoros állapotok és epileptiformis psychosísok, delírium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmebetegségek tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitáció). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Feinóttek átlagos orális adagja 4,5–18,0 mg (3–12) tabl., az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5–1 mg ($\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ tablettát vagy 5–10 csepp); 6–15 éves korig 1–2 mg (10–20 csepp).

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

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kivédhetők.

KÜLSŐNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:
— anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
— központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
— MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
— antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás).

Óvatosan adandó:

— triciclikus, depressio elleni szerekkel,
— orális anticoagulansokkal (csökkenti az anticoagulans hatást).

FIGYELMEZTETÉS: Haloperidol és orális anticoagulans együttzedésekor, majd a Haloperidol elhagyásakor újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját. A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8–10 órán belül, vagy folyamatosan szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

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

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



Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető. Az illetékes mentálhigiénés (ideg) gondozó szakorvosa térítésmentesen rendeli.

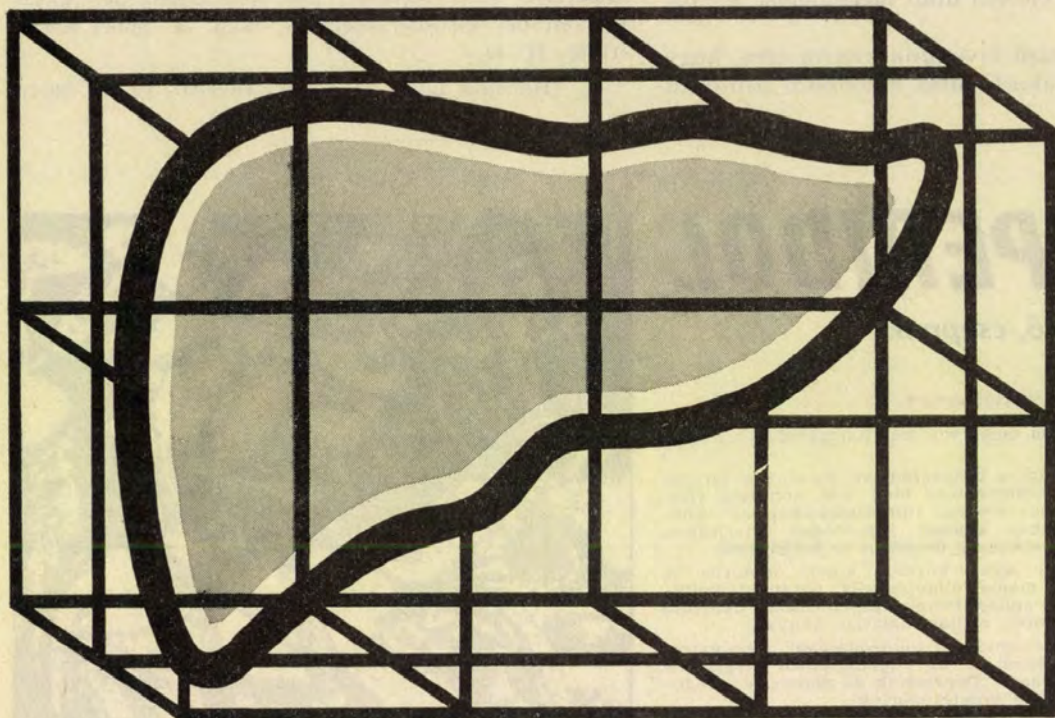
CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)
50 tablettát
1 üveg (10 ml)

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

GH

Catergen[®] TABLETTA mM 990 Hepatoprotectiva



Allatkísérletekben fokozza a májsejtek energia-termelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérumbilirubin és szérum-transzamináz értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immunhaemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS ✖

„Csak vényre adható ki. Az orvos utasítása szerint egyszeri, vagy legfeljebb kétszeri alkalommal ismételtető.”

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

CSÁTI SÁNDOR DR.,
VÁRKONYI TIBOR DR.
ÉS VARRÓ VINCE DR.

Módosított eljárás a vékonybél diszaharidáz aktivitás kvantitatív mérésére

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

Kritikailag értékeltük a vékonybél diszaharidáz aktivitás mérésére használt Dahlqvist-módszert, melyet a következőképpen módosítottunk: a min-taelőkészítést standardizáltuk, mutarotáz enzim használatával az automutarotáció bizonytalanságát kiküszöböltük. Alkalmaztuk a kromogén vízdoldható sóját, s a fotometrálsra kerülő színes komplexet a reakció végén stabilizáltuk. Számítási formulát közöltünk az enzimaktivitás szöveti fehérjére történő kiszámítására.

Modified method for quantitative measure of disaccharidase activity in small intestine. The Dahlqvist method to measure the disaccharidase activity in the small intestine has been modified in our institute as follows: Sample preparation was standardized and uncertainty of automutarotation was eliminated by applying mutarotase enzyme. Water-soluble salts of chromogens were used and the coloured substance to be determined by photometry was stabilized at the end of the reaction. Finally a formula was set up how to calculate enzyme activity in regard to tissue protein.

A vékonybél nyálkahártya enterocytáinak olyan szénhidrátbontó enzimjei vannak, melyek hidrolizálják a diszaharidokat és a heteroglikozidokat. A diszaharidázok bontásának kiemelkedő szerepe táplálkozás-fiziológiai jelentőségük miatt van. A klinikumban az öröklött vagy szerzett diszaharidáz hiány miatt betegség jelentkezik, s ezért nagy jelentősége van ezen aktivitások meghatározásának.

Az eddigi gyakorlatban rutinszerűen alkalmazott hisztológiai értékelés egymagában nem alkalmas a vékonybél izolált funkcionális zavarainak, illetve a korai stádiumban levő elváltozásainak felismerésére. Ezek tisztázásához újult fontos diagnosztikus segítséget a diszaharidáz aktivitások mérése.

A szöveti diszaharidáz meghatározások a nemzetközi gyakorlatban *Dahlqvist* (1, 2, 3) ajánlásain alapozottak.

A különböző Dahlqvist-módszerek azonban különböző eredményeket szolgáltatnak azonos reakcióelven belül.

A diszaharidázok pontos mérhetősége ugyanis a szöveti hidrolíziskor felszabaduló glukóz pontos mérhetőségén alapszik. Mivel a Dahlqvist-módszereknél itt bizonytalanság tapasztalható, valamint a biopsziás minta meghatározáshoz való előkészítése nem standardizált, indokoltnak tartjuk egy olyan módosított eljárást bevezetését, mely ezen hibákat kiküszöböli.

Elvi megjegyzések

A kikristályosított „Standard skála módszer”-nél (3) a diszaharid szubsztrát és a szöveti glikozidáz enzimek kölcsönhatása következtében felszabaduló d-glukóz

GOD = béta-d-glucose: Oxygen 1-oxidoreductase
POD = Peroxidase, Donor: H_2O_2 oxidoreductase
Kromogén = o-dianisidin.

közt a TRIS-pufferben levő GOD/POD/Kromogén rendszer segítségével mérhetjük.

A szöveti hidrolíziskor felszabaduló d-glukóz alfa vagy béta konfigurációjú. A GOD (glukózoxidáz) mint specifikus enzim, csak a béta formával reagál megfelelő sebességgel. Az eredeti módszernél az időfüggő automutarotációra van bízva a keletkező alfa-d-glukóz átalakulása mérhető béta-d-glukózzá. Véleményünk szerint ez az egyik fő oka az előző közlésekben szereplő kisebb kezdeti reakciósebességnek, s az azt követő módszertani bonyolultságnak (zero-time blank, 15 min. blank, lag-phase).

Módosításunkban Mutarotáz (Mutarotáz = Aldóz 1-epimeráz) segéd-enzim használatát javasoljuk. Ezáltal gyorsan és egységesen béta-d-glukóz kiindulási bázist hozhatunk létre a GOD reakcióhoz.

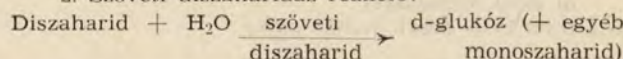
A GOD reakció detektálására használt kromogén — o-dianisidin — rossz vízdékonyságú, színlabilis.

A színlabilitás kiküszöbölhető 50 tf^{10}_0 -os kénsav alkalmazásával (4). Az oldékonysági problémák megszüntethetők o-dianisidin dihidroklorid használatával.

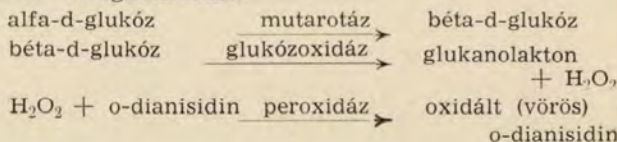
További módosításként ajánljuk a szöveti koncentráció standardizálását a szubsztrátba történő beérés előtt. Ezt alapvető kritériumnak tartjuk a módszer zökkenőmentes bevezetéséhez, illetve a nagy mintaszámú vizsgálati anyag feldolgozásához.

A módosított módszer sémás lépései:

1. Standardizált minta készítés
2. Szöveti diszaharidáz reakció:



3. A szöveti enzimhatásra képződött d-glukóz meghatározása:



A meghatározások kivitelezése

I. Mintaelőkészítés (Standardizált).

A) Törzshomogenizátum: 7 mg nedv. súly/ml mintát azonnal analitikai mérleggel mérjük és deszt. víz segítségével 7 mg nedv. súly/ml szöveti koncentrációra állítjuk be.

A mintát késes homogenizátor segítségével 1000 ford/perc sebesség mellett — intenzív hűtés közben — négyszer 30 másodpercig homogenizáljuk.

B) Munkahomogenizátum:

Törzshomogenizátumból deszt. víz segítségével maltázhoz 1:25, izomaltázhoz, szaharázhoz, trehalázhoz 1:4 hígításokat készítünk.

Laktázhoz, cellobiázhoz 1:4 hígításokat készítünk.

Laktázhoz, cellobiázhoz nem kell további hígítást alkalmazni.

II. Meghatározás:

A vizsgálatokat 100 mm hosszú, 12 mm átmérőjű erősen kónikus Pyrex-üvegcsövekben végezzük.

	Vak	Standard	Vak	Minta
Deszt. víz:	0,1	0,08	0,05	— ml
Standard:	—	0,02	—	— ml
Szubszt/puff:	—	—	0,05	0,05 ml
Munka homog.	—	—	—	0,05 ml

Keverés

60 perc inkubálás 37 °C vízfürdőben
GOD munka reag.: 1,0 1,0 1,0 1,0 ml

Keverés

60 perc inkubálás 37 °C vízfürdőben
50% H₂SO₄: 1,0 1,0 1,0 1,0 ml

Erőteljes (!) keverés

Fotometrázás

Fotometrázás:

Standardokat a Vak_{st} ellen, mintákat a Vak minta ellen 1 vagy 2 cm fényútu „szűkített” küvetákban fotometráljuk 540 nm-nél.

III. Protein meghatározás:

Lowry módszerével (5) a törzshomogenizátum 0,1 ml-ből végezzük a meghatározást.

Az utóbbi évek irodalma gramm proteinre vonatkoztatja a szöveti diszaharidáz aktivitásokat.

IV. Vegyszerek, reagens oldatok:

1. Szubsztrátok:

Maltóz, szaharóz, laktóz, cellobiáz, trehalóz, izomaltóz biokémiai tisztaságú Merck-, illetve Koch-Light-gyártmány.

2. Puffer (szubsztráthoz):

Nátrium-maleát puffer 0,1 M pH = 6,0.

3. Szubsztrát puffer:

Diszaharidok 56 mM-os oldatai nátrium-maleát pufferben.

4. Törzsoldatok GOD munkareagenshez:

a) TRIS-Mutarotáz puffer:

0,5 M-os pH = 7,0 TRIS pufferben 110 U/L Mutarotáz.

b) POD törzsoldat:

37,4 U/ml POD deszt. vízben oldva.

c) Kromogén törzsoldat:
10 mg/ml o-dianisidin dihidroklorid deszt. vízben oldva. (Gyártó cég: SIGMA).

Megjegyzés: Felhasznált enzimek Boehringer gyártmányúak és legalább II. tisztasági fokúak.

5. GOD munkareagens: (meghatározás előtt készítjük). 100 ml TRIS-Mutarotáz pufferként:

a) 190 U GOD

b) 0,5 ml POD törzsoldat

c) 1,0 ml kromogén törzsoldat

6. Glukóz standardok: 100, 300, 500 mikrogramm/ml vízmentes d-glukóz oldva 0,2 g%-os benzooesavban.

V. Enzimaktivitások számítása: U/g

$$U/g = \frac{A \cdot V_1 \cdot H \cdot P}{V_2 \cdot n \cdot 60 \cdot 180}$$

A = bemért minta glukóz tartalma mikrogrammban

V₁ = törzshomogenizátum térfogata ml-ben

V₂ = munkahomogenizátum bemérés térfogata ml-ben

H = munkahomogenizátum hígulása (pl. maltóz: 26)

$$P = \frac{100}{\text{törzshomog. proteintartalma mg}}$$

180 = d-glukóz mols.

60 = szöveti inkubációs hidrolízis ideje percben

n = diszaharid „n” számú glukózra hasad
n = 1 laktóz, szaharóz

n = 2 maltóz, izomaltóz, cellobiáz, trehalóz.

A módosított módszerrel saját vizsgálati anyagunkban meghatározva 6-féle diszaharidáz aktivitást, felnőtt egyének vékonybél nyálkahártyájából a következő normál értékeket kaptuk:

	\bar{x}	protein U/g	SD	SE
Maltáz	442,7	281—579	102,7	34,2
Izomaltáz	99	40—210	44,6	11,6
Szaharáz	136,3	50—176	53,5	16,1
Trehaláz	41,0	20—73	15,6	4,7
Laktáz	25,6	9,3—98,5	26	7,8
Cellobiáz	5,5	2,5—16	4,16	1,2

Köszönetet mondunk Tóth Józsefnek, Fuksz Zoltánnak és Benedek Györgynének értékes segítségért.

IRODALOM: 1. Dahlqvist, A.: Method for Assay of Intestinal Disaccharidases. Analytical Biochemistry 1964, 7, 18. — 2. Messer, M., Dahlqvist, A.: A One-Step Ultramicro Method for the Assay of Intestinal Disaccharidases. Analytical Biochemistry 1966, 14, 376. — 3. Dahlqvist, A.: Assay of Intestinal Disaccharidases. Analytical Biochemistry. 1968, 22, 99. — 4. Bergmeyer, H. U.: Methoden der enzymatischen Analyse. 3. Auflage 1974. Band II. S: 1256. Verlag Chemie Weinheim/Bergstr. — 5. Lowry, O. H., Rosebrough, N. J., Farr, A. L.: Protein measurement with the Folin phenol reagent. J. biol. Chem. 1951, 193, 265.

(Csáti Sándor dr., Szeged, Pf. 469. 6701.)

AIDS és LAS: A European Lymphoma Study Group (ELSG) és az European Lymphoma Club (ELC) ülése. (Southampton és London, 1983. szeptember 25–28., ill. 29–30.).

Mindkét fórum eredeti célkitűzése a malignus lymphomák pathomorphológiájának tanulmányozása, az ideai megbeszéléseket az AIDS-szel kapcsolatos kérdések vitája jellemezte. Az AIDS („acquired immunodeficiency syndrome”) sajátságos körkép, melynek oka valószínűleg vírusfertőzés előidézte szerzett immunodeficientia és ennek következményeként jelentkező oportunistikus fertőzések (cytomegalia, Pneumocystis carinii, toxoplasmosis), valamint a betegség későbbi szakaszában Kaposi sarcoma, ill. malignus lymphoma. A syndrome homosexualis és bisexualis egyénekben, kábítószereket (heroin) használókon, haitibelieken, haemophilásokon („a négy H”) fordul elő. Figyelemre méltó, hogy Zaire-ból származókon Belgiumban is előfordult, feltehetően nem homosexualisokon (Dr. H. Noel, Belgium, 2 eset bemutatása, ELC-ülés).

A mintegy 80 résztvevővel megtartott ELSG-ülések keretében Southamptonban minden résztvevő 1-1 eset metszeteit bocsátotta közre (téma: T-sejtes ml-k és extranodális ml-k) megvitatásra, emellett néhány előadás is elhangzott. Dr. G. Pallesen (Dánia) számolt be az AIDS-szel kapcsolatos korai nyirokcszöveti elváltozásokról („AIDS-related lymphadenopathy syndrome” = LAS), melyekre a follicularis hyperplasia, a tüszők köpenyzónájának fejletlensége, a tüszők felbomlása, a suppressor/cytotoxicus, OKT8 pozitív és NK-sejtek (Leu 7 pozitív) felszaporodása (összhangban a vér helper/suppressor arány megváltoztatásával az utóbbiak javára), paracorticalis hyperplasia jellemzőek. Figyelemre méltó, hogy ezek a leletek többségükben meggyeznek mások legújabbban közölt észleleteivel (Lancet 1983, II, 768). A betegség későbbi szakaszában lymphoid depletio, szöveti histiocytosis és plasmocytosis, sajátságos tüsző hyalinizáció (lépben is), sinus histiocytosis fejlődnek ki. Sectio során a sorvadtt nyirokcsomók alig találhatók meg. A korai kép néha angioimmunoblastos lymphadenopathiára (AIBLP), a késői a cytostaticumokkal kezelt remissióban levő betegek nyirokcszöveti képeire emlékeztet [négy típus, vagy szakasz: (I) follicularis hyperplasia, (II) AIBLP-szerű, (III) atrophia és (IV) Kaposi sarcoma]. Dr. J. Diebold (Páris) véleménye szerint a LAS és az AIDS nem járnak szükségszerűen együtt.

Londonban azután a Lennert professzor vezette szűkebb körű (9 résztvevő) ELC megbeszélései során az a vélemény alakult ki, hogy bár az AIDS kórszövettani jelei igen sajátságosak, nem tekinthetők fajlagosnak. Egyes immunhistológiai leletek eléggé szokatlannak és esetleg a diagnosztikus gyanú felvetésére alkalmasak. Az észlelt Kaposi-sarcomák (Ks) eltérőek a nem AIDS-es betegekben észleltektől (Dr. J. Diebold, Páris, dr. J. van Unnik, Utrecht, véleménye), amiről azután — otthon a korábban észlelt Ks-es esetekkel összehasonlítva az AIDS-es készítményeket — alkalmam volt meggyőződni. Érdekes, hogy Olaszországban egyelőre legalábbis nagyobb számú esetről (Dr. F. Rilke, Milano, közlése) nem számoltak be.

Az ELC további megbeszéléseinek tárgya a T-sejtes ml-k voltak (typusok: T-lymphoblastoma, T-CLL, T-PLL, T-zóna ml, Pincus tumor, pleomorph ml, Lennert lymphoma egyes esetei, angioimmunoblastos lymphadenopathia típusú ml). Különösen a pleomorph typus figyelemre méltó. Dél-Japán Kyushu tartományában és a Karib-tenger mentén endemiás (ATLL = „adult T-cell leukemia-lymphoma”), feltehető, hogy a nemrég leírt HTLV („human T-cell leukemia virus”) a kórokozó. Érdekes, hogy AIDS-ben is kimutatható HTLV-fertőzés. Említtésre méltó, hogy az ELC ülésein vendégként részt vett dr. A. Tu (Kínai Népköztársaság), aki beszámolt arról, hogy Kína keleti tartományaiban viszonylag gyakoribb az ATLL (eddiggi előzetes tanulmányuk során Kína területéről összesen 9109 ml esetet vizsgáltak).

A Japánban észlelt (és Karib-tenger melléki) esetek víruspozitívak, a hasonló szövettani képből jelentkező amerikai és európai esetek vírusnegatívak (v. ö. afrikai Burkitt és a Burkitt-típusú ml-k és az EBNA antigen jelenléte).

Ismeretes, hogy a T-sejtes ml-k egy típusa emlékeztet az angioimmunoblastos lymphadenopathia (AIBLP) szöveti képre. Az ELC egyik vitatémája az ilyen esetek értékelése volt. Úgy tűnik, különösen saját két ilyen esetünk bemutatása kapcsán, hogy a ritka, korábban lymphocytus AIBLP-nak diagnosztizált esetek között vannak T-sejtes ml-k. A vitatható jellegű határesetekben chromosoma-vizsgálatok tájékoztathatnak, ill. szolgáltathatnak érveket a folyamat besorolásához. A monoclonalis antitestekkel szerzett tapaszatok ezek nagy diagnosztikus értékét mutatják, azonban az igen meglepő keresztreakciók miatt a kapott ered-

mények csak az egyéb leletekkel (cytochemia, immunocytoológia, elektronmikroszkópia) összevetve kórismező jelentőségűek.

Az ELC-ben közreadott figyelemre méltó 19 eset metszeteit a Magyar Lymphoma Clubban a közeljövőben az érdekelt pathológussokkal megvitatjuk.

Kelényi Gábor dr.

A VII. Európai Gyerme- és Ifjúságpszichiátriai Kongresszus (Lausanne, 1983. VII. 4–8.).

Az Európai Gyerme- és Ifjúságpszichiátriai Társaság (előző neve Európai Pedopszichiátriai Unió) VII. Kongresszusát Lausanne-ban tartotta.

A kongresszus témája: *Agressio és család*. Európából kb. 500 résztvevő, más kontinensről 1–2 résztvevő volt. A kongresszus székhelye ideális volt (Palais de Beaulieu). A rendezés kiváló volt, mely első-sorban Bettschart professzornak volt köszönhető. Ugyancsak neki köszönhető a messzemenő törődés és gondoskodás, a szocialista országok képviselőivel. A közgyűlés Ch. Christozov professzort választotta elnöknek, és így a következő kongresszus székhelye Bulgária lesz 1987-ben. A délelőtti folyó referátumok a következők voltak: az agresszió fejlődése, és az agresszió organizációja, agresszív gyermek, sérült gyermek, bántalmazott gyermek, szorongatott család, nem teljes család, szülő-gyermek kapcsolat, az agresszóra elleni preventív védekezés, epidemiológia.

Délután 1 óra beszélgetés, vita, a délelőtti előadókval. A délutáni ülések első részében rövid előadások lebonyolítására került sor, majd a második részben egyes témákban munkacsoportok üléseztek, és tárgyaltak meg részletesebben egy-egy témakört, video-közvetítések és poszterbemutatók is a délutáni ülések keretében történtek.

Több előadás hangzott el a gyermekpszichiátriai betegségek klaszifikációs nehézségeiről és a korai hospitalizáció hatásáról, a későbbi agresszív magatartászavarokra. Két délutáni szimpozium volt az adolescens témakörben, itt hangzott el a kriminalitással kapcsolatos egyikünk referátuma is. Több előadás szólt az agresszivitás terápiás lehetőségeiről, úgymint magatartásterápia, családterápia, csoportterápia, psychoanalysis, pharmacoterápia (dr. Vetró). A munkacsoportok közül az anorexia nervosa, és a gyermekpszichiátriai osztályok szerkezeti felépítésével és működésével kapcsolatos témájukban vettünk részt.

Az első az anorexia nervosa magyarországi elterjedésének okairól és a terápiás lehetőségekről szólt. Utóbbinál elsősorban a paramedicalis személyzet magyarországi beáramlásának előnyeit, hátrányait,

szükségességét és nehézségeit elemezték.

A kongresszuson Magyarország-ról csak ketten vettünk részt. Közönetet mondunk az Eü. Minisztériumnak, hogy engedélyezte a kongresszuson való részvételünket.

Vetró Ágnes dr.
Vargha Miklós dr.

A 4. lengyel gerontológiai kongresszus. (Gdansk, 1983. szeptember 22—23.)

A *Lengyel Orvosegyesület Gerontológiai Társasága Geriátriai Szekciója* Gdanskban rendezte kongresszusát. A rendezvénynek az egyetem bölcsészettudományi kara korszerű audiovizuális felszereléssel rendelkező tantermei biztosítottak helyet. A főrendező, *Mysliwski* docens üdvözlő szavai után *Szamborski* egészségügyi miniszterh. megnyitójában utalt arra, hogy az idős nemzedék rehabilitációja, pszichés vezetése társadalmi ügyet jelent; idős korban éppoly fontos a megelőzés, mint más korosztályokban; nem szabad megfélemlíteni az idősek anyagi támogatásáról. A külföldi küldöttségek vezetői is üdvözlötték a megjelenteket; e sorok írója nagy tapsot aratott lengyel nyelvével köszöntőjével, amelyben hagyományos történelmi, kulturális kapcsolatainkra is utalt.

A szakmai program mintegy 60 előadást tartalmazott; felölelte a biológiai kutatásokat, a geriátriát és a szociális gerontológiát is. Az első délelőtti kiemelkedő előadásait megemlítjük. *Tymowski* professzor (Varsó) értékes szociológiai áttekintést adott az idősek helyzetéről. Különösen az idős, magányos nők gondjait elemezte. A lipcei *Ries* professzor a naptári és a biológiai kor különbözőségeiről beszélt. Longitudinális vizsgálatai igazolták, hogy pl. a szociális körülmények mennyire befolyásolják az idősek egészségét. *Knook* (Rijswijk, Hollandia) képsoron mutatta be *Rembrandt* különböző életkorban alkotott önarcképeit. Ezeket jól látható a festő éles megfigyelőkészsége, az öregedési folyamat megnyilvánulásainak követése. Az előadás tudományos része sejtvizsgálatokkal foglalkozott. A szerző a májsejteket vizsgálta, szép elektronmikroszkópos felvételeket demonstrált. Említette, hogy a máj életkorral járó funkciócsökkenésére gondoljunk az idősek gyógyszeres kezelésében, valamint anaesthésiájában. *Beregi* professzornő és *Regius* (Budapest) a lipofuscin eredetével és jelentőségével foglalkozott. A lipofuscin eredetét illetően több feltételezés van, pl. lysosomális eredetű, sejtvégtermék. A szerzők vizsgálatainak alapja, hogy a lipofuscin jelentős a sejt-

öregedés szempontjából. Patkányokból és humán perifériás vérből nyert lymphocytákat vizsgáltak. Az idős kísérleti állatokban, valamint az idős személyekben azonos elváltozásokat találtak a mitochondriumokban. Speciális eljárások szerint a mitochondriális elváltozások termékei megfelelnek lipofuscinak. Így, a következtetések szerint, lehet, hogy az immunfunkciók időskori csökkenésének oka a sok lipofuscin.

A kongresszus többi ülészakának előadásaiból néhány munkacsoport eredményeit vázoljuk, főleg azért, hogy izelítőt nyújtsunk a sokrétű lengyel gerontológiai kutatásokról. *Mysliwski és mtsai* (Gdansk) több előadásban foglalkoztak a nátriumpumpa időskori csökkenésével, összegezték a haematológiai és a zsíryanagcsere-paraméterek korral járó változásait. *Wroblewski és mtsai* (Varsó) a lymphocytá migrációról, az idős korban jellemző laboratóriumi és EKG-változásokról tartottak előadásokat; a rehabilitáció, a fizikai aktivitás jelentőségét húzták alá; kiemelték a non invazív eljárások előtérbe helyezését. *Kocemba és mtsai* (Krakkó) az idős szívbeteg gondozásáról, valamint a fitoterápia lehetőségeiről szöveltek. *Mysliwska és mtsai* (Gdansk) az immunológiai aktív sejtekkel, a citotoxicitással foglalkozó kutatásokat összegezték. *Szwarc* professzornő (Varsó), az Idősek Akadémiája alapítója és vezetője, a nyugdíjas életszakaszra történő felkészítésről, valamint a nyugdíjasok rehabilitációjáról számolt be.

Megemlítünk néhány külföldi előadót is. *Geyer* (Jena) a szociális gondoskodás intézményeinek rehabilitációs tevékenységét ismertette. *Taylor* (Aberdeen, Skócia) a szociális veszélyeztető tényezők, az egyedüllét, a magány, az anyagi gondok, a gyermektelenség pathoplastikus szerepét emelte ki. A berlini *Haase* professzor az immunfunkciók időskori csökkenéséről tartott hasznos továbbképzést, az ugyancsak berlini *Dietze* professzor kísérletes kutatásairól, a belből történő felszívódás életkorral csökkenő arányairól számolt be. E sorok írója a szociális gondoskodás magyarországi formáit mutatta be. Kitért az újabb típusú intézményekre is, így a Pest megyei *Idősek Hetes Otthonaira*, a hevesi *Gerontológiai Gondozóra*, a szegedi *Gerontológiai Tanácsadóra*, az egri *Nyugdíjasok Főiskolájára* és az idősek zeneterápiájára is.

A kongresszus alkalmával közgyűlést is tartottak, elnökké *Ty-nowski* professzort, főtítkárrá *Wroblewski* igazgató főorvost választották.

A kongresszus minden elismerést megérdemlő rendezése a *Mysliwski* házaspár hozzáértését dicséri. A

vendégek szinte állandó programjáról gondoskodtak. *Gdansk*, *Gdynia*, *Sopot* megtekintése, orgonahangverseny a gótika hangulatát árasztó olivai domban, hajókirándulás a gdanski kikötő tengerjáró óriásai között — mind szép emléket jelent. Megható volt az irántunk, magyarok iránt kifejezett őszinte érzelmek sora, amely a miniszterhelyettes jóleső szavaitól a lengyel kollégák szívélyességén át az egyetemi étterem dolgozóijáig terjedt. *Szwarc* professzornő kedvessége révén az oda- és visszautazás varsói átszállásával összefüggő néhány óra is városnézéssel kapcsolódott.

Szakmai tapasztalatcsereként szolgált a *Gdynia-Witominie*-ben levő *Nyugdíjasok Háza* és rehabilitációs intézet megtekintése. A korszerű fizioterápiai részleget a rehabilitáció minden eszközével felszerelték: úszómedence, tornaterem, kezelőhelyiségek sora segíti elő a gyógyulást. E részlegen 23 idős beteget kezelnek, akik átlag 6 hétig tartózkodnak ott. A részlegnek „nappali kórház” jellege is van, sok idős beteg naponta látogatja a fizioterápiás kezeléseket. A hotelszárnyban 1, 2 és 3 ágyas szobákban 270 idős embert helyeztek el, ez a Nyugdíjasok Háza. Az épület kényelmes berendezésével, élénk színeivel, állandó orvosi szolgálatával otthon és gondozást biztosít. Az időseket aktív tevékenységgel foglalják el, művészetterápia folyik, a képzőművészeti és kézimunka alkotásokból kiállításokat rendeznek, hetente két alkalommal 1—1 órás zeneterápiát is folytatnak. Több kulturális helyiség, könyvtár, társalgó, televíziós szoba stb. áll rendelkezésre. Szociális gerontológiai szempontból előnyösebb az ottani Nyugdíjasok Háza, mint a mienk. Viszont nem egyértelműen helyes, hogy nincs konyha a lakrészekben. Nálunk a konyhát biztosítjuk és így az önellátás, az aktivitás ezen a téren megnyilvánulhat.

Lengyelországban — *Csehszlovákiához* hasonlóan — több geriátriai klinika működik; viszont nálunk hozzánk hasonlóan még nem biztosították a gerontológiai szakvizsga lehetőségét (ez *Csehszlovákiában* 1983 tavaszától lehetséges). Idősek Nappali Otthonai, Hetes Otthonai nincsenek. Az Idősek Akadémiája — elsőként a szocialista országokban — már 1975-től fogadja hallgatóit.

A háromtagú magyar küldöttség tagjai elsősorban *Mysliwski* docensnek köszönik a szíves meghívást. Tegyük hozzá: kellemesen éreztük magunkat *Chopin*, *Copernicus*, *Miczkiewicz*, *Sienkiewicz*, *Maria Sklodowska-Curie* és *Bem József* hazájában!

Vértes László dr.



Endokrinológia

Törekvések a jódhiányos golyva jobb epidemiológiai felmérésére. Scriba, P. C. (Lübecki Orvosegyetem Belklinikája, D 2400 Lübeck 1.): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1007.

A szerző ebben a bevezetőnek szánt rövid írásában a golyva epidemiológia ma rendelkezésre álló adatainak hiányosságaira hívja fel a figyelmet. Véleménye szerint: 1. Szükséges, hogy az eddigienél részletesebben felmérjék az NSZK endemiás golyvaterületeinek évtrendi jódellátottságát. 2. Az iskolás gyermekekről és a sorkatonákról örökölt epidemiológiai adatok pontatlanok. Meghatározásra vár még a gyermekek normális pajzsmirigy-nagysága ultrahangos térfogatméréssel. 3. Meg kell ismernünk a különböző diagnosztikus módszerek érzékenységi és hibalehetőségeit (tapintás, ultrahang eljárás, röntgenfelvétel). 4. Mivel az elvégzendő vizsgálatok száma korlátozott, célszerű a felméréseket a lakosság legveszélyeztetettebb részével kezdeni (pl. Tanzánia jódhiányos területein a gyermekekkel és fiatal anyákkal). 5. A vizsgálatra szánt csoport megfelelő kiválasztásával törekedjünk arra, hogy a téves általánosításokat elkerüljük. 6. Felvetődik a kérdés, hogy a nem teljesen kielégítő jódprofilaxis következtében a golyva megjelenése eltolódik-e az idősebb életkorra. 7. Kérdés továbbá, hogy a megfelelő jódprofilaxis megszünteti-e az endemiás golyvához társuló „következményes pajzsmirigy-betegségeket” is (autonom adenoma, illetve több gócu autonom elváltozások).

A szerző és munkacsoportja a 3. és a 6. pontban megfogalmazott gondolatokhoz kíván új adatokkal hozzájárulni, ugyanezen folyóirat fűzet további két közleményében, amelyeket az alábbiakban ismertetünk.

Julesz János dr.

A golyva epidemiológiai kritikája. I. A golyva nagysága. Waller, D. E. és mtsai (Lübecki Orvosegyetem Belklinikája, D—2400 Lübeck 1): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1014.

Az 1970-es évek végéig a golyva előfordulásának vizsgálata tapintással és mellkas-röntgenfelvétel segítségével történt. Újabban egyszerűen kivitelezhető eljárást vezettek be a pajzsmirigy térfogatának mérésére *ultraszonográfia* segítségével. E három módszer érzé-

kenységét hasonlítja össze a dolgozat.

Ötven nőt és 42 férfit (átlagos életkor 62 év) vizsgáltak meg 4 hét alatt. A tapintást és a szonográfiát ugyanaz a személy, a röntgenfelvétel értékelését tőle független vizsgáló végezte. A *tapintási* leleteket a WHO ajánlása alapján csoportosították: 0 stádiumban a pajzsmirigy nem nagyobb, I. stádiumban a golyva tapintható, de nem látható, II. stádiumban a golyva tapintható, és természetes fejtartáskor látható, III. stádiumban a golyva igen nagy, messziről is feltűnik. Az a—p mellkas-röntgenfelvételek alapján akkor minősült a pajzsmirigy megnagyobbodottnak, ha a következő feltételek közül legalább kettőnek megfelelt: 1. a légső több mint 1/3-ával szűkült, illetve eltolódott, vagy deformálódott, 2. a mediastinum felső része az egyik, vagy mindkét oldalán kiszélesedett, 3. episzternális lágyrész árnyék mutatható ki, 4. a mediastinum felső részében golyvára jellemző meszesedések láthatók.

A tapintáson és röntgenvizsgáláton kívül valamennyi beteg elvégezték a pajzsmirigy *szonográfias* térfogatmérését is (real time készülék, 5mHz, lineáris transzducer). E módszer szerint a pajzsmirigyek akkor tekintették megnagyobbodottnak, ha a térfogata férfiakban több mint 33 ml, nőkben több mint 35 ml.

A *szonográfia* a golyvák esetek 93%-ában adott megbízható, pozitív eredményt. Retroszternális helyzetű golyvák következtében álnegatív lelet 7%-ban fordult elő; ezek kimutatására a pajzsmirigy szcintigráfiaja, illetve a komputer tomográfia hivatott. A tapintás 91%-i biztonsággal mutatta ki a golyvákat, de ezzel a módszerrel 8,7%-ban kaptak álpozitív leletet. Többnyire a nők pajzsmirigyének nagyságát becsülték túl. A *röntgenfelvétel* a golyvások 45%-ában volt csak pozitív, és a leletek 10,9%-a álpozitív.

(Ref.: A dolgozat értékét csökkentti, hogy a három vizsgáló módszert nem három különböző személy végezte, továbbá az eljárások diagnosztikus képességét anélkül hasonlította össze, hogy a golyva diagnózisát valamely, tőlük független módon biztosította volna. A tapintás nagy találati biztonsága a golyvák kimutatásában arra figyelmeztet, hogy ezt az ősi, egyszerű módszerünket ne tekintsük korszerűtlennek. A drága, kifinomult műszerek szükség szerint egészítsék ki az orvos kezének és agyának munkáját, de ne helyettesítsék azt! Az ultrahang eljárás beveze-

tése egyébként valóban hasznosan járul hozzá a pajzsmirigybetegség ellátásához: lehetővé teszi a ciszták kimutatását, a mirigy nagyságának követését a gyógyszeres kezelés során, és a szerv térfogatának megállapításával segítséget nyújthat a hipertireózis radiojód kezelésékor az izotóp kellő adagjának kiszámításához.)

Julesz János dr.

A golyva epidemiológiai kritikája II. Az életkor szerepe. Gutekunst, R. és mtsai (Lübecki Orvosegyetem Belklinikája, 2400 Lübeck, 1): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1016.

Korábbi statisztikák szerint az NSZK golyva-endemiás területnek számít, ahol a sorkatonák között a golyva átlagos gyakorisága 15%, de előfordulása az ország déli vidékein 5–8-szor gyakoribb, mint északon. A szerzők azonban saját orvosi tapasztalataik alapján az északnemet területeken is több golyvát sejtettek. Gyanújuk igazolására kétezer, az Eutini Egészségügyi Hivatal által 1976–1982 között szűrővizsgálat céljából készített p—a mellkas-röntgenfelvételt analizáltak. A vizsgálat a Bad Schwartauban és Eutinban élő dolgozó lakosságot érintette. A golyva diagnózisát az előző közleményben ismertetett röntgenkritériumok alapján állították fel.

Kitűnt, hogy a golyva gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik: 40 éves kor alatt 5%-nál kevesebb, a 40–50 év között 10%, az 50. év fölött ugrásszerűen 25%-ra nő, és 65 éves kor fölött több mint 50%. Férfiakon a golyvát gyakoribbnak találták, mint nőknél, ami az általános tapasztalatokkal szemben áll. Ennek oka az lehet, hogy csak a munkaviszonyban álló nőket vizsgálták, akik kevesebb gyermeket szülnek, mint a nők többsége. Így a terhesség okozta pajzsmirigy-növekedés őket kevésbé érinti.

A golyva növekvő gyakorisága az életkorral főként a nem teljesen kielégítő jódprofilaxis következménye: kifejezett jódhiány már fiatal korban golyvát eredményez, a mérsékelt hiány golyvakeltő hatása csak később válik nyilvánvalóvá. Az idősebbekben talált golyvák nagy számához hozzájárulhat még a háborús nemzedék egykori rossz táplálkozása, továbbá, hogy e korosztálynak akár 76%-a is a háború vihara következtében az ország más, esetleg kifejezetten golyvás vidékeiről települt jelenlegi lakóhelyére, Schleswig-Holsteinbe.

A vizsgálat tanulságai figyelemre méltók még akkor is, ha a kiválasztottak nem képviselik a lakosság egészét, és tekintetbe vesszük, hogy a röntgen-módszer a golyvaepidemiológiai szűrésnek nem ideális eszköze.

[Ref.: A jódhiány okozta endémiás golyvaterületek feltérképezése és ennek nyomán a jódprofilaxis megvalósítása valóban fontos népegészségügyi feladat. A sporadikus golyvák kezelése azonban anorgánikus jóddal nem biztonságos. Ezekben az esetekben célravezetőbb pajzsmirigy hormon adásával pótolni a hiányt, ami egyszerűsített a tireotropin (TSH) elválasztásának visszaszorításával a golyva növekedése ellen is hat.]

Julesz János dr.

Endémiás struma Ausztriában.

Grubeck-Loebenstein, B. és mtsai (I. Med. Universitätsklinik, Wien): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1526.

Ausztriában az étsonak törvényileg elrendelt jódozása (1 kg kenyhasó/10 mg KJ, ami 7,4 mg jódot jelent) ellenére a struma incidentia, éppen úgy, mint azelőtt magas. Az alpesi zónában a lakosság struma-incidentiája 13,7%, Bécsben 10,1%. Svájcban pedig (az 1936 óta bevezetett kenyhasójódozás óta) kb. 20% között mozog. A szerzők azt vizsgálták, vajon az általános kenyhasójódozás ellenére a számos golyvabetegségnek van-e még egyéb más kimutatható strumigen tényezője is, amiért az endémiás golyva felelőssé tehető. 80 golyvás beteget vizsgáltak, akiknél a pajzsmirigy nagysága recens módon növekedett megfelelő helyi elváltozásokkal és jellegzetes tünetekkel. Ellenőrzésül 25, nem tapintható pajzsmirigyű, euthyreotikus egyén szolgált. A betegek közül 38 (48%) esetben elégtelen jódelátás volt kimutatható, továbbá a pajzsmirigy radiojódfelvétele is emelkedett, hasonlóan a basalis és TRH-stimulált plazma-TSH-koncentráció. A trijódtirozin (T_3) hasonlóan növekedett; némely esetben a T_4 alacsonyabb volt.

Záró véleményük szerint Ausztriában a golyvabetegyek több alcsoportja különböztetendő meg. Az étsojódozás ellenére az esetek felében kifejezett a jódhiány, és ez domináns oki tényezőnek tekintendő. A betegek másik felében viszont a golyva fennállásáért és további fejlődéséért még egyéb járulékos strumigen kóroktani tényezők is relevánsok.

ifj. Pastinszky István dr.

A hyperthyreosisok kórjólata és a betegek várható élettartama. Horster, F. A. (Med. Klin. C der Universität Düsseldorf): Nucl.—Med. 1982, 21, 117.

A hyperthyreosis nem meghatározott betegség, hanem különböző genézisű diverz betegségek összefoglaló megjelölése. Ennek a betegségnek különösen két formáját kell elkülönítenünk, ezenkívül

még a hyperthyreosis ritkább formáit.

1. **Basedow-típusú hyperthyreosis.** Ezen valószínűleg genetikusan determinált immunbetegségben az ún. thyreoidea-stimuláló immunoglobulinok (TSI) a döntő kóroktani tényezők; a TSI prognosztikai jelentőségű. A hyperthyreosis ezen immunopathológiai formája csak tünetileg kezelhető és rosszabb prognózisú, mint a

2. **morphologiailag autonóm hyperthyreosis („autonom adenoma”);** itt a pajzsmirigy egyes (legtöbbször nodosus) részei függetlenül a szükség kívánta hypophysaer stimulációtól (hormonális szabályozási körtől), teljesen autonóm módon termelik a pajzsmirigyhormont; ha egyetlen adenomáról van szó, akkor autonóm adenomáról („toxikus adenoma”), ha pedig hyperthyreosisal járó multinodularis strumáról van szó, akkor a „toxikus struma” kifejezést használják; ezek műtéttel vagy radiojód-terápiával definitív gyógyíthatók. Mindkét forma főleg iatrogen jódexpositio (jód tartalmú gyógyszerek, ill. jód tartalmú röntgen-kontrasztanyagok) kapcsán thyreotoxikus krízisbe aggravidálódhat, amely a betegeknek még mindig 40%-ában halálosan végződhet.

3. **A hyperthyreosis ritkább formái:** a) **hyperthyreosis factitia** a pajzsmirigyhormon folyamatok túladagolása folytán a testsúlycsökkenést hamis javallata alapján; mihelyt a túladagolást megszüntetik, a hyperthyreosis tünetei megszűnnek; b) **struma basedowificata** („jód—Basedow”); itt a manifestációs faktor a jódexpositio; c) **hypophysaer hyperthyreosis:** a hypophysis-tumorkok fokozott thyreotropin (TSH) termelése is a hypermetabolizmus tüneteit idézheti elő; d) **ideiglenes átmeneti hyperthyreosis** okozhatnak a pajzsmirigy malignomái és gyulladási többelhormon termelésével; egyéb malignomák (pl. chorionepithelioma) is kiválthatják.

A szerzők pajzsmirigybeteg ambulanciájukon 1329 hyperthyreosisos M. Basedow-ot, 800 hyperthyreosisos autonóm adenomát és 95 struma basedowificata-t tanulmányoztak; ebből 2103 eset prognózisának és szövödményeinek értékelése volt lehetséges. 1329 Basedow-kóros beteg kezelése következően oszlott meg: 159 (12%) műtét, 711 (53%) radiojód-terápia, 459 (35%) gyógyszeres kezelés. A prognózist és az ún. „euthyreosis”-t illetően a terápiaválasztás eredményei nagyon különbözőek voltak. A 159 műtéttől 89% nyújtott definitív euthyreosis; a 711 radiojód-terápia esetükből 77% volt eredményes; a thyreostaticum csak tünetileg hatott, mert az immunopathológiai történéseket nem befolyásolta; toxikus és allergiás jelenségek 13%-ban léptek fel, amelyek a thyreostaticum változ-

tatását tették szükségessé; előnye a műtéttel és a radiojód-terápiával szemben az, hogy a pajzsmirigy nem pusztítja és nem okoz irreversibilis károsodásokat. A legjobb eredményt, a definitív euthyreosiszt az autonóm adenomák operatív enucleációjával (91%) és a radiojód-terápiával (93%) érték el; további kezelésre szükség nem volt. Autonóm hyperthyreosis esetén minden jód tartalmú pharmanon abszolút ellenjavallt.

Az általános felfogással szemben a várható élettartamot illetően a hyperthyreosis ugyan szövődhethet (0,5—20%) angina pectorisszal, de a szívinfarctus ritka szövődmény (1978-ig 22 eset). A hyperthyreosis életveszélyes szövödménye lehet a myopathia thyreotoxica, bronchopneumonia és esetleg valamilyen súlyos fertőzés. A műtéti kockázat megfelelő műtét előkészítés mellett quo ad vitam nem nagyobb szokványos struma operatív és mintegy 0,5%-ot tesz ki; 60—70 életév után ez a ráta már emelkedik (0,9%; 2,1%). A thyreotoxikus krízis kivételével a hyperthyreosis az individuális várható élettartamot nem befolyásolja. Sajnos az elnézett hyperthyreosisos betegek jódexpositio esetén vitálisan veszélyeztetettek.

ifj. Pastinszky István dr.

Mi szól a thyreostatikus monoterápia mellett? K. W. Wenzel (Schilddrüsenforschungsgruppe, Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 990.

A nemzetközi irodalom nem említi, sőt elutasítja a kísérő pajzsmirigy hormon medicatio szükségességét hypothyreosisban, csupán nagyobb strumánál mérlegeli alkalmazását.

A szerző a kiegészítő pajzsmirigy-hormon adagolás kérdését a thioureák toxikus mellékhatásai, a struma növekedés, az endocrin ophthalmopathia, immunosuppressív hatás és recidiva készség szempontjából tárgyalja.

A thioureák toxikus mellékhatásainak kialakulásánál hangsúlyozza a dosis-függőséget, ezért kívánatos a legalacsonyabb thyreostatikus adag beállítás, amely pajzsmirigy hormon egyidejű medicatioja mellett nem lehetséges. Fontos ez terheseknél, ahol magzati hypothyreosis kialakulása fenyeget, de a haematológiai komplikációk is 1046 betegen végzett megfigyelései szerint csak így előzhető meg. A rendszeres vérkép kontroll nem elégséges, mert az agranulocytosis váratlanul és hirtelen léphet fel. Alacsony dosis mellett a nem haematológiai szövödmények is elmaradnak.

A szerző vitatja a pajzsmirigy hormon medicatio helyességét a hypothyreotikus kezelés kiváltotta

struma növekedés megelőzésére. Részint, mert ilyen esetek csak hosszas túladagolásnál jelentkeznek a TSH-szint fokozódásával, amely egyébként a pajzsmirigy reagáló készségét jelzi. Másrészt hivatkozik újabb vizsgálatokra, amelyek szerint basedowos betegeknel nemcsak pajzsmirigy stimuláló, hanem pajzsmirigy-növekedést serkentő antitestek is kimutathatók, tehát a növekedés euthyroid status elérése után is bekövetkezhet.

Logikailag nem megalapozott a szerző szerint endocrin ophthalmopathia progressióját — az iatrogén TSH-szint suppressiójával — pajzsmirigy-hormon kezeléssel gátolni. Az endocrin ophthalmopathiánál ugyanis vagy separált autoimmun folyamatról van szó, amely társulhat Basedow-jellegű autoimmun betegséghez, vagy pedig a thyroglobulin juthat el a közös nyirok-pályákon a retrobulbaris izomcsoporthoz és immunreakciót idézhet elő. A pajzsmirigy-hormon túlkínálata, mint közismert, kiválthat és fenntarthat autoimmun folyamatot.

Változatlanul kérdéses a thioüreák kuratív hatásának mechanizmusa, amely nemcsak thyreostasison alapul. A pajzsmirigy serkentő antitestek, thyroíd stimuláns immunoglobulin (TSI), valamint mitochondrialis antitestek szintjének csökkenése immunsuppressív mechanizmust sugall. A szerző nem vallja ezt a koncepciót, mert megfigyelései szerint a perchlorat kezelés is csökkenti methimazolhoz, illetve propylthiouracilhoz hasonlóan a TSI-szintet. Mivel a perchlorat nem rendelkezik immunsuppressív hatással, felveti az intrathyreoidális antitest termelő lymphocytákon érvényesülő tisztán toxikus hatás érvényesülését.

A szerző tapasztalatai szerint a TSI-szint meghatározása alkalmas lehet a thyreostatikus terapia elhagyásának prognosztikai megítélésére. Kombinációs medicáció esetén azonban TSI-negatív betegeknel is magas recidiva százalékot észleltek. Nem váltak be a recidiva mentesség jelzésére az ún. prognosztikus indikátorok: pozitív suppressió teszt, pozitív TRH teszt, vagy a TSI eltűnése. Tekintettel a Basedow-kór genetikus autoimmun jellegére, amely szakaszosan zajlik. 1—1½ évig tartó kezelést ajánl. Két extrém esetben az alacsony dózisu thyreostatikus kezelést 21 évig folytatta.

Therapiás koncepciójában anélkül, hogy merev sémához tartaná magát, kezdetben 30—60 mg/nap methimazolt vagy 300—600 mg/nap propylthiouracilt javasol. Euthyrosis elérése után az adag felére, harmadára csökkenthető. Előfordulhatnak hypothyreotikus fázisok, melyek rövid tartamú pajzsmirigy-hormon terapiát igényelnek.

Kulesár András dr.

A pajzsmirigyműködés rendellenességei intézetben ápoló értelmi fogyatékosokban. Hughes, V. C. és mtsai (Bridge Hospital, Witham, Essex CM8 1 EQ, England): J. ment. Defic. Res. 1982, 26, 115.

Tartósan intézetben ápoló, többségében IQ 35 alatti súlyosan fogyatékos betegek T₃-, T₄- és TSH-szintjét, valamint TRH-tesztjét vizsgálták. A betegek életkora a serdülőkortól idős korig terjedt. Eredetileg 8 beteg hypothyreosisa és egy hyperthyreosisa volt ismert. A szűrés során 16 újabb hypothyreosist és 2 hyperthyreosist fedeztek fel. Ezek közül retrospektíve csak az egyik hypothyreotikus oligophrenben lehetett gyanút kelteő klinikai tüneteket észlelni, a többiekben gondos vizsgálattal sem merült volna fel pajzsmirigy-működési hiba gyanúja. Az összesített adatokat figyelembe véve, a vegyes fogyatékos anyagban a hypothyreosis gyakorisága 6,5%-nak, a hyperthyreosisé 0,7%-nak bizonyult. A pajzsmirigy-elégtelenség 6 esetben Down-kórhoz társult. Ha ezeket nem értékelték, a hypothyreosis gyakorisága akkor is 4,7%-nak adódott, ami mindenképpen több, mint az össznépeségben és a pszichiatriai osztályokon talált előfordulás. A pajzsmirigy-működés szűrővizsgálatát ajánlják minden értelmi fogyatékosokat ápoló intézményben, mert a hypo- vagy hyperthyreosis kezelése javítja a betegek állapotát, megkönnyíti gondozásukat is.

Méhes Károly dr.

Vese, endokrin „útkeresztződés”. Valloton, M. B. (Div. d'endocrinologie, Hôpital cantonal, Genève): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1775.

A vese orvosi biológiai értelemben találan „endokrin útkeresztződés” („carrefour endocrinien, Armand, L., 1963), mert az endokrin rendszer és a vese között szoros kapcsolat áll fenn, hiszen az utóbbi is számos hormon forrása, és így belső secretióis szervnek is tekinthető, amit már Selye (1953) is találan „endokrin vesének” nevezett. A vese ugyanakkor számos olyan hormonnak is a céltáblája, amelyek vagy a vese haemodynamikájára vagy az elektrolytok transepithelialis transzportjára hatnak. A vese befolyásolja a plasma-koncentrációjukat és számos hormon „fél-életét”, amennyiben biztosítja metabolizmusukat és excretiójukat. Végül pedig, de nem utolsó sorban a vese antagonsztikus interakciók székhelye hormonok és humoralis tényezők között (prostaglandin, kallikrein). Ez teszi érthetővé a nem-steroid-jellegű gyulladáscsökkentő szereket nem kívánatos mellékhatásait.

iff. Pastinszky István dr.

Theophyllin a mellékvesekéreg funkció in vivo megítélésében. Geffner, M. E. és mtsai (Department of Pediatrics, UCLA Hospital and Clinics, Los Angeles, California 90024, U. S. A.): J. Clin. Endocrinol. Metab. 1982, 55, 56.

A szerzők 5 olyan beteget vizsgáltak, akik mellékvesekéregre nem adott cortisol választ exogén ACTH-ra. Mérték a szérumban cortisolt, aldosteront és renint. Ezeket az értékeket meghatározták 0,25 mg Cortrosyn beadása után is 30 perccel. Ugyancsak elvégezték a meghatározásokat összesen 8,4 mg/kg theophyllin infúziója után is.

A vizsgált betegek:

1. 2,5 éves fiú, 1 éve hyperpigmentált, szérumban cortisol nem mérhető Cortrosyn-teszt után sem, az aldosteron és renin válasz normális. Theophyllin hatására 7,5 mg/dl cortisol mérhető, az 1 évvel később végzett vizsgálatnál már nem. Antiadrenális ellenanyagot nem találtak. Dg.: ACTH insensitivitás.

2. 5,5 éves fiú, erősen hyperpigmentált, plazma glucose 26 mg/dl, plazma ACTH 1285 pg/ml, szérumban cortisol 1,2 mg/dl, Cortrosynra nem reagál. Az aldosteron és renin koncentrációk gyakorlatilag szintén nem reagálnak Cortrosynra, míg theophyllin hatására a szérumban cortisol 7,8 mg/dl-re nő. Dg.: Mellékvesekéreg hypoplasia.

3. 11,5 éves fiú, másfél éve gyenge, kedvetlen. Súlyja normális, hyperpigmentatio nincs. Szérumban cortisol 1 mg/dl, Cortrosynra nem reagál. Szérumban ACTH 57 pg/ml. Theophyllin hatására a szérumban cortisol 5,9 mg/dl, az aldosteron és a renin-szint emelkedése Cortrosyn és theophyllin hatására is normális. Dg.: Zona fasciculata + zona reticularis insufficiencia ACTH-hiány következtében.

4. 12 éves leány, 5 hónapja hyperpigmentált, plazma ACTH 870 pg/ml, szérumban cortisol 1,4 mg/dl, aldosteron 6,8 ng/ml, egyik sem reagál sem Cortrosynra, sem theophyllinre. Dg.: Addison-kór, HLA tipizálás alapján autoimmun eredettel.

5. Az előző esetben szereplő leány anyja, 19 éves Addison és 12 éves Basedow-kóros anamnézissel. Itt a vizsgálat közben hiba történt, mert a beteg véletlenül bevette szokásos hydrocortisonját a teszt előtti este és ez interferált a cortisol radioimmunoassay-vel. A RIA által mért „cortisol” értékek azonban Cortrosyn- és theophyllin-kezelés ellenére is csökkentek, ami arra utal, hogy a mellékvese nem reagált. Dg.: Addison-kór, HLA tipizálás alapján autoimmun eredettel.

A szerzők eredményeiket a következőképpen magyarázzák. A theophyllin az ACTH-receptor „megkerülésével” fejt ki hatását, gátolja a foszfodiészterázt, azt az en-

zimet, amely a cAMP-t hydrolyzálja, így ennek intracelluláris szintje magas. Emellett a theophyllin valószínűleg a Ca^{++} sejtbe történő felvételét is elősegíti. Feltehető, hogy azokban a betegekben, akikben az ACTH hatástalan volt, de a theophyllin hatásos, a mellékvesekéreg ACTH-receptorai destruálódtak, de az intracelluláris corticoid szintetizáló mechanizmus ép volt. Amely mellékvesékre a theophyllin sem volt hatással, azokban nyilván a szintetizáló mechanizmus is károsodott volt. Feltehető, hogy a fenti körképek közül legalábbis van olyan, amelyikre jellemző, hogy először az ACTH-receptor megy tönkre, majd a steroid szintetizáló rendszer is (1. eset). A szerzők ezért a theophyllin-tesztet jó eszközként ajánlják a mellékvesekéreg-funkció megítéléséhez.

Dohanic János dr.

Hyporeninaemiás hypoaldosteronismus és a hyperkaliaemiák megkülönböztető kórisméje. Weidmann, P. (Med. Universitátspoliklinik Bern): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1762.

Már néhány évvel az igen hatásos mineral-corticosteroid-hormonnak, az aldosteronnak felfedezése után észlelték ezzel kapcsolatos többlet („excess”) szindrómát (Conn, J., 1967.), sőt olyan eseteket is, ahol éppen az aldosteron izolált hiánya fordult elő; ezt az észlelést azóta is számosan megerősítették. Lényegében az egyébként érintetlen mellékvese-működés mellett az aldosteron és alkalimilag a 18—hydrocorticoesteron csökkent termeléséről van szó, amelynek oka mind a mellékvesekéreg specifikus enzimhiányosságában, mind az extrarenalis zavarokban gyökerezik. Úgy látszik, hogy az idősebb korban való fellépésében az extrarenalis mechanizmusoknak, főleg a renin-angiotensin rendszernek van elsőrangú szerepe („hyporeninaemiás hypoaldosteronismus”).

Az aldosteronhiány súlyos hyperkaliaemiákat idézhet elő. A kórházban ápolat felnőtt hyperkaliaemiás betegeiken végzett prospektív vizsgálataikban az összes eseteik 10%-ában szelektív hypoaldosteronismust találtak, továbbá ezenkívül még a nyilvánvaló ok nélküli magasabb kálium-szintű betegeiknek a fele részében. A distalis nephronban az elégtelen kálium- és H^+ -secretio, illetve natriumabsorptio következtében hyperkaliaemia, hyperchloraemiás acidosis és renalis natriumvesztésre való hajlam léphet fel. A hypoaldosteronismusnak a felnőtteken megfigyelt formáját a következő tünetek jellemzik: az aldosteronhiány legtöbbször enzimatikusan aktív plasmarenin csökkenésén alapszik („hyporeninaemiás hypoaldosteronismus”);

egyéb endogén mechanizmusok mellett még gyógyszerek (prostaglandin-gátlók, β -blokkolók) is szerepelhetnek a létrejöttében.

A renin-angiotensin-rendszer nagyobb fokú zavara ritka (pl. converting-enzym-gátlóval való kezelés). Egyébként még adrenalis synthesis-zavarok is közrejátszhatnak, noha az enzymdefektusok elsődleges kórkörtani szerepe a felnőttek hypoaldosteronismusában eddig még nem bizonyított. Ilyen betegek már többnyire idősebbek (>50 év) és gyakori a diabetes mellitus és vagy a nephropathia (diabetica, interstitialis; hydro-nephrosis). Hyperkaliaemiára és acidosisra rendszerint egyidejű könnyű vagy enyhén súlyos veseelégtelenség esetén kerül a sor. A megkülönböztető kórismében ki kell zárni más causalis kálium-secretiós zavarokat (Addison-kór, renalis mineralcorticoid-resistentia káliumkímélő diureticumok) és egyéb járulékos elősegítő lehetőségeket, extrarenalis tényezőket is tekintetbe kell vennünk (oralis káliumfelvétel; insulinhiány társulása esetén az extra-, intracelluláris tér átrendeződései).

A terápiában alapvető eljárás a kálium étrendi megszorítása. Megnyugtató módszer a hyperkaliaemia és az acidosis kezelésében a mineralcorticoid-substitutio. A terápiában az ansa-diureticumok, ioncserélők, natriumbicarbonát szintén hasznosak lehetnek.

ifj. Pastinszky István dr.

A placentáris hCG, hPL és prolactin release szabályozása in vitro: béta-adrenerg-receptor agonista és antagonistá hatása. Shu-Rong, Zh. és mtsai (Laboratory for Family Planning Research, Department of Obstetrics & Gynecology, The First Teaching Hospital, Beijing Medical College, Beijing, Kína): Amer. J. Obstet. Gynecol. 1982, 143, 444.

A szerzők azt vizsgálták, hogy a placentában jelen levő nagy számú adrenerg receptor játszik-e valamilyen szerepet a prolactin, hCG és a hPL placentáris szekréciójában. A placenták 38—41 hetes normál terhességekből származtak. Két anyag hatását vizsgálták: a béta-agonista terbutalint (Bricanyl) és a béta-antagonista timololt egyenlő moláris koncentrációkban. Kontrollként ugyanazokat a placentákat használták, az egyik köldökzsinór ér által ellátott terület szolgált egy anyag tesztelésére, a másik ér által ellátott terület volt a kontroll. Az oldatok, amelyek a tesztanyagokat tartalmazták, methylenkéket is tartalmaztak, így ellenőrizni lehetett, hogy a szövet egyenletesen telődik. Az oldatokat a placenták megfelelő előkészítése, inkubálás után vitték be a megfelelő köldökéren keresztül, majd megmérték az inkubációs médium

hormonkoncentrációit és a szövetek hormontartalmát. A méréseket radioimmunoassay-vel végezték.

A mért hormonszintek azt mutatták, hogy a prolactint a decidua preparátum releaseli, a hCG-t és a hPL-t a decidua és a trophoblast is. Terbutalin hatására jelentősen emelkedett a prolactin és a hCG release, timolol jelentősen csökkentette a két hormon elválasztását. A hPL release ezalatt nem változott. Terbutalin hatására növekedett a szövet hCG-tartalma, nem változott a prolactin és a hPL, timolol hatására csökkent a decidua prolactin-tartalma, a hCG és hPL nem változott.

Ma már általánosan elfogadott, hogy a decidua sejtjei szintetizálnak és releaselnek prolactint és ezt nem lehet megkülönböztetni a hypophysis által termelttől. Ugyanakkor a decidua-sejtek szabályozása teljesen más, mint a hypophysisé, mert a placentáris prolactin nem reagál sem TRH-ra, sem bromocriptinre. A fenti adatok alapján nyilvánvaló, hogy a placenta prolactin-termelésének regulációjában a béta-receptor agensek viszont alapvető szerepet játszanak.

Dohanic János dr.

Oxytocin: termeli az ovarium is? Wathes, D. C., Swann, R. W. (Department of Anatomy, The Medical School, University of Bristol, Bristol BS8 1TD, Anglia): Nature 1982, 297, 225.

A szerzők juhból származó corpus luteumokból vontak ki peptideket és vizsgálták azokat. Különböző biokémiai módszerekkel vizsgálva az extraktumot, az egyik komponens oxytocinnak bizonyult. A különböző biológiai tesztek teljes mértékben megerősítették a biokémiai vizsgálatok eredményét: a corpus luteumok autentikus oxytocint tartalmaznak. Az oxytocin koncentrációját nem terhes állat corpus luteumában 2,6 μ g-nak, terhesben 34 ng/g-nak találták. További számításokat végezve, megállapították, hogy az ovariumban a hypothalamo-neurohypophysealis oxytocin készlet mintegy 15%-a található nem terhes állapotban, míg terhesség alatt alig 0,2%.

Bár felvetődik annak lehetősége, hogy a corpus luteumban talált oxytocin a keringésből való felvételtől származik, az oxytocinnak a corpus luteumban mért magas koncentrációja inkább az ovarialis szintézis mellett szól. A szerzőknek legutóbb neurophysin I-et is identifikálniuk sikerült az ovariumban, és ez arra utal, hogy az oxytocin szintézise az ovariumban és a hypothalamusban nagyon hasonlóan megy végbe. A juh ovariumában secretoros granulomok figyelhetők meg, amelyek legnagyobb számban a ciklus közepén releaselődnek. Lehet, hogy a re-

laxinhoz hasonlóan az oxytocin is így tárolódik.

Mi az ovarialis oxytocin fiziológiai szerepe? A szülésben és a lactatióban aligha, mert az ovariectomia nem teszi lehetővé a szülést, a corpus luteumok pedig regrediálnak a szülést követően. Ovariectomia hatására csökken a keringő oxytocin szintje, terhességben is; e korábbi adatok a jelen eredményekkel jó összhangban vannak. Nem helytálló viszont az a korábbi feltételezés, miszerint a luteolysiskor bekövetkező PGF₂ release oxytocin stimulációra jönne létre, mert az oxytocin szintje ilyenkor éppen csökken. Az oxytocin szerepe változatlanul homályos.

Dohanics János dr.

Izolált gonadotropin hiányban a csökkent prolactin koncentráció az alacsony oestrogen szint következménye. Spitz, I. M. és mtsai (Department of Endocrinology and Metabolism, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel): Clin. Endocrinol. 1982, 16, 423.

Izolált gonadotropin hiányban a csökkent LH és FSH release következtében alacsony a keringő szexuálsteroidok szintje. A szerzők azt kívánták eldönteni, hogy a csökkent prolactin szint a szindróma kritériuma, avagy a megváltozott steroid háztartás következménye.

A vizsgálatba hét 18–37 éves férfit és hat 18–28 éves nőt vettek be, akik a vizsgálatot megelőző 6 hónapban semmiféle hormonális kezelést nem kaptak. Szubsztitúcióként a nők ethinyl oestradiolt kaptak 21/7 napig 3 cikluson keresztül, a férfiak 5000 IU hCG-t kéthetente 3 hónapig. Reggelente azonos időben vettek vért 17-β-östradiol, testoszteron és prolactin meghatározás céljára. A prolactin release indukálásához randomizáltan használtak alkalmanként 10 mg metoclopramidot vagy 200 µg TRH-t, két indukció között legkevesebb 3 nap különbséggel. A kontroll 50 nő és 24 férfi egészségesek voltak.

A szubsztitúció hatására férfiakban a szexuálsteroidok koncentrációja a kontroll értékekre növekedett, a kezelés beszüntetésével a kezdeti állapot állt vissza. Nőknél a változást nem lehetett kimutatni, mert a 17-β-östradiol radioimmunoassay az ethinyl oestradiolt nem érzékeli. A szubsztitúció mindkét nemben a kontroll értékre emelte a prolactin szintet, a kezelés elhagyásával ez az érték is visszaesett. A prolactin release metoclopramid minden esetben jobban stimulálta, mint a TRH. A prolactin válasz a kezelés alatt a kontrolléhoz volt hasonló, előtte és utána lényegesen csökkent. Az egyik férfitbeteg a hCG kezelés mellé clomiphent is kapott, aminek következtében a bazális és az

indukált prolactin koncentráció is csökkent; a clomiphen elhagyása után a prolactin szint a hCG kezelésre jellemző értéket vette fel. Ha a férfiak szubsztitúcióként nem hCG-t, hanem nem-aromatizálódó androgéneket, mesterolont vagy fluoxymesteront kaptak, akkor sem a bazális, sem az indukált prolactin koncentráció sem emelkedett.

Az eredményekből kitűnik, hogy az oestrogen képes visszaállítani normális bazális és indukált prolactin szintet. A testoszteron régebben leírt prolactin szintet fokozó hatása indirekt, mert nem-aromatizálódó androgének esetében, amelyek nem tudnak östradiollá átalakulni, nem következnek be. Az antioestrogen clomiphen prolactint csökkentő hatása is az oestrogen szerepére utal. Az izolált gonadotropin hiányban a prolactin csökkent koncentrációja a megváltozott steroid milliő következménye.

Dohanics János dr.

A hipofízistumorok gyógyszeres kezelése. Hesch, R. D., Wagner T. O. F. (Abteilung für Klinische Endokrinologie, Zentrum für Innere Medizin, Medizinische Hochschule, 3000 Hannover 61, Karl-Wiechert Allee 9): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 883.

A dopaminerg hatású bromocriptin bevezetése a hipofízis adenomák, elsősorban a prolaktinoma kezelésében jelentős változást hozott. Az esetek jelentős részében lehetőség nyílt műtéti megoldás helyett primer gyógyszeres kezelésre. A bromocriptin a prolaktinszekrécióra legalább három úton fejt ki hatást: 1. mint dopamin agonista fokozza a Prolactin Inhibiting Factor termelést, 2. direkt hatást gyakorol a laktotróp sejtek dopamin-receptoraira, 3. csökkenti a laktotróp sejtek mitózist, ezzel a tumormasszát redukálja.

A szerzők a terápiás tervet az adenoma nagyságától teszik függővé. Mikroadenomák és intra- vagy suprasellaris tumorok esetén a gyógyszeres kezelést részesítik előnyben. Invazív supra- és parasellaris tumorokban a primer sebészeti beavatkozást tartják indokoltnak. Nagy invazív tumoroknál is érdemes preoperatív bromocriptin kezelést végezni a daganat nagyságának megkisebbitésére, a műtéti eljárás megkönnyítésére. Palliatív műtétek posztoperatív kezelésében is hasznos a bromocriptin a prolaktinszint csökkentésére. Recidivák megelőzésére is folytatnak hasonló próbálkozásokat. A szerzők 71 bromocriptinnel kezelt betegénél a napi gyógyszeradag 2,5–60 mg közötti, a terápia időtartama 0,7–84 hónap volt. A kezelés hatására a galactorrhoeák 90%-a megszűnt. A ciklus 60%-ban, a potentia coeundi 80%-ban

rendeződt. A prolaktinszint nőknél $1250 \pm 320 \mu\text{g/ml-ről } 99 \pm 97 \mu\text{g/ml-re}$, férfiaknál $1390 \pm 398 \mu\text{g/ml-ről } 324 \pm 266 \mu\text{g/ml-re}$ csökkent. A betegek 58%-ában a tumor nagyságának csökkenése is igazolható volt. Kezelés alatt csupán egyetlen beteg adenomája növekedett. Terhesség esetén sem anyai, sem magzati károsodás nem következett be. A kezelés szükséges időtartamára, valamint a gyógyszerelhasználás utáni relapsusokra vonatkozóan a szerzők még nem tudtak határozott véleményt kialakítani.

A szerzők kedvező tapasztalataik alapján kimondják, hogy a prolaktinoma kezelésében, ha azok nagysága, és ezzel összefüggően a klinikai tünetek nem kényszerítnek sebészeti beavatkozásra, akkor a gyógyszeres kezelés a helyes primer terápiás eljárás. Akromegalia és Cushing-kór bromocriptin kezelésére vonatkozóan a tapasztalatok lényegesen csekélyebbek és kedvezőtlenebbek.

Katona Mária dr.

Prolactint termelő hipofízis adenomák kezelése. Von Werder, K. és mtsai (Medizinische Klinik Innenstadt der Universität, 8000 München 2.): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 887.

A dopamin-agonisták a hiperprolaktinemiák eredményes gyógyszeres kezelését teszik lehetővé, de e gyógyszerek indikációs területe és a késői eredmények még sok nyitott kérdést tartalmaznak. A hiperprolaktinemia a leggyakoribb hipofízis elülső-lebény hormonzavar. Nőknél anovulációs cikluszavart, gyakran szekunder amenorrhoeát, az esetek 70%-ában galactorrhoeát okoz. Férfiaknál libidó- és potenciazavarokhoz, fertilitási képtelenséghez vezet. A hiperprolaktinemia leggyakoribb oka a mikro- és makro-prolaktinoma, de számos más ok is lehetséges (centrális dopamin-hiány, suprasellaris tumorok, az agyalap gyulladással járó folyamatok, pl. sarcoidosis, dopamin-antagonistákkal történő hypertonia-kezelés, primer hypothyreosis, veselégtelenség, magas dózisú oestrogen terápia, terhesség). Ha a vér prolaktinszint ismételt mérésével emelkedettnek bizonyul, akkor sella rétegfelvétellel és CT-s vizsgálattal tisztázandó mikro- vagy makroadenoma jelenléte. Hiperprolaktinemia radiológiailag igazolt mikroadenomával klinikai tünetek nélkül nem igényel kezelést, csak folyamatos ellenőrzést. Ha a mikroadenomához klinikai tünetek is csatlakoznak, a gyógyszeres kezelést kell előnyben részesíteni. A makroprolaktinoma supra- és parasellarisan is kiterjednek, rendszerint extrém hiperprolaktinemiával járnak. A primer gyógyszeres kezelés ez esetben is megkísérélhető, mivel igazolódott, hogy a bromocriptin nemcsak a prolak-

tin-szintet, de az esetek kb. felében a tumor nagyságát is csökkentti. Folyamatos computertomográfias ellenőrzés szükséges. Ha a gyógyszeres kezelés a tumor nagyságát nem csökkenti szignifikánsan, a műtéti beavatkozás nem kerülhető el. Ha viszont primer műtéti beavatkozást történt és utána perzisztáló hiperprolaktinémia van, a gyógyszeres kezelés elengedhetetlen. Mindenképpen primer műtéti beavatkozást igényelnek a látást fenyegető, invazív makroprolaktinómák. Általában helyes, ha a terápiás tervet endokrinológus és idegsebész közösen dolgozza ki.

A bromokriptin a meddőség kezelésében a fogamzásarányt drámaian megnövelte. Terhesség alatt azonban oestrogén hatásra a prolaktinoma növekedhet, főfájás, látászavar, vakság, tumor apoplexia fenyeget. Ez elsősorban a makroadenomákra vonatkozik. Ha a prolaktin-szint 200 µg/ml feletti, a sellán destruktív látható, akkor makroadenoma biztosra vehető. Ilyenkor a graviditás kezdetén transphenoidális adenektomia szükséges. Ha mikroadenoma okozza a hiperprolaktinémiát, akkor a terhesség alatt is elegendő a gyógyszeres kezelés. Az elmondottak miatt nagyon fontos minden hiperprolaktinémias nő terhesség előtti részletes kivizsgálása.

Katona Mária dr.

A gyermekkori „leopárd szindróma” endokrinológiai vizsgálata. Balducci, R. és mtsai (Clinica Pediatrica dell'Università della Studi di Roma, via dei Castani 236, 00171 Roma): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 23.

Gorlin 1969-ben írta le a leopárd szindrómát (1. sz.) amely egy ritka, hereditár, autoszóm dominánsan öröklődő, igen változatos kórkép. Főbb tünetei: lentinosis, EKG-anomáliák, szemtünetek, hypertelorismus, kongenitális kardio-pátiák — leggyakrabban pulmonális stenosis —, a genitális szervek anomáliái, a hosszú növekedés elmaradása, neuro-sensorialis sükettség. Fiúknál átmeneti, vagy állandó hypogonadismust is leírtak.

A hypophysis elégtelenségének kimutatására hormonvizsgálatokat (somatotrop, gonadotrop) ennél a körképénél csak ritkán végeztek; egyébként az ezeknél kapott eredmények egymástól igen nagy eltérést mutattak. A szerzők ezért is ragadták meg az alkalmat, hogy egy 9 éves, említett szindrómában szenvedő betegükönél — leánygyermek volt —, elvégezzék a somatotrop és a gonadotrop hormonok vizsgálatát. Az STH-mérésekre arginin és tolbutamid, a gonadotropinek mérésére LH—RH stimulációt használtak. TRH segítségével megmérték a TSH-szintet is. Valamennyi vizsgált hormon, de a cortisol-szint is, normális érték-

ket mutatott. A kariotípus is normálisnak bizonyult a betegnél.

L. sz.-s betegükönél — a sükettség kivételével — valamennyi jellegzetes tünetet megtalálták. A testméretek nem érték el az átlagot, de a csontkor megfelelt a kronológiai kornak. Ezeknek az adatoknak, valamint a normális hormonértékeknek ismeretében a szerzőknek az a véleménye, hogy nem minden I. sz.-ban szenvedő gyermeknek van hypophysis elégtelensége, s így ennél a szindrómánál nem minden esetben, még kis testméretek és hypogonadismus esetében sem, kell a teljes endokrinológiai vizsgálatot elvégezni.

Kövér Béla dr.

Primer hiperaldoszteronizmus. Wambach, G. és mtsai (Medizinische Klinik Merheim und Poliklinik, Lehrstuhl für Innere Medizin II. der Univ. Köln.): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 923.

A primer hiperaldoszteronizmus tünetegyüttesét fokozott aldoszteron-elválasztás, hipokaliémia, magas vérnyomás és csökkent plazma renin-aktivitás jellemzi. A betegség leggyakoribb oka: aldoszteront termelő féloldali mellékvesekéreg-adenoma (Conn-szindróma), vagy a mellékvesekéreg kétoldali idiopathiás mikronoduláris hiperpláziája. Ritka az aldoszteront termelő mellékvesekéreg — és petefészekes karcinóma. Nagy jelentősége van annak, hogy a féloldali adenomát a kétoldali hiperpláziától elkülönítsük, mivel általános tapasztalat szerint a Conn-daganat műtéti eltávolítását teljes gyógyulás követi, míg hiperplázia esetén végzett egy-, vagy kétoldali adrenalectomia után a magas vérnyomás többnyire megmarad. A differenciáldiagnosztikában értékes eszköz a mellékvesekéreg szcintigráfia, a komputer tomográfia, a mellékvese-flebográfia és az utóbbi kapcsán a mellékvese vénákból vett vérminták aldoszteron és kortizol-tartalmának meghatározása. E módszerek költségesek, 1—1.5 cm átmérőjűnél kisebb daganatok kimutatására ritkán alkalmasak, s a flebográfia indikációs területét szűkíti a szövődények veszélye (ér-átszakítás, nekrozis).

Mindezekre tekintettel többen törekedtek már arra, hogy klinikai-biokémiai eljárást dolgozzanak ki a primer hiperaldoszteronizmus daganatos és hiperpláziás alakjának elkülönítésére: a fokozott aldoszteron-termelés visszaszorítása dezoxikortikoszteronnal vagy fluorokortizonnal; dezoxikortikoszteron. 18-hidroxidezoxikortikoszteron, kortikoszteron és 18-hidroxikortikoszteron meghatározása a vérében; a plazma aldoszteron-szintjének meghatározása nyugalomban és ortosztázisban; a plazma aldoszteron-koncentrációjának napi ritmusa; az aldoszteron-szint alakulása spironolakton hatására.

Az eddig ajánlott módszerek egyike sem oldotta meg az elkülönítést teljes biztonsággal.

E közlemény szerzői 11 Conn-tumoros és 10 kétoldali mellékvesekéreg hiperpláziás betegre végeztek vizsgálatokat. Átfedéstől mentes differenciáldiagnosztikai módszerként a következő funkcionális próbát ajánlják. Hat napon át nátriumban gazdag étrenden tartják a betegeket (300—320 mmol Na⁺ és 60 mmol K⁺/nap) majd meghatározzák radioimmunoesszéval a vizelet aldoszteron-tartalmát (µg/24h), továbbá a szérum K⁺-szintet (mmol/l). Adenoma esetén az aldoszteron-kiválasztás és sze. K⁺ hányadosa 6-nál nagyobb, míg hiperpláziában a hányados kisebb. Az adenoma lokalizációjára szolgáló, bonyolultabb vizsgálatokat csak akkor látják szükségesnek, ha a hányados adenomára jellemző.

A szerzők ígéretes szűrőeljárásról dolgoztak ki, melynek hasznosságát nagyobb létszámú betegcsoportokon még igazolni kell.

Julesz János dr.

A kryptorchizmus hormonális kezelése. Hadzsiselimovic, F. és mtsai (University Children's Hospital, Basel, Schweiz): Hormone Research 1982, 16, 188.

A kryptorchizmus egyike a leggyakoribb endokrin zavaroknak. Kezelésében HCG-terápiával 14—52% között érhető el gyógyulás, az 1975 óta alkalmazott GHRH orrcsepp módszerrel kb. 30—50% között. A szerzők 60 fiút (39 egyoldali és 21 kétoldali kryptorchizmussal) kezelték 10 hó és 14 éves kor között. Előbb naponta 3× kaptak mindkét orrlyukba 200 µg GnRH orrcseppet (összesen 1,2 mg/die) 4 héten át. E terapia sikertelensége esetén a kezelést azonnal folytatták HCG-vel: 1500 IU 7 éves kor alatt, ill. 2000 IU e fölött hetente, összesen további 3 héten át.

Egyoldali kryptorchizmus esetén a GnRH-terápiával 57%, HCG-vel kombinálva további 26% szálta le. Kétoldali esetén 64% GnRH-vel és további 22% HCG-vel kombinálva. Összességében a kombinált kezelés befejeztekor a herék kb. 80%-a szállt le a scrotumba, relapsus miatt ez az arány 6 hónapos korra 73%-ra csökkent.

A szerzők ezek alapján javasolják a kombinált hormonális terápiát, melynek rövid élettani leírását is adják.

Károlyi György dr.

Orr-fül-gégebetegségek

Az ún. „malignus külső hallójáratgyulladás” diagnosztikája. P. M. Ott, M. Vogt (Oto-Rhino-Laryngologische Klinik und Department für Innere Medizin Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 146.

A „malignus otitis externa” elnevezés *Chandler*től származik, aki 1968-ban 13 esetet közölt. 1959-ben *Melzer* hasonló körképet írt le egy idős cukorbetegnél „A halántékcsontról pycocyanus osteomyelitise” címmel.

Egyszerű hallójárat-gyulladásnál a fülfájdalom, fülfolys, halláscsökkenés 2–3 hetes lokális kezelés után gyógyul, necrotizáló otitis externa esetében progressziót találunk, a gyulladás a környező lágyrészekre terjed. Figyelmeztető jel a kialakuló facialis paresis, ekkor az infiltratio elérte a foramen stylomastoideumot, késői tünet a rekedtség és nyelési nehézség a koponyaalap osteomyelitise következtében. A halált meningitis, sepsis vagy sinus thrombosis okozza.

A betegség kialakulásában két tényező szerepel: *Pseudomonas aeruginosa* fertőzés és a diabeteses szöveti elváltozások. A betegek 90%-a évek óta cukorbeteg.

A folyamat terjedését anatómiai viszonyok is elősegítik. A porcos hallójárat felül nyitott és itt csak kötőszövet van. Előrefelé a parotison keresztül könnyen terjed a folyamat a fossa infratemporalisba. A csontos részen felül a dobüregbe, hátul a mastoidba törhet be.

A diagnosztikában fontos az anamnézis. Figyelemmel kell lenni a hallójárat granulatióra, a fülkagyló körüli lágyrészek állapotára, az agyidegfunctiókra. A váladékból baktérium-leoltást végeznek. Basis és sziklacsontrfelvételeket készítenek. Kezdődő osteomyelitis scintigraphias vizsgálattal állapítható meg. A legtöbb információt a betegség kiterjedéséről a CT adja. A laboratóriumi vizsgálat diabetest jelez.

A szerzők szerint a necrotizáló otitis externa tipikus példája azoknak a veszélyes körképeknek, amelyek felismeréséhez jó interdiszciplináris együttműködés szükséges.

Szlávik Marietta dr.

Az ún. „malignus külső hallójáratgyulladás” terapiája. M. Vogt, P. M. Ott (Medizinische Poliklinik, Department für Innere Medizin und Oto-Rhino-Laryngologische Klinik Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 148.

A kezelés megválasztásához először el kell különítenünk a gyakori, jó lefolyású, *Pseudomonas aeruginosa* okozta hallójárat-gyuladást a ritkább invasív, néha halálos lefolyású necrotizáló otitis externa malignától. A veszélyes forma kizárólag cukorbetegyek fordul elő, ezért ha ilyen betegeknek a gyulladás terjedését tapasztaljuk, kórházi kezelésre van szükség.

1969-ig a sebészi megoldást részesítették előnyben. Az addig ismert antibiotikumok kevésbé voltak hatásosak (chloramphenicol, sulfonamid, streptomycin, gentami-

cin). Más antibiotikumoknak toxikus mellékhatásai voltak (colistin, neomycin, polymyxin — B.) A betegek fele meghalt, másik felénél szövetdefektusok és agyidegkárosodások maradtak vissza.

1969-ben a carbenicillin, az első anti-*Pseudomonas* penicillin megjelenésével lehetőség nyílt egy hatásos antibiotikus kezelésre, parenterális aminoglycosid kombinálásával.

Egyedüli antibiotikus terapia korán diagnosztizált esetekben jöhet szóba. Gondos helyi kezelés mellett alkalmazható. Nagyon fontos az aminoglycosid-serumkoncentráció ismerete, hogy hatásos, de ne oto-, ill. nephrotoxikus koncentrációt érjen el. 4–6 hét a gyógyulás ideje. Ha in vitro a tobramycin és piperacillin hatásos a *Pseudomonas* törzsrre, ehhez a kombinációhoz fordulnak.

Műtéti beavatkozás szükséges, ha radiológiailag csontarrosio bizonyított, ha több agyideg érintett, ill. sinus sigmoideus thrombosis áll fenn. A lényeg a necrotizált szövetek eltávolítása és a széles drainage. A kezelést kiegészíthetjük a fenti kombinált antibiotikus terapiával.

Hyperbarikus oxigén-kezeléssel fokozhatjuk a szövetekben a polynuclearis leukocyták működését, ugyanis nagy O_2 -koncentráció esetén erősebb baktericid-hatást fejtenek ki. Alapvető követelmény természetesen a diabetes pontos beállítása.

Szlávik Marietta dr.

Otitis externa létrejötté uszodátogatónál — esettanulmányok 6 fedett uszodában. Borneff, M., Geyer, G. (Hygiene Inst. Univ. Mainz): Zbl. Bakt. Hyg. I. Orig. B, 1982, 176, 383.

A szerzők fél év alatt naponta vettek vízmintát 6 fedett uszodában Mainz városában, meghatározták a vízminták vegyi és mikrobiológiai minőségét. A vízminták csiraszáma ritkán haladta meg a 100/ml értéket s nem tartozott a ritkaságok közé, hogy nem nőtt ki telep a vízmintákból, közvetlen leoltással.

A mintegy 170 000 fürdővendég közül, akik valamelyik uszodát rendszeresen látogatták, 38 került a Fül-Orr-Gégeklínikára otitis externa gyanúja miatt, s ezek közül a külső hallójárat gyulladása 23 esetben igazolódott. 11 egyén anyagából sikerült feltétlen vagy feltételes kórokozót kitenyészteni, éspedig *Pseudomonas aeruginosa*, *Ent. cloacae*, *Kl. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* és *Citrobacter*. Ezek közül egy esetben a *Ps. aeruginosa* akkor okozott gyuladást, amikor az uszoda vízből is kitenyészett. *Ent. cloacae* kitenyészett a vízből és 88, uszodát látogató gyerek füléből, de nem okozott gyuladást, *Staphylococcus aureus* is kinőtt a vízből és gyuladástól mentes fültamponból. A

hallójáratminták s a fürdővíz flórája egyébként ritkán mutatott egyezést, s a rendszeresen úszók között nem volt az otitis gyakoribb, mint az uszodát nem látogató közönség között.

A szerzők nem tulajdonítanak az úszásnak jelentőséget a hallójárat gyulladásainál.

Nikodemusz István dr.

Az akut otitis media epidemiológiája gyermekkorban. Ingvarsson L. és mtsai (Lundi Egyetem Fül-orr-gégeosztálya, Általános Kórház, Malmö és Technológiai Intézet Matematikai, Statisztikai Osztálya): Acta Oto-Laryngologica, Supplement 388, (1982).

A szerzők 1977 óta hosszú távú epidemiológiai vizsgálatot végeznek Malmö városában (Svédország) lakó azon gyermekeknek, akiknek orvosiilag diagnosztizált akut középfülgyulladásuk volt. A regisztrálást 1977-ben a gyermekek 3 éves koráig végezték el. Ezután a következő két évben született gyermekeket is bevonták vizsgálataikba, és 1980-tól 15 éves korig az összes gyermeket regisztrálják. Megfigyelésüket 10 éves időtartamra tervezik. Jelen cikkben az 1977–1980 közötti vizsgálatok eredményéről számolnak be. Malmö 235 000 lakosa közül 38 500 a 4 év alatt 8900 gyermekben észlelték akut otitist. A 6–11 hónapos csecsemők között lépett fel leggyakrabban a megbetegedés. 48 hónap alatt az 1977-ben született gyermekek 54%-ánál legalább egyszer előfordult középfülgyulladás, közülük 48%-nál egynél többször. Ismételt megbetegedés gyakoribb volt azon gyermekeken, akik az első középfülgyulladásán 18 hónapos koruk előtt átétek. A nemek között a gyakoriság szerint nem találtak eltérést. A legtöbb megbetegedés a téli hónapokban fordult elő. Érdekes, hogy gyakoribb volt a heveny középfülgyulladás a városzéli, modern villanegyedben lakóknál, mint a városközpontban élőknek. Bölcsődébe járó gyermekeknek magasabb volt a megbetegedési arány, mint az otthon vagy háznál nevelteknél, ezeknél az ismétlődő középfülgyulladás is gyakoribb volt.

Tolnay Sándor dr.

Adenoid vegetatiós gyermekek középfül-dinamikájának vizsgálata tympanometriával. Götz, B., Fritsche, F. („Carl Gustav Carus” Orvosi Akadémia Fül-orr-gégeklínikája, Drezda): HNO-Praxis, 1983, 8, 101.

A tympanometria lehetővé teszi a dobhártya-hallócsontláncolatnak és a dobüreg levegőzésének objektív vizsgálatát. Az egyre szaporodó fülkürt hurutos és dobúri folyadékgyülemmel jelentkező

beteg miatt a vizsgálat jelentősége egyre nő. Mivel ezekben az esetekben a tisztahang audiogram gyakran normális, és a dobhártya megtekintése sem ad biztos támpontot, felmerül a kérdés, mennyire megbízható a tympanometria a megbetegedések kimutatására gyermekkorban.

A szerzők ezért 272 adenotomiára váró 3—8 év közötti gyermekben végeztek részletes tympanometriás vizsgálatot. A vizsgálat elvégzése technikailag általában nem okozott problémát, de felhívják a figyelmet a hallójárat légmentes elzárására, valamint arra, hogy a hang részlegesen se verődjön a hallójárat falára. Ez néhány esetben nehézséget okozott. A-típusú görbét 44,2%-ban, B-típusú 25%-ban, C-típusú 30,9%-ban találtak. A tympanogram biztosabban mutatta a károsodott fülkürtműködést, mint a tisztahang audiogram, de nélkülözhetetlenek tartják ennek és a fül-tükrözésnek az elvégzését is. Lapos lefutású görbe esetén is (B-típus) adenotomiával és fizikális kezeléssel 76,5%-ban gyógyulást és a görbe normalizálódását érték el. Ha adenotomia utáni ismételt is B-típusú tympanogramot kapnak, legkorábban 8 hét múlva elvégzik a dobóri drainage-t.

Tolnay Sándor dr.

Az újszülöttek hallásszűrésének diagnosztikus értéke 7 éves vizsgálat alapján. Fritsche, F., Berndt, S. („Carl Gustav Carus” Orvosi Akadémia Fül-orr-gégei klinikája, Drezda): HNO-Praxis, 1983, 8, 97.

Az újszülöttek és csecsemők különböző reflexeit már régóta felhasználják hallásszűrésre. A szerzők 1975—81 között 16 150 újszülöttön végeztek hallásszűrést. A vizsgálatot audiológiai asszisztens vagy fülorvos végezte 80—130 dB között állítható széles sávú zajt adó készülékkel és átlagosan 1500 alapfrekvenciájú harangocskával, melynek maximális intenzitása 10 cm-ről 125 dB volt. Mindkét fület váltakozva vizsgálták, és legalább két pozitív reakciót kellett kapni a mozgási, ébredési, meglepetési, sírási vagy légzési reflex közül. Negatív reflex esetén a vizsgálatot másnap, vagy 1—3 hónapon belül megismételték. Ha a reflex negatív maradt, 6—12 hónapos korban részletes kivizsgálást végeztek valamilyen objektív audiometriás módszerrel. A 16 150 gyermek közül 210-nél (13,0%) nem kaptak hallásreflexet sem a 100—1200 dB közötti széles sávú zajra, sem a harang hangjára. Ezen belül a normál újszülöttek megoszlása 10,7%-ra, a rizikó-újszülötteké 21,9%-ra volt.

A későbbi utánvizsgálat során 196 reflex negatív gyermeket néztek meg, ebből 28-nál (1,7%) találtak rehabilitációra szoruló halláscsökkenést.

Az összpopulációra számolva a halláscsökkenés várható aránya 3,3%, a rizikóújszülöttek között, és 1,3% a normál újszülöttek között. Veszélyeztetett újszülötteken a reflex negatív lelet kétszer, a kimutatott halláscsökkenés 2,5-szer gyakrabban fordult elő, mint a többi újszülöttön. A szerzők az első életév végéig olyan halláscsökkenést, amit a szűrésnél elnéztek volna, nem találtak.

Tolnay Sándor dr.

A halláscsökkenés streptokinase kezelése. Klemm, E., Altmann, E. (Kerületi Kórház fül-orr-gége és szívkeringési betegségek osztálya, Dresden-Friedrichstadt): HNO-Praxis, 1983, 8, 209.

A szerzők abból a feltevésből kiindulva, hogy az ismeretlen eredetű halláscsökkenés nagy részét a kapilláris rendszerben létrejött haemostasis okozza, megvizsgálták a streptokinase hatásosságát ebből a szempontból. A konzervatív érterápiában ma a fibrinolyticus az egyik legaktívabb kezelési mód. A streptokinase-nak az irodalom szerint határozott terápiás hatása van: thrombolyticus hatás a fibrinogen és fibrin enzimátikus oldásával, antikoaguláns effektus a vérpályában keringő fibrin oldási termékek által, valamint a vér és plasmaviscositást erősen csökkentő hatás.

A szerzők részletesen leírt módszer szerint, megfelelő laboratóriumi kontrollal 26 ismeretlen eredetű halláscsökkenéses betegen kezdtek streptokinase kezelést. A betegek életkora 17—57 év között volt, és panaszuk 3 hétnél korábban kezdődött. Kontrollként 64 betegen az általában szokásos intenzív értágító kezelést végezték.

A streptokinaseval kezeltéken az átlagos hallásjavulás 39 dB volt, és 19-en érték el a maximális hallásjavulást, az értágító kezelésben részesülteknek 19 dB volt az átlagos javulása, és 11-en találtak teljes javulást.

A szerzők leszögezik, hogy jó tapasztalataik ellenére a kezelési mód csak megfelelően kiválogatott betegeken alkalmazható, speciális ismereteket kíván, és szoros együttműködést igényel a részterületet jól ismerő belgyógyással.

Tolnay Sándor dr.

5 éves tapasztalatok cholesteatomás esetekben a hallójárat hátsó falának megtartásával végzett (zárt technikájú) tympanoplastica és mastoidectomia után. Kinney, S. G. (Fül-orr-gégei klinikája, Cleveland, USA): Laryngoscope, 1982, 92, 1395.

Míg a heveny gennyes középfülgyulladás kezelésében történt előrelépés az utóbbi időben, az idült cholesteatomás fülfolyamat kérdése egy helyben topog. A szer-

zők cikkükben a hallójárat hátsó falának megtartásával végzett tympanoplasticákkal szerzett 5 éves tapasztalatukról számolnak be, különös tekintettel a cholesteatomára. A műtétet felnőtten és gyermekeken egyaránt végezték 1976—1981-ig 204 fület operáltak „zárt” technikájú tympanoplasticával. Ezek közül 104 esetben alkalmazták ezt a módszert cholesteatoma esetében. A szokásos technikát alkalmazták és részletesen ismertetik azokat a módosításokat, melyeket e csoport műtéteinél szerzett tapasztalatok során vezettek be.

Vizsgálataik eredményeként leszögezik, hogy a hallójáratfal megtartásával végzett műtétet után gyermekeken nagyobb a cholesteatoma kiújulás aránya, mint felnőtteken. Úgy vélik, hogy ez a magasabb szám gyermekeken a gyakoribb fülkürtműködési zavar következménye. A megtartott hallójáratfal nagyobb lehetőséget nyújt a hallásfunkció helyreállítására, mint a nyitott technika. Viszont a residualis cholesteatoma lehetősége a zárt technika mellett fennáll, ezért célszerűnek látják a két ülésben végzett műtétet. Ez azért szükséges, mert a residualis cholesteatoma kétharmada a középfülben található. Vizsgálataik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a kétszakaszos zárt technikájú tympanoplastica mastoidectomiával szövődésmenyesen alkalmazható cholesteatoma esetén, ugyanis így jól ellenőrizhető a megbetegedés és a funkcionális eredmény is jó. Ha a cholesteatoma gyermekkorban kiújul, megfelelő nyitott üreget kell kialakítani. Azt is megállapították, hogy a hallójárat eltávolításával keletkezett nyitott üreg nem mentesíti a fület a későbbi problémáktól.

Tolnay Sándor dr.

1142 cholesteatomás fülfolyamat 10 éves statisztikai nyomon követése: zárt vagy nyitott technikát alkalmazunk? Brown, J. S. (Fül-orr-gégei klinikája, Calgary, Alta USA): Laryngoscope, 1982, 92, 390.

A cholesteatoma hosszú ideig a fülsebészek rettegett ellenfele volt, és meghatározta a fülműtét módját. A mikroszkópos műtéti technika elterjedésével e téren is új korszak kezdődött a fülsebészetben. Alapvetően két fő módszer alakult ki, a zárt és nyitott technika. A szerzők szükségesnek tartották, hogy hosszabb idő elteltével megvizsgálják az alkalmazott két módszer eredményességét. A tanulmány szükségességét az is bizonyította, hogy minden évben nagyjából azonos számú új cholesteatomás esettel találkozott. Átnézve az irodalmat azt találták, hogy a betegség megelőzésében még nem alkalmazunk új módszereket, és a gyógyszeres és sebészti

kezelés is nagyjából ugyanaz. A sikeres műtét ideális célja a nem gennyedő fül, normál hallás, ép dobhártya és hátsó hallójáratfal, amit az esetek nagyobb részében nehéz elérni. A cél elérésére két fő módszer alakult ki: a klasszikus „nyitott” és az újabb „zárt” módszer. A nyitott technikával végzett műtéteknél a halláseredmények rosszabbak voltak, és a nyitott üreg kezelési problémákat okozott. A zárt módszernél nagyobb számban fordult elő residuális vagy recidív cholesteatoma, ami második műtétet tett szükségessé. A két módszer összehasonlítására bemutatnak nagy számú, 10 évvel az első műtét után észlelt, szövettanilag igazolt cholesteatomát, ami a meglévő hallást is károsan befolyásolta. Véleményük szerint, bár a zárt módszerrel végzett műtéteknél a hallásjavulás jobb, de a kiújulás lehetőség nagyobb, ezért az eljárást megfelelően kiválogatott esetekben kell alkalmazni.

Tolnay Sándor dr.

Az újszülöttkori facialis paresis terápiás indikációi. P. Narcy, és mtsai (Service O. R. L., Hôp. Bretonneau, Paris): Ann. Oto-Laryng. (Paris), 1982, 99, 377.

Az újszülöttkori facialis paresis gyakorisága egyes szerzők szerint 0,2 és 6% között mozog, de itt található a gyorsan, spontán gyógyuló esetek is. Terápiás szempontból a regressiót 6 hét eltelté után sem mutató típusok jelentősek. A congenitalis teljes, féloldali vagy izolált facialis paresis terápiás indikációja a kóroktól függ, mert szó lehet malformatióról, mely esetekben jelenleg kielégítő sebészti beavatkozás nem létezik, és szó lehet traumás eredetről, a Fallop-csatorna harmadik szakaszának zúzódásáról, ill. töréséről. Ez utóbbi formáknál annál hatásosabb a sebészti beavatkozás, minél korábban végzik.

A szerzők 9 congenitalis facialis paresist vizsgáltak, ebből 3 traumás, 6 malformatív jellegű volt. A műtétet minden esetben részletes klinikai, radiológiai és elektrofiziológiai vizsgálat előzte meg.

A traumás eredetű facialis paresis legtöbbször szülési komplikáció következménye. Így kórokként szerepelhet elhúzódó szülés, szűk medence, foghó használata, erős intrauterin nyomás.

Az ideg működésének vizsgálata csecsemőkorban igen nehéz a kooperáció hiánya miatt. Az arcról készített sorozatfényképeken lehet nyomon követni a folyamat fejlődését. A laesio helyét megjelölni hivatott Schirmer tesztvizsgálat kivihetetlen, az impedancia-metriával kapott stapes reflex mértéke 1 hónapos korig értékelhetetlen.

Radiológiai vizsgálattal pontosabb diagnosztikus értékek kap-

hatók. Az intubációs anaesthesiában végzett tomographiával elkülöníthető a traumás eset a malformatiótól és meghatározható a laesio helye.

Elektrofiziológiai vizsgálattal nyert izommozgásokból következtetni lehet az idegrost-atróphia nagyságára és a degeneratio lefolyására.

A vizsgálatok során nyert eredmények a pontos diagnózis és a terapia szempontjából nem voltak megbízható értékek. A minden esetben elvégzett Fallop-csatorna feltárás nem válhat gyakorlattá, mert 6 esetben a nervus agenesiájáról volt szó, így feleslegessé vált a csecsemőt megterhelő beavatkozás. Ennél a 6 gyermeknél elvégezték a parotis regio egyidejű feltárását is, és 5 esetben sikerült bizonyítani az arcideg hiányát ezen a területen. Ezért a szerzők ajánlják az újszülöttkori, 6 hét elteltével spontán nem regrediáló facialis paresisek részletes klinikai vizsgálata után a parotis regio feltárása útján az arcideg megkeresését. Amennyiben ideg nem található, úgy agenesiáról van szó, és minden további beavatkozás haszontalan. Viszont, ha a nervus facialis ezen a szakaszon jól feltárható, úgy érdemes elvégezni a Fallop-csatorna második, ill. harmadik szakaszának a decompressióját.

Ezzel az eljárással, melyet egyébként Fisch ajánlott, kivédhető a nervus facialis intramastoid részének a felesleges feltárása, mely csecsemőkorban igen megterhelő és kockázatos.

Péterffy Erzsébet dr.

Alkalmas-e a felszívódó, porózus trikalciumfoszfát-kerámia a nem aszeptikus radikális fülműtési üreg megkisebbitésére. Zöllner Ch. és mtsai (Fül-orr-gége-klinika, Freiburg és más intézetek): Laryngol. Rhinol. Otol. 1982, 61, 304.

A cholesteatomás fülfolyamat műtete során kialakított ún. radikális üreg megkisebbitésére számos módszer ismeretes. Az erre a célra eddig alkalmazott zsír, fascia, izom, porc az ismételt fertőződés során begyulladhat, és gyakran a behelyezett anyag eltávolítását teszi szükségessé.

A szerzők állatkísérletekben vizsgálták, hogy a porózus, felszívódó trikalciumfoszfát kerámia alkalmas-e a nem steril műtési üreg beszűkítésére. Kísérleteiket malacon végezték, melynek a pneumatikus mastoid csontrendszere hasonló az emberéhez. A fertőzést pseudomonas aeruginosa törzssel végezték. Először azt vizsgálták, hogy a trikalciumfoszfát baktériumnövekedést gátló vagy segítő hatású-e, és hogy a pseudomonas törzs okoz-e fertőzést a malacon sziklacsontjában. Megállapították, hogy a kerámiaanyag a

baktériumnövekedést nem segíti elő, de gátló hatása is jelentéktelen. Pseudomonas fertőzésre a malacon hypotympanonjában bakteriológiailag és szövettanilag jól kimutatható fertőzés jött létre. Ezután a fúróval kitakarított pneumatikus csontállományt 2 mm vastag kerámialapokkal töltötték ki és egyidejűleg pseudomonas aeruginosával fertőzték. Egy hónap múlva vizsgált állapotban a kórokozók bakteriológiailag még kimutathatók voltak, a 4 hónap múlva vizsgáltakban már nem. Szövettani vizsgálatnál a műtét után 1 hónappal az implantatum területén még kifejezett gyulladás volt, a kerámiaanyag csontos átépülését nem észlelték. 4 hónappal a műtét után a gyulladás legnagyobb részét megszünt, ezeken a területeken a kerámia csontos átépülése megindult. A vizsgálatok kimutatták, hogy a kerámia implantatum a gyulladás ellenére sem löködött ki. Az állatkísérletek alapján úgy látszik, hogy a trikalciumfoszfát kerámia a cholesteatomás fülfolyamatoknál kiképzett radikális műtési üreg megkisebbitésére is alkalmas.

Tolnay Sándor dr.

Mesterséges csont használata az arcsebészetben. Walter, C., Lang, W. L. (Plasztikai helyreállító sebészeti és fül-orr-gége osztály, Düsseldorf—Kaiserwert, Klinikum rechts der Isar Műszaki Egyetem fül-orr-gégeklinika): Laryngol. Rhinol. Otol. 1982, 61, 354.

Mivel a plasztikai és helyreállító sebészetben az autolog anyagok nem mindig és nem elegendő mennyiségben állnak rendelkezésre, a figyelem egyre inkább a különböző csont- és porcpótló anyagok felé irányul. A szerzők különböző kerámiaanyagok vizsgálata során úgy találták, hogy a trikalcium-foszfát igen alkalmas az arcsebészetben szükséges pótlásokra. Ez a vegyület különböző adalékok hatására porózus, jól formálható állományúvá válik. Az alumínium-oxiddal ellentétben bioaktív anyag, melynek fontos tulajdonsága, hogy a csont újraképződést fokozza. Nem toxikus, nem karcinogén, és nem allergizáló hatású. Könnyen sterilizálható, a környező szövetek vitalitását nem zavarja. Állatkísérletekben a csont és a calcium-foszfát implantatum között közvetlen összeköttetés jön létre, észrevehető kötőszöveti szegély nélkül.

A szerzők 3 év alatt 194 esetben használták az anyagot arcsonthiányok pótlására. 9 esetben észleltek enyhe gyulladást, de egy esetben sem vesztették el az implantatumot. A cikk részletesen tartalmazza a mesterséges csont különböző alkalmazási lehetőségeit.

Tolnay Sándor dr.

A neuroleptikumok harminc éve. Kritikai elemzés. J. Modestin (Psychiatrische Universitätsklinik, CH-3072 Bern): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1446.

Delay és munkatársai 1952-ben tették közzé első terápiás eredményeiket a chlorpromazinnal, és 1953-ban tartották Bazelben az első chlorpromazin-szimpoziumot. A következő években a gyógyszer világszerte elterjedt, majd pedig hasonló készítmények sorát fedezték fel és hozták forgalomba. Ma, harminc év után elmondhatjuk, hogy a neuroleptikumok korát éljük, és ezek a gyógyszerek a pszichiátriai betegellátás legfontosabb eszközeivé váltak. Ugyanakkor e harminc év során nagyon sok ismeret halmozódott fel, a pszichiátriai betegségek természetéről és a szociális környezet szerepéről e betegségek kezelésében és gyógyulásában. Ezeknek az ismereteknek gyakorlati érvényesítését a neuroleptikumok kialakult alkalmazási módja akadályozza. Jelenleg ugyanis szinte minden pszichotikus beteg kap neuroleptikumot, mégpedig nagy dózisban, akkor is, amikor remisszióban van vagy már esetleg csak maradványtünetei vannak. A pszichiáterek a neuroleptikumokat specifikus szereknek tekintik, és valami olyan modell szerint adják, mint az inzulint a cukorbetegségben, vagy mint az antikogulánsokat. Úgy vélik, hogy a gyógyszer elhagyása a visszaesés valószínűségét növeli.

A szerző saját klinikájának gyakorlatát vizsgálta felül, kimutatta, hogy náluk is szinte minden beteg kap neuroleptikumot. Őszintén bevallja, hogy ő sem meri nem adni, a kialakult pszichiátriai felfogás keretében nem meri vállalni a felelősséget, hogy nem ad gyógyszert. Pedig a modern kutatások bizonyítják, hogy ez a gyakorlat nem helyes. A szerző kutatások áttekintése alapján bírálja a jelenlegi gyakorlatot, a folyamatos és nagy dózisú gyógyszerelés szokását. Idézi azokat a vizsgálatokat, amelyek a neuroleptikumok hatékonyságát bizonyítják. Rámutat, hogy a schizophrének kb. 1/3-a placebóra is reagál és javul. Kis, speciális osztályokon, milío-therápia és egyéni, ill. csoportos pszicho-therápia mellett a placebohatás nyilván még nagyobb lenne, hiszen a pszicho-, ill. szocio-therápiás eljárások hatékonysága is bizonyított. Kb. 30%-ban a placeboadás meggátolja a chronikus schizophrének relapszusát a kibocsátástól számított egy éven át, és 20%-ban két éven át. Igaz, hogy a neuroleptikumok adása mellett egy éven át a betegek kb. 67%-a marad mentes a visszaeséstől. De a megfelelően gondozott betegekben a tünetek kontrollja a neuroleptikumokkal könnyen és

gyorsan helyreállítható, ha korábban e gyógyszereket nem kapták. Más vizsgálatok különbözően kezelt betegcsoportok összehasonlításával azt mutatták ki, hogy a schizophrén betegek relapszusa az esetek kb. felében független attól, hogy a beteg kap-e neuroleptikumot, vagy sem, a visszaesés a neuroleptikus kezelés ellenére is bekövetkezik. Brown és munkatársai szerint a neuroleptikumok olyan betegek esetében hatásosak a visszaesés elkerülése szempontjából, akik pathológiás családi környezettől sok negatív érzelmeket kaptak, ill. akiket a család erőszakosan igyekszik kontroll alatt tartani.

A szerző *Bleulernek* ad igazat, nem specifikus szerek, hanem sajátos megnyugtató hatásuk van, és ez használható fel jól a beteg kezelésében. A célzott és korszerű neuroleptikus kezelést elveit azért lenne jó kidolgozni, mert a neuroleptikumoknak nagyon sok kellemetlen, súlyos mellékhatása van. Legsúlyosabbak a különféle diszkinéziák, ezek egy része irreverzibilis. De súlyos mellékhatás a posztpszichotikus depresszió, amit a neuroleptikumok okoznak. Ma már felfedeztek olyan kóros szabályozási köröket is, amik a neuroleptikumok hatását úgy változtatják meg, hogy a beteg szinte függőségbe kerül a neuroleptikumoktól, a dózisredukció vagy a gyógyszer elhagyása újabb produktív tünetekhez vezet, amik gyógyszerrel való visszaadást vagy adagemelést tesznek szükségessé (ún. hiperszenzitivitás-pszichózisok).

Komoly probléma a neuroleptikumok által kiváltott szexuális zavar. Ez a betegek kb. 50%-ában jelentkezik, gyakran súlyos kihatásokkal a beteg partnerkapcsolatára, házasságára. A szexuális panaszokkal a pszichiáterek rendszerint nem foglalkoznak, az esetek nagy részében ezeket nem is veszik észre a betegben.

Komoly gond, hogy a betegek nem szedik a gyógyszert. A neuroleptikumok „non-compliance” arányai nagyok, a nappali szanatóriumokban ápoltak 41%-a, az ambuláns betegek 48%-a nem szedte rendszeresen a gyógyszert, de kb. 30%-ban a kórházban ápolat betegek sem szedik rendszeresen és előírászerűen a neuroleptikumokat. A betegek gyakran azért vonakodnak a neuroleptikumokat szedni, mert az megváltoztatja élménymódjukat. Gyakran félnek a szexuális következményektől, a krónikus betegek egy része a neuroleptikus depressziótól fél.

Nagy baj, hogy a neuroleptikumok adása az orvos és a beteg viszonyát mechanikussá teszi. A neuroleptikumokkal kezelő orvos nem foglalkozik a beteg élményeivel, emberi problémáival, nem alkalmaz pszicho-therápiát. Számára a betegség biokémiai zavar. A szerző szerint pedig a farmako-therápia pszicho-therápia

nélkül nem kellően hatékony, és a farmako-therápia során is érvénytelen pszichológiai hatás. A neuroleptikumok az orvos-beteg kapcsolat és a pszicho-therápia szempontjából azért is okoznak gondot, mert a beteget kevésbé hozzáférhetővé teszik, csökkentik a kognitív feldolgozás képességét, a beteg kreativitását. Vizsgálatok mutatják, hogy pl. a család-therápia hatékonysága neuroleptikus kezelésben levő betegeken kisebb, mint gyógyszer nélküli állapotban. Egyes vizsgálatok szerint a neuroleptikus kezelés alatt tanultak a kezelés abbahagyása után kevésbé maradnak meg.

A szerző tehát óv a sematikus neuroleptikus kezeléstől, szükségesnek tartja a terápia további kutatását és a komplex, soktényezős, a beteggel kialakított pszicho-therápiás kapcsolat alapján vezetett terápiás stratégiák kifejlesztését.

(Ref.: A közleményt fontossága miatt ismerttettem részletesen. Minden megállapításával egyet lehet érteni, nagyon fontos problémafelvetéseket tartalmaz. A kérdéskör 60 legfontosabb irodalmi hivatkozása alapján foglalja össze a neuroleptikus kezelés mai állását.)

Buda Béla dr.

A hagyományos kínai orvostudomány szerepe az elmebetegségek gyógyításában. Xu Sheng-han (Sanghai Psychiatric Hospital, Sanghai, Peoples Republic of China): Chinese Medical Journal, 1982, 95, 325.

1949 óta Kínában a kormány nagy figyelmet fordít a hagyományos kínai orvostudomány tanulmányozására és a jelenben is alkalmazható gyógymódokra.

A közleményben a szerző az agyi rendellenességek hagyományos eszközökkel való gyógyításának eredményeiről számol be.

A hagyományos kínai gyógyítási módok számos tekintetben különböznek a nyugati orvostudomány módszereitől. A legfőbb elve ennek a hagyományos módszernek, hogy a beteget tünete alapján kell kezelni. Mivel a betegek általános állapotában igen nagy különbségek mutatkozhatnak, ugyanazon betegségnek is sokféle megnyilvánulása lehet a különböző egyéneknél. Általánosságban elmondható, hogy a betegnek akut fázisában különféle kínai gyógyszerek párlatait alkalmazzák, míg a lábadozás, vagy krónikus állapot idejében egyetlen, elfogadott gyógyszert adnak a betegnek. A keringés javítására, a pangás kiküszöbölése céljából a szerző és munkatársai 44 átmeneti pszichózisban szenvedő beteget kezeltek hagyományos kínai gyógyszerrel, 40 betegnél határozott javulást tapasztaltak. 34 olyan beteget is kezeltek, akik

szénmonoxid-mérgezés következtében kerültek pszichotikus állapotba, ezt aromás gyógyszerrel kezelték, a 34 betegből 33-an meggyógyultak. Nagy dózisokat alkalmaztak Radix Aconiti készítményből és ezt olyan gyógyszerekkel kombinálták, amelyek a perzisztens izzadás, hideg veríték, hidegrázás ellen alkalmazhatók. Ilyen készítményekkel végezték a kezelést schizofrenia, apathia esetében is.

A pekingi orvosi egyetemen Herba Patriniae gyógynövényt tartalmazó gyógyszer alkalmazásával jó eredményeket értek el a neurozisos és almatlanságban szenvedő betegek gyógyításában. Ebben az egyetemi kórházban általánossá vált, hogy a hagyományos gyógyítást összekapcsolják a modern antipszichotikus szerek használatával, s ily módon növelik a gyógyító hatást és csökkentik a mellékhatásokat. A hagyományos kínai gyógymód és elmélet jó hatástú a pszichiátriában, de korántsem mondható tökéletesnek, így további klinikai vizsgálatok és a régi gyakorlat gondos tanulmányozása szükségesek. A modern gyógyítási módok, különösen a kemoterápia igen hatásosak számos pszichiátriai állapot kezelésére, de ezek sem tökéletesek. Igen sok nem kívánt mellékhatással járnak, néha ezekből a hatásokból állandó károsodások alakulnak ki.

A kínai orvosok véleménye szerint a pszichózisos esetekben legcélszerűbb a hagyományos és a modern kezelési módok kombinált alkalmazása. Ily módon csökkenthetők a dózisok és egyúttal a mellékhatások is.

Jelenleg több mint 400-féle olyan hagyományos gyógyszert használnak Kínában, amelyek növényi, állati és ásványi alapanyagokat tartalmaznak, s ezek közül mintegy 100-at alkalmaznak pszichiátriai rendellenességek kezelésére.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Pszichiátriai szolgálat a Kínai Népköztársaságban. Shen Yu-cun, Zhang Wei-xi (Research Institute of Mental Health, Beijing Medical College, Beijing): Chinese Medical Journal, 1982, 95, 443.

A társadalmi-gazdasági fejlődéssel, a populáció struktúrájában bekövetkező változásokkal egyidejűleg szükségessé válik a pszichiátriai szolgálat fejlesztése is. Ez egyaránt érvényes az iparosodott és a fejlődő országokra.

A Kínai Népköztársaság meg alapítása óta, tehát 1949-től kezdve problémák merültek fel az elmegyógyászati szakszemélyzet-el látottságban. Ebben az időszakban mindössze 100 körül mozgott az ideggyógyászok száma az ország területén. Komoly erőfeszítéseket kezdtek új kórházak és szanató-

riumok létesítésére, elsősorban azoknak a betegeknek az elhelyezésére, akik magatartásukkal a közösség munkáját hátráltatták. Megfelelő gyógykezelésük azonban nem volt biztosítva. Ezért az 1950-es évek végén az egészségügy szakemberei azon kezdtek fáradozni, hogy megtalálják az új társadalmi és gazdasági körülményeknek megfelelő szolgálatok módját.

A gyógykezelés hatékonysága érdekében a nagyobb városokban és községekben felmérő vizsgálatokat végeztek az agyi rendellenességek megismerésére.

A legnagyobb gondot az ópium kábítószerként való szedése okozta. Miután ezt sikerült felszámolni, második helyen állt a betegek sorában a schizofrenia, amely az 1970-es években nagyobb számban fordult elő, mint az 50-es években és gyakoribb volt a városokban, mint vidéken.

Az országos felmérések adataiból kiderült, hogy a mániás-depressziós pszichózis előfordulási aránya igen alacsony az Amerikai Egyesült Államok és Európa néhány országához viszonyítva. További vizsgálatokat igényel azonban annak megállapítása, hogy ez a tény a vizsgáló módszer és diagnosztikai eljárások különbözősége, vagy az eltérő pszichoszociális, vagy biológiai háttér következménye-e. A mentális egészségügyi rendszer alapját képezte az orvosok és a szakszemélyzet pszichiátriai képzése. Pl. Sanghaiban 110 kórház létesült, 85 kórházból 115 orvos részestül oktatásban és a 235 klinika 238 orvosa kapott képzést. Ezenkívül speciális tanfolyamokat szerveztek az egészségügyi segédszemélyzet számára vidéken és a Vöröskereszt központjaiban.

A kb. 1 milliós lakosságot magában foglaló Hangzhou megyében 1238 ún. „mezítlásos doktor” kapott pszichiátriai képzést. Számos körzetben csak azok a betegek kaptak pszichiátriai kezelést, akiknél súlyos elmebetegséget állapítottak meg. Majd bevezették az elővárosokban és vidéken, az ún. „házi gondozást”.

Összesen 5459 (90%) schizofren beteg kezeltek otthon és ezek közül 1981-nél határozott javulás és a munkaképesség visszanyerése volt tapasztalható.

Bizonyos városokban foglalkoztató és pihenőközpontokat létesítettek a krónikus betegek számára. A betegek napközben itt tartózkodnak, rendszeresen kapiják a gyógyszeres, vagy egyéb kezelést és ugyanakkor részt vesznek bizonyos kollektív munkákban, vagy sportokban. Így még némi pénzeszereshez is jutnak.

A felmérések szerint az elmebetegségekből adódó balesetek száma ma mindmég a felére csökkent 1978–79. folyamán.

Pekingben és annak elővárosai-ban 1977-ben fejeződött be a men-

tális egészségügyi hálózat kiépítése. Azóta az itt működő orvosok közül igen sokan végeznek tanácsadóként pszichiátriai munkát más intézményekben is és gondoskodnak a szakszemélyzet állandó képzéséről.

A vizsgálatok eredménye szerint Haidian körzet mezőgazdasági populációjában a schizofrenia 1,82%, a reaktív pszichózis 0,26%, a mániás-depressziós pszichózis 0,07%, egyéb pszichózisok (mint pl. arteriosclerotikus, intoxikációs, fertőző betegségek által okozott, stb.) 0,28%, oligophrenia 2,57%, epilepszia és epileptikus elmebetegségek 2,12%-ban fordultak elő 1979-ben. A területen végzett felmérés idején a 206 betegből csak 10 volt képes a mezőgazdasági, vagy háztáji munkában részt venni, 1979 végén pedig a gyógyszeres kezelés és a mentális gondozás eredményeként már 134-en nyerték vissza munkaképességüket.

A pszichiátriai kezelés hatékonyságához nagy mértékben hozzájárul a közösség és a család támogatása, a betegekkel való szoros kapcsolatteremtés.

A szerzők megállapítják, hogy az új pszichiátriai szolgálat megszervezése számos eredménnyel járt, de további fejlesztésre szorul a Kínai Népköztársaságban.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Anorexia nervosa — a pubertás- és ifjúkor tipikus pszichoszomatikus betegsége. Solstrup, K. (Unit. of Child Psych. Copenhagen): Triangel, 1982, 21, 85.

Szakfolyóiratok rendszeresen visszatérő „örökzöld” témája az anorexia nervosa, folytonos homloktérbe kerülését visszatérő „divatirányzatok” is segítik. (Az USA-ban újra a szélsőséges soványság vált szépségideállá!) E magatartás kórosként akkor értelmezendő, mikor a testsúlyvesztés nem kizárólag a megnövekedett aktivitás következménye, hanem társul az elhízástól való pánikszertű félelemmel is. Az étkezés, a kalóriaelfelvétel szélsőséges csökkenése, vagy teljes tagadása — mint eredendően pszichés zavar, vagy esetenként már pszichiátriai probléma — időben történő beavatkozás nélkül magát az életet is veszélyeztetheti.

A tünetek jelentkezésének korai szakában nagy empátiával végzett, diszkrét racionális-émocionális pszichoterápiáknak jó esélyeik vannak a serdülők zavart gondolatmenetének módosítására, illetve megváltoztatására. Az anorexia nervosa előrehaladott stádiumaiban természetesen elsődlegessé válik a szomatikus kezelés, melyet pszichiátriai és pszichológiai gondozással szükséges kiegészíteni.

Fejes András dr.



Az autizmus kutatásának és terápiájának fejlődése. Schopler, E. (Dep. of Psych. University of North Carolina): *Triangel*, 1982, 21, 51.

A teoretikus és pszichoanalitikus értelmezéseknek empirikus adatokkal való kiegészítésével az elmúlt négy évtizedben az autizmus kutatásában, értelmezésében és kezelésében jelentős változások mentek végbe. Korábban az autisztikus gyermek „érzelmi visszahúzódásának” okát a magasabb szociális rétegekben élő szülők kóros karaktervonásaiból és rideg — rigid nevelési stílusukból vezették le. E szemléletet váltotta fel az, mely az autizmust nem specifikus agyi anomáliák személyiségfejlődésre gyakorolt hátráltató hatásaként értelmezi. A szülők — a szerző szerint — nem okai, hanem a gyermekkel együtt szenvedő alanyai a betegség manifesztálódásának.

Noha egyes kutatók az autizmust a gyermekkori schizofrenia legkorábbi megnyilvánulásának tekintik — ezzel a mentális retardációt mintegy tagadják —, igen sok adat szól amellett, hogy az autizmus gyakorta mentális retardációval együtt jelentkezik és a gyermekkori schizofrenia jellegzetességeit sem mutatja.

Maga a kezelés is reformokon ment át. Korábban a zárt, speciális osztályokon történő egyéni kezelési mód volt a jellemző, most próbálkozások történnek — a szülőknek mint ko-terapeutáknak bevonásával — a közösségekben való gyógyító eljárások kidolgozására. Különös tekintettel a társaskapcsolatok lélektan hatásaira (szociális alkalmazkodóképesség, fokozás, empátia stb.) enyhébb esetekben az „egészséges” gyermekközösségek (óvoda, iskola, napközi otthon stb.) látogatása is javasolt.

Telkes József dr.

A hiperaktív gyermek. Millichap, J. G. (Northwestern Univ. Chicago): *Triangel*, 1982, 21, 59.

A hiperaktív gyermekkori magatartás a szokatlanul magas szintű cél- és feladatjelleg nélküli motorikus nyugtalanság kifejezése. Hiperaktivitás felléphet minimális agyi dyszfunkció vezető tüneteként (MCD), de lehet gyakori kísérőjelensége értelmi, tanulási képességek zavarának, félelmi vagy depresszív reakciók, de egyéb gyermekkori pszichológiai-pszichiátriai zavarok is okozhatnak hiperaktív megnyilvánulásokat.

E jellegzetes magatartás kiváltó tényezőinek egy része a gyermek-klinikai lélektan hatáskörét érinti, más része kifejezetten organikus hátteret sejtet (pl. katekolamin-metabolizmus, genetikai faktorok, cerebrális károsodások stb.).

A hiperaktív gyermek kezelése

— részletes, minden apró körülményre odafigyelő anamnézis után — csupán egyénspecifikusan képzhető el. A nevelési tanácsadást a kiváltó okokra, illetve a fő tünetekre irányuló gyógyszeres kezeléssel szükséges kiegészíteni. Diéták, valamint nagy dózisu vitaminterápiák értéke kétséges és a legtöbb esetben teljesen hatástalan.

(*Ref.: A közlemény jelentőségét fokozza, hogy a szerző tanulmányában átadva tapasztalatait, konkrét javaslatot tesz az egyes hiperaktív viselkedésmókok gyógyszeres kezelésére is!*)

Fejes András dr.

Gyermekkori pszichózisok és neurozisosok. Bürgin, D. (Psych. Universitätsklinik, Basel): *Triangel*, 1982, 21, 65.

Az erősen pszichoanalitikus beállítottságú közlemény fő értékét a szerzőnek a gyermekkori borderline-szindrómáról alkotott véleménye, valamint a kora gyermekkori autizmusok táblázatszerű szemléltetése képezi. Ez utóbbi kérdésben különösen az *Asperger/Kanner-szindrómák*, differenciálására ad hasznosítható (*Ref.: megbízhatóságában kétségek merülhetnek fel!*) szempontokat. A nem megoszlás, beszéd- és motorikus fejlődés, valamint az intelligenciakülönbség alapján látszólag meggyőző differenciáldiagnosztikát javasol a két szindróma vonatkozta a szerző.

A borderline-szindróma táblázati vázolása — elhelyezése a neurozisosok és a pszichózisok határvonalai között — igen szemléletes. A szindróma gyermekkori válfajait különösen jellemző Én-beszűkülés, schizoid személyiségalakulás, az Én szerveződésének nagyon változó szintje komoly elemzést nyer a közleményben.

A kérdéskör „neurozisos részével” sajnos a szerző igen keveset és meglehetősen elnagyoltan foglalkozik.

Fejes András dr.

Eklekticizmus és integráció a pszichoterápiában. Garfield, S. L. (Dept. Psychology, Washington University, St. Louis, MO 63130): *Behaviour Therapy*, 1982, 13, 610.

A neves szerző a tág értelemben vett pszichoterápiák változásait tárgyalja, melyek közül kétségtelenül a legjelentősebb, hogy csökkent a pszichodinamikus orientáció befolyása, és ezzel párhuzamosan nőtt azoknak a pszichoterapeutáknak a száma, akik eklektikusnak vallják magukat, valószínűleg azért, mert *gyakorlati* munkájukban egyik létező elmélet vagy irányzat sem bizonyult kielégítőnek, különösen nem a hozzájuk tartozó technikák kizárólagos alkalmazása. A szerző amel-

lett, hogy tárgyalja az „eklekticizmus” fogalmát, különböző módon használt jelentéseit, az előnyei mellett két hátrányát említi meg: a terápiás módszerek kombinálása korlátozza a terápiás folyamat leírhatóságát; a másik, hogy az előbbiekből következően nehezebb az eklektikus pszichoterápiás értékelése. A viselkedés- és pszichodinamikus pszichoterápia közös hatótényezőinek ismertetése után vizsgálati adatokat idéz, melyek a páciens élményeinek, értékelésének alapján is megerősítik a jól ismert „nem specifikus hatótényezők” fontosságát a pszichoterápiában. A közleményt az integratív törekvések, a különböző pszichoterápiás irányzatok fokozódó közeledésének felrajzolása zárja, a szokásos következtetéssel: további, finomabb kutatásokra van szükség a pszichoterápiás elvek és eljárások valódi „kemény” magjának tudományos megismeréséhez.

Telkes József dr.

A „nem önfeltáró” pszichoterápia elvei és technikái. Curtis, J. M. (3436 N. Verdugo Road, Glendale, CA 91208, USA): *Psychological Reports*, 1982, 51, 907.

A pszichodinamikus irányzathoz elkötelezett terapeuták, akik szerint a terápia hatékonyságának legfontosabb eleme, közvetítője az indulatáttételes kapcsolat, határozottan ellenzik a terapeuta önfeltáró (személyes életére, élményeire vonatkozó) megnyilvánulásait, mert ez szerintük interferál a terápiás kapcsolattal. Mások, különösen a humanisztikus-egzisztencialista irányzathoz sorolt szakemberek szerint a pszichoterápiás kezelés igazi lényegét az interperszonális tanulás, a spontán „humán” kapcsolódás adja, így ők bátorítják a terapeutákat saját személyes világuk feltárására. Számos tényezővel, többek között a kongruenciával (*Rogers*), eredetiséggel (*Truax, Carkhuff*), nyitottsággal (*Kaiser*), autentikussággal (*Bugenthal*) indokolják, hogy miért előnyös, ha a terapeuta személyes információk nyújtására is vállalkozik a terápia során. A dolog ellenzői nem kevesebb érvet sorakoztatnak fel, köztük, hogy ez a módszer „szennyezi” az indulatáttételes kapcsolatot, gyengíti a pszichoterápia placebohatását, gyengíti a terapeutához való kötődést, támogatja a páciens ellenállását stb.

A szerző közleményében a szerinte ritkán vizsgált kérdéssel foglalkozik, ti. hogy valójában mit is jelent a terapeuta „fehér vászon” orientációja, az a törekvése, hogy a kezelés során mindvégig megőrizze anonimitását. Részletesen ismerteti a „nem önfeltáró” pszichoterápia általános elveit és specifikus technikáit, fordulatait, jellemzi például a terapeuta „ten-

tativ" stílusát, szándékosan bizonytalan, nyitott fogalmazását, amely lehetőséget ad arra, hogy a páciens tovább finomítsa megfogalmazásait, segítsen „megértetnie magát” a terapeutával, amelylyel újabb kapcsolódási lehetőséget ad, további önfeltárással serkent, újabb asszociációs sorokat indít el stb. Az anonim, alapvetően visszatükrözésre, a páciens érzés- és gondolatvilágának tisztázására törekvő viszonyulás négy lépését különíti el, szerinte ez a terapeuta elméleti elkötelezettségétől függetlenül általánosan érvényes és használható, és bonyolultabb technikák építhetők reá. Az anonimitás fenntartása, illetve a „nem önfeltárási” terápiás beállítódás pontosabb leírása, technikai tisztázása azért is fontos, mert a terapeutának el kell tudni kerülnie, hogy páciense „hidegnek”, személytelennek, távolinak érezze őt.

(Ref.: *Meg kell jegyeznünk, hogy az „önfeltárási” és „nem önfeltárási” pszichoterápia megkülönböztetése így túlságosan éles és félrevezető. A kérdés, hogy szabad-e, előnyös-e a terapeutának önfeltárási közléseket tennie, nyilvánvalóan nem válaszolható meg egyszerű igennel vagy nemmel; célszerű, ha ezt is az egyik lehetséges terápiás technikának tekintjük, amelyet megfelelő szabályok szerint lehet alkalmazni, vannak olyan helyzetek, amikor a személyes közlés hiba, máskor éppen az elmulasztása.*) Telkes József dr.

Etikai konfliktusok klinikai pszichológusok és más mentálhigiénés szakemberek között. Morrison, J. K. (678 Troy-Schenectady Rd., Latham, NY 12110, USA): *Psychological Reports*, 1982, 51, 703.

A szerzők 20 tételből álló, postán kiküldött kérdőív segítségével vizsgálták, hogy munkájuk során milyen fajta etikai konfliktusokkal kerülnek szembe pszichiáterek, pszichológusok, pszichiátriai szociális gondozók és nővérek: A hosszabb gyakorlattal rendelkező mentálhigiénés szakemberek kevesebb etikai konfliktust jeleztek, mint azok, akik rövidebb ideje vannak a pályán. Ez a különbség a szerzők szerint a jelenlegi vizsgálattal eldönthetetlen arányban két tényezővel magyarázható. Lehetséges, hogy az etikai szempontból problémás helyzeteket a tapasztaltabb szakember nagyobb rutinnal, „ügyesebben” kerüli el, vagy oldja meg, de az is elképzelhető, hogy már kevésbé érzékeny ugyanazokra az ellentmondásokra, amelyekre a kezdő nagy érzékenységgel reagál. A válaszolók közül a klinikai pszichológusok jelezték a legtöbb konfliktust, érdekes, hogy még azokban a területeken is, ahol a pszichiáterek jobban illetékesek (pl. a diagnózis felállítá-

sával, nyugtatók adásával, az elektrokonvulzív kezeléssel, kényeszerkezeléssel kapcsolatban). A magyarázat lehetséges alternatívái az előzőhöz hasonlóak. A pszichiáterek és pszichológusok között a nőknél nagyobb volt a különbség, mint a férfiaknál, a pszichiátereknél szignifikánsan több etikai konfliktust jeleztek, mint a pszichológusoknál, míg a férfi pszichiáterek valamivel kevesebbet, mint a pszichológusok. Érdekesek az egyes etikai problématerületek szerint feltárt különbségek is, a különböző problémák más és más súllyal jelentkeznek az egyes foglalkozási ágak művelőinél. A különbségeket valószínűleg az is magyarázza, hogy a szerző korábban végzett kutatásai szerint is a klinikai pszichológusok nagyobb mértékben „antimedicinális” beállítottságúak, mint a többi szakember, így több konfliktust érzékelnek, kritikusabbak is azon a területen — a klinikai pszichiátriában — ahol a medicinális modell az uralkodó.

Telkes József dr.

Új eredmények a hipnózis-kutatásban. Goldstein, L. (Department of Psychiatry, UMD—Rutgers Medical School Piscataway, N. J. 08854 USA): *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*. 1982, 7, 145.

A szerző irodalmi áttekintést ad a hipnózis történetéből. Először Faria abbé (1756—1819) használta a hipnózis kifejezést. A későbbi korokban eltérően alakult a társadalom viszonya a hipnózis elfogadását illetően. Voltak korok, mikor széhhámosságnak, csalásnak, kitalált koholmányoknak titulálták a jelenséget. Ennek fő oka az volt, hogy sehogyan sem volt beilleszthető az addig ismert jelenségek körébe. Akkor emelkedett csak tudományos rangra, amikor Bernheim és Charcot is használni kezdte. A biológiai pszichiátria tért hódításával ismét háttérbe szorult, tekintettel arra, hogy nem találták meg a biológiai alapját. Az EEG-vel hasonló dolog történt. Berger volt az, aki képesnek bizonyult láthatóvá tenni azokat az agyból kisugárzó hullámokat, amelyeket érzékszerveink által felfoghatatlannak (ESP) tartottak. Az EEG tanulmányozása során többféle hullám-típust lehetett elkülöníteni, többet, mint maga a feltaláló tudott. A hipnózis látszólagos egysége is megszűnik, ha tudományos vizsgálat alá vesszük. Az indukció, az analgészia, amnézia, vagy akár a korrekciós jelensége feltehetően különböző agyi folyamattal függ össze. Nem ismerjük az emberek különböző hipnabilitásának okait sem. Valószínűnek látszik azonban, hogy a nagyon hipnabilis egyének jobban képesek figyelmüket megosztva is fókuszálni, gondolataik kevésbé elterelhetőek. Az

agy szelektálja az ingereket, kiválogatva a külvilág felől jövőket. Egy szűrőhöz hasonlóan, ami csak egy bizonyos inger számára át eresztő.

Az egy szűz területhez hasonlítható, ahol az utakat, ösvényeket átmenetileg kitöröltük, és tetszés szerinti új csapásokat hozhatunk létre, amelyek az előző utakkal nem kapcsolódnak — írja a szerző.

Gábor Éva dr.

A hipnózis Ericksoni elmélete. Moore, M. R.: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1982, 25, 183.

Milton H. Erickson először 1958-ban írt tanulmányt a hipnózisról az *Encyclopedia Britannica*-ban, amit az 1968-as és 1973-as kiadásokban megismételt. Csak általános megfogalmazásokat közöl, nem ad pontos elméleti instrukciókat. Erickson számára a teória „nemcsak, hogy szükségtelen, de elfogadhatatlan is.” Úgy érzi, nem lehet egységes elméletet felállítani, hiszen minden ember reakciója más és más. Mint általában a pszichoterápiákban, így hipnózis esetén sem lehet előre meghatározni a várható történéseket. Ez függ a terapeuta személyiségétől, a páciens által eddig átélt életeseményektől, az aktuális szituációtól, stb. Egy példát említ a laboratóriumban kidolgozott és a valóságban lezajló események közötti különbség szemléltetésére: a gyakorlótérn vaktölténnyel bábukra lövöldöző katona teljesen másként fog viselkedni igazi ellenséggel szemben, a harctéren.

Erickson Freudtól eltérően használja a „tudatos”, a „tudattalan”, „tudat alatti” fogalmakat. Gyakran használt állítása: „Szeretem betegeimet úgy tekinteni, mint olyanokat, akik rendelkeznek tudatos, tudattalan, vagy tudat alatti gondolatokkal. Úgy gondolom, ez mind együtt van egyazon emberben jelen, és én várom, hogy minden szinten reakcióba lépjen velem. Remélem, hogy mikor egy emberhez szólok a tudatos szintjén, meg fog engem hallani a tudattalanjával is.”

Az, hogy eddig még nem fogalmazódott meg a hipnózis alapvető elmélete, nem jelentheti azt, hogy kritikátlanul el kellene fogadni minden elképzelést, misztikus, vagy természetfölötti magyarázatot ezen a téren. Erickson azt vallja, meg kell vizsgálni minden egyes jelenséget és a fizikai és természeti törvényeknek megfelelő magyarázatot kell keresni.

Gábor Éva dr.

Egy több-személyiségű beteg gyermekkori élményei. Boor, M. (Rhode Island Hospital and Brown University): *Psychological Reports*, 1982, 51, 313.



Egy eset kapcsán ad ismertetést erről az erősen vitatott kórképről a szerző. A több személyiséggel bíró betegek (multiple personality) száma a 70-es években megszapordni látszik. Coons és Greaves 1980-ban, Boor 1981-ben, Thigpen és Cleckley már 1957-ben publikáltak e témakörben.

A betegség lényege: egy emberben gyermekkori traumatikus élmények hatására két vagy több személyiség bomlik ki, általában merőben ellentétes tulajdonságokkal.

Mrs. Z. két személyt hordoz magában. Az egyik Kate, aki éretlen, félénk, a társasági élettől visszahúzódó, vallásos, érzékeny lélek. Már a düh, vagy a szex verbális kifejezése is büntudatot támaszt benne. 7 éves volt Kate, amikor egy lelki trauma hatására (apja erőszakolására bele kellett másznia halott nagybátyja koporsójába, meg kellett fognia annak orrát, majd amikor ezt megtette, az apja rákiáltott: búú) kialakult benne Jane. Jane önző, merész, magabiztos, szociálisan igen aktív teremtés. Kezdetben csak az volt a szerepe, hogy megvédelmezze Kate-et a fenyegető eseményektől. Később már ő irányította az egész életet. Kate nem tudott a Jane által elkövetett eseményekről, csak a saját dolgaival volt tisztában, éle-

te töredékes volt, emlékezetkiesésként élve meg másik énje viselt dolgai. Jane mint egy betolakodó érezte magát Kate életében.

Mrs. Z. kettős személyiségének kialakulásában jól nyomon követhető szüleinek kétféle, igen szélsőséges mivolta. Anyja passzív, csendesen szemlélődő, férje irányítása alatt álló ember. Apja durva, verekedő, agresszív férfi, aki véleményét az egész családjára ráerőszakolja. Ez a kettős nevelés szigorúan vallásos, teljesítményorientált, autoriter, a szex és a düh tekintetében kifejezett ambivalenciát mutató, feszült családi légkör figyelhető meg minden több-személyiségű beteg gyermekkorában is.

Gábor Éva dr.

„Orientáló” családcsoporthok a pszichiátriai osztályos kezelés első fázisában. Scharfstein, B., Libbey, M. (State University Hospital of the Downstate Medical Center, Brooklyn, New York, 11203, USA): Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 560.

A pszichiátriai beteg kórházba kerülése a páciens és családja számára közismerten megterhelő élmény, amely a kezelés esélyeire is döntő hatással lehet. Érthető, ha

mind többet olvashatunk arról, miképpen lehetne a felvételi traumát enyhíteni. A szerző többszörös családcsoporthokot próbált erre a célra alkalmazni. Egy-egy csoport 5 családból áll (a betegeken kívül a serdülő szüleit és testvéreit, a felnőtt páciensek házastársát vonták be), egyetlen másfél órás ülést tartottak. A szociális fázist követően (feladata a szituációval való megismerkedés, feszültségoldás) edukatív jellegű a csoport, ismertetik az osztállyal kapcsolatos tudnivalókat, a kezelés fajtáit, az elbocsátás, követés körülményeit, különös tekintettel a család szerepére stb. A csoportülés utolsó részében igyekeznek a szabad problémafelvetést, megbeszélést serkenteni, meglepetéssel tapasztalták, mennyire adekvávan élnek a betegek, családok ezzel a lehetőséggel. A hasonló helyzet már e rövid megbeszélésen is azt eredményezi, hogy a családok szabadon kapcsolódnak egymáshoz, sokat tudnak máris segíteni egymásnak a kórházba kerüléssel kapcsolatos érzések (féltelmek, büntudat, szégyen, tehetetlenség stb.) feloldásában. Nemcsak a beteg, a család is fokozott figyelmet érdemel a kezelés megtervezésekor, bevonásuk, aktív részvételük akkor a legsikeresebb, ha partnerként számítunk rájuk.

Telkes József dr.

Helyreigazítás. Az Orv. Hetil. 1984. febr. 5-iki 6. száma 354. oldalán „A csontsejtek eredete” c. referátumba sajnálatos hibák kerültek. A szövegek helyesen: az első bekezdés 6—7. sorában . . . , a polynuclearis óriás *osteoclastok* több osteoblasttá oszlása által. Ugyanezen bekezdés 31—32. sorában . . . az *osteoclastok* helyén morfológiailag osteoblastok jelennek meg. A második bekezdés 9—11. sorában . . . A regenerált végtagban az *osteoclastok* jelezetteké váltak, az osteoblastok pedig nem. A harmadik bekezdés 3—4. sorában . . . az *osteoclastok* csontresorbeáló képességének hiányával magyarázta



A sclerosis multiplex immunosuppressív kezelésének metodikai és etikai vonatkozásai.

Az idegbetegségek közül néhány — különösen azok, melyek pathomechanizmusában immun vagy autoimmun folyamat szerepe, lehetsége felmerült — az utóbbi két évtizedben az érdeklődés központjába került, nemcsak neurologus körökben, hanem az általános medicinát művelők között is és világ-lapokban is. E betegségek közé tartozik a „collagen-vasculitises” csoport, az ALS, a Landry-Guillain-Barré syndroma, a poly- és dermatomyositisok, a myasthenia gravis és — kiemelkedő szereppel — a sclerosis multiplex. Az utóbbi a medicina legnagyobb problémái közé tartozik mind pathologiai, mind klinikai-immunológiai szempontból, így érthető centrális szerepe.

A kezelések és terápiás lehetőségek összehasonlítása, biológiailag és matematikailag értékelhető összevetése a kérdés „crucial point”-ja. E kérdés körül zajlanak az irodalmi viták is és a személyes — gyakran érzelmeiktől sem mentes — discussiók is. Minden biológiailag képzett kutató egyetért abban, hogy az objektív értékeléshez elengedhetetlen (az egyik tábor szerint), elengedhetetlen lenne (a másik szerint) az összehasonlító, vak, kettős vak (sőt korszerűen a kettős vak és keresztezett) módszer alkalmazása. Ez a pont és postulatum azonban azonnal etikai vetülettel is jelentkezik: Az orvos nem bíró, nem ítéletet hoz, hanem kezel, gyógyít legjobb tudása szerint, olyan tudás szerint, ami egészében vagy részben megalapozott, és semmiképpen nem ellenkezik a világon elért vonatkozó eredményekkel.

A kérdés tehát kétoldalú: egyik oldalon van a sclerosis multiplexben szenvedő beteg, akinek állapota súlyosbodik az állandó vagy gyakori exacerbatiók miatt, a folyamatos vagy lépcsőzetes progressio miatt, vagy a fellángolásokkal tarkított progressio miatt, romlik a járása, látása, magatehetetlenné válik. A másik oldalon áll a neurológus orvos, akinek döntenie kell, hogy milyen kezelést alkalmaz: sorsára (vagyis a spontán remissióra) bizza-e betegét, hatástalan vagy legfeljebb adjuvans hatású konzervatív kezelést alkalmaz, vagy megkísérel valamilyen aktív terápiát, amit az irodalom egy jelentős része hatásosnak és az adott időben a legjobb tart. Ez az a pont és idő, ahol a biológiai gondolkodású orvos is olyan érvekkel és ellenérvekkel találkozik, ahol a döntés már nemcsak biológiai jellegű, hanem etikai-filozófiai sikra terelődik. Vajon ki vagy mi hatalmazza fel az orvost (ismeretanyagán és

lelkiismeretén kívül) arra, hogy az egyik beteget a legjobb tudása és meggyőződése szerint aktív kezelésben részesítse, a másik beteget pedig kezeletlenül, kontrollként tartva sorsára bizza. Úgy véljük, e ponton kerül konfliktusba az orvos meggyőződése és a szárazon megalapozott vagy megkívánt tudás. Ezen a ponton kell döntenie arról, melyik utat választja.

Ezek a megfontolások — amiknek a kérdés biológiai és etikai irodalmában is számos megnyilvánulása van — vezettek nagyon sok kutatót és engem, valamint munkatársaimat is abba az irányba, hogy az aktív kezelést válasszuk, aminek részbeni megalapozottsága mind elméleti, mind gyakorlati szempontból nyilvánvaló.

És ami a kontrollt illeti? Erre két lehetőségünk is van, amiről nem kell lemondanunk az aktív kezelés elköteleztjenként sem. Aktív kezelésekre — általában és sajnos — többnyire későn vagy nagyon későn kerül sor, olyankor tehát, amikor az előző betegségelefejtés, a Schubok száma, ritmusa, a progressio üteme, vagy kevert lefolyású esetekben az exacerbatiók és progressio együtteséből adódó körlefejtés általában ismert és meghatározható. E betegek kezelés előtti — rendszerint hosszú — kórtörténete nem vitathatóan önkontrollos betegek nagy csoportjait jelenti. A Schub-frekvencia és a progressio skálában rögzített módja és foka numerikusan is kifejezhető az aktív kezelés előtti és utáni időszakban. A másik lehetőség valódi kontroll csoport képzése, hiszen a betegek egy — elég jelentős — része valamilyen ok miatt nem kezelhető aktív immunosuppressívval, így e betegek állapota, exacerbatio-ratioja és diagnosztikai-prognosztikai állapota éppúgy mérhető, numerikusan kifejezhető és összehasonlítható a kezelt betegek csoportjával.

A mellékhatások aránya, súlyossága elenyésző akkor, ha a kezelés előtt elvégezzük a szükséges vizsgálatokat, s csak megfelelő esetekben kezdünk aktív kezelést. A kezelés aktuális ok miatt megszakítható, majd folytatható. Fontos gyakorlati adat, hogy általában az első hat hétben eldől, hogy betegünk tartósan kezelhető-e, tehát ha az első időben nem alakul ki mellékhatás vagy contraindicatio, később ez már nem szokott bekövetkezni.

Úgy gondolom, a vázolt gondolatmenet eléggé tekinthető mind a kezelés elméleti vonatkozásában, mind az etikai megfontolások tekintetében. Befejezésül idézzük a lyoni Aimard iskolájához tartozó, az aktív terápiában igen nagy tapasztalattal rendelkező Confavreux-t: „Valójában a probléma sok-

kal inkább etikai, mint methodikai. A megtervezett terápiás kísérlet implikálja azt, hogy a betegek egy csoportja semmilyen esélyt nem kap a kezelésre. Ez a választás ellenkezik a klasszikus orvosi elvvel — különösen olyan betegségben, ami hosszú, több éves követést igényel. A mi orvoscsoportunk eddig nem lépte át e Rubicont.”

Szobor Albert dr.

Szerkesztőségi kommentár:

Az a felfogás, amelyet a levélíró képvisel, nem hagyhatja figyelmen kívül, hogy a nem célzottan alkalmazott immunosuppressív kezeléssel ártani is lehet (pl. infectio, „második tumor”). Egy terápiás eljárás eredményességének ellenőrzése nemcsak kontrollesetekkel történhet, hanem megbízható kórlapok birtokában: történelmi kontrollal is. Kivételt képeznek az „abszolút” terápiás szerek (mint az endocarditis lenta vagy a tuberculosis esetében), vagy, ha a szer in vitro is hatásosnak bizonyul, nincs feltétlenül szükség kontrollra. — Más oldalról viszont az orvosi etikával ugyancsak nem tartjuk összeegyeztethetőnek, ha egy eljárást vagy szert pusztán elméleti megfontolásból kiindulva annak hatásosságát quasi prejudikáljuk és alkalmazzuk. — Minthogy a sclerosis multiplex kóroka és biztos kezelési módja ez idő szerint nem ismeretes, a konkrét esetben az indifferens szerrel való kezelést is megfontolást kíván. Ezért etikai szempontból legfeljebb a levél szerzőjének azon megállapítása méltányolható, hogy „a kezelés aktuális ok miatt megszakítható...”

A tudománytörténeti adatok megbízhatóságáról.

T. Szerkesztőség! A tudománytörténésznek éppúgy, mint bármely más történeti tudomány művelőjének ma már természetes igénye kell hogy legyen az adatközlés pontossága, akár írja azt, akár olvassa. Érdekes volt olvasni az O. H. 1983. 124. 40. sz. Horus-rovátát, amely egészében a 90 éves Szent-Györgyi Albert biokémiai munkásságával foglalkozik. Sajnálatos, hogy W. F. H. Mommaerts californiai fiziológus hangulatos emlékiratában nem érvényesül az említett igényesség. Bár írását „A. Katschalsky-Katzir professzor emlékezetére” mondta el 1982-ben a tanulmány alcíme szerint, tartalmában Szent-Györgyi izomkutatói eredményeit foglalta össze. Ez a visszaemlékezés kétségtelenül hangulatos, — bár kissé túlzott jelentőséget tulajdonít az ünnepelt édesanyja véletlenül befolyásolt fiatalkori sorsa alakulásának, — de adatközléseiben pontatlan.

Egyik ilyen kitételét „... a 17. századi dán természetkutató, Jan Swammerdam...” még megerősíti egy furcsa párképzéssel: „... az úttörő dán mikroszkopizáló Swam-

merdam kortársa, az anatómus *van Leeuwenhoek*..” Mindebből csak annyi igaz, hogy a nevezettek valóban kortársak voltak. De Swammerdam nem volt dán*, hanem holland orvos és természetvizsgáló (Amsterdamban született 1637-ben és közelében halt meg 1680-ban), míg kortársa A. van Leeuwenhoek (1632–1723) a mikroszkópálás egyik jelentős, (de nem első) úttörőjének tekinthető, de anatómusnak semmiképpen sem. A tudományos életcélt megfogalmazó maxima szerzőjeként nem tudom, melyik 19. szd-i német tudóra gondolt Mommaerts, mert G. Galilei már a 17. szd. elején követelte: „Mégmérni a megmérhető és mérhetővé tenni a mérhetlent.”

E mégiscsak hangulatos, bár többször mellékvágányra tévedő emlékezés után külön élményt jelent prof. *Banga Ilona* lényegesen tárgyilagosabban megírt tanulmánya: „Az izomkutatás eredményei”. E kutatások aktív részvevőjeként jogosan korrigálhatta Mommaerts néhány adatát és értelmezését. Javításai lényegesen fontosabbak a bevezetőben említettekénél, mert egy szűkebb szakma történetéhez járultak megbíz-

* A hiba megjelenését nem menti az sem, ha csupán fordítási elírásból származik.

Szent-Györgyi intézetének légkörét más szempontból ismertette *Bagdy Dániel* is „Szent-Györgyi Albert műhelye” címen (Természet Világa 1983. 114. k. 9. Nr.: 419–420. o.)

ható adatokkal. Csak az kár, hogy — említett jegyzőkönyveire támaszkodva — nem támasztotta alá több pontos dátummal adatait.

Észrevételeimnek, valamint a biokémikus ténybeli helyesbítéseinek alapját egy olyan tanulmány (emlékbeszéd) képezte, amelyből ugyan szintén érezni az aktív közreműködés jeleit, de amely mégis — túlnyomórészt csak a memóriára támaszkodva, vagy néha egy-egy kijelentés „jó hangzásától” elragadtatva — bőven tartalmazott tárgyi tévedéseket (amelyek egy részét gondosabb szerkesztői munka eleve kiiktathatta volna). Végkövetkeztetés: még a primer forrásnak látszó írásokat is csak szigorú kritikával használhatjuk fel a tudománytörténeti tevékenységben.

Lambrecht Miklós dr.

A Szerkesztőség válasza:

Lambrecht dr. felhívja a Szerkesztőség figyelmét az adatközlés pontosságára a történeti tudományok művelésében, amit mi azzal egészítünk ki, hogy ez minden tudományágban elengedhetetlen követelmény és nemcsak a történet-tudományoknak kizárólagos tartozéka. Ugyanakkor tudatában vagyunk annak, hogy a hibamentes kutatás és közlés utópia. A Swammerdamra vonatkozó és valóban fordítási elírásból származó téves adatot még levele vétele előtt, múlt évi, 48. számunkban helyesbítettük. Mommaerts professzor emlékezőadásának jellege az esszé és memoár műfajához áll közel, ami távolról sem követeli meg az adatoknak olyan pontosságát, mint a legszorosabb értelemben vett tu-

dományos közlemények. Hangulatos tudománytörténeti eszmefuttatását olyan írásműnek tekintjük, amely megfelel a Horus-cikkek követelményeinek. A legtávolabbról sem akarjuk a tárgyi tévedéseket menteni, azonban az írás kapcsán a hibák bőségéről beszélni, túlzás. A Szerkesztőség a maga részéről nagyon elégedett volna, ha csak ilyen fajsúlyú hibák adódnának elő munkájában és ilyen „bőségben”. A hozzászóló által hangoztatott igényekből arra lehet következtetni, hogy a szerkesztés munkájában aligha lehet járatos.

A helyes ortográfiáról.

T. Szerkesztőség! Pácz Zoltán és Czappán György (Orvosi Hetilap, 1984, 125, 97.). Nyaki régióra lokalizált fascitis nekrotizans című közleménye kitűnő írás; egyetlen helyesírási megjegyzésem van: a latin mondatban vagy szókapcsolatban (főnév + jelző) szereplő kifejezéseket írjuk továbbra is latinosan, a cimben szereplő kitétel helyesen fascitis necrotizans (az összefoglalóban egyébként így is írták a szerzők). Ha magyarosan kívánja valaki írni, írja teljesen magyarosan: fascitisz. De úgy vélem, a latinus szórendben írt jelzős kifejezést mindenkor latinosan kell (nemcsak szabad) írni.

Cholnoky Péter dr.

Köszönjük a hozzászólást. A szerkesztőségnek az a kérése, hogy a szerzők tartsák magukat azokhoz az irányelvekhez, amelyeket az 1984. évfolyamunk 5. számában tettünk közzé.

METASEPT®

tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer koncentrátum

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező felület-fertőtlenítőszer koncentrátum.

HATÓANYAG: alkil-dimetil-benzil-ammóniumklorid (Lutersit-K-LC-80, BASF, Ludwigshafen).

HATÁSSPEKTRUM: Baktericid-fungicid, algicid.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Gyógyító-megelőző intézmények mosható padló- és falburkolatainak, felszerelési és berendezési tárgyainak tisztító hatású fertőtlenítő takarítására.

ALKALMAZÁSI KONCENTRÁCIÓ: 1 térfogat⁰/₀.

Az 1⁰/₀-os METASEPT oldatot a fertőtlenítendő felületre való felvitel után rá kell hagyni száradni, azt leöblíteni vagy letörölni nem szabad.

A METASEPT súroló-, takarítógépekhez is alkalmazható.

A készítmény nem keverhető szappannal vagy más mosó-, illetve tisztítószerrel.

Kellemes illat, jó közérzet, kézkímélő, kézvédő adalékot tartalmazó tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer.

METASEPT!

Gyártja: a Körösladányi METAKÉMIA Ipari Szövetkezet.

Forgalmazza: AZUR Kereskedelmi Vállalat, Budapest.





KÖNYVISMERTETÉS

Reifferscheid, M.: Rektumkarzinom. Sphinktererhaltende Operationsverfahren. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 1983. 121. oldal, 122 ábra, 22 táblázat. Ára: 98,— DM

22 szakember (anatómus, patológus, sebész), 5 országból (NSZK, Ausztria, Nagy-Britannia, USA, Brazília), 16 fejezetben tárgyalja a végbélrák szfinktermegtartásos műtéti módszereinek problémáit.

Az első fejezet 4 oldalon rövid, de teljes történelmi áttekintést ad a végbélrák sebészeti kezeléséről, különös tekintettel a szfinktermegtartó műtétekre.

A *végbél anatómiája* 13 oldalon tulajdonképpen nem mond semmi újat az eddig ismertekhez képest, de nagyon szép és tanulságos ábrákkal illusztrálja a szöveget.

A harmadik fejezet, 4 oldalon, a *végbélrák magassági elhelyezkedésének meghatározását* tárgyalja digitális-rektális vizsgálattal, rektoszkópiával és irrigoszkópiával. A különböző módszerek megítélése között 4 cm magassági különbség is előfordulhat.

A negyedik fejezet, 7 oldalon, a *próbaexerzió* technikáját ismerteti. Polipusoknál lehetőleg totális excíziót kell végezni, hogy a daganatos invázió mélysége megíthető legyen. Az eljárás rendszerint rektoszkópon át keresztülvihető, csak kivételesen van szükség rectotomia posteriorra.

Négy oldalon a betegek „*operációs toleranciáját*” tárgyalják. Ezen a kifejezésen a betegek egyénileg különböző képességét értik, hogy hogyan fognak egy nagy műtétet testileg és lelkiileg elviselni. Ez a kérdés annál inkább is fontos, mivel a betegek többsége életének hetedik évtizedében jár.

Négy oldalon tárgyalják a *klinikai stádiumbesorolást* (clinical staging) Mason szerint. A régi Dukés-féle és a modern TNM-rendszerbe sorolás csak posztoperatíván lehetséges. A Mason-féle besorolás digitális-rektális vizsgálattal és távoli áttétek keresésével már preoperatív megejthető.

Öt oldalon foglalkoznak a *végbélrák sebészeti patológiájával*. Itt azt a meglepő megállapítást teszik, hogy elegendő a daganat alsó széle alatt mindössze 1-2 cm-es távolságban rezekálni, mivel a végbélrák — ellentétben pl. a gyomorrákkal — általában olyan jól differenciált adenokarcinóma, melynek makroszkópos és mikroszkópos határa egybeesik.

Reifferscheid, 19 oldalon, nagyon szép ábrákkal illusztrálva leírja a *végbél mély elülső rezekciójának technikáját*, amit akkor végez, ha

a daganat a végbél mobilizálása után az anokutánhatártól 6-7 cm távolságban fekszik. Az anasztomózist vagy kézzel varrja egy soros, vagy kétsoros varrattal, vagy varrógéppel készíti el. Minden mély elülső végbélrezekciót tehermentesítő kolosztomiával fejez be. A 168, általuk így operált beteg öt éves túlélése 51% volt.

A brazil Cutait, 8 oldalon, az *abdominoperineális áthúzásos eljárásnak* egy általa kidolgozott kétlépcsős változatát írja le. Ezenkívül ismertet más áthúzásos módszereket is.

Hawley, a St. Mark's Hospital sebésze, egész mélyen fekvő végbélráknál, ahol a linea dentata fölött csak mintegy 1 cm széles ép végbélfal marad a rezekció után, *peranális kolorektális anasztomózist* készít. Tíz év alatt 69 ilyen műtétet végeztek.

A következő fejezet a nagyon mélyen ülő végbélrák *traszszfinkteres feltárását* mutatja be. A hason fekvő betegen, a végbélnyílás felől hátul fölhasítja előbb a külső, majd a belső szfinktert, végül a nyálkahártyát. Az így feltárt canalis analis-ból, helyi kímetszessé, eltávolítja a daganatot, majd rétegesen rekonstruálja a végbél átvágott falát.

Külön fejezetben tárgyalják a *kolorektális anasztomózisok inszufficienciájának* patogenezisét, diagnosztikáját, terápiáját és megelőzésének lehetőségeit. Hangsúlyozzák, hogy a szfinkterapparat megartása nem mehet a radikalitás rovására és hogy a bélkontinuitás helyreállítását nem szabad életet veszélyeztető anasztomózisszövődmények árán erőltetni.

Reifferscheid, mindössze 3 oldalon, külön is tárgyalja a *varratelégtelenség* gyakoriságát (elérheti a 45%-ot is), okait és megelőzésének módjait. A legfőbb tényező a jó műtéti előkészítés egyrészt a bél átmosásával, másrészt antibiotikumokkal.

Külön fejezet tárgyalja a *szfinkterműködést mély végbélrezekció után*. Az a véleményük, hogy bár kisebb-nagyobb záróizom-sérülés bekövetkezik ezeknél a műtétknél, az esetek 92–94%-ában a kontinencia helyreáll.

A következő fejezet a *recidívák gyakoriságával*, diagnosztikájával, operatív, kemoterápiás és sugárterápiás kezelésével foglalkozik — szfinktermegtartásos műtétek után. Mindezek az eljárások kevés sikerrel kecsegtetnek. Ezért nagyon fontosnak tartják a műtét közbeni szövettani gyorsdiagnosztikát, hogy a rezekció biztosan az éppen történjék.

Az utolsó fejezet a *végbélrák prognózisát* tárgyalja. Ezt befolyásolja a beteg kora, a tumor helyzetének magassága, növekedésének módja, a Dukés-stádium, amelyben a műtét történt, betörése a nyirokutakba és a vénás rendszerbe.

Ez a kis könyv sok érdekes, új módszert ismertet, megfontolásra érdemes gondolatokat ébreszt az olvasóban. Emellett az embernek az az érzése, hogy túlságosan erőlteti a szfinktermegtartásos műtéteket olyan esetekben is, amelyekben ezek a módszerek, világirodalmi adatok szerint, nem egyértelműen elfogadottak. *Littmann Imre dr.*

Reifferscheid, M. Weller, S.: Chirurgie. G. Thieme Verlag Stuttgart—New York, 1983. 877 oldal, 517 ábra, 83 táblázat. Ára: 39,— DM

Reifferscheid és Weller zseb-könyve elsősorban általános orvosok részére készült. Átfogó képet ad a teljes sebészetről. Az általános rész a betegvizsgálat menetét, a sebellenítést, helyi érzéstelenítést, kötözéstechnikát, a sürgős ellátás irányelveit, műtéti elő- és utókezelést, stb. tartalmazza. A részletes rész valamennyi lényeges sebészeti megbetegedést és azok operatív terapiáját prezentálja. Előnye a rövidre fogott, de mindenre kiterjedő tartalom, melyben talán egyetlen fölösleges mondat sincs, valamint az alapvető dolgok és bonyolult pathophysiologiai folyamatok, egyaránt, jól érthető ábrákkal illusztrált, ismertetése.

56 fejezetre tagozódik. 16 az általános sebészettel, 38 a speciális sebészettel, 1 a rehabilitációval, és 1 a betegbiztosítással foglalkozik.

Az általános részben a betegvizsgálaton, sebellenítésen, sebfertőzésen kívül helyet kap a kötözés technikája is. Általában az ápolónők, asszisztensek részére készült tankönyvek tárgyalják a kötözést, pedig orvosoknak még jobban kell érteniük egy kötés, vagy gipszrögzítés szabályszerű felhelyezéséhez, mint az asszisztenseknek. Az a sepsis és antisepsis ismertetésén kívül, mely minden sebészeti tankönyvben megtalálható, szerzők nem tartják „rangon alulinak” a sebészeti műszerek bemutatását sem.

Fontosságának megfelelő terjedelemben foglalkozik a könyv a shockkal. Kórélettanát, a kapcsolatos szervek elváltozásokat, tüneteit, terapiáját, különböző formáit rendkívül szemléletes ábrák segítségével tárgyalja. Az égéssel, annak pathophysiológiájával és kezelésével, külön fejezet foglalkozik. A sürgős, életmentő beavatkozások, a reanimáció szabályai ugyancsak jelentős helyet foglalnak el. A könyv gyakorlatiaságát mutatja, hogy a baleset színhelyén, az elsősegélynyújtás teendőit, a sérült kettetésétől a transport triage-ig pon-

tosan meghatározza, megszabva azt is, hogy milyen műszerek és gyógyszerek kell tartalmaznia az elsősegély-ládának. A sebészet tárgykörébe tartozó életveszélyes állapotok kezelésén kívül, egyéb sürgős esetek ellátását is tartalmazza a könyv. Szerzők precizitását bizonyítja, hogy felsorolják annak a 13 centrumnak a pontos címét és telefonszámát, melyek a mérgező esetek ellátására vannak kijelölve az NSZK-ban. A polytraumatisáltak, tömegesen sérültek ellátásának korszerűségét az is igazolja, hogy sajnos foglalkozniuk kell az atomrobbanást követő teendőkkel is.

Közel 90 oldal tartalmazza a műtéti előkészítést, az utókezelést, a postoperatív szövődeményeket. Némi helyen csupán az alapvető dolgokra szorítkoznak, de ha szükséges, mint a folyadék- és electrolyt háztartás, anyagcsere, sav-bázis-egyensúly esetében, minden lényeges körülményre kitérnek. Tág teret kapnak a coagulopathiák, a thromboembóliás szövődemények. Röviden foglalkoznak a szervtranszplantációkkal, csupán olyan mértékben, amennyire az általános orvosi ismeretekhez szükséges. Az általános onkológia fejezete a tumorok fajtáit, az áttétek terjedési módját, a daganatos megbetegedések diagnosztikáját, klasszifikációját, prognózisát, a tumorsebészet alapjait tartalmazza.

A részletes rész a sebészeti megbetegedésekkel és azok műtéti terápiájával olyan röviden foglalkozik, amennyire az lehetséges, és olyan részletesen, amennyire az szükséges. A speciális rész a könyv háromnegyed részét foglalja el, melynek egynegyede traumatológia. Külön fejezet tárgyalja a koponya, gerincoszlop és a végtagok sérüléseit, illetve a hasi sérüléseket. Hosszúra nyúlna, a sebészet minden területét felölelő, valamilyeni fejezet felsorolása, ismertetése. Csúszó néhány jellemzőre szorítkozom. A koponyasérüléseknél szerepelnek az epi- ill. subduralis haematomák, másról a koponyacsontok és gerincoszlop daganatait, de nincs szó az agy- és gerincvelő daganatairól. A gerincoszlop betegségeiről szóló fejezetben a spondylitis különböző formái, a gerincoszlop veleszületett és szerzett deformitái stb. mellett hiányzik a discus hernia. Ezek a hiányok azonban nem csökkentik a mű értékét. Az egyes betegségek részben tájanként (fej, nyak, mellkas), részben szervek, szervrendszerek szerint kerülnek taglalásra. Külön fejezetet alkot az érsebészet, a plasztikai sebészet, az acut has. Általában köréletlan, klinikai tünetek, vizsgálati módszerek, műtéti indikációk, műtéti megoldások és azok rizikója, postoperatív szindrómák, prognózis a tárgyalás sorrendje. Az arányok a betegségekhez igazodnak. Hol részletesebben, hol szerényebb terjedelemben foglalkoznak egy-egy

körképpel, gyakoriságának, jelentőségének megfelelően. Táblázatok, pontokba foglalt rendszerezés teszi áttekinthetővé, könnyen érthetővé az anyagot. A műtétek felsorolásán kívül néhány megoldás ábrák segítségével bemutatásra is kerül.

A rehabilitációról szóló fejezet felhívja a figyelmet a terápia ezen fontos kiegészítő részére. A gyógytorna nemcsak utókezelés, hanem kísérő kezelés is. Műtét előtt kell a beteget megtanítani a műtét utáni tornára — állapítják meg a szerzők. Az egyéb fizikális gyógymódokat, mint balneoterápia, elektroterápia stb. csak megemlítik.

A megbiztosítás az NSZK-ra vonatkozik. A sérültek mozgáskorlátozottságának megállapítása és az ezzel kapcsolatos véleményezés tarthat igényt érdeklődésre.

Az alap kutatás és a technika újabb eredményei a diagnosztika fokéletesítését, a műtéti rizikó csökkentését tették lehetővé. A könyv szerzői újabb kiadások megjelentése útján igyekeztek a gyors fejlődés lépést tartani. Az első kiadás 1970-ben jelent meg, s már a 6. nál tartanak. Kétévenként, az újabb kutatások eredményeivel kiegészítve, mindig aktuális szintre emelték a könyvet. A jelenlegi, 6. kiadás a sebészet mai állását tartalmazza.

Összefoglalva: A mű kitűnő sebészeti tankönyv orvostanhallgatók részére, ugyanakkor könnyen használható kézikönyv gyakorló orvosok számára. De nem utolsósorban ajánlható sebészeknek, az ismeretek felújítása és az újabb eredmények nyomon követése céljából.

A kétszínű, piros-fekete ábrák nagymértékben elősegítik a szöveg érthetőségét, sőt több helyen pótolják is azt. A könyv nemcsak tartalmánál, hanem zsebkönyv formájánál, szerkesztésénél fogva is rendkívül hasznos és praktikus.

Viczián Antal dr.

Brigitte Woggon: Prognose der Psychopharmakotherapie. Klinische Untersuchung zur Voraussagbarkeit des Kurzzeittherapieerfolges von Neuroleptika und Antidepressiva. 1983. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 91 old. (Neue Folge, Bd. 16). Forum der Psychiatrie sorozat)

A vékony kötet lényegében egyetlen empirikus tanulmány. A pszichofarmakológiai eredmények előrejelezhetőségét kutató szerző azt a kérdést tűzte maga elé, mennyiben lehetséges előre megmondani, melyik beteg milyen neuroleptikumra vagy antidepresszívumra fog reagálni, milyen tünetei változnak és mekkora adagot kell felhasználni. Az irodalomban számos prognosztikus tényezőt sorolnak fel a pszichofarmakológiai vizsgálatok, de a szerző ezeket nem tartja bizonyítottak, mert általában kisebb mintákon végezték

őket, és nem sikerült utánvizsgálattal megerősíteni az eredményeket. Minderesetre saját kutatásában ezekből az adatokból indult ki. Felhasználva az ún. AMP dokumentációs rendszer kategóriáit (egy német, svájci, osztrák munkacsoport nemzetközileg ismertté és elismertté vált dokumentációs rendszere ez), 34 tüneti ill. anamnesztikus vagy prediktív súlyát vizsgálta meg, 187 olyan schizophrén beteg, akik neuroleptikus kezelést kaptak és 86 endogén depressziós beteg, akik antidepresszáns kezelésben részesültek. A vizsgálatokat több éven át végezte, Jules Angst svájci klinikáján, a klinika egész apparátusának segítségével. A betegek 20 napig kapták a kezeléseket és 20 nap után vették fel a tüneti állapot képét az AMP rendszer fogalmi szerint. Az eredményeket matematikailag értékelték. A kötet nagy része a vizsgálati program leírását és az adatok bemutatását tartalmazza.

A szerző végül azt találta, hogy semmilyen prognosztikai összefüggés nem bizonyítható be a gyógyszer-választás és a gyógyszerhatás, valamint a kezdeti pszichopathológiai állapot között, vagyis a gyógyszeres terápia rövid távon nem prognosztizálható. A szerző következtetése az, hogy tovább kell kutatni a kérdést. Saját vizsgálatait is tovább folytat, újabb tapasztalatai szerint 10—14 napos próbaterápia megfigyeléséből szűrhetők le olyan adatok, amelyek a következő hetek terápiás választás előre képesek jelezni. E vizsgálatok azonban nem fejeződtek még be. A szerző leginkább abból a szempontból tartja fontosnak jelenlegi vizsgálatait, mert az is leszűrhető belőlük, hogy negatív prognosztikai korrelációk sincsenek, tehát nem lehet betegeket kirekeszteni a kezelésből, mindig érdemes a terápiával próbálkozni.

A kis kötet a mindennapi pszichiátriai gyakorlat szempontjából igen érdekes. Józan kételyt támaszt a gyakorlatban igen elterjedt prognosztikus elképzelésekkel kapcsolatban, mely elképzelések helyenként szinte lokális dogmává válnak és a gyógyszeres kezelést meghatározói lesznek. Bizonyítja, hogy ma még minden gyógyszerterápiás kezelés lényegében próbálkozás, kísérlet, aminek globális statisztikai valószínűségeivel számolhatunk, de pontos előrejelzésére még nem vagyunk képesek.

Buda Béla dr.

Méhes K.: Minor malformatiok újszülöttekben. (Minor Malformations in the Neonate) Akadémiai Kiadó, Budapest, 1983. pp. 1—129.

A kisalაკú, papírborítású könyv — az Előszón (G. Stalder, Basel írta), a köszönetnyilvánításon és a két oldalas Bevezető megjegyzésén túl — lényegében két részből áll. Az első részben a minor mal-

formatiók általános jellemzésére vállalkozik a Szerző. A minor anomáliák — a D. W. Smith iskolája által adott definíció szerint — olyan relatíve ritka struktúrális variációk, amelyeknek nincs orvosi vagy kozmetikai jelentősége. Lényegében tehát veszélytelen „jelek”-ről van szó, és éppen ezért egészséges emberekben is előfordulhatnak. Kiderült azonban, hogy a nagyobb fejlődési rendellenesség-szindrómák részjelenségei („tünetei”), másrészt a belső, rejtett major rendellenességek kísérőjelenségei lehetnek. S ezek a külső-látható jelek éppen az utóbbiakra hívhatják fel a figyelmet, elősegítve a korábbi diagnózist és a hatékonyabb kezelést. Méhes Károly doktori disszertációjaként — amely e könyv alapjául szolgált — 1972 és 1978 között 4589 újszülöttnél 30, majd később 41 minor anomalia kóriszűzésére vállalkozott a csecsemők rutinszerű fizikai vizsgálata keretében. E gyermekeket 1—4 éven át követelt nyomon. Két kérdésre kívánt választ kapni: (1) Az újszülöttekben észlelt minor anomáliák hányad része figyelhető meg a későbbiekben is. (2) Milyen gyakran társulnak a minor anomáliák különböző tünetmentes csecsemőkben belső-rejtett major rendellenességekkel. Az újszülöttek kb. 15%-ában (pontosan 16,5%) észlelt minor anomáliákat. Abban a 99 csecsemőben azonban, akiknek egy vagy több major rendellenessége is volt, össz-gyakoriságuk 51,5%-ra emelkedett. 3 vagy több minor anomalia nagyon ritkán (0,8%) fordult elő olyan csecsemőkben, akikben a későbbiekben sem derült fény major rendellenességre. Viszont a major rendellenességgel sújtottaknál 13,1%-ában volt 3 vagy több minor anomalia. Míg az időse született (> 37 hét) és megfelelő súlyú (> 10 percentil) újszülötteknek csak 10%-ában, addig az idő előtt világra jött (< 37 hét) „valódi” koraszülöttek 23%-ában és az időse született kis súlyúak 36%-ában talált minor anomáliákat a Szerző. Ezentúl elemezte az anyák korábbi terhességeinek kimenetelét és a pozitív anamnézisű (spontán vetélés, halvaszületés, veleszületett rendellenesség és ismeretlen eredetű csecsemőhalál) esetekben a minor anomáliák gyakoriságát 32%-nak találta a negatív előzményű esetek 14%-ával szemben. Vizsgálati adatai megerősítették, hogy a minor anomáliákat a prénatalis fejlődési zavarok nem-specifikus jelének kell tekinteni és éppen ezért gyakran társulhatnak súlyosabb értelmekkel (multiplex, vagy belső rendellenességekkel, értelmi fogyatékkal). Mindezek alapján dolgozta ki fizikai „szűrőmódszerét”, amely szerint a pozitív családi anamnézis 2 pontot, a méhen belüli növekedés retardáció 2 pontot, és hat könnyen felismerhető minor anomalia mindegyike 1—1

pontot kap. 10 000 látszólag normál újszülött közül kb. 2—3% kap 3 vagy több pontot és e csoport mintegy 15%-ában lehet a részletes gyermekgyógyászati és genetikai vizsgálat során komolyabb fejlődési zavart igazolni.

A könyv második részében az egyes minor anomáliák fontosabb adatait, a diagnosztikai feltételeket és klinikai jelentőségüket mutatja be Méhes Károly.

A kis könyv elméletileg (teratogenesis) és gyakorlatilag (korai diagnosztika) fontos témában elért sikeres kutatómunkáról tesz tanúbizonyságot. Mindez csak növelni fogja Méhes Károly dr. már amúgy is jó nemzetközi hírnevét. Munkája arra is példa, hogyan lehet hazánkban — nagyobb anyagi befektetések nélkül — nemzetközileg is jegyzett, ugyanakkor közvetlenül a klinikai gyakorlatban kamatoztatható kutatásokat végezni.

Mint minden tudományos munkában, ebben is vannak vitatható pontok. Ilyen a megnevezés. Az Előszóban Stalder professzor is kifogásolja a „malformáció” használatát — ijesztőnek tartva azt ilyen kis variációkra. Magam ehhez még hadd tegyem hozzá, hogy az anomáliákban belülről a morfológiai fejlődési zavarok (abnormalitások): aplasia-dysplasia, malformatio, deformatio, disruptio csoportokat, tehát meghatározott fejlődési zavarokat foglalnak magába. Véleményem szerint az anomália — tehát a legtágabb értelmű — megnevezést lenne helyes használni. Ezentúl a felsorolt minor anomáliák közül több nem felel meg a definíciónak, pl. a congenitalis inguinális sérvet kötelezően operálni kell, hiszen az ennek elmulasztásakor bekövetkező kizáródás még lethális is lehet. A kiadót is nehez dicserni a könyv címlapjáért. Miért a NEONATE-t emelték ki tipográfiailag, amikor a minor malformatio a lényeg? A kék színű nyomás pedig már megjelenéskor kopott külsőt ad az értékes könyvnek. Végül az 1979-ben megírt kézirat nemzetközi sikerét a gyorsabb kiadás segíthette volna. Mindezekben a dohogásokon túl mind a szerzőnek, mind az Akadémiai Kiadónak értékes orvosi és tudományos munkát köszönhetünk.

Czeizel Endre dr.

Karsai Ferenc (szerk.): **Állatorvosi kórélettan**. Második, jelentősen átdolgozott kiadás. **Mezőgazd. Kiadó**. Budapest, 1982. Ára: 175,— Ft.

A kórélettan 1974 óta szerepel kötelező tantárgyként a magyar állatorvosképzésben. Bevezetését az tette szükségessé, hogy a korszerű, a nagy hozamok elérésére törekvő haszonállattartás olyan — az extenzív állattenyésztés körülményei között nem vagy alig ismert — állategészségügyi kérdések egész sorát vetette fel, amelyek megoldására az állatorvos csak alapos és az

addigiaknál szélesebb élettani-kóréletteni szaktudás birtokában képes.

Az állatorvosi kórélettan határai — hasonlóan más tárgyakéhoz — viszonylagosak, célszerűségi és didaktikai szempontok által alakíthatók ki, amelyekre még hatással van az egyetemi oktatás hagyománya is. Ez utóbbira példa a nálunk tradicionálisan igen erős kórtan-kórbonctan oktatásának tematikája. Ez utóbbi az oka annak, hogy más, külföldi állatorvosi egyetem kóréletteni tananyagával szemben, nálunk az általános kórbonctan keretében foglalkoznak pl. a gyulladás, a regresszív elváltozások, a daganatok kórfejlődésének kérdéseivel. A hazai állatorvosi kórélettan oktatásának és kutatásának a súlypontja az élő állatokon biokémiai módszerekkel felismerhető kóros folyamatok és szervek irányába tolódott.

A hazai orvosi és az állatorvosi patofiziológia között lényegbeli azonosságok, hasonlóságok, valamint eltérések egyaránt adódnak. A tárgy megfogalmazása, felépítése, a művelésre való eljárások, oktatásának célja, felfogása mindkét szakmában megközelítően azonosnak mondható. A diszciplínák anyaga — fejezetenként, részenként igen változatos mértékben — azonban különbözik egymástól. Az eltérések jelentékenyebbek, mint a normál fiziológia területén. Ez annak a következménye, hogy a humán és a veteriner kórélettan anyagával kapcsolatban a tárgyra épülő diszciplínák igényei nagyon eltérőek. Az állatorvostudomány — a volumenében és a mélységében egyaránt — főleg az anyagforgalom, az emésztés, a májműködés és a szaporodás zavarainak ismerete iránt támaszt követelményeket. A humán patofiziológiához képest szerényebb az idegműködés, a fajfenntartással kapcsolatban nem álló endokrin működés, sőt még a vérkeringés vagy a légzés tárgyalása is. Nem is beszélve arról, hogy olyan, az állatorvosi szempontból meghatározóan fontos kérdések, mint az előgyomor-emésztés, a kórinduló állatok sajátos anyagforgalmi zavarai vagy az állatok kóros viselkedéstana a humán kórélettanban a dolgok természetéből adódóan nem szerepelnek.

Az első magyar nyelvű Állatorvosi kórélettan ugyancsak a Mezőgazdasági Kiadó gondozásában, egy szerzői kollektíva tollából, 1974-ben jelent meg. A könyv szerkesztésére és nagy részének megírására a tárgy előadója, **Karsai Ferenc** egyetemi tanár vállalkozott. A munka a maga idejében sikert aratott, elnyerte a Művelődési Minisztérium kiadói főigazgatósága díját, példányait az érdeklődő szakemberek hamar felvásárolták. Itt jegyezzük meg, hogy célszerűségi okokból az állatorvosi szakmában egy szakkönyv nemcsak az egyetemi oktatás tankönyveként, hanem a

2 éves szakállatorvos-képzés és a gyakorlat igényeit kiszolgáló kézikönyvként is kell hogy szolgáljon.

A második kiadást azonos szerzői kollektíva (*Bokori József, Boldizsár Harrison, Haraszi János, Horváth Zoltán, Karsai Ferenc, Kassai Tibor, Kutas Ferenc és Tóth Béla Lajos*) írta, és az 886 oldal terjedelemben, 247 szövegközi ábrával és 66 táblázattal jelent meg.

A könyv eleje, a „Betegség”, annak fogalmát, oktatást, körfejlődését, tünettanát stb. tartalmazza. Ez új rész az első kiadáshoz képest. Ezután a „Vér és vércépző szervek” fejezetben a vérmennyiség változásairól, a vörösvérsejtek — különös tekintettel az anaemia kóreléttanára —, a fehérvérsejtek, a véralvadás (haemorrhagiás diathesis), a vérrögképződés, a vércépző szervek és a RES működésének zavarairól kaphatunk képet. A „Vérkeringés és nyirokáramlás”-ban a szívelégtelenséget, a szív egyes alkotó elemeinek elváltozásait, a peripheriás vérkeringés elégtelenségét (sokk), majd a nyirokáramlás kóros eltéréseit olvashatjuk. A „Légzés” a külső és belső légzés bántalmazottságát, ill. elégtelenségét, a hypoxia okainak típusait írja le.

„A táplálóanyagok emésztése és felszívódása” — több mint 100 lapon — a takarmányfelvétel és az emésztést előkészítő folyamatok zavarainak leírásával kezdődik, amelyet a kérődzők gyomorműködésének ismertetése követ. Ezután adják a szerzők az együregű gyomor és a bél működési zavarainak a leírását. Külön részt szentelnek a házimadarak emésztésének. A „Májműködés” kóreléttani kérdéseinek ismertetése ugyancsak jelentőségéhez méltó terjedelemben történik. Ebben az epefesték-anyagcsere zavarairól, a májparenchyma működési elégtelenségéről, mérgeztelenítő, el- és kiválasztó tevékenységéről kaphatunk képet. Végezetül a hepatopathiák kialakulásának körülményeivel foglalkozik a szerző. Az „Anyagforgalom” fejezet több részre tagozódik, és egyben a legnagyobb terjedelmű, több mint 200 oldalt tesz ki. Először a túltáplálás és elhízás, valamint az éhezés leírása következik. Ezután a fehérje- és az aminosav-anyagcsere kifejtése kerül sorra. Majd a szénhidrát- és a zsíryananyagforgalom kóreléttani kérdéseit taglalják. Röviden foglalkoznak a különféle vitaminhiányokkal, részletesebben a víz-, a sav-bázis és sóforgalom (Na, K, Cl) zavarairól. Ezeket az anyagrészeket a Ca-, a P-, majd a Mg-metabolizmus kóros eltéréseinek leírása követi. Az anyagforgalom fejezete a mikroelemek rövid összefoglalásával zárul.

„A vizelet kiválasztása és ürítése” fejezet a veseműködés zavarait, ezek hatását a vizelet mennyiségére és minőségére, a veseelégtelenség kóreléttani kérdéseit és az alsóbb húgyutak elváltozásait adja meg. A házimadarak veseműködése c.

részben kerül sor a húgyanyagforgalom kóros elváltozásainak kifejtésére.

„A szaporodás életműködései” a nő- és himivaru állatok fajfenntartásával és nemi működésével kapcsolatos endokrin zavarait, a vemhesség hormonális rendellenességeit taglalja. A „Tejválasztás” tárgya a tejmirigyműködés neurohormonális zavarai, a laktáció kérdései.

„A mozgás szerveinek működése” fejezetben a kötőszövet sejtközötti állománya, a csontozat, az ízületek, valamint a vázizomzat eltéréseiről kaphatunk képet.

Az „Idegműködés” az agyvelő diffúz jellegű és meghatározott területeire lokalizálható bántalmival, az agyvelő-idegpárok, valamint a gerincvelő patológiás funkcióival foglalkozik. Ide csatlakozik a háziállatok viselkedésének is. Az „Endokrin mirigyműködés” rövid összefoglalása a hormonális zavaroknak, amelyek a fajfenntartással függnek össze. A „Hőszabályozás” a meleg és a hideg külső környezet káros hatásaival, valamint a hőszabályozási mechanizmus elégtelenségével foglalkozik; ez utóbbi főleg a láz kóreléttanára terjed. A „Bőr” a bőr elszarusodásának, pigmentációs zavarainak, túlburjánzásának, kóros fenyérzékenységének, valamint allergiás folyamatainak kérdéseivel foglalkozik.

Az „Immunmechanizmus” az immunválasz kóreléttanát, a fertőzéssel szembeni védekezést, az immunreakciók patogén hatását, az immunfolyamatok szerepét a baktériumos, a vírusos és a parazitás betegségek körfejlődésében, végezetül az immunrendszer működésének zavarait taglalja.

A könyv függelékeként az SI-mértékrendszer alkalmazását, az átszámítási tényezőket találjuk. A munka tartalomjegyzékkel kezdődik és azt részletes tárgymutató zárja be.

Számos fejezet bevezetőjeként a szerv vagy szervrendszer normál élettani működésének leírása található, ezt hasznos lenne — apróbb betűkből szedve — olvasni valamennyi fő fejezet elején. Egyet lehet érteni a szerkesztővel (a szerzőkkel), hogy a szakkifejezések nagy részének magyar megfelelőjét használják a címekben is, és zárójelben a latin (latinisított) eredeti terminus technicus áll. Helyteleníthető viszont az anatómiai nevek, kórfolyamatok magyaros írása (pl. kólon, koronáriák, hemoperikardium, diasztole, atelektázia, gasztritisz, hipoklorémia), még kevésbé tartható helyesnek, ha „laktobacillus”-fajokról olvashatunk a könyvben.

Mindez természetesen nem von le semmit a kézikönyv értékéből. Jó kézbe venni, beleolvasni, és biztos abban a recenzens, hogy a második kiadásnak is, az elsőéhez hasonlóan, nagy sikere lesz.

Holló Ferenc dr.

Rames, Ivan: Fyziologie vyzivý (A táplálkozás élettana). Avicenum, Prága, 1983. 12 táblázat, 18 ábra, 224 oldal. Ára: 15 csehszlovák korona.

A szerző korszerű összegezést nyújt a táplálkozásélettani eredményeiről. Az első fejezet a szervezet energiaforgalmának szabályozásával foglalkozik, táblázatokban szemlélteti az életkor és nem szerinti az energiaigényt. Erdeme, hogy az életkori beosztásban figyelembe veszi az Egészségügyi Világszervezet ajánlását, ti. a 60—74 éveseket „idősödőknek”, a 75—89 éveseket „időseknek” tünteti fel. A következő három fejezet a fehérjék, a zsírok és a szénhidrátok biokémiáját ismerteti. Bemutatja a kémiai szerkezetet, majd a fő funkciókat sorolja föl. Közli azt is, hogy mely élelmiszerek milyen tápanyagokat tartalmaznak.

A további fejezetek a vízben, majd a zsírban oldódó vitaminok, az ásványi anyagok és vitaminok jelentőségét tartalmazzák. Olvashatunk a tápanyagok biológiai értékéről. Ezután az emésztési folyamatok ismertetése következik. A szerző alfejezetekben ír az emésztőnedvek termelésének szabályozásáról, a táplálkozási reflexekről. Rövid, de világos áttekintést kapunk gastrointestinális hormonokról, az emésztőnedvek összetételéről, mennyiségéről, funkciójáról, az enzimatikus folyamatokról. Szóba kerül a felszívódás — mely anyag hol, hogyan kapcsolódik a biológiai körforgásba. Ugyancsak tömör leírásban szerepelnek a sejtananyagcsere lépései, az energiaátalakulási folyamatok, a Krebs-ciklus. A szerző kellő mértékben foglalkozik a vízháztartással, az elektrolyttal, a sav-bázis egyensúllyal. Válaszolja egyes szervek, szervrendszerek szerepét az anyagzállásban, illetve metabolizmusban, pl. a vérkeringés, a máj, a vese funkciójáról ír. Külön fejezet témája a neurohormonális szabályozás. Néhány hormon, pl. az inzulin, a glukagon, az aldosteron hatásairól olvashatunk. A könyv utolsó részében jól összeállított táblázatok igazítanak el a különböző tápanyagok, vitaminok stb. életkor szerinti igényéről. Végül bőszéges tárgymutató kapott helyet.

A kötet szerkezetén, ismeretanyagán érződik a táplálkozástudomány terén elismert szerző gyakorlati készsége. A szemléletes ábrák, táblázatok jól segítik a mondánivaló megértését. A valóban hatalmas anyag válogatása, tömörítése nem lehetett könnyű feladat, de sikerült megoldása. Hadd emeljük ki; a szerzőnek arra is volt gondja, hogy idézze a régi, pl. a salernói iskola véleményét és vázolja néhány kiemelkedő tudós (*Claude Bernard, Pavlov, Starling* stb.) életútját, főbb eredményeit, adózva elődeink iránti kötelességünknek.

Vértes László dr.

A Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága 1984. március 13-án 14 órakor az Akadémiai Bizottság Székház Dísztermében (Somogyi u. 7.) a Szegedi Orvostudományi Egyetem oktatókórházi részére tudományos ülést tart.

1. *Gervain Mihály* (Orosháza), *Óri Zsolt* (Szeged): Contact és teletermographia az orvosi diagnosztikában

2. *Veszelyovszky Iván dr.*, *Kása S. dr.*, *B. Nagy Z. dr.*, *Vásárhelyi B. dr.*, *Szabó A. dr.*, *Józsa G. dr.* (Szentes): Újabb törekvéseink a terhesgondozás területén

3. *Petri I. dr.*, *Czakó T. dr.*, *Csipő L. dr.*, *Domján L. dr.*, *Galuska L. dr.*, *Gergely M. dr.* (Szentes, Kecskemét, Szolnok): Transducentális sphincter-feltárások késői utóvizsgálatai

4. *Kovács Judit dr.* (Hódmezővásárhely): Törekvéseink a felnőttkori cardiovascularis betegségek megelőzésére, különös tekintettel az infarctuson átesett fiatal szülők gyermekének gondozásba vételére

5. *Tiszai Aladár dr.* (Makó): A diabéteszgondozás aktuális kérdései

6. *Fügi Sarolta dr.* (Szolnok): Zeneterápiás módszerek alkalmazása akut felvételes osztályon

7. *Muhari Márta dr.* (Szolnok): Öngyógyító mechanizmusok megjelenése alkoholbetegek csoportterápiájában

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. március 16-án de. 8.30 órakor a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

A Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikai Szájbeteg Osztály orvosainak előadásai:

1. *Benedek Erika*, *Gulics Ákos*: A juvenilis parodontitis gyógykezeléséről

2. *Gulics Ákos*, *Benedek Erika*: Rágószervi diszfunkció okozta maseter hipertrofia

3. *Sallay Kornélia*, *Temesváry E.*: Újabb szempontok a lichen oris klinikumában

A Magyar Angiológiai Társaság 1984. március 16-án, pénteken délután 15 órakor a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinikai tantermében (VIII., Üllői út 78.) kerekasztal-konferenciát tart.

Téma: Vitatott kérdések a TOS (thoracic outlet syndroma) diagnosztikájában és terápiájában.

Moderátor: *Kulka Frigyes dr.*

Felkért résztvevők: *Békássy Szabolcs dr.*, *Csengődy József dr.*, *Keszler Pál dr.*, *Káli András dr.*, *Komár József dr.*, *Tóth Ignác dr.*, *Urai László dr.*

Az előadásokat *dr. Jámbor Gyula* főtítkárhoz kérjük beküldeni, bejelenteni. Budapest, Nagyvárad tér 1., II. sz. Sebészeti Klinika, 1096, telefon: 143-600.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. március 20-án 16 órakor a Szegedi Akadémiai Bizottság Székház Dísztermében (Somogyi u. 7.) az Ideg-elmegyógyászati Klinika munkatársai részére tudományos ülést tart.

1. *Fodor Andrásné*, *Lajkó Károly*: Attribúciós stílus vizsgálata depressziós betegeknél

2. *Szentistványi István*: Az agyi intersticiális folyadék transzportja
3. *Janka Zoltán*: Színapszisok kémiai ingerlésének és gátlásának morfológiai elemzése szövettani szinten

4. *Janka Zoltán*: Na⁺-csatorna dependens Li⁺-transzport kvantitatív alakitani megközelítése ideg-szövet-kultúrában

A Fővárosi Róbert Károly körüti Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1984. március 21-én (szerda) 13.30 órakor a Kórház előadótermében (XIII., Róbert Károly krt. 82-84. F épület) tudományos ülést rendez.

Üléselnök: *Kiss Csaba dr.*

1. *Vadnai Marianna dr.*, *Baricza Sarolta dr.*: Az ultrahangvizsgálat helye a hasi diagnosztikában: értékei és határai

2. *Baricza Sarolta dr.*, *Vadnai Marianna dr.*: Tapasztalataink a kórházunkban végzett hasi ultrahang diagnosztikai vizsgálatokról

3. *Bokor Péter dr.*, *Máté Zsuzsanna dr.*: Echocardiographia intézetünkben

4. *Dévai István dr.*, *Etyekfalvi Dénes dr.*: Nőgyógyászati-szülészeti ultrahangvizsgálatok lehetőségei és eddigi eredményei kórházunkban

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1984. március 22-én 14 órakor a Kórház tanácstermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: *Riesz László*

1. *Rosdy Ernő*: Prostata cc. resectiójával egyidejűleg végzett kismencedei lymphadenectomia

2. *Páder Katalin*: Tapasztalatok tartós hatású heparin-kalcium alkalmazásával

3. *Rónaszéki Aladár*: A paraszitolia jelentősége a klinikai gyakorlatban

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1984. március 22-én 14 órakor a Kórház könyvtárban tudományos ülést tart.

1. *Kállay Kálmán dr.*, *Káldi Nándor dr.*, *László Előd dr.*: Tartós antihypertensív kezelés Dilzemmel

2. *Kalocsai Tamás dr.*: A renovascularis hypertonia kezelése az arteria renalis szűkület ballonkatéteres tágításával

3. *László Előd dr.*: Haemostasis-változások paraproteinaemiában

4. *Dévényi Sarolta dr.*, *Gyüre Adrienne dr.*: Klinikopathologia

A Szabolcs-Szatmár Megyei „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet 1984. március 22-én, csütörtökön 14.30 órakor Nyiregyházán, az Orvostudományi klinikopathologiai konferenciát tart.

Vezeti: *Dauda György dr.*

1. *Z. Z. 31 éves férfi* (II. Pulmonológiai Osztály). Klin. dg.: Pneumonia lobaris lobi superioris dexteri. Virus pneumoniae? Epilepsia. Tu. pulm. I. d.? Agyoedema, kisagy-mandulák beékelődése. Tumor metastaticum cerebri?

2. *K. A. 47 éves férfi* (III. Belgyógyászati Osztály). Klin. dg.: Status post implantationem valvularum semilunarium aortae. Haematemesis. Melaena. Ulcus ventriculi susp. Aspiratio. St. p. hepatitidem.

3. *G. J.-né 27 éves* (Idegosztály). Klin. dg.: Occlusio arteriae cerebri mediae l. s. Encephalomalacia hemisphaerii sinistra cerebri. Embolia pulmonum. Cardiorespiratoricus insufficiencia.

A Magyar Rehabilitációs Társaság 1984. október 16-20. között Budapesten, a Duna-Intercontinental Hotelben rendezi VI. kongresszusát.

A kongresszus keretében rendezi a gyermek-neurorehabilitációs kongresszust, számos nemzetközi tudományos társaság patronálásával.

A nemzetközi kongresszus ideje: ideje: 1984. október 16-18. Nyelve angol (a vitában magyar nyelvű hozzászólásra is lesz lehetőség).

Fő témái:

Korai agykárosodások rehabilitációja,

Epilepsziás gyermekek rehabilitációja,

Idegrendszeri baleseti sérült gyermekek rehabilitációja,

Genetikai és degeneratív idegrendszeri megbetegedésben szenvedő gyermekek rehabilitációja,

Hydrocephalus, meningo-myocèle rehabilitáció,

Elméleti, tudományos kutatások és gyermekkori neurorehabilitáció.

1984. október 18—20.

A magyar nyelvű program fő témái:

A tanácsok szerepe a rehabilitációban,

A szenvedélybetegek rehabilitációja,

A komplex rehabilitáció kialakításának gazdasági, társadalmi és szakmai feltételei.

Az előadások időtartama a kongresszus mindkét részében 10 perc.

Részvételi díj

MOTESZ-tagoknak	1000 Ft,
nem MOTESZ-tagoknak	1200 Ft,
a Társaság 35 éven aluli és pártoló tagjainak	500 Ft.

Jelentkezés: MOTESZ Kongresszusi Iroda, Budapest, Pf. 32, 1361.

Érdeklődőknek felvilágosítást ad:

Katona Ferenc dr., Budapest, Mártonhegyi u. 6. 1121. T.: 166-066,
Fehér Miklós dr., Budapest, Szanatórium u. 2. 1528. T.: 365-990.

1984. október 19.

A Társaság vezetőségválasztó közgyűlése.

A Magyar Higiénikusok Társasága Dél-dunántúli Tagozata, a Somogy Megyei Tanács Egészségügyi Osztálya, a Somogy Megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás 1984. május 2—3—4-én Siófokon, a Kulturális Központban, a Siótour Szabadidő Központban és az OKGT üdülő tanácstermében rendezi a **XXII. balatoni közegészségügyi napokat.**

Részvételi díj: 250 Ft, szállás (2-3 ágyas, fürdőszobás, 3 éjszakára) 450 Ft, étkezés (reggeli, ebéd, vacsora 3 napra) 240 Ft.

Jelentkezési lapok igényelhetők a SIOTOUR-nál, *Siófok*, Pf. 49. 8600.

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékes-tetői Egysége 1984. szeptember 10-én Kékestetőn *tudományos ülést* rendez.

Téma: Újabb szempontok az asthma bronchiale kezelésében.

8 perces előadások — részletes összefoglalás csatolásával — bejelenthetők **1984. június 15-ig.** Cím: *Pákozdi Lajos dr.*, Kékestető 3221.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Feinőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophias zavarokon alapuló vétag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistentiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Feinőttek: Általában hetente 1—2 alkalommal napi 1—3 kapszula vagy hetenként 2—3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2—3 kapszula, 2—3 héttig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5—6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150—130 mg im.

Gyerekek: Általában 3—12 hónapos korig napi 0,3—1,0 ml im. 1—14 évesig hetente 2—3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5—1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutios adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5—10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémiában 0,3—0,5 ml im., 2—5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2—12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúcióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Injekció: egyszer vagy kétszer, csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint. Kapszula vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



84.0614 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

12. SZÁM

*

1984. MÁRCIUS 18.

1

TARTALOMJEGYZÉK

*Pajor László dr., Ruthild Linse dr.,
Miszlai Zsuzsa dr. és Kelényi Gábor dr.:*

A bőr Merkel sejtes daganatai 683

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Szécsény Andor dr., Faller József dr.,
Lapis Károly dr. és Schaff Zsuzsa dr.:*

A máj extrém nagyságú fokális noduláris
hiperpláziája orális fogamzásgátló szerek
szedése kapcsán 687

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Toldi Zoltán dr., Kertész Erzsébet dr.
és Endreffy Emőke dr.:*

A vörösvérsejtek és a plazma Na⁺, K⁺
koncentrációja kongenitális vitiumos
gyermekekben 695

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

*Pejtsik Béla dr., Pácsa Sándor dr.,
Szereday Zoltán dr., Wessely Judit dr.,
Konczwald László dr., Illei György dr.,
Németh Lajos dr., Vereczkey Gábor dr.
és Erdősi Ervin dr.:*

A záródási rendellenességek megelőzése
érdekében végzett szérum-alfa-fótoprotein
szűrővizsgálatáról 699

KAZUISZTIKA

Vajda Katalin dr. és Nádor István dr.:

A bőr neuroendokrin (Merkel-sejtes)
tumora 705

HORUS

Visszaemlékezés a magyar humángenetika
elmúlt 50 évére 709

Magyar orvosíró és az orosz forradalom 712

Folyóiratreferátumok 717

Levelek a szerkesztőhöz 736

Könyvismertetés 739

Hírek 742

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

ÖSSZETÉTEL 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Felnöttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin-szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Enderarteriitis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések.

Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistentiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS Felnöttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im.

Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinalla;) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im., 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta.

Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutiós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségeken), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorososa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a **resterségesen** táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin-substitutióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS Injekció: egyszer vagy kétszer ismételhető, csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint Kapszula vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS 10 db kapszula
5×1 ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

A bőr Merkel sejtes daganatai

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Kóronctani Intézet (igazgató: Kelényi Gábor dr.)
Erfurti Orvosi Akadémia Bőrklínikája (igazgató: Hans Schubert dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Jávor Tibor dr.)

A bőr Merkel sejtes tumorának két esetét mutatjuk be. A diagnosis felállításában a fénymikroszkópos jellegzetességek mellett döntőek az elektronmikroszkópos leletek (membrán szegélyezett elektronsűrű neurosekreteros szemcsék jelenléte). Foglalkozunk a Merkel sejtes tumorok — irodalomban eddig kevésbé tárgyalt enzimhistokémiai jellegzetességeivel. Az egyik beteg a localis recidiva és a metastatikus nyirokcsomók eltávolítását, valamint a besugárzást követően 14 hónap, a másik beteg 7 hónap múlva halt meg.

On the Merkel cell tumour of the skin. Two Merkel cell tumour cases are reported. On establishing the diagnosis — in addition to light microscopic findings — electron microscopic examinations are decisive (presence of „dense core neurosecretory like granules”). Also the enzyme-histochemical and immunohistochemical characteristics of the Merkel cell tumours — less discussed in the literature so far — are dealt with. One of the patients died in 14 months while the other 7 months following local relapse and removal of the metastatic lymph nodes as well as radiation therapy.

A bőr Merkel-féle tapintósejtjeit (1875) speciális mechanoreceptor sejteknek tartják. A Merkel sejtek (Ms) a bőr basalis rétegében helyezkednek el, desmosomalis kontaktusban állnak a keratino-cytákkal és összeköttetést mutatnak osmiophil idegvégződésekkkel (15). Magjuk ovalis, a világos cytoplasmában jól fejlett Golgi apparátus, kevés ergasztoplasma, valamint mitochondriumok találhatóak. A membrán szegélyezett elektronsűrű neurosekreteros szemcsék („dense core neurosecretory like granules”) elektronmikroszkópos demonstrálása a Ms cytoplasmájában (9, 11, 16, 17, 20, 21) arra utal, hogy ezek a neuroendokrin APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation) -sejttrend-szerhez (12) tartoznak. Metenkephalin (6), valamint a neuron specifikus enolase (NSE) jelenléte a sejtekben is ezt bizonyítja (4, 5). Feltételezik, hogy a Ms-ek neuroektodermális eredetűek és az embri-onális fejlődés során a velőcsőből vándorolnak a bőrbe (20).

A Ms-ekből felépülő bőrtumorok viszonylag ritkák és a magyar nyelvű irodalomban ismereteink szerint még nem foglalkoztak velük.

1972-ben Toker (19) egy kezdetben trabecularis carcinomának nevezett bőrtumort diagnosztizált, amelyet a primitív verejtékmirigyekből származtatott. 1978-ban Tang és Toker (18) további három eset fény- és elektronmikroszkópos vizsgálata alapján feltételezte ezen tumorok Ms-es eredetét. Ezt követően azután több szerző számolt be hasonló

észleletekről (2, 3, 13, 14), és így 1982-ig az irodalomban 57 eset vált ismertté.

Közleményünkben két esetről kívánunk beszámolni, melyeket fény- és elektronmikroszkóposan, valamint enzimhistokémiaileg is feldolgoztunk. Úgy gondoljuk, hogy ez a viszonylag ritkább tumor, különleges kliniko-pathologiai sajátágaival számot tarthat szélesebb körű olvasóközönség érdeklődésére.

Esetismertetés

1. sz. eset: Az 54 éves nő kétoldali nyaki és hónalj lymphadenomegaliával (babnyi-diónyi) került felvételre. Mája 2 haránt ujjas, közepesen tömött, lép nem tapintható. Fehérvérsejt szám: 35 000, 78% lymphocytá. Kórszövettani diagnózis: malignus lymphoma, chronicus lymphoid leukaemia, pseudofollicularis típus, közepesen érett. A beteg COP séma szerinti cytostatikus kezelést kapott, a nyirokcsomók regrediáltak, vérképe javult (fehérvérsejt szám: 8800). Az első észlelést követően 12 hónappal a bal szem alatt az os zygomaticus felett diónyi, fájdalommentes, tömött tapintatú, ép hámmal fedett, livid színű daganat alakult ki, amely a csontot nem destruálta. Excisio történt. 3½ hónap múlva localis recidiva és azonos oldali preauricularis, mindkét oldali supraclavicularis nyirokcsomó megnagyobbodás jelentkezett. A beteg felületi terápiás feltételek mellett a recidivára 500 R, a preauricularis területre 2900 R, illetve az utóbbi régióra orthovoltos feltételek mellett további 2200 R rtg. besugárzást kapott, melyek következtében az elváltozások jelentősen regrediáltak. A 4 hónap múlva jelentkező újabb localis recidiva valamint preauricularis nyirokcsomó konglomeratum miatt a beteg BACOP séma szerinti cytostatikus kezelést, illetve felületi terápiás feltételek mellett 5100 R. félmély terápiás feltételek mellett 2100 R rtg besugárzást kapott. A kezelés hatására a nyirokcsomó konglomeratum eltűnt, a facialis tumor regrediált. 14 hónappal a facialis tumor első észlelése után a beteg otthonában meghalt, sectio nem történt.

2. sz. eset: A 75 éves nőbeteg 3 hónap óta észlelte az állcsúcson növekvő, 35 mm átmérőjű, golyó alakú, puha tapintatú tumort (1. ábra). A vörös színű, papillomatosis daganat felszínén teleangiectasiák voltak megfigyelhetők, a tumor környezete infiltrált volt.

Rövidítések:

- Ms = Merkel sejt
- E-rosetta = erythrocyta rosetta
- EAC-rosetta = erythrocyta-antitest-complement-rosetta
- NSE = neuron specifikus enolase
- lm = lymphoma malignum



1. ábra: Állon elhelyezkedő, 35 mm átmérőjű tumor, a környező bőr infiltrált (2. eset).

A klinikai kivizsgálás során szembetűnőbb szervi eltérés nem mutatkozott, nyirokcsomó megnagyobbodás, hepatosplenomegalia nem volt jelen. A laboratóriumi és immunológiai vizsgálatok normalis értékeket adtak, a sternum punctatum negatív volt. A tumort subtota-
 lisan excidálták és a területet besugározták (44 Gy, telecobalt). Ezután 7 hónappal a betegnél generalizáció alakult ki, az inguinalis és a submandibularis nyirokcsomók megnagyobbodása mellett a bal mellkasfalán egy subcután infiltratum (2x1x1 cm) is kifejlődött, emellett a klinikai és laboratóriumi leletek elzáródásos icterusra utaltak. Sonographiásan egy 7–10 cm nagyságú konglomeratumot lehetett kimutatni a májkapuban. A beteg a tumor első észlelését követően 10 hónappal májcomában meghalt. Autopsia: kiterjedt nyirokcsomó infiltratumok (mediastinalis, thoracalis, paraaorticus, abdominalis, retroperitoneális, inuinalis). A megnagyobbodott nyirokcsomók komprimálták az epeutakat. A csontvelő kóros eltérést nem mutatott.

Anyag és módszerek

A formol-paraffinos metszeteken az alábbi festési eljárásokat alkalmaztuk: haematoxylin-eosin, PAS, Giemsa, kongóvörös, ezüstözés (Sevier-Munger, Mason-Fontana). Az enzimhistokémiai vizsgálatokat natív anyag kryostatot metszetein végeztük. Ezek a következők voltak: alkaliás phosphatase, nem-specifikus esterase, ATP-ase, 5'-nucleotidase, savi naphylacetatesterase. Paraffinos metszeteken az alpha-naphthol-AS-D-chloroacetatesterase reakciót is vizsgáltuk. Immunhistológiailag az immunglobulinok nehéz- és könnyűláncjai, lysosym, alfa-1-antitrypsin, -antichymotrypsin, valamint glucagon, pancreas polypeptid, somatostasin, gastrin, substance-P, neurotensin, 5-hydroxytryptamin, ACTH, alfa-HCG, calcitonin és NSE jelenlétét vizsgáltuk, jelöletlen antitest-PAP módszerrel. Kryostatot metszeteiken E-, illetve EAC-rozetták képződését vizsgáltuk. Elektronmikroszkópos célra a kis szövettarabokat 4%-os glutáraldehidben fixáltuk (0,1 M foszfát puffer, pH 7) és ezt követően 1%-os osmiumtetroxidba, majd Durcupánba, illetve Eponba ágyztuk. Az ultravékony metszeteket ólomcitráttal és uranylacetáttal kontrasztosítottuk (1), a vizsgálatokat JEOL 100C elektronmikroszkópon végeztük.

Histopathológiai leletek

A két eset, valamint a primaer tumorok és a metastasisok megegyező pathomorphológiai képet mutatnak, ezért a leleteket összevonva ismertetjük. A nem fixált tumorszövet feltűnően puha, állománya az agyvé-

hoz hasonló, szürkésfehér, velős. Az atrophias hám alatt a tumorsejtek kötegekben, rozettaszerű képletekben, részben diffúzan helyezkednek el. Sejtszegényebb, vizenyős jellegű területek is megfigyelhetők. A tumorsejtek sehol sem kerülnek a hámmal érintkezésbe, azonban a subcután zsírszövetet mélyrehatóan beszűremítik. A tumorsejteket a hámtól egy laza kötőszövetes réteg választja el, az erek a tumorban feltűnően tágak, a bőr járulékos képletek hiányoznak (2. a–b. ábra). A tumorsejtek monomorphak, kerek, közepes nagyságúak, s egy keskeny, világos, enyhén basophil, Giemsa-, illetve toluidinkék festés mellett mérsékelten metachromasiás cytoplasma szegélyt mutatnak. A magok csaknem kerek, vagy ovoidok, laza, nagyon finom chromatinnal és 1–3. a sejtmembránhoz közel fekvő nucleolussal. Szembetűnő a mitosók nagy száma. Félvékony metszetben a világos magok és a prominens nucleolusok különösen jól megfigyelhetők (3. ábra). Elvétve egy-egy sötétebb, csaknem pyknotikus sejt is látható, kissé polygonalis magalak-



2. a–b. ábra: Ms-es tumor. Az atrophias hám (H) alatt – attól elválasztva – a tumor-sejtek (T) kötegekben, illetve diffúzan helyezkednek el. Paraffinos metszet, H–E, 210X
 a: 1. eset; b: 2. eset

kal. Amyloid, tömegesebb PAS-pozitív anyag nem volt jelen. Az ezüstözési eljárások nem mutattak pozitívítást, míg a neuron specifikus enolase a második esetben pozitív reakciót adott. A tumorsejtek nem képeztek E-, illetve EAC-rozettát, és nem tartalmaztak immunoglobulinokat, J-láncot, lysosymet, alfa-1-antitrypsint, antichymotrypsint, valamint a vizsgált 10 peptidhormonra is negatívnak bizonyultak. A tumorsejtek cytoplasmája savi-naphthyl-acetat esterase reakcióval multigranulárisan pozitív volt. Hasonló kép mutatkozott alkaliás phosphatase reakció során is. Az egyéb enzimreakciók negatívak voltak.

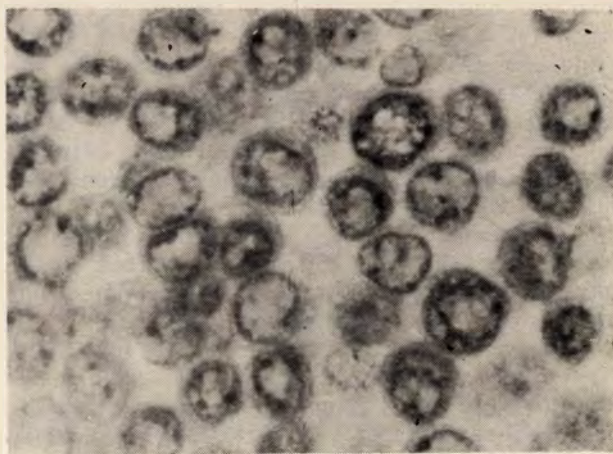
Elektronmikroszkóposan két tumorsejt típus volt elkülöníthető, amelyek nagymértékben hasonlítottak egymásra. A túlnyomóan világos cytoplasmájú és magvú sejtek között elektronsűrűbb sejtelemekeket is látunk. A cytoplasmában kevés polyribosoma, durva felszínű endoplasmás reticulum, mitochondriumok és néha egy jól fejlett Golgi-készülék volt jelen. Minden sejtben, elsősorban a sejtmembrán közelében, kerek, „dense core” szemcsék mutatkoztak, amelyek 120–160 nm átmérőjűek voltak. A szemcséket körülvevő membrán és a szemcsék között világos udvar tűnt szembe. A szemcsék egy része cytoplasma nyúlványokban helyezkedett el, számuk sejtenként széles határok között (2–31) mozgott (4–5. ábrák). Egyes sejtekben mikrofílamentumokat is látunk, azonban tömegesebb előfordulást nem észleltünk. Az elektronmikroszkóposan sötétebb sejtek csak annyiban tértek el a többi sejtől, hogy magjuk szabálytalan alakú, magkromatinjuk sűrűbb volt és a cytoplasmában több polysoma mutatkozott.

Megbeszélés

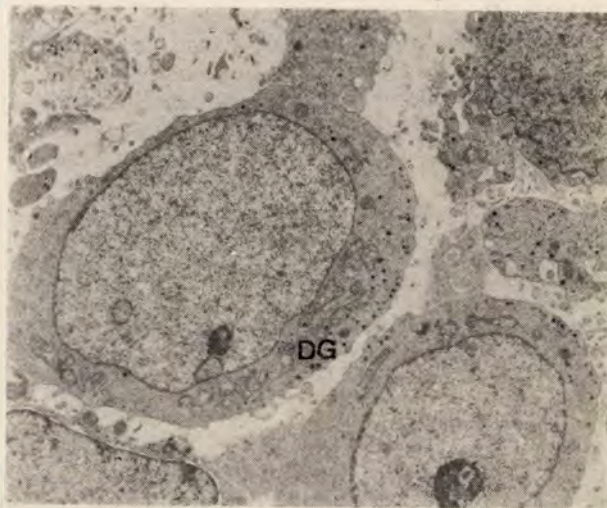
A Ms-es tumor mind pathologiai, mind klinikai szempontból figyelemre méltó sajátságokkal rendelkezik. Histologiai vizsgálatkor elsősorban a malignus lymphomáktól történő elkülönítés problematikus. Mindkét itt ismertetett esetben az első kórszövetani vizsgálatkor felmerült kifejezett malignitású lm lehetőség, ami azonban további vizsgálatokkal és a Ms-es tumor jellegzetességeinek megismerésével kizárható volt. A tumor morfológiai azonosításában — bár a fénymikroszkópos kép is jellemző — az NSE kimutatás, valamint az elektronmikroszkópos vizsgálat („dense core” szemcsék kimutatása) döntőek. A lm-tól való elkülönítés különösen az első esetben jelentett gondot, hiszen felmerülhetett az az elgondolás, hogy itt a chronicus lymphoid leukaemia blastos átalakulásáról (lymphoblastos vagy immunblastos) lehet szó. Ezeket a lehetőségeket a fénymikroszkópos kép nem támasztotta alá, az immuncytokémiai vizsgálatok pedig kizárták őket.

Ami a klinikai képet illeti, az eddigi leírások szerint körülhatároltnak tűnő, a bőrből kiemelkedő, vöröses-lilás színű tumor puha tapintatú, papillomatosis, felszínén teleangiectasiákkal. A Ms-tumrok túlnyomóan az arcon és a végtagokon jelentkeznek, de ismerünk törzsen előforduló eseteket is. Elsősorban idősebb életkorban lép fel, a női nem mérsékelt túlsúlyával (15). A morfológiailag blastos jellegűnek tűnő és általában sok sejtoszlást mutató tumort klinikailag — bár gyakran recidiválnak — általában mérsékelt malignitásúnak tartják (14), azonban kivételek is vannak, amit saját eseteink is szemléltetnek.

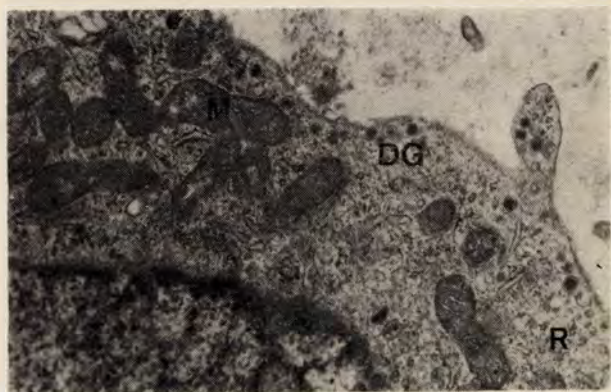
A Ms-tumrok társulása egyéb APUD tumorokkal, esetleg multiplex neuroendokrin tumor szindróma, Sipple-, vagy Werner-szindróma formájában nem ismeretes,



3. ábra: Ms-es tumor. A világos, prominens nucleolussal rendelkező magokat keskeny cytoplasma szegély veszi körül. Félvékony metszet, toluidinkék, 960X, 2. eset



4. ábra: A tumorsejtekben változó számú „dense core” granulum (DG) látható. Elektronmikroszkópos felvétel, 2600X, 1. eset



5. ábra: A tumorsejtek cytoplasmájában mitochondriumok (M), Golgi-apparatus (G), szabad riboszómák (R) mellett világos udvarral és membránnal övezett elektronsűrű szemcsék (DG) láthatók, melyek részben cytoplasma nyúlványokban helyezkednek el. Elektronmikroszkópos felvétel, 16 000, 2. eset

Saját pathomorphologiai megfigyeléseink az eddigi közlésekkel megegyezők, és bizonyítják a Ms-tumor neuroendokrin eredetét. Enzim histoké-

miai vizsgálatokat csak *De Wolf-Peeters* és munkatársai (2) közöltek, azonban határozottabb következtetések nélkül. *Winkelman* (21) állatoknál a Ms-ek ATP-ase, alkaliás phosphatase és nem specifikus esterase pozitivitását észlelte. Az általunk észlelt savi naphthyl-acetat esterase reakció pozitivitása a tumorsejtekben található szemcsék jelenlétével függhet össze.

A mindkét esetben elektronmikroszkóposan észlelt világos és sötét sejteket már leírták (2, 14), úgy tűnik, hogy a sötétebb sejtek lebomló sejtmorfológiának felelhetnek meg.

Egyes tumorokban metencephalin (6), ACTH (7) termelés, valamint calcitonin (8) jelenlétének kimutatása a Ms-es tumor neuroendokrin jellegét, az APUD-rendszerhez való tartozását szemléltetik. Az NSE kimutathatósága fontos diagnosztikus jel, a morfológiailag egyértelműen Ms-es tumornak megfelelő 1. sz. esetünkben az NSE negativitás fi-xálási okokra vezethető vissza.

A Ms-es tumorokat korábban trabecularis carcinomának, kissejtes neuroepithelialis tumornak, neuroendokrin carcinomának vagy cután APUD-omának írták le. Úgy gondoljuk, hogy a patológiai leletek, valamint az eléggé egységes klinikai megjelenés indokolják, hogy ezt a tumort speciális entitásként Ms-es tumor néven tartsuk nyilván.

Köszönetnyilvánítás: Köszönetünket fejezzük ki *J. M. Polak*-nak (Royal Postgraduate Medical School, London) az NSE, valamint *H. Höfler*-nek (Pathologisches-Anatomisches Institut der Universität Graz) a glucagon, pancreas polypeptid, somatostatin, gastrin, substance-P, neurotensin, 5-hydroxytryptamin, ACTH, alfa-HCG és calcitonin immunhistokémiai vizsgálatáért.

Megjegyzés

A tumor viszonylagos gyakoriságát jelzi, hogy az elmúlt évben a Malignus Lymphoma Referencia Centrum további 5 Ms-es tumoros esetet regisztrált.

IRODALOM: 1. *Aparicio S. R., Harsden P. C.*: Application of standard microanatomical staining methods to epoxy resin-embedded sections. *J. Clin. Pathol.* 1969, 22, 589. — 2. *De Wolf-Peeters C., és mtsai:*

A cutaneous APUD-oma or Merkel cell tumor? A morphologically recognizable tumor with a biological and histological malignant aspect in contrast with its clinical behaviour. *Cancer* 1980, 46, 1810. — 3. *Gloor F. és mtsai:* Das neuroendokrine Merckellzellkarzinom der Haut. *Schweiz. med. Wschr.* 1982, 112, 141. — 4. *Gu, J. és mtsai:* Neuron-specific enolase in the Merkel cells of mammalian skin. The use of specific antibody as a simple and reliable histologic marker. *Am. J. Pathol.* 1981, 104, 63. — 5. *Gu, J. és mtsai:* Neuron-specific enolase in Merkel cells: A new, simple and reliable histological marker. *J. Pathol.* 1981, 134, 315. — 6. *Hartschuh W., és mtsai:* Metenkephalin-immunreaktivität in Merkel cells. *Cell Tissue Res.* 1979, 201, 343. — 7. *Isaki H., és mtsai:* Neuroendocrine carcinoma (trabecular carcinoma) of the skin with ectopic ACTH production. *Cancer* 1981, 48, 753. — 8. *Johannessen J. V., Gould V. E.*: Neuroendocrine skin carcinoma associated with calcitonin production. *Human Pathol. (Suppl.)* 1980, 11, 586. — 9. *Mc Gavran M. H.*: „Chromaffin cells”: Electron Microscopic identification in the human dermis. *Science* 1964, 145, 275. — 10. *Merkel, F.*: Tastzellend und Tastkörperchen bei den Haustieren und beim Menschen. *Arch. Mikr. Anat.* 1875, 11, 636. — 11. *Ochiai T., Suzuki H.*: Fine structural and morphometric studies of the Merkel cell during fetal and postnatal development. *J. Invest. Dermatol.* 1981, 77, 437. — 12. *Pearse A. G. E., Polak J. M.*: Endocrine tumours of neural crest origin: Neurolophomas, APUDomas and the APUD concept. *Med. Biol.* 1974, 52, 3. — 13. *Sibley R. K., és mtsai:* Neuroendocrine (Merkell cell) carcinoma of the skin. A histologic and ultrastructural study of two cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1980, 4, 211. — 14. *Sidhu G. S., és mtsai:* Merkel cell neoplasms. Histology, electron microscopy, biology and histogenesis. *Am. J. Dermatopathol.* 1980, 2, 101. — 15. *Sidu, G. S.*: Merkel cell neoplasm of the skin. In: *Goos, M. and Christophers, E.*: Lymphoproliferative diseases of the skin. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag, 1982. p. 237. — 16. *Smith, K.*: The ultrastructure of the human Haarscheibe and Merkel cells. *J. Invest. Dermatol.* 1970, 54, 150. — 17. *Smith, K. R., Jr.*: The Haarscheibe. *J. Invest. Dermatol.* 1977, 69, 68. — 18. *Tang Ch. K., Toker C.*: Trabecular carcinoma of the skin. An ultrastructural study. *Cancer* 1978, 42, 2311. — 19. *Toker C.*: Trabecular carcinoma of the skin. *Arch. Dermatol.* 1972, 105, 107. — 20. *Winkelman R. K., Breathnach A. S.*: The Merkel cell. *J. Invest. Dermatol.* 1973, 60, 2. — 21. *Winkelman R. K.*: The Merkel cell system and a comparison between it and the neurosecretory or APUD cell system. *J. Invest. Dermatol.* 1977, 69, 41.

(Pajor László dr., Pécs, Pf. 99., 7643.)

SZÉCSÉNY ANDOR DR.,
FALLER JÓZSEF DR.,
LAPIS KÁROLY DR.
ÉS SCHAFF ZSUZSA DR.

A máj extrém nagyságú fokális noduláris hiperpláziája orális fogamzásgátló szerek szedése kapcsán

Semmelweis Orvostudományi Egyetem

I. Sebészeti Klinika (igazgató: Szécsény Andor dr.)

I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet (igazgató: Lapis Károly dr.)

Az orális fogamzásgátló szerek szedése és a jóindulatú májdaganatok keletkezése közötti kapcsolat — bár részleteiben még nem tisztázott — ma már bizonyítottan tekinthető. A szerzők közleményükben 2 esetet ismertetnek, melyekben tartós fogamzásgátló szedését követően extrém nagyságú fokális noduláris hiperplázia alakult ki. Eseteikben a daganatokon belül bevérvéseket észleltek és mindkét esetben klinikailag felmerült a malignitás gyanúja. Úgy vélik, hogy a fokális noduláris hiperplázia klinikailag azonos megítélés alá esik a jóindulatú májadenomával. Ezért a tumor rupturájának veszélye és a malignus átalakulás lehetősége miatt e daganatok rezekcióját indokoltnak tartják. Eseteikben csak kiterjesztett jobb oldali lebeny-rezekcióval, ún. trisegmentektómiával lehetett a daganatokat eltávolítani.

Focal nodular hyperplasia of extreme size in the liver following regular taking of oral anticonceptives. Association of the development of benignant tumours of the liver with the regular taking of oral anticonceptives may be considered to be proven, however the problem has not yet been cleared up in all details. The authors report on 2 cases of focal nodular hyperplasia of extreme size, which have been developed after the prolonged taking of oral anticonceptives. Hemorrhages have been registered within both tumours, and the clinical suspicion of malignancy had been formed, too. The authors believe, that the focal nodular hyperplasia is clinically valued identical with the benignant adenoma of the liver. Because of the danger of tumour-rupture, and possible malignization they consider the resection of tumours to be necessary. In the cases concerned the tumours could be removed only by extended resection of the right lobes i. e. by trisegmentectomy.

A benignus májdaganatokról szóló közlemények jelentősen megsaporodtak az elmúlt évtizedben. Úgy tűnik, hogy a korábban rendkívül ritka kórkép (6, 19) lényegesen gyakoribbá vált az utóbbi években (20, 37). Ennek egyik magyarázatát az orális fogamzásgátlók (o. f.) rendkívül széles körű elterjedésében látják (37, 38).

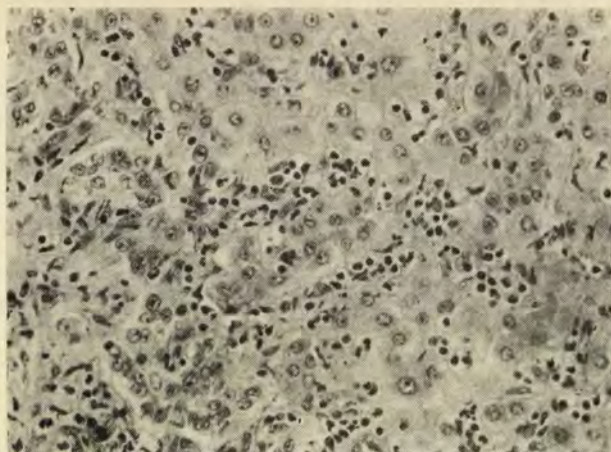
Elsőként Horváth és munkatársai (21) vetették fel a benignus májdaganat keletkezése és az o. f. szedés összefüggésének lehetőségét. Röviddel ezután Baum és munkatársai (6) hét benignus májtumor kapcsán hívták fel a figyelmet erre az összefüggésre. Az o. f. szedése és az elsődleges májdaganatok kapcsolatának lehetőségével foglalkozó számos közlemény és összefoglaló tanulmány többsége a jóindulatú májtumorkok gyakoriságának növekedését hangsúlyozza (1, 4, 5, 10, 11, 14, 24, 25, 32, 34, 37, 38). Néhányan azonban májrák (3, 11, 12, 37, 38), mások cholangiocellularis carcinoma (15, 39) és hepatoblastoma (29) eseteket is ismertettek o. f. tabletták szedésével kapcsolatban.

A hazai irodalomban elsőként Littmann és munkatársai (24) közöltek egy sikeresen operált esetet. Egyéb hazai közlések (1, 2, 3, 4, 5, 18, 26, 36) után Gergely és Benkó 1980-ban (17), Herczeg és munkatársai 1981-ben (20) 1—1 eset kapcsán elemezték részletesen a kérdést az Orvosi Hetilap hasábjain. A tumorbiológiai szempontból jóindulatú májdaganatok méretüknél fogva okoznak jelentős panaszokat, míg máskor gazdag érzettségük és rupturára való hajlamuk miatt közvetlen életveszélyt jelenthetnek (2, 6, 11, 13, 17, 23, 26, 30, 32).

Közleményünkben két — hosszú ideig o. f.-t szedő nőbeteg esetét ismertetjük, akikben extrém nagyságú fokális noduláris hiperplázia (FNH) alakult ki.

Esetismertetés

I. L. L. 36 éves nőbeteg 1978. VI. 5-én került felvételre. Anamnéziséből kiemelhető 17 évvel megelőzően végzett appendektómia, 16 éve terhesség kapcsán keletkezett pyelitis, 10 évvel korábban ovarialis cysta műtét és 8 éve tonsillektómia. 4 alkalommal volt terhes 3 művi vetéléssel és 1 szüléssel, 8 éve szed Infe-



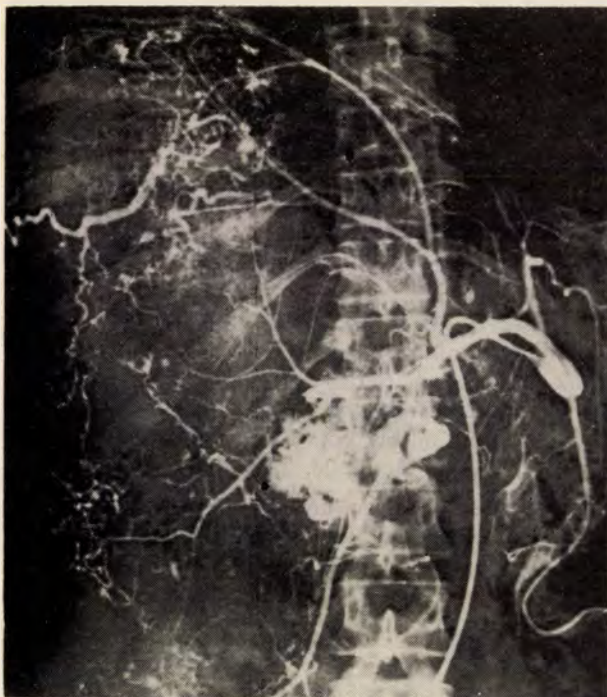
1. ábra: (1. eset)

Hisztológiai kép. Az epeútproliferáció, kereksejtes infiltráció kifejezett. H. és E. 290×(566)13

cundint. Felvételét megelőzően 3 hónappal influenza, lázas állapot zajlott le. Ezt követően 2 hónappal lázas állapot (38,5 °C), jobb oldali hasi fájdalmak, mérsékelt testsúlycsökkenés (2 kg) miatt került vizsgálatra belgyógyászati osztályon. Az ott elvégzett vizsgálatok jobb májlebens tumor alapos gyanúját vetették fel. A beteget exploratio céljából helyezték át klinikánkra.

Felvételi státuszából: a közepesen fejlett és táplált nőbeteg mája kb. 2 hu.-jal haladja meg a bordaívet, alatta, tőle el nem különíthetően, légző mozgásokat követő, tömött tapintatú, ballotálható rezisztencia foglal helyet, mely nem érzékeny.

Laboratóriumi leleteiből: hgb.: 8,6 mmol/l (13,85 g%), fvs.: 6,8 G/l (6800 μl), ht.: 0,44 L/l (44%), se-bi.: 14,5 μmol/l (0,84 mg%), SGOT: 11 NE/l, se-alc. phosph. 59 NE/l, se-creatinin: 65 μmol/l (0,73 mg%), sülly.: 15 mm/ó.



2. ábra: (2. eset)

Arteria hepatica angiographia. A jobb lebenyben és a bal lebeny mediális részén malignitásra gyanús érstruktúra

Műtét: 1978. VI. 26. Felső haránt laparotomia. A máj jobb lebenyében, az antero-medialis szegmentumban, az epehólyagot diszlokáló kb. 10x8x8 cm nagyságú, a postero-lateralis szegmentumban kb. 10x10x5 cm nagyságú tumor foglal helyet. A postero-lateralis tumorból fagyasztásos szövettani vizsgálatra mintát veszünk. A fagyasztásos vizsgálat malignitást nem mutat, sőt tumort sem véleményez, de végleges diagnózis csak beágyazott metszetből lehetséges. Mivel a tumorok makroszkóposan nagyon gyanúsak malignus folyamatra, a máj hilus-képleteinek felkeresése és izolálása után típusos jobb oldali trisegmentektomiát (35) végzünk. (Ezt a műtétet, az anatómiai jobb lebeny eltávolítását, jobb lobektomiának, vagy kiterjesztett jobb oldali lebenyrezekciónak is nevezik (17). Két drain behelyezése után a hasfalat zárjuk.

A műtégi preparátum makroszkópos leírása: 30x25x20 cm átmérőjű jobb májlebens részlet az epehólyaggal. A májszövet normálisnak tűnő állományában két, 9x8x8 és 9x9x5 cm átmérőjű, körülírt, rostos tokkal részben elhatárolt göb látható. Ezek egyike a máj állományából részlegesen lefűződött. Metszslapon a tumorszövet sárgás árnyalatú, helyenként csillagszerű fibrózus hegekkel, valamint bevérzett területekkel.

Hisztológiailag: a tumoron belül a szokott lebeny-kés és trabekularis májszerkezet felbomlott. A kereksejtekkel infiltrált kötőszövetes szeptumok az állományt szabálytalan egységekre szabdalják. Az epeútproliferáció rendkívül intenzív (1. ábra). PAS reakcióval a sejtekben pozitívitás elvéve észlelhető.

Diagnózis: Fokális nodularis hiperplázia.

A beteg vérkeringése a műtétet követően labilis, de az első 2 posztoperatív napon megfelelő kezeléssel egyensúlyban tartható. A 3. naptól tachycardiája alig befolyásolható, lázassá válik, mélyülő icterus lép fel, a fehérvérsejtszáma kritikusan csökken. A 4. posztoperatív napon rohamos állapotromlást, kómát követően exitus.

A boncolás a halál okát májelégtelenségben, tüdő- és mellhártyagyulladásban adta meg.

2. K. R. 25 éves nőbetegét 1982. II. 23-án vettük fel klinikánkra.

Amamnéziséből kiemelhető 5 éve végzett tonsillektomia, 4 éve művi vetélés. 2 évig *Bisecurint*, majd 4 éven át *Stedirilt* szedett.

Két és fél éve tud májnagyobbodásáról, mely az elmúlt hónapokban fokozódott. Jobb bordaív alatti, jobb hasféli fájdalmak, étvágytalanság, étkezés utáni puffadás, fáradékonyság miatt vizsgálták belgyógyászati osztályon.

Az ott végzett vizsgálatok alapján o. f. szedés okozta májelváltozást tételeztek fel. (Májscintigraphia: a jobb lebeny területében teljes aktivitáskiesés látszik, működő májszövet csak a bal lebenynek megfelelően látható, annak alsó pólusa 3 hu.-jal haladja meg a bordaívet. ECHO: a máj mindkét lebenyét szabálytalan kontúrú, inhomogén szerkezetű, döntően szolid elváltozás tölti ki, ezen belül 4–5 cm-es cystosus részeket is elkülöníthetők. További vizsgálatokra és műtetre helyezték át klinikánkra.

Felvételi státuszából: Közepesen fejlett és táplált nőbeteg. Fej. nyaki szervek, mellkasi szervek kóros eltérés nélkül, a jobb rekesz kb. 2 hu.-jal magasabban áll. A máj jobb lebenye a crista ilei felső éle alá ér, bal lebenye kitér az epigastriumot, sima felszínű, nem érzékeny. Lép elérhető. P: 80/min. RR: 140/90 Hgmm, láztalan.

Laboratóriumi leleteiből: hb.: 5,8 mmol/l (9,34 g%), fvs.: 7,6 G/l (7600 μl), sülly.: 14 mm/ó, se-bi.: 14,53 μmol/l (0,84 mg%), SGOT: 4 NE/l, se-alc. phosph. 80 NE/l, se-creatinin: 75,1 μmol/l (0,85 mg%), prothrombin: 64%, BSP: 5% ret.

Arteria hepatica angiographia (2. ábra): A coeliaca törzs kb. 4 hu.-jal balra tölt. A máj jobb lebenyében malignus érstruktúrára jellemző kép, helyenként nagy AV shuntokkal.

Vena cava inf. angiographia: A daganatnak megfelelően a vena cava inferior ívben balra diszlokált,

Laparoscopia: A máj jobb lebenyének alsó pólusa a köldök alá 8–10 cm-rel ér. Az egész jobb lebeny idegen szövetrel infiltráltnak látszik, a tok alatt tág vénák futnak. A lig. falciformetől balra elhelyezkedő májrészlet érnek látszik. Biopszia a jobb májlebenszéli részéből.

Hisztológiai vélemény: a máj fokális noduláris hiperpláziája valószínűsíthető.

Tekintettel arra, hogy az elváltozás benignusnak látszik, fogamzásgátló szedéssel hozható összefüggésbe, sürgős műtétet nem látunk indokoltnak. A gyógyszer elhagyását és a beteg belgyógyászati ellenőrzését javasoljuk és III. 27-én hazabocsátjuk.

1983. V. 13-án vesszük fel újra a beteget. Az időközben eltelt 6 hét alatt hepatomegáliája fokozódott, csak időnként jelentkeztek tompa fájdalmai, de fokozott mértékben fáradékony. Testsúlya változatlan.

Felvételi státuszából: A has a mellkas szintje fölé domborodó aszimmetrikus, a jobb hasfél előemelkedik, teljesen kitölti a máj jobb lebenye, mely a lágyékhatáratól végződik. A bal májlebenszéli részét az epigastriumot.

Laboratóriumi leleteiből: hb.: 4,6 mmol/l (7,4 g⁰/₀), fvs.: 8,56 G/l (8500 µl), se-bi.: 18,2 umol/l (1,06 mg⁰/₀), SGOT: 8 NE/l, se-alc. phosph.: 80 NE/l, sülly.: 17 mm/ó, se-creatinin: 79,6 µmol/l (0,90 mg⁰/₀).

Műtét: 1982. V. 27. A hasüreg nagy részét a hatalmasan megnagyobbodott máj foglalja el. Az egész anatómiai jobb májlebenszéli tumorosan átalakult. Az anatómiai bal lebeny érnek tűnik, kompenzatórikusan jelentősen megnagyobbodott. A ligamentum hepatoduodenale képleteinek izolálása után típusos jobb oldali triszegmentektomiát (35) végzünk. Egy vastag draint helyezünk a rekesz alá a jobb májlebenszéli helyére, másik draint a máj rezekciós felszínére. Sebzés.

Műtési preparátum makroszkópos leírása: 5 kg súlyú, 34x20x20 cm átmérőjű májrészlet, melynek tokja sima, alatta az erezettség igen kifejezett. A lebeny jelentős részét tumorszövet alkotja, melyet vastos kötőszövetes tok választ el a széli, kb. 0,5 cm vastagságú májjállománytól. A daganat metszéslapján változó nagyságú (1–4 cm), részben alvadt vérrel telt üregek, valamint egyenetlen szélű, sárgás-fehér és szürkés-fehér területek láthatók (3. ábra).

Hisztológiailag a tumorszövetből készült metszetekben igen nagy mennyiségű kötőszöveti rost és érátmetset figyelhető meg. A tumor széli részén, a kötőszövetes tok szomszédságában, valamint elszórtan a daganatos göbökben májsejtekből álló csoportok figyelhetők meg, melyeknek szerkezete megegyezik az 1. esetben leírtakkal. A tumor némely területén kiterjedt necrosis, valamint roncsoló vérzés látható. Helyenként a cavernosus vérűrok között vastos falú erek érdaganat gyanúját keltik.

Diagnózis: Fokális noduláris hiperplázia.

Zavartalan műtét utáni körlefelvétel. A draineiket a 4. és 5. posztoperatív napon távolítottuk el. A 12. posztoperatív napon panaszmentesen távozik. 21 hónappal a műtét után panaszmentes.

Megbeszélés

Az o. f. szedéssel összefüggésbe hozható jóindulatú májdaganatoknak általában 2 formáját különböztetik el. Az egyik a jóindulatú májsejt adenoma (JMA), a másik a fokális noduláris hiperplázia (FNH). Mindkét daganatféleség ismert volt már az o. f. alkalmazása előtt is, azonban az észlelt és közölt esetek száma az elmúlt évtized során ugrásszerűen megszorodott (17, 20, 37). A JMA szövettanilag jól differenciált májsejt halmazából épül fel, epeutakat nem tartalmaz, hiányzik a normális lebenykés szerkezet és a portális triasz képletei. Helyette epithellel bélelt vérűrokat tartalmaz, gyakran nagy bevérzések, necrosisok láthatók benne. A kör-



3. ábra: (2. eset)
A 34x20x20 cm átmérőjű, eltávolított tumor metszéslapja

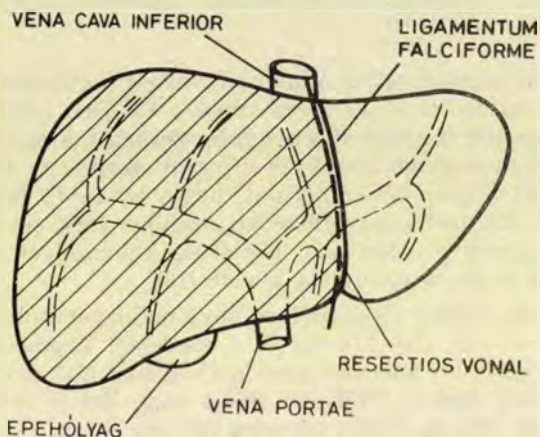
nyező májszövetből általában vékony kötőszövetes tok határolja el. Ezzel szemben a FNH-ra jellemző a részben megtartott lebenykés szerkezet, a nodulusokban portális mezők, proliferáló epeutak és kifejezett kötőszövet-szaporulat, heges területek láthatók. Az esetek egy részében azonban még sorozat metszetek alapján sem lehetséges különbséget tenni a kétfajta elváltozás között (16).

A FNH a ritka előfordulású májdaganatok közé tartozik (10, 11). Az o. f. szedéssel kapcsolatosan elsőként leírt benignus májdaganat (21) szövettanilag éppen FNH-nak felelt meg. Ezt követően Mays (28) és Christopherson (9) írta le az o. f. és a FNH kapcsolatát. A hazai irodalomban is közölték sikeresen operált eseteket (2, 4, 5, 18), melyekben a tumor néhány cm átmérőjű volt. Foster (16) szerint a FNH általában kicsi elváltozás, többnyire tünetmentes és véletlen leletként került felismerésre. Dixit (13) a FNH nagyságát 2–18 cm között, Wessely és munkatársai (40) 0,5–20 cm között adja meg, leggyakoribb a 4–7 cm-es nagyság.

Eseteinkben extrém nagyságú tumorok kerültek észlelésre, melyek tüneteket okoztak. Közülük a második — mely 34x20x20 cm nagyságú volt — tudomásunk szerint a világirodalomban ismertett legnagyobb terjedelmű FNH. E tumort a műtét megelőzően célzott biopsziával diagnosztizáltuk, melytől többnyire az erős vérzés veszélye miatt eltekintenek (11, 13, 16, 23). Helyette — kimutatott májtumor esetén — exploratív laparotomiát és ékbiopsziát javasolnak (16). Esetünkben az angiographia által felvetett malignitás gyanúja indokolta a biopsziát.

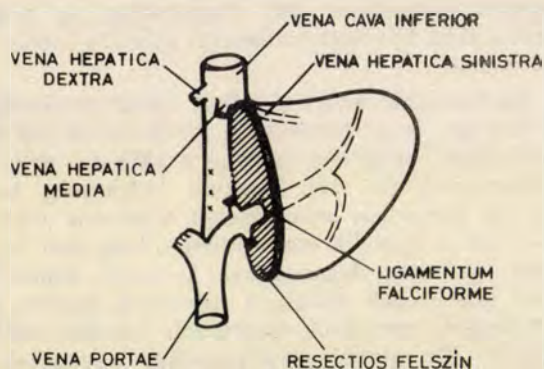
Az általunk észlelt mindkét tumor morfológiai érdekessége, hogy részlegesen kötőszövetes tok határolta őket, melyet elsősorban a JMA-ra tartanak jellegzetesnek (10, 11). További érdekesség, hogy mindkét tumorban bevérzéseket találtunk, melyek különösen a második esetünkben voltak igen kiterjedtek. E beteg daganatában 1–4 cm átmérőjű, vérrel telt üregek voltak, a szövettani képben pedig kiterjedt necrosisok és roncsoló vérzések voltak láthatók. Ez utóbbi elváltozásokat ugyancsak a JMA-ra tartják jellemzőnek (16, 17). Ezek alapján véleményünk megegyezik Herczeg és munkatársainak (20) megállapításával, hogy mind FNH,

mind JMA esetén klinikai szempontból azonos okból létrejövő, azonos következményekkel járó és azonos ellátást igénylő kórfolyamatról van szó. A vérzéses szövődményt és rupturát elsősorban JMA esetén tartják fenyegetőnek (12, 16, 17). Ezt támasztják alá hazai közölt eseteink is, melyek közül kettő vérzés miatt halálhoz vezetett (17, 26), kettő súlyos intrahepatikus vérzést és szeptikus állapotot okozott (20, 36). Azonban FNH esetén is leírtak hasúri vérzést (9), *Mays* (28) 4 esetéből kettőt ruptura miatt műtöttek. Eseteink közül az elsőt észlelt lázas állapot valószínűleg a daganat bevérvésével magyarázható, míg második esetünkben a morfológiai kép alapján fenyegetőnek kell itélnünk a rupturát és a következményes hasúri vérzést.



4. ábra: Jobb lobektomia (triszegmentektómia) során eltávolításra kerülő májrészlet a satírozott terület

Az o. f. szedésével összefüggésben észlelt benignus májtumorkok kezelésére vonatkozóan az irodalmi adatok eltérőek. *Foster* (16) véleménye szerint a terápiás javaslat jelenlegi tudásunk mellett rugalmas. Néhányan a benignus májtumor visszafejlődéséről számoltak be az o. f. elhagyása után (14, 22, 33), ez a konzervatív álláspont és az observáció lehetőségét veti fel (8). Más szerzők (11, 32) szerint nem szabad az esetleges ruptura veszélyét kockáztatni és rezekciót javasolnak. Ezt támasztja alá *Mariani és munkatársainak* (27) megfigyelése is, akik az o. f. elhagyása után a daganat progressz-



5. ábra: A rezekciót követően visszamaradó májrészlet és anatómiai helyzet sémásan

zióját észlelték. Ez utóbbi megfigyeléssel vág egybe második esetünk is, ahol az o. f. elhagyását követően 6 hetes megfigyelés alatt a daganat jelentős növekedését találtuk. A ruptura és vérzés veszélye mellett nem szabad figyelmen kívül hagyni az esetleges malignus átalakulás lehetőségét sem (12, 20, 31).

Mindezek alapján ezeknek a daganatoknak sebészi eltávolítását indokoltnak tartjuk. Kicsiny, néhány cm átmérőjű daganat esetén általában ék-rezekcióval, kis kockázatú műtéttel eltávolítható a tumor. Nagy tumorok esetén viszont a fenyegető vérzés és ruptura, illetve a lehetséges malignus átalakulás miatt ajánlható a kockázatosabb nagyobb műtét is.

Első esetünkben malignus elváltozás alapos gyanúja, a második esetben pedig az extrém nagy daganat indokolta a rezekciós műtétet. Mindkét esetben csak kiterjesztett jobb oldali lebny-rezekcióval volt eltávolítható a daganat. Ezt a műtétet az angol némenklatúra *Starzl* (35) jobb oldali triszegmentektómiának nevezi. *Bismuth* (7) azonban a jobb lobektomia megjelölést ajánlja, mivel a műtét lényege az egész anatómiai jobb lebny eltávolítása, a ligamentum falciforme, illetve a fissura umbilicalis jobb oldalán vezetve a rezekciós vonalat (4. ábra). A rezekciót követően csak a ligamentum falciformetól balra eső anatómiai bal lebny (*Starzl* szerint a bal lebny laterális szegmentuma) marad vissza (5. ábra). Első sikeres triszegmentektómiánkat 1976-ban végeztük hepatocellularis carcinoma miatt, a beteg a műtétet követően 5 évig élt, s a megmaradt szegmentumban keletkezett tumor-recidívában halt meg. *Herczeg és munkatársai* (20) JMA kapcsán végeztek ilyen műtétet. Két esetünk közül az elsőt a posztoperatív időszakban bekövetkező tüdő- és mellhártyagyulladás során kialakuló májelégtelenség vezetett a beteg halálához. Feltehető, hogy ebben az esetben a visszamaradt bal laterális szegmentum kicsiny volt, nem volt kellően hipertrofizált, s a szövődményes műtét utáni szakban nem volt elegendő a megfelelő májműködés fenntartásához. Második esetünkben a bal laterális szegmentum jelentős kompenzatorikus hiperpláziáját észleltük, s ez biztosította a zavartalan műtét utáni gyógyulást. Eseteink bemutatásával a FNH-nak nevezett jóindulatú májdaganat szokatlanul nagy kiterjedésére és műtéti eltávolításának problémáira kívántuk a figyelmet felhívni.

IRODALOM: 1. *Balázs, M.*: Electron microscopic study of benign hepatoma in a patient on oral contraceptives *Beitr. Pathol.* 1976, 159, 299. — 2. *Balázs, M., Gergely, R., Kostic, Sz.*: A máj fokális nodularis hyperplasiájáról, antikoncepcienszerek szedésével kapcsolatban *Magy. Seb.* 1978, 31, 8. — 3. *Balázs, M., Gergely, R., Winkler, G.*: Primäres Leberkarzinom nach mehr jährigen Anwendung eines oralen Kontrazeptivums und Schwangerschaft *Deutsche Med. Wochenschr.* 1977, 102, 1472. — 4. *Bartók, I. és mtsai*: Focal nodular hyperplasia of the liver and hepatic cell adenoma in women on oral contraceptives *Hepatogastroenterol.* 1980, 27, 435. — 5. *Bartók, I., Garas, Zs., Szabó, L.*: Oral contraceptives and benign liver tumor. *Lancet*, 1976, 1, 479. — 6. *Baum, J. K. és mtsai*: Possible association between benign hepatomas and oral contraceptives. *Lancet*, 1973, 2, 926. — 7. *Bismuth, H.*: Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver *World J. Surg.* 1982, 6, 3. — 8. *Chan, C. K., Det-*

mer, D. E.: Proper management of hepatic adenoma, associated with oral contraceptives Surg. Gynecol. Obstet. 1977, 144, 703. — 9. Christopherson, W. M., Mays, E. T., Barrows, G. H.: Liver tumors in women on contraceptive steroids Obstet. Gynecol. 1975, 46, 221. — 10. Christopherson, W. M., Mays, E. T.: Liver tumors and contraceptive steroids. Experience with the first one hundred registry patients. J. Natl. Cancer Inst. 1977, 58, 167. — 11. Christopherson, W. M., Mays, E. T.: Relations of steroids to liver oncogenesis In: Liver carcinogenesis Eds: K. Lapis, J. V. Johannessen Hemisphere Publ. Corp. Washington, New York, London 1979, pp. 37–60. — 12. Davis, M. és mtsai: Histological evidence of carcinoma in a hepatic tumor associated with oral contraceptives Brit. Med. J. 1975, 4, 496. — 13. Dixit, S. P.: Liver and the contraceptive pill Canadian J. Surg. 1980, 23, 222. — 14. Edmondson, H. A. és mtsai: Regression of liver adenomas associated with oral contraceptives Ann. Int. Med. 1977, 86, 180. — 15. Ellis, E. F., Gordon, P. R., Gottlieb, L. S.: Oral contraceptives and cholangiocarcinoma Lancet, 1978, 1, 207. — 16. Foster, J. H.: Benign Liver Tumors World J. Surg. 1982, 6, 25. — 17. Gergely, M., Benkó, G.: Infecundin és „jóindulatú” máj-adenoma Orv. Hetil. 1980, 121, 71. — 18. Haraszti, A., Fülöp, L.: Oral fogamzásgátlók és májtumor Magyar. Onkol. 1980, 24, 62. — 19. Henson, W., Gray, H. K., Dockerty, M. B.: Benign tumors of the liver Surg. Gynec. Obstet. 1956, 103, 23. — 20. Herczeg B. és mtsai: Az oralis fogamzásgátlók és májdaganat Orv. Hetil. 1981, 122, 1879. — 21. Horváth, E., Kovács, K., Ross, R. C.: Ultrastructural findings in a well-differentiated hepatoma Digestion, 1972, 7, 74. — 22. Kay, S.: Nine years follow-up of a case of benign liver cell adenoma related to oral contraceptives Cancer, 1977, 40, 1759. — 23. Kolb, A.: Benign liver tumors and oral contraceptives Acta Chir. Scand. 1982, 148, 89. — 24. Littmann, I. és mtsai: Anticoncipiens kezelés kapcsán létrejövő máj-adenoma operált esete Orv. Hetil. 1976, 117, 159. — 25. Lough, J., Spicer, P., Kinch, R.: Focal nodular hyperplasia of the liver. An electron microscopic study of the vascular lesions Human Path. 1980, 11, 181. — 26. Lukács, J. Szemantik, T.: Halálos hasúri elvérzést okozó adenoma hepatitis tartós oralis fogamzásgátló szedése után

Morphol. és Ig. Orv. Szemle, 1978, 18, 228. — 27. Mariani, A. F. és mtsai: Progressive enlargement of a hepatic cell adenoma Gastroenterology, 1979, 77, 1319. — 28. Mays, E. T., Christopherson, W. M., Barrows, G. H.: Focal nodular hyperplasia of the liver: Possible relationship to oral contraceptives Am. J. Clin. Pathol. 1974, 61, 735. — 29. Meyer, P., Livolsi, V. A., Cornog, J. L.: Hepatoblastoma associated with an oral contraceptive Lancet, 1974, 2, 1387. — 30. Model, D. G., Fox, J. A., Jones, R. W.: Multiple hepatic adenomas associated with an oral contraceptive Lancet, 1975, 1, 865. — 31. Neuberger, J. és mtsai: Oral-contraceptive-associated liver tumors: occurrence of malignancy and difficulties in diagnosis Lancet, 1980, 1, 273. — 32. Nissen, E. D., Kent, D. R., Nissen, S. E.: Role of oral contraceptive agents in the pathogenesis of liver tumors. In: Liver carcinogenesis. Eds: K. Lapis, J. V. Johannessen Hemisphere Publ. Corp. Washington, New York, London, 1979, pp. 61–84. — 33. Ramseuer, W. L., Cooper, M. R.: Asymptomatic liver cell adenomas. Another case of resolution after discontinuation of oral contraceptive use JAMA 1978, 239, 1647. — 34. Rooks, J. B. és mtsai: Epidemiology of hepatocellular adenoma. The role of oral contraceptive use JAMA 1979, 242, 644. — 35. Starzl, T. E. és mtsai: Hepatic trisegmentectomy and other liver resections Surg. Gynec. Obstet. 1975, 141, 429. — 36. Strausz, J. és mtsai: Jóindulatú májdaganat kialakulása oralis fogamzásgátló kezelés kapcsán Magyar. Seb. 1978, 31, 15. — 37. Vana, J. és mtsai: Primary liver tumors and oral contraceptives. Results of a survey JAMA 1977, 238, 2154. — 38. Vana, J. és mtsai: Survey of primary liver tumors and oral contraceptive use In: Liver carcinogenesis. Eds: K. Lapis, J. V. Johannessen Hemisphere Publ. Corp. Washington, New York, London 1979, pp. 85–103. — 39. Vana, J., Murphy, G. P.: Primary malignant liver tumors: association with oral contraceptives New York State Journal of Medicine, 1979, 79, 321. — 40. Wessely, Z., Shapiro, S. H., Scherer, J. D.: Focal nodular hyperplasia of the liver: ultrastructural observations Ann. Clin. Lab. Sci. 1982, 12, 119.

(Szécsény Andor dr., Budapest, Üllői út 78., 1082.)

SEPTO—DOL



Aktív klór-hatóanyagtartalmú, széles antimikrobiális spektrumú, fertőtlenítő hatású súrolószer. Eü. M. eng. sz.: 51393/1983.

ÖSSZETÉTEL: Szerves klórvegyület, detergens, emulgeáló adalék, finom szemcséjű súrolószer.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészek, ágytálak, ágytálmosók, mosdó- és mosogatókagylók, vizelőkagylók, kádak, zuhanytálcák), mosható bútorok, nyílászáró szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatásos fertőtlenítő tisztítására.

KISZERELÉS ÉS ÁR: 20 kg-os csomagolásban: 260,- Ft telephelyen. Kérésre díjmentesen egységgrammnyként zsugorfóliázzuk.

GYARTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZAGOS ERC- ÉS ÁSVÁNYBÁNYÁK

Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



A ROLITRON

Társaság speciális tevékenysége orvosi elektronikai műszerek, így:

- szívdiagnosztikai berendezések,
- elektrofiziológiai berendezések,
- művese készülékek
- és ezeket támogató számítógépek

tervezése és programozása, valamint közepes sorozatú gyártása.

TÁRSASÁGUNK

– FELMÉRI ÉS ELEMZI AZ IGENYEKET

– MEGTERVEZI A MŰSZERÉKET VAGY MŰSZER-CSALÁDOKAT

Munkatársaink több mint fele fejlesztő mérnök. Speciális szaktudásuk a biztosítéka annak, hogy a ROLITRON az orvosi elektronika területén magas színvonalú berendezéseket hozzon létre. A tervezést a szakterület specialistái az önálló alkotás örömeivel és teljes személyi felelősséggel végzik.

– ONALLOAN GONDOSKODIK A KIS ÉS KÖZEPES SOROZATU GYÁRTÁSROL

Széles kooperációs hálózattal rendelkezünk, így az egységes konstrukciós elvek szerint kialakított műszereink nagyszorozatú gyártására is vállalkozhatunk.

– AZ EGÉSZ ORSZÁG TERÜLETÉN RENDSZERES SZERVIZ-VEVŐSZOLGALATI FELADATOKAT LÁT EL

Szerviz részlegünk elvégzi a műszerek kórházi telepítését és biztosítja a kezelő személyzet betanítását. E feladatokra kizárólag magasan kvalifikált, az orvosi környezetet jól ismerő mérnököket alkalmazunk. Tekintettel készülékeink speciális felhasználási területére – többségük életmentő feladatot lát el – a hiba jelzése után a berendezést általában 24 órán belül megjavítjuk vagy cseréljük.

Társaságunk által nyújtott komplex szolgáltatás partnereinknek

KÉNYELMET,

BIZTONSÁGOT

és a megvásárolt rendszerek

BŐVÍTHETŐSÉGÉT

biztosítja.

A KÖZEL 10 ÉVES MŰLTÁ VISSZATEKINTŐ ROLITRON TÁRSASÁG LEGSIKERESEBB TERMÉKEI:

- automata peritonealis dializáló művesekészülék
- haemodiafiltráló művesekészülék
- intenzív és post-intenzív betegőrző rendszer
- elektronikus fájdalomcsillapító készülék
- noninvasív szívdiagnosztikai komputer HIS-kötegi potenciál analizálására.

KISÉRJE FIGYELEMMEL TERMÉKISMERTETŐINKET HAVONTA AZ ORVOSI HETILAPBAN, VAGY VAGJA KI ÉS KITÖLTVE KÜLDJE EL A KUPONT A KÖVETKEZŐ CIMRE:



1036, Budapest, Lajos u. 106. Telefon: 385-719.

Az Orvosi Hetilap április 15-én megjelenő számában bemutatjuk a MEMOCARD kétsatornás beépített analizátorral rendelkező őrzőmonitorunkat



Kupon

Bővebb információt szeretnék kapni a ROLITRON Társaság

- szívdiagnosztikai berendezéseiről
- művesekészülékeiről
- számítógépeiről

Név

Munkahely

Cím

TOLDI ZOLTÁN DR.,
KERTÉSZ ERZSÉBET DR.
ÉS ENDREFFY EMÓKE DR.

A vörösvérsejtek és a plazma Na^+ , K^+ koncentrációja kongenitális vitiumos gyermekekben

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

A szerzők 93 kardiológiai, zömében kongenitális vitiumos beteg gyermek vörösvérsejt és plazma Na^+ , K^+ koncentrációját vizsgálták. Az eredményeket 48 hasonló korú, nem beteg gyermek értékeivel hasonlították össze. Megállapítják, hogy a vörösvérsejt Na^+ és K^+ koncentráció normális esetben szűk határok között állandó, kóros állapotokban azonban kifejezett eltérések tapasztalhatók. A súlyos állapotban levő, dekompenzált, digitális-szal kezelt betegekben erősen emelkedett vvs Na^+ koncentrációt találtak. A kompenzált betegek között is magasabb volt a vvs Na^+ értéke nagy baljobb sönttel járó kongenitális vitiumokban. Jobbal sönttel, cianózissal járó kongenitális vitiumokban magasabb vvs K^+ koncentrációt találtak. Hyperkinetikus keringés esetén, kongenitális vitium nélkül pedig alacsonyabb volt a vvs Na^+ szint. A plazma Na^+ , K^+ koncentrációjában csak a jobbal sönttel járó kongenitális vitiumok esetén észleltek eltérést: a K^+ szint emelkedését. A szerzők véleménye szerint a vvs Na^+ , K^+ koncentráció változása nem alkalmas a digitális kezelés hatásosságának felmérésére. Vizsgálataikkal kardiológiai betegségek sejtszintű kísérő jelenségeit mutatták ki.

Sodium and Potassium Concentration of Red Blood Cells and Plasma in Children Suffering from Congenital Heart Disease. Sodium and potassium concentrations in the red blood cells and blood plasma were investigated in 93 children with cardiologic diseases, most of them with congenital heart disease. The results were compared with the values found in 48 healthy children of the same age. Constant red blood cell sodium and potassium concentrations were found within a narrow range in normal cases but profound alterations of those in pathological states. Red blood cell sodium concentration was very high in critically ill patients with congestive heart failure treated with digitalis. Even without congestive heart failure higher erythrocytic sodium values were found in cardiac malformations with left to right shunt. Cyanotic patients with right to left shunt showed higher erythrocytic potassium levels. Red blood cell sodium concentrations were lower in cases of hyperkinetic circulation without any congenital heart disease. The only alteration regarding plasma concentrations was the elevated plasma potassium level found in cases of congenital heart disease with right to left shunt. In the authors' opinion measuring changes of erythrocytic sodium and potassium concentrations is not an appropriate method for assessing the efficacy of digitalis treatment. Present investigations point to the accompanying phenomena at cellular level in cardiologic diseases.

Az élő szervezet lényeges tulajdonsága, hogy biológiai határhártyái révén egyenlőtlen anyageloszlást képes fenntartani. Ennek egyik megnyilvánulása az extra- és intracelluláris tér elektrolit koncentrációi között észlelhető különbség, ami csak a sejtek aktív anyagcseréjével tartható fenn. A sejtmembránon keresztül történő ioncsere folyamat több összetevőből áll, közülük leglényegesebb az aktív iontranszport (12, 19). Na^+ és K^+ esetében ezt az ún. $\text{Na}-\text{K}$ pumpa végzi (12, 13, 14, 18, 19).

Vizsgálatainkban abból indultunk ki, hogy a fenti hatások a szívbetegségekben is érvényesülnek,

még hozzá a különböző jellegű szívbetegségek típusától függően más és más módon. Ezt a jelenséget a szívbetegségekben számos szerző vizsgálta, de főleg abból a szempontból, hogy a szivglikozidok specifikusan hatnak a $\text{Na}-\text{K}$ pumpának megfelelő $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ -áz enzimre (1, 10, 11, 20). Ugyanakkor a gyógyszerhatástól függetlenül a jelenséget úgyszólván kizárólag felnőttkori, különböző etiológiájú pangásos keringési elégtelenségben tanulmányozták (4, 7, 9, 15). Ilyen vizsgálatok gyermekkorban, különösen kongenitális vitiumokban csak egyedi megfigyelés jellegűeknek tekinthetők (17). Ezért látjuk szükségesnek, hogy nagyobb számú, változatos összetételű gyermekgyó-

gyászati kardiológiai beteganyagon vizsgáljuk a vörösvérsejtek (vvs) Na^+ , K^+ koncentrációját, abból a célból, hogy a várható eltéréseket összefüg-

gésbe hozzuk az alapbetegség típusával, az arra jellemző patológiai folyamattal.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkban 93 kardiológiai beteg gyermek plazma és vvs elektrolitjait határoztuk meg. Az esetek túlnyomó többségében a diagnózist hemodinamikai vizsgálattal állapítottuk meg. Az elektrolitokat 48 kontroll gyermek eredményeihez viszonyítottuk. A kontrollok vegyes életkorú és nemű gyermekek voltak, akik esetében a vizsgálatok betegségét nem igazoltak, a gyermekek nem részesültek kezelésben.

A plazma és a vvs-ek Na^+ , K^+ koncentrációját OMSZÖV digitális lángfotométerrel határoztuk meg. A vvs-ek elektrolit meghatározását Fortes Mayer szerint végeztük (6). A módszer lényege: izozmotikus MgCl_2 tartalmú oldattal mosott vvs-eket saponinnal hemolizáljuk, és az elektrolitokat lángfotometriás úton vizsgáljuk. Az eredmények 1 liter plazmára, ill. 1 liter vvs-re vonatkoznak.

Eredmények

Az 1. táblázatban a kontrollok plazma és vvs Na^+ , K^+ koncentrációját tüntettük fel. A táblázat adatai szerint a plazma Na^+ és K^+ tartalma az ismert standard értékhatároknak felelt meg. Ugyanezen ionok vvs-beli koncentrációja módszerünkkel igen szűk határok között mozgott, életkortól függetlenül meglehetősen állandó volt.

A 2. táblázatban a kardiológiai betegek vvs Na^+ , K^+ koncentrációját mutatjuk be az állapot súlyossága és a digoxin kezelés alapján. A kompenzált és szubkompenzált állapotban levő betegek, akik digoxin kezelést nem kaptak, nem mutattak vvs Na^+ , K^+ koncentráció eltérést a kontrollokhoz képest. Magasabb vvs Na^+ szintet észleltünk a digoxinnal kezelt, kompenzált betegekben; a még kezeletlen dekompenzált betegekben; legmagasabb szintet pedig a digoxinnal kezelt, dekompenzált betegekben.

A 3. táblázatban a kardiológiai betegek vvs Na^+ , K^+ koncentrációját a diagnózis szerint csoportosítva mutatjuk be. Magasabb vvs Na^+ koncentrációt találtunk a nagy bal-jobb sönttel járó kongenitális vitiumokban; azokban is, akik kompenzált állapotban voltak, és nem részesültek digoxin kezelésben. (A nagy bal-jobb sönttel járó vitiumokban a pulmonális/szisztémás perctérfogat aránya 2:1 felett volt.) Még magasabb vvs Na^+ szintet észleltünk azokban a nagy bal-jobb söntös betegekben, akik dekompenzáltak voltak, és digoxinnal kezeltük őket. Magas vvs Na^+ értéket kaptunk négy cardiomyopathiás, vitium nélküli esetben, akikben pangásos keringési elégtelenség tüneteit észleltük. Alacsonyabb vvs Na^+ koncentrációt találtunk hiperkinetikus keringés esetén, vitium nélkül. Magasabb vvs K^+ értéket kaptunk jobb-bal sönttel járó kongenitális vitiumokban. A többi betegcsoportban nem találtunk vvs Na^+ , K^+ koncentráció eltérést.

A plazma Na^+ , K^+ koncentráció az összes betegre vonatkozóan mindössze néhány esetben tért el csekély mértékben a normálistól. Szabályszerűséget csak a jobb-bal söntös csoportban észleltünk, ahol magasabb plazma K^+ koncentrációt találtunk ($\bar{x} \pm \text{SD}$): $4,9 \pm 0,8$ mmol/l.

1. táblázat. 48 egészséges gyermek plazma és vörösvérsejt Na^+ , K^+ koncentrációja

	$\bar{x} \pm \text{SD}$	
plazma	$\text{Na}^+ = 139 \pm 3$	mmol/l
plazma	$\text{K}^+ = 4,2 \pm 0,5$	mmol/l
vörösvérsejt	$\text{Na}^+ = 6,2 \pm 0,8$	mmol/l
vörösvérsejt	$\text{K}^+ = 95,1 \pm 3,5$	mmol/l

2. táblázat. Kardiológiai beteg gyermekek vörösvérsejt Na^+ , K^+ koncentrációja, az állapot súlyosságával és a digoxin kezeléssel összefüggésben

	vörösvérsejt Na^+		vörösvérsejt K^+	
	mmol/l	mmol/l	mmol/l	mmol/l
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
kontrollok (n = 48)	6,2	±0,8	95,1	±3,5
kompenzált és szubkompenzált betegek, digoxint nem kapnak (n = 75)	6,5	±1,9	95,4	±5,0
kompenzált betegek, digoxint kapnak (n = 5)	8,7	±1,5	93,0	±4,4
dekompenzált betegek, még nem kapnak digoxint (n = 3)	7,7	±0,7	94,7	±3,7
dekompenzált betegek, digoxint kapnak (n = 10)	15,0	±5,9	93,8	±7,2

3. táblázat. Kardiológiai beteg gyermekek vörösvérsejt Na^+ , K^+ koncentrációja, a diagnózis szerint csoportosítva

	vörösvérsejt Na^+		vörösvérsejt K^+	
	mmol/l	mmol/l	mmol/l	mmol/l
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
kontrollok (n = 48)	6,2	±0,8	95,1	±3,5
sönt nélküli vitiumos betegek (n = 18)	6,5	±1,9	94,2	±4,4
nagy bal-jobb sönttel járó vitiumos betegek, kompenzáltak, digoxint nem kapnak (n = 16)	8,3	±2,0	95,0	±5,0
nagy bal-jobb sönttel járó vitiumos betegek, digoxint kapnak (n = 8)	15,6	±6,3	91,5	±6,8
kis bal-jobb sönttel járó vitiumos betegek (n = 14)	5,8	±1,2	93,9	±3,5
jobb-bal sönttel járó vitiumos betegek (n = 14)	6,0	±1,5	100,9	±4,7
hiperkinetikus betegek (n = 5)	4,0	±0,8	95,3	±3,9
cardiomyopathias betegek (n = 4)	10,7	±3,4	94,1	±2,8
vezetési zavarban szenvedő betegek (n = 5)	5,9	±0,6	95,2	±4,7
műtött vitiumos betegek (n = 9)	6,1	±1,5	97,8	±4,2

Munkánkban abból a feltételezésből indultunk ki, hogy az intracellularis elektrolitok nem mindig párhuzamosan változnak a plazma elektrolitokkal. Ezért a szervezet összes elektrolit tartalma (az esetleges hiány vagy többlet) felmérésében feltétlenül tekintetbe kell venni a plazma mellett az intracelluláris teret is (3). Az intracelluláris tér vizsgálatára jó modell lehetőség a vvs, jóllehet nem azonosítható az összetétele teljes mértékben más sejtével. Atípusos sejt, nincs magja, erősen speciális funkciója van stb. Mindezek ellenére sok más vizsgálatban hasznos modellnek bizonyult mind a membrán transzport, mind az intracelluláris elektrolitok tanulmányozásában (1, 12, 14, 18, 19).

A vvs elektrolitok normális értéke a különböző közleményekben kisebb-nagyobb mértékben eltér egymástól, különösen a korábbi munkákban. Sieberth összehasonlítja 27 1952 és 1978 között megjelent közlemény normális értékeit (16). A Na^+ = 6,2–24 mmol/l, a K^+ = 81–104 mmol/l között változott. Az utóbbi években egységesen általában alacsonyabb Na^+ értékeket adnak meg. Saját eredményeink jól egyeznek az irodalom ezen utóbbi időkben publikált adataival.

A vizsgálatainkban észlelt vvs elektrolit eltérésekben meghatározó szerepet játszik az alapfolyamat súlyossága és a beteg általános állapotának pillanatnyi helyzete. A szervezet súlyos energiaellátási zavara esetén a sejt és környezete közötti ion különbség kiegyenlítődésének folyamata indul meg. Kritikusan súlyos állapotban számolni kell azzal a lehetőséggel, hogy a sejt nem tudja biztosítani a Na–K pumpa folyamatos működéséhez szükséges energiát, amely az egész sejt energiaigényének mintegy 20–30%-a (12, 18, 19). Beteganyagunkat súlyosság szerint csoportosítva ez főképpen a súlyosabb betegek vvs Na^+ szintjének emelkedésében nyilvánult meg (2. táblázat). Ezek a betegek nagyrészt digitális kezeléssel is részesültek. A dekompenzált, digitálissal kezelt betegek mindegyike Furosemidet és KCl-t is kapott. Emellett szükség szerint antibiotikum és tüneti kezelést alkalmaztunk. Öt betegben észleltünk metabolikus alkalózist, a többi esetben nem volt sav-bázis eltérés. A dekompenzált, de digitálissal még nem kezelt betegek egyenként antibiotikum, vizelethajtó, KCl terápiában részesültek, lényeges sav-bázis eltérésük nem volt. A digoxinnal kezelt, kompenzált betegek mindegyike kapott Furosemidet és KCl-ot, emellett egyenként antibiotikumot kaptak. Közülük egynek volt mérsékelt metabolikus acidózis.

Természetesen emellett több más tényező is lényegesen befolyásolhatja az intracellularis elektrolit összetételt. Gárdos vizsgálatai derítették ki az intracellularis Ca^{++} szerepét a sejtthártyán át történő K^+ vándorlásban (8). Ugyancsak ismeretes az intracellularis pH, a membrán szerkezet, az egyes hormonok, a prosztaglandinok, a ciklikus nukleotidok, az oxidáns hatások és a különböző gyógyszerek szerepe a sejt elektrolit összetételének alakulásában. Ezek szerepét részben ismerjük, de a részletek még távolról sem tisztáztak.

Vizsgálati adatainkból emellett néhány következtetés vonható le. A különböző kardiológiai betegcsoportokban különböző jelleggel bár, de a plazmától részben függetlenül következik be vvs ionösszetételbeli változások. A plazma Na^+ , ill. K^+ ± 2 SD-n túli eltérését 11 esetben észleltük, ugyanakkor 42 betegben a vvs Na^+ , ill. K^+ szintje a ± 2 SD-n túli határértékeket is meghaladta.

Ami az egyes változások közelebbi magyarázatát illeti, a nagy bal-jobb sönttel járó kongenitális vitiumokban és a cardiomyopathiákban észlelt magasabb vvs Na^+ koncentrációk oka feltehetően a rosszabb oxigenizáció miatt fennálló gyengébb Na–K pumpa aktivitás. A nagy bal-jobb söntös betegek közül azok, akik nem kaptak digoxint, egyéb kezelésben sem részesültek; sav-bázis eltérésük nem volt. A nagy bal-jobb söntös, digoxinnal kezelt betegek Furosemidet és KCl-ot is kaptak. Emellett még egyénileg antibiotikum és tüneti kezelést alkalmaztunk. Közülük négy betegben észleltünk metabolikus alkalózist. A cardiomyopathiás betegek közül kettő kapott digitáliszt, Furosemidet és KCl-ot, a másik kettő antibiotikumot, ill. tüneti kezelést. Közülük kettőnek volt mérsékelt metabolikus alkalózisa. A hiperkinetikus keringésű gyermekekben észlelt alacsonyabb vvs Na^+ koncentráció pedig feltételezésünk szerint a hiperkinézia okával áll összefüggésben (pl. fokozott béta-adrenerg reaktivitás). Ezek a gyermekek kezelést nem kaptak, sav-bázis eltérésük nem volt. A jobb-bal sönttel járó kongenitális vitiumokban talált magasabb vvs K^+ koncentráció az erre a csoportra jellemző polyglobuliával függhet össze. Leírták, hogy a fiatalabb vvs-ek K^+ tartalma magasabb, Na^+ tartalma alacsonyabb (2). Polyglobuliában a fokozott vvs termelés következtében talán a fiatal vvs-ek aránya nagyobb, és ez az ionösszetételben is tükröződik. Eszerint az itt is meglévő rosszabb oxigenizáció vvs Na^+ szint emelő hatását ellensúlyozza a fiatal vvs-ek alacsonyabb Na^+ koncentrációja, emiatt a vvs Na^+ szintben nem észleltünk eltérést. A jobb-bal söntös betegek közül kettő kapott digoxint, Furosemidet, KCl-ot, egy pedig anti-ikonvulzív szereket. A többi nem részesült kezelésben. Sav-bázis eltérésük többnyire volt; három esetben súlyos, hét esetben mérsékelt metabolikus acidózist észleltünk. A jobb-bal söntös csoportban talált plazma K^+ szint emelkedést az acidózissal hozzuk összefüggésbe.

Külön kiemelendő szempont, hogy mennyiben tükröződik a digitálisz hatás a mi eseteinkben a vvs ionösszetételében. A 2. táblázatban a vvs Na^+ koncentráció emelkedése látható digitálisz hatás következtében mind a dekompenzált, mind a kompenzált csoportban. A pusztán digitálisz hatásra bekövetkező vvs Na^+ emelkedéshez képest még magasabb értékeket találtunk kardiális dekompenzáció és digitálisz együttes hatására. Vvs Na^+ szint emelkedést tapasztaltunk néhány olyan dekompenzált betegben is, akik még nem kaptak digitáliszt. A Na^+ emelkedés tehát nemcsak digitálisz hatásra következik be, másrészt Förd adatai szerint hosszabb (több, mint 2 hónap) digitálisz kezelés után kompenzáló mechanizmusok révén helyreáll a normális vvs elektrolit helyzet (5). Ezt

két beteg esetében mi is tapasztaltuk. Végeredményben ezek az adatok arra utalnak, hogy a vvs Na^+ és K^+ koncentrációjának vizsgálata, ill. a Na^+ koncentráció emelkedése nem megfelelő indikátora a digitálisz terápia hatásfokának.

Az eddigi vizsgálatok eredménye lényegében abban összegezhető, hogy vvs Na^+ , K^+ eltérések rendszeresen előfordulhatnak kongenitális vitiomos gyermekekben.

A tapasztalt vörösvérsejt elektrolit eltérések mechanizmusának tisztázására további vizsgálatok szükségesek. Ugyancsak kérdés, hogy az észlelt változások terápiásan befolyásolhatók-e, ill. az alapbetegség megoldásával rendeződnek-e. Vizsgálatainkkal az egész szervezetet érintő kórállapotok sejtszintű kísérő jelenségeit tudtuk kimutatni.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetüket fejezik ki *Husza Ferencné* laboratóriumi asszisztensnek lelkiismeretes munkájáért és *dr. Németh Ilonának* értékes tanácsaiért.

IRODALOM: 1. *Astrup, J.*: The effect of hypokalaemia and of digoxin therapy on red cell — sodium and potassium content. Some clinical aspects. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1974 33, 11. — 2. *Bartos, G., Swierczynski, B., Gondko, R.*: Aging of the erythrocyte. III. Cation content. *Experientia* 1981, 37, 723. — 3. *Burrows, B. A., Ashley, M. M., Sisson, J. H.*: Radioactive potassium distribution in metabolic disorders. *J. Clin. Invest.* 1952, 31, 620. — 4. *D'Amico, G.*: Red cell Na and K in congestive heart failure, essential hypertension and myocardial infarction. *Am. J. Med. Sci.* 1958, 236, 156. — 5. *Ford, A. R., et al.*: The acute changes seen in cardiac glycoside receptor sites, 86 rubidium uptake and intracellular sodium concentrations in the erythrocytes of patients during the early phases of digoxin therapy are not found during chronic therapy: pharmacological and therapeutic implications for chronic digoxin therapy. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1979, 8, 135. — 6. *Fortes Mayer, K. D., Starkey, B. J.*: Simpler flame photometric determination of erythrocyte sodium and potassium: the reference range for apparently healthy adults. *Clin. Chem.* 1977,

23, 275. — 7. *Friedberg, C. K.*: Fluid and electrolyte disturbances in heart failure and their treatment. *Circulation* 1957, 16, 437. — 8. *Gárdos, G.*, The role of calcium in the potassium permeability of human erythrocytes. *Acta Physiol. Acad. Sci. Hung.* 1959, 15, 121. — 9. *Lazzara, R. K., et al.*: Magnesium and potassium metabolism in patients with idiopathic cardiomyopathy and chronic congestive heart failure. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1965, 120, 110. — 10. *Loes, M. W., et al.*: Relation between plasma and red cell electrolyte concentrations and digoxin levels in children. *N. Engl. J. Med.* 1978, 299, 501. — 11. *Róna, Gy.*: A digitálisz kezelés időszerű kérdései. *Gyógyszereink* 1981, 31, 241. — 12. *Sarkadi, B., Tosteson, D. C.*: Active cation transport in human red cells. In: *Transport across single biological membranes.* Ed.: Tosteson D. C. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1979, 117. — 13. *Schwartz, A., Lindenmayer, G. E., Allen, J. C.*: The Na^+ , K^+ -ATPase membrane transport system: Importance in cellular function. In: *Current topics in membranes and transport.* Ed.: Bronner, F., Kleinzeller, A. Vol. 3. Academic Press, New York, London, 1972, 1. — 14. *Schwartz, A., Lindenmayer, G. E., Allen, J. C.*: The sodium-potassium adenosine triphosphatase: Pharmacological, physiological and biochemical aspects. *Pharmacol. Rev.* 1975, 27, 3. — 15. *Seller, R. H., et al.*: Serum and erythrocytic magnesium levels in congestive heart failure: effect of hydrochlorothiazide. *Am. J. Cardiol.* 1966, 17, 786. — 16. *Sieberth, H. G.*: Different methods for analysis of intraerythrocyte electrolyte concentration (comparison study). In: *Intracellular electrolytes and arterial hypertension.* Ed.: Zumkley, H., Losse, H., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1980, 4. — 17. *Sigström, L.*: The role of active sodium and potassium transport in hyponatremic states in infancy and childhood. *Acta Paediatr. Scand.* 1981, 70, 353. — 18. *Somogyi, J.*: Die klinische Bedeutung der Transport-Adenosintri-phosphatase. *Med. Welt* 1975, 26, 1076. — 19. *Somogyi J.*: A plazmamembrán Na^+ + K^+ -adenozintrifoszfátázának szerepe az egyértékű kationok aktív transzportjában. A biológia aktuális problémái. 1980, 19, 9. — 20. *Wessels, F., Brisse, B.*: Sodium and potassium concentration of RBC as criterion of effective digitalis therapy and digitalis intoxication. In: *Intracellular electrolytes and arterial hypertension.* Ed.: Zumkley, H., Losse, H., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1980, 231.

(Toldi Zoltán dr., Szeged, Pf. 471., 6701.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



A záródási rendellenességek megelőzése érdekében végzett szérums-alfa-fötóprotein szűrővizsgálatáról

(Multicentrikus tanulmány)

PEJTSIK BÉLA DR.,
PÁCSA SÁNDOR DR.,
SZEREDAY ZOLTÁN DR.,
WESSELY JUDIT DR.,
KONCZWALD LÁSZLÓ DR.,
ILLEI GYÖRGY DR.,
NÉMETH LAJOS DR.,
VERECZKEY GÁBOR DR.
ÉS ERDŐSI ERVIN DR.

Megyei Kórház, Pécs, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály (főorvos: Szereday Zoltán dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem Mikrobiológiai Intézet (igazgató: Kétyi Iván dr.),
Megyei Kórház, Zalaegerszeg, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Konczwald László dr.)
Megyei Kórház, Szombathely, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Illei György dr.)
és Megyei Kórház, Szekszárd, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Vereczkey Gábor dr.)

A szerzők 4 megyében végzett anyai szérums-alfa-fötóprotein szűrővizsgálat eredményeit foglalják össze. A vizsgálat 34 643 terhes asszonyra vonatkozott. Ezek közül a szűrésben 32 097 (92,6%) vett részt. Emelkedett s- α -AFP szint (452; 1,3%) alapján 65 záródási rendellenesség praenatalis felderítése vált lehetővé. Az egész terhes populációt tekintve — a vizsgálati időszakban — 79 záródási rendellenességgel sújtott terhesség állott fenn. Tehát a s- α -AFP szűrés hatékonysága 82,2% volt. A kockázati csoportba került 452 terhes asszonynál összesen 280 magzati pathológia szerepelt (61,9%). A terhesség 16–18. hetében végzett ELISA eljárásra épített anyai s- α -AFP szűrővizsgálat gazdaságos és hatékony eszköz a súlyos fejlődési rendellenességek kimutatására. Ezen túlmenően nagymértékben hozzájárul a terhességdozálás minőségének javításához.

Collaborative study on prevention of closure defects: maternal serum-alpha-fetoprotein screening in four counties. Authors present results of maternal serum-alpha-fetoprotein (s- α -AFP) screening for a pregnant population of 34 643. Of these pregnant women 32 097 (92.6%) were tested. Raised s- α -AFP levels were detected in 452 (1.3%) cases. On the base of these 65 closure defects could be diagnosed. Regarding the whole pregnant population — during the time of study — 79 closure defects were registered. Therefore the efficiency of the s- α -AFP screening was 82.2%. Among those pregnant women rendered into the risk group by raised s- α -AFP level, all together 280 pregnancies were pathological (multiple pregnancy, intrauterine death). S- α -AFP screening — based on the ELISA technique — when carried out during the 16–18 gestational weeks is an effective measure for detection of intrauterine neural tube defects.

A záródási rendellenességek (anencephalia, nyitott spina bifida, hasfalhiány, továbbiakban ZR) felismerése érdekében szérums-alfa-fötóprotein (s- α -AFP) szűrőprogramot az Egyesült Királyságban kezdeményeztek (1, 2). Azóta már több európai országban valósult meg ez a szűrővizsgálat. Angliában a szűrés nagymértékben indokolja a ZR-ek magas előfordulása (kb. 4,5/1000). Hazánkban ez a gyakoriság a legújabb adatok szerint 2–3/1000 (3), ami még olyan magas, hogy a szűrőprogram bevezetése nagymértékben indokolt. A hazai, modell jellegű tanulmány eredményei igazolták, hogy az enzim-immuno-assay (ELISA) eljárásra épített anyai s- α -AFP szint meghatározás alkalmas a ZR-ek szű-

rővizsgálatára. E tanulmány adatai szerint a terhesség 16–18. hetében végzett s- α -AFP szint meghatározás alapján, az asszonyoknak alig több mint 1%-a kerül a kockázati csoportba. Pathológiás terhesség (ZR, iker, közepidős elhalás) ebben a kockázati csoportban pedig több mint 60%-ban fordul elő (4).

A kedvező tapasztalatok elősegítették, hogy a szűrővizsgálat további megyékben is meginduljon. Ebben a közleményben a Baranya, Tolna és Zala megyékben végzett vizsgálatok eredményeit foglaljuk össze.

Anyag és módszer

A szervezési intézkedések a programban részt vevő négy megyében különbözőképpen valósultak meg. Valamennyi megye saját hatáskörében intézkedett,

hogy a vérminták a 16—18. terhességi héten kerüljenek levételre. Erre a hazánkban jól működő terhesgondozási hálózat megfelelő keretet biztosított. A vérminták a hálózaton keresztül jutottak el a meghatározást végző laboratóriumokba. 1980. márc. 1-től 1982. december 31-ig 32 097 asszonynál történt s—AFP vizsgálat.

A s—AFP meghatározást mind a pécsi, mind a zalaegerszegi laboratórium, a már korábban részletezett enzimekapcsolatú ellenanyag technika (ELISA) módszerével végezte (4, 5, 6).

Eredmények

1. A szűrésben részt vevők aránya:

Minden szűrővizsgálat eredményességét nagymértékben meghatározza az a körülmény, hogy a szűrésre kijelölt populáció hány százaléka vesz abban részt. Különösen fontos a magas részvétel olyan esetekben, amikor viszonylag ritkán ($1-2^{0/00}$) előforduló kórképről van szó. Miután a négy megyében végzett vizsgálat során a megjelentek aránya 90% felett volt, így az eredmények az egész terhes populációra mérvadóak lehetnek. A magas arányú megjelenést — noha a szervezés megyénként eltérő volt — a terhesgondozási hálózaton keresztül meg lehetett valósítani.

A s—AFP szűrésnél azonban csupán a vérvétel nem elegendő, mivel a meghatározás elvégzésének optimális ideje a terhesség 16—18. hete. Körültekintő szervezéssel elérhető volt, hogy a szűrésben részt vevő 32 097 asszony 88^{0/0}-ánál a vizsgálatra az optimális időben kerüljön sor. Három százalékban korábban (11—15. hét), 9^{0/0}-ban pedig később (a 19. hét után) történt a szérumminta levétele és beküldése.

2. A kockázati csoport:

Ebbe a csoportba kerültek azok az asszonyok, akiknél az ismételt vizsgálat a 16—18. terhességi

Az ELISA s—AFP szűrőprogram eredménye: Baranya-Tolna- Vas- Zala megye 1980—82

Terhesek száma	34 643	
A szűrésben részesülők száma	32 097	92,6%
Valódi magas s—AFP érték (2,5x median)	452	1,3%
Összes előforduló záródási rendellenesség	79	2,28%
s—AFP alapján kimutatott záródási rendellenesség	65	82,2%
A kimutatott pathológiás terhességek megoszlása		
I. Záródási rendellenességek:		
1. Anencephalia	31	
2. Nyitott spina bifida	25	
3. Eventeratio	9	
	<u>65</u>	
II. Egyéb pathológiás állapot:		
4. Spontán abortusz/intrauterin elhalás	121	
5. Iker	94	
	<u>215</u>	
Összes pathológiás eset:	280	61,9%

hétre vonatkozó s—AFP érték elérte, illetve meghaladta a számított medián (M) 2,5-szeresét ($2,5 \times M$). Ezt tekintettük *beavatkozási szintnek*. Ezeknél az asszonyoknál kivétel nélkül ultrahangvizsgálat történt, illetőleg, ahol ez szükséges volt, ott amniocentézisre is sor került. A kockázati csoportba kerültek diagnosztikus vizsgálatát az OTKI Szülészeti-Nőgyógyászati Klinikája, a Pécsi OTE Szülészeti-Nőgyógyászati Klinikája, valamint a megyei kórházak szülészeti osztályai végezték. A diagnosztikus vizsgálatok (ultrahang, amniocentézis) eredményeinek elemzése nem képezi tárgyát ennek a közleménynek.

A s—AFP szűrővizsgálattal szemben támasztott egyik fontos követelmény, hogy a kockázati csoportba a szűrt terhesek 3^{0/0}-ánál több ne kerüljön. E közös tanulmány adatai kielégítik ezt az igényt, mivel a kockázati csoportba a terhesek 1,3^{0/0}-a került. Ez — 5000—6000 terhest alapul véve (egy megye évi átlag terheseinek száma) — évente 65 terhes asszonyt jelent megyénként, akin további diagnosztikus vizsgálatra (UH, amniocentézis) van szükség. Erre a megfelelő műszeres és szakmai háttér minden megyében rendelkezésre áll.

3. A s—AFP szűrővizsgálat hatékonysága:

Adataink szerint a 34 643 terhes asszonyra vonatkoztatva 79 záródási rendellenesség fordult elő (táblázat). Ennek 83^{0/0}-a (65 eset) a magas s—AFP szint alapján a kockázati csoportba került. Eredményeink kedvezően hasonlíthatók össze az angliai és amerikai szűrések eredményeivel (1, 7, 8).

Az a tény, hogy még a terhesség 20. hete előtt 65 súlyos záródási rendellenességre derült fény, mindenképpen az ELISA—s—AFP szűrővizsgálat hatékonyságát igazolja.

Ezen a súlyos fejlődési rendellenességeken felül a kockázati csoportba került 452 terhes asszonynál további 215 patológiás terhesség (magzati elhalás, ikerterhesség) fordult elő, vagyis a terhességek közel 62^{0/0}-a! 172 esetben (39^{0/0}) ugyan a s—AFP érték meghaladta a beavatkozási szintet, ennek ellenére szüléskor, az újszülötteken kóros jelenséget nem észleltünk.

Látható tehát, hogy a s—AFP szint meghatározás igen hatékony eszköz a veszélyeztetett csoport azonosítására, hiszen a vizsgáltak közül 1,3^{0/0} került ebbe a csoportba és ezeknek a terheseknek több mint fele patológiás volt.

4. Felismerésre nem került esetek:

Itt csak a nyitott záródási rendellenességekkel foglalkozunk. A 74 előforduló záródási rendellenességéből 14 nem került kimutatásra. Ezeknek megoszlása: anencephal 4, spina bifida 9, omphalokele 1. Az anencephal magzatok születése esetén 2 asszonyon nem történt s—AFP vizsgálat, másik kétén pedig a s—AFP szint nem haladta meg a beavatkozási értéket. A spina bifida eseteknél 4 ugyancsak nem került be a szűrővizsgálatokba, csakúgy, mint az egy omphalokele. A fennmaradó 5 eset közül 3-nál a s—AFP szint a normál tartományban volt, míg 2-nél a meghatározásra a 21. terhességi hét után került sor.

5. Egyéb összefüggések:

Az ikerterhességek egy részénél a s—AFP szint ugyancsak meghaladta a záródási rendellenességekre megállapított beavatkozási szintet (9, 10). Így az ikerterhességek egyharmada került a kockázati csoportba. Amennyiben a beavatkozási szintet alacsonyabb értékben (pl. $2 \times M$) állapítanánk meg, úgy az ikerterhességek 50–60%-a már a 16. héten felismerésre kerülne (11). A beavatkozási szint lezállítása azonban jelentősen megnövelné a kockázati csoportba indokolatlanul kerülő terhesek számát.

Az intrauterin sorvadot magzatok felismerésében a s—AFP szint megállapítása szintén hasznos módszer lehet (12). Ebben a vonatkozásban adataink jelenleg értékelés alatt állanak.

6. Az alacsony s—AFP szint jelentősége:

Ez ideig a normális tartománynál lényegesen alacsonyabb s—AFP szint mola terhesség esetén fordult elő. A szűrővizsgálat során 5 mola terhességre derült fény. Egyik ilyen esetben a mola terhességhez choriocarcinoma társult, amit a magas HCG jelzett.

Megbeszélés

A 34 643 terhes asszonyra kiterjedő s—AFP szűrővizsgálat 65 esetben, vagyis 1,8 ezrelékben mutatott ki záródási rendellenességet. Ez az összes előforduló eset (79) 82,2%-a. A sikertelen 14 eset (17,8%) közül 7 asszonynál nem történt s—AFP teszt, 2-nél pedig a tesztet csak a 21. terhességi hét után lehetett elvégezni. Így tehát ez a 9 eset tulajdonképpen nem írható a s—AFP szűrővizsgálat rováására. Az így korrigált értékek alapján a szűrővizsgálat hatékonysága 92,8%. Abban az esetben, ahol a diagnosztikus vizsgálatok (ultrahang, amniocentézis) záródási rendellenességekre utaltak, szelektív abortuszra került sor. Az abortumok vizsgálata minden esetben súlyos záródási rendellenességet igazolt. Egyetlen esetben sem fordult elő, hogy a s—AFP teszt alapján egészséges magzatot hordozó terhesség megszakítására került volna sor. A szűrővizsgálat hatékonysága fokozásának érdekében fontosnak tartjuk, hogy a terhességi hét, ill. nap megállapítása ultrahangvizsgálat alapján történjék. A pécsi terhesek esetében úgy járunk el, hogy a terhes asszonyok az általunk számított 16. terhességi héten UH vizsgálatra kerülnek. Ha ennek alapján a biparietális diaméter (bpd) érték 35 és 49 mm között van, a terhes asszonynál megtörténik a s—AFP meghatározás. Amennyiben ez az érték még nem érte el a 35 mm-t, a terhést a számított időben rendelik vissza. Abból a célból, hogy a szűrővizsgálat hatékonyságát növelni tudjuk, igen fontosnak tartjuk a terhességi idő minél pontosabb ismeretét.

A szűrővizsgálat nemcsak a záródási rendellenességek, hanem egyéb patológiás állapotok (ikerterhesség, középidős elhalás, intrauterin sorvadás) felismerésében is jelentős segítséget nyújt. Az alacsony s—AFP szint pedig adott esetben lehetővé teszi a mola terhességek korai kiszűrését.

Ahhoz, hogy a szűrővizsgálat megfelelő biztonsággal valósuljon meg, létre kell hozni egy laboratóriumi hálózatot. Ez a már meglévő laboratóriu-

mok közreműködésével csekély anyagi ráfordítással megoldható. Számításaink szerint az egész országra kiterjedő, ELISA módszerre épített s—AFP szűrővizsgálat, az indulás évében mintegy 4 millió Ft kiadást jelent, a következő években a költség 2 millió Ft alatt marad. A laboratóriumok azonos szempontok alapján való működése érdekében az alábbiakat kell megvalósítani:

1. Szükség van egy referens laboratóriumra, amely koordinálja a tesztet végző többi laboratórium munkáját.

2. Biztosítani kell a referens reagensek használatát. E tekintetben előrehaladást jelent a HUMAN Intézet által kifejlesztett s—AFP KIT.

3. Minden laboratóriumnak meg kell határozni saját medián értékét, amely alapján a beavatkozási szintet megállapítja. Ezt a 16–18. terhességi hétre különös gonddal kell megtenni. A gestációs idő pontos meghatározása érdekében fel kell használni az ultrahangvizsgálattal megállapított biparietális átmérőt (bpd).

4. A laboratóriumi háttér megteremtése a szűrővizsgálatnak csak egyik feltétele. Ugyanilyen jelentőségű a programban részt vevő terhesgondozást végző szülész szakemberek, védőnők maximális együttműködése.

5. Igen fontos, hogy a kockázati csoportba kerülő terhesek megfelelő tájékoztatásban részesüljenek. Ahol arra szükség van, kerüljön sor a diagnosztikus vizsgálatokra (ultrahang, amniocentézis).

Tapasztalataink szerint a jól szervezett s—AFP szűrővizsgálat nagymértékben elősegíti a terhesgondozás hatékonyságát, ezáltal a perinatális, illetve csecsemőhalálozás csökkentését. A 4 megye terhesre vonatkozó tanulmány eredményei alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a s—AFP szűrővizsgálat a záródási rendellenességek praenatalis kimutatásában, a terhesgondozás hatékonyságának emelésében igen fontos szerepet játszik. E közös tanulmány eredményeit támasztják alá a Budapesten legutóbb végzett s—AFP szűrővizsgálat adatai is (13).

Köszönettel tartozunk a szűrőprogramban közreműködő szülészorvosoknak és védőnőknek. A laboratóriumi munkák lelkiismeretes elvégzéséért *Mihály Katalin, Tóth Sándorné, Dallos Sándorné és Bakos Ilona* asszisztensnőknek.

IRODALOM: 1. Second Report of U. K. Collaborative Study on alpha-fetoprotein in relation to neural tube defects. *Lancet*, 1979, 2, 651–662. — 2. Brock, D. J. H., Sutcliffe, R. G.: Alpha-fetoprotein in the antenatal diagnosis of anencephaly and spina bifida. *Lancet*, 1972, 2, 197–199. — 3. A Velesületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása 1981. évi adatai. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 1537. — 4. Pejtsik B. és mtsai: Az anyai szérum-alfa-fetoprotein szint meghatározásáról. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 2883–2885. — 5. Pácsa S., Pejtsik B.: Szérum-alfa-fetoprotein szint meghatározása enzimmkapcsolatú ellenanyag (ELISA) technikával normális és patológiás terhességekben. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 151–154. — 6. Pejtsik B., Pácsa S.: Velőcső-záródási rendellenességek szűrővizsgálata anyai szérum-alfa-fetoprotein szint alapján, enzimmkapcsolatú ellenanyag (ELISA) technikával. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 505–507. — 7. Milunsky, A., Alpert, E.: Prenatal diagnosis of neural tube defects. *J. Obstet. Gynec.* 1976, 48, 1–5. — 8. Macri, J., Weiss, R.: Prenatal serum alpha-

foetoprotein screening for neural tube defects. *Obstet. Gynec.* 1982, 59, 633—639. — 9. Wald, N. J. és mtsai: Maternal serum alpha-fetoprotein and birth weight in twin pregnancies. *Brit. J. Obstet. Gynec.* 1978, 85, 582—584. — 10. Wald, N. J. és mtsai: Maternal serum alpha-fetoprotein levels in multiplex pregnancy. *Brit. Med. J.* 1975, 1, 651—652. — 11. Pejtsik B., Pácsa S.: Szérum alfa-fötöprotein (s—AFP) szintek alakulása

ikerterhességek esetén. *Magyar Nőorv. Lapja.* 1983, 46, 399—401. 12. Persson, P. M. és mtsai: Screening for fetal malformations using ultrasound and measure of alpha-fetoprotein in maternal serum. *Brit. Med. J.* 1983, 286, 747—749. — 13. Marton I. és mtsai: Terhesek szérum-alfa-fötöprotein szűrésével szerzett tapasztalataink. *Magyar Nőorv. Lapja.* 1983, 46, 253—258.

(Pejtsik Béla dr., Pécs, Pf. 172., 7601.)

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

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

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

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

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmeegógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális adagja 4,5—18,0 mg (3—12) tabl., az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva. Gyermek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5—1 mg ($\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ tableta vagy 5—10 csepp); 6—15 éves korig 1—2 mg (10—20 csepp).

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

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kivédhetők.

KÖLCSÖNHATÁSOK:

A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:
— anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
— központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
— MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
— antihypertenzívumokkal (hatásfokozódás).

Óvatosan adandó:

— triciclikus, depressio elleni szerekkel,
— orális anticoagulansokkal (csökkenti az anticoagulans hatást).

FIGYELMEZTETÉS: Haloperidol és orális anticoagulans együttzedésekor, majd a Haloperidol elhagyásakor újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját. A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

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

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



Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető. Az illetékes mentálhigiénés (ideg) gondozó szakorvosa térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)
50 tablettá
1 üveg (10 ml)

VAJDA KATALIN DR.
ÉS NÁDOR ISTVÁN DR.

A bőr neuroendokrin (Merkel-sejtes) tumora

Semmelweis Kórház, Budapest, Kórbonctani és Kórszövettani Osztály
(osztályvezető főorvos: Konyár Éva dr.)
Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Hüttl Tivadar dr.)

A szerzők 53 éves férfi glutealis tájra lokalizálódó Merkel sejtes carcinomáját ismertetik. A diagnózist szövettani és elektronmikroszkópos vizsgálattal igazolták. A megbeszélésben rövid áttekintést adnak az 1972-ben leírt kórkép irodalmáról.

Neuroendocrine tumour of the skin. The Merkel cell carcinoma localized on the gluteal region in a 53-year-old male patient is discussed in the paper. The diagnosis was verified by histological and electron microscopic examinations. There is a short survey of the literature relating to the clinical picture described first in 1972.

1972-ben írta le Toker (14) azt a bőrtumort, melynek a bőr trabecularis carcinomája nevet adta. Azóta több ilyen tárgyú esetismertetés jelent meg, melyek vizsgálatánál felhasználták az elektronmikroszkópot és az immunhisztokémiai metodikákat (1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17). A magyar nyelvű irodalomban legjobb tudomásunk szerint még nem közöltek ilyen témájú cikket, ezért tartjuk esetünket közlésre érdemesnek.

Esetismertetés

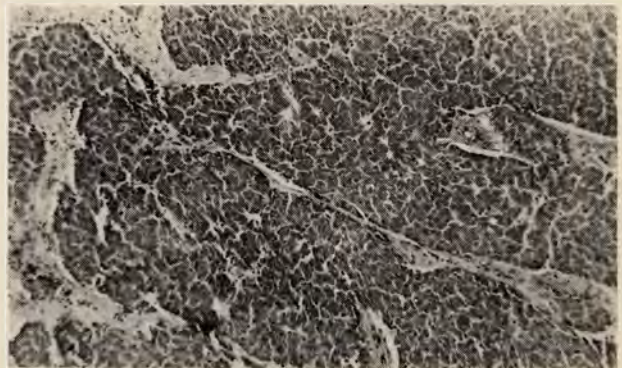
F. F. 53 éves férfi felvétele előtt fél évvel vette észre a bal gluteális tájon megjelenő, lassan növekvő subcutan csomót. Anamnézisében említésre méltó betegség nem szerepel. Statusából kiemelendő a bal glutealis régióban tapintható, ép bőrrel fedett, férfi-ökölnyi, fájdalomtalan terime. A környéki nyirokcsomók nem voltak tapinthatók. Laboratóriumi értékei normálisak: Htk: 39%, Hb: 12,9%, Fvs: 6600, We: 10 mm/h, Szérszfehérje: 79 g/l, SGOT 27 U/l, SPGT: 32 U/l, gamma GT: 85 U/l, Cholinesteraze: 3160, Sebi: 17,1 alatt, direkt reakció: neg, Thy: 11E, T. vizelet: üledék: 2–3 vvt és fvs, egyéb neg. Ismételt mellkas rtg., gyomor-bél rtg., irrigoscopia, nativ vese rtg. és urographia, koponya, illetve gerinc rtg., gégeszeti és urológiai vizsgálat negatív eredményt adott. A beteg lépe, mája nem volt tapintható. Rectoscopia során két polypoid képlet került látótérbe és eltávolításra, melyek szövettani leletei: polypus adenomatosus, illetve adenopapillaris adenoma sötétsejtes részletekkel.

Műtétkor közvetlenül a hám alól, zsírszövetbe ágyazott, kisalmányi, közepesen tömött tapintatú tumor került eltávolításra, melynek metszlapja szürkés-fehér, környezetétől nem határolódott el élesen. A műtéti preparátumot 10%-os formalinban fixáltuk. A metszetekből haematoxylin-eosin, Gömöri, PAS, Grimelius és aldehid-fuchsin festéseket végeztünk. Az elektronmikroszkópos feldolgozáshoz az anyagot OsO₄-ben utófixáltuk, majd rutinbeágyazást végeztünk. A félvékony metszeteket JEM 6 és JEM 100 B elektronmikroszkóppal vizsgáltuk.

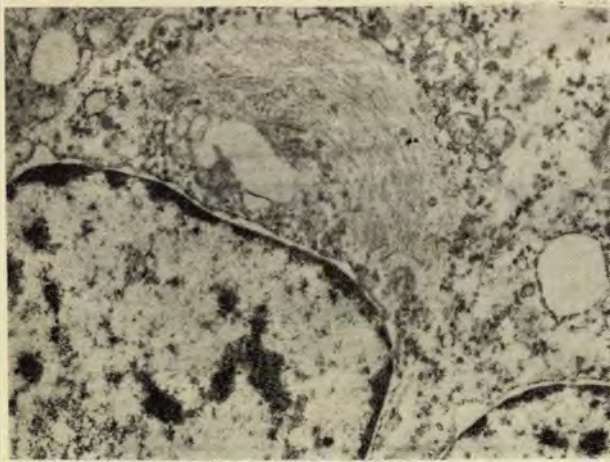
Eredmények

Fénymikroszkópos vizsgálatkor a dermisre lokalizálódó tumort láttunk, mely infiltrálta a subcutan zsírszövetet. A hám tumormentes volt. A daganat monomorph sejtekből állt, melyek trabecularis elrendeződést mutattak. A sejthatárok bizonytalanok, a mag kerek, vagy ovalis, egyenletes chromatin eloszlású (1. ábra). Nagyszámú oszlás volt megfigyelhető. Helyenként a tumorsejtek kifejezett pseudorosetta képzés jeleit mutatták. A daganatban kiterjedt elhalásos jeleket meg, néhol nyirokérbetörés is megfigyelhető volt. A széli részeken intenzív idült lobos stroma reactio volt látható.

Az elektronmikroszkópos vizsgálat során monomorph tumorsejteket láttunk, melyek ovalis, vagy kerek maggal bírtak. A nucleolusok excentricus elrendeződést mutattak, a chromatinállomány marginatioja feltehetően a formalin fixálás eredménye. Pseudorosetta képződés megfigyelhető volt, melynek centrumában általában egy sejtnyúlvány

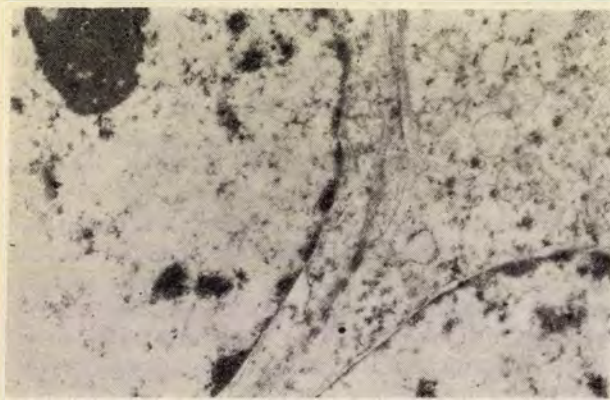


1. ábra: A dermisre lokalizálódó tumorszövet trabecularis elrendeződésű, a sejtek monomorphak. Haematoxylin-eosin 250X

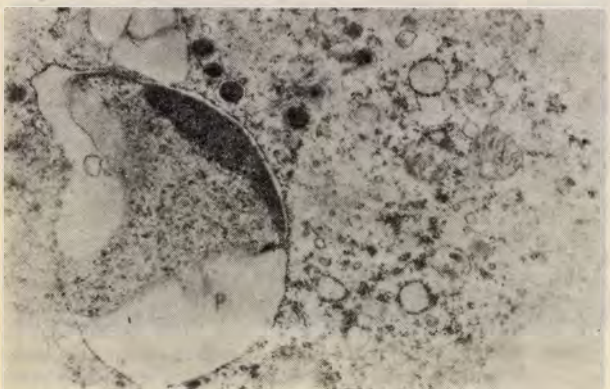


2. ábra: Elektronmikroszkópos felvétel. A mag szomszédságában 6–10 nm átmérőjű filamentumokból álló halmaz. UA Pb. 19 000X

helyezkedett el. Valódi acinusképzés nem volt megfigyelhető. A tumorsejtek plazmájában jól fejlett endoplazmás retikulum, közepes mennyiségű mitochondrium és sok polyribosoma jelent meg. A cytotentriolák nagyszámúak voltak. Feltűnő a 6–10 nm széles perinuclearis filamentumokból álló halmazok jelenléte. (2. ábra). Néhol a tumorsejtek között desmosoma-szerű kapcsoló struktúrák is megjelentek (3. ábra). Számos tumorsejtben találtunk neurosecretoros granulumokat, melyek 200–400 nm átmérőjűek, membránnal körülvett, vál-



3. ábra: A tumorsejtek között desmosoma-szerű kapcsoló struktúrák vannak. UA Pb 18 000X



4. ábra: A mag szomszédságában 260 nm átmérőjű neuroendokrin granulumok látszanak UA Pb 24 000X

tozó elektrondenzitású centrummal rendelkeztek. (4. ábra). A klinikai adatok és a szövettani és elektronmikroszkópos kép alapján a diagnózis: Merkel sejtes carcinoma.

Megbeszélés

A bőr trabecularis (Merkel sejtes) carcinomája ritka betegség. Eddig pl. az angolszász irodalomban 86 esetet ismertettek. A betegek életkora 15-től 92 évig terjedt, a férfi nő arány 1:3. Általában a fejre, a nyakra és a végtagokra lokalizálódik. (7,15). Jelen esetben a tumor lokalizációja nem volt típusos.

Előfordul, hogy más tumorhoz társul (multiplex laphámrák, CLL) és leírták congenitalis ectodermalis dysplasiában szenvedő betegen is. (11, 13). Esetünkben 53 éves férfi gluteális táján észleltük a tumort, mely a rectum jóindulatú polypusaival társult.

A daganat a dermisre lokalizálódik a hám érintettsége extrem ritka, szoros kapcsolat lehet viszont a bőrfüggelékekkel. (5, 6, 13). Szövettanilag a monomorph kép és a sok mitosis jellemzi, feltűnő a trabecularis elrendeződés és a pseudo-rosetta képzés. Ezeket a jelenségeket esetünkben is észleltük. Differenciál diagnosztikailag a kissejtes laphámrák, a melanoma malignum és az eccrin verejtékmirigy carcinoma mellett metastasisok, úgymint a kissejtes hörgőrák és a szigetsejtes carcinoma metastasisai jönnek szóba. A differenciálás részletes klinikai kivizsgálással és elektronmikroszkópos vizsgálattal lehetséges.

Elektronmikroszkóppal a neuroendokrin granulumok, a micropseudoacinus képzés, a sok polyribosoma, az intercellularis macula adhaerens és a perinuclearis fibrillaris halmazok teszik lehetővé a diagnózist.

A tumor histogenezisét tekintve felmerült a verejtékmirigy eredet is (7), a legtöbb szerző azonban a Merkel sejtes eredet mellett foglal állást. (6, 10, 11, 13, 15). A bőr Merkel sejtjei száz éve ismertek (9), de pontos funkciójuk máig is ismeretlen (16). A sejtek a hám basalis rétegére lokalizálódnak és érző idegrostokhoz kapcsolódnak. A foetalis életben a perifériás idegekkel vándorolnak, ezért feltételezik velőléc eredetüket (8). A tumor neurogén eredetét bizonyítják azoknak az immunhisztokémiai vizsgálatoknak az eredményei is, melyek során a daganatban neuronspecifikus enolase pozitivitást észleltek, vagy anti-neurofilament pozitivitást mutattak ki. (15, 10). A Merkel sejteket morfológiai képük alapján az APUD rendszerbe sorolják, bár hormontermelésük nem bizonyított. (16). A leírt esetek közül egyben calcitonin termelést verifikáltak (6). Saját esetünkben hormonális szindróma nem volt.

Terápiája a sebészi kimetszés és a gondos kontroll. A kemo- és radioterápia eredményessége a kis esetszám miatt még nem bizonyított. Az eddig leírt 86 esetben 33%-ban volt lokális recidiva, 52%-ban nyirokesomó metastasis és 8 beteg halálát okozta a daganat (15). Betegünk egy évvel a kimetszés után tünet- és panaszmentes.

IRODALOM: 1. *Chick-Kwun, T., Toker, C.*: Cancer, 1978, 42, 2311. — 2. *Ghadially, F. N.*: Diagnostic Histopathology 1981, 4, 245 — 3. *Ghadially, F. N.*: Diagnostic Electron Microscopy of Tumours, Butterworths, London, Boston, 1980, 103 — 4. *Gould, V. E. és mtsai*: Ultrastructural Pathology 1980, 1, 499 — 5. *Gould, V. E., Banner, B. F., Baerwald, M.*: Diagnostic Histopathology 1981, 4, 263. — 6. *Johannessen, J. V., Gould, V. E.*: Human Pathology 1980, 11, 586. — 7. *Kroll, M. H., Toker, C.*: Arch. Path. Lab. Med. 1982, 106/8, 404. — 8. *Lever, W. F.*: Histopathology of the skin, Lippincott, Philadelphia, Toronto, 1975, 21. — 9. *Merkel, F.*: Nachrichten der Koeniglichen Gesell-

schaft der Wissenschaften Goettingen, 1875, 5, 123. cit. *Gould, V. E.*: Diagnostic Histopathology 1981, 4, 263. — 10. *Miettinen, M. és mtsai*: Ultrastructural Pathology 1983, 4, 219. — 11. *Moya, C. E. és mtsai*: Amer. J. Clin. Path. 1982, 78, 783. — 12. *Sibley, R. K. és mtsai*: Am. J. Surg. Pathol. 1980, 4, 211. — 13. *Silva, E., Mackay, B.*: Ultrastructural Pathology 1981, 2, 1. — 14. *Toker, C.*: Arch. Dermatol. 1972, 105, 107. — 15. *Wick, M. R. és mtsai*: Amer. J. Clin. Path. 1983, 79, 6. — 16. *Winkelmann, R. K.*: J. Invest. Dermatol. 1977, 69, 41. — 17. *Wong, S. W., Dao, A. H., Glick, A. D.*: Human Pathology 1981, 12, 838.

(Vajda Katalin dr., Budapest, Pf. 7., 1428.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

Március 27–29	ORTMANN (Ausztria) cég önálló kiállítása egyszerűhasználatos termékekből, gyógyászati segédeszközökből.
Április 10–13	Bemutató a Heves megyei Finommechanikai Vállalat egészségügy részére gyártott termékeiből, valamint egyéb ápolási eszközökből.
Május 7–10	MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója
<hr/>	
Május 29–31	OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a SOTE Elméleti Tömbjében (Bp. VII., Nagyvárad tér 4.).
Június 12–13	„BORZE” Gyulán. Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő kószleteiből.

OMKER Bemutatóterem
Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060
Nyitva: 9–16 óráig.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!



Naprosyn

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tableta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis — mellékvese humorális regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa — hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz — nem smert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbágo, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgia, 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 fiatalorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi $\times 250$ mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tableta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak apszakos jellege szerint: 2 tableta reggel, 1 tableta este, illetve 1 tableta reggel és 2 tableta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os atárokon belül változtatható, a megfelelő adagokat gyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, elítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullet, fejfájás, gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igén ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

— magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn-felszívódását);

Csak óvatosan adagolható:

— orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik);

— szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);

— difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);

— szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicil-érzékeny egyéneknél utikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazáskor 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 anticoagulansokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

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

CSOMAGOLÁS: 30 db tableta tétési díja: 10,- Ft

FORGALOMBA HOZZA: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYAR Tiszavasvári, Syntex licencia alapján

 SYNTEX



Visszaemlékezés a magyar humángenetika elmúlt 50 évére

Visszaemlékezés... Mennyi szubjektív és objektív tartalma van e szónak! Kötelez és szabadjára enged, hiszen az „emlékező” átélte tényeket, megtörtént eseményeket hív elő a múltból, de a saját múltjából; hangulati és érzelmi színek végtelen tarkaságán, szövevényén át a jelen tudati szférájába idézi azokat. Sok mident elfelejtett, azt önkéntelenül képzeletével pótolja, sok mindent az idő távlatából másként ítél, sok mindent saját élményének vél és tud, pedig csak a régi benyomások, információk utólagos egyeztetése, valószínűsítése áll benne össze emlékképpé.

Ennek a visszaemlékezésnek is egyik legfontosabb tulajdonsága a szubjektivitás, tehát a *saját* benyomások, élmények, tapasztalatok közlése, elsősorban tehát a teljesség hiánya. Nem tudományos értekezés, az 50 év tudományos eredményeit sem elemzi, kritikát is csak itt-ott enged meg magának, ahol már szemléleti vonatkozások azt szinte megkövetelik. Azt is előre kell bocsátani, hogy e visszaemlékezésben kevés név szerepel és még kevesebb ma is élő személy neve. Ez megint a szubjektivitásból következik és természetesen a teljesség igényének mellőzéséből is.

Az 50 évvel kapcsolatban, éppen az egyéni visszaemlékezés érdekében, nem tarthattam magam a naptári 50 évhez. Vissza kellett emlékeim közt a középiskolás diák-kor idejéig nyúlnom.

Kezdjük tehát az 1920-as évek közepe táján! Bizony az akkori középiskolai tananyagban a „természetráaj”-ban az átöröklésről gyakorlatilag semmit sem hallottunk, még kevésbé humángenetikáról.

Annál nagyobb élményt jelentettek 1928-ban az egyetemi elsőéves tárgyak közt a *Huzella* professzor által tartott biológiai előadások. *Huzella* professzor nem tartozott a lebilincselő előadók közé, nem is szeretett anatómiát, szövet- és fejlődés-tant előadni. Ha azonban a biológiára került a sor, monoton előadása megélenkült, csillogtatta óriási műveltségét, a biológia filozófiai összeüggéseire, az élő és az élettelen világ törvényszerűségeinek egységére és különbségeire, a biológia és az orvostudomány megbonthatatlan egységére, a biológiai ismereteknek az általános és az orvosi műveltségben játszott szerepére a legbensőbb meggyőződés lelkesé-

désével mutatott rá. Itt hallottam először az örökléstan és a származástan alapjairól, azok belső összefüggéséről. Egyik legnagyobb örömem volt, amikor e vonatkozásban az öröklődést mint „biológiai emlékezést” fejtegette, s azt belső kapcsolatba hozta az egyedfejlődés és fajfejlődés eseményeivel, amelyeket képletesen „biológiai előrelátás”-nak, „biológiai anticipáció”-nak nevezett.

Ezek az összefüggések ma is a biológiai szemlélet alapjait képezik, és ilyen világosan, ilyen szintézisben azóta sem hallottam vagy olvastam senkitől. Természetesen *Huzella* biológiai előadásaiban a genetikán belül a humángenetika is az akkori ismeretek legkorszerűbb szintjén került szóba.

A humángenetikai ismeretekkel kapcsolatos emlékek elválaszthatatlanok attól a szellemtől, amely *Huzella* debreceni intézetében: az Anatómiai-Biológiai Intézetben uralkodott. Mint elsőéves medikus kerültem 1928 októberében az intézetbe, s már akkor alkalmam volt részben a professzor közvetlen tájékoztatói, de főképpen az oktatói kar idősebb tagjainak közvetítésével az akkori tudományos élet jelentősebb eseményeit megismerni, azokat elsősorban az Orvosi Hetilap átböngészésével nyomon követni. Utólag látom, hogy akkor bizony még (és talán még 1–2 év múlva is) nem sokat értettem, még kevésbé vált tudatossá a hallottak és olvasottak jelentősége. — Az intézetben belüli beszélgetések nyomán figyeltem fel először néhány névre, amelyek később is, szakfolyóiratokban is felbukkantak, s amelyek viselői a debreceni egyetem orvosi karához tartoztak, s akiket csakhamar személyesen is láthattam: *Benedek László*, *Csörsz Károly*, *Csik Lajos*, *Neuber Ede*. Ők a magyar humángenetika úttörői közé tartoztak.

Többek közt e nevek bukkantak fel előttem az Orvosi Hetilapban, az 1931. május 31.—június 7. közt megtartott Orvosi Nagyhétről szóló ismertetésben. A Nagy hét keretében tartotta XI. Országos Értekezletét a Magyar Elmeorvosok Egyesülete. Az értekezlet egyik nagy visszhangot keltett előadását *Csörsz Károly* tartotta „Az ideg- és elmebetegségek öröklésbiológiája” címmel. Ebből a referátumból tudtam meg, hogy a humángenetika egyik jelentős kutatási pontjának, az idegrendszeri heredo-degenerációs tannak — amit a budapesti *Schaffer Károly* indított el —, széles alapú, biológiai szemléletű kifejtése volt *Csörsz* előadása. Ennek az előadásnak visszhangjaként az Országos Értekezlet III. ülészakán *Benedek* professzor humángenetikai intézmények felállítását sürgeti, és rámutat, hogy ezen a vonalon is nagy fontosságúak

A Magyar Humángenetikai Társaság megalakulásának 10 éves évfordulója alkalmából tartott ünnepi ülésen elhangzott előadás (1983. január 27.).

az ikerkutatások. Ez utóbbi fejtegetések ösztönöz-
ték csakhamar Csík Lajost az ikerkutatások hu-
mángenetikai célra történő felhasználására. Maga
Csörsz pedig ettől kezdve állandóan sürgeti az
eugenikai és öröklődéstani oktatás bevezetését az
egyetemen.

Ugyanez a XI. Országos Értekezletről szóló
közlemény teszi ismertté számomra először az
eugenika fogalmát. Az értekező egyik fő témája
ugyanis az *eugenika* volt. A kérdés orvosi-pszichi-
atriai vonatkozásait *Benedek László* referálja.
Csörsz K. hozzászólásából elvi jelentősége miatt
idézek: „Különbséget kell tenni az egész nemzetre
kiható negatív eugenikai törvény-alkotás és az
adott esetekben adott negatív eugenikai tanács-
adás közt.” E megnyilatkozásban a *negatív* euge-
nika kiemelése mutatja, hogy nálunk az eugenika
a kezdet kezdetén milyen világosan és humánusan
megfogalmazott irányzat volt, amelyhez ma sem
tehetünk hozzá semmit.* A viszontválaszból *Bene-
dek* szavait is érdemes idézni: „Az egészségügyi
védőnőknek legszebb hivatása lesz majd az eugeni-
kai cselekvésben közreműködő orvost támogatni.”
— Végül indítvány született „... az eugenikai tör-
vény előkészítésére, az öröklésvilágbiológiai intézet fel-
állítására és az örökléstan egyetemi oktatására.”
Az indítványt *Benedek* szövegezte meg. Felsőbb
helyen — általam nem ismert indoklással — az in-
dítványt elvetették, bár sem túlzó nacionalista, sem
rasszista felfogást nem tükrözött. Talán voltak,
akik előre sejtették már az eugenika eltorzulását
és tudománytalanná válását a következő évtized-
ben?

A heredo-degenerációs idegrendszeri beteg-
ségekre és az eugenikára talán sohasem figyeltem
volna fel, ha azokat a személyeket, akik itt szere-
peltek, személyesen, legalább látásból nem ismer-
tem, munkásságuk iránt tekintélyükkel is nyoma-
tékot adó személyek fel nem keltik az érdeklődé-
semet. Ettől kezdve a humángenetikai és eugenikai
vonatkozású előadások, közlemények számomra
már érdekessé váltak, azokat figyelemmel kísér-
tem.

1932. június 3-án a debreceni Tisza István Tu-
dományos Egyesület közgyűlésén *Neuber Ede* deb-
receni börgyógyász professzor kifejezetten eugeni-
kai célú előadást tartott, amely az ifjúság körében
nagy és pozitív értelmű visszhangot keltett.

Előadásának címe: „Ifjúságunk öröklődési
anyagának károsodásáról és annak megvédéséről.”

* Előadásomban az akkori szóhasználat szerint
említem a „negatív” és „pozitív” eugenika kifejezése-
ket. Mivel ez a mai hallgató, ill. olvasó számára félre-
érthető, meg kell magyaráznom. A *negatív eugenika*
elveti az egyén és a közösség kényszerítő, sőt esetleg
erőszakos befolyásolását, és tevékenysége a megelőzés,
a felvilágosítás, a tanácsadás eszközeivel igyekszik a
genetikai ártalmak ellen küzdeni. A *pozitív eugenika*
nyílt utat ad akár a szélsőséges, *aktív* és erőszakos
beavatkozás számára is, mert lehetővé teszi „törvé-
nyes” kényszer alkalmazását is a meglévő vagy vélt,
esetleg önkényesen megállapított genetikai veszélyek
ellen.

A *negatív eugenika* tehát mai értelmezése szerint
haladó, különös méltánylást igénylő állásfoglalást je-
lent!

Az előadásban felbukkant a „fajegészségügy” szó,
mégsem merül fel a rasszizmusnak, fajbiológiának
rosszértelmű hangoztatása. Akkor egyáltalán nem
tűnt fel, csak a mai ifjúság egyik nagy problémá-
jaként emlegetett kábítószer, ill. „drog”-élvezet
ismeretében döbbenek rá utólag, hogy ez már ak-
kor sem volt ismeretlen. Saját köreimben még
szóbeszédként is alig merül fel. *Neuber* azon-
ban ezt mondja: „A mai ifjúság életét, egészségét,
de különösen öröklési anyagát a nemibetegségek,
az alkoholizmus, újabban pedig a nagy népszerű-
ségnek örvendő morphinizmus, cocainizmus stb.
támadja meg.”

Bizonyos, hogy az eugenika nálunk a harmin-
cas évek elején még nem szolgált politikai célokat,
és csak lassan tolódott a szélsőséges nacionalizmus
felé. Csak a 40-es években vette át nálunk a szé-
lsőséges politikai irányzat céljait, s ezt az eugenikát
csak néhány személy képviselte. Viszont a 30-as
években *Schaffer*, *Csörsz*, *Benedek*, *Neuber*, *Bárci*
Gusztáv, *Kőrösy Kornél* számos, talán több tucat
megnyilatkozását határozottan haladónak és pozi-
tívnaak kell tekintenünk. Ennek igazolására szolgál-
jon *Kőrösy* cikke az Orvosképzés 1934. 24. köteté-
ből. A cikk címe: Az átöröklés alapfogalmai. Eb-
ben ez áll: „Az emberi faj (! kiemelés tőlem) átla-
gos genotípusának nemesítését célozza az eugenika,
hogy... az emberi kevert populációban megadott
genotípusok közül a károsak szaporodását korlá-
tozza, netalán a kívánatosak szaporodását elősegít-
se.” E cikk adott számomra humángenetikai alap-
okat és arra lelkesített, hogy az Orvosképzésnek
1934-től 1939-ig előfizetője lettem, így a humánge-
netika hazai alakulását követhettem pl. *Lenart Gy.*
cikkei nyomán is.

Az eugenikával kapcsolatban még említésre
méltó, hogy *Darányi* 1939-ben, tehát már kritikus
időben megjelent Közegészségtan könyvében ezt
írja: „Az örökléstan gyakorlati alkalmazását az
emberre nevezhetjük leginkább eugenikának.” To-
vábbá az is, hogy ez időben *Darányi* intézetében
Genetikai és Eugenikai Osztály létesült, amelynek
vezetője *Csík Lajos* lett.

A genetikáról sok információt szereztem a
Természettudományi Közönyből (pl. *Szabó Z.*,
Koller Pius, *Verebélyi Tibor* cikkei), és a Termé-
szettudományi Társulat igen magas színvonalú ki-
adványaiból. Így „A természettudományok elemei”
c. kiadványban (1936) „A kromoszóma” c. fejezet-
ből, amelyet *Szabó Zoltán* írt. *Szabónak* 1938-ban
megjelent „Az átöröklés” c. könyve (A Term. Tud.
Társ. kiadása) még 1949–50-ben is kútforrásom-
ként szerepelt.

Új és izgalmas élmény 1937 elején *Darányi*
Gyula előadása a Kir. Orvosegyesületben Buda-
pesten. Az „Új felfogás a vírus, a phag, a gén és
rák-kórok biológiai kapcsolatáról” c. előadást az
idősebbek többnyire felháborodva vagy kételkedve
fogadták, a fiatalabbak általában lelkesen. A rész-
letek nem humángenetikai vonatkozásúak, itt
nem tárgyalhatók, de kiemelném, hogy a nuklein-
savakról még szó sem esik. *Darányi* idézi *Timo-
feeff-Ressovszky* tankönyvét (1937), mely szerint a
gének anyagi részecskék, amelyek „... mutatják
azt a képességet, hogy a mitózis előtt identikusan

megduplázódjanak." *Darányi* szerint a gének szaporodó öröklési molekula-komplexek: „protosomák”. A rosszindulatú daganatokra vonatkozóan ezt mondja: „Talán valamely chromosoma-gén mintegy protosoma szerepelt, amely... mintegy génvírussá alakult.” Hallatlanul érdekes ez ma is, az akkori fül- és szemtanúnak!

Közben 1933-ban megjelent *Huzella* „Általános biológiája”-ja. 9 oldalon foglalja az emberi öröklődéssel és megismerteti az alkat és az átöröklés összefüggésével. — Az eugenikát gyanakodva, inkább elutasítva fogadja: „...érvényesülésének gátat szab az emberre vonatkozó örökléstani ismeretek hiányossága...” Határozottan elveti a pozitív eugenikát.

A humángenetika és az egyedfejlődés (beleértve az ikerkérdést is) összefüggéseire a harminc évek elején *Szendy* cikkeinek sorozata hívta fel a figyelmet, az alkat humángenetikai vonatkozásait *Szabó Z.* 1937-ben, majd később *Buday L.* 1943-ban kiadott „Alkat és átöröklés”, ill. „Orvosi alkattan” c. könyvei tették világhosszá.

Érdeklődésem a háború alatt az embriológiára irányult. 1944-ben az organizáció kezdeti lépéseivel kapcsolatban hívta fel *Huzella* a figyelmet *Brachet* „Embryologie chimique”-jére, ahol a fejlődési indukciós kapcsolatban először láttam említve a nukleinsavak szerepét.

1945 után a szovjet oktatási rendszer nyomán hazánkban is felismerik a biológia oktatásának jelentőségét. *Huzella* ismét megkísérli az orvosi karon a biológia bevezetését, de az ellenállás még nagy, *Huzellát* csakhamar nyugdíjazták. 1946 őszén végre megtörténik az első lépés. *Kőrösy* megbízást kap a genetika oktatására, de a tantárgy még nem kötelező és nincsen vizsgakötelezettség sem.

1948-ban a Szovjetunióban lezajlik a „Biológiai vita” és elindul a *Micsurin-Liszenko*-i irányzat a maga sok túlzásával, egyoldalúságával, tudományos és ideológiai torzulásával. A genetika egésze bajba jut, humángenetikáról szó sem lehet, de a pszichológia is átok alá kerül, az antropológia pedig legalábbis gyanús. Az időszakra jellemző a „Harcban a reakciós Weismannizmus-Morganizmus ellen” brosúra, amely kútforrásként, s vezérfonalként szolgált.

Az 1949—50-es tanévben megindul az orvosi fakultásainkon a biológia oktatása, kötelező két féléves tárgyként, szigorlati kötelezettséggel. Kialakult egységes program és tematika, tankönyv és jegyzet még nincs. Budapesten én kaptam megbízást a biológia oktatására s előadásaimat a hallgatók gyorsírási jegyzetei alapján az ún. „Medikus jegyzet”-ek sorozatban sokszorosítva megjelentették. A 336 oldalas jegyzetben a genetika 78 oldal terjedelmű. Humán-genetika fejezet nincs, de néhány humángenetikai vonatkozás, pl. a vérzékenység, a daltonizmus belekerült. Külön fejezetet kapott az alkattan és annak örökléstani összefüggései.

A biológia oktatása az általános és középiskolákban is megindult, szemléletében főleg a micsurini-liszenkói tanok alapján. A tanterv és a tanárképzés is oly merev, dogmatikus volt, hogy még 1960, 1962 körül is főleg ez a szemlélet uralkodik,

és ez ekkor már, talán egyedül az orvosgyetemekre nem vonatkozik.

1955 végén nyomdába kerül *Törő* szerkesztésében, *Csötörtök, Kiszely, Kontra, Törő* társszerzőségével az „Általános biológia orvostanhallgatók részére” c. hivatalos tankönyv (1956. május). A lektorok: *Csik L., Faludi B.* és *Tamássy I.* A könyvben külön fejezetként, „Formális genetika” címmel a klasszikus mendeli-morgani genetika alapjai szerepelnek és külön fejezet az ún. micsurini genetika. Ez utóbbi már kifejezetten felsőbb kívánságra. A könyvben alkattan és kevés humán-genetika is helyet kapott.

Az elkövetkező 10 év megveti a molekuláris biológia alapjait és benne a molekuláris genetikát. 1953-ban közölte *Watson* és *Crick* a DNS-modellt, s csakhamar teljesen tarthatatlanná válik a klasszikus genetika alapjainak támadása. A citológiában a sejtosztódás részleteinek megismerése, a szubmikroszkópos sejttan tényadatai, a chromosomák feltüntetése szolgáló egyre finomabb módszerek bevezetése, a genetika chromosoma-génelméletét igazolta. Az ideológiai túlzások megszűnnek elsősorban a Szovjetunióban. Létjogosultságot kap a pszichológia, az alkattan, a humángenetika, az antropológia, sőt nevén nevezhető az eugenika, lehet beszélni humán rasszokról stb.

1965-ben *Törő* megszerkeszti az új „Biológia” tankönyvet, amely 1966-ban meg is jelenik. Szerzői: *Ács T., Kiszely Gy., Kontra Gy., Törő I.* és *Török L.* Jellemző még, hogy a könyvnek 6 lektora volt! E könyvben már külön fejezet a humán-genetika, a humán populációgenetika és az eugenika is. Bőséges az alkattan és antropológiai fejezet. Külön rész foglalja az emberfajtaikat. Még ez a könyv is keltett aggodalmat a nem-szakember ideológusokban — akik úgy látszik, nem ismerték a Szovjetunióban már rég eldőlt viták helyzetét. Ilyen könyv megjelentetéséhez nálunk még 1966-ban is *Törő* professzor tekintélye kellett!

Az ideológiai túlzások erős begyökerezettsége, az alsó- és középfokú iskolák óvatos elmaradottsága és a kb. 10 évig tartó egyoldalú öröklés-biológiai orvosképzés miatt szükségessé vált az új és régebbi orvsgenerációk tájékoztatása a genetikai tudomány haladásáról és állásáról.

Az Orvos Eü. Dolgozók Szakszervezete felkért, hogy Szakma-politikai előadás-sorozatában központi előadást tartsak, „Örökléstani vita, genetika, küzdelem az örökletes betegségek ellen” címmel. Ez 1963. október 18-án el is hangzott Budapesten és utána minden megye, nagyobb város egészségügyi központjában. Az előadás anyaga a „Szakma-politikai előadásorozat”-ban sokszorosítva is megjelent.

Már az 50-es évek végén itthon is több helyen megindult a cytogenetikai kutatás, a sex-chromatin és chromosoma kimutatás technikájának átvétele. Jellemző erre az időszakra, hogy pl. a phytohaemagglutinin beszerzése nagy nehézségeket jelentett. Sok helyen a laboratóriumok maguk igyekeztek előállítani.

1964-ben megjelent *Kiszely-Pósalaky*: „Mikrotechnische und histochemische Untersuchungsverfahren” c. könyvben (Akadémiai Kiadó Bp.)

itthon is kipróbált, már néhány éve alkalmazott módszerek kaptak helyet a sex-chromatin kimutatásra, a sejtosztódás synchronizálására, nukleinsavak histochemiai kimutatására vonatkozóan és megtalálható *Lejeune* chromosoma kimutatási eljárása is. (A kézirat leadása 1963 elején!)

A genetikai tanácsadás megszervezésére 1963-ban érett meg az idő. Akkor létesítette Budapesten az első genetikai tanácsadót *Lenart* György a munkatársaival. 1964-ben másodikként Szeged Város Tanácsa támogatásával, az Orvosegyetem Orvosi Biológiai Intézetének közreműködésével *Szemere* György vezetésével indult meg a tanácsadás. Azóta az országban 14—15 Tanácsadó működik, csak Budapesten 5! Szegeden 1964-ben kb. 150 család vette igénybe a Tanácsadót, ez 1982-ben évi kb. 600 családra emelkedett. Országosan az évi forgalom ma bizonyára eléri a 8—10 000 családot. S ez természetesen nem ennyi személyt jelent, hanem ennek többszörösét. Ennek óriási jelentőségét nem lehet vitatni.

A humángenetika hazai történetének jelentős eseménye, hogy 1975-ben bevezették az orvosegyetemeken a *klinikai genetika oktatását*, vizsgakötelezettséggel. A tananyag szerzői kollektíva tolalából könyvalakban is megjelent.

E visszaemlékezés az elmúlt fél évszázadnak nagyjából három időszakára tér ki: elsősorban a háború előtti helyzetet, majd az 1945—49 közötti, végül az 1949—63-ig tartó időket villantja fel a személyes átélés emlékein keresztül. Ezeket az időket a mai generáció alig, esetleg nem pontosan ismeri. A humángenetika utolsó 10 évét a jelen-

levők mindnyájan átélték, a fejlődés szemünk előtt folyt, a humángenetika aktív művelőit személyesen ismerjük.

Ebből az utolsó 10 évből és azt megelőző időből már csak egy eseményt kell, és csak részben visszaemlékezésként megemlítenem. Az 50-es évek elején a MTA égisze alatt működő Biológiai Egyesületben Általános Biológiai Szakosztály alakult s abban, ahogy a lehetőségek adódtak, elkülönült a Humángenetikai Sectio. Ez utóbbi akkor bizony még nem sok humángenetikust fogott össze, de tudományos munkájával, tudományos rendezvényeivel, rendszeresen tartott sectio-üléseivel egyre több humángenetikust képezett ki, mind többen váltak „humángenetikussá”. Ma a Társaságnak kb. 230 tagja van. 1972-ben megérett az idő arra, hogy a nemzetközi fémjelzéssel is működő Magyar Humángenetikai Társaság a MOTESZ keretében megalakuljon. Ennek az eseménynek 10 éves fordulójára emlékezni és ezt ünnepelni gyűltünk ma itt össze.

Ez a beszámoló bizonyára hézagos, sok helyen talán felületes, de az átélés szubjektív szűrőin ment át, tehát őszinte. Kívánom, hogy a következő 50 év eltelte után az akkor következő visszaemlékező olyan változatos, gazdag, tudományos áttörésektől tarkított időről tudjon beszámolni, mint amilyen az elmúlt 50 év volt.

Végül köszönetet kell mondanom Dr. *Czeizel* Endrénének, aki az általa összeállított Magyar humángenetikai bibliográfia 1944-ig c. kéziratot emlékezetem felfrissítése céljából rendelkezésemre bocsátotta.

Kiszely György dr.

Magyar orvosíró és az orosz forradalom

A századfordulói Szabadka főgimnáziuma Kosztolányi Árpád igazgatása alatt kitűnő iskola volt, de nem a közös értesítőben vastag betűvel szedett színjeles tanulói tették nevezetessé. Az igazgató fia, Kosztolányi Dezső sem volt eminens diák, még kevésbé az unokatestvére; Brenner József, akit azóta Csáth Géza néven csodálunk, s különösen nem annak Munk Arthur nevű osztálytársa. Tehát együtt jártak a szabadkai gimnáziumba (még magyar irodalomból sem volt jeles osztályzatuk), majd a Bácskai Hírlap szerkesztőségébe, ahol csatlakozott hozzájuk a két esztendővel korosabb Havas Emil, hárman írták felváltva folytatásokban a magyar sci-fi-szerű kisregény satirikus ösét, *A repülő Vuclidol* mucsai fantasztikumokkal tarkított történetét, amelyben Vuclidol lakója, Francziskovics Sztipán a szabadunk elején feltalál egy repülőgépmodellt; „a szivar alakú géptest csúcán egy kis csavarkerék nyúlik ki. Hasonló a kis folyami gőzhajók csavarkerekéhez.” A maradi város természetesen nem ismeri fel Sztipán bácsi találmányának horderejét, amely nagyban elkészítve

a XX. század forradalmi felfedezése, noha meggyőződnek a modell irányítható repüléséről, de a kivitelezéshez sok pénz kell. Sokáig haboznak a lokáldicsőség finanszírozásán, a szabadalmazás nagy lehetőségének megragadásán, mígnem a Bácskai Hírlap eljut Londonba, ahol Brown úr, a pénzüember azonnal felismeri benne a fantáziát, s egyik megbízható emberét tüstént elküldi Londonból Vuclidolba. Sztipán bácsi és James úr hamar megkötik a szerződést, ha nem mozdul meg a tanács lelkiismerete és ráartisága. Egy kisváros nevét ritkán kísérti meg a világhír, ezt nem szabad elszalasztani. Nem volt más megoldás, az angol elő elcsenni a modellt, amely hadikonfliktust vont maga után. A palicsi tavon megjelent a híres brit naszad, törvényes üzleti jogainak erőszak árán is érvényt szerezni. Az ágyúnaszad „ellentónagy” tisztségét természetesen a nagy helyismerettel rendelkező Láng Simon szabadkai polgár töltötte be, nehogy az óceánhoz szokott angolok véletlenül eltévedjenek a palicsi tavon. Hiába, áruló mindig akad. Csakhogy a szabadkaiak is felállították a

flottájukat, mert holmi idegen provokáció nem ejt-
het csorbát a város védelmének becsületén. A baj
ott kezdődött, hogy a díszmagyarba öltözött mat-
rózok frontális támadása a betolakodók ellen el-
akadt a hínárban, még szerencse, hogy „mentő-
csizmáikkal” sikerült a zöld folyondárból kikászál-
lódni, így az angol ármádia csak a nádat, meg
a vízparti kalyibákat lőtte szét. Ám az angolok, ha
expedícióra indulnak, nem szeretnek dolgavégezet-
len visszatérni ragyogó elszigeteltségükbe, így a
Sztipán bácsi vezette vucsidoli bicskások segítségé-
vel a városháza megrohamozására készültek. Meg-
szimatolták ezt Szabadka jogos önvédői, és villa-
moson hamarabb sikerült bejutniuk, de nem a vá-
rosházára. Azt a hivatalnokok barikádolták el,
mivel a rendőrök éppen sztrájkoltak. Az exmatró-
zok kicsiny, de annál elszántabb csapata Böleskey
tanár úr javaslatára a közkönyvtár- és múzeum-
egylet arzenáljából szerelték fel magukat, hogy
felmentsék az ostromlott épületet. Már-már elkerül-
hetetlen a mézárálás, ha a szabadkai főjegyző fe-
jéből ki nem pattan isteni szikraként a kompro-
misszumos megoldás lehetősége. Közvetítő is akadt
a város egyetlen angol hivatalnoka személyében.
Az angolokkal lehet üzletelni, elvégre tengeri kal-
márnép, elálltak az ostromtól és bevonultak, mint
finanszírozó felek, sőt mérnököket is adtak a kivi-
telezéshez, a békének dínomdánom lett a vége.
Megépült az első jól szuperáló légi masina, Fazekas
Lajos kitűnő műhelyében, aki olyan híres archi-
tektor volt, hogy Rómában járva „a pápával is
kuglizott”. Nagy dolog a gép, még nagyobb a sze-
relem. Gríde mérnök, miután kivitelezte Sztipán
bácsi tervét, meg akarta szöktetni annak egyetlen
lányát, Katicát. Automobilon, de nem juthattak
messzire, mert Sztipán bácsi légóceáni járműve
hamar utólérte őket és visszavitte Szabadkára. Az
egybekelés akadályai elhárulnak, a gép már állami
ünneplés közepette teszi híressé a bácskai várost.
Aztán: happy and! A XII. folytatás után a regény
megszakad, két szerzője: Csáth Géza és Munk Ar-
thur elhagyva Szabadkát, a pesti orvosi egyetemre
iratkozott. A *repülő Vucsidol* önálló regény formá-
jában csak 1980-ban jelent meg, az újvidéki Dér
Zoltán utószavával, a Magvető Kiadónál.

Az ugyancsak újvidéki Bori Imre legutóbbi
kutatásai szerint a porváros unalmát felkavaró
történet főszereplőjét biztosan Munk Arthur min-
tázta meg. Neki volt legtöbb érzéke a humorhoz,
Csáth Géza műveire inkább a groteszk tragikum
jellemző. Havas Emil megmaradt szabadkainak, de
egyetlen fejezettel nem képes tovább folytatni.

A *repülő Vucsidol* részletesebb ismeretének
birtokában jobban megértjük *A nagy káder* és a
Hinterland orvosírójának kvalitásait.

Munk Arthur Szabadkán született 1886. május
25-én, ki nem keresztelkedett, de különösképp nem
is vallásos zsidó polgárcsaládban. Ez a soknemzeti-
ségű, egymással békében megférő bácskai város a
századfordulón a Délvidék Nagyváradja volt, ha
nem játszott is akkora szerepet a magyar szellemi
életben. De lényegesen nagyobbat, mint azt eddig
hittük. Elég a kezdő Kosztolányi, Csáth Géza,
Munk Arthur és a természettudós Sztrókay Kál-
mán szellemi szárnybontogatójára utalnunk,

Csáth és Munk útjai az orvosi diploma átvétele
(1912) után elágaztak. Csáth Géza ekkor már a
Nyugat befutott szerzője, zseniális novellák írója,
még zseniálisabb zenekritikák zsonglőri produká-
lója és — sajnos — a morfinmámor gyógyíthatat-
lan foglya, amelytől a fantázia biztosan szívárvá-
nyos színűvé vált, de a test még biztosabban rohant
a romlásba. Tragikus sorsa ismeretes.

M U N K A R T H U R

A NAGY KÁDER

E G Y P L E N I F E L J E G Y Z É S E I
A F O R R A D A L M I O R O S Z O R S Z Á G B Ó L

P A N T H E O N K I A D Á S

Munk Arthur, noha az első írása szárnyal, ma-
gánemberként nagyon is a földön jár. És a vizen,
mert amíg a Monarchiának flottája volt, a háború
kitöréséig hajóorvos, totális mozgósítás után pedig az
egyik gyalogoszred orvostisztje, és a Ludwig Ba-
ka című tábori újság szerkesztője. Igazi íróvá válá-
sát Szibériában szenvedte meg, parnasszusi helyét
A nagy káder című nagy sikerű, öt kiadásra érde-
mesített könyve jelölte ki. Bevezetésül némi ma-
gyarázat szükségeltetik. Munk Arthur nem az üres
frázisként sokat emlegetett „elfeledett”, hanem
(legalábbis eddig) elhallgatott író. A könyv címe
félrevezető, talán annak köszönhető a két világ-
háború közötti sikerét, majd a tiltott könyvek lis-
tájára való helyezését. Aki nem olvasta, vagy fe-
lületesen futotta át, azt hiszi, azt hiheti, bizonyá-
ra jól leszedi a bolsevistákról a keresztvizet. Holott
erről szó sincs. Elsősorban is: itt a „nagy káder”
nem a mozgalmi terminológia sztereotip perszoni-
fikálása, hanem földrajzi fogalom, pontosabban
Szibéria. Miként a „kis káder” az elhagyott szülő-
föld. Orvosunk a Monarchia 65. gyalogezredének
egyik előretolt zászlóaljánál 1917. július 8-án esett
fogságba, onnét mint „ausztricki pleni” azaz oszt-
rák foglyok, majd „sztarsi vracs”, vagyis főorvos-
ként foglyokat, katonákat, civileket, vörösöket és
fehéreket hippokratészi esküjéhez hiven a legjobb

tudása szerint gyógyított. Eseménynaplója főleg a forradalomról ad nem „történelmi anamnézist”, sem „társadalmi diagnózist”, legkevésbé politikai „epikrizist”. Csak krízist ír, rettenetes krízist, nem osztály-, hanem testvérháborút lát, amelynek hatalmas hullámain szalmaszálként lebeg, akit az örvény bármikor örökre a mélybe sodorhat, nyomtalanul. E sorok írója elég sokat olvasott a századunk történelmi menetét meghatározó forradalomról, mégis Munk Arthur doktor könyvében a fotografikusan rögzített részletek filmszerű összeillesztése eddig fel sem merült kérdéseket látszik tisztázni. Pl. ilyen a vörösök oldalán harcoló magyar foglyok aránytalanul magas száma. Félreértés ne essék; ez imígyen fel sem merült nála, viszont ha azt nézzük, hogy Kolcsak admirális jól felszerelt szibériai hadosztályait erősen a pánszláv propaganda fűzte össze: válogatott cári csapatok, elit cseh légiók, délszláv „dobrovoljác” egységek, melyeknek a szemében a soknépiségű Monarchiából főleg a magyarok, a zsidók és az osztrákok (mint nem szlávok) a likvidálandók listáján szerepeltek, teljesen érthető, hogy az utóbbi diszkriminált etnikum-triász előbb lett önvédelemből vörös katona, csak azután a forradalom harcosa. Visszaút ugyanis nem volt, mert különösen a cseh légiók csalhatatlanul ismerték fel a nem közéjük valókat — és akkor nem volt pardon! Bevallom, eddig is tudtam, akár apáink elbeszéléséből, hogy a fehérek oldalán harcoló cseh légiók (amelyeket a pánszláv propaganda, a már térképre rajzolt önálló Csehszlovákia erősen a reakció pártjára polarizált, mégsem tekintendők a cseh és szlovák nép képviselőinek, hanem egy demagógia megvadultjainak) milyen szerepet játszottak az ellenforradalomban, a logikus összefüggéseket viszont Munk Arthur könyvéből értettem meg. Az erősen antiszemita cári Oroszországban a még antiszemitább fehérek fegyverei elől a zsidóknak is az internacionalista vörösök jelenthették az egyetlen „alternatívát”. Azért alternatívát, mert a többségük mégis inkább békés kereskedő, vagy kisiparos maradt volna, ha hagyják. A „burzsujok” idejében hajóra szálltak. Summa summárum: a forradalom mágneses terében hogyan változtak a hatalom erővonalai, a kezdetben kevés számú agitátor indukáló ereje hogyan transzformálta a tömegeket győzelmi tényezővé, ez olvasható ki sine ira et studio egy polgár orvosíró könyvéből. Talán akarata ellenére, a realizmus szigorával, mert sem a „mellette, sem az ellene” elve nem vezette tovább. A kispolgár némelykori „kiszólásait” bizonyára kiszúrték az olvasók, akik tudni akarták, mi is történt ebben az óriási birodalomban.

Hogy e könyv az utólag egyre személytelenebb személyi kultusz éveiben tabu volt, egy név hiányával már megmagyarázható. Munk Arthur művében az egyik (pozitívabb) póluson: Lenin, Trockij és a munkásokból hadvezérekké vált katonák, középen Kerenszkij, a másik (negatívabb) póluson: Kolcsak, Wrangel, Djenikin, Gajda tábornok, a cseh légiók parancsnoka, Blagotics őrnagy, a dobrovoljácok vezére, és (amint azt szemináriumokon bifláztuk) Lenin „erős karja”, Sztálin — még sehol. Vagyis: Joszip Visszarionovics a forradalom alatt még nem volt Lenin legbensőbb munkatársa,

Egyébként ez derül ki Lockhart brit diplomata eszmeileg erősen elfogult, de tényközlésben korrekt könyvéből is.

Orvosírónk nem leplezi rokonszenvét a sokat szenvedett orosz nép, csodálatát a végtelen orosz táj iránt. Szinte gogoli lírával írja le, milyen szer-tartással szüresöli a csáját egy csinovnyik, „a hó-fehér törzsű nyírfák hajladozása akár a karcsú ballerínaké”, a hőmező „Oroszország igazi, ünne-pélyes, csillámló fehér arca”, de a gyanakvó bü-rokrata mindenkiben „kémet” szimatol, a muzsik megosztja utolsó sült krumpliját (ha van) a pleni-vel. Komplex kép, akár az élet, bonyolult, akár a valóság. Vertluga, Darnyica, Sadrinszk, Krasznó-járszk, megannyi ismert láger.

Orvosunk szerint a forradalom „tisztán orosz belügy, amihez nekem semmi közöm. Az ő dolguk. Az orosz állampolgár válogathat a két szín között, de a hadifogoly maradjon hadifogoly és végezze dolgát”. Persze, egy oroszul már jól beszélő, orvosokban szegény, sebesültekben, betegekben bővel-kező vidéken a „vracs” vélekedhet így, de a de-recskei Szalma Ferenc vöröskatona, golyóval a tüdejében, aligha. Munk doktor elrejtí és kezeli honfitársát a svéd misszió segítségével működő fogolykórházban. Ő is a Gajda tábornok emberei-vel vívott csatában vált harcéptelelné. Rejtőzni kell a fehér járőrök elől, akik két német olvasó ön-kéntest küldtek a föld alá, mert a corpus delicti: *Heine versei* volt.

Íme, mi mindent élt át *A nagy káder* orvosíró-ja, aki négyéves fogság után egy német gőzösön tért haza, nem egyedül, hanem orosz feleséggel és egy „pleni” fiúcskával, de már nem az Osztrák-Magyar Monarchia bácskai porvárosába, hanem a jugoszláviai Vajdaság Subotica nevű helységébe. Ahol ugyanolyan kommunista komisszár-gyanús alak volt, akár ha a területileg összezsugorított Magyarországra került volna.

Feljegyzései a forradalmi Oroszországról író-ként ismertté tették nevét, de csak megkésve, 1929-ben. A megváltozott viszonyok közt ismét megtalálta helyét a *Bács megyei Napló* szerkesztő-ségében, ahol az *Orvosi dolgok* című rovatot ve-zette.

Amikor a Pantheon Kiadó a könyvét megje-lentette, az Anyaország legtekintélyesebb folyóira-tának, a Nyugat-nak talán legtekintélyesebb kriti-kusa, Schöpflin Aladár így méltatta: „Amnyi ren-geteget írtak a forradalmi Oroszországról anélkül, hogy képet tudtak volna adni az egészlől; Munk Arthur előadásában, éppen azért, mert nem kever bele ideológiát, s csak a tényeket mondja el, és az emberek helyzetét a tények forgatagában, feleletet kapunk arra a kérdésre; hogy éltek az emberek a forradalom alatt.” A háborús regények fénykora volt ez, olyan nevekkal, mint Remarque, Arnold Zweig és a szatmári magyar Markovics Rodion.

1933-ban jelent meg a hátország regénye, a *Hinterland* láttelele, a háborús korrupciók lexi-konja, „a mögöttes országrész háborúja” (néhány felejthetetlen figurával), amely 1981-ben ismét ki-került az újvidéki Forum Könyvkiadó nyomdájá-ból. Szerzőjének neve nem sokat mond a mai ma-

gyar olvasónak. Bori Imre pompás utószava kedvcsináló a belelapozónak, bár valószínűleg a kelleténél kevesebben veszik kézbe. Igen, a háború, pláne az első, annyian írtak róla: Krúdy, Móricz, Móra, Tersánszky, de ezek az óriások nem tudósíthattak saját élményeik alapján. Pl. arról a tényről, miért volt annyi magyar harcosa az orosz forradalomnak. El kell hinnünk Munk Arthurnak; Nagy István, Kiss János és Róth Dezső előbb voltak vöröskatonák, mint meggyőződéses forradalmárok. Ami helytállásuk értékéből és értékeléséből mit sem von le.

Ezt egy nem túl termékeny, de szavahihető orvosíró tollából tudjuk, akinek a *Köszönöm addig is...* (melyik gyakorló orvos nem ismeri a betegek szokásos hálamondatát) című önéletrajzi regénye 1953-ban jelent meg. A jugoszláv-magyar

kapcsolatok olvadásának első évében. Sokat látott szemeit Szibéria helyett szerencsére Szabadkán hunyta le örökre, 1955. november 8-án, a 70. életévében. A *Bácskai lakodalom* című regénye már posztumusz mű (1961), de a hézagos köztudat *A nagy káder „gyanús”* írójának tudja — alaptalanul.

Szállási Árpád dr.

IRODALOM: 1. Szabadka sz. k. város Főgymnáziumának Értesítője (Szabadka, 1901). — 2. *Schöpflin Aladár*: Nyugat, 1929. 648–649. old. — 3. *Lockhart*: Egy brit diplomata emlékiratai (Bp. 1929.). — 4. *Szenteleky Kornél*: Kalangya, 1933. — 5. A repülő Vucsidol, Dér Zoltán utószavával (Bp. 1980.). — 6. *Munk Arthur*: Hinterland, Bori Imre tanulmányával (Újvidék, 1981.). — 7. *Szirmai Károly*: Híd, 1956.

VITÁL kissetkezet

a Magyar Kereskedelmi Kamara tagja

több éves gyakorlat során kiválóan bevált, az Egészségügyi Minisztérium által engedélyezett, gyors, pontos, szennyezésmentes munkával, VÁLLALUNK kórházi műtők, intenzív egységek, laboratóriumok stb., valamint a hozzájuk tartozó klímarendszerek mechanikus és vegyszeres

tisztítását, fertőtlenítését

Hármas szűrési rendszerrel kialakított klímaberendezéseknél a garantált összcsíraszám: 0–5 között. Továbbá vállaljuk a fertőtlenített klímarendszerek besabályozását.



VITÁL Kissetkezet,
6000, Kecskemét, Pf.: 213.
Telefon: 76/25-906.

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése;
lágyszöveti sérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydegánat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

„Csak vényre adható ki. Az orvos utasítása szerint egyszeri vagy legfeljebb kétszeri alkalommal ismételhető.”

CSOMAGOLÁS

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

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján





Szív- és érsebészet

Rekonstruktív carotis-sebészet, cerebrovascularis insufficienciánál. Eisenhardt, H. J. és mtsai (Chir. Univ. Klinik Köln-Lindenthal u. Chir. Abt. Krankenhaus Hamburg): Chirurg, 1983, 54, 444.

A szerzők bevezetéként az extracranialis carotiskeringési zavar aetiológiájával, pathogenesisével, symptomatológiájával foglalkoznak.

A dezobliteráció indikációja, ill. prognózisa szempontjából négy stádium különböztethető meg. I. A carotis felett zörej hallható, de a tünetek hiányoznak. II. Átmeneti ischaemiás agyi attack, amely azonban 24 órán belül visszafejődik. III. Akut ictus, amely eszméletvesztéssel, vagy anélkül eszme végbe. IV. Manifeszt neurológiai kiesések, irreversibilis agyi károsodás.

De Bakey és mtsai az extracranialis (carotis) érelzáródásokat 75%-ban tartják operálhissnak. A diagnózis felállításában és a szűkület helyének megállapításában, az anamnézisen kívül az arteriographiának van a legnagyobb jelentősége. A nem invasív screening módszerek közül a Doppler-sonographiát emelik ki. A IV. stádiumban indokolt a computertomographia az intracranialis vérzés, vagy encephalopathia kizárása céljából. Az asymptomás carotis-stenosis (stadium I) műtéti eredményei jobbák, mint a konzervatív kezelése, de csak az 50%-osnál nagyobb mérvű beszűkülés jelent abszolút műtéti indikációt. Stadium II-ben indokolt a dezobliteráció elvégzése, mert 85–90%-ban huzamosabb ideig tartó panaszmentességet eredményezhet. Stadium III-ban agyödema, vagy vérzés veszélye miatt általában nem végeznek rekonstruktív műtétet, csak recidív elzáródás esetében. Stadium IV-ben csak akkor jöhet számításba műtét, ha nagyfokú stenosis mellett, az ellenoldali carotis teljesen elzáródott. A carotis elongációja, megtörése, hurokképződése időleges ischaemiás tüneteket okozhat, ami indokolhatja a műtétet. Az esetek 40%-ában a carotis-szűkület a vertebro-basilaris rendszer elzáródásával kombinálódik. Mindig a carotis rekonstrukciójára kell törekedni.

Az elágazáshoz közeli carotis interna stenosis műtéte a direkt dezobliteráció. A carotis communison kezdődő és a carotis internára folytatódó hosszanti metszés után, a szűkületet okozó arteriosclerotikus plaque-képződésményt kihámozzák. Precíz varrattechnikával rendszerint feleslegessé válik az autolog vénoplastica. Az elongált és hurkot képező carotis interna proximálisan

implantálandó a carotis communisba. Az agyi ischaemia elkerülése végett, műtét közben, ideiglenes intramuralis shunt-öt alkalmaznak, heparin adagolás mellett.

A szerzők 423 primer carotis dezobliterációt végeztek, krónikus elzáródás miatt. Elzáródások, ill. szűkületek nemcsak a carotisban fordultak elő. 35-öt stadium I-ben, 292-t stadium II-ben, 2-t stadium III-ban és 94-et stadium IV-ben operáltak. A műtéti mortalitás 3,3% volt. 394 betegnél történt utóvizsgálat átlagosan 6 évvel a dezobliteráció után. A stadium I-ben 56,2%, a stadium II-ben 65,4% postoperatív javulás mutatkozott. A késői halálozás 37,5%, illetve 24,3% volt. A III. stádiumban műtött 2 beteg közül az egyik meghalt, a másik állapota javult, A IV. stádiumban operáltak egyharmada javult, 25,6%-a halt meg később.

Viczián Antal dr.

Krónikus visceralis arteriaelzáródások. van Dongen, R. J. A. M. Schwilden, E. D. Barwegen, M. G. M. H. (Abt. f. Gefäss chir., Univ. Amsterdam und Abt. f. Gefäss chir., Krankenhaus Esslingen/Neckar): Chirurg, 1983, 54, 454.

A visceralis artériák krónikus elzáródása ritkán kerül műtetre, mert az angina intestinalis klaszszikus tünetei csak az esetek 40%-ában észlelhetők. Idősebb betegek hasi panaszai felhívhatják rá a figyelmet és indokoltá tehetik az arteriographia elvégzését. Tüneteket okozó truncus coeliacus, vagy art. mesenterica superior elzáródás rekonsztrukciós műtétet tesz szükségessé.

Tünetek nélküli, véletlenül felfedezett elzáródás is műtéti indikációt jelent, ha mindkét felső intestinalis arteria elzáródott, ha renovascularis hypertonia, valamint asymptomás visceralis arteria elzáródás egyidejűleg észlelhető, ha az arteria mesenterica inferior és a Riolan-féle árkád lekötése szükséges (bal oldali colon műtétek), ugyanakkor az art. mesenterica superior is elzáródott. Az arteria mesenterica inferior, ill. az art. iliaca interna elzáródása nem okoz angina intestinalist, ezért nem kell operálni sem.

A rekonstrukciós műtétek 5 csoportba sorolhatók.

— Eндarteriectomia volt az első műtéti megoldás az elzáródás megszüntetésére. Évek óta már nem alkalmazzák. A szerzők 7 esetben végezték.

— Transsectio az elzáródástól distálisan, és az aortába történő reimplantáció. Ma már ritkán

használt műtéti megoldás. Inkább az art. mesenterica superiornál jöhet számításba. A stop helyétől függően, esetleg interpositumra is szükség lehet. 11 esetükből 5-nél kellett interpositumot beiktatniok.

— In situ bypass-plasticára az art. lienalis használható fel, 7 betegen alkalmazták (4 lien-aortalis, 3 lien-mesenterialis anastomosis). 4 esetben mind a truncus coeliacust, mind a jobb oldali vesearteriát sikerült az art. lienalis felhasználásával revascularizálni.

— Bypass plasticára szabad véna-transplantatum használható fel. Leggyakrabban — 39 esetben — ezt a megoldást választották. Ha nem találtak megfelelő v. saphena magna segmentumot, teflon prothesist alkalmaztak (2 esetben).

— Ha az arteria mesenterica superior és a truncus coeliacus egyidejűleg elzáródott, vagy beszűkülött, valamennyi megoldás számításba jöhet. A szerzők véleménye szerint azonban a „vénás hídplastica” vált be legjobban (21 esetben végezték).

A szerzők 59 therápiás és 28 prophylactikus rekonstrukciós műtétet végeztek. Műtéti halálozásuk nem volt. Valamennyi beteget 2–3 héttel a műtét után angiographiával kontrollálták. Két esetben észleltek anastomosis stenosis (2,3%). Mindkettőnek panaszai is voltak (angina intestinalis).

A therápiás rekonstrukción átesettek többsége panaszmentessé vált, s csak 12%-nál mutatkoztak csekély zavarok.

A prophylactikus műtétekkel is jó eredményeket értek el. 6 hónaptól 15 évig terjedő megfigyelés alatt az operáltak között bélinfarctus nem fordult elő.

Viczián Antal dr.

Mellkasi elváltozások szívműtétek után. Carter, A. R. és mtsai (Yale University School of Medicine, New Haven): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 475.

A szívműtétek után különböző időpontokban az intenzív kórteremben készített mellkasfelvételeken számos elváltozás látható, melyek közül némelyeknek különösebb jelentősége nincs, némelyek viszont komoly veszélyt jeleznek és beavatkozást tesznek szükségesé. A szerzők 92, különböző szívműtéten átesett beteg műtét után készített mellkas röntgenfelvételeinek és körlefolysának egybevetésével elemezték ezeket. Az anyagban a leggyakoribb műtét a coronaria-bypass volt, ezen kívül szerepelnek billentyűbeültetések, szív- és aortaaneurysma műtétek, septumdefektusok és egyéb ritkább beavatkozások, valamint ezek kombinációi. A sternumon a sternotomiának megfelelően látható hosszirányú felritkulásnak, a periostealis megvastagodásnak, a praesternalis és retrosternalis em-

physemának, a retrosternalis légyszűrés-kiszűrésedések önmagában nincs különösebb jelentősége. Ezek az esetek felében-harmadában előfordulnak. Nagyon gyakori a különböző elhelyezkedésű és kiterjedésű atelectasia, összesen 84 esetben láttak, leggyakrabban bal oldalon vagy mindkét oldalon. 27 esetben ez nem tisztult fel teljesen. Az atelectasia kialakulása és az extubálás között összefüggést észleltek feltehetően a pozitív légúti nyomás megszűnése következtében. Gyakori volt a pneumomediastinum és a pleurális folyadékgyülem, ritkább a pneumothorax, pneumoperitoneum és a bordatörés. Mindezeknek az észleléseknek különösebb jelentőségük nem volt, komoly beavatkozást nem tettek szükségessé. 7 esetben kellett beavatkozniuk mediastinalis vérzés miatt, ennek viszont 4 esetben a röntgenfelvételeken nem volt semmi értékelhető jele, 1 esetben mutatkozott a gátor kiszűrésedése, 2 esetben csúcsi „pleurasapka” képeben. 3 sternum-infectio jelentett még komoly szövödményt, ennek egy esetben nem volt röntgentűnete. Kimutatásában segíthet a galliumscintigraphia.

Laczay András dr.

A coarctatio aortae első hat hónapon elvégzett sebészeti kezelésének eredményei. 142 eset tapasztalatai. Laborde, F. és mtsai (Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, Hôpital Laennec, F-75007 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 601.

A coarctatio aortae (c. a.) sebészeti kezelését 1945-ben Crafoord írta le. Csecsemőkön — a kis méretek és az esetleges egyéb szívrendellenességek miatt — a műtét különleges probléma. Bár Kirklin 1952-ben végzett első csecsemőműtétje óta jelentős fejlődés következett be, 6 hónapos kor alatt a technikai problémák még ma is aktuálisak. Ezért is bír különleges értékkel a szerzőknek ez a — 1972–78 között műtött, 6 hónapon aluli 142 csecsemőn végzett — retrospektív tanulmánya.

A 142 csecsemő közül 66-ot 1 hónapos, 76-ot pedig 1 és 6 hónapos koruk között operáltak. A c. a. izolált, vagy ductus arteriosus-szal társult volt 46 esetben. A műtét indikáció: 1. magas arteriális hipertenzió (150 Hgmm fölött); 2. súlyos szívelégtelenség. A c. a.-hoz egyéb fejlődési rendellenesség 96 esetben társult. Kétféle megoldást alkalmaztak: 1. rezekciót, az a. subclavia, vagy a bal a. carotis alsó részének anasztomózisával; 2. plasztikai tágítást a bal a. subclavia segítségével. A közvetlen halálozásuk 30,9% (44 eset), ha kamrai szeptum defektussal szövődött, ez 35%-ra emelkedett. Késői halálozásuk 13,2% volt. Táblázatban elemzik a mortalitást, és a 92 túl-

élő gyermeknél a késői eredményeket.

A szerzők tapasztalataiból a következő lényeges megállapítások emelhetők ki: 1. Beteganyaguk is megerősítette, hogy — egyezően az irodalmi adatokkal — a műtét technika, anesztézia, reanimáció jelentős fejlődésével, a betegek egyre korábban kerülnek műtetre, s a mortalitás, valamint a recidivák száma is az utóbbi tíz évben jelentősen csökkent. 2. Izolált c. a. esetén 4%, más kardiopátia társulása esetén 25%. 3. Az aorta hipopláziája, a bal a. subclaviától felfelé, növeli a c. a. recidivájának veszélyét. Ilyen esetben az áramlás irányában a bal a. subclavia segítségével végzett plasztika célravezető. Az irodalomból egyéb plasztikai megoldások is ismeretesek. A plasztikai megoldásban felhasznált műanyagok a fertőzés veszélyét rejtik magukban. 4. Úgy vélik, hogy a c. a. recidiváját az esetek többségében a műtétet követő három hónapon belül fedik fel. A recidivák gyakorisága sokkal inkább technikai tényezőkkel, mint a körkörös varrat növekedési hiányával függ össze, így a tökéletlen anasztomózissal. 5. Az 1976–78. években a „gyógyult” c. a.-val operált egyhónaposnál idősebb betegek aránya 70% (mortalitás: 12,5%, recidiva 18,5%), míg az egy hónapon fiatalabbaknál 50% volt (22% mortalitás, 32% recidiva). Ha a c. a. recidiva jelentkezik, ha a pulmonalis szűkület is kíséri, haladéktalanul újabb műtét szükséges. Ezt klinikailag az esetek több mint felében a betegek jól tolerálják.

Kövér Béla dr.

A coarctatio aortae műtétét követő paraplegia. Bruguier, A. és mtsai (Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, F-75674 Paris Cedex 16): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 619.

A coarctatio aortae (c. a.) legfeljebbesebb szövödményei a paraplegiák, amelyek egyéb okok miatt az aortán végzett műtétnél is előfordulhatnak.

A szerzők által ismertetett esetben, bár a c. a.-t már újszülöttkorban diagnosztizálták, a műtétet — miután az állapotot a gyermek jól tolerálta — 3 éves korban végezték el. Az angiográfia szerint a c. a. a bal a. subclavia eredete alatt helyezkedett el. A műtét rezekcióból és termino-terminális anasztomózisból állott. Az aorta leszorítása mindössze 45 percig tartott. A műtétet követő 24. óra végén tarkómerevség, és az alsó végtagokon paralízis lépett fel. A paraplegia spasztikus típusú, szimmetriás volt, főleg a gyökereket érintette. A hólyag sphinctere is bénult volt. Két hét elteltével fokozatos javulás következett be. A műtét után egy hónappal a tarkómerevség, fájdalom megszűnt, a sphincter zavarai oldódtak, de az alsó végtagok

bénulása még jelentős. A liquor hiperproteinorachiát mutatott, normális nyomás mellett, a gerincoszlop rgtg normális, elektromiogram az alsó végtagokon neurogén (!) eredetű perifériás károsodásra utalt. Hat hónappal a műtét után csak a piramis szindróma perzisztált, ami a járást akadályozó spasztikus végtaghipertóniáért felelős.

A szerzők a megbeszélésben kifejtik, hogy a műtét szövödmény hátterében esetükben elsősorban a spinalis anterior rendszert érintő ischémiás incidens állott, aminek a gyógyulási kilátásai közepesek. A medullaris bántalom okaként feltételezik: 1. az aorta tartós leszorítását; 2. az interkostális artériák műtét alatti lekötését; 3. a kollaterális keringés elégtelenségét. Leggyakrabban az utóbbival találkozunk. Ennek hatékonyságáról már a műtét előtt meg kell győződni. Úgy vélik, ha a leszorítás után a disztális aortában a nyomás 50 Hgmm-nél kisebb, a gerincvelő perfúziója tökéletlen. Az ilyenkor használt védekezések mindegyikének megvan a kockázata, az ischémiás károsodást egyik sem tudja teljesen kivédeni.

Nem szabad elfelejteni, hogy a vaszkuláris eredetű neurológiai szövödmények a nem operált c. a.-nak is súlyos szövödményei. Főleg intracerebrális vérzések ezek. Erre még akkor is gondolni kell, ha a műtetre ideális időpontot választottunk, amit nagyon nehéz megállapítani.

Kövér Béla dr.

Sportorvostan

Valóban a múlté az ökölvívók krónikus agykárosodása? Kaste, M. és mtsai (Depts of Neurology, Neurosurgery, Diagnostic Radiology, and Pediatrics, and Third Department of Surgery, University of Helsinki, Finland): Lancet, 1982, 2, 1186.

Az ökölvívás orvosi kontrolljának hatékonyságát tárgyaló számos egymásnak ellentmondó közlemény a szerzőket arra indította, vizsgálják amatőr és hivatásos ökölvívók sportpályafutásának neurológiai következményeit.

14 boxoló (8 amatőr, 6 hivatásos), akiknek átlagéletkora 31 év (19–53) volt, vett részt a vizsgálatban. Előzetesen kizárták azokat, akiknek anamnézisében szoriton kívül elszívott fejsérülés, alkoholizmus, cerebrovasculáris megbetegedés szerepelt. Valamennyi résztvevő részletes neurológiai, pszichológiai, EEG és CT vizsgálaton esett át. A neurológiai vizsgálat csupán egy hivatásosnál mutatott eltérést (apraxia, mentális funkciók lelassulása); a pszichológiai vizsgálat két hivatásosnál utalt deviáns magatartásra, az IQ-átlaga (112±15) magasabb volt a finn átlagnál (100±15).

Az EEG hat esetben (46%) volt kóros (4 amatőr, 6 hivatásos), míg a CT 4 hivatásos és 1 amatőr ökölvívónál jelzett agy atrófiát (29%), ill. cavum septi pellucidit (21%).

Áttekintve eredményeiket arra a következtetésre jutnak, hogy — bár kisebb mértékben, mint a hivatásosak —, az amatőr ökölvívók sincsenek védve a fejre mért ütések következtében létrejövő cerebrális károsodástól a legkövetkeztesebb orvosi ellenőrzés mellett sem. A megelőzés egyetlen, valóban hatékony módja az lenne, ha a szabályok tiltanák a fejre mért ütést.

(Ref.: az ökölvívás veszélyessége, elsősorban a cerebrális konzekvenciák lehetősége, régóta vitatott kérdése mind a sportorvosi, mind a neurológiai szakirodalomnak. Jellemző, hogy az elmúlt 80 év alatt publikált közel 400 orvosi közleményből, amelyek témája az ökölvívás, kb. 170 foglalkozik az agykárosodással — cáfolva, illetve megerősítve annak bekövetkezését, valamint az ökölvívás oki tényezőként való szerepét. Bonyolítja a helyzetet, hogy többnyire hivatásos ökölvívókat vizsgáltak, különböző kritériumok és metodika alapján történt az észlelt elváltozások értékelése, e retrospektív adatok hiányosak, vagy nincsenek. Mindez szükségessé teszi a szerzők által felvetett kérdés további vizsgálatát.)

Jákó Péter dr.

Ökölvívók CT, EEG és neurológiai vizsgálata. Ross, R. J. és mtsai: JAMA, 1983, 249, 211.

A szerzők célja volt vizsgálni, hogyan korrelál ökölvívók CT vizsgálati eredménye az EEG és neurológiai lelettel. Negyven volt ökölvívót vizsgáltak, akik közül 13 volt amatőr. Átlag életkoruk 55,2 év (14–74). CT-t végeztek 38, neurológiai és EEG vizsgálatot 24 esetben, amelyből 22-nél CT is történt. Részletes sportanamnézist vettek fel, különös tekintettel az abszolút mértékek, győzelmek, vereségek, kiütések számára. Szignifikáns összefüggést találtak a mérkőzések száma és az EEG abnormalitások, illetve a CT-n látható kamratagulat között. Nem volt szignifikáns összefüggés kimutatható a neurológiai tünetek és a mérkőzések, illetve kiütések száma között.

Leírva a dementia pugilistica klasszikus képét (motoros lelassulás, koordinációzavarok, dysarthria, ataxia, tremor, rigiditás, spasticitás, memóriaromlás, intellektus károsodása, kóros személyiségváltozás) és ennek kórtani hátterét (cerebrális és cerebelláris atrófia, „plaque jaunes”, Purkinje sejtek pusztulása stb.) megállapítják, hogy adataik alátámasztják azt a feltevést, miszerint minél többet boxol valaki, annál evidensebben bizonyítható a cerebrális atrófia

CT-vel és EEG-vel. A neurológiai vizsgálat ilyenkor ritkán ad „pozitív” leletet. Véleményük szerint az ökölvívás ártalmas az agyra, javasolják minden mérkőzés előtt és után CT és EEG készítését.

(Ref.: A szerzők által feldolgozott anyag nem bizonyítja meggyőzően az amatőr ökölvívás agykárosító hatását. A dolgozathoz mellékelt táblázatot áttekintve csupán egyetlen, 63 éves volt amatőr ökölvívó esetében találtak kóros EEG és CT elváltozást, ill. összesen 8 amatőr CT lelete volt egymagában pozitív. Életkoruk 56–70 év között volt, vagyis valamennyien abban az időszakban voltak aktív ökölvívók, amikor az egészségvédő szabályok közel sem voltak olyan szigorúak, mint jelenleg.)

Jákó Péter dr.

Ökölvívás okozta agykárosodások. Szerkesztőségi közlemény: JAMA, 1983, 249, 354.

A közlemény az Amerikai Orvosszövetség Tudományos Tanácsának állásfoglalását tartalmazza. Bevezetőjében ismerteti az ökölvívás híveinek és ellenzőinek érveit (önfigyelemre tanít, fejleszti a fájdalomtűrő képességet, bátorságot, erőt, állóképességet, kontrolláltan vezet le az agresszív ösztönöket, a szabályok betartása esetén a kockázata semmivel sem nagyobb más küzdősportnál — illetve brutális, célja az ellenfél fizikai károsítása, az akut, vagy krónikus agysérülés veszélyével jár). Áttekintve az amatőr és hivatásos ökölvívás helyzetét az USA-ban, megállapítja, hogy az előbbi általában jól szabályozott, az utóbbi azonban, főként, mert jelentős pénzeket vonz, korrupcióra, csalásokra ad lehetőséget.

Bár teljesen megbízható statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre, 1980-ban végzett számítások szerint a sportolás közben történt halálos balesetek száma 1000 főre számítva, néhány sportágban a következőképpen alakul: ökölvívás 0,13, amerikai futball 0,3, morkerékpár 0,7, könnyűbúvár 1,1, sziklamászás 5,1, siugrás 12,3, lóverseny 12,8.

Ökölvívók halálos sérülésének oka leggyakrabban subduralis haematoma, amely a fejre mért ütés nyomán kialakuló rotációs gyorsulás hatására bekövetkező vénaruptura miatt alakul ki. A kiütés az agy commotiójával jár, azonban többnyire nem látszik ilyenkor EEG elváltozás. Százalékos előfordulására vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésre.

A késői idegrendszeri károsodás képét, *ütés-részegség* (punch-drunk) szindrómaként 1928-ban írták le először. Azóta több esetleírás ismeretes, ezek hivatásos ökölvívók voltak, de beszámoltak rugby játékosok, hivatásos birkózók, ejtőernyősök és díjugrató lovasok esetében is a kórképről. Több ökölví-

vással foglalkozó orvos véleménye szerint az orvosi ellenőrzés szigorításával párhuzamosan meredeken zuhant ennek százalékos előfordulása.

A közlemény leszögezi, hogy az ütés-részegség szindróma, mint az ökölvívás kockázata létezik, a fejre mért ismételt ütések következménye, előfordulása csökkenő tendenciát mutat, körültekintő orvosi és adminisztratív eszközökkel megelőzhető. A régebbi közlemények nem vették figyelembe az alkohol abuzust, lueszt és az öregedéssel járó degeneratív változásokat, amelyek létrehozhatnak hasonló képet, hiányzott továbbá a megfelelő kontroll populáció.

A leírások olyan ökölvívókról készültek, akik 1920–1940 között versenyeztek, s nem vizsgálták még kellő számban azokat, akik az 1950-es éveket követően boxoltak, t. i. ezen időszakban, s ezt követően vezettek be sok egészségvédő szabályt. Jelentősen javult a szigorú kritériumok alapján végzett alkalmassági vizsgálat hatékonysága, a szorító melletti orvosi ténykedés és felszereltség, valamint az ökölvívók időszakos ellenőrző vizsgálatának színvonala. Mindezek minimálisra csökkentik, vagy akár teljes mértékben megelőzhetik az akut intracranialis vérzést, vagy halált.

Javult a helyzet a hivatásosaknál is (pl. New York Államban számítógépes nyilvántartást vezetnek be, két orvosi ügyeletes van a mérkőzésen, akik bármikor megállíthatják a küzdelmet, mentőszolgálati ügyelet kötelező, stb.).

Egyesek az ökölvívás betiltását követelik. Ehelyett az irreális megközelítés helyett, amely azért sem indokolt, mivel a sportág nem veszélyesebb, más a közvélemény által akceptált sportoknál, a teendő az orvosi és adminisztratív ellenőrzés javítása, a következő javaslatok alapján:

1. Valamennyi amatőr és hivatásos ökölvívó számítógépes nyilvántartása, beleértve sérüléseiket, kiütéseket, mérkőzések számát, győzelmet, vereséget stb.

2. Széles körben megvitatva revidálendők az orvosi vizsgálati metodika, az eltiltás indikációi.

3. Szabályba iktatandó, hogy az ügyeletes orvos bármikor megszakíthatja a küzdelmet, megvizsgálhatja a versenyzőt és leállíthatja a mérkőzést.

4. Valamennyi ökölvívó-szakember számára egészségügyi kiképzés szükséges.

5. Nem rendezhető verseny ott, ahol nincs kellő egészségügyi felszereltség sürgősségi ellátás céljára.

6. Csak minősített ökölvívók mérkőzhetnek.

7. Az időszakos orvosi ellenőrzés egységesítendő.

(Ref.: A közlemény igen mérték-tartóan, szélsőségektől mentesen

foglal állást az ökolívás okozta agykárosodás kérdésében. A javaslatok egy részének bevezetése az USA-ban jelentene csak újdonságot, hiszen például az alkalmasság, illetve eltöltés kritériumai, a vizsgálati metodika egységesítése, az edzők képzésében egészségügyi ismeretek nyújtása, minősítési kötelezettség versenyzők részére, a legtöbb amatőr ökolívással rendelkező országban, így Magyarországon is rendeletileg szabályozott.)

Jákó Péter dr.

Az ökolívást be kellene tiltani a civilizált országokban. Lundberg, G. D. (Szerkesztőségi közlemény): JAMA, 1983, 249, 250.

A szerző egy múlt év novemberében megrendezett hivatásos ökolívó mérkőzés láttán felháborodva állapítja meg: az ökolívás orvosi kontrollja illúzió. Emlékeztet az Amerikai Orvosszövetség régebbi állásfoglalására, amely abból az alapállásból indult ki, hogy az ökolívás betiltása irreális, ezért a feladat minél inkább csökkenteni a veszélyeit. Hivatkozik a legutóbbi közleményekre, amelyek a neurológiai konzekvenciákat tárgyalják és CT, valamint EEG vizsgálatok alapján jelentős százalékban mutattak ki ökolívóknál krónikus agykárosodást. Elveti azok érveit, akik az ökolívás szociális értékére hivatkoznak, vagy az agresszivitás levezetésére ajánlják eszközként. Véleménye szerint az ökolívás egyetlen civilizált társadalomban sem engedélyezhető.

(Ref.: Az erősen szubjektív töl-tetű írás tulajdonképpen nem kommentálható: vádol érvelés helyett.)

Jákó Péter dr.

Fizikai aktivitás az osteoporosis megelőzésére. Smith, E. L. (Madison): Phys. Sportmed. 1982, 10, 72.

Az USA-ban kb. 6 millió beteget érint az osteoporosis. A nőknél a 30–35 éves kortól évi 0,7–1% a csont ásványi anyagának csökkenése, ami a menopauza utáni 5 évben évi 2–3%, így 70 éves korra a csont ásványi anyagának 30%-a elvész. A férfiakon 50 éves kor után, 0,4% a csökkenés, így a probléma csak a 8. évtizedben válik komolyabbá. Mivel a csont ereje arányos a minerális koncentrációjával és a csontvastagsággal, a 70 éves csont 50-szer gyakrabban törik mint 40 évesen. 36 hét fekvés az egészséges férfiakon 39%-os ásványi anyag csökkenést idézett elő.

Másrészt, a fizikai aktivitás fejleszti a csontot: a teniszezők domináns karjának csontjai 28–35%-kal vastagabbak és 70 éves korukban is 11%-kal több ásványi anyagot tartalmaznak. A futók alsó végtag csontjai 20%-kal erősebbek,

mint a korcsoportjuké. (J. Bone J. Surg. 1977, 59, 204.). A szerző 80 éves nőknél heti 3×félóra, az anyagcserét másfél-háromszorosára emelő (tehát nagyon enyhe anyagcsere-intenzitású), főleg gimnasztika jellegű torna 3 évi hatásaként a mineralizáció fokozódását, a csont vastagodását észlelte — szemben a kontroll csoporton észlelt rosszabbodással (Med. Sci. Sports Exercise 1981, 13, 60.).

Apor Péter dr.

Növekedés és csontozatérés 80 fiatal, nemzetközi szintű tornászánál. Jost-Relyveld, A., Sempé, M. (Groupe d'auxologie médico-sociale, Hôpital Debrousse, 69322, Lyon Cedex 1): Pédiatrie 1982, 37, 247.

A tornász Európa-bajnokságot 1980-ban Lyonban rendezték, s ez kivételes alkalmat nyújtott a szerzőknek arra, hogy tanulmányozzák azt a kérdést, hogy az intenzív foglalkoztatás mennyire befolyásolja a fiatalok fejlődését és érését. A kapott értékeket a szerzők a franciaéknál „normálisnak” tekintett adatokkal állították szembe. Ez a kérdés mintegy húsz éve került az érdeklődés előterébe; azóta hevesen vitatták pro és kontra: gátolja-e az intenzív sport a növekedést és a nemi érést. Az egymással homlokegyenest ellentétes adatok a vizsgált csoportok alapvető különbségeiből adódtak.

A szerzők 80 — a 96 résztvevőből — világbajnokjelölt adatait hasonlították össze a francia — nem sportoló — átlag adatokkal. Ismertetik egy táblázaton a nemzetközi összehasonlító adatokat és az általuk alkalmazott mérési módszert, valamint a nemzetközi él-sportolóknál alkalmazott húsz antropometriás módszert, annak adatait: testhossz, súly és mellkőrfogat; ezeket grafikailag is ábrázolják.

Megállapítható, hogy a francia adatokat nem lehet összehasonlítani az európaiakkal. Az „érésben” megállapított késés lehet annak az eredménye is, hogy megelőzően olyan egyedeket választottak ki, akiket familiáris predispozíció következtében „érésben” késettek. Lehet, hogy az intenzív torna egy tényleges direkt hatást fejt ki a pre- és pubertásos megnyilvánulásokra.

A szerzők által bemutatott tanulmány látszólag elmarasztalja a tornát, de csak a fiatal tornászok fokozottabb figyelemmel kísérése — több éven át — adhat megfelelő választ erre a kérdésre. A jövőben jobban kell ismerni a fiatalok pubertás-késésének okait. Azt találták, hogy a lányok közül a legjobban helyezettek azok voltak, akiknél a termet a korhoz mérten leginkább elmaradott volt. Ezek a csontérésben is retardációt mutattak. Felső testük többnyire rövid volt, ami lehetővé tette, hogy az

akrobatikus elemeket magas szinten hajthassák végre. A lányokkal ellentétben, az első helyezett fiúk a legidősebbek, ami arra utal, hogy náluk a torna nagy erőkifejtést igényel, ez pedig megfelelő korhoz kötött.

Kövért Béla dr.

Az úszók edzése: hogyan érnek el az edzők eredményt? T. Jopke: Phys. Sportmed. 1982, 10, 161.

A The Physician and Sportmedicine című amerikai sportorvosi lap szerkesztői bizottságának egyik tagja válaszol a kérdésre néhány edzőmódszert áttekintve.

Az úgynevezett „hypoxiás” edzést *Councilman* 1975 táján hatásosnak írta le: fokozza a versenyző fájdalomtűrését, megtanul intenzív munkát végezni magas pulzusszám mellett is. Nem tudja, hogy a kemoreceptorok érzékenysége változik-e, vagy a lelki türeklőség, mindenesetre hidromechanikailag kedvező, ha csak minden másoldik tempónál vesz levegőt a versenyző. „Nem a légzésvisszatartást hirdetem” — idézik *Councilmant*. „Egyesek extremításokba mennek: ha egy tableta segít valami bajon, akkor két vagy három tableta még jobban segít — gondolják.” Az *Indiana* egyetlen *Councilman* „háza táján” — soha nem úsznak 50 métert lélegzetvétel nélkül. 2:1 vagy 3:1 tempó:légzéssel edzenek, de csak ha nem fáj a fejük. Sokak szerint nem hypoxia, hanem hyperkapnia (magas szén-dioxid-szint) ennek az edzésnek a fő jellemzője. Mivel több vizsgálat utal arra, hogy az oxigénfelvétel, és a CO₂ leadás a „hármás” levegővételkor sem más, mint az „egyes” légzéskor, legfeljebb a magas alveoláris szén-dioxid-koncentráció eltűrésére tanítja meg a szervezetet ez az edzés. Más kísérlet arra utal, hogy a magasabb szén-dioxid-tartalmú levegő belégzése a zsírégetés felé tolja az anyagcserét, a laktacidózis kisebb, emiatt kisebb a fáradásérzet. *Craig* szerint csak pszichés hatása van ennek az edzésnek, amely veszélyes is lehet: pl. a vízalatti úszás előtt végzett hyperventillálás oka lehet a búvár eszméletvesztésének.

Egyéb tényezők: a szárazföldön végzett munka heti hat-nyolc órát is kitesz, és az edzés-specifitás egyre inkább érvényesül ebben is. Tény, hogy az úszópádon lemérhető eredményjavulás — bármilyen módon érték is el ezt — az úszóeredmény javulásával jár. Az alkalmasság kérdése is eldőlt a korosztályos edzéssel: aki 7-től 16 éves koráig úszik, az „egész jó kis úszó”, a kollégiumba így jobb anyag kerül. Az edzéstávról megoszlanak a vélemények: 6 és 20 ezer méter között van az edzésadag, de senki nem tudja, hogy mennyi is az optimális.

A következő években minden biztonnal az úszásban is nem az erő, nem az edzőmennyiség, hanem a

„teljesítményedzés” lesz a meghatározó.

Az eredmények javulásához hozzájárult a jobb úszótechnika (pl. a mellúszótempó változása), a jobb uszodák, úszódresszek, a tökéletesebb forduló, a résztáv tudatosabb beosztása.

[Ref.: az erőedzés az, ha minél nagyobb súlyt emelünk fel; az edzésvolumen a naponta felemelt súly összegét jelenti; a „teljesítményedzés” (power) az erő és a megmozgatott súly szorzata. A korszerű súlyemelőedzés, vagy bármely erősítőedzés, ugróerő-fokozás stb. igyekszik a fenti értelemben vett teljesítményt előtérbe helyezni.]

Apor Péter dr.

A vérnyomás normál értékei 20—50 évesek ergometria során. Franz, I. W. és mtsai. Int. Zschr. f. Kardiol. 1982, 71, 458.

Bár a vérnyomást sok évtizede mérik az ergometria során és az adatokat interpretáljuk is, a „normális” vérnyomásértékekre koránt sincs olyan „szabály” mint a pulzusszáma vagy az oxigénfelvételre. A berlini Inst. f. Leistungsmedizin munkacsoportja 231 férfi és 170 nő ötperces, 50 és 100 Wattos terhelése során a következő értékeket találta:

100 W-on: 200/100 hgmm mkét nemben, a pulzus 126 és 145. 50 W-on: 157±15/87±8 hgmm, pulzus 116±12 (nő), 145±12/86±56 hgmm, pulzus 98±11 (férfi). 1 W/kg-on: 164±14/89±9 hgmm, pulzus 124±13 (nő), 171±13/89±8 hgmm, pulzus 111±13 (férfi).

Ugyanebből az intézetből származó másik közlemény (Münch. Med. Wschr. 1982, 107, 379) I. fokú, átlag 36 éves, kezeletlen hypertóniásokon azt ismertette, hogy napi három időpontban mérve a vérnyomás erősen ingadozott, míg az 1W/kg terhelésre igen kis szóródással mindig 206/115 hgmm körüli értéket kaptak. A terhelés alatt mért vérnyomást ezért megbízhatóbb jelnek tartják, mint a nyugalmi értéket.

Apor Péter dr.

Távfutó nők menstruációja. Lutter, J. M., Cushman, S.: Phys. Sportmed. 1982, 10, 60.

350 maratoni és 10 mérföldes távon versenyző nő kérdőíves vizsgálata azt mutatja, hogy 69,4%-uk szabályosan menstruál, 19,3 szabálytalan időközökben vagy ritkábban, míg 3,4%-uk az előző évben nem menstruált.

Mivel egy bizonyos testzsírmennyiség szükséges a menstruációs ciklus fenntartásához (Obstet. Gynecol. 1979, 47, 54; J. Clin. Endocr. Metab. 1980, 1150, 51), az oligo- és amenorrhéas nők egy része azokból adódott, akik a futás elkezdése

utáni hónapokban 5 kg-nál nagyobb mértékben fogytak, vagy a testsúlyuk 50 kg alatt van. (Phys. Sportmed. 1980, No 5)

Apor Péter dr.

Stressz-fraktúra — egy megelőzhető edzéssérülés. Scully, T. J., Besterman, G.: Military Med. 1982, 285, 147.

Az egyesített adatok szerint 1974-ben 4,88% gyakoriságot tett ki a katonai alapkiképzés során a láb-középcsonkok terhelési törése. A terhelés alatt a csont fáradási megterhelése a terhelőerő négyzetével arányos: a járás a testsúly 2,7, a futás az ötszörösével, az ugrás a testsúly tízszeresével terheli a csontokat. (Erre vonatkozó táblázat: Jacobson B. (ed.): Digest of the 7th internat. Conf. on Med. and Biol. Engineering, Stockholm, 1967). Az edzésbe állás harmadik hetére az osteoclast tevékenység erős fokozódása és ugyanakkor — a 4. héten kiteljesedve — a csontújképzés fokozódása észlelhető — vagyis a 3. héten a csont gyenge. Emiatt a kiképzés minden harmadik hetében elhagyták az ugrásokat, erős futást, a bakancsban végzett erős terheléseket. A kontroll csoport 4,9%-os fraktúra-gyakoriságával szemben ezek között csak 1,6%-ban észleltek törést.

Apor Péter dr.

Hegyi betegség. Smith, Ch. D. STAT 1982, 2, 97.

A hirtelen veszélyállapotokkal (statim) foglalkozó folyóirat e közleménye a hegyet mászó, de leginkább az autóval, járművel gyorsan nagyobb magasságba jutó (8—18 000 láb magasra, napi 200—10 000 lábnyi különbséget megtevő) emberek kialakuló szindrómákat tárgyalja. Soroche (Peru), puna (Bolívia) néven ismerték meg ezeket, és 1960-ig az egyik formáját — tévesen — szíveredetűnek vélték. Nem véd ellene a jó testi kondíció, nem jósolható meg előre, hogy ki kapja meg a betegséget. Három formája ismert. A „normál „puna” átmeneti, nem veszélyes tünetegyüttes, míg a magassági tüdőödémával járó vagy az agyödémával járó puna életveszélyes. Magaslatra jutva a következő reakciókat mutatja a szervezet: 1. Az első órákban a ventiláció fokozódik, alkalózis, pulmonális hypertenzió, tachycardia, hemokonzentráció alakul ki. A vvt-k 2,3 diP-glicerát szintje nőni kezd; az izomkapillárisok kinyílnak, esik a szisztémás vérnyomás, az agyi vérátáramlás fokozódik. 2. Az első napok alatt a környezeti hypoxia hatása tetőzik a vér oxigéntartalmára és telítettségére. Különösen éjjel nagy a hypoxia, emiatt rosszul alszik az ember. A szív perctérfogata alacsony, a periférián vizenyő lehet. A nagy agyi nyomás agyödémát

okozhat. 3. Hetek-hónapok kellenek ahhoz, hogy az alkalóizist renálisan kompenzálja a szervezet, kialakuljon a pulmonalis hypertrófia (megmarad a pulmonalis hypertónia), megnő a vér oxigénszállító kapacitása és az izom oxidatív enzimtartalma. Az agyi vérkeringés lassan normalizálódik. 4. Évek múlva is fennáll a pulmonális hypertónia, a cor pulmonale kialakulásának veszélyével. Polycythaemia, vérvolumen nagyobbodás, nagy aerob kapacitás az izmokban, csökkent vérnyomás jellemzi a magasban élőket.

Háromezzer méteren mindenkinél kialakulnak a hypoxiás agyi tünetek az első órákban-napokban, amely hasonlít az alkoholos befolyásoltsághoz. Szürkületi látászavar, rossz alvás, fejfájás egy hét múlva kulminálhat. A hányinger a 2-4. napon lehet a legrosszabb. Teendő: fekvés, aszpirin. A fizikai munkavégzés rontja a hypoxiát, a tüneteket.

Ebben az állapotban is van folyadék-többlet a tüdőben, a pulmonális ödéma csak a súlyosságban különbözik a „normál” punától. Mivel amúgyis fokozott diurézis (és perspiráció) jellemzi az alkalmazkodást, a diuretikum igen kétélű fegyver. Agyödéma okozta halált 2700 méter alatt is észleltek már. Ekkor kifejezett reflexeltérések, fundusödéma, stupor, egyensúlyzavar stb. észlelhető.

Mind a pulmonális ödéma, mind az agyödéma azonnali leszállítást követel meg. Mire leér a helikopter, a beteg gyakran teljesen tünetmentes lesz.

A megelőzésre napi 3×250 mg acetazolamidot ajánlanak jó hatással, egy nappal a felmenés előtt kezdve a sedését. A furosemid veszélyes is lehet, nem biztos, hogy hatásos. Legbiztosabb a lassú, fokozatos magassági alkalmazkodás.

Apor Péter dr.

Derékfájás sportolókon. Stanitski, C. L. (Pittsburgh): Physic. Sportmed. 1982, 10, 77.

A gyakoriságot 20-40% közé is teszik egyes szerzők. El kell különíteni a traumás, a tumoros, az infekció, a fejlődési rendellenesség vagy a biomechanikailag eredetű panaszokat. Ha a terhelés fokozza a fájdalmat, valószínű a biomechanikai ok. Az éjjel vagy a fekvésre fokozódó panasz a tumort és a gyulladást jellemzi. Anaemia a leukaemia gyanúját vetheti fel. Az erősítő edzések során letörhet a crista iliaca apophysise. Discus betegség a 14—17 évesekben még ritka. Ha a jól végrehajtott konzervatív kezelés, a lordózis elleni öv nem segít és radiculopathia jelei vannak, a discust operálni kell. A csigolya spondylosis vagy listhesis a leggyakoribb csigolyaelváltozás a fiatal felnőttkorban.

A pars interarticularis ismételt mikrotraumája stresszfaktúrát okozhat. (Az egyéb okok gyakoriságát az Am. J. Sports Med. 1974, 2, és 1979, 7. számában, valamint a Phys. Sportmed. 1980, No 8-ban olvashatjuk). A technetium csontscan sokkal korábban a diagnózishoz segíthet, mint a rtg.

A teendők közé tartozik a hasizom erősítése és a lumbodorsalis fascia megnyújtása a lordosis csökkentésére. Ezt segíti pl. a Boston öv is (Micheli: Am. J. Sports Med. 1980, 8, 351.), melynek viselése mellett a legtöbb sport továbbbúzható. A 2. fokozatú spondylolysthesissel már nem sportolhat a fiatal a legtöbb sportágban, és félévente álló rtg kell a kontrollhoz.

Apor Péter dr.

A fizikai aktivitás sportorvosi problémái közép- és időskorúaknál. Y. Kuroda (University of Tokyo, Japan): The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 1982, 22, 1.

A szerző bevezetőjében áttekintést nyújt Japán közegészségügyi helyzetéről. Megállapítja, hogy az elmúlt 30 évben 20 évvel nőtt az átlagéletkor — jelenleg legmagasabb a világon —, jelentősen nőtt ennek következtében a közép- és időskorúak aránya a lakosság összetételében. A fertőző betegségek által okozott mortalitás nagymértékben csökkent, nőtt viszont a koszorúérbetegség, s még inkább a hipertóniások száma. Változtak az étkezési szokások és ezzel párhuzamosan egyre több az elhízott, főként a negyvenes életévek felé. 1967 óta rendszeres felmérést végeznek a közép- és időskorúak körében edzettségük meghatározása céljából. A teszt-rendszer magába foglalja az izomerő, rugalmas erő, koordinációs készség és aerob állóképesség egyszerű eszközzel való mérését. A mérések tanúsága szerint 1967 és 1976 között növekedett a lakosság ezen korcsoportjának izomereje, rugalmas ereje, koordinációs készsége, változatlan maradt azonban, sőt a 30–39 év közti férfiaknál csökkent az aerob állóképesség.

Annak eldöntésére, milyen mértékben használható fel a rendszeres fizikai aktivitás az egészség konzerválására, a szerző összehasonlító vizsgálatokat végzett nem sportolók, valamint volt olimpikonok körében, akiknek egyik csoportja abbahagyta a sportolást másik csoportjuk ma is rendszeresen edzésben van. Vizsgálta fizikai képességeiket, rizikófaktoraikat, életvitelüket. Megállapítja, hogy a fizikai aktivitás egymagában nem elegendő a jó kondíció biztosítására, mert azt nagymértékben befolyásolja az étrend, alkoholfogyasztás, dohányzás, valamint genetikus tényezők.

Cikkének befejező részében elemzi azokat a haláleseteket, amelyek sportolás közben léptek fel. Csupán másfél év alatt (1977. febr. —1978. jún.) 13 kocogás közben felépő halálesetről számoltak be (átlagéletkor 40,8 év).

Ennek kapcsán felhívja a figyelmet a gondos sportorvosi vizsgálat jelentőségére, mindazoknál, akik sportolni kívánnak, különös tekintettel a középkorúakra, vagy idősebbekre.

(Ref.: A szerző széles körben végzett longitudinális vizsgálatainak eredményét összegezi, amely számunkra azért is figyelemre méltó, mert a fizikai aktivitás kritikátlan propagálása helyett, mértéktartóbb szemlélettel az általános egészséges életmódra nevelés fontosságát hangsúlyozza.)

Jákó Péter dr.

Juvenilis diabetes mellitus edzéstérapiája. K. Jung (Institut für Sportmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster, NSZK): The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 1982, 22, 23.

A szerző bevezetőjében áttekintést ad a rendszeres fizikai aktivitás ugrásszerű elterjedéséről az elmúlt évtizedekben, megállapítva, hogy az aktív mozgás kiegészítve a passzív gyógyszeres kezeléssel látszik a legjobb módszernek számos betegség prevenciójában, illetve kezelésében, s az egészséges életmódra nevelésben.

Nem minden sport és mozgásforma alkalmas azonban a kívánt terápiás hatás elérésére. Az alkalmazott mozgásnak minél nagyobb izomcsoportokat kell igénybe vennie, dinamikus jellegű, folyamatos és ritmikus legyen, minimálisan 5 perccig tartson és intenzitása a maximális aerob kapacitás 50-60%-a fölött legyen. Ezeknek a követelményeknek leginkább a hosszútáv-futás, úszás, gyaloglás, kerékpározás, evezés és az aerob-tánc felel meg. Áttérve a diabetes mellitusra (d. m.), emlékeztet Joslinra, aki szerint a diéta, inzulin és sport azok az oszlopok, amelyek a d. m. terápia templomát tartják.

A rendszeres testmozgás általános fizikai kondíciót javító hatása mellett d. m.-ban csökken az inzulinszükséglet a perifériás glukóz abszorpció és a sejtmembrán inzulin iránti érzékenységnek növekedése révén. Ezért a Német Diabetes Társaság javasolja a rendszeres kondicionáló edzést főként juvenilis d. m.-ben. A mozgás azonban csak akkor hatásos, ha azt az előíró orvos pontosan adagolja (pl. 15 perc gimnasztika, kerékpár-ergométeren 10 perc 1 W/tskg terheléssel, úszás min. 500 m/15 p, stb.), naponta lehetőleg azonos időpontban végezzék.

A szerző hasonló elveken alapuló kondicionáló programot dolgozott ki juvenilis cukorbetegség részére, amelyben a résztvevőket két éven keresztül ellenőrizték. Az elért kedvező hatásokat az alábbiakban látja: növekedett a cardiopulmonalis teljesítőképeség, stabilizálódott a szénhidrát-anyagcsere, javult az általános fizikai kondíció (izomerő, hajlékonyság, koordinációs készség is), növekedett a betegek önbizalma, csökkent betegségeik tudatuk. A rendszeres edzés, sportolás hatására kisebb lett az akut terhelés vér-cukorszint csökkentő hatása, a szérum kortizol és növekedési hormon szintje alacsonyabbá vált, s terhelésre is kevésbé emelkedett, összehasonlítva edzetlenekkel. Terhelés kevésbé emelte meg a vérlaktátot, illetve a megemelkedett laktát gyorsan normalizálódott. A napi inzulinszükséglet átlagban 25%-kal csökkent.

Mindezek alapján egyértelműen javasolja adjuvánusként juvenilis d. m.-ban a kondicionáló sportterápiát.

Jákó Péter dr.

Középkorú futók perctérfogata.

Wright, T. W. és mtsai (College of Medicine, University of Florida, Gainesville, USA): The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 1982, 22, 17.

Fizikailag inaktív egyének perctérfogata (pt.) az életkorral párhuzamosan csökken. Ez a csökkenés a 25. életév után átlagosan 0,8%/ó évente. Ennek oka elsősorban az, hogy csökken a verőtérfogat mind nyugalomban, mind terhelés alatt, valamint a terhelés alatti szívfrekvencia. Ugyancsak csökken: a maximális O₂ felvétel (VO₂ max) és a fizikai munka kapacitás (PWC) is. Rendszeres, aerob jellegű edzést folytatóknál ezek a változások lassabbak, sőt mért paramétereik jobbak lehetnek, mint fiatal, de fizikailag inaktív személyeké.

A szerzők 21 középkorú férfinál (átlagéletkor 43,1±6,7 év), akik rendszeres futóedzést folytattak (átlagos heti edzéstáv 31,2 km) mérték a pt-t, VO₂-t és PWC-t nyugalomban, kerékpár-ergométeren 100 W-os terhelés után (a terhelés minimálisan 4 percig tartott, illetve addig, amíg egy konstans szívfrekvenciát el nem értek), majd lépcsőzetesen emelve a terhelést 170/perc szívfrekvencia elérését követően. A pt-t Fick-elv szerint határozták meg.

Eredményeiket értékelve megállapítják, hogy a 170-es szívfrekvenciánál mért pt. átlagértéke (35,7 l/min) jelentősen meghaladja az irodalomban közölt adatokat (17–24 l/min). Véleményük szerint ezt a cardiovascularis rendszer éveken keresztül tartó aerob edzéssel való kondicionálása magyarázza. Ez az érték fiatal élsportolók adataihoz

(38,1 l/min) viszonyítva is igen kedvező. A magas pt. mellett kissé alacsonynak tűnő VO_2 (37,3 ml/kg/min) okát abban látják, hogy a terhelés nem volt maximális.

Vizsgálattal bizonyítva látják a rendszeres testedzés cardiovascularis rendszerre kifejtett protektív hatását.

Jákó Péter dr.

HDL-cholesterin szint marathoni futókban 20 napos futóverseny kapcsán. R. H. Dressendorfer és mtsai (Beaumont Hospital, Royal Oak, USA): JAMA, 1982, 247, 1715.

Plasma HDL-cholesterin és lipid-értékeket mértek 12 marathoni futóban (átlagéletkor: 40 év), — akik átlag 28 km-t futottak 10 napon át, és ezalatt 70 órát pihentek, azután ismét futottak 8 napig, összesen 500 km-t tettek meg. Vérmin-mintákat 8 reggelen vettek. Egy hét futás után a HDL-cholesterin szintek emelkedtek 18%-ot, és a triglicerid szintek 22%-ot csökkentek. 3 napos pihenés visszafordította ezeket a változásokat. Amikor újból elkezdtek a futást, a HDL-cholesterin szintek ismét emelkedtek, és a triglicerid szintek csökkentek. Nem volt szignifikáns változás az össz-cholesterin és a testsúly részéről, annak ellenére, hogy az átlagos kalóriabevitel 4800 Kcal/nap volt. Nagy mennyiségű sörvívás nem okozott eltérést a HDL-cholesterin szintben, de májártalmat okozhatott, amint arra a szignifikánsan emelkedett serum alanin transferase és γ -glutamin transferase értékek utaltak.

Ez a munka arra utal, hogy a HDL-cholesterin értékek párhuzamosan növekedtek a megtett futótávolsággal, és csökkentek a terhelés megszűntével, ha a kalória- és alkoholbevitel magas marad.

Csapó Gábor dr.

Szérum FSH, LH és tesztoszteron embereken fizikai megterhelés után. Schmid P. és mtsai (Univ. of Graz): Internat. J. Sports Med. 1982, 3, 84.

800 méteres futástól a 34 kilométeres sifutásig sokféle sportteljesítmény és laboratóriumi terhelés után mérték a fenti hormonok vérszintjét. A 800 méteres futás után mindhárom hormon koncentrációja megnőtt, míg az összes többi terhelés során a gonadotropinok szintje változatlan volt. A tesztoszteron az állóképességileg jobban edzettekben nőtt, a kevésbé edzettekben csökkent. A legnagyobb emelkedést kétórás úszóedzés után találták (71%).

Az LH és a tesztoszteronszint változásai egymástól függetlenek lehetnek.

Apor Péter dr.

Termékenység, meddőség

In vitro fertilizált adományozott embriók meddő nőbe való átvitel utáni bizonyított terhesség. Trounson, A. A. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology, Monash University, Melbourne, Australia 3000): Brit. med. J. 1983, 286, 835.

Az in vitro fertilizáció céljából végzett gyógyszeres ovulációserkentés kapcsán bizonyos számú oocyta megszerzésére van lehetőség. A szerzők azonban háromnál több embriót nem helyeznek az uterusba a hármas vagy négyes terhesség kockázata miatt. Amennyiben háromnál több oocyta származik a stimulálásból, akkor a következő lehetőségek adódnak a többség felhasználására: nem fertilizálják valamennyit, ezáltal a visszahelyezni kívánt mennyiségre korlátozzák a potenciális embriók számát; tartósítják ezeket vagy az oocytát olyan fogadónak adományozzák, akitől nem lehet oocytát nyerni, illetőleg az in vitro fertilizáció fokozott fizikai kockázattal jár. Az oocyta átadása teljesen névtelenül történik és bizonyos intézkedéseket tesznek a donor és a recipiens névtelenségének megőrzése céljából. Az adományozó és a fogadó informált beleegyezést ad a művelet elvégzéséhez.

A szerzők olyan esetet mutatnak be, amelyben első ízben sikerült emberi terhességet indukálni in vitro fertilizált adományozott embrió átvitelével. A donor 42 éves asszony volt, aki 4 éves meddőségi panaszokkal jelentkezett és akiből stimulálás után hat follikulust aspiráltak. A recipiens 38 éves asszony, aki 18 éve él infertilis házasságban és egy adoptált gyermeke van. Nála számos alkalommal végeztek sikertelenül donor semmellel inseminációt. A donorból aspirált hat follikulusból összesen öt oocytát nyertek és ezekből négyet a donor férjének spermájával inseminálták, az ötödiket pedig a fogadó férjének a fizikai jellemzőihez közel álló tartósított, mélyhűtött semmellel megtermékenyítették in vitro körülmények között.

A férj spermájával fertilizált négy embrió közül hármat visszahelyezték a donorba, a mélyhűtött semmellel inseminált ötödiket pedig a recipiensbe helyezték. Nem jött létre terhesség a donorban, viszont terhességet tudtak kimutatni a recipiensnél, aki azonban a terhesség 10. hetében spontán elvetélt.

A közleménynek számos eleme igen fontos tanulsággal rendelkezik az emberi infertilitás, valamint az in vitro fertilizáció és az embrióátvitelének a technikája számára. Elsősorban is a szerzők bemutatják, hogy sikeresen lehet átvinni olyan emberek között embriót, akiknél a luteinizáló hormon kiáramlásának a csúcsa egyazon 24 órán belül van.

Az állatoknál a sikeres átvitel nagy mértékben függ az ovuláció szinkronizálásától. A luteinizáló hormon kiáramlásának a megkezdődését a recipiensben meghatározó technikának, amely összehangolja a műveletet, megfelelő pontosságúnak kell lennie.

Az eredmények arra is alkalmasak, hogy elkülönítve vizsgálják az embrió életképességének, illetőleg az uterus befogadóképességének a részeseését az átvitt embriók terhességi rátájában. Azokban az esetekben, ahol a ciklust clomifennel vagy gonadotropinnal serkentették, csökkent az implantációs kapacitás az inadequat vagy abnormális uterus-válasz miatt, és a megrövidült luteális fázis következtében. Esetükben a donornak igen alacsony plazma progeszteron szintje volt 12 nappal a laparoscopia után. Amennyiben a terhességi ráta a spontán ovuláló recipiensben magasabb, ugyanolyan számú embriót alkalmazva, akkor ez azt bizonyítja, hogy az uterus receptivitása a fejlődő embrió számára csökkent, mégpedig azon kezelés következtében, amelyet a multiplex oocyták nyerésére szoktak alkalmazni az in vitro fertilizáció számára.

Az embrió életképességének a részeseési aránya felbecsülhető a terhességi ráta relatív növekedésével, valamint a fejlődő foetusok és az átvitt embriók számával. A szerzők adatai azt mutatják, hogy relatív kis növekedés észlelhető a terhességi rátában, ha a 3–4 transzert a két embrió átvitelével összevetjük. Amennyiben az embrió életképessége csak korlátozottan játszik közre a terhességi ráta növekedésében, akkor a lehetséges terhességi arányt, amelyet az in vitro fertilizációval lehet elérni, az uterus befogadóképessége irányítja.

A módszer lehetővé teszi az infertilis páciensek új csoportjának kezelését is. Ebbe a csoportba tartoznak azok is, akiknek ismert átörökölhető genetikum betegségük, vagy olyan abnormalitásuk van, amelyek megakadályozzák az ováriumokat a konvencionális oocyta kijuttatásban, vagy az ultrahanggal kontrollált follikulus aspirációban, illetőleg az ováriumok nem válaszolnak a stimulációra, vagy azoknál, akiknél a szokásos in vitro fertilizációnak igen nagy a kockázata (például koagulációs betegségben szenvednek vagy előzőleg thromboemboliás betegségük volt.)

Megjegyzik, hogy saját in vitro fertilizációs eseteikben chromosoma 21 trisomia csupán az ectopias terhességekben volt azonosítható. Egyéb chromosoma aberráció nem volt.

Az etikai vonatkozásokat vizsgálva megállapítják, hogy mivel mind a donor, mind a recipiens névtelen marad, nem keletkezik ellentét és vita a genetikai és a nevelő szülők között. Nem válik szükségessé a gyermek számára, hogy azonosítsa

a genetikus szülőket, amit pedig az adoptált gyermek megkíván. Mind az oocytá, mind a sperma adományozása esetén a házasságot érő káros lélektani hatások is kisebbek lehetnek, mivel a házaspár egyik tagja sem genetikai szülő, hanem mindkettőn nevelő szülők és így a házaspár hozzájárulása a fogamzáshoz sokkal kiegyensúlyozottabb, mint a donor általi művi inszeminációnál.

Ratkóczy Iván dr.

Az ejakulátum elfolyósodási zavarának diagnosztikája és kezelése. H. Pusch, P. Pürstner (Univ. Gynäk. Klinik Graz): Z. Hautkr. 1983, 58, 460.

A kiürült sperma elfolyósodási zavarának a megállapítására egyszerű módszert ajánl. Egyszer használatos műanyag kampócskával kell időnként szálát húzni és ha ez még 20 perc múlva is sikerül, kórosnak minősíthető az elfolyósodás. 37 esetben, amikor más kóros paramétert nem találtak, ichthyol készítményt alkalmaztak 6 hétig fürdő, vagy végbélkúp formájában. Ezután az elfolyósodás szignifikánsan javult és 3 terhesség következett be.

Aszódi Imre dr.

Katamnesztikus vizsgálatok szubés infertilis házaspárok esetén. R. Müller és mtsai (Univ. Hautklinik Giessen): Z. Hautkr. 1983, 58, 509.

Meddőség miatt 1965 és 1980 között 310 szub- és infertilis házaspár jelentkezett vizsgálatra. A kivizsgálás során azt tapasztalták, hogy az esetek 40%-ában mindkét félben volt gátló tényező kimutatható, és amikor csak az egyik fél volt a „hibás”, az gyakrabban (33%) volt a férfi, mint a nő (19%). Ez utóbbiakban belül többnyire teratozoospermiát és méhkürtelváltozásokat találtak.

A kezelés eredményeként 93 esetben (30%) következett be szülés.

Aszódi Imre dr.

Emelkedik az infertilitás veszélye. W. Krause (Marburg): Sexualmedizin, 1983, 12, 188.

A nemi szervek gyulladással változásaiért napjainkban a Chlamydiák oly gyakran felelősek, hogy a szám vezércikkét író szerző irodalmi összefoglalója szerint a nemi úton terjedő betegségek között gyakoribb, mint a kankó. A férfiak nem kankós urethritiseinek a felében ez a kiváltó tényező egyedül, de gyakran társul kevert fertőzés képében a gonorrhoeához is. A prostatát csak ritkán támadja meg, viszont főleg a fiatalok mellékherjét annál gyakrabban, s ez, ha kétoldalú a folyamat, infertilitáshoz vezethet.

A cervicitises esetek felében is a Chlamydia a baj okozója, s felkúszhat a tubákhoz is, ahol szintén kétoldali elzáródást — s következményes meddőség — vagy gyakoribb méhen kívüli terhesség, ritkán pelveoperitonitis lehet a következmény.

E fertőzés mindkét nemből gyakran subacut lefolyású és mivel a kórokozó kimutatása csak speciális laboratóriumban lehetséges, joggal merül fel az a gondolat, hogy célszerűbb gyanú esetén is erélyes kezelést alkalmazni (tetracyclin, erythromycin legalább egy, de inkább két hétig) éppen az esetleges infertilitás megelőzése végett is, sőt a partner egyidejű kezelésével.

Aszódi Imre dr.

Sterilizálás a gyermekágy idején. W. Heidenreich, P. Petersen (Frauenklinik D. 3000 Hannover 51): Sexualmedizin, 1983, 12, 56.

A legutóbbi félszázadban sokan foglalkoztak a sterilizációval, ezen belül a prognózissal is. Legtöbb szerző utólag igyekezett megállapítani, hogy a beavatkozás pszichésen milyen hatást gyakorolt, pedig igen hasznos lenne már a műtét előtt tudni, hogy az adott esetben kedvező, vagy kedvezőtlen lelki reakció várható-e.

A szerzők 31 olyan terhessel foglalkoztak, akik a meddővé tételt már terhes állapotban (terminus előtt egy héttől hat hónapig) kérték, majd egy évvel később ismételt meginterjúvolták őket és levélben tájékoztatták a beavatkozás után 4 évvel újra.

A cikkben a betegekkel folytatott beszélgetéseket egyenként részletesen ismertetik. Az anyagra jellemző, hogy a terhesek az ún. „alacsonyabb” rétegbe tartoztak (csak két-tő érettségizett), átlagéletkoruk 33 év volt (21–41 év), és csaknem mindannyian már háromszor szültek, ill. két élő gyermekük volt.

Az adatok elemzéséből többek között az derült ki, hogy

— csak 17 nő tudta pontosan, hogy mi a sterilizálás lényege, ezért őket kulturálisági fokoknak megfelelően fel kellett világosítani;

— pontosan tisztázni kellett, hogy mindenképp óhajtják-e a meddővé tételt, vagy csak akkor, ha a szülés után a gyermek egészségesnek látszik;

— ha nem császármetszéssel fejeződött be a szülés, laparoszkópiás úton történt a tubák elzárása;

— regisztrálták a nők szexuális beállítottságát, a korábban alkalmazott védekezési módszert, annak mellékhatásait és sikerét. Úgy tapasztalták, hogy több volt a mellékhatás, ha a kezelőorvos e vonatkozásban túlzottan konzervatív (fogamzásgátlás ellenes) volt;

— tájékoztatták abban a vonatkozásban, hogy a meddővé válás óhaja milyen mértékben született szabad elhatározásukból (17 eset),

külső kényszerítő körülmények, betegség nélkül és milyen a szociális helyzetük;

— a műtét után 4 évvel küldött levélre „csak”? 21 válaszolt;

— tapasztalataik szerint a preoperatív beszélgetés kedvezően befolyásolja a későbbi reakciót, ha individuálisan és részletesen értékelnek ki minden „apró” részletet. Ennek során meg kell cáfolni azt a tévhitet, hogy a beavatkozás következtében „megszűnik nőnek lenni”.

Ref.: (Több olyan lényeges kérdésre hívja fel a figyelmet a cikk, amit a betegellátás során az eddiginél nagyobb mértékben lenne szükséges házában is figyelembe venni. Ilyen elsősorban a számunkra is „kötelező” felvilágosítás, amiből bizony sokszor kimarad annak az „apró” részletnek a megbeszélése, ami a beteg számára viszont igen lényeges (méheltávolítás előtt is meg kell győzni a nőt, hogy orgazmuskészsége nem károsodik). Sok szó esik a sterilizálás jogi szabályozásáról, de kérdés, hogy ha engedélyezett lenne, lenne-e elég laparoszkóp és ahhoz értő nőgyógyász.)

Aszódi Imre dr.

Kórbonctan

A boncolás értéke három orvosi periódusban. Goldman, L. és mtsai (Dept. Med., Brigham and Women's Hospital, Boston, MA 02115, USA): N. Engl. J. Med., 1983, 308, 1000.

Az USA-ban a 80-as évekre esett a radionuclearis vizsgálatok, az ultrahang és a computeres tomographia széleskörű elterjedése, s ezek az új diagnosztikus eljárások sok tekintetben megváltoztatták a klinikusok gondolkodását, értékalkotását a régi módszerekkel szemben. Feltehetően ennek is köszönhető a boncolások jelentős visszaesése. A híres bostoni Peter Bent Brigham Hospital oktatókórházban 1960-ban a boncolások aránya 75%, 1970-ben 71% és 1980-ban csak 38% volt.

A szerzőcsoport elemezte ennek a visszaesésnek okát, vélt jogosságát. Azonos szempontok vették azokat a klinikai fődiagnózisokat, melyeket vagy nem ismertek fel halál előtt, pedig az alkalmazott kezelés esetleg a beteg sorsán javíthatott volna, vagy téves diagnózisok voltak ugyan, de különböző szempontok alapján a beteg állapotán nem változtattak. Szempontként vették még a szerzők a diagnosztikus beavatkozásokat is, köztük az említett legfrissebbeket is, melyek a klinikus véleményének kialakításában helytállóak, félrevezetőek vagy csak mérsékelt segítséget nyújtók voltak. Ilyenformán egységesen lehetett értékelni a klinikai diagnózisok és

a kórbonctani diagnózisok között az eltéréseket.

A klinikai fődiagnózisok értékelését előbb egymástól függetlenül, majd közösen végezte két jó felkészültségű belgyógyász, a 10%-nál kevesebb nézetkülönbség áthidalására bevontak harmadik belgyógyászt, adott esetben radiológust is.

100 randomizáltan válogatott boncolt esetet dolgoztak fel az említett tízéves periódusok elejéről, összesen tehát 300 halottat. Ezeknek klinikai halálókában a cardiovascularis betegségeket illetően nem volt eltérés a három periódusban, csökkent viszont a tüdőembolia és a halálhoz vezető vesebetegség, nőtt a tumorok száma és a különböző systemás infekciók gyakorisága. A hibás klinikai fődiagnózisok között mindhárom időszakban 10%-os volt a boncolási eltérés, a beteg sorsát esetleg nem befolyásoló fődiagnózisokban pedig 12%. A leggyakoribb tévedés a kiírási fődiagnózis és a kórbonctani diagnózis között a pulmonális embolia és a myocardialis infarctus vonatkozásában volt, infectio és tumor kisebb számban szerepelt kiírási téves diagnózisként, holott a boncolási anyagban különösen a legfrissebb időszakban volt feltűnő a különböző infekciók előtörése.

A szerzők további adatokkal bizonyítják, hogy a legmodernebb diagnosztikai módszerek bevezetése sem változtatott az elhaltak kiírási diagnózisának téves megítélésében, mert az új módszereket gyakran túlértékelték, s hamis következtetésekre jutottak az észlelők. Semmi sem indokolja tehát a boncolások számának csökkentését, a kórboncnok továbbra is egyenrangú partner, s emlékeztetőül a szerzők (akik között kórboncnok is volt) idézik *Britton* (*Acta Med. Scand.*, 1974, 196, 203), valamint *Hartveit* (*J. Pathol.*, 1977, 123, 193), akik anyagában 35–45%-os eltérés volt a boncolási anyagban ott, ahol a klinikus bizonytalan volt a halál okát illetően, és 19–25%-ban volt legalább egy diagnózisban eltérés ott, ahol a klinikus biztosnak ítélte meg a halál okát!

Iványi János dr.

Boncolások időskorban. Puxty, J. A. H., M. A. Horan, R. A. Fox (Univ. of Manchester Dept. of Geriatric Med., Hope Hosp., Salford M6 8HD, England): *Lancet*, 1983, I, 1262.

Idős emberek boncolása többnyire azért marad el haláluk után, mert látszólag kevesebb kérdőjel marad a halál után, vagy azért, mert a hozzátartozók nagyobb mértékben kérik a boncolás elengedését. Ez a szemlélet egyáltalán nem helyes, mert az életkor előrehaladtával egyre több betegség fordulhat elő ugyanazon személyen, s boncolás hiányában a még

biztosnak vett klinikai diagnózisok is lehetnek tévesek. Erre azok a boncolási adatok utalnak, amelyek biztosnak vélt klinikai diagnózisok helytelenségét bizonyították. A geriátriai osztályon dolgozó angol szerzők megvizsgálták a működési területükhöz tartozó 2 kórház boncolási anyagát, elsősorban 65 éven felüli (332 halott) és 129, 85 éven felüli esetük részletes elemzésével.

4 specializált osztályon (általános belgyógyászat, általános sebészet, geriátria, orthopaedia) a boncolások aránya csak az orthopaediai osztályon volt kielégítő, ez az idős betegek vonatkozására 66% volt, a másik 3 osztályon 19–28% között volt csak. A boncolások 27–31%-ában olyan halálhoz vezető okot lehetett kimutatni, melynek előben való időben felfedése esetleg az idős beteg életének megmentését jelenthette volna. A vizsgált specializált osztályokon igen nagy számú és domináló volt a pneumoniák aránya, ezek többnyire atypusos formában zajlottak le. Klinikailag a fel nem ismert diagnózisok aránya ezeken az osztályokon az életkor előrehaladtával jelentősen nem különbözött, a már említett 27–31% között mozgott. A 85 éven túli elhalt betegek között 40%-ban nem ismerték fel életükben az atypusos tünetek képeiben megnyilvánuló pneumoniás betegségeket. A boncolás után is bizonytalan halálóki diagnózis mindössze 12 esetben fordult elő. A 85 éven túli betegek halálának oka a vizsgált periódus első részében a szerzők anyagában 7,5%-ban nem volt tisztázható klinikailag, ez az arány a megfigyelési idő második részében 4,5%-ra esett. A már említett és különböző indoklások alapján elmaradt időskori boncolások helytelen szemléletét a szerzők saját tapasztalataik alapján megerősítik és hangsúlyozzák, hogy a boncolások arányának növelésével javul az időskorúak diagnosztikus és terápiás ellátása.

Iványi János dr.

A boncolás a klinikai minőségi kontrollban. Scottolini, A. G., S. R. Weinstein (Dept. of Pathol., Kaiser Found. Hosp. Honolulu, HI 96815, USA): *JAMA*, 1983, 250, 1192.

A modern diagnosztikai eszközökkel elért pontosság miatt a boncolások száma a világ sok helyén még a nagy oktató kórházakban is csökken. Ez a szemlélet helytelen, végső fokon a boncolás állapítja meg a klinikai vizsgálatok helyességét, kontrollja a klinikai tevékenységnek.

A honolulu szerzők 170 ágyas általános kórházuk sectiók anyagát nézték át 1979. augusztus és 1982. január közötti időszakban. 563 beteg halt meg ez idő alatt, közülük minden negyedik került boncolás-

ra. Összesen 100 sectio adatait dolgozták fel két szempont figyelembe vételével: 1. a boncolás megerősítette-e a fő klinikai kórismét? 2. a halál oka előfordult-e a fő klinikai kórismék között?

69%-ban a klinikai és a post mortem diagnózis egyezett, 13%-ban a fő klinikai kórismék közül legalább egyet nem erősített meg a sectio, 6%-ban egyáltalán nem egyezett a két kórisme. A kórházi vizsgálatok és kezelési időtartama a halálig 7,1–9,9 nap között volt, a 3 napnál rövidebb észlelés jelentősen nem befolyásolta a sectióval észlelt különbségeket.

A kórházi halálók és az állami közegészségügyi intézet halálóki adatainak százalékos összehasonlítása messzemenően megegyezett, a szerzők kórházi anyagában csak a pneumonia és a cirrhosis volt gyakoribb. Előbbi az idősebb beteganyagra vezethető vissza, a cirrhosis gyakorisága megfelel a valószínűségnek, míg a boncolás nem kerültek halotti bizonyítványában gyakran nem szerepel fő halálóként a cirrhosis, a hozzátartozók röstellik az elhalt alkoholizmusát.

A szerzők intézetében minden héten van ún. kis klinikai-patológiai megbeszélés, ennek oktatási, továbbképzési jellegét hangsúlyozzák.

Végezetül a sectio szerepének fontosságát igazolandó, 4 olyan kórtörténetet és sectiót lelelt ismerteknek, amelyekben klinikailag látszólag minden rendben volt, a boncolás a halál okaként mégis előben fel nem ismert rupturált hátulsi fali infarctust, multisystemás acut necrotizáló vasculitist, Down syndroma helyett más congenitalis defectust (Norrie-betegség) és tuberkulotikus leptomenigitist fedett fel.

Iványi János dr.

Tanulmány a toluidinkék-festés mechanizmusáról. Herlin, P. és mtsai (Centre Régional Francois Baclasse, France): *Endoscopy*, 1983, 15, 4.

A toluidinkék vitalis festés a nyálkahártyában elhelyezkedő carcinoma-sejtek kimutatására használható. *Richart* a cervix nyálkahártyán, *Niebel* és *Chomet* az orális mucosán, *Strong* és mások a larynxban, *Savary* és *Miller* az oesophagusban alkalmazták elsőként.

A szerzők oesophagusból származó biopsiás mintákat, műtéti preparátumokat vizsgálták fény- és elektronmikroszkóppal speciális fixálás, a toluidinkék 1%-os vizes oldatával történő festés után. Azt találták, hogy a normál mucosa makroszkóposan nem festődött, kóros esetekben viszont metachromasiás festődés volt észlelhető, mégpedig a gyulladással és a carcinoma-sejtek festődésével, nucleolusok sötétkékre, cytoplasmájuk világoskékre. Nem sejtspecifikus a

festés. Megállapították, hogy a festődés a nyálkahártya és membrán permeabilitási viszonyainak megváltozásán alapszik, ugyanis a dezorganizált struktúráknak nagyobb a permeabilitása, nuclearis anyagáknak nagyobb a festékhez való affinitása. Elektronmikroszkóppal megfigyelték, hogy a festék a perinuclearis cysternákban accumulálódott.

Mátai Irén dr.

Onkocytás adenocarcinoma ovariumban. A. Takeda és mtsai (Aichi Cancer Center Research Institute, Tashiro-cho, Chikusa-Ku, Nagoya 464, Japán): Virchows Arch. Path. Anat. 1983, 399, 345.

Hampel (1962) írta le a sejtek plazmájának finoman granularis és eosinophil átalakulását, melyet onkocytás elváltozásnak nevezett. Ezt számos szervben észlelték, így elsősorban nyálmirigyekben, pajzsmirigyben és mellékpajzsmirigyben. Az endometrium eosinophil metaplasziája és a tubák onkocytás átalakulása fénymikroszkópos szintén igazolt, de elektronmikroszkóposan még nem vizsgálták. Ultrastrukturális vizsgálatok során a mitochondriumok hyperplasiáját találták mind az onkocytákban, mind az onkocytomákban. A szerzők által bemutatott ovarialis onkocytoma az első ilyen közlés az irodalomban.

A 39 éves beteg 6 hónap óta fennálló alhasi fájdalom miatt került felvételre. Baloldali ovarialis tumor nyert megállapítást, majd műtéti eltávolítás történt. Patológiai vizsgálat során kétökölnyi, tokba zárt, metszlapjan egyik pólusában szolid tumor volt látható monocytás mezőben. A cysta-folyadék serosus és sárga színű volt. Extracapsularisan tumor invaziót nem találtak. Az ellenoldali ovariumon és az uterusban kóros eltérés nem volt.

Mikroszkópos vizsgálat során papillaris-tubularis, jól differenciált adenocarcinomat találtak, megnyúlt, oszlopos sejtekkel, számos területen stroma-invasióval. A tumor-sejtek többsége onkocytás átalakulást mutatott. A sejtmagok centrálisan helyezkedtek el, prominens nucleolusokkal. Grimelius-positív tumorsejteket nem észleltek. A stromában plazmasejtes és eosinophil-sejtes infiltratio volt. Teratomára jellemző szöveti struktúrát nem találtak.

Ultrastrukturálisan az onkocyták 2 különböző típusát figyelték meg: az ún. típusos onkocyták, mint aktív alakok és az ún. kondenz típusú onkocyták, mint degeneratív sejtformák. Az ún. típusos onkocyták körülírt csoportokban helyezkedtek el, cytoplazmájukban nagyszámú mitochondriummal, melyek kerek vagy oválisak voltak. Néhány mitochondriumban szegényebb cytoplazma régióban lipid-cseppek, glycogen és lysosomal granulák,

valamint fejlett durva felszínű endoplasmás reticulum voltak. A sejt felszínén jól látható mikrovillusok, a sejt kapcsoló struktúrákban desmosomák és interdigitalis formációk voltak, úgyszintén a basalis lamina is. Több sejtben az apicalis régióban elektron-denz-secretorikus granulumokat figyeltek meg. Az ún. kondenz típusú, degeneratív onkocyták kisebb csoportokat alkotva vagy elszórtan 1-1 sejt, voltak láthatók. E sejtekben a mitochondriumok megnyúltak vagy discoid alakúak voltak, számos mitochondrialis fúzióval, intramitochondrialis denz-tesekkel. A legtöbb sejtben a durva felszínű endoplasmás reticulum hiányzott.

Az onkocytomák benignusak és malignusak lehetnek, de a malignitás cytologiai kritériumai nem különböznek az általános pathológiából ismertektől, de a stroma-invasio megfigyelése elsőrendű fontosságú. Meijer és Hoitsma (1982) megfigyelései szerint a malignus onkocytoma relatíve jobb-indulatú elváltozás.

Bugovics Elemér dr.

Lokális amyloid tumor nyirokcsomókban. J. R. Newland és mtsai (Dept. of Path. Univ. of Nebraska College of Med. Omaha, Nebraska, USA): Virchows Arch. Path. Anat. 1983, 399, 223.

A Kieli Nyirokcsomó Regiszterben 40 000 biopsziás anyagban 10 lokális amyloid miatti nyirokcsomó-megnagyobbodást jegyeztek fel. A legtöbb esetben a corticalis és medullaris reticularis vázban, esetenként a folliculusok környezetében, ritkán a sinusok falában jelenik meg. A szoliter nyirokcsomó amyloid lerakódás függetlennek látszik a generalizált amyloidosis-tól, hasonlóan, mint a tüdő amyloid-tumor jelensége.

A szerzők egy 53 éves férfi esetét írják le, akinél a supraclaviculáris és jugularis nyirokcsomók nagyobbodását amyloidosis okozta. 7 eltávolított nyirokcsomót vizsgáltak, a legnagyobb zölddiónyi, a legkisebb szilvamágnyi volt, a metszlapon viaszos, zsírszerű szerkezettel. Szövetani vizsgálat során amorf, eosinofil masszát észleltek különböző méretekben, köztük lymphocytákkal, plazmasejtekkel, makrophagokkal és kiserekkel. Atípusos plazmasejteket nem találtak. Megfelelő szövettani technikával az amyloidot kimutatták, immunohistochemiai eljárással Al-amyloid-positivitást észleltek. Egyébként a fizikális status és a kórtörténet negatív volt, hasonlóan a perifériás vérvkép, csontvelő, ELFO, rectum biopszia is. Generalizált amyloidosis lehetősége nem merült fel. Feltételezik, hogy a lokális amyloid benignus malignus plazmasejt-proliferáció következménye lehet. Ebben a stádium-

ban sejtes proliferáció jeleit már nem észlelték, de valószínű, hogy az általuk leírt nyirokcsomó amyloid tumor lokálisan keletkezett, hasonlóan ahhoz, amit már leírtak a tüdőben (Glenner, 1980) és a tracheában (Linke és Nathrath, 1980).

Bugovics Elemér dr.

Orvosi pszichológia

Orvosfeleségek betegként. Figyelmen kívül hagyva azt, ami nyilvánvaló. Dearlove, J. és mtsai (Charing Cross Hospital, London, Royal Manchester Children's Hospital, Manchester): Brit. Med. Journal, 1982, 285, 187.

Orvosok és nők között igen elterjedt nézet, hogy amikor egy kolléga fekszik betegként a kórházban, mindig adódik valami probléma, fellép valami hiba. E nézet vizsgálatára a szerzők pro-spektív tanulmányukban terhes orvosnők és orvosfeleségek szülészeti, pszichiátriai, és gyermekük gyermekgyógyászati szövődményeit hasonlították össze két hasonló társadalmi helyzetű kontroll csoporttal (tanárnők és egyetemi előadónők, valamint nők csoportjával).

A szerzők azt gondolták, hogy az orvosnők és orvosfeleségek kezelése, amellyel, hogy másképpen folyik, mint más terheseké, néha hibás is. Arra voltak kíváncsiak, hogy valóban másképp kezelik-e őket, illetve hogy ez a kezelés jobb vagy rosszabb szülészeti, gyermekgyógyászati és pszichiátriai eredményt hoz-e.

A normál szülések és gyermekgyógyászati problémák száma minden csoportban egyforma volt. A felmerült pszichiátriai eltéréseket két csoportba osztották. Lehetséges pszichiátriai problémának tartották, ha egy anya túlzottan aggodott, visszahúzódóan viselkedett vagy furcsa reakciói voltak. Ha egy anya viselkedése miatt külső konzultáns (pszichiáter, körzeti orvos) segítségét is igénybe kellett venni, tényleges pszichiátriai problémaként értékelték. Tényleges pszichiátriai probléma szignifikánsan több volt a tanárnők csoportjában. De ha a tényleges és lehetséges pszichiátriai problémákat együtt vizsgálták, számuk a tanárnők és orvosfeleségek csoportjában egyforma magas volt, ugyanakkor a nők csoportjában szignifikánsan alacsonyabb maradt.

Különleges gyógykezelés kérése tekintetében az orvosnők és orvosfeleségek magasban a kontrollcsoportok felett álltak. Ilyen különleges kérésnek számított, hogy a szülés előtti vizsgálatokat mindig ugyanaz a meghatározott orvos végezze, hogy a szülést egy meghatározott vagy egy „tapasztalt” szülészes vezesse le, hogy szülés után

az anya egyágyas szobába kerüljön, hogy gyermekét, ha teljesen egészséges is, egy „tapasztalt” gyermekgyógyász vizsgálja meg. Az orvosnők és orvosfeleségek csoportjában gyakrabban kapott különleges, kedvezményesnek tartható kezelés ellenére a szülészeti és gyermekgyógyászati eredmények nem tértek el a kontrollokétól.

Kiseb pszichológiai problémák esetében szignifikáns eltéréseket találtak az egyes csoportok között. A kórterem személyzete, ha ilyen problémával találkozott, az orvosfeleségek esetében az információ továbbadását elmulasztotta. Miért értékelte a kórterem orvosi és nővéri személyzete az egyes csoportok esetében különbözően a kisebb pszichológiai problémákat? Egy lehetséges magyarázat, hogy az orvosok nem fogadták el az orvosfeleségeket saját betegüknek, azt gondolván, hogy az orvosférjek gondoskodnak róluk. Ugyanakkor az orvosférj elvárta a feleségétől, hogy másképpen viselkedjen, mint a többi beteg. Mindezek következménye, hogy az orvosfeleségek érzelmi gondozását gyakorlatilag elhanyagolták.

A tanulság, hogy nem nagyon jó dolog „speciális” betegnek lenni. Ezen állapot figyelmen kívül maradásával nyilvánvaló és egyszerű problémák kerülhetnek elő.

Márk László dr.

Szerk. megjegyzés: Nem valószínű, hogy az orvosok, ill. eü. dolgozók között elterjedt hiedelmet, amelyet a cikk tárgyal, objektív okokra (hibákra) lehetne visszavezetni. Lényegében a kritikus olvasó számára a cikk is ezt erősíti meg.

A valóságos ok pszichológiai jellegű: nyilvánvaló, hogy az egészségügyi dolgozók, orvosok körlefolysa során felmerült ún. „problémák” gyakoribb előfordulása csak látszat, ami abból adódik, hogy ezekről az incidensekről, haláleseteikről több szó esik az orvosok, eü. dolgozók körében.

A prénatális diagnosztika után.
N. Fresco, D. Silvestre (Inserm—U158, Hôpital des Enfants Malades 75730 Paris): J. Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 1982, 1, 3.

A szerzők a prénatális diagnosztika során amniocentézisre került betegekkel pszichológiai szempontból is foglalkoztak. Először a beavatkozás előtt explorálták őket, majd a gyermek megszületése után is. Nemcsak az anyával, hanem a férjével is beszélgettek, méghozzá az anyával nőnemű, a férjjel hímnemű pszichoterapeuta.

A száz eset tapasztalatai alapján szükségesnek is látszik az ilyen célirányos foglalkozás, mert gyakran merülnek fel gondok. Azt lehetné az ember, hogy ha valaki-

nél olyan problémák vannak, amik miatt a terhesség sikeres kihordása és egészséges gyermek szülése kérdéses, akkor mindkét házastárs egyaránt pozitívan viszonyul, s az derül ki, hogy az esetek el nem hanyagolható részében az apák nem, vagy nem szívesen vettek részt e beszélgetéseken. Az is kiderült, hogy rengeteg más „gondja” is van az anyának, nemcsak az, hogy egészséges legyen a gyermeke. Így például sokan már a szülés előtt tudták, hogy milyen nemű lesz a gyermek és ez negatív emóciókat váltott ki az anyában is. Ha károsodott gyermeke van már az anyának, s az él, gyakran úgy fogalmaz, hogy „ez” az első gyermeke. Megosztották az anyák abban a tekintetben is, hogy minék örülnek jobban, ha az egészséges gyermek azonos, vagy ellentétes nemű a meglevő károsodottal. A különböző fejlődési rendellenességek súlyával, jelentőségével nem mindig azonos az anya ismétlődés lehetősége miatti aggodalma. Ezenfelül sokan igen aggódnak terhességük során azért is, hogy mennyiben ad majd az amniocentézis megnyugtatóan biztos választ.

(*Ref.: Napjainkban, amikor hazánkban is egyre többször végzünk amniocentézist, minden bizonnyal hasznos lesz, ha a cikkben foglaltakra gondolunk és a beteggel való beszélgetésbe igyekszünk a férjet is bevonni és nem kizárólag genetikai-biológiai kérdéseket érinteni.*)

Aszódi Imre dr.
Aszódi Ágnes

Kozmetikai emlőműtétek motivációi. Az indikáció felállításának a nehézségei. Mester, H. (Klinik f. Psychiatrie D 4400 Münster): Sexualmedizin, 1982, 11, 433.

Kozmetikai emlőműtétet végző orvosok a beteg kérését általában minden további nélkül teljesíteni szokták, nem vesznek pszichológiai konziliumot igénybe, ha csak nem nagyon szembeötlőek az ilyen betegségre utaló jelek. Teszik ezt azért, mert megítélésük szerint a műtét rendezni képes az identitási és önértékelési zavart és a beteg önmagában a műtét által válik alkalmassá arra, hogy korábbi problémáit egyedül megoldja. Ily módon a másodlagos nemi jellegű műtétes korrekciója pszichológiai beavatkozásnak fogható fel.

A szerző szerint azonban már a műtét előtt is kell a beteggel pszichológiai foglalkozni, mert többnyire mélyreható tudatalatti emocionális konfliktusok állnak fenn és ezek magát a pszichoterápiás hozzáférhetőséget is nehezítik. A sebész nem is képes az explorációra és így azért is szükséges a konzilium, mert legtöbb nő műtét után sem lesz megelégedett az emlőjével.

A szerző az általa észlelt 29 eset alapján azt a tanulságot vonja le, hogy

- sok a tünetmentes neurosis, amikor a kisebbségi érzés (dysmorphophobia) mellett más neurosisra utaló jel nem szembeötlő;
- strukturálisan hasonlítanak az anorexia nervosaéhoz abban, hogy gyakori az érési krízis, ha túl nagyok találja a mellet, sokan előbb sikertelen fogókúrával igyekeznek ezen segíteni;
- a karakterre jellemzők a neurotikus, anankasztikus vonások, életvezetési zavarok (házassági krízis időpontjában jön), és ha a beteg mond is „indokot”, az többnyire nem az igazi;
- nincs „normális” emlőnagyság, de ha valaki meg óhajtja magát operáltatni, pszichopatológias esetre is gondolni kell [nem az emlő a „teher” (Last), hanem az élvezet (Lust) az elviselhetetlen];
- a pubertáskori nevelés jelentős, a család miként ítéli meg a gyermek alkatát, kivel hasonlítja össze. A lepcsőkonfúziás és a túldicséres egyaránt nárcizmushoz, vagy exhibicionizmushoz vezethet.

(*Ref.: Különösen egyes folyóiratokhoz küldött levelekből derül ki, hogy milyen sokan elégedetlenek saját mellükkel. Ezért is fontos, hogy az emiatt orvoshoz fordulókkal részletesebben foglalkozunk.*)

Aszódi Imre dr.

Az elhalálozott SS-tiszt, mint apa szerepe lánya életében. v. Westernhagen D. (D 7000 Stuttgart 1, Mozerstr. 24): Familiendynamik 1982, 7, 316.

Az újságíró-szerző önéletrajzi formában számol be arról, hogy milyen szerepet játszott a II. világháborúban német SS-tisztként elesett apa öntudatlanul is a halála előtt 2 évvel született lánya későbbi életében.

Gyermekkorában csak annyit tudott az apjáról, hogy az 1945 márciusában Veszprémben, mint katona elesett. A lányt anyja nevelte és gyakorlatilag soha nem került szó arról, hogy valójában ki volt az apja. A lány a háború utáni időkben szokásos körülmények között élt és nevelkedett, majd jogra iratkozott be. Véletlenül találkozott valakivel, aki megemlégett, hogy jól ismerte az apját és abban a hiedelemben beszélt vele az apjáról, hogy a lány mindent tud róla. A lány lényegileg nem részesült fasiszta nevelésben, viszont az apa ismerőse úgy beszélt a régi dolgokról, mintha az apa fasiszta magatartása példamutatóan helyes lett volna. A lány ezek után elkezdett nyomozni és rájött arra, hogy apja már egész

fiatal korában, amikor még Hitler nem jutott hatalomra, elkötelezte magát a nemzetiszocializmussal, magas posztot töltött be. A háború után pedig szovjet katonák agyonlövéséért eljárás indítottak ellene és egyéb bűnei miatt is Nürnbergben — távollétében — halálra ítélték.

A cikk rámutat arra, hogy menyire ellentmondásokkal terhes volt a lány élete: az anya—gyermek kapcsolatot e vonatkozásban az agyonhallgatás jellemezte és az anya és a lány korosztálya között milyen különbség van a náci idők megítélésében, az egyéni és a kollektív felelősség vonatkozásában. A lány életének félresiklása példa arra, hogy a generációk közötti múltra vonatkozó párbeszéd hiánya milyen zavart kelthet a fiatalok gondolkodásában.

Alapvetően nem politikai célzatú a cikk, hanem arra akar rámutatni, hogy a gyermek sorsának az alakulásában milyen szerepet játszhat az az apa is, akit elhalálozása miatt a gyermek személyesen nem is ismert és nem kapott reális információkat gyermekkorában arra vonatkozóan sem, hogy ki volt az apa.

Aszódi Imre dr.

A „Nagy Emberek” — Marx és Freud — apái, fiai műveinek a tükrében. Kruehl, M. (Seminar f. Soziologie D 5300 Bonn, Rokkumstr. 94): *Familiendinamik*, 1982, 7, 331—352.

Kik és mik voltak a „Nagy Emberek” apjai? Volt-e tulajdonságaikban, magatartásukban vagy egyéb jellemzőjükben valami, amivel kapcsolatba lenne hozható az, hogy gyermekeik „Nagyok” lettek. Marx és Freud korunk legnagyobb személyiségei közé tartoznak, az általuk alkotott elméletek igen erősen befolyásolták napjaink történelmét és mindkettőjüknek volt apja. Az apák életrajzának az ismertetéséből kiderül, hogy csodálatos hasonlóságok és különbözőségek találhatók az apák életében. Mindkét „fiú” objektívnek tartotta a saját elméletét és lényeges részeit abszolút igaznak. Mindkét esetben úgy tűnik, hogy az apák „delegáltjai”, az apák meg nem valósult életcéljait voltak mintegy hivatva valóra váltani.

Ha Marx és Freud műveit összevetjük az apák szerepével, arra lehet következtetni, hogy az emberrel és társadalommal foglalkozó tételek a szerzők életpasztalatában is gyökereznek és így lényegileg öntudatlanul is az apákhoz vezetnek vissza. Így tehát ezek az elméletek bármennyire is igazak, és jelentősek, bizonyos mértékű szubjektivitást is tartalmaznak. Hasonló jelenségek figyelhetők meg más „Nagy Emberek” életrajzában is.

Aszódi Imre dr.

Az édes- és a mostohaapa. Perkins, T. F., Kahan, J. P. (Camarillo State Hospital, Box A, Camarillo, California 93010 USA): *Familiendinamik*, 1982, 7, 554.

A cikk azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy milyen különbség van azon két családrendszer között, ahol az egyikben édes-, a másikban mostohaapa van. 40 önkéntesen vállalkozó családot vizsgáltak, ahol a család a házaspárból és egy 12—15 éves gyermekből állt. Különböző kérdőíves teszt módszerek alkalmazásával megállapították, hogy e két rendszer között lényeges különbségek vannak, különösen a pszichológiai alkalmazkodás, a boldogságérzés, megelégedettség (a saját családdal), a kölcsönös megértés és a saját család tagjai qualitativ megítélése vonatkozásában. Ezek a különbözőségek nemcsak a családon belüli interperszonális kapcsolatokban mutatkoznak meg, hanem a családrendszer funkciózavaraiiban is.

Aszódi Imre dr.

Fejlődési rendellenességben szenvedő csecsemők családját támogató rendszer. Davidson, B., Dossier, D. A. (Department of Home and Family Life, Texas Tech. University, Lubbock, TX 79409, USA): *Family Relations*, 1982, 31, 295.

Korábbi felmérések adatait idézve a szerzők hangsúlyozzák, hogy a családoknak csak kis része elégedett azzal az információval és érzelmi támogatással, amit a gyermek betegségének diagnosztizálásakor az orvosoktól kaptak, noha magát az orvosi ellátást megfelelőnek találták. A szülők reakcióját a Hill által 1949-ben közölt családi krízis-elmélet kereteiben értelmezik; az általuk kezdeményezett program fő célja, hogy a családdal elfogadtassák, feldolgoztassák a — rendszerint maradó — károsodás tényét, oly módon, hogy az elkerülhetetlenül nagyobb, másodlagos reakciókból fakadó hátrányok ne nehezítsék még tovább a gyermek fejlődését.

A „Szülősegítő program” munkatársai maguk is fejlődési károsodásban szenvedő gyermekek szülei voltak. Feltételezték, hogy ők a) maguk is átélve a károsodott gyermek okozta krízist, nagyfokú empátiás megértésre képesek, b) a megfelelően szelektált segítők az alapvető tanácsadási készségek és ismeretek elsajátítása után hatékonyan vehetnek részt a segítő helyzetben, c) adaptív mintát nyújtó szerepmodellként működhetnek, mintegy a következő üzenet közvetítve: „Én is éreztem így, és azt gondoltam, ez elviselhetetlen, de aztán sikerült megküzdeni vele és alkalmazkodni.”

A programban résztvevő szülők („peer helpers”) 20 órá képzésben vettek részt a legfontosabb tanácsadói készségek megtanulása érde-

kében, előadások, szerepjátékok, kommunikációs ügyességet fejlesztő gyakorlatok, folyamatos visszajelzések segítségével. A különböző fejlődési zavarokról orvosok, pszichológusok, nevelők tartottak előadásokat, melyek anyagát vitacsoportokban dolgozták fel. A szerzők munkacsoportja szupervizorként, konzultánsként vesz részt a munkában.

A közlemény két példával illusztrálja a támogató rendszer működését.

Telkes József dr.

A szegénylenség gyakorisága általános iskolás korú gyermekekben. Lazarus, P. J. (School of Education, Tamiami Campus, DM 484, Miami, Florida 33199, USA): *Psychological Reports*, 1982, 51, 904.

Felnőttek között a szegénylenség előfordulását 40% fölöttinek találták, többségük személyes problémának érezte azt. A szerző 396 általános iskolásnak tette fel a következő kérdéseket: 1. Szegénylenség tartod-e magad? 2. Szeretnél-e kevésbé szegénylenség lenni? 3. Okozott-e ez valamikor problémát neked? 4. Részt vennél-e egy olyan iskolai tanácsadó által vezetett csoportban, amely segítene abban, hogy kevésbé legyél szegénylős?

A gyerekek 38%-a minősítette szegénylősnek magát, 59% válaszolta, hogy szeretne kevésbé szegénylős lenni, 46% érezte ezt személyes problémának, és 47% jelezte, hogy szívesen részt venne a probléma enyhítését célul tűző csoportban. A fiúk egynegyede, a lányok fele tartotta szegénylősnek magát. (A felnőttek között más vizsgálok nem találtak különbséget a két nem között.)

(Ref.: E „jelentős” probléma csak addig érdemel némi töprengést, ameddig elképzeljük, mi lenne, ha a szegénylőséget az emberek komoly bajnak érezve pszichológiai kezelésre érdemes problémának tartanák, és „népegészségügyi” megoldását kívánják.)

Telkes József dr.

Konzervativizmus, az abortuszszal szembeni attitűd és a Maccoby-féle biofilia. J. J. Ray, F. H. Lovejoy: *J. Social Psychology*, 1982, 118, 143.

Mint Gutman kimutatta, a 60-as évek diákmozgalmainak ideológiáiban a közös lényeges elem volt az, hogy azt tartották magukról, hogy az életet szeretik és ez motiválja őket. Maccoby, aki szintén e témával kezdett foglalkozni, azt állította, hogy a politikai radikálisok általában „biofiliaival” jellemezhetők. (Ez alatt a minden élő iránt megnyilvánuló szeretetet értette.) Ezzel szemben a konzervatívok „neurofiliaival” (halott dolgok, tárgyak szeretete). Ennek kimutatására egy skálát is szerkesz-

tett, ami bipolárisan mérte a radikálizmust, ill. konzervativizmust.

A szerzők valószínűtlennek tartják ennyire általánosított fogalmak összekapcsolásának értékét, de még olyan fogalmakét is, mint a tisztaságkedvelés és rend iránti vonzalom, melyet szintén összefüggésben levőnek találtak egyesek az előbbi értelemben használt nekrofilia fogalmával. A kérdés további tisztázásához a szerzők skálát szerkesztettek, mellyel az abortusz iránti attitűdöt lehetett mérni. Ez azért volt különösen érdekes, mivel az abortuszellenesek általában az élet iránti szeretetet, tiszteletet tartják centrális motivációjuknak, viszont általában konzervatívak. 77 szociológia- és 81 jogászhallgatót vizsgáltak meg a Maccoby- és az abortuszskálával. Eredményeik szerint nem mutatott összefüggést, illetve független volt egymástól a két tényező, mind a szociológusok, mind a jogászok között. Így a Maccoby skálájával végzett vizsgálat nem támogatta Maccoby hipotézisét.

Süle Ferenc dr.

A népszerűtlen páciens. (Szerkesztőségi cikk): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 243.

A H. E. monogramú szerző néhány cikk alapján foglalkozik a népszerűtlen, nem kedvelt páciens kérdésével. Az organikus pszichoszindrómával vagy feltűnő pszichopatológiai tünetekkel jelentkező betegek tartoznak a leggyakrabban a nem kedveltek közé. A szerző óv attól, hogy az antipátia érzését diagnosztikus teljesítményként értékeljük. A Bálint-csoportok segítenek a betegekkel kapcsolatos problémák megoldásában, de csak akkor, ha tudomásul vesszük, hogy Bálint az orvos—beteg kapcsolatot soha nem egy személy, hanem két személy dolgának tekintette.

Az orvos—beteg kapcsolatban az elfogulatlanság segíthet a korrekciós diagnózis kialakításában, azonban magát a kapcsolatot könnyen személytelenné teszi.

Orvos szerepünkben terápiás sikerekre is szükségünk van, s ha ez elvárásunk ellenére nem következik be, akkor csalódottak leszünk. Gyakran a diagnosztikával vigasztalódunk: a „tisztá diagnózist” lehetővé tevő betegek még akkor is kedveltek, ha az adott betegségben a terápiás lehetőségek korlátozottak (pl. a neurológiai osztályokon az amyotrophiás lateralsclerosisos betegek). „Az orvos, mint gyógyszer” egyre nagyobb jelentőséget kap a kutatásokban is. A terápia eredményében a mindig alkalmazott és szükséges pszichoterápiás technika mellett legalább akkora szerepe van a terapeuta személyiségének is. Az ideális orvos—beteg konstellációkról adatbankot is létre lehet hozni — ez ugyan utópia, de fel-

hívja a figyelmünket arra, hogy érzéseinket, szimpátiáinkat, antipátiáinkat tudomásul vegyük, hogy elemezzük, mennyire korlátoznak ezek minket tevékenységünkben. Az orvos—beteg kapcsolat így nemcsak a szív és az „orvosi művészet” dolga, hanem a megértésé is.

Bitter István dr.

Az Adler-i házasságterápia. D. Dinkmeyer, J. Dinkmeyer: Individual Psychology, 1982, 38, 115.

A szerzők a házasságot mint rendszert szemlélik, melyben a tranzakciók cél- és szándékvezérelten következnek be. A terápia abban segíti őket elsősorban, hogy tudatosabban lassák azokat a célokat és az ennek következtében kialakuló konfliktusokat, melyek választásaik következtében jönnek létre. A célokkal, szándékokkal való foglalkozásra centrálított terápiai munka a házassági boldogságot hivatott javítani, amit az o'Connell képlete alapján ki is számítanak: a családi boldogság: CsB = ÖE + KE, azaz önbecsülés + közösségi érdeklődés. (Ez utóbbi alatt a pozitív, közösséghez való tartozás és a kooperatív kapcsolat igényét értik.)

A házasságterápia négy fázisban zajlik (természetesen ezek a fázisok egymást átfedik):

1. **A kapcsolat megalapozása:** az elvárások és célok felmérése mellett igyekeznek kidolgozni egy kölcsönös megbecsülésen alapuló munkakapcsolatot, melyben a terapeuta is kifejti azt, hogy ő miként tud segítségére lenni a párnak. Az aktuális helyzetre koncentrálnak inkább, mint a múlt. A küzdelmet és a harcot igyekeznek elkerülni, és helyette a kooperációt kifejlesztteni.

2. **A második fázisban a házaspár megértése** a munka központi tárgya. Vizsgálják ennek kapcsán a pár életstílusát és azt, hogy ez miként befolyásolja percepciójukat önmagukról és egymásról. Az életstílust a családi atmoszférán és konstelláción, a korai élettapasztalatok és életcélok vizsgálatán, a jelenlegi életérzés és életkép elemzésén, valamint az alap életfeladatokban való eredményességen át becsülik fel.

3. **A belátás elérése.** A terapeuta feedback-nyújtással, a viselkedés célorientált elemeinek tudatosításával, a pár tagjainak belső mentális átalakulását érheti el.

4. **Újraorientálás és átnevelés.** Az insight (belátás) elérése után új célok kidolgozása és új viselkedési elemek kialakítása történik. A kezelés során két elvet nagyon komolyan követnek:

a) Egyik partner sem jó vagy rossz teljesen, ezért el kell kerülni a fölé- és alárendelődést.

b) Mindegyik partnernek el kell mernie vállalnia a saját tökélet-

lenségét és tudnia kell elfogadni a másik hibás voltát is. A terápiaiban ezen kívül több sajátos manővert is alkalmaznak, pl.: „Az önfogadás alapjai” c. dolgozat tanulmányozását kezdetben. Becsléseket és jóslatokat tetetnek egymásra, pl. megbecsültetik, hogy páruja a különböző életterületeken mennyire érzi magát elégedettnek.

Időnkint szerepcserét és paradox intenciók módszereket is alkalmaznak.

Süle Ferenc dr.

Mostohacsaládok — irodalmi áttekintés. Miller, M. J., Soper, B. (Behavioral Sciences, Box 10048, Ruston, LA 71272, USA): Psychological Reports, 1982, 50, 715.

A szerző egy korábban elhanyagolt témáról, a mostohacsaládokról az utóbbi években szaporodó irodalomból a legfontosabb közlemények annotált bibliográfiáját nyújtja. Bevezetőjéből megtudjuk, hogy a növekvő válási arányok és a lényegében nem csökkenő házassági kedv miatt egyre gyakoribbá válik ez a családforma, egyre égetőbbé válik tehát, hogy a velük kapcsolatba kerülő mentálhigiénés szakemberek ismerjék e családok speciális dinamikai sajátosságait. (1978-ban az Egyesült Államokban 2 millió 193 ezer házasságot kötöttek, 1 millió 105 ezer válás történt és az elváltak csaknem háromnegyede újra házasságot kötött.)

A rekonstruált családban a leggyakrabban fellépő nehézségek a következők: 1. a mostohaszülő számára hiányzik a megfelelő szerepmódel, nemkülönben a szülői szerep megtanulásához szükséges eleendő idő is; 2. a bizonytalan szerepviszonyok miatt nem könnyű következetes, egységes nevelési szokásokat kialakítani a gyermekkel; 3. túljutni a mostohaszülőhöz kapcsolódó mítoszokon. 4. Nem könnyű megoldani az új család egyik tagjának sem a korábbi házastársához, a gyermek vérszerinti szülőjéhez kapcsolódó érzelmi problémákat. A rekonstruált család bizonytalanabb határai miatt sok konfliktuslehetőség adódik a családtagok (az új családon belüli és a régi családtagokhoz kapcsolódó) lojalitásvizonyok területén, valamint az eltérő értékrendszerekből fakadó eltérő elvárások miatt fokozottan nehéz az új család minden tagja számára megfelelő viselkedési szabályok kimunkálása.

(Ref.: Fokozza a nehézségeket, hogy a társadalomnak nincs kialakult értékítélete, pontosabban elmentmondásos a viszonyulása a váláshoz és az újraházasodáshoz; a mostohacsaládokkal kapcsolatban messze nem nyújt annyi támogatást, orientáló normákat és elvárásokat, mint ahogyan azt a hagyományos nukleáris család kialakulásának és fejlődésének szinte minden fázisában megteszi. Előbb-

utóbb pedig a társadalomnak nem csak el kell tudnia fogadni, hanem integrálnia is kell e mind gyakori-
ribbá és fontosabbá váló család-
formát.)
Telkes József dr.

A párkapcsolatok fejlesztésének programjai. Hawes, E. C. (University of Arizona): Individual Psychology, 1982, 38, 322.

A párkapcsolatok fejlesztése érdekében az utóbbi években elterjedtek olyan csoportos programok, amelyek a párkapcsolatok pszichológiai tartalmát növelik, gazdagítják (couple enrichment programs). E programok célja az, hogy a párkapcsolatokban együtt fejlődjenek a személyiségek, és ezáltal egymáshoz való viszonyuk elevebb, nagyobb kölcsönösségi fokú, érzelmileg szorosabb legyen. Ha ez bekövetkezik, a párkapcsolat megszilárdul.

A fejlesztő programok nem önismeret szerzésére szolgálnak, nem is tanácsadási vagy terápiás célúak. Általában problémás kapcsolatban élők veszik igénybe, pontosabban olyanok, akik tudatosítják kapcsolatuk gondjait és változtatni szeretnék rajta. A változtatást maguk hajtják végre, ehhez a programból csak ösztönzést és lehetőségeket kapnak.

A közfelfogás azt tartja, hogy a kapcsolatok maguktól alakulnak és elég, ha érzelmi erők tartják össze. A valóságban nagyon sok készség, tapasztalat, implicit ismeret szükséges, hogy a kapcsolatban megfelelően tudjon viselkedni valaki. Ezt lehet tanulni. Különösen sokat lehet tanulni, fejlődni a kommunikáció terén.

A szerző két programtípust ismertett, ami ilyen tanulásra szolgál. Az egyik egy héten át minden nap üléselő csoportból áll, a másik hosszabb folyamat, hetenként egyszer jön össze a csoport. A csoportfoglalkozásoknak előírt menete van. A hetenként egy alkalommal összejön (összesen 10 héten át tartó) csoportban pl. a csoport először tisztázza az összes csoporttag családi konstellációját, majd megbeszéli, milyen módon szoktak az egyes párok túllépni a felmerülő nehézségeken, és minden pár tervet készít, hogyan fog megoldani egy várható problémát a következő héten. Majd a párok egymás álmairól megbeszélésüket kezdik (dream sharing — vagyis mintegy „megosztják” egymással álmaikat), írásos kommunikációt „tanulnak” egymással, felcserélik szerepeiket, megtárgyalják a szex jelentőségét kapcsolatukban, kioktatják egymást érzelmi érzékenységeire, újraértelmezik a kapcsolat mélyén levő rejtett „szerződést” stb. Az egyhetes kapcsolatfejlesztő „workshop”-ban lényegében a fenti gondolati vonalakban, de másfajta tematikus felépítésben megbeszéljük a kapcsolat szer-

kezetét, gondjait, erőforrásait és gyakorolják a konstruktív kommunikációt.

A párkapcsolati fejlesztő gyakorlatnak jó a határfoka, egyéni-
leg is fejlődnek az emberek, és a párkapcsolat tartósabb és teherbíróbb lesz.

(Ref.: A párkapcsolati fejlesztésnek sok módszere van, ez individualpszichológiai — adlerianus — módszer, itt nagyobb a hangsúly a verbális kommunikáción és az intellektuális belátáson, mint más módszerekben. Ez a program is nagyon jónak látszik. A kapcsolatfejlesztő programok jelentősége az, hogy a mentálhigiéné önálló útját képviselik, ezen át lényegében elsődleges prevenció valósul meg, a párkapcsolat erősödése egyben a személyiség gazdagodását, teherbírásiának növekedését is jelenti. Ezért is érdemelt a közlemény ismertetést, nálunk a párkapcsolat fejlesztésének módszerei és tapasztalatai jórészt ismeretlenek.)
Buda Béla dr.

Áttekintés az orvos—beteg kapcsolat javításának lehetőségeiről. Strecher, V. J. (Dept. of Health Behavior and Health Education, School of Public Health, Univ. of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA): Patient Counseling and Health Education, 1982, 4, 129.

Egyre több adat bizonyítja, hogy az orvos—beteg kapcsolat igen lényeges tényezője az egészségügyi ellátásnak, jelentős százalékban ettől függ az ellátás sikere. Ugyanakkor az orvosok nem kapnak megfelelő képzést arra nézve, hogyan irányítsák ezt a kapcsolatot. Az orvos—beteg kapcsolat várhatóan mind bonyolultabb és nehezebb lesz, márcsak a krónikus betegek számának növekedése miatt is.

Az utóbbi évtizedekben számos kutatás történt az orvos és beteg találkozásával kapcsolatban, és ezek nyomán sok olyan adat gyűlt össze, amit fel lehet használni az orvos—beteg kapcsolat fejlesztésében, javításában.

A legtöbb vizsgálat az orvos—beteg kommunikációval kapcsolatosan történt. Itt a nemverbális kommunikáció bizonyult különösen fontosnak. Mehrabian vizsgálatai szerint az összkommunikáció mindössze 70%-a halad a verbális csatornán, 22%-a a hang érzelmi kommunikációs hullámhosszán megy, míg 55%-a vizuális ingerek formájában. Di Matteo és mtsai be is bizonyították, hogy az orvos is elsősorban nemverbális viselkedésével hat a betegre. Számos szabályszerűség vált ismeretessé arról, hogy milyen hangkommunikáció, hogyan hat a betegre. Ezek nem könnyen részletezhetőek, lényegük annyi, hogy van egy optimális hanghordozási mód, ami a betegekben bizalmat kelt, ill. hogy

a betegek a hanghordozás szerint minősítik az orvosokat, következtetnek tulajdonságaikra. Ezt azonban önmagában nem lehet még oktatással befolyásolni.

Más vizsgálatok szerint a betegek kérdése is indikátora az orvos—beteg kapcsolatnak. A betegek kedvezően ítélik meg azt az orvost, akitől lehet kérdezni, viszont a vizsgálatok szerint a sokat kérdező beteg nehezen működik együtt. Ezt az orvos—beteg kapcsolat során lezajló szerepvisselkedés vizsgálata is erre mutat. Ha az orvos és a beteg szerepvisselkedése nem egymást kiegészítő, ebből kapcsolati feszültség és együttműködési zavar származik. Legtöbbször az autokratikus orvosi szerepvisselkedést fogadja el nehezen a beteg. A vizsgálatok szerint a betegek mind nagyobb része igényli, hogy az orvos jobban figyeljen rá és jobban vegye tekintetbe az ő szempontjait, érdekeit.

Az orvosok — néhány vizsgálat szerint — javítani tudták kapcsolatukat betegeikkel, ha beavatózásaitak megmagyarázták nekik és próbálták viselkedésükre vonatkozó irányelveket is adni. Az orvos oktató kommunikációja, a beteg informálása tehát kapcsolatjavító stratégia eleme lehet.

Az orvosokat egyébként tudományos adatokon, információkon át nehéz tanítani a beteggel való kapcsolat jobb irányítására. Jól beválnak viszont a gyakorlásos kurzusok, amelyekben az orvosok interperszonális kommunikációs képességeit fejlesztik. Ilyenkor az orvos visszajelentéseket kap saját viselkedéséről, gyakorolja a figyelmet a másikra, tanul empátiát stb. Az ilyen kurzusok már nagy számban működnek amerikai orvos-egyetemen, eredményeik jók, az orvosok nagy hányada fejlődik számottevően kommunikációs készségeit illetően. Különösen hasznosnak találták az ilyen kurzusokban a képmagnó felhasználását, továbbá a különféle kiscsoportmódszerek alkalmazását.

A szerző szerint szükséges az orvosok kommunikációs tanítása, fejlesztése, és ezt már az orvos-egyetemeknek kell elvégezniük. Fontos, hogy az orvos érzékeny legyen a nemverbális kommunikációra, és legyen képes flexibilis szerepvisselkedésre, ne csupán a hagyományos autokratikus orvosi szerephez ragaszkodjon.

(Ref.: A közleményt érdekessége és aktualitása miatt ismerttettem részletesebben. Igen sok adatot tartalmaz, az orvos—beteg kapcsolatra vonatkozó vizsgálatok legjavát írja le az 54 szakirodalmi cím, aminek alapján a szerző az áttekintést elkészítette. Különösen jó az orvos—beteg kommunikációra vonatkozó rész, és meglepően sok az adat az orvosok kommunikációs tanításának módszereiről és eredményeiről.)
Buda Béla dr.

A gyermek halála otthon és a kórházban: a család pszichológiai reagálása. Mulhern, R. K. és mtsai (Midwest Children's Cancer Center, Departments of Pediatrics and Medicine of The Medical College of Wisconsin and Milwaukee Children's Hospital, Milwaukee): *Pediatrics*, 1983, 71, 743.

Közismert, hogy a rákos betegségben szenvedő szüleinél, testvéreinél jelentős számban mutathatók ki akut és krónikus pszichológiai zavarok, depressziók, pathológias gyászreakciók, pszichoszomatikus megbetegedések.

Kb. 50%-ban az ilyen gyermekek családjában a rákos beteg gyermek gondozása és halála pszichiátriai gondozást igénylő lelki zavarokat vált ki. A családok mintegy 70%-ában házassági problémák jelentkeznek. 25–50%-ban a testvéreknél is jelentkeznek szorongások, neurotikus reakciók, gátlások, félelmi reakciók.

E tanulmányban a Midwest Children's Cancer Center hosszú ideig tartó követéses vizsgálatok során 24 családot hasonlított össze, akik részt vettek a *Home Care Program*ban (a családokban gondozták azokat a rákos gyermekeket, akiknél ez lehetséges volt, szabályszerűen történtek orvosi vizitek és állandóan rendelkezésre állt a speciálisan kiképzett onkológus gondozónővér, emellett a gyermekek oktatásáról is gondoskodtak), olyanokkal, akiknek gondozása, ápolása mindvégig a kórházban történt. Ez utóbbiak 13 családot képeztek. Az MMPI-teszt, a hozzátartozók reakcióit, viszonyulásait jelző speciális *Louisville Behavior Checklist* és a családi környezet reagálását és viszonyulásait tükröző *Family Environment Scale* egyértelműen és határozottan utalt arra a tényre, hogy mindenképpen előnyös, ha az ilyen betegek gondozása, ápolása, ha csak egyáltalán lehetséges, a szülői házban történik. Ez a megállapítás egyáltalán nem meglepő, ha csak egyszerűen a mindennapi élet tapasztalásait vesszük tekintetbe.

Kovács Miklós dr.

Az empátia hiánya, mint az antiszociális viselkedés egy tényezője. Ellis, P. E. (Children's Unit, Pine Rest Christian Hospital, Grand Rapids, Michigan 49508, USA): *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1982, 10, 123.

Az empátia szerepét a gyermeki fejlődésben sokat vizsgálták. Aránylag kevés az olyan vizsgálatainak száma, amelyek az antiszociális fejlődés szempontjából vizsgálják. Pedig várhatóan nagy szerepe van itt is, mivel az kimutatott tény, hogy a proszociális viselkedés egyik meghatározója. Számos kutató mutatta így is ki, hogy a morális éréssel az empátia képessége párhuzamosan nő, és bűnöző viselkedésű gyerekekben az empátia képessége jelentősebb kisebb, mint az alkalmazkodó kontrollcsoportban.

A szerző 331 bűnöző fiút vizsgált (12 és 18 éves kor közöttieket) és ezeknek adatait 64 kontrollcsoporttal hasonlította össze. A Hogan-féle empátia-tesztet használta, más kérdőíves skálákkal együtt, melyekből empátiafaktort lehetett számítani. Azt találta, hogy az empátia fejlődésében a bűnöző gyerekek jelentős elmaradást mutattak. Mivel az anyagban az empátia képességnek életkortól való függése volt, és az elmaradást az életkori csoport vonatkozásában találták, a szerző az empátia szintjében fejlődési megrekedést lát, és a bűnöző viselkedés egyik oki tényezőjének tekinti ezt. Mint az irodalom általában, a szerző is úgy magyarázza az empátia hiányát, mint antiszociális viselkedést okozó körülményt, hogy a fejletlen empátiájú ember nincs tekintettel viselkedésének szervezésében a többiek szempontjaira, érzelmi igényeire.

(Ref.: *A közlemény érdekes az empátia mérésének módszertani vonatkozásában. Az irodalomjegyzék 29 címe az empátia kutatásának legfontosabb forrásanyagát tartalmazza.*)

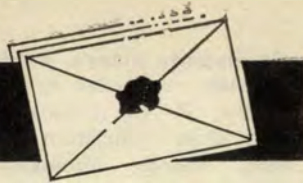
Buda Béla dr.

Pszichológiai segítség sebészeti betegségekben és koszorúér-betegségben szenvedőknél. Mumford, E. és mtsai. *American Journal of Public Health*, 1982, 72, 141.

A szerző 34, módszertanilag megbízható, kontrollcsoportot is alkalmazó kutatást tekint át. Ezek eredményei arra mutatnak, hogy azok a sebészeti műtéten átesett és coronaria-megbetegedésben szenvedők, akik nem csupán a hagyományos „rutin” kezelést kapták, hanem emellett a betegség okozta krízis leküzdéséhez szükséges érzelmi támogatást és információkat, nagyobb mértékben, gyorsabban javulnak, mint a kontrollcsoport. Az ilyen betegeknek rövidebb, átlagosan 2 nappal kevesebb kórházi tartózkodásra van szükségük. A pszichológiai intervenciók ilyen látványosan bizonyítható előnyös hatása annál is figyelemreméltóbb, mivel a kutatásokban nem specifikus, bonyolult, külön felkészültséget igénylő pszichoterápiás technikákat alkalmaztak, hanem egyszerű, támogató és edukatív elemeket tartalmazó módszereket, tehát olyanokat, amelyeknek minden jó személyiségű orvos birtokában van. A szerzők a cikk végén táblázatban foglalják össze az áttekintett vizsgálatok legfontosabb adatait.

A pszichológiai tényezők több szempontból is fontos szerepet játszanak a betegség okozta krízis megoldásában: 1. az érzelmi tényezők befolyással vannak a betegség lefolyására és a gyógyulásra, 2. a páciensnek a betegségre adott egyéni érzelmi reakciója hatással van a vele foglalkozó orvos viselkedésére, döntéseire, 3. a betegnek a tünetekre, valamint az orvosi tanácsokra adott válasza befolyásolja, hogy mennyire képes saját viselkedésével kedvezően alakítani betegségét lefolyását, következményeinek kezelését. Mindhárom területen lehetősége van az orvosnak arra, hogy a betegség okozta érzelmi reakciók feltárásával, a beteg sajátos, személyiségének, korábbi tapasztalatainak megfelelő reakciója módosításával, a beteg érzelmi vezetésével, támogatásával hozzásegítsen a gyorsabb, teljesebb felépüléshez.

Telkes József dr.



Egy közlemény hibás értelmezéséről.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1983. nov. 27-én megjelent 124. évfolyam 48. számának 2935—2936. oldalán Somodi Zoltán dr. „Anyai steroid kezelés, dextrocardia és pulmonális fejlődési rendellenesség” c. dolgozatában a szerző bevezetésében az anyai steroid kezelés mellékhatásaival kapcsolatban hivatkozik a Gyermekegyógyászat (1982, 33, 350—355.) című folyóiratban megjelent dolgozatunkra: „legutóbb Veszelovszky I. és mtsai (16) számoltak be a CS kezelés nemkívánatos mellékhatásairól”. A „Gyermekegyógyászati utóvizsgálatok antenatális dexamethason kezelést követően” című dolgozatunkban az IRDS profilaktikumként dexamethason kezelésben részesült anyák gyermekeit 12—36 hónapos korukban ellenőriztük. A kezelt és kontroll csoport összehasonlítása kapcsán a különböző eltérések (perinatális betegségek, infekcióra való hajlam, fejlődési rendellenességek, szomatikus fejlődés, dentitio stb.) nagyobb száma a profilaxistól — tehát a szteroid adástól függetlenül mindkét csoportban a koraszülöttek fordult elő gyakrabban. Mint ahogy munkánk összefoglalójában is írtuk, „a szomatikus fejlődésre utaló adatok, a fizikális status, az immunrendszer működésére utaló allergiás megbetegedések száma egyaránt azt igazolja, hogy a szteroid kezelés nemkívánatos mellékhatásaival számolni nem kell.”

Minden valószínűség szerint Somodi dr. közleményünket rosszul értelmezte és ezért idézett bennünket véleményünk szerint helytelenül. Végezetül az Irodalomjegyzékben a 16. szám alatt Veszelovszky E. és mtsai szerepelnek, helyesen Veszelovszky I. és mtsai helyett.

Veszelovszky Iván dr.
B. Nagy Zoltán dr.
Györfi Mária dr.
Molnár Edit dr.
Pataki Lajos dr.
Bódis Lajos dr.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1983. november 27-én megjelent 124. évf. 48. számának 2935—2936. oldalán írt kazuisztikai munkámban citálom Veszelovszky dr. és mtsai által a Gyermekegyógyászat (1982, 33, 350—355.) folyóiratban közölt dolgozatukat. Utalván a tényre, miszerint szerzők vizsgálták az antenatális adott CS (corticosteroidok) hatását 2500 g alatti és feletti születési súlyú újszülötteken jelezve, hogy a CS kezelés változatlanul forrongó, vitatott kérdés. Igaz, hogy a két cikk végső következtetése nem azonos. Szerzők álláspontja szerint CS kezelés a harmadik

trimeszterben adva nem jár bizonyíthatóan káros következményekkel. Magam, közleményemben arra kívántam a T. Kollégák figyelmét felhívni, hogy egy, a *terhesség alatt végig alkalmazott CS terápia* után jól definiálható fejlődési rendellenesség (FR) együttes, valamint a mellékvese átmeneti hypofunkciója alakulhat ki. Tekintettel, hogy a két jelenség kialakulása nyilván a terhesség különböző szakaszaiban adott CS hatására következett be, míg idézett dolgozat a harmadik trimeszterben adott dexamethason kezelést tárgyalja (*bár pontos időt nem jelölnek*), valójában csak az adrenalis hypofunkció kapcsán lehetne utalni szerzők munkájára, de ilyen irányú vizsgálat nem történt. Így „... az infekcióra való hajlam elemzésekor... szignifikáns különbség van a szteroid kezelésben részesült gyermekek rovására...” utalhat ennek lehetőségére. Érdekes, hogy szerzők a T. Szerkesztőségnek írt levelükben közlik, hogy „... a különböző eltérések... /... fejlődési rendellenességek... /... a szteroid adásától függetlenül mindkét csoportban a koraszülöttekben fordulnak elő gyakrabban”. Ugyanakkor figyelemre méltóbbnak tartom, hogy munkájukban a kezelt érett újszülötteknél FR szignifikánsan gyakrabban fordul elő százalékosan, valamint a között esetszám *abszolút értékekben* is ennél a csoportnál nagyobb (ld. dolgozatuk 1. ábráját).

Fenti gondolatok, azonkívül az a tény, hogy szerzők végső következtetésével sem értek egyet, késztetett arra, hogy vizsgálataikra csak általánosságban utaljak. Azonban ekkor elkövettem azt a hibát, hogy nem fogalmaztam egészen pontosan. Talán helyesebb lett volna így írnom: „... legutóbb Veszelovszky I. és mtsai vizsgálták az antenatális, a harmadik trimeszterben adott corticosteroid kezelés nem kívánatos mellékhatásainak kérdését.

Szerzők megjegyzését köszönöm, egyben őszintén örülök, hogy a válasz kapcsán újra rámutathattam immár mindkét dolgozat sarkalatos pontjaira.

Somodi Zoltán dr.

A szénhidrát-anyagcsere egyensúlyzavara nem megfelelő fecskendők használatokor.

T. Szerkesztőség! Rövid időn belül két esetben észleltük a szénhidrát-anyagcsere viszonylag gyorsan kialakuló egyensúlyzavarát, melyet nem megfelelő egyszer használatos fecskendők alkalmazása okozott. Mivel az ilyen eszközök használata hazánkban is terjedőben van, s számolni kell a rokonbaráti kapcsolatok révén orszá-

gunkba jutó külföldi gyártású — és az ott forgalomban lévő különböző koncentrációjú, 40, 80, 100, E/ml-es insulinokhoz készült, ennek megfelelően eltérő egység beosztású — fecskendők alkalmazásával is, szükségesnek tartjuk eseteink rövid ismertetését, a hasonló szövődmények elkerülése érdekében.

1. H. I. 66 é. nőbeteget diabete-se újrabeállítása céljából utalták be. Cukorbetegségét 53 é. korában ismerték föl, 9 éven át diéta és orális készítmények szedése rendezett anyagcserét biztosított, 4 éve azonban insulin kezelésre szorult. A főlvételét megelőző időben hyperglycaemiássá vált, ambulanter végzett beállítási kísérletek eredménytelenek maradtak, így kórházba utalása elkerülhetetlené vált. A normál súlyú beteget (magasság: 161 cm, testúly: 63 kg) 180 g CH tartalmú étrend — ötszöri étkezési formájában — és napi egyszeri, 56 E Ultralente insulin alkalmazásával, kielégítően rendezett szénhidrát anyagcserével bocsátottuk haza (vércukor profil értékek: reggel: 5,8 mmol/l, délben 12,0, este 9,2 mmol/l, vizeletben minimális glykosuria), vérérték-paraméterei, laboratóriumi mutatói normál értékűek, a kísérőbetegségeként fennálló hypertoniája az alkalmazott kezelés mellett rendezett volt.

Tizenkét nappal távozása után vettük föl újra hyperglycaemia típusos panaszaival és tüneteivel. Éhomi vércukra 24,8 mmol/l volt. Láz, intercurrents betegség nem állt fenn, laboratóriumi leleteiben eltérést nem találtunk, diétahibát nem sikerült kimutatni. Insulinja beadásának kérdésékor derült ki, hogy látogatóban nemrég nála járt külföldi rokonai nagyobb mennyiségű műanyag fecskendővel lepték meg, s távozása óta ezeket használta. A fecskendő jól olvashatóan szerepel, „use U-100 insulin only”, a betegnek azonban megfelelő angol nyelvismerete nem volt, s nem akadt környezetében senki, aki fölhívta volna figyelmét, hogy e fecskendő az általa használt insulin beadására nem, ill. csak átszámítást alkalmazva használható.

Igy a beteg, noha fecskendőjének 56-os, majd — maga is az insulin adag elégtelen voltát gyanítva — 60-as ill. 64-es jelég szívtá föl az insulint, valójában a kívánt dózis kevesebb, mint felét adta be magának. Az elégtelen insulin-hatást súlya 3 kg-os csökkenése is jelezte. Betegünket 64 E Ultralente insulinra állítva, rendezett anyagcserével bocsátottuk haza ismét, későbbi ambuláns ellenőrzések során az insulinadagot folyamatosan 52 E-ig lehetett csökkenteni. Fölhívtuk figyelmét megfelelő fecskendő alkalmazásának fontosságára.

2. L. I. 68 é., Kanadából 1,5 éve hazatelepült nőbetegünket kórházunk szemészeti-diabetes rendelése

irányította osztályunkra, retinopathiája progresszív romlása miatt. Diabetesét 48 é. korában ismerték föl, kezdetől fogva NPH insulinnal kezelték. Retinopathia kialakulását már Kanadában észlelték, egy ízben már ott lézereztek s.

Betegünk fölvételekor elmondta, hogy 52 E NOVO NPH-insulint ad magának naponta egyszer, s 160 g CH tartalmú diétát tart, alkalmanként engedményekkel önmagának. Kérésünkre megmutatta fecskendőjét is, mely szintén 100 E/ml koncentrációjú insulinhoz készült. A beteg figyelmét hazatelepülése után senki sem hívta föl arra, hogy a 100 E/ml-es insulinhoz készült fecskendő nem alkalmas az eredeti skálabeosztás szerint 40 E/ml-es, hazai viszonyaink közt rendelkezésre álló insulinnal beadására. Így betegünk hazatelepülése óta valójában 20 E NPH insulint adott magának, mely retinopathiája rosszabbodását természetesen magyarázza. 36 E NPH insulinnal állítva, rendezett anyagcserével bocsátottuk haza, újabb lézer-kezelésre kórházunk illetékes szakrendelése az OTKI szemészeti tanszékén előjegyeztette. Kórházi kezelése során megállapítható volt, hogy időközben nephropathia diabetica is kialakult, fehérje ürítése 1,3 g/nap értékű volt távozásakor.

Az egyszer használatos eszközök bevezetése, ill. használatuk széles körűvé válása a rendszeresen injekciósra szoruló életét nagyban megkönnyítette. Az insulint kapó betegek esetében azonban a nyilvánvaló előnyök mellett egy megkülönböztetett figyelmet igénylő körülmény is jelentkezik, mégpedig az, hogy a különböző koncentrációjú insulinkhoz készült fecskendők egységbeosztása eltérő. A hazánkban jelenleg forgalmazott valamennyi — magyar és külföldi — insulinnal 40 E/ml tartalmú, de külföldön 80, ill. 100 E/ml tartalmú, koncentrált készítmény is forgalomban van. Utóbbiak speciális indikációval — magasabb insulinnal adagra szoruló, insulinpumpa kezelés stb. — kerülnek alkalmazásra (1, 2, 3.). Mivel a betegek, s hozzátartozóik a különböző koncentrációjú insulinnal készítményekről megfelelő tájékozottsággal általában nem rendelkeznek, az insulint rendszeresen fölíró, ill. a betegnek rendszeresen ellenőrző orvosnak célszerű a fölvilágosítást e kérdésekre is kiterjesztenie, s egyszer használatos fecskendőt alkalmazó beteg injekciós eszközeit, a beadás körülményeit időszakosan ellenőriznie.

Bemutatott eseteink ma még ritkaság számba menők, de korántsem egyediek. Tudomásunk van arról, hogy hasonló okból eredő dózis tévesztés nagy betegforgalmú budapesti diabetes ambulancia betegek között is előfordult, s a nemzetközi irodalomban is olvasható utalás az egyszer használatos fecskendők helytelen használatából származó alul-dozírozásra (4.) Eseteink ismertetésével a kalibráció és dózis (angolzás terminológiával a „marks and units”) kérdésének fontosságára kívántuk föl hívni a figyelmet.

IRODALOM: 1. *Tamás Gy.*: Insulin a diabetes gyógyításban (in: Magyar I., Tamás Gy. szerk.: Diabetes mellitus, Medicina, Budapest 1979. pp. 192—203.) — 2. *Galloway J. A., de Shapo R. D.*: The clinical use of insulin and the complications of insulin therapy (in: Ellenberg M., Rifkin H. ed.: Diabetes mellitus, Theory and Practice, Med. Exam. Publ. Co. Incorp., New York, 1983. pp. 519—538.) — 3. *Dörzbach E., Müller R.*: Die Insulintherapie und die Insulin Präparate (in: Pfeiffer E.: Handbuch des Diabetes mellitus, Lehmanns Verlag, München, 1971., 2. kötet, pp. 1087—1105.) — 4. *Hillson R., Asplin C. M.*: Changing insulin treatment (olvasólevél). Br. Med. J. 287, (No 6397) 982—983. 1983.

Winkler Gábor dr.*
Salamon Ferenc dr.
János Kórház II. belosztály

A rövidítések indoklásáról és visszasszólásokról.

T. Szerkesztőség! Élvezettel olvastam Veress Sándor dr. tréfás hangvételű levelét (Orv. Hetil. 1984, 125, 245.), amely egy kétségkívül egyre inkább elharapódzó jelenségre, a „tudományos rövidítések és betűszók dömpingjére” hívja fel a figyelmet.

Leveleire két okból válaszolok. Az egyik az, hogy annak érdemi mondanivalójával nagyon is egyetérték: az egyes hazai szerzők által kitárgyalt, nemzetközileg ismeretlen, sokszor magyar szakszavakból kialakított „eredeti” rövidítések bevezetését mi sem tartjuk kívánatosnak. A másik ok, amiért írok az, hogy Veress dr. egyik közelműltben megjelent munkájaként (Orv. Hetil. 1983, 124, 2725.) említi — több kontextusban is — elrettentő példaként. Megjegyzni, hogy cikkünk elején — horribile dictu — 16 rövidítést soroltunk fel, s olvan — érzése szerint felesleges — rövidítéseket használtunk, mint FFA (= free fatty acids: szabad zsírsavak), PE (= foszfatidiletanolamin).

Veress dr. figyelmét azonban elkerülte az a tény, hogy a dolgozatunkban szereplő valamennyi rövidítést (AMI = akut myocardium infarktusz; ATP = adenosztrifoszfat; TG = triglicerid; VT = kamrai tachikardia; VF = kamrafibrilláció; PGE₁ = prosztaglandin E) a szívvel és lipidekkel foglalkozó hazai és nemzetközi irodalom régóta egységesen alkalmazza. A Veress dr.

*jelenleg aspiráns, munkahelye Semmelweis O. T. E. I. Belklinika

által ajánlott kefalinnal a foszfatidiletanolamin *trivialis* neve és a lipidek nomenklatúrájával foglalkozó bizottság állásfoglalása szerint (J. Lipid Res., 1978, 19, 114. —) inkább az utóbbi — nehezebb, de pontosabb — elnevezés használata kívánatos. Veress dr. megkérdi, hogy vajon „mit szólnak a franciák, a németek, és a többi nemzetek” az angol eredetű rövidítések fokozódó elterjedéséhez? Hogy mit szólnak ehhez, nem tudom; azt azonban látjuk, hogy a nevezéktani kérdésekkel foglalkozó bizottságok által ajánlott vagy az angol nyelvű irodalomban széleskörűen és következetesen használt rövidítéseket az említett nemzetek irodalma is egyre inkább átveszi. Ez alól — úgy tűnik — a miénk sem teljesen kivétel. Akár tetszik, akár nem, az angol nyelv kezd egyre inkább betölteni kongresszusokon stb. a tudomány nemzetközi nyelvének szerepét.

Nekünk az a véleményünk, hogy az egységesen alkalmazott, nemzetközileg elfogadott és a közlemény elején megmagyarázott rövidítéseket nem kell száműzni a dolgozatokból. Használatukat a terjedelmel való ésszerű gazdálkodás is indokolja. Okvetlenül egyetértünk azonban Veress dr.-ral abban, hogy ezen a téren is meg kell húzni a határt, hogy elkerüljük az orvosi nyelv „abszurdoidhoz” való közeledését (ld. még: Jancsó M.—Hernádi Gy.: „V. N. H. M.” c. darabját, valamint az „E. T.” c. filmet!).

Fazekas Tamás dr.

T. Szerkesztőség! Köszönöm Fazekas Tamás dr. reagálását levelemre, örülök annak, hogy érdemi mondanivalójával egyetértett. Állást foglal azonban a nehezebb, de pontosabb, nem triviális nomenklatura, valamint a nemzetközileg egységesen alkalmazott és elfogadott rövidítések használatával. Bár az „egységesen alkalmazott” módszert sem alkalmazzák egységesen, szemléletet emberi, orvosi szempontok vezérelték. Tudom, hogy az objektív tendenciákat megállítani nem lehet, vitatkozni is meddő róluk, legfeljebb szubjektív vélemény mondható a jelenségről.

Már mások is megfogalmazták, hogy az orvosi szakdolgozatok, publikációk *kód-nyelven* íródnak. Valamiféle gépi monotonia jellemzi ezeket a tudományos dolgozatokat. Egyre szűkülő és értő rétegeknek íródnak, egyre kisebb és mélyebb területekről adnak speciális információkat. Az „általános orvosnak” egyre nehezebb lesz ezeket a közölt ismereteket a gyakorlatban alkalmazni. A tudományos betűszók és rövidítések dömpingje — ezt csak nehezíti! A gyógyítás — az orvostudomány eredményeinek alkalmazása a beteg ember érdekében. Mintha computerbe táplálnák már a klinikusok is a betegy mellett tapasztalataikat, mondanivalójukat. Ezt a computer-nyelvet tükrözik a

mai orvosi szakdolgozatok! A tudományt, az ismereteket közvetítik sokkal inkább, mint a gyakorlati gyógyításra adnának tanácsokat, módszereket. *Nyelvi elidegenedés* is van korunkban! A dolgozatok „nyelve” a rövidítések és a betűszók felé halad. A „teamek” írta dolgozatokban elveszik az ember, az orvosember, az orvos gyógyító egyénisége. Hol van már *Hippokratész* elve, hogy „*legjobb gyógyszer maga az orvos!*”. Vagy *Paracelsus* megállapítása: „*Az orvos jelleme sokkal erőteljesebben hat a betegre, mint az összes gyógyszeré!*” Vajon ezt az orvosi jellemet nem károsítják-e a FFA, AMI, ATP, TG, VT, VF stb. tudományos rövidítések, betűszók?

Ma már nincsen szépsége, esztétikája, csak egy emberre, orvosra jellemző stílusa, emberi oldala a tudományos dolgozatoknak. A tudományt közvetítik, nem érződik rajtuk az emberi, az orvosi, a közvetítői alkalmazott tapasztalat. (Már csak a Levelek a szerkesztőhöz rovatnak maradt meg valami emberi, egyéni arculata!) *Az orvost, aki írta a publikációt már nem érezzük a mondanivalóban. Mindent lehet computerizálni, csak az orvos-beteg viszonyt nem szabad!* Ha van tudomány, az az *orvostudomány*, melynek művelése *mögött* mindig az orvost, a tudós embert is kell látnunk, éreznünk. Nem tréfásan, komolyan mondom: egyszerűbbek és érthetőbbek, orvos-beteg viszonyban „laikusabbak” és emberibbnek voltak azok a régi „triviális” elnevezések!

Veres Sándor dr.

A hazai epilepszia-ellátásról.

T. Szerkesztőség! Halász Péter dr. „Az epilepsziás mechanizmusok megítélésének néhány aktuális szemléleti kérdése” című cikkében (Orv. Hetil. 1983, 124, 2411.) a hazai epilepszia-ellátást reálisan értékeli és a fellelhető gondokat, ellátási különbözőségeket, a magasabbszintű szakorvosi minősítés hiányát említi. A területi egészségügyi ellátás, az integrált intézetekben elvileg mindenhol biztosítaná az epilepsziás betegek progresszív ellátását. A betegek viszonylag stabil száma, az elektroklinikai tünetek meglehetősen jó quantifikálhatósága a betegek és hozzátartozóik együttműködése lehetővé tenné az adekvát ellátást.

Halász dr. segítségével és támogatásával a Győr-Sopron megyei

Tanács Kórház-Rendelőintézet 1978. január 1-től egy gyermek és felnőtt epilepszia-ellátást biztosító Epilepszia Gondozót alakítottunk ki. Erről más helyen részletesen beszámoltunk. Teljesen egyetértünk Halász kollégával a team munka megengedhetetlen fontosságát illetően. Gondozókban neurológus, pszichiáter, gyermekpszichiáter, elektroencephalográfus együttműködésével egységes diagnosztikus és terápiás gyakorlatot alakítottunk ki. Az évek során együttműködést alakítottunk ki az orvosszakértői intézettel, a pályaválasztási tanácsadóval, a rendőrséggel, a munkaközvetítő irodával. A helyi lehetőségeket kihasználjuk, és intézetünk állásfoglalását véleményezését mindenkor kompetensnek fogadják el. Úgy véljük, hogy sokak esetleges fenntartása a gyermek és felnőtt epilepszia-ellátás egységét illetően alaptalan, mert korszerű epileptológia eredményeit csak egy speciális érdeklődésű és gyakorlatú kollégák csoportja láthatja el, ezek képesek újabb és újabb diagnosztikus terápiás lehetőségek adaptálására.

Ostorharics-Horváth György dr.

T. Szerkesztőség! Örömmel olvastam Ostorharics-Horváth György dr. hozzászólását. A győri példában egyike a követendő modelleknek a korszerű epilepszia-ellátás hazai megvalósításában.

Azt hiszem azonban hiba lenne valamilyen általános megoldás erőltetése. Ez vonatkozik a közös gyermek-felnőtt epilepszia-ellátás kérdésére is. Jelenleg a gyermekepilepszia ellátása a gyermekgyógyászat-gyermekneurológia szervezeti körében jobban megoldott — legalábbis Budapesten —, mint a felnőtt epilepszia-ellátás. A közös gyermek-felnőtt ellátásnak is sok előnye lehetne természetesen. Az mindeképpen kívánatos lenne, hogy a jelenleg gyermek és felnőtt vonalon külön dolgozó, epilepszia irányába specializálódó ellátási egységek között az eddigieknél nagyobb kooperáció alakuljon ki.

Halász Péter dr.

Ch. Doppler nemzeti hovatartozásáról.

T. Szerkesztőség! Pótolva a nyári olvasási restanciát, került kezembe az Orv. Hetil. 124. évf. 31. száma (1983. július 31.). Ebben az 1910. oldalon a „Könyvismertetés” rovatban olvasom Walsa Róbert dr.

ismertetését *H. J. Büdingen, D. M. Reutern, H.—J. Freund: Doppler Sonographie der extracranialen Hirnarterien* (G. Thieme Verl., Stuttgart—New York, 1982). Az ismertetés 4. sorában olvasható a következő:

„... Ch. Doppler prágai fizikus által...”, stb. Ez a mondat leírja, hogy Ch. Doppler prágai volt, esetleg Prágában született, netán cseh származásúnak is minősül, gondolhatja a mindig jámbor olvasó. Ugyanakkor ismert, hogy fenti matematikus-fizikus 1803. nov. 29-én, vagy 30-án Salzburg városában született, tehát osztrák, legfeljebb német származású volt.

Az is igaz, hogy a bécsi Polytechnikai Intézet után 1835—1847 között Prágában dolgozott, itt írta le a róla elnevezett hullámeffektus magyarzatát (Über das farbiges Licht der Doppelsterne, Prága, 1842), majd a Selmeci Bányászati Akadémián, 1850-től ismét Bécsben működött. Christian Doppler magát osztráknak tartotta, s így tartja róla a világ is (Olbricht professzor, Bécs, Lainz, RTG Abt. — személyes közlése). Hogy Ch. Doppler hovatartozását illetően maga az ismertetett könyv fogalmazása nem kellően pontos, vagy a referáló fogalmazott pongyolán, nem állapíthatom meg, mert nem tudtam az ismertetett könyv birtokába jutni. Mindenképpen javasolom fenti félreérthető jelző korrigálását, s a korrekció publikálását úgy, hogy abból félreérthetetlenül derüljön ki Ch. Doppler nemzeti hovatartozása (emeltt munkahelyeinek felsorolása stb. is megemlíthető). Per analogiam: Lehár Ferenc Bad Ischl-i zeneszerző???

Csengődy József dr.

Köszönöm Csengődy József dr. levelét és az abban közölt kiegészítést, bár úgy vélem, hogy az ismertetett mű mondanivalóján — és így a recenziónak lényegén — ez mitsem változtat. Egy könyvismertetés ugyanis nem terjedhet ki az ismertetett könyvben említett szakemberek életrajzi adataira. A mű 3. oldalán a szerzők Dopplert prágai matematika tanárként említik. Azt nem érzem feladatomnak, hogy Doppler nemzeti hovatartozását, származását behatóan kutassam vagy elemezzem, minthogy ezt az eredeti mű szerzői sem tartották szükségesnek. Időközben természetesen több lexikonban utánanéztem a kérdésnek, amelyek egyöntetűen megerősítik Doppler osztrák származását.

Walsa Róbert dr.

Székely J. I. — Rónai A. Z.: Opioid peptides. Vol. 1.: Research Methods pp. 118; Vol. 2.: Pharmacology pp. 241.; Vol. 3.: Opiate receptors and their ligands. pp. 257. (CRC Press, Inc. Boca Raton, Florida, 1982.)

A háromkötetes mű az élettani, farmakológiai és neuropsychiatriai kutatás előterében álló kérdéssel, az endogen opiátokkal, vagy más néven opioid peptidekkel foglalkozik többrétű megközelítésben. Az első kötet az opioid peptidkutatásban használt módszertant foglalja össze. Az első fő fejezet az in vitro módszerekkel (receptor kötés, radioimmun módszer, izolált szerveken végzett vizsgálatok, biokémiai módszerek) foglalkozik, míg a második fejezet az in vivo módszereket (különböző élettani hatások vizsgálata, magatartásvizsgálatok, feltételes reflexek, gyógyszer interakciók) foglalja össze. A második kötet az endogen opiátok farmakológiáját tárgyalja 5 fejezetre tagoltan, melyekben a peptidok hatásmechanizmusával, analitikus hatásával, endokrin effektusával és a vegetatív regulációs mechanizmusokban játszott szerepével foglalkoznak a szerzők. A harmadik kötet az opiát-receptorok szerkezetéről, azok ligandjairól, bioszintéziséről és metabolizmusáról, valamint az endorfinok és enkephalinok agyon belüli lokalizációjáról és egyéb szövetekben való előfordulásáról, végül a szintetikus enkephalin és endorfin származékokról ad átfogó képet. E kötet utolsó alfejezeteit az endogén opiátok klinikai és általános human patológiai vonatkozásainak szentelik a szerzők.

Minden kötet végén jól szerkesztett tárgymutató található. A téma irodalmát nagyon részletes, összesen több mint 2500 adatot felölelő bibliográfia foglalja össze. Részben megkönnyíti az irodalomban való tájékozódást, de legalább annyira nehezíti is az irodalomjegyzék kezelését, hogy az nem egy-egy kötet végén, hanem az egyes fejezeteket követően található meg.

A mű dokumentációját jól szerkesztett táblázatok, diagrammok és sémás rajzok képezik. A könyv tetszetős kivitele a kiadó lelkiismeretes munkáját dicséri.

Székely és Rónai doktorok műve nehezen nélkülözhető forrásmunka mindazon morfológus, fiziológus, farmakológus, endokrinológus, sőt klinikus számára is, aki a központi idegrendszernek e jelentős, de bizonyult rendszerével, az endogen opiátokkal bármilyen vonatkozásban foglalkozni kíván.

Mess Béla dr.

Lissner, J.: Radiologie II. Második, átdolgozott kiadás. Ferdinand Enke kiadó, Stuttgart, 1983. 709 oldal, 721 ábra, 26 táblázat. Ára: 68,— DM.

A *Lissner* és munkatársai által írt radiológiai tankönyv első kötetét az Orvosi Hetilap 1980. 42. számában ismertették. Az alsóbb évfolyamokon tanuló orvostanhallgatók számára írt „*Radiologie I.*” ismerteti a sugárfizikai, sugárbiológiai alapfogalmakat, majd a radiológiai diagnosztika és sugárterápia módszertani elveit, javallatait.

Az ENKE Verlag e kitűnő tankönyv II. kötetének most 2. kiadását jelentette meg. A „*Radiologie II.*” a klinikai szaktárgyakat tanulmányozó orvostanhallgatók, fiatal radiológusok és új eljárások rövid összefoglalása iránt érdeklődő szakorvosok számára ismerteti a röntgen diagnosztika és nukleáris medicina korszerű vizsgáló módszereit, valamint a klinikai sugárterápia alapelveit.

A könyv tartalmi felosztása figyelembe veszi a klinikai társszakmák oktatási tematikáját. A szív, érrendszer, vér- és nyirokrendszer, légző- és emésztőszervek, vese és húgyutak, valamint támasztószövetek radiológiai diagnosztikájának részletezése után egy-egy önálló fejezet tárgyalja a különleges gyermekgyógyászati, nőgyógyászati, bal- és ortopéd ellátással, neurológiával és szemészettel, fül-orr-gégészettel és szájszészettel kapcsolatos radiológiai tudnivalókat. Az egyes fejezetek a modern diagnosztikai képalkotás különféle eljárásait az orvosi felismerés és gazdaságosság szempontjából ötvözik.

Egy tankönyv akkor tölti be hivatását, ha szemlélete egységes, mondanivalója a társszakmák tananyagához alkalmazkodik, tájékoztat a legújabb tudományos és technikai eredmények nyomán alkalmazott diagnosztikus és gyógyító eljárásokról, ugyanakkor rövid, világos, szemléletes. *Lissner* és szerzőtársai törekedtek arra, hogy ilyen igényes tankönyvet adjanak az érdeklődők számára. 674 szövegdolgon megírt radiológiai tananyag — melyet az első kötet 284 oldalas radiológiai propedeutikája még tovább növel — az általános orvosképzés keretében talán soknak tűnik. Az előző kiadáshoz mérve is bőségesebb kép- és szemléletes ábraanyag, valamint a legfontosabb tudnivalók nyomda-technikai kiemelése, viszont a radiológia alapelemei iránt érdeklődők felkészülését megkönnyíti.

Kelemen János dr.

Vom EKG zur Diagnose. (Az EKG-tól a diagnózisig.) (Szerk. H.-J. v. Mengden) Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 1983. 336 old. Ára: 128,— DM.

Recenzens, aki 50 év előtt kezdett el az EKG-val foglalkozni úgy véli, joga van egy esetleg túlzottan tűnő kritikai megjegyzés leszögezésére; a szóban forgó munka mind a tartalmat, mind a tárgyalási módot és a szerkesztést tekintve kiváló és hiányt pótló.

A munka címének megválasztása azonban nem szerencsés. A diagnózishoz vezető út nem az EKG-val kezdődik, mint ahogy azt a cím implicite sejteti, hanem az anamnesis felvételével és a négy fizikális vizsgálattal, mint ahogy az omegához vezető út sem a bétától, hanem az alfatól indul el. Igaz hogy ez az előszó előtti „ajánlás” első mondatából már kitűnik, azonban az olvasót elsősorban a könyv fedőlapján szereplő szöveg (cím, szerző, szerkesztő, kiadó) ragadja meg. Az „ajánlást”, ha nem ilyen közismert és tisztelt szerző írja alá, sok olvasó talán át is lapozza.

Az említett 50 év alatt nyert saját tapasztalata alapján recenzens hangsúlyozni kívánja, hogy végre az oly sok tévedést, végzetes félreértést, helytelen interpretálást eredményező módszer az utóbbi 10—15 esztendő alatt eljutott arra az útra, amely azt (esetleg) egzakt eljárássá teheti; már amennyiben a biológiában az egzaktitás egyáltalán lehetséges. Dicsérendő a munkában az összhang. Ismeretes ugyanis, hogy a több szerző által szerkesztett műből legtöbbször éppen ez hiányzik. Ebben a munkában a fennálló harmónia, az értékítélet azonossága, a tárgyalási mód azt mutatja, hogy a szerzők nagy része valószínűleg egy „iskola” neveltje, és tiszteletre méltó az, hogy a szerkesztő igen alapos és a legkisebb részletre is kiterjedő munkát végzett és optimális követelményeket állított fel az esetleges ellentmondások elkerülése és a korrekt kooperáció elérése céljából.

A könyv értékét nagymértékben emeli az a körülmény is, hogy az egyes fejezetekben a szerzők saját nagyszámú megfigyeléseiket is közlik és a feldolgozott anyagot, a jeleket, a klinikai képet matematikai-statisztikai analízisnek vetik alá. Ez a módszer ma már szinte elengedhetetlen, mert kulcsot ad az olvasó kezébe bizonyos disztinkciók megtételére. Nagyra kell értékelni az egyes indextulajdonságok közül a szenzitivitás és a specificitás százalékban történő közlését. Ez komoly segítséget nyújt a mindennapi gyakorlatban az EKG helyes értékeléséhez. Így egyre inkább csökkenni fog az álpozitív és az álnegatív esetek száma. Ennek a fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen az elmúlt évtizedekben ezrével gyártották a helytelen „leleteket”. Ebben az időben jogosnak

tűnt az az eléggé pejoratív megjegyzés, hogy az EKG laboratórium ajtajára a dantei szavakat lehetne felírni: „Ki itt belépsz, hagyj fel minden reménnyel.” Az utóbbi évek elmélyült kutatásai és az igen nagy anyagon tett megfigyelések bár deduktív, de statisztikai alapon történő értékelése egyre biztosabbá tette a módszert, és a klinikai képbe beillesztve azt, komoly segítséget nyújtott a diagnózishoz vezető úton. A munkában a közölt táblázatok, a diszkriminációra alkalmas jelek, számok kellő összeállítása megkönnyítik a tájékozódást.

Az ábrák megszerkesztése, főleg ott, ahol a hagyományos elvezetések mellett a vektorok lefutását is ábrázolja a tér három síkjában, adott esetben a nagy gyakorlattal rendelkező kardiológus részére is segítséget nyújthatnak. Ezeknek az ábráknak és a hozzá tartozó egyszerű és világos ábramagyarázatoknak a részletes és aprólékos áttanulmányozása kétségtelenül hozzájárul annak az új szemléleti módnak a lehető legteljesebb elsajátításához, amellyel rendelkezve az elmúlt zürzavaros letelezéstől teljesen lehet szabadulni.

Elismerés illeti az irodalmi adatok kiválogatását és közlését is. Általában nem túl nagy a hivatkozások száma, azonban a legfontosabbak és legújabb referenciák megtalálhatók. Van olyan fejezet is, amely annak ellenére, hogy igen sok adatot dolgoz fel, egész rövid, de teljesen kielégítő citálást tartalmaz. A hivatkozások legnagyobb része 10 éven belüli, aminek első sorban az a magyarázata, hogy a legújabb ismereteink a 10–15 év előtt bevezetett intrakardiális elvezetések alapján születtek és az új elektrofiziológiai kutatásokat a His-nyaláb EKG tanulmányozása tette lehetővé.

A könyv tartalma igen gazdag és a közölt tételek a mai „modernnek” nevezhető ismereteket tükrözik. A recenzens helyzete éppen ezért nehéznek mondható, mert ha ezt a nagy anyagot méltóan szeretné ismertetni, úgy több oldalt kellene erre igénybe vennie. Nem marad más hátra, mint röviden azoknak a részletekkel foglalkozni, amelyek (talán szubjektíve) legjobban megragadták az ismertető figyelmét és megnyerték tetszését. Az egész munkáról azonban meg lehet állapítani, hogy széles körű és alapos elméleti és gyakorlati ismereteket interpretál igen jó ábra és táblázat anyaggal biztosítva a megértést és az egyes adatok „visszakeresési” lehetőségét.

A könyv 8 fejezetre oszlik. Foglalkozik az elektrofizikai alapismertekkel, a nyugalmi EKG-val, a megterheléskor fellépő esetleges eltérésekkel és azok értékelésével, a pathológiás EEG differenciáldiagnosztikai jelentőségével, ezen belül az ingerképzés és vezetés zavarai, a hypertrophia jeleivel, a coronaria betegségekben és a cardiomyo-

pathiákban előforduló jelekkel. A gyermekkori EKG-nak külön fejezetet szentel nagyszámú saját eset feldolgozása és precíz értékelése alapján. Itt is és az intracorporalis EKG jelentőségét hangsúlyozó fejezetben is elősorban a differenciáldiagnosztikai lehetőségeken van a hangsúly. Ezek szem előtt tartásával mind az álpozitív, mind pedig az álnegatív esetek száma nagymértékben csökkenthető. A His-köteg EKG lényegének és kivitelezésének rövid ismertetése után hangsúlyozzák a módszer igen nagy értékét a rhythmus zavarok megértése és azok helyes kezelése szempontjából. Az elektrofiziológiai kutatások ezzel a módszerrel új és a gyakorlat számára igen értékes szemlélet kialakulásához vezetnek. Az igen komplikált rhythmus zavarok megértését és helyes értelmezését könnyűvé teszi a jól összeállított táblázatok, a közölt ábrák és a könnyen érthető ábraszövegek. A vektorhurkok reprodukálása és a legtöbb esetben a hagyományos elvezetések egyidejű közlése szinte kézzelfogható közelségbe hozzák a hypertrophiák és egyes infarctusok pontos helyének és nagyságának felismerését.

Összefoglalva: a könyv hiányt pótló. Elsőrangú a széles körre kiterjedő tartalom tárgyalása, az összhangot biztosító egységes szemlélet. Ez az egyes fejezetek íróit és a szerkesztőt egyaránt dicséri.

Mindezek alapján a könyv, recenzens véleménye szerint, hamarosan „kézikönyvvé” fog válni.

Bodrogi György dr.

Wilhelm Urbaszek: Diagnostik und Therapie der Herzrhythmusstörungen. Johann Ambrosius Barth, Leipzig. 1982. 222 oldal, 179 ábra, 49 táblázat. Ára: 60 M.

A könyv 3 kardiológiai központ (a rostoki egyetem kardiológiai profilú belklinikája, a drezdai szívsebészeti klinika és a karl-marx-stadti intenzív terápiás részleg) gazdag beteganyagának adatait feldolgozva tárgyalja a szív ritmuszavarainak modern diagnosztikai és terápiás lehetőségeit.

Célkitűzésük már az első néhány oldal elolvasása után egyértelmű: minél kevesebbet beszélni, annál többet mutatni. E célkitűzést 179 ábra és 49 táblázat segítségével remekül meg is oldják.

A mű 2 fő fejezetre oszlik: az 1. részben (általános rész) az ingerképzés, illetve ingerületvezetés fiziológiai, illetve patofiziológiai vonatkozásai, ez utóbbiak hemodinamikai relevanciáival ismerkedhetik meg az olvasók. Jó áttekintést kapunk a ritmuszavarok klasszikus diagnosztikai lehetőségei mellett napjaink invazív lehetőségeiről (intrakardiális, illetve His EKG programozott elektrostimuláció, szinusz csomó elektrofiziológiai vizsgálata stb.).

Ugyancsak e fejezet tárgyalja a modern gyógyszeres kezelést, illetve elektroterápiát adta lehetőségek elméleti és gyakorlati alapjait.

A szerző gazdag személyes tapasztalatainak ismertetése mellett bőven utal a lehetőségek (nyomdai átfutási idő — *rec.*) adta irodalmi adatokra — minden nagyobb témakört követően bővebben ismertetve az irodalomjegyzék formájában.

A diagnosztikus lehetőségek közt komoly helyet kap a carotis sinus masszázis; jól megszerkesztett táblázatból ismerkedhetünk meg a módszer jelentőségével a ritmuszavarok helyes értelmezésében.

A mű 2. része a klasszikusnak nevezhető módon, illetve sorrendben tárgyalja az egyes ingerképzési, illetve vezetési zavarok kórismézéséhez szükséges adatokat (mind a hagyományos, mind az elektrofiziológia adta lehetőségeket). Egységesen minden rendelkezésre álló diagnosztikai lehetőségeit követően (beleértve az elektrofiziológiai, klasszikus elektrokardiográfiai és klinikai differenciáldiagnosztikát is) ismerteti a létrejövő klinikai képet (hemodinamikailag értelmezve). Ezt a terápiás lehetőségek felsorolása követi. Az egységes értelmezhetőséget segíti elő, hogy a már elfogadott nomenklatúrát szükség szerint feltünteti a szerző (pl. Ersatzrhythmen — escape rhythm stb.).

Igen jól sikerült rész foglalkozik a WPW-szindróma illetve szinusz csomó betegség formáival, a felületi, illetve intrakavitális vizsgálatokból nyerhető információkkal, az ezekből levonható terápiás következtetésekkel. Mind e részben, mind a többiekben is feltűnő a szerző józan mértéktartása a betegre adott esetben terhelő invazív diagnosztikai vizsgálatok javallatát illetően. Sok értékes információt nyerhet az olvasó a pace-maker zavarokat tárgyaló fejezetből is.

Néhány zavaró hiba azonban előfordul. Alacsony kamrafrekvenciájú, dekompenzációt eredményező teljes a-v blokkban a szerző első beavatkozásként atropin és diuretikum mellett strophantin alkalmazását ajánlja s ennek sikertelensége esetén javasolja csak a pace-maker. Néhány esetben a közölt EKG nem felel meg a szövegben megadott leírásnak (teljes a-v blokknak minősített esetben a His-EKG alapján jellegzetes Wenckebach periodicitás látható az A-H intervallum típusos nyúlásával; inkomplettnek minősített bal szárblokk a teljes szárblokk összes kritériumait elégíti ki. Alig néhány szó olvasható a szárblokkok diagnosztikai lehetőségei közt az intrinsecid deflection jelentőségéről mind a fascicularis, mind a teljes szárblokkok vonatkozásában. Megkérdőjelezhető, hogy jogosult-e minden tünet nélkül 3 sec.-os sinus leállás esetén carotis sinus szindrómát kórismézni (s nem fokozott carotis sinus érzékenységet). Túlzott-

nak tűnik (jóllehet irodalmi adatokat is idéz) az a megállapítás, hogy idősebb korban a szív eredetű halálozásokban a digitális 3—21%-ban közrejátszik a fatális kimenetelben.

A felsorolt néhány, nem alapvető hiányosság, illetve hiba ellenére a mű igen jó kézikönyvnek tekinthető a maga területén. Értékét csak növeli, hogy a rendkívül gazdag dokumentáció a szerző hazájában előállított EKG készülékkel történt, igazolva, ezek használhatóságát a kardiológiai diagnosztika minden területén. Haszonnal forgathatják a könyvet az általános orvosi gyakorlatot folytatók mellett az e területre specializált szakemberek is.

A szerző (ill. szerzők) érdemei mellett (az ábrák kiválasztásában, a táblázatok megszerkesztésében) a könyv kiállítása (elsősorban az EKG-görbék reprodukálása) a kiadó gondos munkáját dicséri.

Pálossy Béla dr.

Russel, Peter, J.: Genetik. Eine Einführung. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1983. 236 oldal, 262 ábra. Ára: 42,— DM.

A könyv néhány évvel ezelőtt, angol nyelven, *Lecture Notes in Genetics* címmel jelent meg (Blackwell Scientific Publication, 1980). Az akkori előszóban a szerző tankönyvnek ajánlja orvostanhallgatók részére az első zemeszterre. A könyv német fordítója, Klaus Wolf egyetemi oktatói éve alatt éveken keresztül keresett egy modern szellemű genetikai tankönyvet egyetemi oktatás céljára, végül is ezt a könyvet találta a legalkalmasabbnak. A könyv érdeme, hogy a genetika oktatását nem a Mendel-szabályokkal kezdi, hanem a molekuláris biológiai alapismeretekből indul ki és erre alapozza a tanítanivalókat. Ez az elv érvényesül végig a könyvben, bár a klasszikus genetikának is szentel néhány rövid fejezetet.

Az alapvető fogalmak, mint a kromoszómák felépítése, a genetikai kód és annak működése közel 100 oldalt tesz ki, azaz csaknem a könyv felét. Ebben a részben minden fogalomnál külön tárgyalja a fág, a baktériumok és az eukaryoták jellegzetességeit. Így kiemelődik az eukaryoták számos jellegzetessége, pl. a histonok, a repetitív szekvenciák, az eu- és a heterokromatin, a sejtciklus molekuláris regulációja, a meiosis, az egyszerűbb élőlényekénél lényegesen komplikáltabb bioszintézise a riboszómáknak, a különbség a prokaryoták és eukaryoták mRNS-e között stb. Ezen túlmenően, külön fejezetet kap a fággenetika, hogy a

mutáció, a rekombináció megértését jobban elősegítse. A Baktériumok Genetikája c. fejezet a transzdukción és a transzformáción megértése miatt fontos. E két fejezet után ismerteti a géntechnológia alapjait.

Egész rövid, 13 oldalnyi ismertetést ad a humángenetika fontosabb problémáiról. Rövid fejezetben tárgyalja az extrakromoszómális öröklődést, a génextpresszió regulációjának alapfogalmait, s végül összefoglalja a populációs genetikai fontosabb szabályait.

A molekuláris genetikai alapokról kiinduló, rendkívül egyszerű és világos stílusú munka különös fontosságú napjainkban, amikor a molekuláris biológiai technikák klinikai alkalmazása új korszakot jelent a humángenetikában. Ezért a könyvet nemcsak egyetemi hallgatók tankönyvnek lehet ajánlani, hanem minden orvosnak és biológusnak, aki a humángenetika új fellendülését a következő évtizedben is követni kívánja. A könyvet a szerző ugyan 1980 előtt írta, az 1978 után megjelent publikációk nem találhatók meg az irodalom-jegyzékben. Ez azonban nem csökkenti jelentőségét, amely abban áll, hogy segít előkészülni az újra és segít átalakítani szemléletünket.

Egyetemi oktatók részére különösen ajánlható e munka a gazdag és rendkívül szemléletes ábraanyag miatt, amely mint a genetika „képeskönyve” esti lektürként forgatva hasznos és sok ötletet adhat.

Osztvics Magda dr.

Dr. Ludger Veelken: Soziale Geragogik. Haak + Herchen Verlag, Frankfurt/Main, 1982. 500 oldal. Ára: 58,— DM.

A szerző a dortmundi egyetemen az idősök továbbképzésének témavezetője, aki az „*Idősök akadémiája*”-t alapította. Nem. nincs szó tévedésről: az utóbbi években mind több orvostudományi, illetve pedagógiai felsőoktatási intézmény foglalkozik szervezett oktatás keretében a „geragogiká”-val. Általában két tanév keretében teszik lehetővé az idősök nemzedék tanulását, részben aktivitásuk fenntartására, részben a fiatal években különböző okokból meg nem valósult továbbtanulás „kár pótlására”. Az intézményrendszer elnevezése országonként más és más, pl. „a harmadik nemzedék egyeteme”, „veteránakadémia”, „idősök akadémiája”. Büszkélkedhetünk azzal, hogy Magyarországon is sikerült a „geragogika” új útjára lépni. A patinás egri liceumban működő *Tanárképző Főiskola* biztosított helyet a 2 éves képzés immár 2. tanévet is befejezett „Nyugdíjasok Főiskolájá”-nak.

Veelken több éves tapasztalatait foglalta össze kötetében. Könyve első részében elemzi az idősök helyzetét a fejlett társadalmakban. Kiemeli, hogy az idős nemzedék szociális biztonságának megteremtése alapvető; lényeges, hogy az idősök változatlanul a közösségekben érezzék magukat. Cél, hogy a magas életkor ne jelentsen improduktív szakaszt. Az aktivitás minél további fenntartását, elfoglaltság biztosítását kell elérnünk. Szép idézeteket olvashatunk *Beauvoirtól*, az idős ember és az élet, a környezet kapcsolatáról.

A második rész az idős ember önértékelésével foglalkozik. A szerző aláhúzza, hogy a környezethez, a családhoz való viszony, a hasznosság tudatának ébren tartása fontos.

A harmadik rész a geragogika fogalmát, célját, feladatait elemzi. Összetett fogalomkörrel van szó: az idősök képzéséről, neveléséről. A geragogika pl. felkészíti a nyugdíjas évekre, az idős korra, egészségi, jogi ismereteket ad át, egészségneveléssel foglalkozik. A geragogikában tehát sok szakember, pl. orvos, jogász, szociológus, pszichológus, pedagógus érdekelt. A szerző igen helyesen az együttes munkában látja az utat, beleértve a különböző társadalmi szervezetek segítségét is. Magától értetődik az is, hogy nemcsak az ismeretek átadása fontos, hanem az idősödő és az idős egyénben fel kell kelteni az érdeklődést a tudásanyag elsajátítása érdekében. A szerző irodalmi közlések és tapasztalatai alapján erősíti meg, hogy az idős nemzedék képzés új ismeretek befogadására.

A könyv befejező része a dortmundi egyetemen néhány éve bevezetett „*Idősök akadémiája*” eredményeit összegezi. A nemzetközi szakirodalom a szerző elismeréséül „dortmundi modell” néven tartja számon a szociális gerontológia és vívmányát. A szerző bemutatja az idősök felsőfokú képzésének szervezését és tematikáját. Felsorolja tapasztalatait. Az idősök körében népszerű oktatási formát jelent e módszer, az idős hallgatók szorgalma, lelkesedése példamutató. Megemlítjük, hogy azonos megfigyeléseket gyűjtöttünk Egerben.

A kötet végén részletes irodalomjegyzék kapott helyet. *Veelken* munkáját elsősorban a szociális gerontológia szakemberei foghatják haszonnal. Hadd ajánljuk azonban különösen azok figyelmébe, akiknek szűkebb érdeklődési körébe nem tartozik az idős nemzedék. A könyvből ugyanis egvértelműen kiderül: mennyire aktívak az idősök, mennyire fogékonyak minden ismeret iránt, mennyire hozzátartoznak ők is a világunkhoz!

Vértés László dr.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. március 23-án, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

1. *Le van Tach, Gyenes Vilmos, Szabó György*: A mandibula pótlások lehetőségei.

2. *Szabó György, Tach*: A mandibula osteoradionecrosis.

Az Országos Kardiológiai Intézet, a Tatabányai megyei Kórház 1984. március 23-án, pénteken, 9.30 órakor Tatabányán, a NÉPHÁZ kamaratermében (Tóth Bucsoi u. 5.) tudományos ülést tart.

1. *Gyárfás Iván dr.*: Az ISZB előfordulása hazánkban.

2. *Kökény Mihály dr.*: A kardiológiai ellátás szervezése és feladata ISZB-ben.

3. *Jánosi András dr.*: A terheléses vizsgálat jelentősége ISZB-ben.

4. *Lengyel Mária dr.*: Az echocardiographia diagnosztikus lehetőségei ISZB-ben.

6. *Pálik Imre dr.*: A coronarographia lehetőségei és problémái.

Sz ü n e t

7. *Keltai Máttyás dr.*: Az akut szívizom-infarctus kezelése.

8. *Polák Gyula dr.*: Az ISZB belgyógyászati kezelése.

9. *Török Eszter dr.*: A hipertonia kezelése.

10. *Árvay Attila dr.*: Angina pectoris sebészi kezelése.

A Magyar Sebész Társaság 1984. március 24-én (szombaton) de. 10.00 órakor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) évi rendes közgyűlést tart.

A közgyűlést követően kb. 10.30 órakor

„Az antibiotikus profilaxis és a sebészetben” címmel szimpoziumot tartunk.

Üléselnök: *Hüttl Tivadar*.

Üléstítkár: *Kisida Elek*.

1. *Graber H.* (Budapest): Az antimikrobás terápia aktuális kérdései.

2. *Kiss J. I.* (Debrecen): Általános sebészet és mellkassebészet.

3. *Kovács G.* (Szeged): Szívsebészet.

4. *Nagy A.* (Szeged): Colorectalis sebészet.

A Magyar Gerontológiai Társaság 1984. március 26-án, hétfőn, 14.00 órakor, a Semmelweis OTE

Gerontológiai Központ Könyvtárában (VIII., Somogyi B. u. 33.) tudományos ülést tart.

Spellenberg S.: Vertebrobasilaris keringészavar idős korban.

Pénzes L.: Intestinalis rezervkapacitás idős korban.

Ludvig K., L.-né Szegfalvi E., Sziebert T., Török M., Lengyel E.: Az EKG idős korban. Longitudinális vizsgálatok tapasztalatai.

Fekete J., Revák M., Vértes L.: Kórházi szociális gerontológiai részleg működésének kezdeti tapasztalatai.

A Magyar Kardiológusok Társaságának Hypertonia Munkacsoportja 1984. március 26-án, hétfőn, 18 órakor Budapesten, az OTKI Oktatási épület nagytermében (XIII., Szabolcs u. 33.) tartja alakuló tudományos ülést.

1. *Török E.*: Bevezető.

2. *Gyárfás I.*: A hipertonia prevalenciája és incidenciája Magyarországon.

3. *Naszlady A.*: A hipertonia előfordulása célzott egészségügyi lakosság adatai alapján.

4. *Ábrahám Gy., Sonkodi S., Szabó A., Mester J., Lehoczky G.*: Magasvérnyomás-szűrés Csongrádon.

5. *Arnold Cs.*: A hipertonia előfordulása a körzeti orvosi gyakorlatban.

Az előadásokat vita követi.

A Magyar Ortopéd Társaság 1984. március 26-án, hétfőn, 18 órakor, a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagytermében (XI. ker., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.

1. *Kránicz János*: Az izomelváltozások jelentősége veleszületett dongalábnál.

2. *Tarjányi József*: Chiari-féle medenceosteotomia késői eredményei.

3. *Bellyei Árpád*: Pemberton szerinti acetabulum plasztika.

4. *Esetbemutatók.*

17.00 órakor

a klinika könyvtárában

Köllő Katalin: Speciális röntgenfelvételek indikációja és értékelése az ortopédiában (továbbképző előadás).

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága, a Debreceni Akadémiai Bizottság Orvosi és Biológiai Szakbizottsága, a Kórház Intézet közreműködésével 1984. március 26-án, hétfőn, 19 órakor, az Akadémiai Bizottság Székházában (Thomas Mann u. 49.) tudományos ülést rendez.

1. *Prof. Gomba Szabolcs, Varga Éva, Soltész Margit dr., Herczeg*

László dr.: Furosemid hatása a juxtaglomerularis apparátusra.

2. *Nemes Zoltán dr., Thomázy Vilmos dr.*: Neoplasticus histiocyta populatio elkülönítése histiocytákban gazdag lymphomák nem neoplasticus (reactiv) histiocyta komponensétől.

3. *Mikó Tivadar dr.*: Tömeges gyomorvérzéshez vezető solitaer felszínes nyálkahártya-defectusok pathomorphológiája.

4. *Nagy Attila dr., Rádi Péter dr., Soós Gyöngyike dr., Lampé István*: Vese daganatokhoz társuló korai glomerulus elváltozások.

5. *Molnár Péter dr.*: Jelzett thymidin eloszlása daganatszövetben. Újabb szempontok a központi idegrendszer daganatainak sejtkinetikai vizsgálataiban.

6. *Thomázy Vilmos dr., Nemes Zoltán dr., Szeifert György dr.*: Ném specifikus eszteráz hisztokémiai reaktivitása normál és tumoros humán szövetekben.

7. *Mórocz István dr., Molnár Péter dr.*: Az iniencephalia pathológiája.

8. *Szeifert György dr., Nemes Zoltán dr., Thomázy Vilmos dr., Csécei Károly dr., Papp Zoltán dr.*: Decalcinált humán foetalis csontvelő enzimhisztokémiai tanulmányozása.

9. *Tóth Miklós dr., Molnár Péter dr., Lustyik György dr., Dezső Balázs dr.*: Erfali Na⁺, K⁺ tartalom analitikai elektronmikroszkópos vizsgálata egérvesében.

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Fialat Orvosok Tudományos Fóruma 1984. március 27-én, kedden, 14 órakor, a Kórház kultúrtermében tudományos ülést tart.

1. *Bene Ruzena dr., Honti Erika dr.*: Az égett kéz kezelésének specialitásai osztályunkon.

2. *Sikló Judit dr., Vértes László dr.*: Az idős cukorbetegnek multimorbiditása.

3. *Gujdi Judit dr., Turbucz Ágnes dr.*: A porphyria cutanea tarda Dehagil kezeléséről.

A Főv. Korányi Frigyes és Sándor Kórház-Rendelőintézet, a Főv. VI. ker. Vöröskereszt, az Alkoholizmus Elleni Bizottság, a Főv. VI. ker. Tanács Családvédelmi Csoportja 1984. március 28-án, szerdán, 14.00 órakor, a KPVD SZ Barokk-termében (VI., Eötvös u. 25/a) tudományos ülést tart.

Üléselnökök: *Forgách J., Szabó I., Takách G.*: Megnyitó.

Koczák O.: Üdvözlés.

Rábai K.: Az alkoholizmus és az epilepszia.

Búcz I.: A gyógyszerek és az alkoholfogyasztás.

Vértess L.: Az idős kor és az alkoholfogyasztás.

Ménessy G.: Családvédelem és alkoholológia.

Fekete J.: Az Alkohollelenezes Klubokról.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika 1984. március 28-án, szerdán, 15 órakor, a Klinika tantermében (Üllői út 78/a) **továbbképző jellegű tudományos ülést** rendez.

Fráter Lóránd dr.: A hagyományos módszerek jelentősége a szívbetegségek röntgenológiai kórismézésében.

Palik Imre dr.: A szerzett szívbetegségek invazív vizsgálómódszerei.

Prof. Csernay László: Nukleáris kardiológia.

Lengyel Mária dr.: Az echokardiográfia.

Megbeszélés, melynek keretében a hallgatóság által hozott felvételek bemutatásra kerülnek.

A Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság 1984. augusztus 23—25-én Pécsen **vándorgyűlést** szervez.

Főtémák:

Az általános orvos iskolaegészségügyi tevékenysége. A felsőoktatás egészségügye. A gyermekbalesetek megelőzése. Vegyes iskolaegészségügyi témájú előadások és poszterek.

Jelentkezési lap a Társaság címén igényelhető (Budapest, Váradi Sándor u. 35—41., 1032).

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1984. szeptember 10-én Kékestetőn **tudományos ülést** rendez.

Téma: Újabb szempontok az asthma bronchiale kezelésében.

8 perces előadások — részletes összefoglalás csatolásával — bejelenthetők **1984. június 15-ig.** Cím: Pákozdi Lajos dr. Kékestető, 3221.

Az Orvostovábbképző Intézet Pszichiátriai és Klinikai Pszichológiai Tanszéke alapismeretekkel rendelkező szakorvosok és szakpszichológusok részére 1984. október 2—12-ig a Velencei közszéki ÉDOSZ üdülőben képzésre előkészítő **költségtérítéssel Pszichoterápiás tanfolyamot** rendez.

Részletes felvilágosítás és hivatalos jelentkezési lap igényelhető: **Pekár Adrienne** Budapest, Béla kir. u. 10—12. Közp. All. Kórház Pszichoterápiás Osztály rehabilitációs egysége, 1121, tel.: 366-729, 366-770.

20 éves orvostalálkozó. A Szege-di OTE Általános Orvosi Karán **1964-ben végzett orvosok részére évfolyamtalálkozót** szervezünk Szegeden, 1984. október 13-án. Kérjük a volt évfolyamtársakat, pontos címüket juttassák el **Szöllősi János dr.-nak.** Szeged, Semmelweis u. 1., Nőgyógyászati Klinika, 6725. Tel.: 62-10-233.

SALVUS

Nátrium-karbonátos természetes gyógyvíz

Egyes gyomorbetegségek megelőzésében, illetve kezelésében igen jó hatásúak az alkális gyógyvízzel végzett ivókúrák. A SALVUS gyógyvíz a gyomorsavat közömbösíti. Étkezés előtt 2 órával fogyasztva csökkenti a gyomornedv elválasztását. Gastritis esetén a SALVUS gyógyvízzel végzett ivókúra hozzájárul a panaszok megszüntetéséhez.

A SALVUS gyógyvíz alkalmazható a cukorbetegség kezelésében is. Az alkáliák hatására csökkenhet a vércukor, enyhébb esetekben javul a tolerancia. A SALVUS gyógyvíz jó hatású a légutak elhúzódó gyulladásos megbetegedéseinek gyógyításában. A mélyebb légutak nyálkahártyájára porlasztva juttatva — mint inhalálás — gyógyhatását fokozottan fejti ki, mert az ásványi alkatrészek felszívódása a nagy kiterjedésű légzőfelületről gyorsan megy végbe.

RENDELÉS

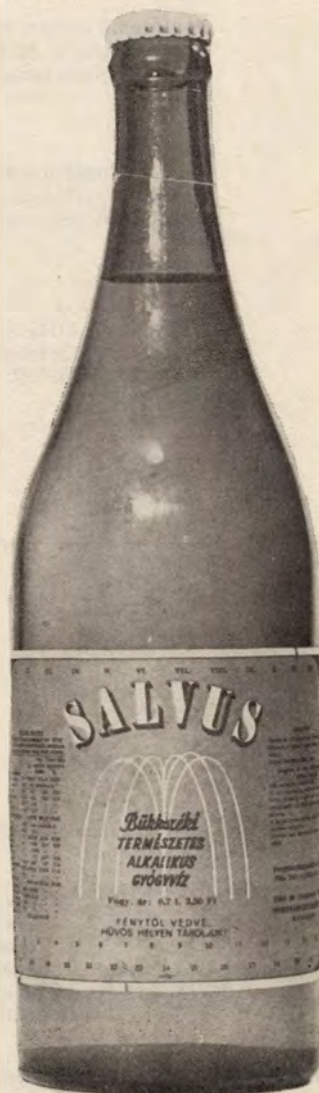
A SALVUS GYÓGYVIZZEL VÉGZETT IVÓKÚRA TARTAMA 4 hét. Ajánlatos a gyógyvizet használat előtt vízfürdőben 38—40 °C-ig felmelegíteni, és melegen 3—4 perc alatt kortyonként fogyasztani.

Javasolt adag gyomorbetegség és cukorbetegség esetén: naponta háromszor, étkezés előtt 1 órával 2 dl, urat diathesisben kezdő adag naponta háromszor, étkezés után 1 dl; légúti gyulladásos megbetegedésekben naponta ötször 1—2 evőkanállal. A túlalkalizálás megelőzésére figyelemmel kell kísérni a vizelet vegyhatását.

Az ivókúra mellett az étrendi előírásokat be kell tartani!

Az ivókúrát gyomorbetegségben tanácsos évente kétszer megismételni.

Cukorbetegség esetén rendszeres fogyasztása célszerű.



Az **Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár** az alábbi szolgáltatásokat nyújtja megrendelőinek a hazai és a nemzetközi szakirodalomból:

a *Témafigyelő Szolgálat* az orvostudomány 35 féle szakterületéről válogatott idegen nyelvű közlemények magyar nyelvű referátumait szolgáltatja. A kartonok egyéni dokumentáció kialakítására alkalmasak. Egy-egy téma évi előfizetési díja 300,— Ft. Ezért havonta témánként 10 referátumot kap a megrendelő.

*

A *Gyorstájékoztató Szolgálat* a hazai és külföldi szakirodalom 78 témakörét figyeli. A kartonon a szokásos bibliográfiai adaton kívül (szerző, közlemény címe, folyóirat adatai), a szerző munkahelyi címe is megtalálható. A szolgáltatás évi előfizetési díja témánként 200,— Ft.

*

A *Fordítószolgálat* évente többszáz külföldi szakközleményt fordít le. E fordítások jegyzékét a „Gyógyszereink” című folyóirat havonta közli, amelyek alapján a fordítások másolatai megrendelhetők 5,— Ft-ért.

*

Egyéni, vagy intézeti megrendelésre, idegen nyelvű közlemények magyarra fordítása, illetve kéziratok idegen nyelvre fordítása is lehetséges.

*

Irodalomkutatás megrendelhető egyéni igény szerint bármely orvosi témakörből. A bibliográfia tartalmazza a kért nyelvterület és időszak releváns szakközleményeinek címadatait a hazai és a külföldi szakirodalomból. A szolgáltatás alapdíja 50,— Ft.

*

A *Tartalomjegyzék sokszorosító szolgálat* keretében 400-nál több külföldi szakfolyóirat tartalomjegyzékének fénymásolata rendelhető meg. Az évi előfizetési díj a folyóirat periodicitásától függően változik (40,— Ft-tól 400,— Ft-ig).

*

A szolgáltatások részletes ismertetését, valamint a szakirodalmi tájékoztatás egyéb formáit az OIK propaganda füzete tartalmazza, amely díjmentesen igényelhető. Postai cím: Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár Bp. Pf. 452. 1372, tel.: 343-789.

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



84.0615 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030-6002 • INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1877-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
PETRI GÁBOR DR.
RÁK KÁLMÁN 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

13. SZÁM

*

1984. MÁRCIUS 25.

TARTALOMJEGYZÉK

Mayláth Eszter dr.:

Pszichoszociális faktorok jelentősége
a schizophreniában 747

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Ternai Antal dr., Kulcsár Gizella dr.,
Dán Pál dr., Pataki Ilona dr.,
Veszelszky Iván dr. és Nász István dr.:

Hüvelyi mikrobák vizsgálata
nővédelmi rákszűrések kapcsán 753

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Tóth Sára dr. és Osztovics Magda dr.:

Magzatvízsejtek morfológiai vizsgálata
középidős terhességekben 757

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Banai János dr., Surján László dr.,
Szántó Imre dr. és Kun Miklós dr.:

Mikor gondoljunk felnőttkori coeliakiára? 763

RITKA KÖRKÉPEK

Tímár László dr., Káli Gábor dr.
és Budai József dr.:

Rubeolát követő progresszív panencephalitis 769

Beszámolók, jegyzőkönyvek 775

Folyóiratreferátumok 777

Levelek a szerkesztőhöz 795

Könyvismertetés 797

Megjelent 794

Hírek 803

Pályázati hirdetések 799

PHENYLBUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK **Felnőtteknek:** Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthriti 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 műteti előkezelése, gyulladása (kemoterápia mellett).
Adjuvánsként: epididymitis, prostatitis, urethritis, cystitis.
Angiológia: thrombophlebitis, lymphangitis.
Ophthalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis.
Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

ELLENJAVALLATOK Ritmuszavarok, vitium cordis, myopathia cordis chronica, pirazon érzékenység, vese- és májbetegségek, gyomor- és nyombélfekély, vagy azokban az esetekben, amikor a beteg anamnézisében 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 trimeszterben mérlegelni kell a kezelés kockázatát és az elérhető hatást.

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

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

GYÓGYSZER- 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

Pszichoszociális faktorok jelentősége a schizophreniában

Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (igazgató: Tariska István dr.)
I. Férfi Osztály (főorvos: Kuncz Elemér dr.)

Napjainkra a schizophrenia kutatás biológiai irányzatai mellett a környezeti tényezők szerepét kutató irányzatok is jelentős eredményeket hoztak. A szerző áttekinti a schizophrenia kialakulására predisponáló, lefolyását módosító és tüneteinek fellépését precipitáló környezeti és családi tényezőkkel, életeseményekkel, megterhelő élethelyzetekkel foglalkozó szakirodalmat. Kiemeli ezen környezeti faktorok jelentőségét terápiás és prognosztikus szempontból.

Importance of psychosocial factors in schizophrenia. In addition to the biological research-trends of schizophrenia investigations on the environmental factors have achieved also important results recently. The author surveys the literature concerning environmental, and family factors in addition to burdening life-events and life-situations, which are predisposing to the development of schizophrenia, or may modify its progression and precipitate the appearance of the symptoms. The importance of these environmental factors is emphasized from therapeutic, and prognostic points of view.

Az utóbbi évtizedekben a schizophrenia kutatás biológiai irányai mellé felzárkóztak a környezeti tényezők szerepét kutató irányzatok is, amelyek a betegség keletkezésében és lefolyásában a biológiai faktorokon kívül különböző ökológiai, szocio-ökonómikus és familiáris faktoroknak is szerepet tulajdonítanak (26). *A szociálpszichiátriai szemlélet szerint a környezeti tényezőknek a schizophrenia keletkezésére predisponáló, lefolyását módosító, tüneteinek fellépését precipitáló szerepük lehet* (49). E szemlélet klinikai jelentősége, hogy

- A) a szociális tényezők predisponáló és módosító szerepe miatt a beteg sorsát a kórkép biológiai természete és szociális következményei együttesen határozzák meg,
- B) bizonyos élethelyzetek és életesemények precipitálják a tünetek fellépését, illetve az újabb állapotrosszabbodást.

Tanulmányunkban megkíséreljük a pszichoszociális faktorok jelentőségével foglalkozó szakirodalmi adatokat röviden, rendszerezetten áttekinteni.

A)

A schizophren megbetegedés kimenetele komplex fogalom, mely a tradicionális pszichopatológiai ismérvek leírásán kívül (pl. a különböző lefolyástípusok) a betegség szociális következményeit is magában foglalja. *A betegség prognózisára vonatkozóan tehát a kezdet és a lefolyás hagyományos faktorain — premorbid személyiség, kezdeti képessége, lefolyási típusok stb. — kívül a szociális kimenetel prognosztikai faktorait is figyelembe kell vennünk* (12).

Wing a szociális kimenetel kifejezés helyett a *szociális rokkantság* fogalmát használja, melyért a faktorok három fő csoportja a felelős:

1. A betegségtünetek közvetlen következményei az *elsődleges szociális hátrányok*. Az

akut szakasz után visszamaradó sérülékeny személyiség, a gondolkodászavarok és az érzelmi elszegényesedés vezethetnek szociális zavarokhoz.

2. *A másodlagos hátrányok* a betegségre való reakciókból fejlődnek ki, ilyenek a hosszú ideig intézetben kezeltéknél leírt „institucionalizmus” szindróma és a betegség során kialakuló függőségigény.
3. *A premorbid szociális hátrányok* olyan negatív szociális faktorok, melyek már a betegség kitörése előtt fennálltak. *Ezek a korai szociális hátrányok a betegség adott időszakában észlelt aktuális szociális hátrányokkal együtt természetesen komplex élethelyzeteket jelentenek* (25).

Az élethelyzeteket a katamnesztikus vizsgálatok során olyan egyszerűbb szociális jegyekkel ábrázolhatjuk, melyek a betegség gyakoriságával, a lefolyás egyes jellegzetességeivel korrelálnak. Ily módon ezeket a szociális jegyeket a *schizophren megbetegedés rizikó indikátoraiként* (Hartmann), illetve a *szociális kimenetel prognosztikai faktoraként* kezelhetjük (Ciompi).

Az alábbiakban a premorbid, korai, illetve az aktuális szociális hátrányok néhány fő tényezőjét ismertetjük.

Ökológiai faktorok

Kimutatták, hogy a nagyvárosok központi, szegény negyedeiben magasabb a schizophrenia első kórházi felvételeinek a száma (23, 21, 27). Több szerző úgy véli, hogy a jelenség oka a schizophren betegek nagy földrajzi mobilitása. A betegek nem sokkal betegségük manifesztációja előtt ezekbe a negyedekbe sodródnak vonzódva az ott fellelhető névtelenséghez és elszigeteltséghez (17). Mások ezen városrészek dezorganizáltságát, az itt érvényesülő szociális nyomást és stresszeket oki tényezőnek tartják

(3). A schizophren betegek szegényebb negyedekben való koncentrációját a földrajzi mobilitás mellett az átlagosnál jobban lefelé tartó inter- és intragenerációs mobilitásuk is okozza (19, 25).

Szocio-ökonómikus faktorok

A schizophren betegek réteghelyzetével, inter- és intragenerációs mobilitásával, iskolai teljesítményével, szakképzettségével, egzisztenciális pályafutásával, szociális kapcsolataival foglalkozó vizsgálatok tartoznak ide. Ezek a vizsgálatok az előzőekkel szemben nem a betegség gyakoriságára, hanem elsősorban a *lefolysára* (hospitalizációk hossza és gyakorisága) és a *szociális kimenetelre* (visszatérés a munkába, megfelelő lakóhely, szociális kontaktusok megtartása), másodsorban a *pszichopatológiai kimenetelre* vonatkozó prognosztikai faktorokat tártak fel.

Hollingshead és Redlich (30), majd 10 év múlva Myers és Bean (39) New Havenben folytatott vizsgálataik során arra a következtetésre jutottak, hogy alacsonyabb réteghelyzetű betegeknek nagyobb esélyük van a kórházba kerülésre, ott hosszabb ideig kezelik őket, és elbocsátásuk után nehezebben illeszkednek be ismét a társadalomba, mint hasonló pszichopatológiai képet mutató, de magasabb rétegből származó társaik. Cooper (16) sokkal több krónikus, nem gyógyuló esetet talált az alsóbb szociális rétegekből származóknál és az egyedül élőknel. Irle és Pörksen vizsgálataiban azonos pszichopatológiai kép és gyógyszereszedés mellett azok a betegek estek vissza, akik szüleikkel éltek, mégis egyedül töltötték szabad idejüket, akiknek kevesebb ismerősük és barátjuk volt, akik munkájukkal elégedetlenek voltak, kevés sikert értek el (31). Ciompi és Müller vizsgálatai szerint a premorbid családi és munkahelyi alkalmazkodóképesség, a foglalkozási státusz pozitívan korrelál mind a pszichopatológiai, mind a szociális kimenetellel (14). Degkwitz és mtsai 2 évnél tovább kórházban kezelt schizophrenek anamnézisében több iskolai kudarcot, alacsonyabb végzettséget és gyakoribb szakképtelenséget találtak, mint azokéban, akiket rövidebb idő után elbocsátottak (18). Strauss és Carpenter 5 éves katamnesztikus vizsgálat alapján a tünetek kitörését megelőző szociális kontaktusokat és egzisztenciális pályafutást találták a legjobb előrejelzőnek mind a pszichopatológiai, mind a szociális kimenetel szempontjából (45). Ciompi, Dauwalder és Agué a rehabilitáció sikerét meghatározó faktorokat keresték. A sikeres rehabilitáció szempontjából előnyösnek találták a jobb munkahelyi emberi kapcsolatokat, a beteg munkába állásával kapcsolatos pozitív elvárásokat és azt, ha a beteg csak rövid időre esett ki a munkából (13). Hartmann 2 évnél hosszabb ideig hospitalizált schizophrenekről megállapította, hogy — szemben a nem krónikusan hospitalizáltakal — azok nagyobb számban származnak alsóbb rétegekből, gyakrabban vallottak kudarcot már az általános iskolában, képzettségük alacsonyabb, gyakrabban egyedülállóak és állástalanok a felvételük idején.

Familiáris faktorok

Meg kell különböztetnünk azokat a vizsgálatokat, amelyek a schizophren betegeknel:

a) a *családi szerkezet hibáit elemezték, ezeket oki tényezőknek tartva, de nézeteiket nem tudták epidemiológiailag bizonyítani, és azokat, amelyek*

b) *habár nem adtak képet a családról, mint egészről, epidemiológiai módszerekkel támasztották alá, hogy a család egyes jellegzettségei a korai ill. az aktuális szociális hátrányok közé sorolhatók, s így a lefolysban játszanak szerepet.*

a) Az ún. *családeóriák* közös álláspontja, hogy a schizophrenia oka valamilyen módon a szülőkkel való viszonyban keresendő (28). Bateson „double-bind” teóriája sajátos kommunikációs zavart tárt fel a beteg és az anyja között (2). Lidz és mtsai a schizophren családokban szétört interakciókat, struktúraeltolódást illetve struktúrahasadást feltételeznek (37). Wynne ezekben a családokban fragmentálnak és amorfnak látja a kommunikációt, az itt felnövekvő gyermek későbbi schizophren gondolkodászavaraiban szerinte ezek a kommunikációs minták jelennek meg (50). Leff és Hirsch részletesen elemzik ezeket az elméleteket, áttekintést adva az utánvizsgálatokról és a különböző bizonyítási kísérletekről (34, 28). Véleményük szerint ezek a kutatók kevés eset alapján túl komplex magyarázatokra törekedtek, nem hasonlították össze a vizsgált családokat normál egyének vagy más betegségekben szenvedők családjával, és végül már a megbetegedés kialakulása után végezték vizsgálataikat, így nem különíthették el a következményes változásokat.

b) *Bár a későbbi vizsgálatok sem tudták a komplex teóriákat bizonyítani, feltárták a schizophrennek családjának és a szülők személyiségének néhány sajátosságát, melyek ha nem is kóroki tényezők, a lefolysát és a kimenetelt befolyásolják.*

A *korai szociális faktorok* közé sorolhatók a *gyerekkori családi légkör és a beteg saját családi állapota*. Waring és Ricks utólag kikeresték 18 000 nevelési tanácsadóban kezelt gyerek közül annak az ötvennek a kartonját, akik később schizophreniában betegedtek meg. Megállapították, hogy különösen azoknál, akiknek betegsége krónikus lefolysú volt, gyermekkorban gyakoribb volt az anyától való szoros függés és a szülők közötti házassági konfliktus, mint a kontroll csoportban (48). Alanen schizophren illetve neurotikus betegek és egészséges személyek anyját hasonlította össze. Kiderült, hogy a krónikus férfi schizophren betegek anyja túlgondoskodó, ld. „overprotektív”, a nőké inkább ellenségeskedő (1). Hirsch említett összefoglaló tanulmányában még hét szociálpszichológiai vizsgálatra hivatkozik, melyekben a schizophren betegek szülei között gyakoribb házassági konfliktusokat, ellenséges, sokszor nyíltan agresszív légkört találtak.

A betegek családi állapotára vonatkozóan említettük már Coopert, aki szerint egyedül élő betegek között több a krónikus, hosszabban hospitali-

zált eset, mint a családosoknál (16). Más vizsgálatok szerint házásoknál előnyösebb a pszichopatológiai lefolyás (44) és rövidebb a hospitalizáció (6). *Todd és mtsai* 1976-ban az 1970 óta felvett, és azóta krónikusan hospitalizált betegeknek kimutatták, hogy kis részük volt valaha is nős, ezek is nagyrészt elvesztették a kapcsolatot feleségükkel már kórházba kerülésük előtt (46). *Ciampi és Müller* az említett szocio-ökonómikus prognosztikai faktoraikkal együtt a házasság állapotát is pozitív prognosztikai jelnek találták, ugyanígy *Ciampi és Dauwalder* is.

A szociális kimenetel és a lefolyás szempontjából számos *aktuális családi tényező jelentőségét is vizsgálták*. A családtagok látogatásának gyakoriságát (7) találták fontosnak a krónikus hospitalizáció előrejelzésében. A betegség krónikussá válásában pedig a hozzátartozók elbocsátással kapcsolatos attitűdjét látták az egyik leglényegesebb faktornak (41). *Ciampi, Dauwalder és Agué* vizsgálatai szerint a rehabilitáció sikerének egyik legjelentősebb komponense, hogy a családtagok elvárják-e a betegről a jó munkateljesítményt. *Ciampi* későbbi tanulmányában külön felhívja a figyelmünket még egy, sokszor elhanyagolt tényezőre, a család anyagi helyzetére is.

Összefoglalva tehát az eddig felsorolt célzott vizsgálatok eredményeit: schizophreniára prediszponáló, a lefolyás néhány jellegzetességét és a szociális kimenetelt befolyásoló korai és aktuális szociális hátrányokat ismerünk. A *korai, más néven premorbid szociális hátrányok* közé sorolhatjuk az alsóbb rétegekből, a nagyvárosok dezintegrált negyedeiből való származást, az alacsony iskolai végzettséget, a szakképzetlenséget, a szétértékelte struktúrájú, konfliktusokkal teli családban való nevelkedést és a saját család hiányát. *Aktuális szociális hátrány* az anyával való szoros kapcsolat, általában a szülőkkel való együttélés, a barátok és ismerősök hiánya, a munkahelyi sikertelenség, a családtagok rehabilitációs elvárásainak hiánya, negatív attitűdjük a hazabocsátással szemben és a család rossz anyagi helyzete.

A pszichoszociális faktorok prediszponáló és a lefolyást módosító szerepének magyarázatára olyan, több tényezőt, feltételt is figyelembe vevő betegségmodellek születtek, amelyek a biológiai faktorokon kívül érvényesülő szociális tényezők hatását eltérően értékelik. Ilyenek:

1. Szelekciós hipotézisek

A szelekciós teóriák a schizophreneknél tapasztalható nagyszámú korai szociális hátrányt azzal magyarázzák, hogy a betegek személyiségének fejlődése már a tünetek megjelenése előtt zavart, emiatt gyenge a szociális alkalmazkodóképességük; így módon hátrányos szociális helyzetüket következménynek tekinthetjük. Így magyarázzák a lefelé tartó státuszmozgást, ide sorolható a földrajzi mobilitás sodródási, „drift” hipotézise is (19, 17).

Ciampi és Müller szerint az alacsonyabb foglalkozási státusz, a rosszabb munkahelyi és családi alkalmazkodás azért utalnak krónikus lefolyásra, mert a már eleve zavart énefejlődés, az ún. „éngyengeség” kifejezői. A nőtlen férfiaknak a krónikus be-

tegek közötti magas arányát szintén a szelekcióval szokás magyarázni: a már eleve sérült személyiségű férfiak házassági esélye kisebb, sérültebb személyiségük miatt egyben ők a krónikus folyamat várományosai (25).

2. Hospitalizációs hipotézisek

Ezen teóriák szerint a szociális jegyek nem a betegségfolyamatra, hanem a kórházi felvételre és kezelésre hatnak. A betegség zajlása, beleértve a pszichopathológiai és szociális következményeket is, mindvégig független a betegséget megelőző és kísérő szociális körülményektől. A kórházi felvétel időpontját és a kezelés tartamát azonban már együttesen határozzák meg. *M. Bleuler* már a negyvenes években elhagyta a lefolyás kritériumai közül a hospitalizáció tartamát, mert felismerte, hogy ez inkább a szociális körülményektől függ (4). Említettük *Todd* vizsgálatait, aki kimutatta, hogy a hosszabb hospitalizáció szempontjából mennyire jelentős a támogató hozzátartozó, általában a kapcsolatok elvesztése. Ezen csoportba sorolhatók *Hartmann* és *Wing* többször említett nézetei is. Bár a hospitalizációs hipotézisek nem tárnak fel mélyebb összefüggéseket a betegség keletkezésével kapcsolatban, a krónikus hospitalizáció előrejelző faktorainak kimutatásával a rehabilitáció jobb megtervezését teszik lehetővé. Szembesítenek bennünket azzal a ténnyel is, hogy nemcsak a pszichológiai károsodás és a tesztekben kimutatható szociabilitás, hanem sokkal inkább a foglalkozási és egyéb szociális körülmények döntik el a hazabocsátást és a kórházba való visszatérést (15).

3. Szociogenetikus hipotézisek

Szélesebb értelemben véve a szociogenezis fogalmát, minden olyan teóriát ide szokás sorolni, amely a környezeti faktoroknak oki szerepet tulajdonít akár a betegség keletkezésében, akár lefolyásában, függetlenül attól, hogy ezt a szerepet kizárólagosnak vagy egy multifaktoriális, genetikai tényezőket is felölelő rendszer részének tartja-e. Ezen nézetek a schizophren megbetegedés koncentrációját az alsóbb rétegekben az itt fellelhető dezorganizáció és anómia *Farris* (23), illetve az állandó szociális nyomás és stresszhelyzetek *Birley* (3) közvetlen hatásával magyarázzák. Ide sorolhatók az említett családteóriák is, akár a személyiségfejlődésen keresztül érvényesülő közvetett, akár a stresszfaktorok általi közvetlen oki kapcsolatot feltételezik. Ide tartoznak többek között azok a magyarázatok is, amelyek az aktuális szociális és familiáris hátrányok szerepét a sérült szociális védettségében („support”) keresik. Végül érdemes példaként említeni *Goffmant* is, aki szerint a krónikus schizophren betegek magatartásának sajátosságai a hospitalizációs körülményekre vezethetők vissza (24).

B)

Az élethelyzetek és életesemények szerepe a schizophren tünetek fellépésében a pszichiátria egyik vitatott kérdése. A klasszikus iskolák közül *A. Meyeré* volt az, amely meghatározó jelentőséget

tulajdonított az életeseményeknek. Nézete szerint ugyanis a schizofren megbetegedés, mint félresikerült alkalmazkodási reakció, természetes kimenele egy olyan élettörténetnek, melyben az egyén a traumatikus élethelyzeteket sorra célszerűtlen viselkedésmintákkal próbálja megoldani. Maguk a schizofren tünetek pedig a félresiklott alkalmazkodási reakció következtében felborult pszichés egyensúly helyreállítására irányuló kompenzációs kísérletek. A. Meyer véleménye szerint minden beteg kórképe egyedi, sajátos jelenség, mely a beteg élettörténetéből, jellegzetes személyiségreakcióiból, viselkedésmintáiból érthető meg (38). Ezzel szemben M. Bleuler pl. úgy véli, hogy bár a kedvezőtlen életkörülmények nagy szerepet játszanak a schizofrenia kialakulásában, senki nem fedezett még fel egy specifikus pszichológiai stresszt a schizofreniek élettörténetében és egy más típusú stresszt, mellyel az emberek elkerülnék a schizofrenné válást. Ily módon szerinte az öröklött hajlamok és a környezeti stressz által kiváltott reakciók összefonódnak a schizofrenia kifejlődésében (5).

Napjainkban a pszichiátriában az ilyen jellegű átfogó betegségmagyarázatokkal szemben azonban az életesemények, életkörülmények szerepének kutatásában is a matematikai módszerekkel kiértékelt megfigyelésekre és vizsgálatokra támaszkodó aprólékos adatgyűjtés került előtérbe. Az ily módon összegyűjtött részadatok, megfigyelések és tapasztalatok alapján ma az átfogó betegségkonceptió hiányában is levonhatjuk a következtetést, hogy:

A környezeti tényezőknek megbetegedésre predisponáló és a lefolyást módosító szerepük mellett a tünetek fellépésében és a zajló megbetegedés során jelentkező visszaesésekben precipitáló szerepük is lehet.

1. Állapotrosszabbodást válthat ki a beteg viselkedése olyan környezetbe, mely számára érzelmileg megterhelő.
2. Bizonyos események gyakrabban fordulnak elő közvetlenül a tünetek fellépése előtt.

A schizofren betegek tehát fokozottabban érzékenyek mind bizonyos akut, mind bizonyos krónikus stresszhelyzetekre (34).

1.

A fenotiazinok bevezetése után néhány évvel nyilvánvalóvá vált, hogy a környezeti tényezők jelentős szerepet játszhatnak abban, hogy a betegek egy része rendszeres gyógyszeres kezelés mellett is visszaesik. Brown és mtsai ötéves retrospektív vizsgálatban megállapították, hogy a szüleikkel vagy házastársukkal élő betegek súlyosabb magatartászavarokat mutatnak és többször visszaesnek, mint azok, akik egyedül élnek (10). Leff és mtsainak vizsgálataiban a betegek 30%-a élt egyedül, míg azok, akik gyógyszeres kezelés mellett visszaestek, valamennyien hozzátartozókkal éltek (35). Az ellentmondást, ami a családos betegek említett jobb prognózisa és ezen adatok között van, a családi légkör finomabb vizsgálatai oldják fel. Ezekből kiderül, hogy a hozzátartozókkal élő és mégis visszaeső schizofren betegek sajátos, negatív atmoszférájú ot-

toni környezetben élnek. Brown és mtsai 9 hónap alatt visszaesett és tünetmentes betegek családjának érzelmi légkörét mérték a 60-as években kidolgozott módszerrel (9). A hozzátartozók által kifejezett érzelmek szintjét, az ún. EE (Expressed Emotions) értéket a hozzátartozók kritikai megnyilvánulásait, ellenségességét és érzelmi bevontságát mérő skálák összesítéséből nyerték. A magas EE értékű családokban, ahol tehát szoros az érzelmi kapcsolat, sok az ellenséges és kritikus megnyilvánulás, gyakoribb a beteg visszaesése. Vaughn és Leff a módszer további finomításával megállapították, hogy a magas EE értékű családokban élő beteget a fenotiazinok szedése és a hozzátartozókkal való érintkezés kerülése: az ún. „face to face” kontaktusok csökkentése védheti a visszaeséstől (47). Azóta újabb vizsgálatokkal bizonyították, hogy neuroleptikumot szedő schizofren betegeknel a relapsusok számának szignifikáns csökkenése érhető el a hozzátartozókkal való kevesebb kontaktusra, ill. a hozzátartozók kritikus megnyilvánulásainak, túlzott érzelmi bevontságának mérséklésére irányuló családterápiás módszerrel (22).

Ezek ismeretében egyetérthetünk Hirsch véleményével, aki szerint napjainkban úgy tűnik, hogy *jelentősen csökkenthetjük a schizofren betegek visszaesésének rizikóját a megfelelő gyógyszeres kezelés és az érzelmi légkör ezen sajátos szempontjait is figyelembe vevő családterápiás módszer együttes alkalmazásával* (29).

2.

Már az életesemények és az akut schizofren tünetek közötti kapcsolatot feltáró szisztematikus vizsgálatok előtt is számos megfigyelés utalt arra, hogy *intenzív adaptációt igénylő helyzetekben megnő az akut megbetegedések száma*. Feltárták például, hogy a bevándorlók között több a schizofren megbetegedés letelepedés után közvetlenül, mint a későbbiekben (16), hogy az egyetemi kollégiumokban több a megbetegedés az elsőévesek között, hogy a katonaság alatt az első hónapokban többszörös a megbetegedések száma, mint a későbbiekben (43) és végül, hogy azon szegény családok, amelyeknek schizofren hozzátartozójuk van, a betegség kitörése előtti évben szignifikánsan több stresszjellegű eseményt éltek át, mint a többi család (42). Rendszeresen kontrollált, gyógyszereszedő betegek közül a visszaeső betegek 89%-ánál észlelték, hogy a recidívát megelőző öt hétben valamilyen fontos eseményt éltek át, míg ilyen esemény ugyanebben az időszakban a tünetmentes csoportban csak 29%-ban fordult elő (36). Brown és Birley londoni, ill. Jacobs és Myers New Haven-i átfogó, módszeres vizsgálatai alátámasztották eme szórványos megfigyeléseket és részletes elemzést adtak az események struktúrájáról is (8, 32). Brown és Birley 50 első felvétel, ill. relapsus miatt kezelt schizofren beteget összehasonlítottak egészségéses kontroll csoporttal. Megállapították, hogy a tünetek kirobbanása előtti három hétben ugrásszerűen nő a betegek akarától és magatartásától független események száma. Ezek egyaránt lehetnek kellemesek és kellemetlenek, van közöttük néhány szokatlanul súlyos stressz, a többi

esemény inkább a szociális környezet hirtelen változásával kapcsolatos. *Jacobs és Myers* 62 első felvételes betegnél azt tapasztalták, hogy a betegség manifesztálódását megelőző hat hónapban szignifikánsan több kellemetlen, szerepváltással, családi válsággal, jogi problémákkal és lakóhely-változtatással kapcsolatos eseményt éltek át, mint az egészséges kontrollok. *A vizsgálatok tanúsága szerint a schizophreniára hajlamos egyének tehát érzékenyebbek a szokásos hétköznapi eseményekre és stresszhatásokra is, ha ezek a szociális védettség akár csak átmeneti felborulásával járnak* (20). Az életesemény-kutatásokra azonban még számos kérdés megválaszolása vár: vajon az életesemények a tünetek keletkezésében vagy csak kiváltásában játszanak-e szerepet, milyen a kapcsolatuk a különböző exogen és endogen predisponáló faktorokkal, egyforma hatásuk van-e az első betegségi fázisban és a későbbi visszaesésekben, van-e bizonyos életesemények iránt specifikus érzékenység (20) és végül, hogy egyáltalán van-e olyan vizsgálómódszer, mellyel megbízhatóan előhívhatók az események (40).

A pszichoszociális faktorok jelentőségének felismerése fontos mind elméleti, mind gyakorlati szempontból. Elméletileg talán közelebb visz bennünket egy olyan komplex betegségmodell megalkotásához, amely a biológiai és szociális faktorok egymásra hatását, dinamizmusát is figyelembe veszi. Mindennapi gyakorlatunk számára azonban a komplex modell hiányában is felvázolhatjuk a schizophrén beteg jellegzetes életútját, aki öröklött biológiai hajlama és a korai hátráltató szociális tényezők miatt hiányos védekezési mechanizmusokkal rendelkezik, majd aktuálisan hátrányos szociális körülményei külső védettségét is csökkentik, ily módon fokozottan érzékennyé válik bizonyos eseményekre és érzelmileg megterhelő helyzetekre, amelyek eredője a betegség manifesztálódása vagy akut rosszabbodása. Bármilyen álláspontot foglalnunk el tehát az oki tényezők súlyával, szerepével kapcsolatban, a beteg prognózisa, rehabilitációja szempontjából elengedhetetlen életútjának, szociális körülményeinek, emberi kapcsolatainak felderítése is.

IRODALOM: 1. *Alanen, Y. O.*: The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1966, 42, Suppl. 189. — 2. *Bateson, et al.*: Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1956, 1, 251. — 3. *Birley, J. L. T., Brown, G. W.*: Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects. *Brit. J. Psychiatr.* 1970, 111, 327. — 4. *Bleuler, M.*: Krankenheitsverlauf, Persönlichkeiten und Verwandtschaft Schizophrener und ihrer gegenseitigen Beziehungen. Thieme, Leipzig 1941. — 5. *Bleuler, M.*: Today's concept of schizophrenia. *Trans. Stud. Coll. of Physic. of Philadelphia*, 1973, 41, 2, 69. — 6. *Bromet, E., Harrow, M., Tucker, G. J.*: Factors related to short-term prognosis in schizophrenia and depression. *Arch. Gen. Psych.*, 1971, 25, 148. — 7. *Brown, G. W.*: Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. *Acta. Psych. Scand.* 1960, 35, 414. — 8. *Brown, G. W., Birley, J. L. T.*: Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health and Soc. Behav.* 1968, 9, 203. — 9. *Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. K.*: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Brit. J. Psychiatr.* 1972, 121, 241. — 10.

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B., Wing, J. K.: cit. *Leff, J. P.* 1981. — 11. *Buda B.*: „Double-bind” kommunikációs-szociálpszichológiai elmélet a schizophrénia keletkezéséről. *Magyar Pszich. Szemle*, 1965, 22, 540. — 12. *Ciampi, L.*: The social outcome of schizophrenia, in.: *Wing, J. K., Kielholz, P., Zinn, W. M.* (ed.): Rehabilitation of patients with schizophrenia and with depressions, H. Huber, Bern—Stuttgart—Vienna, 1981. — 13. *Ciampi, L., Dauwalder, H. P., Agué, C.*: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker, III. Langsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik, *Nervenarzt*, 1979, 50, 366. — 14. *Ciampi, L., Müller, E.*: Lebensweg und Alter der Schizophrenen, *Springer, Berlin—Heidelberg—New York*, 1976. — 15. *Clausen, G. T.*: Some problems of design and inference in studies of community tenure, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1972, 155, 22. — 16. *Cooper, B.*: Social class and prognosis in schizophrenia. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1961, 15, 17. — 17. *Cooper B.*: Epidemiology, in.: *Wing, J. K.* (ed.): Schizophrenia. Towards a New Synthesis, Academic Press, London, 1978. — 18. *Degkwitz, R. et al.*: Katamnesen langfristig entlassener schizophrener Kranken im Vergleich zu langfristig hospitalisierten Fallen-Krankheitsverlauf und soziale Stellung, in.: *Huber, G.*: Verlauf und Ausgang Schizophrener Erkrankungen, *Schattauer, Stuttgart—New York*, 1973. — 19. *Dohrenwend, B. P., Dohrenwend, B. S.*: Social status and psychological disorder, *Wiley, New York*, 1969. — 20. *Dohrenwend, B. P., Egri, G.*: Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7, 1. — 21. *Dunham, H. W.*: Epidemiology of psychiatric disorders as a contribution to medical ecology. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1966, 14, 1. — 22. *Fallon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M.*: Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1982, 306, 1437. — 23. *Farris, R. E. L., Dunham, H. W.*: cit. *Hartmann, W.*, 1980. — 24. *Goffman, A.*: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, *Suhrkamp, Frankfurt a. M.* 1972. — 25. *Hartmann, W.*: Schizophrene Dauerpatienten, *Enke Stuttgart*, 1980. — 26. *Häfner, H.*: Einfluss von Umweltfaktoren auf das Engkrankungsrisiko für Schizophrenia, *Nervenarzt*, 1971, 42, 557. — 27. *Häfner, H., Reimann, H.*: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim 1965, in.: *Hare, E. H., Wing, J. K.*: Psychiatric Epidemiology, *Oxford University Press, London—New York—Toronto*, 1970. — 28. *Hirsch, S. R.*: Eltern als Verursacher der Schizophrenie, *Der wissenschaftliche Stand einer Theorie, Nervenarzt*, 1979, 50, 337. — 29. *Hirsch, S. R.*: Psychosocial factors in the cause and prevention of relapse in schizophrenia. *Brit. Med. J.*, 1983, 280, 1600. — 30. *Hollingshead, A. B., Redlich, F. C.*: Social Class and Mental Illness, *Wiley, New York*, 1958. — 31. *Irlé, G., Pörksen, N.*: Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrener aus eigener Sicht, *Nervenarzt*, 1979, 42, 466, 516. — 32. *Jacobs, S., Myers, J.*: Recent life events and acute schizophrenic psychosis: a controlled study, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1976, 162, 75. — 33. *Kézdi B., Szilvágyi K., Jeges S.*: A családi szerepstruktúra és a schizophrénia prognózisának összefüggései. *Ideggyógyászati Szemle*, 1976, 29, 78. — 34. *Leff, J. P.*: Social and psychological Causes of the Acute Attack, in.: *Wing, J. K.* (ed.): Schizophrenia, Towards a New Synthesis, Academic Press, London, 1978. — 35. *Leff, J. P.*: The interaction of social and pharmacological treatments, in.: *Wing, J. K., Kielholz, P., Zinn, W. M.* (ed.): Rehabilitation of patients with schizophrenia and depressions, *Hans Huber Publishers, Bern—Stuttgart—Vienna*, 1981. — 36. *Leff, J. P., Hirsch, S. R., Gajnd, R., Rohde, P. D., Stevens, B. C.*: Life events- and maintenance therapy in schizophrenic relapse. *Brit. J. Psychiatr.*, 1973, 123, 659. — 37. *Lidz, T., Cornelison, A. R., Singer, M. T., Schafer, S., Fleck, S.*: The mothers of schizophrenic patients, in.: *Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. R.* (ed.): Schizophrenia and family, *New York*, 1965. — 38. *Meyer, A.*: Psychology: a Science of Man. *Charles C. Thomas, Spring-*

field, III., 1957. — 39. Myers, J. K., Bean, L. L. in collaboration with M. P. Pepper: A Decade Later, A Follow-up of Social Class and Mental Illness, John Wiley and Sons, New York, 1968. — 40. Neugebauer, R.: Reliability of Life-Event Interviews With Outpatient Schizophrenics, Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40, 378. — 41. Pokorny, A. D., Thornby, J., Kaplan, H. B., Ball, D.: Predictions of Chronicity in Psychiatric Patients, Arch. Gen. Psychiatry, 1976, 33, 932. — 42. Rogler, L. H., Hollingshead, A. B.: Trapped. Families and schizophrenia, Wiley, New York—London—Sidney, 1965. — 43. Steinberg, H. R., Durell, J.: A stressful social situation as a precipitant of schizophrenic symptoms, Br. J. Psychiatry, 1968, 114, 1097. — 44. Stephens, J. H., Astrup, C., Mangrum, J. C.: Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics, Am. J. Psychiatry, 1966, 122, 1116. — 45. Strauss, J. S., Carpenter, W. T.: Prediction of Outcome in Schizophrenia. III.

Five-Year Outcome and It's Predictors, Arch. Gen. Psychiatry, 1977, 34, 159. — 46. Todd, N. A., Bennie, E. H., Carlisle, J. M.: Some features of „newlong-stay” male schizophrenics, Br. J. Psychiatry, 1976, 129, 424. — 47. Vaughn, C. E., Leff, J. P.: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, Br. J. Psychiatry, 1976, 129, 125. — 48. Waring, M., Ricks, D.: Family patterns of children who became adult schizophrenics, J. Nerv. Ment., Dis., 1965, 140, 351. — 49. Wing, J. K.: Clinical Concepts of Schizophrenia, in: Wing, J. K. (ed.): Schizophrenia. Towards a New Synthesis. Academic Press, London, 1978. — 50. Wynne, L. C.: Methodologic and conceptual issues in the study of schizophrenics and their families, in: Rosenthal, D., Kety, S. (eds.): The transmission of schizophrenia, University Press, Oxford, 1968.

(Mayláth Eszter dr., Budapest, Pf. 1., 1281.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI OGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

Március	27–29	ORTMANN (Ausztria) cég önálló kiállítása egyszerhasználatos termékekből, gyógyászati segédeszközökből.
Április	10–13	Bemutató a Heves megyei Finommechanikai Vállalat egészségügy részére gyártott termékeiből, valamint egyéb ápolási eszközökből.
Május	7–10	MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója.
Május	29–31	OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a SOTE Elméleti Tömbjében. (Bp. VII., Nagyvárad tér 4.)
Június	12–13	„BÖRZE” Gyulán Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő készleteiből.

OMKER Bemutatóterem
Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: 9–16 óráig.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

TERNAI ANTAL DR.,
KULCSÁR GIZELLA DR.,
DÁN PÁL DR.,
PATAKI ILONA DR.,
VESZELOVSZKY IVÁN DR.
ÉS NÁSZ ISTVÁN DR.

Hüvelyi mikroba vizsgálata nővédelmi rákszűrések kapcsán

Városi Kórház-Rendelőintézet, Szentes
Szülészet-Nőgyógyászati Osztály (főorvos: Veszelszky Iván dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Mikrobiológiai Intézet (igazgató: Nász István dr.)

A szerzők a nővédelmi rákszűréseiken észlelt fluorok, kolpitiszek mikroba vizsgálatát ismertetik. Összesen 700 vizsgálat történt, ebből 200 vírus antigén és 500 egyéb (*E. coli*, proteus, trichomonas, kandida stb.) mikroorganizmus irányában. A fluoros nők eseteiben a hüvely vegyhatásának vizsgálatát is elvégezték a citológiai kenetvétel mellett. A lúgos vegyhatású hüvelyben patogén kórokozókat (*E. coli*, Trichomonas, Candida stb.) észleltek, valamint a cervix hámsejteiben herpes simplex vírus antigén hatást, míg a savas közegben adenovírus antigént találtak. Eredményeikből kitűnik, hogy a hüvely vegyhatása alapján a mikroba vizsgálatok eredményei egyértelműen rámutatnak a potenciális kórokozókra, ezért ajánlják a nővédelmi rákszűréseken elvégezni a hüvely pH-jának vizsgálatát is.

Study of vaginal microbes in connection with gynecological cancer screening. The authors report on the microbial examination of fluor and colpitis observed in the course of gynecological cancer screening. Total 700 examinations were carried out 200 of them concerning virus antigens and 500 concerning other microorganism (*E. coli*, Proteus, Trichomonas, Candida etc.). In women suffering from fluor the chemical reaction of the vagina was also determined besides taking cytological smears. In case of alkaline reaction pathogenic agents (*E. coli*, Trichomonas, Candida etc.) were found in the vagina and herpes simplex virus antigen in the epithelial cells of the cervix, whereas in acid medium adenovirus antigen was detected. Results of the authors show that on the basis of microbial examinations the pH of the vagina indicates definitely the potential pathogen thus it is recommended to determine the pH of the vagina in the course of gynecological cancer screening.

Az utóbbi években az egészségügy egyik fő problémája a daganatos megbetegedések keletkezése, megelőzése és gyógyítása lett. A kutatók és az orvosok ténykedése is e három alapkérdés köré csoportosul. A gyógyító orvos számára ma még a megelőzés lehetőségeinek kihasználása látszik kézenfekvőnek, amit pl. a nővédelmi rákszűrővizsgálatok alkalmazásával lehet elérni. Szentesen évek óta rendszeres nőgyógyászati szűrés folyik 20-tól 65 éves korig. Ennek során a daganat-detekción túlmenően figyelmünk a méhnyak betegségeinek és a szűréseinken gyakran észlelt fluorok, kolpitiszek irányába terelődött. Ilyen irányú megfigyeléseink alapján a hüvely vegyhatását és mikrobáinak vizsgálatát tűztük ki célul. A lúgos pH-jú nők fluorjában ugyanis különböző mikrobaakat találtunk, és mivel bizonyos fajtái igen nagy százalékban fordultak elő, ezért a fluort fenntartó tényezők tisztázására részletes vizsgálatot kezdtünk.

Manapság különös jelentőséggel bír a bakteriális infekció, a trichomonosis, a mikózis és a ví-

rusok szervezetben belüli jelenléte. A vírusok sokszor nem fertőzőképes formában találhatók a sejtekben. Minthogy számos szülészeti és nőgyógyászati megbetegedés előidézésében bizonyos biológiai vagy egyéb hatásokra kezdeményező szerepük lehet, ezért ma a vírus és a gazdasejt kapcsolatát a legfontosabb egészségügyi problémák egyikének tartják.

Bár a különböző ágensek kimutatására érzékenyebb laboratóriumi vizsgálatok elvégzése nem áll módunkban, mégis úgy gondoljuk, hogy közleményünkkel hasznos adatokat nyújthatunk a nőgyógyászati szakellátásban ténykedőknek.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat olyan nők eseteiben végeztük, akik nővédelmi rákszűrésre jelentkeztek, és akiknél fluort több éven át észleltünk.

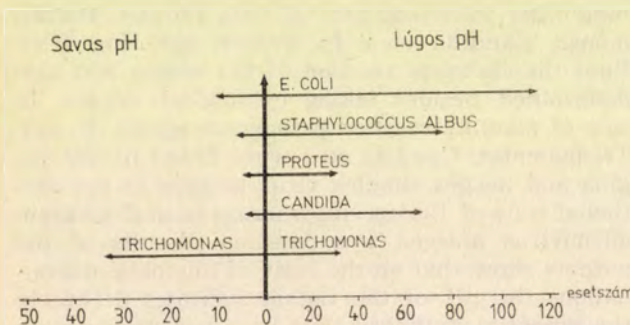
A mikroba vizsgálatokra az anyagvétel a laboratóriumok által megadott munkajavaslat alapján történt. A hüvely vegyhatásának vizsgálatát gyors lakmuszpapír-módszerrel végeztük. A vírus antigének kimutatására az anyagot steril, nedves, vatta-tampomos pálcával vettük a porció felszínéről, s ezt tárgy-

lemezen szétterítettük. A baktériumok, a trichomonas és a gomba kimutatására előzőleg láng felett zsirtalanított tárgylemezen készítettünk preparátumot, amelyet Gram és Giemsa szerint festettünk. A baktériumok további izolálására a hüvelyváladékot Stewart táptalajba oltottuk. A vírus antigének kimutatását immunfluoreszcenz mikroszkóppal vizsgáltuk: a porció felszínéről nyert citológiai preparátumot szobahőn szárítottuk, majd acetonnal fixáltuk, és konjugált antivirális immunsavókkal kezeltük. Az alkalmazott hiperimmun savókat adeno- és herpes simplex vírusok ellen nyúlban termeltük; az adenovírus elleni savót fluoreszcenzin-izotiocianáttal, a herpes vírus ellenit rodaminnal konjugáltuk.

Az immunfluoreszcenz vizsgálatokat Zeiss-Fluoval, fluoreszcenz mikroszkóppal 600-szoros nagyítással értékeltük. A rodaminnal konjugált antiherpes ellenanyag narancsvörös színben, míg a fluoreszcenzin-izotiocianáttal konjugált adenovírus elleni antitest zöldessárga színben fluoreszkált.

Eredmények

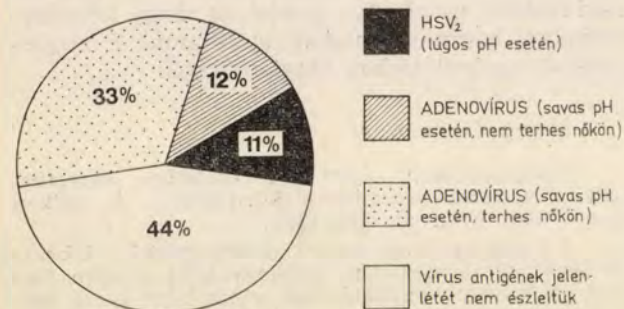
Összesen 700 mikroba vizsgálat történt, ebből 200 vírus antigén és 500 egyéb mikroorganizmus irányában. A baktériumok, a trichomonas és a mikózisok arányát a hüvely vegyhatásának megváltozása alapján az 1. ábrán mutatjuk be.



1. ábra: Különböző mikroorganizmusok aránya a hüvely vegyhatásának vizsgálata kapcsán (n = 500)

Vizsgálataink alapján szembetűnő, hogy a szűrésre jelentkező, látszólag egészséges nők lúgos vegyhatású hüvelyében potenciális kórokozókat sikerült izolálni. Ezenkívül a lúgos pH-jú közegben lényeges eltérés észlelhető egyes ágensek (mint pl. az E. coli) előfordulásában.

A hüvely vegyhatásának tükrében 100 lúgos és 100 savas közegben végeztünk vizsgálatokat a vírus antigének kimutatására. Az eredményeket a 2. ábrán szemléltetjük.



2. ábra: Vírus antigének előfordulása a hüvely vegyhatásának tükrében (n = 200)

Megállapítható, hogy a lúgos irányú eltolódás az egyéb mikroorganizmusok mellett a herpes simplex vírus 2-es genitális típusa kimutathatóságának is kedvez, és feltűnő, hogy ebben a csoportban egyéb vírus antigén jelenlétét nem észleltük. Az egyidejűleg vizsgált savas vegyhatású terhes és nem gravid nők eseteiben a hüvely vegyhatásának vizsgálata alapján lényeges különbség van a vírus hordozást illetően, mivel ezekben az esetekben csak adenovírus antigén fordult elő. Ennek arányában a terhes és a nem gravid nők között is lényeges a különbség a terhesek javára. Figyelemre méltó tehát, hogy a pozitív herpes vírus antigén fluoreszcenciát a lúgos vegyhatású, adenovírust pedig a savas pH-jú nők eseteiben észleltük.

Bár az ábrán nem szerepel, de szükségesnek tartjuk megemlíteni a mikoplazma jelenlétét is, amelyet különösen régóta fennálló fluorok néhány esetében észleltünk.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok (6, 29, 34, 40, 43) és megfigyeléseink alapján a hüvely pH-jának lúgos irányú eltolódása számos ismert (pl. különböző fertőzések, jóindulatú méhészajsebek, cervicitisek, hormonváltozások, orális antikoncepciensek, terhesség, perimenopauza) és egyéb, ismeretlen tényezők alapján jöhet létre, ami kedvez a hüvely patogén flóráinak. Az elmúlt évtizedekben, de különösen napjainkban számos gyakorló orvos érdeklődése a különböző mikrobák által kiváltott patológiás folyamatokra terelődik, mivel ezek előfordulása és jelentősége fokozódik (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 31, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 46, 48). E jelenségnek természetesen alapját adták a halmozódó új ismeretek virológiai vonatkozásai is, amelyek specifikusak lehetnek a gyulladásos folyamatok kiváltásán túlmenően a sejtek rosszindulatú átalakítására is. Erre vonatkozóan kiemelendők még több külföldi (7, 14, 15, 20, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 47) és hazai (12, 32, 44) szerző adatai is.

A mai ismeretek szerint a genitális herpesz fertőzést elsősorban a HVS₂ okozza. A nemi szerveken előforduló vírus infekciók lefolyása általában könnyebb, sokszor tünet nélküli. E jelenség azzal magyarázható, hogy a folyamat legtöbbször subklinikus formában marad. De Kulcsár és Nász (22) szerint az egészséges nők hüvelyi pH-ja is szerepet játszhat, ugyanis a savas vegyhatás a herpesz simplex vírus szaporodására kedvezőtlen.

Az éveken át szerzett klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a bakteriális, a trichomonas, a gombás és egyéb mikrobás megbetegedések kimutatása és gyógykezelése pontos laboratóriumi és elméleti ismereteket követel. A nehézséget azonban ma már nem is ez okozza, hanem, hogy mely mikroorganizmust tekintjük patogénnek?

A klinikusok és a kutatók egy része még ma is szemléleti harcban áll egymással. Ezt hangsúlyoznánk az a körülmény is, hogy a régóta fennálló fluorok hátterében jelenlevő Escherichia colit nem mindenki tartja felelősnek a betegség kialakulásá-

ért. Pedig eredményeink alapján felelőssé tehető, mivel a lúgos pH-jú nők eseteiben igen gyakori volt az *E. coli* jelenléte. Mindezekben túlmenően az *E. coli* szerepet játszik húgyúti fertőzések, nőgyógyászati gennyes gyulladások előidézésében, valamint a tünetmentes bakteriuria patológiás faktora is lehet.

Megnyugtató azonban már *Kétyi* (18) adata az extraintesztinális patogenitást kifejtő *E. coli*-ről.

A bakteriális, a gombás infekciók és a trichomonas infestációk izolálására az utóbbi időben nagy hangsúlyt fektetnek, mivel számos szülészeti (idő előtti burokrepedés, amnionitisz, koraszülés) és nőgyógyászati (kismencedei, postoperatív és abortusz utáni) fertőzés előidézői lehetnek.

Eredményeink összegezésekor megállapíthatjuk, hogy a kórokozók jelenléte a hüvelyben nem lehet közömbös a szervezet számára.

Ézért a nővédelmi rákszűréseken ajánlatos a hüvely vegyhatásának vizsgálatát is elvégezni, mert a lúgos pH háttérben patogén kórokozók jelenléte lehetséges. A hüvely pH-jának vizsgálata egyszerű, könnyen elvégezhető a citológiai kenetvétel mellett. Azonnal értékelhető, nem csökkenti a szűrővizsgálat ritmusát, és az ily módon izolált mikrobák kimutatásával és kezeléssel a betegségek megelőzését és gyógyítását is szolgáljuk.

IRODALOM: 1. *Adeboye, D. S., Addo, P. B.*: Mycoplasmas from a vagina of a bitch with open cervix pyometra. *Vet. Rec.* 1978, 102, 62. — 2. *Adelusi, B., Osunkoya, B. O., Fabinyi, A.*: Antibodies to herpesvirus type 2 in carcinoma of the cervix uteri in Ibadan, Nigeria. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1975, 123, 758. — 3. *Alexander, E. R.*: Possible etiologies of cancer of the cervix other than herpesvirus. *Cancer Res.* 1973, 33, 1485. — 4. *Altmayer P., Resch B.*: Fialtorkorúak gombás vulvo-vaginitisének kezelése magyar gyártmányú Canestennel. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 176. — 5. *Aszódi, I., Sótönyi G.*: A Trichomoniasis és a hüvelykenet leletének kapcsolatáról. *Magy. Nőorv. L.* 1970, 33, 181. — 6. *Aurelian, L., Strand, B. C.*: Herpesvirus type 2-related antigens and their relevance to humoral and cell-mediated immunity in patients with cervical cancer. *Cancer Res.* 1976, 36, 810. — 7. *Aurelian, L. és mtsai*: Herpesvirus antigens and cell-mediated immunity in cervix cancer. In *Tumor virus infections and immunity*. Ed.: *Crowell R. C. és mtsai*: Baltimore, 1976, 89. old. — 8. *Bailey, R. K., Voss, J. L., Smith, R. F.*: Factors affecting isolation and identification of haemophilus vaginalis (*Corynebacterium* vaginae) *J. clin. Microbiol.* 1979, 9, 65. — 9. *Bak M., Bak M. ifj., Bodó M.*: Az enterobiosus vermicularis előfordulása a citológiai vizsgálattal kiegészített nőgyógyászati rákszűrésekben. *Magy. Nőorv. L.* 1981, 44, 552. — 10. *B. Nagy Z. és mtsai*: Összefüggés az urogenitális infekciók és a koraszülés gyakorisága között. *Magy. Nőorv. L.* 1979, 42, 532. — 11. *De Carneri, I., Candia*: Neue Aspekte zur Therapie der Trichomoniasis urogenitalis. *Fortschr. Med.* 1978, 96, 363. — 12. *Dömötöri J. és mtsai*: Vírusantigén vizsgálatok kolposzkópos beteganyagban. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 139. — 13. *Fleury, F. J.*: Role of hemophilus vaginalis in vaginitis (letter). *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1979, 135, 698. — 14. *Hare, M. J., Taylor-Robinson, D., Cooper, P.*: Evidence for an association between Chlamydia trachomatis and cervical intraepithelial neoplasia. *Brit. B. Obstet. Gynec.* 1982, 89, 489. — 15. *Josey, W. E., Nahmias, A. J., Naib, Z. M.*: Der augenblickliche Stand der Herpesvirus-Zervixkarzinom-Theorie. *Geburtsh. Frauenheilk.* 1975, 35, 425. — 16. *Lázár E. és mtsai*: Kis súlyú újszülöttek arányszámának csökkenése terhesek lactobact. vakcinációjával. *Orv. Hetil.*

1981, 122, 2263. — 17. *Lyons, J. F. és mtsai*: Mycoplasma species in a dysplasia clinic population. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1974, 120, 554. — 18. *Kétyi I.*: Az extraintesztinális fertőzéseket okozó *Escherichia coli* patogenitási faktora. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 555. — 19. *Kiss J.*: A szervezett védekezés jelentősége a trichomoniasis elleni küzdelemben. *Orv. Hetil.* 1966, 107, 2229. — 20. *Kaufman, R. H., Rawls, W. E.*: Herpes genitalis and its relationship to cervical cancer. *Cancer* 1974, 24, 258. — 21. *Koenig, U. D., Haag, A.*: Sero-epidemiologische Untersuchungen zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen der Herpesgenitalis-Infektion und der Entstehung des Kollum-karzinom. *Geburtsh. Frauenheilk.* 1975, 35, 909. — 22. *Kulesár, G., Nász I.*: Vírusok jelentősége a szülészetben és a nőgyógyászatban. *Magy. Nőorv. L.* 1973, 36, 32. — 23. *Matouf, M. és mtsai*: Treatment of hemophilus vaginalis vaginitis. *Obstet. Gynec.* 1981, 57, 711. — 24. *Mandeville, R. és mtsai*: Replication of Herpes simplex virus type 2 in normal dysplastic and neoplastic human cervical epithelia. *Europ. J. Cancer.* 1979, 15, 351. — 25. *Mc Cormack, W. M. és mtsai*: Vaginal colonization with corynebacterium vaginae (hemophilus vaginalis). *J. infect. Dis.* 1977, 136, 740. — 26. *Mc Dougall, J. K. és mtsai*: Herpesvirus-specific RNA and protein in carcinoma of the uterine cervix. *Proc. nat. Acad. Sci (Wash.)* 1982, 79, 3853. — 27. *Mead, P. B.*: Cervical-vaginal flora of women with invasive cervical cancer. *Obstet. Gynec.* 1978, 52, 601. — 28. *Melnick, J. L. és mtsai*: Studies on herpes simplex virus and cancer. *Cancer Res.* 1976, 36, 845. — 29. *Nahmias, A. J., Kawana, T., DelBuono, I.*: Clinico-epidemiologic aspects and association of genital herpes and cervical neoplasia — *Advanc. Pathobiol.* 1976, 5, 42. — 30. *Oates, J. K.*: Genital herpes and cervical carcinoma (letter) *Brit. med. J.* 1978, 1, 988. — 31. *Orosz A., Gardó S., Czehelnik R.*: A trichomoniasis lőkésterápiája metronidazolal. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 49. — 32. *Pácsa S.*: A méhnyak carcinoma és a herpesvírus kapcsolata. Kandidátusi értekezés, Pécs, 1977. — 33. *Rapp, F., Jenkins, F. J.*: Genital cancer and viruses — *Gynec. Oncol.* 1981, 12, 825. — 34. *Rawls, W. E., és mtsai*: Serological and epidemiological considerations of the role of herpes simplex virus type 2 in cervical cancer — *Cancer Res.* 1976, 36, 829. — 35. *Rubinstein, E.*: Probably virus-induced epithelial lesions in preinvasive cervical cancer — *Acta obstet. gynec. scand.* 1980, 59, 529. — 36. *Salacz P., Sárffy E.*: A trichomonas infestatio gyógyítása Klional. *Orv. Hetil.* 1965, 106, 2363. — 37. *Simon J., Tóth B., Pálos L-né*: A hüvely biológiai és pathológiai tényezőinek komplex vizsgálata és összefüggése a méhnyak praeblastomáival. *Magy. Nőorv. Társ.* 1971. évi nagygyűlése, 1971, 334. p. — 38. *Suárez, M. és mtsai*: Estudios virológicos en una línea celular derivada de cancer cérvico uterino humano — *Rev. lat. — amer. Microbiol.* 1981, 23, 91. — 39. *Szél I.*: A trichomoniasis aktuális kérdései. *Orvosképzés* 1967, 42, 35. — 40. *Tóth B., Simon J.*: Az urogenitális trichomoniasis szerepe a portiohám elváltozásainak keletkezésében. *Orv. Hetil.* 1967, 108, 924. — 41. *Tóth B., Avar Z.*: A rövidített idejű (3 napos) Canesten kezelés eredményességének vizsgálata. *Magy. Nőorv. L.* 1981, 44, 558. — 42. *Treit S., Tóth F., Zámbo Z.*: Colposcopos vizsgálatok Trichomonas vaginalisban szenvedő nőbetegeken. *Magy. Nőorv. L.* 1969, 32, 219. — 43. *Újhelyi K. és mtsai*: A trichomonas syndroma. *Magy. Nőorv. L.* 1973, 36, 38. — 44. *Váczai L.*: Vírusok és a rák. *Magyar Onkol.* 1983, 27, 147. — 45. *Weissenbacher, E. R., Frank, S.*: Die Reinheitsgrade der Vagina bei Mycoplasmosis urogenitalis — *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 1977, 37, 937. — 46. *Weissenbacher, E. R., Lechner, E.*: Mykoplasmenbesiedelung des äusseren Genitales bei unspezifischer Adnexitis — *Med. Klin.* 1978, 73, 765. — 47. *Wilbanks, G. D.*: The role of herpes virus in cancer of the cervix — *Obstet. Gynec. Annual* 1976, 5, 315. — 48. *Zilahi Z. és mtsai*: A cervicitis és colpitis szerepének vizsgálata terhesek rákszűrésének során. *Magy. Nőorv. L.* 1970, 33, 245.

Prolixan 300

mV 200 Antirheumatica Antiphlogistica

KAPSZULA

összetétel:

1 kapszula 300 azapropazonumot. tartalmaz:

HATÁS:

Íjszerű, nem szteroid jellegű gyulladásgátló gyógyszer. Hatóanyagának, az azapropazonnak specifikus fizikai-kémiai tulajdonsága, hogy a gyulladással, ödémás szövetekben feldúsul. Előszlása lényegében az extracelluláris térre és a sejtmembránra korlátozódik. Blokkolja a lysosomális enzimek felszabadításának szintjét, melynek alapvető szerepe van a gyulladás fenntartásában. Gátolja továbbá a kinin felszabadítását és az ezt követő túlfokozott prosztaglandin-szintén effektusait a gyulladással mesenchimareakció korai szakaszához csatlakozva. Ezzel együtt gátolja a mediátorok felszabadulásával kiváltott gyulladással járó fájdalmat is.

A szervezetben az azapropazon csak jelentéktelen mértékben metabolizálódik, ezért nem vezet enzimindukcióhoz. A vese túlnyomórészt változatlanul választja ki, nincs említésre méltó Na-retenció-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. Lágyszövet-rheumatismusok: periarthritus humeroscapularis, tendovaginitis, periostitis. Posttraumás 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.

Forgalomba hozza:

**ALKALOIDA
VEGYÉSZETI GYÁR,**

Tiszavasvári,

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.

MELLEKHATÁSOK:

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

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS:

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 kezeléskor rendszeres vérkép-ellenőrzés szükséges. Thrombocytopenia vagy allergiás bőr-tünetek 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 db kapszula térítési díja: 10,- Ft.

ROBAPHARM
ROBAPHARM

Robapharm A. G.

– Basel licencia alapján



TÓTH SÁRA DR.
ÉS OSZTOVICS MAGDA DR.

Magzatvízsejtek morfológiai vizsgálata középidős terhességekben

Országos Közegészségügyi Intézet (főigazgató: Tóth Béla dr.)
Humángenetikai Laboratórium

200 középidős terhességből származó, 195 esetben prenatális diagnosztika céljára, 5 esetben rubeola fertőzés miatt történt terhességmegszakítás idején vett amnionfolyadékban citológiai vizsgálatot végeztek. A 20. terhességi hétig a magzatvíz minták túlnyomó többségében a gyorsan letapadó (rapidly adhering = RA) sejtek normális hámsejtek. Kóros RA sejtek nagyobb arányban 5 rubeola fertőzés miatt vizsgált minta közül 4-ben (bi- és multipoláris sejtek), egy intra-uterin elhalt magzat esetében (bipoláris sejtek) és a 7. a 32–37. terhességi héten halvaszüléssel végződött eset közül 2-ben (peritoneális, placentális sejtek) fordultak elő. Az utóbbi 2 eset egyikében Rh inkompatibilitás állott fenn. Vizsgálataik szerint az amnionfolyadék sejtjeinek morfológiai vizsgálata az UH, az AFP, valamint az acetilkolinesteráz meghatározás birtokában nem bír nagy jelentőséggel a záródási rendellenességek magzati diagnosztikájában, viszont sokat ígérő az embrio-pathológiai kutatásokban.

Second trimester morphologic examinations of amniotic fluid cells. Cytologic investigations were carried out in amniotic fluid samples from 200 second trimester pregnancies. Out of these, in 195 cases the samples were obtained from diagnostic amniocentesis, in 5 the amniotic fluid originated from pregnancies interrupted because of rubella infection. In the great majority the rapidly adhering cells were normal epithelial cells until the 20th week of gestation. Abnormal rapidly adhering cells (bi- and multipolar cells) occurred in higher proportion in 4 rubella cases, in 1 case with intra-uterine death (bipolar cells). Two cases out of 7 ended with stillbirth in the 33–37th gestational week (peritoneal and placental cells). In one of the latter 2 cases Rh-incompatibility occurred. Thus, the amniotic fluid cell morphology as compared with such diagnostic tools as ultrasound, AFP and acetylcholinesterase measurement has no significant importance in the prenatal diagnosis of neural tube defects. It is, however, a hopeful method in embryopathological research.

A prae-natalis citodiagnosztika bevezetése és elterjedése — preventív jellege folytán — az orvosi genetiká legjelentősebb eseménye volt az elmúlt évtizedben. A magzati kromoszóma vizsgálat módszereinek kidolgozása és sikeres alkalmazása után további erőfeszítések történnek, hogy a 16–18. terhességi héten amniocentézissel nyert magzatvíz sejtjeit minél több irányból tanulmányozni lehessen. Az egyik ilyen próbálkozás *Sutherland és mtsai* (16, 17) megfigyeléseiből indul ki. Ezek a vizsgálok figyelték fel először arra, hogy anencephalia (AE) esetén a magzatvízben olyan makrofágok jelennek meg fokozott arányban, amelyeket normális magzatok esetében csak elvétve lehet észlelni. Az amnionfolyadék sejtjeinek behatóbb morfológiai vizsgálatával 217 esetben *Gosden és Brock* (4, 7, 8, 9), 302 esetben *Bobrow és mtsai* (2, 3), 41 esetben *Papp és Bell* (13) foglalkoztak. Közleményünkben 200 saját vizsgálatról számolunk be.

Vizsgálati anyag

Vizsgálati anyagunk 200 olyan terhesből tevődik össze, akiknek terhessége már befejeződött (1. táblázat). 195 esetben a magzatvízvétel diagnosztikus célból történt: 75 esetben záródási rendellenesség (anencephalia, spina bifida, exomphalos, schisis syndroma stb.) ismétlődési veszélye miatt, 8 esetben záródási rendellenességet felvető UH vizsgálatot követően és 112 esetben kromoszóma aberráció veszélye miatt (előrehaladott anyai életkor, carrier szülő stb.). A 195 prae-natalis diagnosztika céljára vett magzatvíz mintán kívül, további 5 rubeola fertőzés miatt történt terhességmegszakítás kapcsán vett amnionfolyadékot tanulmányoztunk. Az utóbbi 5 terhes a terhesség 12. hete előtt esett át rubelola fertőzésen.

Vizsgálati módszerek

A magzatvíz mintákban az összsejtszámot festés nélkül, az élő sejtek $\%$ -os arányát tripánkékel való festés után (14) Bürker kamrában határoz-

1. táblázat A vizsgálati anyag megoszlása az amniocentézis javallata szerint és a magzati rendellenességek

Amniocentézis javallata	No		Praenatalisan igazolt re.	Praenatalisan nem igazolt re.
MAGZATI DIAGNOSZTIKA				
Záródási re. ismétlődési veszélye	75	2 1 1*	anencaphalia spina bifida schisis syndroma	1 exomphalos 1 exomphalos
Záródási re. gyanúja	8	3 1**	anencephalia exomphalos	
Kromoszóma aberráció veszélye	112	13 1***	kromoszóma re. schisis syndroma	1 oesophagus atresia
TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS KAPCSÁN				
Rubeola fertőzés miatt	5		Durva fejlődési rendellenességre kiterjedő pathológiai vizsgálat 1 esetben VSD-t, 1 esetben uvula bifidát igazolt.	

* A B magzatban anencephalia, ectopia cordis, cor triloculare, exomphalos volt kimutatható.

** UH vizsgálattal exomphalost észleltek a magzatban, a praenatalis karyotipus 9p-trisomiát igazolt (47, XX, +9p).

*** A magzatban meningomyelocele, hátsó szájpádhasadék, alsó állkapocshiány és polydactylia volt észlelhető. A praenatalis karyotipus normális volt.

tuk meg. A morfológiai jellemzőket az ún. indirekt módszerrel (9) tanulmányoztuk. A módszer lényege, hogy a tenyésztőedényben 20 órán belül letapadt sejteket (rapidly adhering cells, RA sejtek) vizsgáltuk Pappenheim festés után.

Eredmények

146 normális lefolyású, normális magzatot eredményező és a 16–20. terhességi héten vizsgált terhesség adataiból állítottuk össze a normális értékeket. Megfigyelésünk szerint, ezekben az esetekben az összsejtszám széles határok között, 10×10^3 – 70×10^3 sejt/ml szélső értékek között változott. Az élő sejtek aránya a normálisnak tekintett csoportban 20–35% volt, ennél valamivel alacsonyabb értéket (9, ill. 11%) a 146 eset közül csupán 2-ben észleltünk. A normális esetekben a 20. hétnél nem idősebb mintákban a magzatvíz RA sejtjei túlnyomóan, 90–95%-ban normális (nagy, kö-

zepes, kicsi) hámsejtek voltak. Elvéve, együttesen 5%-ot meg nem haladó arányban fordultak elő más típusú sejtek is: anguláris, fokozott vakuolizációt és fagocitózist mutató makrofágok, bi- és multipoláris sejtek. Olyan esetekben, amikor a transzplacentális amniocentézis történt, az epithel sejtek mellett, 5–10%-ban lepényi eredetű — kis méretű, nagy, gyakran excentrikusan elhelyezkedő magvú — sejtek is megfigyelhetők voltak.

Hat normális lefolyású, normális magzatot eredményező terhességben, amelyben az előbbiektől eltérően az amniocentézist a 20. hét után, a 24–29. héten végezték el, az RA sejtek másként néztek ki, mint a korábbi mintákban. Az RA sejtek ilyenkor csaknem kizárólag piknotikus magvú vagy mag nélküli, degenerálódott epithel sejtek voltak, és gyakran konglomerátumokban helyezkedtek el.

A vizsgált citológiai jellemzőket a terhesség kimenetele és a vizsgálat időpontja szerint értékeltük

2. táblázat Az élő sejtek és az RA sejtek aránya a magzatvíz mintákban a terhesség kimenetele és a vizsgálat időpontja szerint

Terhesség kimenetele	Vizsgálat ideje (terhességi hét)		Vizsgált minták megoszlása			
	össz.	össz.	élő sejt % >20	élő sejt % <20	RA sejt % <6	RA sejt % >6
Normális lefolyás, normális újszülött	16–20.	146	144	2/9–11%)	145	1 (9%)
	21–28.	6	6		6	
Normális lefolyás, kóros újszülött	16–18.	2	2		2	
Koraszülés, normális újszülött	16–18.	6	6		5	1 (9%)
Magzati halálozás	16–20.	13	12	1 (10%)	12	1 (9%)
Magzatban kromoszóma re.	16–19.	13	13		13	
Magzatban záródási re.	16–20.	5	5			5 (33–90%)
	24–29.	4	4		4	
Terhességmegszakítás rubeola fertőzés miatt	15–19.	1	1	4 (1–8%)	4	1 (7%)

3. táblázat A citológiai kóros esetek adatai

Nyilvántart. szám	Vizsgálat időpontja: terhességi hét	AFP érték ng/ml	RA sejtek %	RA sejtípus	Kórállapot
36/1981	20.	320 000	90	15% nyúlványos, 80% makrofág	anencephalia
43/1981	18.	335 000	53	80% nyúlványos	anencephalia
113/1978	18.	121 000	33	42% nyúlványos	spina bifida
13/1980	17.	768 000	56	57% nyúlványos	schisis syndroma
19/1980	19.	196 000	36	69% nyúlványos	schisis syndroma
65/1981	29.	53 000	3	70% kis epithel konglom.	anencephalia
117/1982	27.	20 000	1	20% placentális	anencephalia
91/1982	24.	25 000	2	45% kis epithel	anencephalia
90/1981	24.	20 000	2	56% apró makrofág	exomphalos
7/1980	19.	15 300	7	30% nyúlványos	rubeola fertőzés
79/1979	16.	11 000	4	20% nyúlványos	rubeola fertőzés
47/1979	15.	51 000	5	55% nyúlványos	rubeola fertőzés
48/1979	16.	23 200	4	25% nyúlványos	rubeola fertőzés
55/1979	16.	13 300	5	15% nyúlványos	intra-uterin elhalás
78/1980	16.	17 400	9	6% nyúlványos	koraszülés, újszülött norm.
63/1981	20.	18 200	2	54% placentális	halvaszülés, Rh inkomp.
12/1981	19.	11 000	9	78% peritoneális	normális újszülött
67/1980	16.	16 400	3	25% peritoneális	halvaszülés
59/1980	16.	16 000	2	15% peritoneális	normális újszülött
6/1980	19.	25 000	2	15% vakuoláris	normális újszülött
84/1980	17.	11 800	2	5% polinukleáris	normális újszülött

(2. táblázat). Megállapítható volt, hogy az élő sejtek $\frac{0}{0}$ -os aránya a különböző csoportok közül csak a rubeola fertőzésen átesett terhesek csoportjában tért el jelentősen a kritikusként nyilvánított $20\frac{0}{0}$ -tól. Öt ilyen eset közül 4 esetben ez az érték $0,8-8,0\frac{0}{0}$ volt. Az RA sejteknek jelentős felszaporodását ($30-90\frac{0}{0}$) lehetett megfigyelni a záródási rendellenességek eseteiben, de csak akkor, ha a vizsgálat a 20. gesztációs hétig bezárólag megtörtént.

Az RA sejtek között felszaporodott mennyiségben kóros sejteket észleltünk a záródási rendellenességek eseteiben (3. táblázat). $15-80\frac{0}{0}$ -os arányban bi- és multipoláris sejtek jelentek meg velőcsőzáródási rendellenességekben (1. ábra). Ilyen nyúlványos sejtek mellett fokozott arányban peritoneális sejtek voltak megfigyelhetők azokban az esetekben, amelyekben az AE-n kívül még exomphalos is előfordult (schisis syndromák). Ha a mintavétel a 24-29. terhességi héten történt, a gyorsan letapadó nyúlványos sejtek felszaporodása nem volt észlelhető; társuló exomphalos esetében pedig a peritoneális sejtek sem szaporodtak fel.

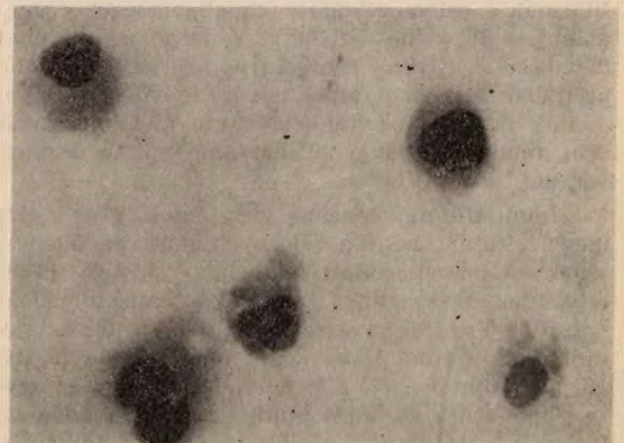
A bi- és multipoláris sejtek relatív felszaporodását a rubeola fertőzésen átesett terhesek magzatvizében lehetett kimutatni, 5 eset közül 4-ben (3. táblázat).

Kóros citológiai képet kaptunk néhány magzati halálozással végződő esetben (3. táblázat). A vizsgált 13 eset közül 5-ben az amniocentézist követő 3-21 napon belül következett be a vetélés, feltehetően a beavatkozás szövödményeként. (A félreértések elkerülése céljából szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy ez az arány nem reprezentálja laboratóriumunk anyagára jellemző arányát az amniocentéziseket követő vetéléseknek; a teljes 560

esetet magába foglaló anyagban ez az érték $4,4\frac{0}{0}$.) A fennmaradó 8 eset közül 1-ben az amniocentézis utáni 5. napon nagymértékben macerálódott mag-



1. ábra: Multipoláris magzatvízsejt (130 \times -os nagyítás)



2. ábra: Placentális sejtek (130 \times -os nagyítás)

zat vetéldődött el, joggal feltételezhető volt, hogy az a beavatkozás idején már elhalt. Ebben az amnionfolyadékban az RA sejtek jelentős része, 15⁰/₀-a nyúlványos sejt volt. Hét esetben a terhesség a 32—37. hét között halvaszüléssel ért véget, 2 esetben figyeltünk meg kóros RA sejteket. Az egyik esetben peritoneális, a másik esetben placentális RA sejtekről (2. ábra) volt szó. Az utóbbi esetben Rh inkompatibilitás állott fenn, az anti-D titerérték 1:1024, a bilirubin koncentrációnak megfelelő extinctio 0,150 volt.

Koraszüléssel végződő, egészséges újszülöttet produkáló terhességekben 6 eset közül egyben, a 146 normális eset közül 2-ben figyeltünk meg magasabb arányban kóros RA sejteket. A magzati vizsgálattal nem igazolható oesophagus atresia és a középidőben végzett UH — AFP vizsgálattal nem igazolt exomphalos esetében a citológiai kép is normális volt.

Megbeszélés

A 16—20. terhességi héten nyert amnionfolyadék összszejszámára és az élő sejtek arányára vonatkozó megfigyeléseink jó egyezést mutatnak *Gosden* és *Brock* (9) korábbi adataival. Az irodalmi adatok szerint, a vizsgálok többsége az RA sejtek normális határértékének a 6⁰/₀-ot fogadja el. Kivételt képeznek *Bobrow* és *mtsai* (2, 3), akik szerint a látóterenként 30 letapadt sejt tekinthető a normális felső határának. Ez az adat azonban az élő sejtek arányának megadása nélkül alig használható. Véleményünk szerint, az RA sejtek arányának jelentősége nem túl nagy, sokkal fontosabbak a letapadó sejtek morfológiai sajátosságai.

Sutherland és *mtsai* (16, 17) velőcsőzáródási rendellenességben makrofágként írják le az amnionfolyadék abnormális sejtjeit, amelyek magzati eredetét Y test meghatározással igazolták. *Friedrich* és *mtsai* (6) Meckel—Gruber syndromában észleltek hasonló sejteket, ezeket nyúlványos sejtekként említik. *Gosden* és *Brock* (8, 9) differenciáltabb leírást adnak, 4-féle különleges sejtet említene: bi-, multipoláris, makrofág és polinukleáris. Ezeket „neurális” jelöléssel jellemzőnek tartják a központi idegrendszer záródási rendellenességeire. Megfigyelésünk szerint, ezek közül csak a bi- és multipoláris sejtek tekinthetők specifikusnak a velőcsőzáródási rendellenességekre, legalábbis a 20. terhességi hétig. A terhesség előrehaladásával ilyen nyúlványos sejtek nagyobb arányban már nem tapadnak le. Idevágó irodalmi adatok nem állnak rendelkezésre, mert genetikai célú amniocentézist a 20. hét után ritkán szoktak végezni.

Immunfluoreszcenciás vizsgálatok (1, 5, 15) megerősítették, hogy a velőcsőzáródási rendellenességekben felszaporodott nyúlványos sejtek gliális eredetűek. Feltehetően a cerebroszpinális folyadékból, illetve az idősen vascularizált cerebrális és medulláris szövetből kerülnek a magzatvízbe (9, 11, 16, 17). *Papp* és *Bell* (13) feltételezik, hogy az egyszerűen leváló és leázó epithel sejtekkel szemben ezeknek a sejteknek kialakulása aktív folyamat. Szerintük, bizonyos makrofágok megjelenése nem

az anencephalia vagy a spina bifida specifikus jele, hanem egyszerű reakció bizonyos anyagok, pl. az AFP fokozott megjelenésére. Kétségtelen, hogy saját vizsgálati anyagunkban nyúlványos sejtek olyan magzatvíz mintákban észlelhetők a legnagyobb mennyiségben, amelyekben jelentősen emelkedett az AFP koncentráció, azaz a velőcsőzáródási rendellenességekben a 20. terhességi hétig, s az AFP szint csökkenésével, a terhesség előrehaladtakor ezek eltűnnek. A hipotézis ellen szól azonban, hogy kóros sejteket lehet észlelni normális AFP szint mellett is, pl. rubeola fertőzés után, intrauterin elhalás esetén, sőt, azt megelőzően.

Már *Sutherland* és *mtsai* (17) is gyanították, hogy intrauterin fertőzés esetén az amnionfolyadékban megszorodnak a kóros sejtek és újabban *Gosden* és *Brock* (10) citomegalia fertőzés esetén igazolták ezt. Sőt, az utóbb említett vizsgálok (8) bizonyos, normális esetben nem észlelhető sejteket „foetalis distress” jelöléssel emlegetnek, tekintve, hogy ilyeneket kóros lefolyású terhességekben (spontán vetéléssel, ill. koraszüléssel végződők, kis súlyú újszülöttet eredményező) gyakran megfigyeltek. Úgy vélik, hogy az amnionfolyadékban a középidőben észlelhető kóros sejtek kedvezőtlen intrauterin környezet vagy bizonyos intrauterin ártalmak jelzői. A rubeolafertőzésen átesett terhesek, valamint a magzati halálzással végződő terhességek csoportjában tett megfigyeléseink ezt a véleményt megerősítik. Tapasztalataink szerint, az amnionfolyadék sejtjeinek vizsgálata az UH, az AFP, valamint az acetilkolineszteráz meghatározás birtokában nem bír nagy jelentőséggel a záródási rendellenességek magzati diagnosztikájában, viszont sokat ígérőnek látszik az embriopathológiai kutatásokban.

IRODALOM: 1. *Aula, P. és mtsai*: Glial origin of rapidly adhering amniotic fluid cells. *Brit. Med. J.* 1980, 281, 1456. — 2. *Bobrow, M. és mtsai*: Elongated bipolar cells in amniotic fluid associated with CNS defects. *Clin. Genet.* 1978, 13, 107. — 3. *Bobrow, M. és mtsai*: Cellular content of amniotic fluid as predictor of central nervous system malformations. *J. Med. Genet.* 1978, 15, 97. — 4. *Brock, D. J. H., Gosden, Ch.*: Early antenatal diagnosis of small open spina bifida lesions. *Brit. Med. J.* 1977, 275, 934. — 5. *Cremer, M. és mtsai*: Demonstration of astrocytes in cultured amniotic fluid cells of three cases with neural-tube defect. *Hum. Genet.* 1981, 56, 365. — 6. *Friedrich, U. és mtsai*: Prenatal diagnosis of polycystic kidneys and encephalocoele (Meckel syndrome). *Clin. Genet.* 1979, 15, 278. — 7. *Gosden, Ch., Brock, D. J. H.*: Morphology of rapidly adhering amniotic-fluid cells as an aid to the diagnosis of neural-tube defects. *Lancet* 1977, 1, 919. — 8. *Gosden, Ch., Brock, D. J. H.*: Amniotic fluid cell morphology in early antenatal prediction of abortion and low weight. *Brit. Med. J.* 1978, 277, 1186. — 9. *Gosden, Ch., Brock, D. J. H.*: Combined use of alphafetoprotein and amniotic fluid cell morphology in early prenatal diagnosis of fetal abnormalities. *J. Med. Genet.* 1978, 15, 262. — 10. *Gosden, Ch., Brock, D. J. H.*: Személyes közlés 1982. — 11. *Harrod, M. J. E.*: Rapidly adhering amniotic-fluid cells and prenatal diagnosis of neural-

tube defects. Lancet, 1979, II, 99. — 12. *Osztovcics M. és mtsai*: Tapasztalataink és feladataink a magzati citogenetikában. Orv. Hetil. 1979, 120, 2717. — 13. *Papp, Z., Bell, J. E.*: Uncultured cells in amniotic fluid from normal and abnormal fetuses. Clin. Genet. 1979, 16, 282. — 14. *Papp Z.*: Genetikai betegségek prenatalis diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1980, 208. — 15. *Sarkar, S. és mtsai*: Neural origin of cells in amniotic fluid. Am. J. Obstet. Gynecol. 1980, 136,

67. — 16. *Sutherland, G. R. és mtsai*: Amniotic fluid macrophages and anencephaly. Lancet 1973, II, 1099. — 17. *Sutherland, G. R. és mtsai*: Amniotic-fluid macrophages and the antenatal diagnosis of anencephaly and spina bifida. J. Med. Genet. 1975, 12, 135. — 18. *Voightländer, T. és mtsai*: Rapidly adhering cells in two cases of anencephaly. Hum. Genet. 1978, 45, 107.

(Tóth Sára dr., Budapest, Gyáli út 2—6. 1966.)

SEPTO—DOL

Aktív klór-hatóanyagtartalmú, széles antimikrobiális spektrumú, fertőtlenítő hatású súrolószer. Eü. M. eng. sz.: 51393/1983.



ÖSSZETÉTEL: Szerves klórvegyület, detergens, emulgeáló adalék, finom szemcséjű súrolószer.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészék, ágytálak, ágytálmosók, mosdó- és mosogatókagylók, vizezőkagylók, kádak, zuhanytálcák), mosható bútorok, nyílászáró szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatásos fertőtlenítő tisztítására.

KISZERELÉS ÉS ÁR: 20 kg-os csomagolásban: 260,- Ft telephelyen. Kérésre díjmentesen egységirakományként zsugorfóliázzuk.

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBÁNYÁK

Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



ELITE

ORTOPÉD MÉRETES Cipőkészítő Ipari Szövetkezet

Központ:

1139 Budapest, Röppentyű u. 48.
Telefon: 490-942, -943, -944

**LEGNAGYOBB SZALONUNK
KOMPLEX SZOLGÁLTATÁSAI:**

Ortopéd cipők készítése (privát rendelésre és szakorvosi rendelvényre)
Parafa és fémbetétek készítése
Kaptafáját meg is vásárolhatja

BUDAPEST

VII., Dózsa György út 80.
T.: 228-007, 229-203
Nyitva: H. 9-16.30; K. 8-16;
Sze. 8-16.30 Cs. 10-18.30; P. 8-15.30; szombaton zárva

ORTOPÉDCIPŐK JAVÍTÁSA

VII. Kertész u. 43.
Telefon: 222-958
Nyitva: H. 8-17; K. 9-17;
Sze. 8-16; Cs. 10-18; P. 8-17;
szombaton zárva

**TOVÁBBI MÉRETFELVEVŐ
ÜZLETEINK BUDAPESTEN:**

VII., Rákóczi út 69.
Telefon: 136-260
Nyitva: H. 10-17; K. 8-17;
Sze. 8-17; Cs. 10-19; P. 8-16
óraig, szombaton zárva
XIII., Pozsonyi út 9.
Telefon: 318-927
Nyitva: H. 10-17; K. 8-17;
Sze. 8-17; Cs. 10-19; P. 8-16
óraig, szombaton zárva

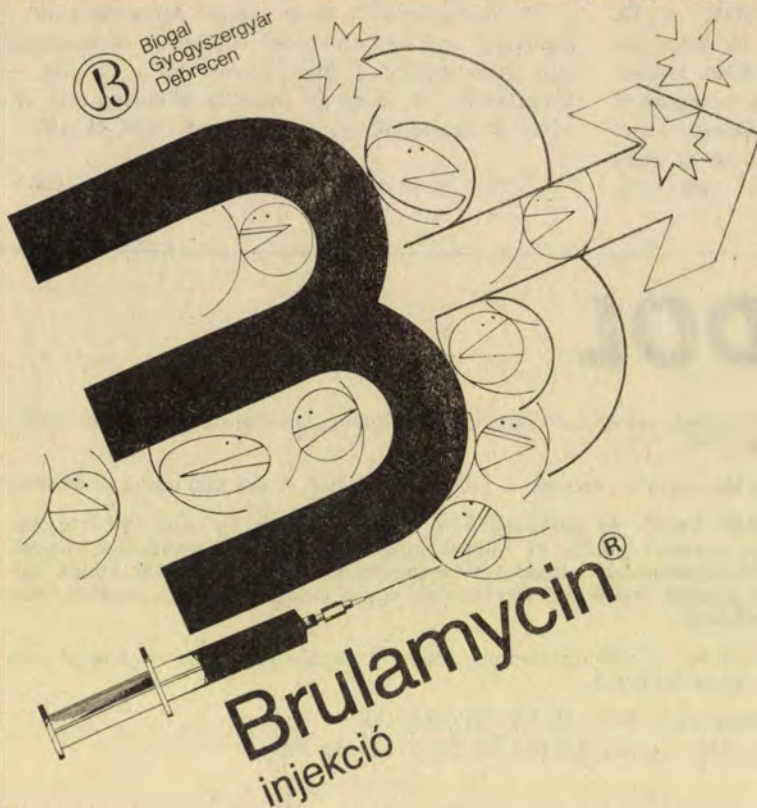
VIDÉKEN:

ESZTERGOM
Zalka Máté u. 27.
mindennap nyitva tart
EGER
Remenyik Zsigmond u. 18.
Nyitva: kedd, péntek: 8.30-15
óraig
GYÖNGYÖS
Április 4. tér Modellház
Nyitva: kedd, péntek: 8.30-15
óraig
VESZPRÉM
Pázmándi P. u. 5.
Nyitva: kedd, péntek: 8.30-15
óraig

**VIGYÁZUNK
AZ ÖN
LÉPÉSEIRE!**



B Biogal
Gyógyszergyár
Debrecen



szélesspektrumú
antibiotikum

ÖSSZETÉTEL

A készítmény 40 mg, ill. 80 mg tobramycint tartalmaz 1, ill. 2 ml-es ampullákban szulfátsó formájában.

JAVALLATOK

Tobramycinre érzékeny baktériumok okozta súlyos urogenitális, alsó légúti, gasztrointesztinális központi idegrendszeri, bőr-, csont- és lágyrész infekciók.

ELLENJAVALLAT

Allergiás túlérzékenység.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek 2–3 mg/kg/die
gyermekeknek 3–5 mg/kg/die
napi három egyenlő részre elosztva.

Csökkenet vesefunkcióban az adag 1 mg/kg/die, az egyes adagok közti intervallumot a vesefunkció szerint kell megszabni.

MELLEKHATÁSOK

Nepbro- és ototoxikus hatása elsősorban a vesekárosodott és a nagyobb adagokkal tartósan kezelt betegeken észlelhető.

Kerülendő az együttadás:

Neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, Furosemiddel, Uregyttel, neuromuscularis blokkolókkal.

FIGYELMEZTETÉS

Renális, vestibuláris vagy acustikus funkciórámítás esetén a kezelést abba kell hagyni, illetve módosítani kell. Terhesség alatti alkalmazásának veszélytelenségét még nem igazolták.

MEGJEGYZÉS

✘✘ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra kerül forgalomba.

LEJÁRATI IDŐ

3 év.

CSOMAGOLÁS

10 db 2 ml-es ampulla térítési díja: 271,50 Ft.
10 db 1 ml-es ampulla térítési díja: 135,70 Ft.

BANAI JÁNOS DR.,
SURJÁN LÁSZLÓ DR.,
SZÁNTÓ IMRE DR.
ÉS KUN MIKLÓS DR.

Mikor gondoljunk felnőttkori coeliakiára?

Orvostovábbképző Intézet II. Sebészeti Klinika (igazgató: Kun Miklós dr.),
Kórbonctani és Kórszövettani Intézet (igazgató: Juhász Jenő dr.)

A szerzők beteganyaguk alapján gyakorlati szempontból foglalkoznak a felnőttkori coeliakia klinikumával, diagnosztikájával. Tapasztalatuk szerint sok esetben túl későn, hosszú anamnézis után merül fel a coeliakia gyanúja felnőtt betegek esetében. Felhívják a figyelmet azokra a tipikus és kevésbé jellemző tünetekre, panaszokra, laboratóriumi eredményekre, amik a vékonybélbetegség gyanúját fel kell hogy vessék a kezelőorvosban.

When should one think of adult celiac disease. On the basis of the patient material the authors deal from practical viewpoint with the clinical and diagnostic problems of adult celiac disease. According to their experiences the possibility of celiac disease is suspected often too late after a long anamnesis in adult patients. Attention is drawn to typical and less characteristic symptoms, complaints and laboratory findings which should direct the attention of the attending physician to the disease of small intestines.

A coeliakia, gluten szenzitív enteropathia a vékonybél nyálkahártyájának felszívódási zavart okozó károsodása. Létrejöttében a gabonafélék fehérjéjének (gluten) szerepe van, de a patomechanizmus minden részletében még nem tisztázott (16).

A coeliakiás vékonybélkárosodás rendszerint csecsemőkorban a gluten expozíció kezdetekor alakul ki. A betegség klasszikus lefolyása, amikor a malabszorpció csecsemő- vagy gyermekkorban jelentkezik, ezért a gyermekgyógyászok gyakrabban találkoznak a kórképpel (10, 13, 14, 19). Spontán remisszió bekövetkezhet felnőttkorra, majd a tünetek újra jelentkezhetnek. Sok felnőttkori coeliakiás betegnek azonban nincs malabszorpciós anamnézise fiatalabb korból. Lehetséges azonban, hogy a coeliakiás beteg jejunalis mucosaja egész életében abnormalis (3), mégis a betegség az élet folyamán bármikor, akár idős korban is manifesztálódhat (3, 9, 18, 19).

Mivel coeliakia esetén a tápanyagok, sók, vitaminok felszívódása különböző mértékben károsodhat, a klinikai tünetek igen változatos formában jelentkezhetnek. Ez a változatosság lehet az oka annak, hogy a felnőttkori esetekben a diagnózis felállítását gyakran több éves észlelés és tüneti kezelés előzi meg.

Beteganyag, módszer

Klinikánkon 1978 óta foglalkozunk a vékonybél endoszkópos vizsgálatával, ill. ennek kapcsán vékonybélbiopsziával (1). Eddig 113 esetben végeztünk jejunoszkópiát diffúz vagy körülírt vékonybélbetegség gyanúja miatt. Kilenc beteg 11 vizsgálatánál találtunk coeliakiára jellemző atrófiás nyálkahártya-eltávolítást.

sokat. A betegek közül 8 nő volt és 1 férfi. Átlagos életkoruk 43,8 év.

Két beteg coeliakiája ismert volt a vizsgálatunk idején. Egyikük esetében 18 hónapos korában vékonybélbiopszia nélkül vetették fel a coeliakia gyanúját. Mi 18 éves korában, többé-kevésbé tartott glutenmentes diéta mellett, panaszmentes állapotban vizsgáltuk. A másik beteg 2 éve tartott glutenmentes diétát, amikor a vékonybélbiopsziát végeztük. Hét beteg esetében mi vetettük fel először a coeliakia gyanúját. A vizsgálatához SIF B (Olympus) jejunoszkópot használtunk. Diffúz vékonybélbetegség gyanúja esetén a biopsziát a jejunum oralis részéből, a Treitz-szalagtól 5–20 cm-re aboralisan vesszük. A biopsziás anyagot orientált fixálás után sztereo- és fénymikroszkóppal, valamint pásztázó- és transzmissziós elektronmikroszkóppal vizsgáljuk meg.

A bolyhok megítélésénél Stanfield és munkatársai 5 csoportra történő beosztását használjuk (12). A coeliakia gyanúja akkor vehető fel, ha a bolyhok atrófiája figyelhető meg a kripták hiperpláziájával. A diagnózis felállításakor a fénymikroszkópia főleg a boholy/mirigy arányra, a transzmissziós elektronmikroszkópia a boholy/mirigy arányra és a mikrobolyhok vizsgálatára támaszkodik. Mindhárom módszer önmagában is alkalmas a boholyatrófia és a kriptahiperplázia kórisztémzésére. Együttes alkalmazásuk a diagnózis biztonságát növeli, a differenciáldiagnosztikus megfontolásokat megkönnyíti.

A coeliakia végleges diagnózisa az Interlakenben elfogadott elvek szerint 3 alkalommal végzett biopszia alapján állítható fel (11).

1. Első biopszia — gluten tartalmú étrend mellett a nyálkahártya atrófiás elváltozásokat mutat.

2. Második biopszia — glutenmentes étrend mellett a nyálkahártya regenerálódik.

3. Harmadik biopszia — gluten hatására ismét atrófiás nyálkahártya-eltávolítások jelennek meg.

Eredmények

Beteganyagunk áttekintésekor (1. táblázat) fel-tűnik a hosszú idő, ami a betegség gyanújának fel-

1. táblázat. **A coeliakiás beteganyag nem és kor szerinti megoszlása, a kezelés időtartama és oka a boholyatrófia megállapítása előtt**

A betegek sorszáma	neme	kora	A panaszok kezdete és a dg. közötti idő	A kezelés fő indoka a jejunoszkópia előtt
1.	nő	45 év	20 év	hasmenés, fogyás
2.	nő	40 év	17 év	vashiányos anaemia
3.	nő	30 év	10 év	vashiányos anaemia
4.	nő	50 év	14 év	fogyás
5.	nő	43 év	14 év	vashiányos anaemia
6.	nő	68 év	35 év	tetania
7.	ffi	18 év	1 hónap	csecsemő coeliakia
8.	nő	43 év	15 év	hasi görcs, puffadás
9.	nő	57 év	15 év	tetania

merülését megelőzte. Egyetlen eset kivételével az anamnézis 10 évnél hosszabb. Megjegyzendő, hogy az egy kivétel sem felnőttkori coeliakia, hanem a gluten expozíció kezdetekor jelentkezett csecsemő-kori forma. A másik szembetűnő vonás, hogy betegeink többségét valamilyen malabszorpciós jelenség miatt kezelték. Mivel azonban a felszívódási zavar mint oki tényező nem merült fel, a diagnózist nem sikerült felállítani. A panaszok, tünetek elemzésekor (2. táblázat) kiderül, hogy hasi panasz minden betegnek volt. Kivétel a kezelt, csecsemőkori coelia-

2. táblázat **Különböző panaszok és tünetek előfordulása 9 coeliakiás betegünkben**

Panasz, tünet	esetszám
hasmenés	8
puffadás, hasi fájdalom	6
fogyás	8
stomatitis, glossitis	2
tetania	2
osteoporosis	3
ödéma	2
vérzékenység	1
dysmenorrhosa	2
neurológiai tünet	4
pszichiátriai tünet	1

3. táblázat **Laboratóriumi vizsgálati eredmények a jejunoszkópia idején**

Vizsgálat (normál érték)	Normális	Csökkent (átl ± S.D.)
Hemoglobin (7,7—11,2 mmol/l)*	4 beteg	5 beteg (6,2 ± 0,6)
Serum vas (14,3—28,3 mikromol/l)	2 beteg	7 beteg (8,44 ± 2,77)*
Serum összfehérje (66—87 g/l)	3 beteg	6 beteg (51,5 ± 11,0)
Serum koleszterin (4,65—6,47 mmol/l)	3 beteg	6 beteg (4,0 ± 0,34)
Serum calcium (2,25—2,70 mmol/l)	4 beteg	5 beteg (1,87 ± 0,222)
Prothrombin (85—100%)	7 beteg	2 beteg (45 és 65%)
D-xylose (vizelet)*		3 beteg
(1,2 g/5 óra felett)		(0,7 és 0,8)

* szélső értékek



1. ábra: Ép boholyozatú emberi vékonybél-nyálkahártya pástázó elektronmikroszkópos képe. A jelzés 10 mikronnak felel meg

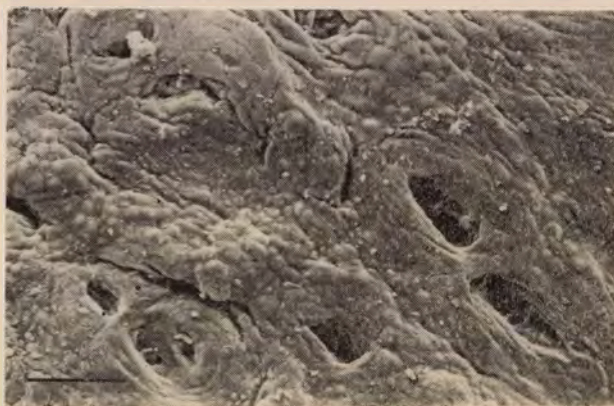
kiás beteg. Minden beteg fogyott is a vizsgálatot megelőző időben. A felszívódási zavar következtében kialakult jelenségek változatos formáit és kombinációit találtuk meg. Beteganyagunkban a vas- és calciumhiány következményei domináltak.

A vékonybélbiopszia idején a laboratóriumi vizsgálatok a felszívódási zavart egyértelműen tükrözték (3. táblázat).

A szövettani vizsgálat során talált elváltozás jellegét legszemléletesebben a pástázó elektronmikroszkópia mutatja meg. Felnőttkori coeliakiás eseteinkben a szabályos bélboholyok (1. ábra) helyett sima vékonybél-nyálkahártyát láttunk, melynek felszínén tatóngó mirigynyílások voltak (2. ábra).

A glutenmentes diéta beállítása minden beteg esetében viszonylag gyors klinikai javulást eredményezett. Javultak a laboratóriumi eredmények is. Kontroll vékonybélbiopsziára eddig csak két esetben került sor a diéta megkezdése után fél évvel. Részleges diéta mellett megindult a boholyok regenerálódása, de alakjuk szabálytalan, szerkezetük kóros, mert a mirigyek nem a boholyok között, hanem a csúcsaikon nyílnak a felszínre (3. ábra). A nem kielégítő regeneráció azzal lehet kapcsolatos, hogy diétahibát mindkét beteg elkövetett.

A felnőttkori coeliakia változatos klinikumának illusztrálására két betegünk esetét röviden ismertettjük.



2. ábra: Boholymentes vékonybél-nyálkahártya coeliakiás betegből. A jelzés 10 mikronnak felel meg



3. ábra: Kórosan regenerálódó bolyhok diétahibás étkezés mellett. A nyíllal a bolyhcúcscon nyíló mirigyeket jelöltük. A nagyítás jelzése 10 mikronnak felel meg

2. eset. A beteget 17 éve számos intézetben kezelték alig befolyásolható vashiány, étkezésre jelentkező puffadás, napi 7–15 nagy mennyiségű széklet, fogyás miatt. A kezelés mindig csak szubsztitúcióból állt, ami természetesen csak átmeneti javulást eredményezett. Intézetünk egyik belklinikájára került, ahol felmerült a vékonybélbetegség gyanúja. A biopsziás anyagban súlyos boholyatrófiát láttunk. Kontroll vizsgálatra 7 hónap múlva került sor. A diétát csak részben tartotta, napi 1 zsemlet is fogyasztott. Panaszai így is jelentősen csökkentek. Napi egy formált széklete volt, hízott, laboratóriumi vizsgálati eredményei normalizálódtak. A biopszia is javulást igazolt.

8. eset. A 43 éves betegnek 15 éve voltak rendszeresen panaszai. Számos alkalommal feküdt kórházban extrem hasi puffadás, hasmenés, kollapszusok, 10 kg-os fogyás miatt. A hasban tapintható rezisztencia alakult ki, mely miatt exploráció történt. A diagnózis lipomatózis mesenterii volt. Később a beteg magától rájött, hogy panaszai enyhülnek, ha búzalisztet nem fogyaszt (a beteg csecsemőgondozónő). A jejunoszkópia idején a beteg hónapok óta nem diétázott. A szövettani vizsgálat ennek megfelelően teljes boholyatrófiát mutatott.

Megbeszélés

A felnőttkori coeliakia felismerése nem minden esetben könnyű. Diagnosztizálását nehezíti, hogy nem mindig okoz jelentős hasi panaszokat és teljes malabszorpciós szindrómát. Jelentkezhet bizonyos anyagok izolált felszívódási zavarából következő tünetekben is. Betegeink esetében igen hosszú idő telt el a tünetek jelentkezése és a diagnózis felállítása között. Ez nyilván arra vezethető vissza, hogy az esetek többségében nem hasi panaszok álltak előtérben, hanem pl. tetania, vashiányos anémia. Más esetekben viszont éppen a hasi panaszok erőssége és jellege miatt nem merült fel a vékonybélbetegség gyanúja; explorációra is sor került.

Az anamnézis, klinikum alapos elemzése és a részletes laboratóriumi vizsgálatok alapján azonban még atipikus esetekben is fel kell hogy merüljön a coeliakia gyanúja. Betegeink esetében is fennállt a leggyakoribb panaszok legtöbbször. Hasmenése szinte minden betegnek van. A széklet nem annyira vizes, inkább gyakori, voluminózus a székürítés. A betegek 80–90%-a kisebb-nagyobb mértékű fogyásra is beszámol. Gyakori panasz a gyengeség, étvágytalanság. Hasi fájdalom, puffadás gyakran fordul elő, de rendszerint nem túl erős. Jellemző lehet, hogy az

éjszakai vizeletmennyiség nagyobb a nappalinnál. Vashiányos anémia, folsav, B-vitaminok hiánya következtében kialakult bőrtünetek, glossitis, stomatitis, D-vitamin, calciumhiány miatti tetania, osteomalacia, osteoporosis első jele lehet a betegségnek. K-vitamin hiány miatt a prothrombin szint csökkenhet, amiatt akár vérzés is kialakulhat. Előfordulhatnak nőgyógyászati panaszok (dysmenorrhoea, meddőség), neurológiai tünetek (perifériás neuritis, paraesthesia), vagy akár pszichiátriai tünetek is (3–9, 15–18).

A diagnózis felállítása a vékonybélbiopszia alapján könnyűnek tűnik, de az interlakeni kritériumok maradéktalan betartása nehéz. Betegeink esetén a diéta jó szubjektív eredményt hozott. A későbbiekben egyikük sem tartotta be teljesen az előírt étrendet. Így a második biopsziakor nem a teljes glutementesség mellett elvárható fokú regenerációt láttuk. A diétahibák miatt a második és a harmadik ellenőrző vékonybélbiopsziát nem végezhetjük el a megfelelő körülmények között.

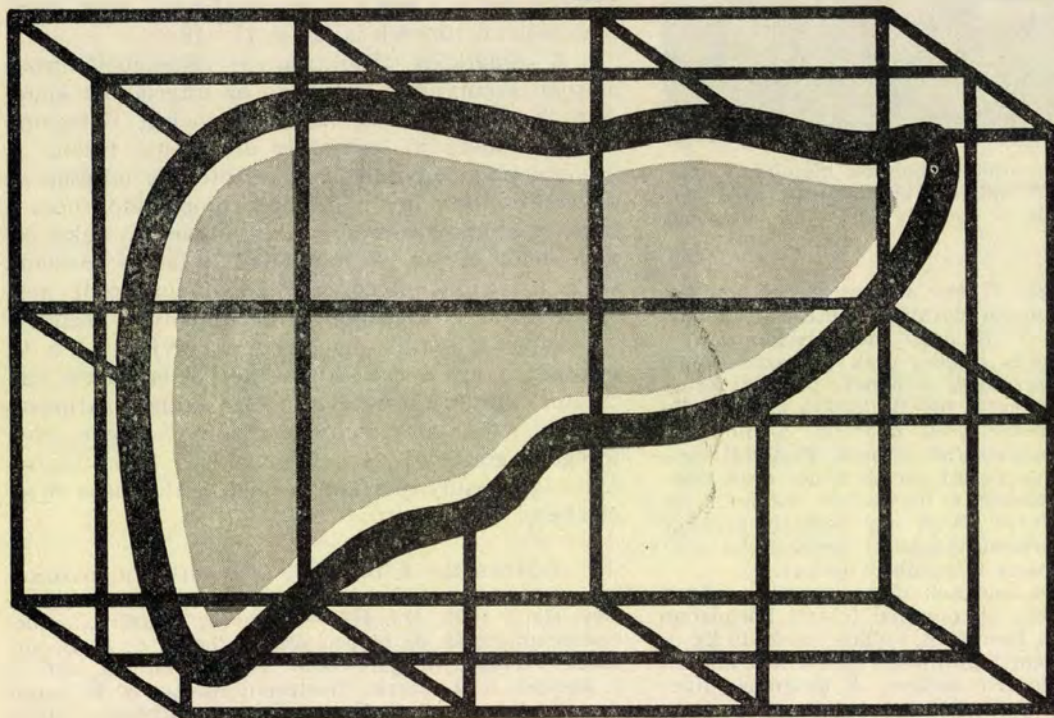
Tapasztalataink alapján arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a coeliakia felnőttkorban igen változatos klinikai formában jelentkezhet. Atipikus tünetek egész sora esetén kell fennállásának lehetőségére gondolni. Korai diagnózisa azért fontos, mert így a súlyos malabszorpció kialakulása megelőzhető.

IRODALOM: 1. *Banai, J. és mtsai*: A jejunoszkópia szerepe a vékonybélbetegségek diagnosztikájában. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 411. — 2. *Beck, K. szerk.*: A bei endoscopiájának és biopsziájának atlasza. F. K. Scharntauer Verlag, Stuttgart—New York, 1973, 119. old. — 3. *Bockus, H. L. szerk.*: Gastroenterology. W. B. Saunders Company, Philadelphia—London—Toronto, 1976. 244. old. — 4. *Campbell, J. A.*: Foods for patients with coeliac disease. *Canadian Med. Ass. J.* 1982, 127, 963. — 5. *Hallert, C. és Derefelt, T.*: Psychic disturbances in adult coeliac disease. *Scand. J. Gastroenterol.* 1982, 17, 17. — 6. *Hallert, C. és mtsai*: Reversal of psychopathology in adult coeliac disease with the aid of Pyridoxine. *Scand. J. Gastroenterol.* 1983, 18, 299. — 7. *Hallert, C. és Aström, J.*: Intellectual ability of adults after lifelong intestinal malabsorption due to coeliac disease. *J. Neurol. Neurosurg. and Psychiatry* 1983, 46, 87. — 8. *Jávor, T.*: A malabszorpciós szindrómával kapcsolatos újabb ismereteink. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 2059. — 9. *Kluge, F. és mtsai*: Follow-up of treated adult coeliac disease: Clinical and Morphological studies. *Hepato-Gastroenterol.* 1982, 29, 17. — 10. *Kósnai I. és Kassai K.*: A glutenmentes diéta a coeliakiás gyermek és a család szemszögéből. *Gyermekgyógyászat*, 1981, 32, 236. — 11. *Kovács J. és mtsai*: Kis dózisú gluten terhelés eredményei a gyermekkori coeliakia megállapításában. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 2589. — 12. *Lee, F. D. és Toner, P. G. szerk.*: Biopsy pathology of the small intestine. Chapman and Hall, London 1980. 8. old. — 13. *Lőrinc M.*: Malabsorptiós betegek ambulans ellátása osztályhoz integrált rendszeren. *Magy. Pediáter*, 1980, 14, 325. — 14. *Módszertani levél* 14. sz. *Magy. Pediáter*, 1979, 13, 214. — 15. *Schmerling, D. H.*: Die gluteninduzierte Zöliakie und ihre Behandlung. *Therap. Umschau*, 1980, 37, 621. — 16. *Sleisenger, M. V. és Fordtran, J. S.*: Gastrointestinal Disease. W. B. Saunders Company, Philadelphia—London—Toronto, 1973, 864. old. — 17. *Stevens, F. M.*: Coeliac Disease. *Pract Gastroenterology*, 1980, 9, 10. — 18. *Varró V.*: Felszívódási zavarral kapcsolatos gondok az általános orvosi gyakorlatban. *Med. Univ.* 1979, XII/6, 283. — 19. *Várkonyi Á.*: A gyermekgyógyászati gastroenterológia körvonalai. *Orvosképzés*. 1977, 52, 253.

(Banai János dr., Budapest, Pf. 112., 1389.)

Catergen[®]

TABLETTA
mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energia-termelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérumbilirubin és szérum-transzamináz értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvéve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immun-haemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS ✖

„Csak vényre adható ki. Az orvos utasítása szerint egyszeri, vagy legfeljebb kétszeri alkalommal ismételtető.”

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

TIMÁR LASZLÓ DR.,
KÁLI GÁBOR DR.*
ÉS BUDAI JÓZSEF DR.

Rubeolát követő progresszív panencephalitis

Fővárosi László Kórház (főigazgató: Várnai Ferenc dr.)
I. Gyermekosztály (osztályvezető főorvos: Budai József dr.)

A szerzők egy 3 éves kisfiú progrediáló panencephalitisének kórlefolását ismertetik. A klinikai képet gyorsan előrehaladó járászavar és demenciálódás, cerebelláris — extrapyramidális mozgászavar és pyramistünetek jellemezték, amelyhez görcsök, mélyülő tudatzavar, spasticitás és myoclonusok csatlakoztak. A liquorban oligoclonalis gammaglobulin szaporulatot, intracerebrális immunglobulin képződés jeleit találták. Az EEG diffúz károsodást és a betegség csúcspontján periodikusan ismétlődő lassúhullám kitöréseket mutatott. A tünetegyüttes a progresszív rubeola panencephalitis típusos klinikai képének felelt meg. A szérumban tartósan magas rubeola antitest títert találtak, amely a rubeola fertőzés etiológiai szerepét valószínűsíti. A betegség 3 hónapos súlyos progresszió után javulni kezdett, két és fél évvel a kezdet után a gyermek klinikailag gyógyult. A javulásban feltehetően az Isoprinosine kezelés is szerepet játszhatott.

Progressive panencephalitis following rubella. The course of a progressive panencephalitis of a 3-year old boy is described. The clinical picture was characterized by rapidly progressing walking disturbance, dementia, cerebellar, extrapyramidal motion disorders and pyramis symptoms associated with spasm, deepening disorientation, spasticity and myoclonus. Increase of oligoclonal gamma globulin and signs of intracerebral immune globulin formation were detected in the liquor. EEG showed diffuse impairment and at the peak of the disease periodically repeating slow-wave bursts. The symptom entity corresponded to the typical clinical picture of progressive rubella panencephalitis. Permanently high rubella antibody titer was found in the serum which indicated the etiological role of rubella infection. After three months of grave progress the condition started improving and 2 and half years after the beginning of the disease the child recovered clinically. Isoprinosine treatment may also have played a role in the improvement.

A rubeolavírus fertőzést követő idegrendszeri megbetegedések rendkívül ritkák. Elsősorban kongenitális rubeola infekció után figyelhetők meg idegrendszeri defektusok, amelyek a megbetegedettek 81⁰/₀-ában — részben az intrauterin életben lezajlott meningoencephalitis maradványtünete-ként, részben a komplex fejlődési rendellenességek résztüneteként — mutathatók ki (5). A születés után szerzett rubeolát kísérő encephalitisek gyakoriságát 1/5000—1/6000-re becsülik egyes nagy járványok során végzett felmérések alapján (1). Hazánkban Kemény (12), Kovács és mtsai (14), Nyuli és mtsai (21) közölték rubeola encephalitis eseteket.

A rubeola encephalitisre jellemző a rövid lefolyás. A beteg sorsa rendszerint az első napokban, legfeljebb egy-két héten belül eldől: vagy maradványtünet nélkül gyógyul, vagy — nem ritkán —

meghal. Steen és Torp (cit. 1) az irodalomból 88 közölt esetet gyűjtött össze, amelyek között 17 volt fatális.

Az utóbbi évtizedben figyeltek fel az eddigektől eltérő, lassan progrediáló súlyos idegrendszeri megbetegedésre: a progresszív rubeola panencephalitisre (PRPE) (3, 17). A betegség klinikai képe a subacut sclerotizáló panencephalitisnek (SSPE) megfelelő, de nem a kanyaró, hanem a rubeolavírus tekinthető kórokozójának. Eddig 5 kongenitális rubeola (11, 25, 27) és 3 szerzett rubeola fertőzést (15, 18, 28) követő esetet ismertettek. Valamennyi beteg fiú volt. A betegség rendszerint a második életévtizedben kezdődött. Közös jellemzőjük volt a progresszív cerebelláris ataxia, a demenciálódás, a görcsök, tetraparesis és pyramispálya tünetek, majd a végső stádiumban a teljes szellemi leépülés. A betegek vérében magas titerben találtak rubeola ellenanyagokat, ugyanakkor a morbilli antitestek szintje normális volt. A liquorban oligoclonalis IgG szaporulat jelentkezett, és ott is megtalálták a rubeola antitesteket. Egy beteg agybiopsziás anyagából (4) és egy másiknak a perifériás mononucleáris setjeiből sikerült a ru-

* ideggyógyász konziliáris főorvos

A Magyar Infektológiai Társaság 1983. márc. 24-i tudományos ülésen elhangzott előadás alapján.

beolavírust izolálni. Az eddigi terápiás próbálkozások nem vezettek eredményre.

Az alábbiakban egy gyorsan progrediáló pan-encephalitisben szenvedő gyermek kórtörténetét ismertetjük. A betegség hátterében a rubeola fertőzés oki szerepe valószínűsíthető. Az eset külön érdekessége, hogy 3 hónapig tartó súlyos progresszió után javulás, majd klinikai gyógyulás következett be.

Esetismertetés

K. G. 3 éves fiút 1980. 08. 04-én vettük fel osztályunkra. 1977. 05. 01-én született 3700 g súllyal, normális időre. Intrauterin fertőzésre utaló klinikai tünete nem volt. Somatikus és pszichés fejlődése normálisan haladt. Védőoltásait (polio-, Di-Per-Te, morbilli) megkapta. Felvételéig három alkalommal — 10 hónapos, 2 éves és 2 és fél éves korában — gondolták akkori kiütéses betegségét rubeolának, de víruszerológiai vizsgálatot nem végeztek.

Kórházunkba kerülése előtt 3 héttel vették észre, hogy járása kissé bizonytalan lett, sokat botladozott, jobb lábára időnként sántított. Július 19-én futás közben elesett, homlokát beütötte. Három nappal később a jobb lábán rövid ideig tartó tónusos-clonusos görcsöt láttak, mely a következő napokban többször ismétlődött. 07. 24-én eszméletét is elvesztette, amikor az egész jobb testfelére kiterjedő, majd generalizálódó görcsrohamra volt. A roham mintegy 20 perc után diazepam adására megszűnt. A Veszprém Megyei Kórházban 2 napig megfigyelték, majd a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Gyermekklinikára, onnan az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetbe szállították. Az elvégzett koponya rtg., carotis angiográfia, computertomográfia (CT) negatív eredménye az intracranialis vérzést, ill. térszűkítő folyamatot kizárta. A liquorban 83/3/μl sejtszaporulatot találtak normális

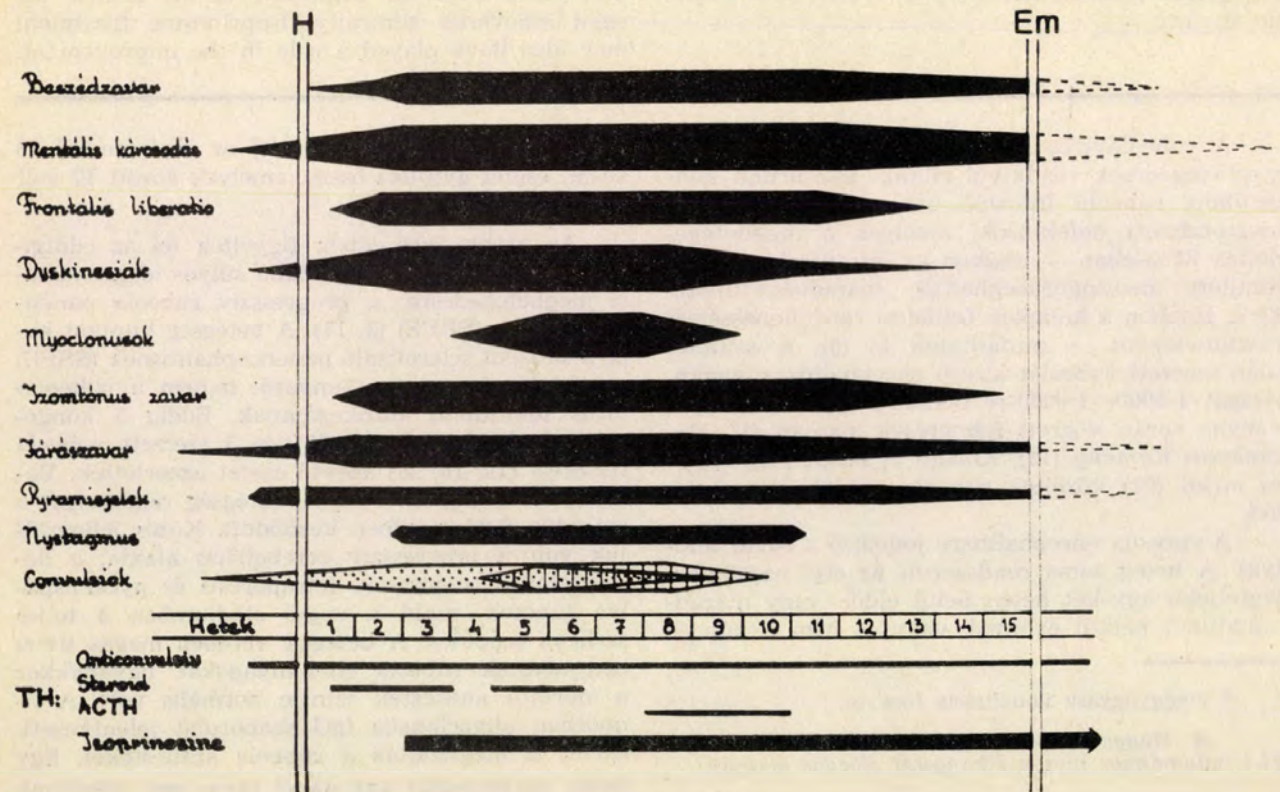
fehérjekoncentráció mellett (25 mg/dl), az EEG-n durva bal féltelkei meglassulást láttak. Mindezek alapján encephalitis gyanúja miatt kórházunkba helyezték át.

Felvételekor subferilis volt, belszervi státusában kóros eltérés nem volt. Kissé bizonytalanul járt és enyhe törzsataxiát észleltünk. Pyramis-lézióra utalt a kétoldalt pozitív Babinski reflex és a jobb oldalon fokozott inreflexek. Ugyanakkor jobb alsóvégtag gyengeség és azonos oldali enyhe centrális facialis gyengeség látszott. Feltűnő volt a meglassult psychomotoros tevékenység, egyszerű kérdésekre is csak vontatottan, szavakban válaszolt. A következő napokban a betegség gyorsan progrediált: a jobb testfelére lokalizált fokális görcsök ismétlődtek és mentális funkciói is igen gyorsan romlottak. Tekintete réveteggé vált, kérdésekre nem válaszolt, környezetét nem ismerte fel. Frontális liberációs reflexek jelentek meg: palmomentális, szopó-, fogóreflex stb. Járásképtelenné vált, egyre kifejezettebb choreo-athetoid hyperkinesisek kezdődtek. Nagyon feltűnő volt az izomtónus jelentős csökkenése. A felvételét követő második hét végére az egész agyállományt érintő súlyos károsodás képe bontakozott ki (1. ábra).

Vizsgálati eredmények: Ismételt normális volt a vérsejtszűnyedés, a vérkép, a vizelet, a vércukor, az ionogram, az Astrup, a májfunctios próbák, az SGOT, SGPT, az alkalikus foszfatáze, az AST titer, a szérum IgG, IgM és IgA koncentráció, valamint a vizelet arylsulphatase-A enzimaktivitása. A diftéria antitoxin és pertussis ellenanyag titer a védőoltásoknak megfelelt.

Negatív volt a szemfenéki kép, a megismételt koponya CT, a mellkas rtg., az EKG és átmeneti perceptios hallászavartól eltekintve a föl-orr-gégészeti status.

A nervus suralis fény és elektronmikroszkópos vizsgálattal normális szerkezetűnek bizonyult és a pe-



1. ábra: A klinikai tünetek és a terápia alakulása (K. G. 3 éves fiú)

1. táblázat. **Diagnosztikus fontosságú vizsgálatok eredményei**

	08.09.	08.19.	09.08.	09.12.
LIQUOR				
Pándy	neg.	neg.	neg.	neg.
Sejtszám	10	3	5	—
Cukor	4.6	3.3	3.85	—
Összfehérje	24	17	24	16
Albumin		9.7		8.1
IgG		2.15		1.55
Elektroforézis		Oligoclonalis ggl.		Oligoclonalis ggl.
SERUM				
Albumin		4080		3420
IgG		1020		860
IgG/albumin index: N < 0.66		0.88		0.76

Megjegyzés: fehérje értékek mg/dl cukor értékek mM/l

rifériás idegek motoros vezetési sebessége az életkor-nak megfelelő volt.

A liquor rutin vizsgálata (1. táblázat) negatív, az albumin hányados normális volt, de az IgG/albumin indexet emelkedettnak számítottuk és oligoclonalis gammaglobulin szaporulat is mutatkozott. Az idegrendszerben szintetizált IgG mennyisége kezdetben minimálisan 0,365 mg/dl, egy hónappal később 0,06 mg/dl volt.

Az EEG-n (2. ábra) az agyi elektromos tevékenység diffúz károsodása látszott, időnként izgalmi jelekkel (2/a ábra), de epilepsiára utaló határozott eltérést egy ízben sem sikerült kimutatni, jóllehet kezdetben 4–5 naponként, később hetenként ismételtük az EEG vizsgálatokat.

A liquorban vírusserológiai módszerekkel egyik vizsgált kórokozó antigénnel szemben sem lehetett mérhető mennyiségű antitestet kimutatni, a rubeola antitest szint 1:8 volt. A szérumban mért ellenanyag szinteket a 2. táblázat tartalmazza. Vírusizolálási kísérletek (torokmosó folyadék, széklet, vér, liquor) eredménytelenek voltak.

A bevezetett antikonvulzív (Diphedan, Sertan, majd Diphedan, Ospolot, végül Diphedan, Ospolot, Rivotril), steroid (napi 3, majd 5 mg/kg Di-Adreson F aqu.), Furosemid, lipoic acid terápia ellenére a betegség progrediált, ezért 08. 20-án Isoprinosine kezelést is beállítottunk, napi 3 g-os adagban.

A betegség további lefolyása során mérsékelt hullámzó tudatállapot mellett előbb az idegrendszeri tünetek változatlanok maradtak, majd a kórházi kezelés 4. hetében az addig csökkent izomtónus fokozottá vált, a szinte folyamatos hyperkinézisek mellett myoclonusok jelentek meg. A kényszermozgásokban a jobb alsó végtag nem vett részt, itt teljes paresis alakult ki. Az addig napi 1–2 alkalommal jelentkező motoros rohamok mellett vegetatív rohamok kezdődtek.

2. táblázat. **A kóroki vizsgálatok eredményei**

	Reciprok értékek							
	08.11.	09.09.	1980 10.13.	11.11.	1981 03.03.	1982 03.25.	1983 03.01.	
RUBEOLA HAG	1024	1024	1024	1024	512	512	256	
MORBILLI HAG	20	40	40	80		40		

Negatív eredmények:

Adenovirus KKR: neg.	HSV 1,2; < 5	KEV: < 5
Mumps KKR: neg.	EBV: < 10	LCM: < 5
Enterovirus 71: < 10	VZV: < 10	RSV: 8
Echinococcus KKR: neg.	Toxoplasma KKR: neg.	
	Toxocara KKR: neg.	

A hirtelen fellépő nagyfokú tachycardia, vérnyomás-emelkedés, profúz izzadás, kipirulás, ill. elsápadás képében jelentkező rosszulletek diazepammal jól befolyásolhatók voltak. Az ebben az időszakban készült EEG-n 2–3 cps frekvenciájú, viszonylag magas amplitúdójú lassúhullám kitörések látszottak 5–6, majd később 2–3 secundumonkénti periodikus ismétlődéssel (2/b ábra). Ezek azonban a myoclonusokkal nem mutattak határozott egyidejűséget.

Az Isoprinosine kezelés 7. hetében lassú javulás indult. Előbb a myoclonusok szűntek meg, majd a vegetatív rohamok, és a hyperkinézisek is csökkentek. Mentális statusa a 10. kezelési héten kezdett javulni: környezetét felismerte és bár nem beszélt, időnként adequat emocionális megnyilvánulásai voltak (mosolygott, sirt). A javulás ettől kezdve folyamatos volt.

Tizenöt hetes kórházi ápolás után — hazaadása-kor — még enyhe törzsataxiája és beszédzavara volt, de önállóan járt és egyszerű kérdésekre egy-egy szóban adequat választ adott. Környezetét regisztrálta, de tudatos kontaktust csak részlegesen tartott fenn. Megfelelően artikulált, de még perseveratiót és echolaliát észleltünk.

Távozása után egy hónappal mind az organikus, mind a psychés státusában még jelentős károsodási jeleket találtunk, de állapota egyenletesen javult. Ezt tükrözte az EEG javulása is (2/c. ábra). Újabb másfél hónap múltával már nem volt beszédzavara, fél év múlva síelni tanult, majd óvodai közösségbe is jól beilleszkedett.

Az antikonvulzív kezelést 6–9 hónap alatt fokozatosan elhagytuk, az Isoprinosine-t változatlan adagban összesen másfél évig kapta. Jelenleg, betegsége után 2 és fél évvel jól mozog, síel, úszni tanul és részletes pszichológiai vizsgálat iskolaérettnek minősítette. Magatartására a hypermotilitás, bizonyos fokú labilitás a jellemző. A konstruktív, elsősorban a rajzkészsége értékelhetően károsodott, de organikus kóros tünete gyakorlatilag nincs. Az EEG-n a mellső agyi régiók felett még némi meglágyulás látható (2/d. ábra).

Megbeszélés

Betegünk esetében a kibontakozó súlyos, az egész agyállományra kiterjedő idegrendszeri károsodás számos differenciáldiagnosztikai problémát vetett fel.

Elsősorban az anamnézisben szereplő koponya-trauma oki szerepét mérlegeltük. Intracranialis vérzést és más térszűkítő folyamatot a víztiszta liquor, az ismételt is negatív CT és kétoldali carotis angiographia alapján kizárhattunk és a szemfenéki képen sem utalt koponyaúri nyomásfokozódásra. Koponyatraumát követő következményes epilepsiás mechanizmus ellen szólt, hogy a járászavar már a trauma előtt látható volt és típusos epilepsiás jeleket a szorozatosan elvégzett EEG vizsgálatokkal

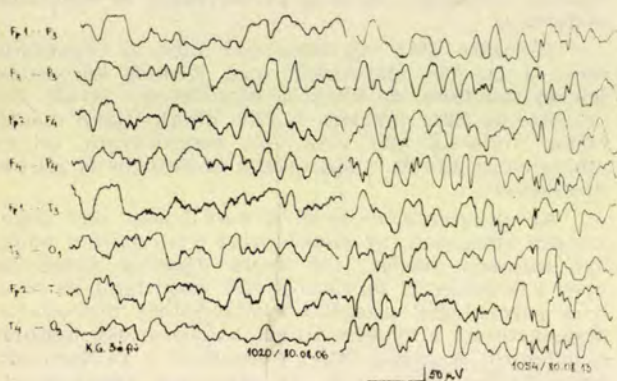
sem sikerült kimutatni. A metachromasiás leukodystrophia a normális *arylsulphatase-A* enzimaktivitás, valamint a kimetszett nervus suralis fény- és elektromikroszkópos vizsgálata alapján elvethető volt. Ez utóbbiak, valamint a perifériás idegek normális motoros vezetési sebessége, az ép szemfenéki kép és a belgyógyászati tünetek hiánya esetleges tárolási betegség idegrendszeri manifesztációja ellen szóltak. A velőtlenedéssel járó betegségek közül a hasonlóan gyorsan progrediáló Schilder-kór ellen a folyamat reverzibilitása és a látászavar hiánya szólt.

A három hónapig folyamatosan romló klinikai kép leginkább egy gyorsan progrediáló SSPE-nek felelt meg. Az SSPE tünetei közül (3, 19, 24) betegünkön megtalálható volt az 1. stádiumra jellemző mentális visszafejlődés és beszédzavar, a 2. stádium-

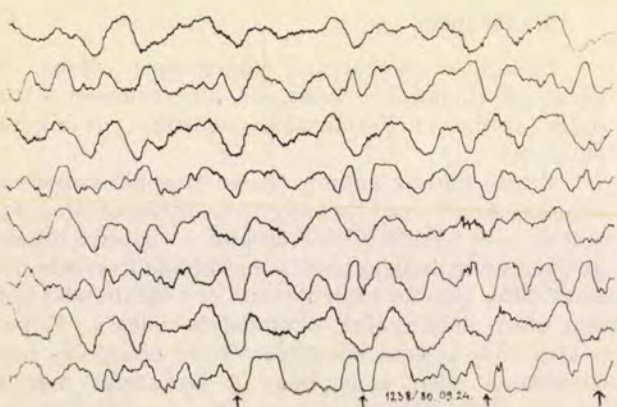
ban kifejlődő dyskinézia, choreo-athetoid kényszer-mozgások, myoclonusok, görcsök és a már 3. stádiumba való átmenetet jelző izomhypertónia, a hypothalamikus dysregulációra utaló vegetatív tünetek és a kómába hajló tudatzavar. A liquorban oligoclonális gammaglobulin szaporulat volt és mérhető intracerebrális IgG képzést mutattunk ki. Ez az elváltozás elsősorban az immun-pathomechanizmusú, velőtlenedéssel járó sclerosis multiplexre és SSPE-re jellemző, de néha akut idegrendszeri gyulladásokban is kimutatható. (13, 22, 23). Az egyéb velőtlenedéssel járó kórképekben jó hatású steroid terápia eredménytelensége szintén SSPE mellett szólhatott (16, 22). Az EEG diffúz károsodásra utalt, és a betegség csúcspontján periodikusan ismétlődő lassúhullám-kitörések is megjelentek. Ezek ugyan nem voltak típusos Radermecker-komplexusok, de periodicitásuk ahhoz hasonló volt.

Az SSPE diagnózisának feltétele a morbillivírus kóroki szerepének vírusserológiai bizonyítása (2, 3, 8, 24). Betegünk morbilli ellenanyagai normális szintűek voltak, ugyanakkor magas rubeola antitest titer mértünk szérumban.

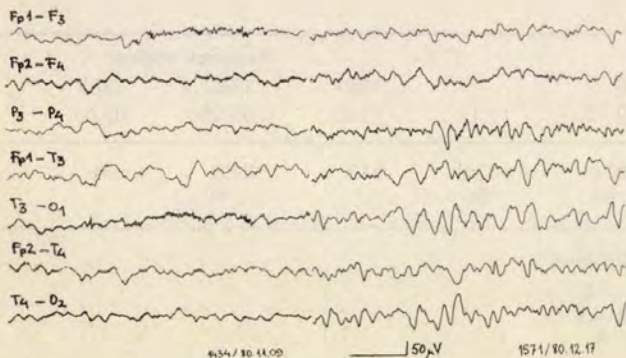
A progresszív rubeola panencephalitis (PRPE) minden vonatkozásban hasonló az SSPE-hez, biztos elkülönítést csak a vírusvizsgálatok és az agy szövettani vizsgálata (26) tesz lehetővé. Eddig 8 PRPE esetet ismertettek. Közülük ötben a betegség progresszív járásszavarral kezdődött és azt követte a mentális funkciók romlása. Négy esetben említettek görcsrohamot, ezekből kettőben a kezdeti tünetek között. Az utóbbi két betegben a kórkép gyorsan



2. a) ábra



2. b) ábra



2. c) ábra



2. a-b-c-d. ábra: Az EEG vizsgálatok eredményei. A nem jelölt görbékben az elvezetési kombináció a legelső felvételen alkalmazottal azonos

san progrediált: egyikük 2–3 hét alatt jutott kó-
más állapotba (18), a másik gyorsan romló neuroló-
giai tünetekkel négy hónap alatt meghalt (25). A to-
vábbi hat esetben a kórlefolyásra a lassú, évekig
tartó progresszió volt jellemző: a fokozatosan rom-
ló intellektus és a neurológiai tünetek mellett a
cerebelláris-extrapiramidális mozgászavar állt elő-
térben (ataxia, majd járásképtelenség, dyskinéziák,
nystagmus) és valamennyi esetben kimutathatók
voltak a pyramis-lézióra utaló jelek is (fokozott in-
reflexek, Babinski-tünet, izomtónus fokozottság).
A beszédzavar is jellemző volt. Érzésvizsgálat egy be-
tegen sem tudtak kimutatni. A PRPE esetekben a
liquor eltérések és EEG elváltozások az SSPE-ben
megfigyeltekhez hasonlóak voltak, bár hangsúlyoz-
zuk, hogy tiposus Radermecker-komplexusok egy
eset leírásában sem szerepeltek.

Mindezek alapján határozottan állíthatjuk,
hogy az általunk észlelt klinikai kép és kórlefolyás
— legalábbis a betegség első három hónapjában —
a PRPE-re jellegzetes volt, jöhet a rubeola kór-
oki szerepét csak valószínűsítettük. Bár a szérum-
ban tartósan magas volt a rubeola ellenanyag titer,
bizonyító erejű csak a liquorban is megjelenő spe-
cifikus antitest lett volna. Ott azonban haemagglu-
tinatio gátlással csak 1:8 alatti titert találtunk. Az
eddig közölt PRPE esetekben a liquor rubeola anti-
test titerét 1:8 és 1:256 közöttinek találták. Megje-
gyezzük, hogy a hasonló kórlefolyású SSPE-ben a
morbilli antitestek jelenlétét a liquorban szintén
diagnosztikus feltételnek tartják, ugyanakkor *Sever*
és *mtsai* 59 SSPE-ben szenvedő betegük közül 22-
nek a liquorában haemagglutinatio gátlással csak
1:1–1:4 titerértéket mértek. Diagnosztikus szem-
pontból a komplementkötési reakciót tartják érté-
kesebbnek (24).

Eddig valamennyi ismert PRPE feltartóztatha-
tatlannal haladt előre, gyógyult esetet még nem is-
mertettek és ez kérdésessé teheti diagnózisunkat. A
lényegesen gyakoribb SSPE-ben azonban nagy kli-
nikai beteganyag nyomon követésekor 4^{0/0}-ban
hosszú ideig tartó spontán remissiót figyeltek meg
(9). Az utóbbi években jelentek meg közlemények
arról is, hogy SSPE-ben az *Isoprinosine* kezelés
tartós remissziót, esetleg gyógyulást eredményez-
het. *Huttenlocher* és *Mattson* (10) 15, *Isoprinosine*-
nel kezelt betegéből ötben több mint két éve tartó
remissiót láttak. *Goetz* és *Peller* (7) három évig ke-
zelt beteget tünetmentessé vált. *Poloni* és *mtsai* (23)
három betegéből 1 jutott remisszióba. A klinikai ja-
vulást általában a kezelés megkezdése után 2–6 hó-
nappal észlelték.

Az *Isoprinosine* (előállító: Newport Pharma-
ceuticals International Inc. Newport Beach, Califor-
nia, USA) kettős támadáspontú antivirális szer.
Egyrészt gátolja a vírus mRNS translációját a
gazdasejt ribosomáin, anélkül hogy a sejt RNS
funkcióját befolyásolná, másrészt fokozza a szerve-
zet sejt közvetítette immunválaszkésztségét (20). Bár
jól kontrollált klinikai kísérletek száma még kevés,
úgy tűnik, hogy a szer mind a DNS, mind az RNS
vírusok ellen hatásos lehet (6). Előnye, hogy a szer-
vezetet több éves kezelés során sem károsítja, bár
olykor a szérum húgysav szintjét megemelheti.

Az a tény, hogy betegünk esetében a klinikai
javulás 7–10 héttel a kezelés bevezetése után kez-
dőddött, az *Isoprinosine* esetleges terápiás hatása
mellett szól. Mindezek alapján úgy véljük, hogy
hasonló klinikai kép észlelése esetén az *Isoprino-*
sine kezelés elkezdése és tartós folytatása indokolt.

Köszönetnyilvánítás:

A szerzők köszönetet mondanak *Prof. Dr. Juhász*
Pálnak, *Neuwirth Magda dr.-nak*, *Molnár Sándor dr.-*
nak, a klinikai kép értékelésében nyújtott segítségü-
kért, valamint az OKI és a László Kórház Vírus Osz-
tályainak a kóroki vizsgálatok elvégzéséért. Az elkülö-
nítő kórisma szempontjából jelentős vizsgálatokért az
Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetet, a Heim
Pál Kórház Idegosztályát, a Semmelweis Orvostudo-
mányi Egyetem Pszichiátriai Klinikáját, a Pécsi Orvos-
tudományi Egyetem Ideg- és Elme Klinikáját, ill. La-
boratóriumait illeti köszönet.

IRODALOM: 1. *Bell, W. E., McCormick, W. F.*:
Neurologic infections in children. W. B. Saunders Co.
Philadelphia, London, Toronto. 1975, 266. old. — 2.
Bellman, M. H., Dick, G.: Register of cases of sub-
acute sclerosing panencephalitis. Brit. Med. J. 1977, 1,
430. — 3. *Bloom, M. E.*: Slow virus disease. In: Text-
book of pediatric infectious diseases. Ed.: Feigin, R. D.,
Cherry, J. D., W. B. Saunders Co. Philadelphia, Lon-
don, Toronto, Sydney. 1981. Vol. II. 1415. és 1416.
old. — 4. *Cremer, N. E. és mtsai*: Isolation of rubella
virus from brain in chronic progressive panencephali-
tis. J. Gen. Virol. 1975, 29, 143. — 5. *Desmond, M. M.*
és mtsai: Congenital rubella encephalitis. J. Pediat.
1967, 71, 311. — 6. *Faller, K., Kardos G.*:
Kettős hatásmechanizmusú antivirális szer
(*Isoprinosine*) gyermekgyógyászati alkalmazásának ta-
pasztalatai. Gyermekgyógyászat, 1981, 32, 311. — 7.
Goetz, O., Peller, P.: Behandlung eines Patienten mit
SSPE. Monatsschr. Kinderheilkd. 1980, 128, 246. — 8.
Guseo, A.: A subacute progresszív szerotizáló panence-
phalitis egyes klinikai és epidemiológiai adatainak
elemzése. Orv. Hetil. 1973, 114, 1727. — 9. *Haddad, F. S., Risk, W. S., Jabbar, J. T.*: Subacute sclerosing
panencephalitis in the Middle East: Report of 99 cases.
Ann. Neurol. 1977, 1, 211. — 10. *Huttenlocher, P. R., Mattson, R. H.*:
Isoprinosine in subacute sclerosing panencephalitis.
Neurology. 1979, 29, 763. — 11. *Jan, J. E. és mtsai*:
Progressive rubella panencephalitis: clinical course and
response to „*Isoprinosine*”. Dev. Med. Child. Neurol.
1979, 21, 648. — 12. *Kemény, P.*: Rubeola idegrendszeri
szövődményei. Orv. Hetil. 1960, 101, 965. — 13. *Kerényi, L., Koltay, M., Pálffy, Gy.*:
Determination on the minimal amount of IgG synthe-
sized within the central nervous system in different
neurological diseases. Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1979,
36, 367. — 14. *Kovács F. és mtsai*: A rubeola idegrendszeri
szövődményei. Orv. Hetil. 1970, 111, 369. — 15. *Labon, P., Lyon, G.*: Non-congenital rubella encephalitis.
Lancet, 1974, 2, 468. — 16. *Máttyus A., Veres É.*: A
gyermekkori krónikus encephalomyelitisokról. Orv.
Hetil. 1982, 123, 2045. — 17. *Meulen, V. ter*: Slow-Virus-
Infectionen: Das Konzept chronischer Erkrankungen.
Monatschr. Kinderheilk. 1980, 128, 231. — 18. *Meyer, E. és mtsai*:
Progrediente Rötelnpanencephalitis bei einem Kind mit
akuter lymphatischer Leukämie. Monatschr. Kinderheilk.
1980, 128, 242. — 19. *Mortier, W., Kiekens, R., Karch, P.*:
Frühsymptome bei der Subacuten Sclerosierenden Panencephalitis.
Monatschr. Kinderheilk. 1980, 128, 244. — 20. *Nékám, K. és mtsai*:
Isoprinosine: terápiás hatásmechanizmus és vizsgálatok
recidiváló herpesben. Orv. Hetil. 1980, 121, 1393. — 21.
Nyuli L. és mtsai: Adatok a rubeolához társuló encephali-
tis klinikumához és pathológiájához. Orv. Hetil. 1981,
122, 1635. — 22. *Pálffy Gy.*: Demyelinizációs betegségek
a központi idegrendszerben. Ideggv. Szle. 1982, 35, 241.
— 23. *Poloni, M. és mtsai*: Cerebrospinal fluid IgG
changes in subacute sclerosing panencephalitis in the
various stages of the disease and during *isoprinosine*
therapy. Ital. J. Neurol. Sci. 1981, 2, 177. — 24. *Sever,*

J. L. és mtsai: Diagnosis of subacute panencephalitis. J. Am. Med. Ass. 1974, 228, 604. — 25. Townsend, J. J. és mtsai: Progressive rubella panencephalitis: Late onset after congenital rubella. New Engl. J. Med. 1975, 292, 990. — 26. Townsend, J. J. és mtsai: Neuropathology of progressive rubella panencephalitis after childhood rubella. Neurology. 1982, 32, 185. — 27. Weil, M. L. és mtsai: Chronic progressive panencephalitis due to rubella virus simulating subacute sclerosing panencephalitis. New Engl. J. Med. 1975, 292, 994. — 28. Wolinsky, J. S., Berg, B. O., Maitland, C. J.: Progressive rubella panencephalitis. Arch. Neurol. 1976, 33, 722. — 29. Wolinsky, J. S. és mtsai: Progressive rubella panencephalitis: immunovirological studies and results of isoprinosine therapy. Clin. Exp. Immunol. 1979, 35, 397.

(Tímár László dr., Budapest, Pf. 29., 1450.)

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetéseiiben szereplő készítmények rendelkezésébe és ára megváltozott.

BETALOC tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 10,- Ft.

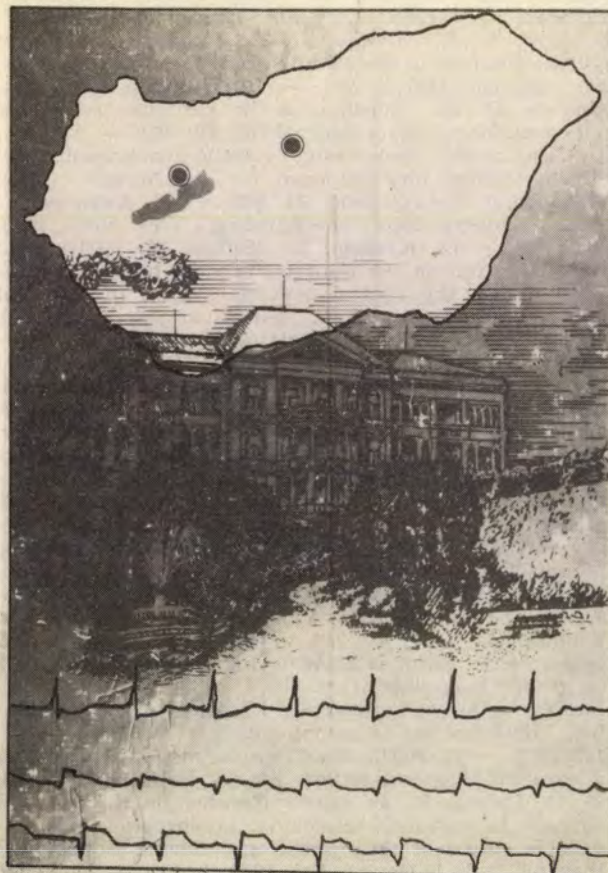
GRANDAXIN tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 4,- Ft.

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



MEGJELENT A SZÍV- ÉS ÉRBETEGEK REHABILITÁCIÓJA CÍMŰ KÖNYV dr. Böszörményi Ernő, dr. Endersz Frigyes és dr. Hoffmann Artur szívspecialisták szerkesztésében. Elsősorban belgyógyászoknak, szakorvosoknak és egészségügyi dolgozóknak ajánljuk, de szívinfarktusban, magas vérnyomásban szenvedő betegeknek is hasznos útbaigazítást ad.

Kapható: **PETŐFI NYOMDA**, Budapest, V., Veres Pálné u. 30.

KÖNYVTEREKESÍTŐ VALLALAT KÖNYVESBOLTJA,
Budapest, VI., Népköztársaság útja 16.
Budapest, IX., Ráday u. 3.

ÁRA: 150,- Ft.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az I. Nemzetközi Albert Schweitzer Szimpózium (Cambridge, 1983. szept. 1-4.).

Az Angol Albert Schweitzer Kórház-alap Cambridge-ben rendezte meg az első, Angliában tartott Nemzetközi Albert Schweitzer Szimpóziumot, amelyen az alap elnöke, dr. James Witchalls meghívása alapján alkalmam volt részt venni.

A szimpózium legfőbb célja az volt, hogy Albert Schweitzer működésére, „életére és gondolataira” a figyelmet ismételt felhívja, emlékezetét ápolja, és összegezze a Schweitzer-kultusz jelenlegi helyzetét a világban. A szimpózium címe is Schweitzer filozófiájának alapítétele volt: *Reverence for Life* — az élet hódolattaljes tisztelete.

19 ország 160 képviselője vett részt az eseményen, közöttük távoli földrészek: India, Japán és — meglepően magas létszámú csoporttal — Tajvan szülőitjei is. Természetesen magas színvonalú küldöttséggel képviseltette magát a Gaboni Köztársaság is, ahol Schweitzer működött. Magyarországról hárman voltunk jelen, a szocialista államokat rajtuk kívül 4 NDK-beli és 1 lengyel résztvevő képviselte.

Schweitzer egyetemes jelentőségét fejezte ki a jelenlevők foglalkozási megoszlása is: orvosok, filozófusok, művészek, különböző vallások képviselői tették az összejevetel képét roppant színessé, érdekessé. Ebben a szellemben Magyarországról rajtam kívül még egy orvost és két református lelkészt hívtak meg. Sajnálatos, hogy orvos kollégám adminisztratív nehézségek miatt a szimpóziumon nem tudott részt venni.

Az összejevetel jelentőségét fokozta, hogy A. Schweitzer leánya, *Rhena Schweitzer-Miller*, utódja, dr. *Walter Munz*, valamint a Gaboni Köztársaság egészségügyi miniszterhelyettese is ott volt, mindhárman előadást is tartottak.

Számomra a leglényegesebbek azok az előadások voltak, melyek a lambarénéi Schweitzer-kórház jelenlegi életét mutatták be. *W. Munz*, akire halála előtt A. Schweitzer a kórház vezetését rábízta, és Schweitzer volt munkatársa, a holland dr. *Ph. Muus*, számoltak be arról, hogy 1982-re a barakkok mellett felépült a modern, 200 ágyas, általános jellegű kórház, amely a gyógyításon kívül rendkívül kiterjedt preventív tevékenységet is folytat. Az ágylétszám nem túl nagy, hiszen a Gaboni Köztársaság több más kórházat is épített, annál jelentősebb azonban a területi szűrő tevékenység. A környező vidékek sokezer bennszülöttjének anya- és csecsemővédelmi,

vagy fogászati szűrését is ellátja a kórház személyzete. A kórházat és munkáját színes filmen is bemutatták. Érdeklődéssel hallgattam Prof. *L. Bruce-Chwatt* előadását is arról, hogy mit jelentett Schweitzer munkássága a trópusi betegségek kutatásában, és gyógyítási lehetőségeik kidolgozásában.

Schweitzer egyetemes zenije nem korlátozódott az orvostudományra, így a szimpóziumnak más témái is voltak, nem kevésbé rangos előadók hasonlóan érdekes előadásai-val.

Így például *J. Brabazon*, aki nemrégiben írta meg nagyszerű Schweitzer-életrajzát, azt taglalta, mit jelentett számára az elmélyedés Schweitzer műveiben. Könyvéből egyébként rövidesen film is készül. *L. Gussmann* Schweitzer filozófiájának mai érvényességét fejtegette.

Felejthetetlen színpoltja volt a szimpóziumnak *Rhena Schweitzer-Miller* emlékezése atyjáról, kiemelve Schweitzer határozott egyéniségét, jóságos szigorát és humorérzékét. Ugyancsak nagy élmény volt, hogy hanglezéről Schweitzer hangját is hallhattuk, sőt egy róla szóló filmet is bemutatattak.

Két délután került sor az egyes országok képviselőinek rövid fel-szólalásaira, melyekben általában az egyes országok Schweitzer-társaságainak vezetői számoltak be tevékenységükről. Ezek sorában szó-lalt fel Magyarország részéről *Dani László* református lelkész, egy néhány évvel ezelőtt megjelent kitűnő Schweitzer életrajz szerzője. Mindannyiunk nevében elmondta, hogy Magyarországon Schweitzer személye és működése mindig is nagy tiszteletben részesült, számos magyar orvos volt Afrikában Schweitzer munkatársa, több magyar író műve és külföldi írók könyveinek fordítása jelent meg Schweitzerről, valamint Schweitzer műveiből való bőséges válogatás is többször jelent meg. Megemlékezett a hatvani kórház Schweitzer-könyvtáráról, az orvosírók debreceni Schweitzer-kongresszusáról, a református egyház Schweitzer-szeretházáról. A jövőre nézve legfőbb feladatként Schweitzer további népszerűsítését tűzte ki. — Elő-adását nagy tetszés fogadta, számo-san intéztek hozzá kérdéseket.

Schweitzerről, a zenésről a le-stilszerűben emlékeztek meg: két hangversennyel, amelyeken főleg Bach-műveket adtak elő. Az elő-adók között hallhattuk Prof. *E. Nies-Berger*-t, aki Bach orgonamű-veinek összkiadásában Schweitzer munkatársa volt.

A Béke-Nobel-díjas Schweitzer-ről is történt megemlékezés: a

szimpózium levelet intézett az ENSZ-hez, az atomfegyverek megsemmisítését követelve.

Külön színpoltja volt a szimpóziumnak a világ legkülönbözőbb részeiről, így például az NSZK Schweitzer nevét viselő gimnáziumaiból érkezett nagyszámú fiatal részvétele, akiket a rendezőség is teljes jogú résztvevőként kezelte. Nem volt „macskaasztal”. Számomra külön élményt jelentett a fiatalok komolysága, érdeklődése, és nem utolsósorban nyelvtudása. Középsőségek anyanyelvükön kívül legalább egy, de inkább két nyelven nemcsak folyékonyan társalogtak, de nyilvánosan szenvedélyes vitákat is folytattak.

A tartalmas, kora reggeltől késő estig tartó szimpózium méltó környezetben is folyt: az előadások a St. John's College 700 éves, ún. Pythagoras-iskolájának gótikus csarnokában hangzottak el, a termet oly mértékben modernizálták, hogy filmvetítésre is alkalmassá vált.

A hivatalos nyelv az angol volt, de a nyelvi nehézségeket kitűnő német és francia szinkron-tolmácsolással hidalták át.

A résztvevőket ugyanebben a kollégiumban helyezték el, és a rendezőbizottságnak még arra is volt gondja, hogy bennünket, „Hungariennek”-eket a modern H-szárnyban szállásoljanak el, elegáns, kényelmes, egységnyes szobákban.

A hangversenyek a szomszédos Trinity College gótikus kápolnájában zajlottak, az ott levő barokk orgona hangja kitűnően érvényesült a tökéletes akusztikájú terem-ben. — A résztvevőket fogadáson látta vendégül Cambridge polgármesternője is. — A külföldiek háromórás városnézés során ismerhették meg Cambridge műemlékeit, a többi között a King's College székesegyház nagyságát, csodálatos há-lóboltozatú kápolnáját.

A szervezők kiváló munkát végeztek, a szimpózium minden szempontból a lehető legprecízebben, leggördülékenyebben folyt le.

Mi, magyarok, a szimpózium különleges színpoltjának számítottunk, és kissé túlságosan is feltűnő érdeklődést keltettünk. Elképesztő tájékoztatásra valló kérdésekre kellett válaszolnunk, rosszindulatot azonban sohasem tapasztaltunk, sőt Witchalls elnök, aki a szimpózium elnöke és fő szervezője is volt, minden alkalmat megragadott, hogy jelenlétünkön érzett örömet nyilvánosan is kifejezze.

Az ülések szüneteiben kötetlen magánbeszélgetésekre is alkalmunk nyílt, így Munz dr.-ral is módomban volt beszélgetést folytatni. Említet-te, hogy Lambarénében kevés az orvos, szívesen fogadnak új munkatársakat, feltétel csupán valamilyen szakképesítés, és magas színvonalú francia nyelvtudás, mert a betegvizsgálatok is francia nyelven történnek.

Az NDK küldöttei csodálkozással vették tudomásul, hogy Magyarországon még nincs Schweitzer-tár-

saság, holott náluk, valamint Bulgáriában, Csehszlovákiában már van. Valóban, itt volna az ideje, hogy Schweitzer eszméi Magyarországon is szélesebb körben, szervezett keretek között terjedhessenek.

A szimpozium emelkedett szellemére a legjellemzőbb az a mondat, amely Witchalls elnöki megnyitójában hangzott el: „Szabadnak lenni annyi, mint műveltek lenni.”

Az élményekben gazdag összefoglaló számomra legnagyobb tanulsága: Schweitzer filozófiája, amelynek alapelve az élet hódolatjeljes tisztelete, minden élet tiszteletben tartása, ma élőbb, mint valaha, eszünk, orvosokra, különösen érvényes.

Ezúton legyen szabad köszönetet mondanom a megtisztelő meghívásért, és utam lehetővé tételéért mindazoknak, akik ebben segítségemre voltak.

Göblyös Péter dr.

Az „Európai Curie-therápiás Társaság” XX. Kongresszusa. (1983. május 14–15., Dijon, Franciaország).

A kongresszus két fő témája közül az első, lényegesen nagyobb hangsúllyal szereplő az emlődaganatoknak „emlőmegtartó kezelése” volt. Ezen azt értjük, hogy a daganatos emlőből — rendszerint segment resectióval — eltávolítják a daganatos részt, lehetőleg biztonságig zónával, de az egész emlőt nem. A sebészi beavatkozást követően sugárkezelés történik kuratív dózissal, rendszerint ultrafeszültségű sugárforrással. Ezt az alapsugárkezelést követi — vagy intézetenként változó mértékben követheti — ún. „booster” kezelés, ami Franciaországban általában brachycurie-therápiás beavatkozást jelent. Leggyakrabban iridiummal történő tüzelést, más országokban gyakran célzott gyors elektron terapiát az extirpált tumor helyére, kis mézöből. Természetesen a sebészi, ill. radiológiai beavatkozást chemothéria követi. Nagyon fontos, hogy a beteget rendkívül szoros ellenőrzés alatt tartják, ebbe természetesen mammographia, esetenként xeromammographia is beletartozik. Számos intézmény anyagának azonos szempontok szerinti feldolgozása alapján — kellő óvatossággal — annyi mondható, hogy az első, mintegy ötéves túlélés eredményei stádiumra való lebontásban nem rosszabbak a kiterjesztett műtét és a hozzákapcsolódó sugár- és chemothériás kezelés eredményeinél.

Tekintettel arra, hogy az emlődaganatok hosszú idő után is nem ritkán recidiválnak, a kérdés egyértelmű megítéléséhez, úgy érzem, idő kell (legalább 10 esztendő követési idő.) Meggondolandó azonban, hogy rendkívül jó kozmetikai eredményt adó konzervatív kezelés bevezethető lehetne-e hazánkban is, és ha igen, milyen feltételek mellett.

A kongresszus másik fő témája a bucca-tumorkok gyógyítása volt. E kérdésben lényegesen kevesebb volt az eltérés a különböző intézetek által követett therapiás módszerekben, mint azt az emlőtumorkok esetén tapasztalhattuk. Szinte mindenütt kombinált kezelés történik: percutan besugárzás, ultrafeszültségű sugárforrással, ezt az esetek többségében booster formájában kiegészítő radiotherapia követi. A chemothéria jelentősége ebben a daganatlokalizációban, úgy tűnik, szerény.

Ebben a sectióban alkalmunk volt intézetünk anyagának bemutatására is. Jó érzései nyugtáztuk, hogy intézetünk nagy anyagának elemzése a társaság tagjai körében egyértelmű tetszést aratott.

Stumpf János dr.

X. Európai Reumatológus Kongresszus.

A X. Európai Reumatológiai Kongresszust 1983. június 26—július 2. között Moszkvában tartották meg.

A plenáris előadásokra, az öt terebben párhuzamosan bonyolított „workshop”-okra és a poszter kiállításokra a Sovincenter nevű csodálatos új épülettömbben került sor. Ezt az átrium típusú, belső üzletsoros, szállodákat is magába foglaló komplexumot Armand Hammer támogatásával építették.

A kongresszusnak mintegy 2500 résztvevője volt — nemcsak Európából, 1350 körül volt az előadások, illetve bemutatott poszterek száma.

Hazánkat 3 hivatalos küldött, összességében 46 magyar szakember képviselte.

A kongresszus megnyitóját a Kreml Kongresszusi Palotájában tartották, melyet balettelőadás követett és tett emlékeztetéssé.

Szintén a szakmai rendezvényt megelőző napon tartotta az Európai Reumaellenes Liga (EULAR) a közgyűlését. E szervezet 33 tagországa között az európai nemzeti

reumatológiai társaságok mellett, több afrikai ország is fellelhető.

A közgyűlés anyagi kérdésekkel foglalkozott (az ez évi jövedelem gyarapodás 143 000 svájci frankra tervezett!), 2 évre megválasztotta új tisztségviselőit (elnök: H. Matthias NSZK-ból, főtítkárs: F. Wagenhauser Svájc-ból, pénztáros: J. Dequecker Belgium-ból), tiszteletbeli tagokat választott és titkos szavazással eldöntötte, hogy a legközelebbi, 1987-ben sorra kerülő európai kongresszus színhelye Athén lesz.

Az előadások és kerekasztalok témái felölelték a reumatológia teljes területét. Az utóbbi évtizedek szokása szerint, jelentős részét követeltek maguknak a non-steroid gyulladásgátló gyógyszerekkel foglalkozó munkák.

A kongresszus fő témája egyébként a kor és nem szerepe a reumás betegségekben volt. Néhány kiemelkedő cím a plenáris előadások közül (Arthritis és urogenitális infekciók; Epidemiológiai nézőpont a klinikai munkában; Az arthrosis pathogenesis; Chemotaxis és phagocytosis a krónikus gyulladásban; A klinikai manifesztációk sajátosságai a reumatológiai betegségek lefolyása során a kor és nem függvényében).

Tanulmányok voltak a filmbemutatók, pl. a reumatológia oktatásáról, SLE gyermekkorban, kihívás a gyulladás ellen.

Érdekes színpoltot jelentett a „nap diagnózisa” akció. 5 napon át lehetett klinikai adatok ismerete és röntgenfilm megtekintése alapján egy-egy eset kóriszméjére tippelni. A helyes választ adók között értékes szakkönyveket sorsoltak ki. Több nap is magyar nyertesek neve volt kifüggesztve!

A kongresszus és az EULAR munkájának egyik legjelentősebb része esett az Állandó Bizottságok munkájára. A Nemzeti és Nemzetközi Szervezetek, az Oktatási, a Klinikai tanulmányozás és az Epidemiológiai állandó bizottságok és Patológiai Albizottság munkájában magyar szakemberek is résztvettek. A határozatok, ajánlások terjesztése, a Magyar Reumatológusok Egyesülete keretében történik meg, s a nemzetközi munkában való részvételre is lehetőséget kerestünk.

A minden tekintetben remekül megrendezett seregszemlén részvételünk igen hasznos volt, s ezért e helyen is köszönetet mondok a MOTESZ-nak és az Egészségügyi Minisztériumnak.

Gömöri Béla dr.



Anyagcserebetegségek

Újdonságok a diabetes mellitusban. Utak és tévutak a diabetes diétában. Wicklmayr, M. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing): Med. Welt, 1983, 34, 125.

A diéta a diabetes minden kezelési formájának alapját képezi és minden stádiumában szükség van rá. Korai stádiumban általában a diétás kezelés egymagában is normalizálja az anyagcserét és csak a béta-sejtek teljesítőképességének csökkenésével válik szükségessé a gyógyszeres, vagy inzulinkezelés. Az inzulinhiány kialakulásának tempóját az életkor is meghatározza. Minél idősebb ugyanis a páciens, annál lassabban ég ki a szigetsejt apparatusa és adottabbak a lehetőségek a csak diétás, vagy ezzel kombinált tablettás beállításra. Mégis számos olyan tényező létezik, ami az abszolút inzulinhiány kialakulását befolyásolja.

A hasnyálmirigyet akut és nagy mennyiségű inzulinválasztásra a gyorsan felszívódó szénhidrátok, a nád-, szőlő- és malátacukor ingerlik, és ezért tiltjuk el ezeket teljesen a cukorbeteg-diétában. Ugyancsak akut szigetsejt-megterhelést okoz a ritkább, de nagyobb mennyiségű étkezés. Ezért javasoljuk a napi többszöri — optimálisan hétszöri — kisebb táplálékfelvételt. A szigetsejt apparatus további kímélését szolgálja és az inzulin hatását javítja a testsúlyredukció az ideális testsúlyig. Ez sokszor még a tablettá, vagy inzulinkezelés elhagyását is lehetővé teszi, sőt emellett még a zsírszanyagcsere is kedvezően befolyásolja.

Az eddig elmondottak teljesen logikusak. Felmerül azonban a kérdés, hogy miért kell diétázni akkor is, amikor az abszolút inzulinhiányt már teljesen exogen inzulin pótoljuk? Először azért, mert a napi többszöri kisebb étkezés és a gyorsan felszívódó szénhidrátok (cukrok) eltöltése a naponta egyszer adott inzulin hatását is nyújtani képes. Másodsorban a diabetes subcutan inzulin kezelése nem tükrözi a fiziológiás normális állapotot és ezáltal az akut nagyobb táplálékfelvétel és a gyorsan felszívódó cukrok részére nem áll elég inzulin rendelkezésre, más szóval a vércukorszint nemkívánatos mértékben megemelkedik. Másrészt viszont közti táplálkozás hiányában az inzulin hypoglykaemiát okozhat, ami szintén napi többszöri kis étkezéssel védhető ki.

A gyorsan felszívódó szénhidrátok, illetve cukrok eltöltése azonban nem jelenti azt, hogy a cukorbeteg nem édesíthet. Erre két lehetőségük van. Az egyik a kalóriamentes mesterséges édesítőszer, a másik pedig a cukorcsereanyagok (fruktóz, szorbit, xilit) alkalmazása. Ezeknek előnye, hogy bizonyos határig inzulin nélkül is értékesítődnék, antiketogén hatásuk van, de a diétában szénhidrátként beszámítandók. Mellékhatásként a szorbit és xilit hasmenést okozhat, amit sajnos nem ritkán visceralis diabeteszes neuropathiának is diagnosztizálnak.

A cukrok eltöltése és a napi hétszöri kisebb étkezés biztosítása mellett a cukorbeteg diétájának egyik legfontosabb alapelve a kalóriaszámítás, hogy a páciens ideális, illetve normális testsúlyát megtartsa, vagy elérje. Alultáplált inzulindependens cukorbetegét viszont nem szabad koplaltatni. Százelekos összetételben egyértelműen csak a fehérjék adhatók meg, amennyiben ezek a kalóriafelvétel 20%-át képezzék, naponta testsúlykilogrammonként 1 g-ot biztosítva. Ezenkívül a kívánatos testsúlyhoz igazítva legyen viszonylag szénhidrátgazdag és zsírszegény. *Angeli István dr.*

Oralis antidiabetikumok. Bachmann, W. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing und der Forschergruppe Diabetes, München): Med. Welt, 1983, 34, 129.

Ezeknek alkalmazását általában a II. típusú diabetesre korlátozzák akkor, ha az anyagcsere kompenzációjához a diéta egymagában nem elegendő. Másodlagos késői sulfonylurea rezisztencia esetében az elsősorban alkalmazott sulfonylurea-készítmények, amennyiben kontraindikáció nincsen, biguanidokkal kombinálhatók. Újabb azonban az orális antidiabetikumokkal kombinált inzulinkezelés is előtérbe került. Az NSZK-ban napjainkban a biguanidok közül a buformin és phenformin eltöltése miatt (*ref.: tejsavacidózisos veszélye következtében*) csak a metformin áll rendelkezésre az indikációs terület korlátozásával és napi 3 tbl-ás maximális dózissal. Ezek pótlására egy új anyagot, a glikozidhidroláz-gátlókat és ennek első képviselőjeként az Acarbose-t hozták forgalomba.

Két jellemző adat az NSZK-ból: 1. A lakosság kb. 2%-a szed sulfonylurea-készítményt, és mivel a cukorbetegeknek csak 20%-a I. típusú, ez azt jelenti, hogy minden

II. típusú cukorbeteg szedi ezen készítményeket. A legtöbb diabetológus szerint azonban ezekre csak az esetek 20—30%-ában lenne szükség. 2. Az orális antidiabetikumokat bevezetésük óta igen kemény kritikák is érték, a mellékhatások rizikója és az UGDP-vizsgálatok után publikált észrevételek következtében. Széles körű alkalmazásuk viszont mind az orvosos, mind a beteg részéről amelllett szól, hogy mindketten a kényelmesebb (*de mindkétféle*) megoldást választják.

A **sulfonylurea-készítmények**. Hatásuk a béta-citotrop effektuson, illetve az inzulinszintézis és -elválasztás fokozásán alapszik. Ez pedig különösen a glukózindukált inzulin szekrécióra vonatkozik, de tartósabb hatásában extrapancreatikusan az inzulinreceptorokra való kedvező hatásukat is feltételezzük. Az általuk használt sulfonylurea-készítmények komolyabb mellékhatása viszont ritka és még a hypoglykaemiákat is ideaszámítva 1% alatt vannak. Ezek lehetnek gastrointestinalis panaszok, allergiás bőrreakciók, toxikus májártalmak, alkohol-összeférhetlenség, csontvelősuppressio és hyponatraemia. A gastrointestinalis panaszok elsősorban a carbutamid, az alkohol-összeférhetlenség chlorpropamid adásánál jelentkezhetnek, az UGDP cardiovascularis rizikót pedig a tolbutamid kezelésre vezették vissza. A hypoglykaemiáknak a helytelen indikáció és a diétahiba lehet az oka. A sulfonylurea-kezelésnél gyógyszerkölcsönhatásokkal is számolni kell. Így a vércukorcsökkentő hatást erősíthetik a sulfonamidok, a chloramphenicol, az antikoagulánsok, az analgetikumok, az antirheumatikumok mint az allopurinol és a lipidcsökkentő gyógyszerek. Indikációjuk az egymagában diétára nem beállítható II. típusú diabetesre szűkül le. Kisebb adaggal indulunk és maximálisan napi 3 tablettát adunk, kettőt reggeli, egyet vacsora előtt. Idősebbeknél, főleg veseelégtelenség, vagy annak gyanúja esetén, a májban eliminálódókat részesítjük előnyben és a glibenclamidot korlátozzuk. Szükség esetén metforminnal, vagy Acarbose-val is kombinálhatók, sőt az újabb vizsgálatok szerint az inzulinreceptorokra hatva inzulinval együtt adva is eredményesen alkalmazhatók szekunder sulfonylurea rezisztenciában és inzulinrezisztenciában.

A **metformin**, mint egyetlen biguanid készítmény, adható. Hatását 4 úton fejtheti ki: az intestinalis glukózfelvétel gátlásával — a máj glykoneogenesisének gátlásával — az izomzat glukózfelvételének növelésével — az anaerob glykolysis fokozásával. Tehát a vércukor-emelkedés gátlásával és annak fokozottabb felhasználásával. Mindezek miatt a vér laktátszintje is emelkedik, és így legsúlyosabb mellékhatása a laktáci-

dózis lehet. Ritkák és többnyire átmenetiek a gastrointestinalis panaszok és extrém ritkák az allergiás bőrelváltozások. Kontraindikációját képezik a vesefunkció csökkenése, a szöveti hypoxiák, a májbántalmak, az alkoholabúzus, a pancreatitis, a napi 1000 kalória alatti kezelés és a fegyelmezetlen beteg. II. típusú diabetesben kombinációként adható sulfonylurea-rezisztenciában és inzulin-rezisztenciában. Monoterápiaként és inzulinval együtt labilis diabetesben már nem alkalmazzák.

Az *Acarbose*, mint pseudotetra-sacharid a vékonybélben a glycosidhidrolázt gátolja kompetitíve és így a szénhidrátok leépítődését. Ezáltal csökkenti a glukóz felszívódását és a postprandialis vércukoremelkedést. Mellékhatásként meteorismust, flatulenciát, ritkán hasi fájdalmakat és nagyon ritkán hasmenést okozhat. Indikációs területe: I. típusú diabetesben inzulinval kombinálva jön szóba, labilis diabetesben kifejezett postprandialis hyperglykaemiák esetén. II. típusú diabetesben, amennyiben a sulfonylureák egymagukban nem elégségesek, ezekkel kombinálva. Monoterápiaként és inzulinrezisztenciában más szerzőkkel ellentétben nem javasolja. Adását belopva kell kezdeni az étkezés kezdetén bevéve. Maximális dózisa napi 3 tablettát, vagyis 300 mg, amit a 3 főétkezésre osztva, vagy reggel egyszerre adhatunk.

A normoglykaemiára való törekvés az orális diabetes kezelést is vezeti és ennek kontrolljára legjobban a glikozilált haemoglobin vizsgálata vált be. Eredményesen ellenőrizhető az otthoni vizelet önkontrolljával is, a tablettás kezelés eredményességéhez pedig a testsúly normalizálása szintén hozzátartozik.

II. típusú diabetesben mindezekelött a csak diétás beállításhoz kell törekedni, elhízás esetén testsúlyredukcióval és csak ennek elégtelensége esetén nyúlunk a sulfonylureákhoz. Amennyiben ez nem lenne elégséges, akkor még metforin vagy *Acarbose* kiegészítéssel próbálkozhatunk. A kombinált tablettás kezelés plusz diéta elégtelensége pedig már az inzulinkezelés szükségességét jelenti.

Angeli István dr.

Az inzulinkezelés fejlődése és új útjai. Kemmler, W. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing und der Forschergruppe Diabetes, München): Med. Welt, 1983, 34, 133.

Az inzulin felfedezésekor azt hittük, hogy megtaláltuk a cukorbetegség gyógyszerét, pedig csak az addigi akut halálos betegséget sikerült krónikus degeneratív komplikációkkal terhelt betegséggé változtatnunk. Sőt az inzulinval a diabetest nemcsak gyógyítani,

hanem annak késői komplikációit megelőzni sem tudjuk. Az inzulinkezeléssel ma még képtelenek vagyunk optimálisan jó beállítást és ezzel a vércukor teljes normalizálását elérni, az egészségesek béta-sejt szekrécióját csak hiányosan tudjuk imitálni.

Miért tekinthető elégtelennek az eddig alkalmazott inzulinkezelés? Azért, mert a helytelen inzulint, helytelen mennyiségben, helytelen időben, nem megfelelő helyre adjuk. A helyes és új inzulinkezelésnek tehát ezek kiküszöbölésén kell alapulnia. Erre két lehetőségünk van: 1. A humáninzulin alkalmazása. 2. A kezelést inzulint dozírozó készülékkel (inzulinpumpával) végezni. A humáninzulin előállításának 3 útja van: a kémiai szintézis, a bioszintézis és a semiszintézis. Teljesen szintetikus inzulint 1963-ban sikerült először előállítani egyidejűleg az NSZK-ban, az USA-ban és Kínában. A technikai lehetőségek azonban túl drágák. A humáninzulin bioszintézise géntechnológia segítségével történhet, *Escherichia coli*-ból. Az inzulin semiszintézisének a sertésinzulin a kiinduló produktuma, amely csak egy aminosavban különbözik az emberi inzulintól. Kiderült azonban, hogy emberben a humáninzulin is immunogen hatással bírhat, a marhainzulin marhában, a sertésinzulin pedig sertésben lehet immunogen. Lehet, hogy ezt az inzulin tisztítása okozza, vagy lehet, hogy a beadás helyén a bőr alatt a 37 fokos hőmérséklet és protease hatására válik immunogénné. A mai, erősen tisztított inzulinoknál allergiás reakciókat, lipodystrophiát és lipoatrophiát, valamint antitest-okozta rezisztenciát már alig észlelünk, de az antitestek szerepe a késői szövödmények létrejöttében még tisztázásra vár.

Összefoglalóan a szerző hangsúlyozza, hogy a humáninzulin mindenképpen fejlődést jelent a cukorbeteg inzulinkezelésében, és a cukorbeteg beállításában — ha erre mód van — erre kell törekedni.

Az inzulinkezelésben a másik fejlődést az inzulinpumpák alkalmazása adta. Ennek két formája van. Az egyik a zárt rendszerű infúziós készülék (closed-loop-system), mely mesterséges pancreas-ként, vagy Biostatorként ismert, a másik a nyitott (open-loop) infúziós készülék, mely a bazális szükségletet folyamatosan biztosítja a beprogramozás alapján és az étkezésekhez szükséges adagok adását teszi lehetővé. A jövő az inzulinadagoló készülékek implantációját ígéri, amelyet a fossa infracavicularisba illesztenek be, és amelyek inzulin tartályát kéthetenként transcutan töltik fel. Egy ilyen Siemens-készülékkel már ők is kedvező tapasztalatot szereztek.

Az inzulin-készülékek megvalósításánál figyelembe veendő, hogy subcutan infúzióval a betegek 90%-a kezelhető eredményesen és

jól. Hátránya a tűcsere szükségessége, valamint kívül hordott, mindennapi életet zavaró nagysága lehet. Legjobban az intravenás készülék kormányozható, de itt a katóter infekció jelenthet veszélyt. Az intraperitoneális applikációnak előnye, hogy az innen felvett inzulin fiziológiásan a májba jut, nehézséget viszont az újrafeltöltése jelent.

Az inzulinpumpák, illetve -készülékek előnye: szubjektíve jó közérzettel járnak, variációs lehetőséget teremtenek, nagyobb az autonómiájuk, ritkábban okoznak katabolikus krízist, nagyobb stabilitást biztosítanak (főleg a törékeny „brittle” diabetesben), gyermekkorban a növekedést normalizálják, megelőzik a terhességi komplikációkat. Alkalmazásuk indikált: „brittle” diabetesben, rosszabb inzulinfelszívódásban, vagy annak gyorsabb lebontódásában, diabeteses neuropathiában, terhességben, valamint a koncepció elősegítésére. Kontraindikációi: a hypoglykaemia-rizikó, a kicsiny várható élettartam, az előrehaladott késői szövödmények, a diabeteses gastroenteropathia, coronaria-betegség és cerebrovascularis ártalmak, hiányos motiváció, megbízhatóság és intelligencia, psychés megbetegedések.

Az inzulinpumpa-kezelésben megkívánt követelmények. A beteg részéről önkontrollok: naponta legalább két vércukor-ellenőrzés, hetenként egyszer napi vércukorprofil, glikozilált-haemoglobin vizsgálat. Az orvos részéről: kórházi beállítás, illetve korrekció 10 nap után, a stabilizálódásig 2 hetenként, utána 4 hetenként orvosi vizsgálat. A kórházban speciális munkacsoportot, 24 órás hívási szolgálatot és intenzív oktatási lehetőségeket kell biztosítani.

Angeli István dr.

A cukorbeteg otthoni önkontrolljának problémái. Kraus, Barbara (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing): Med. Welt, 1983, 34, 139.

A cukorbeteg otthoni önkontrolljának alapvető feltétele a kielégítő tudás és a gyakorlati rátermettség. A cukorbeteg jó és optimális beállítását a gyakorlatban legtöbbször nem sikerül elérni. Mi ennek az oka? Betegsége teljes napját, szokásait, egész életét döntően befolyásolja, ezért a legjobb terápiás fázisok is sokszor zátonyra futnak. Talán ebben a betegségben lehet legjobban kihasználni az orvos és a beteg partnerként történő együttműködését és ebben az otthoni vizelet- és vércukor-kontrollok lehetnek hasznosak. Ez pedig haszna mellett még azzal az előnnyel is jár, hogy a beteg saját egészségének (ref.: testi, lelki és közösségi jó közérzeté-

nek) felelősségét is átveszi. Ehhez pedig az orvosnak a legegyszerűbb szavakkal mindent meg is kell magyaráznia, a segédanyagok biztosítása, a bemutatás és gyakorlati elsajátítás ellenőrzése mellett. Az orvosnak meg kell győződnie, hogy a páciens vizusa és színlátása megfelelő-e a vizsgálati eredmények leolvasásához? A vizelet-kontrollok egymagukban csak normális cukorveseküszöb mellett adnak kielégítő tájékoztatást.

A Német Diabetes Társaság számítása szerint az NSZK 2–3 millió cukorbeteg között csak megközelítőleg 5%, 100 000 beteg képes az önkontrollok megkivánt követelményeinek teljesen megfelelni. A páciens háziorvos által történő oktatása csak kivétel és sajnos nem szabályszerű. Ezért az orvosok és segítők oktatásával kell jobb eredményt elérni. Ehhez a biztosító társaságok segítségét is meg kell kapni, mivel a betegségek és azok szövődésük megelőzése mindig olcsóbb, mint kezelése. A vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy a páciens együttműködése határozottan javítja a beállítást minőségét.

II. típusú nem-inzulindependens cukorbeteg beállításakor megkivánjuk a vizelet cukormentességét. A vércukrut pedig hetenként 2–3-szor reggeli után másfél órával vizsgálják és ennek eredményét írják fel. Az inzulindependens I. típusú cukorbeteg a vércukor-ingadozásait is jegezzék, magasabb cukorveseküszöb, labilis anyagcsere és kezdődő érkomplikációk esetén pedig az anyagcsere csak vizelet-vizsgálattal már nem vezethető. Az otthoni vércukor-vizsgálatokat megnehezíti, hogy jó tájékoztatást a vércukor-profil nyújt, ennek lebonyolítása és főleg műszeres pontosítása nem olcsó. A páciens látáscsökkenése esetén azonban az utóbbira feltétlenül szükség van.

A páciens aktív együttműködése a beállításban és gondozásban sokkal fontosabb, mint korábban gondoltuk. És, hogy ebben a motiváció az intelligenciánál is fontosabb, azt a cukorbeteg terhesek példája bizonyítja. Erre példa, hogy a szerző intézetében az utóbbi 3 év 70 cukorbeteg terhességéből egy magzatot sem veszítettek, a fejlődési rendellenességek jelentősen csökkentek és szülészeti komplikációk csak ritkán fordultak elő. Ezek az asszonyok ugyanis egy kifejezett célt, egészséges gyermeket szülni, tűztek maguk elé és ennek érdekében orvosokkal tökéletesen együttműködtek és minden szükségességet ehhez elsajátítottak.

A szerző reméli, hogy egyre több orvos viseltetik érdeklődéssel a cukorbeteg önkontrollja iránt és ebben partnerszerű együttműködés alakul ki közöttük. Így ugyanis a jó beállítást hátráltató problémákat és az ebből adódó szövődéseket sikerül elkerülni.

Angeli István dr.

Szükséghelyzetek diabetes mellitusban. Haslbeck, M. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing und der Forschergruppe Diabetes, München): Med. Welt, 1983, 34, 144.

A diabetes késői ártalmaként a metabolikus szükségállapotokat és késői szövődeményként a többé-kevésbé diabetes-specifikus mikro- és makroangiopathiákat lehet elkülöníteni. Utóbbiakhoz a retinopathia akut szemfenéki vérzéseit, a coronaria-betegséget, vagy artériás érelzáródásokat lehet sorolni. A metabolikus szükségállapotokat a hypo- és hyperglykaemiás kislások képezik. Ezek pedig már az először észlelő orvostól is gyors beavatkozást igényelnek.

A diabeteses szükségességek tehát a ketoacidózis és hyperosmolaris nem-ketoacidózisos comából, a hypoglykaemiából, valamint a lactacidosisból adódnak. Ezeknek vezető tünete általában a kisebb-nagyobb öntudatzavar szokott lenni, ami nemcsak ezek egymástól, hanem egyéb öntudatzavarral járó folyamatoktól való elkülönítését is szükségessé teszi. Így más anyagcsere szükséghelyzetként az uraemiás és májcoma jön szóba. Az öntudatzavaroknak a leggyakoribb oka azonban a hypoglykaemia.

A hypoglykaemia már csak azért is különleges helyet foglal el, mivel ennek diagnosztikus és terápiás súlypontjai a háziorvost, illetve a szükséghelyzetet ellátó orvost terhelik. A hypoglykaemiák tünetcsoportja igen széles spektrumú és az enyhe éhezéstől, izzadástól, fejfájástól egészen a mély öntudatvesztésig, sőt irreverzibilis agykárosodásig terjedhet. Ezért nagyon fontos a gyors vércukor-meghatározás. A hypoglykaemia diagnózisa esetén azonnali és kielégítő mennyiségben glukózt kell adni. A hypoglykaemia tartamától, az inzulinadagtól, valamint a kísérőbetegségektől függően (pl. cerebralsclerosis) súlyos és potrahált lefolyású shockformák alakulhatnak ki. Ezért a sürgős ellátást kórházi elhelyezésnek kell követnie. Arra azonban a sürgős ellátásnál mindig gondolni kell, hogy határesetben a nyelési nehézségek aspirációval járnak és ezért ilyenkor a parenterális glukóz-adásra kell törekedni.

Súlyosabb hypoglykaemiák azonban orális antidiabetikumok adásánál is előfordulnak, főleg glibenclamid és chlorpropamid adásakor. Ezek a potrahált hypoglykaemiák elsősorban idősek fordulnak elő és tisztázatlan öntudatzavarok esetén ezekre mindig gondolni kell. Sőt kiváltó okként a sulfonilureák mellett alkohol fogyasztás és ezek vércukor-csökkenő hatását potenciáló más gyógyszerek is szóba kerülnek. Ily módon a sulfonilurea-kezelésből gyűjtött 772 súlyosabb exogen hy-

popglykaemiából az irodalomban 10% feletti halálozást és 13%-os következményes károsodást tapasztaltak. A hypoglykaemia maradt tehát a legfontosabb és leggyakoribb komplikáció és ebben a csökkent szénhidrát-felvétel is szerepet játszik. Különösen fokozza a veszélyt, ha e készítményeket még működőképes pancreas mellett máj- és vesekárosodás esetén adják. Néha azonban a hypoglykaemiás tünetek nem jellegzetesek, pedig leuködémában a gyors diagnózis döntő. A parenterális glukóz infúciónak mindig tartósabbnak kell lennie és kiegészítőleg hydrocortison (100 mg) és glucagon (1 mg) is adható.

A praecoma és coma diabeticum szintén gyors diagnózist igényel kórházbaulással. Felismerésében az exsiccosis, Kussmaul-légzés, acetonszagú lehelet jön elsősorban szóba. A folyadékpótlásnak már a betegágyánál és a szállításhoz meg kell kezdődnie, de kiegészítőleg inzulint csak biztos diagnózissal és fél óránál hosszabb szállításhoz célszerű adni. Amennyiben pedig az eszméletvesztés rosszul áll, nem tisztázható, hogy az hypo-, vagy hyperglykaemiás eredetű, akkor glukózt kell injektálni. Diabeteses comában a pseudoperitonitis diabeticus vezethet téves diagnosztikus és terápiás következtetésekhez. Kezelése csak a kórházban oldható meg teljesen.

Lactacidosis a vér megnőtt tejsavkoncentrációjával a diabetes biguanid kezelésében, súlyosabb alapbetegségek hypoglykaemiás és hypoxiás megnyilvánulásaiban, ritkán cukor-csereanyagok, meghatározott gyógyszerek, egymagában alkohol és veleszületett anyagcserebetegségek hatására jön létre. Ennek következménye volt, hogy az NSZK-ban a biguanidok közül már csak a metformint engedélyezik.

Angeli István dr.

Diabeteses mikroangiopathia. Standl, E. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhauses München—Schwabing und der Forschergruppe Diabetes, München): Med. Welt, 1983, 34, 149.

Az inzulin felfedezésével és az azóta bevezetett egyéb terápiás fázisokkal sem sikerült megoldani a típusos diabeteses érkomplikációk megelőzését és kezelését.

Epidemiológiájában morbiditása és mortalitása ijesztő. Ez a renovascularis szövődés, és mindelelőtt a diabeteses glomerulosclerosis képezte a halálesetek 10%-át, 20. életév előtti diabeteskezdéssel pedig a halálokok 20%-át a Joslin-klinikán. 1000 cukorbeteg közül 27 vak, 19 diabeteses retinopathia miatt.

Aetiopathogenetikus hátterét általában a diabetes tartamával hoz-



zák összefüggésbe, bár nem ritka a diabetesz manifesztaációjakor felfedezett specifikus mikroangiopathia sem és ugyanakkor még 20 éves diabetes tartam után is a betegek 10–25%-a teljesen mentes tőle. Létrejöttében ugyan a diabetes nem kielégítő beállítását vitatják, de 4400 belga cukorbeteg prospektív megfigyelése alapján kiderült, hogy a nem eléggé kompenzált diabeteszes anyagcserezavar a diabetes tartamával együtt a szem és vese mikroangiopathiás szövődményeinek megszorodásával jár. Cukorbeteg patkányokon a szigetsejtek transzplantációjával még a mikroangiopathiás elváltozások visszaféjlesztését is elegánsan bizonyítani tudták. Hogy pedig ebben a basalmembrán, vagy vörösvérsejtmembrán-fehérjék glikozilálódása is szerepet játszik-e, az még tisztázásra vár. A megnőtt intracelluláris szorbtképződés miatt még e sejtek intracelluláris ozmotikus duzzadása is szóba jön. Emellett érdemel még a vér csökkent mikrocirkulációja.

A diabetesztől független járulékos rizikófaktor lehet a dohányzás, a hypertonia, a kapillárisok viszonylag korai és viszonylag gyakoribb albumin- és globulin-permeabilitása, a szövetek hypoxiájával és zavarával. A mikroaneurysmák képződése is a hypoxiának a következménye lehet, az ér- és kötőszövet proliferációt pedig — úgy tűnik — a szöveti hypoxia kifejezetten stimulálja, az üvegtesti bevérzés és érújraképződés veszélyével.

Diagnóza a szemfenéken szemtűkörrel, illetve fluorescens-angiographiával történhet. Néhány mikroaneurysma még csak a retinopathia I. stádiumát jelenti, retinális bevérzések, valamint puha és kemény exsudátumok már a II. stádiumot jelzik. A III. stádiumra az intravitreális érproliferációk jellemzőek, a diabeteszes retinopathia végstádiumát vaksággal pedig a masszív üvegtesti bevérzések, vagy az ablatio retinae hozzák létre glaukoma kíséretében. Szerencsére e végső stádium még a rosszul beállított cukorbetegeknek is csak 20%-ában fejlődik ki.

A diabeteszes glomerulosclerosisban diffúz, noduláris és exsudatív forma különíthető el. Gyakorlatilag azonban diabetesre kizárólag a noduláris Kimmelstiel—Wilson forma a jellemző. Klinikailag fontos, hogy a retinopathia a glomerulosclerosis csaknem mindig megelőzi és a súlyos retinopathia nélküli vesebántalmak valószínűleg nem glomerulosclerotikus eredetűek. A diabeteszes nephropathiának a kezdetben csak testi megterhelésre, később az állandóvá váló proteinuria a klinikai jele, későbbi oedemával és azotaemiával.

A terápiás lehetőségeket mindenekelőtt a diabetes optimális beállítása alapozza meg. Retinopathiában a gyógyszeres kezelés-

nek semmiképpen sem szabad az időben történő laser-kezelést, vagy hőkoagulációt elodázni. A mostani tapasztalatok szerint a legjobb eredmények a II. stádiumból III. stádiumba való átmenet idején várhatók. Hypophysectomia csak igen kivételesen, malignus és gyorsan progrediáló proliferatív retinopathiában kerülhet szóba. Haemorrhagiás glaukoma terápiarezisztens fájdalmi enucleációt tehetnek szükségessé.

A diabeteszes glomerulosclerosis kezelési lehetőségei még kisebbek. Fontos lehet a kísérő pyelonephritis időben történő felismerése és kezelése. Veseelégtelen cukorbeteg kezelésére ilyen szempontból hasonló a nem diabeteszes veseelégtelenség kezeléséhez.

Angeli István dr.

Makroangiopathia diabetes mellitusban. Janka, H. U. (III. Med. Abt. des Akademischen Lehrkrankenhaus München—Schwabing und der Forschergruppe Diabetes, München): Med. Welt, 1983, 34, 153.

A cukorbeteg 75%-a hal meg vascularis okok miatt és ebben a korai arteriosclerosis a leggyakoribb érkomplicáció. Ezért ma mindenekelőtt a hypertoniát, zsíranyagcsere-zavarokat, hyperglykaemiát, hormonanomáliákat, a nagyobb vérkoagulabilitást és speciális érelváltozásokat tesszük felelőssé. De a csökkent glukóztolerancia is nagyobb cardiovascularis rizikóval jár. A cukorbeteg coronaria-rizikója 2-3-szor nagyobb, a cukorbeteg nők amúgy kisebb koszorúér-betegség incidenciája pedig eléri a férfiakét.

A cukorbeteg makroangiopathiájának lokalizációja mind az intima-fibrózist, mind az atheroma-képződést illetően a nem-cukorbeteg szegmentális elhelyezkedésével szemben inkább diffúz és koszorúereik sokkal inkább beszűkülnek. De ugyanez vonatkozik a lábszárartériákra is. Mivel azonban a találtak mégsem egészen diabetesre specifikusak, „diabetes-típusú makroangiopathiáról” beszélünk.

Az atheromák keletkezését illetően az érdeklődés középpontjában ma a simaizomsejtek thrombocyter mitózist és proliferációt elősegítő tényezője áll, sőt biztos, hogy az atherogenesis kezdetén az endothel sérülése áll fenn, ami a thrombocyták endothelhez tapadásával, lipidlerakódással és atheromaképződéssel jár.

A hypertonia a leggyakoribb rizikófaktor, mivel a cukorbetegnek fele szenved magas vérnyomásban. Ebben pedig a systolés hypertonia sem olyan ártalmatlan, mint korábban gondoltuk.

A magasabb serumlipid-értékek atherogen hatása már jól ismert. A cukorbeteg között gyakran

(30%-ban) találunk IV. típusú hyperlipoproteinaemiát, illetve endogen hypertriglyceridaemiát. Alacsonyabb az érvédő HDL- és magasabb az érkárosító LDL-cholesterin szintjük.

A hyperglykaemia pathogen szerepe mellett szól, hogy a cukorbeteg hypertonia és hyperlipidaemia nélkül is nagyobb cardiovascularis kockázatnak vannak kitéve. Sőt még a csökkent glukóztolerancia is nagyobb érveszéllyel jár.

A megváltozott hormonszerekláció nemcsak a diabetesnek, hanem a makroangiopathiás szövődményeknek is alapját képezheti. Így a II. típusú cukorbetegben, főleg elhízottakon észlelt hyperinsulinismus oka lehet az arteriosclerosis létrejöttének. A szerzők intézetükben mind a cukorbeteg, mind a nem-cukorbeteg makroangiopathiások között az inzulinrezisztencia jeleként magasabb C-peptid szintet tudtak kimutatni. Az újabb irodalmi adatok szerint az inzulin a simaizomsejtek proliferációját, lipidfelvételét és -szintézisét stimulálja. De az inzulin mellett nem szabad megfeledkezni a kontra-inzulinális növekedési hormonnál sem, amely szintén potenciálja a proliferációs tényezőket.

A thrombophil diathesisben megemlíthető a cukorbeteg nagyobb VIII-as, V-ös faktor és fibrinogen koncentrációja és ugyanakkor csökken a fibrinolytikus aktivitásuk. Diabetesben kisebb a thrombocyták élettartama, ami fokozott vérelmelezke-felhasználással jár. Valószínűleg az aktivált thrombocyták a kisebb ingerre is gyorsabban tapadnak és aggregálódnak, növelve a mikrothrombusok létrejöttét.

A speciális érfaltényezők mellett szól, hogy az egészségesek endothelje a thrombocytá adhaesióra és atherogenesisre rezisztens, diabetesben pedig számos adat szól az endothel funkciók zavaráról. A legismertebb megnőtt átérésztő-képessége és csökkent mennyiségben produkál prostacyclint, ami pedig a thrombocytá adhaesiók potenciális gátlója. Sőt az endothel diszfunkciója még más védelemmechanizmusok gátlásával is jár. Ezek az érfal csökkent elaszticitását és megnőtt rigiditását okozzák, más szóval a rugalmas érfal merevvé válik.

Az eddigi vizsgálatokból tehát kiderült, hogy a cukorbeteg makroangiopathiájában több tényező játszhat szerepet. A szerzők, vizsgálati eredményeik alapján, ebben a hypertoniát teszik az első helyre.

Angeli István dr.

A diabetes mellitus pathogenesisééről. Federlin, K., Schatz, H. (III. Med. Klinik und Poliklinik des Zentrums für Inn. Med. der Justus-Liebig Univ. Giessen): Z. Allg. Med. 1982, 58, 1370.

A WHO 1980-as új nomenklaturája szerint I. típusú inzulindependens, II. típusú nem-inzulindependens elhízás nélküli, vagy azzal összefüggő formára oszthatjuk a diabetest, valamint egy további csoportra (melyet régebben szekunder diabetesnek nevezünk), amelybe minden olyan zavart sorolunk, ami egyidejűleg minden pathogenetikusan alap nélkül cukorbetegség tüneteivel is jár. Negyedik a gestációs diabetes. A korábban latens, szubklinikus, tünetmentes vagy kémiai cukorbetegségnek jelzett első stádiumokat pedig ma patológiás vagy csökkent glukóztoleranciával jelöljük.

I. Az I. típusú diabetes pathogenesis. Ezért a béta-sejtek csökkent, vagy hiányzó inzulinprodukcója tehető felelőssé. Ennek aetiológiája mind ez ideig még nem teljesen tisztázott. A vírusaetiológia már több mint 50 éve a figyelem középpontjába került és ebben különösen a mumpsz-vírus szerepe került előtérbe, amit a szerzők saját megfigyeléseik alapján is meg tudtak erősíteni. Tisztázatlan maradt viszont még, hogy egyes esetekben miért a parotist, más esetekben pedig miért a hozzá hasonló anatómiai felépítésű pancreast bántalmazza. A szigetsejt antitestekkel kapcsolatos megfigyelések ismét az autoimmun-genesis lehetőségére hívták fel a figyelmet, miután különböző állatfajokon inzulin immunizációval insulitist tudnak létrehozni. Az autoimmun teória mellett szólna, hogy az újonnan felfedezett I. típusú cukorbeteg csaknem mindig egyikében a szérumban szigetsejt-antitestek találhatók. Ezek később megkevesbednek, majd kb. 2 év múlva kevés kivétellel eltűnnek. Feltételezik azonban, hogy ezekhez az indikátor-jelenségeként értékelhető citoplazmatikus antitestekhez a későbbiekben sejtkárosító tulajdonsággal bíró felületi antitestek kapcsolódnak. De a celluláris immunjelenségek is az autoimmunreakciók szerepe mellett szólnak. Így a lymphocyták szenzibilizálását is kimutatták meghatározott pancreas antigénnel szemben.

Az a tény, hogy azért szigetsejt-antitestek — legalábbis átmenetileg — az egészségesek szérumban is találhatóak, másrészt pedig, hogy mumpsz-fertőzés is okozhat diabetest, két különböző feltételezéssel indokolható: 1. A vírusinfekciók egymagukban is bétasejt-károsodást okozhatnak. 2. A vírusfertőzés a bétasejt-károsító autoimmun reakció talaját készíti elő. Az immunválasz a HLA DR₃, B₈ valamint DR₄ és B₁₅ antigének jelenlétéből gyanítható. Leegyszerűsítve a kérdést immundysregulációról van szó.

Az öröklődés és környezeti tényezők összefüggését vizsgálva tényként szögezhető le, hogy a kizárólag II. típusú diabetes gyakoriság a kalóriaszegény években drasztikusan csökkent, illetve a

túltáplálkozás visszaszorításával a genetikusan tényezők is elvesztették jelentőségüket. Az I. típusú diabetes pathogenesisében, annak ellenére, hogy már fontos felismerésekhez jutottunk, az egyes szigetsejt-károsodások lefolyását annyira még nem sikerült megismernünk, hogy most már kényszerítő terápiás javaslatunk is lennének.

A II. típusú nem-inzulindependens diabetes pathogenesisében sem kielégítőek még az ismereteink. Az elhízás és fizikai inaktivitás ugyanis egymagukban még nem döntőek. Ezzel kapcsolatban ismereteink hiányosságára utal, hogy egyrészt a normális súlyú ember is kaphat II. típusú cukorbetegséget, másrészt az extrém módon elhízott is mentes lehet tőle. Az elhízással járó hyperinsulinizmus a perifériás zsír-, izom- és májsejtek inzulin receptorainak számszerű vagy minőségi csökkenésével, illetve az inzulin-rezisztencia fokozódásával, még nagyobb vércukorértékekkel és a bétasejtek újabb inzulinszekréciós stimulusával jár. Fordítva viszont a kalóriaszegény táplálkozás és koplalás az inzulinszekréciót visszafogja, az inzulin-receptorok számát és hatékonyságát ismét megnöveli, a vércukorértékek normalizálásával.

Angeli István dr.

Adrenoleukodystrophia és inzulinreceptor-hiányos diabetes mellitus. Touati, G., Martinetti, J. (Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier, F-95500 Gonesse): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 441.

Az adrenoleukodystrophia (ALD) X-kromoszómához kötött, recesszív öröklődő kongenitális bántalom, amelynek egy lassan kialakuló mellékvese-elégtelenséghez diffúz cerebrális szklerózis, vagy myelopathia társul. Úgy tűnik, hogy a bántalom kapcsolatban van a hosszú-láncú zsírsavak degradációjával.

A szerzők egy 14 éves fiúról számolnak be, aki polidipsziás panaszokkal, lázzal került klinikai felvételre. A vizsgálatok során betegségé diabetes mellitusnak bizonyult, amit könnyen sikerült egyensúlyba hozniuk. Két évvel később a szülők a gyermeknél magartartási zavarról, iskolai figyelmetlenségről panaszokot adtak. Neurológiai megfigyelés során demetalódást, kóros EEG-t, főleg a jobb frontális oldal felett, tomodenzitometriás vizsgálattal hipodenz foltokat a jobb félteke felett és a bal frontális régióban, találtak, ami az ALD diagnózisának lehetőségét vetette fel. Behatóbb érdeklődésre kiderült, hogy már 3 éves korában jelentkezett a természetes (arab gyermek) pigmentációt meghaladó sötét bőrszín, és hogy iskolai előmenetele 11 éves kora óta fokozatosan hanyatlott. A vizsgálatok megerősítették a mellékvese-elég-

telenséget és igazolták, hogy a diabetes mellitus az inzulin-receptorok csökkent számán alapszik. Egyéb hormonvizsgálatok normális értéket mutattak. Az anti-adrenális antitest-vizsgálatok pozitívnak bizonyultak.

A receptorok csökkenése miatti hiperinzulinizmus arra ösztönözte a szerzőket, hogy a kezelésben az inzulint hipoglikemizáló szulfamiddal váltsák fel — eredménytelenül. A beteg úgy mozgásilag, mint szellemileg fokozatosan leépült, s végül meghalt.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az ALD kialakulása lassú, éveket tartó folyamat, jellemző tomodenzitometriás képpel, hiperproteinurachiával és diffúz, cerebrális károsodást mutató EEG-vel, mellékvese-elégtelenséggel. Görcsök, hallási és látási károsodások hiányoznak. Bár a melanoderma, az iskolai teljesítmény hanyatlása ezt megelőzi, mégis először a diabetes mellitus kerül diagnosztizálásra, az inzulin-dependens diabetes, amely nem inzulinhiányon, hanem a perifériás inzulin-receptorok csökkent voltán alapszik.

Az ALD és az inzulin-dependens diabetes társulásáról az irodalom eddig még nem számolt be. Figyelmet érdemel, hogy a beteg anyai nagybátyja szintén inzulindependens diabetesben szenvedett. Felvetik a szerzők azt a lehetőséget is, hogy a perifériás inzulin-rezisztencia és a lipid-anyagcsere-zavar a sejtmembrán-szinten közös nevezőre hozható, és az ALD etiológiájában újabb hangoztatott metaboliás hipotézisek mellett más alapvető zavarok után is kutatni kell.

Kövér Béla dr.

A diabeteszes ketoacidózis kezelése. Lestradet, H. (Service de Pédiatrie, et Unité de Recherche INSERM U 83; Hôpital Hérould, 75019 Paris): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 583.

A diabeteszes acido-ketózis (d. a. k.) kezelése ma már jól körülhatárolt fizio-patológiás alapokon nyugszik. Azt lehetne mondani, hogy manapság már nem szabad meghalni diabeteszes kómában (d. k.); csak a későn kezelésbe vett betegek halnak meg. Egyesek szerint a d. k. gyors korrekciója cerebrális szövödménnyel fenyeget.

A d. a. k. alapvetően a teljes inzulinhiányon nyugszik. A fellépett hiperglikémiát (hg.) a szabad zsírsavak és ketontestek felszaporodása kíséri. Ezek Na-vesztéssel dehidrációhoz vezetnek, csökken a K-, Mg-, Ca- és P-szint is. Az extra- és intracelluláris acidózis kiváltotta hiperpnoe súlyosbítja a dehidrációt, ATP-kifáramlással sejt-károsodás jelentkezik, s ez a kóma eredete, az összes többi zavarokkal együtt. Ezeket a sejtekben végbement súlyos zavarokat csak tökéletesen tükrözik a plazma-elváltozások. Az extracelluláris elté-

rések helytelen értelmezése felelős a terápiás tévedésekért, így a féltemetes cerebrális szövődményekért is.

A kezelés előterében az inzulin áll. A vita a d. a. k. kezelésében már itt megkezdődik: kis, vagy masszív, nagy adagokkal kezdjük-e? Egyesek szerint egy normál gyermek 1–1,5 E/kg/24 ó inzulint igényel. De gondolni kell arra is, hogy az acidózis a perifériás receptorokat részben gátolja, ami inzulinnal szembeni rezisztenciát teremt, s így kezdetben 2–3-szor nagyobb inzulin-adagokra lehet szükség, ez pedig felveti a hipoglikémia veszélyét. Az inzulint kezdetben iv., sőt legújabban folyamatos infúzióban kell adni. Lényeges, hogy a sejtek ellátásához elegendő inzulint adjunk. Miután az inzulin blokkolja a neoglikogenezist, a glikémia gyorsan csökken, így már két óra elteltével gondoskodni kell elegendő glukóz-infúzióról is. Egy 30 kg-os (1 m² testfelületű) gyermek legalább 300 g glukózt — 1200 Cal-t — kell hogy kapjon 24 óra alatt.

Az acidózis extra- és intracelluláris. A kezelés célja, hogy gyorsan csökkentjük a sejtekben a H⁺-koncentrációt. Izotóniás bikarbonát oldattal alkalizálunk, ami javítja az inzulin hatékonyságát is. Az infúziós oldat tartalmazzon Na-t, K-t, Ca-t, Mg-t is. A P-t, a kalcémia ellenőrzése mellett, bukálcinus helyes adagolni.

Az eddigi ismereteket és saját tapasztalatát figyelembe véve, a szerző a rehidrációra a következő oldatot ajánlja: 1 liter vízre 100 g glukóz, NaCl 2 g — 35 mEq, KCl 1,5 g — 20 mEq, Ca-glukonát 1 g — 5 mEq, MgCl 0,5 g — 5 mEq. Tapasztalataik szerint az inzulint direkt hozzá lehet adni az infúziós oldathoz. Gyermekeknél a napi 3 l 10%-os glukózös oldathoz literenként 22 E inzulint kell adni. D. k.-ban ilyen összetételű infúziós oldat mellett 8–16–24 órában ellenőrizni kell a glikémia szintjét, szükség esetén korigálni. Megfelelő pumpa segítségével a kezelés ritmusát — cseppről-cseppre — úgy kell szabályozni, hogy a beteg az izotóniás Na-bikarbonát oldatból az első 20 perc alatt 10 ml/kg-ot kapjon, 40 perc alatt 20 ml/kg Cl-oldat és izotóniás Na infundálódjék. 60 perc alatt 20 ml/kg izotóniás NaCl-oldat, ami 2 óra alatt egy 30 kg súlyú gyermeknél 210 mmol Na-t és 33 E inzulint jelent 1500 ml folyadékban. A 3. óra végén rátérnek a fentebb említett törzsoldatra. Így a gyermek 24 óra alatt összesen 4,5 l folyadékot kap. Az infúziót általában 24 óráig helyes fenntartani. A tapasztalat azt mutatja, hogy hipoglikémia nem fenyeget és a d. a. k. fokozatosan 8–24 óra alatt megszűnik. Másnap általában a normális táplálásra lehet áttérni és a szokásos inzulin-terápiát alkalmazni.

Kövér Béla dr.

Az apolipoprotein A—I, A—II. és B értékek cukorbeteg gyermekek és velük összemérhető egészséges kontrollai szérumban.
Ewald, U. és mtsai: Acta Paediatr. Scand., 1982, 71, 15.

A gyorsan kifejlődő atherosclerosis az inzulinpedens cukorbetegnek is egyik legnagyobb szövődménye, de ez megoszlásában és morfológiájában sem különbözik a nem cukorbeteg atherosclerosisától. E sclerotikus betegeknek általában magasabb az összcholesterin és alacsonyabb a HDL-cholesterin szintjük.

Újabb lehetséges kockázati tényezőként a lipoproteinek fehérje része is az érdeklődés előterébe került. Az apolipoprotein A—I (apo A—I) fontos alkotórésze a HDL-nek és csökkenése korai coronaria-kockázattal jár. Ugyanakkor a szénhidrát-anyagcsere zavarában szintén alacsonyabb apo A—I és apo A—II értékeket találtak, az apo B szint viszont magasabb volt.

A szerzők a fenti összefüggéseket vizsgálták 28 inzulinpedens cukorbeteg gyermekben, akik közül 17 lány és 11 fiú volt 3 és 16 éves életkor között és ezeknek vizsgálati eredményét 14 hasonló egészséges kontrollal hasonlították össze. A HbA_{1c} értékek 10,8%-os és az éhgyomri vércukorértékek 9,6 mmol/l-es átlaga szignifikánsan magasabb volt, mint a kontrolloké. A koleszterin és triglicerid szintben szignifikáns különbség nem mutatkozott. Az apo A—I koncentráció a cukorbeteg gyermekek között 134 AU (arbitrary unit)-tal szignifikánsan magasabb volt, mint az egészséges kontrollok között (120 AU). Az apo A—II és apo B értékek már nem különböztek szignifikánsan.

Az adatok többsége szerint az inzulinnal kezelt cukorbetegek között a HDL-cholesterin értékek magasabbak, mint a mással beállított cukorbeteg hasonló értékei. Az egészségesekkel összehasonlítva azonban újabban a cukorbetegben alacsonyabb és magasabb HDL-cholesterin értékeket is kimutattak. A szerzők eredménye azt mutatja, hogy az inzulinnal kezelt cukorbeteg gyermekeknek még az egészségeseknél is magasabb apo A—I és HDL-értékei vannak. És míg az egészséges gyermekeknek a szérumban koleszterin-koncentráció, valamint az apo A—I és apo A—II értékek között szoros, szignifikáns összefüggést kaptak, addig a cukorbeteg gyermekeknek ez a különbség már nem volt szignifikáns, csak az apo C értékénél volt szignifikánsan kifejezettebb. A diabeteses és egészséges gyermekek közötti különbségek az apolipoprotein és szérumban lipidértékek között, diabetesben az apolipoprotein/lipoprotein lipidek eltérő kapcsolatára utalhatnak.

Angeli István dr.

Pajzsmirigy- és mellékvese-vizsgálatok csekély információértéke adipositas permagna esetében.
Keller, U. és mtsai (Dep. f. inn. Med. der Univ. Basel): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 17.

Nemcsak a laikus körökben, de elismert belgyógyászati tankönyvekben is még mindig uralkodóan van az a nézet, hogy a hypothyreosis és Cushing syndroma túlsúlyra vezethetnek. Kétségtelen, hogy a Cushing-kóros betegekben a zsírelőszórtás topikus dyslocalisatiója áll fent, és a hypothyreotikus betegek testsúlya növekedhet; mind ez ideig azonban nem, vagy alig vizsgálták a jelentősebb túlsúly keletkezését ezen endokrinopathiákban.

A szerzők a hormonzavarok és az adipositas közti összefüggést két oldalról kutatták: 1. 66 kórosan elhízott betegen (>30% a „normál” súly feletti) vizsgálták a hypothyreoidismus vagy a Cushing-kór tüneteit; 2. ezenkívül meghatározták 18 manifest és 49 praeklinikus hypothyreotikus betegnél, továbbá 16 Cushing-kóros betegen az obesitas gyakoriságát és súlyosságát. Az eredményeiket 1517 kontrollszemély anthropolometriai adataival a „Basler-Studie” alapján összehasonlítva értékelték. A 66 adipositas-beteg közül egy esetben sem volt endokrinopathia kimutatható. A hypothyreotikus nőbetegeiken nem volt szignifikánsan nagyobb testsúly, mint a kontrollokon.

Csupán a Cushing-szindrómásokon (29 eset; 24 adrenalis hyperplasia, és 5 adenoma) mutatkozott enyhén emelkedett testsúly (6 ± 2 kg különbség), a kontrollokhoz viszonyítva. Jelentősen morbid (>30%-kal a normál feletti) obesitas nem volt szignifikánsan gyakoribb a hypothyreosis- vagy Cushing-szindrómás betegekben, mint a kontrollszemélyekben. Adipositas esetén halmozottabb volt a hypertriglyceridaemia, a diabetes mellitus, valamint a hyperuricaemia. Eredményeik alapján arra következtetnek, hogy a hyperthyreosis és a Cushing-kór az adipositas permagna nem specifikus oka, így az elhízott betegekben hypothyreosisra vagy Cushing-szindrómára végzett, nem célzott szűrővizsgálatoktól causalis információ nem remélhető.

ifj. Pastinszky István dr.

A suicidium

A löfegyverekkel elkövetett öngyilkosságok gyakoriságának emelkedése. Boyd, J. H.: N. Engl. J. Med. 1983, 308, 872.

Az utóbbi 25 évben az USA-ban jelentősen emelkedett a viszonylag fiatal korúak (40 éven aluliak) öngyilkosságának részaránya az öngyilkosságok összes számán belül. Elemezve a suicidium típusokat, kiderült, hogy ezért többségében a lö-

fegyverrel történt elkövetési módok tehetők felelőssé.

A vizsgálat során feldolgozásra került az állami statisztikai szervezet 1953—1978 közötti, két és fél évtizedes teljes öngyilkossági anyaga; mindenben igazodva az Egészségügyi Világszervezet (6., 7. és 8. revízió átesett) „Betegségek Nemzetközi Osztályozása” című kiadványához. Az elkövetési módok elemzésénél a robbanással végrehajtott cselekményeket — lévén arányuk csupán 2% körüli — nem különítették el a lőfegyverrel elkövetettéktől.

Összességében nézve, a vizsgálat megállapította, hogy a 100 ezer lakosra eső öngyilkosságok száma az 1953. évi 12,4-ről 1978-ban már 13,3-ra emelkedett. Kor szerinti bontásban még nagyobb az emelkedés a 40 éven aluliaknál; az 1953. évi 4,5 százezerrel 1978-ban 9,3 százezerre növekedett. Nemekre bontottan, a 40 éven aluli fiúk, ifjak, férfiak emelkedési üteme szinte már drámaiának mondható, s csak a 40 évesnél idősebb férfiaknál kezd lassulni. Mutatkozik emelkedés a 60 éven aluli nőknél, leányoknál is, de ennek üteme a férfiakéhoz viszonyítva egyenletesebb és számottevően lassúbb.

Ha a két nemet összevontan vizsgáljuk, azt látjuk, hogy a 25 éven felüli elkövetőknel kifejezetten növekvő trendet mutatnak a lőfegyveres elkövetési módok; s ezt követik (alig csekélyebb mértékben) a szilárd, folyékony, gáznemű anyagokkal megvalósított mérgező cselekmények. Csökkenő tendenciákat mutatnak viszont az összes egyéb elkövetési módok (különösen az akasztás-zsinogelések).

Felhozható a lőfegyveres cselekményekkel kapcsolatosan a téves minősítés esélye, ami azonban jelen vizsgálat során gyakorlatilag kizárható. Sikertől ugyanis pontos körülmények tekintésével, rendkívül szigorú, félre nem érthető kritériumok alapján feltisztítani és szétválasztani a lőfegyveres öngyilkosságokat a saját, vagy idegen személy hibájából bekövetkezett lövés stb. sérüléssel járó balesetektől.

A lőfegyverekkel realizált önelpusztítási cselekmények gyakoriságának emelkedése feltehetően összefüggésbe hozható a rövid csövű (ún. marok-) lőfegyverek (revolverek, pisztolyok), valamint a hosszú csövű (golyós vagy sörétes puskák, karabélyok) kereskedelmi forgalmának ismert nagymértékű fokozódásával. Aligha alopaltalan tehát így az az elgondolás, hogy vajon a szóban forgó öngyilkosságok gyakoriságemelkedését nem fékezné-e a kézi és egyéb lőfegyverek forgalmazásának beszüktetése (különösen az elsősorban a kézi lőfegyverekre vonatkozóan).

A vizsgálati eredmények bizonyítják ugyanis azt, hogy a lőfegyveres öngyilkosságok 83%-át kézi lőfegyverrel követték el. Más kutatások elemezték az USA államai-

ban a fegyvervásárlás és fegyvertartás szabályozásait, azok szigorúságát is beleértve; a vizsgálatok révén sikerült szignifikáns összefüggéseket feltárni a vonatkozó rendelkezések kemény betartása, ellenőrzése és az öngyilkossági arányszámok alakulása között.

Ezek szerint a fegyverellenőrző szabályozás csökkentheti az öngyilkosságok gyakoriságát. Ismerünk — példálkkal is alátámasztott — olyan állásfoglalásokat, hogy amennyiben a halálos kimenetel eredményező elkövetési módok bármelyikében változás történik, akkor ez az öngyilkosságok számszerű csökkenéséhez vezethet. Angliában történt kísérlet erre; a városi (világító-) gáz CO-tartalmának csökkentésére az öngyilkosság-gyakoriság észrevehetően alacsonyabb lett. A tapasztalatokat summázva leszögezhető, hogy az USA-ban a lőfegyverekhez való hozzáférés korlátozása az autoagresszív cselekmények számának csökkenését eredményezheti.

[Ref.: Célszerűnek tartom az ismertetést néhány gondolattal, saját élménnyel és idekívánczó (1983. júniusi megjelenésű) friss információkkal kiegészíteni.

Az USA-ban is most már egyre jobban szaporodnak a — nálunk eddig főként Nyugat-Európából ismert — olyan társaságok, egyesülések, melyek az emberi szabadságjogok keretében kiemelt követelésként hangsúlyozzák az önkéntes, „szabad halál” jogát. De gyors ütemben terjednek azok a mozgalmak, szervezkedések is, melyek ugyancsak az emberi szabadságjogokra hivatkozva, követelik a lőfegyverek adásvételére, tartására és viselésére vonatkozó korlátozó szabályozások feloldását (amit esetenként a kedvezőtlen személybiztonsági viszonyok miatt, az önvédelemhez való jog előtérbe állításával is indokolnak).

Mindenesetre alapvetőnek tekinthető az a föderális törvény, mely tiltja a lőfegyverek eladását kiskorúaknak, mentálisan inkompetenseknek, narkomániásoknak, bűnözőknek, és az országban illegálisan tartózkodó külföldieknek! Túl ezen, az 50 államból és 1 szövetségi területről álló USA-ban föderális, állami, s helyi szinten, további összesen több mint 20 (húsz!) ezer — a lőfegyverekre vonatkozó törvény, rendelet, utasítás stb. „él”, és van érvényben jelenleg is. Szabályozásokban hát igazán nincs hiány: csupán a betartás és betartatás körül lehetnek súlyos insufficienciák, hiszen egy ilyen dokumentumárdatot szinte lehetetlen szemmel tartani, ellenőrizni; számon kérni és befolyásolni még kevésbé! A komolyan vett kevesebb — többet érne! Az angliai kísérlet nem egyedülálló, és főleg az eredmény tartóssága tekintetében vagyok kételkedő. Csak a jól ismert svájci ellenpéldát említem, ahol (az angliaival azonos okból) egy nagyváros vala-

mennyi háztartásában a világító-gáz-szolgáltatást teljes egészében elektromos üzeműre állították át. Az öngyilkosságok száma erre valóban csökkent egy ideig, majd ismét emelkedett; jeléül annak, hogy az önmaguk ellen fordulni akarók meglepő gyorsan alkalmazkodva, más elkövetési módokkal találták meg a kiiktatott ágens pótlását.

Mélysegesen elgondolkoztató az öngyilkosságoknak az emberi szabadságjogokkal való (reflexiómban felvetett) összefüggése. Ez olyan tény, amit elvetni, figyelmen kívül hagyni, vagy bagatellizálni éppen úgy nem lehet, mint ahogy belétörődve „laissez faire” látásmóddal a gyeplőt odadobni sem! Látunk kell, hogy a súlyos társadalmi gondokat okozó öngyilkosság olyan ellenfél, ami változó lendülettel ugyan, de szüntelenül offenzívában van; stratégiáját és helyenként taktikáját is újszerű vonásokkal gazdagítva, bonyolult és nem is akármi módon támad.

Vele szemben meg kell indítanunk az ellentámadást széles körű összefogással, a visszaszorítását célzó eddigi tevékenység elméleti és gyakorlati tapasztalatainak felhasználásával, reális és átgondolt tervek alapján. Nem elhamarkodva — de minél előbb!]

Cselkó László dr.

Öngyilkosság-megelőzés. Hudgens, R. W.: N. Engl. J. Med. 1983, 308, 897.

Az öngyilkosságot elkövetett amerikaiak többsége depresszióban és idült alkoholizmusban szenvedett, s két betegség egyike vagy másika az öngyilkosságok nagyobb részénél kimutatható volt. Kisebb viszont azon áldozatok részaránya, akiknél egyéb zavarok álltak fenn, mint például a szkizofrénia és drogfüggőség. Jóllehet ezek is fokozott öngyilkossági kockázatot jelentenek.

Szertelen ivók körében az alkoholizmus öngyilkossága sok év óta már valóságos szokványossá vált. A rendszeres iszákosságok oly mértékben rombolják meg egészségüket, feldúlja családi életüket, zilálttá teszi munkahelyi szituációikat, hogy az autoagresszív szándékaik végül is nem látszik illogikusnak.

Az önmagukat megölő depressziókat viszont nem csupán olyan életbeli veszteségek zavarják, mint a válás, hozzátartozó halála, vagy akár a munkanélküliség. Inkább és gyakoribban egy — rendszerint avógható — mentális funkciózavarban, a pszichosis maniacodepresszióiban szenvednek, ez fosztja meg őket lelkesedni tudástól, energiájuktól, jó hatékonyaságtól, szellemi tevékenységüktől, zaklatott kedélyállapotot eredményez. sőt olyan irracionális meggyőződéseket sugall, hogy nem érdemes élni. Az ilyen cirkuláris elmezavarban szenvedő minden hat beteg közül egy

végül is öngyilkossággal vet véget életének. Ezek a betegek is ténylegesen elszenvetkedő veszteséget, sorscsapásokat, mindez lehetséges. De az ilyen történések, események rendszerint nem mindenkinél elegendők arra, hogy alanyukat rábírják az önelpusztításra, hiszen ennek előfeltétele az elmezavar.

Az említett felismerést több mint negyedszázada jól látják az elmeorvosok, ennek ellenére sem csökkent az amerikaiak öngyilkossági gyakorisága. Sőt, az 50-es évek óta jelentősen emelkedik a fiatalok körében is. Felvethető, hogy ez az orvosok hibája! Ismeretes ugyanis, hogy az öngyilkosok közül nagyon sokan, pár hónapon belül, még a halálos cselekmény előtt, depressziós tünetekkel felkeresték orvosukat, sőt, sokan bejelentették öngyilkossági szándékukat. Időnként a depressziót és az alkoholizmust nem is kóriszmézik, mert az orvos vagy nem gondolt rá, vagy a szükségesség néhány percet sem fordítja a beteg, illetve családtagjai kikérdezésére. Máskor megtörténik a kóriszmézés, de a kezelés nem eléggé „éber”, ha például egy alkoholista szenved el valamilyen csapást, akkor az öngyilkosság kockázata sokkal magasabb, tehát az illető kórházba utalandó. Az is előfordul, hogy a súlyosan depressziós beteget inadekvát dózisu gyógyszerekkel kezelik.

Kétségtelen, hogy az öngyilkosságok száma Amerikában is emelkedik, s egyre több cselekményt követnek el kézi lőfegyverrel. Itt is általános érvényű az a tény, hogy az elkövetési módok beszűkítése csökkentheti az öngyilkosság gyakoriságát. Szélesebb értelmezéssel a megelőzés szempontjait is meg lehet adni: a magas épületeken rácsos, hálószerű kell a mélybe ugrásokat megakadályozni, a háztartásokban használt gáz CO-tartalma csökkentendő, az egyszer felírható nyugtató és antidepresszív gyógyszerek mennyiségét be kell szűkíteni, s itt az ideje, hogy a lőfegyverek ellenőrzését is megszigorítsák.

Cselkó László dr.

Sikeresebb öngyilkosságot elkövetők rokonait támogató program. Rogers, J. és mtsai. (Clarke Institute of Psychiatry, 250 College Street, Toronto, Ontario, M5T 1R8, Canada): Canadian Journal of Psychiatry, 1982, 27, 444.

A mentálhigiénés módszerek jelentős változáson mentek át a legutóbbi években. A hagyományos, magasan képzett szakértők által nyújtott individuális kezelési módszerek nem képesek széles lakosságrétegeknek megfelelő szintű ellátást nyújtani, különösen nem preventív szolgáltatásokat. A fejlett pszichológiai-pszichoterápiás ellátást nyújtó országokban a szakemberek számának jelentős növekedése ellenére közegészségügyi mére-

tekben nem csökken a mentális megbetegedések száma, az egyre drágábbá váló szakellátás korlátai mind nyilvánvalóbbak. A mentálhigiéné professzionális ellátási rendszerének korlátait mind többen hangsúlyozzák, és keresik az alternatívákat, többek között a természetes támogató hálózatokra, mindenekelőtt a családra való fokozottabb támaszkodás, valamint a laikus segítők bevonása segítségével. A mentálhigiéné stratégiaváltásának szép példája az a program, amely öngyilkosságot elkövetett emberek családtagjai számára szerveződött.

A „**túlélőket támogató program**” önként vállalkozó, szakemberek által kiképzett laikusok tevékenységére épít. Az önkéntesek egy része maga is átélte, hogy közelebbi vagy távolabbi rokona öngyilkosságot követett el, vagy más módon veszítette el hozzátartozóját. A saját problematikából származó esetleges hátrányok kiküszöbölésére melléjük olyan önkéntes osztagot, aki nem veszítette el rokonát; a segítő tevékenységet így kétszemélyes csapatokban végezték a laikusok, a kutatók folyamatos szupervíziója, irányítása mellett.

A kísérlet 2 éve alatt 46 öngyilkos 53 hozzátartozójának nyújtottak segítséget. A program maga strukturált folyamat, nyolc, kétórás ülésből áll, minden alkalommal előre meghatározott témát beszélnek meg a résztvevők. Az első ülést az ismerkedésre fordítják, a másodikat az érzések elfogadására és kifejezésére, a harmadik témája az öngyilkosságra adott reakciók megértése, a negyedik a veszteséggel való megbirkózással, az ötödik a szerepváltozásokkal, a hatodik a család megújulásával, a hetedik a természetes támogató kapcsolatok fontosságával és helyes felhasználásával, végül az utolsó a történetek összefoglalásával foglalkozik. A nyolc egyéni ülést követően a program igénybe vevőit négy, kéthetente tartott szemistrukturált csoport-ülésre hívják meg, amelynek során a hasonló problémáival küzdők egymásnak is nyújthatnak konkrét segítséget, érzelmi támogatást, praktikus tanácsokat.

A program résztvevői kedvezően értékelték a kapott segítséget, az előzetesen felmért elvárásaik jelentős részét teljesítették. Kedvezően fogadták az önkéntes segítők is, a 23 válaszoló közül csupán kettő jelezte, hogy kényelmetlenül érezte magát a kezelésnek ebben a formájában, huszonegyen úgy nyilatkoztak, hogy gyakran eszükbe jut az ülésen elhangzott néhány mondat. Figyelemre méltó, hogy a válaszolók közül 14 határozottan jelezte, hogy önkéntesként is szívesen részt venne hasonló kísérletben. Az érintettek szubjektív beszámolóit persze csak fenntartással értékelhetők. Ezért is nagy jelentőségű, hogy objektív módszerrel is sikerült kimutatni az új típusú

mentálhigiénés intervenciók módszer kedvező hatását.

A szerzők pszichiátriai tünetbecslő skála (SCL-90) segítségével a program megkezdése előtt, és hat héttel a befejezése után mérték a jelentkezők pszichiátriai tüneteinek súlyosságát. A gyászolók a legtöbb tünet vonatkozásában ugyanolyan magas pontszámokat mutattak, mint az ambuláns pszichiátriai kezelésre járó pszichiátriai betegek átlagai! Néhány tünet vonatkozásában — így pl. a szomatizáció, a kényszeres gondolatok és a depresszió tekintetében — pszichiátriai állapotuk rosszabb, mint az átlagos ambuláns betegeké.

(Ref.: Ne felejtjük el, hogy a jelentkezők „egészségesek” voltak, abban az értelemben, hogy többségük nem állt pszichiátriai kezelés alatt.) A skálán mért pszichiátriai tünetek súlyossága jelentősen csökkent a program befejezésekor, a laikusok segítsége tehát komoly gyógyító hatással járt.

(Ref.: *A modellértékű mentálhigiénés módszerről beszámoló cikket fontossága, módszertani korrektsége, messzire mutató tanulságai miatt ismertetem a szokásosnál részletesebben.*) Telkes József dr.

Véralvadás, thrombosis

Intraartériás urokináze infusio a heveny tüdőembólia kezelésében. Barberena, J. (Residencia Sanitaria Virgen del Camino, Pamplona): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 883.

11 heveny pulmonalis embólia kezelésére alkalmazták a tüdőartériába vezetett katéteren keresztül helyi intraartériás thrombolytikus kezelést urokináze adagolással. Először pulmonalis arteriographiával igazolták a kórismét és az embólia kiterjedését, majd ugyanazon a katéteren át adtak néhány perc alatt 2700 IE/testsúlykg urokinázét, majd ezt folytatták 12 órán keresztül további 2700 IE/testsúlykg óránkénti adagolással. Az infusio befejezésekor iv. heparin kezelést kezdtek. Mindegyik esetben egyértelmű klinikai javulást észleltek, 9 esetben az EKG egyidejű rendeződésével. A perfusio befejezésekor kontroll angiographiával ellenőrizték a kezelés eredményét. Az angiographiás javulás esetenként ugyancsak drámai volt, de összességében elmaradt a klinikailag észlelt eredmények mögött. Egy betegben szövődményként az első angiographia után kamrai fibrillatio alakult ki, egy másikban a kontroll angiographia során a pericardium katéteres átfúrása után kevés kontrasztanyag jutott a szívburokba, különösebb következmény nélkül. 9 betegben fordult elő vérzéses szövődmény, leggyakrabban a venapunctio helyén. 3 esetben vált szükségessé emiatt friss vér átömlesztése. Halálos szövődmény nem fordult elő.

Az intraarteriás thrombolytikus kezelés megfontolandó lehetőség heveny tüdőembóliában, ha megmondjuk a sebészi megoldással járó magasabb mortalitást.

Laczay András dr.

Perioperatív plazma antithrombin aktivitás kis dózisu heparin prophylaxisban. Műtét alatt keletkező antithrombin—III. hiány, mint az eredménytelen heparin profilaxis oka. Kussmann, J., H. Hirche, R. Sengupta (Chir. Klinik, Wuppertal—Elberfeld u. Inst. f. Med. Informatik u. Biomathematik d. Univ., Essen, NSZK): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 449.

A rendszeres műtéti heparin profilaxis ellenére még ma is minden 200. beteg tüdőembóliában hal meg. Csak a 70-es évek közepén vált ismertté, hogy a kis dózisu heparin alvadásgátló hatása a serumprotease-inhibitorok, az antithrombin—III.-nak a gátlásán alapszik, melynek aktivitása a heparin hozzáadásával exponenciálisan nő. A sikertelen heparin terapia oka a műtét alatt, valószínűleg fokozott felhasználás következménye. Ezt a kérdést vizsgálták 200 beteg műtétét követően, és a feltételezést igazolták az eredmények. A műtét második napján az antithrombin—III. aktivitása lényegesen csökkent, egyik tüdőembóliában meghalt betegükben extrém alacsony volt. Az is kiderült, hogy malignus daganatok miatt operált betegek, és 3 óránál hosszabb ideig tartó műtétknél volt a csökkenés különösen nagyfokú. A 7. postoperatív napon viszont már normalizálódott az alvadási status. Az eredménytelen kezelés oka ezek szerint fokozott felhasználáson alapszik, amit az antithrombin—III. rutinszerű meghatározásával és friss fagyasztott plazma infúziójával lehetne csökkenteni, vagy megelőzni.

Bán András dr.

Véralvadási vizsgálatok Cushing szindrómában: fokozott VIII. faktor aktivitás. R. Dal Bo Zanon és mtsai (Univ. Padua): Folia Haematol., 1983, 110, 268.

Cushing szindrómában gyakori a tromboembóliás szövődmény, amit a VIII. faktor emelkedett szintjével magyaráznak, ami viszont az emelkedett cortisol termeléssel hozható kapcsolatba. A szerzők 13 nő- és két férfi betegen végeztek igen részletes véralvadási vizsgálatokat a műtét, illetve egyéb kezelés előtt, majd utána sorozatosan 11 hónapon át. Az emelkedett szérumszint és vizelet cortisol, valamint a VIII. faktor komplex a műtét után fokozatosan csökkent, 3—4 hónap elteltével már normális volt. A többi alvadási paraméter nem változott szignifikánsan. Valószínűnek tartják, hogy a magas szérumszintű cortisol fokozza a

VIII. faktornak, ezen belül elsősorban a VIII. F. Ag-nek és a VIII. F. C-nek a termelését, ami a fenti szövődményt kiválthatja.

(Ref.: Kezeletlen, illetve konzervatív módon kezelt Cushing szindrómában a tromboembólia nem gyakori, a műtét csak mint egyik rizikófaktor váltja ki, ezért az anticoaguláns profilaxis mindenképpen javasolt.)

Bán András dr.

Kalcium antagonisták gyógyszerek antitrombotikus hatásának összehasonlítása dipiridamollal kutyákon. Pumphrey, C. W. és mtsai (Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA): Amer. J. Cardiol, 1983, 51, 591.

Az arteriális tromboziszban központi szerepe van a trombocita adhézióknak és aggregációnak. A trombocita aktiváció intracelluláris kalcium depedens folyamat. Ezért nem meglepő, hogy a kalcium antagonisták antitrombotikus hatását írták le. A szerzők kutyán arteriális trombozisz modellt dolgoztak ki: politetrafluoretilén grafitot helyeztek mindkét arteria femoralisba (4 cm-es arteriadarabot helyettesítve 5 cm-es grafftal), 3 óráig perfúzió után pentobarbital-túladagolást alkalmaztak. A trombozisképződés indium—111-el jelölt saját trombociták depozíciójával, a graft + benne kialakult trombus súlyával, az 1 cm hosszú jutó trombociták számított mennyiségével és a trombocitáknak a trombuson belüli eloszlásával jellemezték. Kontroll csoporthoz viszonyítva vizsgálták nifedipin, verapamil és dipiridamol terápiás dózisban történő előzetes adásának hatását a fenti paraméterekre.

A trombus + graft súlyának mediánértéke: Kontroll: 680,2 mg, dipiridamol: 465,1 mg, verapamil: 453,7 mg, nifedipin 389,7 mg. A trombocita depozíció a grafftban: Kontroll: $3056,2 \times 10^6$, dipiridamol: $2073,2 \times 10^6$, verapamil: $1898,9 \times 10^6$, nifedipin: $1474,8 \times 10^6$. A radioaktivitás eloszlásával mért trombuson belüli trombocita disztribúciója: a legtöbb trombocita a trombus-graft közti felület közelében volt, kisebb számban a trombus belsejében.

Következtetés: A verapamil és nifedipin a dipiridamollal azonos mértékben gátolja a trombocita-aktiválódást és a trombozisz kialakulását az artériákban.

Nagy László Béla dr.

Terápiás kérdések

Kölcsönhatások az antibiotikumok és a fagocitózis között. Milatovic, D., Braveny I. (Inst. für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Technische Universität, München): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1975.

A fagocitózis a szervezet fontos védekezési eszköze; nélküle a fertőzés még a legjobb antibiotikumokkal is nehezen küzdhető le. Az utolsó években számos szerző foglalkozott az antibiotikumok és a fagocitózis viszonyával, a következő szempontok szerint: 1. a kemotaxis befolyásolása, 2. direkt hatás a fagocitózisra, 3. antibiotikumok által károsított mikroorganizmák fagocitózisa és 4. az antibiotikumok bejutása a granulocytába és hatásuk a már fagocitált baktériumokra.

A béta-laktám antibiotikumok a kemotaxist nem befolyásolják és nincs hatásuk a fagocitózis lefolyására sem. In vitro vizsgálatok elentétes eredményűek arra vonatkozóan, hogy az antibiotikum hatására megváltozott baktériumok fagocitózisa és előlése gyorsul-e vagy lassul — mivel az in vitro technikák különbözőek, nem tudni, melyik felel meg jobban az in vivo állapotnak. Ép fehérvérsejtbe a béta-laktám antibiotikumok alig jutnak be, így a fagocitált csírákat sem érintik; lehetséges azonban, hogy az aktiválódott sejtek membránja átteszt a penicillint és ez magyarázza, hogy a makrofágok által bekebelezett *L. monocytogenes*, ill. a granulocytákban már fagocitált gonococust a penicillin előli.

A tetracyclinek kemotaxist akadályozó hatását négy munkacsoport kimutatta, egy ötödik nem; feltehetően ennek is módszertani oka van. Mások in vivo vizsgálattal, önkéntesen bizonyították, hogy a p. o. tetracyclin a leukociták mozgását, kemotaxisát jelentősen csökkentette. A leukociták fagocitáló aktivitását a tetracyclin mind in vitro, mind in vivo gátolta; a szerzők véleménye csak annyiban tér el, hogy ez a gátlás terápiás koncentráció mellett is létrejön-e, vagy csak azt erősen meghaladó antibiotikum szint esetén következik be. A szérumszintű baktericid aktivitása tetracyclin jelenlétében csökken, valószínűleg azért, mert a tetracyclin a reakcióhoz szükséges több vegyértékű kationokkal kelátot képez. Érdekes és nem tisztázott, hogy az ugyancsak Ca^{++} és Mg^{++} függő opsonizáló aktivitást a tetracyclin hozzájárulása nem zavarja. E negatív hatásokkal szemben viszont a tetracyclinnek a baktériummal való kontaktusa következtében azok fagocitálódása fokozódik, még akkor is, ha a tetracyclin subinhibitor koncentrációban van a rendszerben. A tetracyclinek igen jól bejutnak a leukocitákba, az intracelluláris szint az extracellulárisénak 50—80%-a; a fagocitált baktériumokra való hatás eddig nem tisztázott.

Az aminoglikozidokról ellentétes adatokat tartalmaz az irodalom; egyes szerzők szerint akadályozzák a kemotaxist, mások szerint nem. A granulociták fagocitáló képességét terápiás koncentrációban biztosan nem zavarják — a legtöbb szerző szerint még extrém koncent-

rációban sem. Alacsony gentamicin-koncentráció nem változtatott a baktériumok fagocitálódásán; magas szint mellett a leukociták baktériumölő képessége fokozódott. Mandell 100 mg/l gentamicin-koncentráció esetén sem észlelt hatást a fagocitált baktériumokra; míg Easmon szerint 5 mg/l is bakterioid volt.

Chloramphenicol akadályozza a fagocitózist, bár csak magas koncentrációban. Feltehetően enzimgátló hatása révén csökkenti a fehérvérsejtek anyagcseréjét, ami oxigénfogyasztásuk csökkenésén lemerhető. A baktériumokra való hatás specifikus: az *E. coli*, a *B. fragilis* és a *L. monocytogenes* fagocitózist elősegíti, míg a streptococcusokét nem befolyásolja. Intracellulárisan a már fagocitált *H. influenzae* baktericid hatású volt.

Az *erythromycin* kis koncentrációban nem, terápiást meghaladó töménységben azonban gátolja mind a kemotaxist, mind a fagocitózist. Erythromycinnel előkezelt staphylococcusok és streptococcusok gyorsabban esnek áldozatul a granulociták fagocitózisának. Az erythromycin intracellulárisan harmincszoros koncentrációt ér el, mint az extracelluláris térben; hogy azonban ennek van-e szerepe a fagocitált baktériumok előlésében, az bizonytalan.

A *clindamycin* 100 mg/l-es koncentrációig nem befolyásolja a kemotaxist. *S. aureus* és *B. fragilis* fagocitálódása és előlése fokozódott, ha előzőleg clindamycinnel kezelték. Más kísérletekben is fokozódott a staphylococcus fagocitózisráta a subinhibitor clindamycinnel való előkezelés után. A clindamycin intracellulárisan 40-szer magasabb koncentrációban van jelen, mint extracellulárisan; a fagocitált staphylococcusokat előli.

Rifampicin gátolja a kemotaxist; a sejtekben magas töménységet ér el és az intracelluláris baktériumokat előli. A *sulfonamidok*, a *trimetoprim* sem önmagukban, sem kombinációban nem befolyásolják a kemotaxist és a fagocitózist.

A szerzők úgy foglalják össze referátumukat, hogy az ellentmondó eredmények klinikai jelentőségét nehéz megítélni. Metodikai egységesítésre van szükség; és javasolják azt is, hogy az antibiotikumok értékelésében a mikrobiológiai aktivitáson, toxicitáson és farmakokinetikán kívül kapjon szerepet az immunrendszerrel való interakció vizsgálata is.

(Ref.: bár az immunrendszer fontossága csak hangsúlyozható, jelenleg nem ismerünk olyan módszert, amely egyértelmű információt ad az antibiotikumnak és az immunrendszernek a szervezetben várható kölcsönhatásáról. A rendkívül érdekes cikk ma még csak elméleti jelentőségű.)

Graber Hedvig dr.

Az antivirális chemoterapia mai lehetőségei. Steimann, J. (Städt. Hygiene-Inst., Bremen): Med. Klin. 1983, 78, 2.

Az antivirális chemoterapeutikumoknak ideális módon a vírus-szaporodást kell úgy befolyásolniuk, hogy emellett a gazdasejt működését ne befolyásolják; azonban a ma használatos gyógyszerek közül ezt a feltételt egy sem tudja teljesíteni. Az antivirális chemoterapeutikumok a gazdasejtben csak a vírus-replicatio alatt hatnak. Az antivirális anyagok *virostatikusok* és nincs analógia az antibakterialis chemoterapeutikumok bactericid sajátosságaival.

Ma a forgalomban levő, illetve a klinikai kipróbálás alatt álló antivirális chemoterapeutikumok a következőképpen csoportosíthatók: 1. *Nucleosid-analógok*, amelyek: a) a virális DNS-be épülnek be, mint pl. az 5-jód-2'-dexoxyuridin; b) a *thymidinkinase-gátlók*; c) *virális polymerase-gátlók*; 2. *Amantidin*; 3. (α -, γ -, β -) *interferon*. Új terápiás elven alapszik a guanin-derivatum, az *acyclovir*. A virostatikumokkal szembeni rezisztencia kifejlődése is ismeretes (idoxuridin, acyclovir).

A vírusfertőzések causalis chemoterápiájában a következő javallatok sorolhatóak fel: a) *életveszélyes megbetegedések* (pl. entero-, mumpszvírusok); encephalitisek (pl. herpes-simplex-, morbilli-vírusok, cardialis manifestációk (pl. influenza-vírus); b) *chr. vírusfertőzések*: chr. persisztáló, ill. chr. agressív hepatitisek (hepatitis non-A/non-B-vírus, hepatitis-B-vírus); c) *immunsuppressív kezelés alatti herpesviridae-fertőzések* (herpes simplex-, cytomegalia-, varicella-zoster-, Epstein-Barr-vírus); d) *slow-vírus-fertőzések*: progressív rubeola-panencephalitis, subcut sclerotizáló panencephalitis, progressív multifokális leukoencephalitis, morbus Kreutzfeld-Jacob, kuru; e) *juvenilis larynx-papilloma* (papilloma-vírus associatio?).

Az antivirális chemoterapeutikumok különösen ott javalltak, ahol megfelelő oltóanyag nincs. Fő javallati terület az életveszélyes herpesfertőzések. A leghasználatosabb topikus alkalmazású antivirális substantia a nucleosid-analógok (idoxuridin), de az utóbbi systemás alkalmazása toxikus. A herpes simplex acyclovir értékelésére a vizsgálatok még folyamatban vannak. Problematikus herpes simplex-recidívák megakadályozása, mert az antivirális szerek nem tudják a ganglionsejtekben persztáló látnes vírusgenomok bizonyos körülmények közötti reaktiválódását megakadályozni. A vese- és csonttűtetéskor az adenin-arabinosid nem meggyőző hatású a cytomegalia-vírus-incidentia befolyásolásában. Az amantidin az influenza-A-vírus replicációját a korai stádiumban gátolja, de a virostatikumok itt inkább a prophylaxist, mint a thera-

piát szolgálják. A virális hepatitisek esetén a chemoterapia még alig biztató.

Ma a virális megbetegedések kezelésében és megelőzésében még mindig az aktív és passzív immunizálás áll az előtérben, hiszen ezek nem csupán a manifeszt megbetegedések gyakoriságát sikerült lecsökkenteni, hanem — mint a variola példája igazolja — teljesen ki is irtani. Sajnos még nem minden vírusbetegségre állnak biztos és bevált oltóanyagok rendelkezésünkre. A terápiában használatos antibakterialis szerek közül egyiknek sincs antivirális hatása. Valószínű, hogy a határos gyógyszerek spektruma a jövőben bővülni fog az immunmodulátorokkal, amelyek mind antivirálisan, mind immunstimulálóan is hathatnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Idiopathiás fibrotizáló alveolitis kezelése plasmapheresissel. Samel, J. M., Simon, T. L. (Departments of Internal Medicine and Pathology, University of New Mexico, and United Blood Services): Plasma Therapy 1982, 2/3, 135.

Az idiopathiás pulmonalis fibrosis (IPF) hátterében számos esetben immunmechanizmus áll. A szerzők egy 34 éves férfibeteg kórtörténetét ismertetik, akinek kétoldali röntgenárnyéka szövettanilag IPF-nak bizonyult. Mivel a beteg állapota prednisolon, majd cyclophosphamid + prednisolon kezelésre nem javult, plasmapheresissel próbálkoztak. A beavatkozást hetenként 3 alkalommal végezték, amelynek során 2 liter vért albuminallal cseréltek ki. Egy hónap elmúltával, mivel a légzésfunkciós értékek kisfokban javultak, a plasmapheresisek számát heti kétfőre csökkentették. A teljes kúra 4 hónapig tartott, összesen 37 kezeléssel. Ennek megszokítása után napi 20 mg prednisolon és 100 mg cyclophosphamid szedése ellenére állapotromlás következett be, amelyet a plasmapheresisnek az említett módon történt újabb alkalmazása sem tudott megállítani és a beteg meghalt.

A szerzők a plasmapheresistől a folyamat és a légzésfunkciós értékek fokozatos romlásának megállítását várták. Nem állítják, hogy az általuk alkalmazott terápia szükséges volt, de feltételezik, hogy ha a kezelést nem hagyják abba, a betegséget esetleg sikerül stabilizálniuk. Mivel a plasmapheresis első alkalmazása után bekövetkezett kiskokú javulás véletlen is lehetett, javasolják az elvárásnak a tüdő immunfolymataiban való széles körű kipróbálását a therapiás eredmények megbízható értékelését.

Barzó Pál dr.

Immunglobulinok intravénás alkalmazásának javallata. Schmidt, R. E., H. Deicher (Med. Universi-

tátsklinik, Bonn): Dtsch, med. Wschr. 1983, 108, 227.

Az emberi immunglobulinok (ig.) öt osztályát ismerjük, amelyek az elhárítás keretében különböző funkcióval rendelkeznek. Az iv. ig.-készítmények az IgA és — részben az IgM nyomain kívül lényegében IgG-t, az emberi test főantitest proteinjét tartalmazzák. A készítmények iv. törhetőségét különböző módszerekkel állítják elő, az Európai Gyógyszerkönyv pontos előíratai és ellenőrzése szerint, egészséges donorok plazmáiból; ezek a donor-populáció expositio situációjának megfelelően az antibakterialis és antivirális antitestek széles spektrumát ölelik fel.

A *prophylactikus* javallatok közül a *Bruton*-féle vesezületett agammaglobulinaemia jelentős (3—4 hetes intervallumban 100—300 mg Ig/kg). A gyanított vagy ismert hepatitis-B-vírus *prophylaxisára* (0,06/ml/kg) főleg a dialysis-álmásokon indikált. További alkalmazási terület az anti-D-hyperglobulin a Rhesus-szenzibilizálódás megelőzésére. Immunologiailag „kompromittált” betegeken (intenzív radio-chemoterapia vagy immunosuppressív kezelés kapcsán) a rettegett fertőzési szövődmények kivédésére a magas adagú ig-substitúciók egyelőre még nem ajánlhatók.

A *therápiás* javallatokban szóba jöhet kísérletként a súlyos resistens fertőzések esetén az ig.-ok és az antibiotikumok additív alkalmazása (β -lactam-antibiotikumok + ig. cumulatív synergistikus bactericid hatás fokozása a gram-negatív bacteriumok leküzdésére). Súlyosan fertőzött sebészeti betegeken a postoperatív 1. és 2. napon (iv. 10 g/ig.) a rizikót jelentősen kisebbíti. Az ig. iv. és intrathecalis befecskendezése a meningitis és meningoencephalitis lefolyását szignifikánsan javítja. A neonatális sepsis letalitását a kombinált antibiotikum + iv. ig. adása javítja. Végül a nagy dózisú iv. ig.-kezelés a purpura idiopathica thrombocytopenicában a thrombocytaszám szignifikáns emelkedését eredményezi és a *therapia-refracter* vérzésekben ez a kezelési forma gyermekeken eredményesnek látszik. Az iv. ig.-kezelést súlyos fertőzések esetén, főleg az intenzív osztályokon gyakran nem kellően differenciáltan vetik be, pedig a gazdasági okok is szükséges teszik ezen készítmények ésszerű alkalmazását.

ifj. Pastinszky István dr.

Szexológia

A nő körülmetélése. A. Huber (A—6130 Schwaz/bei Innsbruck, Innsbrucker Str. 9.): *Sexualmedizin*, 1983, 12, 336.

A cikk megírására az adott aktualitást, hogy nemrég jelent meg

egy olyan újsághír, mely szerint Londonban még napjainkban is rendszeresen vezetnek ilyen beavatkozást magánklinikakon. Az irodalmi jegyzék és szövegben levő utalások szerint a szerző e téren helyszínen nyert tapasztalatokkal is rendelkezik.

A beavatkozás számunkra érthetetlen és borzalmasnak tűnő, pedig 70 millióra becsülik azon ma is élő nők számát, akiket ezt főleg Afrikában, az Arab-félszigeten, a Perzsa-öböl mentén, Indonéziában, Malajziában végrehajtották. A beavatkozás gyakorlásán mit sem volt képes változtatni a nemzetközi szervezetek által is támogatott felvilágosító munka.

A nő körülmetélése elnevezés helytelen, mert nem azonosítható a férfiak vallásos alapú rituális circumciziójával, de az irodalomban ez a kifejezés terjedt el. Eltérés még az is, hogy bár legtöbb helyen mohamedán nőknél végzik, az sehol sem vallásos rítus, hanem népszokás jellegű.

Lényegileg többféle beavatkozást foglalnak össze e címszó alatt. Így a klorisz amputációját, vagy kimetszését, amit primitív népek olykor körömmel való kikaparással is végeznek. (*Magyar irodalomra is lehet hivatkozni, nevezetesen Lakatos: Füstös képek c. könyvére, melyben hasonló „mítét” van leírva.* — Ref.) A beavatkozást egyes helyeken kiterjesztik a kisajkak kimetszésére is. Más helyeken infibulációt végeznek, vagy azt az előbbivel kiegészítik. Az infibuláció az ókori római birodalomban volt szokás, rabszolgák nagyjajkait átfúrták és fémszállal (fibula) kapcsolták össze, hogy a rabszolgatartó által nem kívánt szaporodásukat megakadályozzák. Szokás volt a férfiak fitymáját is ezért infibulálni.

Napjainkban az infibulációt egyes helyeken csak a házasságkötés után végzik el, ott a házasság előtti szabadosság megengedett, a hűség csak utána kötelező és ezt biztosítja a mítét. Más helyeken csecsemő- vagy kiskorú leányokon már elvégzik azt. „Modern” módszer, hogy a mítétet nem „javasszonyok, varázslók”, hanem orvosok, speciálisan képzett szakemberek végzik a szövődmények elkerülésére. Ezek ugyanis nem ritkák, az elvérése és fertőzése kivül az erős hegképződés (keloid) is gyakori és ez később a szülés elhúzódásához is vezet.

A beavatkozás orvosilag nem indokolható, mint a férfiak körülmetélése. Célja a nő hűségének a biztosítása, tehát a női elnyomás egyik eszköze. Utal erre az a szokás is, hogy házasságkötéskor defibulálnak és ha a férj elutazik, refibulálnak. A csikló eltávolítása is a nő elnyomatásának egyik eszköze, még orgazmusához se jusson. Érdekes azonban, hogy ahol ez szokás, ott napjainkban is sok prostituált esetét gyermekkorában klorisz-exstirpáción. *Aszódi Imre dr.*

Genitális csontkítások utáni panaszok. H. L. Klien, R. Goebel: *Sexualmedizin*, 1983, 12, 350.

Afrika és Arábia nagy részén leggyakoribb nőgyógyászati panasz a vizelési zavar, s ez általában a női körülmetelés következménye szokott lenni. A kérdés jelentőségét igazolja, hogy a WHO 1979-ben konferenciát rendezett Khartumban e témát illetően és az 1980-as becslés szerint 77 millió nő él e műtétek után 26 országban, s ezek között Európában is, mint vendégmunkás leánya.

A beavatkozást nevezik fáraó-körülmetelésnek is, mert eredete az ókori Egyiptomra nyúlik vissza.

A mítétet vidékenként különböző korban (1 hetes — 16 éves) végzik, és a klorisz eltávolítását többnyire kiegészítik a kisajkak kimetszésével és a nagyajkak hosszanti megfelezésével, s ez utóbbiak sebfelezéseit összevarrják olyan mértékben, hogy csak egy gyufaszálnyi nyílás maradjon, amin a vizelet és a menstruáció távozik.

Házasságkötéskor a férj kötelessége a „defloráció”, többnyire késő. Ha ezután a nő szül, ismét összevarrják, hogy a férj számára az újabb „defloráció” lehetséges legyen.

Napjainkban is így járnak el sokan, bár a „felvilágosult” szülők a beavatkozást „csak” a klorisz rezekciójára korlátozzák. Ezek a lányok azonban később restellik, hogy „mások”, mint a többiek.

A városba került és ott tanuló lányoknak „szerencséjük van”, mert ott kórházban (vagy legalábbis modern bábákkal) tudják a mítétet, mégpedig érzéstelenítésben elvégezten. Falun ugyanis 5 erős nő fogja le a lányt, miközben egy képzetlen „öregasszony” operál.

Ez utóbbi esetekben csaknem mindig fertőzés lép fel, ami gyakran ráterjed a szomszédos szervekre (húgyutak) és gyakori a sipolyképződés, mert az anatómiai szituációt nem ismerő laikus-operátor „mellévág”, majd később a férj által végzett „deflorálás”, vagy szülés után. A szülés is sokszor szövődményes, a heges gát miatt elakad, és ezért gyakori a koponya-sérülés.

A beavatkozás pszichés káros következményei még nem teljesen ismertek, s amiről tudunk, számunkra nehezen érthető. Ha nem újszülött korban végzik, a mítét és az azt követő fájdalom számos félelem kialakulásához vezethet. A nászéjszakán gyakran félnek mindketten a kudarcától és a jelzett defloráció nagy fájdalommal jár, erős vérzés léphet fel és az ordítás sokszor kihallatszik. A férfi előbb péniszével próbálkozik, aztán nyúl a késhez. Ha azonban az előbbi módszert erőlteti, a kudarc öngyilkosságig menő depressziót eredményezhet. Ha elég „erős” is a férfi, számára is fájdalmas lehet az aktus, ami őt impotenssé teheti és ez azon a vidéken kiemelt jelentő-

ségű szegény. Az első coitus a nő számára legjobb esetben is „érzékellenül” zajlik, ha nem volt tökéletes az elzárás. Ha azonban a heg sok idegvégződést tartalmaz, vértelen esetben is erős a fájdalom. Ha a próbálkozások során nem sikerül az „elhálás”, a nő érzi magát hibásnak, mert nem tud jól funkcionálni.

Szudánban 1946-ban törvényesen tiltották meg a nők genitális manipulációit, de hasztalanul, mert továbbra is ugyanolyan gyakorisággal végzik, mint korábban, sőt, aki nem végezteti el gyermekén, azt kiközösítik. Példa ez arra is, hogy évezredek szokásainak nem lehet hamar változtatni és főleg nem rendeleti úton.

(Ref.: Az előbbi két cikk ismeretése nemcsak érdekes információkat nyújt, hanem talán nem felesleges azért sem, mert sokan dolgoznak orvosaink közül olyan területen, ahol ez szokás, tehát illik róla tudni.)

Aszódi Imre dr.

A nagy korkülönbségre épített szexuális kapcsolat. H. J. Schumann (D-4000 Düsseldorf, Rembrandt str. 30.): Sexualmedizin 1983, 12, 371.

Pedofília esetén a pszichoszexuális vonzódás éretlen személyek felé irányul, gerontofiliáról pedig akkor beszélünk, ha az érdeklődés az érett koron túl levő személyek felé vetül. Ez utóbbival a szakirodalom aránylag keveset foglalkozik és a társadalmi szokások szintje „természetes”-nek veszik, ha egy férfi nála jóval fiatalabb nővel áll kapcsolatban, vele köt házasságot. Ilyenkor a nő nem szokás gerontofilnek nevezni. Lényegileg tehát csak akkor kerül ez a körisme megállapításra, ha a férfi legalább anyjakorabeli nő felé vonzódik. Ha a pár között nagy a korkülönbség, többnyire anyagi jellegű motiváció lehetősége merül fel. A szerző néhány olyan esetet ismertet, amikor a pénz nem is jöhetett szóba és „valódi” vonzalom realizálódott a kapcsolatban. Kimutatható azonban ilyenkor a helytelen neveltetés és bizonyos környezeti behatásokra is gondolni kell, gyakran az első közöselés idősebb nővel történt, vagy a fiú elégedetlen volt anyjával és ez hajtotta őt idősebb nő karjai közé. Ilyen eset nemcsak heteroszexuális kapcsolatban fordulhat elő, hanem homoszexuálisok között is. A szerző szerint feltűnő, hogy míg a vérferitózis apa-leány viszonylatban nem ritkaság, fiú-anya relációban alig fordul elő. A kor megítélésekor nem kizárólag az életévek számítanak, hanem olykor a külső is, a fiatalabb férfi nem minden „öreg” (férfi, vagy nő) felé vonzódik, hanem ez utóbbi nézzen is ki annak, olykor legyen feltétlenül ősz, pocakos stb.

Aszódi Imre dr.

A férfiak szexualitása a magasabb életkorban. G. Kockott (Psychiatrische Klinik, Techn. Univ. München): Z. Hautkr. 1983, 58, 490.

Férfiak szexuális aktivitásának a csökkenése a magasabb életkorban többek között az általános egészségi állapot, a partner kora, a családi állapot és a fiatalabbkori coitusgyakoriság függvénye. A gyöngegséget és a megelégedettséget különböző mértékben értékelik az emberek. Az idősebb korban lassabban és kevésbé vehemensen zajlanak le az élettani pszichés reakciók (merevedés, ejakuláció), a zavarok mégis gyakran pszichés eredetűek. Kiváltó tényező lehet a partnerrel kapcsolatos konfliktus, az iránta megnyilvánuló érdeklődés hiánya, tévhit az élettani változások megítélésében, félelem attól, hogy a coitus testi betegségét okozhat, vagy attól, hogy kudarcot vall a fiatalabb partner előtt.

Saját megfigyelései alapján arra utal a szerző, hogy pszichológiai vezetéssel a panaszokon többnyire megfelelő mértékben lehet segíteni.

Aszódi Imre dr.

Fogamzásgátlás-tanácsadás serdülők számára. E. Jandl-Jäger (Inst. f. Tiefenpsychologie u. Psychotherapie der Universität, A-1090 Wien, Lazarettgasse 14): Sexualmedizin, 1983, 12, 379.

A koitarche időpontja mindinkább alászáll. Ausztriában a 16 éves lányok 33-40%-a, a 19 évesek 75%-a már nem szűz. Oka ennek az is, hogy körükben újabb szexuálterhelés van kialakulóban: szoros barátságra törekednek, ami szexuális kapcsolattal jár és ez a szerelemre és a hűségére épül. E kapcsolat gyakran végződik házassággal és még gyakrabban előzi meg a házasságkötést egy vagy több ilyen kapcsolat. Felfogásuk szerint a szex célja az, hogy egymáshoz közelebb kerüljenek, barátságukat megszilárdítsák és egymásnak örömet okozzanak. Pillanatnyilag nem óhajtának gyermeket, de később, a házasságban igen.

Mindezekből egyértelműen következik, hogy az orvos feladata, hogy a serdülőket fogamzásgátlási tanácsadásban részesítse, de ehhez saját gondolkodását, felfogását sokszor meg kell változtatnia, hogy „egy nyelven beszélhessen” a fiatalokkal.

Ezzel kapcsolatban fontos, hogy az orvos felismerje:

— a fiatal lány keveset tud saját testi működéséről és a fogamzásgátlásról;

— a fiatalok szexuálisan aktívak;

— a szexuális aktivitás első felében legtöbbször nem védekeznek;

— a serdülők terhessége nem kívánt sem a társadalom, sem az egyén és annak egészsége szempontjából (abbamarad az iskoláztatás és a szakképzés).

Ezért az orvos feladata:

— szakítson megfelelő időt minden egyes serdülő számára;

— vegye tudomásul, hogy a serdülő tőle valamilyen segítséget vár;

— tisztázni kell, hogy mit nem tud a beteg;

— ismeresse a különböző fogamzásgátlási módszereket, azok előnyeit és hátrányait általában és az adott beteg vonatkozásában;

— ajánljon egy módszert és azazal lássa is el;

— beszélje meg, hogy mikor kell a betegnek őt újra felkeresni.

A leggyakoribb módszer a tabletta, de a fiatalok gyakran szeredik azt hanyagul, különösen, ha aránylag ritkábban közöselnek. Bizonytalanná teszi a lányokat, hogy túl sokat hallottak a pilulák — megalapozatlan — mellékhatásairól. E kérdésekről velük részletesen szükséges beszélni.

Aszódi Imre dr.

A nőbeteg és az orvosa. M. R. Gurrardi (Inst. f. Medizin- und Patientenforschung, D-8000 München 40, Amalienstrasse 45): Sexualmedizin, 1983, 12, 378.

Az orvos és a beteg közötti kommunikáció az orvosi tevékenység egyik szerves része. Sajnálatos azonban, hogy az orvos képzése és továbbképzése során erre vonatkozóan kevés információt kap, a gyakorlatban a látott példára és az intuícióna tud csak hagyatkozni és ez elég kevés.

A kérdés vizsgálata céljából meginterjúváltak 100 olyan nőt, akik az általános gyakorlatot folytató orvostól, vagy a nőgyógyásztól rendszeresen „kapnak” fogamzásgátló pilulákat. Ennek során azt állapították meg, hogy a nők 2/3-a a pilula felírásakor semmit sem kérdezett az orvostól és az esetek felében az orvos sem kezdeményezett az alkalommal beszélgetést. Minél kevésbé volt a beteg iskolázott, annál többször „hallgatott”, és az orvos is főleg azokkal szemben kezdeményezett beszélgetést, akik magasabban iskolázottak voltak.

A pilula felírásával kapcsolatos kommunikáció egyik fontos témája a mellékhatások kérdése. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy ilyen esetekben (az esetek 40%-ában) is megelégszik mind a beteg, mind az orvos a készítmények változtatásával, ahelyett, hogy kommunikációt kezdeményezne. Ugyanis legtöbbször az újabb készítmény is mellékhatásokat „okoz”, viszont, ha beszélgetnének, rá lehetne jönni, hogy a „hiba” nem a pilulában, hanem a beteg felfogásában, életvezetésében, gondjaiban, konfliktusaiban van többnyire.

(Ref.: Nagyon fontos ez a kérdés hazánkban is és minden bizonyosan hasznos lenne, ha a magyar orvosok is „beszélgetnének” a be-

teggel. Ezenfelül az sem ártana, ha az orvosképzés és -továbbképzés során legalább információkat nyernénk, ha a beteggel való kommunikációra való „megtanítás” távolról is történik.)
Aszódi Imre dr.

Szexuális magatartás-prostatoműtét után. P. Bayer és mtsai. (Urolog. Klinik, D-8000 München 70, Marchionini Str. 15.): Sexualmedizin, 1983, 12, 366.

Semmilyen szervi ok sem magyarázza, ha adenomektómia után erekciós zavar következik be, ezért ilyen esetekben pszichoszomatikus összefüggésre kell gondolni. A kérdés vizsgálata céljából a szerzők 105 operált betegük retrospektív vizsgálatát végezték. Transurethralis resectióra került sor 75 esetben és adenomektomián esett át 30 férfi. Átlagos életkoruk 66.5, ill. 70 év.

A műtét előtt legalább havonta egy ízben közöszült 40%, ennél ritkábban 46%, és már nem élt nemi életet 14%. A műtét utáni időben az aktivitás feltétlenül csökkent (20, 53 és 27%). A postoperatív szakban a betegek 14%-a kísérelt meg masturbációt eredménnyel. Azt is tapasztalták, hogy sokan (52%) nem kaptak műtét előtt megfelelő felvilágosítást. Az észlelhető eltérés ellenére a betegek zöme (80%) elégedett volt saját szexuális életének alakulásával.

Mindezek alapján igen fontosnak tartják, hogy minden prostataműtét előtt fel kell venni a legalább rövid szexuális anamnézist és fel kell világosítani a beteget. Az erekciós zavar megítélésakor figyelembe kell venni azt is, hogy van-e a betegnek házastársa és hogy viszonyulnak egymáshoz, és lényeges befolyásoló tényező lehet a tévhitekre alapozott vélemény is.

Aszódi Imre dr.

A serdülők korai és késői szexuális éréseinek kapcsolata az iskolai nevelés-előmenettel. P. M. Duke és mtsai (Department of Pediatrics, Stanford Univ. School of Medicine, Stanford, CA 94305): J. Pediat. 1982, 100, 633.

Egy korábbi, a szerzők által idézett felmérés is utal arra, hogy a nemi érése időpontja befolyásolja a magatartásbeli jellemzőket.

A szerzők 22,7 millió 12–17 éves fiatalból 6768-at választottak ki és részletes fizikális és pszichoszociális státuszukat rögzítették. Ennek során kitértek arra is, hogy a nemi érése az átlagos időben, korán vagy későn következett-e be. Ezenkívül írásbeli információt kértek a fiataloktól, a szüleiktől és a tanároktól különös tekintettel az intellektuális képességekre és eredményekre, a népszerűsége és a magatartásra vonatkozóan.

A Tanner-féle szexuális érése lépésű segítségével képezték a csoportot és összevetették a többi információval (a diák kevésbé, vagy sokra vágyó iskolai céljait és tanulmányi eredményeit illetően, a tanár szerint pedig azt, hogy a diák átlagon felüli, aluli vagy átlagos).

A statisztikai analízis alapján arra következtettek, hogy a későn érő fiúk hátrányban vannak (kevesebb akarnak tanulni és ezzel a szülők egyetértettek, a tanárok szerint sem átlagon felüliek). A korán érők viszont igényesebbek és az átlagon felüliek.

Az eredmények értékelésekor figyelembe kellett venni azt is, hogy az írásos válaszok minden bizonynyal gyakran voltak sztereotípek, de a későn érés iskolai nehézségeket okozhat. Feltűnő volt viszont, hogy eltérést kizárólag fiúknál észlelték és a gyakorlati életben sem különbözött, hogy a nemi érése mikor indul meg. Tehát ha a magatartással, az iskolai előmenettel kapcsolatos gondok esetén orvosi vizsgálatra kerül sor, az orvos gondoljon arra is, hogy későn érő lehet a gyermek.

Aszódi Imre dr.

Aszódi Ágnes

A beteg „újfajta” megközelítése.

B. Luban-Plozza (CH-6600 Locarno, Piazza Fontana Pedrazzini): Sexualmedizin, 1983, 12, 282.

A cikk azt óhajtja bizonyítani, hogy a Bálint-csoport az általános orvos számára nélkülözhetetlenül szükséges és eredményes továbbképzési módszer, mert csak így tudja megtanulni, hogy betegei egy részét miként gyógyíthatja meg. Ugyanis az általános és belorvosi praxisban a betegek kb. 20%-ának szexuális zavarai vannak, s ezt „szervi” gyógykezeléssel aligha lehet kedvezően befolyásolni. Mivel pedig nem minden beteg mondja el a „lényegét”, az orvosnak kell megtanulnia, hogy a beteg szavaira jól tudjon odafigyelni, a helyzetet konkretizálni és a hallottakból azt megfelelően kiegészíteni. Nehézséget jelent az is, hogy az orvosoknak „nincs idejük”, s ezért nem sokat foglalkoznak a súlyos betegekkel, ezt a beteg is megérzi, és bár tudja, hogy ő az orvos számára csak „egy egyszerű eset”, mégis a világ legsúlyosabb betegségeinek tartja saját fejfájását, alhasi, vagy prostata panaszát. Miután a beteg nem talál meghallgatást, egyik orvostól a másikhoz megy, miután panaszai sem javulnak, és szeretne találni olyan orvost, aki „jól megvizsgálja őt”, az olasz eredetiben idézve „una bella visita”-t kaphatna. Hozzájárul a kálváriához az is, hogy az orvos azt szokta meg, hogy kellemetlen panaszokat (fájdalom stb.) gyógyítson, nem pedig azt, hogy „élvezet”-et biztosítson. Márpedig a szexológia éppen ez utóbbival foglalkozik és lehet, hogy épp ezért áll e diszciplína oly távol a sok orvostól.

Szexuális zavarok esetén tovább bonyolítja a helyzetet az, hogy sokan még ma is roboráló szereket, vitamin- és hormonkészítményeket rendelnek, ami a betegben a szervi betegség (vagy hormonzavar) tudatát elmélyíti, holott a panaszok kialakulásáért alapvetően az interperszonális kapcsolatok (férjjel, családdal stb.) szoktak felelősek lenni, és a „másik” személy, a partner, a férj gyakran nehezen vonható be a terápiába.

A Bálint-csoportnak épp az az egyik célja, hogy rávegye az orvosokat arra, miszerint a szervi betegségeket és a pszichoszociális szituációkat és konfliktusokat egyaránt tekintetbe vegyék, integrált diagnózist állítsanak fel.

A konfliktus néha nem „hangos” jelenetekben nyilvánul meg, gyakran „hallgatás”-ban: alig szólnak egymáshoz, azaz amikor kettesben vannak, valójában ketten vannak jelen egyedül. A házasság ilyenkor külsőleg valójában jónak mondható. Érdekes, hogy példaként Jókai „Aranyember”-ét hozza fel a svájci szerző, kiemelve, hogy bár Tí-márnak a kezében minden arany-nyá változott, házassága mégsem sikerült.

Másik típusos szituáció a Xanthippe-szindróma, az a nő, aki túl példás rendet tart otthon — napjainkban porszívón lovagol — és így olyan rendet tart otthon, hogy abban alig lehet „élni”. Így a tisztá ház, ami különben dicsérendő törekvés, öncélú kényszerre, ürügyre, háritássá válik. Ugyanis épp a sok dolog miatt állandóan fáradt, kimerült. Néha fejfájása és egyéb panaszra arra jó, hogy így tudja a konfliktus szituációt elviselni.

Az általános orvos által is gyakorolható rövid pszichoterápia gyakran célravezető. Ennek az a célja, hogy a párkapcsolati zavar „fókuszát” kiderítse, illetve, ha a szexuális zavar larvált, azt a fókusra irányuló beszélgetéssel, felszínre hozza. Ha a beteg rávehető arra, hogy otthon pontosan megfigyelje saját magatartását általában és szexuális vonatkozásban is, mód van a konfliktus megoldására.

Aszódi Imre dr.

A női ejakuláció. J. Fischer (D 2000 Hamburg 4. Spielbudenplatz 5.): Sexualmedizin, 1983, 12, 262.

Az irodalomban mind gyakrabban merül fel az a kérdés, hogy létezik-e női ejakuláció. A szerző 17 esetet ismertet — közülük három részletesen is — és ennek során bizonyítja, hogy a kérdéses folyadék, ami az orgasmus alkalmával a nőből ürül, mindig vizelet volt. Mindenesetre jellemző volt az igen intenzív — sokszor multiplex — orgasmus, de zömmel a második partnerrel, ill. férjjel, miután az első kapcsolatban legtöbbjük frigid volt.

Ha ez a jelenség nem okoz egy-köjűknek sem gondot, nem szükséges kezelni, de ha igen, a legegyszerűbb mód, ha a nő közönséges elvétel, vagy vékony katéterrel megcsapolja önmagát (!?).

(Ref.: A folyóirat ugyanezen számában olvasható egy referátum arról is, hogy Gräfenberg 100 évvel ezelőtt született, és ezen alkalomból rendezett tudományos ülésen megemlékeztek arról is, hogy írta le 1950-ben a Gräfenberg-féle SPOT-ot, azaz, hogy az urethra nyílásnak is jelentősége van a nők orgazmusában, e tájék erogén zónának tekinthető, s stimulálásra erősen megduzzad és intenzív orgazmusukor ebből ürül váladék a paraurethralis járatokon át. Lehet, hogy Gräfenberg tévedett, de nekünk, mai orvosoknak is tudnunk kell arról, hogy ilyen jelenség van, mert betegeinknek az panaszt okozhat.)

Aszódi Imre dr.

Érbetegségek

Az óriássejtes arteriitis formáinak diagnosztikai nehézségei és a biopsia jelentősége. Vonesch, H. V. U. C. Dubach (Med. Universitätsklinik Basel): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 1049.

Az óriássejtes arteriitis (OSA) az arteriitis temporalis Horton (AT) és a polymyalgia rheumatica (PMR) klasszikus tünetei mellett mindkét kórforma változó kombinációival vagy egyéb symptomata-komplexusokkal is manifesztálódhat. Az OSA, AT vagy PMR kórismét a pozitív arteria-biopsia lelet vagy a következő diagnosztikai kritériumok erősítik meg: 1. a betegség 45 életéven felüli jelentkezése; 2. szimmetrikus fájdalmak legalább két következő testtájékon: tarkó, vállöv, medenceöv; 3. rendszerbetegség tünetei: betegségérzés, testsúlycsökkenés, subfebrilitas vagy anaemia; 4. vvs-süllyedés fokozódása, férfiaknál 20 mm, nőknél 30 mm/1 óra feletti értékben; 5. másodlagos polymyalgiás syndromával járó betegségek kizárása (főleg polyarthritist chr. progressiós, polymyositis) dermatomyositis, malignus tumorok stb.

A szerzők 1979–1982 közti időszakban 15 (7 nő, 8 férfi; átlagéletkor $65,7 \pm 7,8$) OSA betegükről számolniuk be. Tíz betegük főleg polymyalgiás formában szenvedett: ebből egy gyulladáshoz aortaív-syndroma, valamint az arteria femoralis megbetegedése, négy cranialis manifestatio; az egy korai formában csupán nem jellegzetes tünetek jelentkeztek. Az első vizsgálat alkalmával csupán három esetben sikerült a diagnózist helyesen gyanítani, míg a többi esetben rosszindulatú vagy fertőző betegség kizárása széles körű kivizsgálást tett szükségessé. Egyidejűleg gerincoszlopi és ízületi elváltozások

(osteoarthritis) is fennállottak. A legtöbb esetükben az általános tünetek súlyosak voltak. A labor.-leletek közül állandóan kimutatható volt a gyorsult süllyedés (88 ± 34 mm/1 h), anaemia ($11,6 \pm 34$ g/dl), valamint az elektroforesisben az α_2 -globulin emelkedése. Az arteria temporalis kórszöveti lelete a polymyalgiás formákban hét eset közül csak kettőben, a cranialis symptomatika kapcsán viszont négyből három betegnél volt pozitív. A kórismét a biopsiában hosszabb érszakasz vizsgálata javíthatja. A terapiában a cranialis formában magas (50–100 mg), a polymyalgiásoknál kis (20–50 mg) adagú prednisonkezelés a tünetek visszaféjlesztésére vezetett; korai és késői recidívák előfordultak. A szövődmények közül az art. temporalis biopsiájában fellépett arcidegsérülést, a steroidkezelés folyamán pedig a sigma-diverticulosis átfúródását és a már fennálló osteopenia esetében a gerincsigolya törését sorolják fel.

ifj. Pastinszky István dr.

May—Thurner-syndroma. Ferris, E. J. és mtsai (University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock): Radiology, 1983, 147, 29.

A jobb arteria iliaca communis az aorta oszlasától ferdén jobbra lefelé haladva előlről keresztezi a mögötte balra lefelé húzódó bal vena iliaca communist. Az artériának a vénára gyakorolt nyomása okozza mélyvénás thrombosisoknak a bal alsó végtagon való gyakoribb előfordulását. Némely esetben az artéria pulzáló nyomása következtében a vénában intima elváltozások alakulnak ki, kétoldról vagy alulról és felülről egymással szemben növekvő nyúlványok formájában, de az éren belüli diaphragma-szerű képződmény is létrejöhet. Ez természetesen az érintett véna kisebb-nagyobb mértékű elzáródását okozza. A szerzők 3 ilyen esetben állították fel a kórismét venographia jellegzetes képe és a szűkületben mért nyomásgradiens alapján. Két betegüket megoperálták, a műtét jelentős mértékű intinaburjánzást igazolt, melynek eltávolítása komoly javulást eredményezett. A bal alsó végtag vénás keringészavara esetén erre a lehetőségére gondolni kell, mert a megfelelő vizsgálatok elvégzése után műtéti megoldás a beteg panaszainak megoldását eredményezi és megelőzi a további szövődeményeket.

Laczay András dr.

Agyi keringési zavarok gyakorisága tünetmentes extracranialis arteriális betegségekben. Hennerici, M. és mtsai (Department of Neurology, University of Düsseldorf, West Germany): Lancet, 1982, II, 1180.

Az extracranialis arteriák megbetegedése gyakran okoz focalis cerebralis ischaemiát, múltó ischaemiás attackot (TIA), vagy marandó károsodást. A már meglévő érelváltozások rendszerint akkor ismerhetők fel, ha az arteriális ulcerosus plaqueból embolisatio alakul ki, vagy haemodynamikailag insufficientia kapcsán klinikailag TIA vagy definitív agyi károsodás jön létre.

A szerzők 122 tünetmentes extracranialis (a. carotis, a. vertebralis) érelváltozást kísértek figyelemmel 36 hónapon át; a klinikai vizsgálatokat csak akkor fejezték be, ha a beteg meghalt, vagy a cerebralis érelváltozás klinikai tünetei manifesztálódtak. A megfigyelés első hat hónapjában halál nem fordult elő. Egyik beteg sem kapott alvadástgátló kezelést, csak időszakosan thrombocytáaggregációt befolyásoló szereket. A fizikai vizsgálatok (palpatio, auscultatio) mellett az ellenőrzésnek fontos eszköze volt a directionális Doppler-készülék, melynek segítségével az art. supratrochealis áramlás sebességének változásából következtettek az extracranialis érbetegségre.

A 122 vizsgált betegből 23 halt meg 11–36 hónapon belül, ezekből csak háromnak volt manifeszt agyi keringési zavara, 10 halt meg cardialis elégtelenségben. Az életben maradtak közül 8-nak volt TIA-ja, 1-nek marandó agyi károsodása, 90 maradt tartósan tünetmentes. Agyi történése a diagnosztizált érbetegeknek csak 7%-ában következett be, mely százalékarány megegyezik a normál populatio agyi történéseinek gyakoriságával.

A tünetmentes extracranialis érelváltozások természetes lefolyását illetően viszonylag kevés adat áll rendelkezésre. Eddig a diagnosztikai lehetőségek ilyen esetekben a zörejek jellegének összehasonlításából, értékeléséből álltak. Komoly haladás az érdiagnosztikában a Doppler-ellen alapuló áramlásmérés. A directionális típusú berendezéssel az érben meghatározható az áramlás iránya, segítségével megközelítő pontossággal detektálható az érelváltozás localisatioja és súlyossága.

A non invasiv vizsgálati eljárásokkal nyomon követhető az érbetegségek progressziója, s ily módon a tünetmentes érelváltozások súlyosbodásakor az angiographia vagy érműtét pontos ideje is meghatározható. A Doppler készülékekkel nemcsak a kiterjedt érelváltozások, hanem kisebb stenosisok is diagnosztizálhatók.

A szerzők vizsgálati alapján elegendőnek látszik a klinikailag tünetmentes, de non invasiv vizsgálatokkal kórosnak minősíthető eseteket 6 havonta ellenőrizni, s így követni nyomon a változás folyamatát. A tünetmentes érelváltozások klinikai manifesztációjának első jele rendszerint a TIA, mely aktívabb beavatkozás: angiographia,

esetleg műtét indiciójának felállítását teszi lehetővé.

(Ref.: *A tünetmentes cerebrovascularis elváltozások korai felismerése nélkülözhetetlen a maradandó agyi károsodások megelőzésében. Ezért kell örömmel üdvözölnünk mindazokat a korszerű eljárásokat, melyek non invazív diagnosztikai lehetőségeinket bővítik. A Doppler-vizsgálatok széles körű elterjedése ma már korántsem elérhetetlen, a készülék segítségével nagy-tömegű szűrővizsgálatok is lebonyolíthatók.*)

Meskó Éva dr.

A nem invazív angiologias diagnosztikai módszerek kiértékelésének analízise medenceartériáknál

(1. rész). Runge, E. és mtsai (Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“, Poliklinik Haus B Innere Abt., Angiologische Ambulanz DDR — Dresden): Dt. Gesundh.-Wesen, 1982, 37, 1937.

A medence artériáit nem invazív diagnosztikai módszerrel megítélni viszonylag mind a mai napig nem kielégítően megoldott. Ezért a szerzők a modern számítástechnika alkalmazásával arra a feladatra vállalkoztak, hogy megvizsgálják a pulzushullám-gyorsaság (PWG) és a pulzushullám lefolyási idő (LZ) mennyiben tükrözik vissza az angiogopathiák súlyossági fokát, továbbá ugyanakkor tisztázni kell, hogy a PWG-nek és az LZ-nek különböző diagnosztikai értéke van-e, hogy ezeknek a paramétereknek diagnosztikai értékét a mérési eljárások különböző módszerei befolyásolják-e, és milyen nem angiologias faktorok változtatják meg az időértékeket.

A vizsgálati beteganyagból az a. femoralis communis piezoelektromosan regisztrált pulzusingörbét és az a. femoralis superficialis elektrooscillografiás görbét a comb proximális részéről nyerték. Az esetek legtöbbszörében jelentős különbségek mérhetőek mindkét módszerrel. A PWG a stenotizáló arteriosclerotikus érelváltozásoknál az értékek emelkedő tendenciáját és obliterációknál alacsonyabb sebességekhez való hajlomot mutat. Az LZ ellenkezőleg, falarterioscleroticusoknál rövidebb, és obliterációknál hosszabb. Extrém esetekben az obliterációk hosszának ugyanazon hatásai vannak az időértékekre, mint a stenosisok hosszának, a kollaterális képződés mértéke nem vezet a PWG és LZ középértékek változásához.

Az időértékek korrelációinak kiszámítása minden osztályban a kort, a vérnyomás nagyságát, a súlyt, a szívfrekvenciát és nemet tekintve azt eredményezte, hogy a PWG és az LZ csak a korrallal és a systolés vérnyomással korrelálnak. Emelkedő életkorral és vér-

nyomással magasabb lesz a PWG, illetve csökken az LZ. A korrelációs koeficiens összehasonlításánál az egyes osztályokban a PWG és LZ koeficiens értékeit a vérnyomásra és a korrallal a normálértékektől sorrendben az arteriosclerotikus érelváltozásokon és stenosisokon át az obliterációkig mindig csekélyebbnek figyelték meg.

Az alkalmazott módszerek összehasonlításának eredményeként megállapítható, hogy az elektrooscillografiás diagnosztikus értékek az univariáns variancia analízis szerint a piezoelektromos pulzusingörbék felett van. Magától értetődő lenne, hogy a piezoelektromos mérőgenerátor pulzusingörbéje, melyet közvetlenül az a. femoralis communison vesz le, a medence tengelyben a viszonyokat jobban tükrözi, mint a mandzsetta módszer, amely a pulzusingörbét az a. femoralis superficialis területén tovább regisztrálja distálisan. Az eredmény segít a metodikai problémák megoldásánál, amelyek a pulzusok regisztrálásánál a ligamentum inguinale területén fellépnek.

A kiterjedt pulzusingörbét kiterjedt obliterációknál és rossz kollaterális keringésnél egy piezoelektromos generátor segítségével gyakran nem lehet a lágyékhajlatban már regisztrálni. Ezzel szemben a proximális felsőcombban egy elektrooscillografiás pulzusingörbét még nyerhető.

A PWG, illetve LZ differenciált medenceartéria diagnosztikához mint egyedüli diagnosztikai módszer nem elég, ezért ajánlatos a nem invazív angiologias diagnosztika további módszereit az angiologias diagnosztikai programba medenceartériáknál bevonni. Felvetődhet a kérdés, nem volna-e célszerű a lokális nem invazív angiologias diagnosztikai módszer kidolgozása előtt egy generalizált nem invazív angiologias diagnosztikai eljárást megvalósítani?

Paál Antal dr.

A multifaktoriális arteriosclerosis prevenció lipid-hipotéziséről. Hollmann, M.: Med. Welt, 1982, 33, 1775.

Az érelmeszesedések cardiovascularis betegségek elleni küzdelem az iparilag fejlett országok fontos problémája. Az NSZK-ban is 1980-ban a haláleseteknek több mint a fele volt cardiovascularis eredetű, több mint kétharmaduknál arteriosclerotikus ok miatt. Az évi 130 000-es szívinfarctus halálozás mindjárt a daganatos halálozást követi, a háború vége óta 500%-os emelkedéssel. A rizikófaktorokat rangsorolva a magasabb vérzsírszintet teszik az első helyre, amit sorrendben a cigarettázás, magas

vérnyomás, diabetes, hyperuricaemia és elhízás követ. A perifériás arteriális szűkületeknél a cigaretta, az apoplexiáknál a hypertonia áll az első helyen.

A lipidhipotézisben a *cholesterinfelvétel* a legrégibb érv. Szerkezetiileg a lipidek a lipoproteinekben kombinálódnak és az LDL (low density lipoprotein) a cholesterol főhordozója, az LDL-HDL egyensúly felborulása pedig az érendothel jelentős atherosogen veszélyével járhat. Az I. típusú hyperlipoproteinaemiában a chylomikron izolált eliminációs zavaráról van szó, és zsírfelvételre ennek koncentrációja nő meg, nagyobb cholesterolin és arteriosclerotikus rizikó nélkül, terápiásan pedig a csökkentett zsírtartalmú étrend a döntő. A többiben és mindenekelőtt a II. és III. típusban a cholesterolhordozó béta- és praebetalipoproteinek dominálnak az atherosclerotikus rizikó emelkedésével. De ezek nemcsak a cholesterolin, hanem a szénhidrát-, speciálisan a fruktózfelvételtől is függenek, megmagyarázva azt a fontos tapasztalatot is, hogy az aliméntáris zsírsökkentés szénhidrátokkal történő kompenzációja szintén a vérzsírszint emelkedésével jár együtt.

A vér cholesterolinszintje és az infarctus rizikója folytatódó összefüggést mutat, míg a triglicerid a ritkább infarctusrizikó mellett inkább a perifériás artériák elzáródásának veszélyét jelzi.

A legegyszerűbb rizikófaktorok epidemiológiailag a cholesterolkoncentráció bizonyult, az összkolesterol pozitív, a HDL-cholesterinnel pedig negatív, fordított összefüggést mutatva. A HDL-lipoprotein ugyanis a cholesterolin centripetális transzportjával az érfalak cholesterolterheltségét csökkenti.

A coronariahalálozás a cholesterolkoncentrációval párhuzamosan emelkedik. Ezt 7 ország epidemiológiai vizsgálata egyértelműen bizonyította, kimutatva, hogy mind a cholesterolkoncentrációt, mind a szívkoszorúér-halálozást emeli a telített zsíradék fogyasztása. Az eredmények alapján optimális serum cholesterolin értéknek a 160 mg⁰/₁₀₀ tekinthető, az iparilag fejlett országok lakosságának serum cholesterolin szintje azonban ennél lényegesen magasabb. Ezek ugyanis naponta 500 mg cholesterolint esznek, és a 130 g-os napi zsírfelvételnek csak 8⁰/₁₀₀-át fogyasztják többszörösen telítetlen zsíradékból. A zsírkalóriát csökkentve, az összkalória 10 százalékát többszörösen telítetlen zsírsavakból fedezve, és napi 300 mg cholesterolinnal kevesebbet fogyasztva a vér cholesterolinszintjét 25-30 mg⁰/₁₀₀-kal lehet csökkenteni. Ballasztanyagokban gazdag és növényi fehérje táplálással pedig ezt még további 10-20 mg⁰/₁₀₀-kal lehet redukálni.

Mindez pedig nemcsak az infarctusok, hanem a reinfarctusok kockázatának csökkenésével is jár. Sőt e cholesterolcsökkentő étrend hatására a másodlagos megelőzést szolgálva, a vérszírcsökkentő gyógyszerkezelés is eredményesebb.

A primer megelőzésben azonban az utóbbi időben egyre inkább a multifaktoriális koncepció kerül előtérbe, a táplálkozási szokások megváltozásán kívül a dohányzás elhagyását és a hipertónia eredményes kezelését is beleértve. A zsirok csak egyik tényezőjét képe-

zik a kockázatnak, és ehhez a másik két fő rizikófaktor, a hipertónia és dohányzás is hozzátartozik és a lipidcsökkentő rendszabályok túlértékelése a másik kettő elhanyagolásával járhat.

Angeli István dr.

MEGJELENT

MUNKAVÉDELEM, MUNKA- ÉS ÜZEMEGÉSZSÉGÜGY 1983. 29. 4-6. szám

Tóth Árpád dr., Vékény Henrik dr.: Szénbányászok inhalációs toron- és radon-bomlástermék terhelésének vizsgálata.
Nagy László dr., Losonczy Ferenc—Adamis Zoltán dr.: A takarmánykeverő üzemek higiénés vizsgálatának tapasztalatai.
Nehéz Mária dr., Berencsi György dr., Hans Albrecht Freye dr., Mazzag Éva dr., Horst Scheufler dr., Selyes András dr.: Néhány kerámiapari festék és oldószer prenatális-toxikológiai és mutagén tulajdonságának tanulmányozása egéren. I. Prenatális-toxikológiai hatása.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 5. szám

Pisztora Ferenc dr.: A 100 éves budapesti Pszichiátriai Tanszék és Klinika kezdeti időszak, Laufenauer Károly (1882—1901) és Moravcsik Ernő Emil (1902—1925) professzorsága alatt.
Környei István: Schaffer Károly (1925—1936) és kora.
Angyal Lajos: Benedek László (1936—1945) és kora.
Szobor Albert: Nyírő Gyula (1951—1966) és kora.
Csanda Endre dr.: Horányi Béla (1946—1975) és a Neurológiai Klinika 25 éve.
Juhász Pál: A SOTE Pszichiátriai Klinikájának 1967—1982 közötti éve.

MAGYAR SEBÉSZET 1983. 5. szám

Faluhelyi Anikó: Műteti előkészítés, műteti érzéstelenítés és postoperatív terápia axilláris érzéstelenítéssel.
Horváth Örs, Szontagh Eugénia, Beck Zsuzsa, Fráter Loránd: Radiológiai jelek szerepe a nyelöcsőrák prognózisának megítélésében.
Forrai István, Pálffy Gyula, Csekeő Attila, Szarvas Iona, Ungár Imre, Kulka Frigyes: Operált kisgyermek tüdőrákos betegek túlélését befolyásoló tényezők (203 resekált eset retrospektív elemzése).
Ondrejka Pál, Jakab Ferenc, Marton Tibor, Sugár István, Ráth Zoltán: A retrosopia és a sigmoidosopia összehasonlító értékelése a sebészi gyakorlat szempontjából.
Ondrejka Pál, Jakab Ferenc, Brach Zoltán, Sugár István, Záborszky András: A vastagbél és az appendix primer malignus nem Hodgkin lymphomája, mint a beteg harmadik metachron tumora.
Jámbor Gyula, Nagy Lajos, Samu Teréz, Révész Iona, Gáti József: A lábszár alteriák helyreállító műtétei (femorocruralis by-pass műtétek).
Klauber András, Radnay László, Mező Róbert, Kállay Miklós: Tibialis anterior syndroma-szerű elváltozás kialakulása érbetegeken lábszár amputatio után.

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE 1983. 5. szám

Acsády György, Papp Sándor, Nemes Attila, Turbók Eszter: Patkóvesével szövődött hasi aorta aneurysma operált esete.
Sikos Géza: Rugalmas csőháló kótszer: Új generációs sebkezelési technika.
Mészáros Csilla dr., Debreczeni Margit dr., Mahunka Imréné és Nagy Endre dr.: T-B sejtek és szérumimmunglobulinok DLE-ben.
Bajor Klára dr. és Trebitsch Zita dr.: A bőrfertőzések flórája az antibiotikum érzékenysége.
Füzi Miklós dr.: A prenylamin (Corontin®) antibakteriális hatása Staphylococcus aureus törzsekre.
Hölländer Erzsébet dr.: Dyskeratosis congenita (Zinsser—Engman—Coleszindróma) és pancytopenia.
Kohán József dr., Husz Sándor dr., Hunyadi János dr., Szabó Éva dr., Mónus Zoltán dr. és Simon Miklós dr.: Generalizált granuloma anulare.
Somlai Beáta dr. és Répáy Izabella dr.: Szemcsés sejes myoblastoma.
Daróczy Judit dr.: Mi az ön diagnózis? Masszi József dr.: Aromás retinoid (Tigason®) kezelés tapasztalatai szarusodási zavarokkal járó bőrbetegségeknél.
Simon József dr.: Alacsony frekvencián pulzáló mágneses térérő alkalmazása a lábszár fekélyeinek gyógyítására.

ORVOSKÉPZÉS 1983. 5. szám

Szórady István dr.: Farmakogenetikai fenotípus — teratogén hatás.
Köves István dr., Lovász László dr., Kukán Ferenc dr., Mészáros László dr., Korpási István dr.: Szempontok a sigma-diverticulumok és azok szövődésének megítéléséhez.
Götz Frigyes dr., Gimes Lajos dr., Hübler János dr., Nagy Zoltán dr. és Frang Dezső dr.: A Ca-oxalátkó genézise.
Török László dr.: Az andrológia terápiai problémái.
Balázs Márta dr., Kovács Gergely dr. és Toóth Éva dr.: Alkoholos hepatitis.
Szalay László dr., Szepesházy Károly dr., Balázs Életes András dr., Hering Andrea dr., Kenéz Béla dr., Varga Károly dr., Nagy Zoltán dr.: Glomerulonephritis (GN) és immunszuppresszív kezelés.
Solti Gyöngyi dr.: A szkizofrénia klinikuma: tünettan és lefolyás.
Simonovits István dr.: Emlékek, adatok szocialista egészségügyünk építésének első lépéseiről. III. rész. A Népjóléti Minisztérium munkájáról budapesti működésének első napjaitól az első hároméves terv megkezdéséig.
Csekeő Attila dr. és Kulka Frigyes dr.: A mellkasi empyema kezelési elvei.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 6. szám

Peter Berner und Michael Musalek: Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychiatrie.
Bihmer Zoltán dr., Bagdy György dr. és Arató Mihály dr.: A MAO-bénító

MAGYAR SEBÉSZET 1983. 6. szám

Kotsis Lajos, Vörös Attila, Kulka Frigyes: Új nyelőcső intubációs módszer.
Kotsis Lajos, Vörös Attila, Kulka Frigyes, Zubovits Kornélia, Apáthy Erzsébet: A nyeléképesség helyreállítása nyelőcsőkompressziójával járó, inoperabilis tödötumorkokban.
Kovalkovits István, Tózsér Kornél, Kozma Pál, Balogh József: A skalp-sérülésekről.
Szloboda Jenő, Zágh István, Boga Bálint, Kendelényi Ernő: A szív áthatoló sérülései osztályunk anyagában.
Tóth András, Alánt Oszkár, Görög Dénes, Weltner János: Szűrővel felderített familiáris vastagbél polyposis.
Földi Imre, Schmidt László, Szilágyi Károly: Szempontok a bal colonfél és rectum resectiois műtéteiről.
Kotsis Lajos, Szabadi Gabriella, Kostic Szilárd: Iatrogen 9 napos nyelőcső perforáció suturával és Urschel-típusú nyelőcső kirekesztéssel sikeresen kezelt esete.
Detky Gábor: Az appendix daganatai.
Bak Zsigmond, Farkas Benjamin: Az alsó végtag vegyes daganatai.
Rozsos István, Seffer István: A vastagbél-diverticulosis masszív vérzése.

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE 1983. 6. szám

Nagy Endre dr., Meréty Katalin dr. és Mészáros Csilla dr.: Extraktábilis nukleáris antígenek elleni antitestek vizsgálata lupus erythematosusban.
Marschalkó Márta dr., Horváth István Béla dr. és Rác István dr.: ELISA vizsgálat a neurosyphilis liquor diagnózisában.
Barna-Vetrő Ildikó dr., Lendvai nosztikájára.
Temesvári Erzsébet dr. és Jobbágy Aladár dr.: Kontakt urticaria érzékenységi változása és immunológiai vizsgálata.
Várkonyi Viktória dr., Répáy Izabella dr. és Somlai Beáta dr.: Lábszárfekélyt utánzó primer basalioma esetek.
Füzi Miklós dr.: Streptococcus pyogenes által okozott perianális cellulitis családi előfordulása.
Ladányi Éva dr., Mészáros Csilla dr. és Debreczeni Margit dr.: Kevert kötőszöveti betegségben alkalmazott kombinált kezelés.
Ungváry Gábor dr.: A bőrférgesség-tételező kezelési elvei.



A steroidok és cytostaticumok szerepéről az angioimmunoblastos lymphadenopathia kezelésében.

T. Szerkesztőség! Patakfalvi Albert dr. „Az angioimmunoblastos lymphadenopathia kezeléséről” c. levele (Vadnay István dr., Baranyai Tibor dr. és Haraszti Antal dr., Orvosi Hetilap 1982, 123, 2663. megjegyzés közleményéhez) állást foglal az angioimmunoblastos lymphadenopathia (AIBLP) cytostaticus kezelésének eredményességéről és azon véleményének ad kifejezést, hogy az AIBLP-s esetek egy része dagadtos jellegű megbetegedés. A levélben kifejtett kapcsolatban az alábbiakat szeretnénk megjegyezni:

Az AIBLP leírása óta egyre szaporodó tapasztalatok arra utalnak, hogy a *kezelésben* — Patakfalvi dr. véleményével megegyezően — a klinikai kép a döntő. A Malignus Lymphoma Referencia Centrum (MLRC) is ezt a véleményt képviseli és képviselte, így Patakfalvi dr. hozzászólásában részletezett első esetben a kórszövettani lelet (No. 8517/78, N. Gy. 78 é. ffi., a vizsgálati anyag intézetünkbe érkezett 1978. 10. 20-án, válasz dátuma: 1978. 10. 27.) a következőket mondja: „Az ilyen esetek kezelésében két lényeges teendő van az egyik az, hogy az infekciók széles spektrumú antibiotikumokkal kezelendők és a betegeket steroid kezelésnek is alá kell vetni, óvatos (monochemotherapiás) cytostaticus kezelés csak azon esetekben indokolt, ha az előbb említettek nem bizonyulnának elég hatékonyak”. A második esetben (No. 918—9/81, Keszthely) bizonyos diagnosztikus nehézségek kifejtését követően: „Megítélésem szerint, amennyiben a beteg állapota igényli, orális steroid, ill. cytostaticus kezelés indokolt...”

Így Patakfalvi dr. hozzászólásának azon része, mely szerint „a szövettani vélemény kapcsán a pécsi Malignus Lymphoma Referencia Centrum minden esetben arra hívta fel a figyelmet, hogy tartózkodjunk steroidok és főleg cytostaticumok adásától” nem helytálló.

A hozzászólásban említett további két esetet nem tudtuk azonosítani.

Kelényi Gábor dr.

T. Szerkesztőség! Örömmel olvastam Kelényi dr. levelét, u. i. mindig a viták viszik előre az orvostudományt és ilyen vitatott — legálábbis korábban az volt — terápiás probléma esetében, mint amilyen az angioimmunoblastos lymphadenopathia (AIBLP), a jövőben a helyes terápia megválasztásában másokat is segíteni fog.

Eddig összesen négy AIBLP-ás esetet eszeltünk. Az első 1976-ban (G. 1. 16-01-31.) Az első biopsia meg a beküldő kórleletben történt (78. 07. 27.) fejtethetően. A dg: lymphogranulomatosis susp. A nagyon súlyos IV. B. stad.-ba sorolható, non-Hodgkin lymphomának megfelelő klinikai kép és a fenti szövettani lelet birtokában kombinált cytostaticus kezelésben részesítettük a beteget. Jó remissio elérése után, szinte panaszmentesen bocsájtottuk haza. — Ezután érkezett meg Kelényi dr. szövettani lelete (6485-86-87/88). Idézek belőle: „angioimmunoblastos lymphadenopathia. Ez a diagnosis bizonyos fokig bizonytalan, mert saját tapasztalataink, irodalmi adatok egyaránt azt mutatják, hogy egyszerűen malignus lymphomák alululhat át, egyes vélemények szerint nem is ritkán, másrészt a reaktív, benignus jellegű elváltozás mellett is meghalnak a betegek... a lymphadenopathia diagnosisát kell hangsúlyoznom, függetlenül attól, hogy a klinikai kimenetel milyen. Az általunk összegyűjtött, közel 40 eset fele 6—9 hónapon belül meghalt, és a sectiók leletek alapján is a fenti dg. megérősíthető volt. *Igen lényeges, hogy a betegek legalább is kezdetben cytostaticus kezelést ne kapjanak, a klinikusnak mindenképpen corticosteroidokkal kell kezdenie...* és ha csak ezek nem elégségesek indokolt a monochemotherapiás kezelés.” — A fenti véleménnyel bár nem értettünk egyet, főleg elvileg kifogásoltuk a szövettani leletben terápiára vonatkozó ilyen állásfoglalást, a teljesen panaszmentes betegnek, Kelényi dr. intencióinak megfelelően csak steroidot adtunk. — Az óvatos steroid kezelés mellett 2 és 1/2 hónap után olyan súlyos állapotba került a beteg, hogy minden terápiás beavatkozás (polychemotherapiás kezelés is) hatástalanná vált és pontosan 3 hónapos észlelés után meghalt. Minden valószínűség szerint a ciklikus polychemotherapiával együtt is bekövetkezett volna az exitus. Pathológus főorvos kollégám is mélyen befolyásolta Kelényi dr. fentebb idézett lelete, olyannyira, hogy a gyorsult halálos kimenetelben még a kezelés oki szerepe is felvetődött.

Az eset után személyesen kértem Kelényi dr.-t, hogy lehetőleg ilyen jellegű megjegyzéseket ne tegyen a szövettani leletekben, mert megtéveszti a klinikus és pathológus kollégákat és eleshet a beteg az adekvát kezeléstől. Szóban Kelényi dr. egyetértett velem.

A második, Kelényi dr. levelében is szereplő N. Gy. 78 é. ffi. beteg felvétele 1978. X. 2-án történt, a nyirokcsomó biopsia X. 4-én. Klinikailag a kép legalább III. B. stad.-

ba sorolható lymphomának felelt meg, általános állapota aggasztóan súlyos, jelentős azotemia volt kimutatható (CN: 97 mg%). Kórházunk szövettani véleménye 10. 17-én: „malignus lymphoma (centrocytoma)”. — Az anyag a Pécsi Centrumnak továbbítva lett. — A beteg kezelése halasztást nem tűrt, ismételt COP protokoll szerinti kezelés hatására teljes klinikai és haematológiai remissió következett be. — Hosszas nyomozás után, Kelényi dr. leletét 1979. dec. 10-én szereztük meg. Ezen sem szövettani szám, sem utalás nem történik a kiküldött lelet időpontjára. 1978. 10. 27-én a választ nem küldhették el, ahogy ez a levélben fel van tüntetve, ui. a lelet bevezető sora is erre utal: „kissé sokáig foglalkoztunk ezzel az anyaggal, ennek elsősorban az volt az oka, hogy az immunoperoxidase eljárással nem kaptunk teljesen egyértelmű leleteket.” — Ennek ellenére elég határozott javaslatot tartalmaz a terápiára vonatkozóan. — Ha a beteget nem részesítjük azonnal kombinált cytostaticus kezelésben, hetek alatt meghal. — A beteg 1979. márc. 26-án, teljes klinikai remissio stad.-ban, akután fellépő encephalomalacia következtében halt meg.

A harmadik beteget 1981. jan.-tól 1983. nov. 26-ig észleltük. A klinikai kép hasonlóan súlyos volt, mint az I. sz. esetben, legalább III/B stad.-ba sorolható non-Hodgkin lymphomának felelt meg. Kelényi dr. által jelzett diagnosztikus nehézségek a következőkben nyilvánultak meg. A beküldő városi kórházban Hodgkin kór lehetősége merült fel. 1981. febr.-ban megküldött nyirokcsomó biopsia lelete (1557/81): „Lennert-lymphoma, rebiopsia feltétlenül javasolt.” Mi a véleményből és a leletből is bizonytalanságot éreztünk. Idézet: „a küldött anyag elsősorban Hodgkin-kór irányában gyanút keltő... fennáll a kérdés, hogy voltaképpen mire is kell gondolnunk, így ilyen esetben, mely leginkább a Lennert-lymphoma fogalmokörével hozható analógiába... További lehetőség, hogy az egész kép voltaképpen egy epitheloid-sejtes gazdag angioimmunoblastos lymphadenopathiának felelne meg, lehetőség emellett a nem-Hodgkin malignus lymphoma (T-setes, immunocyto) irányú fejlődés is. — Újabb rebiopsia eredményét jún.-ban kaptuk meg (6568/81) dg: angioimmunoblastos lymphadenopathia. — Ebben az esetben valóban nem írta Kelényi dr., hogy ne adjunk a betegnek steroidot, ill. cytostaticus szert, de szerinte ilyen esetben „óvatos steroid, ill. cytostaticus kezelés indokolt.”

Ez a vélemény nem helytálló, még akkor sem, ha csak egyértelműen angioimmunoblastos lymphadenopathiáról lett volna szó. Fontos lenne, hogy a pathológus ne csak a szövettani leletet (ami a fenti esetben rendkívül határozatlan

volt), hanem az általunk leírt klinikai tüneteket is tartsa szem előtt. Mi már 1978-ban súlyos klinikai AIBLP esetében az erélyes kombinált cytostatikus kezelés mellett foglaltunk állást. Hogy ez helyes volt, idézem *Persson és mtsai.* véleményét (*Acta Med. Scand.* 1980, 208, 237.). „A legtöbb angioimmunoblastos eset kezelés nélkül gyors progressiót mutat és két éven belül halálhoz vezet. Ilyen esetekben nincsen helye az óvatos kezelésnek, a beteg 4 alkalommal adott COP kezelés hatástalansága miatt Adriamycin, Bleomycin, Vumon, Prednisolon 6 cyklusban adott kombinációjára teljes klinikai és haematológiai remissióba került, olyannyira, hogy otthon dolgozott. — Az exitus relapsust követően rövid idő alatt 83. XI. 26-án következett be. A sectiós definitív vélemény (296—97/84) 1984. jan.: „Malignus lym-

phoma, feltehetően T-sejtes, polyclonalis plasmasejtekkel.”

A negyedik beteg Gy. I. 55 é. ffi. Klinikailag a generalizált nyirokcsomómegnagyobbodás, hepatosplenomegalia, csontvelő infiltratio, magas láz, fogyás stb. alapján IV. B stad.-ba sorolható non-Hogkin lymphomának felelt meg. Nyirokcsomó biopsia (11. 152—153/82) dg: angioimmunoblastot lymphadenopathia alapos gyanúja. A leletben a kezelésre vonatkozó stereotip ajánlás: „javasolnám az óvatos corticosteroid kezelést, ha ez nem elegendő, cytostatikum adását ugyancsak óvatosan...” Mi nem óvatosan, erélyes kombinált cytostatikus kezelésben részesítettük a beteget, fenntartó kezelésként kis adag steroidot szed (krónikus alkoholista lévén, ennek szedése bizonytalan), aminek a hatására a mai napig jó klinikai remissióban van.

A szövettani diagnózishoz is lenne megjegyezni valóm. Külföldön a szokás, hogy a pathológus napokon belül informálja a klinikust, hogy malignus folyamatról van-e szó, vagy nem, a mielőbbi kezelés megkezdése érdekében. A klinikus dönti el, hogy várhat-e a finomabb szövettani tipizálás eredményére. Az is gyakorlat, hogy egyszerre több centrumban végzik a szövettani vizsgálatot és a többség véleménye dönt a hasonló, nehezen klasszifikálható esetekben. Ennek a lehetőségét idehaza is biztosítani kellene. — Kelényi dr.-nak a kezelésre vonatkozó ajánlása egyetlen esetben sem volt helytálló. Elvileg kifogásolom a szövettani készítmény mellől történő terapiás javaslatot. A terapiás döntés a betegágy mellett a klinikus feladata.

Patakfalvi Albert dr

SOMBREVIN[®]
injekció



ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleicumot tartalmazó vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravenásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó eszközös diagnosztikus és terapiás beavatkozások esetén. Narcosis bevezetésére használható.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görcskészséggel járó megbetegedések. Haemolytikus anaemia, shock, súlyos szív-, vese- és májbetegségek, heveny alkoholmérgezés, hypertonia.

MELLEKHATÁS: A narcosis kezdetén rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventilatio előfordulhat.

ALKALMAZÁS: A készítmény kizárólag lassan, intravenásan alkalmazható. 4 éven aluli gyermekek esetében a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ☒ Orvosi rendelő részére rendelhető.

Kőbányai
Gyógyszerárugyár
Budapest X.





KÖNYVISMERTETÉS

Farádi László: Diagnózis az életéről. Gondolat, Budapest, 1983, 427 old.

1946 elején, mint újdonsült pécsi megbízott tanszékvezető találkoztam vele először; életútjaink azóta hol párhuzamosan futottak, majd szét-szétváltak. Mégis már akkor arra kellett gondolnom, ha a dolgok ilyen Farádi László-féle emberektől függének, az előttünk álló nagy változásoktól nem kelene senkinek sem tartania. Most — mindketten a 70. életéven túl és több különböző értelemben is túlélők — kezembem és számos orvosostársam (másában is, persze) kezében van ennek az életnek ön-„diagnózisa”. Írója szerény, visszahúzó természetének megfelelően nagy és hangzatos megállapításoktól és leleplezésektől, öngazólásoktól mentes és épp ezért oly megrendítő vallomás.

A családi háttér mikrotragédiája — a mikrot itt nem a tragédia súlyára, hanem társadalmi mérete szerint kell persze érteni — bárkivel előfordulhatna, de a százezreket sújtó makrotragédia a serdülő fiatalt eleinte csak egyes pontokon érinti, választott pályája melletti kitartása hamarosan idegen földre kényszeríti még mielőtt az apokaliptikus történet végete kevesed-magával való túlélésre szemléli ki. Háttéré eme leírásában egy-egy jellegzetes szóhasználat, pl. „a magyar zsidóság” kifejezés gondolkodtatja el az olvasót: hová lett Közép-Európának és különösen Magyarországnak ez a jellegzetes, értékes alkotó része, ez az etnikumnak (már) nem etnikum, vallási közösségnek csökkenő koherenciájú populációja? Mit tettünk mi többiek, vagy mit nem tettünk meg, hogy ez megtörténhetett? — Bécsi egyetemi éveinek leírása az emlékezés legélvezetesebb részeitnek egyike. Persze, a valamikori császárváros a 20-as években önmagának halvány árnyéka, a múlt század nagyhírű orvosi fakultása ennek ellenére — nagyobbára néhány nagy professzor-egyéniesség nyomán (ti. persze ez a lényeg, amit ma általában elfelejtettek) — még jól tartotta magát. Ezek közül egységes jellemzése valóságos kis remekmű, Tandler az anatómus, Chvostek belgyógyász és Wagner—Jauregg gyakorolt legnagyobb befolyást a medikus Farádira. Hja, erre is parafrázálható a magyar közmondás: „Madarat tolláról, embert — választott mesteréről...” stb. A remekbe készült portré és környezeti háttér mellett szívesen elnézzük a szerző lelkesedésből és szeretetből eredő néhány túlzását: Tandler társadalmi állásfoglalásában ritka progresszív jelenség, a

sebészeti igényű funkcionális anatómiának valóban nagyon kiváló és alkotó művelője. De, hogy „zseni”? Az anatómiában a történelem három zsenit ismer: Leonardo da Vinci, Andreas Vesalius és Santiago Ramón y Cajal, a többi legjobb esetben kiváló, akár maradandó is alkotó tudós. Pláne konstitúciós tana főleg naivitás, e tan megalapítója Stiller Bertalan és tán még Kretschmer hoztak e téren valami jelentősebb újat, a többit jobb ma már elfelejteni.

A 30-as évek Pécsi Orvosi Karának leírása hasonlóan élményszerű. Ízes zsánerkép az egyetem sajátos lokális zamatával — amelyet még 1946 után is lehetett valamelyest érzéklni. Remekbe készült portrék a Kar nagy professzor egyéniségeiről; pl. Entz Béláé; Mansfeld Géza és Fenyvessi Béla halványabbak; Gorka és Pekár leírására csak egy-egy találó esetvonás jut (ha gonoszkodni akarunk: „mert szerzőnek nem erős oldala a csipősebb gúny, amire itt szükség lenne”). Viszont annál jobb mesterének, Ángyán Jánosnak portréja; megható, hogy szerző milyen szeretettel rajzolja meg az úgy látszik — sajnos immár — végérvényesen letűnt „klinikai professzor” formátum egyik utolsó példányát. Ángyánnak humanizmusa volt valóban kiemelkedő jellemvonása, de kortársai Korányi Sándor, Herzog Ferenc (hogy csak az általam tanárként ismert belgyógyászainkat említsen) hasonlóan adtak elő, kisebb variációkkal ugyanazokat az elveket képviselték (csakúgy, mint a bécsi Chvostek is), más erősebb pontokkal és más gyengékkel. Szükségszerű-e vagy nem, hogy ez a típusú professzor egyéniség letűnt? A II. világháború utáni időszak még bővelkedett más — talán kevésbé univerzális — klasszikus professzori egyéniségekben: a negatív fordulat csak később alakult ki, de ez már általánosabb téma, melyre az oktatáspolitikai témájánál kell vizsgatérnünk.

Ezekután jön intermezzoként a „holocaust” mértéktartó, szubjektív élményein keresztül is objektív leírása. Lägerélményt sokan fraktak, ezek közt nagy költői megnyilatkozások (Radnóti) a legmegrázóbbak, de ilyen orvosi tudományos szemű leírás, tudomásom szerint, az egyetlen.

A háború utáni pécsi egyetemi évek is kiváló dokumentum, sajnos, itt szerzőt túlzott szerényesége tartja vissza attól, hogy részletesebben vázolja az eseményeket, amit leír, azt én is ugyanúgy átéltem, csupán hiányolnom kell az újáépítés varázslatos érzésének

tükröződését: persze, ez nem várható szerző visszafogott, angolul „matter of fact” és „under-statement”-ektől hemzsego stílusától. Vagy tán már akkor érezte, hogy mit rejt a közeljövő? Erős visszafogottságában is remekül jelzi a néhány közölt élmény a személyi kultuszos idők kialakulásának döbbenetét. Az egész „kutyakomédia” legperverzebb vonása az volt, hogy az illúziók nélküli „kívülálló”-nak mennyivel könnyebb volt; hamar rájöttünk, hogy nem a magunkfajta régiek az igazán veszélyeztetettek, hanem minél elkötelezettebbek és tisztességesebbek voltak, annál halálabb volt a fenyegetettségük.

Szerző katonai és „egészségügyi vezetői” karrierjének dokumentumai, ha lehetséges, még visszafogottabbak. Szinte tökéletesen magáévá teszi Flaubert írásmódjának legfőbb elvét, az „impassibilité”-t (aki szakszerű magyarázatot igényel, olvassa el Szerb Antal „Világirodalom története” c. művében): a fontosabb döntések és események (eredmények) szinte tisztán taxatív felsorolása többet mond minden jelzőnél. Mégis a szenvedélytelen-ségen mindenütt átsüt mélyseges humanizmusa.

Minden őszinte vallomás — sőt, maga az élet is — valahol mélyében mindig tragikus is. Ebben osztozik Farádi „ön-diagnózisa” is. Ez a könyv vége felé válik nyilvánvalóvá, midőn szerző szembe próbál nézni egészségügyünk néhány alapproblémájával: orvosi etika, tudománypolitika, egészségnevelés és egészségkultúra, orvosi oktatás stb. Mindenütt ugyanaz a mélyseges frusztráltság érzése, amely az orvos-beteg viszony pénzügyi aspektusa terén „szégyenkező szemlesütésre” készíti a szerzőt, ha önmagunk (legalábbis a pécsi belklinikán, de sok más helyen is) 1930-as helyzetét hasonlítjuk össze azzal, amit a szocialista építés során elértünk. Frusztráció... mélyseges frusztráció, szinte minden vonalon. Pedig mennyi erőfeszítés, mennyi jószándék, és azért ne tagadjuk, mennyi eredmény. Sok — talán azt is mondhatnánk a legtöbb — dologban egyet kell érteni Farádi diagnózisával, leginkább azzal, ami csak közvetve derül ki, hiányoznak a nagy iskolateremtő professzori egyéniségek. Vajon nem kívánunk-e lehetlent a mai viszonyok, a tudomány mai differenciáltsága mellett? Így aztán az orvosi oktatás reformgondolatai is visszafelé sülnek el. Farádi is (még jó, hogy annak idején engem lebeszél a romantikus elgondolásaim agresszív követeléséről: csak bajt csináltam volna). Azt hiszem, nyugdíjas tanár koromra és amikor már vajmi kevés direkt közöm van hozzá, rájöttem: „a tudományban és az oktatás tartalmi kérdéseiben minél radikálisabban, technikai segédeszközökben minél újítóbban, az ismeretközvetítésben (előadás, gyakorlatok minél kon-

zervatívabban". Talán ilyen felismerések még valamit használhatnak az utánunk jövőknek, főleg olyan gondolkodás és emberi helyzetállás, mint Farádi Lászlóé.

Szentágothai János dr.

Frederick R. Hine és mtsai:
Introduction to Behavioral Science in Medicine. 1983. Springer-Verlag, New York. Heidelberg, Berlin 350 oldal. Ára: 56,— DM.

A könyv az észak-karolinai Duke egyetem tankönyve, az egyetem öt professzora írta, sok éves oktatási tapasztalatok felhasználásával. A vezető szerző ismert pszichiáter, rajta kívül az amerikai szakirodalomban járatos olvasó a szerzők közül leginkább George L. Maddox orvosi szociológus és Robert C. Carson pszichológus, pszichoterapeuta nevét ismerheti. A könyv az orvosi pszichológia és az orvosi szociológia szintézise. E diszciplinákat az Egyesült Államokban sok helyütt együtt oktatják az orvosi egyetemeken, és a tantárgynak — mint ez a könyv címében is tükröződik — orvosi viselkedéstudomány nevet adják. Ez a tantárgy szemléletet, elméleti alapokat kíván adni, általában az orvosi gyakorlat és műveltség szempontjából legfontosabb ismereteket közli.

Az orvosi viselkedéstudomány oktatásához sok tucat tankönyvet adtak ki a különböző egyetemek, mindegyik megpróbált valamilyen szintézist nyújtani. Igen érdekesek a különböző megoldások, ahogy megpróbálják áthidalni a hallgatók tapasztalat- és ismerethiányait, amelyek abból erednek, hogy a viselkedéstudományt az egyetemi idők korai éveiben oktatják, amikor még nem szereztek tapasztalatokat a hallgatók az orvosi munka sajátosságaiban, és amikor még alig találkoztak beteggel. Ilyen feltételek mellett nehéz a viselkedéstudományi ismereteket megfelelő összefüggésekbe állítani, és nehéz az oktatott anyag elméleti és gyakorlati jelentőségét megértetni.

A szerzők ezt a problémát egy központi elméleti rendezővel felhasználásával próbálják megoldani, ami a könyvben bemutatott ismeretanyagot mintegy rendszerbe vonja, továbbá az első fejezetben tipikus betegviselkedési megnyilvánulásokat és viselkedészavarokat illusztrálnak esetekkel. A központi rendezővel a következő: a tankönyv anyagát egyrészt a biológiai alaptárgyak ismereteire építik, másrészt elvezetik a későbbi klinikai tárgyakig, amelyekben a pszichológiai és szociológiai szemléletnek jelentősége lesz. Különösképpen a pszichiátriai betegségek és a neurozisoszomatiás megértését tekintik fontosnak a szerzők, ehhez igyekeznek elméleti alapokat nyújtani. A viselkedést hatféle síkon értelmezik. első a viselkedés biológiai alapfolyamataival foglalkozik, második a

biológiai megalapozott hajlamokkal és készségekkel, a harmadik a hangulattal és az emóciókkal, a negyedik a személyiséggel és a személyközi kapcsolatokkal, az ötödik pedig a szociológiai szabályszerűségekkel. A hatodik szint a komplex szintézise, itt az előző öt szint kölcsönhatásait és egymáshoz való viszonyát tárgyalják. E témakörön belül mindenütt arra törekcszenek, hogy öt nagy, gyakori viselkedészavar determinációs összefüggéseit megismerjék a hallgatók, a szervei agykárosodását, a schizofreniát, az affektív betegségeket, a neurozisoszomatiás és az ún. „késztetési kontrollzavarokét”.

E koncepciónak megfelelően a könyv hat nagy részből áll, ezek foglalják össze a 24 fejezetet. A szerzők mindenütt az objektív adatok világos, jól érthető bemutatását adják, sok adattal, irodalmi hivatkozással. A szemlélet viselkedéstudományi jellegű, azaz behaviorista, aránylag kevés szó esik élményekről, a középpontban az összetett, biopszichoszociális meghatározottságú viselkedés áll.

Tartalmilag a könyvben kevés az újszerű vagy a külön említést érdemlő. Inkább azt érdemes hangsúlyozni, hogy a tipikus oktatási feladatot a könyv milyen jól oldja meg. A fejezetek arányosak, sok alcímre bontottak. A tipográfia változatos. Viszonylag sok az ábra és a petít szedésű illusztratív anyag. Az irodalomjegyzék a legutóbbi évek átfogó közleményeire irányítja az olvasó figyelmét. A hallgató sok biológiai ismeretet kap a könyvtől, idegéletani tényeket, a neuroendokrinológiai alapokat, a pszichiátriai betegségek különféle neurotranszmitterelméletit, a viselkedésgenetika szempontjait stb., ugyanakkor kidomborodik a szocializáció jelensége, a pszichoszexuális fejlődés folyamata, sok szó esik az agresszív viselkedésekről, megfelelőek a személyiséglelektani ismeretek, és kitűnő leírás nyújt bevezetést a szerepteóriába és a szociális viselkedés szabályszerűségeibe. Az integráció, a szintézis szintjén — az említett hatodik számú jelenség-szinten — a szerzők a koronária-betegség pszichoszomatikáját és orvosi szociológiáját használják fel példának, ezt részletezik, továbbá a medicina megelőző tevékenységének kérdéseit fejtik ki bővebben. A neurozistanra vonatkozó ismeretek a könyvben különböző helyeken és különböző összefüggésekben bukkannak fel.

A könyv érdekes, tanulságos olvasmány, nem lehet azonban azt mondani, hogy ideális tankönyv. Mint már szó volt róla, hiányzik az élménylélektani megközelítés, így a beteg emócionális — empátiás — megértéséről szó sincs, a viselkedés mindig objektívált formában jelenik meg. Viszonylag kevés az orvosi szociológia is. Az objektívált törekvésből következik, hogy alig kap teret az emberi kommunikáció a közölt ismeretekben, és a szerzők

nem számítják az orvosi viselkedéstudomány területére az orvos saját pszichológiáját, az orvoslás szociopszichológiáját és az orvosi szociológia több, már szinte klasszikusnak számító kérdéskörét. A könyv így is hasznos lehet a tárgy iránt érdeklődőknek, és méginkább azoknak, akik az orvosi pszichológia vagy az orvosi szociológia oktatásában, ill. az ilyen tárgyú képzés tervezésében és irányításában, továbbá posztgraduális és továbbképző folyamataiban részt vesznek.

Buda Béla dr.

Actual Problems in Pediatric Surgery (Időszerű kérdések a gyermeksebészetben), (szerk.: T. Verebely) Akadémiai Könyvkiadó Budapest, 1983. 331 oldal. Ára: 370 Ft.

A Magyar Gyermekebész Társaság 3 évenkénti nemzetközi részvételi kongresszusa a szakma fontos európai eseménye. 1982-ben Budapesten tartott tudományos ülés előadásait jelenteti meg az Akadémiai Kiadó a könyvben. A kiadvány struktúrájában követi a kongresszus fő témáit:

1. Modern diagnosztikai eljárások a gyermeksebészetben (CT ultrahang, angiographia).

2. Hibák és tévedések a gyermektraumatológiai ellátásban.

3. Respiratorikus problémákat okozó gyermeksebészeti kórképek.

4. Szabad előadások.

Az előadások egy része tárgyalja a fejlődési rendellenességek (tápcsatorna elzáródásai, hasfali defektusok, vese és húgyutak anomáliái, hydrocephalus, meningocele stb.) prenatális felismerését, míg más szerzők a korai és későbbi postnatalis kórképek, elsősorban a koponyaúri és hasi térfoglaló folyamatok kóriszmézésével foglalkoznak. A könyvből sem kapunk konkrét választ, hogy mi az egyértelmű jelentősége a fetális diagnosztikának. Szabad-e, ajánlatos-e kísérletet tenni az uterusban levő magzat anomáliájának korrekciójára (pl. az anyai hasfalon keresztüli hólyagkatéterezés). Az ultrahang ezen kívül jól használható bizonyos eljárások pontosabb kivitelezésére, pl. percutan vese-biopszia végzésére.

Hazai és külföldi szerzők részletesen foglalkoznak a CT szerepével az agyi folyamatok (tumorok és sérülések) korai felismerésében. Viszonylag kevesebben érintik a ma már kissé invazív tűnő angiographia kérdését. Speciális gyermeksebészeti érdeklődésre tarthat számot a laparoscopia alkalmazása a biliáris atresiák diagnosztikájában. Már a jövő útját mutatja az az egyesült államokbeli radiológus, aki az i. v. digitalis subtractiósi angiographia csecsemő- és gyermekkori alkalmazásáról számol be.

A traumatológiai fejezet — a kongresszus témájának megfelelően — hibákkal és tévedésekkel foglalkozik. Hazai gyermek- és

felnőtt-traumatológusok mellett elsősorban NSZK-beli és lengyel szakemberek számolnak be tapasztalataikról.

Közléseket találhatunk az elsődleges ellátás (törés, égés) hiányosságairól, a gyermekkori epiphysis- és diaphysis-tájék kezelésének nehézségeiről. Mint annyiszor, a szerzők itt sem tudnak egységes véleményt alkotni a konzervatív vagy sebészi ellátás elsődlegességéről. Több előadás foglalkozik a törés utáni túlnövés és a korábban el nem fogadott torsio dislokáció spontán korrekciós lehetőségével. A lágyrészek baleseti ellátásának témájából a haemobilia, a tápcsatorna nehezen felismerhető perforációi, a traumás rekeszsérv és a posttraumás splenektomiák utáni lép-autotransplantáció kérdése emelendő ki. Kár, hogy svájci gyermeksebészek előadásait nem küldték el közlésre. Zavaró kicsit, hogy a csonttörések tárgyalása után lágyrészek sérülései következnek, majd ismét csontproblémáival foglalkozó előadásokat olvashatunk.

Több előadás foglalkozott a rej-

tetheréjűség kérdésével (testis nagyságmérés, histológiai és endokrinológiai vizsgálatok, a betegek nyomon követései). Az előadók mind megegyeztek abban, hogy jelen ismereteink szerint a 2 éves életkor a műtét elvégzésére az optimális időpont. Öröndetes, hogy ezen témakörben számos színvonalas hazai előadás hangzott el.

A respiratórikus problémákat okozó gyermeksebészeti, elsősorban újszülöttsebészeti kórképek közül a rekeszsérv került a legérzlethebb megvitatásra. Kifejezésre került, hogy a betegek életben tartása elsősorban nem a sebészeti ellátástól, hanem az adott anatómiai helyzettől és a postoperatív kezeléstől függ. Ebben a fejezetben találkozhatunk néhány szívsebészeti és orr-fül-gégészeti közleménnyel is.

Szabad előadások témái a gyermeksebészet egy-egy időszakos problémájával foglalkoznak. Kiemelkedő itt az anális incontinencia (veleszületett vagy szerzett) kezelésére alkalmazott biofeedback training (a rectumba helye-

zett és felfújó szonda érzékelését a gyermek fény vagy hang útján is észleli).

A kongresszus szervezőinek hasznos és dicsérő fáradozása a rendezvény anyagának első ízben könyv formájában történő megjelentetése. A kiadvány gyermeksebészeti érdeklődésen túl, ultrahangos szakemberek, idegsebészek, traumatológusok, andrológusok és gyermekgyógyászok számára nyújt új információkat.

A könyv számos pozitív eleme mellett sajnálatos, hogy több jó előadás nem került be a kiadványba (a szerzők nem küldték el előadásait). Valószínűleg költségkímélés az oka, hogy az előadók által beküldött kéziratokat változtatás nélkül, fototechnikával készítették. Így szinte minden közlemény más-más betűtípussal került közlésre, ugyanakkor nyelvi lektor hiánya miatt több közleményben számos fordítási és elírási hiba található. A közlemények angol nyelven jelentek meg.

Pintér András dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(432/c)

Veszprém megyei Tanács Szocioterápiás Intézetének igazgató főorvosa (Doba 8482) pályázatot hirdet **1 pszichológusi állás** betöltésére.

Az állás azonnal elfoglalható, 30% veszélyességi pótlék. Egyedülállóan: összkomfortos nővér-szálló.

Házaspár esetén: 3 szobás összkomfortos lakás biztosított.

Szilágyi Cecília dr.
igazgató főorvos

(472/a)

A Heves megyei Tanács Kórház II. sz. Rendelőintézet (Heves, Fő u. 13. sz. Tel.: 163.) igazgató főorvosa, pályázatot hirdet egy csoportvezető (felülvizsgáló) belgyógyász főorvosi, egy röntgen szakorvosi, egy fogorvosi állásra.

Orvosházaspár jelentkezése esetén előnyt biztosítunk.

Besorolás és bérezés szolgálati időtől függően megegyezés szerint.

Modern szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Jeney Zoltán dr.
igazgató főorvos

(103)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a **Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet Szájsebészeti Osztály** — nyugdíjazás folytán megüresedő — osztályvezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. (EÜ. K. 15.) EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(105)

A Fővárosi Tanács Margit Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest III. ker., Bécsi út 132, 1032) pályázatot hirdet egy **körzeti orvosi állásra**.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetés megjelenéséről számított 15 napon belül kell benyújtani.

Markovits György dr.
főigazgató főorvos

(106)

Ózd városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd I., Béke u. 1.) pályázatot hirdet: **1 belgyógyász csoportvezető orvosi állásra**.

Az állás azonnal betölthető. Illetmény a 30/1980. (XII. 29.) EÜM sz. rendelettel módosított 3/1977. (VIII. 19.) EÜM sz. rendelet alapján, kulcsszámnak megfelelően.

Lakás megbeszélés tárgyat képezi.

Mészáros Miklós dr.
kórház-rendelőintézet egység
igazgató főorvosa

(107)

A Pest megyei Tanács Flór Ferenc Kórház főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a Pest megyei Vértanszfúziós Állomáson (Gödöllő) megüresedett **adjunktusi állásra**. Az állásra belgyógyász, illetve laboratóriumi szakvizsgálóval és legalább 4 éves haematológiai, illetve vértanszfúziós állomáson, intézménnyel töltött gyakorlattal rendelkezők pályázhatnak.

Az álláshoz napi 1 órás mellékfoglalkozást biztosít az állomás a haematológiai szakrendelésen.

Kulcsszám és illetmény megállapítása az érvényben levő rendelkezések alapján történik.

A Pest megyei Vértanszfúziós Állomás Budapestől kijárással megközelíthető.

A pályázatot a szolgálati út betartásával a kórház főigazgató főorvosához — Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1. 2143 — kell benyújtani a megjelenéstől számított 15 napon belül.

Pethő Ede dr.
főigazgató főorvos

(108)

Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot

hirdet az alábbi üres orvosi állásokra:

1 üzemorvos (Ajka, Tímföldgyár),
1 gyermekközveti szakorvos,
1 fogorvos.

Bérezés, lakás személyes megbeszélés tárgyat képezi.

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

Barankay Bertalan dr.
igazgató főorvos

(109)

A Somogy megyei Tanács Tüdőgyógyintézet Mosdós, igazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

Gyermekosztályra: 1 2104 ksz. főorvos,
2 gyermekgyógyász vagy gyermektüdőgyógyász szakorvos.

Felnőtt osztályra: 3 tüdőgyógyász vagy belgyógyász szakorvos. A szakorvosi állásokra képesítés nélküli orvosok is pályázhatnak.

Lakás megbeszélés tárgya.

Andrásofszky Barna dr.
igazgató főorvos

(110)

Budapest Főváros Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a **Fővárosi Péterfy Sándor u-i Kórház-Rendelőintézet XVI. kerületi Tüdőgondozójában** — nyugdíjazás folytán — megüresedett gondozó vezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(111)

Budapest Főváros Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. pályázatot hirdet a **Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Urológiai Osztályán** — nyugdíjazás folytán — megüresedett **osztályvezető főorvosi állásra**.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasítás-

ban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő orvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(112)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet „A” Sebészeti Osztályán — nyugdíjazás folytán — megüresedett osztályvezető főorvos állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(113)
A MAV Tüdőgyógyintézet főigazgató főorvosa — Budapest XII. ker., Szanatórium u. 2/A. 1528 — pályázatot hirdet érsebészeti osztályának sebész szakorvosi állására.

Az illetmény megállapítása a hatályos bérjogszabályok alapján történik. Díjmentes bel- és külföldi utazási kedvezményt biztosítok.

Személyes informálódás lehetséges. A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül kell benyújtani.

Romhányi István dr.
főigazgató főorvos

(114)
A Föv. Tanács V. B. Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp. XX., Köves u. 2–4. 1204) pályázatot hirdet 2 kórboncnok szakorvosi állásra.

Az állásra pályázhatnak szakképesítéssel, vagy hosszabb gyakorlati idővel rendelkező, szakvizsga előtt álló orvosok.

Képesítés és bérezés a 30/1980. (XII. 29.) EÜM—MÜM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Radinszky József dr.
főigazgató főorvos

(115)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Róbert Károly körúti Kórház-Rendelőintézetben nyugdíjazás folytán megüresedett járóbetegellátást irányító főigazgató helyettesi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Pályázati feltétel: Egészségügyi szervezési szakvizsga és egészségügyi szervezési gyakorlat.

A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(116)
A Föv. Tanács Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa — Budapest X., Maglódi út 89–91. — pályázatot hirdet:

1 urológus,

1 radiológus,

1 körzeti orvosi állásra a X. kerületbe,

1 gyermekgyógyász körzeti orvosi állásra a X. kerületbe.

Bérezés a rendeletben foglaltak szerint.

Mázsár Miklós dr.
főigazgató főorvos ált. n.

(117)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Bp. V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Balassa János 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. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜK. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Pályázati feltétel: Egészségügyi szervezési szakvizsga és egészségügyi szervezési gyakorlat.

A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(118)
Oroszáza városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézete igazgató főorvosa (Oroszáza, Könd u. 59. 5901) pályázatot hirdet az 1984. május 1-én megüresedő körzeti orvosi állásra.

Bérezés az érvényes béruztasítás szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi. A pályázat benyújtási határideje a megjelenés után harminc nap.

Gazdag István dr.
igazgató főorvos

(119)
Nyírbátor városi Tanács V. B. Egyesített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa pályázatot hirdet átlételezés folytán megüresedett állásokra:

— 1 gyermekkörzeti állás, melyhez a rendelő közelében 3 szobás összkomfortos lakás biztosított. Az állás betölthető 1984. március 1-től.

— 1 általános (felnőtt) körzeti orvosi állás, melyhez 3 szobás összkomfortos kertes ház biztosított. Az állás azonnal elfoglalható.

— 1 főorvosi állás, amelyhez 2 szobás összkomfortos lakás biztosított. Az állás azonnal elfoglalható.

Bérezés az érvényes kulcsszám szerint.

Gaál Mihály dr.
E. Ü. Intézmény igazgató főorvos

(120)
Vas megyei Tanácsa V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Sombathely, Berzsényi tér 1. 9700) pályázatot hirdet:

— a Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórház-Rendelőintézet Fül-orr-gége osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett 2103 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra.

Fizetés a 14/1983. (XII. 17.) A. B. M. H. rendelet alapján, kulcsszámnak megfelelően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázati határidő a megjelenéstől számított egy hónap.

Molnár László dr.
megyei főorvos

(121)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Bp. V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Kállai Eva Kórháza Utókezelő Osztályán — nyugdíjazás folytán — megüresedett osztályvezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(122)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Bp. V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hir-

det a Fővárosi István Kórház-Rendelőintézetben — nyugdíjazás folytán — megüresedett járóbetegellátást irányító főigazgató helyettesi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. EÜ. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Pályázati feltétel: Egészségügyi szervezési szakvizsga és egészségügyi szervezési gyakorlat.

A kinevezendő főigazgatóhelyettes orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(123)
Várpalota VT Kórház-Rendelőintézetnek igazgató főorvosa (Várpalota, Honvéd u. 2. 8100) pályázatot hirdet

a Péti Nitrogénművek üzemegegészségügyi szolgálatához üzemorvosi állásra, a Veszprémi Széchenyák V. várpalotai üzemegegészségügyi állásra (bányaüzemorvosi gyakorlattal rendelkezők előnyben),

a kórház-rendelőintézeti egységben szülész-nőgyógyász szakorvosi állásra, körzeti orvosi állásra.

Az alapellátásban évente 10 000 Ft-ig terjedő iparvidéki jutalom adható. Mellékállás vállalására mindegyik munkakörben lehetőség van.

Az állásokhoz a tanács, illetőleg az üzemek összkomfortos lakást biztosítanak.

Tóth Ferenc dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvosa

(124)
Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (1751 Budapest XXI., Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet

belgyógyász felülvizsgáló főorvosi, belgyógyász szakorvosi, fül-orr-gégész szakorvosi, laboratóriumi orvosi, röntgen szakorvosi, szemész szakorvosi, tudógyógyász, körzeti orvosi, üzemorvosi állásokra.

Az állások azonnal betölthetők.

Kövér Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(125)

MÉM Központi Toxikológiai Laboratórium (8361 Keszthely, Újmajori út, Pf. 46.) pályázatot hirdet szakvizsga előtt álló laboratóriumi orvos részére.

Fizetés kulcsszám alapján, megegyezés szerint. 2 szobás összkomfortos lakást tudunk biztosítani.

Antal Attila dr.
igazgató toxikológus

(126)

Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az Intézet táplálkozás-élettani és -körtani főosztályán megüresedett orvosi állásra.

Előnyben részesülnek, akik klinikai vagy állatkísérletes laboratóriumi gyakorlattal vagy laboratóriumi, ill. higiénikus szakképesítéssel rendelkeznek. Ezen szakképzettségek hiányában lehetőségét biztosít az intézet ezek megszerzéséhez.

Az állás bérezése a szakmai gyakorlattól függően a hatályos bérjogszabályok alapján történik.

A szabályszerűen felszerelt pályázatot a hirdetmény közzétételétől számított 30 napon belül — a szolgálati út betartásával — az OÉTI (1476 Budapest IX., Gyáli út 3/a) főigazgató — főorvosához kell benyújtani.

Biró György dr.
egyetemi tanár,
főigazgató főorvos

Recenzióra érkezett külföldi szakkönyvek

(Ismertetésük folyamatban)

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Beérk.	Könyv szerz.	Könyv címe, megjelent	Ara: DM	
1983. X. 24	Weber, M.	Das Pterygium Bd. 35	1983	45,—
X. 24	Lockot, R. Rosemeier, H. P.	Ärztliches Handeln und Intimität	1983	39,80
X. 24.	Jörg, J.	Praktische SEP-Diagnostik	1983	46,—
X. 24	Bojanovsky, J. J.	Psychische Probleme bei Geschiedenen	1983	19,80
X. 24.	Barolin, G. S.	Die zerebrale Apoplexie (2. kiadás)	1983	38,—
X. 24.	Woggon, B.	Prognose der Psychopharmakotherapie	1983	36,—
XII. 13.	Delank, H.	Neurologie (3. kiadás)	1983.	24,80
XII. 13.	Kaplan, H. S.	Sexualtherapie (2. kiadás)	1983	24,—
XII. 13.	Ford, M. J. Munro, J. F.	Invasive Techniken in der klinischen Praxis	1983	24,80
XII. 13.	Grech, P.	Radiologische Diagnostik in der Traumatologie	1983	78,—
XII. 13.	Hammerstein, V.	Rehabilitation in der Augenheilkunde	1983	49,—
XII. 13.	Hyde, A. S.	Physiotherapie in der Rheumatologie	1983	36,—
XII. 13.	Buddeberg, C.	Sexualberatung	1983	29,80

Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Beérk.	Könyv szerz.	Könyv címe, megjelent	Ara: DM	
IX. 27	Hamm, H.	Allgemeinmedizin (3. kiadás)	1983	39,—
IX. 27.	Becker, W. Naumann, H. H. Pfaltz, C. R.	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (2. kiadás)	1983	39,—
X. 24.	Reifferscheid, M. Weller, S.	Chirurgie (6. kiadás)	1983	39,—
X. 24.	Overzier, C.	Systematik der Inneren Medizin (7. kiadás)	1983	44,—
XII. 8.	Döring, G. K.	Empfängnisverhütung (9. kiadás)	1983	17,80
XII. 9.	Thomas, K.	Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings (6. kiadás)	1983	16,80
XII.9.	Bleuler, E.	Lehrbuch der Psychiatrie	1983	98,—
XII. 9.	(szerk.) Riecker, G.	Therapie innerer Krankheiten	1983	98,—
XII. 9.	Heberer, G. Köle, W. Tscherne, H.	Chirurgie (4. kiadás)	1983	78,—
XII. 9.	Nasemann, T. Sauerbrey, W Burgdorf, W. H. C.	Fundamentals of Dermatology	1983	68,—
XII. 20.	Bollinger, A. Rhyner, K.	Thrombozytenfunktionshemmer	1983	24,—
XII. 20.	Ferlinz, R.	Internistische Differentialdiagnostik	1983	39,—



Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1984. január havi fertőző megbetegedésekről

Bdjelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1984. január*

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül a salmonellosisok száma kissé emelkedett az előző hónaphoz viszonyítva, a bejelentések száma közel kétszerese volt a medián értékének. A dysenteria megbetegedések előfordulása nem tért el lényegesen az előző hónapban jelentett esetek számától és a medián értékétől. Több dyspepsia coli és hepatitis infectiosa megbetegedést jelentettek be, mint az előző hónapban, azonban az esetek száma alacsonyabb volt a medián értékénél.

Valamennyi cseppfertőzés útján terjedő betegségből több bejelentés érkezett, mint az előző hónapban. Elsősorban a rubeola és a parotitis epidemica megbetegedések számának emelkedése volt jelentős. Mindkét betegségből többet jelentettek be, mint az előző év hasonló időszakában, a rubeola-bejelentések száma közel ötszöröse volt a medián értékének.

Betegség	1984	Január 1983	Medián 1978–82
Typhus abdominalis	—	1	1
Paratyphus	—	—	—
Salmonellosis	502	523	282
Dysenteria	313	321	297
Dyspepsia coli	26	36	37
Hepatitis inf.	430	366	630
Poliomyelitis	—	—	—
Diphtheria	—	—	—
Scarlatina	1253	1874	1142
Morbilli	26	43	75
Rubeola	3076	2006	692
Parotitis epid.	5904	4458	4464
Pertussis	—	2	1
Meningitis epid.	6	9	7
Meningitis serosa	24	15	28
Encephalitis inf.	15h	12	14
Mononucleosis inf.	63	79	49
Keratoconj. epid.	—	2	1
Malaria	—	—	1*
Typhus exanth.	—	—	—
Styphylcoccosis	13	29	18
Tetanus	—	1	3
Anthrax	—	—	—
Brucellosis	2	—	1
Leptospirosis	1	—	3
Tularemia	—	1	3
Ornithosis	—	—	—
Q-láz	1	—	—
Lyssa	—	—	—
Taeniasis	4	13	1
Toxoplasmosis	8	21	9
Trichinellosis	1	—	—
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	213	163	186

* Előzetes, részben tisztított adatok.
• Importált eset.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló vétag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epé-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–130 mg im. Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitúciós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át. Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúcióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Injekció: egyszer vagy kétszer, csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint. Kapszula vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1ml ampulla

A Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Bizottsága 1984. március 28-án, du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) tudományos ülést tart.

Az anaesthesiológiai-intenzív terápiás-felvételi osztály előadásai

Üléselnök: *Baranyai Elemér dr.*

Mátyus J. dr., Kárpáti Zs. dr.: Rizikócsoportok, rizikótényezők az anaesthesiológiában.

Jelen E. dr., Kárpáti Zs. dr.: Vezetékes érzéstelenítés szövödményei.

Hormay M. dr.: A béta-blokkoló gyógyszerek alkalmazása az anaesthesiológiai és intenzív terápiás gyakorlatban.

Losonczy P. dr., Felkai P. dr.: A pacemaker terápia szövödményei.

Iliás L. dr., Balogh S. dr., Horváth Zs. dr., Hrisztidisz P. dr.: Cerebrovascularis történések és a hirtelen halál.

Mátyus J. dr., Felkai E. dr.: „Ló-gófejes” tonsillectomia (kisfilm).

A Magyar Infektiológiai Társaság 1984. március 29-én, csütörtökön 10 órakor, az Országos Közegészségügyi Intézet Fodor József előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Üléselnök: *prof. Várnai Ferenc.*

„Gerlőczy Zsigmond” emlékérem átadása.

Keleti Béla (Budapest): Újabb ismereteink a vese-szindrómával járó haemorrhagiás lázról.

Főtitkári beszámoló.

Szünet

Üléselnök: *László Barnabás.*

Kéri J., Fülöp É., Vidor É., Várnai F. (Budapest): Behurcolt lepra esetek hazánkban.

Fülöp É., Bánhegyi D., Várnai F. (Budapest): Behurcolt Cutan leishmaniasis Magyarországon.

Szabó Zs., Khoór A., Kovács M., Kendrey G. (Budapest): Szívbetegség sárgasága, mint klinikai-diagnosztikai probléma.

Kovács M., Szabó J., Barna K., Karátson A. (Pécs): Veseelégtelenséggel szövődött akut salmonellosis jejuno-ilealis bypass műtét után.

Gerő A., Vukmirovits Gy. (Budapest): Barbiturát coma Reye-szindróma kezelésében.

Liszonyi Ágnes, Nagy Róbert (Kazincbarcika): Gyermekek pancreatitisé mumps járvány során.

A Magyar Pathológusok Társasága és a Magyar Onkológusok Társasága

„KROMPECHER ÖDÖN”

pályamunka díjazására 4000,— Ft pályadíjat tűz ki orvostanhallgatók és fogorvostan-hallgatók számára.

A pályamunka címe: „Lágyrésztumrok”

A pályamunka *terjedelme* az irodalommal és dokumentációval együtt maximum 80 oldal lehet.

A munkán csak a *jelige* szerepelhet, melyhez mellékelni kell egy borítékot, rajta a jeligével, s a lezárt borítékban a nevet és lakcímet kell feltüntetni.

A pályamunka beadási *határideje: 1984. november 30.* Cím: Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Kórbonctani Intézet, Budapest, Üllői út 93. 1091.

Mikola I., Nika M., Pusztai E. (Ajka): Post-transzfúziós (NANBV) hepatitis és haemochromatosis.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. március 30-án, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

A Semmelweis OTE Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika előadásai

1. *Lantos Péter, Werner Pál, Radóczy Brigitta, Domokos György:* Fogívzűköletek kezelése Ricketts-féle quad-helix-szel.

2. *Németh Ákos:* Lenyomatvétel ajak-állcsont-szájpad-hasadékos újszülöttekről.

3. *Hidasi Gyula, Tarján Ildikó, Csörögi Irén:* Tejfogak baleseti sérülései.

A Pécsi Akadémiai Bizottság Klinikofarmakológiai Szakbizottsága, a Zalaegerszegi megyei Kórház Klinikofarmakológiai Sectiója 1984. márc. 31-én, de. 9 órakor Zalaegerszegen, a Művelődési és Ifjúsági Központban (Kisfaludy u. 7—11.) *kerekasztal-konferenciát* rendez.

Tárgy: Az antibiotikus kezelés aktuális kérdései. Általános irányelvek és konkrét gyakorlat.

Moderátor: *Patakfalvi Albert dr.*

Részvevők: *Horváth József dr.* (Nagykanizsa), *Horváth Tünde dr.* (Pécs), *Kocsán Katalin dr.* (Nagykanizsa), *Kovács Andorné dr.* (Zalaegerszeg), *Konczwald László dr.* (Zalaegerszeg), *Mészáros Lajos dr.* (Zalaegerszeg), *Mihalecz Károly dr.* (Nagykanizsa), *Rubecz István dr.* (Zalaegerszeg), *Ruttner Pál dr.* (Nagykanizsa), *Vezekényi Zsuzsa dr.* (Pécs).

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete 1984. április 5—6-án Szegeden, a Csongrád megyei Tanács Oktatási és Továbbképzési Intézete előadótermében (Újszeged, Közép-fasor 1—3.) a *fiatal fül-orr-gégeorvosok fórumát*, ill. *tudományos ülést* rendez.

Április 5., de. 10 óra

A Fiatal Fül-Orr-Gégeorvosok Fóruma

Április 6., de. 10 óra

Tudományos ülés

Kley W. és W. Richter (Würzburg): Miniplatte osteosynthesis Champy szerint az orrsebészeti traumatológiában.

William H. Friedman (St. Louis): A fej- és nyaksebészet jelenlegi állása.

Herrmann I. F. (Würzburg): Ujj nélküli beszéd total gége-exstirpation után.

Zenner H. P. és I. F. Herrmann (Würzburg): Laryngectomia utáni hangvisszaállítás műtéti eljárása hang-protézissel.

Délután tv-film — műtéti bemutatás.

Az 1983. évre kiírt „*A pajzsmirigy tumorai és kliniko-pathológiájuk*” c. *Krompecher Ödön* pályázat nyertesei:

I. díj megosztva: *Farkas Emil és Juhász Ágnes V. é. oh.* (Budapest), *Győri József és Hosszúfalusi Nóra V. é. oh.* (Budapest), 1400—1400 Ft.

II. díj: *Orosz Zsolt V. é. oh.* (Budapest) 800 Ft.

III. díj: *Rusznák Csaba V. é. oh.* (Debrecen) 400 Ft.

Magyar Pathológusok Társasága és Magyar Onkológusok Társasága

Az **Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár** az alábbi szolgáltatásokat nyújtja megrendelőinek a hazai és a nemzetközi szakirodalomból:

a *Témafigyelő Szolgálat* az orvostudomány 35 féle szakterületéről válogatott idegen nyelvű közlemények magyar nyelvű referátumait szolgáltatja. A kartonok egyéni dokumentáció kialakítására alkalmasak. Egy-egy téma évi előfizetési díja

*

300,— Ft. Ezért havonta témánként 10 referátumot kap a megrendelő.

A *Gyorstájékoztató Szolgálat* a hazai és külföldi szakirodalom 78 témakörét figyeli. A kartonon a szokásos bibliográfiai adaton kívül (szerző, közlemény címe, folyóirat adatai), a szerző munkahelyi címe is megtalálható. A szolgáltatás évi előfizetési díja témánként 200,— Ft.

*

A *Fordítószolgálat* évente többszáz külföldi szakközleményt fordítat le. E fordítások jegyzékét a „Gyógyszereink” című folyóirat havonta közli, amelyek alapján a fordítások másolatai megrendelhetők oldalanként 5,— Ft-ért.

*

Egyéni, vagy intézeti megrendelésre, idegen nyelvű közlemények magyarra fordítása, illetve kéziratok idegen nyelvre fordítása is lehetséges.

*

Irodalomkutatás megrendelhető egyéni igény szerint bármely orvosi témakörből. A bibliográfia tartalmazza a kért nyelvterület és időszak releváns szakközleményeinek címadatait a hazai és a külföldi szakirodalomból. A szolgáltatás alapdíja 50,— Ft.

*

A *Tartalomjegyzék sokszorosító szolgálat* keretében 400-nál több külföldi szakfolyóirat tartalomjegyzékének fénymásolata rendelhető meg. Az évi előfizetési díj a folyóirat periodicitásától függően változik (40,— Ft-tól 400,— Ft-ig).

*

A szolgáltatások részletes ismertetését, valamint a szakirodalmi tájékoztatás egyéb formáit az OIK propaganda füzetek tartalmazza, amely díjmentesen igényelhető. Postai cím: Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár Bp. Pf. 452, 1372, tel.: 343-789.

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó 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

