

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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

14. SZÁM

*

1984. ÁPRILIS 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Eckhardt Sándor dr.:
Április 4-e elé 807

Jaro Krivohlavy dr.:
Szemtől szembe a halállal 809

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bor Katalin dr., Elek Sándor dr.,
Elekes István dr., Polgári István dr.
és Csákány György dr.:
Van-e fokozott nefrotoxikus hatása a per os
és az intravénás cholegráfia „rátöltéses”
alkalmazásának? 815

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Sonkodi Sándor dr., Holzinger Gábor dr.,
Zombori János dr., Ormos Jenő dr.,
Kiss Attila dr. és Kelemen János dr.:
Arteria renalis elzáródás okozta súlyos
hypertensio 821

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Ludányi István dr. és Czeizel Endre dr.:
A VACTERL-társulás kórerediti vizsgálata 825

KAZUISZTIKA

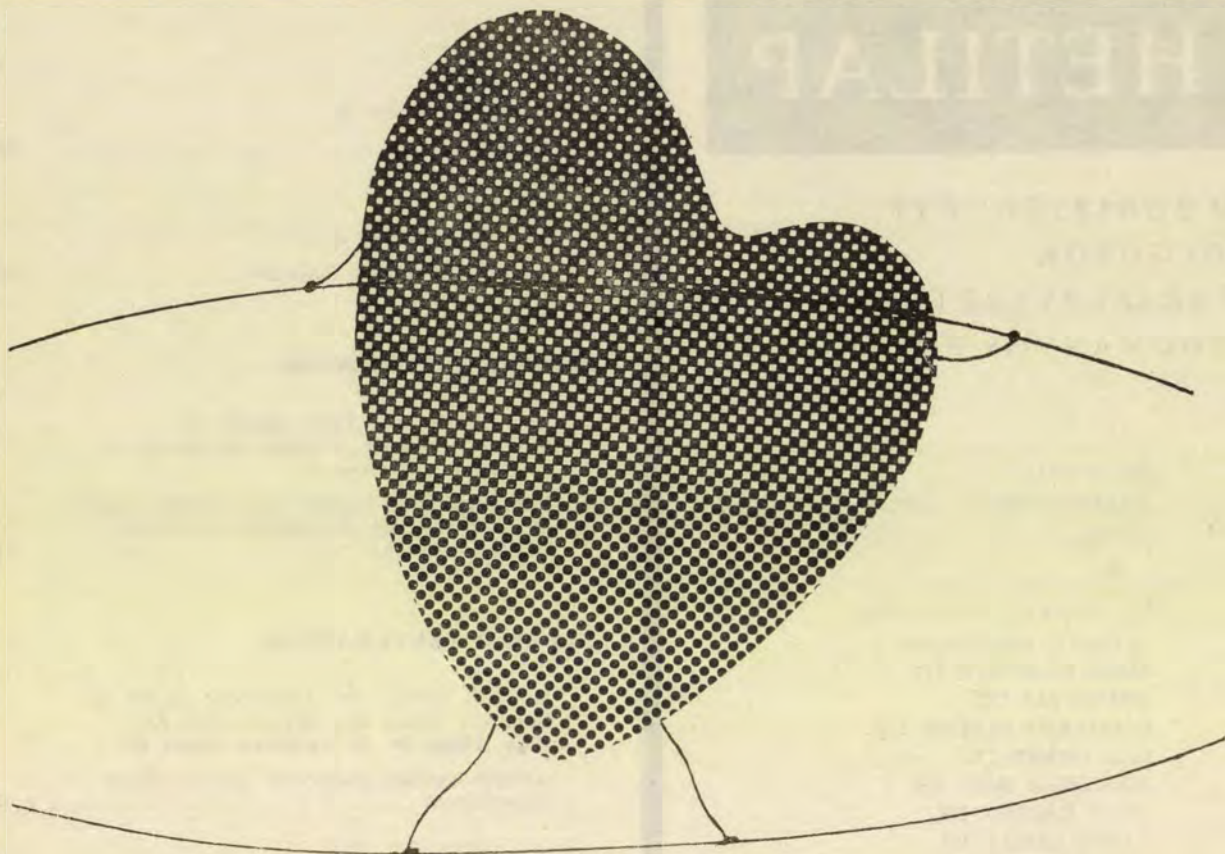
Medek Sarolta dr. és Nagy Ervin dr.:
Reye szindróma haemocol perfúzióval
gyógyult esete 831

HORUS

A fagyvilág magyar orvosvándora 835
Erdélyi történetírók egészségügyi közlései
a török időkben 837
Libéria egykori magyar minisztere Fuszek
Rudolf dr. 841

Folyóiratreferátumok 843
Levelek a szerkesztőhöz 860
Könyvismertetés 861
Hírek 863

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 hydrochloricumot 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× $\frac{1}{2}$ 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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

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

- catecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel és adrenerg neuronbénítókkel,
- inzullinnal 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

Április 4.-e elé

Hazánk felszabadulásának 39-ik évfordulójára emlékezünk. Emlékezünk azokra, akik életüket vesztették függetlenségünk visszanyeréséért és azokra, akik az elpusztult ország romjain az újjáépítést megkezdték. Jelentős évforduló ez valamennyiünk számára, akik igazságosabb, emberibb és boldogabb jövőt tervezünk és építünk a szocializmus gondolataitól és eszméitől indítva.

Sokan sokféleképpen méltatták ezt az évfordulót. Volt, aki a felszabadító szovjet hadsereg útját követte, s megemlékezett a vele együtt harcoló szövetségeseiről és a vele együtt szenvedő magyar népről. Volt, aki a harcokkal párhuzamosan kialakuló független Magyarország első szárnypróbálgatásait emelte ki az emlékezés alkalmából. Abban azonban mindenki megegyezett, hogy beköszöntött egy olyan korszak, amely alkalmas évszázados sebeken begyógyítására, a már-már katasztrófával fenyegető lemaradásunk bepótlására és valami új, valami okosabb és szebb életforma elindítására.

Így volt ez az orvostudományban is. A magyar orvostudomány már a XIX-ik században is jelentős szerepet töltött be az egészségügyi és biológiai ismeretek bővítésében és hazai alkalmazásában. Erre a hagyományra támaszkodva kinevelődtek a felszabadulás előtt is olyan kutatók és klinikusok, akiknek nevét az egész világ tudományos közvéleménye ismeri és becsüli. Mégis, 1945 után olyan robbanásszerű fejlődés indult meg, olyan felzárkózás kezdődött a nemzetközi élvonalhoz, főleg szovjet és angolszász befolyásra, amely az addig egyoldalúan német orientációjú kapcsolattartásunkat és tudományos elszigeteltségünket viszonylag rövid idő alatt felszámolta. A mellkassebészet meghonosítása, a traumatologia, az anaesthesiologia mint önálló disciplina fejlesztése a felszabadulást követő évtizedre esik. Ide tartozik a daganatkutatás és a daganatos betegekkel való kiemelt foglalkozás tudományának: az onkológiának hazai útnak indítása is, amely a Szovjetunió mintájára 1952-ben kezdődött meg. E sorok szerzője úgy érzi, nem tud méltóbban megemlékezni az elmúlt 39 évről, mint hogy végigköveti ezt a hosszú és néha göröngyös utat.

Az onkológia mint önálló tudomány először a leningrádi *Petrov* professzor kezdeményezésére jelenik meg a harmincas években az orvosi köztudatban. Ő a szerzője az első ilyen címet viselő könyvnek, melyben kifejti, hogy a daganatos betegségek tömeges elterjedtségük, valamint rendkívüli társa-

dalmi és szociális súlyuk miatt különleges helyet foglalnak el az idült megbetegedések sorában. Indokolja ezt a környezeti daganatkeltő hatások szükségességének tanulmányozása is, mely nélkül sikeres rák megelőzés nem lehetséges. További indok, hogy speciális kezelési módszereket kell alkalmazni a betegség terjedésének megállítására, illetve a betegek meggyógyítására (rádium, röntgen kezelés) és e therapiás eszközök koncentrációja kórházi centrumokban a klinikai kutatás részéről és anyagi szempontból is célszerű. Így alakultak ki az onkológiai kórházak. A Szovjetunió kivül ilyenek már Angliában, Skandináviában, Franciaországban és Németországban is léteztek, de tevékenységük jórészt csak a sugárkezelésre szoruló rákos betegekkel való foglalkozásra korlátozódott. A petrovi gondolat ennél sokkal többet jelentett: interdiszciplináris együttműködést hirdetett az egyes biológiai és orvostudományi szakmák között a daganatkutatásban és a daganatgyógyításban egyaránt.

Ugyanez a gondolat vezérelte a felszabadulás után 7 évvel az egészségügyi kormányzatot, amikor megalapította 1952-ben az Országos Onkológiai Intézetet. Az Országos Onkológiai Intézet működési szabályzata kimondja, hogy az Intézet feladata a hazai daganattellenes küzdelem irányítása. Részletve ez azt jelenti, hogy ide tartozik a daganatkutatás és annak koordinálása, valamint a daganatos betegségek korszerű diagnosztikus és therapiás eljárásainak bevezetése, a daganatos betegségek morbiditásának és mortalitásának nyilvántartása, az onkológia oktatása, a közvélemény korrekt tájékoztatása és a lakosság egészségnevelése a daganatok elleni védekezés szempontjából.

Ezzel egyidejűleg az Egészségügyi Minisztérium onkológusok közreműködésével szűrővizsgálatokat kezdeményezett, melynek kivitelére megalakította az onkológiai hálózatot. Ez a szervezet — szovjet mintára — az ország egész területén próbálta érvényre juttatni a daganatos betegségek megelőzésének, szűrésének és korszerű kezelésének irányelveit, több-kevesebb sikerrel. Érdeme volt, hogy felhívta a figyelmet a daganatok egy jelentős részének megelőzhetőségére és korai szakban történő felismerés esetén gyógyíthatóságára. Kudarca abból következett, hogy sem megfelelő számú szakemberrel, sem kellő felszereltséggel, sem kellő tekintéllyel nem rendelkezett.

A hatvanas évek végén azután gyökeres fordulat állt be. Megfogalmazódott az az alapelv, hogy a daganatos betegségek kezelése az egész egészség-

ügy feladata. Az onkológus szerepe e feladat koordinálása és az interdiszciplinaritás biztosítása. Az onkológus egyúttal speciális szaktudásával biztosítja a daganatos betegek számára a különleges kezelési eljárásokat is (sugártherápia, chemoterápia), míg a csupán átlagos kezelést igénylő beteg a területi ellátásban jut a szükséges diagnosztikus és gyógyító eszközökhöz és gyógyeljárásokhoz. Ezzel egyidejűleg a szűrési módszerek is átértékelésre kerültek. A cytológiai vizsgálat tömegessé válásával a női lakosság átszűrtsége 1983-ban már elérte az 50%-ot. Ez azt eredményezte, hogy nagymértékben csökkent a gyógyíthatatlan méhnyakrákok száma és jelentősen megnőtt a gyógyíthatóké. Hasonló stratégia készült szájüregi, emésztőszervi, tüdő, bőr, emlődaganatok megelőzésére és korai szűrésére, amelynek megvalósítása a közeljövő feladata.

Időközben az onkológusok és az onkológiai ellátás megkapta mindazt a szükséges segítséget, mely elismertetésének nélkülözhetetlen feltétele. Tanszékek létesültek, önálló szakképesítéssé vált az onkoradiológia és a klinikai onkológia. A felszereltség lemaradásának felszámolására központi célprogramok alakultak, amelyek ha lassan is, de eredményesen javítottak a rákgyógyítás elmaradt állapotán. Az interdiszciplinaritás, a konzíliumi rendszer egyre népszerűbbé vált és a szűrések ki-

vitele is egyre kevesebb szemléleti és technikai akadályba ütközik. Megújult az onkológusok összetétele. Ma már az onkológus szakellátás nem csak nyugdíjas korú nőgyógyászok csoportja, hanem erre a célra specializálódott fiatal szakemberek serege igyekszik megbirkózni a daganatos betegségek fenyegető veszedelmeivel.

Mi onkológusok úgy tekintünk vissza 1945-re és 1952-re, mint működésünk bölcsőjére. Átéltük a kamaszkor viharait és most lassan az érett, eredményes, céltudatos férfikor esztendeit reméljük elérni. Erre biztosítékunk a szocialista egészségügyi kormányzat szüntelen segítő szándéka, amely érzi törekvéseink igazát és ismeri a rákos megbetegedések társadalmi méretű következményeit.

Számunkra ez az április 4-e legfontosabb tanulsága: azt a lehetőséget, azt a nyitást, amit a felszabadulás a mi szakterületünkön számunkra biztosít, kötelességünk jól felhasználni. Nyitott szemmel és a világ legújabb és leghaladóbb eredményeire figyelve kell folytatni azt a sziszifuszi munkát, amely lehet, hogy évente csak 1—2%-kal, de 10 év alatt már 10—20%-kal javíthatja a daganatos betegségek morbiditását és mortalitását. Ezt várja tőlünk mindenki ebben az országban.

Eckhardt Sándor dr.

A szerző általános áttekintést nyújt a thanatológia főbb témaköreiről: a halál értelmezése; a haldoklás időszakának pszichés jelenségei; az élet végének meghatározása; a haldokló betegről való gondoskodás; a halál etikai és jogi kérdései. A halálos kimenetel közlése ellen és mellett szóló érvekkel ad szempontokat az adott esetben célszerű orvosi magatartás megválasztásához. A haldokló beteg ágyánál a félelem és az érzelmi túlfeszítettség az orvosban és a nővérben éppúgy jelen van, mint a betegben és hozzátartozóiban. Segíteni csak az tud, aki felkészült arra, hogy szembenézzen a halállal.

Facing the death. The author offers a general survey about the main topics of thanatology: interpretation of death, psychic phenomena of the dying period, determination of the end of life, how to take care of the dying person, ethical and legal problems concerning death. Enumerating arguments for and against telling the fatal outcome, the author suggests viewpoints for the doctors how to be have in a given situation. At the bedside of the dying person fear and tension are present not only in the patients and their relatives but also in the doctors and nurses, and only those are able to help who are prepared to face death.

Aki betegek gyógyítására és ápolására képesítést nyert, tisztában van azzal is, hogy tevékenységükben számos olyan váratlan feladat adódik, melyekre a képzés során felkészülni nem lehet. A gyógyító ember és a beteg kapcsolatában a felelősségérzet, türelem mellett azok a pillanatok a legfontosabbak, amikor a beteg egy-egy mozdulattal, arckifejezésével, tekintetével tudja vágyait, aggodalmait, fájdalmát, szomorúságát környezetével közölni. Ezek a jelek látszólag lényegtelenek a gyógyítás folyamatában; különösen akkor válik jelentőségük nyilvánvalóvá, amikor a betegség győzedelmeskedik, az orvos és a nővér közvetlenül találkozik a haldoklóval, részese a haláltusának és az élet elmúlásának. A tapasztalat arra int, hogy ezzel a kérdéssel foglalkozni kell.

A thanatológia — a halál jelenségeivel és magyarázatával foglalkozó tudomány az utóbbi évtizedekben a haldoklással és a halállal foglalkozó tanulmányok, könyvek sokasodásából bontakozik ki. Nemcsak átfogó bibliográfiák (20, 23, 29, 31) és ismert könyvek (16, 17, 18, 24) mellett az „Omega”, „The Journal of Thanatology”, „Archives of the Foundation of Thanatology” speciális folyóiratok, vagy folyóiratok fejezetei, pl. „The Journal of Medical Ethics”, „The Hastings Center Report” (13) foglalkoznak e nehéz, érzelmileg megterhelő témával. A nővérek (4, 7) és orvosok (5, 1) részére tankönyvek készültek, az egyetemi továbbképzésben Pearson (26), Brim (2), Cartwright (3) és számos más szerző thanatológiai tanulmánya áll rendelkezésre.

A thanatológia speciális formájaként a gyermekek (21) és a rákos betegek (6) halál előtti állapotával és a halál bekövetkeztével közvetlenül foglalkoznak a szerzők, míg általánosabb formában a haldokló családi, rokonai kapcsolatait vizsgálják, mint Kutscher (19) Goldberg (9), Troup (30), Pritchard (27) és mások. A szerző (14) munkájában az orvos és a betege között zajló „hangtalan beszélgetéseket”, a nővérek és a haldokló betegek, tovább-

bá a közvetlen hozzátartozókkal való kapcsolat sajátosságait tanulmányozza. Számos egyetem orvosok, nővérek, pszichológusok, jogászok, szociológusok és szociális dolgozók együttműködésével szervez thanatológiával foglalkozó szemináriumokat (Harward, Cambridge, Boston, Massachusetts).

Thanatológiai témakörök

A szerző megkísérli, hogy ezen új tudomány kérdéscsoportjairól áttekintést nyújtson.

1. Általános thanatológia

Az orvosi álláspontok két szempontja:

a) egy bizonyos betegségre és annak gyógyítására irányul;

b) a beteget integráns egységként tekinti, nemcsak biológiai értelemben, hanem „egyéniésként”, akinek érdekét a végsőkig tiszteletben kell tartani.

Az általános thanatológia nemcsak orvos-egészségügyi szempontból tekinti a halált, hanem etikai, jogi, szociális oldalról is. Pszichológiai, szociálpszichológiai kérdéseket vet fel a haldokló beteg, az egészségügyi személyzet, a hozzátartozók és a többi beteg egymáshoz való viszonyulásának segítésére. A beteg életéért való küzdelem és a haldoklás különleges orvosi kérdései a thanatológiában is a középpontban vannak, de az általános thanatológia tágabb látókörében olyan témák is szerepelnek, mint „a beteg életének utolsó szakaszában nyújtott tisztelet”, vagy „a haldokló jogi kérdéseinek etikai oldala”.

Az általános thanatológia foglalkozik a halál értelmezésével, mely történelmi korok szerint változik. eltérő véleményt képviselnek a különböző világnézetű, etnikai, kulturális helyzetű egyének. Az utóbbi években különös figyelemben részesítik a gyermekeket és megkülönböztetett módon vizsgálják a haldoklók és a közeli rokonok kapcsolatát. Mászt jelent a felnőtt, az idős, és ismét mászt a serdülő vagy ifjú viszonyulása a halálhoz, melyeket a velük foglalkozóknak ismerniük és tiszteletben tartaniuk szükséges. E témában a haldok-

ló saját állapotáról kialakított ismerete is alapvető jelentőségű.

Mind gyakoribbak a halált megelőző fájdalomokról és szenvedésekről írt tanulmányok. A tehetetlenség, a kétségbeesés, a halálfélelem váratlan, újszerű érzéseket vált ki a súlyos betegből. A lelki felindultság érzelmi megnyilvánulásai sokfélék, nemcsak a fájdalom és a szenvedés, hanem a magárahagyottság, az „egyedül szemben a halállal” emóciói. A halálfélelem „skálája” sajátos légkört teremt az orvos, nővér és beteg között. Ez nem akadémiai jelentőségű téma csupán, hanem olyan jelenség, amellyel a gyakorlatban nap mint nap találkozunk. A beteget utolsó óráiban tényleges segítő társként, teljes felelősségérzettel, teljes emberként kell szolgálnunk.

Az általános thanatológia áttekintést nyújt a világ különböző helyeinek megnyilvánulásairól és gyakorlati tapasztalatairól. A végzetes kimenetel ismertetése, vagy elhallgatása szinte államok szerint is megoszlik. A tanulmány további részében érveket és ellenérveket sorolunk fel e kérdéssel kapcsolatban, majd szűkebb áttekintést adunk a halálozás etikai és jogi kérdéseiről.

2. Az eltávozás időszaka

A „beteg él” — a „beteg nem él” klasszikus két típus megállapításával szemben az utóbbi évtizedekben a beteg élete utolsó szakaszának minőségi megkülönböztetése kerül egyre inkább az előtérbe. Kübler-Ross (16) többszáz beteg életlefoiyásának megfigyelésére alapozta tipológiáját: a) tagadás-izoláció; b) harag-neheztelés; c) megalkuvás; d) depresszió; e) elfogadás-beletörődés. Mások pl. Hilton mélyebb megfigyelésekkel gazdagítja ezt a felosztást.

a) A betegség diagnosztizálása, ennek komolyan vétele és tudatosítása.

b) A megállapított betegség létezésének tagadása, a kórisme gyökeres elutasítása, ismételt laboratóriumi vizsgálatok kérése, további orvosi vizsgálatok elutasítása stb.

c) Elkeseredés és harag — a szorongás élménye, félelem az ismeretlentől, a lét testi oldalának elvesztésétől, a külső deformációktól, a hanyatlástól, az öntudat elvesztésétől. Bizonyos értelemben félelem az emberi méltóság elvesztésétől, a kiszolgáltatottságtól, a gyermekessé válástól. Különösen erősek ezek az érzések a serdülőknél, fiatal felnőtteknél, míg az idősebbek relatíve könnyebben küzdik le ezt az időszakot.

d) A halállal való versengés: a támadás és a védekezés váltakozása. Főleg a fiatalokra jellemző: elutasítják a diagnózist, a dolgok irányítását akarják kézbe venni, akár a halállal szemben is.

e) A kiegyezés szakaszára jellemző: a súlyos betegség és a reménytelen kimenetel tényének több-kevesebb elfogadása. A beteg arra igyekszik, hogy maradandó életét a maximumra, vagy bizonyos családi esemény megtörténtéig meghosszabbítsa. Pl. leánya férjhez megy, a fia befejezi az iskolát.

f) A süllyedés szakasza — testileg és lelkileg. A beteg elkülönítve, magárahagyva érzi magát

mindentől, amit az élet utolsó fázisa adhatott volna neki, ami örömet szerezhetett volna. Ez a depressziót előidéző okok egyike.

g) A reménytelen kimenetel tényének elfogadása, az egyéni célok, elképzelések feladása. Ez a szakasz függ attól is, hogy a beteg hogyan élte le egyéni életét. Értelmesen, hasznosan, jól és a szépen élt élet tudata a beteg segítségére válik. A következő halál tényét ebben az esetben minden nagyobb félelem nélkül és nyugalommal fogadja el. Ebben az utolsó szakaszban fennáll az „egyegetlenség” lehetősége, az élet bonyolultságának megfelelően. A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a szakaszok nem szabályszerűen következnek egymás után, kilengésekkel, visszatérésekkel találkozunk. Mindezek ellenére ezek a megfigyelések nem veszítik el értéküket, hanem a beteg pszichikai állapotának jobb megértését teszik lehetővé.

3. Az élet végének meghatározása és megállapítása

Szinte minden orvosi tankönyvben találkozunk a halál definiálásával és diagnosztizálásával. Ez szükségszerű, mint a mondat végére a pont. E kérdések összessége a thanatológia körébe tartozó alapjelenségek része. A téma iránt tanúsított szokatlan élnk érdeklődés mégsem hozott egységes definíciót, döntést és diagnosztikus előrehaladást, mint a reszuscitáció és a transzplantáció esetében. Az orvostudomány e két aránylag új kérdésében az elmélethez a gyakorlati tapasztalatok nyújtottak segítséget.

A reszuscitációnál a kérdés így hangzott: mikor mondhatjuk ki, hogy a komatózus állapot irreverzibilis? A gyakorlatban egészen konkrétan hangzik: a szervezetet életben tartó technikai berendezés működésben hagyása vagy kikapcsolása. A transzplantáció esetében a szövetet adó szervezet hirtelen, nem várt megszűnése és a halál túlságosan kései megállapítása a szövetet befogadó szervezetre veszélyeztető.

Ezek mind orvosi, mind jogi szempontból jelentős kérdések. Itt a törvényekhez kell fordulnunk, pontosabban az alapszabályzatokban megadott halál meghatározásához. A halál, mint egyedülálló, sajátos jelenség mindig is a figyelem és érdeklődés középpontjában állt és áll ma is. A klasszikus, aránylag statikus nézőpont az „életmegnyilvánulások” hiányát kevésbé fejezi ki, mint a halál folyamatának dinamikus értelmezése. A halál ma mint esemény kap nagyobb jelentőséget, melynek időbeni folyamatossága és jellegzetessége van. A figyelem az életet biztosító lényeges biológiai szervek fokozatos elhalására összpontosul. Melyik funkciót tekinthetjük az élet és a halál között levő határvonal megdönthetetlen bizonyítékának? Moody (24, 25) közleményének megjelenése után a klinikai és a biológiai halál megkülönböztetése felé fordult a figyelem. A definícióban az agy működésének végleges megszűnésére (cerebral death, brain death) utal. Itt nemcsak laboratóriumi módszerekre és műveletekre gondolnak, hanem a gyakorlatban általános módszerre, pl. izotóp angiográfia klinikai felhasználása (10). Az agy működé-

sének leállításáról nyilatkozni felelősségteljes és nehéz feladat. A mában kidolgozott általános kritérium a „tervszerű” halálon alapszik, azaz az utolsó szakasz irreverzibilis fázisa.

4. A thanatológia szociális és szociálpszichológiai kérdései

A haldokló nincs egyedül a kórházban sem. Mind az egészségügyi személyzettel, mind betegtársaival és hozzátartozóival kapcsolatba kerül. A haldoklóval való kapcsolat sajátos szociális interakció. Az esetek sorozatában dialógikus formája van, két ember között játszódik le (pl. orvos és a beteg között). A hallgatás nem old meg semmit, akár akarjuk, akár nem, szavak nélkül is kölcsönösen értésítjük egymást valamiről. Ennek a szociális kommunikációnak túlnyomó része nem szavakban nyilvánul meg, vagy akár a szavakban kifejezettek ellenére. Nem szűkíthető le arra a verbális kommunikációs kérdésre, mely lényegében így hangzik: megmondjuk, vagy hallgassuk el a beteg előtt az igazságot. Ez a leszűkítés jogtalanul háttérbe szorítja az orvos és a beteg között létrejövő „hangtalan” kommunikációt (14).

5. A haldokló betegről való gondoskodás

A betegről az utolsóig való gondoskodás klasszikus igénye napjainkban is érvényes. A thanatológiában ez a meghatározás némileg bővül és specializálódik. Nyilvánvalóvá vált, hogy a halál-tusáját vívó betegről való gondoskodás nem merülhet ki a fizikai állapottal való törődésben. Elkerülhetetlenül ide tartozik a beteg pszichikai állapotáról való gondoskodás is. Éppen ezért nem tekinthetjük valamilyen különösségnek a thanatológia irodalmában sorozatosan előforduló kezdeményezések, javaslatok, módszerek összességét, mivel ezek a legrészletesebben igyekeznek megadni az utolsó szakaszban szükséges tennivalókat. Szó esik itt a klasszikus relaxációs technikáról, ismert pszichoterápiás eljárásokról, de egy sor egészen sajátos és a beteg állapotának megfelelő hozzáállásról is. Példaként szolgálhat az autoszugesztív és stimuláló eljárás, amit az onkológián eredményesen alkalmaznak (28).

Az orvosok minden ismert eljárás mellett mindig újakkal próbálkoznak. Ki készíthet fel ilyenfajta „orvossággal” e tevékenységre? A halálos betegéről való gondoskodás sajátosságaival túllépi a cikk terjedelmének lehetőségét, így meg kell elégednünk a pszichofarmakológia terén Goldberg és munkatársai (9) forrásmunkájának megemlítésével.

A súlyos betegről való gondoskodás nem hagyhatja figyelmen kívül az őt körülvevőket sem. Elsősorban a családtagokra kell gondolnunk. Hangsúlyozzuk a haldokló gyermek és a szülő kapcsolatának sajátosságát, amire *Vyhnálek* (32) és *Vyhnálka* tapasztalatai utalnak. Gondoskodni kell az orvosokról és a nővérekről is. Az elővigyázatosság egyik formája a csoportpszichoterápia, a Bálint-csoport, melyek különösen beváltak onkológián, leukémiás betegek gyógyításával foglalkozó részlegeken (15, 12). A tapasztalatok azt mutatják, hogy

effajta elővigyázatosságok szükségesek lennének más részlegeken is.

6. A halál etikai és jogi kérdései.

Az orvostudomány etikai problémáinak bibliográfiája (13) 2300 szakirodalmi adatot tartalmaz, közülük több mint 300 kizárólag a halál etikai kérdéseinek speciális problémáival foglalkozik. A leggyakrabban vitatott téma: mikor fejezhető be a gyógykezelés a terminális állapotban levő betegnél.

Mind gyakrabban foglalkoznak azokkal az etikai kérdésekkel, amelyek a beteg akaratát méltányolják: a terápiás beavatkozás után fellépő minimális javulás lehetőséget ad a betegnek, hogy hozzájárul egy újabb és veszélyes beavatkozáshoz, vagy megtiltja azt. Ezt úgy is nevezhetnénk, hogy a „betegnek joga van a saját halálához”. Publikálják azoknak az orvosi jogeseteknek a gyűjteményét, melyekben a páciens a meghalása előtt kért nyugodt, orvosi beavatkozás nélküli halált. Nyilvánosságra kerülnek kigondolt, mesterséges „bíró-sági esetek” („The Case of Karen Quinlain”). Ezekben a helyzetekben az orvos a főügyész előtt áll, és nemcsak a bíróság, de a jelenlevő közönség is szembesül a kérdéssel, hogy joga van-e a betegnek a saját halálához.

Sajátosan hasonlít ez a neonatológia kérdésfeltevéséhez is. Amennyiben megengedhető „csontjaiban” használni a szavakat, úgy a kérdés így hangzik: „tartsuk életben a fogyatékos gyermekeket, vagy hagyjuk meghalni őket?” Az említett bibliográfia az utóbbi években e témáról is tartalmaz közleményeket.

Az eddigiekben áttekintést szeretnénk volna adni azokról a legfontosabb kérdésekről, melyekkel a thanatológia foglalkozik. Közülük valamivel bővebben és mélyebben egy nyílt vitává vált témát vázolnánk:

A thanatológia sajátos kérdése: megmondani, vagy elhallgatni az igazságot?

E fejezet nem mondja ki a „végső” ítéletet, de szeretne azokkal a kérdésekkel foglalkozni, melyekkel az orvos a gyakorlatban számtalanszor találkozik.

A leszűkítés veszélye

A szociálpszichológia felhívja a figyelmet arra, hogy közléseinket nem egyszerűsíthetjük le csupán a szóbeli információra. Az előzőekben utaltunk rá, hogy mondanivalónkat nem csak szóval, hanem elsősorban szavak nélkül, mozdulatokkal közöljük. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy hangtalanul szükségyszerűen kommunikálunk. Szándékunkat, legfontosabb közlendőinket cselekedeteinkkel, viselkedésünkkel is a másik tudomására hozzuk. Természetesen a verbális közlés lényegesen gazdagabb lehetőséget ad valaminek a megmagyarázására. Nem egyszerűsíthetjük le csupán arra, hogy kimondjuk-e a diagnózist és a prognózist.

A szóbeli közlés különböző szemszögekből

Az emberi kapcsolatok nyelvi kérdéseivel foglalkozó szakemberek megállapítása szerint a következő nézőpontokat kell figyelembe venni bárhol, ahol valaki valakivel beszélgetést folytat:

— *ki* mondja — pl. a főorvos, a kezelő orvos;

— *kinek* mondja — a betegnek, a beteg hozzátartozójának;

— *mikor* mondja — mivel kapcsolatban mondja; mi játszódott le a közlés előtt; mit vár a partner; mit tud a partner arról, ami az adott pillanatban körülötte van; kik vannak körülötte;

— *hol* mondja — nem egyszerűen a helyiségről van szó, de figyelembe kell venni, hogy rendelőben, nyugodt szobában, kórteremben történik-e a beszélgetés; egyáltalán a környezet jellegzetességei szociális összefüggésben (ki hallgatja a beszélgetést);

— *mit* mond — azaz mi a szavak jelentése az orvos, illetve a beteg számára;

— *hogyan* mondja — a közlés formája, a használt szavak, milyen érthetően, milyen világosan, milyen hangsúllyal;

— *miért* mondja — mi a szándéka a közlőnek, mit akar a közléssel elérni;

— *milyen hatása van a közlésnek* — eredményes volt-e a beszélgetés, milyen következménnyel járt a betegre nézve...

A kimondás ellen és mellett szóló érvek

A diskusszióban számos érv halmozódik, nagyjából annyi az ellene, mint a mellette.

A prognózis közlése ellen felhozott érvek képviselői a „pia fraus” (kegyes csalás) álláspontján a következő érveket hozzák fel:

a) Bizonyos kulturális hagyományokat tisztelőben kell tartani, a múltban ez honosodott meg, tehát érintetlenül kell hagyni. (Vannak kulturális területek, ahol a közösség az ellenkezőjét várja el: figyelmeztetést az állapot súlyosságáról).

b) A reménytelen kimenetel közlése nem tartozik az orvos klasszikus feladatkörébe; fő feladata a gyógyítás és nem a halálra való felkészítés. A háttérben látnunk kell a valóságot: ki tanítja meg az orvost erre; milyen ismérveken alapul a megoldás sikeressége; milyen következményei lehetnek a hiányos felkészültségnek?

c) Régi bölcsesség, hogy csak a „saját bőrünkön” átélt dolgokról tudunk igazán beszélni, személyes élményeinket tudjuk igazán átadni. A másikat csak az készítheti fel, aki ugyanabban a szituációban személyesen helytállt. Ki törődik ezzel, hogy az orvosok milyen személyes tapasztalatokkal rendelkeznek?

d) Az érvek negyedik csoportja a beteg magatartását vizsgálja a hír tudomásul vétele után. A betegek nagy részét felkészületlenül éri a reménytelen prognózis, elképzelhetetlennek tartják haláluk lehetőségét, és egyáltalán képtelenek kiegyezni a közölt ténnyel. A betegek depressziójára, összeomlására, érzelmi sokkjára hivatkoznak, mely végül

is öngyilkossághoz vezethet. Ez összeegyeztethetetlen az orvosi hivatással. A gyakorlatból vett érvek azt bizonyítják, hogy a beteg sokszor felkészületlenül áll a közelgő halála előtt, reménytelenné és csüggedtté válik.

e) Azzal is érvelnek, hogy a betegek nagy része egyszerűen hallani sem akar az igazságról, egészségi állapotáról, ezzel utasítja el a halál sejtelmét.

A prognózis közlése mellett felhozott érvek

a) Ahhoz, hogy az orvosi ténykedés kedvezőtlen mellékhatásoktól mentes legyen, a beteg és az orvos között kölcsönös bizalomra van szükség. Hogyan lehetséges bizalom ott, ahol nincs őszinteség? A beteg joggal várja el az orvostól, hogy az iránta tanúsított bizalom tudatában ne vezesse félre őt.

b) Az orvosi beavatkozás eredményességéhez elengedhetetlen a beteg és az orvos együttműködése, ami ugyancsak a kölcsönös és teljes őszinteséget kívánja meg mindkettőjüktől.

c) A reménytelen kimenetel „írgalmas elhallgatóival” szembenállók csoportja azzal érvel, hogy végül is a betegek csaknem száz százalékban tudomásul veszik állapotukat, végül, ha kerülő úton is, de megtudják az igazat. Kíérzik az egészségügyi személyzet viselkedéséből, a látogatók megnyilvánulásából, az orvos hallgatásából. Észreveszik, hogy a többiek „színházat játszanak” előttük. Durvább formában rádöbbennek a valóságra, hogy „leírják” őket. Hogyan tud majd a beteg orvosával beszélni, aki réműlettel konstatálja másokon saját rendkívül súlyos, reménytelen állapotát, melyet leghamarabb kezelőorvosának kellett volna észrevennie.

d) A tapasztalat inkább azt bizonyítja, hogy a reménytelen prognózis ismerete nem fenyeget az öngyilkosság veszélyével (22).

e) A beteg felülmúlhatja önmagát, ha tudja, hogy miért. Ha elhitetjük vele, hogy állapota relatíve jó, megfosztjuk attól a motivációtól, hogy az életben maradás érdekében minden maradék erejét, tartalékát mozgósítsa. Az irreverzibilis betegség folyamata látszólag megváltozhat. Itt nemcsak benyomásokról van szó, gyakorlati tények is bizonyítják (28).

f) A kényszerhelyzetben az orvos kötelességének érzi a kedvezőtlen kimenetel közlését azzal a betegével, aki nagyon fontos döntés előtt áll.

g) A „vég” időpontjának közlése is kelthet a betegben bizonyos reményt. Minden embernek vannak kitűzött céljai, melyeket általában bizonyos időponthoz köt. A gyakorlatban ez esetenként célszerűnek bizonyul.

h) A betegek nagy része világosan akarja látni helyzetét. Nem valamiféle kíváncsiságról van itt szó, jóval több ennél: életszükséglet. Az a tudat, hogy közel az utolsó alkalom, döntő fontosságú lehet számára. Pl. ha valaki be akarja fejezni elkezdett munkáját, vagy még tenni szeretne valamit, amire egész életében készült, szükségszerűen tudni akarja, mennyi ideje lehet még hátra. Az ember igényel bizonyos időt, hogy felkészüljön „utolsó útjára”. Pszichológiai szempontból különösen komoly dologról van szó. Kübler-Ross (18) írja: „Az

emberi érettség legmagasabb stádiuma a halál". Súlyos betegség folyamatában az egyénnek alkalma van a „megérésre”. A beteg személyisége kikristályosodhat és tisztázódhat kapcsolata egy másik emberrel is. Számos esetben a betegség konfliktusok megoldásához segít. A hívő számára ez a végső kiegyezés istenével.

i) Megfigyelések tanúsága szerint a *bizonytalanság* tudatától jobban szenvednek a betegek. Ez az állapot termékeny talaj a pszichés zavarok számára, amit a pszichiáterek igazolhatnak.

k) A sajátos emberi kapcsolatokat a nyíltság, őszinteség jellemzi. Ha ezek a kapcsolatok nélkülözik e tulajdonságokat, a kölcsönös viszony instrumentálissá degradálódhat. A legradikálisabb érvelők ebben az esetben az ember tárggyá válásáról beszélnek; a beteg szakszerű technikai kezelés objektumává lesz, nem marad meg egyénnek, személyiségné.

Kilátások

Ahhoz, hogy az igazságot megmondjuk, vagy elhallgassuk, nyilván többre van szükség, mind az egyik alternatíva radikális elfogadása, és a másik elvetése. E területen a feladatok változatos sora adódik minden résztvevő számára. Mind az orvosoknak, mind a nővéreknek van még mit elsajátítani és tökéletesíteni. Ebben segíthet a szociálpszichológia és a diádikus kommunikáció szabályszerűségeinek ismerete. Ez még nem elegendő. Az sem elegendő, ha több ismeretünk van az egészségügyi személyzet és a súlyos beteg etikai kérdéseiről. Segíteni csak az tud, aki számára ezek a kérdések tisztultak. Hogyan tudunk itt segíteni? A kutatások eredményei rámutattak, hogy nem lényegtelen dolgokról van itt szó. Bebizonyosodott, hogy a haldokló beteg ágyánál a félelem és az érzelmi túlfeszítettség nagyobb mértékben jelentkezik magánál az orvosnál és nővérnél, mint a hozzátartozóban, vagy éppen a betegben (8). Ez akkor is tény, ha elhárítjuk magunktól.

Tisztában kell lennünk azzal, hogy mennyire készült fel a beteg arra, hogy mennyire képes arra, hogy szembenézzen a reménytelen prognózissal. Ha segíteni akarunk betegünknek, hogy megbékéljen saját közele halálának tényével, nem szabad, hogy hamis elképzelései legyenek az esetleges további hosszú életéről.

Ki hivatott arra, hogy megtanítsa a beteget közele halála tudatában létezni?

IRODALOM: 1. *Barton, D. (szerk.): Death and Dying: A Clinical Guide for Caregivers—Williams and Williams, Baltimore, 1977.* — 2. *Brim, O. G. és mtsai: The Dying Patient. Russel Sage Foundation, New*

York, 1970. — 3. *Cartwright, A. és mtsai: Life before Death. Routledge and Kegan, London, 1973.* — 4. *Caughill, R. E. (szerk.): The Dying Patient: A Supportive Approach. Little, Brown Comp. Boston, 1977.* — 5. *Crane, D.: The Sanctity of Social Life: Physicians's Treatment of Critically Ill Patients. Roussel Saga Found., New York, 1975.* — 6. *Dunphy, J. E.: On Caring for the Patient with Cancer. New England Journal of Medicine, 1976, 195, 313.* — 7. *Earle, A. M. és mtsai: The Nurse as Caregiver for the Terminal Patient and his Family. Columbia Univ. Press, New York, 1976.* — 8. *Feifel, H. és mtsai: Physicians Consider Death. Proceedings of the Amer. Psychol. Assoc. Convention. 1967, 201.* — 9. *Goldberg, I. K. és mtsai (szerk.): Psychopharmacologic Agents for the Terminally Ill and Bereaved. Columbia Univ. Press, New York, 1973.* — 10. *Goodman, J. M., Heck, L. L.: Confirmation of Brain Death at Bedside with Isotope Angiography. Journal of Amer. Med. Ass. 1977, 238, 966.* — 11. *Haskovcová, H.: Rub zivota a lic smrti. Orbis, Pyramida, Praha, 1975.* — 12. *Haskovcová, H., Lukášová M.: Nurses facing the Terminally Ill Patients. Zdrav. pracovnice, 1982, 7, 60.* — 13. *The Hastings Center Bibliography 1979—80. Compiled by S. Sollitto and R. M. Veatch, Hastings on Hudson, 1980.* — 14. *Křivohlavý, J.: Social Communication in the Medical Encounter. A Nurse Education Handbook, ILF, Praha (csehül), 1981.* — 15. *Křivohlavý, J.: Dialogue with the Severely Ill Patient — Psychotherapy and Psychic Rehabilitation of Severely Ill Patient. Avicenum, Praha (csehül), 1983.* — 16. *Kübler-Ross, E.: On Death and Dying. McMillan, New York, 1969.* — 17. *Kübler-Ross, E.: Questions and Answers on Death and Dying. Collier Books, New York, 1974.* — 18. *Kübler-Ross, E.: The Final Stage of Growth. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1975.* — 19. *Kutscher, A. H., Goldberg, M. R.: Bibliography of Books on Death, Bereavement, Loss and Grief: 1955—1968. Health Sciences Publ. Corp. New York, 1969.* — 20. *Kutscher, A. H., Goldberg, M. R.: Caring for the Dying Patient and his Family. Health Sciences Publ. Corp. New York, 1973.* — 21. *Lewis, S., Armstrong, S. H.: Children with Terminal Illness. Internat. Journal of Psychiatry in Medicine, 1977, 8, 8.* — 22. *Meerwein, F. (szerk.): Einführung in die Psychoonkologie. Huber Verlag, Bern, 1981.* — 23. *Miller, A., Acri, M. J.: Death — a Bibliographical Guide. Scarecrow Press, Metuchen, 1977.* — 24. *Moody, R.: Life after Life. Bantam Books, New York, 1977.* — 25. *Moody, R.: Reflections on Life after Life. Bantam Books, New York, 1977.* — 26. *Pearson, L. (szerk.): Death and Dying: Current Issues in the Treatment of the Dying Person. Western Reserve Univ. Press, Cleveland, 1969.* — 27. *Pritchard, E. L. és mtsai: Social Work with the Dying Patient and the Family. Columbia Univ. Press, New York, 1977.* — 28. *Simonton, C. O. és mtsai: Getting Well Again. Bantam Books, New York, 1978.* — 29. *Smith, A. J. K., Penry, J. K.: Brain Death — a Bibliography. National Institute of Health Publ. New York, 1972.* — 30. *Troup, S. B., Green W. A.: The Patient, Death and the Family. Scribner's Sons, New York, 1974.* — 31. *Vernick, J. J.: Selected Bibliography on Death. Public Health Service, N. I. H. 1980.* — 32. *Vyhnálek, M.: Psychological Aspects of Patients with Cystic Fibrosis (csehül). Psychiat. Conference Plock, Łódź, 1980, 223.*

(PHDR. Jaro Krivohlavý, JLF Ruská 85. 10005 Praha 10. CSSR)

BAYOLIN

KENŐCS



ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer Aethylenglykolum monosalicylicum	2500 HDB-E 5,00 g
Benzylum nicotinicum 50 g lemosható kenőcsben.	1,25 g

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögzépződést is gátolja. A nikotinsav—benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilénglikol monoszalicilát külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegszövetben meg-növekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatóak.

A szalicilátok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baléseti sérülések, contusiók, haemetomák,

distorsiók, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2—3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni. Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdőkkel fokozható.

FIGYELMEZTETES:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.

MEGJEGYZÉS:

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

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

Csomagolás:

1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,
BAYER A. G. LEVERKUSEN LICENCIA ALAPJÁN



BOR KATALIN DR.,
ELEK SÁNDOR DR.,
ELEKES ISTVÁN DR.,
POLGÁRI ISTVÁN DR.
ÉS CSAKÁNY GYÖRGY DR.

Van-e fokozott nefrotoxikus hatása a per os és az intravénás cholegráfia „rátöltés” alkalmazásának?

Gyógyszerkutató Intézet, Budapest (igazgató: Láng Tibor dr.) és
Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet (főigazgató: Csákány György dr.)

Kutyakísérletben vizsgálták a „rátöltés” cholegráfia (elégtesen eredményt adó per os vizsgálat azonnali i. v. folytatása) állítólagosan fokozott vesekárosító hatását. A sokrétű (izotópdiaosztikai, laboratóriumi, kórbonctani és kórszövettani) ellenőrző vizsgálatok tanúsága szerint a „rátöltés” nem jár fokozott vesekárosodással.

Is there any nephrotoxic effect of per os and i. v. „refill” cholegraphy? (Animal experiment). The possible increased nephrotoxic effect of the „refill” cholegraphy (i. e. when due to insufficient result of the per os examination an immediate i. v. examination follows) was investigated in dogs. The comprehensive control examinations (isotope diagnostic, laboratory, pathologic and histopathologic) proved that the application of this method does not result in an increased renal injury.

Az utóbbi másfél évtizedben a cholegráfias gyakorlatban felemás helyzet alakult ki a „rátöltés” kérdésében. A „rátöltés” akkor alkalmaztuk, amikor a per os cholegráfia nem adott egyértelmű választ az epebetegség gyanújában felvetődött klinikai kérdésekre, s ezért a vizsgálatot *haladéktalanul* i. v. cholegráfiával folytattuk. Ez az eljárás az 1950-es években nyert polgárjogot az eperendszer röntgendiagnostikájában, amikor a három jódatomos, az addigiaknál lényegesen kisebb toxicitású i. v. kontrasztanyag a Biligradin megjelent (3). Mintegy 15 évig eredményesen alkalmazták a radiológusok a „rátöltés”, amikor 1971-ben, néhány kazuisztikára támaszkodva (1, 6) a British Medical Journal szerkesztőségi cikkében az eljárást, mint különösen veszélyes módszert elvetette (13). A hivatkozott közlemények ugyanis azt sugallták, hogy a per os és az i. v. kontrasztanyag szukcesszív alkalmazása, e készítmények külön-külön is előforduló nefrotoxikus mellékhatását gyakoribbá és súlyosabbá teszi. A fokozott nefrotoxikus hatást pedig azzal magyarázták, hogy a per os kontrasztanyag kiválasztása — feltételezésük szerint — a májsejtek kisebb-nagyobb részét átmenetileg blokkolja, s a közvetlenül ezután adagolt i. v. kontrasztanyagnak a szokottnál nagyobb hányadát választja ki a vese. (A szokásos arány máj/vese) = 90/10%). Ezért az „Editorial” a per os és az i. v. vizsgálat közötti intervallumot 4–7 napban szabta meg.

A tekintélyes szaklapban megjelent szerkesztőségi óvás azóta is megosztja a nemzetközi szakmai

közvéleményt. Több országban és intézetben a „rátöltés” abbahagyták. Ez történt Magyarországon is. Az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet Kollégiuma 1974-ben módszertani levélben hívta fel a figyelmet a „rátöltés” különös veszélyére (11, 9). Más országokban és intézetekben tovább folytatták a „rátöltés” (akik például nem olvasták az irodalmat), de újabb súlyos szövödményről nem jelentek meg közlemények, sőt a 70-es évek végén a „rátöltés” jó eredményeiről számoltak be jóhírű intézetekből (2, 8).

Ismeretes, hogy hazánkban a per os cholegráfia részben éppen a fentiek hatására szorult háttérbe az i. v. eljárással szemben. Tartva ugyanis a 4–7 napos várakozás kényszerétől (ágy, táppénz, türelmetlenség) a per os vizsgálatot egyszerűen kiiktatták. Ennek a gyakorlatnak szakmai és gazdasági hátrányaira már rámutattunk (12).

Az irodalom tüzetesebb feldolgozásakor kitűnt, hogy az említett szerkesztőségi közlemény mögött sem állatkísérletes bizonyítás, sem statisztikailag kellő számú klinikai vizsgálat feldolgozott tapasztalata nem áll. A „rátöltés” kérdésében fennálló bizonytalanság eldöntése céljából állatkísérleteket végeztünk, amelyekről az alábbiakban számolunk be.

Anyag és módszerek

A kísérletekhez 20 egyéves *beagle* kutyát használtunk. Ezeket öt csoportra osztottuk. Minden csoport 2–2 hím, illetőleg nőtény kutyából állt. (D0, D1, D2, D3, D4).

Alkalmazott kontrasztanyagok:

Cistobil (500 mg acidum iopanoicum) tableta (Bracco, Milano) per os

Endobil (9,3 mg acidum iodoxamicum) ampulla (Bracco, Milano) i. v.

Adagolás

D0: „tisza” kontroll csoport; a per os kontrasztanyag helyett üres ostyakapszulát, i. v. helyett fiziológias konyhasó oldatot kaptak.

D1: csak per os kontrasztanyaggal kezelt kontroll csoport; alkalmanként 375 mg/kg Cistobilt kaptak (ez kilencszeres humán dózis).

D2: csak i. v. kontrasztanyaggal kezelt kontroll csoport; alkalmanként 387,5 mg/kg Endobilt fecskendeztünk a v. antebra-chii-ba (háromszoros humán dózis).

D3: „kis” dózisé, „rátöltés” csoport; alkalmanként 125 mg/kg Cistobilt kaptak per os (háromszoros humán dózis) és 124 mg/kg Endobilt (humán dózis) i. v. 5 órával a Cistobil elfogyasztása után, a röntgennel igazolt epehólyagtelődés fázisában.

D4: „nagy dózisé, „rátöltés” csoport; alkalmanként 375 mg/kg Cistobilt per os (kilencszeres humán dózis), majd 387,5 mg/kg Endobilt i. v. (háromszoros humán dózis) kaptak a D3-nál leírt időbeosztásban.

A Cistobilből a D1 és D4 csoportban azért adtunk a toxikológiai vizsgálatokban elterjedt háromszoros humán dózis helyett kilencszerest, mert az előkísérletek tanúsága szerint így 5 óra múlva biztosan jól értékelhető epehólyag röntgen felvételt készíthettünk. Másrészt így szigorítottuk a kísérleti feltételeket is.

Az említett adagokat a kutyák *hét napon át, hét alkalommal*, egymás után kapták meg.

A Cistobilt porítva, ostyakapszulában, magfogó segítségével etettük meg az állatokkal, minden reggel 9 órákor. Az Endobilt steril fiziológiás sóoldattal hígítva i. v. adtuk a v. antebra-chii-ba délután 15 órákor.

Tartási körülmények

1 állat/box elhelyezés; Ivóvíz: ad libitum. Eleség: standard kutyatáp (L:ATI). A kezeléseket megelőző na-

pon 15 órákor az eleséget elvettük. Másnap reggel 8h 30'-kor állatonként 250 g zsíros tepertőt fogyasztottak a kutyák az epehólyag kiürülésének fokozása céljából. A vizeletet metabolikus edény fogta fel.

Vizsgálatok

— **A klinikai megfigyelés** (folyamatosan) az általános állapotra, magatartásra, esetleges kóros tünetekre irányult.

— **Testsúlymérést** naponta a per os kezelés előtt végeztünk.

— **Röntgenellenőrzést** naponta kétszer, reggel 8 órákor az előző nap beadott kontrasztanyag kiürülésének ellenőrzésére és délután 14 órákor a per os vizsgálat eredményének (epehólyag telődés) kimutatására végeztünk. A felvételeket a manuálisan rögzített kutyákról, Siemens golyóval készítettük.

— **Izotópdiagnosztikai vizsgálatokat** a glomeruláris és tubularis működés ellenőrzésére az első kezelése előtt és az utolsó kezelése után, az állatok leölése előtt végeztünk. A kutyáknak 40 μCi $^{51}\text{Cr-EDTA}$ -t és 10 μCi ^{125}J -natriumhippuratot adtunk intravénásan, majd 15, 30, 60 és 120 perc elteltével vért vettünk. A vérplazmák 2–2 ml-ének radioaktivitását meghatároztuk (Berthold-féle Gamma countert használtunk). A mérési adatokból kiszámítottuk a clearance értéket (4).

— **A laboratóriumi vizsgálatokat** az első kezelés megkezdése továbbá a 4. kezelés (3. nap), valamint az állatok leölése előtt levett vér és vizelet mintákból végeztük el. A laboratóriumi vizsgálatok az alábbi meghatározásokra terjedtek ki: retikulocita, szérumbilirubin, SGOT, SGPT, alkalikus foszfatáz, szérumszfehérje, -albumin, -globulin, Elfo, szérum kreatin, -ureanitrogén, -klorid, -kálium, -nátrium általános vizeletvizsgálat és vizelet üledék.

— **Körboncolás** az utolsó kezelést követő 24 órában történt, a narkotizált állatok elvéreztetése után.

— **Kórszövettani vizsgálatra** került a máj, a vese és az epehólyag.

— **A statisztikai feldolgozásokat** Student-féle kétmintás t-eljárással végeztük. Számítógép segítségével kiszámítottuk az átlagot (x), a szórást, az átlag standard hibáját (SE), a t-, d- és F-próba értékét. A t- és

Csoport	Nap	Vese clearance ml/min.		Plasma clearance ml/min.	
		0	7	0	7
D0	X	39,9	48,9	142,0	175,0
	S. E.	4,6	3,2	19,6	21,6
	P	100,0	100,0	100,000	100,0
	N	4	4	4	4
D1	X	39,7	44,6	150,2	152,2
	S. E.	3,4	6,1	16,5	23,3
	P	96,1	55,137	75,9	50,1
	N	4	4	4	4
D2	X	53,4	48,5	178,7	154,5
	S. E.	4,2	2,7	17,7	16,4
	P	7,6	92,6	21,4	47,9
	N	4	4	4	4
D3	X	42,4	55,0	148,2	175,0
	S. E.	5,5	5,5	20,4	14,5
	P	74,4	38,4	83,284	100,0
	N	4	4	4	4
D4	X	42,0	57,0	132,0	176,2
	S. E.	5,3	6,3	16,5	22,8
	P	78,1	29,8	71,0	96,9
	N	4	4	4	4

X = a mért alapérték; S.E.: a standard hiba; P = szignifikancia; N = esetek száma
Normális értéknek a kontrasztanyag adagolás előtti (0) értéket tekintettük.



d-értékeket szignifikancia százalékká RA Eisenbeis és RB Avery módszerével konvertáltuk (7,5). A programnyelv: Fortran IV.

Eredmények

A *klinikai megfigyelésből* megemlítendő, hogy a D0 és D1 csoport teljesen tünetmentes volt. A D2 csoportban három állatnál étvágycsökkenés volt megfigyelhető. A D3 csoportban két állatnál hányás lépett fel az i. v. kontrasztanyag beadása után néhány perccel. A D4 csoport egyik állata is étvágytalanságot mutatott.

A *testsúlyban* minden csoportban hasonló mértékű gyarapodás mutatkozott.

Az *izotópos és a laboratóriumi vizsgálatok* során a kezelt csoportokban (D1—D4) a clearance értékek a kontroll csoporttal egybehangzó, fiziológias mértékű ingadozást mutattak. A „rátöltés” csoportokban sem szűkült be a clearance (táblázat). Hasonlóképpen a kontroll csoporttal megegyezően normális volt a szérum kreatinin és urea-N viselkedése a kezelt állatok minden csoportjában. Ugyanígy, a szérumfehérjék, az Elfo, a szérum-kálium-, nátrium-klorid értékek, a májfunkciós próbák és a retikulocita szám is. Említésre méltó a SGOT viselkedése a D4 csoporthoz tartozó két állatban. A kezelést megelőzően ugyanis emelkedett volt, s a kísérlet végére normalizálódott.

A *kórboncolás során* makroszkóposan értékelhető kóros eltérés az egyes csoportokban nem volt kimutatható (epehólyag, máj, vese).

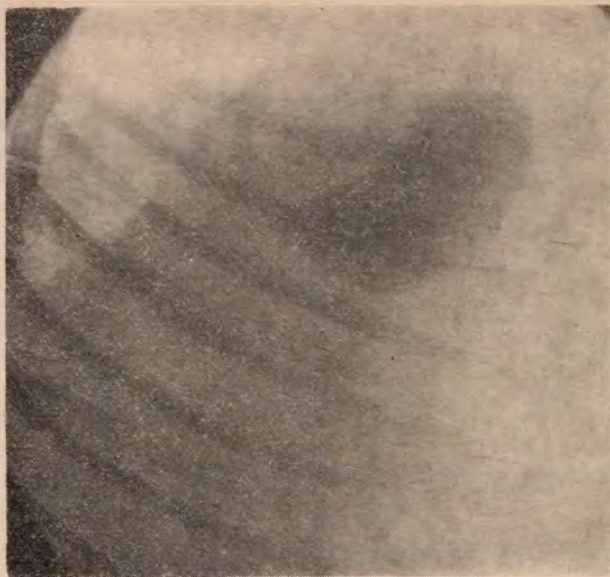
A *kórszöveti* elváltozásokból is kitűnik, hogy a vizsgált szervekben, mindenekelőtt a vesékben, a „rátöltés”-nek betudható kóros elváltozást nem találtunk.

A *röntgen vizsgálatok* minden esetben kimutatták a vizsgált kutyák epehólyagjának telődését és ürülését (l. ábra).

Megbeszélés

Sokrétű vizsgálataink eredményei egyértelműen bizonyítják, hogy kísérleti beagle kutyák klinikai, laboratóriumi, izotópdiagnosztikai, kórbonctani és kórszöveti leletei semmiféle olyan vesekárosodást nem mutatnak, amelyek a rátöltés fokozott nefrotoxikus hatására utalnának. Ezeket az eredményeket annál is inkább bizonyító erejűnek tekinthetjük, mert a szokásos klinikai adagoláshoz képest sokszoros terhelést alkalmaztunk. Nem csak a humán adagok háromszorosát, de kilencszeresét is adtuk egy „rátöltés” csoportnak. Másrészt a klinikai gyakorlattal szemben, ahol egy-egy „rátöltés” vizsgálatra az életben egyszer, legfeljebb hosszú — hónapos, éves — intervallumokban néhányszor kerül sor, kísérleteinkben *egy hét alatt hét alkalommal ismételtük* meg az óriási adagok alkalmazását.

Ezek az eredmények meggyőzőek, de önmagukban még nem elegendőek arra, hogy a „rátöltés”-t egyértelműen rehabilitáljuk. Elegendőek viszont ahhoz, hogy kellő óvatossággal és a megfelelő vizsgálatok ellenőrzése mellett, olyan humán klinikai anyagot gyűjtsünk, amely a végleges állásfoglalást megengedi.



Eredményeink értékeléséhez végül utalnunk kell arra a fejlődésre is, amely a kontrasztanyagok toxicitásának csökkentése terén lezajlott a 60-as évek óta. S itt jegyezzük meg, hogy azok a kazuisztikák, amelyekre a British Medical Journal szerkesztőségi cikke hivatkozik, zömében olyan eseteket ismertettek, amelyekben a per os vizsgálatra bunamidyl nátriumot (Orabilex) alkalmaztak. Ezt az amerikai készítményt egyedi toxikus hatásai miatt csakhamar ki is vonták a forgalomból (10). A mai kontrasztanyagok egyedi toxicitásának csökkenése is közrejátszhat abban, hogy a „rátöltés”-nek tulajdonított többlet toxicitás nem érvényesül.

IRODALOM: 1. Ansell, G.: Improvements in intravenous cholangiography Brit. J. Roentgenol 1970, 43, 910. — 2. Berk, R. N., Leopold, G. R.: The present status of imaging of the gallbladder Invest. Radiol. 1978, 13, 477. — 3. Csákány Gy. és mtsai: Rutin cholangio-cholecystography kombinált peroralis-intravénás módszere Magyar Radiológia 1958, 10, 212. — 4. Dost, F. H.: Grundlagen der Pharmakokinetik, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968. — 5. Eisenbeis, R. A., Avery, R. B.: Discriminant analysis and classification procedures-theory and applications, Health, New York, 1972. — 6. Finby, N., Blasberg, G.: A note on the blocking of hepatic excretion during cholangiographic study, Gastroenterology, 1964, 46, 276. — 7. Hajtmann: Bevezetés a Matematikai Statisztikába Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971. — 8. Hoffel, J. C. és mtsai: Oral cholecystography: Is the fatty meal always necessary? Radiology 1980, 20, 24. — 9. Lajos I.: A cholegraphia elméleti alapjai, Radiológiai Közlemények, 1974, 14, 211. — 10. Schreiner, G. E.: Nephrotoxicity and diagnostic agents, JAMA, 1966, 196, 127. — 11. A cholegraphia (cholecystography) javallatai és módszertana (Módszertani irányelvek), Radiológiai Közlemények, 1974, 14, 205—210. — 12. Az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet Kollégiumának állásfoglalása a felesleges iv. cholegráfia visszaszorításáról, Orv. Hetil., 1982, 46, 2876. — 13. Editorial. Contrast media and the kidney Brit. Med. J. 1971, 2, 4—5.

(Bor Katalin dr., Budapest, Pf. 82., 1325.)

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-KÖLCSONHATÁS

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 ismétlődő.”

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

SONKODI SÁNDOR DR.,
HOLZINGER GÁBOR DR.,
ZOMBORI JÁNOS DR.,
ORMOS JENŐ DR.,
KISS ATTILA DR.
ÉS KELEMEN JÁNOS DR.

Arteria renalis elzáródás okozta súlyos hypertensio

Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika, Kórbonctani Intézet
I. Sebészeti Klinika, Radiológiai Klinika

A szerzők két olyan beteget mutatnak be, akikben arteria renalis elzáródás következtében rövid idő alatt kifejezett hypertensio alakult ki. Mindkét esetben az „endocrin vese” a renin-angiotensin rendszer aktivitásának fokozódásával hozta létre a hypertensiót. Az érintett vesék eltávolítása egyik esetben a vérnyomást normálisra, a másikban olyan fokban csökkentette, hogy csak a határérték hypertensio szintjét éri el két évvel a beavatkozás után.

Severe hypertension caused by obstruction of the renal artery. The authors report on two cases hypertension, which developed shortly after the occlusion of the renal artery. Hypertension has been caused by the „endocrinic kidney” i. e. by the stimulated activity of renin-angiotensin system of both patients. Removal of the impaired kidney has reduced blood pressure to normal values in one of the patients. The reduction of blood pressure two years following operation of the second patient leveled at border values of the hypertension.

Egy ritka, de mind diagnosztikai, mind therapiás szempontból fontos formája a renalis hypertensiónak az, amelyet az arteria renalis elzáródás okoz. Ilyenkor a vese megszűnik mint kiválasztó szerv, de collateralis keringés kialakulása révén mint endocrin szerv tovább működik. A collateralis keringés azonban csak töredékét tudja biztosítani annak a vérellátásnak, amellyel a vese normális körülmények között rendelkezik. A csökkent vérellátás a vesében a renin felszabadulás jelentős ingere (1), ez a renin-angiotensin (-aldosteron) rendszer fokozott aktivitásához, majd hypertensióhoz vezet.

Feltehetően *Hartwich* volt az első, aki ezt a renalis hypertensio-féleséget kutyában modellezte (2), és magyar szerzők érdeme, hogy hasonló modellen a pathomechanizmust részletesebben vizsgálták (3). Eseteink bemutatásával az arteria renalis elzáródás okozta hypertensio diagnosztikus és therapiás vonatkozásait kívánjuk összefoglalni.

Betegbemutatás

1. beteg. 48 éves férfiben két évvel jelen felvételét megelőzően ileus miatt műtéti beavatkozást végeztek. A colon flexura lienalisából gyermekökölnyi malignus tumort (adenocarcinoma) távolítottak el. Metastasisra utaló eltérést sem a megelőző vizsgálatok, sem az in situ tájékozódás során nem találtak. A beteg vérnyomása normális volt. A zavartalan postoperatív szak után panaszmentesen távozott.

Kb. négy hónap múlva egyre gyakrabban jelentkeztek tarkótáji főfájásai, melyek analgeticumokra csak mérséklődtek. A bélműtét után kb. egy év múlva jelentkezett orvosnál, aki hypertensiót talált és további kivizsgálás végett intézetünkbe irányította.

A fizikális vizsgálat során a szív relatív tempulát balra kissé nagyobbak, az aorta II. hangját hallgatással ékeltnek találtuk. A vérnyomás a gyógyszer-kihagyása után 210/120 Hgmm volt, a pulzus 70 és 80 között változott.

Laboratóriumi vizsgálatokból kiemeljük: a vizeletben terhelésre minimális fehérje volt kimutatható. A vörsejt süllyedés, vércép, májfunctiós próbák, vérlipidek, vércukor, húgysav normálisak voltak. Az elektrolitok közül a káliumot kissé alacsonyabbnak (3,5 mmol/l) találtuk. A plasma-renin-aktivitás értékeit (PRA meghatározás NEN kittel) külön táblázaton tüntettük fel. VMS ürités normális volt.

Radiorenographia: jobb oldalon normális, bal oldalon lapos görbe. A se-kreatinint 119 $\mu\text{mol/l}$ -nek, az endogen kreatinin clearance-t 42 ml-nek találtuk.

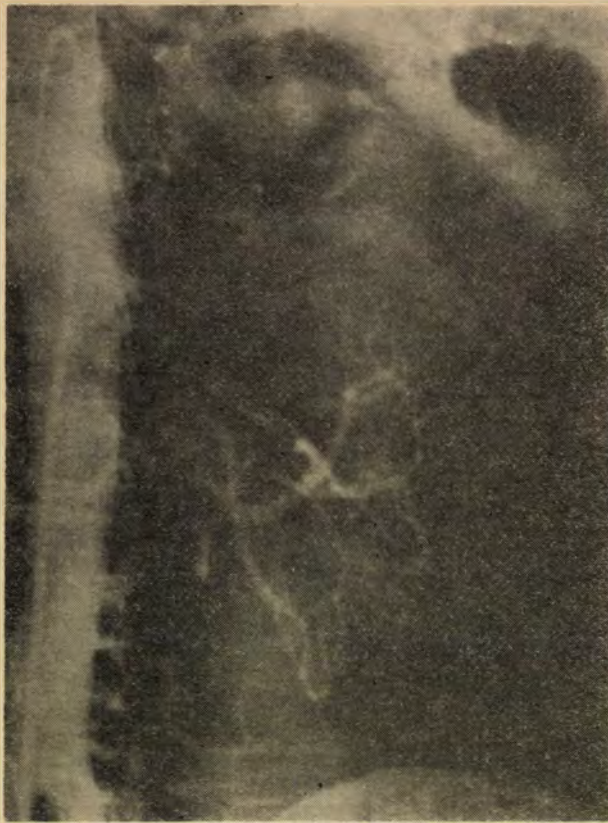
Az iv. urographia során az első percekben csak a jobb vese részéről volt parenchymás telődés. A bal vese helyén csak kb. 20 perc múlva látszott enyhe parenchymás effectus és kis vese körvonalai látszottak.

A hasi aortographia (Seldinger módszerrel) során jobb oldalon normális arteria renalis és normálisnál kissé nagyobb vese látszott. Bal oldalon az arteria renalis az aortából való eredés után 1 cm-re elzáródott (1. ábra). A nephrographiás effectus lényegesen kisebb intenzitású, a vese kicsi és kontúrja egyenetlen.

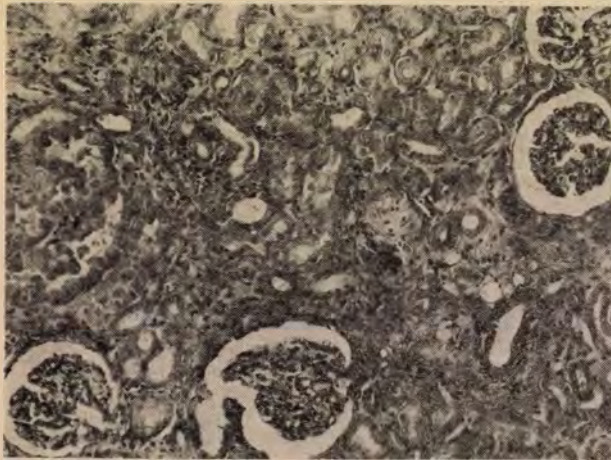
Szemfenék vizsgálatnál igen szűk artériák, kifejezetten kanyargós vénák és keresztveződési tünetek látszottak. A saralasin próbát bólus módszerrel (3) végeztük. 10 mg saralasin (P113; Ser¹-Ala⁸ angiotensin) hatására átmeneti vérnyomás emelkedés után az eredeti 200/120 Hgmm-es alapértékekről a vérnyomás a 4. percben 160/100 Hgmm-es értékre csökkent.

A fenti eredményekre való tekintettel a bal vese eltávolítását indikáltuk. A műtét az urológiai-sebészeti osztályon megtörtént.

Az eltávolított vese 83 g súlyú, makroszkóposan az ebrényi lebenyezettségtől eltekintve sima felszínű, tömött. Szöveti vizsgálatlall megállapítható, hogy a kéregállomány elvékonyodott. A glomerulusok relatíve közel kerültek egymáshoz. A juxtaglomerularis apparatusok általában hypertrophiásak, de a lacis-sejtek



1. ábra: Hasi aortographia: a bal arteria renalis elzáródott csonkja, mellette halvány nephrographiás collateralisok látszanak.



2. ábra: A négy glomerulus közül háromban látszik a juxta-glomerularis apparátus, melyekben azonban a lacis-sejtek nem különösebben feltűnőek. A tubulusok között hypertrophiások is előfordulnak. Crossmon-féle trichron festés. 140x.

csoportjai nem különösen feltűnőek (2. ábra). Néhol beszűkülnek, vagy úgyszólván lumen nélkülivé váltak a tubulusok, másutt hypertrophiáknak tűnnek. A kiszélesedett interstitiumban gócosan lymphocytás infiltratio látszik. A középnagy arteriákban enyhe intima-proliferatio (adaptív intima-fibrosis) jött létre, többnyire erősebb obliteratio nélkül. A vesezsugorodást az arteria renalis subtotalis elzáródása hozta létre (vascularis zsugorvese).

A műtét után a vérnyomás normálissá vált, és két év után is normális.

2. beteg. A 48 éves férfibeteget a Szolnok megyei Kórház I. sz. Belgyógyászati Osztályán vizsgálták, amelynek eredményeképpen bal oldali arteria renalis elzáródáshoz társuló zsugorvesét, következményes hypertensiót és diabetes mellitust állapítottak meg. A hypertensióval kapcsolatos további vizsgálatok végett küldték a klinikánkra.

Panaszai 1979-ben kezdődtek, fulladt, lába dagadt, vérnyomása magas volt, és többször összeesett, de eszméletét nem veszítette el. 1979 óta ismert hypertensiója. Anamnézisében szemműtét (1981) és appendectomia (1956) szerepel. Anyjának magas vérnyomása volt.

Fizikális statusából megemlítendő, hogy a szív relatív tompulata balra 1 cm-rel volt nagyobb, a szív felett ritmusos szív működés, a csúcson és a mitralis areában 2/6-os systolés zöreje volt hallható, a máj 2 cm-rel haladta meg a jobb bordaívét.

A vérnyomás felvételkor 220/120 Hgmm volt, a pulzust 72 és 80 között találtuk.

Laboratóriumi vizsgálati eredmények: vérkép, süllyedés normálisak voltak. A vizeletben 700 mg-ig terjedő protein-ürítést észleltünk. A se-kreatinin 151 $\mu\text{mol/l}$, endogen kreatinin clearance 43 ml, KN 8,0 mmol/l, vércukor 7,3 mmol/l, kálium 3,5 mmol/l, Na 143 mmol/l voltak. Terhelésre a PRA jelentős emelkedését észleltük (táblázat). EKG-n bal kamra hypertrophia és jobb szívfél megterhelés jelei látszóttak.

Radiorenographián bal oldalon háttér típusú görbe, jobb oldalon elhúzódó intrarenalis hippuran transport látszott.

Iv. urographián a jobb oldalon kissé nagyobb vese volt kimutatható, jó funkcióval, bal oldalon a vese nem volt megítélhető.

Aortographia (Debreceni OTE, Radiológiai Klinika): bal oldalon az arteria renalis elzáródás mögött a vese kicsinnyé zsugorodott, jobb oldalon kompenzatorikus hypertrophia miatt nagyobb vese látszott.

Saralasin test: 210/110 Hgmm-es vérnyomás átmeneti emelkedés után 145/80 Hgmm-es értékre csökkent. A kissé emelkedett se-kreatinin érték és a renographián talált jobb oldali elhúzódó intrarenalis hippuran transport alapján indokoltnak találtuk a separált renin vizsgálat elvégzését (Seldinger módszerrel). Ennek eredményét a táblázat tartalmazza.

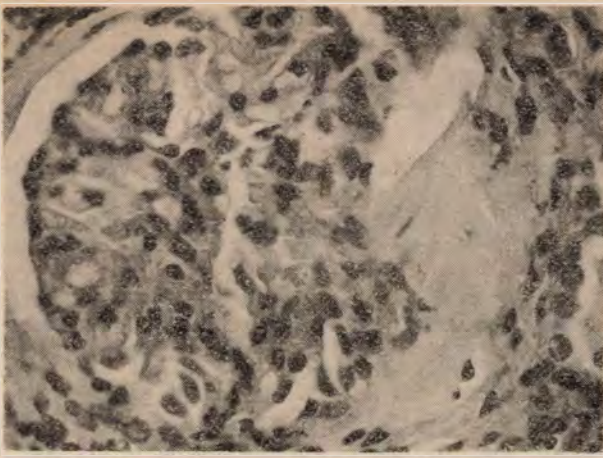
A fenti eredmények alapján a bal vese eltávolítását indikáltuk. A beteg cardialis kompenzálása után a műtét megtörtént.

Az eltávolított vese leírása:

51 g súlyú, az ebrényi lebenyezettség nyomait mutató, egyébként sima felszínű, elkeskenyedett kéregállományú vese üregrendszere ép. Szöveti vizsgálatnál a kéregállományban a glomerulusok sűrűn helyezkednek el. Kis részük teljesen hyalinossá vált, egy má-

Beteg	Vérnyomás (Hgmm)		preoperatív		Plasma renin aktivitás (ng/ml/ó)				
	preoperatív	postoperatív	nyugalmi	terheléses	postoperatív nyugalmi	terheléses	Separált vena renalis elzárt vese	ellenoldali vese	v. cava inf.*
1	200/115	120/80	5,3	20,2	1,1	1,4	—	—	—
2	210/120	155/95	6,4	18,8	0,96	1,5	42,0	8,7	7,8

* a v. renalisok eredése alatt



3. ábra: A hyperplasiás juxtaglomerularis apparatus hyalinossá vált. HE 560 x.

sík csoportban a periglomerularis fibrosis a domináló elváltozás. A glomerulusok többségében a kacs zsugorodott, a megvastagodott capillarisfalak gyűrötté váltak. A juxtaglomerularis apparatusok jelentős része hyperplasiás, közülük némelyik teljesen hyalinisálódott (3. ábra). A kéreg és velőállományban az interstitium kiszélesedett és bennük néhol lymphocytás infiltratio jött létre, sőt nyiroktüszők is képződtek. A velőállomány tubulusai homogén eosinophil cylinderekkel kitöltöttek. A középnagy és a nagyobb intrarenalis arteriákban enyhe vagy közepes elastica tartalmú intimafibrosis alakult ki (vascularis zsugorvесе).

A műtétet követően a beteg vérnyomása jelentősen csökkent és 2 évvel a műtét után 150–160/90–95 Hgmm között változik.

Megbeszélés

A bemutatott betegekben az arteria renalisok elzáródása thrombotikus folyamat következtében jött létre, de a kiváltó ok eltérő lehetett. 1. betegünk esetében az anamnesist és hypertensio kialakulását figyelembe véve az minden bizonnyal valamilyen módon a megelőző hasi műtéttel hozható összefüggésbe. A colon tumoral kapcsolatban végzett kórházi kivizsgálásnál az urographián még jelentősebb eltérés a két vese között nem volt sem a funkció, sem a morphológiai vonatkozásban. Miután a műtėti beavatkozás az arteria renalis elzáródással azonos oldalon történt, feltételezhető, hogy valamilyen sebészi manipuláció kapcsán az arteria renalis úgy sérült, hogy abban lassú folyamat következményeként jött létre az elzáródás. Nagyobb tapasztalatok szerint hasonló károsodás hatására 13 hét és 3 év közötti intervallumban lehet a hypertensio jelentkezését megfigyelni (4).

A 2. beteg esetében az érelzáródás arteriosclerotikus eredetű lehetett. Az 1981-es szemműtéte is érelváltozással kapcsolatos, ami arra utal, hogy a betegnek generalizált érbetegsége van, és ebben jelentős szerepe lehet cukorbetegségének. Az eltávolított vese arteriáin is láthatók voltak különböző súlyosságú arteriosclerotikus elváltozások, míg ugyanez előző esetünkben nem mutatkozott. Az egyébként is ritka renovascularis hypertensió eseteknek kis hányada az arteria renalis elzáródás. Vidt és mtsai 33 renovascularis hypertensió esetéből 2-ben volt az arteria renalis elzáródva (5). A

bemutatott 2 betegünk 21 renovascularis hypertensió esetéből került ki. E ritka másodlagos magasvérnyomás forma jelentőségét az adja, hogy korai felismerés esetén, ha az ellenoldali vesében nincs lényeges eltérés, az elzáródott arteriájú vese eltávolítása vagy megszünteti, vagy jelentősen csökkent a hypertensiót (5, 6). Ha az elzáródást embólia okozza, a megfelelő oldalon kifejezett deréktáji fájdalom és rendszerint oligo-anuria szokott jelentkezni. Ilyen esetben 24 órán belül az embolus sebészi eltávolítása (10), 2–3 napon belül thrombolitikus kezelés jön szóba. Az arteria renalis elzáródás okozta magasvérnyomással kapcsolatban nincs kétségünk, hogy kialakulásában a renin-angiotensin rendszernek, a kezelési forma megválasztásánál e rendszer vizsgálatának döntő szerepe van. Már a terheléses renin vizsgálat valószínűsítheti (magas alapérték, és terhelésre 50%-nál nagyobb növekedés) a rendszer oki szerepét, mint saját eseteinkben is. Bizonyos renovascularis hypertensió esetekben normális perifériás vér renin szint nem zárja ki a renin-angiotensin rendszer kórosi szerepét, ilyenkor a saralasin testnek van jelentős szerepe. Marks és mtsai közölnek négy renovascularis hypertensió esetet, kettőt normális perifériás vér renin szinttel. E kettő közül az egyik betegben az egyik arteria renalis gyakorlatilag elzáródott, a másik oldalon a vese arterián szűkület volt (7). A saralasin test azonban egyértelműen bizonyította, hogy a renin-angiotensin rendszer felelős a hypertensio kialakulásáért. A saralasin test előnye a perifériás renin meghatározással szemben, hogy téves negatív eredmény sokkal ritkábban fordul elő (7). Saját eseteinkben a saralasin test a várakozásnak megfelelően pozitív eredményű volt. Az arteria renalis elzáródás diagnózisát angiographia biztosítja, amelyet szelektív módon mindkét oldalon el kell végezni ahhoz, hogy az ellenoldali vese fő- és mellékarteriájáról tájékozódni tudjunk. Az elzáródott arteriájú vese eltávolításának elengedhetetlen feltétele az ellenoldali vese épsége. Előfordulhat, hogy az érendszer részéről nincs lényeges eltérés, de a régebb óta fennálló hypertensio miatt ez a vese is „belép” a renin-angiotensin fokozott aktivitásának fenntartásába. Emiatt van jelentősége a separált vena renalis renin meghatározásnak (8). A vizsgálat egyik fontos kérdése, mekkora a különbség a károsodott és ép vese vena renin tartalma között. Akkor mondjuk a különbséget jelentősnek, ha ez az érték a kóros oldalon legalább 50%-kal nagyobb. A másik fontos adat az ép vese vena és a vena cava inferior (a vena renalisok alatti rész) PRA viszonya. Renovascularis hypertensio korai stádiumában az ép vese venájában a PRA általában suppressált, alatta marad a vena cava értéknek vagy alig haladja meg azt. Ekkor van ugyanis remény arra, hogy az ellenoldali vese még nem vesz részt a hypertensio fenntartásában, ilyenkor jön szóba a sebészi beavatkozás.

Az 1. beteg esetében a separált vena renalis renin vizsgálatot nem végeztük el, mivel egyrészt az alap és terheléses PRA renin kifejezetten kóros és a saralasin egyértelműen pozitív volt, másrészt az ellenoldali vese izotóp-renographiás görbéje és selectiv angiographiás eredménye teljesen

normális volt. Úgy ítéltük meg, hogy nem vállalkunk rizikót, ha a vizsgálat elvégzése nélkül döntünk a műtét mellett. A beteg műtét utáni állapota minket igazolt. A 2. betegben azonban a mérsékelt emelkedett se-kreatinin érték, az egyéb érterületek érintettsége (szem) miatt a vizsgálat elvégzése feltétlenül indokoltnak tűnt. Amint a táblázaton feltüntetett eredményekből is kitűnik, végül itt is műtétet indikáltunk. A beavatkozás után a vérnyomás a határérték hypertenziós értékre csökkent.

A bemutatott eseteinkben a kiválasztási funkcióikat elvesztett, „endocrin vese” szövettani jellemzőit is ki tudtuk mutatni a hormonális eltérések mellett, és azok eltávolítása a hypertensio szempontjából megoldást jelentett. Előfordulhat azonban, hogy a régebben fennálló állapot során az elzáródott arteriájú vese annyira pusztul, hogy már nincs, vagy alig marad olyan vese szövet, amely renint termel, és ilyenkor ezen az oldalon a vénában nem szignifikáns a PRA emelkedettség, sőt alacsonyabb is lehet. Ilyenkor felesleges műtéttől kímélhetjük meg a beteget. Olyan esetekben, ami-

kor a PRA és/vagy a saralasin test pozitív, és a beteg nem operálható, a renin-angiotensin rendszert blokkoló szer, convertáló enzim gátló captopril kezelés beállítása lehet indokolt (9).

Ezúton mondunk köszönetet *J. I. S. Robertsonnak* (MRC Blood Pressure Unit., Western Infirmary, Glasgow, Scotland) a saralasin (P 118 Norwich Pharmacol, New York) rendelkezésünkre bocsátásáért.

IRODALOM: 1. *Davis, J. O. and Freeman, R. H.*: *Physiol. Rev.* 1976, 56, 1. — 2. *Hartwich, A.*: *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.* 1932, 44, 76. — 3. *Fekete, A.*: *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 1970, 27, 191. — 4. *Von Knorring, J. és mtsai*: Renin agiotensin system in hypertension after traumatic renal artery thrombosis. *Lancet*, 1976, I. 934. — 5. *Vidt, D. G. és mtsai*: *Am. J. Cardiol.* 1972, 30, 827. — 6. *Yeboah, E. D. és mtsai*: *Brit. J. Urol.* 1973, 45, 344. — 7. *Marks, L. S. és mtsai*: *J. Urol.* 1976, 116, 406. — 8. *Laragh, J. H. és mtsai*: *Am. J. Med.* 1975 58, 4. — 9. *Atkinson, A. B. és mtsai*: *Am. J. Cardiol.* 1982, 49, 1460. — 10. *Kirchhoff, P. G. és mtsai*: *Med. Klin.* 1970, 65, 1667.

(Sonkodi Sándor dr., Szeged, Pf. 469., 6701.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

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 Semmelweis OTE Elméleti Tömbjében. (Bp. VIII., Nagyvárad tér 4.)
Június	12–13	„BORZE” 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!

LUDANYI ISTVÁN DR.
ÉS CZEIZEL ENDRE DR.

A VACTERL-társulás kórerediti vizsgálat

Megyei Kórház, Eger
Nőgyógyászati és Szülészeti osztály (főorvos: Bukovinszky László dr.)
Országos Közegészségügyi Intézet
Humán genetikai Laboratórium (főorvos: Czeizel Endre dr.)

A 43 valódi VACTERL-társulás (szigorúan definiált VACTERL-típusú rendellenességek közül három vagy több, egyéb major veleszületett rendellenességek nélkül) jellemzőit a következőknek találták: szignifikáns férfi túlsúly, terhesség alatti magzati súlynövekedés retardáció, gyakoribb nehezített fogamzás, az esetek csaknem 10%-ában fertilitási zavar és a családi halmozódás hiánya — ez utóbbi a genetikai tényezők hiányát mutatja. A 33 vegyes VACTERL-eset (tágabban definiált 3 vagy több VACTERL-típusú rendellenesség kombinációja egyéb veleszületett rendellenességekkel) női többséget mutat, a fertilitás rendben van, viszont bizonyos családi előfordulás mutatkozik, és ez a genetikai tényezők szerepére utalhat ebben a heterogén eredetű csoportban.

Etiological examination of the VACTERL-association. The authors observed the following characteristics of 43 true VACTERL-associations (strictly defined VACTERL-type disorders present, three or more, but in the absence of other major congenital malformations): significant predomination of male patients, retarded increase in weight of the fetus during pregnancy, higher frequency of difficult conception, disorders in fertility approximating 10 per cent of the cases, and the absence of familial accumulation, which indicate the absence of genetic factors. The examination of 33 mixed VACTERL cases (three or more VACTERL-type disorders combined with other congenital malformations) revealed, that there is female preponderance, the fertility is normal, but certain familial accumulation may be observed, which indicate possible role of genetic factors in this group of heterogeneous etiology.

A VACTERL-társulás (ún. associatio) — azaz a három vagy több VACTERL-típusú rendellenesség: vertebralis anomaliák (V) (a spina bifida cystica kizárásával); analis atresia (A); cardialis rendellenességek (C); tracheo-oesophagealis fistula és/vagy oesophagus atresia (TE) (az amerikai angolban esophagusnak mondják a nyelöcsőt), renalis agenesia vagy dysplasia (R) és a végtagok (limb) radiális típusú reduktója vagy polydactylia (L) egyéb major veleszületett rendellenesség nélkül — elkülöníthető congenitalis abnormalitás (CA) egységnek tűnik (10, 12, 11, 3, 6b, 7). Ugyanis (a) a VACTERL-társulás a fenti hat, pontosan definiált CA nem véletlenszerű kombinációja; (b) a VACTERL-társulásos esetek többsége nem azonosítható más multiplex rendellenesség egységekkel; (c) a VACTERL-társulás felismerésének gyakorlati, klinikai jelentősége van (7).

A VACTERL-társulás esetében ez az első populációra alapozott (tehát válogatás nélküli) kórerediti vizsgálat.

Anyag és módszer

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása 1970—1980 évekre vonatkozó anyagában 98

VACTERL-eset szerepel. E gyermekek szüleit meglátogattuk és személyes beszélgetés során felvettük a szükséges epidemiológiai, teratológiai és genetikai adatokat.

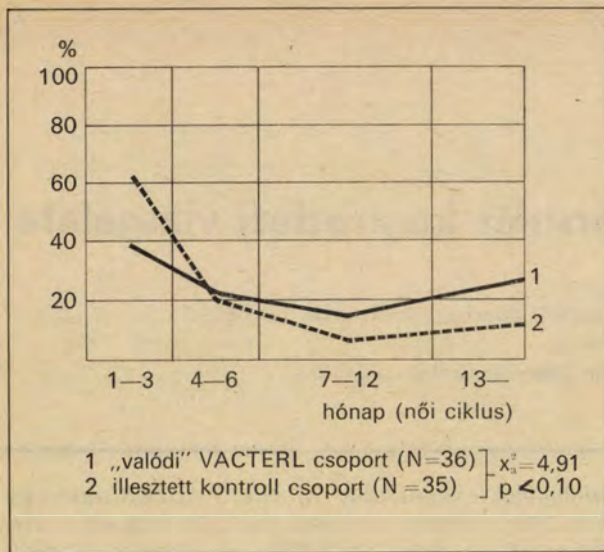
11 családot nem találtunk meg, más helyre költöztek, és nem tudtuk őket kinyomozni. Két szülő visszautasította a válaszadást. Így végül is 76 jegyzékbe vett személyt, 43 „valódi” VACTERL-esetet és 33 „vegyes” VACTERL-esetet értékeltünk. Kilenc esetet kizártunk a vizsgálatból, mert CA-juk nem felelt meg a VACTERL-társulás általunk megkivánt kritériumainak. („Valódi” VACTERL-esetnek azokat tekintjük, akik megfelelnek a bevezetőben említett definíciónak. A „vegyes” VACTERL-eset három vagy több tágan definiált VACTERL-típusú CA és más CA-k kombinációja lehet.)

A kontroll esetek olyan újszülöttek voltak, akik ugyanazon a szülészeti osztályon jöttek a világra, mint a VACTERL-esetek, és születési idejük (év és hónap), nemük és a szülés kimenetele (élve- és halvaszületés) megegyezett a VACTERL-esetekével. A kontroll esetek szüleit is felkerestük otthonukban, és az adatfelvétel a VACTERL-esetekével teljesen azonos módon történt. 8 kontroll esetet nem találtunk meg, őket új gyermekkel helyettesítettük.

Eredmények és megbeszélésük

Születési gyakoriság

A VACTERL-társulás születéskori gyakorisága Magyarországon az 1970—1980-as időszakban



A tervezett fogamzások bekövetkezésének ideje

0,048 ezrelék volt. Ez a prevalencia háromszor kevesebb, mint az Atlantában (USA) eddig publikált egyetlen gyakoriság (0,163%) (5). A különbséget számos tényező magyarázhatja, a legfontosabb a VACTERL-társulás eltérő: szigorúbb definíciója lehet anyagunkban.

A nemi arány

A valódi VACTERL-esetekben (0,698) szignifikáns fiú túlsúly mutatkozik. Viszont jelentős a női többlet a vegyes VACTERL-esetekben (0,364). Szignifikáns férfi dominanciát találtak a valódi VACTERL-eseteknél (0,737) Atlantában is (5). A nemek arányának alapvető különbsége a VACTERL-esetek ezen két csoportjának különböző eredetére utal.

A születések kimenetele és csecsemőhalandóság

A vegyes VACTERL-esetek minden esetben letálisak voltak. (Az esetek 12,1%-a halvaszületés volt, a maradék 87,9% pedig csecsemőkorában meghalt.) A valódi VACTERL-esetek is igen súlyosak, csupán hét (16,3%) maradt élve a 43 élveszületettből. Mindkét csoportban az élet első napján a legmagasabb a mortalitás.

Születési súly és a gesztációs idő

A valódi VACTERL-esetekben kisebb az átlagos születési súly (2257 g) és rövidebb a gesztációs idő (35,7 hét). A kontroll csoportban (2934 g és 38,4 hét) és a népességben (3140 g, illetve 40 hét) ezek az értékek magasabbak. A valódi VACTERL-esetek 60,5%-ában a születési súly kisebb, mint 2500 g, és 50,1%-uk idő előtt született. A vegyes VACTERL-esetek hasonló képet mutatnak. Az átlagos születési súly 2244 g (a kontroll csoportban ez 2992 g), és az esetek 57,6%-ában a születési súly 2500 g alatt volt a kontroll csoport 15,2%-os értékével szemben. A gesztációs hetek átlaga 35,8 (a kontroll csoportban 39,5), az idő előtti szülés gyakorisága 45,5% (a kontroll csoportban 9,1%).

A szülés módja

A valódi (8:3) és vegyes (3:0) VACTERL-esetekben a medencevégű szülés gyakoribb volt, mint a kontroll csoportokban. A vegyes VACTERL-esetekben a császármetszés aránya háromszor (6:2), a valódi VACTERL-eseteknél kétszer (4:2) magasabb a megfelelő kontroll értékeknél.

Kórerediti adatok

Fertilitási zavarok

A 43 valódi VACTERL-eset közül 4 anya (9,3%) kapott orvosi kezelést meddőség vagy nehezített teherbe esés miatt. A megfelelő kontroll csoportban hasonló problémát senki sem említett. Egy valódi VACTERL-esetnél az ovulációt Clotilbegyttel idéztek elő. A vegyes VACTERL-, illetve a megfelelő kontroll csoportban két-két anyánál fordult elő korábbi fertilitási zavar.

A fogamzás ideje

A tervezett terhességeknél a fogamzás jelentősen később következett be a valódi VACTERL-csoport tagjainál, mint a megfelelő kontroll csoportban (ábra). Hasonló különbséget nem találtunk a vegyes VACTERL-csoport és kontrollja között.

A terhesség alatti gyógyszerek

A női nemi hormonok régebben feltételezett aetiológiai szerepét (4, 8, 9, 1) anyagunk nem erősítette meg. Mind a szokásos terhességi gyógyszerek (vitamin, calcium, antianaemiás szerek), mind a nemi hormonok előfordulása hasonló volt a valódi VACTERL- és a kontroll csoportban. Az előbbieknél hasonló gyakorisága pedig kizárja az emlékezet-torzítás hatását.

A családvizsgálat

Specifikus (vagyis VACTERL-) előfordulást nem találtunk a tanulmányozott valódi VACTERL-esetek 142 első fokú rokonában. Az 5 egyéb CA előfordulása (3,5%) megfelelt a vártnak (4,5%). A megfelelő kontroll csoport 148 első fokú rokonánál sem fordult elő VACTERL-társulás. Az egyéb CA-k gyakorisága 3,2% volt.

Ez ideig nem írták le a valódi VACTERL-társulás családi halmozódását. King és mtsai (6) ismertették egy monozygota ikerpár esetét, ahol az egyik tagnak tracheo-oesophagealis fistulája (nem VACTERL), a másiknak ugyanez, valamint anus imperforatusa (fistulával a vulva tájékához, de vagina-nyílás nélkül) és két fél-csigolyája a bordák fúziójával (ez tehát VACTERL) volt. Auchterlonie és White (2) két rendellenes fiútestvért észleltek, az idősebbnek tracheo-oesophagealis fistulája és Th6-12 haemi-csigolyája volt, míg a fiatalabban VACTERL-társulást (A, C, TE, R) és duodenalis atresiát, valamint egy umbilicális arteriát találtak. Meghatározásunknak megfelelően az első fiú CA-ja azonban nem tekinthető VACTERL-nek.

A vegyes VACTERL-esetek közül egy specifikus családi előfordulást találtunk. (7b). További két eset testvéreiben egy-egy VACTERL-típusú CA fordult elő. Végül egy vegyes VACTERL-esetnél

előzőleg Goldenhar syndromát diagnosztizáltak (hemivertebra, szív defectus, végtag reductio, fülkagylóhiány 1. s., szájpadasadék), viszont egyik nővérében tipikus Treacher-Collins syndroma (antimongoloid ferde szemrés, malaris és mandibularis hypoplasia, az alsó szembéj defektusa, fülkagylóhiány, a külső hallójárat atresiája) fordult elő. Ez a 4 érintett rokon 8,3% gyakoriságot jelent, ami magasabb a vártnál. Ez a vegyes VACTERL-esetek genetikai eredetére utal. A kontroll csoport CA-gyakorisága (5,0%) megfelelt az országos értéknek (4,5%).

Míg tehát a valódi VACTERL-társulás ismétlődésének kockázata igen kicsi (a mi anyagunkban ez nem haladhatta meg a 0,8%-ot), addig vegyes VACTERL-esetekben az ismétlődés lehetőségét nem lehet kizárni.

Adataink elegendőnek látszanak annak kijelentésére, hogy a valódi VACTERL-társulások aetiológiájában a genetikai faktorok szerepe valószínűtlen. Ennek a CA-entitásnak az okát inkább a kedvezőtlen beágyazódási körülményekben, tehát a maternális faktorokban kell keresni. A vegyes VACTERL-esetek igen heterogén csoportot képeznek, ezek létrejöttében a mutáns géneknek és a kromoszóma aberrációknak is szerepe lehet.

IRODALOM: 1. Apold, J., Dahl, E., Aarskog, D.: The VATER association: malformations of the male

external genitalia. Acta Paediatr. Scand., 1976, 65, 150—152. — 2. Auchterlonie, I. A., While, M. P.: Recurrence of the VATER association within a sibship. Clin. Genet., 1982, 21, 122—124. — 3. Barry, J. E., Auld, A. W.: The VATER association. Am. J. Dis. Child., 1974, 128, 769—771. — 4. Kaufman, R. L.: Birth defects and oral contraceptive. Lancet, 1973, 1, 1396. — 5. Khoury, M. J. és mtsai: A population study of the VACTERL association: Evidence for its etiologic heterogeneity. Int. J. Epid. in p. — 6. King, S. L., Ladda, R. L., Schochat, S. J.: Monozygotic twins concordant for tracheo-oesophageal fistula and discordant for the VATER association. Acta Paediatr. Scand., 1977, 66, 783—785. — 6b. Korányi, Gy., Pataki, M.: VACTERL syndroma. Orv. Hetil., 1978, 119, 2391—2392. — 7. Ludányi I., Czeizel E.: A VACTERL asszociáció létezésének bizonyítása és javaslat definíciójukra. Gyermekgyógyászat (megjelenés alatt) — 7b. Ludányi I.: Kevert VACTERL-társulás ismételt előfordulása testvérekben. Magy. Paediatr. (megjelenés alatt). — 8. Nora, J. J., Nora, A. H.: Birth defects and oral contraceptives. Lancet, 1973, 1, 941—942. — 9. Nora, A. H., Nora, J. J.: A syndrome of multipla congenital anomalies associated with teratogenic exposure. Arch Environ. Health., 1975, 30, 17—21. — 10. Quan, L., Smith, D. W.: The VATER association: Vertebral defects. Anal atresia, T—E fistula with esophageal atresia, Radial and Renal dysplasia: A spectrum of associated defects. J. Pediatr., 1973, 82, 104—107. — 11. Smith, D. W.: The VATER association. A. J. Dis. Child., 1974, 128, 767. — 12. Tentamy, S. A., Miller, D. M.: Extending scope of the VATER association: definition of the VATER syndrome. J. Pediatr., 1974, 85, 345—349.

(Ludányi István dr., Eger, Pf. 15., 3301.)

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 kisadagú 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 evőkanállal.

Ajánlatos a gyógyvizet használat előtt vízfürdőben 38—40 °C-ra felmelegíteni és melegen 3—4 perc alatt kortyanként 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. fagydagant).

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



MEDEK SAROLTA DR.
ÉS NAGY ERVIN DR.

Reye szindróma haemocol perfúzióval gyógyult esete

Fővárosi László Kórház (főigazgató: Várnai Ferenc dr.)

III. Gyermek és Respirációs Osztály (főorvos: Tóth László dr.)

Felvételi és Diagnosticus Osztály (főorvos: Nagy Ervin dr.)

A szerzők egy varicella szövődményeként jelentkező Reye szindrómás esetről számolnak be. A varicellás gyermek betegségének 3. napján kezdődő szenzóriumszavara 24 óra alatt komatózus állapotig romlott. A klinikai kép és a laboratóriumi eltérések Reye szindrómának feleltek meg. A konzervatív terápia eredménytelensége miatt — ebben a kórképben hazánkban először — haemocol perfúziót alkalmaztak. Három kezelést végeztek két nap alatt. Egy-egy alkalommal 6–8 órán át áramoltatták a beteg vérének aktív szénoszlopon keresztül. A harmadik kezelés alatt, felvétele után 48 órával a beteg szenzóriuma feltisztult, laboratóriumi eredményei fokozatosan javultak. A gyermek 35 napos kórházi kezelés után gyógyultan távozott.

Reye syndrome. A case recovered by haemoperfusion. The authors give an account of a boy, who had a comatose condition due to varicella. On the basis of the clinical symptoms and signs it was a Reye syndrome state. Because of the ineffectiveness of usual therapy a haemoperfusion — first time in Hungary — through activated carbon adsorbents, three times during two days was applied. After the third management the patient was alert and results of laboratory examination improved gradually. The boy recovered during 35 days.

Reye és mtsai 1963-ban egységes szindrómaként foglalták össze az általában banálisnak látszó felsőlégúti infekcióhoz, influenzához, mononucleosishoz, vagy az esetek 20%-ában varicellához társuló acut encephalopathiát a parenchimaszervek zsíros degenerációjával, melyből a máj zsíros elfajulása a legkifejezettebb (2, 17, 28).

A tünetek rendszerint a vírusfertőzés kezdete után 3–5 nappal jelentkeznek profúz hányással, lázzal, majd gyorsan kialakuló eszméletzavarral. A szenzóriumszavart nagyfokú irritabilitás, letargia vagy görcsök kísérik. Néhány óra alatt komatózus állapot, néha decerebrációs rigiditás alakulhat ki. Az izomtónus változó, és az esetek nagy részében gasztrointesztinális vérzés is jelentkezik. Hepatomegaliát a betegek 50%-ában észleltek. A laboratóriumi értékek közül a likvor gyulladásra jellemző eltérést nem mutat, a máj enzim értékei és a szérum ammónia szint gyorsan emelkedik, de a szérum bilirubin érték normális marad. A későbbiekben emelkedik a szérum karbamidnitrogén szintje, és romlik a vesefunkció. A betegek több mint a felében hipoglikémiát észleltek, melyhez alacsony likvor cukor érték is társulhat. Ezenkívül jellemző a kifejezett metabolikus acidózis és a só- víz háztartás zavara (2, 5, 14, 25, 32).

Reye beszámolója után szinte a világ minden területéről közöltek sporadikusan, néha endémiásan előforduló megbetegedéseket (1, 2, 11, 13, 16, 17, 26, 32).

A klinikai kép jellegzetes. Szövettanilag nem találtak olyan eltérést, mely specifikus lenne. A parenchimaszervekben a már említett zsíros degeneráció, az agyban nagyfokú ödéma látható gyulladáshoz jelek nélkül. Bebizonyosodott, hogy ezek az elváltozások reverzibilisek, és a beteg maradvány tünet nélkül meggyógyulhat, ha a kritikus szakaszon sikerül átsegíteni (2, 5, 7, 16, 20).

A tünetegyüttes kóreredete és pathomechanizmusa máig sincs tisztázva. A bakteriális eredet kizárható (5, 16, 32). Vírusfertőzésre többen gondoltak, különösen azért, mert a bevezető betegség kapcsán sikerült vírust izolálni, így influenza B-, adeno-, Epstein-Barr-, cytomegalo-, coxsackie-, herpes simplex, és 1-es típusú poliomyelitis vírust, de leggyakrabban varicella következtében észleltek (2, 5, 6, 12, 13, 16, 20, 24, 25, 32). Ez azonban egyedüli oknak nem tekinthető, mivel a gyakori vírusfertőzések ellenére a Reye szindróma ritka, és megelőző vírusinfekció sem bizonyítható minden esetben. Az epidemiológiai felmérések és a biokémiai kutatások alapján exotoxinok (szalicilátok, izopropilalkohol, festékek, aflatoxin stb.), vírusok és genetikai adottság (látens

Laboratóriumi eredményekből

Idő	6 ó.	30 ó.	38 ó.	42 ó.	50 ó.	4 nap	5 nap	14 nap	33 nap
pH	7,39	7,51	7,48		7,50	7,54	7,42		
pCO ₂ Hgmm	27,4	29,0	30,0		32,5	38,5	31,0		
BE mmol/l	-6,8	1,0	-1,2		2,0	9,5	-2,8		
pO ₂ Hgmm	90	104	80		108	88	80		
Se. Na ⁺ mmol/l	141	142	137,5	130	139	135	136	138	140
Se. K ⁺ mmol/l	3,5	2,75	3,6	4,5	4,2	3,5	3,8	4,6	4,25
Se. KN mmol/l	9,8	17,2	15,2	8,4	10,2	13,2	9,0	5,2	5,2
Se. kreat. mmol/l	144		110		68	86	80	72	72
Se. bil. umol/l	8,5					13,7	8,0	8,5	7,1
SGOT U/l	276	345	207		787	207	138	41	25
SGPT U/l	450	405	270		150	195	120	30	6
Se. NH ₃ umol/l	300	400	260	79,2	260	170	206	180	140
vércuk. mmol/l	8,5	9	9		7	6,3	6	5	5
Ht. %	0,45	0,40	0,34		0,28	0,26	0,33	0,30	0,41
Hgb. g/l	138	138	110		87	85	102	100	138
Fvs. G/l	8,0	8,8	9,8		6,6	5,8	6,4	5,0	4,6
Thr. G/l	380	200	86		110	120	320		300
Proth. i. %	0,43	0,34	0,29		0,79	0,89	1,0		1,0

enzimopátia) együttesen szerepelhetnek a betegség kialakulásában (2, 6, 10, 14, 18, 19, 20, 23, 26, 29, 30, 32).

A tisztázatlan etiológia és patomechanizmus miatt oki terápia nincs. Az eddig alkalmazott tüneti terápiás próbálkozások eredményei igen változóak. Legeredményesebbnek azok az eljárások bizonyultak, amelyek az anyagcserezavart gyorsan megszüntették, és a káros anyagcseretermékeket rövid idő alatt sikerült eliminálni (3, 6, 8, 20, 21, 27).

Mivel a halál leggyakoribb oka az agyödéma és a koponyaűri nyomásnövekedés miatti nyúltsági beékelődés, ezért esetenként jó eredményt értek el az agykamrák drenálásával (21). Ehhez azonban műtéti feltételek és megfelelő felszerelés szükséges.

A Reye szindróma halálózása jelenleg is magas, ezért keresnünk kell újabb kezelési lehetőségeket is. Hazánkban először alkalmaztunk ebben a kórképben haemocol perfúziós kezelést.

Esetismertetés

1981. aug. 11-én varicella encephalitis gyanújával utalták kórházunkba V. Zs. 6 éves fiúgyermeket. Az anamnézis szerint zavartalan terhesség után, időre, 3600 g-mal született. Minden tekintetben jól fejlődött, védőoltásait időben megkapta. Jelen felvételéig csak szövődménymentesen gyógyuló parotitise, rubeolája és Salmonella enteritise volt.

Kórházba kerülése előtt 4 nappal lázas lett, és a bőrén varicella exanthema jelent meg. Felvétele előtt pár órával fejfájás, láz és profúz hányás kezdődött, majd zavart lett, amihez nagyfokú irritabilitás társult.

Osztályunkra kerülésekor a közepesen táplált és fejlett fiúgyermek bőrén testszerte varicella exanthemat láttunk, amely a végtagokon még hólyagos stádiumban volt, az arcon és a törzsön már pörkösödött. Az izomzat tónusa változó volt. Nyelve nedvszegény, bevont, garatja közepesen vértelt, légzése szapora, acidotikus jellegű volt. A tüdők felett érdes alaplégzést, és diffúzan egy-egy bronchitises zörejt hallottunk. Hőmérséklete 39° C volt. Hasa puha, betapintható volt, érzékenységet nem jelzett. Tömött tapintatú mája 1 cm-rel haladta meg a jobb bordaívét. Lépe nem volt nagyobb. Fájdalmas ingerre, erélyes felszólításra reagált, érthetetlenül beszélni próbált, de szenzórúma zavart volt. Kiváltható reflexeket és m. k. o-n pozitív

Babinski tünetet láttunk. Felső végtagjaival céltalan, bizarr mozgásokat végzett, ülni, állni nem tudott. Egy-két percig tartó hipermotilitással, fokozott izomtónussal járó, görcszerű rohamok jelentkeztek, melyek után átmenetileg erős fájdalom ingerre sem reagált, légzése szakaszossá vált. Közepesen tág pupillái fényre renyhén reagáltak. Tarkóköttöttsége vagy más meningeális tünete nem volt. A fenti rohamok később halmozódtak, és néhány óra alatt mély komatózus állapot alakult ki.

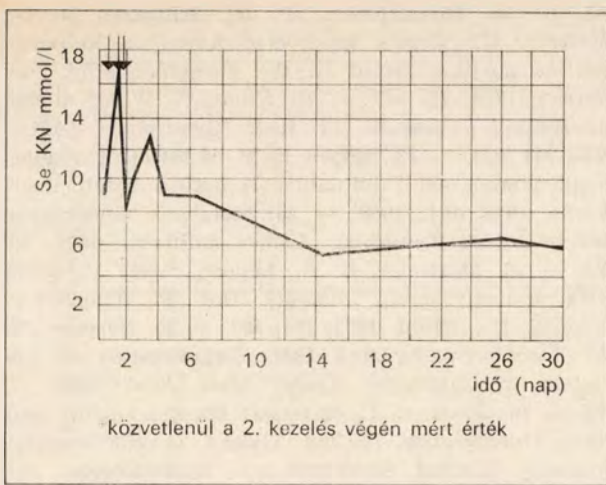
Az erélyes dehidráció ellenére állapot romlott. Lába a fizikális hűtésre és lázcsillapítóra nem csökkent. Tíz órával a felvétele után váladék felszaporodás és légzési elégtelenség miatt nasotracheálisan intubáltuk. A váladék leszívása és oxigén adás légzésében átmeneti javulást hozott.

Laboratóriumi eredményeit táblázatban foglaltuk össze, amelyen a későbbi változásokat is feltüntetjük (táblázat). Kiemeljük metabolikus acidózist (az első Astrup vizsgálat eredményét már nátrium bikarbonát adása után kaptuk), a magas szérumszámú ammónia értékét és a negatív likvort (Pándi: negatív, sejtszám: 5/μl, fehérje 0,12 g/l, cukor: 6,0 mM/l).

Az alkalizáló kezelés, a dehidráció, elektrolit rendezés, cukor és oxigén adás ellenére betegünk állapota nem javult. Az EEG görbén súlyos agygyomorfokozódásra utaló eltérés látszott. A gyermek gyorsan romló állapota azonnali beavatkozást sürgetett, ezért felvétele után 12 órával haemocol perfúziót kezdtünk.

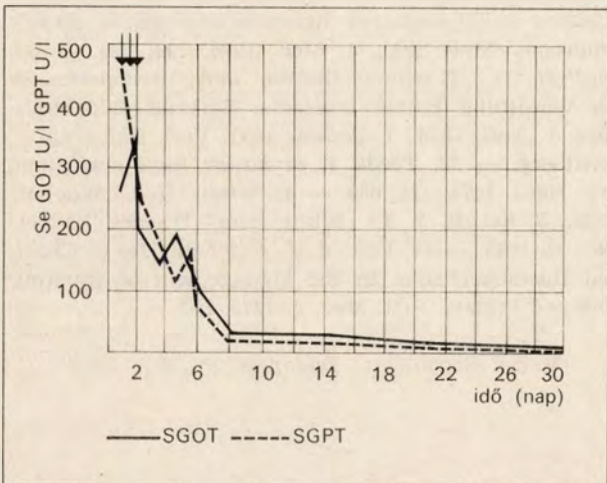
Módszer: Biokompatibilis polipropilén tokban akrilhidrogénnel bevont aktív szénemecskéket tartalmazó oszlopon (Gambro[®] AB, Sweden), Belco vérpumpa közbeiktatásával végeztük a hemoperfúziót. Scribner shunt helyett a már előzőleg kiperparált vena jugularis és a bal karból szintén centrális vénába vezetett katétert használtuk. A rendszert 5000 E heparint tartalmazó 1000 ml fiziológiás NaCl oldattal mostuk át 5 perces cirkulációval, majd a beteg vérével feltöltve indítottuk el a perfúziót. Eközben egyéni, választott vértranszfúziójával pótoltuk a rendszerbe kerülő vér mennyiségét. A beteg vérének alvadási idejét folyamatosan ellenőriztük. A cirkuláció, tekintettel az erek szűk keresztmetszetére, csak 100 ml percenkénti sebességgel történhetett. Az első kezelést 6 órán át folytattuk. A kezeléseket után 10 000 E protamin-szulfátot adtunk a heparin közömbösítésére. Először 12 óra múlva, majd 24 óra múlva ismételtük a perfúziót. Vérzések miatt összesen 2000 ml friss vért és 400 ml vvs. koncentrátumot kapott a 20 kg-os gyermek a kezelése alatt. A szérumszámú ammónia és a májenzim értékeit, valamint a szérumszámú karbamidnitrogén szintet naponta, és a kezeléseket után ellenőriztük (1.—2.—3. ábra).

Betegünk állapota a második perfúzió kezdetekor volt a legsúlyosabb. Keringése hirtelen romlott, pulzus-

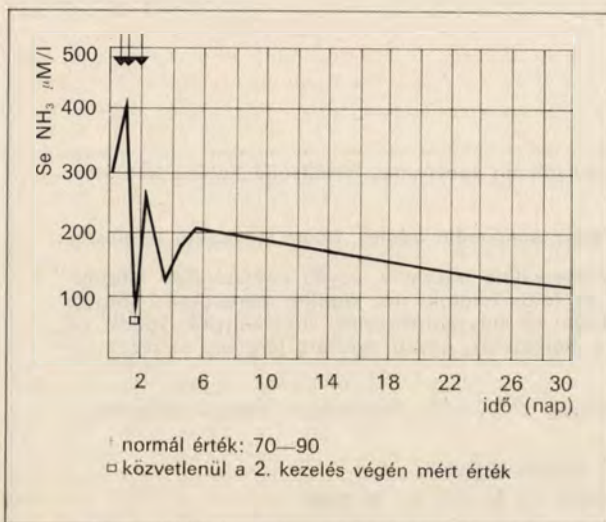


1. ábra: A szérumban karbamid-nitrogén alakulása

száma csökkent, majd szívmegeállás következett be. Azonnal pozitív nyomású, kontrollált lélegeztetést kezdtünk R0₂ típusú respirátorral a folyamatos kardiális reanimáció mellett. Keringése kb. 2–3 perc után rendeződött, és sinus ritmusra tért vissza. Csak később tudtuk meg, hogy a folyamatos kálium pótlás ellenére



2. ábra: A szérumban enzim értékek alakulása



3. ábra: A szérumban ammónia szint* alakulása

hipokalémia alakult ki. A gyomorból és a nyálkahártyákról masszív vérzés indult. Laboratóriumi értékei is ekkor mutatták a legsúlyosabb eltéréseket. A reanimáció után folytattuk a haemocol kezelést, amelynek végére keringése és légzése is rendeződött, laboratóriumi értékei javultak.

A harmadik perfúzió alatt, felvétele után 48 órával, a gyermek állapota javulni kezdett, tudata fokozatosan feltisztult, laboratóriumi eredményei normalizálódtak. Ápolásának a 3. napján detubáltuk. Pár nap elteltével neurológiai eltérést már nem találtunk, de az EEG kép még kóros volt. A szövődeményként kialakult tracheobronchitise és j. o.-i pneumóniája is gyógyult. Varicellája szabályosan pörkösödött. 35 napos kórházi kezelés után, jó állapotban, tünetmentesen adtuk haza. Egy hónap múlva jelent meg ellenőrző vizsgálaton. Panaszmentes volt, de mája 3 cm-rel meghaladta a jobb bordaívét, széle lekerekített, nyomásérzékeny volt. Icterust nem észleltünk. Lépe szintén megduzzadt. A laboratóriumi eltérései hepatitisz gyanúját vetették fel. A szérumban bilirubin 25,6 μmol/l, a SGOT 437 U/l, a SGPT 270 U/l volt. A szerológiai vizsgálat cytomegalovírus fertőzést bizonyított. (IgM 1:10, IgG 1:320). A valószínűleg a transzfúziókkal aquirált CMV hepatitiszből a beteg egy hónap alatt szövődeménymentesen meggyógyult.

Az azóta eltelt időben ismételt ellenőrzött gyermek általános állapota jó, bár a szérumban ammónia értéke, szemben az egyéb laboratóriumi negatív leletekkel, jelenleg is kissé magasabb a normálisnál.

Megbeszélés

A betegünkön észlelt tünetek és laboratóriumi eltérések varicellához társult Reye szindrómának feleltek meg. A jellemző tünetek közül csak a hipoglikémiát nem észleltük, de az irodalmi adatok szerint is csak az esetek 50–60%-ában van alacsony vércukor (2). Esetünkben a hipoglikémia kialakulását a dehidrálásra adott glicerin vércukor emelő hatása, valamint a korán adott cukor infúziók egyaránt megakadályozhatták.

A Reye szindrómában eddig alkalmazott tüneti terápiás eljárások, mint a peritoneális dialízis, a vércsere, nem vezettek kellő eredményre. A legsúlyosabb, a komatózus állapotba eljutott betegek, szinte kivétel nélkül meghaltak (2, 6, 8, 20, 33).

A hemoperfúzió előnyös hatását többen kihasználták, és ismertették endogén májkóma és mérgezőségek kezelése kapcsán (9, 15, 22, 31, 34). Egyikünknek májkómás betegek haemocol kezelésében volt már tapasztalata (4), de gyermekekben ezt az eljárást eddig még nem alkalmaztuk. Boda (3) tankönyvében találtunk adatot a vér aktív szénen való perfúziójáról Reye szindrómában, mint lehetséges terápiás beavatkozásról. Ettől indítva döntöttünk a haemocol perfúzió alkalmazása mellett, amelynek hatásosságát mind a gyermek állapotának javulása, mind a laboratóriumi eltéréseknek a kezelése után észlelt gyors javulása bizonyították.

Tapasztalatunk alapján esetünkhöz hasonló kórképben a haemocol perfúzió elvégzését javasoljuk.

IRODALOM: 1. Becroft, O.: Syndrome of encephalopathy and fatty degeneration of viscera in New Zealand children. Brit. Med. J. 1966, 2, 135. — 2. Bell, W. E., McCornick W. F.: Neurologic infections in Children, W. B. Saunders Company, Philadelphia

- London. Toronto. 1975. — 3. *Boda D.*: Gyermekgyógyászat. Medicina. Budapest. 1981. — 4. *Bodor Gy., Nagy E., Reé J.*: Vírushepatitis okozta heveny máj-elégtelenség kezelésének új lehetősége. Orv. Hetil. 1979, 120, 383. — 5. *Bradford, W. D., Latham, W. C.*: Acute encephalopathy and fatty hepatomegaly. Am. J. of Childr. 1967, 114, 152. — 6. *Bradford, W. D., Parker J. C.*: Reye's Syndrome Possible Causes and Pathogenetic Pathways. Pediatrics. 1971, 10, 148. — 7. *Brain, W. R., Hunter, D., Turnbull, H. M.*: Acute Meningo-Encephalitis of Childhood. Lancet. 1929, 1, 221. — 8. *Brown, R. E., Madgle, G. E.*: Therapeutic considerations Reye's Syndrome. Pediatrics. 1971, 48, 162. — 9. *Burkov, I. V., és mtsai*: Pérvüj poit primenija metoda gemoszorbcí u gyetéj sz pecsenocnoj nedosztatocsnosztju. Veszt. Akad. med. Nauk. 1977, 52. — 10. *DeLong G. R., Glick T. H., Shaanon D. C.*: Citrulline for Reye's syndrome. N. Engl. J. Med. 1974, 290, 1488. — 11. *Dodge, P. R., Kissane, J. M., Prenskey A. L.*: Acute Encephalopathy with Severe Liver Dysfunction. Pediatrics. 1969, 8, 154. — 12. *Dvorachova, L., Vorter V., Hroch, M.*: Encephalitis syndrome with fatty degeneration of viscera. Arch. Path. 1966, 81, 240. — 13. *Dworach J. R., Patrich A. J.*: Encephalopathy and Fatty Degeneration of the Viscera Associated with Chickenpox. Pediatrics. 1967, 39, 769. — 14. *Földes Gy., Pappert K., Pleskott K.*: A Reye syndromáról. Orv. Hetil. 1977, 118, 148. — 15. *Gazzard, B. G. és mtsai*: Charcoal Haemoperfusion in the treatment of fulminant hepatic failure. Lancet, 1974, I, 1301. — 16. *Glick, T. H. és mtsai*: Acute Encephalopathy and Hepatic Dysfunction — Associated with Chickenpox in Siblings. Amer. J. Dis. Child. 1970, 119, 68. — 17. *Glick, T. H. és mtsai*: Reye's syndrome: an Epidemiologic Approach. Pediatrics. 1970, 46, 371. — 18. *Hilty, H. D., Romshe, A. C., Delamater, P. V.*: Reye's syndrome and hyperaminoacidaemia. Pediatrics. 1974, 84, 362. — 19. *Hsia, Y. E.*: Inherited hyperammonemia syndromes. Gastroenterology. 1974, 67, 347. — 20. *Hunterlocher, P. R., Schwartz, A. D., Klatzkin, G.*: Reye's syndrome: Ammonia intoxication as possible factor in the encephalopathy. Pediatrics, 1969, 43, 443. — 21. *Kindt, G. W. és mtsai*: Intracranial Pressure in Reye Syndrome. JAMA 1975, 231, 822. — 22. *Mayer, K. P. és mtsai*: Therapiemöglichkeiten bei fulminanter Hepatitis. Dtsch. med. Wschr. 1976, 101, 1068. — 23. *Metabolic Abnormalities in Reye's Syndrome. Lancet Editorial.* 1976, II, 183. — 24. *Mortimer, E. A., Lepow, J. R.*: Varicella with Hypoglycaemia Possibly Due to Salicylates. Amer. J. Dis. Child. 1962, 103, 583. — 25. *Norman, M. G.*: Encephalopathy and Fatty Degeneration of the Viscera in Childhood. Canad. Med. Assn. 1968, 99, 522. — 26. *Olson, L. C. és mtsai*: Encephalopathy and Fatty Degeneration of the Viscera in Northesstern Thailand. Clinical Syndrome and Epidemiology. Pediatrics. 1971, 47, 707. — 27. *Pross, D. C., Bradford, W. D., Krueger, R. P.*: Reye's Syndrome Treated by Peritoneal Dialysis. Pediatrics. 1970, 45, 845. — 28. *Reye, R. D., Morgan, G., Bral, J.*: Encephalopathy and fatty degeneration of the viscera. Lancet, 1963, II, 749. — 29. *Ryan, N. J. és mtsai*: Aflatoxin B—1: Its in the etiology of Reye's syndrome. Pediatrics. 1979, 64/1, 71. — 30. *Snodgrass, P. J., DeLong, G. R.*: Urea-cycle enzyme deficiencies and an increased nitrogen load producing hyperammonemia in Reye's syndrome. New Engl. J. Med. 1976, 294, 855. — 31. *Seyffrat, G.*: Giftindex-Dialyse und Hämo-perfusion bei Vergiftung Editor: Fresenius-Stiftung. Bad Homburg, 1. Aufl. 1975., 1. Ergänzt. 1977. Verl. Bindernagel, Friedberg. — 32. *Török J. és mtsai*: Reye syndroma. Orv. Hetil. 1974, 115, 603. — 33. *Utian, H. L., Wagner, J. M., Sichel, R. J. S.*: „White liver” Disease, Lancet, 1964, II, 1043. — 34. *Vale, J. A. és mtsai*: Use of Charcoal Haemoperfusion in the Management of Severely Poisoned Patients. Brit. Med. J. 1975, I, 5.

(Medek Sarolta dr., Budapest, Pf. 29., 1450.)

SEPTO—DOL



Aktív klór-hatóanyag-tartalmú, 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-csészék, ágytálak, ágytálmások, mosdó- és mosogatókagylók, vizelezőkagylók, 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 egységárazománnyként 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.

A fagyvilág magyar orvosvándora

Az expedíciós magyar orvosok névsora nem túl hosszú, kalandozó őseink különben sem a hullámon kedveltek lovagolni. Ha akadt egy-egy vállalkozó szellemű honi gyógyász, az általában külföldi területszerző, felmérő és berendezkedő akciókhoz csatlakozott. Ilyenek voltak: Szenger Ede, a belga légio orvosa, aki a tragikus sorsú Habsburg Miksa mexikói kudarcának egyik túlélőjeként tért vissza. Láta, amit Manet megfestett és Apollinaire megénekelt, a szép szőke császár golyótól lehanyatló fejét. A legismertebb Gáspár Ferenc hajóorvos, többkötetes művek népszerű szerzője, avagy éppen Thanoffer Lajos (könyvéből nem derül ki, milyen családi szálak fűzték az azonos nevű professzorhoz) írt érdekes trópusi orvosbeszámolót, még a kolonizált időkben.

A legkevésbé ismert előttünk az a múlt századi kolléga, aki az északi hideghódoltság, a roppant jégbirodalom hajót ropogtató, fagyhalállal fenyegető kegyetlen klímáját bírta ki. *Kepes Gyula dr.*, a Ferencz József Földet körbe kalandozó osztrák-magyar expedíció egyetlen magyar (tegyük hozzá mindjárt, igen fontos) tagja, a makrovilág egyik vakmerő felfedezője — a mikrobiológia fénykorában.

Kepes Gyula 1847 december 7-én született a Bereg megyei tiszaháti Vári községben, középiskoláit Ungvárt és Budán végezte, így módjában volt a ruszín, illetve a német nyelvet alaposan elsajátítani. Később mindkettőnek nagy hasznát vette. Orvosdoktorrá 1870-ben avatták a híres bécsi egyetemen, utána a Rudolf-kórházban Drasche és Weinle tanárok mellett dolgozott, de nem sokáig. Történt ugyanis, hogy 1872 nyarán a békésebb időkben élő Monarchia expedíciós hajót küldött északra, távoli területek szerzésének reményében. Amint az Julius Payer csehországi születésű hajóparancsnok: *Die Österreich-Ungarische Nordpol-Expedition* című könyvéből kiderül, 1869-, 70-, 71-ben történtek már sikertelen próbálkozások, de a 72—74 közötti heroikus kísérlet már nem volt eredménytelen. A Spitzbergáktól keletre, a Novaja Zemljától északra fekvő erősen tagolt jégföld-sziget 25 keménykötésű tengerész emberfeletti erőfeszítése eredményeképpen felvette Ferenc József nevét, és maradt osztrák felségterület 1928-ig, aztán a Szovjetunió véglegesen magához csatolta.

Visszatérve a poláris expedíció kezdetéhez; a *Tegetthoff* nevet viselő 220 tonnás, 100 lóerős akkor jégtörőnek számító gőzös 1872 június 12-én hagyta el Bréma kikötőjét, 24 emberrel és 6 szán-

vontató kutyával a fedélzetén. A legénység többnyire Fiume környéki olasz, vagy délszláv, azaz dalmát matrózokból verbuválódott, közismerten ők voltak a Monarchia legjobb hajósai, a naplójukból az is kiderül: *doch ist Italienisch die Schiffssprache*, vagyis olasz volt a használatos műszaki nyelv.

Kepes Gyula doktort a volt főnöke, Drasche tanár ajánlotta az expedíció egészségügyének élére, szakmai felkészültsége, pszichikai és fizikai adottságai predestinálták erre a szinte lehetetlennek tűnő feladatra. A legénységet 30 éven aluliakból válogatták össze, alapvető követelmények voltak: hegymászó gyakorlat, étlen-szomjan kitartó gyalogolás, a legcsekélyebb jele sem legyen (die geringsten Anzeichen) a rheumának, a tüdő-, a szem- és egyéb krónikus bajoknak, amelyek nehezítenék a „Polar-klíma” elviselését. Mindezeket Kepes dr. az öt érzékszervével végezte el, hol volt még akkor a röntgen, a vértetszüllyedés, vagy éppen a bonyolult laboratóriumi rheuma-faktorok felfedezése? A szeszkedvelők sem mehettek, több okból. Akaratgyengék, hacsak nem a dózis megszerzéséről van szó, fagyhaláluk még közép-európai klíma alatt is gyakoribb.

Kepes vizsgálatait ellenőrizte egy maritim bizottság, munkáját megfelelőnek találta.

Az élelmezésre célszerűen felkészültek. Húskonzerv, nagy mennyiségű tartósított zöldségfélék, kakaó, rizs, szárított tésztaeműek (az olaszoknak makaróni, a németeknek nudli), és ami a leglényegesebb: *täglich soll eine Ration Limoniensaft als vorbeugendes Mittel gegen Scorbut ausgegeben werden*, tehát jól ismerték a citromlé skorbutmegelőző hatását. Sok teát, bort és dohányt vittek, hogy gondúzó cikkekben sem szenvedjenek hiányt.

A fűtőanyaggal, kellő ruházattal és lőfegyverekkel való ellátottság már nem a magyar orvos reszortja volt.

A *Tegetthoff* a norvég fjordok mentén végighaladva július 3-án horgonyt vetett Tromsø kikötőjében, fedélzetre vették Olaf Carlsen kapitányt, a szigonymestert és jégszakértőt, e vikingutód nélkül aligha boldogultak volna a levantei vizekhez szokott matrózok.

Nem lehet feladatunk a két esztendeig elhúzódozó expedíció naplószerű ismertetése. Tény, hogy 1872 augusztus 20-án az Északi-tengerre kikerülő *Tegetthoff* már jégfogságba esett és hatalmas jégtáblák közé szorulva az expedíció veszedelmesen sodródott mindig északabbra. A tét már a pusztaság visszatérés volt, amelynek mindinkább csökkent a valószínűsége. A sötét sarki tél egyre közeledett, ők egyre távolodtak, még szerencse, hogy Carlsen kapitánnyal együtt két eszkimó kutyát is felvettek, így

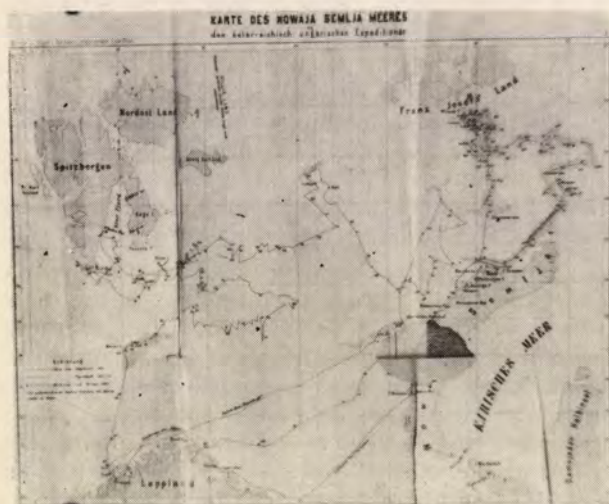


Fent balra: Gustav Brosch, főhadnagy
 Fent jobbra: Eduard Orel, zászlós
 Alul középen: Dr. Kepes, hajóorvos
 (Payer könyvében csak hármójuknak van külön arcképe)

a nyolc négylábú „mentőkaraván” készen állott, hogy a hajó süllyedése esetén a legszükségesebb, szelektált rakományt valamelyik hatalmas jégtáblára szállítsa. Aztán lesz, ami lesz. Szeptember 16-án már mínusz 19 C° volt a hőmérséklet. Az élelemkészletet fókák elejtésével pótolták, a bátrabbak egy-egy jegesmedvét is leterítették. A *Tegetthoff* bordázata szerencsére nem roppantotta össze a jég, így volt mindig hova visszatérniük, noha a kajütök hőmérséklete a jégverem szintjén stagnált. Szeptember végén még a Novaja Zemlja partjainál vadásztak, majd ismét észak felé sodródtak. Több mint száz napos sarki sötétség társul a hóval vilá-

gító télhez, a jég ismét csapdájába szorítja az egyre ritkábban füstölgő gőzöst. Az emberek megsárgultan róják szinte már céltalanul a napi útjukat. Payer főhadnagy szerint *Dr. Kepes ist nicht nur der Arzt, sondern auch der Kelterer*, hiszen a cukor és a tannin mellett neki kell szétporcióznia a legnagyobb kincset — a szükös mennyiségű alkoholt. Ahogy fogyott az erő, úgy fokozódott a nyugtalanság, egyeseknél jelentkezett a skorbut, másoknál tüdőtünetek, a *Lungenkrankheiten* alatt inkább tüdőgyulladást kell feltételeznünk. A skorbut ellen bevetették észak egyik vitamindús növénykészítményét, amely a *Rubus chamaemorus* (magyar nevét nem találtam) koncentrált anyaga, Tromsø kikötőjéből hozták, továbbá a maradék citromlimonádét. A hatás nem maradt el. A rettentő tél fogságából való kijutás első reménysugarát 1873. február közepén pillantották meg. A reménysugár a sarki sötétséget végre áttörő napsugár volt, olvadóban a jég, de nem annyira, hogy a *Tegetthoff* végre elinduljon délre. Március 13-án Kepes dr. is megbetegedett. Két hétig aggódtak felette. Medvehússal etették, amitől — szerintük — erőre kapott.

A hajó aztán ismét sodródni kezdett. 1873 nyarán (aug. 30.) a Novaja Zemlja partjaitól északra végre földszegélyt pillantottak meg. *Land, Land, endlich Land*, kiáltottak a megfigyelő matrózok, és valóban egy alpesi tájra emlékeztető vidék kápráztatta el a hóvaksággal küszködő tekintetüket. Többé nem volt beteg a hajón (keine Kranken gab es mehr an Schiffe), tudták, hogy a 79 és 43 szélességi, valamint az 59 és 33 hosszúsági fokon elterülő tagolt szegélyű sziget felfedezése jól megszenvedett érdemük, a *Tegetthoff* kapitánya az első kiemelkedő csúcsra kitűzte a birtokbavételt jelképező zászlót, és elnevezte Ferenc József császár földjének. Aztán egy hat láb magas köpiramist építettek a Wilczek sziget közepén (elnevezve az északi sarki expedíciók egyik legbuzgóbb pártfogójáról), majd ugyanott felkészültek a következő tél átvészelésére. November 7-én bekövetkezett, amitől állandóan rettegtek. Egy éles jégtábla rést ütött a *Tegetthoff* oldalán igyekeztek menteni, ami még menthető, életüket is úgyszólván a kutyáknak köszönhatték, amit lehetett, szánra raktak. A kutyák hozzájuk bújva melegítettek, jelezték a jegesmedvék közeledtét, vontatták a rakományt, segítettek vadászni és játékra csábítottak. Am a *Tegetthoff* hajótestét télen a jég könnyen tartotta, ezért a kajüt egyelőre fedezéket nyújtott. A petróleum és a terpentinolaj ugyan zsírszerűvé merevedett, de a világításkor felolvadt. Rum és hús még akadt, de fogytán volt a citromlé, ezért ismét emelkedett a skorbuttól szenvedők száma. Kepes dr. egyelőre tartózkodott attól, hogy az embereknek tömény italt adjon, de az 1874-es újesztendőben már szükségessé vált. Jobb lett a matrózok hangulata és roboráló hatása is volt. Az első veszteségük Otto Krisch hajógépész jeges kősrba lett eltemetve, ami szomorú jeladás volt arra, hogy ha nem akarnak egyenkint a sorsára jutni, el kell indulniuk délre. A kezdeményező jótanácsos Kepes dr. volt. A legszükségesebb holmikát szánra szerelték; sátor, mindenkinek hálósák, élelem, spiritus, egy könnyű puska, egy kisebb iránytű, egy nagyobb hajóiránytű. A hat újfundlandi és a két eszkimó-



A felfedezett Ferencz József-föld Payer könyvéből

kutya vontatta a két-három szánrakományt, Carl-
sen irányításával biztosan tájékozódva. Egy szán-
hoz 7 ember és 3 kutya tartozott, kivéve a középsőt.
A fegyveres matrónak külön kellett mindig szem-
mel tartania a láthatárt. Az út és az idő viszontag-
ságairól száz oldalak szólnak.

Kepes dr. állandó főszereplője a konvojnak.
Hol a jég szakad be alatta, és főképp lelket önt a
mackómódon öltözött társaságba. 1874 augusztus
23-án elfogyott az élelmük. Az expedíció tagjai ki-
merülten terültek el a közeli tengerparton. Talán
egy sarki éjszaka véget vetett volna mindennek, ha
csoda nem történik. Orosz halászbárkák jártak arra,
sirályrajok kíséretében. A sirályok megjelenése
mindig úszójárművet jelez. A kimerült emberek ar-
ra ébredtek fel, Fjodor Boronyin kapitány utasítá-
sára vodkát csöpögtetnek a szájukba. A két halász-
bárkáról egy nagy hajóra rakták őket és meg sem

álltak Szentpétervárig, onnan Bécsig, ahol fejedel-
mien fogadták a felfedezőket.

Kepes dr. botanikai és zoológiai gyűjtést is vég-
zett, de azokat ott kellett hagyni a *Tegetthoff* fedél-
zetén. Itthon több kitüntetést kapott, törzsorvosi
rangban előléptették. Ő kisebb cikkeket, Julius Pa-
yer vaskos kötetet írt a különleges expedícióról,
amelynek az orvosa magyar volt.

További sorsát 1895-ig sikerült követni, ekkor
még mindig csak a 48. évében járt.

A bécsi Arbeiter Zeitung 100 év után feleleve-
nítette a sarki kalandot, egy kint élő magyar újság-
író nő szintén, e megemlékezés viszont J. Payer: *Die
Österreichisch-Ungarisch Nordpol Expedition* című
gótbetűs, szépen illusztrált könyve olvastán kíván-
kozott papírra, gyógyító múltunk „jég hátán is
megelő” figurájáról.

Szállási Árpád dr.

Erdélyi történetírók egészségügyi közlései a török időkből

Erdély törökkori története nagyjából egybe-
esik az erdélyi fejedelemség korszakával. Izabella
királyné uralkodásától II. Apafi Mihály lemondá-
sáig (1541—1701), a Részekkel kiegészített Erdély
kiszolgáltatója maradt az oszmán hatalmi politi-
kának. Viszonylagos önállósága nem jelentett füg-
getlenséget és viszonylagos nyugalma nem jelentett
békét. Az elszakadási kísérleteket véres pártharcok,
vlah betörések, német zsoldos csapatok garázdálko-
dásai kísérték, végül török-tatár hordák gondos-
kodtak a szövetséges viszony helyreállításáról.

Már előljáróban megállapíthatjuk, egy ilyen
fajta szövetséges viszony nem adott pótolhatatlan
értékeket Erdély kulturális életének. A Hódoltság
területéhez hasonlóan, a törökök felszínes kultúrha-
tása jelentkezett a díszítőművészetben, öltözködés-
ben, zenében. Meghonosítottak pár fűszer- és kul-
túrnövényt, elterjesztették a dohányzás és kávéivás
szokását, behoztak néhány keleti gyógyszert (1). Fa-
talista hittételekkel átszótt arab eredetű orvostudo-
mányuk nem talált erdélyi követőkre. Míg a szultá-
nok maguk is gyakran szorultak francia, portugál,
zsidó orvosok segítségére (2), addig hadisebészetük
eredményesen gazdagodott a szövetséges erdélyi
csapatok tábori sebészeinek korszerű olasz, francia,
német műtéttechnikai eljárásokat ötvöző tapaszta-
lataival.

Fejedelmi betegekhez Erdélybe is hívtak külföl-
di orvosokat (3). Lengyel volt: *Vojciech Novopolski*,
Evangelista János, *Struthius József*, olasz: *Blandra-
ta*, *Bucella*, *Caproni*, *Gatti*, *Muraltus*, német: *Bren-
ner*, *Erbinaeus*, *Spillenberger*, *Scultetus*, *Vogel*, zsi-
dó: *Hyberius*, *Juda*, *Ribeira*, *Sia Leon* dr. stb. Igény-
be vették a szász és felvidéki városok orvosait és

borbélysebészeket fogadtak szolgálatukba. A ma-
gyar orvosok általános műveltségük, nyelvtudásuk
révén diplomáciai feladatokat kaptak — *Hunyadi*
Ferenc, *Gyulai Pál* —, egyházi méltóságokat töltöt-
tek be — *Forgách Ferenc*, *Sélyei Balogh István* —
vagy a fiatalok oktatását tartották elsőrendű élet-
hivatásuknak — *Balsarati Vitus*, *Enyedi Sámuel* —.
A kis létszámú értelmiségi réteget orvosokkal dúsit-
va bevonták az államirányításba, ugyanakkor az
egészségügy legértékesebb elemeivel lett szegé-
nyebb. Erdély rövidre mért aranykorában *Bethlen*
Gábor (1580—1629) fejedelem így biztatta beteges-
kedő feleségét, Károlyi Zsuzsannát: „... viselj gon-
dot magadra, és ha orvost találsz, gyógyítsad ma-
gadat!” Egy másik levelében anyósának igyekezett
orvosa lenni. „Citromserbetet ím egy szép csészével
teli küldtem, ezen csészéből bizvást ihatik, mert
magam is ebből ittam most is, ezt is tizenkétszer is
teli csinálhatják ezt az csészét; claris olaj bizony
sehol nincsen, de azon leszek, hogy ezen két nap az
doctorok készítsenek, és mindjárt küldök postán.
Ím, valami receptákat irattam velek az dissenteria
ellen... 1623.” (4).

Don Diego de Estrada visszaemlékezéseiben
említette, hogy százhat szakember között két orvos
és három gyógyszerész érkezett Velencéből *Bethlen*
Gábor udvarába (5).

1669-ben *Nadányi János* a „*Florus Hungaricus*”
szerzője újra világba sóhajtott közhirűvé vált
mondását: „Az mi országunkban (Erdélyben) orvos-
doktorok s patikák nem igen vadnak.”

Erdély messze került a külhoni orvosakadé-
miáktól. Nem földrajzilag, hanem az elérhetőség
szempontjából.

Báthori István (1533—1586) lengyel királysága idején a négykaros erdélyi egyetemet orvosi fakultással akarta kiegészíteni (6). Csak terv maradt, mint Apáczai Csere János Barcsay Ákos fejedelemhez 1659-ben benyújtott javaslata (7). Az erdélyi ifjak orvosi kiképzése továbbra is az Angliáig húzódó nyugat-európai egyetemi centrumokban történt, ahova az indulás és megérkezés csaknem olyan veszélyekkel járt, mint maga az utazás, az állandó háborús cselekmények, rossz közbiztonság és járhatatlan utak miatt. Tizenöt diák közül tizet tévedésből közvetlenül Bécsbe érkezésük után kivégeztek (8). *Enyedi Sámuel* alig indult el Debrecenből, máris hátra lőtték (9).

Az orvosutánpótlás nehézségeit a meglévő borbélysebész céhek megerősítésével, új céhek létrehozásával hidalták át. Nélkülük aligha beszélhetnénk az egymillió lakost számláló Erdély egészségügyi ellátásáról. Alkalmazásukat nem az emberélet devalválódása magyarázza, hanem az a szükségyszerű évszázados gyakorlat, ami a borbélyokat szolgáltató-kézműves fokon, az orvostudomány egyes területeinek művelőivé avatta, a legkisebb társadalmi, szakmai vagy anyagi elismerés nélkül. Várad ostrománál a borbélyok fizetsége a káromkodásokból befolyó büntetéspénz lett volna, ha ezt valaha is megfizetik (9).

A szász városok céhszabályzatát már Izabella királyné megerősítette — 1550-ben —, pedig városi orvosaik, ispotályaik voltak, kórházak épültek (10). Brassó, Medgyes, Segesvár, Szászsebes és Szeben 1562-ben kelt borbély és sebész céheinek szabályzata 14. pontjában kimondták ugyan, hogy: „Abban az esetben, ha a városban van orvos, sem a sebész, sem a borbély nem adhat az orvosdoktor akarata és tudta nélkül főzetet vagy pirulákat (a betegnek), kivéve a sebre teendő főzeteket”, de az artikulus megszegője ellen büntetést nem helyeztek kilátásba (11). A marosvásárhelyi borbélymesterek szabályzata így tiltotta a céhen kívüli működést: „... se külső, se belső nyavalyát, az kihez ők tudnak és értnek (mármint a mesterek), akaratjuk ellen művelni és borbélykodni semmi képpen ne merészeljen...” senki (12). Az erdélyi borbélyok mestervizsga feladatai között *nem szerepelt hajvágás, borotválás, érvágás, foghúzás vagy rutinszerűen végzett sebllátás*. Érteni kellett viszont *gyógyírok, porok, kenőcsök, tapaszok, seb főzetek és vérzéscsillapítók készítéséhez, égési sérülések és törések ellátásához*. (Barcasági borbélyok mestervizsga szabályzata (11). Azok a bajszos, szakállas erdélyi urak, akik az egyik percben még békésen politizáltak a „szakállszárítóknak”, hogy a következő percben csatába rohanjanak, a borbélyoktól nem a fodrászok tudományát várták, hanem a megbízható seborvosát. Szervezettségüknél fogva megszégyesült egészségügyi elveket követtek, ami nem mondható el hasonlóképpen a lengyel, német és németalföldi, olasz és angol iskolákat járt orvosokról.

A borbélyok vándorlásaik során, az erdélyi zsoldos seregekben szolgálatot teljesítő tábori sebészekről, korán értesültek a német, francia borbélysebészek legmodernebb eljárásairól, pl. a seborvoslást forradalmasító *Ambroise Paré* (1509—1590) munkásságáról. Olvasták és művelték a szakirodal-

mat. Mecénások híján kéziratban maradt magyar nyelvű tanulmányaik sokasága jelzi szakirodalmi tevékenységüket. A XVI—XVII. században már győzedelmeskedett a magyar nyelvű oktatás a latin felett, de latint oktattak minden középfokú intézetben, nem ritkán a falusi iskolák alsóbb osztályaiban is (13). Innen ered *Diószegi Borbély István*, *Pettyéni Borbély Márton* vagy *Várad Szabó György* „latinista műveltsége” (14). Ugyancsak az alapfokú latin tudás vezethette a városi polgárt a közkönyvtárak természettudományos és orvosi könyvektől roskadozó polcaihoz (15), hogy szükségből vagy bizalmatlanságból megszerezze az öngyógyítás szellemi alapjait. Borbély sem jutott mindenhová, ahová szükséges lett volna. *Forgách Simon* tizenegy súlyos sebéből kigyógyítva jegyezte fel a végvári vitézekkel együttérző sorait.

„... ha megtalál szegény betegedni, egy jó falatot, egy ital bort nincs mivel venni; soha fel nem táplálhatja magát, hanem meg kell halni; magok is annyira elunják egymást, hogy osztán a betegeknek feléjük sem mennek, hanem amellyikkel asszonyember vagy, míg az egészséges, az, amint lehet, bánik véle; ha az is megbetegszik, senki feléjük sem megyen osztán, hogy ki nem mehetnek helyekből; az tábortok elbűdösül, eldöglik, és nagy nyomorúságos halálokkal holnak meg; mert sok meggyógyulna benne, ha volna mit enniek és inniok, de a fizetlenség miatt éhség leszen köztök, abból dőghalál, osztán hamisan az magyar égneik tulajdonítják.” (16)

Az orvosi tanulmányokat végzett *Forgách Ferenc* (1535—1577) skorbut „járvánnyal párosult hiány”-t tapasztalt *Huszt* várában. „Sokan voltak, akik beszéd közben a fogaikat köpték ki; mások étkezés vagy munka közben lehették ki lelküket.” — írta az erdélyi kancellár (16).

A borbélysebészek nem ragaszkodtak csökönnyösen sebészeti megoldásokhoz. Házilag könnyen elkészíthető receptjeikkel akaratlanul hozzájárultak a népi gyógyászat fejlődéséhez. Bethlen Gábor a sárga és fekete ír használatával példálózott 1613-ban kelt levelében: „... az jó sebgyógyító orvosoknak (borbélyoknak) példáját akartuk követni, kik az sebnek begyógyításával addig nem sietnek, még az vadhúst belőle ki nem tisztítják és ki nem étetik, hogy az hirtelen való begyógyítás mia újólag való kifokadása ártalmasb annak utána ne lenne.” (4). A sárga és fekete írt napjainkig alkalmazták a népi gyógyítók, pl. a Nagyvárad vonzasköréhez tartozott *Zsákán* (17). A „szívó” hatású sárga írral előbb „kiéttették” a nedvező, sipolyos sebeket, hogy utána fekete írral elősegítsék a hámosodást.

A borbélyok konzervatív elvet követtek még súlyos *periostitisnél* is. *Bethlen Miklós* (1642—1716) *gangraenás* fogától származó tályogját többször, többen megkísérelték eloszlatni, azután beérlelni, majd kivágni. Az extractiót csak sorozatos eredménytelenség után hajtották végre (18).

Borbélyok végezték a boncolásokat. *Kemény János* (1607—1662) fejedelem szemfüles fiatalember korában, kéjes borzongással figyelte *Qvad* kapitány boncolását, „kinek bűzi miatt az borbély, ki vele bajlódott, megbetegedék s meghala.” Az ifjú *Kemény Jánost* küldte ura, az útközben „meghímlőzött” *Brandenburgi Katalin* elé, figyelné ki, elcsú-

fitották-e a sebek a fejedelmi ara arcát. Bár a nagy sietségben combjaközét feltörte a „tatár” nyereg, örömmel jelenthette, tíz himlőhelynél nincs több a menyasszony ábrázatán. A szenvedő Bethlen Gábor fejedelem utolsó napjait János borbély víg kedélye és gondoskodása tette elviselhetővé. És amikor a borbély boncolta, mindenkit megdöbbenett a fejedelemasszony szenvtelensége, aki elhunyt férje belsősegeit nem röstellte tapogatni, fogdosni (19).

Szalárdi János (1601—1666) „Siralmas magyar króniká”-jában nem dicsőítette a borbélyokat. *Váradon* csak két általuk meggyógyított sebesültet ismert. (Nem csoda, mert a betegeket szekérszámra *Debrecenbe* szállították. Felépülve ott kértek és kaptak polgárjogot.) A polytraumás betegek ellátása nem lehetett könnyű feladat. Szalárdi mérgezett nyilakat, kardokat, dárdákat, golyóbisokat emleget, mert a kis sebek is „nekitüzesedvén, dagadozván, s azon tüzesség elterjedvén a szegény sebeseken, csak nagy hamar megfojtatnak vala.” Fenntartás nélkül elismerte azonban I. *Rákóczi György* borbélyának preventív buzgalmát. Azt a napi egy órát is meghaladó fáradozást, amit a fejedelem lábainak masszírozásával töltött, a köszvény távoltartására (9). Szalárdi a köszvényes történelmi személyek felsorolását ott folytatta, ahol *Forgách Ferenc* abba hagyta. Az izületi gyulladás egymás után tette színté mozgásképtelenné *János Zsigmondot*, *Báthori Andrást*, *Bethlen Istvánt*, *Perényi Gábort*, *Rákóczi Zsigmondot* stb., s vált történelemalakító tényezővé Basta generális betegsége, *Bocskai István* (1557—1606) szabadságharcának téli hadjárata során (1605). Kolozsváron Basta már csak nézte a fiatalok labdajátékát (20). Egyre súlyosbodó podagrája miatt *Privigyéről* azt jelentette Mátyás főhercegnek: alig várja, hogy Bécsben befejezhesse az *Eperjesen* megkezdett gyógykezelését (21). A máskor agresszív hadvezér passzivitására, Eperjesre húzódására, hadtörténeiszink nem találtak kielégítő magyarázatot.

Forgách Ferencet betegsége kényszerítette az íróasztal mellé, és fájdalmai avatták csipős nyelvű történetíróvá (22). Olyan előszeretettel gyűjtötte egybe a köszvényes betegeket — és csak azokat —, hogy meglepő lenne, ha köszvényes nem lett volna. Járás nehézségeit *Istvánfy* luesses eredetűnek vélte, ágyasokat sejtett az egymásnak kilincset adó kenőasszonyokban. *Toldy* tbc-nek kórismézte Forgách betegségét (23). Tény, hogy 1573-ban nősülni akart, de megfelelő partnert nem talált. Egészsége helyreállítását a napfényes *Páduától* és orvosaitól remélte. Hiába.

A mozgásképtelenség minden formája, potenciálisan magában hordozta a halálos veszélyt. Lehetetlenné tette a támadást, védekezést, menekülést nemcsak az ellenség elől, hanem a járványok és éhezés elől is. Nem volt olyan évtized, amelyikben ne sújtotta volna Erdély lakosságát a csapások valamelyike, külön-külön, vagy együttesen.

Szamosközy István (1570—1612) „Erdély története” — a humanista történetírás remeke —, egy szerencsétlen korszak tükörképe, ahol mindenki menekült valahonnan, valahova. Elpusztult *Gyulafehérvár*, a fejedelmi székhely. Hamuvá lett *Arad*, lakatlanná *Marosvásárhely*, kiürült az egykor gazdag *Nagyszében*, *Kolozsvár* lakossága ötödére

apadt. A „föld népe” erdőkben, barlangokban keresett menedéket, a gazdagabbak külföldön. „Életünk-re addig kell vigyáznunk — józan tanáccsal, gyorsasággal, segítséggel —, amíg épségben vagyunk”. állapította meg Szamosközy a preventio örök igazságát. Hasonlataiból a borbélyok sebészeti alapszabálya bontakozik ki. *Első*: a lábsérülések ellátása, a mozgásképtesség helyreállítása. *Második*: a fegyverfogásra, védekezésre szolgáló kar és kéz sebeinek gyógyítása. *Azután*: minden más. Ilyen történelmi helyzetben, ilyen elvek mellett, komoly egészségügyi ellátás nem volt lehetséges.

Borsos Tamás (1566—1633) Marosvásárhely főbírája, saját betegségét diagnosztizálta. „Rettenetes sokat feküdtem az kólikában ki miatt mind kezem, lábam elesett vala, hogy három egész esztendeig meg nem épülhettem belőle” (24). Kínjait pestisjárványok, családi vesztések és permanens menekülések növelték.

Mintha betegségek irányították volna a történelmet: Báthori Zsigmond impotenciára épülő psychosisát, a köszvényes Báthori András tunyaságát, a rabiátus Báthori Gábor szexuális kicsapongásait, II. Rákóczi György megalomániáját, II. Apafi Mihály krónikus alkoholizmusát, megszenvedte egy egész országot.

Mind a hivatásos történetírók munkái, mind a levelek, krónikák, önéletírások, visszaemlékezések és naplók, elsősorban neves történelmi személyek, fejedelmek betegségével foglalkoztak, ha egészségi állapotuk egyáltalán szóba került. Az orvostörténe-szek számára hasznosak ezek az információk, mert a főrendek betegágyánál szakmai elit próbálta ki a legkorszerűbb gyógyeljárásokat. Kérdés természetesen, hogy a történetírók értesülései mennyire hitelesek. *Somogyi Ambrus* (1564—1637) Belső-Szolnok vármegye jegyzője, II. Miksa halálát írta le a jól tájékozottak részletességével.

„... meghalt Miksa, régóta tartó köszvénytől elgyengülve, minthogy gyomra a mellette levő vesegyuladástól szenvedett, nehéz lélegzetének műhelyét köhögés és hurut gyötörte, fáradt szívének burkát kemény nyálka lepte be, vesehólyagját túl sok tartalma a nap hevétől ingerelve duzzasztotta, altestének útjai alkalmatlanok voltak a sebészeti beavatkozásra, azok, amelyeken át az élet elosztva és a táplálásra átalakítva szétterjed a testben, sem voltak szabadok, s a gyomrában és mellében felgyűlt ártalmas víznek semmi kiútja nem volt. Az a hír járja, hogy legvégül, mikor a neki készített rossz orvosságokat nem itta meg, borogatásokat kapott, s ez is fokozta mellbántalmát, mikor mindezek a bajok elérték beteg altestét, eltávozott e világról.” (25).

Báthori István pedig — „ha a hír igaz” — végbelén keresztül, méregtől megfertőzve halt meg. Mondják, hogy *Bocskai István* is megégették annak ellenére, hogy török csausz és hajdú vitézei vigyázták minden mozdulatát. *Báthori Zsigmond* születése székely népballadák hangulatát idézi. „Beszélük”, hogy két keze vérrel volt tele, és amikor a bábaasszonyok meleg vízbe tették, hogy a szennyből megmossák, egy fél órára hallá változott, s hátsó részével ide-oda fröcskölte a vizet (25).

Szamosközy átvitt értelmű célzásokkal, hasonlatokkal utalt betegségekre, gyógyításra. Pestis a „hízelgő”, rákfene az „országgyűlés”. Máshol: „Lát-

ta már próbálkozása hiábavalóságát, hogy nyugtató orvosszert csöpögtessen ebbe a barbárba”, vagy: „mint a kiskgyerek, nem akarta lenyelni a keserű orvosságot”. „A sebekre olaj helyett inkább bort öntött”, és „az orvostudomány is megtanított bennünket arra, hogy méreggel segítsük elő gyógyulásunk”. A testalkatot és küllemet a jellem látható megjelenési formájának tartotta. Pl. *Székelly* Mózes nem volt annyira sánta, púpos, kancsal és rút, hogy jellemtelen lett volna. Szamosközy elítélte ugyan a törökök babonás hiszékenységét, de megemlékezett azokról a természeti jelenségekről, amelyek alapján előre megjövendölték háborúk, járványok, éhínség közeledését. Vér bugyogott a várárokból és a kenyértésztaból genny csorgott. Egy asszony ikreket szült, de az egyik birka volt. Kutyafejű malac született és kétfejű borjú csikóval (20). Különböző változataikat megtaláljuk a külföldi természetrajzi gyűjtemények raritásai között is, kimutatható török-magyar hatás nélkül (26).

Szalárdi azzal szolgálta a történelmi hűséget, hogy nem bocsátkozott orvosi kérdések eldöntésébe. *Báthori Kristóf* halálát egyesek szerint köszvény okozta, mások vérhast emlegettek. Szalárdi látta a síremléket ezzel a felirattal: „lethali febril correptus obiit”. Ahol biztosan nem tudott, ott az esetet közölte. „Egyszer csak arccal előre esett a lócáról, többet már szavát sem vehették.” „Nagyhirtelen torokfájásba esik, annyira elhatolmazék az nyavalya rajta, harmadnap megfolytotta.” *I. Rákóczi György* (1593—1648) vadászat közben rosszul lett. Elment az étvágya és elerőtlenedett. *Christianus ab Hortis* kézmárki orvos pihenést ajánlott és jobb lábán eret vágatott. Mégis: „szép csendes kimúlása által az élők társaságából kiköltözött”. Szalárdi krónikája egyhangú stílusát a halál beálltának változatos kifejezéseivel élénkítette egyszerűtől az ünnepélyesen költői megfogalmazásig. „Mebetegedvén megholt vala.” „Betegkedéstől elnyomattatván, az földi sátrából elköltözék.” Felfigyelt a válsághelyzetek betegségkeltő lélektani szerepére. *II. Rákóczi György* (1619—1660) sikertelen lengyel hadjárata után „halálunkhoz közelítő” depresszióba esett. *Gyulai Ferenc* váradi kapitány, belebetegedett fejédelme vereségébe, *Lorántffy Zsuzsanna* és *Fogthűy János* agyvérzést kapott (9). A gyilkosságig fajuló közveszélyes *elmebeteg*et bírói ítélet után egyszerűen lefejezték (27). A szociális gondozást önkéntes adakozásból épült ispotályokban, ápodákban végezték, míg fenntartási költségei megoszlottak a város és az egyházak között. Éltek és visszaéltek a gyógyfürdőzés adta lehetőségekkel. Váradon *Szent László* fürdőbányája „nemzetközi” hírnevének köszönhetette megmaradását. A tatár kán gyógyulása emlékére épen hagyták, holott egész környékét felprédálták. Itt kúrálta *Bethlen Gábor* vízibetegségét, az öreg *Rákóczi György* arénáját, *Thököly Imre* köszvényét.

Háromjók folyamatos gyógykezelése általános következtetések levonására is alkalmas.

1. A külföldi orvosok nem voltak képzetebbek magyar kollégáiknál, hiszen szaktudásukat egyazon iskolában szerezték.

2. A külföldi borbélyok nem voltak eredményesebbek a hazaiaknál.

3. A népi gyógyítás életképes marad mindaddig, míg gyógyíthatatlan betegségek és gyógyulni akaró betegek léteznek.

Bethlen Gábor tudósszanyokat és a lőcsei hóhért is foglalkoztatta, *Thököly* a rác borbély tevecsonkkal bélelt fürdődézsájában kereste egészségét, de a francia borbély érvágó vasától sem gyógyult meg. Ezalatt magyar és külföldi orvosok álltak rendelkezésükre!

Az objektív nehézségek ellenére, minden időben akadálytalanul áramlottak Erdélybe a haladó eszmék és szellemi termékei. Ahogy a reformáció kultúrhatásai Erdélyt a protestantizmus kelet-európai bástyájává tették, olyan affinitással kötődtek a korai felvilágosodás természetudományos felismeréséhez az általános és részudományok művelői. Diplomáták, kereskedők, kézművesek és főleg diákok közvetítették az új ismereteket, hogy majd egy *Apáczai Csere János*, *Pápai Páriz Ferenc*, *Köleséri Sámuel* szakmunkáiban rendeződjenek önálló alkotóakká.

A XVII. század vége pezsgő szellemi életéről öröm olvasni *Bethlen Mihály* (1673—1706) peregrinációs naplójában. *Mihály* — a külföldet járó *Bethlenek* harmadik generációja — tanulmányait hazája hasznára akarta kamatoztatni. Kiküldetését nem öncél és nem speciális érdeklődés vezette. Naplóját a korra jellemzően két rajz ékesíti. Az egyik puskát ábrázol, másik tárgylemezt, amin az angolna uszonyában áramló vért tanulmányozta mikroszkóp alatt. Hágában maga *Huygens* mutatta tökéletesített mikroszkópját. Bár államjogi tanulmányokat folytatott, nem mulasztotta el felkeresni *Leidenben Ch. Drelincourt* orvostanárt, *Uppsalában A. Drossander* professzort, *Köleséri Sámuel* egykori diaktársát és *Bartolinus Jánost*, a neves matematikust. *Dániában* meglátogatta *V. Vormius* orvost és fizika-professzort, *Londonban S. Crell* természetbúvárt, *Newton* tanítványát. Látta a greenwichi obszervatóriumot, orvosi akadémiákat, a londoni bolondokházát. Tiszta és jól felszerelt kórházak, árvaházak, szegényházak emléket vihette magával (26).

A tapasztalatok gyors megvalósítására nem kerülhetett sor. Időközben megszűnt a kulturális és vallási ügyekben toleráns törökök politikai befolyása, hogy helyt adjon a türelmetlenül erőszakos Habsburg politikának. Ez az önálló erdélyi fejedelemség végét is jelentette.

A történetírók munkáiban általában csak periferikus problémaként bukkan fel az egészségügy. Pedig a körtörténelem nem nélkülözheti az orvos-történelem adatait.

IRODALOM: 1. *Hegyi Klára: Egy világbirodalom végvidékén.* 2. kiadás, Gondolat, 1982, 272. — 2. *Dr. Lázár Gyula: Az oszmán uralom története Európában.* II. Bp. 1877. — 3. *Weszprémi István: Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza.* I—IV kötet, Bp. 1960/68. — 4. *Bethlen Gábor — Levelek.* Kriterion, Bukarest, 1980. 160, 185, 51. — 5. *Makkai László: Bethlen Gábor emlékezete.* Európa könyvkiadó, Bp. 1980. 508. — 6. *Kapronczay Károly dr.: Magyar-lengyel orvosi kapcsolatok a XVI. században.* Orvosi Hetilap, 123. évf. 30. szám. — 7. *Tarnóc Márton: Erdély művelődése Bethlen Gábor és a két Rákóczi György korában.* Gondolat, Bp. 1978. 162. — 8. *Dr. Magyary-Kossa Gyula: Magyar orvosi emlékek.* III. Bp. 1931. 333. — 9. *Szalárdi János: Siralmas magyar krónikája.* Magyar Helikon, 1980. 491, 583, 81, 289—291, 389, 466, 480, 516—517, 535, 452. — 10. *Krauss György: Erdélyi krónika.* Beth-

len Gábor krónikásai, Gondolat, 1980, 174. — 11. A céhes élet Erdélyben. Kriterion, Bukarest, 1981, 113—119, 48. — 12. Szádeczky Lajos: Iparfejlesztés és a céhek története Magyarországon. Bp. 1913, 101—107. — 13. Sebestyén Kálmán: Kalotaszeg népoktatása a XV. századtól 1848-ig. Művelődéstörténeti tanulmányok, Kriterion, 1979. — 14. Spielmann József dr.: Egy XVII. századi magyar nyelvű orvosi kéziratról. Orvosi Hetilap, 123. évf. 28. szám. — 15. Jakó Zsigmond: Írás, könyv, értelmiség. Tanulmányok Erdély történelméhez. Kriterion, Bukarest, 1977. — 16. Forgách Ferenc: Emlékirat Magyarország állapotáról, Ferdinánd, János, Miksa királysága és II. János erdélyi fejedelemsége alatt. Bp. 1982, 354—355, 140. — 17. Csatári Gábor: Népi gyógyászat Zsákán. Hortobágytól-Sárrétig művelődési mozgalom füzetek 8/1981. — 18. Gróf Bethlen Miklós önélet-

írása. Pest, 1858, I. 205. — 19. Kemény János önéletírása és válogatott levelei. Bp. 1959. — 20. Szamosközy István: Erdély története (1598—1599, 1603). Európa könyvkiadó, Bp. 1981. 311, 109, 299. — 21. Nagy László: Bocskai István a hadak élén. Zrínyi katonai kiadó, Bp. 1981. 174. — 22. Kulcsár Péter jegyzete a Forgách „Emlékirat” 1982-es „csonka” kiadásának utószavában. — 23. Századok, 1896. 639. és Monum., Írók, XVI., az előszó XXXVII. lap. — 24. Borsos Tamás emlékirata. A Báthoriak kora. Bp. 1982. — 25. Somogyi Ambrus: Báthori Zsigmond első éve 1576. A Báthoriak kora. Szépirodalmi könyvkiadó, Bp. 1982. 56. — 26. Bethlen Mihály útinaplója (1691—1695). Magyar Helikon, 1981. — 27. Segesvári Szabó Bálint krónikája. Bethlen Gábor krónikásai. Gondolat kiadó, 1980, 208—209.

Szentgyörgyvölgyi Gábor dr.

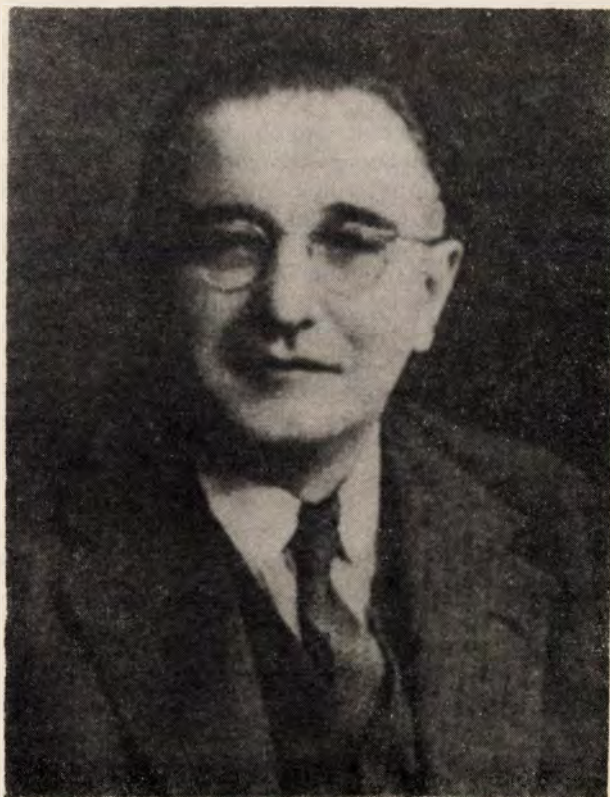
Libéria egykori magyar minisztere Fuszek Rudolf dr.

Méltán vagyunk büszkék azokra a honfitársainkra, akik utazóként, földrajzi felfedezőként hozzájárultak Földünk természettudományi, nyelvészeti vagy néprajzi értékeinek föltárásához. Népünk őshazájának megtalálása volt Juliánus szerzetes, Reguly Antal és Kőrösi Csoma útjának végcélja; később, a 19. század utolsó harmadában és e század elején, pedig jól felszerelt expedíciók (Teleki Samu, Széchenyi Béla, Déchy Mór, Zichy Jenő vezetésével) indultak útnak Afrikába és Ázsiába, hogy az európaiak által még nem, vagy kevésbé ismert területeken végezzenek — nem egyszer úttörő jelentőségű — kutatómunkát. Ám sok olyan magyar állampolgár is eljutott tengerentúli földrészekre, akiket a megélhetés kényszere vitt külföldre (Torday Emil, Mészáros Kálmán dr., az etióp császár egykori orvosa stb.). Ilyen nagy hírű utazónk volt Fuszek Rudolf orvos, néprajzi gyűjtő — egy kis afrikai ország, Libéria egykori egészségügyi minisztere.

Százket esztendeje, 1882-ben született Budapesten. Itt végezte el az orvosi egyetemet is, és 1903-tól az I. számú kórbonctani tanszéken előbb gyakornokként, majd tanársegédként működött. 1908-ban Hamburgba ment a Tropisches Institutba a trópusi betegségek tanulmányozására. Innét hamarosan Bolíviába és Chilébe küldték: mindkét dél-amerikai országban a járványos betegségek leküzdésén munkálkodott.

Tehetsége, szorgalma és gazdag tapasztalatai miatt a német kormány Fuszek doktort küldte ki afrikai gyarmatának, Kamerunnak vasúti építkezéséhez, mert a munkásokat kegyetlenül pusztították a járványos betegségek. A magyar orvos derekas munkát végzett itt is: nyolc hónap alatt megszűnt a járvány, mert sikerült kidolgoznia a megelőzés rendszabályait.

Kamerunból Kongóba vezetett tudományos expedíciót, ahol azt a lényeges kérdést igyekezett



megoldani, hogy a lakosság fertőzésmentes ivóvízellátásának és ételmezésének gondja rendeződjék. Orvosi tevékenysége mellett természettudományi gyűjtőmunkát is folytatott: kisemlősöket, hüllőket, rovarokat zsákmányolt. Gyűjteményét 1911-ben a Nemzeti Múzeumnak ajándékozta.

Fuszek Rudolfra, a trópusi betegségeknek már fiatal korában is nagy hírű specialistájára, fölfigyelték magasabb körökben is: 1912-ben kinevezték a kolumbiai Puerto Cezár kórházának főorvosává.

Nemsokára így tudósított ottani gyógyító munkájáról a „Panama Csillaga” című helyi újság: „... nevezetes és művelt német orvos, aki nemcsak a társaság alkalmazottait (ti. a kórházat egy banánültetvényes részvénytársaság tartotta fenn), hanem az Urabá-öböl környékének őslakosait is szívesen kezeli.” A kolumbiaiak tehát németnek hitték (talán neve miatt) orvosunkat, aki mindig büszke volt magyarságára, és későbbi nagy értékű gyűjteményeit is ezért adományozta hazai tudományos intézményeknek!

Dél-Amerikából újra Afrikába került. 1913-tól haláláig a libériai fővárosban, Monroviában végezte gyógyító tevékenységét. Már kezdetben sikerült neki, kemény küzdelem után, megfékeznie az országban dúló sárgalázjárványt (ami miatt az „európaiak temetője”-nek nevezték akkoriban a kis nyugat-afrikai országot, melyet Amerikából visszatelepült rabszolgák alapítottak 1847-ben) és egyéb fertőző betegségeket. Elkezdte szervezni Libéria egészségügyi rendszerét, tudományos alapossággal kutatta a sárgaláz megelőzésének és gyógyításának lehetőségeit. Hogy milyen nehéz körülmények között érte el orvosi sikereit, arra elegendő egyetlen tény: évekig ő volt Libéria egyetlen orvosa!

Az orvostörténetben minden bizonnyal egyedülálló az az eset, amely 1917-ben történt meg Fuszek Rudolfal. Libéria kormánya ugyanis hadat üzent — az antanthatalmak rábeszélésére — Németországnak, s a franciák egy hadihajót irányítottak oda, hogy elszállítsák az országban élő német állampolgárokat — internálótáborokba. Fuszek doktort is magukkal akarták vinni, mert ő meg annak az Osztrák-Magyar Monarchiának a fia volt, amely a német birodalom oldalán állott a világháborúban. Csakhogy a libériai kormány máshogyan vélekedett, amikor a hajóra akarták kísélni orvosukat: „Nem adhatjuk oda az ország egyetlen orvosát akármilyen hadüzenet miatt! Libéria csak Németországnak üzent hadat, a magyar orvosra szüksége van. Inkább visszavonjuk a hadüzenetet, csak a magyar orvos maradjon!” — így hangzott a hivatalos nyilatkozat.

Fuszek Rudolf ezután egy év híján negyedszázadot töltött még — megbecsüléstől övezve — a kis afrikai országban. Megszervezte a nővérképzést, átvette a monroviai amerikai missziós kórház ügyeinek és gyógyító munkájának irányítását; 1928-ban pedig a libériai főváros állami kórházának főorvosává nevezték ki. Mint praktizáló orvos az egész

országban nagy hírnévre tett szert. Orvosi hitvallása napjainkban is aktuális és hű tükre Fuszek Rudolf mélységes humanizmusának: „Gyönyörűnek tartom, de érzem, nem tudnám a nehézségeket leküzdeni, ha nem élne bennem hit és lelkesedés. Az orvosnak át kell éreznie a hivatás emberbaráti voltát nemcsak civilizált viszonyok között, hanem mindenütt a világon.”

1931-ben Fuszek Rudolfot nevezték ki Libéria egészségügyi miniszterévé! Ettől kezdve rengeteget utazott az országban. Különösen nagyra értékelte a libériai törzsek népi gyógyászatát és gyógynövényismeretét, melynek igen nagy jelentősége volt az orvoshiánnyal küzdő elmaradott országban. Az egyszerű emberek is megszerették őt, mert mindig bizalommal közeledett hozzájuk, és tudásához meg lehetőségeihez mérten segített a betegeken. A fekete földrészen sok barátot szerzett népünknek az orvosi etikát mindig maximálisan betartó, mélységes emberségű orvos. A libériaiak a „Nagy Fehér Varázsló” jelzővel illették, ami tiszteletüknek és szeretetüknek a záloga volt.

Praktizálása és az egészségügyi hálózat kiépítése mellett afrikai működése alatt mindig szakított időt magának természettudományi és néprajzi gyűjtőmunkájához. Ma a budapesti Néprajzi Múzeum féltett — és világviszonylatban is egyedülálló — kincse a Fuszek Rudolf által összegyűjtött néprajzi anyag. Szinte teljes kollekciót sikerült szereznie a dan-kran népek tárgyi néprajzából. Számos faragott maszk, rituális kellékek, a nagyszerű plaszticitással megfaragott ember — és állatszobrocskák egy ma már letűnt világ megmaradt emlékei. Sajnos Fuszek doktor értékes feljegyzései, melyekben leírta az egyes tárgyak társadalmi-vallási szerepét is, elvesztek. Pedig — tekintve, hogy Fuszek magas rangú orvosként és világviszonylatban mélyebben hatolt a nyugat-afrikai népek és törzsek szigorúan őrzött misztériumaiba, mint akármelyik hivatásos etnográfus vagy utazó — ezek az írott emlékek tennék igazán teljessé a néprajz területén így is magas érdemeit.

Fuszek nem szakadt el Magyarországtól, mert amikor csak tehetett, hazajött látogatóba. Legutoljára 1939-ben járt itthon. Minden alkalommal gazdag gyűjteményeket adományozott a múzeumoknak. 1941. május 20-án hunyt el Monroviában, ahol még halála évében is egy korszerű kórház építésének ügyeit irányította.

Kálmán Gyula



latrogén ártalmak

Pszichofarmakonok alkalmazása gyermekkorban. R. Lempp (Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie und Neurologie der Universität, 7400 Tübingen 1.): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1423.

A közlemény kiemelt szerkesztésű cikk, „Leitartikel” a lapban. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy újabb megfontolás és indikáció nélkül mind gyakrabban adnak gyerekeknek pszichofarmakonokat. Ezt súlyos hibának tartja. Kifejti, hogy a pszichofarmakonoknak a gyermekpszichiátriában is van jelentőségük. Vannak súlyos esetek, gyermekkori pszichózisok, nyugtalansági állapotok fogatékosokban stb., amikor a pszichofarmakonok nélkülözhetetlenek és indikáltak. Fejlődési zavarban, neurótikus panaszokban, pszichoszomatikus tünetek esetében viszont kontraindikáltak. Három problémacsoportban figyelhető meg különösen gyakran orvosi visszaélés a pszichofarmakonokkal. A gyermekkori hipermotorikus viselkedés, a gyermekkori viselkedésszavak és az iskolai problémák, konfliktusok eseteiben. Egyik csoport sem tükröz diagnosztikai kategóriát, így már a problémák megnevezése is szakszerűtlen, zsargonszerű, mégis így kerül be gyakran orvosi közleményekbe, tankönyvekbe is, és ilyen megnevezéssel reklámozzák a pszichofarmakonok gyermekkori indikációs területeit a gyógyszergyárak. A szerző ezt a gyakorlatot felelőtlennek tartja. A gyógyszeradásnak számos mellékhatása van. Betegségtudatot rögzít, megváltoztatja a külvilággal való viszony élménymódját és emiatt fejlődésében megzavarja a gyereket. Különösen káros, hogy bizonyos tüneti megnyilvánulások elfojtása nyomán a gyerek és a nevelő környezet nem szembesül a mögöttes problémákkal, nem kap ösztönzést arra, hogy az érzelmi-indulati elmentmondásokat feldolgozza.

A szerző pszichofarmakonok adását megfelelő indikáció nélkül műhibának tartja. Ha átmenetileg mégis szükség van pszichofarmakonokra, ez csak pszichoterápiás vezetés mellett, a szülők terápiás bevonásával történhet.

Buda Béla dr.

Gyógyszermellékhatásokat bejelentő kórházi gyógyszerügyi referátum. M. S. Jacinto, K. Kleinmann (Pharm. Depart. Montefiore Medic.

Center Bronx, N. Y.): Amer. J. hosp. Pharm. 1983, 40, 444.

Mivel a kórház gyógyszerészeti osztálya a gyógyszerinformációk tekintetében a központi információ gyűjtő illetve adattároló hely (és ez vonatkozik természetesen a mellékhatásokra is), ezért az erre irányuló program multidiszciplináris összműködést feltételez. A Bronxban működő Montefiore kórház ezzel a tárgykörrel 1965 óta foglalkozik. Azóta már az FDA-val is megállapodást kötött a gyógyszer-mellékhatások figyelésére vonatkozóan. A kórház gyógyszerügyi és terápiás bizottsága e célból életre hívott egy külön albizottságot. Ez megfelelő számú orvost is magába foglal, a kórház vezetése, az ápolási egység valamint a gyógyszerészeti osztály vezetője is képviselve van. Az orvosok közül egy bőrgyógyász, egy belgyógyász, egy aneszteziológus, egy nefrológus, egy onkológus, egy pszichiáter és egy gyermek-hematológus vesz részt a munkában. A bizottság egyaránt alkalmaz retrospektív és perspektív módszereket. A rendszer, amit fokozatosan fejlesztettek, jelenleg úgy működik, hogy mindenki a maga szakterületén jelentkező gyógyszer-mellékhatások bejelentéséért felelős. A bejelentő lapok a gyógyszerértékbe kerülnek; ez havi 20–30 esetet képvisel. A gyógyszerérték ebből jelentést készít az albizottság részére. A fontos gyógyszermellékhatásokat az FDA-hoz is bejelentik. A szerzők részletezik, mely szaklapokban publikáltak gyógyszer-mellékhatásokról.

Kempler Kurt dr.

Egy gyógyszermellékhatásokat bejelentő program kidolgozása. R. W. Nelson, R. Shane (Dep. of Pharm. Cedars—Sinai Medical Center Room A 845, 8700 Beverly Boulevard, Los Angeles CA 90048): Amer. J. hosp. Pharm. 1983, 40, 445.

A szerzők a saját munkahelyük (lásd fenn) számára kidolgozott gyógyszermellékhatásokat nyilvántartó és feldolgozó rendszerről számolnak be. 1980-ban mindössze 3 ilyen mellékhatást dokumentáltak; ez az irreálisan alacsony szám nyilvánvalóvá tette, hogy a kérdés feldolgozását újra kell szervezni. A meglévő — működő — beteg-nyilvántartó rendszerre ráépítve dolgozták ki azt a formulát, amely most már minden egyes, a kórházban megforduló betegnél esetlegesen fellépett gyógyszermellékhatást regisztrál. A bejelentésért az orvos a felelős; a bejelentett adatok a gyógyszerértékbe kerülnek to-

vábbi feldolgozás céljából. Létrehoztak — kórházon belül — egy gyógyszermellékhatásokkal foglalkozó bizottságot; ebben a koordináló szerepet a gyógyszerérték képviselője látja el. Ehhez számos irodalmi adat előzetes feldolgozása vált szükségessé. A rendszer működése alapján kétféle összefoglaló jelentést készítenek; ezek részletes leírását a közlemény tartalmazza. A gyógyszermellékhatásokkal foglalkozó kórházi bizottság havonta értékelí ezt. Ugyancsak havonta jelenik meg a házi „Drug Information Bulletin”-ben mindaz, ami az észlelések közül fontos. Ezzel a módszerrel elérték, hogy most már havi 10 gyógyszermellékhatást tárnak fel az eredeti évi 3 helyett.

Kempler Kurt dr.

A tbc-s fertőzés továbbvitele hajlékony fiberbronchoszkóppal. Nelson, K. E. és mtsai (University of Illinois Medical Center, Chicago): Amer. Rev. Resp. Dis. 1983, 127, 97.

A hajlékony fiberoptikus endoszkópia lényeges fejlődést jelentett a felső és az alsó gyomor-bél és tüdőrendszer, az izületi rés és egyéb szervek betegségeinek biopsziával való kórismézésében és a kezelés eredményének az ellenőrzésében. Ezt a készüléket azonban nagyon nehéz tisztítani és fertőtleníteni, mert az 55 °C-nál magasabb hőmérséklet vagy az alkalis glutaraldehid és az etilén-oxid gáz lerövidíti ennek a drága készüléknek az élettartamát. Több kutató a bronchoszkópia után aerob organizmusok: serratia marcescens, klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa és mycobacterium gordonae fertőzés továbbviteléről számolt be. Leers 1980-ban egy olyan beteg hörgőmosófolyadékában talált tbc bacilusokat, amely készülékkel előzőleg aktív tbc-s beteget vizsgáltak és amit előzőleg szabályosan fertőtlenítettek.

A szerzők is észleltek egy olyan beteget, akit egy előzőleg aktív tbc-s beteg bronchoszkópos vizsgálata után a már fertőtlenített készülékkel fertőztek meg tbc-vel.

Egy másik kórházban a már iodophor oldattal sterilizált bronchoszkóp mosófolyadékából is tbc bacilusokat tenyésztettek ki. Ezért a szerzők a különböző kémiai vegyszerek: Betanide, Operand, Prepodyne és Wescodyne tbc bacilusok őrő hatását vizsgálták meg oly módon, hogy a bronchoszkóp készüléket előzőleg tbc bacilusokkal fertőzték meg. Ezután a készüléket 30 percig két rész povidon-iodin (Betanide) oldat, egy rész 70%-os etilalkohol és egy rész desztillált víz keverékébe helyezték. A készülék csövét 10 ml thio-glycolat húslevessel öblítették át. A készülék tartály folyadék sterilizálását tenyésztéssel 2–4 hetenként ellenőrizték. Ezek a tenyészetek

általában negatívak voltak. Egy bronchoszkópos vizsgálat után 1981. szeptember 22-én 7 héttel a leoltás után több tbc bacillus telep nőtt ki. Ezután ugyanazzal a készülettel további 19 betegen végeztek bronchoszkópos vizsgálatot, az így nyert váladékok tenyésztése azonban negatív lett.

Egy másik kórházban egy 79 éves asszonynak 1980. április 7-én láza, nehézlégzése, bal oldali izadmányos légmelle, a jobb tüdőben pedig heges-gócos beszűrődése volt. Köpete Koch negatív, tuberkulin-reakciója is negatív volt. Mivel a jobb tüdőben a beszűrődés növekedett, 1980. április 21-én bronchoszkópos vizsgálatot végeztek. A bronchoszkóppal leszívott váladékból Ziehl-Neelsen festéssel tbc bacilusokat mutattak ki. Két nap múlva a beteg meghalt.

Ugyanabban a kórházban a második, 33 éves nőbetegét idült köhögéssel, és hörghuruttal vették fel. 8 hónappal a felvétele előtt a beteg tuberkulinpróbája negatív volt. A bronchoszkópos vizsgálat után egy hét múlva a legkifejezettebb hörgőtágulat helyén tüdőrezekciót végeztek. Az eltávolított tüdőben tbc-t nem találtak ugyan, a bronchoszkóppal levett anyag tenyésztésében azonban tbc bacilusokat láttak. Ezután a beteg bőre 5 mg tuberkulinra 20 mm-es beszűrődéssel reagált. A beteg mellkas röntgenlelete negatív maradt. A beteget egy évig naponta 300 mg INH-val kezelték.

A szennyezett hajlékony fiberoszkóppal a tbc továbbvitele lehetséges, mert a kereskedelembe kapható iodophor oldat nem alkalmas a tbc bacilusok elpusztítására. Ezért a szerzők jelenleg glutaraldehidet vagy etilénoxidot alkalmaznak a készülék fertőtlenítésére.

Pongor Ferenc dr.

A bétareceptor-blokkoló nem kívánt hatása a szexuális életre. Rameis, H. (Univ.-Klinik, Abt. f. klin. Pharmakologie A-1090 Wien): Sexualmedizin, 1983, 12, 132.

A béta-receptor gátlók indikációja igen kiterjedt, de sokoldalú hasznuk mellett mind több nem kívánt mellékhatás is megfigyelésre kerül, így romlik néha a testi teljesítőképesség, fáradtság érzése és depressziós hangulat léphet föl, olykor bizarr álmok is zavarhatják a beteg nyugalmát.

Ha a szexuális élet kedvezőtlen irányba módosul, a betegek sokszor spontán is abbahagyják a szer szedését.

Gyógyszerhatástaniilag érthetőek a zavarok, hisz a vegetatív idegrendszert érintik és állatkísérletekben is igazolt a hormonháztartásra kifejtett hatás, noha ez „panaszos” embereknél sem igazolható.

A klinikai gyakorlatban nemcsak a férfiak libidója csökken,

hanem a nők is és a lubrikáció is. Noha aránylag ritkán észlelhetők ezek a mellékhatások, jó ha az orvos erre gondol, de kérdéses, hogy helyén való-e a beteg figyelmét erre fölhívni, talán tanácsosabb a kérdést a kezelés folyamán óvatosan megközelíteni.

Aszódi Imre dr.

A bronchográfia és a pajzsmirigy. Benker, G. és mtsai (Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Essen GHS, Abt. für klinische Endokrinologie und Ruhrlandklinik Essen-Heidhausen): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1983, 37, 60.

A szerzők 27 betegen azt vizsgálták, hogy a propylidonnal végzett bronchográfia után az anyag jódtartalma nem okozott-e zavart a pajzsmirigy működésében. A 19 férfi 23–59, a 8 nő 29–48 éves, közülük 5 betegnek golyvája volt. A bronchográfiát evipán-narkózisban 24 betegen egy, 3 betegen két oldalon végezték. Az egyoldali vizsgálat 18–40, a kétoldali 40–70 ml propylidonnal kontrasztanyaggal történt, ami 30% jódot tartalmazott. A pajzsmirigy-hormon meghatározására vért még a vizsgálat közben, majd azután 6, 24, 48 és 72 óra, valamint 7, 14 és 21 nap múlva vettek. A fehérjéhez kötött jódot technikon-autoanalizátorral, a thyroxint és a trijódthyroxint enzim-immun vizsgálattal, a vizszo fordítható trijódthyroxint, a thyroxinhoz kötődő globulint és a szabad thyroxin-szintet pedig radio-immun módszerrel mérték meg. Megállapították, hogy a vérsavóban a fehérjéhez kötött jódot a vizsgálat után már az első 6 órán belül 5,4 µd/dl-ről átlag 123,6 µd/dl-re emelkedett, ami egy hét múlva is igen magas, még 3 hét múlva is a normális értéknel 62,5%-kal, 9 beteg vérsavójában pedig még 6 hét múlva is nagyobb volt. A betegeket 3 csoportba sorolták aszerint, hogy a vérsavóban a fehérjéhez kötött jódot mennyisége 100 µd/dl alatt, 100–250 µd/dl között vagy 250 µd/dl fölött volt-e. Kiderült, hogy a jódot-vegsavószint a legmagasabb a dohányzóknak és azokban a betegeknél volt, akiknek a hörgő-nyálkahártyáján a bronchoszkópia alkalmával károsodást láttak. Ez az állapot látszólag kedvező volt a jódot visszatar-tására.

Hasonlóan viselkedett a többi hormon-töménység is. Ezek azonban gyorsabban visszatértek a normális értékre. A legmagasabb volt a szintjük a bronchográfiát követő második napon. Így pl. a visszafordítható trijódthyroxin-érték 0,16 ng/dl-ről 0,37 ng/dl-re emelkedett, a trijódthyroxin-szint viszont 116-ról 91 ng/dl-re esett vissza. A szabad thyroxin-szint a második napon magas volt és maximumát a 14-ik napon érte el 67 mg/dl értékkel, ami azután fo-

kozatosan csökkent. A thyroxinhoz kötődő globulin és a thyroxin-szint később jelentősen nem változott. 6 betegen 2–14 nappal a bronchográfia után magas volt a thyroxin-tűkör 13,3–18,4 ng/dl értékkel. 4 betegen pedig ekkor a trijódthyroxin-érték 160–215 ng/dl között mozgott. 5–6 hónap múlva 18 betegen ismét megmérték a vérsavó jódotartalmát és valamennyiben normális értékeket találtak. Lényegében tehát a bronchográfia után 2 nap múlva valamennyi betegen „biokémiai hyperthyreosis” észleltek.

A bronchográfiát manapság kiterjedten végzik. Mivel e vizsgálat után 2 nap múlva valamennyi beteg vérsavójának a jódotartalma magas lett, ez a vizsgálat a hyperthyreosis és az autonóm pajzsmirigy-granulómás betegekben kockázattal jár, ajánlatosnak tartják ezekben a betegeknél a bronchográfiás vizsgálat előtt a vérsavó jódotartalmának a meghatározását.

Pongor Ferenc dr.

A citosztatikumok és a tüdő. Renovanz, H. D. (Abteilung Medizin der Basotherm GmbH, Biberach in der Riss): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1983, 37, 1.

Az Egyesült Államokban 1967 óta évente 10,000–15,000 új daganatos beteg szed citosztatikumokat. Ezek a gyógyszerek mellékhatásként 12,5–42,8%-ban okoztak különböző betegségeket, amelyek 3–10%-ban halállal végződtek. Ezért ezeket a gyógyszereket és mellékhatásaikat minden orvosnak ismernie kell. Manapság a citosztatikumokat 7 fő csoportba sorolják:

1. Az alkalizáló vegyületek közül a busulfan a tüdőben fibrózist, a lobulusok falában és az alveolusokban meszesedést, légutéltegenségi szindrómát okozott, ami fáradtsággal, levertséggel, fogyással, köhögéssel, a röntgenképen főleg centrálisan sűrű, homályos zónájú álcisztákkal járt. A cyclophosphamid a tüdőben 50%-ban a II-típusú sejtekben vizenyővel, interstitialis gyulladással járt, ami köhögést, lázat, nehézlégzést, csökkent artériás oxigén- és fokozott szén-dioxid szintet, a röntgenképen pedig diffúz kétoldali beszűrődést okozott.

A chlorambucil a tüdő szövettani képében és a röntgenleletben korai interstitialis fibrózist, klinikailag pedig köhögést, nehézlégzést, fogyást és a diffúzió-kapacitás csökkenését okozta.

A melphalan a szövettani és a röntgenvizsgálat szerint olyan súlyos interstitialis fibrózissal járt, amelybe valamennyi beteg meghalt.

2. Az antimetabolitok közül a methotrexat a szöveti képben központi beolvadással granulomát, interstitialis vizenyőt, az alveolusokban fibrint, pneumonitist, ob-

struktív és restriktív légútvázart, a vérben oxigénhiányt, a diffúziókapacitás csökkenését, a röntgenképen pedig gócos árnyékokat és a hilus-nyirokcsomók megnagyobbodását okozta. Ezt a kórképet corticosteroidokkal ajánlatos kezelni.

A BCNU/CCNU a szövettani képben interstitialis fibrózist, alveoláris vizenyőt és vérzést, klinikailag köhögést, nehézlégzést, restriktív légútvázart, hypoxiát, a diffúziókapacitás csökkenését, a röntgenképen bizonytalan foltokat, esetleg légmellet okozott.

A methyl-CCNU hatása ehhez hasonló, a röntgenképen tüdő-fibrózis volt látható.

A cistin-arabinosid okozta tüdőelváltozás szöveti képében fehérjés vizenyő, a klinikai képben fokozott alveoláris-kapilláris permeabilitás, a röntgenképen tüdővizenyő látszott.

A 6-mercaptopurin hatására a tüdő szöveti képében epithel-sejt elhalás, érkárosodás volt látható. Klinikai szempontból hypoxaemia, diffúzió-zavar, alveoláris-kapilláris blokk szindróma volt észlelhető. A röntgenképen nehezen lehetett elkülöníteni a lymphoblast leukémiától.

Az azathioprin hatására a szöveti képben vizenyő és fibrin-lerakódás miatt az alveolusok falai vastagabbak lettek. A betegben nehézlégzés, köpetürítés, restriktív légzészavar, hypoxia, szén-monoxid diffúzió-zavar volt észlelhető. A röntgenképen kétoldali beszűrődés látszott.

Az 5-fluorouracil az eddigi megfigyelések szerint tüdőkárosodást nem okozott.

3. Az antibiotikumok közül a bleomycin a tüdő szöveti képében eozinofil- és bazofil-sejtes alveoláris vizenyőt, tüdő-fibrózist okozott, ami nehézlégzéssel, lázzal, restriktív légzészavarral és negatív szén-monoxid diffúzió-kapacitással járt. A tüdő röntgenképén interstitialis pneumonitist láttak. Corticosteroid kezelésre valamilyen tünet megszűnt. A mitomycin a szöveti képben az alveolusok falában vizenyőt, interstitialis beszűrődést, a mellhártya megvastagodását és a tüdő állományában gyulladást okozott. Ezek miatt a beteg köhögött, báyadt volt, hypoxaemiája és szén-monoxid diffúzió-zavara lett. A tüdő röntgenképén vizenyőt és fibrózist láttak.

A sanamycin eddig csak egy betegben okozott plazma-sejtes tüdőgyulladást.

4. Az alkaloidák közül a vincristin és a vindesin eddig toxikus tüdőkárosodást nem okozott. A vinblastin hatására tüdővizenyő keletkezett.

5. A hormonokkal kapcsolatos adatok eddig nincsenek.

6. Az enzimek közül az asparaginas csak egy betegben okozott pneumonitist.

7. Az egyéb citosztatikumok közül a procarbazine a tüdő szövettani

képeiben eozinofil-sejtes beszűrődést, továbbá mellhártya-folyadékgyülemet és az alveolusokban fibrin-lerakódást okozott láz, bőrkiütés kíséretében. A többi citosztatikum interstitialis pneumonitist okozott. A citosztatikus kezelés befejezése és a tüdőkárosodás jelentkezése között busulfan esetén 1–13 év, cyclophosphamid esetén 31 hét–27 hónap, chlorambucil esetén 5–8 naptól 2 év, methotrexat esetén 12–100 naptól 7 hónap, BCNU esetén 3 hónaptól 5 év, carmustin esetén 6 hónaptól 3 év, azathioprin esetén 4 héttől 8 hónap, citosin-arabinosid esetén 31-től 894 nap, bleomycin esetén 15 naptól 3 hónap, mitomycin esetén 8 hét, zinostatin esetén egy hónap, procarbazine esetén 6 hét, melphalan esetén 10 nap telt el.

Toxikus tüdőkárosodást nem okozott eddig a bleomycin+cis-DD-platin, a methotrexat+vindesin, a methotrexat+vincristin+cyclophosphamid+prednison, a bleomycin+adriamycin+cyclophosphamid+vincristin, a methotrexat+cyclophosphamid+adriamycin+CCNU, az adriamycin+cyclophosphamid+oncovin, az 5-fluorouracil+CCNU, az 5-fluorouracil+methyl-CCNU, az 5-fluorouracil+adriamycin+mitomycin C, a vincristin+adriamycin+cis-DD-platin és a cis-DD-platin+ifosfamin kombináció.

Ez a beszámoló kevés adat alapján készült, így a levont következtetés nem minden esetben bizonyító erejű, ezért a citosztatikumokkal kapcsolatban további, nagyobb számú betegen végzett megfigyelésre van szükség.

Pongor Ferenc dr.

A csecsemőkori nephrolithiasis összefüggése elhúzódó furosemid kezeléssel. Glasier, C. M. és mtsai (Wilford Hall USAF Medical Center, Lackland): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 107.

Neonatológiai intenzív osztályokon elterjedt gyakorlat a bronchopulmonalis dysplasiával szövődött respirációs distressz szindróma tartós furosemid adagolással való kezelése. A furosemid kezelés alkalózist és hypercalcuriát okozhat, ami különösen egyidejű D-vitamin és calcium adagolás mellett elősegítheti húgyúti kövek képződését. A szerzők 2 csecsemőben észlelték tartós furosemid kezelés során mésztartalmú vesekövesség kialakulását. A furosemid elhagyása után mindkét esetben azonnal megszűnt a hypercalcuria. A lehetőség ismeretében elhúzódóan furosemiddel kezelt gyermekekben natív röntgenfelvétellel és ultrahangvizsgálattal kell keresni ezt a szövődést. Ultrahangvizsgálat során célszerű az epehólyagot is ellenőrizni, újszülött furosemid kezelése során ugyanis észleltek már cholelithiasist is. Ha húgyúti

elzáródás gyanúja nem áll fenn, kiválasztásos urographiát nem kell végezni, azzal megvárható a csecsemő állapotának rendeződése.

Lacza András dr.

Neurológia

Kettősvak kísérlet a sclerosis multiplex immunsuppresszív kezeléséről: végleges beszámoló. J. Merten és mtsai (Clinical Research Centre, Harrow; National Hospital, London; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Royal Postgraduate Medical School, London): Lancet, 1982, 2, 351.

7 férfi és 14 nő sclerosis multiplex betegét 1 hónapon át anti-lymphocyta globulinnal (ALG), prednisonnal (P) és azathioprinrel (AT), majd további 14 hónapon át csak AT-nel kezelték. Kontrollnak 9 férfi és 13 nő SM-es beteget használtak. A kontrollok Kurtzke szerint mért rokkantsági foka a felvételekor alacsonyabb volt, mint a kísérletben résztvevőké. Sem a fenti szereket, sem a látszatgyógyszereket kapott betegek életkoráról, betegségük időtartamáról, tünettan (lokalizációs) formáiról nem történt említés. Az ALG-t, P-t, és AT-t kapott betegeknek „marginális” jótékony hatás mutatkozott a relapsusok gyakoriságában és a klinikai progresszióban. (A Kurtzke skálában nem egész másfél éves megfigyelési idő alatt 7 fokra terjedt ki a szórás, a 2 fokos javulástól a 4 fokos romlásig, utóbbi éppen egy kombinált immunsuppresszióban (IS) részesült betegnél volt.) Az 5 HLA3 pozitív és 15 HLA3 negatív beteg közül a kezeltéknél a HLA3 pozitívak között volt kevesebb a relapsus, míg a kontrollnál fordítva. A T-sejtek száma, a különböző kiváltott válaszok romlása csökkent, a liquor immunoglobulinok koncentrációja emelkedett az IS-betegeknél. Az IS-kezelés nemkívánt hatásai között az ALG-beadás után egy kivételével minden betegben bőrkiütés, tachycardia, hidegrázás szerepelt, 7 esetben az allergias reakciók súlyossága miatt a kezelést abba kellett hagyni. Kizárólag AT-adás után 2 betegben fordult elő olyan mellékhatás, ami miatt a kezelést meg kellett szüntetni: 1 esetben ismétlődő tüdőgyulladás, egy másikban gyomorpanaszok. „Néhány esetben” a fehérvérsejtszám csekéllyel 3000 alá esett.

A szerzők azt a következtetést vonják le, hogy a SM-t az immunfeleletek regulációjának zavara okozhatja, a normális felelet helyreállítása megállíthatja a folyamatot, és mind a transfer factor, mind az immunsuppresszív szerek befolyásolni látszanak a SM kórfolyását. Több kísérletet kell végezni ennek a két különböző megközelítési módnak a kipróbálására.

(Ref.: A SM súlyossága és kórjós-lata annyira különböző, hogy ily kevés számú találmásra vett betegen kapott megfigyelésből az ALG-vel és prednisolonnal együtt alkalmazott azathioprin jó hatására vonatkozó következtetést levonni nem lehet. A csekély számú kezelt betegen észlelt jelentős számú mellékhatás az ilyen immunszuppresszió ellen szól. A SM corticosteroid kezelésének megvannak a minden neurológus klinikus előtt jól ismert javallata, de magam ebben a betegségben azathioprint soha nem alkalmaztam. A SM Társaságok Nemzetközi Szövetsége által ez évben kiadott „Therápiás próbálkozások SM-ben” című monográfiának az azathioprinre vonatkozó sorából hadd idézzek: Egyes sorozatokban az exacerbatiók gyakoriságának csökkenését kövölték, míg más esetekben „visszacsapást”, azaz a betegség súlyosságának fokozódását a szer elhagyása után. Nem számolnak be ezekben a tanulmányokban azokról a betegekről, akik kiestek, mert elégedetlenség volt a kezeléssel és így a látszólag pozitív eredményeket nem lehet bizonyítottan elfogadni. Kockázatok: csontvelőszuppresszió, az immunvédekezés elnyomására visszavezethető fertőzések, gastrointestinalis zavarok, bőrkiütések. Megvan a lehetősége annak, hogy hosszas használata rákkal társulhat. Következtetés: az azathioprint nem lehet az SM általában alkalmazott terápiájának tekinteni.) Pálffy György dr.

A sclerosis multiplex prognózisáról. Poser, S., Bauer, H. J., Poser, W. (Department of Neurology, University of Göttingen West-Germany): Acta neurol. scandinav. 1982, 65, 347.

Sclerosis multiplexben szenvedő betegeket két csoportjának klinikai adatait és betegségük prognózisát hasonlítják össze. Az egyik csoportot Németország bizonyos területeiről származó 221 beteg képezi, ahol a megbetegedés endemiás (E). A másik csoportot 1837 kórházi kezelésben részesült beteg alkotja (K). A megbetegedés tünetei a nervus opticus érintettségétől eltekintve ritkábban jelentkeztek az E csoportban, de a megbetegedés átlagos időtartama valamivel hosszabb volt. Az E csoport betegeinek 52%-a volt többé-kevésbé fogyatékosnak mondható, míg csak 26% a K csoportban. A prognózist a progressziós indexből megítélve (a fogyatékos foka osztva a betegség időtartamával) az E csoport 36%-a, a K csoport 16%-a tartozott a jóindulatú kategóriába. E betegeknél a betegség progressziója nem volt több, mint 1°-os fogyatékos fokozódás 5 év alatt (a progressziós index 0,2, vagy kevesebb). Malignus lefolyásúnak tartották a progressziót 1,4, vagy nagyobb progressziós index

esetén. Az E csoportban a betegek 20%-a, míg a K csoportban a 10%-a tartozott e kategóriába. Megállapítják, hogy a prognózis jobb, mint általában tartják.

Molnár Dénes dr.

Myasthenia: a plazmacserék értéke thymectomia előtt. Pouyau, G. és mtsai (Service de Pédiatrie, Hôpital de Bellevue, boulevard Pasteur, F-42023 Saint-Etienne): Pédiatrie, 1982, 37, 219.

A szerzők egy betegükről számolnak be, akinél 14 éves korban — minden családi és autoimmun előzmény nélkül — kezdődtek a myastheniára (m.) utaló tünetek: izomfáradékonyság a felső végtagokban, majd a progrediáló izomgyengeség ráterjedt a scapula környékére, a larynxra és az aratra, aminek következtében az arc kifejezéstelen, mimikaszegénnyé vált, a nevetés is csak nehézségek árán sikerült, a szemhéj zárása is lehetetlenné vált. A beteg orrhangja estére már alig volt hallható. Az alsó végtagok érintetlenek maradtak. A m. diagnózisát az electromyographia megerősítette: m. bulbo-spinalis, amely közepesen súlyos, de progresszív jellegű volt (Osserman II. B típus). Az izomenzim szint, a komplement és a C3, C4, FB frakciók normálisnak bizonyultak. A rtg-felvételén látható thymus-tumor nem volt. Valamennyi különböző szövettelen ellenanyag kimutatására irányuló vizsgálat, a Coombs-teszt, a latex, Waaler-Rose-teszt vizsgálat negatív volt. Az acetylcholin antireceptor antitest szint 0,87/nmol/l-nek, emelkedetnek adódott. (Normális szint: 0,32±0,21 nmol/l.)

A gyermeket 60–90 mg/die pyridostigminnel (2–3 tbl. Mestinon formájában) sikerült egyensúlyba hozni. Miután két hónap múlva az egyensúly felborult, a megemelt Mestinon-adagok ellenére is tünetek — dysphagia, alig hallható hang — jelentkeztek, a thymectomiát a tervezettnél előbbre hozták. A thymectomia feltételeinek javítása érdekében öt alkalommal plazmacserében részesült a beteg. Ezek hatására állapota jelentősen javult, a Mestinon-adagot is csökkenteni lehetett. Némi csökkenést észleltek az acetylcholin antireceptor szintben is. A thymectomia zavartalan volt; nyolc hónappal a műtét után a beteg kezelés nélkül jó állapotba került. Az acetylcholin antireceptor antitest szint 0,40 nmol/l volt.

A szerzők, tapasztalataikat az irodalmi adatokkal összevetve, kiemelik, hogy a m.-ás betegeknél a plazmacserék jó hatását a klinikai tünetekre nem lehet egyszerűen az acetylcholin antireceptor antitest szint (Ac. ar. a.) csökkentésével magyarázni. Ezek az antitestek nem lehetnek közvetlenül felelősök a betegségért. Feltételezhetően

van egy — közelebről még nem identifikált — faktor, esetleg két frakció, amelyek közül az egyik IgG természetű, s ez megfelel az Ac. ar. a.-nek, míg a másik thymus-eredetű — de nem a thymosin —, amely a T-sejtek érését beindítja. A plazmacserékre javult m.-ás betegek számát 70–86%-ra teszik. A hatás már 3–4 cserére jelentkezik és tartós, ennek ellenére hosszú távon ezekkel eredményre nem számíthatunk.

Végül a plazmacserék indikációt m.-ban az alábbiakban összegezhetjük: 1. heveny m.-ás krízisek, a mesterséges lélegeztetés elkerülésére; 2. klasszikus kezelésre nem javuló m.; 3. cortico-terápia megkezdése előtt; végül, aláhúzottan: 4. thymectomia előtt álló m.-ásoknál, hogy a légzésfunkciót támogassuk és a műtéti beavatkozás feltételeit javítsuk.

Kövér Béla dr.

A gyermekkori epilepsia prognózisa. Holowach J. Thurston és mtsai (Edward Mallenckrodt Dep. of Ped., the Division of Neurol., the Dep. Preventive Med. and Public Health and the St. Louis Children Hospital St. Louis.): New Engl. Jour. Med. 1982, 306, 831.

Bár köztudott, hogy a gyermek „kinőheti” az epilepsziát, kevés az olyan tudományos munka, amely ezt alapos longitudinális vizsgálatok segítségével igazolja. A szerzők 148 epilepsziás gyermek kórlefelvételét követték, miután minimálisan 4 éves tünetmentes időszak után elhagyták az antiepilepsziás gyógyszereket. Az első felmérést 5–12 évvel a kezelés befejezése után végezték. Ezalatt 36 (= 24%) betegnek lett újból rohama. Ez a közlemény a második felmérés tapasztalataival foglalkozik, a 15–23 (átlagosan 18,8 év) éves gyógyszermentes időszak utáni állapotot értékeli.

A két vizsgálat között eltelt idő alatt 5 újabb visszaesés következett be. A szerzők nem találtak összefüggést a betegek neme, az első roham jelentkezésének időpontja, a gyerekek kora gyógyszerek elhagyásakor, sőt a rohamok gyakorisága és a recidivák között sem. Számos más közléssel ellentétben az EEG-vizsgálattal kimutatható görcsjelek sem bizonyultak kórjelzőknek.

Pozitív családi anamnézis esetén 21%, negatív mellett 33% volt a visszaesés.

Döntő jelentőségűnek egyedül a rohamforma, az epilepsziás megbetegedés tartama és a kimutatható neurológiai dyszfunkció bizonyult. Egyszerű lázas görcsök, petit-mal és myoclonusos görcsök ritkán tértek vissza. Jackson rohamok 58%-a, pszichomotoros rohamok 31%-a, kombinált rohamok 43%-a jelentkezett újra.

6 évnél hosszabb ideig tartó, rohamokkal járó időszak után 9 közül 8 esett vissza.

A felsorolt 3 rizikófaktor együttes jelenléte esetén a legvalószínűbb, hogy a beteg nem marad tartósan tünetmentes.

Kiszely Katalin dr.

A gyermekkori epilepsia prognóza — egy másik szemszögből. Berg, B. O. (Mc Master University Med. Centre, Hamilton, Canada): New Engl. Jour. Med. 1982, 306, 861.

A szerző ebben a közleményben az előző eredményeit értékeli.

A prognózis jobb ismeretéhez gondosan ellenőrzött, hosszú megfigyelésen alapuló klinikai tanulmányok szükségesek. 148 epilepsziás gyermek tartós megfigyelése — átlagosan 18,6 éven át, ill. a visszaesésig, miután 4 éves tünetmentes állapot után elhagyták gyógyszerüket — ilyen munka. A betegeket egy munkacsoport kezelte, az EEG-vizsgálatokat értékelő orvos azonos volt. Az első közlés 5—12 évvel a gyógyszerelvonás után történt.

A szerző szerint jó lett volna, ha a nemzetközi klasszifikációt tudták volna alkalmazni, ez azonban lehetetlen volt, részben, mert a kezdeti beosztáshoz kellett ragaszkodni, részben pedig, mert a betegeket kezelő orvosok egy része gyermekgyógyász, ill. általános orvos, akik ezt nem ismerték.

A 28%-os visszaesés hasonló más szerzőkéhez, és alacsonyabb, mint felnőttkorban. A visszaesések 2/3-a az első két évben következett be — 85% az első 5 esztendőben — lehetséges, hogy az ezután bekövetkező visszaesés egyes esetekben már újabb megbetegedésnek fogható fel (amennyiben azonos kórosztály megbetegedési rátájával hasonlítjuk össze).

A korán kezdődő epilepsziák kilitásainak megítélésében igen nagy különbségek vannak ma is. Egyesek szerint azok igen jók, mások szerint rosszak. A közlemény alapján nincs különbség rohamkezdet, a nem és a gyógyszerek elhagyásának kezdeti időpontja szerint. Mindegy, hogy a gyógyszermentes állapot serdülés előtt vagy alatt kezdődik.

Az EEG jelentőségének megítélése is ellentmondásos. Emerson és mtsai szerint pl. a legjobb előrejelző. Munkájukban 23 közül 13 beteg (= 57%) vizsgálatánál görcsjeleket lehetett gyógyszerelvonás után kimutatni. A visszaesés ezen esetekben következett be. Thurston és mtsai szerint nem mérvadó. Parcialis epilepsziák egy részére igen aktív EEG jellemző még évekkal a gyógyszerek elhagyása után is anélkül, hogy újabb rohamtól kellene félnünk. Véleményük szerint az EEG alapján csak egyéb ténye-

zők figyelembevétele mellett szabad tartós kezelést javasolni.

A rohamforma nemcsak a kezelés, hanem a prognózis miatt is igen fontos. Leginkább Jackson rohamok és kombinált rohamok mellett várhatunk visszaesést, különösen, ha azok idegrendszeri tünetekkel járnak. Primer generalizált epilepsziák és lázas görcsök recidivája a legritkább.

A gyógyszerek elhagyását általában 4 éves tünetmentes időszak után javasolják.

Kiszely Katalin dr.

Iatrogén magatartászavarok és pszichiátriai tünetek gyermekkorban, komplex parciális rohamok esetében. Parraga, C. H., Simonds, J. F., Butterfield, P. T. (McFarland Mental Health Ctr, 901, Southwind Rd, Springfield, Illinois 62703): Developmental and Behavioral Pediatrics, 1982, 3, 25.

A gyermekkori komplex parciális rohamok változatos pszichomotoros megnyilvánulásai és a betegséghez csatlakozó pszichogén kóros reakciók nagy száma mellett a magatartászavaroknak és pszichiátriai tüneteknek harmadik forrása a gyógyszerek túladagolása. Ezek a gyermekek többnyire többféle anti-epileptikumot szednek, és 73%-ukon észlelhető a toxikus tünetek valamely formája. Minél kisebb egy gyermek, annál nehezebb a viselkedésben és kóros lelki tünetekben megnyilvánuló toxikus hatás felismerése, különösen ha a mérgezés közismertebb neurológiai tünetei (nystagmus, ataxia), amint az gyakorta megtörténik, nincsenek jelen. A szóban forgó tünetek megjelenését elősegítik a politerápia és a perzisztáló rohamok. A gyógyszerek túladagolásának gyakori oka a betegek hiányos közreműködése, tévesen értékelt magatartászavarok és érzelmi problémák, a szülők hibái és csalódása, amely a kezelőorvos gyakori váltogatásában fejeződik ki, a szülők vagy gondozók szorongása, segíteni akarása.

A gyógyszer-túladagolás okozta pszichés tüneteket el kell különíteni azoktól, amelyek a betegséghez tartozók és a kóros reakcióktól. Két eset részletes ismertetése kapcsán láthatjuk, hogy ez sokszor nem egyszerű feladat. Az ismertetett és néhány más esetben az anti-epileptikumok vérszintjének meghatározása nyújtott segítséget, az értékek többnyire a mérsékelten toxikus, egyszer a kifejezetten toxikus tartományba estek.

Végül a szerző az egyes antikonvulzívumoknak a viselkedésre gyakorolt hatását táblázatban foglalja össze. (Ezt a táblázatot a probléma gyakorisága és kevéssé közismert volta miatt hasznosnak tartom egészében ismertetni. Egyes szereknél zárójelben a nálunk forgalomban levő készítmény neve szerepel kiegészítésként. — Ref.)

Phenobarbital: irritabilitás, hiperaktivitás, néha valódi „hiperkinetikus szindróma”, a figyelem rövid rögzíthetősége, agresszió, zavartság.

Phenytoin (Diphedan): magatartászavarok, hiperaktivitás, meglásúbbodás, állomosság, taktilis és vizuális hallucinációk, konfúzus állapot, testre vonatkozó érzékszálódások, depresszió. Növekedhet a rohamgyakoróság.

Primidon (Sertan): irritabilitás, konfúzus állapot, hangulati ingadozások, akut pszichotikus reakciók.

Carbamazepin (Stazepine, Temporal): kezdetben szorongás és nyugtalanság; robbanékonyság, konfúziós állapot.

Valproic acid (Depakine): agresszívítás-hiperaktivitás vagy szedatív hatás, állomosság.

Diazepam (Seduxen): Agresszió, hiperaktivitás, összpontosítási zavar, szorongás, ellenséges magatartás.

Clemens Béla dr.

Gondolkodás indukálta epilepsziás rohamok. Wilkins, A. J. és mtsai (Med. Res. Council Applied Psychology Unit, 15 Chaucer Rd, Cambridge CB2 2EF): Ann. Neurol. 1982, 11, 608.

A szerzők egy 12 éves korától epilepsziás férfi esetét ismertetik, akinek évente 6—7 generalizált konvulzív rohamra volt, amelyekhez 20 éves korától a fej és végtagok rázkódásával, de eszméletvesztéssel nem járó rohamok csatlakoztak. A nagyrohamok mindig szellemi erőfeszítés kapcsán jelentkeztek, elsősorban kártyajátékban a pontok kiszámításánál és keresztretjévi fejtevése közben. Többféle anti-epileptikummal is próbálkoztak, de a beteg hiányos közreműködése miatt a rohamok nem ritkultak. Kivizsgálásánál a jobb hemisféria mérsékelten tágultnak mutatkozott. Az EEG 8 Hz alfa és diffúz theta keveredéséből álló irreguláris háttértevékenységet mutatott, némelyest szabálytalan, 2,5 Hz generalizált, szinkron-bilaterális tüske-hullámcsoportokkal.

A beteg vizsgálatának lényegét gondosan válogatott pszichológiai tesztek alkották, amelyek segítségével a személyiség kognitív összetevőit részletekbe menően vizsgálták. Az egyidejűleg regisztrált EEG tanúsította az ismertetett paroxizmális tevékenység jelentkezését, annak mértékét, vagy hiányát az egyes típusú feladatok végrehajtásánál. Az összefüggéseket matematikai úton ellenőrizték és kizárták tanulási folyamat lehetőségét is.

Intenzív paroxizmális tevékenység jelentkezett különböző tárgyak és ábrák emlékezetből való rajzolásánál, vagyis a térbeli tájékozódást igénylő feladatoknál. Ugyanez állt a szorzásra és osztásra, nem számítva az egyszerűbb szorzásokat

(szorzótábla), amelyeknek az eredményét csak a memóriából kell előhívni. Az összeadás és kivonás műveletét nem kísérte paroxizmális tevékenység. Tény, hogy számtani feladatok fejben megoldása is az információ térbeli feldolgozásához kötött. Így a „térben információkezelés” tűnik a közös, specifikus tényezőnek mindazon feladatokban, amelyek paroxizmális válasszal járnak együtt. A paroxizmális válasz jelentősen nem függ a figyelemtől, függ viszont a specifikusnak tekintett ingerből, amely az agykéreg körülírt (valószínűleg parietális), hyperexcitabilis területét működésbe hozza, és amelynek kóros izgalma egy küszöböt meghaladva generalizált epilepsziás rohamhoz vezethet.

Clemens Béla dr.

Monoterápia vagy politerápia epilepsziában? Young, G. B., E. M. Ashenurst, S. Eder (Med. Coll. Univ. of Saskatchewan, Saskatoon, Sask., S7N OXO, Canada): CMA Journal, 1982, 126, 1134.

A politerápia elterjedt módszer az epilepsziák gyógyszeres kezelésében, holott az egyes antiepileptikumok egymás felszívódását, eloszlását, metabolizmusát és kiválasztását előre sokszor nehezen megítélhetően befolyásolják. Gyakoribbak a mellékhatások, drágul a kezelés, és minél több a gyógyszer, annál rendszertelenebbül szedik a betegek. Különböző antiepileptikumok (phenytoin és carbamazepin) egyedüli adása ugyanakkor az irodalom szerint egyértelműen kedvezőbb eredménnyel bízt nagyrohamok, illetve temporális epilepsziás rohamok esetében. A monoterápia csak a betegek 12%-ában nem volt kielégítő hatású, ekkor került sor egy második antiepileptikum adására. A szerzők az általuk nyilvánított epilepsziások gyógyszerelését elemzik abból a szempontból, hogy miért kerül sor idő előtt politerápiára?

Ritka eset, hogy az első antiepileptikumot nem jól válsztotta meg az orvos. Gyakori viszont, hogy nem várják meg a gyógyszer hatékony vérszintjének alakulását, gyakori az aluldozozás és a beteg hiányos közreműködése; ilyenkor gyakran és indokolatlanul adnak új antiepileptikumot a régi mellé. Interkurrens fertőzés, alkoholfogyasztás, gyógyszerkihagyás, más gyógyszerek szedése rohamot provokálhat. Az antiepileptikum vérszintjének ellenőrzése és az újabb rohamot kiváltó tényezők szerepének helyes értékelése helyreállíthatja az első gyógyszer iránti bizalmat, és fölöslegessé teszi új szer bevezetését. A beteg részéről betegségének elhúzódása, súlyos volta és a gyógyszer mellékhatásai gyakran annak rendszertelen szedéséhez vezetnek, ami ha nem tisztázódik, a gyógyszer hatástalansága címén

új szer felírásához vezet — ismét csak a régi mellé. Ebből a szempontból különösen a tizenévesek, az idősek és az alacsonyabb intellektusúak veszélyeztetettek. Az orvos gyakoribb hibái az együttműködés vonatkozásában: nem kellően érthető előírások, a betegek felvilágosításának hiánya vagy hiányosságai, ritka ellenőrzés.

Mind ezekből logikusan következnek a politerápia megelőzésére szolgáló módszerek: gondos körelőzmény-felvétel, majd vizsgálatok alapján az epilepszia típusának meghatározása és megfelelő gyógyszer választása a betegség kezdetén. Ide tartozik legelőbb annak eldöntése, hogy valóban epilepsziáról van-e szó? A választott gyógyszer hatékonyságának ellenőrzése az orvos feladata. Ebbe beletartozik a beteg részletes informálása (a gyógyszeresedés megkezdése, mellékhatások, jól érthető, minél egyszerűbb terápiás előírások) lépp úgy, mint későbbi ellenőrzése és a gyógyszer vérszintjének ellenőrzése. A gyógyszer kicserélése csak akkor indokolt, ha az a fenti séma szerint ellenőrizve valóban nem bizonyul hatékonynak. Részleges, nem kielégítő siker esetén is indokolt második gyógyszer bevezetése. Ha ekkor a rohamok elmaradnak, két út lehetséges: némelyek a két szer együttes szedését, mások az elsőként alkalmazott gyógyszer lassú elvonását ajánlják. Az első módszer az interakciók és mellékhatások miatt, a második a rohamok jelentkezésének veszélye miatt igényel szorosabb ellenőrzést.

Némely betegnek többféle epilepsziás rohamja jelentkezik váltakozva. Ilyenkor is megkísérelendő a monoterápia, széles spektrumú antiepileptikum adásával. Sikertelenség esetén valóban indokolt és szükséges lehet a politerápia olyan, különböző csoportba tartozó antiepileptikumokkal, amelyek mindegyike a beteg egyik vagy másik típusú rohamának szelektív ellenszere.

(Ref.: a referátum átlagosnál hosszabb terjedelmét indokolja, hogy a gyakorlatban kevésbé ismert az epilepsziás beteg gyógyszeres kezelésének stratégiája és általános a politerápia, sőt polipragmázia. Az ebből eredő számos hibára találó a szerzők megjegyzése, miszerint sokkal bonyolultabb a főlös számú és mennyiségben szedett gyógyszereket elvonni, mint a kezelést több gyógyszerrel elkezdni. Másfelől látjuk, hogy a kezelés központi kérdésének, a gyógyszer valószínűségeinek hatékonyságának megítélésének az antiepileptikumok vérszintjének meghatározása nélkül sokszor illuzórikus.)

Clemens Béla dr.

Status epilepticus kezelése phenytoin gyors infúziójával. Albert, H. H. (Neurol. Klinik, Bezirkskrankenhaus Günzburg, D-8870): Akt. Neurol. 1982, 9, 74.

A diphenylhydantoin hatóanyagú injekciók (Phenyhydán, Epanutin) oldóanyaguk miatt nem hígíthatók és mellékhatásaik miatt gyors iv. adásuk is ellenjavallt, különösen nagyobb adagokban, holott ez a szer egyébként csekély mellékhatásai és légzésdepressziót nem okozó hatása miatt előtérbe kerülhetne a status epilepticus (s. e.) kezelésében. Ezt a hátrányt küszöböli ki a pufferrel stabilizált „Phenyhydán R Infusionskonzentrat” elnevezésű készítmény, amely 750 mg phenytoint tartalmaz, és 500 ml közönséges dextróz-, vagy sóinfúzióban felhígítva, infúziós pumpa segítségével 6–30 perc alatt juttatják be a szervezetbe.

A szerző 102, különböző okú s. e.-ban alkalmazta — bevezetőként adott 10–12 mg iv. diazepam hatástalansága esetén — a Phenyhydán-infúziót. A, s. e. az esetek 80%-ában néhány percen belül megszűnt. A fennmaradó 20%-ban Distraneurin 0,8%-os oldatának gyors infúziója bizonyult sikeresnek — a szerző gyanítja, hogy ilyen esetben alkoholelvonás a s. e. oka. Mellékhatásként 1–2 napig tartó szédülés, nystagmus és átmeneti cerebellaris ataxia jelentkezhet. A s. e.-t két esetben (1 encephalitis, 1 epilepsia partialis continua) nem tudták megszakítani. A vizsgált beteganyag 2%-os mortalitása 3 epilepsia partialis continua-ban szenvedő betegnek tudható be, ahol viszont az alapbetegség szabta meg a prognózist.

A s. e. életveszélyes állapot, a néhány percen belül hatásos Phenyhydán R-infúzióval gyorsabban, sikeresebben megoldható, mint a bizonytalanabb hatású, és légzést, keringést depresszáló barbiturátokkal és benzodiazepinokkal.

Clemens Béla dr.

A natrium valproat (Depakine) mellékhatásai monoterápiában ellenőrzött gyógyszer-plazmaszintek mellett. (88 gyermekgyógyászati beteg alapján készült tanulmány.) Herranz, J. L. és mtsai (Dep. of Pediatrics, Div. of Neuropediatrics and Dep. of Clin. Pharmacol., Univ. Santander, Spain): Epilepsia 1982, 23, 203.

Általában úgy tudják, hogy a Depakine igen ritkán okoz kedvezőtlen tüneteket. Az erre vonatkozó irodalom részben igen szegényes, részben nem értékelhető, mivel a feldolgozott betegek zöme kombinált kezelésben részesült. A szerzők ezért 88, 12 hónap és 11 éves kor közötti gyermekben vizsgálták a gyógyszer mellékhatásait, és azok összefüggéseit a gyógyszeres kezeléssel. Mind csak egy gyógyszert szedtek, a kezelés tartama átlagosan 18 hónap volt. Az adagot fokozatosan emelték, míg a terápiás hatástól függően, minimálisan 40–90 µg/ml, maximálisan 75–130 µg/ml-es plaz-

maszintet el nem érték. A gyógyszer napi adagja 19–65 mg/kg volt.

A mellékhatásokat a beteg, ill. hozzátartozója és kezelőorvosa elmondása és kérdőívek alapján értékelték. A kérdőívekben a kezelési időszakra vonatkozó kérdések voltak, melyek segítségével közvetlenül vagy közvetve a gyógyszer pszichés vagy egyéb mellékhatásaira lehetett következtetni.

A klinikai megfigyelés alapján az esetek 42%-ában lehetett mellékhatásokat megfigyelni. Ezek gyakorisága a kérdőívek segítségével 80,7%-ra emelkedett. Általában azt tapasztalták, hogy a mellékhatások magasabb gyógyszeradagok mellett lényegesen gyakoribbak voltak, mint átlagos vagy alacsony adagok mellett. Panaszként csak emésztési és magatartási zavarok szerepeltek, a többi mellékhatás kizárólag a kérdőívől derült ki.

A magatartásváltozások között épp olyan gyakran találtak fokozott aktivitást (stimuláló hatás), mint nehézkességet, bágyadtságot (depresszáns hatás). Gyakori volt a fokozott ingerlékenység, az alvászokás megváltozása. Szignifikánsan magasabb gyógyszeradag csak bágyasztó hatás észlelése mellett fordult elő néhány esetben.

Az emésztési szervekkel kapcsolatos panasz, ill. tünetek közül a hányinger, hányás, étvágytalanság, hasi fájdalom, hasmenés szerepelt.

Paresztézia, tremor, ataxia, ritkán fordultak elő, ha mégis, a gyógyszeradagtól függetlenül. Polydipsia, polyuria, enuresis ugyancsak a kérdőívől derült ki.

A gyógyszert összesen 3 esetben kellett csökkenteni, 9 esetben elhagyni. Egyébként a mellékhatás vagy csak átmeneti volt, vagy olyan enyhe, hogy nem kellett figyelembe venni, ill. könnyen lehetett ellensúlyozni.

Általában azt tapasztalták, hogy a mellékhatások a gyógyszer adagjával, nem a gyógyszerrel volt arányosak. A mellékhatások gyakorisága és a plazma valproát koncentrációja között egyértelmű összefüggést nem találtak.

Kiszely Katalin dr.

Iskola bevonása rohambetegségek kezelésébe. Gadow, K. D. (Office Spec. Education, State Univ. of New York, Stony Brook, New York): Epilepsia, 1982, 23, 215.

Régóta tudjuk, mennyire fontos a tanárok és nevelők szerepe az epilepsziák felismerésében és kezelésében. Különösen értelmi fogyatékosok között gyakori a gyógyszerkezelés, rohamozó gyermek. E szerep jobb megismerése végett két speciális nevelési programot végző csoport (értelmi fogyatékosok előkészítő, ill. foglalkoztató csoportja) országos felmérését végezték el ilyen szempontból.

A pedagógusoknak anticonvulsiv kezelésben részesülő tanítványaik-

ról (315 tanuló) kérdőívet kellett kitölteni, ugyanakkor ezek közül 130 gyermek szüleivel telefoninterjú is készült.

A felmérés alapján a tanárok zöme nincs megfelelően tájékoztatva az epilepsziákkal kapcsolatos teendőkről. Nem ismerik a rohamokat, azok ellátását, a gyógyszerek hatását és mellékhatását. A megbetegedéssel kapcsolatos legtöbb információt a szülőktől, ill. munkatársaiktól kapják. Orvos csak az esetek 7, ill. 9%-ában tájékoztatta őket a gyermek állapotáról, ill. az azal kapcsolatos teendőkről. Az osztályban bekövetkezett roham ellátásában saját régebbi tapasztalataikra és kollégáik tanácsaira támaszkodtak.

A leggyakoribb gyógyszer mellékhatás — a tanárok szerint — a bágyadtság. Objektív pszichometrikus módszerek hiányában sem a szülő, sem a pedagógus pontosan erről beszámolni nem tud. Ennek ellenére minden ezzel kapcsolatos információ rendkívül fontos, ugyanis a bágyadtság elsősorban a figyelem tartósságának csökkentése révén gátolja a kognitív funkciókat. Legnagyobb gyógyszerek túladagolása kor jelentkezik. Ez elsősorban terápiarezisztens, egyszerre többféle gyógyszerrel kezelt esetekben fordul elő. Különösen az iskola előtti korban fellépő myoclonosus-astatikus petit-malban szenvedőkben. Hasonlóan súlyos problémát jelent, és nagyfokban nehezíti a tanítást a gyógyszerhatásra visszavezethető hypermotilitás.

A gyógyszerek pszichés mellékhatásaira visszavezethető magatartásváltozás felmérését nehezíti, hogy a tanár nem ismerte a gyermek gyógyszermentes állapotban. Ennek következtében csak iskolatársaival tudja összehasonlítani. Nehéz a fogyatékosokra visszavezethető motoros és mentális zavar elkülönítése a gyógyszer mellékhatásként jelentkezőtől, pedig különösen az iskola előtti korban bevezetett speciális nevelési programban lenne igen fontos minden alkalmazkodó magatartást gátló hatás kiküszöbölése. Annak ugyanis a későbbi fejlődésre is komoly kihatása lehet.

Mind ezek alapján a szerző felhívja a figyelmet arra, hogy az epilepsziás gyermek korszerű ellátása csak interdiszciplináris együttműködéssel lehetséges, melyben mind az orvos, mind a tanár hagyományos szerepét ki kell terjeszteni.

Kiszely Katalin dr.

A natrium valproat monoterápia a gyermekkori epilepsziában. Dulac, O. és mtsai (Clinique de Pédiatrie et Puériculture, Hôpital saint-Vincent-de-Paul, Av. Denfert-Rochereau, 75674, Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 347.

A Na-valproat (VPA Na) antikonvulzív hatása mintegy 15 éve ismert. Ez főleg a primer, generali-

zált, a fotoszenzibilis és a myoclonus epilepszia formákban (e.) kifejezett. A másodlagos — főleg neuro-pszichés — hatások előfordulása az oka annak, hogy ezt a gyógyszert elsősorban a gyermekkor e-k kezelésére tartják alkalmasnak. Monoterápiában adagolva javul a szellemi tevékenység és csökken a rohamok száma. A szerzők ezeknek az adatoknak az ismeretében tűzték ki célul, hogy a VPA Na monoterápia indikációját és a gyakorlati alkalmazás módját megvizsgálják.

Az említett célra 80 gyermeknél — 38 leány, 42 fiú — akiknek az életkora 3 hónap és 19 év között volt, kezdték el a szokásos vizsgálatok után a VPA Na monoterápiát. Betegeiket Masland szerint osztályozták: 1. primer, generalizált; 2. szekunder, generalizált; 3. partialis; 4. fotoszenzibilis; 5. nem fotoszenzibilis; 6. léziókkal kísért; 7. léziómentes formákra. Ezt az osztályozást, valamint az egyes típusoknál elért hatást táblázaton szemléltetik. 22 esetben a kezelés első gyógyszere a VPA Na volt, a többiek megelőzően phenobarbital, hydrocortison, trimethadiont, diphenylhydantiont, vagy carbamazepint kaptak monoterápiában. Ezeknél a e.-s krízisek perzisztálása, vagy magatartásbeli anomáliák indokolták a VPA Na monoterápiát. A kor szerinti adag 25–40 mg/kg/die volt, napi két részre osztva; mintegy 10 napon át, fokozatosan emelve a dózist, kell eljutni az említett kívánatos adaghoz. Megfelelő indikáció alapján ez 75 mg/kg/napi emelhető. Minden esetben a reggeli első adag után, 2, ill. 4 órával, gázkromatográfián megmérték a VPA Na vérszintet. A betegeket kezdetben havonta, később évente ellenőrizték.

A vizsgálatok kiderítették, hogy a primer generalizált e.-sok 77%-ában a krízisek teljesen megszűntek. A hatás kevésbé volt kifejezett a szekunder generalizált és a partialis e.-ban (38–40% eredménytelenség). A grand-mal-nak petit-mal-nal való társulása rezisztensebb a VPA Na monoterápiára. Legkedvezőbb a hatás a fotoszenzibilis e.-nál. A szerzők számára úgy tűnt, hogy a gyermekkori e.-ban ez a választandó szer.

A VPA Na terápia másodlagos hatásai mérsékeltek, csak ritkán kerül sor a kezelés megszakítására (emésztési zavarok, hajhullás, súlygyarapodás). Hepatitisz szövődését a szerzők nem észleltek. Ennek előfordulása és az adag nagysága között nincs direkt kapcsolat. A drogot a gyermekek jól tolerálják. Nem észleltek — bár az irodalom ilyenről beszámol — haematológiai szövődést sem. Megelőző phenobarbital kezelés után stuporosus állapot jelentkezhet.

Nagyon hasznos a kezelés folyamán a szérumban VPA értékek ellenőrzése. Megerősítést nyert, hogy nincsen értelme a 60 µg/ml (417

mmol/l) koncentrációt átlépni. A rendszeres VPA mérések lehetővé tették a drog kor szerinti adagolását: 30 mg/kg/die csecsemőknél, 25 mg/kg/die gyermekekénél, 20 mg/kg/die serdülőknél. Ha a monoterápia hatástalan, szóba jöhet a VPA egyéb antikonvulzívumokkal való kapcsolása, a politerápiára való átterés, ahol a gyógyszer interakciók értékét és mértékét előre látni nem lehet.

Kövér Béla dr.

Hypocalcaemia által előidézett epilepsia szoptatás alatt. Harrad, R. A., Kennedy, P. G. E. (Department of Neurology, Radcliffe Infirmary, Oxford, Anglia): Brit Med. J. 1982, 285, 607.

A hypocalcaemia ritka, de jól ismert oka a grand mal convulsióknak, s e köreretekt leggyöbbször csak ismételt ion-meghatározással lehet kideríteni. A szerzők betegén hosszas szoptatás vezetett e körkép kialakulásához.

28 éves betegük kórelőzményében 4 epilepsziás nagyroham szerepel s mind a legutóbbi hónapban lépett fel. Ebben az időben ezenkívül szokatlan fáradtságról, fejfájásról, eszméletzavaráról és végtagi fonákérszéről panaszkodott. Bár egyéni kórelőzménye morbus sacer szempontjából negatív, a családi terheltég kimutatható: apja grand mal-, nővére petit mal-os rohamokról számol be. A beteg vizsgálatakor kórosat nem észlelnek — a Chvostek- és Trousseau-tünet is negatív. Radiológiai eltérést nem lehet kimutatni — ugyanakkor laboratóriumi értékei közül kiemelendő az 1,45—1,54 mmol/l-es serum-calcium-, az 1,89-es phosphat-, a 490 IU/l-es alkalikus phosphatase és a 0,1 g/l alatti parathormon-szint (utóbbi normál értéke: 0,1—0,73 g/l). Kórisme: primer hypoparathyreosis. Kezelés: eleinte iv. calcium-gluconat, majd napi 2 µg 1- α -hydroxy-cholecalciferol, valamint mészgazdag étrend, melyre a beteg teljesen tünetmentessé vált és serum-calciumszintje rendeződött.

Az, hogy betegük saceres rohamainak háttérében nem idiopathiás epilepsia, hanem hypocalcaemia állt, az alábbiak valószínűsítik: a) az igen alacsony calciumszint, b) a hypocalcaemia egyéb tünete, pl. a paraesthesia, az első görcsroham idejében lépett fel, c) a beteg a hypocalcaemia rendezése után végleg tünetmentessé vált (a Trousseau- és Chvostek-tünetek negativitása súlyos hypocalcaemiaiban nem szokványos ugyan, de ismeretes). Az is beleillik ebbe, hogy a görcsrohamok a hosszú lactatio végefélre léptek fel, miután a szoptatás kapcsán közismert a calcium-vesztés; emellett a családi saceres terheltég is szerepet játszhatott a convulsiók manifestálásában.

Érdekes, hogy a legtöbb idegyógyász epilepsziás rohamok esetén

nem is gondol az esetleges hypocalcaemiás aetiologia lehetőségére, holott a szerzők szerint legalább a lactatio során jelentkező saceres tünetek esetén feltétlenül meg kell határozni a serum calcium-szintjét, különösen, ha a kórelőzményben családi terheltég is szerepel.

Major László dr.

Wernicke-enkephalopathia pylorus stenosisal járó chronikus gastropacreatikus betegségekben. Bohner, B. (Neurologische Abteilung des Brüder-Krankenhauses Trier): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1722.

A szerző két nem alkoholista beteg (17 éves nő és 47 éves férfi) kórtörténetét ismerteti. A betegekben pylorus stenosisal járó chr. gastropacreatikus folyamat kapcsolás polioencephalitis haemorrhagica superior acuta alakult ki. Nagy dózisu parenteralisan adagolt thiamin (200 mg, ill. 360 mg/die) hatására drámai javulást figyeltek meg az idegrendszeri tüneteket illetően. A szerzők célszerűnek tartják minden chr. intestinalis megbetegedésben — alkoholos anamnesztikus adatok nélkül is — a jogosan feltételezett felszívódási zavarok kapcsán kialakuló hypothiaminosis miatt profilaktikus szempontból thiamin parenteralis adását (50—100 mg/die).

Kovács Miklós dr.

A „szürke magvak” tumorai gyermekeknél; 38 eset megfigyelésével szerzett tapasztalatok. Mayer, M. és mtsai (Service de Neuropédiatrie, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74, av. Denfert-Rochereau, 75674 Paris Cedex 14): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 91.

A szerzők 38, a centrális szürke magvak tumoraiban (c. sz. m. t.) szenvedő betegnél — akiket 1951 és 1979 között észleltek intézetükben — analizálják a főbb klinikai tüneteket, a diagnosztikai problémákat, a terápiás indikációt, a kezelésre adott választ. Táblázatokban mutatják be 1. a diagnózis felállításakor meglevő tüneteket; 2. az alkalmazott kezelést és a túlélési időt; 3. a tumor szövettani típusát, annak a lefolyásra gyakorolt hatását; 4. az életben maradtak általános állapotát, és a neurológiai tüneteket.

A közlemény kiemeli, hogy helyesebb c. sz. m. t.-ről beszélni, mert nemcsak a thalamus, hanem a környezet is érintett. Leggyakoribb tünetek: az intracranialis hypertensio, a hemiparesis vagy hemiplegia, extrapyramidalis és cerebellaris szindróma, szemtünetek (nystagmus, hemianopsia, Parinaud-szindróma), érzésvavarok. A szemfenéken az esetek többségében papilla-ödéma is észlelhető. A diagnózis felállításához a pneumoen-

cephalographia és a ventriculographia nélkülözhetetlen. Ezek csaknem 100%-os pontossággal kimutadják a tumort. A carotis-arteriographia kevésbé pontos. Ma már a fő diagnosztikai módszer a scanographia. Az esetek többségében az EEG is kóros: theta/delta ritmus, vagy diffuze, vagy lokalizáltan. A tumorok szövettanilag leggyakrabban astrocytomák.

A szerzők betegek közül 33 részelt radioterápiában, amit az irodalom is általában a legjobb kezelési módnak tekint. Az ajánlott, és a szerzők által is alkalmazott adag 45—55 Gy. Ha szükséges, shunt alkalmazható; a sebészi beavatkozást — a súlyos komplikációk miatt — kerülni kell. Hatásos chemoterápia nincs. A szerzők 38 betegek közül 12 élte túl zömmel a 9 évet, többkevesebb motoros defektussal; két betegük 4^{1/2}, ill. 9 éves, az első vizsgálat után, neurológiailag normálisnak bizonyult. Endokrin zavar csak egy betegükön fordult elő — izolált T. R. H.-hiány; ennek túlélési ideje 9 év 3 hónap volt.

Kövér Béla dr.

Akut zavartság és psychosis epilepsziás familiáris hemiplegiás migrénben. Feely, M. P. és mtsai (Department of Neurology, Regional Hospital, Cork, Ireland): Acta neurol. scandinav. 1982, 65, 369.

Egy család négy generációjának kilenc tagjánál jelentkeztek a hemiplegiás migrén különböző formái. Nyolc betegnél akut zavartság és/vagy psychosis tünetei is felléptek átmenetileg. Gyakran ez fejfájás és neurológiai tünetek nélkül zajlott le. Így számtalan esetben a helyes diagnózis felállítását csak a familiáris előfordulás tisztázása tette lehetővé.

Molnár Dénes dr.

A migrain kezelése. Szerkesztői közlemény: Lancet, 1982, I, 1338.

A klasszikus migrain prodromális fázisára jellemző a plasma noradrenalin szintjének az emelkedése. Sok betegben a thrombocyták aggregációs készsége is fokozott, melyet a noradrenalin tovább fokoz és serotonin, ill. ADP szabadul fel, mely tovább fokozza az aggregációt. A serotonin arterialis constrictiót és capillaris tágulatot okoz. A serotonin depletiójával ez a folyamat megfordul. A serotonin fokozza a vér-agy barrier átésztyőképességét és így saját magának az agyba jutását is, azt eredményezve, hogy a kialakuló vasoconstrictiót neurológiai tünetek követik, elsősorban látási panaszok. A serotoninhatás elmúltával a folyamatot vasodilatatio követi, mely a fejfájás kialakulásáért felelős, de ebben szerepet játszanak az agg-

regálódott thrombocytákból és hisztamin felszabaduló neurokininnek, valamint a prostaglandin E₁, mely az extracranialis erek falában levő fájdalomreceptorokat sensitizálja; valószínűleg ezzel függ össze a nyaki és koponyaerek roham alatt megfigyelt fájdalomssága. Ezt a mechanizmust sokan nem fogadják el, és a gyógyításra (gyakran sikerrel) alkalmazott gyógyszerek sokasága, valamint a placebo 20–40%-os effektusa alátámasztja, hogy a fenti mechanizmuson kívül más tényezőket is kell keresni. Nagyon fontos, hogy egyéb alapbetegségeket felkutassunk és gyógykezeljünk a migrénes rohamról panaszokó betegben. Pl. a depressziós állapot kezelése, vagy stressz-szituációk elkerülése a migrénes rohamok számát gyakran csökkenti. A noradrenalin szint emelkedését eredményesen gátolják a béta receptort blokkoló gyógyszerek és ezek alkalmazása hasznos lehet olyanoknál, akiknek gyakran van rohamuk. Bizonyos ételek, amelyekben sok tyramin és phenylalanin van, fokozzák a serotonin felszabadulását thrombocytákból és így rohamot provokálhatnak (pl.: csokoládé, sajt, citrom, alkohol stb.).

A vérnyomáscsökkentésre alkalmazott reserpin a vér serotonin-szintjének csökkentésével fejfájást okoz. Steroid hormonok, elősegítve a thrombocyták aggregációját, migrénes rohamot provokálhatnak. Ha az orális contraceptívumot szedők migrénes rohamot kapnak a gyógyszer beszedését követően, a contraceptív tabletták szedését, ill. más steroid hormont tartalmazó készítményt sürgősen meg kell tiltani, mivel a gyógyszer cerebrovascularis oclusiv epizódot okozhat.

Sok gyógyszer létezik, amely a thrombocyták aggregációját csökkenti, közülük legegyszerűbb az aszpirin. Napi 650 mg rendszeres adása elégségesnek bizonyult a rohamok megelőzésére. Dypiridamolból napi 100 mg szedése is elég. A clonidint is hatásosnak találták, különösen az ételek által kiváltott migrain kezelésére. A methysergid nagyon hatásos serotonin antagonist, 6 mg/nap adagban nagyon jó profilaktikum, azonban 3 hónapnál tovább kell a retroperitonealis fibrózis vagy perifériás érconstrictio kialakulásának lehetőségével. Az újabb gyógyszerek közül a pizotifen gátolja a serotonin kívül más biogén aminok hatását is (histamin, acetylcholin stb.). Ha a roham elkezdődött, a kezelés kevésbé effektív. Az aura megjelenésekor még van idő ergotamin tartarát (1–3 mg) bevételére, de itt is fenyeget az ergotizmus kialakulásának veszélye, és kontraindikált terhességben, hipertóniában, ischaemiás szívbetegségekben stb. Toxikus hatásának első jele a fejfájás lehet, amely összetéveszthető a migránnal. A migrénes roham fejfájásos szakaszában a hagyományos analgetiku-

mok segíthetnek, de bizonyos prostaglandin antagonistáktól is jó hatást láttak.

Ternák Gábor dr.

Zoster-encephalitis exanthema nélkül. Möller, A. és mtsai (Universitäts-Nervenkl. Köln): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 322.

A szerzők szokatlanul jelentkező — exanthemák nélkül fellépő — zoster-encephalitisről számolnak be két esetük kapcsán. A megelőzően teljesen egészséges férfibetegeken (54, ill. 41 éves) fejfájás, fokozódó gyengeségérzés, hányás, láz után átmeneti látászavar és enyhe fokú bal oldali felsővégtag-gyengeség jelentkezett. Mk. betegnél tarkókörtöttség és tudatzavar alakult ki. Az EEG-vizsgálat a temporális régiók feletti dominanciával mérsékelt fokú dysrhythmiát mutatott. A lumbalis liquorban 1000/3-as lymphocytá túlsúlyú sejtszámemelkedés volt észlelhető emelkedett összfehérjeérték mellett.

A 41 éves betegnél teljes aphasia volt megállapítható. Ugyanennek a betegnek a computer-tomographiája a b. o.-i temporális régióban denzitáscsökkenést mutatott. A liquorában IgG szaporulat volt. Mindkét beteg súlyos állapotából csekély maradványtünetekkel gyógyult. A kóroki szempontból fontos mozzanat a varicella-zoster antitest kimutatása volt.

Az esetek elemzése differenciáldiagnosztikai és terápiás szempontból egyaránt tanulságos.

Kovács Miklós dr.

Lokális fibrinolysis-terápia basilaris thrombosisban. Zeumer, H. és mtsai (Neurologische Klinik der Medizinischen Einrichtungen der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 728.

A szerzők 28 éves nőbetegük esetét ismertetik, aki évek óta szedett fogamzásgátlókat és napi 25 cigarettát szívott el. A betegnél hirtelen jelentkező fejfájást követően súlyos, basilaris thrombosisra utaló tünetcsoport jelentkezett. Egyetemük belgyógyászati klinikája tapasztalata alapján — ahol közvetlenül a a. coronariába juttatták a fibrinolitikus gyógyszereket — megkísérelték katéter útján az a. vertebralisba bejuttatni a heparint és a streptokinázét, később ezt folyamatos infúzióval biztosították. Betegükön drámai javulást értek el. A korábban elzáródott a. basilaris átjárhatóságát az ismételt elvégzett angiographia is igazolta. A beteg állapota nagymértékben javult.

A szerzők különösen impresszionálónak tartják a rapid módon bekövetkező javulást.

Kovács Miklós dr.

Klinikai farmakológia

Gyógyszerek (debrisoquin típus) hidroxiláló defektusa a svájci lakosság egyik szűrőpróba vizsgálatában. Dick, B. és mtsai: Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1061.

Egyes gyógyszerek hidroxiláló genetikus polymorphismusát angol és német szerzők 1977 óta vizsgálják és ezek kimutatták, hogy az angol és német lakosság jelentős részében (10, illetve 6%-ában) a gyógyszermetabolizmus zavara mutatható ki. Ennek pedig jelentős következményei lehetnek a gyógyszeres kezelésben. A szerzők ezért a svájci lakosság szűrőpróba vizsgálatát végezték el, 222 normális, egymással rokonságban nem lévő 131 nő és 91 férfi hidroxilator-statusát vizsgálva. 10 mg debrisoquin (Declinax) orális adása után a 8 órás vizeletben ezt, valamint ennek fő metabolitját, a 4-hydroxydebrisoquin határozták meg gáz-chromatographiás módszerrel, ennek moláris viszonyát „metabolikus quotiens” (MQ)-ként kiszámítva. 22 vizsgáltak (16 nő, 6 férfi) a 12,6-es MQ-értékei nem elegendő és eredménytelen hidroxilator hatás mellett szóltak, ami a szűrőpróbaszerűen vizsgáltak 10%-át alkotta.

Megvizsgálták két olyan személy családját is, akikben IH (inefficiens hidroxilator) hatást találtak és ezáltal először sikerült homozigóta IH-családok kombinációjának az eredményét felmutatni, amennyiben mind a 6 gyermek az IH-phenotípusát adta.

Összefoglalják az elégtelen hidroxilálás eddig ismert klinikai következményeit, rámutatva arra, hogy IH-phenotípus esetén a toxikus megnyilvánulások nagyobb rizikójával kell számolni. Megfordítva viszont arra is gondolni kell, hogy azok a gyógyszer előanyagok („prodrugs”), amelyek a szervezetben hidroxilálódnak aktív anyaggá, IH-phenotípusúakban hatástalanná válhatnak. Angeli István dr.

Pharmakogenetika: Világosság a gyógyszerotoxicitás homályában. (Szerkesztéségi közlemény) Preisig, R.: Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1058.

Minden tapasztalt orvos tudja már, hogy esetenként ugyanazt a gyógyszerhatást csak nagyon különböző adagokkal tudja elérni. Jó példa erre az anticoagulans és propranolol kezelés. Mai tudásunk szerint az individuális különbségek két tényezőre vezethetők vissza: 1. Veleszületett vagy betegségek okozta változás a gyógyszerreceptorok érzékenységében. 2. A hatást kiváltó gyógyszerkinálat, illetve gyógyszerkoncentráció, amit a felszívódás, elosztódás, metabolizmus és kiválasztás befolyásol.

A farmakogenetika a gyógyszeranyagcsere genetikus alapjával foglalkozik, ami esetenként — szerencsére ritkán — drámai gyógyszerreakciókat okozhat. Ugyanakkor sok gyógyszer anyagcsereje és anyagcsere-reakciója (pl. acetilálás a májban) genetikus kontroll alatt áll. A hepatikus hidroxilálás felfedezésével az új genetikus polymorphismus jelentősége már nem vonható kétségbe. Mindezt alátámasztja: 1. Méregtelenítő és/vagy eliminációs hatás folytán a hidroxiláló reakciók képezik a máj gyógyszerlebontásában az egyik legfontosabb lépést. 2. Amennyiben a gyógyszer hidroxilálódásának genetikus defektje áll fenn, akkor ez a gyógyszer kumulálódásával és nagyobb vérkoncentrációjával jár együtt. 3. A hidroxilálás defektusa, a svájci szűrőpróba vizsgálatok alapján, az emberek 10%-ában fordul elő. Kétségtelen, hogy azok a gyógyszerek, amelyeket a hatástalan hydroxylation képtelen metabolizálni, azok toxikus veszéllyel járnak. (Ilyeneket a közleményben táblázatosan sorol fel.)

A phenacetin és phenformin olyan gyógyszer példájával szolgálnak, amelyeknek alkalmazását vesekárosító, illetve lactatacidosist okozó hatásuk miatt korlátozzuk, anélkül, hogy ennek alapvető mechanizmusát ismernénk. Az eddigi vizsgálatok arra mutatnak, hogy a hydroxylation status ezek toxicitásában is fontos, ha nem döntő tényező. Feltételezhető, hogy a hydroxiláló-polymorphismusnak alávetett gyógyszerek listája a jövőben még nagyobb lesz és ez több mellékhatást is tisztázni képes.

Angeli István dr.

Nitroglicerín (NG) és isosorbid-nitrát (ISDN) befolyása a hemodinamikára és a ventilációra. Rühle, K. H. és mtsai (Abteilung Pulmologie, Zentrum innere Medizin, Albert-Ludwig-Universität, Freiburg i. Brsg.); Therapie-woche 1982, 32, 4205.

A szerzők célja az volt, hogy a nitroszámazékok rövid és tartós hatását 10 obstruktív légzéscsúszavarban szenvedő, 47—66 éves férfiben nyugalomban és terhelés közben lemérjék. A gyógyszereket 0,15 mg NG-t és 5 mg ISDN-t tartalmazó kapszulában (Iso-Nitrolingual) alkalmazták. A statikus és dinamikus tüdővolumen mérésére volumen konstans egészséges plethymográfiát használtak. A légzési percvolumen nyílt rendszerű pneumotahográffal, a kilégzési gázkoncentrációt (O_2 és CO_2) tömegspektrométerrel határozták meg; a pulmonalis nyomást Grandjean szerint vizsgálták. A kiértékelést Student szerint végezték.

A NG bevétele után 5 perc elteltével nem lehetett a systolés brachialis nyomás és középnyomás, valamint érelenállás csökkenését

kimutatni, legfeljebb a diastolés nyomás mérséklődött kismértékben. A szívverések száma percenként átlagosan 11-gyel ritkult. A diastolés pulmonalis nyomás mint a végdiastolés balkamrai töltőnyomás mértéke, jelentősen csökkent. A systolés pulmonalis nyomás nagy fokban mérséklődött szemben a pulmonalis érelenállással, amely lényegesen nem változott. A NG bevétele után 5 perccel bekövetkező alapvető hemodinamikai változás a postcapillaris ellenállás és a tüdőresistentia csökkenése. A légzési percvolumen növekedése mellett relative nagyobb lesz a holtterventilatio, amellyel nem párhuzamosan fokozódik az alveolaris szellőzés. Ez a folyamat a ventilációs-perfúziós viszony romlásához vezet. A báziseltérés csökkenése, a NG bevétele követő terhelés alatt kifejlődő lactacidosis növekedése miatt jön létre. Emellett a perfúzió regionális megváltozása (a bőr vérátáramlásának fokozódása) miatt a munkaizomzat átáramlása elégtelen lesz, ami szintén báziseltérést és a PH csökkenését idézi elő. Az előbbieket támasztja alá az alacsony centrális vénás O_2 -tartalom is.

ISDN bevétele után 90 perccel kismértékű systolés, diastolés és középnyomás csökkenés alakult ki a nagyvérkörben. Változatlan frekvencia mellett a perctérfogat és vérórvolumen megemelkedett, a tüdőresistentia értéke és a pulmonalis érelenállás jellemzően alacsonyabb lett. A szerzők a beteganyagukban a gyógyszer hatására kialakuló szívperctérfogat-emelkedést inkább a jobbkamrai funkció javulásával, mint az afterload csökkenésével magyarázzák.

A légzési frekvencia és a légzési percvolumen mind ISDN, mind pedig NG bevétele után növekedett, az alveolo-arteriális O_2 -grádiens nem mutatott változást a kiinduláshoz viszonyítva. Szubmaximális terhelés alatt az O_2 -felvétel fokozódott, a respirációs quotiens mintegy 6%-ot esett. Az O_2 -transportban bekövetkező illetlen javulás a kb. 20%-kal megnövekedett perctérfogat-emelkedésre vezethető vissza és nem a túlzott perifériás kihasználásra, mivel az arterio-venosus O_2 -különbség gyakorlatilag változatlan maradt. 100 perccel a NG és ISDN bevétele után a hörgőizomzatot relaxáló hatás nem volt kimutatható. Barzó Pál dr.

Oralisan alkalmazott, alacsony oestrogen tartalmú szteroid anticoncipiens károsító hatása a diazepam metabolizmusára. Abernethy, D. R. és mtsai. (Division of Clinical Pharmacology, Departments of Psychiatry and Medicine Tufts University School of Medicine and New England Medical Center Hospital Boston and the Medizinische Universität Klinik Bonn); N. Engl. J. Med. 1982, 306, 791.

Két gyakran alkalmazott gyógyszer interakciója vizsgálatának komoly klinikai jelentősége van. 8 egészséges nőnél vizsgálták a kölcsönhatást, akik több mint 3 hónapon át szedtek oestrogen tartalmú (< 50 µg) anticoncipient. 8 egészséges hasonló korú és súlyú kontroll személyt használtak a vizsgálathoz. 15—30 perc alatt 10 mg diazepamot adtak be iv. A vizsgálathoz a vérvétel a gyógyszer beadása előtt és közvetlenül, valamint 5, 15, 30, 45 perccel, 1, 1,5, 2, 2,5, 3, 4, 6, 8, 12 és 24 órával utána és 7 napon át naponta történt. Ezekből a vérmintákból a diazepamnak és N-demetilált metabolitjának koncentrációját határozták meg. Meghatározták a plazma proteinhez kötött diazepam mennyiségét is. A plazmakoncentrációkat súlyozott nem lineáris legkisebb négyzetek módszerével elemezték. A következő kinetikus variációkat számították ki: látszólagos megoszlási térfogat, felezési idő, teljes clearance, melynek különbségeit a két csoport között a Student t-tesztel analizálták.

A megoszlási térfogatban nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. A vizsgált csoportban a felezési idő szignifikánsan hosszabb (69±9 vs. 47±4 óra; $p < 0,05$) és a teljes metabolikus clearance szignifikánsan kevesebb (0,27±0,02 vs. 0,45±0,04 ml/perc/kg; $p < 0,001$) volt, mint a kontroll csoportban. Az átlagos szabad diazepam frakció azonos volt a két csoportban.

A diazepam oxidatív metabolizációja a májban történik. Az oestrogen hatása a diazepam metabolizációjára nem tisztázott, de állatkísérletek arra utalnak, hogy a cytochrom P-450-hez kötődik és csökkenti e májban lévő enzimnek a mennyiségét, amely a diazepam oxidációjában is szerepet játszik. A diazepam szedése általában orálisan történik, de gyors felszívódása miatt valószínűleg ilyenkor is hasonló interakció lép fel. Feltételezhető, hogy az orális oestrogen tartalmú anticoncipiens tartós szedése mellett adott diazepam klinikai hatásai fokozottak és a dózis csökkentésére lehet szükség.

Molnár Dénes dr.

Atenolol és timolol, két általános β-adrenoreceptor antagonisták készítménye. W. H. Frishman; N. Eng. J. Med. 1982, 306, 1456.

Az atenolol (Tenormin) és a timolol (Blocarden) két β-adrenoreceptor antagonisták. Az atenolol a metoprololhoz hasonlóan β₁ szelektív sympathomim blokkoló hatással rendelkezik, szérumban felezési ideje 6-9 óra, és ezért naponta egyszer adva jól alkalmazható a magas vérnyomás kezelésére. A timolol non-szelektív β-blokkoló, hasonló a propranololhoz, de nem rendelkezik membrán stabilizáló hatással.

A közlemény két szerrel végzett multicentrikus vizsgálatok eredményeit foglalja össze.

Az *atenolol*-nak nincs intrinszik sympathomimetikus, vagy membrán stabilizáló hatása. Orálisan adva hasonló hatású mint a metoprolol, vagy nadolol, ill. propranolol, gátolva az izoproterenol indukálta tachycardiát. Vérnyomás csökkentő hatása hasonló mértékű mint a többi β -blokkolóknak, a systolés és diastolés nyomást egyaránt kb. 15%-kal csökkenti. A hatás dóziszfüggő, 3 óra múlva éri el a maximumot és 24 óráig tart. Diuretikumokkal kombinálva a dózis csökkenthető. Methyldopa, hydralazin, vagy prazosim megváltoztatja vérnyomáscsökkentő hatását. A vérnyomáscsökkenés mértékét a szérum reninszintje nem befolyásolja.

Jól alkalmazható angina pectorisban infarctus kialakulásának prevenciójaként és infarctuson átesett betegeknek az infarctus ismétlődésének elkerülésére. Antiarrhythmias hatása hasonló a többi β -blokkolóhoz. Orálisan adva kb. 50%-a szívódik fel. Hasonlóan a nadololhoz, alig metabolizálódik és a felszívódott mennyiség változatlan formában a vesén át ürül, fehérekötődése 5% alatt van, vízeldekony, a placenta átjut, a tejbe kiválasztódik. Rossz zsiroidékonysága miatt tartós kezelés kapcsán sem károsítja a központi idegrendszert. Ép vesefunkció mellett a szérum felezési idő 6–9 óra. Naponta egyszer adva két nap múlva áll be a steady-state állapot. Közepes vagy súlyos veseléaio esetén a szer kumulálódik, ezért a dózis intervallumot növelni kell. Általában 1×50 mg mennyiségben alkalmazzák, a vérnyomás csökkenése beállta 1–3 héten belül várható. Szükség esetén az adag emelhető vagy kombinálható diuretikumokkal, ill. más antihypertensív szerekkel. Terhességben, lactatioában jól alkalmazzák, gyermekek kezelésével nincs megfelelő adat.

Kontraindikált: — akár a többi β -blokkoló — a sympathomimetikus blokkolást rosszul tűrő betegeknek, kifejezett bradycardia, parciális vagy komplett atrioventricularis blokk esetén cardialis shock és pangásos szívélégtelenség esetén. Utóbbinál digitális és diuretikus kompenzálás mellett alkalmazható. Bronchospastikus betegeknek általában nem vagy csak kis dózisban adható, mivel β_1 -szelektivitása nem teljes. Más β -blokkolókról átterve atenolol kezelésre figyelembe kell venni az eltérő farmakokinetikát.

Főbb mellékhatásai megegyeznek a más béta-blokkolóknál tapasztalt nem kívánt hatásokkal. Az atenolol is elfedheti a hypoglycaemia és hyperthyreosis tüneteit.

A *timolol* nem szelektív β -blokkoló, jól felszívódó (90%) orális készítmény. A májban kb. 80%-ban metabolizálódik. A változatlan anyag és az inaktív metabolitok a

vesén keresztül ürülnek. Felezési ideje 3–4 óra, ezért naponta 2× kell adni. Kezdeti adagja általában 2×10 mg, ami 60 mg/die mennyiségre is felemlhető. Csökkenteni a plasma renin szintjét. A metoprololnál és propranololnál kevésbé zsiroidékonny, ezért központi idegrendszeri mellékhatása kisebb. Optimális hatás néhány hét után várható. Klinikai hatásossága, mellékhatásai a többi β -blokkolóhoz, ill. atenololhoz hasonlóak. Bronchospastikus betegeknek nem alkalmazható.

A timolol farmakokinetikáját — szemből a hosszú hatású atenolollal vagy nadolollal — a rossz vesefunkció lényegesen nem befolyásolja.

Árr Magdolna dr.

Napi egyszeri hydralazin adása magas vérnyomás betegségben. Silas, J. H., Ramsay, L. E., Freestone, S. (University Department of Therapeutics, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield S10 2JF): Brit. med. J. 1982, 284, 1602.

Az antihypertenzív kezelés egyik legnagyobb nehézsége az, hogy a beteg nem tartja be az orvos előírásait, elfelejt bevenni gyógyszeréből, mivel túl sok gyógyszert túl gyakran kell szednie. Nagy jelentőségű ezért, ha a gyógyszerek bevételi gyakorisága csökkenthető. A szerzők azt vizsgálták, hogy megfelelő hatású-e napi 200 mg hydralazin egyszeri adása. 20 beteget követték négyhetes bevételi periódust követően még öt hétig. Négy kezelési csoport volt: 1. négy placebo tablettával reggel, két placebo tablettával este, 2. négy tablettával lassú felszívódású hydralazin (200 mg) reggel, két placebo tablettával este, 3. négy tablettával este, 4. két tablettával hagyományos hydralazin (100 mg), két tablettával placebo reggel, két tablettával hagyományos hydralazin (100 mg) este.

A hydralazin kezelésén kívül kapott egyéb antihypertenzív kezelést a vizsgálat alatt folytatták. A vizsgálat módszere: randomizált, dupla vak, crossover. Az egyes kezelési periódusok között szünet nem volt. A 20 betegből 12 a gyors, nyolc az alacsony acetilátor fenotípusba tartozott, 17 beteg vett részt végig a vizsgálatban. A vérnyomást és a pulzusszámot a hydralazin bevétel után (2,5±0,9 óra), illetve a hydralazin bevétel előtt (napi egyszeri dózis esetén az előző bevételtől 26,5±0,9 órával, napi kétszeri dózis esetén 13,6±2,0 órával) mérték. Mindegyik hydralazin kezelést jelentős vérnyomáscsökkenés kísérte. A hydralazin kezelés hatása elsősorban az acetilátor fenotípustól függ. A vérnyomás csökkentése a lassú acetilátor fenotípusban kétszeres a gyors acetilátor fenotípuséhoz viszonyítva. A fenotípusok közötti különbséget legjobban a napi egyszeri szokványos hydralazin adása mutatta, mivel a

lassú acetilátor fenotípusban hatása megegyezett az egyéb adagolású kezeléssel (napi kétszeri szokványos, vagy egyszeri elhúzódo hatású hydralazin), míg a gyors acetilátor fenotípusban, a napi egyszeri adott szokványos hydralazinnak a hatása nem volt jelentős.

Ezeknek a megfigyeléseknek az alapja farmakokinetikai. A lassú acetilátor fenotípusban a hagyományos hydralazin (200 mg) napi egyszeri adása ugyanolyan hatékony, mint a konvencionális hydralazin (2×100 mg) napi kétszeri adása.

Gyárfás Iván dr.

Randomizált kontroll klinikai vizsgálatok. Spodik, D. H.: JAMA, 1982, 247, 2256.

Az új terápiás eljárások effektusának megítélésére tudományos és etikai szempontból egyaránt a randomizált vizsgálatok fogadhatók el. A meg nem alapozott gyógyító módszerek széles körű elterjedésére néhány példát is említ: így a nitroglycerin terápiát, a diethylstilbestrol alkalmazását habituais abortusban és az ulcus „freezing” kezelését. Ezeket a nem randomizált eljárásokat az orvosi gyakorlatban automatikusan alkalmazták.

Felszámolásukhoz a szerző több tényezőt tart szükségesnek. A meg nem alapozott tekintélytisztelést, a tradíciók, az orvosok vonakodása, különböző okok miatti félelme, a kontrollált terápiás eljárások elterjedését hátráltatják. Döntő jelentősége van az orvos-beteg kapcsolat mellett az orvos magatartásának és szemléletének.

A randomizált kontroll vizsgálatok célja, hogy tudományos és etikai szempontból bizonyítsák a kezelés értékét és hatásosságát. Csak objektív adatok birtokában számolhatók fel a szubjektív tényezők.

Nemes Tihamér dr.

Van-e interakció digitoxin és kinidin között? Ochs, H. R., Bodem, G.: Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 673.

1978 óta ismert, hogy digoxin és kinidin egyidejű adásakor a digoxin vérszint 100%-kal magasabb lehet, ami a digoxin megoszlás megváltozásának és a kiürülés lassúbbodásának tudható be. Ezt a két szer együttes adásánál feltétlenül figyelembe kell venni. A digitoxin-kinidin interakció során ilyen jelentős vérszint emelkedést nem találtak, azonban bizonyos különbség kimutatható, ezért teszik fel a szerzők a címben foglalt kérdést.

A digitoxin és digoxin felszívódásában, fehérje kötődésében és eliminációjában jelentős különbség van, amennyiben az előbbi felszívódása jobb, fehérje kötődése nagyobb fokú és kiürülése lassúbb. Egyidejű kinidin adagoláskor nem

lehető kimutatni jelentős eltérést a digitoxin kinetikájában; tartós kezelés során a felezési idő megnyúlását észlelték, ez azonban panaszt nem okozott. A digitoxin-kinidin interakció tehát kérdéses, jelentősége kisebb, mint digoxin adagolásakor, a digitoxin dózis redukálására nincs szükség.

Tardos László dr.

Cimetidin és ranitidin. Szerkesztési közlemény: *Lancet*, 1982, I, 601.

A cimetidin nemcsak a histaminnal stimulált gyomorsavsecretiót gátolja, hanem az étellel és gastrinnal kiváltottat is. Ezt H_2 -receptor blokádján érte el.

A cimetidin antiandrogen hatásokat is kifejt, amelyek oka a dihidrotestosteronnal való interakciója a receptorokon. Ez az oka annak, hogy férfiakon néha impotenciát és gynaecomastiát okoz. Fontosabb hatása bizonyos májbeli microsomalis enzimeknek a gátlása. A cimetidin fokozza a propranolol, diazepam és theophyllin aktivitását is, valamint befolyásolja a renális tubularis funkciót, a kreatinin vérszintjét fokozza, ez utóbbinak oka ismeretlen. A cimetidin histamin H_2 -receptorokon kifejtett kedvezőtlen interakciójának tulajdonítják (cerebrális H_2 -receptorok blokádjá) a mentális konfúziót, amely néha idős betegeken és veseelégtelenségben szenvedőkön jelentkezik. A cimetidin a lymphocytákon lévő H_2 -receptorok blokkolása révén elősegíti a mitogénnel stimulált lymphocytá transzformációt.

Az újabb H_2 -receptor antagonisták, a ranitidin már nem imidazol, hanem furan gyűrűt tartalmaz. A ranitidin is kompetitív gátlója a histamin hatásainak, amelyeket H_2 -receptorok mediálnak. A ranitidin előnyösebb, mint a cimetidin, mert a ranitidin nem antiandrogen hatású, nem gátolja a máj microsomalis enzimeit, nem emeli a serumban a kreatinin szintet, nem okoz mentális konfúziót és nincs hatása a lymphocytákra sem. Ez azt mutatja, hogy a cimetidin ilyen hatásai a cimetidin molekula tulajdonságaival függnek össze, és nem a H_2 -receptor antagonizmus-sal.

A ranitidin legfőbb hatása az, hogy gátolja a gyomorsecretiót, ebben kb. ötször hatásosabb, mint a cimetidin, ezért a terápiában a ranitidinből kisebb mennyiségek szükségesek, mint a cimetidinből. Farmakokinetikai szempontból a két szer hasonló tulajdonságokkal rendelkezik, hasonló pl. a félidejük.

A ranitidint elég csak naponta kétszer adni (naponta 2×150 mg) a fekély gyógyítására, mert a gyomorsav-secretiót gátló hatása 12 órán át tart. Ugyanakkor a cimetidint naponta négyszer kell bevenni napi 1 g mennyiségben. Kisebb dosi-

sok már kevésbé eredményesek. Pl. egyik közlemény szerint napi 800 mg cimetidin 4 hetes kezelés alatt a nyombélfekélyeknek csak 45%-át gyógyította meg. Egy másik közlés szerint napi 1 g cimetidin 4 hetes kezelés után a nyombélfekélyek 70–80%-ában volt eredményes.

A szerkesztési közlemény ezután felveti, hogy melyik gyógyszer adjuk a cimetidint vagy a ranitidint. A válasz erre a következőkben foglalható össze:

Nem komplikált fekélyek esetében mindkét szer egyformán hatásos és megbízható. A cimetidin mellett szól, hogy a cimetidinnel mintegy 4 évvel több tapasztalattal rendelkezünk, mint a ranitidin esetében. Ezenkívül a cimetidin jelenleg olcsóbb. A ranitidin előnye, hogy a betegnek naponta csak két tbl.-t kell szedni (2×150 mg). Ez a beteg részére főleg akkor előnyös, ha más megbetegedés miatt egyéb gyógyszert is kell szednie. Ranitidint kell választani cimetidin helyett, ha a beteg krónikus veseelégtelenségben szenved és dialysisre szert, vagy vese transzplantációt esett át. Az indok az, hogy a ranitidin nem emeli a vér kreatinin szintjét és nem okoz mentális konfúziót. Ranitidint kell megpróbálni pl. akkor is, ha Zollinger–Ellison-szindrómában a cimetidin nem elég hatásos.

Mindkét szer elméletileg potenciálisan carcinogen. Ugyanis a savsecretio gátlása kedvez a gyomorban a nitrát redukáló baktériumok elszaporodásának, amelyek az étel nitrátjából nitriteket képeznek. A nitritek a fehérjék aminos csoportjaival reagálnak, így a gyomorban nitroso-vegyületek jöhetnek létre, amelyek laboratóriumi állatokban gyomor carcinomát hozhatnak létre. Ezenkívül a cimetidin (de nem a ranitidin) *in vitro* átalakulhat nitroso származékká, amely mutagén a baktériumok számára.

A szerkesztési közlemény szerint e hypothetikus veszélyek azonban még tartós terápia esetén is e szerekekkel szerzett eddigi tapasztalatok szerint teljesen lényegtelennek tekinthetőek.

Kisfalvi István dr.

Sulindac, potenciálisan vesékímélő nonsteroid antiinflammációs szer. Bunning, R. D., Barth, W. E.: *JAMA*, 1982, 248, 2864.

A szerzők három eset kapcsán beszámolnak az eddig használt nonsteroid antiinflammációs szerek (NSAID) vesetoxikus hatásáról, amelyet prosztoglandin szintézist gátló hatásukkal magyaráznak. Ugyanakkor áttekintik azokat a bizonyítékokat, amelyek a sulindac vesékímélő tulajdonságát támogatják.

A jelenlegi szakirodalomban általánosan elfogadott nézet, hogy az összes korábbi NSAID vesekárosító hatású. Sok beszámoló szól a

NSAID-ok hatására kialakult, azotaemiához vezető reverzibilis vesefunkcióról, elsősorban renális alapbetegségben szenvedőknél. A NSAID-ok hatására a következő vesekárosodások fordulnak elő: 1. minimal-change glomerulopathia, 2. interstitialis nephritis, 3. papilla necrosis, 4. functionális változások.

ad. 1. Részjelensége lehet 2-nék. T-sejt mediált immunreakció. Corticosteroidra, cytostatikumra javul. Jellemző: akut veseelégtelenség, súlyos proteinuria.

ad. 2. Jellemző: láz, kiütés, arthralgia, eosinofília, akut oliguria, de nincs proteinuria.

ad. 3. Megelőző renális ischaemiát követően alakul ki. Oliguria nincs, csökken a koncentrálóképeség, alacsony a plazma bikarbonát szint.

A NSAID-ok a fenti károsító hatásukat a vesében történő E_2 és I_2 prosztoglandin szintézisére gyakorolt gátló hatásuk révén fejtik ki. Ezek a prosztoglandinok együttesen játszanak szerepet a renin-fel szabaddításban, a só- és vízkiválasztásban, a glomerulus-filtrációt és a RBF (vesevérátáramlás) fenntartásában. Egészséges emberben úgy tűnik, kisebb jelentőségűek a vese-funkció fenntartásában, de a haemorrhagiához, hypovolaemiához, renális arteriális stenosiszhoz, congestív szívelégtelenséghez és ascitist okozó májbetegségben kialakult szekunder vese-ischaemiákban megnövekedett a szintézisük és kiürítésük. Ezekben az állapotokban emelkedett az angiotensin II. szint. Az angiotensin II. és más vasoconstrictorok stimulálják a vasodilatátor prosztoglandinok felszabadulását, amelyek segítenek a RBF-t és a glomerulus filtrációs rátát fenntartani. A NSAID-ok gátolják vasodilatátor prosztoglandinok szintézisét, így okoznak azotaemiát.

A sulindac per os bevéve inaktív szulfoxid. Aktív szerré, szulfoxiddá a májban konvertálódik, és enterohepatikus körforgáson megy keresztül. A szulfid irreverzibilisen konvertálódik szulfoná, amely a prosztoglandin gátlást illetően inaktív anyag. A sulindac nem csökkenti a prosztoglandin excretiót, nem gyengíti a prosztoglandin választ, és a plazma renin aktivitást. Még nem ismert, hogy mi az oka a sulindac szelektív inaktivitásának a vesében. Valószínű, hogy a renális cyclooxygenáz lehet viszonylag ellenálló a sulindackal szemben. A különböző szerek cyclooxygenázra ugyanis, eltérő mértékben érzékeny a különböző szerekre. A renális cyclooxygenáz jele van a glomerulusban, az arteriolában, corticalisban, a gyűjtőcsatornácskákban és a medullaris interstitialis sejtekben.

Előnyben részesítik azokat a magyarázatokat, amelyek szerint az ok a sulindac aktív formájának a szervezetben történő megoszlásában keresendő. A sulindac három formája egyensúlyban van, de az aktív forma, a szulfid kötődik leg-

szorosabban a proteinhez. Egyes fajokban a szulfid megtalálható a veseszövetben, így a vizeletben is, de az emberben nem jelenik meg a vizeletben, nem hatol be a veseszövetbe. Ezzel szemben az általában használt NSAID-ok aktív formája — amely ezeknél azonos az eredeti szerrel — megtalálható a vizeletben, a vizelet metabolitjainak kb. 4–22%-át alkotja.

Amennyiben ezek a megállapítások bizonyítást nyernek, a sulindac válhat a legkedveltebb NSAID-dá a cardialis és renalis alapbetegségben szenvedőknél.

Szilágyi Zsuzsanna dr.

A mono-oxygenasek szerepe az emberi fötuszok és újszülöttek gyógyszermetabolizmusában. Cresteil, T., Leroux, J. P. (Laboratoire de Biochimie, INSERM, U 75, CHU Necker, 75730 Paris Cedex 15): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 463.

Észak-amerikai statisztikák kimutatták, hogy az 1970–80-as években a terhes nők átlagban 10,3 különböző gyógyszert szedtek. Európában ez az átlag 4,2. Ehhez még hozzá kell venni a környezeti ártalmakat (kemikáliákkal szennyezett levegő, víz, kozmetikumok stb.) a kávéban, teában, csokoládében levő xantin származékokat, a kóla alapanyagában levő Na-sókat is. De az újszülött a szülés alatt, vagy az intenzív kezelés folyamán is hosszabb-rövidebb ideig számos gyógyszerben részesül.

Közismert, hogy a placentán a szerves molekulák általában könnyen átjutnak a magzatba, de az újszülött az anyatejjel is kap nem elhanyagolható mennyiségű exogén molekulát. Ezért is fontos annak az ismerete, hogy az exogén molekulák a fötusz, ill. az újszülött szervezetében hogyan transzformálódnak.

Az exogén molekulák nagy részét a sejtek endoplazmatikus reticulumjának mono-oxygenase rendszere metabolizálja. Legfontosabb ilyen aktivitással a máj rendelkezik. Ez a rendszer egy hemoproteinből, a P-450 citokrómából áll, amely szubsztrát-specifikus nagyszámú izoenzim alakjában létezik. Ennek az izoenzimnek a működését ábrán mutatják be a szerzők. Kiemelik, hogy szemben a felnőttnel, az emberi fötusz csak gyenge UDP-glucuronosyltransferase aktivitással rendelkezik, így a bilirubin ellen is, ez a születés után csak 10–14 héttel éri el a felnőttek értékét.

Az enzimmrendszer metabolizáló képessége bizonyos kémiai anyagokkal indukálható (phenobarbital, benzopyren). Az emberi citokróm

P-450 izolálására, tisztítására számos próbálkozás történt. Megállapították, hogy molekulásúlya 53–55,000 dalton.

A szerzők foglalkoznak a mono-oxygenase perinatális aktivitásával: a fötuszban is sikerült a P-450 és a transzfer elektronlác-jelét kimutatni már 14–24 hetes korban. Megállapították egyesek azt is, hogy az enzimaktivitás a fötuszban a máj súlyával párhuzamosan növekszik. Úgy tűnik, hogy az emberi fötusz már a második gesztációs trimeszterben olyan enzimapparátussal rendelkezik, amely ugyanazokat az exogén és endogén molekulákat képes metabolizálni, mint a felnőtteknél, de az aktivitás gyenge. Hasonló megfigyeléseket tettek újszülötteknél is. Születés után phenobarbital, vagy diphenylhydantoin adagolása erősen növeli a máj P-450 citokróm-tartalmát és a mono-oxygenase izoenzim aktivitást.

Az irodalom azt mutatja, hogy csaknem valamennyi gyógyszer plazma felezési ideje kisebb koras újszülötteknél, és csak gyermekkorban érik el a felnőttértéket. Ennek figyelembevétele nagyon fontos oly gyakran alkalmazott gyógyszereknél, mint a theophyllin, caffeine, phenobarbital, vagy a diphenylhydantoin.

A közlemény végül hangsúlyozza, hogy terhes nők gyógyszerelésénél, vagy káros környezeti hatásoknál figyelemmel kell lenni a magzat, újszülött detoxikáló képességének gyengeségére. Bár az anyai szervezet az exogén molekulák nagy részét eliminálja, és a magzati máj is képes metabolizálni, a képződött toxikus intermedierek anyagok az anya, de a koras és újszülött is nagyon lassan eliminálja.

Kövér Béla dr.

Calcium-antagonisták a szív-terápiában. Scholz, H.: Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 767.

100 éve ismert, hogy az extracelluláris Ca-koncentráció és szív-izom erő között szoros összefüggés van, a Ca-szint növekedése fokozza, csökkenése gyengíti azt. Hasonló összefüggést mutattak ki később az ingerképző-vezető rendszerben. A Ca-antagonisták gátolják Ca beáramlását az extracelluláris térből a szívizomba, ill. sinus és AV csomóba, csökkentik az összehúzódás erejét (negatív inotrop) és az ingervezetést (negatív chronotrop). Hasonló mechanizmussal hoznak létre értágulatot is. Ennek megfelelően legfontosabb indikációs területük: coronaria megbetegedések, aritmiai és hypertonia.

A coronaria spasmust oldó és negatív inotrop hatásuk miatt első-

sorban Prinzmetal-angina kezelésében javultak: béta-blokkolók mellett vagy azok helyett ajánlják, ha azok adása kontraindikált (asthma, diabetes). Jól kiegészítik egymást, amennyiben a Ca-antagonisták értágító hatásuk következtében növelik a sympathikus aktivitást és ez csökkenti negatív inotrop és chronotrop hatásukat. Béta-blokkolók ezt gátolják, ezért a kombináció nifedipinnel, melynek értágító hatása kifejezett, javasolt. Verapamilra, annak negatív chronotrop hatása miatt, ez a megállapítás kevésbé érvényes.

A verapamil az ingerképzést lassítja a sinus és AV csomóban, antiaritmias hatása supraventricularis paroxizmális tachycardiában és pitvar-fibrilláció esetében érvényesül, kamrai tachycardia kezelésében jelentősége kisebb; a többi Ca-antagonista antiaritmias hatása gyenge. Növekszik jelentőségük a hypertonia akut fázisának kezelésében, ahol fontos tényező értágító és a szív munkát csökkentő hatásuk, de előnyük a többi antihypertenzív szerrel összevetve még nem teljesen tisztázott.

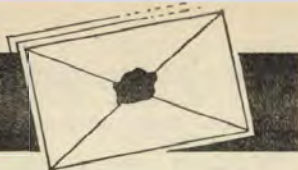
További felhasználási területük lehet az akut balszív elégtelenség javítása értágító hatásuk révén. Javítják a postischemiás myocardium funkcióját állatkísérletekben, ezért használhatók lehetnek a cardioprotektív terápiában is. Ca-antagonisták alkalmazása a terápiában nincs lezárva, jelentőségüket a következő évek kutatásai fogják teljessé tenni.

Tardos László dr.

Izomfáradás és a béta-blokkolók. Fellenius, E.: Int. J. Sports Med., 1983, 4, 1.

A 72 közleményt összefoglaló cikk következtetése az, hogy a béta₁₋₂-blokkolók a kettős vak kísérletben is okoznak izomgyengeséget, fokozott izomfáradékonyságot. A béta₁-blokkoló előnyösebbnek látszik, kevésbé csökkenti a teljesítőképeséget. A hypertoniások tartós kezelése során azonban az izomfáradékonyság-érzés eltűnhet. Ezek miatt a béta-blokkoló kezelést béta₁-blokkolóval érdemes bevezetni, és ezt adjunk akkor is, ha a tartós kezelés során fáradékonyságról panaszkozik a beteg. A fáradékonyságot okozható mechanizmusok közül a hemodinamika, a tejsavképződés izomrosttípushoz kötött változása, a sejten belüli energiaraktárak változása, a hypoglikémia, a csökkent zsírsavkínálat, az ioneqensúly megváltozása miatt megzavart izomingerlékenység terén idéz közleményeket a szerző.

Apor Péter dr.



Az idős betegek tartós anticoagulans kezelése.

T. Szerkesztőség! Tetszéssel olvastam **Bán András dr.** (Orvosi Hetilap 1984, 125; 205) „Tartós anticoagulans kezelés az idős korban” című közleményét, és korrekt következtetéseivel egyetérték. Hogy mégis hozzászólók a dolgozathoz, arra felbátorít, hogy több mint 10 éve sok száz betegnél alkalmazunk profilaktikus anticoagulans kezelést, 70 évnél idősebb korban is. Ezzel kapcsolatban pár megjegyzésem van.

Az egyik a kooperáció kérdése. Életkortól függetlenül a „haszon/risziko” elv alapján a nem jól kooperáló betegeken tartós anticoagulans profilaxist nem alkalmazunk. Természetesen idős betegeken a gyakoribb „cerebrális sclerosis” miatt ez többször jelent ellenjavallatot.

A másik megjegyzésem az ellenőrzések gyakoriságára vonatkozik. A „jól beállított” betegeknél a szerző 70 év alatt 2 havonként, e kor felett havonta ellenőrzi a Quick szerinti prothrombin időt. Saját gyakorlatunkban az ellenőrzés az ilyen betegeken kéthetente történik. Ennek előnyei: a) a Syncumar rendszeres szedésének ellenőrzése, b) a prothrombin időt, ill. a Syncumar-szükségletet nemcsak az ismert interakciót okozó gyógyszerek változtathatják meg, de egyéb tényezők is. (Diétaváltozás, jelentéktelen intercurrents betegségek stb.)

Egy másik kérdés a *hatásos prothrombin szint*. **Bán dr.** a 15–30%-os Quick értéket tartja megfelelőnek. A mi gyakorlatunk szerint az ideális érték 20–30% között van, de különösen idős betegeken 40%-ig is hatásosnak értékeljük a védelmet.

Wessely János dr.

T. Szerkesztőség! Köszönöm **Wessely János dr.** hozzászólását, mert lehetővé teszi azoknak a kérdéseknek a megválaszolását, melyeket közleményemben felszínesen vagy egyáltalán nem érintettem.

Az irodalomban leszögezett és nem új megállapítás, hogy a nem kooperáló beteg alkalmatlan az anticoagulans kezelésre: ebben **Wessely dr.-ral** teljesen egyetérték. Amennyiben ennek akárcsak a gyanúja is felvetődik, a kezelést nem vállaljuk. Örvendetes viszont, hogy erre ritkán került sor,

ami részben a beteg, részben a hozzátartozók szóbeli és írásos felvilágosításának az eredménye.

Lényeges kérdés az ellenőrzés gyakorisága! A Quick idő meghatározása az osztályon a 20–25 napos, vagy ennél még hosszabb ápolás alatt 2–3 naponként történik (Tüdőembóliában az átlagos ápolási idő a 28 napot is meghaladja).

A Syncumar adagot ezalatt állapítjuk meg, számba véve azokat a gyógyszereket, melyek a prothrombinszintet megváltoztathatják, melyeket a beteg elbocsátása után is tartósan fog szedni. Az ellenőrzések során a megállapított dózist ritkán kellett megváltoztatni; egy 28 hónapra terjedő időszakban 165 eset közül az intézeti beállítás 156-szor pontos volt, mindössze 9-szer kellett korrigálni. Ez az adat egyben választ ad arra, hogy miért tartjuk megengedhetőnek a jól beállított 70 éven aluli betegeknél a 2 havonkénti ellenőrzést. Erre azonban csak féléves vagy annál is hosszabb ideig tartó havonkénti ellenőrzés után kerülhet sor.

Betegeink zöme vidékről jár be, olykor 100 kilométert utazva, ami a vizsgálatokkal együtt fél vagy egy napot vesz igénybe. Félő, hogy a havonkénti ellenőrzés a munkaképesek, vagyis a 70 éven aluliak csoportjában lemorzsolódáshoz vezetne, ami vizsgálataink kezdetén többször előfordult. Azt viszont minden esetben hangsúlyozzuk, hogy intercurrents betegségek, a gyógyszeres kezelés megváltozása vagy bármilyen szövödmény a sürgős ellenőrzés azonnali javallatát képezi.

A betegek részére összeállított tájékoztatót minden körzeti orvos megkapja és a tartós kezeléssel kapcsolatos irányelvekre az évi továbbképző előadásokon a figyelmet minden alkalommal felhívjuk.

Az ideális prothrombinszint 20–30% között van, de ambuláns körülmények között jónak mondható a 15–30% közötti érték is. Az idős betegeken hatásosnak ítélt 40%-ig terjedő értékre vonatkozólag legyen szabad megjegyeznem, hogy a kézirat eredeti formájában is felüntettem a 30–40% közötti Quick-értéket, „csökkent hatásúnak” jelölve, de a szerkesztőség és a lektor véleményével egyetértve a határt 30%-ban állapítottam meg, mivel a 30–40% közötti érték tulaj-

donképpen hatástalan. 33 országban, köztük hazánkban is elfogadott, nemzetközi megállapodás szerint a terápiás sáv alsó és felső határa átlagosan 17,9–28,9% (*Lam-Po-Tang and L. Poller: Oral anticoagulant therapy and its control: an international survey. Thrombosis. Diathesis. Haemorrh. (Stuttg.) 1975, 34, 419–425. Bán András dr.*

Időszakosan felerősített légzés (IMV) és a szinkronizált IMV (SIMV) a Loosco mK 3-as respirátorral.

T. Szerkesztőség! Hencz Péter dr. cikke az „Időszakosan felerősített légzés (IMV) újabb respirációs lehetőség a heveny légzési elégtelenség kezelésében” igen aktuális témát tárgyal. A cikkben említett Baby Bird és a Bourns LS-104-es gépeknél a legújabb típusú Loosco respirátor előnyösebben alkalmazható. Az új mK 3-as „amsterdam infant ventilator” mindazon beállítási lehetőségekkel bír (*ábra*), amelyek az újszülött respirációs terápia gyakorlatában szükségessé válhatnak. Spontán légzés hiánya, vagy CPAP-ra nem javuló légzési elégtelenség esetén váltakozóan pozitív nyomású lélegeztetés (IPPV) állítható be pozitív kilégzési végnyomással (PEEP) vagy anélkül.

Az IPPV-ről történő leszoktatást még az IMV előtt az IPPV + aszisztált lélegeztetéssel kezdhetjük, ilyenkor az érzékenység beállításától függően spontán légzésre már lehetősége van a betegnek. Itt még a spontán légzés nem önálló, aszisztált. A „Patient Activity Detector” jelzi, mikor kellő erősségű a spontán légzés az IMV-re való áttéréshez. Az IMV-ben a gépi és a spontán légzés szinkronizálására lehetőség van (SIMV). Ezen üzemmódban a spontán légvételek már nem kapnak támogatást. A belállítható gépi spontán légzési arányok: 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, fokozatosan hagyják érvényre jutni a beteg spontán légzését, alkalom van a spontán légzés kielégítő voltának megítéléséhez. Kielégítő spontán légzés esetén CPAP-al folytatható a respirációs kezelés, illetve extubálás után nasalis CPAP alkalmazható. Az új, IPPV + aszisztált lélegeztetésre és a SIMV-ra is egyszerűen átkapcsolható Loosco respirátor saját kedvező tapasztalataink alapján is ajánlható minden respirációs terápival foglalkozó újszülött (koraszülött) részleg részére.

*Marosvári István dr.
Neubauer Katalin dr.*



KÖNYVISMERTETÉS

**Hans Adolf Kühn, Hans-Gott-
hard Lasch (szerkesztők): Unter-
suchungsmethoden und Funktions-
prüfungen in der inneren Medizin.**
2. átdolgozott kiadás, Thieme,
Stuttgart 1983. 754 oldal 114 ábra,
97 táblázat. Ára: 68,— DM

Első kiadása (1975) óta — a diagnosztika haladásának megfelelően — a könyv szerzői annak valamennyi fejezetét lényegesen bővítették, illetve átdolgozták. A jelenlegi vaskos zsebkönyvnek 27 szerzője van, kik kevés — kényszerű — kivétellel azonosak az első kiadásával. Egyetlen új fejezete a magas vérnyomás endokrinológiai diagnosztikájával foglalkozik. Tömör, modern, jól áttekinthető, igen jól használható, a rutin és a speciális diagnosztikában eligazító, forrásmunkának is alkalmas *vademecum* került most a belgyógyászat valamennyi területén és szintjén dolgozó orvos kezébe.

A szerzők jól ismert vezető klinikusok és laboratóriumi szakemberek, az egyetlen japán *Seez* (ő nem véletlenül a nyelőcső és a gyomor betegségeinek diagnosztikáját írta) kivételével valamennyien németek, szakterületük kiváló ismerői. A gyakorló belgyógyász igényeit tartják ugyan szem előtt, de érdemben foglalkoznak a legújabb vizsgálati eljárásokkal is. Kritikával illetik a régebbi, olykor még használható, de kétségteljes vizsgálati módszereket, de bírálják a nem megfelelő körültekintéssel alkalmazott modern, látványos, de nem veszélytelen eljárásokat is. Kitérnek a táblázatba vagy szemléltető ábrába foglalt információk, a klinikai-kémiai és szerológiai adatgyűjtemény a könyv végén.

A szív betegségeinek felismerésével foglalkozó 95 oldalas fejezet — úgy tűnik — minden fontosat tartalmaz és összefoglal. Az echocardiographia, a coronarographia, az esetenként megengedett endomyocardialis biopsia, az izotópvizsgálatok és a többi mai módszer leírása megfelelően részletes, didaktikus szemléletet tükröz. Az *érendszer* nem invazív (Doppler, plethysmographia, a radiofibrinogén-teszt, oscillographiák) és intenzív (angiographiák) vizsgálati módszereinek leírása a javallatok, a várható információ, s a sorrendiség kérdésében is útmutató. Figyelemre méltó és tanulságos, hogy a vénás rendszer vizsgálatának a lehetőségei is milyen gazdagok. A *légzés* komplex vizsgálatának, a légzés-funkciós teszteknek a részletes leírása — gondolva arra, hogy ez a terület belosztályaink többségén bizony elhanyagolt — különösen hasznos. Mindössze 45 oldal. A *vér* és a *haemostasis* diagnosztiká-

jával foglalkozó fejezet (a szerzők között van *Löffler* és *Lasch*) — a többihez hasonlóan — korszerű, a kórházi-klinikai mindennapos igényeket messze kielégíti. Igen szemléltető a cytochemia reakciók eredményének bemutatása, hasznosak az ajánlott diagnosztikus programok (például az anaemiák, ezen belül is a haemolysisis típusú anaemia, DIC, vérzékenység stb. eseteiben). Apróbb hibák, inkább zavaró, de a német irodalomban megszokott nomenklátúra (pl. *Willebrand*—*Jürgens* syndroma a *Willebrand* betegség helyett) fellelhető ugyan, de ez a lényegét nem érinti: magas szintű ez a fejezet is. *Immunopathiák* és *rheumás betegségek* címmel írt 40 oldalt *Mueller*—*Eckhardt*, jól összefoglalva ezt a fontos, de egyáltalán nem könnyű témát. Az antinuclearis faktorok kimutatásának diagnosztikus értékét táblázat foglalja össze. A *nyelőcső* és *gyomor* fejezet fontossági sorrendben az endoscopyával, biopsziával, radiológiai vizsgálatokkal és — végül — a secretio analízisével foglalkozik. Csak a pentagastrinosis quantitativ (mmol/óra) sav-secretio vizsgálatot ajánlja, műtét (főleg vagotomia) előtt és után, illetve a *Zollinger*—*Ellison* syndroma megállapítására. A vagotomia kontrolljához az insulin-teszt lehet még szükséges. A *vastagbél* és a *máj* fejezetet *Kühn* írta, az utóbbit *Liehr*rel együtt. „Up to date”, szinte teljes leírása a sokrétű diagnosztikai arzenálnak. A nálunk már sokhelyt elfelejtett thymoltesztet a szerzők hasznos szűrőpróbának tartják, s előnye, hogy normális fehérje-elektroforetikus kép mellett is kóros eredménye lehet. A hepatitisz antigénnel és antitestekkel igen részletesen foglalkoznak. A minimálisnak jelzett serológiai diagnosztika program acut és chronikus hepatitisz gyanújkor (HBsAg, anti-HBc titer, HBeAg, anti-HBe) bennünk némi aggodalmat kelthet. A *pancreas*ról írt rövid fejezetet a *vesebetegségek* diagnosztikájával foglalkozó félszáz oldal követ (*Schütterle*). A vizelet fajsúlyának a mérésekor elkövethető hibáktól (hőmérséklet!) kezdve az izotóp-technikák számos buktatójáig sok mindenre felhívja ez a fejezet is a gyakorló belgyógyász figyelmét.

Az *endokrinológia* és az *anyagcsere* kérdései együtt közel kétszáz oldalt foglalnak el, érthetően, sok klinikai, s főleg laboratóriumi diagnosztikai vonatkozása van e két nagy témának. A képkalkoló eljárások itt is bevonultak a rutin diagnosztikába, s a hormon-meghatározások egyre növekvő skálája nyújtotta óriási segítséget szinte

csak az anyagiak korlátozzák. Jó, ha tudunk ma még nem általánosan elérhető, de létező vizsgálati eljárásokról. Csak egyetlen ajánlás a szerzőktől egy valóban mindenütt rutin diagnosztikai módszerhez: az orális cukorterhelést egységesen 50 g glucoseval végzik (maximum négy dl volumenben öt perc alatt elfogyasztva), de ha a próba eredménye nem egyértelmű, azt két hét múlva 100 g cukorral megismétlik. A *fertőző* betegségek laboratóriumi diagnosztikájáról írt rövid fejezet zárja a sort.

Talán sikerült érzékeltetni, hogy egy olyan német nyelvű zsebkönyvhöz juthat az olvasó, mely a mindennapi rutin belgyógyászati diagnosztikai munkában nagy haszonnal forgatható. Az orvosképzés és továbbképzés is számon tarthatja, annál is inkább, mert a hazai szakirodalom hasonlóval nem dicsekedhet. Formátuma a Thieme-től megszokott, kiselakú, praktikus kezelhető zsebkönyv. Sok hasznos ismeret — kis helyen.

Rák Kálmán dr.

Levis R. Wolberg: Kurzzeit-Psychotherapie. 1983. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 426 oldal. Ára: 29,80 DM. (Flexibles Taschenbuch sorozat.)

A szerző a rövid, intenzív, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia egyik úttörője. A témáról több könyve jelent meg. Felfogásának kompendiumát, érett összefoglalását a szerző 1980-ban tette közzé, angol nyelven. A könyv kiadása az amerikai könyvpiacra egyre nagyobb szerepet játszó Thieme cég volt, mely — úgy tűnik — megvásárolta az egyik patinás pszichoterápiás kiadót, az amerikai Grune and Stratton céget, Wolberg munkájának jogtulajdonosát. Várható, hogy az amerikai kiadást a Thieme kiadványok között német fordítás is követi majd. Ez a kis kötet a német fordítás.

A német fordítás a kiadó „hajlékony zsebkönyv” sorozatába szerencsésen illeszkedik. A zsebkönyv formátum megszokott tipográfiája még szembetűnőbbé teszi, hogy Wolberg könyve mennyire a gyakorlat számára készült. A gyakorlat — a mindennapi pszichoterápiás munka — igényeit szolgálja a könyv felépítése, szerkezete és írásmódja. A kötet gondolatmenete jól követhető, a fejezetek szinte valamennyi gyakorlati kérdésre kielégítő választ adnak. Kedvező sajátossága a kötetnek, hogy igen szerény hangvételű. A recenzensnek alkalma volt az angol eredetit is elolvasni (és ismertetni), a német kiadás a kötet értékeit jobban kiemeli, a zsebkönyv jelleg jobban megfelel a tartalomnak.

A kötet ismerteti a pszichoanalitikus pszichoterápia folyamatának meggyorsítására irányuló erőfeszítés történetét, bemutatja a rövid

pszichoterápia főbb modelljeit. Áttekinti a jelenlegi gyakorlatot is, ami főleg a krízisellátásból, ill. a pszichoterápiás tömegellátásból fejlődött ki. Mind több amerikai klinika foglalkozó szervezett rövid pszichoterápiás kezelésekkkel, az eredmények a leírások szerint jók.

A szerző az általános ismeretek körvonalazása után didaktikus leírja a rövid pszichoterápia alapelveit és módszertanát. Szól a kiválasztási kritériumokról, esetismertéseken át mutatja be az első pszichoterápiás ülés sajátosságait. A kötet legérdekesebb része az, amiben a szerző a pszichoterápiás beavatkozás fókuszának kiválasztásáról ír. Előbb közvetlen fókusz kijelölését ajánlja, ez össze kell függjön a fő tünetekkel, panasszal, problémával. De igazi pszichoterápia valamilyen tudattalan tünetfenntartó, ill. feszültségteremtő mechanizmus megközelítéséből és feldolgozásából, megváltoztatásából áll. Figyelemre méltó, hogy a szerző a személyiségfejlődés folyamatmodelljét ajánlja elméleti alapként, és azt a fokális problémakört tartja elsődlegesen befolyásolandónak, ami a személyiségfejlődés aktuális szakaszában a leglényegesebb.

A tünetek Wolberg szerint négy védekező rendszerrel állnak összefüggésben, a viselkedés kontrollmechanizmusával, a karakterbe épült védekező mechanizmusokkal, az elfojtással és a regresszióval. A dinamikus fókuszok az életkori sajátosságon kívül a függőség, a lehangolódás, az önállótlanúság, és az önértékelési zavar, ill. emberi kapcsolatokból való kivonódás témaköreiben fogalmazhatók meg.

A szerző ismerteti a gyorsított pszichoterápiában használható pszichológiai technikát. Felfogásában az értelmezések (interpretációk) nagy szerepet kapnak. Elismerően szól a rövid, célorientált csoport- és családpszichoterápiákról is. Nyitott az analitikus módszer kombinációi iránt is más technikákkal, pl. hipnózissal. Nagyon sok gyakorlati tapasztalatot ír le pl. a terápia keretében adott házi feladatokról, a folyamat intenzívebbé tételét szolgáló magnetofonfelvételekről, amiket a beteg otthon tanulmányozhat, újra átgondolhat, stb. Igen praktikus tanácsokat kap az olvasó a rövid terápiák befejezéséről is.

A kötetet nagy irodalomjegyzék zárja.

A kis könyv minden pszichoterápiával foglalkozó szakember számára ajánlatos olvasmány. Nagy előnye, hogy nem kell megértéséhez különösebb szakismeret, ezért szomatikus szakorvosok is fel tudják használni pszichoterápiás továbbképzésükhöz, a kötet tehát számukra is javasolható.

Buda Béla dr.

Psychopharmaka — Kurzgefasste Therapiehilfe für die Praxis. Ole J. Rafaelsen, Bruno Müller — Oerlinghausen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1983. Flexibles Taschenbuch DM 12,80.

A 70 oldalra terjedő igen szűkszavú kompendium kórházi ápolószemélyzet és belgyógyászatban vagy sebészetben dolgozó kezdő orvosok számára nyújt futólagos tájékoztató lehetőséget a psychopharmakokról. Ezen belül az egyes neuroleptikumok, thymoleptikumok, anxiolytikumok indikációjáról és kontraindikációjáról, a kívánt és nem kívánt hatásokról, adagolási módokról. A könyv külön foglalkozik az egyes szerek hozzászokásának kérdésével és a túladagolás, ill. mérgezések tüneteivel, azok helyes kezelésével is.

Szűcs Rozália dr.

Motivation and the Neural and Neurohumoral Factors in Regulation of Behaviour. (ed.: K. Lissák, P. Molnár) Akadémia, Budapest, 1982.

Recent Developments of Neurobiology in Hungary Vol. X.

Ez a kötet az INTERMOZG III. Szimpozionának anyagát tartalmazza és a kötetben az időközben elhunyt Astratovich Asratyan professzornak, az INTERMOZG alapító elnöke emlékének tisztelegnek.

A szimpozionon elhangzott előadások négy nagy témakörbe sorolhatók: 1. Motiváció: neuropszichológiai elméletek és egészséges megközelítések; 2. A motivált magatartás különböző formáinak neurobiológiája; 3. Különböző magatartási helyzetekben és tudatállapot-változások idején vizsgált

kiváltott potenciálok; 4. A limbikus rendszer részvétele a motivációban: sejt szintű és EEG-vizsgálatok.

Az első témakör bevezető tanulmánya E. A. Asratyan munkája a limbikus rendszer elektromos ingerlésére kiépített táplálkozási és védekezési feltételes reflexekről. Intézetének utolsó 5 éves munkáját foglalja össze. A további hat tanulmányban szovjet, finn, lengyel és csehszlovák kutatóintézetek munkái olvashatók az állati magatartás olyan alapvető mechanizmusával kapcsolatban, mint agresszivitás, táplálkozás, ragadozó és védekező magatartás, elhárító mechanizmusok. A munkák többnyire egy-egy iskola teoretikus álláspontját is képviselik a bemutatott experimentalis anyag mellett. A következő témakör 5 előadás anyagából áll. Szovjet, csehszlovák és NDK-beli kutatók munkái szerepelnek. A szerzett motivációs magatartás strukturális és funkcionális bázisát, a motivációs folyamat organizációjában résztvevő anatómiai struktúrákat vizsgálják és az öningerlés egyes vonásaival kapcsolatos vizsgálatok eredményeiről számolnak be. A kiváltott potenciálokkal kapcsolatos témakörben három magyar munka szerepel. Különböző motivációs helyzetek, illetve éberségi és alvásszintek tükröződését vizsgálják az akusztikus kiváltott potenciálok morfológiájában. Egy másik munkában a bazális elöngyi alvásmechanizmus aktivációjáról számolnak be elektromos és hőingerek hatására. A harmadik munkában hipnózisban tanulmányozzák a feladatspecifikus motivációk kiváltott potenciál korrelátumát. Egy szovjet munkában a táplálkozási motiváció hatását elemzik az alvás-ébredés ciklusra. A negyedik témakörben 16 előadás anyagát találjuk. Valamennyi a limbikus rendszer és a motiváció összefüggéseit vizsgálja EEG, mikroelektrofiziológiai, neurokémiai vizsgálatok szintjén. Ebben a sorozatban is két magyar munka szerepel.

A kötet a sorozat korábbi standardjának megfelelően, szép kiállítású. Sajnálatos azonban, hogy a „szimpozion” műfaj lényegét képviselő hozzászólásokat és vitát nem tartalmazza. Halász Péter dr.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. április 6-án, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

A Központi Állami Kórház Fogászati Osztály előadásai

1. **Kiss Dezső:** Részleges lemezes fogpótlások hatása a maradék fogazatra.
2. **Iványi Ede:** Részleges lemezes fogpótlások gyakorlati alkalmazása.
3. **Benson Róbert:** Egybeöntött rögzített fogpótlások gyakorlati alkalmazása.

A Fővárosi István Kórház Tudományos Bizottsága 1984. április 10-én (kedd) du. 13.30 órakor, a Kórház kultúrtermében (IX., Nagyvárad tér 1.) tudományos ülést tart.

1. **Papp Irén dr.:** Az ízületi gyulladások differenciáldiagnosztikája a szakorvosi rendelőben.
2. **Fülöp József dr.:** Adatok a hyperostosis vertebrae klinikumához.
3. **Zsemlye László dr., Kovács László dr.:** Tapasztalataink az osteoporosis kezelésében.

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre 1984. április 10-én (kedd) du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (IX., Gyáli út 17-19.) tudományos ülést tart.

1. **Molnár Sándor dr.:** Status psychomotoricus.
2. **Lőrincz Ignác dr.:** A contusio cerebri kezdeti stádiumának elektroklinikai sajátosságai.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinika 1984. április 9-én, 14 órakor, a Klinika tantermében „Szülészet-nőgyógyászat és igazságügyi orvostan II. (A származás és az apaság kérdései)” címmel tudományos ülést tart.

1. **Lampé László dr.:** Bevezetés.
2. **Szabó László dr.:** A származás megállapítása.
3. **Bujdosó Györgyi dr.:** Antropológiai és kromoszóma vizsgálatok apasági perekben.
4. **Kéry Sándor dr.:** A nemzőképesség vizsgálata.
5. **Smid István dr.:** A fogamzóképeség vizsgálata.
6. **Takács István dr., Körösi Tamás dr.:** A mesterséges megtermékenyítés.
7. **Varga Mihály dr.:** A mesterséges megtermékenyítés igazságügyi és jogi vonatkozásai.
8. **Bodnár Béla dr.:** Lehet-e kérdéses az anya személye?

A Magyar Haematológiai Társaság pályázatot hirdet fiatal — 35 éven aluli — kutatók és klinikusok számára.

Pályázni lehet 10 oldalnál nem hosszabb dolgozattal, amely eddig nem publikált, új tudományos eredményt tartalmaz a haematológia tárgyköréből.

A három legjobb pályázatot a Társaság vezetősége által kijelölt bíráló bizottság pénzjutalomban részesíti.

I. díj: 5000 Ft, II. díj 4000 Ft, III. díj: 3000 Ft.

Beküldési határidő: 1984. május 15. Cím: Elődi Zsuzsa dr., a Társaság főtitkára, Budapest, Daróczy u. 24. Orsz. Haematol. és Vértransz. Int. 1113.

A legjobb dolgozat előadás formájában elhangozhat, a Társaság 1984 augusztus végén megrendezendő szegedi kongresszusán.

A Fővárosi Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ Tudományos Köre 1984. április 12-én (csütörtök) du. 2 órakor, a Kórházban (IX., Bakáts tér 10.) tudományos ülést tart.

Károvcics János: Szülés alatti fájdalomcsillapítás.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1984. szeptember 28—29-én Miskolcon ankétot rendez.

Téma: „Mozgásterápia szerepe a gyermekkori belgyógyászati betegségek kezelésében és komplex rehabilitációjában”.

Előadásokat és postereket csak a megjelölt témakörben tűzünk műsorra. A részvétel és az előadás-posterelőadás szándékot feltüntető jelentkezési határidő 1984. április 14. Cím: prof. Velkey László, Miskolc, Szentpéteri kapu 76., Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ, 3526. Felvilágosítás: Váraljai Gáborné, tel.: 06-46-37-569.

A Magyar Onkológusok Társasága 1984. április 11—13. között Budapest, a Semmelweis OTE elméleti tömb termében (VIII., Nagyvárad tér 4.) rendezi XV. kongresszusát.

Április 11. de. 8.30 óra
Díszterem

Ünnepélyes megnyitó

Lapis Károly dr., a Társaság elnöke: Megnyitó

Schultheisz Emil dr., egészségügyi miniszter;

Zoltán Imre dr., a MOTESZ elnöke: Üdvözlök a kongresszust.

De. 9 óra

„A” terem (Díszterem)

Üléselelnökök: **Sugár János, Szende Béla**

Referátumok:

1. **Péter Zoltán** (Budapest): Az emlőrák epidemiológiája.

2. **Ozsváth Imre** (Budapest): A női emlő önvizsgálatának jelentősége az emlőrák korai diagnosztikájában; az emlők önvizsgálati módszerei megtanításának lehetőségei hazánkban.

3. **Lampé László** (Debrecen): Az emlőrák felderítésére irányuló emlővizsgálat, mint a nőgyógyászati vizsgálat része a rendelőintézet és kórházi gyakorlatban.

4. **Liszka György** (Budapest): Az emlőrák mammographiás diagnosztikája.

5. **Irtó István** (Budapest): Az emlődaganatok thermographiás diagnosztikája.

6. **Harkányi Zoltán** (Budapest): Az ultrahang-mammographia lehetőségei az emlődaganatok diagnosztikájában.

7. **Bodó Miklós** (Budapest): A vékonytübiopsia alkalmazása és eredményei az emlőrák diagnosztikában.

8. **Sugár János** (Budapest): Az emlődaganatok pathológiája.

9. **Szende Béla** (Budapest): Az intraoperatív kórszövettanilag diagnosztika helye és helyes alkalmazása az emlőrák diagnosztikában. Szünet

Üléselelnökök: **Besznyák István, Ozsváth Imre**

10. **Számel Irén** (Budapest): A hormonreceptor meghatározás gyakorlata és jelentősége az emlőrákos betegeknek.

11. **Barádnay Gyula** (Szeged): Az emlőrák sebészi kezelése.

12. **Besznyák István** (Budapest): Az emlőrák sebészi kezelése.

13. **Gyenes György** (Budapest): Az emlőrák elektron terápiaja.

14. **Németh György** (Budapest): Az emlőrák kobalt terápiaja.

15. **Eckhardt Sándor** (Budapest): Az emlőrák chemoterápiaja.

16. **Kocsis Sándor** (Szombathely): Az emlőrákos betegek gondozásának elvei és gyakorlata.

Április 11., szerda de. 9 óra
„B” terem (elnöki páholy)

Üléselelnökök: **Fleischmann Tamás, Kopper László**

17. **Szentirmay Z.** (Budapest): Kísérletesen indukált gyomor carcinomák hisztogenezise.

18. **Kopper L., Nagy P., Major J., Lapis K.** (Budapest): Non Hodgkin lymphomák xenotranszplantációjai.

19. **Pályi I., Fleischmann T., Pokorny É., Szollár J., Csuka O., Sugár J.** (Budapest): EMBERI LYMPHOID SEJTVONALAK IN VITRO JELLEMZÉSE ÉS CITOSZTATI KUM ÉRZÉKENYSÉGE.

20. Nagy P., Kopper L., Boldog F., Lapis K. (Budapest): Flowcytometriás vizsgálatok humán tumороkron.

21. Rajnai J., Kopper L., Szabó Gy., Lapis K. (Budapest): Szájüre-gi tumороk xenotranszplantációja.

22. Lapis P., Kopper L., Lapis K. (Budapest): Malignus heredagana-tok xenotranszplantációja.

23. Ifj. Bak M., Oláh E., Sugár J. (Budapest): Humán bronchus car-cinoma xenograft kemoterápiás ér-zékenysége.

24. Sellyei M., Balogh M., Nagy E. (Budapest): Testvér-chromati-dák kicserélődésének indukálása fiatal, ill. multiplex tumoros bete-gek vértényezetében.

Szünet

Üléselnökök: *Holczinger László, Csuka Orsolya*

25. Bálint Zs., Holczinger L. (Bu-dapest): Zsírsanyagcsere vizsgálata egészséges és tumoros állatokon.

26. Boján F., Kinsella A. R., Fox M., McGown A. (Debrecen): 12-0-tetradecanoylphorból-13-acetate (TPA) hatása a Methotrexate rezisztencia kialakulására 3T6 egér sejtekben.

27. Szikla K., Hullán L., Pályi I., Hqczinger L. (Budapest): P388 mutánsok, valamint az ezekből elő-állított hibridvonal intracellulárisan meghatározott timidin-kináz aktivitásának összehasonlítása a citoszolban mért enzimaktivitá-sokkal.

28. Boldizsár M., Kremmer T., Holczinger L. (Budapest): Nagy hatékonyságú folyadékkromatográfia (HPLC) alkalmazása a tumor-sejtek és a máj poliamin tartal-mának meghatározására.

29. Arany I., Kertai P. (Debrecen): Egér-nyirokservek energia-metabolizmusának változásai leu-kémiás limfoblasztok transzplan-tálását követően.

30. Gaál D., Hudecz F., Szekerke M., Rajnavölgyi É. (Budapest): El-ágazó lánccú polipeptidek immu-nomoduláló hatása és kemoterápiá-ban való alkalmazásának lehetőségei.

31. Rédei I., Szaodat J., Mórocz I. (Debrecen): Ehrlich ascites tumor elleni aktív immunizálás késői kö-vetkezményei.

32. Pál K., Timár J., Császár A., Rajnai J., Kopper L., Lapis K. (Budapest): Metasztatizáló képesség és immunrezisztencia Lewis lung tumort hordozó egereken.

33. Gaál D., Csuka O. (Buda-pest): Immunválasz modulálása a metasztázis kialakulása kombiná-cióis kemoterápiá esetén.

34. Selyes A., Lorencz R., Be-rencsi Gy. (Szeged): Tímusz-, il-letve léphomogénizátummal pasz-szált AKR egér leukémia összeha-sonlító kromoszóma vizsgálata.

Április 11. (szerda) du. 15.00 óra „A” terem

Üléselnökök: *Eckhardt Sándor, Börzsönyi Mátyás*

Külföldi vendégek előadásai

35. Gläser A. (Halle/Saale): Ta-paszlatataink az orvostanhallgatók onkológiai kiképzésével (német).

36. Thierbach R. (Berlin): Az emlőkarcinóma epidemiológiája az NDK-ban (német).

37. Möbius G. (Schwerin): Az emlőrak klinikai pathológiája (né-met).

38. Kunde D., Wildner P. (Ber-lin): Histologiai klasszifikáció és az emlőrak csökkentett radikali-tású műtétei (német).

39. Heise E. (Berlin): A nuclea-ris oestradiol-receptor meghatáro-zás és jelentősége a klinikai gya-korlatban (német).

40. Schumann E., Schalldach U. (Erfurt):

A differenciáljavitatok kritériu-mai az emlőrak sugárkezelésében az interdisciplináris kombinált terapia keretében (német).

41. Pfeiffer J., Standke E. (Leip-zig): Operált emlőrakos betegek felső és alsó testfél besugárzása (német).

41/a) Peek H. (Berlin): Az emlő adjuváns terápiája (német).

41/b) Schönfelder M. (Leipzig): In vitro próbák — az egyedi rák chemoterapia alapjai (német).

16.30 óra
Közgyűlés

a) Főtitkári beszámoló.

b) Számvizsgáló bizottság jelen-tése.

c) A beszámoló megvitatása.

d) A vezetőség, a számvizsgáló bizottság, a pénztáros és az ellenőr felmentése.

e) Az új vezetőség, számvizsgáló bizottság, pénztáros és ellenőr megválasztása.

f) Tiszteleti tagok választása.

Tiszteleti tagok előadásai

Április 11., szerda du. 15.00 óra „B” terem

Üléselnökök: *Jeney András, Csi-ba Árpád.*

42. Csiba Á. (Budapest): Szíriai hőreszőn végzett kísérleti ered-mények N-methyl-N-nitrosourea-val, stomato-onkológiai vonatko-zásban.

43. Zalatnai A., Lapis K. (Buda-pest): Kísérletes májcarcinogene-sis modellek összehasonlító mor-phológiai vizsgálata.

44. Ujhelyi E., Gyenes M., Jeney A., Lapis K. (Budapest): A kémiai hepatocarcinogenesis enzim-mar-kerei.

45. Uzvölgyi É., Rády P. (Debrecen): Kémiai karcinogénnel in-dukált tüdőadenoma fejlődése transzplantált tüdőkbén.

46. Arany I., Kertai P. (Debrecen): Egér-nyirokservek energia-metabolizmusának változásai leu-kémiás limfoblasztok transzplan-tálását követően.

Április 12., csütörtök de. 8.30 óra „A” terem

Üléselnökök: *Kocsis Sándor, Göblyös Péter*

47. Papolczy A. (Budapest): Az emlőrak epidemiologia néhány kérdése Magyarországon.

48. Petrás S. (Pápa): Az emlő-rak korai felfedezésének lehetősé-gei és korlátai területi egészség-ügyi egységben.

49. Halász L., Lengyel L., Koz-lovszky B., Fábán E. (Debrecen): Szűrőssel felfedezett emlőrakok stadium-megoszlása.

50. Könyves Z. (Mohács): Az emlőszűrés módszerei, formái, eredményei területünkön az 1976—1983. években.

51. Lengyel L., Kozlovszky B., Halász L. (Debrecen): Emlőszűrés-i ritmus és az intervallum-rakok.

52. Degrell I. (Zalaegerszeg): A mastopathiás ambulancia jelentősége az emlőrak prophylaxisában.

53. Mestyán R. (Baja): Parame-dikális emlőszűrések.

Szünet

Üléselnökök: *Tóth József, Szá-mel Irén*

54. Sugár J., Tóth J., Gerő-Fe-rencz É. (Budapest): Az előda-ganatok és rákelőző állapotok zö-vevettani típusainak prognosztikai vizsgálata.

55. Honti J. (Budapest): A Fő-városi Balassa Kórház-Rendelő-intézet Kórbonctani és Kórszövet-tani Osztály 4 éves biopsiás emlő-rakos anyagának értékelése.

56. Tóth J. (Budapest): Az em-beri emlő „myoepithelialis carci-nomáinak” pathológiája.

57. Ince D., Ludmány É., So-mogyi I., Kürti S. (Szolnok): Kli-nikailag malignus tumor képét utánzó granulomatosus mastitis.

58. Svastits E., Számel I., Fűzy M. (Budapest): Oestrogen receptor meghatározás prognosztikai értéke emlőrakban.

59. Márton Z., Csernus V., Fe-kele Zs. (Pécs): Az oestrogen re-ceptor (ER) prognosztikai jelentősége az emlőrakban.

60. Vincze B., Számel I., Svastits E., Tóth J., Kerpel-Frónius S. (Bu-dapest): A tesztoszteronreceptor-meghatározás módszertana és kli-nikai jelentősége humán emlőrak-ban.

61. Mohácsy J., Vallent K., Szakolczai I., Kádár A. (Budapest): A rosszindulatú emlőtumороk hor-monreceptora és a kórszövet-tani megjelenés közötti összefüggés.

62. Tóth J., Számel I. (Buda-pest): A receptor pozitív és nega-tív emlőraksejtek finomszerkezete.

Április 12., csütörtök de. 8.30 óra „B” terem

Üléselnökök: *Váczi Lajos, D. Tóth Ferenc*

63. Boldogh I., Szőke B., Bogyi Gy., Gönczöl É., Váczi L. (Debrecen): Cytomegalovírus szerepe hu-mán daganatok indukciójában: II. A HCMV—DNS és a transzformá-ló szakaszának előfordulása az uro-genitális rendszer daganataiban.

64. Szabó B., D. Tóth F., Réthy A., Váczi L., Kiss K., Telek B., Rák K. (Debrecen): Oncovírus bu-rok antigénnel reagáló cytotoxi-kus ellenanyagok és lymphocyták vizsgálata haemoblastosisokban.

65. *Ember I., Szállási Á., Mátyus L., Farkas T.* (Debrecen): Transzplantációs kísérletek Gross-vírus leukémiával eltérő érzékenységu egértörzsekben.

66. *D. Tóth F., Váczi L., Réthy A., Szabó B., Kiss J., Kiss A., Kovács I., Rák K., Kiss Cs.* (Debrecen): Simian oncovírus és HTLV markerek vizsgálata malignus lymphoproliferatív kórképekben.

67. *D. Tóth F., Váczi L., Szabó B., Kiss J., Réthy Á., Pecze K., Rák K.* (Debrecen): Főemlős oncovírus és HTLV markerek vizsgálata myelo- és lymphoproliferatív kórképekben.

Szünet

Üléselnökök: *Holczinger László, Kremmer Tibor*

68. *Oláh E., G. Weber, Sugár J.* (Budapest): Enzim-minta és kinetikai hatás alapján összeállított daganatellenes gyógyszerkombinációk.

69. *Gáti É., Pokorny É.* (Budapest): Szenzitív és dibromdulcitol-rezisztens Yoshida sarcoma sejtpopulációk növekedési paramétereinek összehasonlító vizsgálata.

70. *Hullán L., Szikla K., Holczinger L.* (Budapest): Methotrexate és 5-Fluorouracil hatása L1210 és Ehrlich ascites sejtekre a tumorok növekedésének függvényében.

71. *Kremmer T., Bardócz Zs., Selmei L., Holczinger L., Bálint Zs., Boldizsár M.* (Budapest): 1,2,5,6-dianhidro galaktit (DAG) in vivo hatása a P388/S leukémiasejtek poliamin és nukleinsav anyagcseréjére.

72. *Pokorny É., Holczinger L.* (Budapest): VCR és Colchicin kombinált kezelés hatásának vizsgálata Ehrlich és L1210 tumorokon.

73. *Prajda N., Kralovánszky J., Kerpel Frónius S., Gál F., Szentirmay Z.* (Budapest): Alkilező szerek bél- és csontvelő-károsító hatásának vizsgálata kísérletes modell rendszerben.

74. *Timár F., Kopper L., Magyarosy E., Lapis K.* (Budapest): Gyógyszerhatás-vizsgálatok xenograft tumorokon kettős rétegű lágy agyban.

75. *Tóth K., Oláh E., Sugár J., Hegedüs L., Somfai Zs.* (Budapest): Alkilező cukoralkohol-szármaszerek mutagén és testvér chromátida kicserélődést indukáló hatása.

76. *Gáti É., Csetényi J., Horváth I. P.* (Budapest): Dibromdulcitol (DBD) degradációja patkány máj S-9 frakciójában.

77. *Erdélyiné Tóth V., Kanyár B., Kerpel-Frónius S.* (Budapest): Diacetil-dianhidro galaktit (DADAG) klinikai farmakokinetikai vizsgálata.

78. *Telekes A.* (Budapest): Diacetil-dianhidro galaktit (DADAG) fázis II. vizsgálata és fázis II. vizsgálatának jelenlegi eredményei.

79. *Gyergyi F.* (Budapest): Ac-lacinomycin a (ACM) fázis I. vizs-

gálata és fázis II. vizsgálatának jelenlegi eredményei.

Április 12. csütörtök du. 15 óra „A” terem

Üléselnökök: *Liszka György, Irtó István*

80. *Degrell I.* (Zalaegerszeg): Emlőrákok cytológiai tipizálása és osztályozása.

81. *Kardeván K., Sellyei M.* (Budapest): Emlődaganatok tipizálási lehetősége aspirációs cytológiai anyagból.

82. *Nagy L., Cseh L., Gergely M.* (Szolnok): Kezdeti tapasztalataink az emlőelváltozások aspirációs citodiagnosztikájában.

83. *Vass L., Székely Zs., Kovács L.* (Kerepestarcsa): Tapintható emlőgöb sebészi ellátásának lehetőségei aspirációs citológiai vizsgálat nyomán.

84. *Vass L., Nagyálnai T., Németh Gy.* (Budapest): Aspirációs cytologia szerepe az emlőrák korai diagnosztikájában.

85. *Székely M., Demeter J.* (Budapest): A mammographia jelentősége az emlőbetegségek korai feltárásában — tapasztalataink 3000 vizsgálat kapcsán.

86. *Péntek Z., Jávora A.* (Szekszárd): Mammográfiás leletírás számítógéppel.

87. *Radó J., Ringwald G., Liszka Gy.* (Budapest): A kontakttermográfia diagnosztikus értéke emlőtumoroknál (számítógépes adatfeldolgozás).

88. *Göblyös P.* (Budapest): A lemeztermográfia szerepe az emlő intervallumrákjainak korai felismerésében.

Szünet

Üléselnökök: *Degrell István, Karika Zsigmond*

89. *Than Z., Czinkotszky J.* (Székesfehérvár): A pneumocystographia diagnosztikus értéke, és az emlőcysták konzervatív (punctiós) kezelése.

90. *Mestyán R.* (Baja): Szecernáló emlő.

91. *Péter M., Lengyel L., Darida S.* (Debrecen): Galactographia jelentősége az emlőcarcinoma kimutatására.

92. *Füzy M., Tarján Gy., Sinkovics I., Karika Zs.* (Budapest): Az emlőrák csontáttételeinek izotóp-vizsgálata.

93. *Rajtár M., Zöllei I., Baradnay Gy.* (Szeged): A csontscintigráfia diagnosztikus értéke II—III. stádiumú emlőrákos betegek postoperatív követésében.

94. *Kralovánszky J., Füzy M., Tóth I., Liszka Gy.* (Budapest): Biokémiai vizsgálatok jelentősége emlőtumoros betegek metasztatizálási képződésének korai felismerésében. Operabilis emlőrákos betegek követése alkalikus foszfatáz izoenzim vizsgálatokkal.

95. *Tóth I., Kralovánszky J., Füzy M., Liszka Gy.* (Budapest): Biokémiai vizsgálatok jelentősége emlőtumoros betegek metasztatizálási képződésének korai felismerésében. Cöruoplazmin és terhességhez

társult alfa-2-glykoprotein vizsgálata értékelése.

96. *Szabó K., Székely M.* (Budapest): Sebész és radiológus együttműködés jelentősége az emlőrák korai diagnosztikájában.

97. *Soós Á., Vígvári Z., Balogh É.* (Budapest): Az emlőkarcinoma tüdőmetasztázisai rtg. morfológiájának aktuális kérdései.

Április 12., csütörtök du. 15 óra „B” terem

Kerekasztal-konferencia

Téma: „Az onkológia oktatásának helyzete és perspektívái az egyetemeken”

Moderátor: *Eckhardt Sándor*

Résztvevői: *Barta Ottó, Cserhádi István, Forgács Iván, Sugár János, Szegedi Gyula, Tömböl Teréz*

Április 13., péntek de. 8.30 óra

„A” terem

Üléselnökök: *Márton Zoltán, Vallent Károly*

98. *Kontrohr T., Márton Z.* (Pécs): A hónalj rezisztenciák jelentőségéről az occult emlőrákkal kapcsolatban.

99. *Rahóty P., Rónay P., Svastits E.* (Budapest): A prae. és postoperatív staging értéke emlőráknál.

100. *Kausz István* (Kerepestarcsa): Öt éves emlőtumoros beteganyagunk.

101. *Csikós F., Karádi J.* (Budapest): Az elmúlt 10 évben operált emlőrákos betegeinkkel szerzett tapasztalataink.

102. *Sárdi L., Kiss I., Kónya Gy.* (Budapest): Szemléletváltásunk az emlőrák sebészi kezelésében.

103. *Kozlovsky B., Lengyel L., Halasz L., Csejtej A.* (Debrecen): Emlőrákos betegeink retrospektív analízise.

104. *Rónay P., Sulyok Z., Rahóty P.* (Budapest): Emlőműtétek szövödményei.

105. *Balogh Á., Molnár L., Svastits E.* (Budapest): A bilaterális emlőrákról.

106. *Csikós F., Helembai L.* (Budapest): Elhanyagolt emlőrákos betegeink.

107. *Gelencsér É., Patakfalvy A., Kutas J.* (Zalaegerszeg): Generalizált csontmetasztazissal járó emlőrákban végzett cholecystectomy.

108. *Kartik I.* (Budapest): Daganat miatt eltávolított emlő reconstitúciós lehetőségei.

Szünet

Üléselnökök: *Gyenes György, Kuhn Endre*

109. *Zombori J., Rózsa M., Siklós L.* (Szeged): Az emlőrák microcalcificatiójának röntgensugár-microanalitikai vizsgálata.

110. *Stumpf J., Mayer A., Nyíró I., Somogyi A.* (Budapest): A lokalizálás szerepe az emlőrák postoperatív sugárkezelésében.

111. *Kocsis B., Petrányi J., Csobály S.* (Budapest): Topometriai kérdések postoperatív besugárzásnál emlőtumorok esetében.

112. *Katona E., Weisz Cs.* (Budapest): Az emlő praeoperatív besu-

gárgása. Összehasonlító dozimetriai vizsgálatok.

113. *Zaránd P., Polgár I., Weisz Cs.* (Budapest): Libera me Domine. Az emlő postoperatív rtg. besugárzás dozimetriai vizsgálata.

114. *József G., Fodor J., Csobály S., Varjas G.* (Budapest): Komputertomográf felhasználása inoperabilis (stádium III.) emlőrák besugárzás tervezésében.

115. *Dézi Z., Pintye E., Csejtei A.* (Debrecen): Az emlőkarcinóma besugárzás tervezésének kérdései a Gravicert típusú telekobalt berendezéssel.

116. *Mayer Á., Stumpf J., Naszály A., Takácsi-Nagy L., Somogyi A.* (Budapest): Postoperatív regionális ⁶⁰Co-telebesugárzás tervezése.

117. *Miltényi L., Dézi Z., Erfán J.* (Debrecen): Az emlőkarcinóma sugárkezelésének optimális dozírózása és eredményei (1954—1978).

118. *Padányi L., Kocsis S., Kocsis E.* (Szombathely): Adatok az emlőrák konzervatív kezeléséhez.

Április 13., péntek de. 8.30 óra

„B” terem

Üléselnökök: *Ambrózy György, Hindy Iván*

119. *Szántó J.* (Miskolc): A gyógyszeres kezelés egyéni beállításának szempontjai emlőrákos betegeknek.

120. *Patakfalvy A., Gelencsér É.* (Zalaegerszeg): Emlőrák FAC protokoll szerinti kezelése kapcsán jelentkező gyógyszeres cholestasis.

121. *Nagykálnai T., Németh Gy., Takácsi-Nagy L., Mayer Á.* (Budapest): Postoperatív adjuvans chemotherapia mamma tumoroknál.

122. *Landherr L., Nagykálnai T., Nemeskéri Cs., Somogyi A.* (Budapest): Zitazonium hatása a postmenopausalis emlőrákos betegek túlélésére.

123. *Juhos É., Hindy I., Eckhardt S.* (Budapest): A postmenopauzás, metasztázáló emlőrák kezelése aminoglutetimiddel.

124. *Gottwald G., Szokolczai I.* (Budapest): Eredményeink az emlőrák adjuvans kemoterápiájával.

125. *Nyiredy G., Gévai E., Csermely A.* (Budapest): A mamma cc. pleuropulm. metastasisai.

126. *Ambrózy Gy., Saál M., Kumin M., Majtényi K., Eckhardt S.* (Budapest): Emlőkarcinómák agyi áttétei.

Szünet

Üléselnökök: *Balogh Ádám, Gottwald Gizella*

127. *Somogyi A., Landherr L., Poller I.* (Budapest): Férfi emlőtumoros eseteink.

128. *Kett K., Szilágyi K., Schmidt L.* (Pécs): Tumor recidívák előfordulása a mastectomia területét ért traumák után.

129. *Sulyok Z., Balogh Á., Daubner K.* (Budapest): A férfiak emlőrákjáról.

130. *Molnár L., Tóth L., Rahóty P.* (Budapest): A fiatalok emlőrákjáról.

131. *Daubner K., Molnár L., Svastits E.* (Budapest): Pajzsmirigybetegek és emlőrák.

132. *Mayer Á., Takácsi-Nagy L., Nagykálnai T., Naszály A., Patonai P., Nemeskéri Cs.* (Budapest): Terhességi mamma tumoros eseteink.

133. *Tóth L., Molnár L., Balogh Á.* (Budapest): Emlőrák társulása más tumorokkal.

134. *Miklós Gy., Turcsányi G., Kovács Gy.* (Budapest): Emlőrák és multiplex primaer malignus tumorok (MPMT).

135. *Ésik O., Pikó B., Hajnal-Papp R.* (Szeged): Multiplex daganatok előfordulása emlőrákos betegek között.

136. *Takácsi-Nagy L., Nagykálnai T., Mayer Á., Naszály A., Patonai P.* (Budapest): Primaer duplex mamma tumorok.

137. *Varga J., Horváth I., Vámosi I.* (Kerepestarcsa): Prostatarák és emlőrák együttes előfordulása idős betegekben.

138. *Baumgartner E., Mózsai Zs.* (Budapest): A Heilmeyer-féle reticulocytá E₆ subpopulációk kinektikája.

Április 13., péntek du. 15.00 óra

„A” terem

Üléselnökök: *Németh György, Horváth Ferenc*

139. *Petrényi J., Horváth Á., Kocsis B., Reischl Gy.* (Budapest): Eredményeink az emlődaganatok műtét utáni nagy energiájú sugárkezelésével (1976—1983).

140. *Csere T., Kuhn E., Kött I., Stefanits K.* (Pécs): Tapasztalataink az emlőrák sugaras kezelésével.

141. *Fábrí L., Farkas J.* (Budapest): Az ultrafrakcionálás szerepe az inoperabilis emlőrák sugárkezelésében.

142. *Hérics I., Bodó M., Fodor J., Lízka Gy., Vesznyin A., Szemjonov I.* (Budapest): Inoperabilis emlőrák rtg. képe sugárkezelés után.

143. *Somogyi A., Nemeskéri Cs.* (Budapest): Mellkasfali local recidívák kezelése.

144. *Csejtei A., Groska E., Miltényi L.* (Debrecen): Az emlőkarcinóma sugárkezelésének korai és késői mellékhatásai és gyakorisága.

145. *Fodor J., Fábrí L.* (Budapest): Klinikai adatok az inoperabilis (stádium III.) emlőrák prognózisához és kezeléséhez.

146. *Erfán J., Csejtei A., Miltényi L.* (Debrecen): Az emlőkarcinóma áttétjeinek komplex terápiaja és eredményei.

147. *Naszály A., Mayer Á., Takácsi-Nagy L., Nagykálnai T.* (Budapest): Emlőrák csontmetasztásainak kombinált palliatív kezelése.

148. *Nagykálnai T., Patonai P., Mayer A.* (Budapest): Inoperabilis emlőrákos betegek palliatív kezelése.

Április 13., péntek du. 15.00 óra

„B” terem

Üléselnökök: *Péter Zoltán, Czinkotszky Jenő*

149. *Karácsony I., Petrás S.* (Pápa): Az egészségnevelés jelentősége az emlőrák elleni küzdelemben.

150. *Farkas I., Decker A.* (Budapest): Az emlőrák-probléma egészségügyi költségkihatásának vizsgálata.

151. *Kiss B., Kaldau F., Faragó K.* (Budapest): Az emlődaganatos betegek ellátásának irányai az intézeti Emlőbizottság 10 éves munkájában.

152. *Tapolcsányi L.* (Budapest): Az emlőrákos betegek psychosomaticus rehabilitációja.

153. *Ferencz T.* (Miskolc): Emlőrák és deontológia.

154. *Kemenes I., Pollák Zs., Fenyves I., Eckhardt S.* (Budapest): Emlőrákos betegek követésének és társadalombiztosítási ellátásának Pest megyei tapasztalatai.

Április 13., péntek de. 9.00 óra

Poster sectio

Galéria

Sectionvezetők: *Bajtai Attila, Bakács Tibor, Balogh Ferenc, Karácsonyi Sándor, Csányi Endre, Lampe László, Szebeni Ágnes.*

1. *Nagy K., Clapham P., Weiss R. A.* (Budapest): Human T-sejtes leukémia-lymphoma vírus (HTLV): diagnosztikus eljárások vírusspecifikus antitestek kimutatására betegekben.

2. *Pintér A., Börzsönyi M., Csik M., Surján A., Török G.* (Budapest): Integrált egér leukémia vírusok restrikciós enzim analízise ép és daganatos timuszokban.

3. *Török G., Börzsönyi M., Csik M., Fáy E., Kocsis Zs., Surján A., Pintér A.* (Budapest): A bakteriális repair teszt.

4. *Kiss Cs., Kovács I.* (Debrecen): Glukokortikoszteroid receptorszám meghatározás egészséges és leukémiás gyermekek limfocitáin egész sejt módszerrel.

5. *Ács K., Borsi J., Koós R., Schuler D.* (Budapest): Acut lymphoid leukaemiás gyermekek neurológiai nyomkövetése.

6. *Harmat Gy., Kádár F., Köteles Gy.* (Budapest): Ultrahangvizsgálatok a gyermekonkológiában.

7. *Major J., Szende B., Lapis K.* (Budapest): Sister chromatid exchange változások Down-kóros betegek lymphocytáiban illetve fibroblastjaiban alacsony dózisú carcinogen kezelés hatására.

8. *Magocsi M., Erőlyiné Tóth V., Kerpel-Fróni S., Schuler D.* (Budapest): Methotrexate-szint meghatározása polarográfiás módszerrel a klinikai gyakorlatban.

9. *Borsi J., Koós R., Schuler D.* (Budapest): Methotrexate-szint meghatározás alkalmazása akut lymphoid leukaemiás gyermekek kezelése során.

10. *Borsos Gy.* (Budapest): Placidiam^R (DDP) különböző kezelési sémáinak összehasonlító klinikai vizsgálata. II. Fej-nyak tumorok.

11. *Kövesi Gy., Szabó Gy., Suba Zs.* (Budapest): Immunhisztokémiai vizsgálatok arc-állcsont karcinomas betegekben basicus encephalito-gen protein (BEP) elleni mononuclearis antitestekkel.
12. *Gönczi J.* (Budapest): Ultrahangvizsgálat szerepe a pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy malignus tumorainak praecoperatív diagnosztikájában.
13. *Lakner G., Dömötör Gy., Simó G.* (Budapest): A glomus caroticum daganata érsebészeti szempontból.
14. *Bozsó G., Csokonay L.* (Budapest): Inoperabilis gégerák sugárkezelésével nyert tapasztalatainkról.
15. *Radeczki G.* (Szolnok): Thoracotomia nélküli nyelőcsőpótlás daganatos megbetegedésnél.
16. *Lendvai L., Skoda F., Vecsey F., Angyal P., Horváth A., Rauth J., Boros T.* (Budapest): Késői carcinoma kialakulása nyelőcsőpótlás után.
17. *Kovács Gy., Németh Gy., Nagykálnai T.* (Budapest): Mellkasi daganatos folyadékgyülemek kezelése Lycurimmal.
18. *Tompá A., Strausz J.* (Budapest): HGPRT-deficiens lymphocyt mutációk gyakorisága tüdőrákos betegek vérmintáiban.
19. *Radeczki G., Boros F., Gohér I., Nagy F., Katona I., Terbe F.* (Szolnok): Szolnok megye 1970—1981 közötti tüdődaganatos betegeknek elemzése.
20. *Székely Gy., Lendvai I., Szlamka I.* (Budapest): Az ultrasonográfia jelentősége a májdaganatok differenciálásában.
21. *Bohár L., Szilvási I., Kopcsányi Zs., Sarkadi G., Bajtai A., Erős A., Pastinszki I., Gönczi J.* (Budapest): Kolloid májscintigráfia, ultrasonográfia és ultrahanggal vezérelt finomtű biopszia összehasonlító értékelése gócos májbetegségeken.
22. *Gönczi J., Bohár L., Bor K.* (Budapest): Epehólyagtumork praecoperatív diagnosisa ultrahangvizsgálattal.
23. *Mórocz I., Rédy P.* (Debrecen): F-344 patkányok alkalmazása dimetil-nitrosaminnal történő malignus máj- és vesedaganatok indukálására és azok további tanulmányozására.
24. *Legerszki T., Magyarosy E., Kopper L., Lapis K.* (Budapest): Human vesetumork ultrastruktúrális vizsgálata.
25. *Rózsahegyi J., Magasi P., Kiss F., Varga L., Boldog F.* (Budapest): Hólyagtumork biológiai viselkedésének sejtkinetikai vizsgálata (autoradiographia, flow-cytofluorometria).
26. *Rózsahegyi J., Magasi P., Csobály S., Szüle E.* (Budapest): A komputer tomográfia (CT) a hólyagdaganatok diagnosztikájában.
27. *Rózsahegyi J., Magasi P., Kiss F., Szebení A., Bohár L.* (Budapest): A húgyhólyagdaganatok kiterjedésének vizsgálata intravizikális ultrasonográfiával.
28. *Kiss F., Bajtai A., Rózsahegyi J., Magasi P.* (Budapest): A vizelet cytologiai szerepe a húgyhólyagdaganatok diagnosztikájában.
29. *Romics I., Horváth J., Fehér J., Csontai Á.* (Budapest): Levamisollal szerzett tapasztalataink hólyagpapillomas betegekben.
30. *Szemes Z., Vajda J., Rosta G.* (Budapest): Soliter vesecysták terápiája perkután cystapunctio útján történő aethoxycylerol befecskendezésével.
31. *Engloner L., Vadon G., Kónya A.* (Budapest): Vesorákok praecoperatív katheteres embolizációja.
32. *Baranyai E., Fáber K., Varga J.* (Budapest): A vese hamartomáról 2 eset kapcsán.
33. *Szigetvári I., Cseh I., Szepesi J., Gáti I.* (Budapest): Low-risk trofoblasztumork korszerű kezelése.
34. *Scholz M., Váradi I., Fáber K.* (Budapest): Csírasejt eredetű daganatok klinikai és pathologiai vonatkozásai.
35. *Balogh J.* (Budapest): Platidiam^R (DDP) különböző kezelési sémáinak összehasonlító klinikai vizsgálata. I. Ovarium tumor.
36. *Pulay T., Csömör S., Füst Gy., Kovács I., Szarka G.* (Budapest): A solubilis immunkomplex-szint alakulása a petefészekrákos betegek kemoterápiája során.
37. *Pulay T., Csömör S., Füst Gy., Szarka G.* (Budapest): A komplementrendszer aktiválódása a petefészekrákos betegek kemoterápiája során.
38. *Kovács I., Csömör S., Pulay T., Szarka G.* (Budapest): A sialsav-meghatározás jelentősége a petefészekrák monitorizálásában.
39. *Szarka G., Csömör S., Pulay T.* (Budapest): Az akutfázis fehérjék szintjének alakulása petefészekrák kemoterápiája során.
40. *Csömör S. jr., Szarvas Z., Gimes G., Vígváry Z.* (Budapest): Klinikai tapasztalataink nagy dózisu Gestagen-kezeléssel (DEPO—PROVERA) endometrium carcinomák esetében.
41. *Csömör S. jr., Szarvas Z., Vígváry Z.* (Budapest): Caesium 137 afterloading kezelés a méhtest rosszindulatú daganatai esetében.
42. *Szentirmay Z., Csuka O., Kralovánszky J., Figus A.* (Budapest): Pecsetgyűrűsejtes gyomorrák hisztogenezise, mucin hisztokémiája, proliferációs kinetikája.
43. *Csuka O., Szentirmay Z., Figus A.* (Budapest): Gasztrointesztinális preblasztomatozisok és tumorok kvantitatív mucin hisztokémiái analízise.
44. *Csuka O., Szentirmay Z., Figus A.* (Budapest): DNS-tartalom mucin hisztokémiái változások familiáris polyposisban.
45. *Oláh T., Horváth Ö., Karácsonyi M., Petri I.* (Szeged): Malignus mesenchymalis gyomordaganatok sebészi kezelésének eredményei.
46. *Tóth A., Brust V., Görög D., Vallent K., Weltner J.* (Budapest): Az epekövesesség és colorectalis rák.
47. *Csonka Cs., Villányi E., Papp Z., Gergely M.* (Szolnok): A cholecystectomy lehetséges szerepe a colorectalis carcinoma etiológiájában.
48. *Vámosi-Nagy I., Szántó I., Banai J., Bajtai A.* (Budapest): A kolonoszkópia értéke vastagbél-tumork esetén.
49. *Csiky M., Fekete Gy., Szatmári K., Berezvai S., Kolláth B., Noskó K., Badarnah S.* (Salgótarján): A tápcsatorna daganatos megbetegedéseiben végzett kiterjesztett műtéteink tapasztalatai.
50. *Csiba Á., Withwell M., Moore M.* (Budapest): A vastagbél normál és rákos szöveteinek vizsgálata monoklonális ellenanyagokkal.
51. *Nemescsófi F., Cseh J., Dobó I.* (Budapest): Vastagbélpolypok öt-éves anyagunkban.
52. *Tóth A., Brust V., Görög D., Vallent K., Weltner J.* (Budapest): Klinikai adatok a colorectalis rákról.
53. *Vécsei B., Nagy A., Petri I., Baradnay Gy.* (Szeged): Colorectalis carcinomas betegek tumor stádiumának kapcsolata a celluláris immunaktivitással.
54. *Erős A., Ritter L., Bajtai A.* (Budapest): Abdominoperinealis exstirpatiók után kialakult perinealis recidivák percutan aspirációs vizsgálata.
55. *Vámosi-Nagy I., Szántó I., Banai J., Bajtai A.* (Budapest): A tumor miatt vastagbélresectión át-estett betegek colonoscopus kontrollvizsgálata.
56. *Szántó J., József S.* (Budapest): A Calcitonin fájdalomcsillapító hatása mellrák okozta osteolyticus metastasisokban.
57. *Király E., Csányi E., Horváth T.* (Budapest): Kombinációs kemoterápiás vizsgálatok a GYKI—13 324-es és a GYKI—17 230-as jelzésű vegyületekkel.
58. *Csányi E., Osváth Zs., Király E., Druga A., Polgári I., Elek S.* (Budapest): Tapasztalatok alkilezők gyógyszerbiztonsági vizsgálatai során.
59. *Tory K., Csányi E., Horváth T.* (Budapest): Új antiösztrógen típusú vegyületek daganatellenes hatásának vizsgálata.

Általános tudnivalók

A kongresszus főtémái:

1. Emlőrák

2. Az onkológia oktatásának helyzete és perspektívái az egyetemeken (kerekasztal-konferencia)

3. Kísérletes daganatkutatás

A főtémákhoz nem csatlakozó előadások poster sectióban kerülnek megbeszélésre.

Részvételi díj:

MOTESZ-tagoknak 300 Ft,
nem MOTESZ-tagoknak 500 Ft,
fiatal orvosoknak, diplomásoknak (35 éves korig) 150 Ft.

Az előadások időtartama 8 perc.

Az előadásokhoz 5×5 cm-es méretű dia vetítését biztosítjuk. A diaposzítíveket kérjük a jobb felső sarokban sorrendben számozva, dobozban — dobozt névvel ellátva — az előadást megelőző szünetben a vetítőnél leadni.

A Kongresszusi Iroda a kongresszus ideje alatt az Elméleti Tömb földszinti halljában

április 10-én 12—18 óráig,

április 11-én 8—17 óráig,

április 12-én 8—17 óráig,

április 13-án 8—13 óráig tart nyitva.

A kongresszus előtt felvilágosítást ad a MOTESZ Kongresszusi Szervező Iroda: Budapest V., Kosuth Lajos tér 4. Pf. 32. 1361. Telefon: 125-012.

Április 11-én 20 órakor a Fórum szállodában fogadás, amelynek részvételi díja személyenként 200 Ft.

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 **Fordítószerződés** 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 füzet 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 PKH 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



84.0617 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szilávik 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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.

GIACINTO MIKLÓS DR.

BTAGE ZSUZSANNA DR.

WALSA RÓBERT DR.

BUDA BÉLA DR.

HONTI JÓZSEF DR.

VÉRTES LÁSZLÓ DR.

HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

15. SZÁM

*

1984. ÁPRILIS 8.

TARTALOMJEGYZÉK

Taraba István dr., Gál György dr.
és Petrányi Gyula dr.:

Dialízis kezelés a beteg otthonában 871

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Flautner Lajos dr., Papp János dr.,
Tihanyi Tibor dr., Pap Ákos dr.,
Joós Ágnes dr., Tulassay Zsolt dr.,
Kollin Éva dr. és Szécsény Andor dr.:

Krónikus pankreatitises betegek endoszkó-
pos okklúziós kezelésének tapasztalatai 877

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Lipcsey Attila dr., Klement Katalin dr.
és Fekete Istvánné dr.:

Veseműködés vizsgálatok lítium profilaxis-
ban 883

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Tóth Zoltán dr., Kóródi Ilona,
Szabó Mária dr., Hauck Mátyás dr.,
Teichmann Farkas dr. és Papp Zoltán dr.:

Duodenum atresia prenatalis diagnózisa 887

RITKA KÓRKÉPEK

Szekeres György dr., Minik Károly dr.
és Hajnal-Papp Rozália dr.:

Malignus histiocytosist utánozó reactiv
haemophagocytoticus syndroma 893

KÖSZÖNTÉS

Fehér János dr.:

Gerő Sándor 80 éves 897

Beszámolók, jegyzőkönyvek 899

Folyóiratreferátumok 903

Levelek a szerkesztőhöz 918

Könyvismertetés 921

Megjelent 898

Hírek 923

Pályázati hirdetések 927

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 insufficientia, 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 maculadegeneratiók, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

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

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

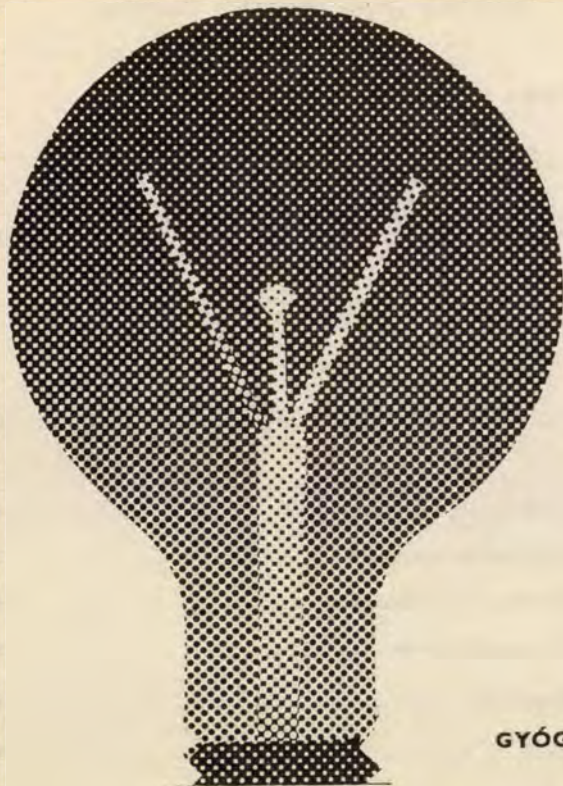
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

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

Országos Belgyógyászati Intézet, Budapest
(igazgató: Petrányi Gyula dr.)
Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)

A szerzők ismertetik a Magyarországon először végzett otthoni dialízis-kezeléseket, ezek lehetőségeit, különböző módzatait. Javasolják az otthoni dialízis kezelés minél szélesebb körű elterjesztését, mert ez elsősorban a betegeknek előnyös, de ugyanakkor az otthoni dialízis kezelés jelentős anyagi és ápolószemélyzet-megtakarítás az állami egészségügyi szolgálatnak.

Dialysis treatment in the home of the patient. The authors report on dialysis treatment performed for the first time in the home of the patient in Hungary. Possibilities and different modes are described. It is recommended to use more widely the home dialysis treatment which is advantageous firstly for the patient and saves both considerable financial means and nursing staff for the state health service.

Amióta a krónikus veseelégtelenségben szenvedő emberek dialízissel életben tarthatók, az igény a kezelésre mindenütt nagyobb, mint a lehetőség, mely rendelkezésre áll. A dialízis kezelést igénylők száma az utóbbi években emelkedett; a technika fejlődése is nagyobb lehetőséget kínál, és a kezelés orvosilag is mind több esetben indokolt. Ugyanakkor minden új beteg dialízis kapacitást köt le, és ezt annál tovább teszi, minél eredményesebb a dialízis, minél tovább él ezzel rehabilitáltan, hasznos, munkaképes életet. Így minden újabb igény egy újabb dialízis helyet igényel. Sokszor családtagok, elsősorban a szülők vállalkoznak arra, hogy rokonuk, illetve gyermekük részére a dialízis kezelést minél megszokottabb életkörülmények között, a beteg otthonában végezzék; néha a betegek önmaguk képesek (egyedül) végezni a dialízist. A kórházi kezelés sokkal nagyobb költsége és a pszichés szempontok voltak az indító és mozgató tényezői az otthoni krónikus dialízis kezelésnek.

Az első otthoni dialízis kezelést Japánban végezték 1961-ben, melyet hamarosan követtek amerikai és angol betegek is, olyannyira, hogy az EDTA (Európai Dialízis és Transzplantációs Társaság) 1982-es adatai szerint (3) csak Európában több mint 10 000 beteg volt otthoni dialízis kezelésben. Minden valószínűség szerint ennél lényegesen több beteget kezeltek otthon Japánban és az Egyesült Államokban. (Ez persze ma is a kezelt betegek kisebbsége, hiszen csak erre megfelelő körülmények esetében van meg a lehetősége az otthoni kezelésnek.)

Közleményünkben saját tapasztalataink alapján mutatjuk be az otthoni kezelés különböző módzatait, a lehetőségeket és a feltételeket, amelyek alapján minden nefrológus el tudja dönteni, hogy betegének javasolhatja-e annak saját otthonában történő dialízis kezelését. A dialízis kezelésnek is vannak egyszerűbb és technikailag komplikáltabb

módzatai, amelyek között a lehetőségek és az indikációk alapján a kezelőorvos választhat.

Az otthon végzett dialízis kezelésnek alapvetően két formája van, éspedig a peritoneális dialízis és a hemodialízis. Az előbbi minden kétséget kizáróan egyszerűbb és otthoni kezelésre alkalmasabb. Ennek is két formáját végezhetjük, a CCPD-t (= Continuous Cyclic Peritoneal Dialysis, ill. Chronicus Ciklikus Peritoneális Dialízis), a CAPD-t (= Continuous Ambulant Peritoneal Dialysis, azaz Chronicus Ambuláns Peritoneális Dialízis).

A CAPD kezelés elve, hogy a beteg hasüregébe (a peritoneális térbe) két liter — műanyag zacskóban kiszerezelt — dializáló oldatot kell befolytatni előzetesen műtétileg beültetett katéteren keresztül. Ezt néhány (5—6) óra után leengedve helyére másikat kell befolytatni. A hasüregben tehát állandóan van 1—2 liter dializáló oldat. A fenti időpontokban a beteg maga ereszti ki, és ezután maga engedi vissza a steril dializáló oldatot. A szükséges műszaki „felszerelés” szinte semmi, és kizárólag a sterilitás betartására kell figyelni a zacskók cseréjénél. Erre a betegek többsége megtanítható. Semmiféle gépre vagy monitorra nincsen szükség, az oldat előmelegítése villanymelegítőpárnán történhet. A helyigény is minimális, mert minden helyiségben végezhető, ahol megfelelő tisztaság van. E tapasztalatokról, a kezelés hasznáról az utóbbi időben sok közlemény jelent meg (5, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19).

A CCPD kezelés szintén könnyen végezhető otthon. A helyigénye azonban valamivel több. A végzéséhez peritoneális dialízis automata használata ajánlatos, melynek segítségével naponta kb. 4 órán keresztül történik a kezelés. Előnye, hogy naponta csak kétszer, a kezelés megkezdésekor és befejezésekor kell a sterilitás szempontjából oly kényes katéter-megnyitást végezni. Feltétele, hogy a helyiségben legyen villany, és az automata készülék részére kb. 3 m² hely. Több közlemény ismertet kezelést különböző automatákkal (1, 2, 7, 20).

A peritoneális dialízis kezelés fenti két módzatának egységesen előnye, hogy a dialízis elején és végén is, ill. a kezelés megkezdésekor és befeje-

A témához tartozó referátumok a „Folyóiratreferátumok” *Vesebetegségek* című alrovatában találhatóak.

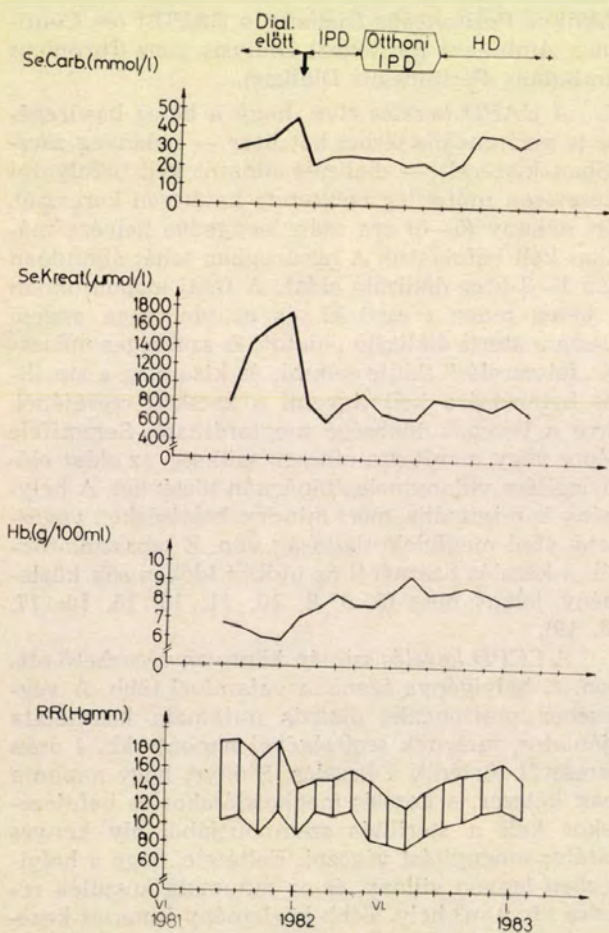
zések csak össze kell illeszteni a műanyag csövet, tehát a beteg nem kell megszűrni.

Az *otthoni hemodialízis* kezeléséhez már lényegesen több technikai feltétel szükséges. A készülék maga is helyigényes, de szükséges, hogy a víz-előkészítő rendszert is elhelyezzük valahol. Az elhasznált dializáló oldatot el kell vezetni a csatornába, és természetesen szükséges, hogy a készülék üzemeltetéséhez megfelelő teherbírási elektromos vezeték legyen kiépíthető. Nem feltétlenül szükséges, de ajánlatos, hogy olyan valaki legyen a kezelés ideje alatt a közelben, aki az esetlegesen felmerülő probléma elhárítására képes (a modern monitorok állandó ellenőrző rendszere ezt egyre kevésbé teszi szükségessé!). A napjainkban használatos hemodialízis rendszerek szinte mindegyike alkalmas otthoni kezelésre is.

Magyarországon ez ideig nem jelent meg közlemény, amely az említett otthoni kezeléseket valamelyikét ismertette volna. Közleményünkben mindhárom kezelési formát egy-egy eset ismertetésével szeretnénk „életközelpé” hozni.

Betegismertetés

1. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinikáján 1982-ben egy 34 éves nőbeteg kezdtünk el peritoneálisan dializálni. A beteg Budapesttől távol



1. ábra: 34 éves nőbeteg retencios kismolekulájú anyag-szintjeinek, Hb értékeinek és vérnyomásának változása a kórházi és otthoni IPD kezelés, valamint kórházi HD kezelés alatt

lakott, és a kezelésre való be- és hazautazás sok nehézséggel járt. Otthoni szociális körülményei kielégítőek voltak, így felmerült a CCPD kezelés a beteg otthonában. A kertés családi házban szemlét tartottunk, és kiválasztottuk azt a szobát, amelyet egy külön előszobában át lehetett megközelíteni. Az előszobában egy kézmosót alakítottak ki, folyóvízzel, és az ajtót külön ke-retre feszített szúnyoghálával kettős ajtóvá alakították át. A szobából kihordattunk minden felesleges porfogó tárgyat, földes virágokat stb. A klinikánkon használt PDK-8 típusú automata peritoneális dialízis készüléket (9) a helyszíntre szállítottuk, és ott a klinika technika beállította. A kezeléshez szükséges fertőtlenítő, lemosó és izoláló anyagokat, felszerelést klinikánkról adtuk. A beteg és a testvérét a klinika dialízis osztályán alapos elméleti és gyakorlati képzésben részesítettük; megtanítottuk nekik a peritoneális kezelés lényegét, a kezelés alatt betartandó higiénés szabályokat és az esetleges nehézségeket. A beteg testvére két héten keresztül mint „segédnővér” „dolgozott” a dialízis osztályon, s így megszerezte a kezeléshez szükséges gyakorlatot.

Mindezek után 1982. március 18-án megindult a beteg otthoni kezelése. A napi kezelést reggel kezdték el, mielőtt a testvér elment volna dolgozni. A négyórás kezelést általában zavar nélkül folyt le, hiszen az automata maga kapcsolja a be- ill. kifolyás időpontját, és méri, ellenőrzi a dializáló folyadék cseréjét. A részleteket illetően utalunk előző közleményeinkre (9, 20). A kezelést befejeztével a testvér déli ebéddőre hazatért, és segített a készülék szétkapcsolásában. Természetesen ugyanezt az esti órákban vagy éjszaka is elvégezhetik, anélkül hogy a munkahelyéről el kellene jönni. Az első kezelésnél a helyszínen volt az osztály egy nővére, majd a továbbiakban a kezeléseket önállóan, zavartalanul folytatták.

Betegünk kéthetente egy alkalommal jelentkezett a klinikán, amikor is alapos orvosi és véranalitikai vizsgálaton esett át. Az előzőleg a klinikán IPD-vel (intermittáló peritoneális dialízissel) kezelt beteg retenció értékei javultak. Ennek megfelelően javult közérzete is, és pszichésen felszabadult. Egész nap együtt lehetett kiskorú gyermekeivel, akik iskolából hazatérve napjukat édesanyjukkal töltötték. A beteg néhány laboratóriumi értékét és vérnyomásváltozását mutatja az 1. ábra. Sajnos a kezelés az ötödik hónapban már kiegészítésre szorult. A vidéki környezet és talán az állandó családi kör fokozott folyadékfelvételre csábította a fiatalasszonyt, akinél mind gyakrabban észleltünk ellenőrzésünkönkor folyadéktöbbletet. Ezért heti egy hemodialízis kezelést kezdtünk, mint kiegészítő kezelést. A jelentős folyadék retenciók miatt ennek számát később kettőre kellett emelni, majd az otthoni kezelést megszüntetve, heti háromszori hemodialízis kezeléssel folytattuk, az ily módon sem eredményes folyadékkelvonást. A beteget újból ambuláns programba vettük, de a két dialízis közötti testsúlynövekedése oly nagy volt, hogy ez a HD-val se volt megoldható, és végül volumentúterhelés, ill. következményes kardiális elégtelenség miatt meghalt.

2. CAPD kezelés. Egy 48 éves nőbeteg pielonefritisz miatt jutott veseelégtelenség végstádiumába. Peritoneális dialízisét a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinikáján kezdtük meg IPD formájában (4 héten át). Ezt követően 3 héten át tartó megfelelő kiképzés után az intelligens beteg a klinikán végezte a dialízis-zsákok cseréjét felügyelettel, majd 3 heti klinikai CAPD kezelés után otthonába engedték. Az osztály orvosa és a dialízist vezető nővér a lakásban a szükséges változtatásokat megjelölte, és megállapodtak, hogy a kezelést a lakás egy kis, 6 m²-es félszobájában végzi. Tekintve, hogy az épület modern panelház, gondot a dializáló oldatok raktározása jelentett. E célra az alagsori „tisztá raktárhelyiség”-ben találtunk helyet. A szükséges fertőtlenítő oldatot, „izoláló” felszerelést stb. a klinikáról szállítottuk a lakásra.

A kezelést ezután a beteg otthonában folytatta és folytatja jelenleg is, 14 hónapja komplikációmentesen. A megfelelő oldatokkal a folyadékgyensúlyt sikerült fenntartani, a közérzet kifogástalan, a nyáron több he-

tet nyaralt, ahol a kezelést zavarmentesen végezte. Autót vezet, és részidőben dolgozik.

A klinikán kéthetente jelentkezik részben orvosi ellenőrzésre, részben a laboratóriumi kontrollok elvégzésére. A retencios értékek alakulását a 2. ábra mutatja. A kezelés tehát több mint egy éve folyik, és komplikáció, ill. állapotromlás a közlemény megírásáig nem jelentkezett.

3. A HD kezelést otthon, a Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebklínikáján működő Dialízis Osztály kezdte el; 55 éves tanszékvezető tanár 1978. decemberében került hemodialízis programba krónikus pielo-nefritisz miatt, veseelégtelenség végstádiumában. Heti két hemodialízis segítségével rehabilitálható volt: oktató, tudományos munkáját teljes munkaidőben folytatta. A hemodialízis kezelésekre a második műszakban, a délutáni órákban került sor. 1981. januártól kezdve heti három hemodialízis vált szükségessé, amely már tevékenységében zavarta volna, pedig a beteg munkájában találta élete értelmét, kizárólag ez adott erőt számára a nehézségek leküzdésére. Ekkor közös elhatározással elkezdtek a házi dialízis feltételeinek kialakítását.

A beteg magánházban lakott, ahol a dolgozószobát választottuk ki kezelőhelyiségnek, és ott „leválasztó” transzformátorral megfelelő áramforrást létesítettünk. A szoba alatti pinchehelyiségben helyeztük el a vízlágyító ioncserélőgyantát tartalmazó oszlopokat. A pince és a kezelőhelyiség között az egyik sarokban készített 10 cm átmérőjű nyílással létesítettünk összeköttetést a lágyvíz oda- és a dializátorból kifolyó (dializáló) ol-

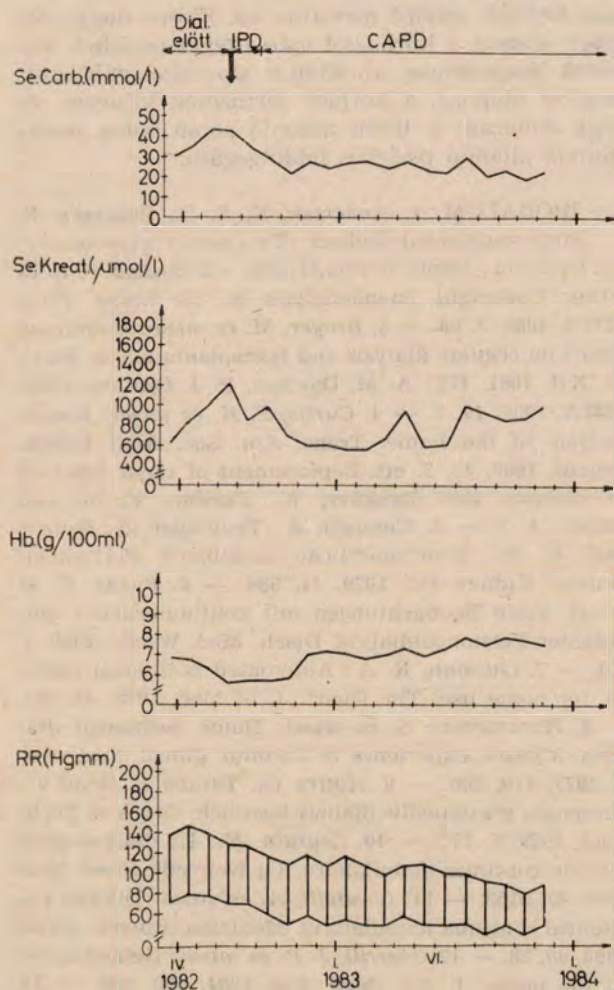
dat elvezetésére. A vízlégszivattyú és a kifolyó szintén a pincében volt. A dialízis osztály biztosította a hemodialízis-készüléket (a „Cordis” cég által használatra átadott korszerű berendezést, illetve az általunk hazai anyagokból és a külföldi készülékek tartalék alkatrészeiből előállított egyszerű „Szeged” dialízis-apparátust), a kapilláris dializátorokat, szereléseket, anyagokat stb. A punkciókat a dialízis osztály nővére végezte, a technikai és orvosi felügyeletet ugyancsak a dialízis osztály látta el. Kedd és csütörtöki napon délután a beteg otthonában, szombaton pedig (tanítási szünnap) a klinikán végeztük a kezeléseket; 1981. január 14-től 1982. január 28-ig, amidőn a beteg 58 éves korában szívinfarktus miatt meghalt.

Az egy év alatt lényeges zavar és szövődmény nem volt. 4–5 alkalommal kellett a helyszínen orvosi segítséget nyújtani átmeneti hipotónia, hipovolémia, dis-equilibrium szindróma tünetei miatt, de ezek oka minden esetben túlzott folyadékfelvétel volt, amely miatt nagyobb mértékű ultrafiltrálást kellett végezni. A vérretencios szintek a kórházi kezelés értékeivel azonosak voltak (lásd 3. ábrát).

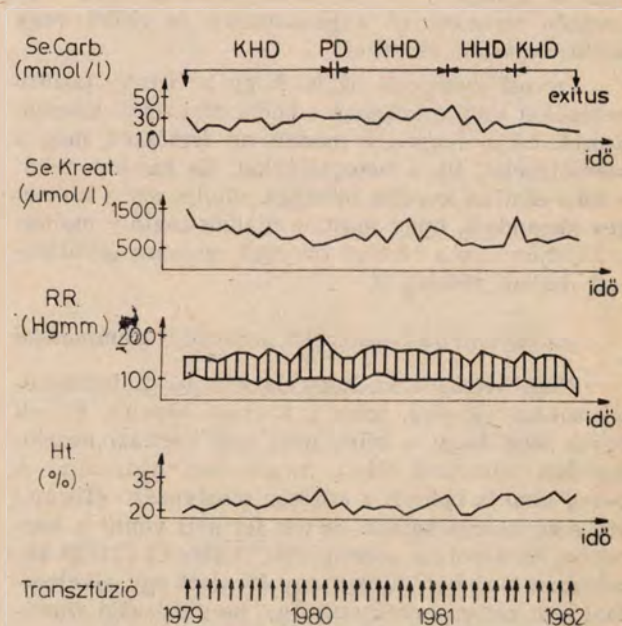
Megbeszélés

Ki kezelhető otthon?

Irodalmi adatok szerint az otthoni dialízisre alkalmas betegeket nagyon különböző szempontok szerint lehet kiválogatni (4, 12). Nyilvánvaló, hogy legfontosabb a beteg motivációja. Csak akkor van remény arra, hogy az otthoni kezelés eredményes, ha azt a beteg akarja, és ennek érdekében mindent megtesz. Természetesen szükséges, hogy a beteg megértse és megtanulja mindazt, ami a kezelés kivitelezéséhez szükséges. Gyermekes esetében, de néha felnőtteknél is ezt a tudást és képzettséget pótolhatja a szülő vagy családtag is, aki a kezelés végzésére vállalkozik.



2. ábra: 48 éves nőbeteg retencios kismolekulájú anyag-szintjeinek, Hb értékeinek és vérnyomásának változása a CAPD kezelés előtt és alatt



3. ábra: 55 éves férfi beteg retencios kismolekulájú anyag-szintjeinek, Ht értékeinek és vérnyomásának változása kórházi és otthoni HD kezelés alatt.

(KHD = Kórházi Hemo-Dialízis, HHD = Házi Hemo-Dialízis. 1. HHD = 1981. I. 14. Exitus = 1982. I. 28.)

A beteg kiképzésében iskolázottsága legtöbbször előny, bár iskolázott ember néha nehezebben tanulja meg a kezelés egyszerű technikai trükkjeit, mint akinek „csak” jó gyakorlati érzéke van. Talán csak az idős betegek kiképzése nehezebb. Mindebből egyértelmű, hogy pozitív motivációjú betegeknel az iskolai végzettség nem döntő.

A hemodialízis-kezelés technikája bonyolultabb, mint a peritoneális dialízisé, elsajátítása nagyobb követelményeket támaszt. A technikai-, orvosi szakfelügyelet elengedhetetlen.

Orvosi szempontok a betegek kiválogatásában

Nem tanácsos az érzékszervi károsodottakat, otthoni dialízisre kiválasztani, bár közlemények ilyen betegek sikeres otthoni kezeléséről is beszámolnak.

Ellenjavallt azok otthoni kezelése, akiknél gyakran jelentkeznek kardiorespiratorikus szövődmények. Ezek megoldása ugyanis gyors orvosi segítséget igényel. Az idősebb betegek nehezebben tanulják meg a kezelést, s nem egyszer egyedül vannak, nincs segítségük, türelmük.

Különösen alkalmasak otthoni kezelésre a gyerekek, akiknek szülei együttesen vagy felváltva vállalják a kezelést. A szülői gondoskodást nem lehet semmivel pótolni. Így az elért eredmények e korcsoportban különösen jók. Nehézségek leginkább akkor vannak, amikor e gyerekek idősebbé válva saját korcsoportjuktól nem csak testi, de szellemi fejlődésben is elmaradnak. E kérdés a gyermek- és felnőtt nefrológusok határterületi problémája.

Van az otthoni dialízisnek egy további nehézsége azoknál a családoknál, akiknél a házasság a hosszú, idült betegség miatt megromlott. E betegeknek ne ajánljuk az otthoni kezelést, mert ez csak további terheket ró a házastársra és előbb vagy utóbb váláshoz vezethet.

Orvosi szempont az is, hogy a HbsAg pozitív betegeket több országban otthoni dialízissel kezelik. Ennek célja, hogy ily módon ne fertőzzék meg a személyzetet, ill. a betegtársakat. Ez esetben tehát a házi dialízis kezelés mintegy pótolja azt a költség megoldást, hogy minden dialízis-osztály mellett működjön egy a fertőző betegek számára elkülönített dialízis részleg is.

Az otthoni dialíziskezelés gazdasági szempontjai

Nem kétséges az, hogy az otthoni dialíziskezelés sokkal olcsóbb, mint a kórházi kezelés. Ennek egyik oka, hogy e célra nem kell kórházi kezelőágyakat létesíteni, ill. a meglévőket használni. A beteg nem is igényli a kórházi elhelyezést. (Természetesen komplikációk esetén fel kell venni a kórházba, ez azonban „rendkívüli” állapot.) CAPD kezelésben levő betegünket egy év alatt egy alkalommal sem kellett befektetni. Így, ha gazdasági számítást végzünk, legalább 130–150 kórházi ápolási napot takarítottunk meg ennek az egy betegnek az otthoni kezelésével egy évben. E módszer széles körű elterjesztése a megtakarítást növelni fogja.

További gazdasági szempont (de a beteg érdeke is!), hogy a dialízisközponttól távol lakó bete-

geket lehetőleg otthon kezeljük. Az ő utaztatásuk, ill. szállításuk vagy szállíttatásuk komoly összegbe kerül, amit szintén meg lehet takarítani (és a betegnek is kellemesebb). Számítások szerint Magyarországon 200 km távolságból egy évig másodnaponta mentővel szállított betegre ráfordított fuvardíj több, mint az ugyanannyi ideig végzett dialízis költsége.

Feltétele az otthoni kezelésnek, hogy a beteg valamennyire elkülönített helyiségben végezze, amelynek kialakítása sokszor nehézség nélkül lehetséges, néha azonban csak anyagi ráfordítással sikerül, amely azonban jó befektetés, olcsóbb, mint egy kórházi ágy!

Saját betegeink kiválogatásában a fenti szempontokat tartottuk szem előtt. Két beteg a három közül távol lakó volt. Mindhárman kifejezetten kérétek és akarták az otthoni kezelést. Mindhárom esetben a család maximális segítséget nyújtott, részt vettek az osztályon a kiképzésben, és megszervezték a fogyóanyagok szállítását. Kifogástalan kooperáció alakult ki a családok és a dialízis osztályok között.

Mindhárom betegünk az otthoni dialízis kezeléssel mintegy „visszatért az életbe”. Ellátták családanyai, ill. hivatali feladatukat, és képesek voltak mint rehabilitált betegek munkavállalásra is. Szabad idejüket más, egészséges emberekhez hasonlóan kedvük szerint osztották be. Ebben nagy szerepet játszott a kórháztól való függés pszichés terhének megszűnése, az általuk szabadon választott kezelési időpont, a kórházi fertőzések kizárása, és hogy elmaradt a többi hasonló sorsú beteg panaszainak állandó pszichés feldolgozása.

IRODALOM: 1. *Andersen, K. E. H., Pedersen, F. B.*: Home peritoneal dialysis (Two year's experience): *Int. Urol and Nephrol.* 1979, 11, 239. — 2. *Baillo, R. A. és mtsai*: Overnight haemodialysis in the home. *Proc. EDTA*, 1965, 2, 99. — 3. *Broyer, M. és mtsai*: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe. XII. 1981. Ed.: A. M. Davison, P. J. Guillon. *Proc. EDTA*, 1982, 19, 2. — 4. *Curtis, F. K. és mtsai*: Hemodialysis in the home. *Trans. Am. Soc. Artif Intern. Organs*, 1965, 11, 7. cit. Replacement of renal function by dialysis. Ed.: Drukker, W., Parsons, F. M. and Maher, J. F. — 5. *Colombi, A., Truninger, B., Rosenthal, C. H.*: Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse. *Kidney Int.* 1979, 15, 584. — 6. *Fuchs, C. és mtsai*: Erste Beobachtungen mit kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse. *Dtsch. Med. Wschr.* 1980, 9, 291. — 7. *Gutman, R. A.*: Automated peritoneal dialysis for home use. *The Quart. J. of Med.* 1978, 47, 261. — 8. *Karanicolas, S. és mtsai*: Home peritoneal dialysis: 3 years' experience in Toronto. *Canad. med. Ass. J.* 1977, 110, 266. — 9. *Kottra G., Taraba I., Wahl F.*: Automata peritoneális dialízis készülék. *Orvos és Technika*, 1979, 6, 172. — 10. *Legrain, M.*: La dialyse péritonéale continue ambulatoire. *La Nouvelle Press Méd.* 1980, 42, 3153. — 11. *Locatelli, A. és mtsai*: Dialysis peritoneal continua ambulatoria. *Medicina (Buenos Aires)* 1980, 40, 38. — 12. *Merrill, J. P. és mtsai*: Hemodialysis in the home. *J. Am. Med. Ass.* 1964, 190, 468. — 13. *Nolph, K. D., Popovich, R. P., Moncrief, J. W.*: Theoretical and practical implications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephron*, 1978, 21, 117. — 14.

Nose, Y.: Discussion. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, 1965, 11, 15. cit.: Replacement of renal function by dialysis. Ed.: Drukker, W. Parsons, F. M. and Maher, J. F. — 15. Oreopoulos, D. G.: The coming age of home peritoneal dialysis. Canad. Med. Ass. J. 1977, 116, 232. — 16. Oreopoulos, D. G., Katirtzoglou, A.: Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD): a life sustaining treatment without artificial organs. Int. J. Artif. Org. 1979, 2, 268. — 17. Popovich, R. P. és mtsai: Continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Ann. Int. Med. 1978, 80, 449. — 18. Risler, T., Passlick, J., Grabensee, B.: Die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse. Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1659. — 19. Robson, M. D., Oreopoulos, D. G.: Continuous ambulatory peritoneal dialysis. Dial. and Transpl. 1978, 7, 999. — 20. Taraba I., Balás-Éltes A.: A krónikus peritoneális dialízis kezelés hatásossága. Orv. Hetil. 1981, 122, 1899.

(Taraba István dr., Budapest, Szentkirályi u. 46. 1088)

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 hányáscsillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

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

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnézisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmebetegségek tünetcsoportok.

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

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

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

MELLEKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonía vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyására 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).
Ovatosan adandó:
— triciklikus, depressio elleni szerekkel,
— orális anticoagulansokkal (csökkenti az anticoagulans hatást).

FIGYELMEZTETÉS: Haloperidol és orális anticoagulans egyúttaszedésekor, 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.



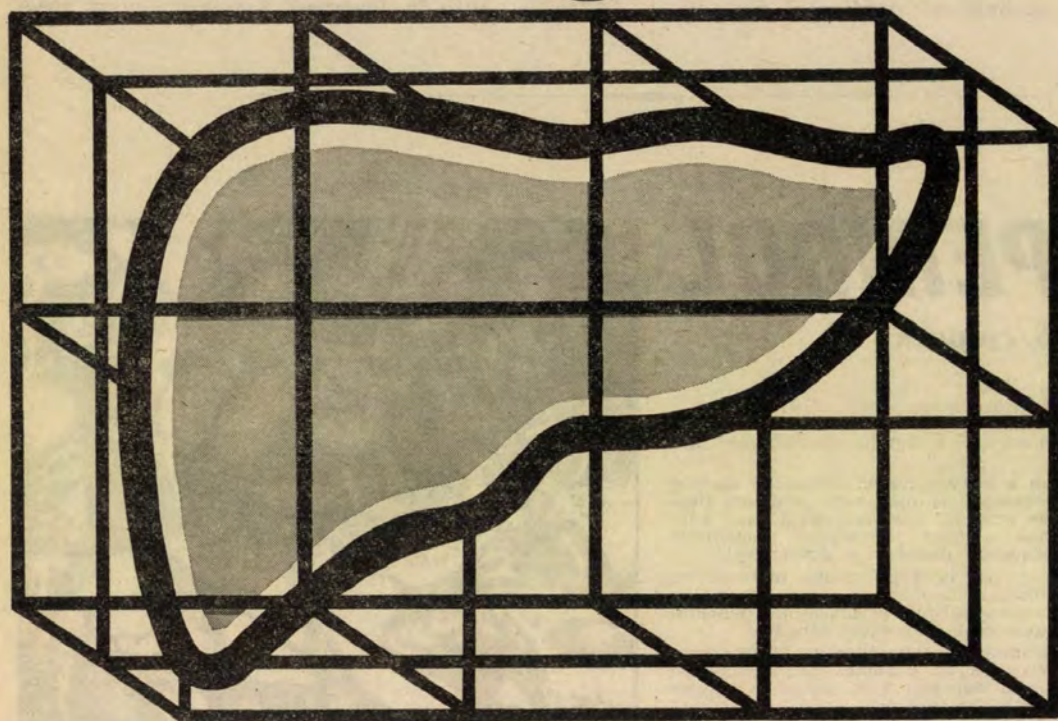
Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételtető. Az illetékes mentálhigiénés (ideg) gondozó szakorvosa térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)
50 tablettát
1 üveg (10 ml)

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

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 szérumtranszamináz 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 ismételhető.”

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRITÉSI DIJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

FLAUTNER LAJOS DR.,
 PAPP JÁNOS DR.,
 TIHANYI TIBOR DR.,
 PAP ÁKOS DR.,
 JOÓS AGNES DR.,
 TULASSAY ZSOLT DR.,
 KOLLIN ÉVA DR.,
 ÉS SZÉCSÉNY ANDOR DR.

Krónikus pankreatitises betegek endoszkópos okklúziós kezelésének tapasztalatai

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinika
 (igazgató: Szécsény Andor dr.)

I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Halló István dr.)

I. Belgyógyászati Klinika Szeged (igazgató: Varró Vince dr.)

II. Kórbonctani Intézet (igazgató: Jellinek Harry dr.)

A szerzők 1980—1983 között 12 betegen 13 alkalommal végezték krónikus pankreatitis kezelésére a pankreas-vezeték endoszkópos okklúzióját megszárduló alkoholos aminosav-oldattal (Ethibloc). A kezelés hatására a Wirsung-vezeték teljes elzáródását 4 esetben, részleges elzáródását, „szklerotizációját” 8 esetben észlelték. A kezelés után panaszmentessé vált 4 beteg, míg újabb műtetre 5 esetben került sor. Diabetes mellitus egy év után 3 betegen jelentkezett. Nem találtak összefüggést a Wirsung-vezeték teljes vagy részleges elzáródása és a kezelés eredményessége között, recidiva jelentkezését teljes elzáródás esetén is észlelték. Megállapítják, hogy a módszer jelentősebb szövődmény-veszély nélkül alkalmazható, az esetek egyharmadában tartós jó eredménnyel jár, ezért alkalmazása választott beteganyagban megkísérelhető.

Experiences in the treatment of chronic pancreatitis with endoscopic pancreatic ductal occlusion. Between 1980 and 1983 12 patients with chronic pancreatitis were treated by endoscopic ductal occlusion. Substance used was an alcoholic amino-acid solution (Ethibloc). Upon follow up examinations the occlusion was found to be complete in four cases, partial in 8 cases. Following the occlusion treatment 4 patients became free of complaints, while further treatment was necessary in 5 cases. Diabetes developed in 3 patients. Authors did not find connection between complete occlusion of the duct and the success of the treatment, recurrence of symptoms was found in cases of complete occlusion also. It is concluded, that this method can be used without the danger of serious complications. It gives permanent good results in one third of the patients, therefore in selected cases it is attemptable.

A krónikus pankreatitises betegek száma az alkoholfogyasztás növekedésével párhuzamosan világszerte emelkedik és jelentősen nő a pankreazon végzett műtétek száma is (20, 22). A két alapvető műtéti eljárás — a dekompresziós és rezekciós műtétek — megítélésében és alkalmazásában az egyes centrumok között jelentős eltérések vannak. Míg Gall, Gebhardt szinte kizárólag csak a rezekciós beavatkozásokat, elsősorban a radikális pankreatoduodenektomiát végzik, mások ezt kifejezetten ellenzik (6, 8). Prinz, Proctor és mások a nyomáscsökkentő műtétek kedvezőbb eredményeiről számoltak be, és elvileg ragaszkodnak a szervmegtartó eljárásokhoz (14, 15). Sarles, illetve Szécsény az ERCP alapján felállított indikáció után mindkét típusú műtét elvégzését jogosultnak tartják (19, 20).

Klinikánkon mind a rezekciós, mind a dekompresziós műtéteket megfelelő indikáció alapján kiterjedten végezzük, de az utóbbi években a rezek-

ciós műtétek számának és arányának emelkedését észleltük. Elsősorban a radikális műtétek, a pankreatoduodenektomiák száma nőtt meg, és ennek szélesebb körű elterjedését a nehéz műtéti technika, a szövődmények nagy száma és a nem mindig elégtő késői eredmények lassítják (4). A kezelés típusának megválasztása nem tekinthető lezárt kérdésnek, és az új belgyógyászati és sebészi törekvések jelentkezése utal a továbbfejlődés szükségességére (22).

A per os adagolt tartós citrát kezeléstől Sarles a pankreas kövek részleges eltűnését észlelte, és végleges eltűnésüket reméli, Varró, Pap a még működő exokrin állomány CCK—OP-vel stimulált regenerációs kezelésével ért el eredményeket (18, 22). Flautner a pankreasfej eltávolítását pylorus-megtartásos pankreatoduodenektomiával végzi, amely a Whipple műtét csonkoló hatását és felszívódási zavarait jelentősen csökkenti (3).

Abból a ritka tapasztalati tényből kiindulva, hogy az ún. „burned out” pankreas teljes egészé-

ben fibrotikusan átalakult alig működő exokrin állománya a betegek panaszainak jelentős csökkenésével vagy teljes megszűnésével járhat még jól működő inzuláris apparátus mellett, számos próbálkozás történt ennek a fibrózisnak a mesterséges előidézésére, ill. a progressio meggyorsítására. *Hutson, Hoffmann*, ill. *Reis* a Wirsung-vezeték lekötésével próbálkoztak, ez azonban a gyakran nehéz műtéti technika, a rossz eredmények, a rekanalizáció és a diabetes jelentkezése miatt nem terjedt el (10, 12, 16). Pankreas-transzplantációs műtétjeinél az exokrin működés leállítására és a szövődményveszélyes pankreas-bél-anasztomózis elkerülésére a pankreas-farok vezetékét *Dubernard* neoprennel töltötte fel és jó eredményeket ért el (2). *Little* a vezeték acrylát elzárásával próbálkozott, *Tihanyi* pedig silikonkaucsuk hatását tanulmányozta (13, 21).

Gebhardt és *Gall* vezette be a pankreas-vezeték okklúziójára a kísérletes és klinikai gyakorlatban az Ethiblocot, amely egy nedves környezetben gyorsan megkeményedő alkoholos aminosavoldat (5, 7). Ez az anyag állatkísérletekben képes volt olyan acináris fibrózist kiváltani, amely az inzulákat érintetlenül hagyta, annak ellenére, hogy a vezetékrendszerből maga az anyag dezintegrálódva eltűnt két héten belül. *Gall* és munkacsoportja ezt az eljárást a Whipple műtétek során a bennmaradó pankreasfarok feltöltésére alkalmazta és utána készítette csak el a pankreas és jejunum közötti anasztomózist (5). Ezzel a módszerrel sikerült 117 pankreato-duodenektomia során a 20,4⁰/₀-os halálozást az utolsó 39 esetben 2,5⁰/₀-ra, a szövődmények arányát pedig 28⁰/₀-ról 7,6⁰/₀-ra csökkenteni (6).

Véleményük szerint az Ethibloc-os feltöltés megakadályozza a recidivák jelentkezését, és nem alakul ki utána diabetes. (5, 8).

Kézenfekvőnek tűnt, hogy ez az anyag endoszkópon keresztül közvetlenül a Wirsung-vezetékbe juttatva is kifejti hatását, így remény lehet egy radikális, esetenként nagy kockázatú műtét elkerülésére. *Rösch* írta le először korai tapasztalatait az endoszkópos okklúzióval, késői eredményekről azonban még nem számolt be.

Fentiek alapján tanulmányozni kívántuk, hogy az endoszkópos okklúzióval megszüntethetők-e a krónikus pankreatitisre jellemző fájdalmak, valóban elzáródik-e a pankreasvezeték, kialakul-e hosszabb idővel az okklúzió után diabetes, valóban megelőzhető-e a recidivák jelentkezése, és ezek alapján alkalmas-e az alkalmazott anyag, ill. eljárás a krónikus pankreatitis kezelésére.

Beteganyag és módszer

1980—83 között 12 betegen 13 alkalommal végeztük a hasnyálmirigy-vezeték endoszkópos okklúzióját. Betegünk között 10 férfi és 2 nő volt, átlagos életkoruk 39 év. A krónikus pankreatitis etiológiai tényezőjeként 10 esetben alkohol, 2 betegen epekövesség szerepelt, kalcifikációt ebben a csoportban nem észleltünk.

A beavatkozást úgy végeztük, hogy Atropin + Dolargan praemedikáció után a JFB 2 (Olympus) endoszkóp segítségével szelektíven katéterezve a Wirsung-vezetékét, az abban keveredő kontrasztanyagot, ill. hasnyált leszívtuk (0,5—5 ml), majd a katéteren ke-

resztül 3—8 ml rtg-árnyékot adó Ethibloc-ot* fecskendeztünk a vezetékbe, rtg-vel kontrollálva a teljes feltöltődést. A katétert 10 perc után távolítottuk csak el, és ismételtlen meggyőződünk a pankreasz feltöltéséről. A befecskendezett anyag jelenlétét a következő napon készített natív hasi rtg-kép készítésével igazoltuk. A 3. nap után általában kontrasztárnyékot már kimutatni nem tudtunk.

5 betegen *primeren* történt az okklúzió, azaz a feltöltést nem előzte meg műtéti beavatkozás, míg 7 esetünkben valamilyen műtét után (pankreas farok rezekció, kettős plasztika, cysto-duodenostomia stb.) végeztük a *szekunder okklúziót*, illetve egy betegen két alkalommal történt — egy éves időközben — a beavatkozás.

Az endoszkópos okklúzió *indikációja* a jellegzetes, igen erős, övszerűen kisugárzó fájdalmak, nagyfokú leromlás (átlagos fogyás 8,5 kg), recidivák ismétlődése, eredménytelen belgyógyászati kezelés és a krónikus pankreatitisnek megfelelő ERCP kép volt. Az endoszkópos okklúzió tehát *műtéti indikáció felállítását* után került bevezetésre, annak reményében, hogy a beavatkozás hatására egy radikális, nagy kockázatú műtét elkerülhetővé válik, ill. hogy a krónikus pankreatitis klinikai képét kedvezően sikerül befolyásolni.

Eredmények

Az endoszkópos okklúzióval kapcsolatban a következő szövődmények előfordulását észleltük.

7 betegen sem objektív, sem szubjektív tünet nem jelentkezett, sőt a betegek a korábbi fájdalmak hirtelen megszűnéséről számoltak be, míg 2 akut pankreatitis fellobbanás és 4 esetben észlelt enzímemelkedés nélküli lázas állapot, konzervatív kezelés mellett néhány napon belül rendeződött.

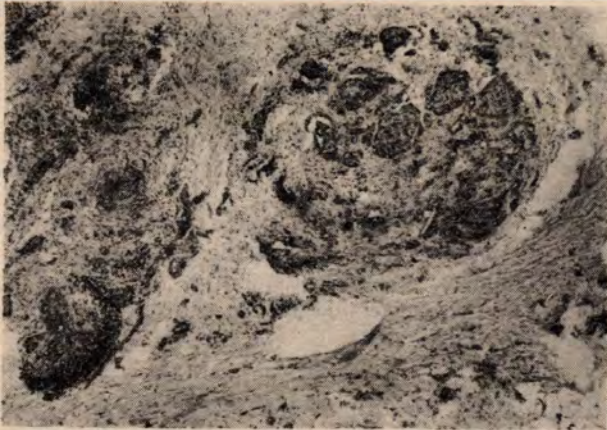
Betegeinket a 3 éves periódus alatt rendszeresen kontrolláltuk és figyeltük az általános állapot, fájdalom, testsúly, diabetes alakulását, ill. 1 év után az ERCP változásait. A funkcionális vizsgálatok eredményeit (Lundh-test, Secretin-pancreozymintest, cukorterhelés, zsírtérhelés stb.) és azok részletes elemzését külön közleményben ismertetjük.

A klinikai kép alakulásának szempontjából eredményeinket az összefoglaló táblázatból jól követhetjük. Hangsúlyoznunk kell, hogy még a tartós jó eredményt jelentő 4 betegből kettőnél is a szigorú diéta és alkoholtalalom betartása ellenére időnként hasi diszkomfort érzés, puffadás, kisebb fájdalom jelentkezett, az enzímértékek emelkedése nélkül. A betegek azonban ezt a jelenséget úgy jelezték, mint amely normális állapotukat nem zavarja jelentősen. *Közepesnek* minősített betegeinknél időszakos fellobbanások, enzímemelkedéssel járó, intézeti kezelésre néhány nap alatt rendeződő, de komoly fájdalmakat kiváltó shubok jelentkeztek. 5 betegünkönél (*rossz*) a gyakori recidivák és a panaszok fokozódása miatt újabb beavatkozásra, műtetre kényszerültünk (1. táblázat). Egy betegünkön másodsor is megkíséreltük az endoszkópos

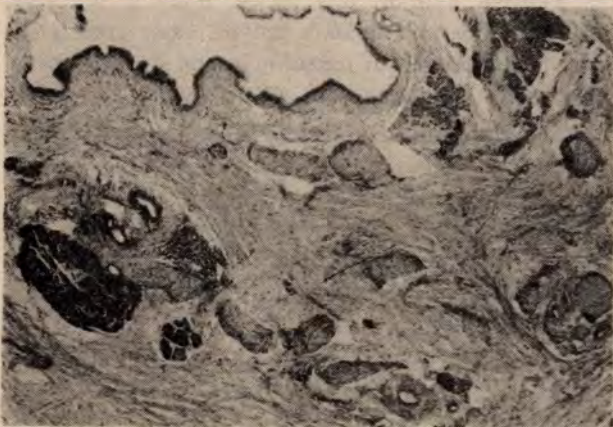
* Ethibloc. Ethicon. GmbH Hamburg. Ezúton mondunk köszönetet dr. H. Dahike igazgatónak az okklúziós anyag rendelkezésünkre bocsátásáért.

1. táblázat. **Endoszkópos okklúziót követő
ujabb beavatkozások (N : 12)**

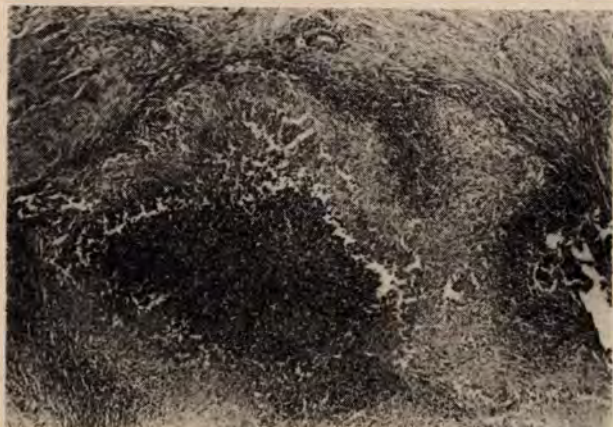
		Exitus
Pankreatektomia subtotalis	3	—
Pankreatoduodenektomia totalis	1	1
Műtéti okklúzió	1	—
Endoszkópos reokklúzió	1	—
Összesen:	6	1



1. ábra: Heges pancreas állomány, csaknem teljes exocrin mirigy pusztulás, megtartott insulák H. E. 25 x



2. ábra: Tág ductus, a környezetben hegesedés, melyben számos vasos idegrost átmetszet található H. E. 25 x

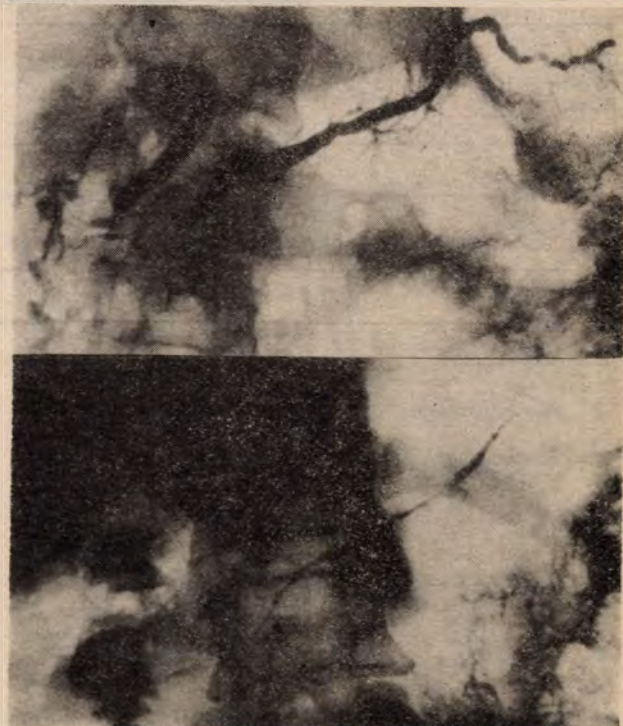


3. ábra: Tág ductus falában abscedáló gyulladás, idegentest típusú granuláció H. E. 25 x

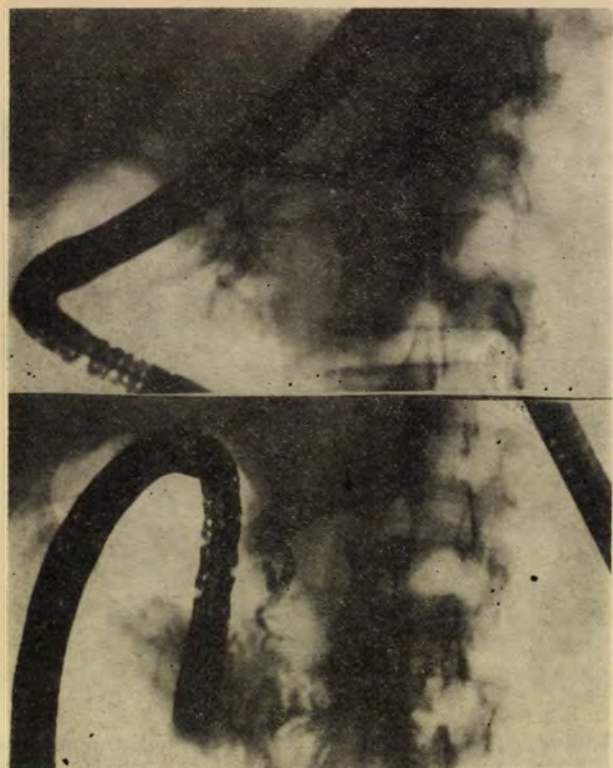


4. ábra: Endoszkópos okklúzió hatására létrejövő pancreas-vezeték teljes elzáródásának ERP képe (a: előtt, b: után)

okklúziót, azonban ez sem tudta a panaszok és klinikai tünetek további súlyos progresszióját megakadályozni. A panaszok fokozódása miatt — harmadik beavatkozásként — pankreatoduodenektomiára kényszerültünk és sajnos a beteget szeptikus szövődmények miatt elvesztettük.



5. ábra: Endoszkópos okklúzió hatására elvékonyodó, „szklerotizálódó” pancreas-vezeték ERP képe (a: előtte, b: után)



6. ábra: Endoszkópos okklúzió hatására a pankreas-vezeték a fej-test határán teljesen elzáródott, a feji szakasz összeesett, „szklerotizálódott” (a: előtte, b: utána)

2. táblázat. A klinikai kép és a Wirsung-vezeték morfológiája közötti összefüggés endoszkópos okklúziós kezelés után

Klinikai kép	N	Wirsung elzáródott	Vezeték részleges változás
Jó	4	1	3
Közepes	3	1	2
Rossz	5	2	3
Összesen:	12	4	8

3. táblázat. Krónikus pankreatitis miatt endoszkópos okklúzióval kezelt betegek kórlefolysa (N=12)

No	Szövdmény	Panaszmentes periódus	Újabb beavatkozás	Eredmény
1.	fájdalom, láz	24 hónap	1. Újabb endoszkópos okklúzió 2. Totál pankreatoduodenektomia	rossz, késői exit
2.	akut pankreatitis	nem volt, gyakori recidivák	Subtotalis rezekció	rossz
3.	—	36 hónap	—	jó
4.	fájdalom	nem volt, gyakori recidivák	Subtotalis rezekció	rossz
5.	—	36 hónap	—	jó
6.	—	30 hónap	—	jó+diabetes
7.	—	5 hónap után recidivák	Még nem	közepes+diabetes
8.	—	18 hónap után recidivák	Műtéti okklúzió	rossz
9.	fájdalom, láz	6 hónap után recidivák	—	közepes+diabetes
10.	akut pankreatitis	22 hónap	—	jó
11.	fájdalom	10 hónap után recidivák	—	közepes
12.	—	18 hónap után recidivák	Subtotalis rezekció	rossz

Endoszkópos okklúzió után szükségessé váló rezekciós műtét kapcsán 4 esetben vizsgáltuk a pankreas szövettani szerkezetét. A műtéti preparátumok mikroszkópos vizsgálatokor krónikus pankreatitist észleltünk, melyen belül a fibrosis kialakulásának különböző fokozatait lehetett megfigyelni, az enyhe fibrosistól a pankreas kifejezett hegesedéséig. A parenchyma pusztulása az exokrin állományt érintette, az insulák gyakorlatilag épek voltak (1. ábra). Az összefüggő heges területekben gyakran lehetett vastok idegrostokat látni (2. ábra). A ductusok részéről tágulatot, az esetek egy részében hámpusztulást, lobos sarjadzást, idegentest granulációt, egy esetben ductogen abscessus képződését találtuk (3. ábra).

Tanumányoztuk az endoszkóposan befecskendezett Ethibloc hatására létrejövő Wirsung-vezeték változások endoszkópos ERCP képét. Azt találtuk, hogy teljes elzáródást csak néhány esetben sikerült elérni, előfordult a vezeték „szklerotizálódása” szűkebbé válása, valamint „stop”-ja, de előfordult, hogy a Wirsung-vezetéken csak minimális változások jöttek létre.

Tanulmányozni kívántuk, hogy a beavatkozás utáni klinikai kép súlyossága és a Wirsung-vezeték morfológiai képe között milyen összefüggés van (2. táblázat).

Fentiek alapján úgy tűnik, hogy a Wirsung-vezeték teljes elzárásának sikere, vagy sikertelensége, nincs közvetlen összefüggésben a panaszmentességgel, ill. a panaszok súlyosságával.

Megvizsgáltuk, hogy az endoszkópos okklúziót követően 1—3 évvel, hogyan alakul betegeink cukorháztartása. Azt találtuk, hogy a 12 betegből a beavatkozás előtt nem volt diabeteses, utána egy évvel *kettőnél per os* antidiabetikumokkal ill. *egy-nél insulin*al egyensúlyban tartható *diabetes* alakult ki.

Betegeink adatait és kórlefolysát összefoglaló táblázatban közöljük (3. táblázat).

A hasnyálmirigy-vezeték okklúziójával foglalkozó állatkísérletek és Gebhardt kedvező klinikai tapasztalatai alapján felmerült a krónikus pankreatitis ideális kezelési módjának lehetősége (5, 6, 7). Hollender a módszert elméletileg is jól megalapozottnak tartotta és ezért is vetette fel az endoszkópos okklúziós kezelés alkalmazását (11). Kezdeti próbálkozásról csak Rösch számolt be, késői eredmények, vagy kezelési tapasztalatok erről az eljárásról az irodalomban nem ismeretesek (17). 6—9 hónappal a kezelés után kontrollálva 10 betegből 6-nál azt találta, hogy teljes elzáródás egy esetben sem volt észlelhető, 3 betege panaszmentessé vált, míg 3 változatlan maradt.

Saját anyagunkban a közepes eredményűnek minősítetteknél a recidivák átlagosan 7 hónap után jelentkeztek, míg az újabb beavatkozásra kerülők csoportjában általában csak igen rövid időre — hetekre — szűntek meg a panaszok. 3 betegünknel pedig 18—18—24 hónap után az alkoholfogyasztás újrakezdésével egyidőben jelentkeztek a súlyos recidivák.

Klinikánkon évente közel 100 műtétet végzünk a krónikus pankreatitis és szövődményei kezelésére. Rendkívüli fontosságúnak tartottuk egy olyan eljárás bevezetését, amely többnyire fiatal, munkaképes korú betegek egy csoportját súlyos műtétől óvna meg, és egy nem sebészi beavatkozással tartósan panaszmentessé tenné őket. A három éves vizsgálati periódus tapasztalatai alapján a következőket állapítottuk meg:

1. 12 betegünk közül tartósan panaszmentessé vált 4, ezeknél a beavatkozás sikeresnek mondható, átlagosan 31 hónappal a kezelés után kontrollálva.

2. Az Ethibloc-os kezelés hatására a Wirsung-vezeték teljes vagy részleges elzáródását, mérsékelt szűkületét, „szklerotizációját” észleltük.

3. Az endoszkópos okklúziós kezelés után súlyos, reoperációt igénylő szövődmény nem alakult ki, az eljárás jelentősebb szövődmény veszélye nélkül alkalmazható.

4. Az okklúziós kezelés nem képes kivédeni vagy megelőzni a recidivák jelentkezését. Gebhardt véleményével ellentétben, megfigyelésünk szerint a panaszok jelentkezése és a recidivák fellépése a Wirsung-vezeték teljes, vagy részleges elzáródása esetén is egyformán észlelhető (9).

5. Betegeink közül az endoszkópos okklúzió után egy évvel 3 esetben jelentkezett diabetes. Ez az arány nem gyakoribb, mint az a krónikus pankreatitis miatt végzett más műtéti beavatkozások után várható.

6. 12 betegből 5-nél vált szükségessé újabb műtét a panaszok fokozódása miatt.

Fenti tapasztalatok alapján azt mondhatjuk, hogy a krónikus pankreatitis kezelésére a pankreas-vezeték endoszkópos okklúziója mint nem sebészeti beavatkozás az esetek 1/3-ában tartós eredményt adó eljárásnak bizonyult. Tekintettel arra, hogy jelentősebb szövődmény veszélye nélkül alkalmazható, választott esetben megkísérélhető eljárásnak tartjuk. A tartós jó eredmény eléréséhez

azonban elengedhetetlenül szükséges a beteg együttműködése, a diéta és a teljes alkoholtalalom betartása. A sikertelenség hátterében ezek alkalmoszerű, vagy tartós megszegése rendszerint kimutatható. Az okklúziós kezelés azonban nem képes a recidivákat megelőzni, a panaszmentességet csak a betegek egy részében biztosítja, diabetes kialakulása észlelhető. Az eljárás nem bizonyult a krónikus pankreatitis kezelésére alkalmazható ideális módszernek, hanem az esetek egy részében megkísérélhető beavatkozásnak, amely therápiás lehetőségeink fegyvertárát gazdagítja.

IRODALOM: 1. Berger Z., Pap Á., Varró V.: A krónikus pancreatitis epidemiológiai analízise, Orv. Hetil. 1980, 121, 2179. — 2. Dubernard, J. és mtsai: Une nouvelle méthode de transplantation pancreatique, Nouv. Press. Med. 1978, 7, 173. — 3. Flautner L. és mtsai: Új műtéti lehetőség — pylorusmegtartásos pankreatoduodenektomia — a pankreasfej megbetegedéseinek sebészi kezelésében, Orv. Hetil. 1982, 123, 1181. — 4. Flautner L. és mtsai: Krónikus pancreatitis miatt végzett pankreatoduodenektomiák szövődményei és mortalitása a befolyásoló tényezők tükrében, Orv. Hetil. 1983, 124, 1369. — 5. Gall, F. P., Gebhardt, Ch.: Ein neues Konzept in der Chirurgie der chronischen Pankreatitis, Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 1003. — 6. Gall, F. P., Mühe, E., Gebhardt, Ch.: Results of Partial and Total Pancreaticoduodenectomy in 117 Patients with Chronic Pancreatitis World J. Surg. 1981, 5, 269. — 7. Gebhardt, Ch., Stolte, M.: Pankreasgang-Okklusion durch Injektion einer schnellhartenden Aminosaurenlösung Langenbechs Arch. Chir. 1978, 346, 146. — 8. Gebhardt, Ch.: Pancreatic Surgery: Critical Evaluation and Perspectives, Hepato-gastroenterol. 1981, 28, 179. — 9. Gebhardt, Ch., Stolte, M.: Pankreasgangocclusion — Mögliche Fehler und Fehlinterpretationen Chirurg, 1982, 53, 325. — 10. Hoffman, E., Usmiani J., Gebhardt, Ch.: Die Ausschaltung der exokrinen Funktion des Pankreas als Behandlungskonzept der chronischen Pankreatitis Dtsch. med. Wschr. 1977, 102, 392. — 11. Hollender, L. F.: Invited Commentary, World J. Surg. 1981, 5, 274. — 12. Hutson, D. G. és mtsai: Pancreatic duct ligation in therapy of chronic pancreatitis. Am. J. Surg. 1979, 45, 449. — 13. Little, J. N., Hogg, J., Stephen, M.: Duct obstruction with a nacrilate glue for treatment of chronic alcoholic pancreatitis, Lancet, 1979, 2, 557. — 14. Prinz, R. A., Greenlee, H. B.: Pancreatic Duct Drainage in 100 Patients with Chronic Pancreatitis, Ann. Surg. 1981, 194, 313. — 15. Proctor, H. J. és mtsai: Surgery for Chronic Pancreatitis, Ann. Surg. 1979, 189, 664. — 16. Reis, H. E., Hoffmann, E., Drost, H.: Insulin und Glukagonsekretion nach Pankreasgangokklusion bei chronischer Pankreatitis, Gastroenterol. 1980, 18, 407. — 17. Rösch, W., Philipp J., Gebhardt, Ch.: Endoscopic duct obstruction in chronic pancreatitis. Endoscopy, 1979, 1, 43. — 18. Sahel, J., Sarles, H.: Citrate Therapy in Chronic Calcifying Pancreatitis: Preliminary Results Pancreatic Disease in Clinical Practice 346. Pitman Press, 1981. — 19. Sarles, J. C. és mtsai: Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis. Am. J. Surg. 1982, 144, 317. — 20. Szécsényi A.: A pancreas sebészete, Magy. Seb. 1979, 32, 81. — 21. Tihanyi T. és mtsai: Kutyák hasnyálmirigy-vezetékének megszilárduló anyaggal való feltöltéses elzárásának következményei, Magy. Seb. 1980, 33, 273. — 22. Varró V.: Az idült pankreatitis belgyógyászati vonatkozásai. Orv. Hetil. 1982, 123, 515.

(Flautner Lajos dr., Budapest, Üllői út 78. 1082)

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-KÖLCSONHATÁS

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 érzékenységnak 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 ismétlődő.”

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

LIPCSEY ATTILA DR.,
KLEMENT KATALIN DR.
ÉS FEKETE ISTVÁNNÉ DR.

Veseműködés vizsgálatok lítium profilaxisban

Fővárosi János Kórház Neurológiai és Pszichiátriai Osztály
(csztályvezető: Lipcsey Attila dr.)

Szerzők a lítiumterápia eddigi eredményeinek rövid ismertetése után a hosszú ideig tartó profilaktikus lítium kezelés mellékhatásaival foglalkoznak. Saját méréseikről (17 tartósan lítiumot szedő beteg), a szisztematikusan végzett vesefunkciós ellenőrzések eredményeiről számolnak be. Véleményük szerint a lítiumdózis jó beállítása, a szérumból lítiumszint állandó, rendszeres laboratóriumi ellenőrzése igen lényeges. A hosszantartó lítium-adagolás során a vesefunkciók rendszeres ellenőrzése kapcsán nem találtak számottevő vesekárosító hatást.

Renal function in lithium prophylaxis. Following a short review of the results of lithium therapy obtained so far, the authors deal with the side effects of a long-lasting prophylactic lithium treatment. They report on their own measurements (17 patients taking lithium permanently), on the results of renal function controls performed systematically. In their opinion the use of proper lithium dosage and the regular systematical laboratory control of serum lithium level are essential. In the course of long-lasting lithium dosage the regular control examinations of the renal functions did not reveal significant kidney impairing effect.

Jól ismert tény, hogy a litiumsók antimániás hatását Cade 1949-ben írta le (1), aki a lítiumot schizopreniás, depressziós és mániás betegeknek alkalmazta. A klinikusok fokozottabb érdeklődése Schou (2) közleménye után ébredt fel, aki megerősítette a lítium terápiás hatását. 1972-ben már 70 közlemény számol be a lítiummal történő gyógyításról, s a javulást 60–100%-osnak tartják. Depresszió kezelésnél a lítium alkalmazása nem hozott egyértelműen jó eredményt, bár szórványosan megjelennek közlemények megfelelő effektusról, jól bevált azonban a profilaxisban, elsősorban a mániás depressziós fázisok megelőzésénél (3, 4). A lítium adásának indikációja tehát elsősorban a bipoláris képeknel fontos, a tartós adagolás késlelteti és enyhébbé teszi az affektív betegségek visszatérő fázisait. Jó eredmény tapasztalható affektív komponénst tartalmazó más betegségekben is, így főként schízóaffektív pszichózisoknál.

Lítium-kezelés során a terápiás szint meglehetősen közel esik a toxikus szinthez. Toxikus tünetek előfordulhatnak a kezelés kezdeti szakaszában, a gyógyszeradag beállításánál, de előfordulhat profilaktikus adás során később is, ha a lítium akkumulálódik a szervezetben (5), ezért a kezelés ideje alatt a szérumból lítium szint laboratóriumi ellenőrzése szükséges, mint az e tárgykorban megjelent módszertani levél is hangsúlyozza (6). A lítium elsősorban a vesékkel át ürül ki a szervezetből, figyelemre méltóak ezért az utóbbi években a veséket

érintő káros hatásokról történt beszámoló. A hosszabb időn keresztül lítiumkezelte betegek szisztematikusan veseműködést ellenőrző vizsgálatairól Rafaelson (8) néhány éve számolt be.

Mi 3 esztendeje gyűjtjük adatainkat a hosszantartó lítium-kezelés veseműködéssel kapcsolatos tapasztalatairól (13, 14).

Beteganyag és módszerek

A hosszantartó lítium kezelésnél rendszeresen ellenőriztük a vesefunkciókat, 1980-ban 7 betegét, 1982-ben már 17 betegét.

A szérumból lítiumszint ellenőrzésénél méréseinkhez Zeiss típusú Flapho 4 lángfotométert használtunk. A mérést a következőképpen végeztük: A szérumból endogén lítium tartalmát nem vettük figyelembe. Olyan betegektől, akik biztosan nem szedtek lítiumot és normális a K és Na szintjük, szérumból gyűjtöttünk. A kevert szérumból kalibrációs görbét készítettünk. Kiszáritott lítiumkarbonátból 15 maeq/l koncentrációjú oldatot hígítottunk. A terápiás szint 0,5 és 1,5 maeq/l között van. 2 maeq/l felett már toxikus a lítiumszint. Az eredeti metodikához képest nem ötvenszeres, hanem hússzoros hígítást készítettünk a szérumból és négy pontos kalibrációs görbét vettünk fel.

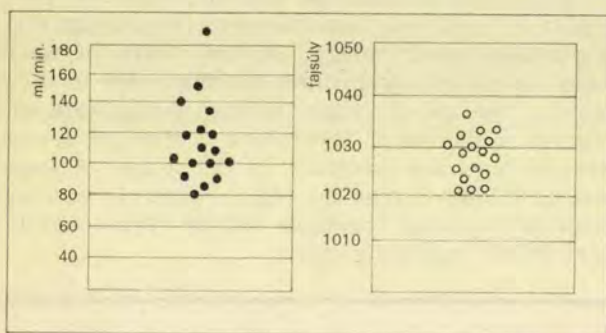
Az általunk ellenőrzött betegek kórisme szerinti megoszlása a következőképpen alakult: ötvözött pszichózis: 11 beteg, pszichózis mániáko depresszió: (továbbiakban PMD): 6 beteg. Ellenőrzött betegeink jelentékeny számában (6) a megbetegedés 10 évnél régebben kezdődött.

A táblázatban a gyógyszereszedés időtartamát láthatjuk. A gyógyszereszedés időtartamának átlaga: 3,8 év. Az affektív pszichózisok manifesztálódása a 30–50 éves korban fordul elő leggyakrabban. Az általunk kezelt betegek átlagos életkora: 48 év. A legfiatalabb betegünk 37 éves, a legidősebb 75 éves volt.

A Li ⁺ szedés időtartama	
év	beteg
1	3
2	4
3	3
4	2
5	2
6	3

átlag: 3,8 év

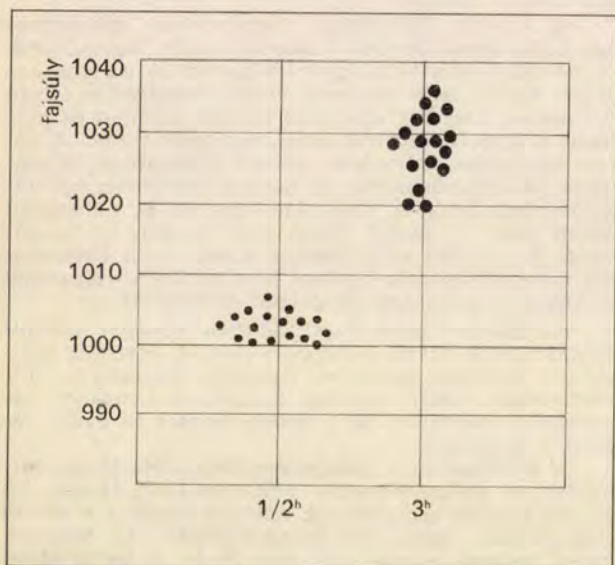
A lítiumot lítiumkarbonát formájában adjuk a betegeknek, hazánkban 300–500 mg-os tabletták vannak forgalomban. Tapasztalataink szerint a 300 mg-os tablettát jobban megfelel a kívánt követelményeknek, megítélésünk szerint kisebb az intoxikáció lehetősége. A terápiát rendszerint 600 mg lítiumkarbonát adagolásával kezdjük, és a megfelelő terápiás vérszintig növeljük az adagot. A lítium-terápiát, illetőleg profila-



1. ábra

xist a lítium vérszint ellenőrzéssel egyidejűleg 1963-ban vezettük be, és azóta folyamatosan alkalmazzuk. A módszert akkor már az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben *Orthmayr és Szilágyi* (7) alkalmazták, ezt módosítottuk saját készülékünkre. Osztályunkon összességében évenként általában 1200 szérumból lítiummeghatározást végzünk, kb. 230 betegnél.

A vesefunkciók ellenőrzését a *Rafaelsen* (8) által javasoltak alapján végezzük, ezzel anyagunk összehasonlíthatóvá válik. Félévenként kreatinin clearance



2. ábra

meghatározást, valamint vizelethígítási és -koncentrációs próbát végeztünk. Vesebiopsziát nem végeztünk. A clearance vizsgálathoz 6 órás vizeletet gyűjtöttünk, 3 óra után történt a vérvétel. A koncentrációs próba diétával történt: a beteg délután 5 órától nem fogyasztott folyadékot, sós ételt evett, reggeli első vizelet, illetve 1 óra elteltével ürített vizelet fajsúlyát néztük. A hígítási próbát a következőképpen végeztük: az első vizelet ürítése után egyszerre 1 liter teát fogyasztott a beteg, ezután félóránként ürített vizelet fajsúlyát mértük, 3 órán keresztül.

Beteganyagunkban a lítiumszedés során a laboratóriumi értékek a normál értékeken belül maradtak. Az 1. ábrán az endogén kreatinin clearance és a koncentrációs próba 1980-ban és 1982-ben mért adatait láthatjuk. Az ábrán a pontokat az értékeknek megfelelően ábrázoltuk.

A 2. ábrán a hígítási próba két időpontban mért értékeit láthatjuk. A folyadékfogyasztás után fél órával ürített vizelet fajsúly értékeit, valamint a folyadékfogyasztás után 3 órával ürített vizelet fajsúly értékeit tüntettük fel a 17 betegnél. Látható, hogy az első vizelet fajsúlyja a folyadékfogyasztást követően 1,000–1,010 között volt.

Eredményeink szerint a huzamos ideig kezelt betegeinknél nem mutatható ki a glomeruláris funkciókban eltérés, a tubuláris funkciók egészen kismértékű érintettségére utalhat a koncentrációs képesség minimális csökkenése.

Megbeszélés

Minden gyógyszer bevezetését követően a tapasztalatok leszűrése általában 3 fázisban történik. Az első időszakban a gyógyszer hatékonyságát vizsgálják, később a placebo hatást szűrik ki, és a harmadik fázisban — általában hosszú évek után — abban az irányban történnek vizsgálatok, hogy a hosszú távú long-term szedés nem okoz-e valamilyen mellékhatást, esetleg tartós károsodást. Úgy tűnik, a lítium-terápiával és a profilaxissal kapcsolatban e fázisba jutottunk el. Ma már ismert, hogy a lítium szerepe a bipoláris affektív pszichózisok fázisainak megelőzésében szintén nélkülözhetetlen. Skandináv felmérések szerint valószínűsíthető, hogy az összes affektív eltérést mutató beteg 5–15%-a szed rendszeresen lítiumot. Dániai adatok szerint 5 000 000 lakosból 5000 beteg részesül lítiumkezelésben. Hazai adatokra átszámítva ezen felmérés adatait, ez közel 10 000 embert jelent.

A profilaxis jó eredményeit tekintve a lítiummal tartós együttélésre kell berendezkednünk, mivel a gyógykezelést évekkig, esetleg évtizedekig kell folytatni. Érthető tehát, hogy a közelmúltban fokozódó érdeklődés tapasztalható a heveny lítiumintoxikációban és az egyéb mellékhatásokon túl a tartós szedést követő esetleges károsító mellékhatások iránt. Ilyen vonatkozásban azonban már korábban is történtek vizsgálatok. A különféle szervek közül a lítium szempontjából a legexponáltabb szerv: a vese. Érdekes megemlítenünk, hogy *Schou* (10) már 25 évvel ezelőtt is hangsúlyozta, hogy a vesének locus minoris resistentiae jellege van a lítium szempontjából, minthogy a lítium csaknem teljes mennyiségben a veséken keresztül ürül ki. A veseműködéssel kapcsolatos vizsgálatok azonban világszerte szórványosak, hazai adatok pedig ilyen jellegű szisztémás vizsgálatokról nincsenek. *Rafaelsen* 1979-ben a WPA symposiumon számolt be a long-term lítiummal kezelt betegek szisztémás, veseműködést ellenőrző vizsgálatairól (8). 50 beteg adatait feldol-

gozva megállapította, hogy morfológiai változás a betegek 10–20%-ánál tapasztalható. A glomerularis működés csak a betegek néhány százalékánál csökkent, a tubuláris funkciók csökkent koncentrációs képességet mutattak a betegek meglehetősen nagy százalékánál. Mindezek alapján *Rafaelsen* ajánlja, hogy long-term lítiumkezelés során a vese-funkciók fokozottabban kerüljenek ellenőrzésre. E kérdéssel érthető módon sokan foglalkoznak. Figyelmet érdemel *Depaulo és Correa* (11) 1981-ben közölt mérése. 86 betegnél mérték a glomerularis filtrációs arányt és a kreatinin clearancet különböző módszerekkel. Szerzők összefüggést találtak a lítiumkezelés ideje és a csökkenő glomerularis filtrációs arány között. *Moskovitz és Springer* (12) ugyancsak fontosnak tartják a vese-funkciók ellenőrzését hosszan tartó lítiumkezelés esetén. Olyan esetekről számolnak be, ahol már a lítiumkezelés előtt is fennállt a magas vérnyomás és a lítium-terapia hatására reverzibilis nefrózis syndroma alakult ki.

Több mint 17 éves tapasztalat alapján véleményünk szerint mániiform képek esetén a még nem toxikus szérumszint 1,10 maeq/l körüli érték, lényeges azonban, hogy ugyanaz a dózis az egyik beteg számára optimális, a másik számára esetleg már toxikus lehet. Az akut lítiummérgezés tüneteinek elsősorban a hányingert, hányást, hasmenést, alhasi fájdalmakat, izomgyengeséget, gyakori vizeletet, szomjúságot szokták hangsúlyozni, holott rendhagyó módon előfordul, hogy hányinger nincs, csak tremor jelentkezik (9). A tartós szedés során a profilaktikus szintet — szemben a már idézett külföldi szerzőkkel, akiknél a betegek átlagos szérumszintje $0,89 \pm 0,32$ maeq/l volt — mi viszonylag alacsony $0,50 \pm 0,17$ maeq/l érték körül tartottuk. A vesekárosító hatásokról beszámoló külföldi szerzők a huzamos ideig lítiumot szedő bete-

geiknek átlagosan napi 1189 ± 407 mg lítiumot adnak, mi ennél lényegesen kevesebbet, általában 900 mg lítiumot adunk naponta.

Lítium profilaxisban részesülő betegeinknél a vese-funkciók ellenőrzését a továbbiakban is folytatni kívánjuk még nagyobb beteganyagban, éppen a figyelmeztető irodalmi adatok miatt. A vesebiopszia végzését veszélyesnek tartjuk. Véleményünk jelenleg az, hogy a megfelelően alacsony — de még hatékony — profilaktikus és gyakran ellenőrzött állandó szérumszint mellett a lítiumnak nincs jelentős vesekárosító hatása. Megítélésünk szerint a hosszú lítiumkezelés során kialakuló esetleges egészen minimális vesekárosodás messzemenően nincs arányban azzal a súlyos veszéllyel, amit egy mély depressziós fázisban a szuicidium jelent.

IRODALOM: 1. *Cade, J. F. J.*: Med. J. Aust. 1949, 36. 349–352. — 2. *Schou, M. és mtsai*: J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1954, 17. 250–260. — 3. *Hartigan, G. O.*: Br. J. Psychiat. 1963, 109, 810–814. — 4. *Baast-rup, P. C., Schou, M.*: Arch. Gen. Psych. 1967, 16, 162–172. — 5. *Szücs, R., Pataki, I., Mázló, M.*: III. World Congress of Biological Psychiatry. Abstracts 2. F. 474 Stockholm, 1981. — 6. Módszertani levél. Lítiumkezelés az elmeorvoslásban. Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet. Orvosi Hetilap, 1980, 121, 42. — 7. *Orthmayr A., Szilágyi K.*: Ideggyógy. Szle. 1971, 24, 339. — 8. *Rafaelsen, O., Bolwig, T.*: Lítium and the Kidney. WPA Symposium, Moscow, May 1979. — 9. *Lipcsey, A.*: Orv. Hetil. 1981, 122, 2135–2139. — 10. *Schou, M.*: Acta Pharmacol. Tox. 1958, 15, 85–98. — 11. *Depaulo, J. E., Correa, J., Shapir, D. G.*: Am. J. Psych., 1981, 138, 324. — 12. *Moskovitz, R., Springer, P., Urganhart, M.*: Am. J. Psych. 1981, 138, 3, 382–383. — 13. *Lipcsey A., Klement K.*: Lítium profilaxis és vese-funkciók. Előadás. A Magyar Pszichiatriai Társaság I. Kongresszusán. 1983. I. 16., Budapest. — 14. *Lipcsey, A., Klement, K., Fekete J.*: Lítium profilaxis and the kidney. Előadás. VII. World Congress of Psychiatry, Vienna 11–16. July. 1983. Abstracts, pp. 426.

(Lipcsey Attila dr., Budapest, Diósárok 1, 1125)

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, ágytálcák, ágytálmosók, mosdó- és mosogatókagylók, vizeletkagylók, 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 egységkrakománnyként zsugorfóliázzuk.

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBANYÁK

Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



Kálium-R

N 400 ● Aqua et sales minerales

TABLETTA

A Kálium-R tabletták alkalmas az endokrin, ill. nem endokrin okból bekövetkező hipokaliémia megszüntetésére. A kívánt intra- és extracelluláris káliumszintet a megfelelő adagolás mellett fenntartja, az ionháztartás stabil marad. A Kálium-R tabletták egyenletes, nyújtott hatóanyagleadást biztosít. A bélben helyileg mindig alacsony a káliumklorid koncentráció, s így kiküszöböli a poralakban vagy oldatban történő káliumbevitel esetén fellépő gyomor-bélnyálkahártyára káros mellékhatást, ritkán okoz hányingert vagy hányást.

Összetétel:

1000,00 mg kálium-chloratum (=524,44 mg K+ = 13,3 mmol K+) tablettánként.

Javallatok:

Hipokaliémiát okozó állapotokban — hányás, hasmenés; mellékvesekéreg hiperfunkció, renális eredetű fokozott káliumvesztés (krónikus veseelégtelenség kompenzációs polyuriás retenció nélküli stádiuma), vizelethajtók-, digitális-, kortikoszteroid-kezelés — a káliumhiány megelőzése, ill. megszüntetése.

Ellenjavallatok:

Akut veseelégtelenség oligo-anuriás uraemiás stádiuma, krónikus veseelégtelenség retenciós, uraemiás stádiuma; mechanikusan akadályozott vagy organikus, ill. funkcionális okok miatt lelassult gyomor-bélműködés.

Adagolás:

Az alapbetegségtől és a szérumban kálium-szinttől függően naponta 1—2 tablettát. Súlyosabb káliumvesztéses esetekben naponta 4—6 tablettát.

Mellékhatások:

Hiperkaliémia (csökkent veseműködés esetén) Hányás, hasmenés, meteorizmus, véres széklet.

Figyelmeztetés:

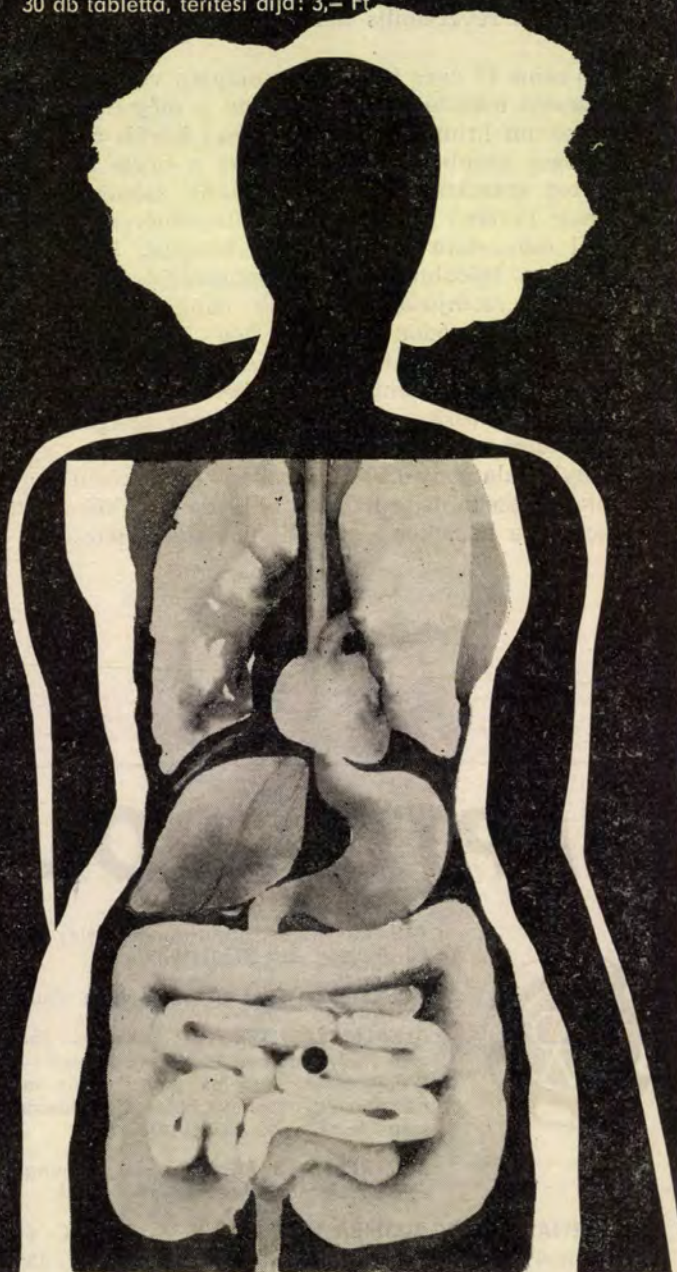
A tablettákat a reggeli étkezés után, szétrágás nélkül, kevés vízzel célszerű bevenni. Magasabb napi adagok 4—6 tablettát — alkalmazása esetén rendszeres szérumban káliumszint és időnkénti EKG-ellenőrzés szükséges. Mellékhatások jelentkezése esetén adagolását meg kell szüntetni.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

30 db tablettát, térítési díja: 3,- Ft



Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI
GYÁR,
TISZAVASVÁRI

TOTH ZOLTAN DR.,
KÓRÓDI ILONA,
SZABÓ Mária DR.,
HAUCK MÁTYÁS DR.,
TEICHMANN FARKAS DR.
ÉS PAPP ZOLTAN DR.

Duodenum atresia prenatális diagnózisa

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)
Biokémiai Intézet (igazgató: Elődi Pál dr.)

A szerzők a terhesség 35. hetében ultrahangvizsgálattal felismert duodenum atresia esetéről számolnak be. Részletesen leírják a jellegzetes ultrahang jeleket, prenatális diagnosztikájuk menetét, s a sebészileg korrigálható magzati rendellenességek észlelésekor folytatott gyakorlatukat.

Prenatal Diagnosis of Duodenum Atresia. A case of duodenum atresia detected by ultrasound in the 35th week of pregnancy is presented here. Characteristic ultrasonic signs, the course of prenatal diagnosis and their practice in the case of surgically correctable malformations are described.

Az emésztőrendszer fejlődési rendellenességeinek bizonyos formái — elsősorban a stenosisok és az atresiák — műtéttel nagy valószínűséggel korrigálhatók (16). Az újszülöttek életkilátásai nagyban függenek a korai diagnózistól, s a minél korábbi műtéti beavatkozástól.

Az ultrahangdiagnosztika révén lehetővé vált, hogy a magzat emésztőrendszerét, annak egyes szerveit már intrauterin tanulmányozzuk, s bizonyos rendellenességeket prenatálisan felismerjünk (10).

Közleményünkben a terhesség 35. hetében ultrahangvizsgálattal felismert duodenum atresia esetéről számolunk be.

Esetismertetés

A nyolc éve férjzett 33 éves nő anamnézisében egy érett, egészséges leánygyermek születése, valamint három spontán vetélés szerepel. Újabb terhességének 20. hetében járt először ultrahang-vizsgálaton, amikor a terhességi kornak megfelelő nagyságú magzaton eltérést nem tudtunk kimutatni. A 35. héten megismételt ultrahang-vizsgálat alkalmával feltűnő volt a polyhydramnion. A fejtégű fekvésben elhelyezkedő magzat biparietalis átmérője 87 mm volt. A magzat hasában a rekesz alatt hosszszelvényben horog alakú (1. ábra), harántszelvényben egymás mellett elhelyezkedő, folyadékkal telt, két cisztikus képletet találtunk (2. ábra), mely teljesen megfelelt az irodalomban használt „kettős buborék” jelnek. A koponyában, a mellkasban, a hasban és a végtagokon egyéb eltérést nem tudtunk kimutatni. Duodenum atresia alapos gyanúja miatt amniocentézist és amniotografiát végeztünk. A 70 ml kiszívott magzatvíz enyhén zöldes (bél-atresia jellemző) színezetű volt. Epesavszint: 16 $\mu\text{mol/liter}$, fehérje: 6,29 mg/ml , trehaláz aktivitás: 0,134 U/g, laktáz aktivitás: 0,017 U/g. A 40 ml Uromiro

befecskendezése után 24 órával végzett röntgenfelvételen a magzatvíz az amnionürben egyenletesen eloszlott, de a magzat emésztőrendszerében nem volt kimutatható.

Az ultrahangvizsgálat, az amniotográfia és a magzatvíz kémiai analízise eredménye alapján a duodenum atresiát meggyőzőnek találtuk. Az elváltozást műtéttel korrigálhatónak ítéltük, ezért a terhesség továbbviselését javasoltuk.

A terhesség 37. hetében spontán kontrakciók hatására *per vias naturales* zajlott le a szülés, melynek során egy 2150 g-os retardált leánymagzat született. Az újszülöttet a Debreceni OTE gyermeksebészeti osztályára helyeztük, ahol laparotomiát végeztek. A műtét során az elzáródott bélszakasz resectióját követően *and to and-anasztomózist* készítettek. A sikeres műtét ellenére a csecsemő a postoperatív 12. napon infectio következtében meghalt. A boncoláskor a prenatálisan tisztázott, a műtétnél észlelt és operált elváltozáson kívül egyéb fejlődési rendellenességet nem találtak.

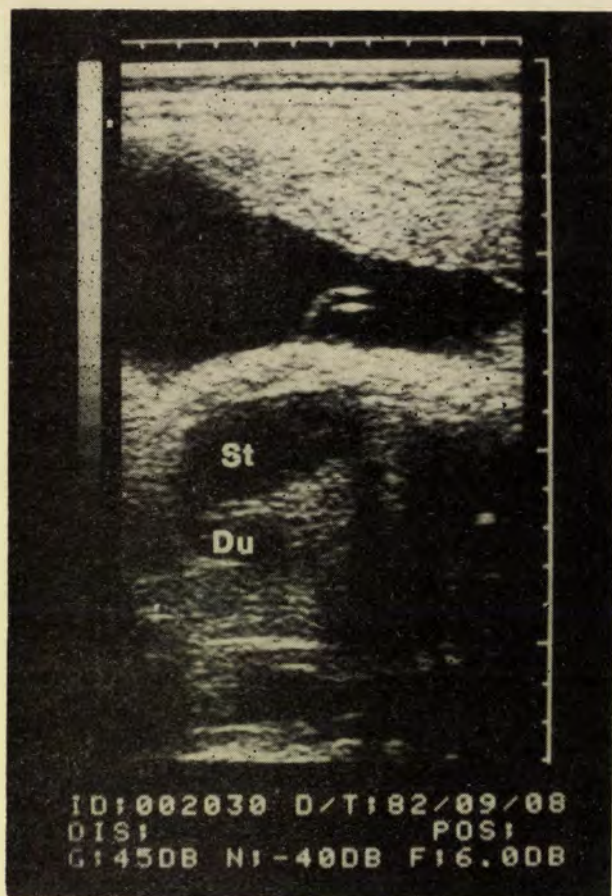
Megbeszélés

A duodenum atresia az emésztőrendszer ritkább fejlődési rendellenességei közé tartozik. Egy-egy eset előfordulásával 10 ezer szülésenként kell számolnunk. A duodenum atresiák 20%-a praeampullaris, 80%-a postampullaris elhelyezkedésű. A duodenum teljes hiánya, vagy a csomok szeparálódása igen ritkán fordul elő. Mintegy 21%-ban a pancreas gyűrűszerűen fogja körbe a duodenumot, s azt az esetek felében beszűkíti vagy leszorítja. A duodenum atresiák 48%-ában egyéb rendellenesség (21 triszómia, vastagbél malrotáció, szívfejlődési rendellenesség) is kimutatható. A magzatok több mint fele korban és súlyban koraszülött, retardált, 45%-ban polyhydramnion is igazolható. A magzatvíz gyakran epefestékkel színezett (1).

Mint ismeretes, *megszületés után* a kórképre a csillapíthatatlan epés hányás szokta felhívni a figyelmet. A natív röntgenképen ilyenkor feltűnő a tágult gyomor és a duodenum által okozott kettős buborékszerű kép, valamint a levegő hiánya a be-

Kulcsszavak:

ultrahang-diagnosztika, duodenum atresia, diszcharidáz



1. ábra: Hosszmetszeti ultrahangképen (Picker LS 2000) a rendellenesen tágult gyomor (St) és duodenum (D) horog alakban ábrázolódik. (P = lepény)

lekben. A biztos diagnózist a kontrasztanyag röntgen vizsgálattal szokták tisztázni.

A duodenum atresia *prenatális felismerésére* az első lehetőséget az *amniofetográfia* jelentette (7). A lenyelt kontrasztanyag csak a duodenum és a gyomor területében ábrázolódik, vagy a tágult gyomor miatt a magzat eleve nem tudja nyelni a kontrasztanyagot magzatvizet.

A duodenum atresia *prenatális ultrahang felismeréséről* először *Loveday és mtsai* (11) számoltak be. Az irodalomban eddig 13 duodenum atresia *prenatális ultrahang felismeréséről* olvasható esetismertetés. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17.) Valamennyi esetben a diagnosztika a terhesség utolsó trimeszterében történt, még akkor is, ha a magzat fejlődését a koraterhességtől ultrahanggal monitorizálták. *Nelson és mtsai* (12) szerint a késői felismerhetőség abból fakad, hogy a magzat által — a 16–28. terhességi hetek között — 24 óra alatt lenyelt 7–20 ml magzatvíz (14) duodenum atresia esetén is képes abszorbeálódni. Később lényegesen megnő a lenyelt magzatvíz mennyisége, mely a gyomor és a duodenum tágulásához, polyhydramnion kialakulásához vezet.

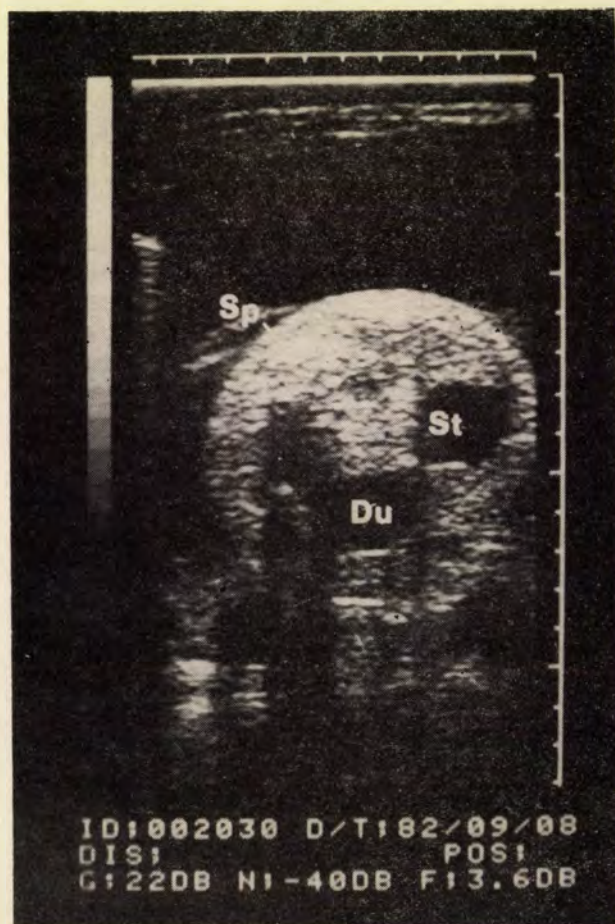
Ultrahangvizsgálat során ilyenkor a magzat hasában feltűnő a tágult gyomor és a duodenum horog alakú, echomentes cisztikus képe, míg harántmetszetben a gyomor és a duodenum egymás mellett két folyadékkal teli cisztikus képletként,

a jellegzetes „kettős buborék” (double bubble)-ként ábrázolódik. A gyomor túlfeszülése miatt a normálisan észlelhető perisztaltikát ilyenkor nem lehet kimutatni.

Az ultrahangvizsgálattal kiszűrt fejlődési rendellenességek gyanúját amniofetográfiával (a kontrasztanyag legfeljebb a gyomorig jut), a magzatvíz kémiai analízisével (epesavak, bilirubin és lipáz koncentrációja magas, a diszacharidáz enzim aktivitása alacsony) is megerősíthetjük (13). Esetünkben már a magzatvíz zöldes színe alapján is gyanítani lehetett, hogy epefestenyzettségről van szó. A magas epesavszint ezt megerősítette, míg az alacsony diszacharidáz aktivitás érték tovább növelték a duodenum atresia valószínűségét.

A pontos *prenatális* diagnózisra azért van szükség, hogy szülés után lehetőleg minél korábban sor kerüljön műtétre, hiszen a fokozódó hányás, az aspiráció veszélye, az elektrolit háztartás felborulása lényegesen ronthatja az újszülött életkilátásait.

Mint esetünk is igazolja, a *prenatális ultrahangvizsgálat* révén a terhesség harmadik trimeszterében lehetőség nyílik a duodenum atresia és az esetleg társuló egyéb rendellenességek kimutatására. Utóbbi döntően befolyásolhatja további ténykedésünket, hiszen izolált duodenum atresia esetén mód van arra, hogy a terhest olyan intézetbe ír-



2. ábra: Harántmetszeti ultrahangképen (Picker LS 2000) a tágult gyomor (St) és a duodenum (D) két egymás melletti cisztikus képletként (kettős buborék) látható (Sp = gerinc)

nyítsuk, ahol az újszülöttsebézési beavatkozás személyi és tárgyi feltételei adottak, s így ezen újszülöttek perinatális és postoperatív mortalitása lényegesen csökkenthető.

IRODALOM: 1. *Bergsma, D. (ed): Birth defects compendium. Second edition. New York, Liss, 1979. p. 350.* — 2. *Boychuk, R. és mtsai: Duodenal atresia diagnosed by ultrasound. Radiológia 1978, 127, 500.* — 3. *Duenhoelter, J. H. és mtsai: Prenatal diagnosis of gastrointestinal tract obstruction. Obstet. Gynecol. 1976, 47, 618.* — 4. *Fletmann, D. és mtsai: „Apple peel” atresia of the small bowel. Prenatal diagnosis of the obstruction by ultrasound. Pediatr. Radiol. 1980, 9, 118.* — 5. *Gee, H., Abdulla, V.: Antenatal diagnosis of fetal duodenal atresia by ultrasonic scan. Br. Med. J. 1978, 1256.* — 6. *Hobbins, J. C. és mtsai: Ultrasound in the diagnosis of congenital anomalies. Am. J. Obstet. Gynecol. 1979, 134, 331.* — 7. *Houlton, Mc. és mtsai: Antenatal diagnosis of duodenal atresia. J. Obstet. Gynecol. 1974, 81, 818.* — 8. *Jassani, M. N. és mtsai: A perinatal approach to the diagnosis and management of gastrointestinal malformations. Obstet. Gynecol. 1982, 59, 33.* — 9. *Lee, T. G., Knochel, J. Q.:*

Prenatal fetal thoraco-abdominal ultrasonography. In: R. C. Sanders, A. E. James. The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology. Appleton-Century-Crofts, New York, 1980. p. 169. — 10. *Lees, R. és mtsai: Sonographic appearance of duodenal atresia in utero. Am. J. Roentgenol. 1978, 131, 701.* — 11. *Loveday, B. J. és mtsai: The intrauterine demonstration of duodenal atresia by ultrasound. Br. J. Radiol. 1975, 48, 1031.* — 12. *Nelson, L. H. és mtsai: Value of serial sonography in the in utero detection of duodenal atresia. Obstet. Gynecol. 1982, 59, 657.* — 13. *Papp Z.: Genetikai betegséges prenatális diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1980.* — 14. *Pritchard, J. A.: Fetal swallowing and amniotic fluid volume. Obstet. Gynecol. 1966, 28, 606.* — 15. *Touloukian, R. J., Hobbins, J. C.: Maternal ultrasonography in the antenatal diagnosis of surgically correctable fetal abnormalities. J. Pediatr. Surg. 1980, 15, 373.* — 16. *Wesley, J. R., Mahour, G. H.: Congenital intrinsic duodenal obstruction. A twenty five year review. Surgery 1977, 82, 716.* — 17. *Zimmermann, H.: Prenatal demonstration of gastric and duodenal obstruction by ultrasound. J. Canad. Assoc. Radiol. 1978, 29, 138.*

(Tóth Zoltán dr., Debrecen, Pf. 37. 4012)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

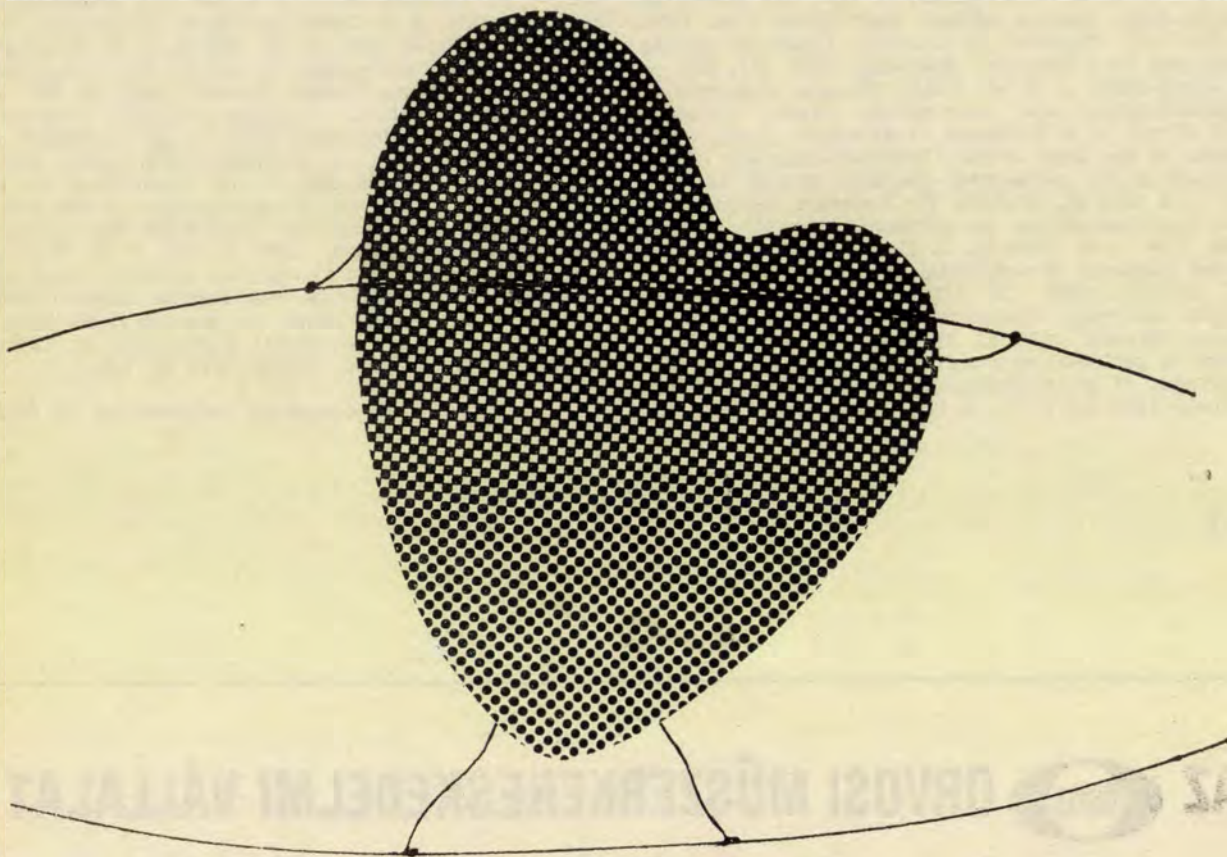
- | | |
|----------------------|--|
| Április 10–13 | Bemutató a Heves megyei Finommechanikai Vállalat egészségügy részére gyártott termékeiből, valamint egyéb ápolási eszközökből. |
| Május 7–10 | MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója |
| <hr/> | |
| Május 29–31 | OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a SOTE Elméleti Tömbjében (Bp. VII., Nagyvárad tér 4.). |
| Június 12–13 | „BÖRZE” Gyulán. Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő kőszleteiből. |

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

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!



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 hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK

- Hipertónia esetén önmagában vagy szaluretikummal,
- angina pectoris,
- különböző szívritmuszavarok,
- esszenciális keringési hyperkinesis,
- hypertrophias 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 terheseznek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA

Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3× $\frac{1}{2}$ 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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

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**

SZEKERES GYÖRGY DR.,
MINIK KÁROLY DR. ÉS
HAJNAL-PAPP ROZÁLIA DR.

Malignus histiocytosist utánzó reactiv haemophagocytoticus syndroma

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Kórbícnctani Intézet (igazgató Kelényi Gábor dr.)
Megyei Kórház, Miskolc
Pathológia Osztály (főorvos: Sótanyi Gábor dr.)
Szegedi Orvostudományi Egyetem
Kórbícnctani Intézet (igazgató: Ormos Jenő dr.)

Haemoblastosis három esetében (lymphoblastos malignus lymphoma, acut lymphoblastos leukaemia és differenciálatlan acut leukaemia) észleltek malignus histiocytosishoz hasonló, éretlen és atypusos haemophagocytoticus histiocytosist a nyirokszervekben és a csontvelőben fatalis kimenetellel. Mindazonáltal a morfológiai jellemzők és az immunohistochemiai leletek (kifejezett lysozym pozitívitas) alapján a histiocytosis reactiv jellegűnek tűnt. Feltételezik, hogy az éretlen, atypusos histiocytosis az immunosuppresszióban részesült betegekben virusfertőzésre kialakult elváltozás. Az újabb irodalmi adatok tükrében az elváltozás klinikai jelentőségét vitatják meg.

Reactive haemophagocytic syndrome mimicking malignant histiocytosis. In three cases of haematological malignancies (lymphoblastic malignant lymphoma, acute lymphoblastic leukemia and undifferentiated leukemia) a terminal haemophagocytic process resembling malignant histiocytosis with immature and atypical histiocytes was observed. The basic morphological features of the lymphoid organs and of the bone marrow, as well as the intense lysozyme reaction of the histiocytes in the three cases, however, were indicative of a benign lesion. It is suggested that this intense and to a certain degree atypical histiocytosis may be of reactive nature and the result of a viral infection in the immunocompromised patients. In the light of recent literature the clinical relevance of these findings are discussed.

Az irodalomban 1969 óta több olyan malignus lymphomás (ml) esetet ismertettek, melyeknél terminálisan, leggyakrabban az autopsia során felismert, malignusnak tűnő histiocytás folyamat alakult ki (6, 7, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 22, 25, 34, 35, 36, 39). Többségük elsődlegesen acut lymphoblastos leukaemia volt. A fatális kimenetelű histiocytosis az alapfolyamat felismerését követően 1–18 hónap, ill. 8 év múlva jelentkezett, és klinikailag relapsus gyanúját keltette.

A két folyamat, a ml és a terminális histiocytosis sajátságos kapcsolatának lehetséges okairól az alábbi elgondolások merültek fel:

1. A cytotoxicus kezelés a lymphomás-leukaemiás sejtek elpusztításával reactiv histiocytosist, a histiocyta-macrophag rendszer proliferációját válthatja ki (6, 36);

2. a leukaemiát okozó, ezideig ismeretlen onkogen tényező a tumorsejtek pusztulását követően

a histiocyták malignus burjánzását idézheti elő (36);

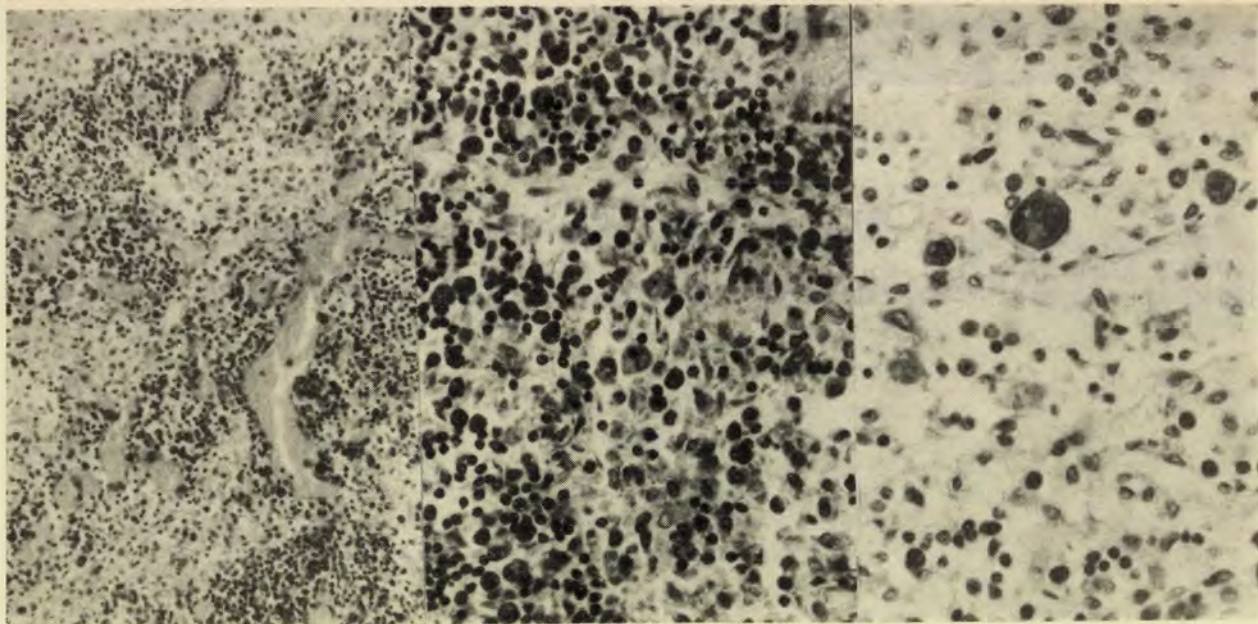
3. már elsődlegesen mindkét sejtvonal érintett, a lymphoma-leukaemia azonban korábban manifestálódik, ill. kerül felismerésre (36);

4. a két betegség sajátos kapcsolódása esetleg visszavezethető a T-sejteknek és a histiocytáknak az immunválaszban kifejtett kölcsönhatására (14, 36, 42);

5. egy feltételezett közös őssejt a terapiára érzékeny lymphoblastok elpusztulása után „vált” és egy másik sejtvonal, a therapia-resistens histiocyták kerülnek túlsúlyba (15, 22, 34, 36);

6. egy ismeretlen, és utólag már nem meghatározható fertőző kórokozó (virus) válthatja ki a histiocytás reakciót (25).

A ml-hoz, haemoblastosisokhoz csatlakozó histiocytosisal kapcsolatban differenciál-diagnosztikailag az alábbi megbetegedések jöhetnek szóba: malignus histiocytosis (1, 24, 30, 31, 41, 42), histiocytosis X (3, 42), tárolási betegségek (5, 31), Desombes-Rosai-Dorfman syndroma (4, 33), virus-as-



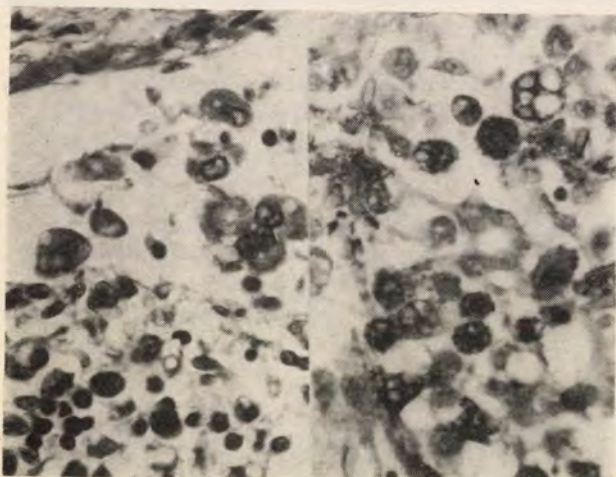
1. ábra: (1. sz. eset) Kifejezett sinus histiocytosis, a histiocyták közt Sternberg-Reed sejtekre emlékeztető atypusos sejt (c). (HE, a: 50 x, b: 100 x, c: 200 x)

socialt haemophagocytoticus lymphohistiocytosis (17, 29), mononucleosis infectiosa (20, 40).

Korábban ismertetett esetünk kapcsán (25) figyeltünk fel több olyan ml-s, ill. egy pontosan nem meghatározható típusu leukaemiás esetre, melyeknél az autopsia kórszövettani leleteinek előterében kifejezett, szembetűnően atypusos histiocyta proliferatio állott massiv erythrophagocytosissal. Az esetek részletesebb értékelését egyrészt azért gondoljuk fontosnak, mert ezekben a malignus histiocytosis és a reactiv histiocytosisok elkülönítése döntő a klinikum (therapia) szempontjából, másrészt ismertetésük kapcsán sor kerülhet előben felismert esetek részletesebb vizsgálatára és megfelelő gyógykezelésére.

Esetismertetés

1. K. J., 8 éves fiú, halála előtt 5 hónappal herpangina, anaemia, hepatomegalia, dyspnoe, hasi fájdalom tüneteivel kezdődött megbetegedése. Appendix

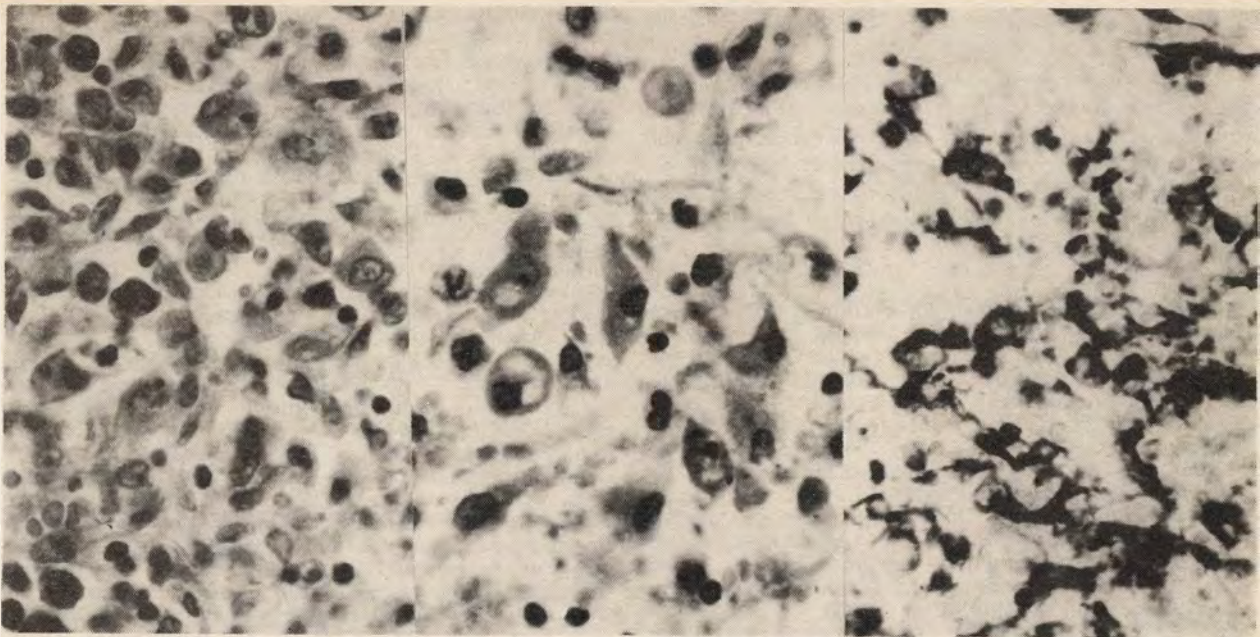


2. ábra: (1. sz. eset) Sinus histiocytosis kifejezett erythrophagocytosissal. (a: lysozym, b: alpha-1-antichymotrypsin, immunoperoxidase, 300 x)

kórszövettani vizsgálata kifejezett malignitású Burkitt típusú lymphoblastos ml-t állapított meg. Ekkor a csontvelő kiterjedten infiltrált volt, azonban a vérvéké mérsékelt pancytopenia mellett megtartottnak tűnt. Az alkalmazott combinált cytostaticus és corticosteroid kezelés hatására remissióba került. Halála előtt 10 nappal lázas állapotban, pneumonia, hydrothorax, diffúz hasi érzékenység, hasi tumor tüneteivel került ismét felvételre. Boncolásnál vérzékenység, massiv lymphadeno- és hepatosplenomegalia leletei állottak előterében. Szövettani vizsgálatok során a nyirokcsomókban, csontvelőben részben necrosisokkal tarkított, kifejezett malignitású Burkitt típusú ml szöveti képe látszott, részben pedig igen kifejezett erythrophagocytosis mutató, atypusos jellegű histiocytosis volt megfigyelhető elsősorban a megtartott nyirokcsomó sinusoidokban (1. ábra), lépben és csontvelőben. Az alapbetegség és a histiocytosis mellett myeloid metaplasziás góccok is megfigyelhetőek voltak. A histiocyták közt számos atypusos alak volt jelen, egyesek Sternberg-Reed sejtekre emlékeztettek (1. ábra). A histiocyták indirekt immunoperoxidase eljárással (2, 13, 27, 38) változatos erősségű lysozym, alpha-1-antitrypsin és alpha-1-antichymotrypsin pozitívitást (2. ábra), gyenge savi phosphatase és mérsékelt, nem specifikus esterase reakciót mutattak (12, 41), cytoplasmájuk Marshall (1948) módszerével (21) változó intenzitással ezüstözhető volt (3. ábra).

2.: G. G., 2 éves fiú, halála előtt 5 hónappal súlyos anaemia, peripheriás mononuclearis sejtszaporulat kapcsán végzett kivizsgáláskor derült fény acut lymphoblastos leukaemiájára. A cytostaticus, corticosteroid és supportiv kezelés eredményeként remissióba került. Halála előtt 12 nappal láz, stomatitis aphthosa, enteritis tünete miatt került ismételt felvételre. Ekkor pancytopenia, pneumonia, sepsis uralták a klinikai képet. Boncolás során septicus szervváltozások és vérzékenység állottak a leletek előterében. Szövettanilag leukaemiára utaló infiltratumokat nem észleltünk, ezzel szemben kifejezett, részben atypusos jellegű histiocytosis mutatkozott. A histológiai és immunohistochemiai leletek megegyeztek az 1. sz. esetben látottakkal. Itt is igen kifejezett erythrophagocytosis tűnt szembe, nagy számú, éretlennek tűnő histiocytával, azonban a nyirokszervek alapszerkezete megtartott volt.

3.: Ö. F., 8 éves fiú, halála előtt két hónappal felső légúti fertőzés szövődeményeként kialakult víruspneumoniára utaló tünetekkel került felvételre. A sú-



3. ábra: (1. sz. eset) A histiocyták az igen kifejezett erythrophagocytosis (a) mellett változatos erősségű nem specificus esterase reactiot adtak (b) és Marshall (1948) módszerével ezüstözhetőek voltak (c). (a: HE, b: nem specificus esterase, c: ezüstözés, 250 x)

lyos hipoxia miatt intensiv kezelés vált szükségessé. A haematológiai vizsgálatok acut leukaemiát igazoltak, mely nagy valószínűséggel lymphoid jellegű volt, bár teljes biztonsággal nem volt kizárható esetleges monoblastos eredet lehetősége sem. Cytostaticus, corticosteroid és supportív kezelésben részesült. Klinikailag részlegesnek tűnő remissiót sikerült elérni. Légzési elégtelenség tünetei közt halt meg. Boncolásnál súlyos tüdővízenyő, hydrothorax állott a leletek előterében mérsékelt hepatosplenomegalia és hasi lymphadenomegalia mellett. Szövetani vizsgálatok során a nyirokszervekben és a csontvelőben súlyos sejtlepletio mellett kifejezett atypusos sejtalakokkal tarkított histiocytosis látszott. Az enzym- és immunohistochemiai reakciók előbbi két esettel megegyezőek voltak. Leukaemiás szervi infiltratumok nem mutatkoztak.

Megbeszélés

Az ismertett mindhárom esetre jellemző, hogy az alapbetegség diagnózisát követően másodlagosan az autopsia kapcsán megfigyelt terminális histiocyta proliferatio a vizsgált szervek (nyirokcsomók, lép, csontvelő) alapszerkezetét nem pusztította el teljesen, így benignus, reactiv jellegű elváltozásnak tűnt. Ezt azért is hangsúlyoznunk kell, mert a histiocyter sejtek közt nagy számban voltak éretlenebb, atypusos, helyenként bizarr alakú maggal bíró sejtek, az 1. sz. esetben Sternberg-Reed sejtekre emlékeztető formák. A histiocyter elemek legszembetűnőbb sajáttsága az igen kifejezett erythrophagocytosis volt. Emellett intensiv lysozym, alpha-1-antitrypsin és -antichymotrypsin positivitást, változó erősségű savi phosphatase és nem specificus esterase reactiót mutattak. Ezen leletek is a histiocyter proliferatio reactiv, ill. érettebb volta mellett látszanak szólni (2, 19, 38, 41). Az irodalomban ismert esetek közt sokban volt hasonló, egyértelműen reactiv kép (8, 18, 19, 25), míg több közlemény veti fel malignus histiocytosis lehetőségét az észlelt morfológiai atypia és a fatális kimenetel alapján (6, 7, 10, 15, 22, 34, 35, 36). A

histiocyter proliferatio reactiv vagy atypusos voltának eldöntése azért is problematikus, mert a malignus histiocytosis ritkán cytológiailag meglepően kiért formában jelentkezhet (2, 24, 38, 41). Mindezek mellett felmerült annak lehetősége is, hogy a malignus histiocytosisoknak tartott esetek egy része vírusos eredetű lehet, és a reactiv és az atypusos histiocyter proliferatio közötti határ esetleg nem mindig éles, jöllehet elkülönítésüknek komoly therapiás jelentősége lenne (9, 11, 18, 19, 20, 23, 26).

Pathogenetikai vonatkozásban két lehetőség tűnik a legvalószínűbbnek:

1. A therapia kiváltotta sejtpusztulás eredményezhet relatív és absolut reactiv jellegű histiocytosist (6, 15, 36), amit az esetek többségében az időbeli lefolyás igazolni látszik. Kétségtelen ugyanakkor, hogy nagyszámú, cytostaticumokkal kezelt esetben a súlyos csontvelődepletio dacára sem észlelünk atypusos histiocyter proliferatiót.

2. Lehetőségként merül fel vírusfertőzés is, mely a csökkent védekezőképességű szervezetben alakulhat ki. Erre utalhat a nagyfokú hasonlóság a VAHS-val (9, 19, 32), valamint az a tény, hogy mindhárom esetben a kórelőzményben valamilyen vírusfertőzésre utaló klinikai észlelet szerepelt (herpangina, stomatitis, viruspneumonia).

Legvalószínűbbnek az tűnik, hogy az alapbetegséget kísérő immunodeficiens állapot, amit a cytotoxicus, immunosuppressív kezelés súlyosbíthat, lehetőséget ad vírusfertőzésre és az ezzel kapcsolatos atypusosnak tűnő histiocyter proliferatióra (4, 17, 29, 32, 33). Hogy vírusfertőzések atypia gyanút keltő morfológiai elváltozásokat eredményezhetnek, például mononucleosis infectiosa kapcsán jól ismert (20, 40).

Itt említhetjük meg, hogy Hodgkin-kórban és nem-Hodgkin ml-kban epitheloidsejtes, sarcoid-szerű granulomák jelentkezhetnek, melyek valószínű-

en immunodeficiens állapothoz társuló nem specifikus reactio eredményei (28, 37).

A pathogenezis pontosabb megítélése részletes klinikó-pathológiai, histopathológiai, különösen pedig virológiai vizsgálatok segítségével lehetséges, aminek természetesen az élőben történő felismerés az előfeltétele. Ezt támasztja alá az ezideig egyetlen időben felismert és feltételezhetően megfelelően kezelt eset remissiója (19).

IRODALOM: 1. *Bárdosi A.*: Malignus histiocytosis klinikopathológiai vonatkozásai; *Morph. Ig. Orv. Szle.*, 1982, 22, 41. — 2. *Bárdosi A. és Szekeres Gy.*: Lysozym kimutatása malignus histiocytosisban indirekt immunoperoxidase módszerrel; *Morph. Ig. Orv. Szle.*, 1982, 22, 47. — 3. *Bökkerink, J. P. M. és deVaam, G. A. M.*: Histiocytosis X; *Eur. J. Pediatr.*, 1980, 135, 129. — 4. *Buchino, J. J. és mtsai*: Disseminated sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy; *Arch. Path. Lab. Med.*, 1982, 106, 13. — 5. *Burns, G. F. és mtsai*: Surface marker and other characteristics of Gaucher's cells; *J. Clin. Path.*, 1977, 30, 981. — 6. *Chowdhury, L. N. és mtsai*: Postirradiation malignant fibrous histiocytoma of the lung; *Am. J. Clin. Path.*, 1980, 74, 820. — 7. *Clark, B. S. és Dawson, P. J.*: Histiocytic medullary reticulosis presenting with a leukemic blood picture; *Am. J. Med.*, 1969, 47, 314. — 8. *Costa, J. és mtsai*: Peripheral T-cell lymphoma with pulmonary involvement and erythrophagocytosis mimicking malignant histiocytosis; *Lab. Invest.*, 1980, 42, 108. — 9. *Davson, J.*: Histiocytic medullary reticulosis and virus-associated haematophagocytic syndrome; *Lancet*, 1982, II, 722. — 10. *Heaton, A. and Kahn, L. B.*: Acute lymphocytic leukaemia terminating in malignant histiocytosis; *S. Afr. Med. J.*, 1980, 57, 502. — 11. Histiocytic medullary reticulosis (Ed.); *Lancet*, 1983, I, 455. — 12. *Horwitz, D. A. és mtsai*: Identification of human mononuclear leukocyte populations by esterase staining; *Clin. Exp. Immunol.*, 1977, 30, 289. — 13. *Isaacson, P. és mtsai*: Alpha-1-antitrypsin in human macrophages; *J. Clin. Path.*, 1981, 34, 982. — 14. *Kadin, M. E.*: T-gamma cells; *Human Path.*, 1981, 12, 771. — 15. *Karcher, D. S. és mtsai*: Malignant histiocytosis occurring in patients with acute lymphocytic leukaemia; *Cancer*, 1978, 41, 1967. — 16. *Krasznai, G. és mtsai*: Granulomatous giant cell reticulosis associated with cases of treated leukaemia; *J. Clin. Path.*, 1967, 20, 841. — 17. *Ladisch, S. és mtsai*: Immunodeficiency in familial erythrophagocytic lymphohistiocytosis; *Lancet*, 1978, I, 581. — 18. *Liu Yin, J. A. and Catovsky, D.*: Histiocytic medullary reticulosis-like syndrome in a child with acute

dullary reticulosis-like syndrome in a child with acute *Mallick, N. P. and Davson, J.*: Is histiocytic medullary reticulosis a fatal form of infectious mononucleosis?; *Lancet*, 1981, II, 43. — 21. *Marshall, A. H. E.*: A method for demonstration of reticuloendothelial cells in paraffin sections; *J. Path. Bact.*, 1948, 60, 515. — 22. *Marshall, A. H. E. and Revell, P. A.*: Malignant histiocytosis with associated „reticulum celled sarcoma”; *J. Path.*, 1977, 122, 9. — 23. *Martelli, M. F. és mtsai*: Is histiocytic medullary reticulosis an infectious disease?; *Lancet*, 1982, II, 446. — 24. *Meister, P. és mtsai*: Malignant histiocytosis; *V. A. A.*, 1980, 385, 233. — 25. *Minik K. és mtsai*: Lymphoblastos malignus lymphoma terminalis reactiv histiocytosis; *Morph. Ig. Orv. Szle.*, közlés alatt. — 26. *Molyneux, M. E. és mtsai*: Histiocytic medullary reticulosis in Africa; *Lancet*, 1978, II, 1202. — 27. *Nathrath, W. B. J. and Meister, P.*: Lysozyme and alpha-1-antichymotrypsin as immunosuppl. XXV. S. 1982, 69. — 28. *Neiman, R. S.*: Incinohistochemical tumor markers; *Acta Histochem. et importance of splenic sarcoid-like granulomas*; *Arch. Path. Lab. Med.*, 1977, 101, 518. — 29. *Perry, M. C. és mtsai*: Familial erythrophagocytic lymphohistiocytosis; *Cancer*, 1976, 38, 209. — 30. *Podányi B. és mtsai*: Börtünetekkel társult histiocytosis maligna; *O. H.*, 1978, 119, 2633. — 31. *Rappaport, H.*: Tumors of the hematopoietic system; In: *Atlas of tumor pathology*, Ed.: *Koss, L. G.*, Washington D. C., A. F. I. P., 1966. — 32. *Risdall, R. J. és mtsai*: Virus-associated hemophagocytic syndrome; *Cancer*, 1979, 44, 993. — 33. *Sauvaget, J. és mtsai*: Histiocytose sinusale hémophagocytaire ou syndrome de Destombes-Rosai-Dorfman; *Nouv. Presse Med.*, 1982, 11, 985. — 34. *Shreiner, D. P.*: Acute lymphoblastic leukemia terminating as histiocytic medullary reticulosis; *J. A. M. A.*, 1975, 231, 838. — 35. *Skarin, A. T. és mtsai*: Acute leukaemia terminating in histiocytic medullary reticulosis; *Arch. Path.*, 1972, 93, 256. — 36. *Starkie, C. M. és mtsai*: Histiocytic medullary reticulosis following acute lymphoblastic leukaemia; *Cancer*, 1981, 47, 537. — 37. *Szekeres Gy. és Deák Gy.* A lép pathohistológiai elváltozásai nem-Hodgkin típusú malignus lymphohistiocytosisban; *Morph. Ig. Orv. Szle.*, 1982, 22, 109. — 38. *Szekeres, G.*: Lysozym und Alfa-1-Antitrypsin in histiocytosis; *Zbl. Allg. Path. Anat.*, 1983, 127, 146. — 39. *Trubowitz, S. és mtsai*: Null cell acute lymphoblastic leukaemia as malignant histiocytosis; *Am. J. Clin. Path.*, 1972, 58, 607. — 40. *Vilpo, J. A. és mtsai*: Cytological and functional characterization of three cases of malignant histiocytosis; *Cancer*, 1980, 46, 1795. — 41. *Watanabe, S. és mtsai*: Malignant histiocytosis and Letterer-Siwe disease; *Cancer*, 1983, 51, 1412.

(Szekeres György dr., Pécs, Szigeti út 12. 7643)

Köszöntés

Gerő Sándor 80 éves



A tanítványok, munkatársak és a magyar orvostársadalom nevében tisztelettel köszöntöm Gerő Sándor egyetemi tanárt 80 éves születésnapján.

Gerő professzor 56 éves orvosi tevékenységét részben a budapesti Szabolcs utcai Kórházban, részben a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen fejtette ki.

Kórházi munkája során — 1928-tól 1948-ig — a betegellátásban, a diagnosztikában és terápiában szerzett nagy gyakorlatot. Ehhez kapcsolódóan szakirodalmi tudása, ötletessége biztosította, hogy a betegek állapotának felismerésében, megítélésében nyugodt, határozott álláspontot képviselhesen.

Oktató-nevelő munkáját, az orvosok képzését és továbbképzését fáradhatatlan lelkesedéssel végezte. 1948-tól 1951-ig a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belklinikájának egyetemi tanársegéde, majd adjunktusa volt. 1951-től a III. Belklinikán dolgozott, 1959-től 1974-ig e klinika tanszékvezető egyetemi tanára volt. 1973-ban önálló kutatócsoportot hozott létre az arteriosclerosis pathogenesisének tanulmányozására. Az Arteriosclerosis Kutatócsoportot azóta is vezeti, irányítja.

Az elmúlt évtizedek alatt a vezetése alatt álló klinikáról hat professzor, hét vezető főorvos került ki. Munkatársai közül huszonnégyen védték meg kandidátusi értekezésüket, négyen pedig az orvostudományok doktorai lettek.

Tudományos érdeklődésének középpontjában az arteriosclerosis elméleti és klinikai problémáinak tanulmányozása áll. E téren elért eredményei nemzetközileg elismertek. Fő megállapításai három kérdés köré csoportosíthatók: a) Az uralkodó lipid koncepcióval szemben az érfal kötőszöveti elváltozásainak elsődlegességét bizonyította. E vizsgálatok során nyilvánvalóvá vált, hogy az érfalban a lipid lerakódás másodlagos. b) Munkatársaival együtt végzett kísérletei során specifikus komplex képződést mutatott ki a károsodott érfal alapanyagáa, a mucopolysaccharidok és a béta-lipoprotein között. c) Elsőként hívta fel a figyelmet az immunológiai tényezőkre az aorta és érrelváltozások kialakulásában.

Pályafutása alatt eddig 164 tudományos közleménye jelent meg, döntő részben nemzetközi szaklapokban. Tudományos munkássága értékét bizonyítja, hogy publikációira számos rangos külföldi szerző is hivatkozik.

Gerő professzor a gyógyító, oktató és tudományos munka mellett aktívan vett részt a tudományos közéletben is. Elképzelése és szellemi irányítása alapján alakult meg a Magyar Arteriosclerosis Társaság, melynek mintegy 10 éven át elnöke volt, s ma is tiszteletbeli elnöke. Vezetőségi tagja a Gerontológiai Társaságnak. Az American College of Cardiology (Washington), a Royal Society of Medicine (London) fellowja, a Société de Athérosclérose (Paris) tagja, a Lengyel Kardiológiai Társaság tiszteletbeli tagja. Választott vezetőségi tag az Európai Arteriosclerosis Társaságban. Éveken át szerkesztőbizottsági tagja volt az Elsevier kiadásban megjelenő Atherosclerosis című folyóiratnak.

E sikerekben gazdag életút jelzi, hogy Gerő Sándor professzor kiváló egyéni adottságait a betegek gyógyítására, az orvosok nevelésére és az orvostudomány művelése érdekében használta fel. 80. születésnapján jó egészségét, s eredményekben gazdag további munkásságot kívánok tanítványai és munkatársai nevében.

Febér János dr.

MEGJELENT

NÉPEGÉSZSÉGÜGY 1983. 6. szám

- Zsolnai Béla dr.: A szülészeti eseményekhez társult anyai halálozás 1981-ben.
- Tényi Jenő dr.: A kórházak szakmai irányító szerepe a terület egészségügyi alapellátásában.
- Borsányi Gábor dr. és Nagy Ilona: Néhány gondolat a gondozás eredményességének vizsgálatához.
- Iványi János dr.: Az orvostanhallgatók kórházi gyakorlati képzésének 10 éves tapasztalatai.
- Szilasi Anna dr., Ajkay Zoltán dr., Müller László dr., Horváth Rózsa dr., Bárszony Tiborné, Kiss Péter, Kádár János és Tényi Jenő dr.: A számítógép szerepe a tömeges szűrővizsgálatok lebonyolításában.
- Koncz József dr.: A bölsődéi igazgatóság szervezésének és működésének tapasztalatai.
- Kardos Andor dr.: Néhány gondolat a bölsődék célszerűbb üzemeléséről.
- Bondár Eva, Fedinecz Sándor dr., Vilusz Lászlóné dr. és Vittay Katalin: Egészségügy az Egyesült Királyságban.
- Cselkó László dr.: Az afrikai kontinens mentőellátásának áttekintése.
- Wilhelm Ottó dr. és Csombók Eva: Iskoláskorúak kövérségének gyakorisága Székesfehérváron.

MAGYAR RADIOLOGIA 1983. 6. szám

- Baum M. dr.: Időszerű gondolatok az emlőrák kezeléséről.
- Kander Zoltán dr., Steffek Mária dr., Balla Sándor dr. és Zámori Csaba dr.: Lumbalis aortográfiával kombinált aortaív feltöltés.
- Kovács Katalin dr. és Forgon Judit dr.: Az operált gyomor kettős kontrasztos vizsgálata Glaucaagon hypotoniában.
- Vajda János dr., Böhm Klára dr., Somogyi Jenő dr., Schanz Antal dr. és Palkó András dr.: A colitis ulcerosa és a kettős kontraszt vastagbélvizsgálata.
- Kovács Eleonóra dr., Morvay Márta dr., Kelemen János dr.: Nyelési panaszokat okozó acut retropharyngealis tenidinitis.
- Horváth Miklós dr., Nagy István dr.: Az agyi angiográfia idején fellépő aneurysma repedésről.
- Széplaki Zoltán dr., Tóth Gábor dr. és Antóny Miklós dr.: Szcintigráfias vizsgálatok progresszív multifocalis leukoencephalopathiában és leukodystrophiában.
- Kodaj Imre dr. és Szalay János dr.: Hossz-fej index. Kontrollparaméter a terhesség első felében végzett ultrahangvizsgálatokhoz.

KISERLETES ORVOSTUDOMÁNY 1983. 6. szám

- Kulcsár András, Gergely Judith, Weisz György, Udvardy Miklós: Májfunkciók vizsgálata kombinált kontraceptívumok adagolása után patkányban.
- Bernát Sándor Iván, Andrási Andor, Belezai Iván: A vasszélvadász indirekt vizsgálata kobalt-extrációs módszerrel.
- Dankó István, Florian Gerhard, Claus Hammer, Walter Brendel, Török Béla: Aspirációs citológiai vizsgálatok farkas vése-xenograftok sorsának nyomonkövetésére Cyclosporin A kezelés mellett.
- Stéter Lídia, Tencsev Hrisztov, Fekete Sándor, Romics László, Fehér János, Gráf Ferenc: „A szérum és granulocita béta-glukuronidáz aktivitás vizsgálata hiperlipidaemia és steatosis hepatisis együttes előfordulása esetén.
- Guth János, Idei Miklós, Menyhárt János: Ovarialis eredetű, a terhes méh működését gátló anyagok részleges tisztítása.

Csabina Sándor, Csongor József, Konya László, Gróf Pál, Szóór Árpád: A DTNB-kezelés hatása az aktomozin szuperprecipitációjának és ATPáz aktivitásának érzékenységére.

- Pajor Attila, Gróf József, Idei Miklós, Menyhárt János: Myometrium működését in vivo gátló fakor kimutatása emberi magzatvízből.
- Adám Éva, Nász István: A hexonok és a polipeptid alegységek elrendeződése az adenovirus kapszidban.
- Kéry Lajos, Lónárt György: A sérült epi- és metaphysis regenerációja, növekvő nyulak tibijának proximális végén.
- Csilik Bertalan, Knyihár Erzsébet, Szendrei Kálmán, Szűcs Attila, Bezegh Attila, Kovács Annamária, Por István, Tajti János, Záborszky Zita, Fekete György: Mikrotubulus-gátlók hatása a primer érző neuron transecelluláris szabályozási mechanizmusára.
- Kékei Violella, Rablóczy György, Juhász Nagy Sándor: Bizonyíték az alfa-adrenoreceptorok izalmára is situ kutyaszív koszorúerein a dopaminnal kiváltható általános keringési válaszban.
- Czinner Antal, Bedő Magdolna, Tichy Mária: Kardiovasculáris rizikófaktorok vizsgálata kóvér és normálsúlyú fiatal patkányokban.
- Gábor Miklós, Bálint Gábor A., Varró Vince: A cimetidin és a 3-0-metil-(+)-katechin interakciója.
- Bagdy Dániel, Barabás Éva, Diószegi Marianna, Sebestyén László, Bajusz Sándor, Széll Erzsébet, Amtmann Mária: Tripeptiddehidiek in vitro és ex vivo hatása a vérárvadásra.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 7. szám

- Leel-Ossy Loránt dr.: Az agyvérzések pathogenézise és patológiája.
- Lípcsey Attila dr., Nagy Endre dr., Bujna Anna dr.: Néhány tanulság az úgynevezett bipolaris-II. depresszió körisméjű betegeinknél.
- Janáky Márta, Benedek György, Alföldi Péter, Rubicsek György: Mintázott fényingerléssel kiváltott látókérgi válaszok jellegzetességei.

MUNKAVÉDELEM, MUNKA- ÉS ÜZEMEGÉSZSÉGÜGY 1983. 7-9. szám

- Bársony Istvánné: Áttekintés a munka- és védőruhákkal szemben támasztott követelményekről.
- Márkus Péter: Intermittáló lakatosüzemi zajok hosszűdeji mérési metodusa a dolgozók halláskárosodási kockázatának statisztikai meghatározásához.
- Zsögön Éva dr.—Béleczky Lajos dr.—Groszmann Mária dr.—Szokolczai Éva dr.: A textilipar munka- és üzemegészségügyi helyzetének elemzése.
- Kákócs Tibor dr.—Szepesi László dr.—Gébert Pál: Traktorosok és munkagépkezelők felsővégtagi vibrációs ártalmai.
- Timár Miklós dr.—Kabai János dr.—Horkay Ferenc dr.—Groszmann Mária dr.—Ormos György dr.—Süveges Máténé —Grónai Éva dr.—Barna Tibor dr.: Kadmium expozíció, hatása a veseműködésre.
- Selyes András dr.—Nagymajtényi László dr.—Berenesi György dr.: Az aerogén higany expozíció mutagén és fototoxikus hatásának vizsgálata egéren.
- Kárpáti Judit—Kőhegyi Imre dr.—Boscor Ernő dr.: A szénbányászati porvizsgálat néhány higiénés kérdése. A gyakorlat kérdéseiről.
- Slezák Zita dr.—Pejtsik Judit dr.—Juhász Márta dr.: Hypertónia szűrés és gondozás üzemben.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 8. szám

- Dóczy Tamás, Sean O'Laire, James Ambrose, Rajtár Mária, Motika Dezső, Tarján János, Huszka Endre, Fényes György: Az agyi kapilláris rendszer

- jelentősége aneurysma rupturából származó subarachnoidális vérzésekben.
- Kopp Mária dr.: Vegetatív labilitás és tájékozódási reakció.
- Tárczy Miklós: Parkinson szindrómás betegek motoros teljesítményének kvalitatív és kvantitatív vizsgálata, különös tekintettel az „on-off” jelenségre.
- Perényi András dr., Bagdy György dr. és Arató Mihály dr.: Jumex alkalmazása neuroleptikus parkinsonizmusban.
- Révész Tamás dr., Gyórvári Katalin dr., Klement Katalin dr., Rózsa András dr. és Lípcsey Attila dr.: A tranziens globális amnéziáról.

FOGORVOSI SZEMLE 1983. 8. szám

- Pataky L. dr., Cseh L. dr. és Kreizinger B. dr.: Felső nagymetszők oldalágainak jelentősége az endodonticában és a fogészetben.
- Tóth K. dr. és Sugár E. dr.: Megjegyzések a fluorid tabletták alkalmazhatóságához a fogszuvasodás megelőzésében.
- Végh T. dr.: Az acro-osteolysis szindróma fogászati vonatkozása.
- Rígo O. dr. és Bánóczy J. dr.: Az exfolatív cytologia alkalmazhatósága fog- és ínyápolástervezési vizsgálatokhoz.
- Domonkos Gy. dr. és Dénes J. dr.: Elasztikus kötések alkalmazása a fogszabályozásban.
- Gáspár L. dr. és Szabó Gy. dr.: Az elektronikus fájdalomcsillapítás alkalmazási lehetősége az arcízület-fájdalmak kezelésében.
- Hodács L. dr., Pintér E. dr., Brittig F. dr. és Faragó L. dr.: Parapharyngealis schwannoma esete.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 9. szám

- Szobor Albert dr., Vajlok Mária dr., Jakschitz Györgyné v. m. és Fornádi László dr.: Myasthenia gravis: Plasmapheresis kezelés hatása. Előzetes közlemény tíz beteg kezeléséről.
- Ungvári Gábor dr.: A bőrférgesség-téboly neuroleptikus kezelése.
- Köves Péter dr., Halász Péter dr., Nikodémusz József dr.: Lassan növekvő agyalapi férfoglaló olyomatot kísérő insomnia követése alvászvizsgálatokkal.
- Tariska Péter dr. és Rajna Péter dr.: Az időse korban először jelentkező italis confusio elektroklinikai tünetcsoportja.
- Gács Gyula, Rakonczay Gyula és Király Miklós: A teljes gerinc myelographiája lumbalis befecskendezett Ampaque-kal.
- Czimmermann Márton dr.: Huntington-chorea Közép-kelet-Erdélyben.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA 1983. 9. szám

- Németh Tibor, Vadász Imre: Az 1980. évi tüdőgümőkór recidívák orvosi-szociológiai elemzése.
- Kiss János István, Schnitzler József, Kiss I. Sándor: Gümőkór miatt végzett műtéteink az 1977-1981-es években.
- Strausz János, Csikós András, Lapis Károly: Adatok a pulmonalis alveolaris proteinosis etiológiájához.
- Nyiredy Géza, Ferenczy Sándor, Beke Csaba, Varga Márta: Növényi eredetű hörgőkő.
- Pálffy Gyula, Földes Ferenc, Forrai István, Kulka Frigyes: Az exploratív thoracotomiával inoperábilisnak minősített hörgőcarcinomás betegek túléléséről.
- Kozma Dezső, Mihalik Péter, Salamon Éva, Komán András: Enzimvizsgálatok értéke Rifampicinnel kezelt alkoholista és szokványivó tbc-s betegek-nél.
- Cserhádi Endre, Gegesi Kiss Anna, Póder György, Mezei Gyöngyi, Kelemen József, Puskás Júlia: Mellkasdeformitás és asthma bronchiale.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az öngyilkosság-megelőzés és krízisintervenció 12. Nemzetközi Kongresszusa (1983. okt. 2—5. Caraballeda, Caracas).

Az International Association for Suicide Prevention (IASP), az öngyilkosság-megelőzés érdekében alakult nemzetközi szervezet 12. kongresszusát Venezuelában, Caracas egyik tengerparti üdülőnyegyedében, Caraballedában tartotta. A szervezet 1960-ban alakult meg a bécsi Erwin Ringel kezdeményezésére, aki ma az egyesület örökös tiszteletbeli elnöke. 1965-től két-évenként vannak kongresszusai, a legutóbbi 1981-ben Párizsban volt (erről az Orvosi Hetilapban részletesen beszámoltam). A 12. kongresszus megrendezését a Venezuelai Pszichiátriai Társaság vállalta. A társaság a dél-amerikai kontinens egyik kiemelkedő szakmai társulása. Vezetői — mint a világon mindenütt — a hivatalos, intézményes, organikus szemléletű pszichiátria képviselői. Ezt azért kell hangsúlyozni, mert a 12. kongresszus megrendezése csak a venezuelai gyógyszerárak támogatásával volt megoldható, és ezt a támogatást csak a klasszikus pszichiátria egyesületei szerezhetik meg manapság. Kedvező körülmény volt még Venezuelában, hogy az ország most ünnepelte nagy fiának, szinte egész Dél-Amerika felszabadítójának Simon Bolívarnak 200. születésnapját. A caracasi születésű nemzeti és nemzetközi hős ünneplésének része lett ez a kongresszus is, és ez egyben állami támogatást is biztosított.

Az IASP kongresszusai általában nagyszabású világkongresszusok, 1977-ben Helsinkiben a résztvevők száma meghaladta, 1981-ben Párizsban megközelítette az ezret. A rendezők most eleve kisebb létszámra számítottak, hiszen Venezuelába nem könnyű — nem olcsó — eljutni azokból az országokból, ahol szuicidológiai kutatás és öngyilkosság-megelőző munka folyik. Valóban a kongresszusnak összesen 260 főnyi létszáma volt, a külföldi résztvevők alig haladták meg az ötvenet. Csak az öngyilkosság-megelőzés ügyének néhány lelkes elkötelezettje, továbbá az IASP vezetőségének tagsága és az öngyilkosság néhány ismert kutatója volt jelen. Általában egy-egy országból csak egy ember, vagy legfeljebb kettő-három. A résztvevők listája így is a tématerület legfontosabb neveit foglalja magában: USA-ból *Norman Farberow, Jerome Motto, Robert Littman*, Angliából *Peter Sainsbury, Nat Smith* és *Michael Kerfoot*, Franciaországból *Jean-Pierre Soubrier*, Spanyolországból

Blanca Sarro, Svájcban *Walter Pödingler*, Ausztriából *Erwin Ringel*, Norvégiából *Nils Retterstøl*, a skandináv országok koordinált öngyilkossági kutatásának vezetője, Hollandiából *René Diekstra* volt jelen, kis finn delegációt hozott *Kallé Achte*, és számos más kanadai, svéd, nyugatnémet, és észak-amerikai résztvevő mellett kiváló szakemberek voltak Mexikóból és neves kutatók képviselték Argentínát (*Nasim Yampey*) és Brazíliát (*Luis Miller de Paiva*). Több karibi országból is voltak résztvevők. Összesen 24 országból jöttek vendégek. A szocialista országokból egyedül én vettem részt a kongresszuson.

A szervezők mindent elkövettek, hogy a kongresszus jól sikerüljön. A nyitó előadásokra, a kerekasztalokra és szimpozionokra felkért előadókat nyertek meg, és nem törekedtek arra, hogy minden résztvevő előadjon vagy szerepeljen. Így is kb. 100 szereplés (előadás vagy kerekasztalban, szimpozionban levő megnyilvánulás) történt a kongresszus négy napja alatt. A kongresszus színhelye igen szép és családias volt. Caraballeda Caracas belvárosától kb. 50 kilométerre a tengerparton fekvő nyaralóhely, számos hatalmas szállóval, yachtkikötővel. Az egyik nagy szálloda, a Melia International nevezetű nemzetközi hoteláncolat Melia Caribe nevű szállodája adott otthont a kongresszusnak. Itt légkondicionált, kitűnő helyiségek álltak rendelkezésre, a kongresszuson résztvevők itt együtt lakhattak, szabad időben volt mód strandolni a hotel medencéjében (a tengeri fürdőzéstől lebeszéltek, nem a cápaveszély, hanem a nagymértékű vízszennyezettség miatt), és lehetett gyönyörködni a csodálatos tájban. Caraballeda közvetlenül azoknak a hatalmas, őserdővel borított, vad völgyekkel szabdalt hegyeknek lábánál van, amelyek a másik oldalról Caracas városát veszik körül. Októberben Venezuelában már vége a nyárnak, az esős évszak kezdődik, ezt azonban egyelőre csak arról lehetett észrevenni, hogy a hatalmas hegyek csúcsa már többnyire felhőkben volt, néha börtortalanul, néhány percre eső is eleredt, de a hőmérséklet még jóval 35 fok felett volt, a nap perzselt, ha sütött, és a levegő igen párás volt. Caraballeda maga teli van különleges virággal, pálmákkal, nem is olyan messze a település szélétől lajhárokat láttam a fákon.

A rendezők tudatosan törekedtek arra, hogy a résztvevők minél többet legyenek együtt egymással, és a

külföldiek sokat kommunikáljanak a hazaiakkal. Ezt szolgálták a különböző fogadások és találkozók is, de az is, hogy a program minden esetben előírta, hogy egy-egy előadáshoz, tervezett megszólaláshoz legalább három hozzászólás legyen a hallgatóság köréből. A hozzászólók többnyire helybeliek voltak. Mint kiderült, Venezuelában az öngyilkosság gyakorisága alacsony. A hatvanas évek végén 7,60 volt az arányszám (a százezer lakosra eső öngyilkosok száma), az utóbbi években 4,6—4,9 között mozog. A pszichiáterek és az elmeegészségügy szakemberei az öngyilkosságot mégis nagy problémának érzik. Mint a világon mást is, az önkéntes halált szenvedők között sok a korábban pszichiátrián kezelt eset, ezek az esetek megrázzák, foglalkoztatják a szakembereket. Nagyon sok az öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági gesztus és fenyegetőzés, ezt is komoly problémának fogják fel. Bizonyos lakosságrétegek halálozásában az öngyilkosság részese-dése nagy, ezekkel a rétegekkel külön igyekeznek foglalkozni. Számos karibi országban az öngyilkosság arányszáma magas vagy növekvő, ezekben az országokban általában élénk az érdeklődés a szomszédos országok viszonyai iránt. A kongresszus egyik kiemelt témája ezért érthetően a karib-tengeri világ öngyilkossági helyzete volt.

A kongresszus angol és spanyol nyelven folyt, a főbb programok szimultán tolmácsolásával. A sok spanyol nyelvű előadás, szereplés és hozzászólás miatt azonban előnyös volt a spanyol nyelvismerei. A karib-tengeri viszonyok megismeréséhez is elengedhetetlen volt a spanyol értése.

A többi programponthon a rendezők olyan törekvése fejeződött ki, hogy sorra vegyék az elsődleges, a másodlagos és a harmadlagos megelőzés lehetőségeit. Nagyjából ilyen logikai rendbe próbálták foglalni a szimpozionokat és a kerekasztalokat. A szimpozionokban egy témakörben felkért nagyobb előadások hangzottak el, 3—4, ezeket vitták meg, a kerekasztalokban többször, röviden kellett megszólalni, itt nagyobb hangsúly volt a vitán.

Általánosságban annyit lehet még elmondani a kongresszusról, hogy szerencsésen kevés volt a párhuzamos rendezvény, nyilván a viszonylag kis résztvevőszám miatt nem volt erre szükség. Csak a videofilmek és a szabad előadások (10 percre maximált, saját jelentkezés alapján elfogadott előadások) kerültek párhuzamos programba. Az egész kongresszust képmagnóra vették, két-három kameraállásból, külön felvétellelvezetővel, vágással, és a videokazettákat a résztvevőknek árulták. Élénk tevékenységet fejtettek ki a gyógyszerárak ügynökei, főleg antidepresszánsokat reklámoztak, sok ismertető anyaggal, számítógépes oktató és tájé-

koztató programokkal, amelyek televízió is lehívhatók voltak. A legutóbbi kongresszuson, Párizsban híres francia filozófus, Philippe Ariés mondott bevezető előadást, nyilván ezt akarták a rendezők utánnozni, amikor a megnyitó előadást *Juan Nuno*, az ország neves filozófusára bízták. Ő nagyszerű, részletes előadást tartott, kimutatta az öngyilkossággal kapcsolatos filozófiai történeti felfogások változásait, az öngyilkossághoz való érzelmi viszony ambivalenciáját, a modern filozófusok vívódását a kérdéssel. Említette számos neves író és filozófus öngyilkosságának esetét is, pl. Arthur Koestlerét. Az előadás igen stimulatív volt, és nagyon jól szolgálta az alaphang megadását a kongresszushoz. Valószínűleg ezzel a nyitó előadással függött össze, hogy a kongresszuson nagy nyomatékot kapott a *művészet* öngyilkossággal kapcsolatos álláspontja, mint a társadalom viszonyainak tükrözője és befolyásolója. A kongresszusi terem előcsarnokában 11 venezuelai festő öngyilkossággal kapcsolatos képeinek és kollázsainak kiállítását láthattuk, és külön szimpózium is foglalkozott a művészetek és az öngyilkosság viszonyával. Rendkívül figyelemreméltók voltak ebben a szimpóziumban azok az előadások, amelyek a modern — világhírű — latin-amerikai regény- és novellaírók (pl. Márquez, Llosa és mások) öngyilkosságábrázolásait elemezték. E szimpóziumon körvonalazódott, hogy az öngyilkosság várhatóan növekvő probléma lesz a latin-amerikai világban, és hogy az irodalom, a dráma és a film olyan komplexitással jeleníti meg az öngyilkosságot, anynyira reálisan mutat rá a személyiség kríziseire, interperszonális konfliktusaira, társadalmi beilleszkedési nehézségeire, hogy abból van mit tanulnia az öngyilkosság-kutatásnak is. Az öngyilkosság-megelőzésnek pedig azért kell figyelnie a művészetekre, mert a művészetek elfogadó, helyenként pozitívan értékelő viszonyulása az öngyilkossághoz része egy-egy ország vagy kultúrkör *szuicidális* (vagy *szuicidogén*) kultúrájához, hozzájárul annak öngyilkosság-gyakoriságához, ill. a gyakoriság növekedéséhez. Ez ellen pedig a szakembereknek küzdeniük kell.

Általában a kongresszuson előtérben volt a szuicidális kultúra kérdése. A modern társadalmak közfelfogása, művésze és főleg tömegkommunikációja általában helyesli, sőt dicsőíti és sugallja az öngyilkosságot, mint emberi krízisek, zsákutcák, reménytelen helyzetek „megoldási módját”. Az utóbbi időkben veszélyes tendencia került felszínre, újságírók, sőt szakemberek mozgalmakat kezdeményeznek a szabad halál és a szabad öngyilkosság érdekében, és a nyugati könyvpiacokon egyre-másra jelennek meg az olyan könyvek, amelyek az öngyilkosság könnyű és

biztos módszereit tanítják. Mint a sajtóból ismeretes, Arthur Koestler is ilyen társaság tagja volt, és öngyilkosságát is ilyen kiadvány alapján hajtotta végre (és ami külön borzalmas, számos jel mutat arra, hogy nála fiatalabb, egészséges feleségét kényszerítette az együttes öngyilkosságra). Soubrier dramatikus előadásban mutatta be, hogy Franciaországban a rendőrségi helyszíni vizsgálatok mind több esetben mutatják ki az öngyilkossági módszereket tanító kiadványok részvételét az öngyilkossági halálesetekben. Soubrier és az öngyilkosság-megelőzéssel foglalkozó más francia szakemberek harcot indítottak az ilyen kiadványok ellen, öngyilkosok hozzátartozóival együtt peres eljárásokat kezdeményeztek, de kiderült, hogy nincs törvény az ilyen akciókkal szemben, mintamik a szabad és „méltóságos” halált hirdetik. Sikertől elérni, hogy az elmúlt évben a francia nemzetgyűlés tiltó törvényt fogadott el. A kiadványok azonban forgalomban vannak, nagy publicitást kapnak, és nagy a „szabad” halált hirdető társaságok aktivitása is. Más országokból is beszámoltak ilyesmirel a témával — az öngyilkosság etikai kérdéseivel — foglalkozó szimpóziumon. Külön aktualitást adott a témakörnek az, hogy az IASP egyik alapító tagja, vezetőségi személyisége, a holland öngyilkosságellenes mozgalom vezéralakja, Niko Speyer 1981-ben feleségével együtt öngyilkos lett. Az idős pszichiáter gyógyíthatatlan betegségben szenvedett, igen rossz állapotban volt. Vagyonának egy részét az öngyilkosság elleni harcra hagyta, de igyekezett megmagyarázni korábbi harcostársainak, hogy nem volt más választása, és felesége, aki mozgáskorlátozott és ugyancsak súlyos beteg volt, maga kérte, hogy követhesse őt e fatális döntésében. Speyer emlékének a kongresszus felállással tisztelgett, és Ringel, aki a szuicidális kultúra minden megnyilvánulásának heves ellenzője, a szimpóziumon kiemelte, hogy az emberből a szabad halál jogát valóban nem lehet elvenni, egyes ritka esetekben az öngyilkosság kényszerűen elfogadandó megoldás, de az esetek többségében szükségtelen, és minden alkalmammal, mindent el kell követni, hogy az öngyilkosság tervével vívódónak szakszerű és emberi segítséget nyújtsanak. Ez ma sajnálatosan nem történik meg az öngyilkossági esetek többségében, és ezért az öngyilkosság hiábavaló, kóros halál. Diekstra, Speyer tanítványa és utóda külön megemlékezett arról, milyen hosszasan és alaposan próbálta Speyer tisztázni, van-e valamilyen más megoldás és kiút helyzetéből. Sajnálatosan a holland, sőt más nyugat-európai tömegkommunikációs eszközök Speyer halálát az öngyilkosság elleni küzdelem hiábavalóságának és mintegy a szabad halál apoteózisának kiemelésére használták fel.

A kongresszuson részben az előadások és nyilvános szereplések, részben a közvetlen megnyilvánulások és közlések nyomán számos újszerű és érdekes információ hangzott el. A program mechanikus ismertetése helyett talán érdemes ezeket sorra venni. Ezek — talán fontossági sorrendben — a következők:

1. Mindenütt a világon nő a fiatalkori öngyilkossági kísérletek száma, és nagy az öngyilkosság-gyakoriság is ebben a korosztályban. Magas pl. ez a gyakoriság Venezuelában és a karibi országokban, de sajnálatosan nő pl. Norvégiában, amely eddig a legalacsonyabb gyakoriságú skandináv ország volt, most viszont a fiatal korosztályok öngyilkossági arányszáma elérte itt is a többi skandináv országét, és részben ennek az arányszám-növekedésnek következtében az országos arányszám néhány év alatt 8-ról 12 fölé emelkedett (Retterstöl).

2. Felmérések mutatják, hogy a serdülőkorú és fiatal felnőttkori krízisekben legalább egy alkalommal kialakul öngyilkossági ideáció, és nagyon gyakori, 15–20%-os az öngyilkossági kísérlet — „paraszuicidium”, mert a meghalás szándéka többnyire hiányzik vagy nem erős — előfordulása. A kísérletek nagyobb része nem kerül bele az országos statisztikákba, mert a család elkendőzi őket (Diekstra adatai, mexikói, angol, nyugatnémet, amerikai és izraeli adatok).

3. Az öngyilkosságnak *családpatológiai* háttere van, és fiatalok öngyilkossági eseteiben (kísérletekben és „sikeres” esetekben egyaránt) mindig, idősebb korban gyakran családdinamikai kiváltó tényezőkké kell számolni. Ennek a körülménynek igen nagy a jelentősége, mind az öngyilkosság-kutatás, mind pedig a megelőzés szempontjából. A kutatásban figyelembe kell venni a családi modelleket, ill. azokat a családi konfliktusokat, amelyek vagy mintegy feláldozzák a gyereket vagy a serdülőt, vagy pedig olyan mértékben megerősítik és károsítják, hogy a fiatal számára nem marad más, mint az öngyilkossági reakció. Igen érdekes új amerikai, osztrák és angol adatok kerültek szóba erről a kérdéstről, kitűnt, hogy bizonyos válási konfliktusok a gyerekek számára nagy öngyilkossági veszélyeztetettséget jelentenek.

4. A család szuicidogén atmoszférája összefügg a családban korábban történt öngyilkosságokkal. Igen nagy a jelentősége ezért az öngyilkosságok utáni terápiás foglalkozásoknak a túlélőkkel, gászolókkel, különösen a fiatalabbakkal. Erről a családi segítségről amerikai és kanadai próbálkozásokat, tapasztalatokat hallhattunk.

Az öngyilkosság-megelőzés elsődleges útja olyan családterápiás, ill. iskolai nevelő beavatkozások sora lenne, amelyek segítségével bizo-

nyos személyiségkárosodások ill. neurotikus személyiségfejlődési módok megelőzhetőek vagy enyhíthetőek lennének. Vannak már ismert neurotikus személyiségkonnstellációk, amelyek az öngyilkosságra hajlamosítanak. Osztrák (Ringeltől származó) és amerikai adatokat hallhattunk ezekről a lehetőségekről.

6. Minden jel arra mutat, hogy az öngyilkosság a civilizált, iparosított világban nőni fog. Európai becslések szerint a következő évezred első évtizedeire lehetséges, hogy az összes halál 15%-a önkézi lesz. Ez az öngyilkosság-megelőzés fontosságára hívja fel a figyelmet, de arra is, hogy a szuicidális kultúra ellen harcot kell folytatni.

7. Az időskori öngyilkossági kísérletek kórjósata nagyon rossz, a későbbi öngyilkossági halál valószínűsége nagy, még megkísérelt orvosi segítség mellett is. Gyakran a család rekeszti ki a beteg, magatehetetlen öregeket, mintegy „halálra ítéli” őket. Máskor az izoláció, a magány válik tartós veszélyeztető tényezővé.

8. Krónikus kábítószeresedés és alkoholabuzus öngyilkosságkeltő állapot. Az ilyen esetek kórjósata igen rossz. Több szerző beszámolt arról, hogy a krónikus gyógyszer- és alkoholfogyasztók a fizikai halál előtt már jóval szinte szociális és pszichikai halál állapotában vannak (Soubrier és mások). Ezek az esetek csak akkor befolyásolhatók kedvezően, ha elvonó és rehabilitációs kezeléssel esnek át, és a függőséget okozó szertől megszabadulnak.

9. Világszerte nő a pszichiátriai intézményekben bekövetkező öngyilkosságok száma (norvég és skandináv adatok, amerikai felmérések). Ez azt is tükrözi, hogy az öngyilkossági problémák növekvő hányada kerül pszichiátriai kezelésbe. A pszichiátriai kezelés öngyilkosság-megelőzési hatékonysága sajnos csekély. A kezelésbe kerülő depressziósok öngyilkossági veszélyeztetettsége nagy marad, és egyelőre nincs adatunk arra, hogy az adekvát antidepresszáns kezelés vagy a lítium profilaxis csökkenti-e az öngyilkosságok gyakoriságát. A krónikus betegekkel nehezen boldogulnak a laikus segítségnyújtók is, és a közösségekben is nehezen illeszkednek be, öngyilkossági veszélyeztetettségük nagy marad (Littman és mások).

10. A krízisintervenció beavatkozások hatékonyságát újabb, nagy és hosszan tartó felmérések egyértelműen bizonyítják (amerikai adatok). Csak a tényleges krízisekre hatnak ugyanis, a „krónikus öngyilkosokra”, a korábban említett pszichiátriai betegekre és a függőségi állapotokban szenvedőkre nem. Ezeknek az ellátása a laikus segítségnyújtásokat túlterheli.

Sok más érdekes információt lehetne említeni, mint ahogyan érde-

kesek voltak a viták, beszélgetések is. A venezuelai szakemberek nyilatkoztak, őszinték, érdeklődők voltak, téli voltak esettel, tapasztalattal, amiről szívesen beszéltek. Igen jó volt az egész kongresszus hangulata. Ringel és Pöldinger azzal zárták a kongresszust, hogy ilyen hangulatot kívánnak 1985-re, amikor az IASP megalakulásának 25. évfordulójára a 13. kongresszus Bécsben lesz (1987-ben Brüsszelben, 1989-ben Los Angelesben és 1991-ben pedig Szingapúrban rendezik a kongresszusokat). A rendező szakemberekben csupa nagyszerű embert ismertem meg. Különösen a kongresszus elnöke *Ruben Rendon Aponte* és főtítkára, *Antonio Pacheco Hernández* volt kedves és nyílt szívű ember, amellet, hogy kiváló öngyilkosságkutatók. Nekik köszönhetem a meghívást és a vendéglátást, továbbá azt, hogy az igen drága repülőjegyet kifizette számomra az *Universidad Central de Caracas*, a caracasi központi egyetem. Több napot tölthettem Caracasban (ha dolgaim nem hívnak haza, a kongresszus után még egy hétre maradhattam volna, érdekes szakmai programmal), megismerkedhettem az ottani pszichiátriai ellátással, beszélgetéseket folytathattam két egyetemi klinikán. A kongresszuson részt vehettem az erőszakos halál és a különösen erőszakos öngyilkosság témakörében tartott kerekasztalban, én voltam a „Szorongás, depresszió és öngyilkosság” című szimpozion elnöke és egyik előadója, és szabad előadást is tarthattam a magyarországi öngyilkossághelyezetről.

Különleges, intenzív élmény volt az egész út, az öngyilkosság latin-amerikai viszonyairól, ill. a vezető nyugati országok öngyilkosság-megelőzési tapasztalatairól nagyon sok információval tértem haza, ezeket egyelőre fel sem tudtam még dolgozni. Nagy megtiszteltetés volt számomra, hogy az említett két caracasi szakember és a Venezuelai Pszichiátriai Társaság meghívott, vendégül látott, kiemelt megbecsüléssel kezelte. Nagyon hálás vagyok munkahelyi előljáróimnak a részvétel engedélyezéséért, és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának, ahonnan most különösen gyors és hatékony segítséget kaptam a (más kongresszusi utam miatt is) bonyolult kiutazási ügyintézésben.

Buda Béla dr.

Az V. Európai Radiológus Kongresszus (Bordeaux, 1983 szept. 5—10-ig).

Bordeaux-ban, az Európai Radiológus Kongresszuson nagyszámú vendéget fogadtak a rendezők, mintegy ötezer orvost. A kongresszus alapvetően két részre tagolódott, az elsőben sugárterápiás szakemberek vitattak meg alapkérdéseket, a másodikban pedig diag-

nosztikus radiológiai kérdéseket tárgyaltak. A terápiás sectio egyik fő témája a nőgyógyászati, ezen belül is elsősorban a méhtest és méhnyak daganatainak kezelése volt. Egyfelől bizonyos dosimetriai kérdésekben próbáltak közös álláspontot kialakítani, másfelől a stádiumbeosztásnak immáron nagyon aktuális megváltoztatását tárgyalták meg. Főleg a méhnyak daganatairól esett szó. Bizonyos kutatási adatok arra utalnak, hogy a betegség gyakran sokkal kiterjedtebb, mint azt a klinikai vizsgálatok alapján feltételezhetnénk. Erre elsősorban sebészi beavatkozással szerzett adatok utalnak, mint azt *Brady* előadásában kifejtette. Az intézetünkben folyó kutatások alapján alkalmunk nyílt a figyelmet felhívni arra, hogy a sebészi beavatkozásnál lényegesen kisebb megterhelést jelentő arteriographia is felvilágosítást ad a betegség kiterjedtségéről.

A terápiás és diagnosztikus radiológia határterületén álló interencionális radiológiai sectióban beszámoltunk eredményeinkről. Jóleső érzéssel könyvelhettük el, hogy olyan modern diagnosztikus módszert és terápiás lehetőséget vezetünk be, amely a világnak jelenleg néhány vezető intézményén kívül, mint pl. a houstoni M. D. Anderson Intézetben, nem sok helyen használatos. Érdemes néhány szót ejteni arról, hogy a kongresszus munkássága során a terapia témakörben nem a szokott módon, számtalan előadás segítségével tárgyalta meg az aktuális kérdéseket. Minden egyes sectióban egy-egy neves képviselő összefoglaló előadást tartott, amit az oda tartozó poszterek tételes ismertetése követett. Ezek után a sectiók kerekasztal-beszélgetéssé alakultak át, amelyek során a hallgatóság köréből számos kérdés, ill. hasznos észrevétel hangzott el.

A hazai radiológiát összesen hét, öt diagnosztikus és két terápiás témájú munka képviselte. A diagnosztikus radiológiai sectiókat — mondhatjuk egyértelműen — a modern képalkotó eljárások uralták, ezen belül is, elsősorban a nukleáris magrezonancia-vizsgálat. A technikai részletkérdéseket és az első eredményeket ismertették. Valamelyest háttérbe szorult a CT-vizsgálat, de ugyanakkor előtérbe kerültek különböző ultrahang-módszerek. Összefoglalva, a diagnosztikus radiológia, jellegét tekintve két alapvető részre oszlik, egyfelől a tisztán diagnosztikus munkásság átcúszik a „non invazív” módszerek területére, gondolkodás elsősorban az NMR-re, ill. a CT-re és az ultrahangra. Amennyiben valamilyen beavatkozás történik, ennek már terápiás következményei is lehetnek, ill. az esetek túlnyomó többségében vannak. Nemcsak intraluminalis angioplastikáról, de az intraarteriális chemotherapiáról is ismételtelen komoly beszámoló hangzottak el. Non in-

vasív módszerek segítségével lehetőség nyílik célzott beavatkozásra, elsősorban biopsziákra, másodsorban különböző belső protézisek behelyezésére.

A kongresszus egyik szenzációja volt a technikai kiállítás, amelyen minden vezető cég képviseltette magát. Örömmel láttuk a magyar Medicor céget is. A kiállítás megtekintése során képet nyertünk arról, hogy az utóbbi évtizedekben még jobban gépfüggővé vált a radiológia.

Vonatkozik ez nemcsak a diagnosztikus részére, ahol az új képalkotó módszerek, a digitális subtrakciós angiographia, a nukleáris magrezonancia-vizsgálatok, a CT és az ultrahang hódította el a vezető szerepet, a hagyományos radiológiával szemben, hanem terápiás részére is, ahol a kezelést különböző computeres berendezések hihetetlen mértékben teszik pontosabbá. Kétségtelen, ezen gépi berendezések beszerzési ára rendkívül magas, kiváltképp a hazai viszonyokat tekintve. Mégis számításba kell venni azt, hogy segítségükkel a daganatgyógyítás határfoka jelentősen növelhető!

Stumpf János dr.

Nemzetközi Fötoszkoos Munkacsoport 5. ülése. (5th Annual Meeting of the International Fetoscopy Group, — Prága, 1983. szeptember 3—4.).

Idén, sorrendben az 5. alkalommal Athén és San Francisco után Prágában gyűltek össze tapasztalatcserére a világ fötoszkópiával foglalkozó legjelentősebb szakemberei — szám szerint 42-en. — Hazánk prenatális genetikával foglalkozó kutatóit — személyre szóló meghívás alapján — László János professzorral ketten képviseltük. Miként a korábbi találkozókön, a résztvevők most is a rendező ország Egészségügyi Minisztériumának vendégei voltak. A szállás és a tudományos ülések is egy helyen, a prágai Orvos- és Gyógyszerésztovábbképző Intézet szállodájában voltak; ez a rendezés a szokásosnál sokkal intenzívebb, közvetlen eszmecserét tett lehetővé. Egyébként a tudományos programot is a kötetlenség, a formalításoktól való mentesség jellemezte, nem az eredmények csillogtatása, hanem a közvetlen gyakorlati értékű tapasztalatcseré volt a cél. A két nap alatt nyolc különböző témát tekintettünk

át, ebből 5 foglalkozott a fötoszkópia különböző aspektusaival. Külön téma volt a placentacentézis, a chorion biopszia és az újabb műszerek kérdése.

Néhány megállapítás és eredmény általános érdeklődésre is számot tarthat: megtudtuk, hogy a találgató időpontjáig a világon összesen 3682 esetben történt magzati vérvétel fötoszkóp segítségével (többségében haemoglobinopathiáknál), 73 esetben magzati bőrbopszia (leggyakrabban epidermolysis bullosa lethalis gyanúja miatt). 9 esetben magzati májbopszia (!) (ornithin-carbamyl transferase hiány gyanúja esetén). Az adatok összegezéséből kiderült, hogy fötoszkópos vizsgálat után a spontán vetélés gyakorisága nem haladja meg az 5%-ot, tehát valamely súlyos, csak ezen műszerrel diagnosztizálható rendellenesség 5%-ot meghaladó kockázata esetén (genetikai exploráció!) a vizsgálat elvégzése indokolt.

A magzat megtekintése (vizualizáció) mint indikáció visszazorulóban van, de nem nélkülözhető bizonyos szindrómák (pl.: Meckel—Gruber, Apert, Ellis van Creveld stb.) magas kockázata, farkastorokkal szövődött nyúlajak családi halmozódása esetén, vagy pl. ha az ultrahang és magzatvíz-vizsgálat fejlődési rendellenesség gyanúját veti fel. A terhes esetleges késői jelentkezése esetén, X-hez kötött örökítő betegségnekél e módszerrel azonnal és biztonsággal megállapítható a magzat neme. *Zwinger* professzor (Prága) elmondta, hogy Csehszlovákiában a fötoszkópos vizualizáció sikertelensége, vagy bizonytalan eredménye esetén általában a terhesség megszakítása mellett döntenek.

A magzati szövet-biopsziák közül a bőrbopszia indikációs területe ismert ((Epidermolysis bullosa, Ichthyosis congenita, Ehlers—Danlos-szindróma, Oculocutan albinismus stb.), kockázata nem haladja meg az egyéb fötoszkópos vizsgálatokét. Új diagnosztikus lehetőség a magzati májbopszia, melyet eddig csak Londonban (Prof. *Rodeck*, King's College Hospital) és San Franciscóban (Prof. *Golbus*) végezték. Ennek a módszernek a veszélyei még nem mérhetők fel, mert a 9 vizsgált magzattól 7 betegnek bizonyult, ezeket a terhességeket megszakították, a 2 egészségesnek tartottból pedig még csak az egyik született meg. A magzati vérvétel új útja lehet a *Bang* (Koppenhága)

által propagált szívpunkciós módszer.

Aránylag új területe a fötoszkópiának az Rh-izomunizáció esetén alkalmazott direkt intravazális transzfúzió. A szem ellenőrzése mellett a köldökartériába adott transzfúziót súlyos izomunizáció esetén már a 18—22. terhességi hét között elkezdve és 1—3 hetente ismételve már több, egyébként a terhesség középső harmadában elhalásra ítélt magzatot sikerült az életképesség eléréséig megtartani.

Természetesen az eddig ismert összes prenatális diagnosztikus módszert alkalmazzák ikerterhességekben is, ennek következtében nő az ikerterhességek esetén felismert rendellenességek száma is. Konkordancia esetén nincs gond, kérdés azonban mi történjék, ha csak az egyik magzat beteg (diszkordancia). Amennyiben az észlelt rendellenesség már a korai neonatális étellel is összeegyeztethetetlen (pl. anencephalia), tennivaló általában nincs. Egyéb súlyos, de életképtelenséggel nem járó rendellenesség (pl. Down-kór) esetében azonban a beteg magzat eliminálásra („selective fetocide”) kell törekedni.

A fötoszkópiával foglalkozók általában nagy prenatális diagnosztikai centrumok vezetői is egyben, így érthető, hogy minden új diagnosztikus lehetőség foglalkoztatja őket. Így kerülhetett sor az első trimeszterbeli *chorion-biopsziás* módszerek részletes megbeszélésére, a tapasztalatok kicserélésére is, az eddig legnagyobb anyaggal rendelkező *Brambatti* vezetésével. A módszer igen sokat ígérő, hiszen ha sikerül aránylag kis kockázattal chorionbolyhokat nyerni a terhesség 8—10. hetében, azokból ugyanazok a vizsgálatok (chromosomaanalízis, enzim meghatározások, DNS analízis, stb.) elvégezhetők, ami jelenleg csak a 16. héten vett magzatvíz sejtjeiből! A kérdés tanulmányozására a WHO koordinálásában nemzetközi felmérés készül, melyhez az Orvostovábbképző Intézet Prenatális Diagnosztikai Centruma is csatlakozik.

Összefoglalásul elmondhatjuk, hogy kitűnően szervezett, igen hasznos elméleti és gyakorlati ismereteket nyújtó tudományos ülésen vehettünk részt. A meghívásért és igen szívélyes vendéglátásért hálaival tartozunk *Zwinger* professzornak és a Cseh Szocialista Köztársaság Egészségügy Minisztériumának.

Intődy Zsolt dr.



Belgyógyászat

Jó-e a terhelés magas vérnyomás betegségben? R. G. Wilcox és mtsai: Brit. Med. J. 1982, 285, 767.

A szerzők érdekes kérdést tanulmányoztak: enyhe hipertonia betegségben a gyógyszeres kezelésnek alternatívái lehetnek, mint testsúlycsökkentés, sómegvonás, személyiség-foglalkozás. Egy új lehetőség a mérsékelt fokú terhelés, melynek tartós hypotensív hatását már eddig is vizsgálták.

A klinikai kísérletben (10 mérsékelt hipertonia betegség, komplikáció nélkül) speciális formájú mérsékelt terhelést alkalmaztak futószalagon: 5×10 perces terhelést 3 perces szünetekkel, 120 ütés/perc szívfrekvencia mellett. Terhelés előtt, alatt és után mérték a vérnyomást, a szívfrekvenciát, az O₂-fogyasztást, a vér-laktát, -noradrenalin és -adrenalin szintet. A vizsgálat bizonyította, hogy a terhelés a hipertóniásoknál és az egészséges kontrolloknál egyaránt egyenlő mértékben emelte a vérnyomást, majd a terhelés után jelentős méretű systolés (168 Hgmm-ről 125 Hgmm-re) és diastolés vérnyomás-csökkenés alakult ki, 5–10 percen belül, mely tartósan (4–10 óra) fennmaradt. Ilyen hatás a normotóniás egyénekben is bekövetkezett. A terhelés végén mért adrenalin-érték szignifikánsan magasabb volt a hipertóniás egyénekben.

A jelenség okát abban látják, hogy dinamikus terhelés közben jelentős vasodilatatio alakul ki a munkaizomzatban, nő a vénás visszaáramlás, az izomzat pumpaakciója és a hyperventilatio miatt. Terhelés után a vénás visszaáramlás mérete jelentősen csökken, de az izom- és bőr vasodilatatio persisztál. A nagyobb vasodilatatio a magasabb adrenalin-szinttel hozható összefüggésbe.

A mérsékelt terhelés jó hatását figyelembe kell venni enyhe fokú hipertonia betegségben.

(Ref.: A szabályozott fizikai aktivitás, tréning-program kedvező hatása ismert koszorúér-betegségben, így nem meglepő a vizsgálat eredménye hipertonia betegségben sem. Az aktivitás fenntartása gyógyszeres kezelés mellett is igen fontos.)

Kékes Ede dr.

Enyhe hipertonia kezelésének támogatása natriumszegény étrenddel, randomizált kísérletben. Beard, T. C. és mtsai (Comm. Hlth. Br. Depart. of Hlth., Canberra, Australia): Lancet 1982, 2, 455.

A sószegény étrend a hipertonia kezelésében, mint alternatíva, közel 80 éve ismert. A szerzők randomizált kísérletben 90 beteget kezeltek antihypertensív szerekkel, közülük 45 beteg étrendje natriumszegény volt. A betegeket 12 héten át saját orvosaik, családi környezetben, 2 hetente ellenőrizték. A vizsgálat indulásakor nem volt szignifikáns különbség a két csoport között nem, testsúly, testtömeg index, vérnyomás, valamint az ilyenkor számbavehető vér és vizelet laboradatok tekintetében.

Mindkét csoportban csökkent mind a systolés, mind a diastolés nyomás, de olyan mértékben, hogy a diétás csoportban 5 beteg közül négyenél a gyógyszereket el lehetett hagyni, vagy csökkenteni lehetett adagjukat. A kontroll csoport betegek kétharmadánál nem lehetett ezt elérni. A vizeletben a natrium kiválasztása átlagosan 37 mol/24 órára csökkent, míg a kontroll csoportban ez 161 mol/24 óra volt. A K/Na arány ugyanakkor 3,9, ill. 0,50 volt a két csoport között. A diétás betegek kopáló étrend nélkül átlag 3,9 kg-ot fogytak, míg a kontroll csoport betegeinek testsúlya 0,28 kg-ot nőtt. A diétás csoport tagjai boldogabbnak érezték magukat, csökkent közöttük a depressio és az analgetikumok szedése.

Ausztráliában a felnőtt lakosság egyötödének vérnyomása magasabb a normálnál, miután a kezelés az egész életre szól, a kezelés költségeinek és a primer prevenciónak szempontjából, a kilátások ilyen javulása nagyon jelentős.

Kopasz Ernő dr.

A pontosság és a beteg által mért vérnyomás szerepének megítélése a hipertonia kezelésében. Gould, B. A. és mtsai (Northwick Park Hospital and Clinical Research Centre, Harrow, Middlesex HA1 3UJ): Brit. Med. J., 1982, 285, 1691.

Sok szerző talált eltérést az intraarteriális (IA) és az indirekt, mandzsettás vérnyomásmérés során nyert értékek között. Az indirekt vérnyomás igen változó; a változékonyságot sorozat-mérésekkel lehet csökkenteni. Az indirekt módszer otthoni környezetben lehetővé teszi a sorozatos vérnyomásmérést, az orvosi vizíthez társuló tensio-emelkedés nélkül. A betegek által mért vérnyomás pontosságát viszont nem lehet teljesen megítélni.

A szerzők ezt kísérelték meg, ambuláns IA vérnyomás-monitorozással. Összehasonlították a betegek által, otthon mért vérnyomásérté-

keket a klinikai mérésekkel, valamint az IA vérnyomásokkal, hogy az indirekt technika pontosságát viszonyítsák a direkt mérés eredményéhez. 57 beteget vizsgáltak; 19 nő, 38 férfit; átlagéletkoruk 52 év (23–70) volt. A betegeket megtanították vérnyomást mérni. A diastolés nyomás értékelésére a Korotkoff V. fázist használták. A betegek mérési technikáját kettős hallgatójú sztetoszkóppal ellenőrizték. Mindössze két beteg nem volt képes elsajátítani a technikát, ezeket kizárták a további vizsgálatokból.

Otthon a betegek, ülő helyzetben, naponta négyszer mérték a vérnyomásukat, 10 napon keresztül, egyik nap azonban óránként regisztrálták. A 10 nap alatt ambuláns IA vérnyomásmérést végeztek 48 órán át. Az IA vérnyomás-monitorozás idejére a betegeket 12 órára felvették a kórházba. Ezalatt felszerelésüket ellenőrizték, kalibrálták, az orvos megmérte a vérnyomásukat, majd a beteg technikájának pontosságát állapította meg, kettős hallgatójú sztetoszkóppal. Az indirekt mérés a domináns karon végezték, az IA-mérést az ellenoldalin. Külön tanulmány során meghatározták a két kar közti nyomáskülönbséget. Az óránkénti közepnyomást a direkt értékből, komputerrel számolták. A vérnyomást a betegek egyrészt otthon (otthoni vérnyomás), másrészt a kórházban (beteg-regisztrált vérnyomás) mérték. Az orvos is mérte a kórházban, ezt összehasonlították a beteg által regisztrált vérnyomással, valamint az egyidejűleg IA-an mért 1 perces átlag vérnyomással. Az otthoni vérnyomást több mint két napon keresztül átlagolták IA-monitorozással. A klinikai vérnyomást 5–7 mérés alapján átlagolták. Az eredményeket statisztikai módszerekkel elemezték és hasonlították össze. (Student-féle páros t próba, kétoldalas „F” próba.)

Eredmények: Az átlagos jobb-bal kar különbség 2–1 Hgmm volt. Egyidejűleg indirekt és IA-an mért nyomás összehasonlítása során 50 Hgmm-ig terjedő különbséget is észleltek. A kórházban mért vérnyomás jobban egyezett az IA-nyomással, mint az otthon mért. A klinikai nyomásérték rendszerint alacsonyabb, mint az egyidejűleg mért IA-nyomás (átlag 13/1 Hgmm). Az egyidőben, orvos és beteg által mért nyomás eltérő volt, középértékben –2/2 Hgmm. (Hasonló különbséget találtak más szerzők is.)

A szerzők következtetése az, hogy az indirekt módszerrel csak durván becsülhető az IA-nyomás, valamint kicsi a különbség a klinikailag mért és az otthoni vérnyomások között. A pontosabb eredményt adó IA vérnyomásmérés a kutatás területére való, nem helyettesítheti az indirekt módszert. Az otthoni vérnyomásmérésnek klinikai jelentősége lehet az antihypertensív szerek hatásának megítélésében.

Tóth Levente dr.

Az esszenciális hipertenzió heterogenitása. Összefüggés a vörös vértetek lithium-effluxa és nátrium-tartalma, valamint a hipertenzió családi kórtörténete között. Clegg, G. és mtsai (Dept. Chem. Path. Univ. of Leeds, England): *Lancet*, 1982, 2, 891.

Régóta ismeretes, hogy az esszenciális hipertenzió a nátrium-anyagcsere szabályozás egyensúlyzavarának tekinthető. A szerzők kezeletlen esszenciális hipertenzióban szenvedő 75 beteg vörös vérsajtjeinek nátrium tartalmát és lithium-effluxát vizsgálták. Az említett paraméterek változását a hipertenzió családi kórtörténetével vetették egybe. Azt találták, hogy a kezeletlen esszenciális hipertenzióban szenvedő betegek vörös vérsajtjeinek mind nátrium tartalma, mind pedig lithium-effluxa jelentősen nagyobb volt, mint a kontroll csoportban. Azoknál a betegeknél, akiknél a kezeletlen esszenciális hipertenzió családi kórelőzménye nem volt, a vörös vértetek nátrium tartalma és lithium-effluxa megegyezett a kontroll csoport hasonló értékeivel.

Vizsgálati eredményeik alapján az esszenciális hipertenzió nem egységes kórkép, legalább négy alcsoportra osztható:

0. csoport: nincs családi kórelőzmény, a vörös vértetek nátrium tartalma és lithium-effluxa is normális;

1. csoport: pozitív családi kórelőzmény, a vörös vértetek nátrium tartalma és lithium-effluxa normális;

2. csoport: pozitív családi kórelőzmény, emelkedett lithium-efflux, normális nátrium tartalom;

3. csoport: pozitív családi kórelőzmény, emelkedett lithium-efflux és nátrium-tartalom.

A vörös vértetek emelkedett nátrium tartalma egyúttal arra is utal, hogy ezekben a betegekben diureticum az első választandó antihypertenzív gyógyszer. Esszenciális hipertenzióban a vörös vértetek emelkedett nátrium tartalma gyógyszeres kezelésre normalizálódhat, az emelkedett lithium-efflux viszont genetikusan determinált és gyógyszeres kezelésre sem változik.

Vizsgálati eredményeik alapján rámutatnak arra, hogy az esszenciális hipertenzió valószínűleg nem egységes kórkép. Az egyes alcsoportok tulajdonságainak pontosabb ismerete hozzájárulhat a betegség prognózisának és racionális gyógyszeres kezelésének megismeréséhez.

Borbola József dr.

Terheléses vizsgálat hypertoniában. Leibel, B., Kobrin, I., Ben-Ishay, D. (Hypertension Unit, Department of Medicine, Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel): *Brit. med. J.*, 1982, 285, 1535.

A vérnyomás változásának vizsgálata maximális, illetve szubmaxi-

mális terhelés hatására értékesebb információt nyújt, mint a nyugalmi érték meghatározása, mivel terhelés alatt megszűnik az idegi eredetű tónusfokozódás, és jobban megítélhető a hypertensív érkárosodás mértéke.

28 normotoniás beteg adatait hasonlították össze 35 kezeletlen hypertoniás betegével. Hypertoniát akkor állapítottak meg, ha a diasztolés nyomás ≥ 95 Hgmm volt. A systolés és diasztolés nyomást mérték fokozatosan emelkedő terhelés alatt és után. A systolés nyomás mindkét csoportban emelkedett, a diasztolés csak a hypertensiósokéban, ami valószínűen annak következménye, hogy a perifériás ellenállás utóbbiaknál nem csökken. Az irodalomból ismert ellentétes adatok feltehetően a vizsgálat alatti testhelyzet különbözőségéből adódnak.

A hypertoniás betegek egy csoportjában a terheléses vizsgálatokat elvégezték gyógyszeres kezelés után is, mikor is egy részüknél normotoniás, más részüknél hypertoniás reakciót kaptak. Eredményeik alapján a módszert alkalmassá tartják a kezelés eredményességének megítélésére is.

Völgyi Zoltán dr.

Az arteriosclerosis progressziójának regressziója és retardációja és a collateralis keringés Kuo, P. T. (University Heights Piscataway, New Jersey 08854 USA): *Chest*, 1982, 81, 8.

Az arteriosclerosis előfordulásának magas aránya az iparosított országokban sürgetővé teszi a „tőmegprevenatív” programok beállítását. A megállapított arterialis laesiók esetén lényeges a cardiovascularis funkciók fenntartása, az arteriosclerosis progressziójának a késleltetése, illetőleg a megfelelő kollateralizáció elősegítése.

Az utóbbi évek folyamán az anatómiai, fiziológiai és patológiai adatok sokaságát nyerték kísérleti állatoknál atherosclerosis laesiókból, de mégis elég adat a kísérletesen indukált atherosclerosis haemodinamikai és funkcionális következményeiről, vagy bármilyen előnyös hatásról a cardiovascularis rendszerre az obstruktív laesiók regressziója után.

A humán arteriosclerosis laesiók regressziójáról igen nehéz következtetést levonni, mivel nagyok az eltérések a betegség progressziójának ütemében, nehéz a specifikus etiológiás faktorokat illetőleg az azok közötti interakciót azonosítani, heterogének a klinikai karakterisztikák, és a prognózisnak súlyos technikai korlátai vannak. Több kutató egyöntetű megfigyelése szerint a human arterialis laesiók kifejlődése (a kísérleti állatokban észlelttel ellentétben) kevésbé hajlamos a regresszióra. Feltételezve, hogy az arterialis laesiók visszafor-

dítása humán esetekben elérhető, két kérdés ismerete szükséges 1. az arteriosclerosis visszafordítása az arteriosclerotikus betegek károsodott cardiovascularis funkcióját helyreállítja-e és 2. vajon a laesio progressziójának pusztá megállítására vagy retardációjára elég védelmet nyújtana-e acut myocardialis infarctus és más ischaemiás komplikációk ellen. Az első kérdésre több kutató pozitív választ adott, a laesio regressziójának (angiographiás) kimutatásával viszont ezeknek a betegeknek nem volt teljes coronaria occlusiója és balkamrai diszfunkciója.

A második kérdést illetően a myocardialis ischaemia elleni védelem és a bal kamrai funkció fenntartása az arteriosclerosis progressziójának késleltetésével feltétlenül a jól funkcionáló collateralis csatornák kifejlődésétől függ.

Kutyákon és sertéseken mint anatómiaiailag különböző coronaria collateralisokkal rendelkező speciosekben kimutatták, hogy coronaria occlusio esetén mindkét fajta emeli perifériális coronaria nyomását és növeli tudja a vérkeringést a normális coronaria arteriák szintjére.

Az embernél a collateralis coronaria erek funkcionális jelentőségét nehéz értékelni. Több kutató egyöntetű állásfoglalása szerint a coronaria angiographia nem tudja láthatóvá tenni a 100–200 μ m átmérőjű tartományban levő intramuralis collateralis capillariseket. Továbbá feltételezték, hogy a symptomatikus betegek és előzőleg myocardialis infarctusban szenvedők tanulsága nem tudta felfedni a coronaria collateralisok valódi funkciójának a szerepét.

A szerző korábbi terheléses vizsgálatában asymptomas korai coronaria betegségre hajlamos egyénekkel familiáris hypercholesterinaemiában elérte a myocardialis vérellátás megfelelő kompenzációját az arteriosclerosis fokozatos progresszióját követően, egy vagy két nagyobb coronaria arteriában, a teljes occlusióig. A collateralis erek coronaria angiographiával való láthatóvá tétele mellett fiziológiai és funkcionális megfelelőüket a legjobban olyan vizsgálatokkal lehet értékelni, amelyek a balkamra falban a mozgást és funkciót vizsgálják.

Azoknál a betegeknél, akik krónikus szövődményes arteriosclerotikus laesiókat fejlesztettek ki, a regresszió mértéke már csak ritka esetben lehet olyan, hogy a myocardialis vérszükséglet növelhető legyen. Egy korábbi infarctusból származó hegedésnél a laesio esetleges regressziója esetén is nehezen alakulhatna ki a myocardialis funkció javításához szükséges lokális véráram. A kezeléseknél arra kell irányulniuk, hogy késleltessék, vagy megállítsák a gyors arteriosclerosisos progressiót, hogy megelőzzék a hirtelen occlusiót és elősegítsék hatásos collateralis keringés kifejlődését.

dését. Ezek az eljárások további dokumentációt és értékelést kívánnak mint függelékei és alternatívái a coronaria bypass sebészetnek.

Ahhoz, hogy az arteriosclerosis progresszió megállítható legyen, ezektől és gyakorlatilag jobban használható diagnosztikai eljárásra lenne szükség, amely megelőzőleg feltételezi az arteriosclerosis súlyosságának egzakt mérése meghatározását. Mindkét kutatási feladat megoldásának a lehetőségei a jövőt illetően megvannak. Az aerionizációs befolyásolás a collateralis keringést segíti, így célszerűnek látszik a rehabilitációs alkalmazása.

Paál Antal dr.

Kezelés hatása a mortalitásra „enyhe” hipertenzióban. (Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group, National Heart, Lung and Blood Institute, Federal Bldg., Rm 6A—14, 7550 Wisconsin Ave., Bethesda, Md 20205, USA): *New Engl. J. Med.* 1982, 307, 976.

A Hypertension Detection and Follow-up Program során az Egyesült Államok 14, különböző közösségéből kiemelték 10 940 személyt, akiknek diasztolés vérnyomása a szűrővizsgálatkor 90 Hgmm, vagy annál magasabb volt. Ezek közül 7825-nek (71,5%) diasztolés tenziója 90—104 Hgmm közé esett. Ezt az „enyhe” hipertenziósnak vett csoportot kettéosztották: felét a saját kezelőorvosa gondozta, a másik felét a program járóbeteg-rendeléseinek gondozásba. Ez utóbbi alcsoport diasztolés nyomását lépcsőzetes, kombinált kezeléssel 90 Hgmm-re, vagy az alá csökkentették. A vizsgálati személyek csoportbeosztását randomizálással végezték. Tekintve a nagy létszámot — a szűrővizsgálat 159 000 személyen történt —, igyekeztek az amerikai társadalom minden rétegéből arányos mintát kapni, széles életkori határok (30—69 év) között.

Az antihypertenzív szerek adásának sorrendje a következő volt: szaluretikum, rezerpin vagy methyldopa, hydralazin, guanethidin. A lépcsőzetes, erőyes terápiában részesülő csoport öt éves halálózása 20,3%-kal alacsonyabb volt, mint a szokványos módon gondozott csoportban lévőké ($p < 0,01$). A kedvező hatás főleg azoknál volt kifejezett, akiknél még nem alakult ki szervi károsodás és akik a program megkezdése előtt semmiféle kezelést nem kaptak. Az öt éves halálózás ebben az alcsoportban 28,6%-kal volt alacsonyabb, mint a kezelőorvosok által ellenőrzött csoportban ($p < 0,01$). Az eredmények azt a nézetet támasztják alá, hogy enyhe hipertenzióban célszerű a kezelés mielőbbi elindítása, főleg akkor, ha szervi károsodások még nem fejlődtek ki.

(Ref. Az imponálóan nagyszabású vizsgálatban mind a fehér bőrű, mind a színes bőrű lakosság-ból megpróbálták megfelelő létszámú csoportokat venni a társadalom legkülönbözőbb szociális és gazdasági rétegeiből. Gondosan ügyeltek arra, hogy a kétféleképpen gondozott csoport tagjainak fiziológiai jellemzői (szívfrekvencia, szérumszint, koleszterin, dohányzási szokások, testsúly, szérumszint, kreatinin, vércukor, EKG paraméterek, anamnesztikus adatok) gyakorlatilag azonosak legyenek. Az eddigi adatok erős érvelést jelentenek azoknak az oldalán, akik eddig is az enyhén tartott hipertenziókat gyógyszeres kezelése mellett kardoskodtak.)

Matos Lajos dr.

Kálium-adagolás essentialis hipertenzióban. MacGregor, G. A. és mtsai (Dept. Med., Charing Cross Hospital Medical School, London): *Lancet*, 1982, 2, 567.

A kálium enyhe vérnyomáscsökkentő hatásáról már 50 évvel ezelőtt is jelentek meg közlemények. E cikk szerzői 23 enyhén hipertenziós betegen végeztek igen gondos vizsgálatokat 8 héten keresztül. A betegek fekvő helyzetben mért diasztolés vérnyomása a vizsgálatok előtt két hónapon át 90 és 110 Hgmm között volt, gyógyszert ez idő alatt nem szedtek. Négy-négy héten át retard-tablettában napi 60 mmol káliumot, illetve placebót adagoltak a betegeknek, az étrend nátrium- és kálium-tartalmán nem változtattak. A kálium-adagolás alatt a betegek vérnyomása 154/99 Hgmm-ről 148/95 Hgmm-re csökkent. E különbség csekély, de statisztikailag szignifikáns. A 24 órás kálium-ürítés 68 mmol-ról 118-ra emelkedett, mérsékelten nőtt a nátrium kiválasztása is. A serum kálium-szintje csak 0,2 mmol-lal emelkedett, a plazma renin-aktivitás és az aldosteron-szint nem változott.

A szerzők korábbi vizsgálataikban azt találták, hogy a nátrium-fogyasztás mérséklésével megszorítás enyhe vérnyomáscsökkenést eredményez. Azt gondolják, hogy a hipertenziós betegek egy részében az étrendi szokások módosítása, tehát a nátrium-fogyasztás csökkentése és a kálium-bevitel növelése feleslegessé teheti az antihypertenzív gyógyszerek alkalmazását, vagy növelheti e gyógyszerek hatékonyságát.

Winter Miklós dr.

A myelomás veseelégtelenség reverzibilitásáról. Bernstein, S. P., Humes, H. D. (Dept. of Internal Medicine, University of Michigan, Ann Arbor): *Arch. Intern. Med.* 1982, 142, 2083.

A veseelégtelenség az infekciók mellett a myelomás betegek második leggyakoribb halál oka. Ha egy-

szer kialakult, általában irreverzibilis. A szerzők 45 myeloma multiplexes betegen 69%-ban találtak veseelégtelenséget (1,5 mg% feletti szérumszint kreatinin értékkel), akik közül 55% veseműködése javult — azaz bizonyult reverzibilisnek a komplex kezelés hatására. A kezelés a kemoterápia mellett elsősorban a plazmaviszkozozitás csökkentéséből (infúziók adásából) és a mindenkor magas szérumszint kalciumérték csökkentéséből állott. Hangsúlyozzák, hogy a veseelégtelenség irreverzibilitásáért a magas szérumszint kalciumérték sokkal inkább felelős, mint az immunglobulinürítés, illetve a könnyűláncok jelenléte a vizeletben. A könnyűlánc-ürítést illetően — Bence Jones myelomában — a lambda könnyűlánc-ürítés vezet gyakrabban a tubuláris típusú veseelégtelenség kialakulásához.

Berkessy Sándor dr.

Szokatlan elhelyezkedésű, extra-osszeális, aszketorosz myeloma multiplex. Kühn, R. A. és mtsai (Abt. für Haematologie, Klinik für Innere Medizin, Friedrich-Schiller Universität, Jena): *Folia Haematol.* 1982, 109, 546.

A myeloma multiplex típusos esetében a klinikai gyakorlatban többnyire nem szoktak diagnosztikus nehézségeink támadni, sokkal inkább a szoliter, extra-osszeális és aszketorosz plazmacytomákban. A szerzők egy 57 éves beteget észleltek 1975-ben, akinek jobb oldali protrusio bulbi-ja és j. o. submandibulárisan egy fájdalommal nagyobb nyirokcsomója volt. A nyirokcsomó szövettani vizsgálata plazmacytomát mutatott, az immun-elfo IgG kappa paraproteint. Telekobalt-besugárzás után Salcolysin-kezelést végeztek, amire a protrusio bulbi és paraproteinémia megszűnt. Két évvel később — 1977-ben — újabb nyirokcsomómegnagyobbodást, majd 1978-ban a bordákon osteolitikus léziókat találtak, de paraproteinémiát nem tudtak kimutatni. Lokális sugárkezelés után ez alkalommal is kemoterápiát folytattak. A progresszió azonban nem csökkent, sőt a plazmacytomát ekkor ulcus carcinoma is komplikálta. Az 1979-ben elhunyt betegben a boncolás során generalizált, de kizárólag extramedulláris plazmacytomát és a gyomorban plazmasejtes tumort találtak, hámeredetű tumort nem. Az eset érdekessége, hogy a plazmacytoma mindvégig extra-osszeális maradt, és az első kezelést követően mindvégig non secretoros volt.

Berkessy Sándor dr.

Hosszú túlélés myeloma multiplexben. Buckman, R. és mtsai (Royal Marsden Hospital, Sutton, Anglia): *Brit. J. Haematol.* 1982, 52, 598.

A szerzők az intézetükben 1964—1968 között diagnosztizált myeloma multiplexes betegek túlélését vizsgálták meg 1981-ben, azaz minimálisan 12 évvel a diagnózis-felállítás után. A fenti időben 58 beteg került észlelésre. Ötven százalékuk egy éven belül halt meg, tizenöt százalékuk még öt év múlva is életben volt, öt beteg pedig 12—14,5 év múlva is élt. A korán elhaltak súlyosan anémiásak, azotémiásak és rossz általános állapotban voltak már a felvétel időszakában is. Az öt éven belül meghaltak 10%-a akut myeloblastos leukémiában halt meg. Később a betegek 15%-a malignus lymphomában gyomor-, bélcarcinomában, ill. nem tisztázható primer tumor metasztázisaiban halt meg. A 12—14 éves túlélők 7—12 évig nem részesültek kemoterápiában, ami azt a gyanút kelti, hogy részben myelomájuk lehetett rendkívül benignus, részben mentesek maradtak a korábban kezeltékkel ellentétben a cytostatikumok ártalmaitól, ill. a cytostatikumok indukálta második tumorok fellépésétől.

Berkessy Sándor dr.

Multiplex cutan plasmocytomából kialakult myeloma multiplex esete. Shah, A. és mtsai. (Cancer Control Agency of British Columbia, Vancouver): Arch. Dermatol. 1982, 118, 922.

Az extramedullaris plasmocytomák leggyakoribb előfordulási helye a légző- és az emésztőtraktus. A soliter cutan plasmocytoma nagyon ritka megbetegedés, a multiplex cutan plasmocytoma pedig még ritkább.

A szerzők egy 62 éves nőbetegük esetét ismertetik, akinél multiplex cutan plasmocytomát észleltek. A diagnózis időpontjában a csontvelőképzés és a rtg vizsgálat nem utalt diffúz plasmocytomára. A beteg szérumban IgA lambda típusú monoklonális immunglobulint találtak. Melphalan-kezelés hatására a beteg testén szétszórtan elhelyezkedő csomók teljesen eltűntek. 10 hónap múlva recidivát észleltek s ekkor már osteolytikus góccokat mutatott a rtg-felvétel, s a csontvelőelváltozás is összeegyeztethető volt a myelomával. A beteget újból melphalan-kezelésben részesítették, de egy hónap múlva bronchopneumonia miatt elvesztették.

A szerzők közleményében feldolgozott eset felhívja a figyelmet a soliter plasmocytomából kialakuló myeloma multiplex lehetőségére, valamint a soliter plasmocytomás betegek gondozásának, nyomkövetésének jelentőségére.

Fátrai Zsuzsanna dr.

A myeloma multiplex okozta csontelváltozások hisztológiája. Valentin-Opra, A. és mtsai (Pathologie des Tissus Calcifies, Faculté de

Medicine Alexis Carrel, Lyon): Brit. J. Haematol. 1982, 52, 601.

A szerzők 118 myeloma multiplexes beteg nem dekalcinált, transziliakális csontbiopsziás anyagát vizsgálták. Minden esetben meghatározták a mm²-enként feltehető osteoklasztok számát, ill. az osteoid kiterjedését. Ismeretes ugyanis, hogy a myeloma-sejtek egy jól meghatározható osteoklaszt aktiváló faktort (OAF) termelnek, s e faktor aktivitása egyenes arányban van a csontreszorpcióval. A csonttrabekulák összvolumene minden esetben összefüggést mutatott az osteoklasztok számával, ill. aktivált voltával.

Az osteoklasztok okozta csontreszorpció mindig megelőzi az osteoblastok appozícióját, melynek eredményeként osteoid szövet pótolja az eredeti csontokat. Azt is megállapították, hogy az OAF gátolja a csont-kollagén szintézist.

Az észlelt elváltozások intenzív kemoterápia ellenére is változatlanok maradtak!

Berkessy Sándor dr.

A szérumban koleszterinszint és a daganatok okozta halálozás közötti összefüggés vizsgálata 40—69 éves férfiakban. Az International Collaborative Group vizsgálata: JAMA, 1982, 248, 2853.

Egy nemzetközi vizsgálat keretében — az International Collaborative Group szervezésében és több követéses vizsgálat összegzéseként — 61 567 középkorú férfi (40—69 éves) szérumban koleszterinszintjét hasonlították össze a közben jelentkező malignus tumorok okozta mortalitás számával. Évről évre összevetették az időközben malignus tumorok következtében elhunytak és a túlélők — a vizsgálat kezdetén mért — koleszterinszintjeit. Az adatokat 11 ország (Ausztria, Dánia, Anglia, Finnország, Franciaország, Japán, Írország, Olaszország, Skócia, Svájc, USA) 15, egymástól független, elsősorban a kardiovaszkuláris mortalitást vizsgáló felméréséből nyerték. Az összehasonlítást az első évben, a 2—5. években, illetve a 6—10. években végezték.

Az első évben elhaltak és a fennmaradók között jelentős szérumban koleszterinszint különbséget észleltek (24—35 mg%). A szignifikancia igen jelentősnek bizonyult ($p < 0,001$). A továbbiakban a 2—5 éves, illetve a 6—10 éves időszak alatt ez a különbség, illetve szignifikancia teljesen eltűnt. Tüdős és vastagbélrákra vonatkozólag külön is feldolgozták az adatokat. Az első évben tüdőrákban elhaltak és fennmaradók között észleltek a fenti szignifikáns különbséget, mely a későbbiek során ugyancsak megszűnt. Vastagbélrák következtében elhaltaknál a különbség az első évben sem jelentkezett.

Az összehasonlítás fő eredménye az, hogy az első évben erős negatív korrelációt találtak a malignus tumorokban elhunytak és a fennmaradók szérumban koleszterinszintjei között. Az elhunytak koleszterinszintjei jóval alacsonyabbnak bizonyultak. Ez a különbség a következő években teljesen eltűnt. A nemzetközi irodalomban eddig számos vizsgálat hívta fel a figyelmet az alacsony koleszterinszint és a daganat okozta mortalitás összefüggésére; de igen sok felmérés ennek az ellenkezőjét bizonyította. Ez az első évben észlelt kapcsolat amellyel szólna, hogy talán fordított hatás állna fenn és az alacsony koleszterinszint a daganat fennállását bizonyítaná és anyagcserehatáson keresztül alakulna ki.

Az alacsony koleszterinszint tumorhajlamosító voltának az is elnevezhető, hogy a japán felmérésben, ahol a legalacsonyabb volt az átlagos koleszterinszint, a daganatmortalitás is a legkisebbnek bizonyult.

Karádi István dr.

Betegségek és a koleszterin. Levy, R. I.: JAMA, 1982, 248, 2888.

Az ischaemiás szívbetegség (ISZB), melyet a titokzatosság és lapangó atherosclerosis okoz, az első számú halált okozó betegség az USA-ban. E népbetegség legfontosabb rizikófaktora a magas szérumban koleszterinszint, emelkedett vérnyomás és a dohányzás. Igen sok állatkísérlet, ill. humán adat szól amellett, hogy minél magasabb a koleszterinszint, annál nagyobb az ISZB esélye is. Az egyes emberekre lebontva az mondható, hogy bár a szérumban koleszterinszint genetikailag determinált, igen sok környezeti és diétás tényező által befolyásolt. Míg a szérumban koleszterinszint és az ISZB között egyértelmű a kapcsolat, az egyértelműen nem állítható, hogy a koleszterinszint csökkentése maga után vonja az ISZB esélyének a csökkentését is, bár éppen napjainkban folynak átfogó, prospektív jellegű vizsgálatok ennek végleges bizonyítására.

A lipoproteinek megismerésével kiderült, hogy elsősorban az LDL (low density lipoprotein) felelős a szérumban koleszterinszintért és az atherogenesisért is. A HDL (high density lipoprotein) inkább védelmet nyújtana az ISZB ellen. Az USA-ban az elmúlt években észlelt ISZB okozta mortalitás csökkenéséért a zsír- és koleszterinbevitel nagymértékben felelős.

Az utóbbi néhány év vizsgálati az alacsony koleszterinszint felé is fordították a figyelmet, hiszen néhány populációs vizsgálat azt sugallta, hogy az alacsony koleszterinszint a nem kardiovaszkuláris eredetű mortalitást segíti elő. Ezek között elsősorban a daganatos betegségek, különösen a colon tumorai állnának előtérben. Ez a jelenség a 195 mg% alatti koleszte-

rinszinttel rendelkezők esetében állna fenn.

Vajon ezek az adatok egyértelműek és arra hívnák fel a figyelmet, hogy ne csökkentsük a koleszterinszintet, mert ez újabb betegségek valószínűségét fokozná?

Először is igen sok tanulmány statisztikai értékelése éppen az ellenkezőjét bizonyította, mégpedig azt, hogy az emelkedett szérumszint és zsírbevitel a nem kardiovaszkuláris eredetű, köztük a tumoros mortalitást is fokozza. Másrészt azok a tanulmányok, amelyek az alacsony koleszterinszint-daganatmortalitás közötti összefüggésre hívták fel a figyelmet, gyógyszeres és diétás kezelés nélküli egyének követéses vizsgálata során nyerték adataikat.

Az 1960-as években a Los Angelesi Veteran Hospital közlése szerint (Pearce és Dayton) észlelték diétásan csökkentett szérumszint mellett jelentősen emelkedett, tumor okozta mortalitást. Edener a fenti eredményeket másik négy, hasonló vizsgálattal vette össze (Oslo, Helsinki, London, Minneapolis) és végső következtetése az volt, hogy ezekben a koleszterin-csökkentő diéta nem befolyásolta a tumorkeltekés rizikóját.

A WHO szervezésében, 1978-ban clofibrattal lefolytatott vizsgálat, mely az ISZB megelőzését vizsgálta, fokozott tumor okozta mortalitást észlelt. Az adatok utólagos, gondos vizsgálata alapján arra a végső következtetésre jutottak, hogy a koleszterinredukció és a tumormortalitás között mégsem észlelhető összefüggés.

A természetes körülmények között fennálló, nem befolyásolt szérumszint koleszterinszint és a nonkardiovaszkuláris betegségek közötti összefüggést vizsgálta nemzetközi konferenciák keretében az egyesült államokbeli National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI).

Az 1980-as konferencia során megbeszélésre került, nyolc különböző országokbeli vizsgálatból hármban (Framingham Heart Study, Honolulu Heart Study és Puerto Rico Heart Study) észlelték gyenge összefüggést az alacsony koleszterinszint (190 mg¹⁰⁰ alatt) és a tumormortalitás között. A többi vizsgálat ezt nem igazolta.

Az 1981-es konferencián közölték szerint 17 vizsgálatból 8-nál észlelték az összefüggést, 9-nél nem. Végül is a további részletes és célzott vizsgálatok mellett döntöttek, és felhívták a figyelmet arra, hogy a fenti vizsgálatok elsősorban a kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást kívánták megvilágítani.

Az International Collaborative Group megfigyelései (a JAMA ugyanezen számában közölték szerint) arra hívták fel a figyelmet, hogy az alacsony koleszterinszint és a tumorok közötti összefüggés felléptét megelőzné a tumor létrejötte, és a daganat ezek után

anyagcserehatáson keresztül csökkentené a szérumszintet.

Mitévők legyünk ezek után, hogyan értékeljük a fenti adatokat?

Azt mondhatjuk, hogy tartanunk kell magunkat az NHLBI Kongresszus 1981-es megállapításához, miszerint további részletes, átfogó, nagyszámú vizsgálatra van szükség. Tartózkodni kell a drámai jellegű megállapításoktól és a sporadikus közlésektől.

A kongresszus résztvevőinek egyhangú véleménye az volt, hogy az eddigi adatok nem zárják ki, cáfolják meg, illetve mondanak elment annak az általános népegészségügyi gyakorlatnak, mely a magas koleszterinszintű betegnél a koleszterin és neutrális zsír bevitelének csökkentését tanácsolja.

Karádi István dr.

A sarcoidosis kezelése. Wurm, K. (Fachklinik Sonnenhof, Höchenschwand): Internist 1982, 23, 348.

Ma már bizonyított, hogy a sarcoidosis kezelésében mutatkozó kudarcok elsősorban a nem megfelelő adagú és nem kellő ideig végzett corticoid terápiára vezethetők vissza. Kétségtelen, hogy a sarcoidosis spontán is meggyógyulhat, előre azonban a betegség prognózisa nem határozható meg. A corticoidok alkalmazásának indikációját a szervi elváltozások, a gyógyulási tendencia és a lefolyás módja szerint érdemes megítélni.

Akut sarcoidosisban, amely leggyakrabban arthritissel kezdődik és 80–90%-ban 1–2 éven belül meggyógyul, gyulladáscsökkentők adása elegendő, corticoidokra csak rövid ideig van szükség. Panaszmentesség esetén, mediastinalis nyirokcsomó megnagyobbodás fennállásakor 1/4–1/2 éves rgt.- és EKG-kontroll vizsgálatok ajánlatosak. Azonnal corticoid-kezelést kell elkezdeni akut esetekben olyankor, amikor szív, szem és központi idegrendszeri elváltozások állnak fenn.

Idült, intrathoracalis lokalizációjú, I. stádiumban lévő sarcoidosisban magas enzimértékek esetén is el lehet tekinteni az aktív terápiától, amennyiben szervi lokalizáció nincs. A II–III. stádiumban a szerzők azonnal corticoidok adását kezdik el, ha a folyamat progresszív jellege felismerhető és légzésfunkciók eltérések mutatkoznak. Még fibrosis fennállása esetén is van értelme a gyógyszer alkalmazásának, mivel annak hatásaként a granulomák felszívódnak és a folyamat előrehaladása megállítható. A már említett szervi manifesztációkon kívül a bőr, csont, vese, máj, az exo- és endocrín mirigyek sarcoidosisa szintén obligát corticoid terápiát igényel. Nagymértékű lép-megnagyobbodás esetén splenectomia jöhet szóba. A sarcoidosis corticoid-kezelése ritkán fejezhető be 1 év alatt. A néhány hetes-hó-

napos kezelések után rendszerint bekövetkező recidívák miatt ma már hosszabb ideig tartó kúrára van szükség.

A mellékhatások sem annyira az alkalmazott preparátumtól, mint inkább a betegség jellegétől függenek. Tapasztalataik szerint a triamcinolon rendelkezik a legoptimálisabb terápiás indexszel. Tüdősarcoidosisban viszonylag nagy adaggal kezdenek (40–50 mg triamcinolon, ill. 50–60 mg prednisolon naponta), és ezt csak a betegség javulásával, 1–2 hónap után kezdik csökkenteni igen lassan. Kevesebbet, mint napi 8, ill. 16 mg-ot két naponként nem érdemes adni, mivel hatástalan. A parenterális bevitel előnye a gyógyszer iránti jobb tűrőképességben, a megbízhatóbb incorporációban, a szorosabb orvos-beteg kapcsolatban valamint abban nyilvánul meg, hogy ilymódon alacsonyabb dosisokkal is megfelelő gyógyulási eredmény érhető el. Az utóbbi esetben 80–120 mg triamcinolont fecskendeznek be mélyen im. és további 4–6 ugyanilyen dózist egy hetes időközökben. Később fokozatosan ráternek a 2–4 hetes intervallumokra, miközben már csak 40 mg-ot adnak. Akut szív, vagy központi idegrendszeri elváltozásban olyan nagy dózisu, iv. corticoid terápiával indítanak, mint az a status asthmaticusban megszokott.

A kezelés időtartamát a klinikai és rgt.-kép alapján tanácsos elsősorban megítélni, mivel csupán az enzimektől aktivitásából nem mindig lehet egyértelmű következtetéseket levonni. Recidiva esetén a corticoid terápia visszaállítása szükséges, a tapasztalatok szerint az utólagos alkalmazott dózis kétszeresével. A relapsus már néhány hónapon belül be szokott következni, ezért hosszabb időn át tartó tünetmentesség a betegség gyógyulására utal. Spontán javulás, vagy gyógyulás után sem kell számítani visszaesésre.

A csontsarcoidosis igen rossz gyógyviharomat mutat, szemben az egyéb manifesztációkkal. A corticoid resistencia ritka, a szerzők tapasztalatai szerint leginkább hyperthyreosisban szenvedő nőknél fordul elő. Ilyenkor azathioprin, vagy eredménytelenség esetén immunosuppresszív gyógyszerek alkalmazása válik indokolttá, közepes corticoid adagok mellett. Hosszabb corticoid-kezelés esetén a mellékhatásokra ügyelni kell. A mozgásterápia igen fontos és közepes fokú fizikai munka megengedhető, amennyiben valamilyen szervi elégtelenség nincs jelen.

Tuberculin pozitívitás fennállásakor, vagy tbc-s anamnesis esetén INH-védelem szükséges. Az utóbbi azonban egy éves folyamatos szedés után elhagyható akkor is, ha a corticoid-terápiára még szükség lenne. A graviditás megengedhető, ha azt a terhes nő légzésfunkciói állapota nem kontraindikálja. A koncepció bekövetkez-

te után a corticoid-kezelés megszüntetésének sincs akadálya, mivel a megbetegedés a terhesség idején a tapasztalatok szerint nem progrediál.

Barzó Pál dr.

A tüskés-sejtes leukémia klinikopatológiai szubtypusai. Naeim, F. (Dept. of Pathology, Center for Health Sciences, Los Angeles): Amer. J. Clin. Pathol. 1982, 78, 80.

Harminchat tüskés-sejtes leukémiás (HCL) beteg klinikai és cyto-, illetve histopathológiai adatainak elemzése alapján a betegség 2 nagy csoportját különítették el: a leukopéniás (fvs: 300/μl alatt) és nem leukopéniás (fvs: 3500/μl felett) alakját. A leukopéniás csoportba tartozó betegek idősebbek (átlagéletkor 59 év), a nem leukopéniások fiatalabbak (átlagéletkor 47 év) voltak. A leukopéniás csoportban splenomegáliát 66%-ban, hepatomegáliát 32%-ban, lymphadenopathiát 18%-ban találtak, míg a nem leukopéniások között a splenomegália 92%-os, a hepatomegália 57%-os és a lymphadenopathia 35%-os gyakoriságú volt. A leukopéniás betegek egyben anémiások, thrombopéniások és monocytopeniások voltak. A HCL-re jellemző súlyos fokú csontvelői fibrózis is kifejezettebb volt a leukopéniás betegekben. A leukopéniás betegek gyakrabban szenvedtek súlyos infekciókban, rosszabbul tolerálták a splenectomiát, ill. kemoterápiát, és betegségük prognózisa is rosszabb volt, mint a nem leukopéniásoké.

Berkessy Sándor dr.

Az eosinophil fasciitis kezelése cimetidinnel. Solomon, G. és mtsai (Montefiore Hosp. Dept. Med. Bronx, New York): Ann. Int. Med., 1982, 97, 547.

Az eosinophilával kísért diffúz fasciitis ismeretlen kórokú betegség. Nem tekinthető a scleroderma részjelenségének, mivel hiányoznak annak típusos tünetei: Raynaud-fenomen, calcinosis, visceralis elváltozások. A betegség kezdete heveny, többnyire ősszel jelentkezik, kiváltó okai között gyakran szerepel fizikai terhelés. Klinikailag a végtagok oedemája, fájdalmassága jellemzi. Laboratóriumi tünetei: gyorsult vérsüllyedés, gamma globulinszaporulat, eosinophilia. Pathológiai lényege: a végtagok mély fasciáiban a kollagén rostok gyulladása, perivaszkuláris sejtes infiltráció (monocytá, lymphocytá, eosinophil sejtek).

A szerzők ismertetik egy 53 éves betegük kórlefolyását. Az egy éve kezdődött arthralgia-, lábszár-, alkar-oedema hátterében szív-, tüdőbetegséget, pajzsmirigy-zavart, sclerodermát nem találtak. Laboratóriumi leletei közül csak a 12%-os eosinophilia volt kóros. Az alkar és a hasfali fascia szöveti vizsgálata

derítette ki az eosinophil fasciitis. Prednisolon lőkéstherápia után 10 mg/nap fenntartó kezelésben részesült. Epigastriális fájdalom miatt a prednisolon-adagolást elhagyták. A végtagok fájdalmassága, oedemája kiújult. 1,6 g/nap cimetidin hatására mind az eosinophil fasciitisből, mind a superaciditásból eredő panaszok megszűntek. A cimetidin adagját fokozatosan csökkentették, egy év múltán hagyták abba. Muszkuloskeletális panaszai hamarosan aktíválódtak, a jobb alsó végtag klaudikációja kíséretében. A láb pulzusát fekvő tapintották, felálláskor, kompresszió következtében elűnt. Az újabb cimetidin-kezelés 48 órán belül teljes remissziót eredményezett, fenntartó kezelés mellett egy év múlva is panaszmentes volt.

Az eosinophil fasciitis keletkezésében a lymphocytá és az immunregulációs működések megváltozásának tulajdonítanak szerepet. In vitro kísérletek szerint a szuppresszor T-sejt funkció H2 receptor antagonistákkal gátolható. Ennek ismeretében azokat a betegeket, akik a steroid kezelést mellékhatásai miatt rosszul tűrik, alternatívaként cimetidin kezelésben kell részesíteni.

Holländer Erzsébet dr.

Eosinophilával és hypergammaglobulinaemiával járó fasciitis (Shulman-szindróma). Pompecki, R. Windler, E., Meigel, W. (Poliklinik der Medizinischen Kliniken des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf): Dtsch. med. Wschr., 1982, 107, 900.

A szindróma első, 1974-es leírását követően mintegy 40 esetről számoltak be az irodalomban. A szerzők saját betegük esetét azért tartották közlésre érdemesnek, mert a tünetegyüttes hepatosplenomegáliával járt, amit a korábbiakban nem észleltek. A típusos kép az alkarokon és alszárakon jelentkezik, a subcutis és izomzat közötti mély fascia kifejezett lymphocytás és plazmasejtes infiltrációja következtében fellépő megvastagodásként. Az esetek mintegy felében, a túlnyomórészt férfi betegek panaszai nagyobb testi megerőltetést követően léptek fel, általában ősszel vagy télen.

Az infiltráció elhelyezkedéséből következik, hogy a peridöntő szöveti diagnózist csak abban az esetben lehet felállítani, ha a biopsziás mintavétel az izomig történik. A laboratóriumi eltérések közül a mérsékelt gyorsult süllyedés, a perifériás vércépében észlelt tartós eosinophilia (esetükben 14–24% között volt), a hypergammaglobulinaemia (20–21%) jellegzetes. A betegek panaszait az érintett végtagok megvastagodása, gyengülése, fájdalmassága és a paraesthesiák képezik; általános tünetek nincsenek. Hosszabb fennállás kontraktúrákkal járhat. Differenciáldiagnosz-

tikailag a kevert kötőszöveti megbetegedéstől mindenekelőtt a keringő antinukleáris antitestek hiánya, sclerodermától az arra jellegzetes klinikai tünetek hiánya különbözteti meg. Ugyancsak ellentétben ez utóbbival, a kórkép steroid adására jól reagál. A szerzők betegé néhány napos prednisolon-kezelést (100 mg) követően teljesen tünetmentessé vált, laboratóriumi eltérései néhány hét alatt rendeződtek, és a közlemény írásának időpontjában másodnapenkénti 15 mg mellett hónapok óta panaszmentes volt.

Nékám Kristóf dr.

Immunoblasztos szarkóma kialakulása mononukleózis infekciózában. Snyderman, D. R. és mtsai (Dept. of Medicine and Pathology, Tufts University School of Medicine, Boston): Ann. Int. Med. 1982, 96, 737.

Az utóbbi időben főleg genetikailag immunodeficiens gyermekeken észlelték néhány esetben, hogy az egyébként benignus lefolyású, gyógyuló mononukleózis infekcióza fatális kimenetelű immunoblasztómában folytatódik és okozza a beteg halálát. A szerzők egy 44 éves felnőtt férfi esetét ismertetik, aki 12 éves leányától akvirált (?) mononukleózis infekciózával került észlelésre. Vércépében 12% atipusos limfocytá, valamint a szerológiai próbák igazolták a típusos mononukleózis fennállását. Mivel állapota progresszív rosszabbodott, majd szokatlanul súlyos állapotromlását generalizált és progresszív nyirokcsomó-megnagyobbodások, pericarditis, majd hasi fájdalomak és mikroszkópos bélvérzés komplikálták, egyik nyaki nyirokcsomóját eltávolították, melyben immunoblasztóma típusos képét észlelték. Az akut hasi katasztrófa tünetei miatt végzett laparotómia során pedig perforált intesztinális tumort találtak, amely szintén immunoblasztóma képét mutatta. A műtét után két nappal elhunyt beteg boncolása során nyert szövetszövetmintával és immunoblasztóma képét észlelték, amely elkülöníthető volt az angio-immunoblasztos-limfadenopathia szöveti képétől. A mononukleózis hasonló átmenetét immunoblasztómába ez ideig fel nem tűnő egy esetben közölték. A két kórkép pathológiai és immunológiai sajátosságait a szerzők igen részletesen tárgyalják.

Berkessy Sándor dr.

Hepatitis-B serológiai jelentősége pararteriitis nodosa-ban. Hangartner, P. J., A. F. Fontana (Abt. f. klin. Immunologie, Dep. f. inn. Med. der Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr., 1982, 112, 1876.

Az utóbbi években fokozódtak azok a víruskutatások, ahol bizonyos meghatározott betegségek okául is immunopathogenetikai

mechanizmus volt feltételezhető, továbbá az elméleti megfontolások vagy az állatkísérleti leletek is virális genesis gyanítottak. Nemso-kára első ízben ilyen beszámoló a vasculitisek és a hepatitis—B-fer-tőzések közti összefüggésekre utal-tak. A vasculitis és a vérben kerin-gő hepatitis—B-markerek társulása főleg a periarteriitis nodosa (pn.) eseteiben mutatkozott, ahol a bete-gek mintegy 70%-ában HBs-antigen (HBsAg) vagy anti-HBs-antitestek (Anti-HBs) voltak kimutathatóak, viszont jóval kevésbé polymyalgia rheumatica eseteiben. Egyéb multi-organikus immunkomplex-vasculi-tisekben nem volt ilyen összefüg-gés észlelhető.

A szerzők 21 pn.-betegükön a he-patitis—B-markerek kimutatásának jelentőségét vizsgálták a kórfolya-mat megnyilvánulásában, lefolyá-sában, illetve kórjósatában. A 21 pn.-betegük közül 11 esetben a diagnó-zist a kórszövetani lelet erősítette meg, 11 esetükben a kórisme a klin-ikai leletre támaszkodott. Míg a hepatitis—B-markerek a véradók-ban csak 8%-ban voltak felfalálha-tók, addig a 21 pn.-betegük közül 9 (42%) esetben mutattak ki vagy HBsAg- (4 beteg) vagy Anti-BBs- (5 beteg) markereket. A 9 hepatitis—B-pozitív beteg közül 6 eset hypertoniával, glomerulonephritis-szel és veselégtelenséggel társult; ilyen tünetek a hepatitis—B-nega-tív-betegek közül csupán három esetben voltak kimutathatóak. Kór-oktanilag nem csupán a HBsAg-t tartalmazó immunkomplexek je-lentősek, amire a negatív hepatitis —B-serologiai leletű betegek savó-jában kimutatott immunkomplexek utalnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Amoebás májtályogok ultrahang-vizsgálata finomtű-punctióval és aspiratióval. Hess, B. és mtsai (Röntgendiagn. Zentralinst. Uni-versitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1669.

Az amoebiasis intestinalis igen gyakori szövődménye a májtályog. Az eseteknek mintegy negyedrészében van előrement dysenteria kimutatható, amely néha 30 évre is visszanyúlhat. Kezdeti stádium-ban a kifejezett általános tünetek ellenére a serologiai lelet negatív lehet. Sonographiásan a májtályo-gok kerekdedek, oválisak (ca 28 cm-ig) lehetnek és kevésbé echo-adók (vagy echo-mentesek), mint a normális májszövet.

A szerzők egy 48 éves, Burundi-ban élő svájci lakos esetét ismer-tetik, akinél akut hányás, étvágy-talanság, híg, pépes széklet, gye-nesség, impotencia kíséretében klin-ikailag hepatomegalia mellett fo-kozott vvs.-süllyedés, alkaliás phosphatase mellett a székletben entamoeba histolytica volt kimu-tatható, de az amoeba-serologia nemleges volt. A terápiát Ornida-zollal és csatlakozólag Diloxamid-

Furoattal végezték. A további so-nographiás vizsgálatok a máj j. lebenyében két tyúktójsányi cys-toid területet tártak fel. A harma-dik kísérletben a megfelelő praemedicatio után sikerült ultrahang-célzott finomtű-punctióval mindkét góc teljes aspiratiója. Hat héttel később a sonographiás lelet nor-mális volt.

Következtetések szerint a körül-írt májfolyamatok diagnosztikájá-ban (mint pl. az amoebás tályo-gok) a sonographia a választási vizsgáló eljárás. Ultrahanggal cél-zott aspiratióval egybekötött fi-nomtű-punctio indikált; a) minden tályog- és daganatgyanus góc ese-tén, ami lehetővé teszi a pyogen és amoebás tályogok elkülönítését; b) nagyobb tályogok esetén vagy adaequat terápiára nem reagáló ismert máj-amoebiasis esetén, mint kezelési eljárás. A finomtű-punctio előtt ajánlatos praemedicatio (pl. pethidin és diazepam iv.).

ifj. Pastinszky István dr.

A hemolitikus urémiás szindró-ma és a Moschowitz-szindróma kezelése. Thyssell, H. és mtsai (Dept. of Nephrology and Blood Bank, University Hospital, Lund): Acta Med. Scand. 1982, 212, 285.

Felnőttekben a hemolitikus uré-miás szindróma (HUS) és a thrombotikus thrombocitopénias purpura (TTP, Moschowitz-szindróma) egymástól csaknem elkülöníthet-ten. Feltételezhető, hogy mindkét tünetegyüttes — egyébként isme-retlen oka — azonos. Tüneteik egyformák lehetnek: mikroangio-patiás hemolitikus anémia, melyre a schistocitózis rendkívül jellemző, thrombocitopénia, vese- és máj-lézió, valamint változatos és gyak-ran tranzitorikus idegrendszeri tü-netek. Kimenetelük gyakran halá-los. A szerzők négy 1,5—6 éves gyermeket kezeltek HUS miatt és hét 17—61 éves felnőttet TTP miatt. Kezelésként mindegyiken kortikoszteroidok, heparin, acetyl-szalicilsav mellett plazmacserétet és plazmatranszfúziókat alkalmaz-tak. E kezelésre a HUS eseteiben 4—12 nap, a TTP-esetekben 4—15 nap múlva normalizálódott a be-tegek thrombocitaszáma. Megem-lítik, hogy eseteik tanúsága szerint is valamilyen plazmafaktor hiánya vezethet a thrombociták intrava-zális aggregációjához és a mikro-thrombusok képződéséhez, mely faktort friss, vagy tárolt plazma adásával pótolni lehet. Elképzel-hetőnek tartják, hogy e plazmafak-tor a prostaciklinnal azonos.

Berkessy Sándor dr.

Az intermittáló akut porfiriról. Vavra, J. D. és mtsai (Dept. of Me-dicine, Washington University School of Medicine, and Jewish Hospital of St. Louis, St. Louis): Arch. Int. Med. 1982, 142, 1527.

Egy 26 éves nőbeteg alhasi fáj-dalmái miatt salpingo-oophorecto-mián esett át, de időnként jelent-kező hasi fájdalmai rohamokban továbbra is jelentkeztek. Kilenc kiló testsúlycsökkenés után vette észre, hogy a fájdalomrohamok idejében vizelete sötét színűvé vá-lik. Egyik kórházi megfigyelése során hyponatrémiasnak találták és a feszes has mellett paralitikus ileuszt észlelték. Mivel az is kide-rült, hogy rohamai kéntartalmú gyógyszerek, barbiturátok és pred-nisolon hatására jelentkeznek, fel-merült az intermittáló porfiria gyanúja. Ezt a gyanút a vizelet magas deltaaminolevulin-sav és porfobilinogén-tartalma igazolta.

Az eset ismertetését használják fel arra a szerzők, hogy részlete-sen áttekintsék a porfirinszintézis biokémiáját. A májban és az erith-ropoetikus rendszerben szintetizá-lódó porfirinek hibás szintézis eredményeként különböző klinikai szindrómákat idézhetnek elő, ezek egyike a genetikusan eredetű hepa-togén szintéziszavar, az intermit-táló akut porfiria, ami a bőrtünet-tek mellett idegrendszeri tünetek-kel jár: hasi fájdalommal, hányás-sal, epileptiform görcsrohamokkal, olykor kómával, perifériás motoros neuropatiával stb. Az akut roha-mok 10%-a halálos is lehet. Pro-vokáló tényezőként a legismerteb-bek: a barbiturátok, szulfonami-dok, egyes antiepilepsziás szerek, orális antidiabetikumok, alkoholexcessusok, valamint a steroid-hormonok és az infekciók. Az in-termittáló akut porfiriaiban par-ciális uroporfirin III. szintetáze de-ficienciáról van szó, a hemoglobinszintézis általában normális. Keze-lésében az akut rohamok megelő-zése, szénhidrátús diéta jelentő-sége emelhető ki. Nőkön eredmé-nyes lehet az ovulatio gátlása is.

Berkessy Sándor dr.

Malignus vagy benignus folya-mat jele-e a Bence Jones protein? Solomon, A. (Center for Health Sciences, College of Medicine, Knoxville): New Engl. J. Med. 1982, 306, 605.

A vizeletben kimutatható hőla-bil Bence Jones protein az immu-noglobulinok vizeletben ürülő kappa vagy lambda láncából adódik. Ez volt az első — 1847-ben leírt — biológiai tumor marker. Ma már tudjuk, hogy leggyakrabban B-sej-tes lymphoid-tumorokban, mint CLL-ben, Waldenström makroglo-bulinémiában és myeloma multi-plexben észleljük. Sokak vélemé-nye szerint előfordul ún. indiopa-tiás formája is, amely mellett a fenti körképek egyike sem észlel-hető. Ezekben az esetekben is fennáll annak a veszélye, hogy szisztémás vagy vese-amyloidosis alakul ki, melynek során a mono-klonális könnyű láncok mesangiá-lisan deponálódnak a glomerulu-

sokban. Ez utóbbi esetekben azonban kiemelés, hogy a könnyűlanc dimerek mint antitestek specifikus ágensként hatva idézik elő a progresszív glomeruláris folyamatot.

Berkessy Sándor dr.

Az idiopátiás Bence Jones proteinuriáról. Kyle, R. A. és mtsai (Div. of Hematology, Mayo Clinic Found. Rochester): *New Engl. J. Med.* 1982, 306, 564.

A Bence Jones által leírt sajátosságos, vizeletben ürülő hőlabil proteinről 1962-ben mutatták ki, hogy immunglobulin könnyűlancok alkotják és leggyakrabban myeloma multiplexben észlelni. Idiopátiás megjelenéseit is észlelték, melyek hátterében azonban hosszabb idő után myeloma kialakulását figyelték meg. A szerzők hét „idiopátiás” Bence Jones proteinuriás beteget kísérték hosszú ideig figyelemmel. Ezek között három betegen manifesztálódott myeloma multiplex 8,2, ill. 21,1 év után szisztémás amyloidosis kíséretében. Ez a megfigyelés is azt bizonyítja, hogy az idiopátiásnak vélt Bence Jones proteinuria miatt a betegek huzamos megfigyelése szükséges, mert a myeloma vagy legalábbis az amyloidosis veszélye mindig is fennáll.

Berkessy Sándor dr.

Szemészet

Az emelkedett szemnyomásos esetek alkalmazása Graves-betegségben — a gyakran szubklinikus formában jelentkező ophthalmopathia jele. G. T. Gamblin és mtsai (Box 262, Naval Hospital Bethesda, MD 20814): *New Eng. J. Med.* 1983, 308, 420.

A közlemény belgyógyászok, szemészek és radiológusok közös munkája. 80 Basedow—Graves betegségben szenvedő betegnél vizsgálták a szemnyomást felfelé nézés közben applanációs tonométerrel, azzal a céllal, hogy nagyobb beteganyagon derítsék ki az ophthalmopathia gyakoriságát. 73 betegnél teljes endokrinológiai kivizsgálás, pajzsmirigy-biopszia és orbita-tomográfia is történt, 7 esetben a kivizsgálás nem volt teljes, de a kórtörténet hypertyreosisra utalt. A szemészeti vizsgálat a látásélesség, látótér, a külső szemizmok működésének vizsgálatából, exophthalmometriából és a szemnyomás méréséből állt. Ez utóbbit a szem előre és felfelé tekintése közben végezték, az emelkedést akkor tekintették kórosnak, ha az a 3 Hgmm-t meghaladta. Kontrollként 20 egészséges egyén, 1 Hashimoto thyreoiditises, 1 szubakut thyreoiditises és egy glaukomás beteg adatait tekintették.

A 80 beteg közül 21-nek volt exophthalmusa, 61 betegnél (közöttük mind a 21 exophthalmusos betegnél) észleltek kóros szemnyomás-emelkedést felfelé tekintéskor. A kontrollcsoportban ez egyetlen esetben sem fordult elő. A betegeket az Amerikai Pajzsmirigy Társaság ophthalmopathia osztályozása szerint rendezve, a 3—5-ös csoportban a szemnyomás-emelkedést minden esetben észlelték, legalább az egyik szemben, a 0—2a csoportban 65%-ban. A szemnyomás-emelkedés nagysága és az exophthalmus között nem volt kapcsolat. Ezzel szemben a betegség fellépésének ideje és a kóros szemnyomás-fokozódás jelenléte, illetve hiánya között volt kapcsolat. A betegség tartam átlagosan 3 év volt azoknál, akiknél szemnyomás-emelkedés nem volt tapasztalható, míg 6,3 év volt azoknál, akiknél a próba pozitív volt. A hormonális státus a próbát nem befolyásolta. A kis esetszám miatt a konzervatív és műtéti kezelés hatását a próbára nem tudták értékelni. A nyolc exophthalmus nélküli esetben, ahol a próba pozitív volt, hat esetben lehetett orbita-tomográfiával szemizom-megvastagodást kimutatni. Az eredmények alapján a szerzők a szemnyomásérték változását hasznos próbának tartják féloldali exophthalmus esetén a kétoldali orbita-elváltozás kimutatására, valamint a betegség időbeli követésére.

Follmann Piroska dr.

Ophthalmopathia Graves-betegségben. C. Gorman (Mayo Medical Center, Rochester, MN 55905): *New Engl. J. Med.* 1983, 308, 453.

A levélben a szerző Gamblin és mtsai referált cikkével foglalkozik. Egyetért azzal, hogy a szemnyomás mérése előre tekintés és felfelé tekintés közben hasznos lehet exophthalmus hiányában is az ophthalmopathia kimutatására, megkérdőjelezi azonban a szerzőknek azt az eredményét, hogy kóros szemnyomás-emelkedés csak a betegség késői szakában jelentkezik. Ezen eredmény alapján a fenti cikk szerzői úgy vélik, hogy a külső szemizmok fibrosus elváltozása késői jelenség. Gorman ezzel kapcsolatban felveti, hogy akkor a diplopia esetek szaporodását is észlelni lehetne a betegség időtartamának növekedésével, márpedig ennek a klinikai tapasztalatok ellentmondanak. Gorman hangsúlyozza, hogy a szemnyomás viselkedésének hosszú időn át való követésére van szükség és a mérés-eredményeket a pajzsmirigyfunkcióval és a külső szemizom anatómiai állapotával (ultrahang és computer-tomográfia) kell összehasonlítani.

(Ref.: Gamblin és mtsai cikkének lábjegyzetében az szerepel, hogy nézeteik a saját és nem in-

tézetük hivatalos véleményét tükrözik. Ez is arra mutat, hogy a témakörben még sok vizsgálata van szükség ahhoz, hogy az eredményekből alapvető patológiai vonatkozásokban véleményt alkothassunk.)

Follmann Piroska dr.

A Fjodorov—Zacharov típusú lencsemodell implantációjával szerzett tapasztalatok területi kórházban. Kirillicsev, A. J., Szajfutdinova, L. A.: *Vesztnyk Oftalmologii*, 1982, 98, 25.

A szerzők az orenburgi kórházban 1979 óta 60 iriszklipsz lencsét implantáltak. Az 58 beteg kora 6—60 év között volt. Diagnózisuk: 26 preszenilis szürkehályog, 6 szövődményes, 7 traumás, 3 veleszületett katarakta, 18 afákia. 16 betegen extrakapszuláris műtét, a többin intrakapszuláris kryoextrakció történt. A műtéteket neuroleptanalgéziában végezték és Flising scleragyűrűt használtak.

Az első hat eset tanulsága alapján az iridectomiát a lencse behelyezése után végezték, mert az üvegtest nem türemkedett be a csarnokba. 5 esetben a bulbus kollapszusa, 4-ben pedig az iris rigiditása nehezítette a műtét végrehajtását. A posztoperációs szakban az iris-izgalom az 1—2. héten elmúlt. Közvetlenül a műtét utáni periódusban 45 esetben lépett fel iritis, 5-ben iridocyclitis exsudációval, 2-ben pupilláris blokk, amit az iris fotokoagulációjával szüntettek meg. 2 implantált lencsét el kellett távolítani. A műtét utáni késői periódusban 8 esetben mozgult ki helyéről a lencse. Hatnál műtétilag sikerült helyreállítani a státust, kettőn a szivárványhártya tornáztatását végezték. Komolyabb szövődményeknek számít, amikor a lencse előre esik az elülső csarnokba. Egy betegen kétszer is előfordult. Először műtétilag oldották meg, másodszor már el kellett távolítani. Mindez azt bizonyítja, hogy javítani kell a lencse rögzítésének feltételeit. 5 betegnek exsudációs hártája alakult, amelyet 2—3 év múlva vettek észre. Ezen betegeken a postoperatív iridocyclitis hosszabb ideig tartott. Ennek ellenére látóélességük 0,8—1,0 volt, ami munkájukban nem zavarta őket.

Gyermekeken két ülésben végezték a műtétet. Először extrakapszuláris extrakció és felszívató terápia történt, majd az implantáció. Eredmény: 50 betegnek lett 0,5 vagy több vizusa (83%), 5-nek 0,1—0,5 (8%) és 5-nek 0,1-nél kevesebb (8%). 35 dolgozó közül 31 folytatta a korábbi munkáját.

Molnár Lajos dr.

A szürkehályog intracapsularis extrakciója szövődményeinek lehetséges összefüggése a holdfézi-

sokkal. Jerosevskij, T. I., Vinokurenko, V. M., Cserkunov, B. F.: Vesztnyik Oftalmologijii, 1982, 98, 44.

A szerzők a földfázisoknak megfelelően vizsgálták, hogy az milyen hatással van az intrakapszulárisan végzett szürkehályogműtétek eredményességére. Megállapították, hogy újhold alkalmával 765 operációból 142 esetben (18,6%±1,4) lépett fel komplikáció, az első negyedben 761 műtétből 119-nél (15,6%±1,3), holdtöltékor (félhold) 744-ből 106-on (14,2%±1,2) és az utolsó negyedben 740 műtétből 142 (19,1%±1,4) beteg. — Megállapítható, hogy holdtöltékor a komplikáció szignifikánsan alacsonyabb, viszont az utolsó negyedben szignifikánsan magasabb.

Molnár Lajos dr.

Trópusi medicina

Turisták és távolba utazók orvosi rizikói. Delbrück, H.: Med. Welt, 1983, 34, 889.

A szerző a németek egyre nagyobb afrikai és ázsiai utazókedve miatt, ezeknek az utazásoknak a betegség rizikójával foglalkozik. Egyes, korábban szükséges védőoltások szükségtelenné váltak, mások viszont nem, vagy alig voltak eredményesek, ugyanakkor újonnan kifejlesztett oltóanyagokkal egyes betegségek kockázatát jelentősen csökkenteni is sikerült. A malária kezelés változóan vándorló eredményei, valamint ismételt felújítása a megelőzés egyik legfontosabb részét képezik.

Veszélyes önámítás azt hinni, hogy az előírt és nemzetközileg lefektetett védőoltások megvédnek a legsúlyosabb betegségektől. Az egyetlen védőoltás, amelyet ma általánosan akceptálnak, az a sárgaláz elleni, de ez csak nyugat-afrikai és dél-amerikai útra szükséges. A himlőoltás szükségtelenné vált, miután a betegség 1977-től kipusztultnak vehető.

Az út előtt legelső feladatként az utazó utazóképességét kell megítélni a repülőút igénybevételét is tekintetbe véve. Az utóbbiban elsősorban a megváltozott nyomás- és oxigénviszonyokat kell tekintetbe venni. A bégázterjeszkedés az 50%-ot is meghaladhatja és a friss műtétek varrattait megrepesztheti. Ezenkívül kontraindikált a repülés pneumothorax esetén, kifejezett bullózus emphysemában, 8 g% haemoglobin alatti anaemiában, szívinfarktusz után 3 hétig, légzési elégtelenségben és malignus hypertoniában. Másodikként a trópusalkalmasságot kell megítélni, az út helyét, hosszát, célját és keresztülvitelét tekintetbe véve. Nehéz választ adni az idült enyhébb megbetegedésekkel kapcsolatosan. A zürichi egyetemen 11 ezer trópusi utast részletesen ana-

lizálva kiderült, hogy rövidebb ottlét a már fennálló panaszokat kedvezően befolyásolta és csupán az előzőleg fennálló gyomor-bél panaszok fokozódtak. A felső légutak idült gyulladásai és a reumatikus panaszok a melegebb klímára inkább csillapodtak. Az életkor egymagában nem képez ellenjavallatot.

A trópusi tartózkodás alatt fellépő tünetek közül első helyen az utazási hasmenést kell említeni, amely különösen az észak-afrikai utakon lép fel gyakran, de az eseteknek több mint 55%-ában a második napon megszűnik. Legfontosabb okai lehetnek a coli- és salmonella-fertőzések, toxinhatások. Azonban az is kiderült, hogy ezek a hasmenéses panaszok annál gyakoribbak, minél inkább tartanak tőlük és a gondtalanul utazók többnyire mentesek tőlük. Gyógyszeres megelőzésük kérdéses és ennek nincs értelme. A diarrhoea antibiotikus megelőzésére csak a következő pácienseknél lehet szükség: digitalis kezeléssel, colitis ulcerosánál, korábbi agyi vérkeringési zavaroknál, csökkent védekezőképesség, immunmechanizmus esetén, ezenkívül sportolóknál és politikusoknál. A súlyosabb gyomor-bélmegbetegedések közé a kolera és a tifusz sorolandó, de ennek kockázata kicsiny. 1975 és 1981 között 800 ezer turista között 1 kolera- és 25 ezer turista között 1 tifuszmegbetegedés fordult elő. Védőoltásokkal védekeznek ellenük, bár ennek hatékonysága kolera-ban vitatott és nagyon érvényes rá a mondas: „Oltás és kis elővigyázat kevesebbet ér, mint a kevés oltás és nagy elővigyázat.” Kolerás, tifuszos és amőbás hasmenésekre a kevés savú és savtalan emberek veszélyeztetettebbek. Ezekben az esetekben esetleg a tifusz elleni védőoltásnak van értelme. A poliomyelitis elleni vakcinációnak viszont nagyon is van értelme. Egyes európai turisták által látogatott országokban a lepra, leishmaniózis, bilharziázis orvosi és gazdasági jelentősége sokkal nagyobb, mint a kardiovaszkuláris vagy daganatos betegségeké, de ezeknek a kockázata az európai utazó részére kevésbé jelentős. A malária viszont már komoly figyelmet érdemel és ezzel kapcsolatosan 4 megjegyzése van: 1. A 60-as évek óta az NSZK-ban a maláriások száma tízszerezésre emelkedett, de ez az ázsiai (Pakisztán, Banglades, India) bevándorlókból adódott, és bár a németek maláriás megbetegedései csökkentek, mégis 1981-ben 124 nyugatnémet turista betegedett meg ebben. Pánikra azonban nincs ok. 2. A malaria tropica endémiás kiszélesedésére a nem magas átlaghőmérséklet miatt nincsenek meg a lehetőségek. 3. A plasmodium falciparum infekció által létrehozott trópusi malária az utóbbi években inkább csökkent. 4. Különösebb

veszélyt és rezisztencia-kialakulást csak a falciparum-fertőzés képez, más maláriaformák nem.

A probléma és a nyugtalanság oka inkább a malária fellángolásából és kemoterápiás multirezisztenciájából adódik. A délkelet-ázsiai chloroquin- és fansidar-rezisztens malária leghatásosabb kezelésének a tetracyclin-chinin kombinációt tartják. Mivel ez 90%-ban hatásos és a tetracyclinnek az utazási hasmenések ellen is védenek, megelőzőképpen rutinszerű adását is javasolják. Leghatásosabb védekezésnek azonban az expozíciós profilaxist tartják megfelelő ruházattal, a fedetlen testrészek védőszerrel való bedörzsölésével, moszkítóágy használatával és az esti séta kerülésével, vagyis a szűnyogszűrés megelőzésével. Hatásos malária-védőoltások kifejlesztése kívánatos volna, de erre a legközelebbi években még nem lehet számítani.

Angeli István dr.

Infekciós és trópusi betegségek nemzetközi nézőpontból vizsgálva. Kupferschmidt, H. G. (Institut für Infektions- und Tropenkrankheiten des Städtischen Klinikums Berlin—Buch): Dt. Gesundh.-Wesen, 1983, 38, 1269.

Az iparilag fejlett országokban a szív- és érrendszeri, a tumoros, a reumatikus, a diabeteses és pszichés megbetegedések mellett mind a megelőzés, mind a gyógykezelés szempontjából a fertőző betegségek ma már másodrangú szereppel bírnak. A dolog azonban csak látszólag ilyen kedvező. Az USA-ban a hospitalizáltak 10%-a, az NDK-ban az akut betegek 30%-a és az iskoláskor előtti és iskolás gyermekek heveny betegségeinek 60–80%-a infekciós ok miatt beteg, illetve alakul ki. Van szerencsére már olyan betegség is, ami kipusztult. Ilyen a himlő és ebben közrejátszott, hogy jól körvonalazható és könnyen felismerhető, a félelem széles néptömegek részvételét biztosította leküzdésében, kórokozójának nincs állati rejtékhelye és ami a legfontosabb, hatásos védőoltás állott rendelkezésünkre. 1977. okt. 26-án jelentették az utolsó himlőesetet Szómáliából. A jelenlegi célunk pedig, hogy 1990-ig minden gyermek legyen oltva diftéria, tetanusz, számarköhögés, kanyaró, gyermekbénulás és tuberkulózis ellen. Ezek ugyanis a világon még mindig évente 5 millió halálos áldozattal járnak. A fejlődő országokban pl. a kanyaró a fehérjehiányos táplálkozás mellett még mindig sokkal nagyobb halálozással jár, mint nálunk, a gyermekbénulás pedig endémiás kiszélesedése miatt a trópusi országokban 13–26-szor nagyobb letalitással jár, mint az iparilag fejlett országokban. A trópusokra utazókat ezért gyermek-

paralízis ellen immunizálni kell, és mivel itt még évente mindig 1 millió ember hal meg tetanuszban, a nem-immunis terheseket a WHO oltani javasolja a tetanus neonatorum elkerülésére.

Világproblémát jelentenek az infekciós bélbetegségek. A 7. kolera pandémia 1981-ben 34 országot érintett 36 840 bejelentett esettel, azokban az országokban elsősorban, ahol ivóvízellátási gondok adódtak és annak ürülékzenyveződése okozott problémát. A környezet befolyásolja a parazitás betegségeket is.

Néhány góctól eltekintve, 1975-ben Európa már maláriamentesnek volt tekinthető, napjainkban az egyik legfontosabb trópusi-orvosi probléma, olyannyira, hogy az elmúlt 7 év alatt európai behurcolása meghétszereződött. Ma a világon évi 214 millió maláriaesettel számolhatunk és évente csak Afrikában 1 millió gyermek hal meg malaria tropica miatt. És bár időközben az eredményes szúnyogirtás révén számos országban sikert arattak a kórkép visszashorításában, a 60-as évek közepétől a világ számos részén komoly visszaesés következett be, amiben a DDT és más szúnyogirtó szerek elleni rezisztencia és áremelkedés, a perifériás egészségügyi ellátás hiányosságai, valamint a plasmodium gyógyszerrezisztenciája játszott szerepet. És bár kombinált kezeléssel nagyobb sikert értek el, egyre több fansidar- és kinin-rezisztens esetet is jelentenek. Az NDK-ban észlelt halálesetek az NDK orvosainak figyelmét is felhívják a trópusi és szubtrópusi országokba utazók rendszeres kemoprofilaxisára.

A világ 71 országában több mint 200 millió ember schistosomiasis, más szóval bilharziázissal beteg és további 600 millió ezzel veszélyeztetett. A szerző intézete ezer 12–13 éves mozambiki gyermeket vizsgálva ezek egynegyedében schistosomiasis haematobiumot, másik negyedében schistosomiasis mansoniét észlelt és hasonló arányt tapasztalt az NDK-ban dolgozó ötezer mozambiki munkás között is. A bilharziázis az egyetlen olyan trópusi betegség, melynek kezelésében praziquantel (Biltrizide) adásával jelentős áttörést sikerült elérni, amennyiben ennek egyszeri adásával szinte majdnem 100%-os biztonsággal elpusztulnak a trematodák. Filariázisban a trópusokon 250 millió ember szenved, onchocerca volvulusban, melyet a filaria fonalféreg okoz és lárvája a szemben vakságot hoz létre, 20–40 millió ember, 10%-a vakult meg. Az álomkór veszélyének Afrikában 35 millió ember van kitéve és kórokozója alapján trypanosomiasisnak nevezik. Mindenekelőtt a csecselegy leküzdését szolgáló eredményes megelőző program azt eredményezte, hogy gyakorisága ma már viszonylag kisebb, és

Afrikában évente tízezer új esetet jelentenek be. Közép- és Dél-Amerikában 10 millió ember szenved trypanosoma cruzi által létrehozott chagas-kórban, amelynek halálához különösen gyermekkorban nagy. A lepra-szituáció a WHO és számos ország fáradozása ellenére sem javult különösebben az utóbbi 15 évben és ma világviszonylatban 11 millió leprabeteggel számolunk. A WHO a leprabeteg országok részére speciális programot dolgozott ki, amely az esetek felkutatásából és lehetőség szerint ambuláns kemoterápiás és fizioterápiás kezeléséből áll. Kórházi kezelésre csak komplikált esetekben és rehabilitációs műtétek esetén van szükség. Figyelemmel kell kísérni a kontakt-személyeket és a megelőzésre kell törekedni, lehetőleg védőoltással. A világ trachomás betegeinek a száma 200 millió és közülük 2 millió vak. A világon összesen 40 millió vakkal számolunk és ennek a fejlődő országokban a trachoma a fő oka. A dengue-láz az összes trópusi és szubtrópusi országban előfordul. Ellene hatásos védőoltással vagy specifikus gyógyszerrel még nem rendelkezünk, ezért a megelőzés az átvívó szúnyogok irtására korlátozódik. Amennyiben Afrikából hazakerülőknél fejfájással és rosszulléttel járó hirtelen lázas állapot lép fel, amelyet mellkasi fájdalmak, hasmenés, hányás, makulopapulózus kiütések és gyors testi leromlás követ, Marburg-, Lassa- és Ebola-vírus megbetegedésre is mindig gondolni kell. És bár Robert Koch óta csaknem mindegyik infekciós és trópusi betegségnek a kórokozóját azonosítottuk, a himlő kivételével ezeket véglegesen legyőzni még nem sikerült.

Angeli István dr.

Importált fertőző és trópusi betegségek. Hölzer, E., Schröder, K. (Institut für Infektions- und Tropenkrankheiten des Städtischen Klinikums Berlin—Buch): Dt. Gesundh.-Wesen, 1983, 38, 1279.

Ma már az elkülönítő kóriszmben az importált fertőző betegségeket is számításba kell venni és ezeknek a száma az utóbbi években az NDK-ban is megszaporodott. Az ötvenes évek óta az emberek mozgása az egész világon jelentősen megnőtt, részben a közlekedés fejlődése, részben a nemzetközi kapcsolatok miatt. Így néhány ezer NDK-polgár is hosszabb-rövidebb ideje a trópusi országokban dolgozik. A veszélyeket illetően a trópusi betegségek két csoportba sorolhatók: 1. Szorosabb értelemben véve azokra a trópusi betegségekre, melyek a trópusi klímához vannak kötve (malária, filariázis stb.). De ide sorolhatók az állati és növényi mérgek, valamint egyes genetikusan alapú betegségek (pl. sárlósejtes anémia) is.

2. Olyan trópusi betegségekre, melyeknek létrejöttében nem a klíma, hanem az itteni társadalmi és gazdasági tényezők játszanak szerepet (hiányos és egyoldalú táplálkozás és emiatti még nagyobb infekciós hajlam). Így „fakultatív” trópusi betegségnek vehető a hepatitis, poliomyelitis, shigellozis és tuberkulózis is, mivel ezek itt annak ellenére, hogy nem exotikus betegségek, sokszorosan gyakrabban fordulnak elő, mint az ipariilag fejlett országokban.

1982-ben az NDK-ban 82 maláriás esetet jelentettek be (1981-ben csak 36-ot) és ezek közül 60 volt külföldi. Két halálesetet regisztráltak, ami arra utal, hogy nem szabad rá túl későn gondolni. Sajnos az utóbbi 20 évben kiszélesedett a chlorochin-rezisztens esetek száma, de ez ritkán abszolút, hanem különböző fokozatai vannak, amelyek klinikailag is elkülöníthetők. A rezisztens maláriában két készítményt javasolnak. Az egyik a Fansidar kombinációs készítmény (500 mg sulfadoxinból és 25 mg pyrimethaminből). A kezelésre elégséges 2 tabletta egyszeri adása vagy 1 ampulla, esetleg 6 órával később még egy tabletta. Kombináltan még kininnel adva javasolják, ezt 2 tabletta Fansidarral lezárva.

Az importált betegségek közül szám szerint az első helyen az amoebiasis áll és ezek között is a tünetmentes kiválasztók dominálnak. A szerzők a trópusokról vizsatarók között 8%-ban tudtak entamoeba histolyticát kimutatni. Mivel azonban a tünetmentes formák is kóros elváltozásokat okozhatnak, valamennyi egészséges úritót is szanálni kell. Így extra-intestinalis formaként az amoebák a vena portaeen keresztül leggyakrabban a májba kerülnek. Esetközlés mellett ennek tüneteit is leírják és megbeszélik az ebből eredő májtályog műtéti és konzervatív kezelését. Nagyon ritka a trópusokon a tifusz és a hepatitis is. Az intestinalis helmintiasis trópusi utasai között viszonylag ritkábban, 2%-os gyakorisággal fordult elő, főleg, ha a trópusi lakosság adataival hasonlítjuk össze, ahol a 90%-os gyakoriságot is elérheti. Viszonylag ritka, de életveszélyes a kala-azar, a visceralis leishmaniózis.

Végül a leprát tartják még szükségesnek kiemelni, annak ellenére, hogy nagyon ritka és az utóbbi 8 évben csak 4 esetet jelentettek intézetüknek. Közlik az egyik etiópiai betegük esetét, akinek a bőrelváltozásai már 2 éve fennállottak, de nem ismerték fel, hanem az egyik bőrklinikán lues-szel kezelték. A diagnózist végül is szövettani vizsgálattal állították fel. Közleményükkel a szerzők a trópusi betegségek jelentőségét hangsúlyozzák.

Angeli István dr.

Aflatoxin által okozott hepatitis-járvány Kenyában. A. Ngindu és mtsai: *Lancet*, 1982, 1, 1346.

Az aflatoxin különböző saprophyta-gombák által termelt metabolit, melyek közül elsősorban az *Aspergillus flavus* ismert. Az aflatoxin erősen hepatotoxikus emberre és állatra egyaránt. Régóta feltehető, hogy Afrikában és másutt is felelős májbetegségek kialakulásáért és szerepet játszhat a hepatocellularis carcinoma kialakulásában is.

A szerzők 20 beteg esetét ismeretik, akik közül 12-en meghaltak. A betegségek családonként jelentkeztek, ott halmozódtak. Egy alkalommal 8 tagú családot vettek fel, egy 13 hónapos, még szoptatott ikerpár kivételével valamennyien meghaltak. Az otthon maradt családtagok és szomszédok elmondták, hogy az esőzések megkezdése után (március) sok galamb, később sok kutya dögölt meg a faluban. A kutyák megbetegedését hamarosan követte az emberek megbetegedése is, ezért mintákat gyűjtöttek össze a tárolt gabonafélésekből az analízisre.

A megbetegedettek vérében magas transaminase-szintet találtak. A részletes virológiai vizsgálatok (Marburg-vírus, Ebola-vírus, Lassa-láz stb.) negatívak voltak. 3 szérummintában (29-ből) HBsAg-t találtak. A postmortem végzett májszövetvizsgálatok (vékonyréteg-chromatographia) masszív aflatoxin B1 jelenlétét igazolták. Histológiai kiterjedt toxikus hepatitiszt találtak. Az összegyűjtött ételmintákban is nagyfokú aflatoxin kontamináció volt kimutatható. Mykológiai vizsgálatok *Aspergillus flavus*, *Rhizopus* és *Paecilomyces* sp. növekedését derítették ki.

A szerzők felhívják a figyelmet, hogy az igen magas mortalitás (60%), ill. az emberi megbetegedések jelentkezése előtti állatelhullás, különösen az ételmaradékok evő kutyák vonatkozásában, hasonló volt, mint egy Indiából származó közleményben. Elemzik azokat a gazdasági, ill. éghajlati viszonyokat is, amelyek az aflatoxin-fertőzéshez vezettek. A magas mortalitásban esetleg szerepet játszhat az a körülmény is, hogy más májkárosító hatások már korábban érvényesültek, pl. hepatitis, malnutrició stb. Az étel aflatoxin-tartalma és a hepatocellularis carcinoma gyakorisága között pozitív összefüggés van. A jelenleg vizsgált bennszülött törzsben (Akamba) a hepatocellularis cc-ák gyakorisága duplája a Kenya más területein észleltnek.

Ternák Gábor dr.

A Rift Valley-láz 11 esete. Roberto Troyano, L. (Hosp. „Gral. C. Garcia”, La Habana, Kuba): *Rev. Cuba. Méd.* 1982, 21, 295.

A szerző etiópiai tartózkodása alatt a „Lemu Egészségügyi Központ”-ban 11 Rift Valley fever (Rift-völgyi láz) esetet figyelt meg egyetlen nap alatt. Valóságos családi járvány volt: a 11 egy családhoz tartozó beteg közül 1 10 évnél fiatalabb, 3 11–20 éves, 4 21–30 éves, 2 31–40 éves és 1 41 évnél idősebb volt. A tünetek közül láz, fejfájás, izomfájdalmak, hastáji fájdalom minden betegen jelentkeztek, étvágytalanság, hányinger, bradikardia, fénykerülés 9–9 páciensnél volt megfigyelhető, hallászavarokról, hányásról, hasmenésről 2–2 beteg panaszkodott. A laboratóriumi leletek közül a leukopenia érdemel említést, 10 esetben a fvs-szám nem érte el az 5000/mm³ értéket, 1 esetben 6200 volt; a haemoglobin 3 esetben 10 g alatt volt, a vastagsepp nem mutatott Plasmodiumokat. A kezelés lázcsillapítással történt, aspirin adására a betegek szépen javultak. Antibiotikumok hatástalanok. A szerző megemlíti, hogy ha Afrika középső részén lázas betegség jelentkezik, gondolni kell a Rift Valley-lázra. Ez ugyan elsősorban növényevők betegsége, 1960-ban Dél-Afrikában 100 000 birka és 500 000 szarvasmarha pusztult el a fertőzés miatt, melyet különböző moszkító (Aedes, Culex és Eretmapodides fajok) terjesztenek.

Nikodemusz István dr.

Bélparaziták előfordulása gyermekeknel a Kuala Lumpur-i általános kórházban. Hamimah, I., Zahedi, M., Ainiyah, J. (Dept. Parasit. Med. Faculty, Univ. Kebangsaan, Kuala Lumpur, Malaysia): *Med. J. Malaysia*, 1982, 37, 373.

A Kuala Lumpur-i általános kórház gyermek járóbeteg-rendelésén 305 csecsemő és kisgyermek végeztek bélparazita-vizsgálatot. A gyermekek 40,8%-át egy vagy több parazitával fertőzöttnek találták. 39% férővel és 4,3% protozoonnal volt fertőzött. A férgek közül leggyakrabban *Ascaris* fordult elő (17,4%), ezt követte a *Trichiuris* (14,8%), majd a horogféreg (*Ankylostoma*) (2,9%) és a *Strongyloides stercoralis* (0,3%). A protozoonok közül a gyerekek 2,3%-ánál mutattak ki *Entamoeba histolytica*-t és 2,6%-nál *Giardia lamblia*-t. Leginkább a hindu gyerekek voltak fertőzöttek, ennél kevésbé a kínai, végül a maláj gyerekek. A hátsó-indiai felszigeten általában a földféreg a leggyakoribb bélparaziták, ezek leküzdése fontos feladat.

Nikodemusz István dr.

Vesebetegségek

Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek túlélése dialízissel, illetve transzplantációval.

Vollmer, W. M. és mtsai: *Engl. J. Med.* 1983, 308, 1553.

Az Amerikai Northwest Vese-centrum adatai alapján 1038 krónikus veseelégtelenségben szenvedő beteg túlélését elemezték, akiknek kezelését 1960 és 1979 között kezdték el. A kezelésbe került betegek között az elsődleges vesebetegség, mint oki tényező, a következőképpen oszlott meg: 40% glomerulonefritisz, 3% kongenitális anomáliák, 12% policisztás vesebetegségek, 11% diabetes, 7% hipertónia, 4%-ban pielonefritisz, és 23% volt egyéb ok. Feltűnő a pielonefritisz alacsony előfordulása. A felvett betegek 32%-a volt 55 évnél idősebb, de nem volt közöttük 15 évesnél fiatalabb gyermek.

Az alapvető kérdés, melyre választ kerestek a matematikai statisztika módszerével az, hogy vajon a transzplantáció vagy a dialízis nyújt-e jobb túlélést. Módszerük Cox „proportionális hazard módszer”. Megállapították, hogy a renális hipertóniában, ill. diabetesben tönkrement vesék miatt a programba került betegek túlélése sokkal rosszabb, mint a többi ok miatt kezelt betegeké. E két csoportba 74, illetve 115 beteg tartozott, míg a többi beteg, akik a további statisztikai analízis anyagát képezték, 849 volt.

E 849 betegből 153 kapott vesét élő donortól, és 102 halottból. 584-et kezeltek kizárólag csak dialízissel. A leghosszabb volt az élő donortól származott vesét kapottak túlélése. Ennél rosszabb volt a halott vesével transzplantált betegeké, és a legrövidebb túlélést a dializált betegek mutatták. Még kell azonban jegyezni, hogy az élő donorból származó vesét kaptak átlagéletkora volt a legrövidebb és a dializáltaké a leghosszabb (27, ill. 50 év). Ha a betegek túlélését, a dialízis kezdetének idejét, a jelentkező komplikációk számát és a betegek korát is figyelembe vették, akkor már nincs különbség a túlélésben a dializált vagy kadaver vesével transzplantált betegek között. Ezek után is jobb a túlélések, ha a beteg élő vesét kap, mint kadaver transzplantátumot. Talán a cyclosporin alkalmazása fog változtatni ezen a jelenlegi eredményen.

Hogy egy dializált beteg kapjon-e kadaver vesét, ez a lehetőségtől, korától, családi helyzetétől függ.

Taraba István dr.

Veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelése dialízissel és transzplantációval az Egyesült Államokban. H. Krakauer és mtsai: *N. Engl. J. Med.* 1983, 308, 1558.

A National Institute of Health számítógépes adatai felhasználásával elemezték az Amerikai Egyesült Államokban a dialízis és

transzplantációs aktivitás eredményességét. A közleményben szereplő betegek 1977. január 1. és 1980. december 31. között kerültek dialízis kezelésre, ill. estek át veséátültetésre. Vizsgált betegeiket három csoportra osztják, akik dialízis kezelésben részesültek, akik élő donorból kaptak vesét, ill., akik halottból kivett vesét kaptak az átültetéskor. Mindhárom csoportban analízist végeztek az eredményesség megítélésére a nemek, a primer vesebetegség, a fajták, ill. a kor függvényében. Feldolgozásra került ilymódon az USA-ban kezelt betegeknek kb. 93%-a. Külön analízist kaptak a beültetett graft megtapadásának, ill. kilökődésének statisztikai megoszlását.

Összesen 76 356 beteget analizáltak, akiknek nagyobbik része (65 270) dialízis kezelésben volt. A transzplantációra került betegek száma 11 086 volt. E számok jól mutatják, hogy a veseelégtelenség miatt kezelésben levő betegek túlnyomó többségét dialízissel kezelik, és csak kb. 15%-ot tudnak transzplantálni. E megoszlás okaira a szerzők nem térnek ki, de nyilvánvaló, hogy e 15% bizonyos szempontok szerint válogatott beteganyag, akiknek a túlélési esélyei minden valószínűség szerint nagyon jók. E kiválasztottságot mutatja az is, hogy míg a dialízissel kezelt betegek kb. 2/3-a 50 évnél idősebb, addig a transzplantációra kerültek között csak kb. 10%-ban szerepeltek 50 évesnél idősebb emberek. Így a két csoport között beteg túlélésben észlelhető különbség hosszabb távon jól magyarázható. Dialízissel az 1 éves túlélés 81%, a 3 éves 56%.

Traszplantációval az 1 éves túlélés kadaver vesével 86%, élő donorból származóval 95%, a 3 éves túlélés 78, ill. 91%.

A beültetett vese (graft) működése 1 évre kadaver vese esetén 56%, élő donor vese működés 75%, 3 évre 45%, ill. 67%.

A betegek túlélése természetesen hosszabb, mint a beültetett veséké, de a beteg akkor már dialízis kezeléssel él.

A férfiak és a nők között alig van különbség, jelentős azonban az eltérés a különböző korcsoportok között. A fiatalabb korcsoportokban levő betegek túlélése, ill. graft megtartása is jobb, mint az idősebbeké. Szerepet játszik ebben az is, hogy milyen felkészültségű osztályon végezték az átültetést, amire az utal, hogy a graft túlélési eredmények a nagyobb gyakorlatlalt arányosan javulnak.

A szerzők végül rámutatnak arra, hogy eredményeik nem hasonlíthatók össze az európai adatokkal. Európában mások a kiválasztás kritériumai, és az évente programba vett betegek száma 1 millió lakosra vonatkoztatva is sokkal kisebb, kb. 1/3-a. Ugyanígy alacsonyabb az 1 millió lakosra

számított transzplantáció is; míg az USA-ban 1 millió lakosra évente 20 transzplantáció esik, addig Európában átlagban csak 6! Az eredményeket mégis összemérve, a transzplantáció eredményei valamivel jobbak Amerikában, míg a dialízissel elért eredmények Európában jobbak. A különbségek az összeállítás jogtalansága mellett azonban nem számottevőek.

Taraba István dr.

A veseműködést pótló terápia.

Luke, R. G.; N. Engl. J. Med. 1983, 308, 1593.

Az Amerikai Egyesült Államokban évente 10 000 lakosra számolnak egy személyt, akinél krónikus veseelégtelenséget diagnosztizálnak, és akinek veseműködését „pótolni” kell. A lehetőségek jól ismertek: otthoni vagy kórházi hemodialízis, intermittáló vagy folyamatos peritoneális dialízis, illetve transzplantáció. Ez utóbbi történhet élőből (rokonból), illetve halott vesével.

A szerző az egyes lehetőségeket elemzi. A legjobbak az eredmények az élőből származó transzplantációval. Az USA-ban ma a veseátültetések 30%-a élőből származó vesével történik.

A betegek többsége azonban nem kaphat élő donorból származó vesét, mert kb. 60%-a a kezelt betegeknek 50 évnél idősebb, akiknek szülei és legtöbbször testvérei is idősök vese-donációra. A legtöbb beteg tehát vagy a dialízis valamelyik formájával tartható életben, vagy halottból származó vesével transzplantálható. A kadaver vese-transzplantáció eredményei is javultak. A beültetett vesék 1 éves túlélése 1981-ben 61% volt.

A dialízis egyes formái közül legelterjedtebb ma is a hemodialízis, de egyre inkább tért hódít a peritoneális dialízis kezelés. Jelenleg a dializált betegek 83%-át kezelik kórházban, de számítások szerint e betegek nagyobb része kezelhető lenne otthon is. Úgy tűnik az előzetes számítások szerint, hogy a betegeknek kb. 40%-a alkalmas az otthoni kezelésre.

Az egyes kezelési eljárások között van különbség a túlélésben, ha nem is feltűnően nagy (kivéve az ikertestvérből történő átültetést). Az orvosnak tehát nehéz feladata van, ha betegének felelősséggel akar tanácsot adni, hogy a vese működés-pótlás mely módját válassza. A beteg személyi adottságai, kora, alapbetegsége, és a lehetősége (pl. hogy van-e jelentkező, aki a veséjét felajánlja) teszi lehetővé vagy zárják ki az egyes módokat, és az intelligenciája, akarása és képzettsége alapján kell döntenie az otthoni hemo- vagy peritoneális dialízis kezelés mellett vagy ellen. A beteggel történő megbeszélés, az

eredmények és eredménytelenségek („risk and benefit”) ismertetése után a beteg joga a választás.

Taraba István dr.

A dialízissel elérhető hosszú idejű túlélésről. Szerkesztőségünk cikk: Lancet, 1983, II, 889.

Tavaly közölte Scribner, hogy korai betegek közül egyenél a hemodialízis kezelés 22. évébe léptek. Tehát nagyon hosszú túlélés lehetséges, még ha a szövődőmennyel listája hosszú és ijesztő is.

A legkomolyabb veszélyek egyike a koronáriák és az agyi véredények betegsége. Sok betegnek van hypertrigliceridaemiája alacsony HDL-szinttel, és a kardiovaszkuláris eredetű halálozási arány háromszor magasabb a dializált betegeken, mint a nem dializált hasonló korú kontroll csoportban, bár nem bizonyos, hogy a zsírsanyagcsere-rendellenességek tehetők ezért felelőssé. A kardiovaszkuláris halálok legnagyobb rizikófaktora valószínűleg a hipertónia. A miokardiális infarktus miatt bekövetkezett halálozás legalább kétszer olyan gyakori, mint a cerebrovaszkuláris betegségeké.

Minden krónikusan dializált beteget veszélyeztet a szepitkémia és az endokarditisz. Oka az inkorrektna kanulbehelyezés; a kórokozó leggyakrabban staphylococcus. Az ilyen eredetű infekcióból származó halálozás kb. 20%-os. A hiányos táplálkozás a sejt közvetítette immunitás gátlásával növeli a fertőzés esélyeit; nagy veszély a tuberkulózis. Hogy vajon a krónikusan urémiás beteg fokozottan lenne kitéve a rákos megbetegedés veszélyének, az kérdéses. Úgy tűnik, hogy a non-Hodgkin lymphomák gyakrabban fordulnak elő, bár oki összefüggés nem bizonyított.

A dialízis-dementia megelőzhető. Ez és a csontrendellenességek elkerülhetők, ha a mosófolyadék alumíniumtartalmára kellő gondot figyelünk.

A betegek egy része önmagát veszélyezteti túl sok folyadék és kálium fogyasztásával. A napi folyadékbevitel felső határa általában 1 liter. Néhány beteg a kezelés közötti 2–3 napos szünetben 3 kg, vagy ennél nagyobb súlygyarapodást mutat és a halál bekövetkezik, mielőtt az ultrafiltráció megkezdődne. Mások hirtelen és váratlanul halnak meg. Valószínű, hogy némelyiküknek miokardiális isémia következtében kialakult kamrafibrillációja volt, de a halál oka lehetett hyperkalémia is, ami post mortem nem detektálható. Ismertek depressziós betegek, akik szándékkal fogyasztottak sok káliumot tartalmazó ételt, mások elzárkóztak a kezelés folytatásától.

Mielőtt az alkari fistula-képzés mindennapos gyakorlattá vált, betegek haltak meg amiatt, hogy

nem maradt elérhető vénájuk. Ma ez gyakorlatilag nem fordul elő. A mai gyakorlatban a „rossz vénájú” betegeknek hosszú saphena-szarkaszt transzplantálnak a combból a karra, vagy teflonprotézist ültetnek be. Akit ma hemodialízis-programba fogadnak, annak tilos rutin vérvétel céljából a fisztulaképzésre kijelölt karját pungálni.

Melyek azok a szisztémás betegségek, amelyek veseelégtelenséghez vezetnek? Diabetszben a progresszív vaszkuláris lézióra irányuló tendencia változatlanul fennáll. Ezzel szemben a szisztémás lupus eritematosusban szenvedő betegek a terminalis veseelégtelenségben gyakran tartós remissziót mutatnak. Renalis amyloidosisban a túlélés ideje nagyban függ az egyéb szervekben helyet foglaló depozitumok nagyságától. Progresszív szisztémás szklerózisban a kilitások sokkal kedvezőtlenebbek. A hepatitis továbbra is gond marad. Angliában 10 év óta nem volt haláleset hepatitis B miatt.

Szót kell ejteni még a nephrectomia utáni és a parathyreoidectomiát követő halálozásokról. Az előbbire a hipertónia megszüntetése, az utóbbira a szinte mindig jelenlevő csontváltozások miatt kerül sor.

A hosszú idejű túlélés analízisével foglalkozik két amerikai tanulmány is. *Gutman* 25 olyan férfi és nő adatait értékeli, akik legalább 14 éven át álltak hemodialízis kezelésben. A közlés időpontjában közülük 11 teljesen aktív volt (3 fizikai dolgozó), csak hárman szorultak segítségre önellátásukban. *Neff* és *mtsai* 37 betegről számolnak be, akik 10 éve élnek hemodialízissel. Ez a gyűjtés 203 fős betegcsoportból történt. A két csoport szövődményes megbetegedései közül a következők emelhetők ki: hyperparathyroidismus, miokardiális és perifériás keringési elégtelenség, szepikémia, tuberkulózis, a csontrendszer és az izomzat betegségei. Többen részesültek transzplantációban, de a graft csak rövid ideig működött. Szemben az európai megfigyelésekkel a házi dialízisben részesülőeknek nem volt hosszabb túlélési idejük. A hosszú túlélés szempontjából a következő körülményeket találták kedvezőnek: a dialízis kezdetekor 40 évnél fiatalabb életkor, extrovertált személyiség, normális vér-

nyomásértékek, polycystás vese-degeneráció mint alapbetegség.

Rossz prognózt jelentett a diabetsz mellitus és a primer hipertenzív nephroszklerózis. Etnikus szempontok és a betegek nemek szerinti megoszlása a túlélésre nem volt befolyással.

Mit mondhatunk a dialízis és a transzplantáció relatív értékeiről? A hosszú túlélés megítélését nehezíti az, hogy adott betegnél hemodialízisre, transzplantációra és a peritoneális dialízis különböző formáira is sor kerülhet. Gyakran egy betegnél mind a három eljárásra szükség van. A transzplantáció előtti dialízisidő nem számítható be a hosszú túlélési időbe.

A folyamatos ambuláns peritoneális dialízis (CAPD) értékelése ma még korai. A szerzett tapasztalatok csak rövid megfigyelési időből származnak. Többnyire időseknél, diabetszben, legyengült betegeken végzik. Közlések 80–94%-os kétéves túlélési időről számolnak be. A CAPD és a hemodialízis összevetése csak úgy lehetséges, ha az ambuláns peritoneális kezelést primer veseelégtelenségben szenvedő fiatal betegeken alkalmazzák hosszú időn keresztül. Angliában 1981 végén 850, 1982-ben 1200 ambuláns peritoneális dialízis folyt. Jelenleg 1600. Mivel a CAPD gyorsan növekvő népszerűségnek örvend és a transzplantációra váró vesék száma nem növekszik, az évtized vége felé választ kaphatunk arra, hogy a CAPD felveheti-e a versenyt a hemodialízis kezelés értékességével.

Somogyi László dr.

Házi hemodialízis — egyszerűsített technikával. George, C. R. P. (Concord Hospital, Concord, New South Wales 2139, Ausztrália); *Lancet*, 1983, II, 895.

A folyamatos intézeti hemodialízis kezelés krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegeken, negyedszázados múltra tekint vissza. Majdnem ilyen régóta vannak meg a házi hemodialízis technikai feltételei. Általánosságban elmondható, hogy az otthoni kezelésben részesülő betegek átlagos túlélési ideje kedvezőbb, és rehabilitációjuk is sikeresebb, mint az intézet-hez kötött betegeké. A kezelési

költségek kisebbek és jelentős az időmegtakarítás is. A felsorolt előnyök ellenére sem alkalmazzák kiterjedten sehol a világon.

A szerző 274 különböző eredetű veseelégtelenségben szenvedő betegen 1975-től folytatott házi dialízissel szerzett tapasztalatairól számol be.

A betegek döntő többségénél alkari fisztulát képeztek ki. Néhány esetben került sor speciális graft beültetésére vagy shunt-képzésre (Gore-tex graft, borjú xenograft). Gyárilag izotóniás sóoldattal töltött 1,1 m² felületű kapillárdializátort, vagy lapdializátort használtak, amihez gyárilag csatlakoztatták az ugyancsak előre töltött szerelékeket. Minden beteget abszorptív rendszerű recirkulációs művesegépen kezeltek. Ezek nem rendelkeztek arteriális vagy vénás nyomásmérő monitorral, levegőjelző detektorral, vagy a szerelék lezárásához használatos fogóval. A heparin adása intermittálóan történt, ugyancsak előre töltött fecskendőből. A szerző részletesen ismerteti a házi dialízis használatos művesekészülékekkel szemben támasztott igényeket.

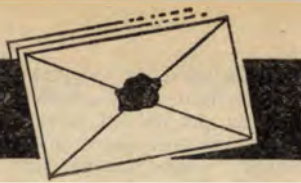
A betegeknek saját kezelésükre való betanítása a kórházban történt, és átlagosan 63,1 napot vett igénybe. A begyakorlás során a legnagyobb önállóságra szoktatták őket, azért, hogy kezelésük során lehetőség szerint még családtagjaik segítségére se szoruljanak. Arra kérték betegeiket, hogy a telefont a művesekészülék közelében helyezték el. A nővér és a művese technikai szolgálat a nap 24 órájában folyamatosan hívható volt.

Tényleges házi dialízisre 243-an kerültek. 31 beteg nem jutott el az otthoni kezelés folytatásáig: 2-en földrajzi okok miatt, 4-en részesültek transzplantációban, 21-en meghaltak a betanítási periódusban, 4-en képtelenek voltak a kezelés elsajátítására.

A házi hemodialízisben részesülő, veseelégtelenségben szenvedő betegek 1 éves túlélési ideje 85,8%, az 5 éves túlélési idő 41,2% volt.

Az eredményes kezeléshez személyes motiváció, megfelelő technikai felszereltség, a kezelés hátterét biztosító jól képzett személyzet: orvos-, nővéri és technikai stáb szükséges. Somogyi László dr.

Helyreigazítás: Az Orv. Hetil. 1984. 125. 11. számában a 6701. oldalon „Az autizmus kutatásának és terápiájának fejlődése” című referátumot *Fejes András dr.* készítette. Munkatársunk és olvasóink nevében szíves elnézését kérjük a téves névalírástért.



Az öngyilkosság hajlam genetikai elemzése ikrekben.

T. Szerkesztőség! Megnyugtató volt érzékelné a biológiai és szociál-pszichológiai indíttatású hazai pszichiátriai iskolák közeledését egymáshoz és a közös gondolkodás szakszerű kompromisszumának felismerését (Bánki M. Csaba: „Vannak-e az öngyilkosság hajlamnak biológiai tényezői?” Orv. Hetil., 1983. 124. 3045—3052 és B. B., nyilvánvalóan Buda Béla szerkesztőségi közleménye: „Viselkedés-variantok — agyi biokémiai elváltozások — pszichiátriai kutatás” Orv. Hetil. 1983, 124, 3053—3055). A komplex emberi jelenségeket helyes különböző nézőpontokból vizsgálni. Helytelen azonban, ha az így kialakult iskolák nem vesznek tudomást egymás létezéséről, illetve igazuk erőszakolt elfogadtatása miatt teret engednek a szubjektívizmussnak. Ez a mintaválasztás buktatóinak elrendezésétől egészen a vizsgálati eredmények meghamisításáig terjedhet. Csakis a valóság objektív, tehát tárgyilagos és sok dimenziójú elemzése lehet a megoldás útja. Ennek érdekében hadd foglaljam össze egyik félbemaradt és ezért szakfolyóiratokban publikálásra nem került öngyilkosság-vizsgálatunk fontosabb adatait.

Az orvosgenetikai elemzés alapja általában a *családvizsgálat*. Ennek azonban két feltétele van. Az egyik: a vizsgált jelenség, tehát pl. az öngyilkos-halálozás populációs gyakoriságának: prevalenciájának vagy incidenciájának, az ún. p. értéknek az ismerete. (Az öngyilkossági kísérletek bizonyítalanabb gyakorisági értékei miatt általában helyesebb a pontosabban regisztrált halálozással számolni.) A másik: véletlenszerűen kiválasztott megfelelő nagyságú indexpáciensekből (tehát öngyilkosságban meghalt személyekből) összetevődő ún. vizsgálati mintában meg kell határozni a különböző fokú (első-, másod- és harmadfokú), szintű (pl. elsőfokú rokonságon belül: szülő, testvér, gyermek) és nemű rokonság *specifikus* érintettségét (esetünkben tehát öngyilkos-halálozását). Ez az ún. q-érték. Legtöbbször meg kell elégednünk az elsőfokú rokonok vizsgálatával, az ún. q₁-gyel. (Munkaigényessége, technikai (földrajzi) nehézsége és az adatok fokozódó pontatlansága miatt kell lemondanunk a másod- és harmadfokú rokonok felkutatásáról.) A q/p értékek hányadosa az ún. Penrose-féle K-érték, amely megadja a családi halmozódás mértékét. Ha ez nagyobb 3—5-nél, akkor általában a családi halmozódás *jelentősnek* mondható. Az öngyilkossági halálozás igen magasán szignifikáns családi érintettséget mutat. Talál-

koztam olyan családdal, ahol az apa és 5 gyermeke halt meg öngyilkosságban (köztük az egyik 9 éves korában). A családi halmozódásnak azonban *három* oka lehet: I. a biológiai öröklődés; ez jelenti a genetikai determináltságot, mivel az elsőfokú rokonság génállománya 50%-ban azonos, II. a családi minta szuggesztivitása, ún. imprintingje és III. a szocio-kulturális hatások, amelyek különösen azonos családok tagjaiban érvényesülnek hasonló módon. A három jelenség elkülönítése nem könnyű, de az *ikervizsgálati modell* alkalmas lehet erre. Az elv közzismert: az ikrek egy időben fogamzott, azonos méhen belül fejlődő, majd a születés után azonos családban felnövekvő testvérek, akiket ezért döntően azonos külső hatások érnek. Amíg azonban az egytétjűek (MZ) 100%-ban azonos génállománnyal rendelkeznek, addig a kéttétjűeknek (DZ) — mint az elsőfokú rokonoknak általában — csak 50%-os a genetikai azonososságuk. Az öngyilkosság kutatásában a korábbi ikervizsgálatok főleg érdekes, ezért szelektált kazuisztikákat jelentettek (2). Csapán egy korábbi epidemiológiai vizsgálatról tudunk, amely 11 ikerpárt ölelt fel (3). Ennek az anyagnak 3 egytétjű ikerpárját Kallmann (4) Később — kazuisztikákkal — 18-ra emelte. Csapán egyetlen egytétjű ikerpár mindkét tagja követett el öngyilkosságot. A dán ikernyilvántartás (I) azonban lehetőséget kínált egy megfelelő nagyságú vizsgálati mintára. Dániában minden 1870 és 1920 között született ikerpár adatait ismerik. Ez több mint 30 000 személyt jelent. M. Hauge professzor lehetőséget nyújtott arra, hogy ezt az anyagot feldolgozzam az öngyilkos-halálozás nézőpontjából. Az értékelés objektivitásának növelése céljából (I) csak azokat az azonos nemű ikerpárokat vettük figyelembe (az öngyilkos halálozás eltérő nemi gyakorisága miatt), akik (II) 1920 előtt születtek (az öngyilkos halálozás 50 év felett jelentősen emelkedik), továbbá (III.) egyértelműen bizonyított vagy nagyon valószínű volt öngyilkos halálozásuk. (Így a szándékosnak nyilvánított közötti baleseteket és gyógszer-túladagolásokat kizártuk.)

A vizsgált anyagban 148 olyan ikerpárt találtam, akik közül legalább az egyik öngyilkosságban halt meg és megfelelt a fenti kritériumoknak. 148 ikerpár közül 10-nek bizonyosan, 12-nek valószínűleg mindkét tagja öngyilkosság miatt halt meg. A 148 index páciens ikertestvére közül tehát 6,7—8,1% halt meg ugyancsak öngyilkosságban. Ez a q-érték szemléletesen bizonyítja az öngyilkossági

halálozás családi halmozódását. (A vizsgált időszakban a dán népesség öngyilkos-halálozását 0,02%-ra becsülték, tehát a K-érték 335—405!). A 148 ikerpár közül 40 egytétjű, 77 kéttétjű és 31 tisztázatlan ikertípusú volt. A 12 konkordans eset közül hat az egytétjűek, kettő a kéttétjűek, négy pedig — sajnos — az ismeretlen ikertípusúak közül került ki. Csak a biztos ikertípusokat és a bizonyított-valószínű öngyilkosság-halálozást figyelembe véve — a Holczinger-

$$\text{formula szerint } (H = \frac{MZ_{\text{conc}} - DZ_{\text{conc}}}{1 - DZ_{\text{conc}}}) - a$$

$$\text{tehát } \left(\frac{15,0 - 2,6}{100,0 - 2,6} \right) - a$$

biológiai örökletesség mértéke 13%-nak bizonyult. Két konkordáns ismeretlen ikertípusnál — a családtagok elmondása szerinti alapvető hasonlóságuk alapján — valószínűsíthető volt az egytétjűség. Ilyen megközelítés mellett az öngyilkosság-halálozás biológiai örökletessége 17%-os. Vizsgálatunk másik részében N. Juel-Nielsen professzor az öngyilkosság-halálozást elkövető ikrek pszichiátriai értékelésére vállalkozott volna, mivel a kiscokú örökletesség magyarázatát bizonyára néhány elmebetegség közvetett hatásában kellett volna keresni. Erre azonban — a technikai nehézségek miatt — végül is nem került sor és ezért maradt el a vizsgálat publikálása. Ezeknek az egyedülálló ikeradatoknak hazai megismertetése azonban talán elősegítheti a két hazai pszichiátriai iskola közös álláspontjának kialakítását. Az öngyilkos-halálozásban észlelt jelentős családi halmozódás tehát nem elsősorban biológiai-genetikai okokra (legfeljebb 13—17%-ban), hanem külső: családi és társadalmi tényezőkre vezethető vissza. Így a világviszonylatban legmagasabb magyarországi öngyilkossági halálozással az okát nem a magyarság biológiai-genetikai adottságaiban, hanem az ugyan-csak „öröklődő” szocio-kulturális hatásokban kell keresni.

Czeizel Endre dr.

IRODALOM: 1. Hauge, M., Harwald, B., Fischer, M., Gottlieb-Jensen, K., Juel-Nielsen, N., Raebild, I., Shapiro, R., Videbrecht, T.: The Danish Twin Register. Acta Genet. Med. Gemellol., 1968. 17. 315—332. — 2. Juel-Nielsen, N., Videbrecht, T.: A twin study of suicide. Acta Genet. Med. Gemellol., 1970. 19. 307—310. — 3. Kolmann, F. I., Anastasio, M. M.: Twin studies on the psychopathology of suicide. J. Hered., 1946. 37. 171—180. — 4. Kallmann, F. I.: Heredity in Health and Mental Disorder, New York, 1953.

T. Szerkesztőség! Őszintén köszönöm Czeizel Endre dr. hozzászólását és külön öröm, hogy összefoglalónk ösztönzést adott értékes és

egyedülálló ikerkutatási adatainak közzétételére. Feltétlenül egyet kell érteni azzal, amit a pszichiátriai gondolkodás integrációjáról ír: Az emberi viselkedést több rendszer-szinten egyidejűleg kell tanulmányozni, de az így nyert, különböző vonatkoztatási keretekben (és nyelvekben) kapott adatok csak komplex egészé integrálva lesznek objektívek és használhatók. Sajátságos, hogy a pszichiátria gyógyító gyakorlatában ez többé-kevésbé mindig megvalósult, de elméletileg a szakma ezt csak fokozatosan és nem is minden vonatkozás nélkül ismeri el.

A biológiai pszichiátria az élmény- és magatartászavarok neurokémiai patogenezisét vizsgálja, amely nem szükségszerűen implikálja azok genetikusan determinált-ságát, legalábbis nem közvetlenül. Agyi transzmitterzavarok, membránkémiák, elektrolit- vagy neuroendokrin diszfunkciók különböző fizikai, kémiai, fertőző, metabolikus betegségek, vagy éppen extrém igénybevétel („pszichotrauma”, „stressz-situáció” stb.) hatására addig egészséges emberben is kialakulhatnak, ezekre meggyőző állatkísérletes modellek is vannak. Emberekben a szükségszerű metodikai korlátok miatt az eredmények sokkal bizonytalanabbak; éppen ezért figyelemre méltó, hogy az öngyilkosság és a szerotonin-funkciózavar összefüggésére mind több a pozitív adat (2), míg ellentmondó észlelést eddig nem közöltek. Újabban specifikus receptor-vizsgálatok is alátámasztják a feltevést (6), hogy a (violens) öngyilkosok között gyakoribb a szerotonerg rendszer hipofunkciójára utaló zavar; Angliában pedig eredményesen sikerült csökkenteni személyiségzavarral (pszichopátia) küzdő, rendszeresen visszaeső betegek próbálkozási gyakoriságát egy depó-neuroleptikummal ott, ahol előzőleg pszicho- és szocioterápiás módszerek nem vezettek eredményre (5). Ez utóbbihoz a szerzők maguk is megjegyzik azonban, hogy közmondásosan rosszul kooperáló személyekről van szó, akikben tehát a pszichoterápia feltételei összehasonlíthatatlanul rosszabbak voltak.

Tény, hogy pszichiátriai ápoltságban az öngyilkossági-ráta igen magas (3), ebből azonban még nem követhető szükségképpen, hogy ezek háttérben elmebetegség szerepeljen okként, hiszen világszerte tudott, hogy maga a tentamen sokszor elegendő a betegé minősítéséhez és a hospitalizációhoz. Inkább úgy tűnik, betegségtől függetlenül egyfajta „rizikófaktorról” van szó, amely biológiailag agyi szerotonin-hipofunkcióban, pszichológiailag pedig impulzivitásban (1, 2, 4) nyilvánul meg. Feltehető, hogy adott szociokulturális miliőben, különböző krízishelyzetekben ezek az egyének hajlamosak impulzív módon (violens) öngyilkosságot elkövetni. Nem ez az egyetlen öngyil-

kosságfajta, de potenciálisan az egyik legveszélyesebb; ez társul sokszor heteroagresszivitással, antiszociális zavarokkal és alkoholizmussal is. (amelyek háttérben ugyancsak releváns biológiai zavarok is sejtethetők).

Komplex emberi magatartásformáknak — mint az öngyilkosság — természetesen komplex egyéni és társadalmi hatások, tényezők a közvetlen okai, nem kémiai egyensúlyváltozások. A reakció azonban a hatás („ok”) és az egyéni vulnérabilitás eredője, ez utóbbi viszont már jelentős részben biológiai faktorokon múlik (akár genetikusan ezek, akár szerzettek). Igaz, hogy az öngyilkosságkérdésben is jobb megoldás lenne a valódi „okok”, a kártékony emberi és szociális tényezők kiküszöbölése (a fertőző betegségek távoltartása is jobb, mint kúrálni a megbetegedetteket); mivel azonban még jó ideig fenn fognak állni a szenvedést, boldogtalanságot, frusztrációt, gyakran „idegösszeroppanást”, depressziót és agresszivitást kiváltó társadalmi hatások, az utóbbiról sem mondhatunk le. Annál kevésbé, mert talán reális lehetőség ígérkezik a veszélyeztetett ember — ámbár csak „tüneti” — megsegítésére ezen az úton.

Bánki M. Csaba dr.

IRODALOM: *Asberg, M., Bertilsson, L., Rydin, E. és mtsai:* Monoamine metabolites in CSF in relation to depressive illness, suicidal behavior and personality. In: Recent advances in neuropsychopharmacology (szerk. Angrist, B., Burrows, G. D., Lader, M. és mtsai), Pergamon, Oxford, 1981. 257—278. — *2. Garvey, M. J., Tuason, V. B., Hoffman, N., Chastek, J.:* Suicide attempts, nonattempts and neurotransmitters. *Comprehens. Psychiatry*, 1983, 24, 332—336. — *3. Modestin, J.:* Suizidium in den psychiatrischen Institutionen. *Nervenarzt*, 1982, 53, 254—261. — *4. Linnoila, M., Virkkunen, M., Scheinin, M. és mtsai:* Low CSF 5HIAA concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*, 1983, 33, 2609—2614. — *5. Montgomery, S. A., Montgomery, D.:* Pharmacological prevention of suicidal behavior. *J. Affect Disord.* 1982, 4, 291—298. — *6. Stanley, M., Mann, J. J.:* Increased serotonin-2 binding sites in frontal cortex of suicide victims. *Lancet* 1983, I, 214—216.

Abortumok terápiás felhasználása — és a modern orvosi beavatkozások etikájának ellentmondásáról.

T. Szerkesztőség! Válaszokat (Orv. Hetil., 1983, 124, 2401) érdeklődéssel olvastam, de úgy érzem, hogy idekívánkozik még néhány gondolat:

Egy pillanatig sem vitatom az organtranszplantációk jogos terápiás igényét. En az alkalmasság elbírálásának *módszerét* tartottam kifogásolhatónak annak *vivisectió*s jellege miatt. E módszer kritikájával kapcsolatban a T. Szerzőktől nem kaptam választ. A vizsgálat informatív értékét maguk a szerzők nyilvánították csekélynek azáltal, mint írják: „6%-nál nagyobb dyserythropoiesis értéknél a májat transzplantációra alkalmatlannak tartjuk, de megjegyeztük, hogy erre bizonyítékunk nincs.”

A művi vetélések *liberalizálódásának veszélyét* abban látom, hogy a szociális okokból „amúgy is pusztulásra ítélt” egyébként egészséges és életképes magzat mint donor, a humanitás jegyében „hasznos melléktermék”-ként eszközözévé válik egy terápiás beavatkozásnak. Egyszerű szavakkal élve: szociális indikációból elveszünk egy életet és vitális indikációból meghosszabbítunk vele egy másikat. — Ennek etikai és filozófiai jelentősége van, amiről írni, beszélni és vitatkozni kell.

Profán, de találó hasonlat, hogy egyes állatfajtákat sem az ökológiai egyensúly helyreállítása miatt irtanak, hanem egyes szerveik mint „hasznos melléktermék” peccételik meg sorsukat.

A szabályozókat már a kezdet kezdetén kell megállapítani, hogy az indukált vetélések engedélyezésénél a magzattal szemben támasztott esetleges terápiás igény ne kaphasson szerepet!

Mertz Tibor dr.

7730 VS—Schwenningen

T. Szerkesztőség! Mertz Tibor dr. újabb levelére az alábbiakban válaszolunk.

Az indukált vetélések engedélyezésébe az organtranszplantációval foglalkozó orvosnak, ill. intézetnek semmilyen beleszólása nincs. A magzati szövetek terápiás célra történő felhasználásába viszont nincs beleszólása a vetélést végrehajtó intézetnek.

A magzat életképességével kapcsolatban a közelmúltban az angol National Health Service és Medical Research Council közös bizottsága úgy foglalt állást, hogy a 20. hétnél fiatalabb fétuszok „pre-viable” (még nem életképes) fétuszoknak tekinthetők. Így az indukált vetelésből származó magzat sejteinek felhasználásakor nem veszünk életet el, még akkor sem, ha a magzat az abortus befejezésekor élt.

A magzat megszületése és szöveteinek esetleges feldolgozása között eltelt idő legalább 15 perc. Életjelenség ekkor már kivételes, szívűködés is ritka. Elfogadjuk azonban Mertz dr. etikai álláspontját, hogy ilyen körülmények esetében várni kell. Ezen a téren tehát intervenciója eredménnyel járt.

Az általa kiemelt „hasznos melléktermék” kifejezés nem a felhasználó szervekre, hanem a fejlődés-fiziológiai megfigyelésekre, ill. a készült publikációra vonatkozott.

Ami a terápiás felhasználást illeti, az a megjegyzésünk, hogy a kóros dyserithropoiesisű magzat májának (vagy csontvelőjének) alkalmazását kerülnünk, de ennek szükséges voltára bizonyítékunk nincs: azt jelenti, hogy nem tudjuk biztosan, melyik alkatrész fejthet ki kedvező hatást, s így azt sem tudjuk, hogy ez az alkatrész hasonlóan károsodik-e, mint az eritropoiesis vizsgált sejtjei.

Végül, de nem utolsósorban, ilyen sejtátvitellel kezelt betegek közül nem egy *gyógyult*, míg régebbi beteganyagunkban a súlyos csontvelőaplasziás betegeket három éven belül elvesztettük.

Pajor Attila dr.,
Jánoss Margit dr.
és Kelemen Endre dr.

A preconcepcionális gondozás jelentőségéről.

T. Szerkesztőség! Nagy örömmel és érdeklődéssel olvastuk *Lampé* és *Karmazsin* professzorok felhívását (Orv. Hetil. 1983, 124, 647.) az embriopathia diabetica megelőzése érdekében, valamint *Czeizel dr.* meggyőző számadatokkal alátámasztott tá-

már preconcepcionálisan is gondoztuk, csupán 2 fejlődési rendellenességgel született gyermeket észleltünk, ezzel szemben a már bekövetkezett terhesség során gondozásba vett anyák 287 újszülöttjéből 28 esetben figyeltünk meg maior vagy minor fejlődési rendellenességet. Ezek az adatok jól összhangban állnak Czeizel dr. idézett számadataival.

Eredményeink alapján igazoltnak látjuk azt, hogy az inzulinnal kezelt cukorbeteg terhesek normoglikémiára törekvő intenzív gondozása akkor eredményezi a fejlődési rendellenességek számának jelentős csökkenését is, ha ez a gondozás már preconcepcionálisan kezdődik. A jó beállítást igen pontos diéta és korszerű inzulinkezelésmódszerek adekvát alkalmazásával érhetjük el, monokomponens inzulin adását csak egyébként is fennálló indikáció esetén tartjuk szükségesnek (6.)

A jó eredmények elérésének elengedhetetlen feltétele, hogy az adott munkacsoport kellő tapasztalatokat szerezzen ezen speciális témakörben. Az ezzel foglalkozó kerekasztal konferencia 1981-ben, Brémában úgy foglalt állást, hogy ha egy munkacsoport évente ellátott cukorbeteg terhesek száma kevesebb mint 20, akkor ezen kellő tapasztalat megszerzése nincs biztosítva. Munkacsoportunk

IRODALOM: 1. *Baranyi É. és mtsai.*: Orv. Hetil. 1980, 121, 995. — 2. *Baranyi É. és mtsai.*: Orv. Hetil. 1981, 122, 315. — 3. *Baranyi É.*: Kandidátusi értekezés 1983, Budapest. — 4. *Békefi D., Baranyi É., Szalay J.*: M. Belorv. Arch. 1977, 30, 315. — 5. *Békefi D. és mtsai.*: Gyermekgyógyászat 1978, 29, 465. — 6. *Gerő L. és mtsai.*: Orv. Hetil. 1977, 118, 1165.

Nálunk miért nem lehet?

T. Szerkesztőség! Január elején megkaptam a *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1983. évi 52. számát. Annak rendje és módja szerint kiemeltem a tartalomjegyzéket, a helyére tettem és az évfolyamot el lehetett küldeni a könyvtőhöz. Utána gondosan levágtam a hosszú évek alatt megszokott méretű madzagot, összekötöttem vele az Orvosi Hetilapot, az Eü. Közlönyt és mindazt a pár füzetből álló szakfolyóiratot, amelynek utolsó száma véletlenül időben megérkezett. E lapok jó esetben fél, de inkább háromnegyed évig fognak a könyvszekrény aljában gúzsba kötve pihenni, mintha ők tehetnének arról, hogy nálunk a tartalomjegyzék csak ősz táján jut el az olvasóhoz. A tárgy- és névmutató hiánya megnehezíti az amúgyis szövevényes irodalomban való tájékozódást, az aktuális cikkek meglelését.

	Preconcepcionálisan gondozott			Preconcepcionálisan nem gondozott				Összes			
	n	perinatális mortalitás	fejlődési rendellenesség	n	perinatális mortalitás	n	fejlődési rendellenesség	n	%	n	%
1977—1979	24	0	2	106	9	9	130	9	6,9	11	8,5
1980—1983	49	1	0	181	4	19	230	5	2,2	19	8,3
Összesen	73	1	2	287	13	28	360	14	3,9	30	8,3

mogató hozzászólását (Orv. Hetil. 1983, 124, 1412.).

Magunk is aktuálisnak tartjuk a probléma újból való felvetését, ugyanis 1976-ban alakult munkacsoportunk (Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis OTE I. Gyermekgyógyászati Klinika, OTKI Szülészeti Klinika, OTKI Szemészeti Klinika) gondozása alatt az elmúlt hét év során 360 újszülött született, akiknek anyja a terhesség során inzulinkezelésben részesült (1, 2, 3, 4, 5). A normoglikémiára törekvő intenzív gondozás eredményeként az évek során a perinatális halálozás gyakorisága csökkent, nem csökkent ezzel szemben a fejlődési rendellenességek gyakorisága (tábl.) Adatainkat pontosabban elemezzük, hogy azon 73 újszülött között, akiknek anyját

évente mintegy 70 inzulinnal kezelt cukorbeteg terhes lát el. A Czeizel dr. által számított évi 450 cukorbeteg terhes közül véleményünk szerint 150—200 igényel inzulin kezelést — legalábbis terhessége során. A debreceni és a budapesti munkacsoport működése mellett — Magyarország területi viszonyait figyelembe véve — még további egy vagy két diabeteses terhességgel foglalkozó interdisciplinális „team” létrehozása lenne célszerű. Ezen három-négy centrum eredményesen tudná ellátni valamennyi erre rászoruló beteget.

Baranyi Éva dr.
Békefi Dezső dr.
Csákány M. György dr.
Egyed Jenő dr.
Szolnoki Judit dr.
Tamás Gyula jr. dr.
Gáti István dr.

Mi lehet az oka, hogy még a havonta megjelenő orvosi lapjaink pár oldalas, szinte fejből tartható tartalomjegyzéke sem kivétel ez alól? Sok külföldi folyóirat, elsősorban hetilap képes arra, hogy felévi tartalomjegyzéket mellékeljen júniusi utolsó számához; e vágyalom hazai teljesítésével egyelőre aligha lehet számítani, de a háromnegyedéves határidő mindenképpen hosszú. Ilyenformán az említett gúzsba kötés értelemszerűen az olvasóra is vonatkozik!

Janny Géza dr.

Szerkesztőségi megjegyzés:

A szerkesztőség fel fogja hívni az illetékesek figyelmét e visszásságra abban a reményben, hogy sikerülni fog a tartalomjegyzéket legalább valamelyest előbb a T. Olvasóhoz eljuttatni.

Gelenknahe Osteotomien bei der Dysplasiehüfte des Adoleszenten und jungen Erwachsenen. (Dysplasiás csípőjű serdülők és fiatal felnőttek ízületközeli osteotomiái.) Szerkesztette: **August Rütt-Wolfgang Küswetter.** Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1983. Ára: 98,— DM.

A kiadók az 1982-es würzburgi szimpozium anyagát állították össze és adták ki 330 oldalas kitévő könyvként, 206 röntgenképpel, illetve rajzos ábrával és 57 táblával.

Mivel a csípő-dysplasia még ma is a betegek legnagyobb részét teszi ki, a Nemzetközi Orthopédiai Szimpoziummal az volt a célja, hogy megtárgyalja a probléma aktuális kérdéseit, értékelje és összefoglalja az eredményeit. A fő kérdés a preventív ízületközeli osteotomiák indikációjának, azok hatásosságának kritikus utánvizsgálata. Az előadók a szakma legkiválóbb képviselői: zömmel nyugatnémet, svájci és osztrák orthopédok, de a szerzők között találunk kanadai, japán, olasz, izraeli és magyar előadókat is.

A bevezetés és a metaphysaris csontgyógyulásról szóló közlemény után 2 részre tagozódik a könyv: a medence- és femur-osteotomiákra.

1. Medence-osteotomia

1.1. Chiari féle medence-osteotomia. A biomechanikai elvek ismeretése után szó esik az indikációról, a technikáról, a szövődményekről, valamint a késői eredményekről. Igen érdekesek a Chiari-osteotomia után végzett artrografiás, illetve komputer-tomografiás vizsgálatokról szóló beszámók.

1.2. Salter-féle medence-osteotomia, az ún. innominatum-osteotomia célja a sublaxált, funkcionális helyzetben levő instabil csípő stabilizálása azáltal, hogy az acetabulumot, anélkül, hogy formája és nagysága megváltozna, más síkba állítják. 2 és 25 év között végzik, magasabb korban inkább a Chiari-féle osteotomia az indikált. Nagyfokú coxa valga esetén intertrochantericus varizáló osteotomia is szükséges lehet.

1.3. Egyéb beavatkozások a medencén: a Tönnis-féle háromszoros osteotomia a meredek, lateral-ventral felé nyitott vápa esetén jön szóba. Sphericus vápa osteotomiának is nevezik. Lényege a vápa billentése a femur-fejhez képest. Tönnis 8—10 év közötti gyermekeken végzi lehetőleg a Y-fuga lezáródása után. Az osteotomia az os ilein, os pubison és az os ischiin történi aránylag közel a vápához

és a billentés után rögzítése tűző-dróttal.

2. Femur-osteotomia

2.1. Biomechanikai elvek részletes elemzése után szó esik a valgizáló osteotomiákkal egyidejű rövidítés jelentőségéről, majd az intertrochantericus osteotomiák csontgyógyulási problémáiról. Ez utóbbiak elsősorban technikai hibákra, illetve az utókezelés folyamán nem fiziológias mechanikus behatásokra vezethetők vissza.

2.2. A valgizáló osteotomia jelentősége a gyermekek és fiatal felnőtt csípő-dysplasiájának kezelésében csekély. Csupán magas iliocalis luxatióknál és coxa vara esetén jönnek szóba. Ez utóbbiaknál azonban a medence-osteotomia hatásosabb lehet.

Dysplasiás csípő praearthroticus és arthroticus stadiumban végzett műtétek indikációjáról szól Bombelli részletes biomechanikai alapokat is elemző előadása. Ilyen esetekben kombinált (medence- és femur-) osteotomiát ajánl, idősebbeknél pedig prothesis-beültetést.

2.3. A varizáló osteotomia technikája 1960 óta standardizált, a szerzők gyerekeknél a trochanter maior osteotomiáját és annak distal felé helyezését is javasolják. A pelvotrochantericus izomzat kompenzáló képességére való tekintettel, felnőtténél 20°-nál nagyobb varizálás nem ajánlott. Több előadás szól a varizáló osteotomiák késői eredményeiről. Ezek alapján a műtéteket akkor tartják indokoltnak, ha a kóros ízületi forma mellett még nincsenek a betegnek manifest fájdalmai.

Idősebb korban, valamint előrehaladott coxarthrosisban már nem ajánlják e műtétet.

A varizáló osteotomia is kombinálható Chiari-féle medence-osteotomiával coxa valga sublaxans esetén dysplasiás csípőn meglévő arthrosis mellett. Ugyancsak intertrochantericus varizáló, derotáló osteotomiával korrigálható az alsó végtag hibás rotációs állása is.

2.4. A mély Schanz-osteotomia elvégzésére ritkán kerül sor. Nem oldja meg a deformitást, csak kompenzálja. Felvetődik a kérdés, van-e ma még egyáltalán létjogosultsága egy ilyen, afunacionális benyomást keltő beavatkozásnak. A műtétnek igen sok modifikációja van. Indikációja a magas, nem reponálható veleszületett csípőficam, ha az cerebralis paresis mellett kialakult magas csípőficamra, posttraumás vagy gyulladásszerű mozgásbeszűkülésre és a súlyos coxa vara congenita talaján kialakult arthrosisa korlátozódik. A késői eredmények alapján csak kivételes

esetekben, igen ritkán tartják indokoltnak a műtét elvégzését.

2.5. McMurray-osteotomia ma már szintén ritkán végzett beavatkozás. A szimpoziumon csak 1 előadás foglalkozott vele. Szerzője akkor javasolja a műtét elvégzését, ha a prothesis beültetéséhez szükséges időt kell áthidalni. Csak olyan esetben érdemes végezni, ahol a csípő congruentiája megtartott. Ezért a coxarthrosisek kezelésében e műtétnek másodlagos szerepe van.

Az előadásokat, illetve közleményeket bő irodalmi utalás egészíti ki, így e témával foglalkozó orthopédoknak igen hasznos segítséget nyújt e könyv. Áttanulmányozásakor meggyőződhet arról az olvasó, hogy a prothesis korában is van még létjogosultsága a tapasztalati és biomechanikai alapokon nyugvó csípőtáji korrekciós műtéteknek, valamint arról is, hogy e csípőelváltozásokban szenvedő fiatal betegek kezelése csak ritkán oldható meg egyetlen műtéttel, gyakran a konzervatív és műtéti kezelés hosszú programját kell végbevinni, nem egyszer az egyes műtéteket kombinálni.

A műtétek alapja a biomechanikai szemlélet és megoldásukhoz már igen jó és precíz alkalmazható fém-implantatumok állnak rendelkezésre. Ezért elmúlt már a szemmérték után végzett operálás kora, a műtéteket a biomechanika ismeretek alapján előre kell megtervezni és kiszámítani.

Salacz Tamás dr.

Jürg Heggin: Chirurgische Untersuchung. (Sebészeti vizsgálat). G. Thieme Verlag Stuttgart—New York, 3. kiadás, 1983. 444 oldal, 238 ábra. Flexibles Taschenbuch sorozat. Ára: 34,— DM.

A most harmadik kiadásban megjelent zsebkönyv (korábbi kiadások: 1976, 1978, oroszul: 1980) felépítésében és tartalmában az orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek számára a sebészeti vizsgálatok elveinek, indikációjának és kivitelezésének elsajátításához — a fizikális vizsgálatoktól az összetett műszerek, röntgen és egyéb vizsgálatokig — igen hasznos.

Az átdolgozott 3. kiadás az orvostudomány legújabb eredményeinek (ultrasonographia, CT stb.) alkalmazását is feldolgozza a sebészeti vizsgálatok lehetőségei között, bár a módszerek bevezetését, kiterjesztését illetően mértéktartó!

A könyv vizsgálatok szempontjából kiterjed a sebészeti határterületeire (ortopédia, urológia, nőgyógyászat, periferiás érsebészet) oly mértékben, amennyire egy sebésznek e területeket ismerni illik, illetve kell (pl.: torticollis, vizeletrekedés, Bartolinitis, periferiás erek vizsgálata stb.), s részletesen foglalkozik a traumatológiai és kézse-

bészeti vizsgálatokkal, eljárásokkal.

Jól sikerült grafikus ábráiból, rövid, lényegretörő leírásaiból, pontokba szedett, sokszor sorrendiséget is meghatározó összefoglalásaiból az idősebb sebészek is profitálhatnak. Néhány fejezet kiemelhető: Bevezetésében hangsúlyozza, hogy a sebészeti vizsgálat nemcsak a diagnózis és a műtéti indikáció felállítása, hanem az operabilitás (műtéti teherbírási) megítélése miatt is fontos.

Az operabilitás megítélését önálló fejezetben tárgyalja. Külön fejezetet szentel a vizsgálat módszerek általános leírásának, s egyes szervrendszerek vizsgálatainál a fejezetre többször utal.

Szubjektív és objektív — aspecifikus és specifikus — észlelések (pl. fájdalom, neurosis, fluktuáció, traumás eltérések stb.) hátterét részletesen elemzi. Igen fontos — bár kissé rövidnek tűnő — fejezetben tárgyalja a súlyos sérültek és sürgős életveszélyes sebészeti betegek vizsgálatát, e vizsgálatok fontossági sorrendjét, a ténykedések egymásutánját.

A könnyen kezelhető zsebkönyvet orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek, ezek gyakorlati oktatásával foglalkozók, továbbá az orvosképzés területén dolgozók eredménnyel hasznosíthatják. *Megyeri László dr.*

Therapie postoperativer Störungen des Gastrointestinaltraktes. L. Demling, G. Lux, W. Domschke Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1983. 280 oldal, 118 ábra, 135 táblázat. Ára: 128,— DM

A neves szerkesztők által összeállított, s igen sok résztvevővel megírt könyv bizonyára a magyar sebészek, belgyógyászok, gastroenterológusok számára is értékes, sok adatot tartalmazó alapmunkává válik.

A bevezető fejezetben bizonyos farmakológiai alapelveket ismertetnek a szerzők, ill. tárgyalják azokat a gyógyszereket, melyeket a gyomor-bél rendszer különböző betegségeinek gyógyításában, működésének befolyásolásában sikeresen alkalmazhatunk.

Ezután röviden, mindössze 21 oldalon az akut postoperatív zavarok tárgyalása következik. Ezen belül külön fejezetet szentelnek a nyelőcső-gyomor, a vékony-vastagbél akut postoperatív zavarai megbeszélésének, valamint a gyomor-bél rendszertől független műtéti beavatkozások gyomor-bél rendszerre való hatásainak.

A könyv alapvető része a Krónikus postoperatív zavarok c. munka, mely több mint 220 oldalt foglal el.

Részletesen szólnak a nyelőcső, a gyomor, valamint a vékony- és vastagbél postoperatív problémáiról.

A nyelőcső fejezetben tárgyalják többek között a nyelőcső patofiziológiáját, a funkcionális diagnosztika jelentőségét, az alsó oesophagus szfinkter myotomia műtét utáni terápiáját (ha az szükségessé válik), a reflux elleni műtét esetleges káros következményeinek kezelését. Elemzik a nyelőcső pótló operációk utáni funkcionális zavarokat, a cardia területén végzett második beavatkozás indikációit, a nyelőcső tumor esetén alkalmazható palliatív megoldásokat.

Igen részletesen tárgyalják a gyomorműtétek után kialakuló funkcionális és organikus zavarokat. Ezt a részt is a gyomor patofiziológiájának és a funkcionális diagnosztikájának részletes elemzésével kezdik. A különböző fejezetek fő témái: az ulcus recidiva kérdése, a duodenogasztrikus reflux és gastritis jelentősége a gyomorműtétek után, a vagotomizált és rezekált gyomor endoscopy vizsgálata, a vagotomia utáni műtéti beavatkozás indikációi, a dumping syndroma és rezekció utáni peptikus fekély konzervatív terápiája. Hiányállapotok gyomorrezekció után. A gyomorcsonk-carcinoma pathogenesis.

A vékony- és vastagbél tárgyalása bevezetőjeként a patofiziológiát és funkcionális diagnosztikát a már megszokott alaposággal elemzik.

A fontosabb fejezetek: a rövid bél syndroma, az extrem adipositas esetében alkalmazott bypass operációk indikációi és eredményei.

A stoma-gondozás a mindennapi gyakorlatban. Igen jó színes felvételek mutatják be az anus praeternaturalis localis komplikációit. Részletesen foglalkoznak a Crohn-betegség műtét utáni problémáival, a konzervatív kezelés lehetőségeivel, az újabb műtét szükségességének elbírálásával.

A fenti felsorolásból is kitűnik, hogy a könyv szerzői igen alaposan tárgyalják a gyomor-bél rendszer postoperatív zavarait. Előnye a könyvnek, hogy az egyes fejezetek végén bőséges irodalom áll az érdeklődők rendelkezésére. Fontos kiemelni azt a szemléletet, hogy a gyógyszeres kezelés, műtéti beavatkozások előtt mindig áttekintést adnak az egyes szervek patofiziológiai és funkcionális diagnosztikai vonatkozásairól is. A fő témához mintegy ráadásként szólnak a colorectalis carcinomák és polypok diagnosztikájában és terápiájában bekövetkezett fejlődésről, külön kiemelik a polypok mintegy 80%-ának valódi praecancerosis jelle-

gét, a polypectomia jelentőségét, rákmegelőző voltát. Külön fejezetet szentelnek a gastroenterológiai betegségekben és postoperatív zavarokban végződő szakértői tevékenységnek is.

Néhány bíráló megjegyzés: viszonylag kevés a színes felvétel a könyvben. Az alapos tárgyalás — különösen a vagotomizált gyomor problémái esetében — időnként ismétléseket eredményez, melyeket el lehetett volna kerülni. Viszonylag rövid ugyanakkor az akut postoperatív zavarok tárgyalása, annak diagnosztikája eléggé elnagyolt (pl. nem is említik az endoscopia jelentőségét).

Összefoglalva azt kell hangsúlyoznunk, hogy a magyar irodalomban igen fontosnak számít ez a könyv, témájánál fogva nemcsak a sebészek, hanem a gastroenterológusok, belgyógyászok, körzeti orvosok is használnak olvashatják.

Györfly Árpád dr.

Materialistische Dialektik und Medizin. Autorenkollektiv unter Leitung von Rolf Löther. 1982. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 137 oldal. Ára: 5,30 M. (Medizin und Gesellschaft, Bd. 18.)

A könyv túlnyomórészt filozófus szerzők munkája, akik az orvosi gondolkodás filozófiai alapjait vizsgálják, követik a dialektika érvényesülését az egyes szakmákban és megpróbálnak irányelveket adni a dialektikus szemlélet alkalmazásához. Mint a vezető szerző, Löther megállapítja, a mai medicina fokozott mértékben szorult rá a dialektikus szemléletre, ezt a rendszerelmélet és a rendszermodellek térnyerése is szükségessé teszi. Ő is és más szerzők is kiemelik, hogy fiziológiai ismeretelméleti kérdésekkel, a dialektika általános kérdéseivel az orvosoknak foglalkozniuk kell.

Az egyes fejezetek fontos és érdekes témákat tárgyalnak. Egy tanulmány a dialektikus gondolkodás fejlődését követi az orvostörténelemben. Egy másik a dialektikus determinizmust veszi szemügyre az orvoslásban és a biológiában. A legérdekesebb R. Stach írása, ez az empiria és az elméletalkotás viszonyát elemzi az orvostudományban. Érdekes Straass fejezete is, amely az ember biológiai és társadalmi összetevőinek összefüggéseit, viszonyát fejtegeti.

A kötet marxizmusoktatónak ajánlható, de szerteágazó információi és érdekes kérdésfelvetései miatt azoknak is hasznos lehet, akik az orvoslás filozófiai problémái iránt érdeklődnek.

Buda Béla dr.

Az Országos Sebészeti Intézet 1984. április 16-án (hétfőn) 16 órakor, a Semmelweis OTE Elméleti Tömb dísztermében (VIII., Nagyvárad tér 4.) „Pólya Jenő” emlékülést tart.

Felkért előadó **Szécsény Andor dr.** egyetemi tanár: Változások a magyar sebészet teljesítményében. Az előadás után koszorúzás az István Kórházban, a III. sz. Sebészeti Klinikán levő Pólya emléktáblánál.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. április 17-én, 16 órakor, a Szegedi OTE Oktatási Épület előadótermében (Dóm tér 13.) **ünnepi tudományos ülést** rendez, a Fogászati és Szájsebészeti Klinika munkatársainak részvételével.

1. **Petri Gábor dr.** egyetemi tanár, akadémikus, a Szegedi OTE rektora: Elnöki megnyitó.

2. **Prágai Géza dr.**: A fogorvosképzés fejlődése és mai helyzete klinikánkon.

3. **Kovács Ádám dr.**: Klinikánk szájsebészeti osztályának fejlődése és működése az utóbbi 20 évben.

4. **Sonkodi István dr.**: Krimoterápia a sztomatoonkológiában.

5. **Borbély László dr.**: Myocutan lebenyek jelentősége a fej-nyak sebészetben.

6. **Fazekas András dr.**: A temporomandibuláris ízületi fájdalom diszfunkciós szindróma.

7. **Szentpétery András dr., Rudas Katalin dr.**: A rágófelszín elemzésének és helyreállításának modern szemlélete.

8. **Ponyi Sándor dr.**: Ortodonciai diagnosztika korszerűsítése számítógépes technikával.

9. **Tanács Antal dr., Kruchio László dr.**: Üregalakítás hatása a dentin felületi szerkezetére.

10. **Gorzó István dr., Olasz Tibor dr.**: Fogágybetegség komplex kezelése.

11. **Mari Albert dr.**: A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos vizsgálataink eredményei.

12. **Sugár Edit dr.**: A fogszuvasodás megelőzése a lakossági só F-dúsításával.

A Pest megyei Flór Ferenc Kórház (Kerepestarcsa) Tudományos Köre 1984. április 19-én, csütörtökön du. 14 órakor, a nagytanácsteremben — a kórház fennállásának 5 éves évfordulója alkalmával — **ünnepi tudományos ülést** tart.

1. **Székely Tamás dr.**: A Flór Ferenc Kórház tudományos bizottságának tevékenysége és a kórház tudományos élete.

2. **Vass László dr.**: Az aspirációs cytológiai múltja, jelene és jövője.

3. Az aspirációs cytodiagnosztika jelene a klinikai gyakorlatban:

a) Sebészet: **Székely Zsigmond dr., Marik József dr.**

b) Urológia: **Tóth Mihály dr.**

c) Fül-gégészet (parotis): **Jakab György dr.**

4. **Preisich Péter dr.**: Az I. sz. Belgyógyászati osztály, mint gastroenterológiai centrum.

5. **Meskó Éva dr.**: Érdiagnosztika, számítógépes programmal.

6. **Vaszil László**: Egy feladat megoldása: a gyógyszerinformációs központ.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága, a Semmelweis OTE Ér- és Szívsebészeti Intézet 1984. április 12-én, 14 órakor, a Közp. Áll. Kórház könyvtárában **tudományos ülést** tart.

Az ülés elnöke: **prof. Papp Sándor**.

1. **Prof. Papp Sándor**: Mit vár az érsebész a rekonstruktív nyaki érműtétek során a neurológustól?

2. **Antony Miklós dr., Tóth Gábor dr., Széplaki Zoltán dr.**: A non invazív vizsgálatok comparatív értékelése a műtéli inditáció és a várható cerebrális rizikó megítélés szempontjából.

3. **Prof. Szilágyi László**: Tapasztalataim super selectiv angiographia adta új nyaki nagyér diagnosztikai lehetőségekről.

4. **Dzsinics Attila dr., Antony Miklós dr.**: Polytraumatizált carotis aneurysma műteti és konzervatív ellátásának kazuisztikai esete.

A Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet 1984. április 12-én, 14 órakor, a Kórház tanácstermében (VII., Péterfy S. u. 14. IV. em.) **tudományos ülést** tart.

Üléselnök: **Dömök István dr.**

Dömök István dr.: Vírusbetegségek laboratóriumi diagnosztikájának mai lehetőségei és hazai adottságai.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. április 13-án, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) **tudományos ülést** tart.

1. **Pápa Lajos (Hatvan)**: Új elektrokémiai eljárás a rossztindulatú elváltozások gyors diagnosztizálására.

2. **Szabó Imre, Ürmösi János (Pécs)**: A szájrégi daganatok elkülönítése az új diagnosztikus módszer alapján.

3. **Ürmösi János, Szabó Gyula, Lovász Márta (Pécs)**: Felnettorkori dysgnathiák komplex rehabilitációja.

A Fővárosi Róbert Károly körüli Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1984. április 18-án (szerda) 13.30 órakor, a Kórház előadótermében (XIII., Róbert Károly krt. 82—84. „F” ép.) **tudományos ülést** rendez.

Üléselnök: **Faragó András dr.**

1. **Törő Bálint dr., Tóth Tibor dr., Szeker János dr.**: Az empatia és az integrációs szervezésű szülészeti-nőgyógyászati betegellátás.

2. **Bokor Magdolna dr., Berentey Ernő dr.**: Subclavian steal sy. megoldása transluminális angioplasticával.

3. **Zakál Jenő dr.**: Egészségügyi rehabilitáció és társadalmi rehabilitáció összefüggései.

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

Téma: **Máj és epeútrendszer megbetegedéseiről.**

1. **Prof. Fehér János**: Máj és epeútrendszer belgyógyászati betegségeiről.

2. **Prof. Hüttl Tivadar**: Az epeköbetegség sebészi kezelése és annak orvosszakértői vonatkozásai.

Hozzászólások — Vita

A Magyar Diabetes Társaság, a Belügyminisztérium Tudományos Orvosi Bizottsága 1984. április 19-én (csütörtök) 14 órakor Budapesten, a Kórház kultúrtermében (VII., Gorkij fasor 9—11.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Tamás Gyula jr. dr.**: Az inzulin kezelés aktuális kérdései.

2. **Asztalos Miklós dr.**: A manifeszt — és gesztációs diabeteses terhesek inzulin igénye.

3. **Baranyi Éva dr.**: Orális anti-diabetikus kezelés és a cukorbeteg gondozás modern szemlélete.

4. **Székely Márta dr.**: Gondozás, különös tekintettel a laboratóriumi eredményekre.

5. **Fövényi József dr.**: A diétás kezelés reneszánsza.

A Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága, a Magyar Kardiológusok Társasága, a Hazafias Népfront XII. ker. Bizottság Orvosklubja 1984. április 19-én 14 órakor, a János Kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) **tudományos ülést** rendez.

Téma: **Az infectiós endocarditis pathomorphosisa (kerékaszal-konferencia).**

Prof. Szám István: Bevezető.

Prof. Trencsényi Tibor: Az infectiós endocarditis nomenklatúrája a múltban és ma.

PÁLYAZATI FELHÍVÁS

Az **Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete** „Papolczy Ferenc dr.” kórházi szemész főorvos emlékére pályázatot hirdet.

Pályázni lehet: szemészeti, onkológiai tárgyú témával, amely új eredményeket tartalmaz akár tudományos, akár klinikai vonatkozásban, és hazai vagy külföldi szaklapokban még nem jelent meg. A pályázat jelígis. A jelígis lezárt borítékban kell a pályázó nevét, munkahelyét, lakását és születési évét elhelyezni.

Pályázhat: magyar állampolgárságú erkölcsileg feddhetetlen, munkaviszonyban álló szakorvos, vagy szakorvos által vezetett munkacsoport.

Nem vehetnek részt: akadémikusok és orvostudományok doktorai. Az első díj mindkét témakörre: 20 000,— Ft, amely megosztható. Díjazásban részesülhet a második, és a harmadik helyezett is.

A pályamunkákat 1984. október 1-ig kell megküldeni 3 példányban, magyar nyelven az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Titkársága címére (Budapest V., Münnich F. u. 32. Pf. 36. 1363).

Ezen alapítvány lehetőséget ad fiatal szakorvosok kongresszusi részvételének támogatására. A jelentéseket a munkahelyi vezető javaslatával, az eddig végzett tudományos munka ismertetésével 1984. szeptember 1-ig kell a fenti címre eljuttatni.

A kongresszusi részvételi díjak elbírálása a pályázatokkal egyidőben történik.

A pályadíjakat Papolczy Ferenc dr. születésének évfordulóján (1984. novemberében) adják át.

Prof. Strausz Imre: Az infektív endocarditis a második világháború után.

Lengyel Mária dr.: Az infektív endocarditis klinikai képeinek változása. Echocardiographia.

Moravcsik Endre dr.: Mübillentyű-endocarditisek, gombás endocarditisek.

Rényi Vámos Ferenc dr.: Intracardialis kanülök és elektródák okozta endocarditisek.

Csermely Anna dr.: Invazív beavatkozásokat követő endocarditisek patológiája.

Bükky Péter dr.: A fel nem ismert infektív endocarditis.

Faragó Eszter d.: Az infektív endocarditis bakteriológiája, human szívszövet vizsgálatok.

Maklári Erzsébet dr.: Újabb immunológiai vizsgálatok az infektív endocarditisben.

Lengyel Mária dr.: Antibiotikus kezelés.

Bodor Elek dr.: Az infektív endocarditis sebészeti kezelése.

Szalmári Mariann dr.: A körzeti orvos feladatai, korai felismerés, megelőzés, gondozás.

Kovács Béla dr.: Stomatológiai szempontok.

A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) 1984. május 5-én (szombaton) 10.00 órakor, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb disztermében (VIII., Nagyvárad tér 4.) tartja küldöttközgyűlését.

Tárgysorozat

1. Elnöki megnyitó.
2. Főtárgyi beszámoló az 1983.

évi közgyűlés óta végzett tevékenységről.

3. Ellenőrző Bizottság jelentése.

4. Vita a beszámoló és az előterjesztett határozati javaslatok felett.

5. Határozathozatal.

6. 1984. évi MOTESZ pályadíjak kiosztása.

7. Elnöki zárszó.

Az Ajkai városi Kórház Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Osztálya, a Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Társaság Gyermekanaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Szekciója, a Magyar Gyermeksebész Társaság 1984. május 10–11-én Ajkán tudományos konferenciát rendez.

Téma: „Együttműködés a gyermeksebész és az anaesthesiológus között”. „A teljesértékű táplálás jelentősége gyermeksebészeti betegknél”.

Május 10., 10 óra
Megnyitó, üdvözlések.

Üléselnök: **Bélay Mária dr.**

Tasnádi Géza dr.: Mit vár és mit kap a gyermeksebész az anaesthesiológiától?

Szántó Imre dr.: Mit vár és mit kap a gyermekanaesthesiológus a gyermeksebésztől?

Szünet

Üléselnök: **Hirsch Tibor dr.**

Hont Judit dr.: Tervezett műtetre kerülő gyermekek gyógyszeres és pszichés előkészítése.

Bognár Márta dr.: Az anaesthesiológus és a gyermeksebész között

felmerülő együttműködési problémák.

Zaláné Will Júlia dr.: Az anaesthesiológus asszisztensnő és a gyermeksebész együttműködése.

Praefort László dr.: Tervezett és sürgős műtetre kerülő betegek műteti előkészítésének szempontjai.

Hozzászólások

Szünet

14.30 óra

Kerekasztal-megbeszélés

A gyermeksebész, a gyermekanaesthesiológus és a gyermekgyógyász gyümölcsöző együttműködésének szakmai, személyi és tárgyi feltételei.

Moderátor: **Bélay Mária dr.**

Osztálybemutató

Május 11., 8.30 óra

Üléselnök: **Biró Éva dr.**

Rubecz István dr.: Az éhezés kóreléttani következményei újszülött-, csecsemő- és gyermekkorban.

Hirsch Tibor dr.: Gyermeksebészeti betegek teljesértékű táplálásának lehetőségei.

Szünet

Kerekasztal-megbeszélés

A teljesértékű táplálás gyakorlata.

Moderátor: **Uhl Károly dr.**

Jelentkezési határidő: 1984. április 20.

A rendezvényt kapcsolatban felvilágosítást **Bélay Mária dr.** főorvos ad (Ajkai Kórház, 8401).

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-dunántúli Szakcsoportja 1984. szeptember 27–28-án Komlón tudományos ülést tart.

Elsősorban a gyermekgyógyászat és határterületeiről választott gyakorlati és elméleti témájú előadásokat kérjük. Ezen kívül vegyes témájú előadások megtartására is várjuk jelentkezésüket.

Az előadások időtartama 10 perc. Az esetismertetések időtartama 8 perc.

Jelentkezési határidő: 1984. június 1.

Az előadások címét, előadó(k), munkahely, pontos lakcím feltüntetésével a fent közölt határidőig kérjük küldeni: Cím: **Szabó Antal dr.** főorvos, Komló, Majális tér 1., Kórház, 7300.

Az egyéb tudnivalókról a jelentkezőknek részletes tájékoztatást küldünk.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dél-magyarországi Decentruma 1984. ápr. 26–27-én Szegeden, az Orvostudományi Egyetem Oktatási

Épületében (Dóm tér 13.) rendezi XV. vándorgyűlést.

Apr. 26., csütörtök, 8.30 óra

A Vándorgyűlés megnyitása

Üdvözlések

Szünet

9.00 óra

Üléselnökök: prof. Varró Vince, Iványi János dr.

Felkért előadás

1. Bálint G. (Budapest): A reumatologia aktuális kérdései (referátum).

Előadások

2. Genti Gy., Géher P., Gömör B., Luzsa Gy. (Budapest): Antireumaticumok gyakorlati alkalmazásának néhány kérdése.

3. Pokorny Gy., Hajdu E., Hudák J., Németh J., Varga L., Molnár J. (Szeged): Sejtmagi ribonukleoproteinekkel szembeni ellenanyagok előfordulása autoimmun kötőszöveti megbetegedésekben.

4. Nagyhegyi Gy. (Budapest): Spondylarthritis ankylopoeticában szenvedő betegek szívvelváltozásainak a vizsgálata.

5. Domokos Zs. (Makó): A gyógyszeres kezelések és a komplex fizioterápia összehasonlítása ambulans reumás betegeken.

6. Németh J., Pokorny Gy., Sziklai P. (Szeged): Delagil kezeléssel szerzett tapasztalatok autoimmun kórképekben.

7. Gombos Gy. (Szentés): Adatok az ízületi protézis beültetések műtéti indikációjához.

Discussio — Szünet

Üléselnökök: Winter Miklós dr., Gesztesi Tamás dr.

8. Vértes L. (Budapest): A mozgásszervi rehabilitáció kérdései gerontológiai osztályon.

9. Gaál M. (Budapest): Paraneoplasziás eredetű polyarthrititis gyúlt esete.

10. Gász J., Mohay A. (Baja): Főleg ízületi panaszokkal járó, 19 év óta észlelés alatt álló plasmocytoma.

11. Szüts I. (Budapest): Monarthritist okozó, ritka coagulopathia.

12. Pfizer Tudományos Központ (Budapest): Az ízületi betegségek gyógyszeres kezelése (filmvetítés).

Discussio — Szünet

15.00 óra

Üléselnökök: prof. Cserhádi István, Deli László dr.

Felkért előadás

13. Matos L. (Budapest): A szív-elégtelenség farmakoterápiája: új pozitív inotrop hatású szerek (referátum).

Előadások

14. Tiszai A. (Makó): Szívglükózid-therápia időskorban.

15. Fodor J., Szalma J., Gombos Gy. (Szentés): Myocardialis infarc-

tus praehospitalis ellátása Szentés város és járás területén.

16. Székely A. (Budapest): Ágy-melletti haemodinamikai mérések

differenciáldiagnosztikai értéke akut kardiológiai esetekben.

17. Forster T., Högye M., Csánády M. (Szeged): Jobb kamrai

Egyetemi ajánlásban részesültek állaspályázatukhoz kiemelkedő munkájuk alapján az 1983–84 tanévben végzős hallgatók közül

a budapesti

Általános Orvostudományi Karon

Asbóth Dorottya

Árvay Krisztina

Balogh Edit

Bognár Márta

Csányi Zsolt

Fejér György

Fehérvári Imre

Gécs Sándor

Göcsei Zsuzsanna

Gyenes Gábor

Györgyi Tünde

Hidvégi Edit

Jakab Gábor

Jankovics Katalin

Kacsóh Bálint

Kádár Éva

Kollár András

Lohinai György

Mátyus István

Nemes Nagy Anna

Nemes Nagy Györgyi

Németh Ilona

Péter Katalin

Rác Anna

Rosdy Beáta

Sallai Ágnes

Sándor Zsuzsa

Somogyi András

Somorjai Béla

Sőregi Mária

Szabó Tamás

Szarvas Tibor

Számadó István

Szlávik Rezső

Szolnok Miklós

Voszka István

a debreceni

Általános Orvostudományi Karon

Balla József

Bányász Tamás

Berezki Dániel

Berényi Pál

Bódor Csilla

Damjanovich László

Horváth Andrea

Katona Gábor

Lampé István

Papp Csaba

Póka Róbert

Sirkó Éva

Szabó Gyöngyi

Szállási Árpád

Szeraffin Tamás

Tóth-Pál Ernő

Vezendi Judit

Fogorvosi Karon

Lukács Valéria

Madlén Melinda

a pécsi

Általános Orvostudományi Karon

Cseke István

Gasparics Anna

Haklits Györgyi

Huszár Judit

Magyarlakai Tamás

Nagy Edit

Németh Nóra

Rozsos István

Somogyi József

Tizedes György

Varga Gyula

Wittmann István

a szegedi

Általános Orvostudományi Karon

Acsai László

Balázs Tibor

Bábiczy Ágnes

Báló Mária

Bencsik Krisztina

Bódi Piroska

Csókási Zsolt

Dulka Tibor

Fazekas Éva

Gyöngyösi Marianna

Györök Gyöngyi

Gyulai Ferenc

Lénárt Zsuzsanna

Lukácsi Katalin

Márton János

Molnár Katalin

Molnár Magdolna

Nagy Mária

Papós Miklós

Pávó Imre

Pesti Anna

Szendrényi Vilmos

Torontáli Renáta

Zsiros József

Fogorvosi Karon

Kelemen Vera

Traub Eszter

thrombus kimutatása kétdimenziós echocardiográfiával szívműtött betegen.

18. Szabó M., Gaál T., Rudas L., Sági I. (Szeged): Intracoronariás thrombolysis; első eset a Szegedi Kórházból.

Discussio — Szünet

Ülélnökök: prof. Felkai Béla, Szász Károly dr.

19. Ágoston M., Szigethy Zs. (Szentés): Hypertoniások gondozásáról.

20. Szöllösi K., Szabó R., Gyetvai A., Kohán M., Varga G. (Szeged): Az időskori orthostatikus regulatiozavar kezelése Indometacinnal.

21. Buk J. (Jászberény): Alkohol provokálta II. fokú A-V block.

22. Szabó P., Csikász J. (Békéscsaba): Traumás eredetű ventricularis septum defectus.

23. Boros I., Szász K., Bakó É., Horváth L., Faragó J., Somfay A. (Deszk): Jobb kamrai infarctus.

24. Szász K., Boros I., Bakó É., Somfay A., Faragó J., Horváth L. (Deszk): Nem transmuralis myocardialis infarctusos betegek „meglepő” coronarographiája.

25. Somfay A., Szász K., Boros I., Horváth L., Bakó É., Faragó J. (Deszk): EKG és coronarogram kapcsolat, valamint bal kamra funkció myocardium infarctuson átesett betegekben.

26. Bakó É., Szász K., Boros L., Horváth L., Somfay A., Faragó J. (Deszk): Coronaria bypassos betegek rehabilitációja, további sorsának nyomon követése.

Ápr. 27., péntek, 8.30 óra

Kerekasztal-megbeszélés

Téma: A diétetika aktuális kérdései.

Moderátor: Czákó L. (Szolnok).

Részvevők: Angeli I. (Kaposvár), Libor J. (Gyula), Pados Gy. (Budapest), Pap Á. (Szeged), Rigó J. (Budapest), Simon K. (Székesfehérvár), Várkonyi T. (Szeged).

Discussio — Szünet

Ülélnökök: prof. Tényi Mária, Tiszai Aladár dr.

27. Gesztesi T. (Kiskunhalas): A szondatáplálás.

28. Körmendi J.-né, Berta Zs., Lakatos L. (Orosháza): Orosháza és környékének táplálkozási szokásai.

29. Lakatos L., Szalma J. (Szentés): A kösvény kérdései napjainkban.

30. Bárdos J., Mátrai T. oh. (Makó): Szénhidrátanyagcsere-vizsgálatok myocardium infarctusban.

31. Horváth L., Szász K., Némethy E., Körtvélyessy Zs., Bakó É., Boros I., Faragó J., Somfay A. (Deszk): Plasma-lipidkomponensek vizsgálata ischaemiás szívbetegéknél.

32. Fazekas T., Karácsony G., Karcsu S., Pap Á., Tósaki Á., Szekeres L. (Szeged): Lipolsavban gazdag szójadiéta hatása a szívizom adrenérg érzékenységére.

33. Abraham Gy., Sonkodi S., Mohácsi G. (Szeged): Hypertonia befolyásolhatósága prostaglandin praecursor tartalmú diétával.

Discussio — Szünet

14.30 óra

Ülélnökök: Biliczki Ferenc dr., Libor János dr.

34. Zagyi K., Kovács A., Lakatos L. (Orosháza): Tapasztalataink osztályunk 10 éves acut pancreatitisesei kapcsán.

35. Takács T., Berger Z., Pap Á., Varró V. (Szeged): Chronikus pancreatitisesek gondozása számítógépes adatfeldolgozás alapján.

36. Mészáros A., Szalma J. (Szentés): Az à froid cholecystitis a belgyógyász szemszögéből.

37. Gyetvai A., Szabó R., Szöllösi K. (Szeged): Metoprolol alkalmazási lehetősége cirrhotikus ascites esetén.

38. Bod B. (Szentés): Acut vascularis bél ischaemia kórházunk 5 éves beteganyagában.

39. Pollák R., Várkonyi T., Varró V. (Szeged): A vékonybél flóra vizsgálata emberen.

40. Döbrönte Z. (Szeged): Endoscopos sphinterotomiás betegek utánvizsgálatának tapasztalatai.

41. Vári K., Gergely T., Rimai I., Szarvas F. (Szeged): Megfigyelések férfibetegek Histodil-kezelése során.

Discussio — Szünet

Ülélnökök: prof. László Ferenc, Szalma József dr.

42. Orosz É., Szilágyi M., Vadász J. (Szolnok): Az időskori hyperthyreosisról.

43. Herczeg B. (Szolnok): Hyperthyreosisos krízisről eseteink kapcsán.

44. Sepp J., Tiszai A. (Makó): Methyryin okozta szokatlan szövődmény.

45. Domokos I., Kocsis J., Szücs A., Julesz J., László F. (Szeged): Kétoldali szimmetrikus intracerebrális meszesedések (Fahr-betegség) endokrin vonatkozásai.

46. Gyurákovits A. (Baja): Haemophylias betegek gondozása, kü-

lönös tekintettel mozgásszervi elváltozásaira.

47. Czeglédi F., Inézdly K., Pap T., Varga Gy. (Orosháza, Pécs, Szeged): A bőr multilobulált magvú T-sejtes nem Hodgkin malignus lymphomája (Pinkus tumor).

48. Czeglédi F., Intzély K., Zöllei M., Krizsa F. (Orosháza, Szeged): Nem Hodgkin lymphomás eseteink osztályunk 7 éves beteganyagából.

49. Bakondi Gy., Illésy M., Szabó É., Rusvai A. (Szolnok): 12 éve kezelt CGL-s beteg kezelésének ismertetése.

Discussio

18.00 óra

Elnöki zárszó

14.30 óra

Szegedi Akadémiai Bizottság székháza (Somogyi u. 7.)

Ülélnökök: Rusvai Antal dr., Lakatos László dr.

50. Lakatos L., Seprényi I.-né (Orosháza): Az arthrosisokról.

51. Szász F. (Székesfehérvár): A Behcet-kór diagnosztikai és therápiás kérdései.

52. Perjési Zs., Aranyosi M., Fejjes J., Buzás E. (Gyula): A Reiter-kór diagnosztikája és therápiája saját eseteink megfigyelése alapján.

53. Duray G., Lakos A. (Orosháza): Yersinia polyarthritus.

54. Borbás É. (Budapest): PCP-s beteg tüdő mycosisa.

55. Bart M., Molnár M., Bálint G. (Budapest): Hypothyreoid myopathia esete.

56. Gasztonyi Gy., Batory G. (Kiskunhalas): Súlyos polymyositis remissióban levő esete.

Discussio — Szünet

Ülélnökök: Lakos Antal dr., Tóth Sándor dr.

57. Mohácsi G., Sonkodi S., Mágóri A., Ormos J. (Szeged): Immunsuppresszív kezelés hatása idiopathiás membranózus nefropátiában.

58. Tiszai Andrea (Makó): Idegrendszeri komplikációk organofoszfát-mérgezés kapcsán.

59. Takács Zs., Lakatos L. (Orosháza): Karbofuran-mérgezés.

60. Pocsay G., Papp S., Velőssy B., Bányai T. (Gyula): Rheomacrodex anaphylaxia.

Discussio

18.00 óra

Oktatási Épület

Elnöki zárszó.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(107/a)

A Pest megyei Tanács Flór Ferenc Kórház főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a Pest megyei Vértranszfúziós Alomáson (Gödöllő) megüresedett adjunktusi állásra. Az állásra belgyógyász, illetve laboratóriumi szakvizsgával és legalább 4 éves haematológiai, illetve vértranszfúziós állomáson, intézménynél töltött gyakorlattal rendelkezők pályázhatnak.

Az álláshoz napi 1 óráss mellékfoglalkozást biztosít az állomás a haematológiai szakrendelésen.

Kulcsszám és illetmény megállapítása az érvényben levő rendelkezések alapján történik.

A Pest megyei Vértranszfúziós Alomás Budapestről kijárással megközelíthető.

A pályázatokat a szolgálati út betartásával a kórház főigazgató főorvosához — Kerepestarcsa, Ssemelweis tér 1. 2143 — kell benyújtani a megjelenéstől számított 15 napon belül. **Pethő Ede dr.** főigazgató főorvos

(119/a)

Nyírbátor városi Tanács V. B. Egysített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytan megüresedett állásokra:

— 1 gyermekközeti állás, melyhez a rendelő közelében 3 szobás összkomfortos lakás biztosított. Az állás betölthető 1984. március 1-től.

1 általános (felnötti) körzeti orvosi állás, melyhez 3 szobás összkomfortos kertes ház biztosított. Az állás azonnal elfoglalható.

1 fogorvosi állás, amelyhez 2 szobás összkomfortos lakás biztosított.

Az állás azonnal elfoglalható.

Bérezés az érvényes kulcsszám szerint.

Gaál Mihály dr.
E. Eü. Intézmény igazgató főorvos

(123/a)

Várpalota városi Tanács Kórház-Rendelőintézetének igazgató főorvosa (Várpalota, Honvéd u. 2. 8100) pályázatot hirdet:

a Péti Nitrogénművek üzemegészségügyi szolgálatához üzemorvosi állásra, a Veszprémi Szénbányák V. várpalotai üzeméhez üzemorvosi állásra (bánya-üzemorvosi gyakorlattal rendelkezők előnyben),

a kórház-rendelőintézet egységben szülés-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/a)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI. Déli u. 11. 1751) 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

A MÁV-Kórház és Központi Rendelőintézet főigazgató főorvosa — Budapest 370. Pf. 1391 pályázatot hirdet a röntgenrendelőben megüresedett szakorvosi állás betöltésére.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendeletben foglaltak alapján.

Felvétel esetén a dolgozó és családtagjai részére MAV-utazási kedvezményt biztosítunk.

Vajda György dr.
főigazgató főorvos
c. egy. docens

(128)

A Vas megyei Tanács Általános Rehabilitációs Kórház (Szentgotthárd, Hunyadi út 31., Pf.: 9971.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet belgyógyász szakorvosi állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

Székely Ernő dr.
igazgató főorvos

(129)

Nógrád megyei Tanács VB Egészségügyi Osztály vezetője (3101 Salgótarján, Rákóczi út 192.) pályázatot hirdet megyei orvosi állásra.

Az állás betöltéséhez az Általános Orvostudományi Karon szerzett diploma szükséges. A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek társadalom-orvostan szakvizsgával és igazgatási gyakorlattal rendelkező pályázók.

Lakás megbeszélés szerint. Bérezés az érvényben levő jogszabályok alapján.

A pályázat benyújtásának határideje a meghirdetéstől számított 30 nap.

Harakály Mária dr.
osztályvezető megyei főorvos

(130)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (1751 Budapest, XXI. Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet kardiológiai szakrendelésen megüresedett szakorvosi állásra.

Kardiológus szakvizsgával vagy kardiológiai jártassággal rendelkező belgyógyász szakorvosok nyújthatják be pályázatukat.

Kövér Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(131)

A Soproni Állami Szanatórium főigazgató főorvosa (Sopron, Várisi út 2. 9401) pályázatot hirdet megüresedett segédorvosi állásra.

A pályázat elnyeréséhez belgyógyász vagy anaesthesiológiai szakorvosi képesítés szükséges.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH számú rendeletben foglaltak szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Varga László dr.
c. egyetemi docens
mb. főigazgató főorvos

(132)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Karányi Sándor és Frigyes Kórház-Rendelőintézet Röntgen Osztályán — áthelyezés folytan 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

(133)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet Klinikai Laboratóriumában — 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

(134)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Csepeli Kórház-Rendelőintézetben újonnan szervezett Anaesthesiológiai Osztály vezető főorvosi állására.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. Eü. K. 15./EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(135)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Weil Emil Kórház-Rendelőintézet Központi Laboratóriumában 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

(136)

A Móri megyei Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytan megüresedett műtőnői állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Nővérszállónkon férőhelyet tudunk biztosítani, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

A pályázatot a megjelenéstől számított 2 héten belül címemre kérem megküldeni.

Répásv István dr.
kórházig.-sebész főorvos

(137)

A Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Gyermekklinika két 3224 ksz.-ű egyetemi tanársegédi állásra.

A kinevezendő egyik egyetemi tanársegéd feladata részvétel a klinika gyógyító, oktató és tudományos munkájában különös tekintettel a gyermekradiológiai és PJC munkájára. A pályázónak általános orvosi diplomával, több éves gyermekgyógyászati gyakorlattal, gyermekradiológiai jártassággal és legalább egy idegen nyelv ismeretével kell rendelkeznie.

A kinevezendő másik egyetemi tanársegéd feladata részvétel a klinika gyógyító, oktató és kutató munkájában, audiológiai munkavégzésre. A pályázónak általános orvosi diplomával, fül-, orr-, gégebetegségek szakorvosi képesítéssel kell rendelkeznie. Előnyben részesül az a pályázó, aki több éves gyermek fül-orr-gégészeti gyakorlattal és audiológiai jártassággal rendelkezik.

A pályázóknak meg kell felelniük az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak, amely megtekinthető az egyetem személynzeti és oktatási osztályán (Budapest VIII., UI161 út 26. fsz. 8.)

Az egyetem az álláshoz lakást biztosítani nem tud.

Az 1/1979. (III. 14.) OM számú rendelet 9. §-a szerint felszerelt pályázatokat — a szolgálati út betartásával — az egyetem személyzeti és oktatási osztályának címére kell benyújtani, a megjelenést követő 30 napon belül.

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 füzete 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 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



84.0018 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030—6002 ● INDEX: 25 674

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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

16. SZÁM

*

1984. ÁPRILIS 15.

TARTALOMJEGYZÉK

Halmos Tamás dr., Suba Ilona dr.
és Kautzky László dr.:

Remisszió ifjúkori diabetes mellitusban 931

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pecze Károly dr., Telek Béla dr.
és Rák Kálmán dr.:

Humán vörösvérsejt (H)-rozetta vizsgálata
lymphogranulomatosisban 935

Dvorácsek Éva dr., Jezerniczky Judit dr.
és Török Imre dr.:

Indocyanin green (ICG) elimináció érett
újszülöttekben 939

IATROGEN ÁRTALMAK

Gruber András dr., Pető Iván dr.,
Berkes Enikő dr., Csobály Sándor dr.
és Sas Géza dr.:

Antikoaguláns kezelés ritka szövödménye:
retroperitoneális (iliopsoas) hematóma 943

KAZUISZTIKA

Horváth Ágnes dr., Kéki Kálmán dr.
és Nemes Tihamér dr.:

Ultrahanggal diagnosztizált polycystás máj 947

Barta Lajos dr., Koltai György dr.,
Blatniczky László dr. és Körner Anna dr.:

Gyermekkorban előforduló MODY 953

HORUS

Selye János (1907—1982) 957

Magyar orvosok a wittenbergi egyetemen
Luther és Melanchton korában 958

Donath Gyula és a Klinikai Füzetek 960

Folyóiratreferátumok 965

Levelek a szerkesztőhöz 981

Könyvismertetés 983

Megjelent 963

Pályázati hirdetések 986

Hírek 987

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

10 mg prednisolonum caproicum, 400 mg lidocainum hydrichloricum, 400 mg dexpanthololum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS

Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladással járó folyamatok kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kaproát helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.

A lidocain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK

A perianalis tájék gyulladással járó folyamatai, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidalis, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK

Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidocain-kezelés.

ALKALMAZÁS

Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni.

Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2–4 alkalommal.

A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLÉKHATÁS

Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS

Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszantartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.

Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléstről.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 g-os tubusban.

A szerzők 4 olyan fiatalkori diabeteses esetet ismer-
tetnek, melyekben a megkezdett inzulin kezelési
hosszabb-rövidebb idő után hypoglykaemiás ros-
szullétek miatt el kellett hagyni. Tartós nyomkö-
vetés szerint az inzulin visszaadására nem volt szük-
ség. Az inzulinkezelés megszakítása óta betegek
diétával, illetve diéta és orális antidiabetikummal
5—31 éve anyagcsere-egyensúlyban vannak. A tar-
tós remissziók alapján a szerzők eseteiket II. típusú
(nem inzulin dependens) diabetes ifjúkorban kez-
dő formáinak tartják. Betegeik családjában II.
típusú megbetegedések fordultak elő, ami a
kórforma öröklődésére jellemző. Eseteik kapcsán
felhívják a figyelmet az ifjúkori diabetes mellitus
változatos megjelenési formáira és a kezelés néhány
alapelvére.

Remission in juvenile diabetes mellitus. Four juve-
nile diabetes mellitus cases are reported where the
insulin treatment, applied for shorter or longer
period of time, was to be discontinued because of
the onset of hypoglycaemia. The continuous follow-
up proves that the balance of the metabolism can be
maintained for a long time (5—31 years) with diet
and with oral antidiabetics plus diet. On the basis
of long-lasting remissions these cases are classified
as type II (non-insulin-dependent) diabetes mellitus,
developed in young age. In the families of the pa-
tients this type of diabetes mellitus occurred which
is regarded as a hereditary disease. Attention is
called to the great variety of the disease in young
people and to some important aspects of the the-
rapy.

Cukorbetegségben gyakran megfigyelhető, hogy
a kezelés megkezdése után a tolerancia javul, az in-
zulin vagy orális antidiabetikumok adagja átmeneti-
leg csökkenthető, sőt néha a kezelés hosszabb-rö-
videbb időre meg is szakítható. Ez a jelenség a *dia-
beteses remisszió*, ami azt jelenti, hogy a cukorbe-
tegség kezdeti súlyosabb stádiumából enyhébb fá-
zisba megy át. A remisszió időtartama néhány hét
vagy hónap, de kivételesen évtizedekig is tarthat
(2, 13, 16). Okát pontosan nem ismerjük. Egyes
szerzők remisszió idején az endogén inzulin szekre-
ció fokozódását észlelték, és ezzel arányosnak talál-
ták a remisszió mértékét és időtartamát (8, 9). Mä-
sok a tolerancia javulását nem az endogén inzulin-
termelés fokozódásával, hanem az inzulin-érzékeny-
ség javulásával magyarázták (1).

Pirart és Lauvaux szerint a remisszió főként
„felnőttkori” diabetesben fordul elő, de „juvenilis”
diabetesben is kialakulhat. Ez utóbbi esetben a re-
misszió főként az inzulin igény csökkenésében mu-
tatozik, ritkábban az inzulin kezelés átmenetileg
fel is függeszthető (13).

Klinikai tanulmányunkban 4 olyan fiatal cu-
korbetegünk esetét ismertetjük, akiknek betegsége
a juvenilis diabetes klasszikus tüneteivel kezdődött,
azonban nagyfokú tolerancia javulás miatt az inzu-
linkezelést be kellett szüntetni. Tartós nyomköve-
tés során az inzulin visszaadására nem volt szükség.
Eseteinkkel kapcsolatban felvetjük az „ifjúkori dia-
betes” klasszifikációjának kérdését és felhívjuk a
figyelmet annak változatos megjelenési formáira.

Rövidítések:

CPAF: chlorpropamide-alcohol flushing
NIDDM: non-inzulin-dependens diabetes
mellitus
IDDM: insulin-dependens diabetes mellitus

Esetismertetés

1. Zs. I. 50 éves férfi. Diabetes 22 éves korában
tüdőgyulladás során manifesztálódott.

Családi anamnézis: anyjának felnőttkori (II. típu-
sú) diabetes 23 éves kora óta, 1 lánytestvérének 34 éves kora óta „csökkent glukóztol-
eranciája” van.

Kórlefolyás: A diabetes kórismézésekor éhomi vér-
cukra 17—22 mmol/L körül ingadozott, vizeletében 40—
60 g/24 óra cukor ürült, ketózisa nem volt. Testsúlya no-
mogram alapján normális. A beteg kezelését azonnal
inzulinnal kezdték meg, és 2 éven át napi 40 E inzulin-
t kapott. Ezután halmozott adrenerg jellegű hypogly-
kaemiás rosszullétek miatt az inzulin kezelést elhagy-
ták és 11 éven át orális antidiabetikum szedése mellett
normoglykaemiás maradt. Tolerancia romlás miatt újra
inzulinra állították át, azonban 6 év után eszméletvesz-
tési hypoglykaemiás állapotok miatt az inzulin ismét
el kellett hagyni. Az azóta eltelt 9 évben diéta és orális
antidiabetikum használata mellett normoglykaemiás.

*Orális glukóztolerancia görbe (75 g) és a hozzá tarto-
zó C-peptid értékek 26 évvel a betegség kezdete után:*

idő:	0	45	90	120	180	perc
vércukor:	7,05	13,1	14,4	10,6	9,2	mmol/L
C-peptid	4,2	8,4	—	12	—	ng/ml

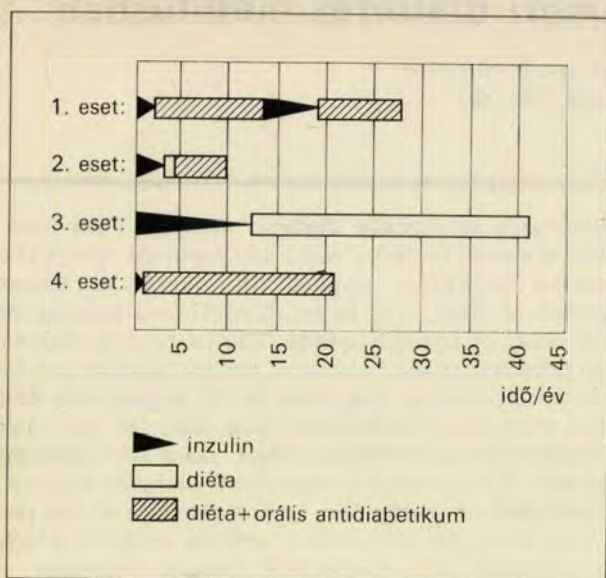
Szövődmények: „háttér retinopathia”, nephropathia, perifériás neuritis, diabeteses diarrhoea, kardiorespiratorikus reflexkárosodás.

CPAF (Chlorpropamide-alcohol flushing)-vizsgá-
lat a betegen és lánytestvérén pozitív.

2. Cs. K. 31 éves nőbeteg. Cukorbaja 22 éves korá-
ban „klasszikus” tünetekkel kezdődött.

Családi anamnézis: anyja elhízott, diétával kezelt
cukorbeteg. Anyai féltestvére 40 éves kora óta dia-
beteses, inzulinra kap.

Kórlefolyás: Hetek óta tartó polyuria, polydipsia
után 17,6—23,2 mmol/L vércukorértékek, ketoacidosis
miatt szállították egy fővárosi kórházba. Inzulin keze-
lésre állapota gyorsan javult, kezdetben 68 E/nap inzu-
lint igényelt. Testsúlya normális. Adrenerg jellegű hy-
poglykaemiás rosszullétek miatt inzulin adagját foko-
zatosan csökkenteni kellett, és 3 év elteltével csak dié-
tára állították át. Egy év után diétahibák miatt tol-
eranciája romlott, ezért kezelését orális antidiabetikum-
mal egészítették ki.



Az egyes kezelési periódusok megoszlása betegeinkben

5 éve ily módon anyagcsere egyensúlyban van.

Orális glukósterhelési görbe (75 g) a megfelelő C-peptid értékekkel a betegség 8 éves fennállásakor:

idő:	0	45	90	120	180	perc
vércukor:	6,8	11,2	14,0	8,0	7,2	mmol/L
C-peptid	4,6	8,7	—	—	—	ng/ml

Szövődménye nincs.

CPAF-vizsgálat a betegen és anyján pozitív.

3. Sz. Zs. 52 éves férfi. 9 éves korában más okból végzett vizsgálat derítette fel hyperglykaemiáját és glykozuriáját. Testsúlya normális volt. Ketoacidózisa nem volt sem kezdetben, sem a későbbiekben.

Családi anamnézis: anyjának időskori, tablettával kezelt diabeteses volt.

Kórlefolyás: Kezdetben 36 E/die inzulin igényelt, amit hypoglykaemiás rosszullétek miatt 12 év alatt fokozatosan csökkentettek, majd elhagytak. 31 éve diéta egyensúlyban van. 30 év után történt glukósterhelési görbe (75 g):

idő:	0	45	90	120	180	perc
vércukor:	6,0	10,6	7,6	5,4	5,0	mmol/L

C-peptid vizsgálat nem történt.

Szövődménye nincs.

CPAF-vizsgálat nem történt.

4. K. P. 38 éves férfi. 18 éves korában típusos tünetekkel kezdődött cukorbetegsége. (Magas vércukorszint 16,4—21,6 mmol/L között, 40—60 g/24 óra cukorürítés és ketoacidózis.) Testsúlya normális volt.

Családi anamnézis: anyja időskori diabetesben szenved.

Kórlefolyás: 40 E/die kezdeti inzulinigény után hypoglykaemiás rosszullétek miatt adagját fokozatosan csökkentették, majd 1/2 év után orális antidiabetikus kezelésre állították át. Emellett 21 éve anyagcsere-egyensúlyban van.

Orális glukósterhelés (75 g) 21 év után:

idő:	0	45	90	120	180	perc
vércukor:	8,0	12,0	15,2	11,4	9,7	mmol/L
C-peptid	—	4,0	12,2	—	—	ng/ml

Szövődmény: háttérretinopathia, 1—2 mikroaneurysma.

CPAF-vizsgálat: pozitív.

Ismertetett eseteinkben a cukorbeteg fiatal (9—24 éves) korban, jellegzetes tünetekkel (fogyás, polydipsia, polyuria) kezdődött. Mindegyik beteg inzulinkezelést kapott, melyet 0,5—12 (átlag 4,2) év után halmozódó hypoglykaemiás rosszullétek miatt meg kellett szakítani (egy beteg később átmenetileg ismét inzulinra szorult). Az inzulinmentes periódusok hossza 5—31 (átlag 19,2) év. A közlés időpontjában egy beteg 5, egy 11 + 9, egy 21 és egy 31 éve nem igényel inzulint. Eseteinkben a hosszan tartó remissziós fázisok alapján felmerül a kérdés, hogy valójában milyen típusú cukorbetegségről van szó.

A diabetes I. (inzulin-dependens=IDDM) és II. (nem inzulin-dependens=NIDDM) típusának megkülönböztetése csak az utóbbi években jött létre (11). Ez a felosztás lehetővé teszi, hogy a betegséget a háttérben meghúzódó patofiziológiai okokkal és nemcsak a betegek életkorával jellemezzük. Eseteink kórlefolyása a fiatalkori kezdet és a klasszikus tünetek ellenére a juvenilis (inzulinhiányos) diabetesétől eltérő. A tartós inzulin nélküli periódusok kizárják az inzulin-dependens (I. típus) diabetes lehetőségét. Véleményünk szerint, eseteinkben II. típusú (nem inzulin-dependens), régebbi nevén „érettkori” diabetes ifjúkorban kezdődő alakjával állunk szemben. Emellett szól az is, hogy 3 esetben C-peptid vizsgálattal a betegség tartós fennállása után endogén inzulintermelést lehetett kimutatni. A negyedik esetben C-peptid vizsgálat nem történt.

Minden betegünk családjában fordultak elő II. típusú diabeteses megbetegedések, ami ez utóbbi kórforma öröklődésére jellemző (3).

Hasonló eseteket az irodalom is említ (12). Csapó és Szűcs szintén ismertet olyan diabeteses eseteket, ahol az inzulinkezelést idővel el lehetett hagyni (4). Hines és Kessler 1961-ben olyan fiatal nöbeteget ismertet közlik, akinek cukorbetegsége panaricum kapcsán kezdődött, és 20 éven át részesült egyre csökkentett dózisu inzulin kezelésben, míg végül az inzulint elhagyták és a továbbiakban kezelésre nem szorult (7). Az ifjúkori nem inzulin-dependens diabetes létezésére az 1960-as években Fajans és mtsai hívták fel a figyelmet. Szerintük a betegségre jellemző, hogy tünetmentesen, véletlenül kerül felismerésre, és legalább 2 évig inzulinkezelésre nincs szükség (5). Eseteink azt példázzák, hogy ez a kórforma is kezdődhet akut tünetekkel, és előfordulhat, hogy a hyperglykaemia korrekciójához átmenetileg már a kezdetkor inzulinra van szükség. Levonható az a gyakorlati következtetés, hogy míg az ifjúkori nem inzulin-dependens diabetes tüneteizigény, véletlenül felismert esetei diétával, esetleg orális antidiabetikummal kiegészítve anyagcsere-egyensúlyban tarthatók, a súlyos tünetekkel, esetleg interkurrens betegség (pneumonia, panaricum) kapcsán kezdődő formákban feltétlenül inzulinkezelést kell alkalmazni. Kezdetben nem mindig dönthető el, hogy a fiatal cukorbetegnek milyen típusú diabeteses van, de ha szokatlan mértékű tartós remisszió következik be, ha az inzulinkezelés során hypoglykaemiás állapotok ismétlődnek, érdemes a

kezelést revidiálni és az inzulin elhagyását megkísérelni. Ilyenkor a diéta, esetleg orális antidiabetikum adása szükséges marad, mert nincs teljes gyógyulás (6, 10, 16). A kórlefolyást helyesen értékelve megszabadíthatjuk a beteget az inzulinkezelés felesleges terhétől. Véleményünk szerint 1. esetünkben a beteg a kezdeti időszakról eltekintve 2 éven át az inzulinkezelést feleslegesen kapta. Ezzel az esettel kapcsolatban felmerülhet az a kérdés is, hogy helyes-e olyan cukorbetegét inzulin nélkül kezelni, akinek már számos diabeteses szövődménye van. Lényeges körülmény, hogy az inzulin elhagyására nem teoretikusan, hanem hypoglykaemiás rosszulletek miatt *gyakorlati szükségességéből* került sor. Irodalmi adatok szerint a szövődmények megelőzése szempontjából nem annyira az inzulinkezelés, mint a normoglykaemia a döntő tényező (14). Megjegyezzük, hogy a szövődmények betegünk esetében 8 évig tartó inzulinkezelés ellenére alakultak ki. Eseteink új megvilágításba helyezik az ifjúkori nem inzulin-dependens diabetezt, és jól illusztrálják a juvenilis diabeteses kórformák heterogenitását.

Köszönetnyilvánítás: A C-peptid meghatározásokért ezúton szeretnénk köszönetünket kifejezni *Gerő László dr.* egyetemi tanársegédnek (Simmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika).

IRODALOM: 1. *Baker L. és mtsai:* The early partial remission of juvenile diabetes mellitus. *J. Pediatr.* 1967, 71, 825. — 2. *Barta, L. Körner, A.:* Ungewöhnlich-

lange postinitiale Remission bei Steroid-Diabetes. *Klin. Pediat.* 1981, 139, 370. — 3. *Craig, O.:* Childhood Diabetes and its Management. Butterworths London-Boston-Sydney-Wellington-Durban-Toronto. 1981. — 4. *Csapó, G., Szűcs, Zs.:* Spontane Remission des Diabetes Mellitus. *Med. Klin.* 1968, 57, 180. — 5. *Fajans, St. S. és mtsai:* Clinical and ethiological heterogeneity of idiopathic diabetes mellitus. *Schweiz. med. Wschr.* 1979, 109, 1774. — 6. *Halmos, T. és mtsai:* Klinikai megfigyelések ifjúkori non-inzulin dependens diabeteses betegeken. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 2223. — 7. *Hines, J. J., Kessler, D. L.:* Unexplained remission of longstanding severe diabetes mellitus. *Ann. Int. Med.* 1961, 55, 314. — 8. *Illig, R., Prader, A.:* Remission of Juvenile diabetes. *Lancet.* 1968, II, 1190. — 9. *Johansen, K., Orskov, H.:* Plasma insulin during remission in juvenile diabetes mellitus. *Brit. Med. J.* 1969, I, 676. — 10. *Krall, L. P.:* Clinical evaluation of prognosis. In: *Joslin's Diabetes Mellitus* Chapt. 9. p. 215. Philadelphia. Lea and Febiger, 1971. — 11. *National Diabetes Data Group:* Classification and Diagnosis of Diabetes mellitus and other categories of glucose tolerance. *Diabetes*, 1979, 28, 1039. — 12. *Peck, F. B. jr. és mtsai.:* Complete remission of severe diabetes. *Diabetes*, 1958, 7, 93. — 13. *Pirart, J. Lauvaux, J. P.:* Remission in diabetes. In: *Pfeiffer, E. F.:* Handbuch des Diabetes Mellitus Bd. II. 443. München—Lehmann. 1971. — 14. *University Group Diabetes Program:* Effects of hypoglycemic agents on vascular complication in patients with adult-onset diabetes. VIII. Evaluation on insulin therapy. Final Report. *Diabetes*, 1982, 32, Suppl. 5. 1. — 15. *Weber, B., Müller-Hess, R.:* Plasma insulin response versus clinical course in juvenile diabetes. *Acta Pediat. Scand.* 1972, 61, 257. — 16. *White, P., Graham, C. A.:* The child with diabetes. In: *Joslin's Diabetes mellitus* p. 339. Lea and Febiger. Philadelphia. 1971.

(Halmos Tamás dr., Budapest, Pf. 1., 1529.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

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!



Bemutatjuk Önöknek a

ROLITRON

kardiológiai intenzív

őrzőrendszerének

intelligens

ágymelletti monitorát.

MEMOCARD

MCM-2

Alkalmazható:

- intenzív kardiológiai őrzőmonitorként önállóan, illetve ROLITRON őrzőrendszerbe kapcsolva,
- műtéti és anaesthesiológiai monitorként,
- korai mobilizáció diagnosztikai monitoraként,
- EKG diagnosztikai monitoraként,
- kardio-pulmonáris mérések EKG diagnosztikai monitoraként,
- pszichológiai alapkutatások műszereként,
- teleméterrel kiegészítve HOLTER monitoraként,
- orvosi élettani oktatás segédeszközeként.



Nagy megbízhatóságú „R” hullám felismerés

Alsó-, felső szívfrekvencia limit állítás

Pillanatnyi és átlag szívfrekvencia digitális kijelzése

Mágnesszalagos EKG jeltárolási rendszer

Új!

Beépített kétsatornás memóriadisplay, amelyen megjeleníthetők:

- a beteg EKG görbéje
- programozható alsó és felső riasztási limitek
- a beteg szívfrekvenciájának számértéke

Új!

Arythmia analízis a beteg szívfrekvencia eloszlás-függvényének ábrázolásával

Új!

Rendellenes EKG görbeszakaszok automatikus gyűjtése beépített számítógépes görbeanalízis alkalmazásával

Új!

A riasztást megelőző szívjelek mágnesszalagos tárolása

Bármilyen őrzőrendszerbe bekapcsolható

Közvetlen számítógépes feldolgozás lehetősége

Az Orvosi Hetilap május 20-i számában bemutatjuk CARDIMON poszt-intenzív őrzőmonitorunkat.



Kupon

ROLITRON

Társaság

1036 Budapest, Lajos u. 106.
Telefon: 685-719

Bővebb információt szeretnék kapni a

- MEMOCARD készülékről
- A ROLITRON Társaság kardiológiai koncepciójáról

Név

Munkahely

Cím

PECZE KÁROLY DR.,
TELEK BÉLA DR.
ÉS RÁK KÁLMÁN DR.

Humán vörösvérsejt (H)-rozetta vizsgálata lymphogranulomatosisban

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

A szerzők 27 kezeletlen lymphogranulomatosisos beteg és 42 kontrollként szolgáló egészséges egyén perifériás vérből izolált lymphocytáinak birka-vörösvérsejt (E)- és human (autológ)-vörösvérsejt (H)-rozetta-képző sajátosságait vizsgálták. Betegeikben a H-rozetta arányának és abszolút számának szignifikáns csökkenését észlelték a kontroll csoport-hoz képest ($p < 0,001$). A kezelés hatására létrejövő remissio idején a H-rozetta számának normalizálódását, míg nyolc újra relapsusba került betegükben annak szignifikáns csökkenését figyelték meg. Feltételezik, hogy az autológ rozettát képző lymphoid sejtek számának az alakulása a T-lymphocyták működésének változásával kapcsolatos.

Study of autologous human (H) rosette-forming lymphocytes in patients with Hodgkin's disease. Distribution of sheep (E) and autologous human (H) red blood cell rosette-forming T lymphocytes in peripheral blood of 27 patients with untreated Hodgkin's disease and 42 control adults were determined. Significantly reduced percentage and absolute number of H-rosettes were found in patients compared to controls ($p < 0,001$). Values increased in remission produced by treatment and decreased again in eight patients in relapse which followed complete remission. These data suggest that the numerical change of the H-rosette forming lymphocytes may indicate an impaired T-cell function in Hodgkin's disease.

Az emberi T-lymphocytáknak általánosan elfogadott tulajdonsága az, hogy birka-vörösvérsejtekkel ún. spontán E-rozettát képez (7). Kezdetben különböző állatfajokban (cit. 5, 6), majd 1974-ben Sandilands és mtsai (16) emberben is megfigyelték, hogy a perifériás vérben levő lymphocyták egy része saját (autológ) vörösvérsejtekkel in vitro rozettát képez (H-rozetta). Később igazolták, hogy a T-lymphocyták egyik subpopulációjának van ilyen képessége (2, 5, 18). E subpopulatio szerepe és jelentősége ma még nem ismert, ezért perspektivikusnak látszik a H-rozetta képző sejtek vizsgálata olyan betegségekben, melyekben megállapítható a cellularis immunitás csökkenése, a T-lymphocyták érintettsége. Ilyen betegség a lymphogranulomatosis, melyben a sejthezkötött immunitást napjainkban is kiterjedten vizsgálják.

Kevés közlés foglalkozik a H-rozetta vizsgálatával lymphogranulomatosisban (11). Leginkább a carcinomás betegek H-rozetta számát vizsgálták, az eredmények ellentmondóak. Sandilands és mtsai (16) a H-rozetta szám emelkedését, Caraux és mtsai

(3) pedig annak csökkenését állapították meg carcinomás betegekben; Lang és mtsai (9) nem találtak lényeges különbséget a betegek és a kontrollcsoport között. Az emberi perifériás vérben a H-rozettát képző lymphocyták aránya a különböző szerzők szerint eltérő. Az első vizsgálók (cit. 5.) csak kis százalékban (2–5%) észlelték e lymphocytákat, míg a későbbi kutatók (3, 8, 9) általában 20% felett adták meg az értékét egészséges egyénekben. Az egészségesekben talált különböző átlagértékek valószínűleg technikai okokra vezethetők vissza. Ma már tudjuk, hogy a vörösvérsejtek ABO vagy Rh vércsoportjának nincs jelentős hatása a rozetta-képzésre, s valószínűleg annak sem, hogy a vörösvérsejt eredete autológ vagy allogén-e. Vizsgálatakor a 37 C-fokon való inkubálás nem szükséges (5).

A rozetta-képző sejtek tulajdonságait egyre jobban ismerjük. Hydrocortisonra mind in vivo, mind in vitro nagyon érzékenyek, concanavalin A (Con A) suboptimális dóziséval is nagyfokban stimulálhatók, míg phytohaemagglutinin (PHA) és pokeweeder mitogénre való válaszuk csekély (13). Nagy az affinitásuk a birka-vörösvérsejtekhez, cytochemiailag sávi foszphatase, B-glukuronidase és nem specifikus esterase pozitívitas, ultrastrukturájukat illetően pedig fejlett endoplasmikus reticulum és Golgi-apparatus jellemző.

Közleményünkben lymphogranulomatosisos betegeink keringő lymphocytáinak H-rozetta képzéséről számolunk be, különös tekintettel a körlefolylás során észlelt változásokra.

Rövidítése:

Con A.: concanavalin A
PHA: phytohaemagglutinin
E-rozetta: birka-vörösvérsejt rozetta
H-rozetta: Humán(autológ)-vörösvérsejt rozetta

1. táblázat **Az E- és a H-rozetták előfordulása lymphogranulomatosisban és kontroll egyénekben.**

Rozetta-képzés	Lymphogranulomatosis (n = 27)		Kontroll (n = 42)		p
	átlag	SD	átlag	SD	
H-rozetta					
arány (%)	13,63	3,29	26,5	3,77	<0,001
absz. szám	103,6	49,5	377,4	119,4	<0,001
E-rozetta (aktív)					
arány (%)	20,04	5,17	31,19	4,06	<0,01
absz. szám	220,6	64,94	378,4	120,7	<0,01
E-rozetta (totális)					
arány (%)	52,6	5,45	57,4	4,84	NS
absz. szám	468,5	129,3	637,0	235,1	NS

NS = nem szignifikáns. A rozetta-képcső sejtek arányát az összes lymphocytá százalékában adtuk meg.

Betegek és módszer

Betegek: 27 kezeletlen lymphogranulomatosisos beteg perifériás vérének lymphocytáit vizsgáltuk. A diagnózis minden esetben biopsiás anyag szövettani vizsgálatán alapult.

A szövettani megoszlás a következő volt: nodularis sclerosis 10, kevert sejt forma 11, lymphocytá depletiós négy, lymphocytá predominantia típusú egy beteg és egy további betegben nem volt meghatározható az altípus. *Kontrollként* 42 egészséges vradó szerepelt. A vizsgálatokat a radio- és/vagy chemotherapia hatására létrejött remissió idején megismételtük s azt nyolc betegünkben a megfigyelési időszak alatt bekövetkező relapsus során is elvégeztük.

A lymphocytá izolálást Ficoll-Uromiro gradiens centrifugálással végeztük *Böyum* (1) szerint.

Az E-rozetta (aktív és totális) vizsgálata *Jondal és mtsai* (7) módszere szerint történt.

Az autológ H-rozetta vizsgálata: az alvadásában heparinnal gátolt vérből fiziológias konyhasóval háromszori mosás után 2×10^7 /ml töménységű vörösvérsejt-szuspensiót készítettünk. A vörösvérsejt-szuspensió 0,1 ml-éhez 0,1 ml lymphocytaszuspensiót (2×10^6 /ml) és 0,15 ml hőinaktivált és human vörösvérsejttel 37 és 4 C-fokon 30–30 percig abszorbeált borjúsavót (Gibco-Biocult) adtunk. A keveréket 5 percig 200 g-vel centrifugáltuk és egy éjjelen át (12–16 óra) 4 C-fokon inkubáltuk. Óvatos resuspendálás után fénymikroszkóppal vizsgáltuk a rozetta-képzést. Rozetta-képző sejtek a három vagy több vörösvérsejttel kötő lymphocytá tekintettük. Legalább 200 sejtet számoltunk és az összes lymphocytá százalékában adtuk meg a rozetta-képző sejtek arányát.

Statisztikai analízishez a Student-féle t próbát használtuk.

Eredmények

Az autológ rozetta-képző sejtek aránya a normális kontrollban $26,5 \pm 3,77\%$, a lymphogranulomatosisos betegekben $13,6 \pm 3,29\%$ volt (1. táblázat). A különbség statisztikusan szignifikáns ($p < 0,001$).

2. táblázat **Nyolc lymphogranulomatosisos beteg H-rozetta arányának alakulása a kórlefolys során.**

Sorszám	H-rozetta arány (%)		
	diagnóziskor	remissióban	relapsusban
1.	10	26	12
2.	14	25	11
3.	12	29	14
4.	17	31	22
5.	9	24	19
6.	19	21	10
7.	4	32	13
8.	20	27	18

mint ahogyan az a sejtek számában is szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$).

Nem találtunk szignifikáns különbséget a totális E-rozettaképző sejtek arányában és abszolút számában. Szignifikánsan kisebb volt viszont ($p < 0,01$) a betegekben az aktív T-sejtek aránya és száma a kontroll csoporthoz képest.

A 27, lymphogranulomatosisban szenvedő beteg közül a megfigyelési időszakban 16 betegben következett be tartós remissió, amely során a H-rozetták arányának emelkedését tapasztaltuk ($25,3 \pm 3,97\%$). Ebben a stádiumban nem volt kimutatható különbség a kontroll csoporthoz viszonyítva. A tizenhat beteg közül nyolcban relapsus következett be (2. táblázat), akikben újra a H-rozetta arány csökkenését észleltük ($14,55 \pm 4,36\%$); a többi beteg jelenleg is remissióban van.

Megbeszélés

Közel tíz éve ismert, hogy az emberi perifériás vér lymphocytáinak egy része autológ vagy allológ vörösvérsejtekkel rozettát képez. E sejtek arányát az egészséges egyénekben általában 20% felett adják meg.

Az egészséges egyének perifériás vérében mi is 20% felett ($26,5 \pm 3,77\%$) találtuk a H-rozetta képző sejtek arányát. Kezeletlen lymphogranulomatosisos betegekben a H-rozetták aránya $13,63 \pm 3,29\%$ volt. *Lang és mtsai* Hodgkin kóros és tüdőcarcinomás betegekben (9) nem észleltek különbséget a H-rozetták arányában és abszolút számában a kontrollokhoz képest, viszont alkoholos cirrhosisban (10) e sejtek számának csökkenését mutatták ki: a változás nem mutatott összefüggést az aktív és a totális T-sejtszámmal.

A monoclonális antitestekkel történő vizsgálatok alapján a H-rozetta képző sejteket OKT3, OKT4 pozitívnak és OKT8, DR negatívnak tartották (14), de az 1982-es adatok egyértelműen OKT8 pozitivitást látszanak igazolni (4,12). Ugyancsak 1982-ben *Munker és mtsai* (12) monoclonális antitestekkel bizonyították, hogy nemcsak a T-lymphocyták, hanem a B-lymphocyták, sőt a monocyták egy része is képes autológ vörösvérsejt rozetta képzésre. A T-sejtek bromelain előkezelése növeli a H-rozetta képző sejtek arányát (17), sőt egyes — talán túlzott — vélemények szerint potenciálisan valamennyi perifériás T-sejt képes H-rozetta képzésre (17).

Úgy tűnik, hogy a H-rozetta képző sejtek az éretlen T-sejtek közé tartoznak és számuk a normális lymphocyták Con A stimulációja után növekszik. *Sakano és mtsai* (15) vizsgálataiban a Con A indukálta suppressor aktivitás jól korrelált a H-rozetta képző sejtek számával. A Con A indukálta suppressor sejt vizsgálatokban a H-rozetta képző sejtek a suppressor effektor T-sejt precursoraiként viselkedtek (15).

Érdekesnek tűnik a H-rozetta arány változása lymphogranulomatosisban a betegség lefolyása során. Remissio idején a H-rozetta érték normalizálódott, míg relapsusban a sejtek aránya ismét csökkent. Az eddigi adatok alapján a H-rozetta és az E-rozetta értékek nem korrelálnak (3, 9, 11).

Caroux és mtsai (3) H-rozetták vizsgálatának prognosztikus jelentőséget tulajdonítottak malignus tumoros betegeknek. Eredményeink alapján lymphogranulomatosisban is felvethető ez a lehetőség. A keringő T-sejtek érintettsége az autológ rozetta-képzés csökkenésével demonstrálható. Eredményeink felvetik, hogy az autológ rozetta-képzés vizsgálata aránylag érzékeny teszt a T-lymphocyták károsodásának kimutatására lymphogranulomatosisban.

IRODALOM: 1. *Böyum, A.*: Isolation of mononuclear cells and granulocytes from human blood. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1968, 21 (Suppl. 97), 77. — 2. *Caroux, J., Thierry, C., Esteve, C.*: Human autologous rosettes. I. Mechanism of binding of autologous erythrocytes by T cells. *Cell. Immunol.* 1979, 45, 36. — 3. *Caroux, J., Thierry, C., Serreu, B.*: Human autologous rosettes. II. Significance of variations in autologous rosette-forming cells in the peripheral blood of cancer patients. *J. Natl. Canc. Invest.* 1979, 63, 593. — 4. *Damle, N. K., Gupta, S.*: Heterogeneity of concanavalin A-induced suppressor T cells in man defined with

monoclonal antibodies. *Clin. exp. Immunol.* 1982, 48, 581. — 5. *Gallinger, L. A., Pross, H. F., Baines, M. G.*: Human lymphocyte (human erythrocyte rosettes. I. Blood „H” rosettes are high-affinity E-rosette-forming T lymphocytes occurring in high frequency. *Int. J. Cancer*, 1980, 26, 139. — 6. *Gluckman, J. C., Montambault, P.*: Spontaneous autorosette forming cells in man. *Lancet*, 1975, 1, 112. — 7. *Jondal, M., Holm, G., Wigzell, H.*: Surface markers on human T and B lymphocytes. *J. exp. Med.* 1972, 136, 207. — 8. *Lambert, M., Wybran, J., Govaerts, A.*: Human autologous and allogeneic rosettes. *J. Immunol. Methods* 1977, 15, 157. — 9. *Lang, J. M. és mtsai*: Comparative study of autologous and active rosette-forming T lymphocytes in untreated patients with nonmetastatic squamous-cell lung carcinoma. *Cancer Immunol. Immunother.* 1980, 8, 45. — 10. *Lang, J. M. és mtsai*: Decreased autologous, rosette-forming T lymphocytes in alcoholic cirrhosis. *Int Archs-Allergy appl. Immun.* 1980, 61, 337. — 11. *Lang, J. M. és mtsai*: Comparative study of autologous, total E and active E-rosette-forming T lymphocytes in untreated Hodgkin's disease. *Cancer Immunol. Immunother.* 1981, 10, 239. — 12. *Munker, T., Stünkel, K., Thierfelder, S.*: Characterization of autologous rosette-forming cells with a series of monoclonal antibodies. *Biomedicine*, 1982, 36, 210. — 13. *Palacios, R. és mtsai*: Autologous rosette-forming T cells as the responding cell in human autologous mixed reaction. *J. Clin. Invest.*, 1980, 65, 1527. — 14. *Rucheton, M. és mtsai*: Human autologous rosettes II. Further characterization: markers and functions. *Cell. Immunol.*, 1981, 64, 312. — 15. *Sanako, T. és mtsai*: Induction of human auto-rosette forming cells by phorbol myristate acetate. *Clin. exp. Immunol.*, 1982, 49, 665. — 16. *Sandilands, G. P. és mtsai*: Auto-rosette formation by human thymocytes and lymphocytes. *Lancet*, 1974, 1, 27. — 17. *Scheffel, J. W., Swartz, S.*: Inhibition of autologous rosette formation by monoclonal antibody to the sheep erythrocyte receptor. *J. Immunol.*, 1982, 128, 1930. — 18. *Sheldon, P. J., Hoborow, E. J.*: Human erythrocyte rosette formation with mitogen-stimulated human erythrocyte a marker for the demonstration of activated T-cells. *J. Immunol. Methods*, 1975, 7, 379.

(Pecze Károly dr., Debrecen, Pf. 20., 4012.)

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-csészék, ágytálak, ágytálmások, mosdó- és mosogatókagylók, vizeletkagylók, 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 egszégrokományként 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.



A LÉZERSUGÁR – MINT TÖBB MEGBETEGEDÉS GYÓGYMÓDJA

A „Jagoda” és az LG-75-1 ti-
pusú neon lézerberendezések
a következőkhöz alkalmazhatók:

- az asthma bronchiale, a magas vérnyomás és a radiculitis gyógyításának terápiájában;
- a sebészetben a chronikus fekélyek, égési sérülések és a csonttörések esetén a csontszövet gyógyulásának meggyorsításához;
- a dermatológiában a különböző megbetegedések gyógyításához, ezen belül a rosszindulatú képződményeknél;
- a stomatológiában a stomatitisek, a paradontitisek és egyéb állkapocs-arterületi megbetegedések gyógyításához;
- az állatorvostanban a bőrmegbetegedések és a radiculitis gyógyításához.

A berendezések főbb műszaki adatai:

	„Jagoda” LG-75-1	
Sugárzási hullámhosszúság (mkm)	0,63	0,63
Sugárzási teljesítmény (mW)	min. 12	25

Exportáló: V/O



MEDEXPORT

MOSCOW

USSR

Szovjetunió 113461 MOSZKVA, Kahovka utca 31.
Telefon: 121-01-54. Telex: 411247, 411951 Medex SU



Indocyanin green (ICG) elimináció érett újszülöttekben

Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)
Gyermekgyógyászati Klinika
(igazgató: Karmazsin László dr.)

A szerzők érett, válogatott újszülött anyagon vizsgálták az Indocyanin green (ICG) eliminációt az első életnapon, meghatározták a felezési időt ($t_{1/2}$), az eliminációs konstans (k_2), a festék megoszlási volument (ml/kg), valamint a harmadik életnapon a szérumban indirekt bilirubin szintet. Egészséges, érett spontán szülésből származó újszülötteket (N) kontrollként használva összehasonlították oxytocinos infúzióval asszisztált szülésből (Ox), lumbális periduális anesztéziával vezetett szülésből származó újszülötteket (LPA), retardált (R) és acidotikus (Ac) állapotban született újszülöttek ICG eliminációját. Az acidotikus állapotban született újszülöttek eliminációs konstansa szignifikánsan kisebb, a felezési idő szignifikánsan hosszabb volt. A retardált újszülöttek esetében az eltérés nem szignifikáns. A harmadik életnapon jelentkező szérumban indirekt bilirubin szint emelkedés az acidotikus újszülöttek csoportjában szignifikánsan magasabb volt. Az intrauterin stressz hatására kialakuló máj bilirubin clearance csökkenés ezeknek az újszülötteknek a korai, profilaktikus szemléletű kezelését teszi szükségessé.

Indocyanin green (ICG) elimination of matured newborns. The authors have examined the elimination of Indocyanin green (ICG) in the first postnatal day of selected matured newborns. They have determined the half life ($t_{1/2}$), the elimination constant (k_2), the pigment disintegration volume (ml/kg), as well as third postnatal day level of serum indirect bilirubin. Using healthy, matured newborns from spontaneous delivery as controls, the elimination of ICG in newborns delivered with the assistance of oxytocin infusion (Ox), with delivery directed by lumbar peridural anaesthesia (LPA) and in both the retarded (R) and acidotic (Ac) were compared. In the acidotic newborns the elimination constants were significantly smaller and the half life longer. In the retarded newborns the difference was not significant. The increase in level of indirect bilirubin in serum found on the third postnatal day in the acidotic group was significantly higher. The decrease in liver clearance of bilirubin due to the effect of intrauterin stress in these newborns calls for the necessity in the early, prophylactic treatment.

Korábbi közleményünkben már vizsgáltuk a fiziológiás sárgaság előfordulásának gyakoriságát érett, tisztított újszülött anyagban (2). Külön tárgyaltuk a születésvezetési mód, az acidózis és a szü-

lési trauma szerepét az ikterusz kialakulásában. Foglalkoztunk az irodalomban nem egységesen értékelt oxytocin „ikterogén hatásának” kérdésével, mely még ma is aktuális probléma, hiszen a modern szülészeti gyakorlatban sok intézetben a szülések közel 40%-ában kerül sor alkalmazására. Saját anyagunkban ezt a mások által leírt ikterogén hatást igazolni nem tudtuk (3). Ez a vizsgálat sorozat is felhívta azonban figyelmünket arra, hogy a szülés alatt kialakult acidózishoz rendszerint a posztnatalis időszakban kezelést is igénylő sárgaság társul.

Rövidítések:

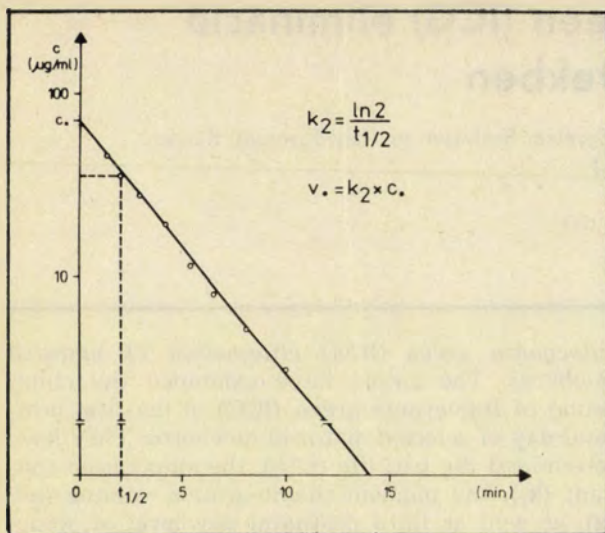
- ICG: Indocyanin green
- $t_{1/2}$: felezési idő (perc)
- k_2 : eliminációs konstans
- act pH: aktuális pH
- sz. ind. bi.: szérumban indirekt bilirubin
- c_0 : festék koncentráció 0 időpontra extrapolálva, melyből a megadott képlet alapján a kezdeti ürülés sebessége is kiszámítható
- N: esetszám
- S: szignifikáns
- NS: nem szignifikáns
- Norm: egészséges, érett, spontán szülésből származó újszülöttek
- Ox: oxytocinos infúzióval asszisztált szülésből származó újszülöttek
- LPA: lumbális periduális anesztéziában vezetett szülésből származó újszülöttek
- R: retardált újszülöttek
- Ac: acidotikus állapotban született újszülöttek

Kulcsszavak: Újszülöttkori hiperbilirubinaemia — indocyanin-green — ICG elimináció — acidózis

Szükségesnek találtuk a kérdés részletesebb vizsgálatát, hiszen az amúgy is veszélyeztetett újszülöttes csoportban a szérumban indirekt bilirubin szint emelkedést kritikusan kell elbírálni a maradandó agyi károsodás fokozott veszélye miatt.

Ezért a bilirubin anyagcsere jobb megismerése céljából Indocyanin green (ICG) kinetikai vizsgálatot végeztünk különböző újszülöttes csoportokban. A plazmából az ICG eliminációja dózis függő, jól tükrözi a májsejt működőképességét (6). Azonos gesztációs korú újszülöttek esetén, standard körülményeket biztosítva az ICG elimináció a máj bilirubin clearance-ről is felvilágosítást nyújt.

Az ICG eliminációt vizsgálva a következő kérdésekre kerestünk választ:



ICG elimináció az idő függvényében szemilogaritmikusan ábrázolva.

1. a szülés alatti hypoxia, acidózis hogyan változtatja az ICG eliminációt újszülött korban.

2. lumbális peridurális anesztézia, oxytocinos infúzió alkalmazásakor észlelhető-e változás az ICG eliminációban.

3. magzati retardáció módosítja-e az ICG eliminációt,

4. az ICG elimináció hogyan tükrözi a harmadik életnapon jelentkező szérumszintet indirekt bilirubin szintet.

Vizsgálati anyag

Érett, 37. terhességi hét után fejevégű fekvésből, spontán született egészséges újszülöttekből válogattuk ki azokat, akiknél a korábbi vizsgálatsorozatunknak megfelelően — nem észlelhető ABO, Rh incompatibilitás, fejlődési rendellenesség, anyai diabetes vagy egyéb anyagcsere-betegség, nem ikerterhességből származnak, és a hetedik életnap után nem haltak meg.

Ezekből alakítottuk ki a következő csoportokat:

1. csoport: érett újszülöttek, spontán szülés, terápia beavatkozás nélkül (N).

2. csoport: érett újszülöttek, a szülés során oxytocinos infúzióval méhtevékenység-rendezés történt (Ox).

3. csoport: érett újszülöttek, a szülés lumbális peridurális anesztéziában zajlott le, a szülés során a méhtevékenységet oxytocinos infúzióval asszisztáltuk, minden esetben (LPA).

4. csoport: érett, de retardált újszülöttek csoportja (>37. hét, <2500 g), (R).

5. csoport: érett, acidotikus állapotban, Apgar 7 alatti státuszban született újszülöttek csoportja (Ac).

Módszer

Vizsgálatainkat 1981 első felében végeztük válogatott beteganyagban. Az újszülöttek születésüket követő ellátása, táplálása egységes volt, mekóniumot az első 12 órában ürítettek. A retardált csoportban vércukorszint ellenőrzése mellett glükóz-infúziós kezelést alkalmaztunk. Az acidotikus állapotban született újszülöttek élesztésük során 10^{0/0}-os glükóz—4,2^{0/0}-os NaHCO₃ keveréket kaptak köldökzsinór-vénába, majd a vér pH és vérgáz értékek figyelembevételével adekvát terápiát. A vérgáz értékek meghatározása Radelkis Corning M—61 típusú készülékekkel történt. Az újszülöttek 12 órás koruktól kivétel nélkül fiziológiás pH, vércukor, összfehérje-albumin értékkel rendelkeztek. 72 órában minden csoportban szérumszintet indirekt bilirubin meghatározást végeztünk Jezerniczky módszerével (5).

Az ICG (VEB Chemikombinat, Bitterfeld, DDR) eliminációs vizsgálatra az első 12—24 órás újszülött korban került sor. Natív vénás vér vétele után 2 mg/ testsúly kg ICG-t adtunk be intravenásan, majd 1 és 10 perc között 5—7 alkalommal kapilláris vért vettünk az ellenoldali végtagból. 25 µl szérumszintet 250 µl izotóniás Na-K-Phosphat pufferrel (pH 7,4) egészítettük ki és rövid, 30 s-os centrifugálást követően mikroküvetékben (1 cm) Beckman spinco 151 típusú spektrálfotométeren 805 µm hullámhosszon fotometrelva, f:11,6 faktort figyelembe véve meghatároztuk a vett vérminták festék (ICG) szérumszintjét. A kapott értékeket, ha szemilogaritmikusan az idő függvényében ábrázoljuk (ábra), úgy meghatározhatjuk a 0 időpontra extrapolálva a festék koncentrációját, a c₀-t, ennek segítségével kiszámítható a felezési idő (t_{1/2}), és ebből az eliminációs konstans a $K_2 = \frac{\ln 2}{t_{1/2}}$ összefüggéssel.

Minden esetünkben Hewlett-Packard 97. típusú számítógép segítségével „görbe illesztést”, regressziós analízist végeztünk, meghatároztuk az r² értékeket. A vizsgált esetekben az r²=0,87—0,99 között volt, tehát igazolható, hogy a kapott értékek monoexponenciális függvényekkel jellemezhetők.

A vizsgált érett újszülöttek aktuális pH, ICG eliminációs adatai és a harmadik életnapon mért szérumszintet indirekt bilirubin értékek átlagai a szórással együtt.

	Norm. N = 14	Ox N = 10	LPA N = 8	R N = 8	Ac N = 10	
Születéskor act pH	7,24 ⁺ ± 0,03	7,25 ± 0,04	7,24 ± 0,04	7,23 ± 0,03	7,14 ± 0,05	S p<0,001
ICG elimináció t _{1/2} (perc)	2,69 ± 0,40	2,72 ± 0,45	2,86 ± 0,35	2,99 ± 0,16	4,01 ± 0,77	S p<0,001
ICG eliminációs konstans (k ₂)	0,2622 ± 0,0442	0,2612 ± 0,045	0,2453 ± 0,031	0,2324 ± 0,013	0,1788 ± 0,035	S p<0,001
ICG megoszlási vol. (ml/kg)	48,53 ± 6,95	46,45 ± 6,74	46,58 ± 5,72	46,22 ± 3,86	48,26 ± 8,2	NS
SZ. IND. BI. (µMol/l) 72 órában	138,2 ± 55,1	145,8 ± 43,08	126,0 ± 67,9	160,37 ± 81	190,6 ± 53	S p<0,01

⁺ átlag ± S. D.
a rövidítések jelentését lásd az 1. oldal lábjegyzetében

Kiszámítottuk a különböző csoportokban a felezési idő, $t_{1/2}$, az eliminációs konstans, valamint a festék megoszlási térfogatot (ml/kg), átlagait a standard deviációval, és a két mintás t próbával jellemzett szignifikanciát a normál csoporthoz képest.

Eredményeink

1. Az első négy csoportban minden újszülött posztnatálisan Apgar 9–10 között volt, az acidotikus állapotban született újszülöttek Apgar értéke 7 alatt volt.

2. Megszületéskor az Ox, LPA, R csoportok aktuális pH értéke gyakorlatilag azonos az N csoporttal, míg az acidotikus újszülötteké $7,14 \pm 0,05$ szignifikánsan különbözik.

3. Az ICG eliminációs konstans (k_2) és az ICG felezési ideje ($t_{1/2}$) statisztikailag nem különbözik az Ox, LPA, R csoportokban a normálhoz viszonyítva, a retardáltak felezési ideje hosszabb, de nem szignifikánsan. Az acidotikus állapotban születettek csoportjában a felezési idő szignifikánsan hosszabb és kisebb az eliminációs konstans.

4. A 72. életóránban mért szérumban indirekt bilirubin értékek csak az acidotikus állapotban születettek csoportjában volt szignifikánsan magasabb, a normál csoporthoz viszonyítva (táblázat).

Megbeszélés

Újszülöttkorban a sárgaság gyakori tünet. Kezelést igénylő sárgaságot kb. 60%-ban észleltek érett újszülöttekben (15). Saját válogatott, érett anyagunkban 4,30%-ban jelentkezett a kezelést is igénylő sárgaság (2). Az élettani sárgaság az újszülöttkor sajátos bilirubin anyagcseréjére vezethető vissza, fokozott a bilirubin produkció, lassult a máj bilirubin felvétele és a bilirubin kiválasztása (8).

Érett, egészséges újszülöttek esetén, ahol a vizsgálatból az egyéb okok miatti szérumban indirekt bilirubin szint emelkedéssel járó eseteket kizárjuk, a bilirubin anyagcsere egyes mozzanataiban eltérést nem kell feltételeznünk. Azonos a napi bilirubin termelés, azonos a máj enzimszintjének érettsége, a bilirubin konjugálódása. Biztosított a szükséges folyadék és kalória, nincs késői mekónium ürítés, az enterohepatikus körforgalom sem elhúzódó. Ilyen standardizált körülmények között, élettani milió mellett a bilirubin szint eltérő emelkedése a máj működés, a máj bilirubin clearance változására vezethető vissza.

A máj működéséről az organikus anionok jó felvilágosítást adnak. Újszülöttek esetében ICG, BSP clearance vizsgálatokról számolnak be (4, 9, 10, 11). Az organikus anionok az extracelluláris térben az albumin laza kötődésű helyéhez reverzibilisen kötődnek, majd a májsejt felületén levő bilitranslocas receptor transzportálja őket a cytosolba (16, 17). A cytoplasmában a ligandin, Y proteinhez kötődnek (13, 14). Míg a BSP glukuronidáció után exkretálódik, az ICG metabolizálódás nélkül választódik ki az epébe. Az újszülöttek ICG és BSP clearance csökkent. Az ICG clearance csökkenése a máj bilirubin felvételét tükrözi (7, 12).

Vizsgálatunk során egészséges, érett újszülöttekben talált ICG eliminációs konstans és felezési

időt hasonlítottunk össze különböző újszülött csoportok értékeivel.

Azokban az esetekben, ahol normál szülés zajlott le, de oxytocinos infúziót adtunk infúziós pumpával a méhtevékenység rendezésére, eltérést nem észleltünk a beavatkozás nélküli szülésekhez viszonyítva. Az oxytocin infúzió esetén az ICG clearance, a máj funkciója nem változott. Lumbális peridurális anesztézia során a szülés egész ideje alatt Cardiff infúziós pumpával adagolt oxytocin infúzió mellett sincs az ICG eliminációban változás.

Retardált újszülöttek ICG eliminációja elhúzódóbb, mintegy jelezve a máj bilirubin eliminációs képességének beszűkülését, az eltérés a normál csoporthoz viszonyítva azonban nem szignifikáns. Fontosnak tartjuk azonban ezt az adatot azért, mert a posztnatális időszakban esetleg jelentkező káros hatások esetén (hipoglikémia, trauma, infekció stb.) az amúgy is érintett májfunkció tovább csökkenhet.

Szignifikánsan csökkent az ICG elimináció a születés alatt acidotikus állapotban levő újszülöttek esetében. Ezeknek az újszülötteknek a vizsgálat időpontjában már korrigált, élettani jellemzői voltak, az intrauterin-disztressz azonban posztnatálisan is kimutatható májfunkció-disztresszt eredményezett. A csökkent májfunkciónak megfelelően a harmadik életnapon jelentkező szérumban indirekt bilirubin szint emelkedés az acidotikus újszülöttek csoportjában szignifikánsan magasabb volt.

Napjainkban a szülészeti ellátás hatékonyságát nem lehet csak a perinatális mortalitás alapján megítélni. A szülés körüli halálozásoknak kb. a fele a nehezen kivédhető intrauterin halálozásból adódik, a posztnatálisan meghaltak jelentős része 1000 gramm alatti vagy súlyos fejlődési rendellenességgel bír. Az újszülöttek morbiditásának vizsgálata egyre többet mond az újszülött populáció minőségéről, a szülészeti ellátásban érvényesülő profilaktikus szemléletről. Tisztított populáció esetén a sárgaság is jellemzője lehet ennek a ténykedésnek. Megfelelően alkalmazott oxytocinos infúzió, lumbális peridurális anesztézia, retardált magzatok esetén az optimális időben történő szülésbefejezés nem sárgaságot előidéző ténykedések.

Az intrauterin disztressz azonban az újszülöttkori sárgaság szempontjából is disztressz állapot. A méhen belül kialakult kóros állapot minél előbbi megszüntetése, a sárgaság korai profilaktikus szemléletű kezelése ennél az újszülöttszopornál elengedhetetlen.

Szükséges a sárgaság okának pontos azonosítása. Újszülöttkori sárgaság jelenléte, egyéb icterushoz vezető okok kizárása esetén, máj enzim inszufficiens állapot pl. a populációban elég gyakori Gilbert kór korai manifesztálódása is lehet (1, 12). Ilyenkor a korai diagnózis feltétlenül szükséges, hiszen leányok esetén ez az állapot a későbbiekben például az ovuláció gátlásán alapuló antikonceptiót is kérdésessé teszi.

Az ICG elimináció változása és a harmadik életnapon észlelt szérumban indirekt bilirubin szint emelkedése az acidotikus csoportban szignifikánsan magasabb volt. Az elimináció csökkenés egy, a későbbi posztnatális korban is megmutatózó funkciókárosodást jelzett. Eredményeink alapján

ezekben az újszülöttekben a szülészeti anamnézis ismeretében indokolt a kezelés korai megkezdése, hiszen a későbbiekben kifejezett szérum indirekt bilirubin szint emelkedés várható.

IRODALOM: 1. *Bailey, A., Robinson, D., Dawson, A. M.*: Does Gilberts disease exit? *Lancet*, 1977, 1, 931. — 2. *Dvoráček Ě., Török I., Lampé L.*: Nem szenzibilizált szülő nők érett újszülötteinek icterus gyakorisága. *Magy. Nőorv. L.* 1980, 43, 73 — 3. *Dvoráček Ě., Török I., Lampé L.*: Programozott szülés és újszülöttkori hyperbilirubinaemia. *Magy. Nőorv. L.* 1979, 42, 318. — 4. *Heimann, G., Roth, B., Gladtke, G.*: Indocyanin-Grün-Kinetik bei Neugeborenen mit transitotischer Hyperbilirubinämie. *Klin. Wschr.* 1977, 55, 451. — 5. *Jezerniczky, J.*: A ultramicromethod for indirect serum bilirubin determination. *Acta Ped. Acad. Sci. Hung.* 1972, 13, 238. — 6. *Hunton, D. B., Bollmann, J. L., Hoffmann, H. N.*: The plasma removal of indocyanine green and sulfobromophthaleine. Effect of dosage and blocking agents. *J. clin. Invest.* 1961, 40, 1648. — 7. *Heimann, G., Roth, B.*: Untersuchungen zur Reifung der Transportmechanismen der Leber für anionische Farbstoffe mit Hilfe der Indocyanin-Grün-Kinetik. *Klin. Schr.* 1975, 53, 935. — 8. *Lampé, L., Hafez, E. S. E.*: Enterohepatic Circulation of bilirubin in prenatal and postnatal life: an alternative pathway for control

of neonatal hyperbilirubinemia. *J. Repr. Med.* 1973, 11, 225. — 9. *Levi, A. J., Gatmaitan, Z., Arias, I. M.*: Deficiency of hepatic organic anion-binding protein impaired organic anion uptake by liver and „physiologic” jaundice in newborn monkeys. *New Engl. J. Med.* 1970, 283, 1136. — 10. *Levi, A. J., Gatmaitan, Z., Arias, I. M.*: Deficiency of hepatic organic anion-binding protein as a possible cause of non-hemolytic unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn. *Lancet*, 1969, 2, 139. — 11. *Odell, G. B.*: Neonatal hyperbilirubinemia. Grune and Stratton. Inc. New York, 1980. pp. 16. — 12. *Okolicsányi, L.*: Familial Hyperbilirubinemia. John Wiley, Sons, Ltd. 1980. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, pp. 16. — 13. *Paumgartner, G.*: The handling of indocyanine green by the liver. *Schweiz. med. Wschr. Suppl.* 1975. — 14. *Paumgartner, G. és mtsai*: Kinetics of indocyanine green removal from blood. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1970, 170, 134. — 15. *Quilligen, E. I.*: Current therapy in obstetrics and gynecology. W. B. Saunders Company Philadelphia, London, Toronto. 1980. pp. 85. — 16. *Scharschmidt, B. F., Waggoner, J. G., Berk, P. D.*: Hepatic organic anion uptake in the rat. *J. clin. Invest.* 1975, 56, 1280. — 17. *Tiribelli, C. és mtsai*: The possible role of bilitranslocase in fatty acid transport. In: *Okolicsányi, L.*: Familial Hyperbilirubinemia. John Wiley, Sons, Ltd. 1980. pp. 43.

(Dvoráček Ěva dr., Debrecen, Pf. 37., 4012.)

HELYREIGAZÍTÁS!

A színes mellékleten szereplő Postinor tablettá gyógyszeralkalmazási tájékoztatója időközben megváltozott. Az alábbiakban közöljük a helyes szöveget:

POSTINOR®

ÖSSZETÉTEL:

0,75 mg D-norgestrelum-ot tartalmaz tablettánként.

HATÁS:

A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közöszülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT:

Orális fogamzásgátlás.

A készítmény a nemi életet ritkán, alkalomszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2–4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknél a kombinált fogamzásgátló tablettá szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK:

Máj- és epeutak betegségei, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS:

Egyszeri vagy megismételt közöszülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni. Tartósabb együttélést (többszöri, halmozott coitust) követően az első tablettá bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát. (Halmozott közöszülés esetén tehát összesen 2 tablettá vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK:

Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tablettá utáni 2–3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS:

Havonta összesen 4 tablettá szedhető!

MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 2–3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabl.) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983 (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973 (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint a Eü. M. 89560/1979 (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozták.

CSOMAGOLÁS:

10 db tablettá



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

GRUBER ANDRÁS DR.,
 PETŐ IVAN DR.,
 BERKES ENIKŐ DR.,
 CSOBÁLY SÁNDOR DR.
 ÉS SAS GÉZA DR.

Antikoaguláns kezelés ritka szövődménye: retroperitoneális (iliopsoas) hematóma

Orvostovábbképző Intézet I. Belgyógyászati Klinika

(igazgató: Káldor Antal dr.)

Röntgenológiai Intézet és Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet

(igazgató: Csákány György dr.)

Három beteg — mélyvénás trombózis, illetve műbillentyű beültetés miatti — antikoaguláns kezelése alatt keletkező izolált nervus femoralis károsodása fölvetette a retroperitoneális hematóma gyanúját. A CT és ultrahang vizsgálat ezt alátámasztotta. Egyik esetben az órákon belül felállított diagnózis alapján a hematóma egy részét perkután punkcióval leszívták az antikoaguláns kezelés csökkentett dózissal folytatása mellett. Az alvadésgátló kezelés e ritka szövődménye megfelelő módon kezelhető, ha időben gondolunk rá.

Retroperitoneal hematoma with femoral neuropathy complicating anticoagulant treatment. Isolated femoral neuropathy raised the suspicion of retroperitoneal hematoma in 3 patients on anticoagulant therapy. The clinical diagnosis was confirmed by CT scan and ultrasonography. Percutaneous puncture of the hematoma was performed on one of the patients immediately after the diagnosis had been established. The symptoms of neuropathy disappeared on account of the puncture and did not return afterwards either.

Parenterális és orális alvadésgátló kezelés vérzésszerű szövődményeinek arányát különböző szerzők 5 és 35% között adják meg (5, 7, 9). Tartós antikoaguláns szedés mellett kialakuló vérzéseknek kb. 10%-a retroperitoneális hematóma (2, 7). Retroperitoneális hematóma okozta izolált egy, vagy kétoldali nervus femoralis károsodás ritka, de jól ismert tünetegyüttes (1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12). Valószínűleg azért kerül ritkábban felismerésre, mert a fellépő végtagfájdalmat, azonos oldaláság esetén például a zajló trombózissal hozzák összefüggésbe.

Tanulmányunkban beszámolunk három betegről, akiknél heparin, illetve egy esetben Syncumar adás szövődményeként iliopsoas hematóma és következményes n. femoralis károsodás alakult ki. Egyiküknél a hematóma egy része perkután punkcióval leszívásra került.

Esetismertetés

1. eset: K. B. 68 éves férfit a bal véna femoralis trombózisa miatt napi 40 000 NE összdózisú, i. v. adott heparinnal kezelték egy másik gyógyintézetben. Jó terápiás hatás mellett a hetedik napon a bal n. femoralis területén neuropathiára utaló tünetek (hipesztézia, m. quadriceps parézis) léptek föl, a bőrön szuffúziók keletkeztek gyors anémizálódás és vérnyomásesés kíséretében. A beteg átvétele után elvégzett kismedencei CT és ultrahang vizsgálat retroperitoneális hematómát igazolt (1. ábra). A beteg vére gyakorlatilag nem alvadt meg (alvadási idő 60 perc fölött). Konzervatív kezelés (a jelentős vérvesztés miatt transzfúzió, majd 3 hétig naponta 2x5000 NE Heparin

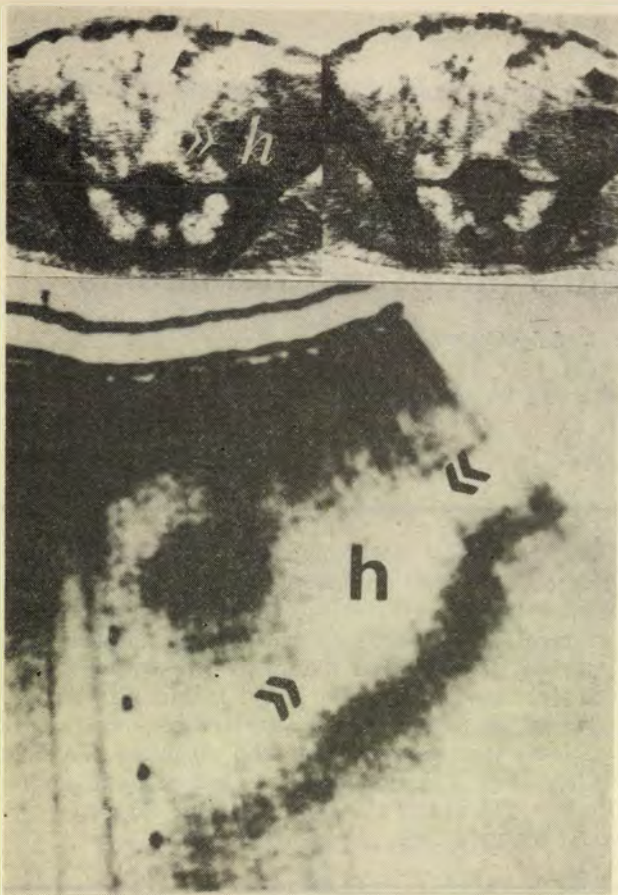


1. ábra: K. B. kismedencei CT felvétele. A hematóma a bal fossa iliaca területén látható („h”).

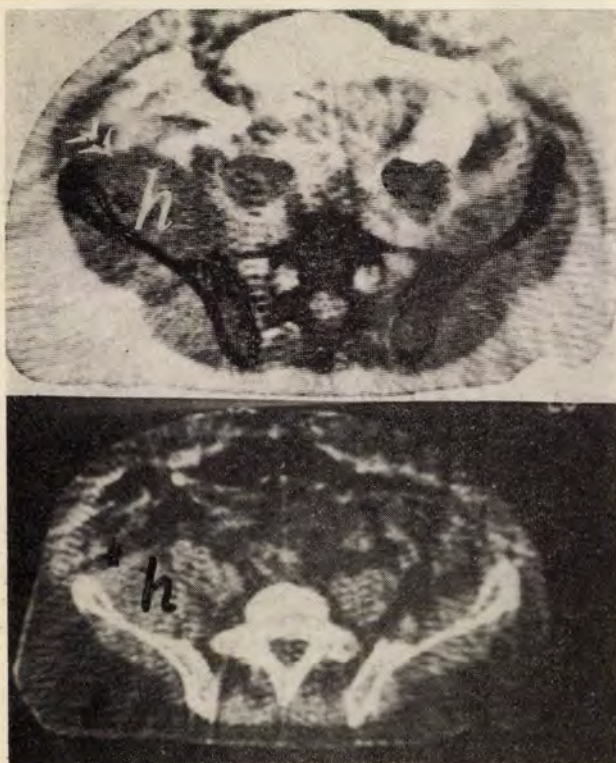
sc., Furosemid, fizikoterápia) hatására a mélyvénás trombózis tünetei fokozatosan regrediáltak, a szuffúziók felszívódtak. 3 hónap elteltével a m. quadriceps parézis a beteget csak lépcsőjárásban akadályozta.

2. eset: P. V. 36 éves nőbeteg aorta műbillentyű beültetés miatt 1 éve szedett Syncumárt. Felvétele előtt 10 nappal a bal alsó végtagban fájdalmas, rugalmas flexiók kontractura alakult ki alhosi fájdalom kíséretében. Felvételkor a beteg protrombin szintje (Quick idő) 10% volt, a kismedencei CT és ultrahang vizsgálat baloldali iliopsoas hematómát igazolt (2. ábra). Az antikoaguláns kezelést alacsony dózissal heparinnal [2x0,2 ml (25 000 NE pro ml) Calciparine (Lab. CHOAY, Paris) sc], ezt követően ismét Syncumárral folytattuk. A beteg 3 hét alatt vált járóképessé, de panaszai hónapokon keresztül megmaradtak.

3. eset: B. L. 67 éves férfit bal oldali alsó végtag mélyvénás trombózisa miatt kezdtük napi 2x1 ml Cal-



2. ábra: P. V. kismedencei CT és ultrahang képe. A hematoma a bal iliopsoas szögletben ábrázolódik („h”).



3. ábra: B. L. kismedencei CT felvétele. A hematoma a jobb fossa iliacában ábrázolódik („h”).

cium-Heparinnal (25 000 Ne pro ml, Kőbányai Gyógyszerárugyár) sc. és diuretikummal (Furosemid) kezelni. A hatodik napon hirtelen kezdettel heves jobb alsó végtag fájdalom és a m. quadriceps bénulása lépett föl. A heparin dózisát felére csökkentettük és a tünetek alapján elvégeztük a kismedencei CT vizsgálatot, amely jobboldali retroperitoneális (fossa iliaca) hematómát mutatott (3. ábra). 4 órával a tünetek megjelenése után a hematoma tartalmából mintegy 100 ml perkután punkcióval leszívásra került (Kulka Frigyes dr., Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Klinika). A n. femoralis károsodás tünetei azonnal megszűntek, a beteg a kezelés 3. hete után, tartós orális antikoagulánsra beállítva panaszmentesen távozott a kórházból.

Megbeszélés

A tromboembóliás megbetegedések gyógyításában és megelőzésében fontos szerepet kapnak a parenterális és orális antikoagulánsok. Az alvadást gátló kezelés súlyos szövődménye lehet a vérzés. A vérzés mértéke esetenként változó, így pl. a retroperitoneális hematoma hemorrágiás sokktól a femoralis neuropátiáig változatos klinikai képekben jelentkezhet (2, 7). A retroperitoneális hematoma lokalizációtól függően egy, ritkán kétoldali tüneteket okoz, többnyire a n. femoralis fascia iliaca mögötti szakaszának kompressziójával. A kép a megfelelő izomcsoport parézisével vagy plégiájával és többnyire jelentős fájdalommal jár (1, 6). A vérzés csak a fascia alatt tud terjedni. Az izomzat kevésbé ellenálló, a hematoma nagyobb belnyomás esetén beleterjedhet és roncsolást okozhat (8). Nervus femoralis károsodás valószínűleg csak akkor lép föl, ha a vérömleny belső nyomása az ideget, vagy annak ereit komprimálja. Ugyanakkor valószínű, hogy az esetek jelentős részében a növekvő nyomás a vérzést is elállítja, és bizonyos idő elteltével a vér megalvad.

Hematoma okozta n. femoralis károsodás konzervatív kezelésének eredményei hemofiliásoknál kedvezőbbek, mint az alvadást gátló kezelés közben fellépett esetekben (4, 8). Az utóbbiaknál az idejében elvégzett dekompresziós neurolízis jó prognózist biztosíthat (1). A dekompresziós műtét során az alvadást gátlást fel kell függeszteni vérzéses szövődmény veszélye miatt (3).

Betegeink közül egyiknél (P. V.) már csak konzervatív kezelés jöhetett szóba a késői észlelés miatt. A másik két esetben az alvadást gátló kezelést az aktuálisan zajló v. femoralis trombózis miatt nem függesztettük föl. K. B. esetében a viszonylag kevesebb panaszt okozó n. femoralis károsodás és a súlyos hemorrágiás tünetek miatt a konzervatív kezelést választottuk. B. L. esetében az anamnézisben szereplő tüdőembólia és a flebográfiával igazolt v. iliaca externa trombózis miatt fenntartottuk a csökkentett, de terápiás szintű heparin kezelést. Így dekompresziós műtét a beteg tűrhetetlen fájdalmai és izombénulása ellenére sem jöhetett szóba. Tekintettel a konzervatív kezeléssel szerzett előző tapasztalatainkra, amelyek szerint az hosszadalmas mozgáskorlátozással és fájdalommal jár, a punkció mellett döntöttünk. A punkció a tünetek drámai megszűnését eredményezte. Ez alátámasztotta azt a feltételezést, hogy a kitöltött retroperitoneális tér nyomásának mielőbbi csökkenése megelőzi a defi-



4. ábra: B. L. kontroll felvétele a punkció után másfél hónappal. A hematóma mérete lényegesen csökkent.

nítív n. femoralis károsodást. Valószínű az is, hogy neurológiai nyomástüneteket okozó hematómába már nem folyik vér. Ezt a később elvégzett kontroll CT vizsgálattal is igazoltuk (4. ábra). A punkcióra — a jellemző klinikai kép alapján — a CT felvételek kézhezvétele előtt került sor, ami bizonyítja, hogy a CT vizsgálat elvégezhetősége nem kizárólagos feltétele a retroperitoneális hematóma felismerésének és eredményes kezelésének. A fentiek alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a n. femoralis izolált károsodását okozó, radiológiailag igazolt iliopsoas hematómát érdemes lehet alvadásgátló kezelés közben is leszívni. A friss mélyvénás trombózis kezelésében változatlanul a trombolízist illetve a heparint, a megelőzésben és utókezelésben az alacsony dózísú heparint és az orális antikoagulánsok alkalmazását tartjuk legfontosabbnak. Dolgozatunkban az alvadásgátló kezelés közben fellépő ritka szövödményekre kívántuk

a figyelmet felhívni annak hangsúlyozásával, hogy ez nem csökkentheti az antikoagulánsok terápiás értékét.

IRODALOM: 1. Baldini, M. Princi, L., Raimondi, P. L.: Femoral nerve palsy secondary to anticoagulant therapy. *Neurochirurgia*, 1981, 24, 109. — 2. Bergqvist, D., Hallböök, T., Hessman, Y.: Anticoagulation and retroperitoneal haematoma. *VASA*, 1976, Band 5, Heft 4, 329. — 3. Brantigan, J. W., Owens, M. L., Moody, F. G.: Femoral Neuropathy Complicating Anticoagulant Therapy. *Am. J. Surg.*, 1976, 132(1), 108. — 4. Butterfield, W. C., Neviasser, R. J., Roberts, M. P.: Femoral neuropathy and anticoagulants. *Ann. Surg.*, 1972, 176, 58. — 5. Coon, W. W., Willis, P. W.: Hemorrhagic complications of anticoagulant therapy. *Arch. Int. Medicine*, 1974, 133, 386. — 6. Cranberg, L.: Femoral neuropathy from iliac hematoma. Report of a case. *Neurology*, 1979, 29, 1071. — 7. Forfar, J. C.: A 7-year analysis of haemorrhage in patients on long-term anticoagulant treatment. *Br. Heart J.*, 1979, 42, 128. — 8. Goodfellow, J., Fearn, C. B., Matthews, J. M.: Iliac haematoma: A common complication of hemophilia. *J. Bone Joint Surg.*, 1967, 49 B, 748. — 9. Pollard, J. W. és mtsai: Problems associated with long term anticoagulant therapy. *Circulation*, 1962, 25, 311. — 10. Seignon, B. és mtsai: Paralyse crurales compliquant les traitements anticoagulants. *Sem. Hop. Paris*, 1976, 52, n° 3, 159. — 11. Sigler, L., Raut, P. S., Vollman, R. W.: A complication of heparin administration. *Angiology*, 1970, 21, 114. — 12. Stören, E. J.: Bilateral iliac haematoma with femoral nerve palsy complicating anticoagulant therapy. *Acta Chir. Scand*, 1978, 144, 181.

(Gruber András dr., Budapest, Pf. 112., 1389.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

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

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

különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydeganat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő területre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrzebe 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



HORVÁTH AGNES DR.,
KEKI KÁLMÁN DR.
ÉS NEMES TIHAMÉR DR.

Ultrahanggal diagnosztizált polycystás máj

Megyei Kórház-Rendelőintézet Kaposvár
II. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Nemes Tihamér dr.)

A szerzők 3 esetben észleltek polycystás májat. 2 esetet részletesen ismertetnek. Az egyik betegen műtét történt, azonban a generalizált heparycysták miatt semmiféle palliatív megoldás nem jöhetett szóba. A beteg családtagjait is vizsgálták ultrasonographiával. 66 éves édesanyjánál panaszokat nem okozó soliter máj- és jobb oldali vesecystát találtak. Az ismertetett másik beteg uraemia következtében halt meg. A sectio az ultrasonographiás lelettel egyezett. A szerzők hangsúlyozni kívánják a hasi sonographia jelentőségét az ismeretlen eredetű hepatomegaliák diagnózisában. A májcysták felismerésében az ultrasonographiát alkalmas, noninvasív módszernek tartják.

Polycystic liver diagnosed by ultrasonography. The authors observed three cases of polycystic liver. Two cases are reported in details. One of the patients was operated on, however because of the generalized heparycysts none of the palliative solutions could be taken into consideration. The members of the patient's family were examined by ultrasonography and solitary hepatic- and left renal cysts causing no complaints were found in the 66-year old mother of the patient. The second patient died of uremia. Result of postmortem examination correspond to the ultrasonographic finding. The authors wish to emphasize the importance of abdominal sonography in the diagnosis of hepatomegaly of unknown origin. Ultrasonography is considered to be a noninvasive technique useful in the recognition of hepatic cysts.

Az irodalomban több mint 500 veleszületett májcystás esetet írtak le, az elsőt 1846-ban (9). A májcysták felosztását *táblázatunk* mutatja (1, 9).

Előfordulhat izoláltan, de gyakran polycystás vesebetegséggel, ritkábban a tüdő, hasnyálmirigy, lép cysticus elváltozásaival társul (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10).

A polycystás májbetegség congenitalis anomália. A cysta megnagyobbodásának, progressziójának az oka ismeretlen. A betegség nagyobb prevalenciájú nőkben, az arány kb. 4:1. Fehérek, feketék aránya 5:1. Többnyire a jobb lebezyben fordulnak elő, nagyságuk a mikroszkópikustól az 1–2 liter folyadékot tartalmazóig terjedhet. A folyadék serosus, tiszta. Kémiai összetevői hasonlóak a lymphaticus, vagy interstitialis folyadékhoz, kevés proteint, bilirubint, glucoset és enzimeket tartalmaz (3, 8, 10).

Tünetet általában nem, vagy csak késői stádiumban okoz, a cysta nagyságától és elhelyezkedésétől függően (1, 6, 7, 9). Leggyakoribb panasz a teltségérzés, ritkábban a biliaris colicát utánzó fájdalom, melyek rendszerint 40 éves kor után jelentkeznek. Fizikális vizsgálattal hepatomegaliát találunk.

Polycystás májbetegségekre kell gondolnunk polycystás vesebetegségben, több éven át változatlanul meglévő hepatomegalia és normális májfunkciós vizsgálatok mellett.

Májcysták felosztása

	Májcysta	
parazitás	non parazitás	
	— neoplasma	
	— gyulladás	
	— trauma	
	— veleszületett:	
	polycystás	soliter
	— csak a májban	— multilocularis
	— vesecystával együtt	— unilocularis

A cysta ritkán tapintható. A májfunkciós próbák kiterjedt májcysták esetén is normálisak lehetnek (1, 2, 6, 7, 8). Hagyományos vizsgáló módszerek alig nyújtanak segítséget. A laparoscopia, scintigraphia, angiographia lehetőségei körülhatároltak (1, 2, 10).

A cysták elhelyezkedését, nagyságát és természetesen a cystosus jeleget az ultrasonographia jól mutatja, és megbízható képet ad más szervek cystás elváltozásairól is (1, 2, 7, 8, 10). Az izoláltan előforduló polycystás májbetegség ritkán veszélyezteti az életet, kezelést csak akkor igényel, ha tüneteket okoz. Megoldás lehet a cysta eltávolítása, megnyitása, vagy a cystafolyadék elvezetése. Ha polycystás vesebetegséggel együtt fordul elő, akkor a klinikai lefolyásban a renalis betegségé a vezető szerep (2, 8).



1. ábra: Harántmetszeti kép. Nagy cysta a hepar jobb lebenyében. (Vidoson 735)

Szövődmények ritkák. A cysta bevérzése, ruptura, infectio, torsio, strangulatio, másodlagos malignus elfajulás műtéti beavatkozást igényel.

A polycystás májbetegséget az ultrasonographiás vizsgálat során multiplex gennyes vagy

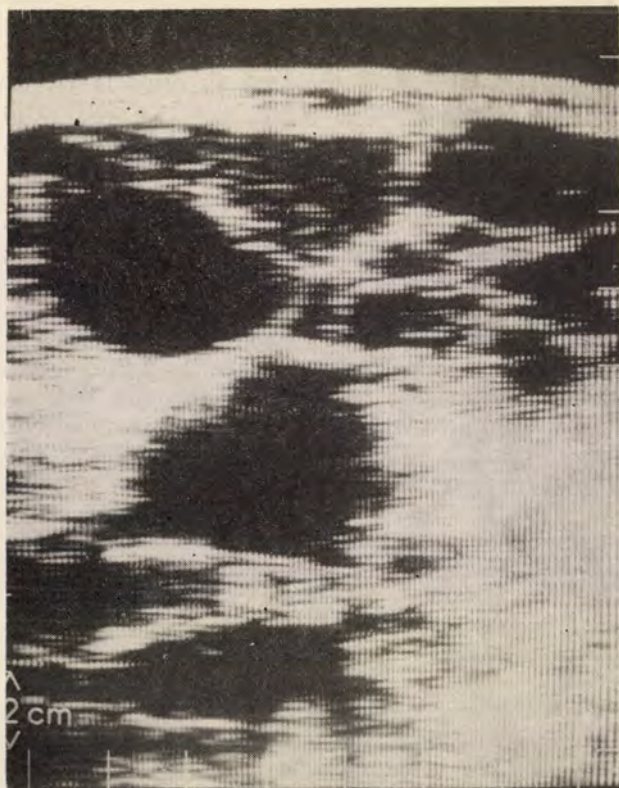


3. ábra: Harántmetszeti kép. Jobb vesecysta. (Vidoson 735)

amoebas abscessusoktól, echinococcus cystáktól, haemangiomától, Caroli syndromától és a kiterjedt multiplex májmetastasisoktól kell elkülöníteni (2, 7, 8).



2. ábra: Harántmetszeti kép. Cysta a máj jobb lebenyében. (Vidoson 735)



4. ábra: Harántmetszeti kép. Cysták a májban. (Vidoson 735)

1. H. J. 36 éves nőbeteget 1981. augusztusában vettük fel osztályunkra. Pár hét óta állandó, tompa epigastriális és jobb bordaív alatti fájdalmat érez, mely előrehajlaskor fokozódik. Görcsös fájdalma nincs, étkezés panaszait nem befolyásolja. Néha hányt és 4 kg-ot fogyott. Széklete, vizelete rendben, 3 éve Ovidont szed. Fizikális statusából: sclera subicterusos. 3 h. ujjnyi, érzékeny, tömött, éles szélű, egyenetlen felszínű hepar tapintható. Vizsgálati eredményekből: We: 3/1 óra, 7/2 óra, Sebi 45 mmol/l, Thy.: 4,8, Kunkel: 30, Arany sol: ++, Prothrombin: 100%. *Ultrasonographia: (1. ábra)* a hepar jobb lebenyében egy 10 cm átmérőjű és több, 2–3 cm átmérőjű cysta ábrázolódik. A bal vesében kb. 2 cm átmérőjű cysta látható. *Máj-scintigraphia:* a máj radioaktivitása diffusan egyenetlen eloszlású, a lebenyek aktivitás aránya normális. Mindkét lebeny vetületében több, 2–8 cm átmérőjű, körülírtan alacsony aktivitású terület ábrázolódott. A lép nem tárol radiopharmacont. *I. v. pyelographia:* jobb oldalt szabályos üregrendszer. Bal oldalt a felső kehelycsoport distalis kelyhe ívelten kissé caudal felé dislocált.

A beteg panaszai miatt műtétet javasoltunk. Mindkét májlebenyben helyenként soliteren, helyenként a cysták egymásra rakódva csoportosan fordultak elő. Mindkét vesében hasonló cystás elváltozás volt, ezért semmiféle palliatív megoldás nem jöhetett szóba. A pancreas cystamentos volt.

A beteg családtagjait is vizsgáltuk ultrasonographiával, édesanyját, 2 gyermekét, 2 testvérét és azok 3 gyermekét. 66 éves édesanyjánál panaszokat nem okozó máj- és jobb oldali vesecystát találtunk (2., 3. ábra).

2. S. I. 62 éves férfibeteget 1981. októberében vettük fel osztályunkra. 1967-ben masszív haematuria, septicus állapot miatt bal oldali nephrectomiát végeztek és polycystás vesét találtak. Ekkor a jobb oldali vese és a máj nem volt tapintható. Jelenleg 20 kg-os fogyás és a hasi tapintási lelet alapján került felvételre. Fizikális statusából: sápadt küllemű beteg. Has betapintható, a jobb bordaív alatt laterálisan kb. 2 ökölnyi tömött, dudoros felszínű, nem nyomásérzékeny resistentia tapintható. Máj 3 h. ujjal haladja meg a jobb bordaívet, tömött tapintatú, dudoros felszínű, nem nyomásérzékeny. Vizsgálati eredményeiből: We: 24/1 óra, 33/2 óra, Vvs: 2,9, Hgb: 6,4 mmol/l, CN: 35,7 mmol/l, Se kreatinin: 1176 mikromol/l, májfunkció: norm. *Ultrasonographia:* májban és a jobb vesében számos, 2–10 cm átmérőjű cysta látható (4. ábra).

A beteg 4 hónap múlva uraemia következtében meghalt. Sectiók leletéből: a jobb vese megnagyobbodott, tömött tapintatú, csecsemőfejnyi nagyságú, felszínét számos borsónyitól kisökölnyi terjedő hártás falú, átlátszó, víztiszta bennékű cysta borította. A normális veseszerkezet eltűnt. A máj felszíne tömött,

egyenetlen, különösen a jobb lebenye szinte sapkászerűen kiemelkedik. Felszínét számos, különböző nagyságú, víztiszta bennékű, hártás falú cysta alkotja.

Megbeszélés

Az elmúlt 3 évben ultrasonographiás vizsgálat 2 ismertett esetünkben polycystás májat találtunk vesecystákkal. Egy esetben szűrővizsgálat során soliter máj- és vesecystát találtunk, mely panaszokat nem okozott. A tünetek szegénysége miatt általában ritkán gondolnak májcysta lehetőségére, többnyire hepatomegalia, cholelithiasis, esetleg tumor gyanújával kerül a beteg kórházi osztályra. Ismertett 2 esetünket is a tapintási lelet alapján hasi tumor gyanújával küldték kivizsgálásra.

A máj- és az epeutak cystás jellegű eltéréseit korábban legtöbb esetben csak műtét vagy sectio alkalmával ismerték fel. Az ultrasonographia a máj különböző eredetű cystáinak felismerésében és elkülönítésében nagy jelentőségű és egyéb invazív vizsgálatokat feleslegessé tehet. Segítségével a cysták helyzete, nagysága, esetenként jellege is tisztázható.

IRODALOM: 1. *Atallah, P. és mtsai:* Solitary Non-Parasitic Cyst of the Liver. *J. Maine Med. Association.* 1977, 68, 82–85. — 2. *Harkányi Z. és Török I.:* Intrahepaticus cysták felismerése gray-scale echographiával. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 1831–1833. — 3. *Levy, V. G. és De Saint-Maur, P. P.:* Les maladies kystiques et fibro-kystiques du foie. *Méd. Chir. Dig.* 1976, 5, 1–4. 4. *Milutinovic, J. és mtsai:* Liver Cysts in Patients with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. *Amer. J. Med.* 1980, 68, 741–744. — 5. *Mészáros I.:* A polycystás vese és az intracranialis aneurysma összefüggése. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 504. — 6. *Morin, M. E. és mtsai:* Solitary Non-Parasitic Hepatic Cyst causing obstructive jaundice. *Amer. J. Gastroent.* 1980, 73, 434–436. — 7. *Sanners, C. J. és mtsai:* Polycystic Liver Disease. Report of a Case with Verification by Hepatic Sonography. *JAMA.* 1976, 235, 1593. — 8. *Sanders, J. A. és mtsai:* Radiological Seminar CLXII: Liver Scanning in Polycystic Liver Disease. *Journal MSMA.* 1976, 269–270. — 9. *Schulz, F. és Funovics, J.:* Die angeborene Zystenleber. *Leber Magen Darm.* 1980, 10, No 4. 198–202. — 10. *Tulassay Zs. és mtsai:* A máj és epeutak cystás eltéréseinek elkülönítése. *Magyar Belorv. Arch.* 1981, 34, 152–161. — 11. *Tulassay Zs. és mtsai:* Újabb lehetőségek a Caroli-syndroma diagnosztikájában. *Orv. Hetil.* 1979, 120, 19–23.

(Horváth Ágnes dr., Kaposvár, Pf. 120., 7401.)

FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleicum tablettánként.

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

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretese.

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-KÖLCSONHATÁS

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 ismétlődő.”

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

A szerzők 13 éves gyermekben a cukoranyagcsere-zavar alapján tüneteivel manifest diabéteszt észleltek. Az állapot diétára rendeződött. Két év elteltével azonban a diéta ellenére mérsékelt glikozúria 10,0 mmol/l-t (182 mg%) meghaladó vércukorértékek rendszeresen előfordultak anélkül, hogy a cukoranyagcsere dekompenzációs tünetei megállapíthatóak volnának. A klinikai kép alapján a MODY (maturity onset diabetes in the young) felvethető. A beteg jelenlegi állapotában az inzulinkezelés indikációja fennáll. A diszkusszió tárgyát képezi, hogy viszonylik esetünk azokhoz az inzulin dependens állapotokhoz, amelyekben hosszú lappangás előzi meg a dekompenzációs tünetek kibontakozását és azokhoz, melyekben a remissziós szak éveken át tarthat.

A 25 éven aluliak azon megbetegedését, mely a felnőttkorban előforduló diabétes mellitusos állapothoz hasonló, azaz nem inzulin-dependens, nem hajlamos ketózisra — MODY-nak (maturity onset diabetes in the young) nevezzük.

Feltételezzük, hogy a MODY autosomalis, domináns öröklődést mutat. A családban a diabétes előfordulását egyenes ágon mintegy 80%-ra teszik (2, 6).

Nagyon sokan foglaltak állást a MODY létezése mellett, de ugyanakkor például olyan nagy tapasztalatú gyermekgyógyász diabetológus, mint Craig (1) ezt a besorolást nem tartja szerencsésnek, mert szerinte félreértésre adhat okot. Craig véleménye mellett szól az is, hogy a MODY néhány éves fennállás után inzulin-dependens állapotba mehet át, így nem teljesen egyértelmű külön kórformaként való használata.

Az állásfoglalásokban észlelhető ellentmondások készítették bennünket arra, hogy egy, a MODY definíciójának megfelelő 13 éves gyermek esetét ismertessük.

Esetismertetés

Mérsékelt elhízás, genitális pruritus miatt vettük fel a 13 éves leánygyermeket klinikánkra. Anamnesiséből kiemelnénk, hogy jelenleg 41 éves édesapjának 18 évvel ezelőtt diabétes mellitus diagnózisát állították fel. Ettől kezdve diétás étrendet fogyaszt, de orvosi ellenőrzésre nem jár. Az apa jelenleg 170 cm magas, testsúlya 65 kg.

Felvételkor a kislány 157 cm magas, testsúlya 62 kg, vérnyomása 14,6/10,4 kPa (110/80 Hgmm). Éhomi vércukorértéke 5,5 mmol/l (100 mg%).

Napszakos vércukor-meghatározást végeztünk. Az észlelt értékek között több diabétes mellitusra utalt. A diagnózist megerősítette a 75g glukózzal szájon ke-

MODY in childhood. The authors have detected manifest diabetes of poor symptoms in a 13 years old child on the basis of disturbances in sugar metabolism. The disease returned to health upon dietary treatment. Two years later, however, slight glycosuria and blood-sugar concentrations exceeding 10,0 mmol/l (182 mg%) have been registered regularly without the clinical symptoms of the decompensation of sugar metabolism. Based on the clinical picture the maturity onset diabetes in the young (MODY) may be diagnosed tentatively. Indications of insulin therapy are given in the present status of the patient. Relationships of their case to insulin-dependent diseases when prolonged latency is preceding the development of decompensation-symptoms or to those when the remission may last for years are discussed.

resztül végzett terhelés is, amikor a meredek, elhúzó-dó vércukorszint a 150. percben elérte a 20 mmol/l (364 mg%) értéket.

A terhelést követően az éhezési vércukorértékek 12,92 (235 mg%) és 14,85 mmol/l (270 mg%) között mozognak 3 napon keresztül. Gondosan kialakított, erősen kötött diéta hatására a gyermek laboratóriumi paraméterei normalizálódni kezdtek, de még további 1 héten keresztül napi 1100 mmol (20 g) körüli mennyiségű cukrot ürített vizeletével. Ezzel összhangban vércukorértékei ebben az időszakban rendszeresen meghaladták a 11 mmol/l-t (200 mg%).

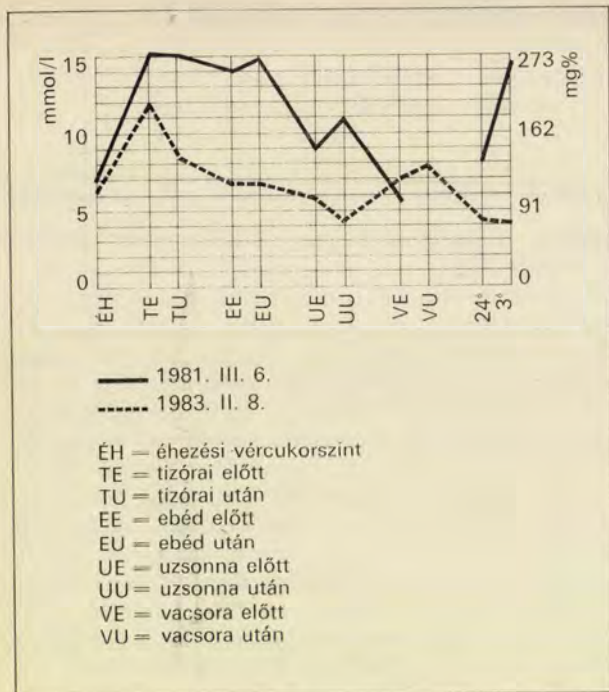
Glikozúriája a terhelést követő 10. napon szűnt meg, vércukorértékei 3,85-7,0 mg% és 8,80 mmol/l (160 mg%) között stabilizálódtak. Ekkor C peptid meghatározást végeztünk. A vizsgálat kapcsán ételterheléssel provokáltuk a C peptid és inzulin szint emelkedését, amelynek eredménye megfelelt az egészséges gyermekekben észlelt reakciónak. Étkezés hatására (2 tojás, 1 vajás zsömlé, 2 dl tehéntej) a gyermek vércukorértéke 5,77 mmol/l-ről (105 mg%), 7,15 mmol/l-re (130 mg%) emelkedett. Megemlítjük, hogy a vizsgált időszakban a kislány vizeletében egyetlen alkalommal sem tudtunk acetont kimutatni.

Elvégeztük a HLA tipizálást. A diabétes mellitusra jellemző HLA—D8, HLA—B15, valamint HLA—DR 3 és HLA—DR 4 negatív volt. A beteg fenotípusa: HLA—Aw 24—B 27, Bw 38—Cw1.

A kórházi ápolást követően, a gyermeket hazaadtuk és diétás étrend betartását javasoltuk.

Közel két évig tartó ambuláns ellenőrzése alatt, vizeletében egyetlen alkalommal sem tudtunk cukrot kimutatni. Étkezés utáni vércukorértékei több esetben meghaladták a 7,15 mmol/l (130 mg%) értéket. Ezt követően 1983 januárjától, a gyermek több vizelet porciójában 55—87,5 mmol/l 55—87,5 mmol/l (1—1,5 g/l) glukóz ürítést határoztunk meg. Ezért a beteget további vizsgálatra ismételtelen felvettük klinikánkra. Kórházi ápolása alatt változatlanul 55—87,5 mmol/l (1—1,5 g/l) glikozúriát észleltünk. Ennek megfelelően a vércukorszint a nap folyamán 4,4 mmol/l (80 mg%) — 12,0 mmol/l (220 mg%) értékek között ingadozott, míg az éhomi vércukorérték több alkalommal elérte a 8,0 mmol/l-t (145 mg%).

Ételterheléskor a 6,32 mmol/l (115 mg%) éhezési érték, étkezés után 10,0 mmol/l (182 mg%) értékre



emelkedett. A családi anamnesis tisztázásához, megvizsgáltuk betegünk édesanyját és öccsét (az édesapa nem volt hajlandó együttműködni).

Szájon keresztül 75 g cukorral terheltük meg az édesanyját. A vércukorgörbe a normál értékekhez viszonyítva mérsékelt eltérést mutatott. Az éhomi érték: 5,2 mmol/l (95 mg%), 30 percnél: 9,9 mmol/l (180 mg%), 60 percnél: 9,35 mmol/l (170 mg%), 120 percnél: 7,42 mmol/l (135 mg%) vércukor értéke.

A beteg 10 éves öccsét 30 g cukorral terheltük. Az elvégzett glukóztörhelés eredményeként kapott vércukorgörbe a normálisnál laposabb. A laboratóriumi értékektől eltekintve, betegünkön a manifeszt diabetes klinikai tünetei nem észlelhetők. A gyermek jelenleg 159 cm magas, súlya 65 kg. 11 éves kora óta szabályos menstruációja van. Mivel a gyermek glikozuriája állandósult, ezzel összhangban vércukorszirtje a nap folyamán rendszeresen eléri a 10,0–12,10 mmol/l (182–220 mg%) értéket, inzulin adása lenne indokolt. A gyógyszeres kezelésbe sem a beteg, sem családja nem adta beleegyezését.

Megbeszélés

A 13 éves kislány több mint 2 éve áll rendszeres ellenőrzésünk alatt. Betegünkön a napszakos vércukor-meghatározás, a per os glukóztörhelés, valamint az ételterhelés eredményei manifeszt diabetes mellitust igazoltak. Az inzulin és C peptid meghatározás viszont jó szekrécióna utalt. Inzulin adása nélkül csak diétás étrend segítségével, betegünk szénhidrát-anyagcsere egyensúlyát több mint két éve sikerült fenntartanunk. Így a klinikai kép megfelel a *Fajans* által meghatározott kritériumoknak — MODY fennállása vehető fel.

A gyermek hosszúvövedése kielégítő, súlyát tartja, a diabetes klinikai tünetei nem állapíthatók meg. A laboratóriumi eredmények szerint azonban a betegség az elmúlt két évben progrediált. Jelenleg a vércukorszint a nap egy-egy szakában a 10 mmol/l (182 mg%) értéket meghaladja, ennek megfelelően glikozúria is észlelhető. A család ellenállása miatt az inzulin vagy egyéb gyógyszeres kezelés-

től kénytelenek vagyunk eltekinteni. Tablettás kezelés hatása adott esetben kérdéses, mert féltő, hogy a fejlődő szervezet β -sejtjeinek gyors kimerülését okozná (1, 5). Álláspontjukat valamennyire érthetővé teszi az a tény, hogy a gyermek édesapja 18 éve diétával — látszólag — egyensúlyban tudja tartani cukorbetegségét.

Hazánkban *Halmos és mtsai* foglalkoztak a MODY-val (3, 4). Véleményük szerint *Fajans* kritériumai módosításra szorulnak, amit saját megfigyeléseink is támogatnak. Az a tény, hogy egy betegnek két éven keresztül nem szükséges inzulint adni, még nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy inzulin dependens diabetes mellitusa van. Megnehezíti a MODY pontos meghatározását, önálló betegségként való leírását, az a tény is, hogy a terhelést követő csökkent glukóztolerancia — kémiai diabetes — az esetek 12%-ban néhány év után manifeszt diabetes mellitus állapotba megy át (5).

Csökkent glukóztolerancia (kémiai diabetes) esetében átmenetileg is előfordulhat hyperglikémia, glikozúria. A teendő ilyenkor, akárcsak a MODY-nál; pontosan szabályozott diétás étrend szigorú betartása.

További problémát jelent az is, hogy a diabetes mellitus remissziós szakasza is utánozhatja a MODY klinikai képét. A remisszió megfelelő kezelés mellett hónapokig, de akár évekig is eltarthat. A remissziót általában a megbetegedésnek egy úgynevezett rezisztenciás szakasza előzi meg, amelyre a hyperglikémiás vércukorértékek jellemzőek. A mi esetünkben is közel két héten át 10–20 mmol/l (182–365 mg%) vércukorértékeket észleltünk, az az állapot a szigorú diéta hatására rendeződött.

Olyan szabály, hogy csak inzulin kezelés után következhet be remisszió, nincs. Tehát a mi esetünkben az sem zárható ki, hogy két éven át tartó remissziós állapotot észleltünk. Megfigyeléseink szerint az úgynevezett „honeymoon” (mézeshetek) szakaszt — az angolszász irodalomban újabban használt kifejezést nem tartjuk megfelelőnek — nem feltétlenül előzi meg rezisztenciás állapot. Ilyen esetekben feltételezhető, hogy a lappangási szakasz nagyon hosszú volt. Évek telhetnek el a diabetes felismeréséig. Az ebben, a klinikailag tünetmentes szakaszban véletlenül felismert, az anyagcsere dekompenzációt megelőző állapotot MODY-nak tekinthetjük. Napjainkban már igen sok adat szól az ellen, hogy a gyermekkori diabetes mellitusnál a lappangási idő feltétlenül nagyon rövid, gyorsan progrediáló betegség.

Már az inzulin felfedezése előtt elkülönítettek enyhe és súlyos cukorbetegséget. Az előbbibe a piknikus, az utóbbiba főleg az aszténiás alkatú egyének sorolták. Az újabb vizsgálatok — itt elsősorban a HLA kutatások eredményeire gondolunk — tudományos alapot adtak arra, hogy más gének szerepeljenek az inzulin dependens, valamint a nem inzulin dependens diabetes mellitusban. Ugyanakkor az sem cáfolható — poligen betegségről lévén szó —, hogy mindkét típusú diabetesben nem szerepel-e számos közös gén. Ezt támasztja alá az a körülmény is, hogy a diabetes mellitus kezelés szempontból élesen elkülönülő két formája között számos át-

meneti forma létezik. Azokat a gyermekkorban észlelt, a MODY-hoz sorolható megbetegedéseket, melyekben az inzulin kezelés szükségessége a betegség előrehaladásával egyre nyilvánvalóbbá válik, tulajdonképpen ilyen átmeneti formáknak tekinthetjük.

IRODALOM: 1. *Craig, O.*: Childhood diabetes and its management. Butterworths 1981. — 2. *Fajans, S. S., Corn, J. W.*: The course of asymptomatic diabetes in young people, as determined by levels of blood glucose and plasma insulin. Trans. Ass. Am. Physns. 1969, 82, 211. — 3. *Halmos T., Kautzky L., Suba I.*: Az ifjúkor-

ban kezdődő nem inzulin-dependens diabetes mellitusról. Orvosképzés 1982, 57, 27–32. — 4. *Halmos T., Kautzky, L., Suba I.*: Klinikai megfigyelések ifjúkori non-inzulin dependens diabeteses betegekben. Orv. Hetil. 1982, 123, 36. — 5. *Rosenbloom, A. L., Drash, A., Guthrie, R.*: Chemical diabetes in childhood report of conference. Diabetes 1972, 21, 45. — 6. *Tattersall, R. B., Fajans, S. S.*: A difference between the inheritance of classical juvenile onset and maturity onset type of diabetes of young people. Diabetes 1975, 24, 44.

(Barta Lajos dr., Budapest, Bókay János u. 53., 1083.)

SOMBREVIN[®]
injekció



ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravenásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó eszközös diagnosztikus és therapiás beavatkozások esetén. Narcosis bevezetésére használható.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görcskészséggel járó megbetegedések. Haemolytikus anaemia, shock, súlyos szív-, vese- és májbetegségek, heveny alkoholmérgezés, hypertonia.

MELLÉKHATÁS: 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.



Teronac

TABLETTA

A Teronac tableta az étvágycsökkentő gyógyszerek csoportjának új típusú képviselője. Hatóanyaga triciklikus imidazó-izindol vegyület, mely a többi anorexiigén hatású készítménytől eltérően nem tartalmaz fenil-etil-amin vázat. Kis adagban is csökkenti az éhségérzetet, klinikailag és statisztikailag jelentős testsúlycsökkenést eredményez. A gyógyszer előnye az esetek jelentős részében kényelmes napi egyszeri adagolás, minimális mellékhatásokkal járó progresszív testsúlycsökkenés, tolerancia és dependencia kifejlődése nélkül. A készítmény elősegíti és lehetővé teszi a beteg számára, hogy fogyókúrás 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 hypertensio, cerebrális folyamatok, psychiatriai megbetegedések, gyomor-, bélfekély. Terhesség és szoptatás.

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

TILOS EGYÜTT ADNI:

— MAO-bénítőkkel, 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-bénítővel 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 TISZAVASVARI, SANDOZ A. G. BASEL LICENCIA ALAPJÁN.



Selye János (1907–1982)

1982. október 20-án halt meg Selye János. A halála óta eltelt idő, ha nem is jelenthet történelmi távlatot, ahhoz talán elegendő, hogy a személyéhez fűződő pozitív és negatív benyomások mind a szakmai, mind a szélesebb körű közvéleményben valamelyest rendeződjenek. Így talán kevesebb elfogultsággal tudjuk ma már színes, sokoldalú, ellentmondásokban bővelkedő életét és munkásságát áttekinteni.

Selye János 1907-ben Bécsben született, gyermekéveit Komáromban töltötte, anyja osztrák, apja magyar volt. Tanulmányait Prágában, Párizsban, Rómában végezte és Prágában szerzett orvosi, valamint kémiai doktorátust. 1945-től a Montreali Egyetemen, az Institute of Experimental Medicine and Surgery professzora és igazgatója, majd később ugyanennek az egyetemnek emeritusz professzora és az által alapított International Institute of Stress elnöke. Tizennyolc egyetem díszdoktora, a Royal Society of Canada tagja és tiszteletbeli tagja 43 más tudományos társaságnak. Számos város és állam díszpolgára, számos rangos kitüntetés tulajdonosa. Harmincnegyet és több mint 1600 közlemény szerzője.

Neve elválaszthatatlanul összefonódott a stress fogalmával. Ma már szinte közhelyszámba megy leírni, hogy minden inger a szervezet számára megterhelést jelent, ami fajlagos hatásán kívül nem fajlagos válaszreakciót is kivált. Ez az inger jellegetől független, azonos lefolyású és mechanizmusú stereotíp válasz a stress. Csaknem ötven éve kezdődtek azok a vizsgálatok, amelyek a Cannon-féle vészreakció továbbfejlesztéseként a stimulusra fellépő nem-fajlagos reakciókban, a sympatho-adrenális rendszer mellett, a hypophysis-mellékvesekéreg-rendszer szerepére és jelentőségére felhívták a figyelmet, s amelyek végül is az általános adaptációs syndroma Selye által alkotott fogalmában összegeződtek. Ez a koncepció, bár kiegészítések és korrekciók folytán az évek során változott, általánosan elfogadott. Selyének az az elgondolása viszont, hogy a betegségek egész sora, főleg azok, amiket ma ún. civilizációs betegségek néven tartunk számon, az általános adaptációs reakció kapcsán fellépő „kémiai vagy hormonális egyensúlyzavar” következményei, vagyis adaptációs betegségek, igen sok ellenvetésre adott okot és nemegyszer viharos vitát váltott ki. A kutatók jelentős része, kísérleti módszereit nem megfelelőnek, az eredményekből levont következtetéseit nem megalapozottnak tartja. Ebben kétségtelenül szerepet játszott Selyének a kísérleti körülmények és módszerek sokszor végletes leegyszerűsítésére való törekvése és az a meggyőződése, hogy ha egy szervezet-

ben előforduló anyag, vagy annak ugyanazt a hatást kiváltó analógja afiziológiás, farmakológiai dózisban valamiféle kóros elváltozást okoz, úgy a hasonló elváltozások létrejöttében az anyag túltermelésének pathogenetikai szerep tulajdonítható. Maga a felfogás kétségkívül joggal kifogásolható, és mégsem tudom eldönteni, hogy milyen szerepet játszott a korszerű kóreléttani szemlélet kialakulásában, amely szerint a sérült, funkcionálisan csökkent értékű szerv vagy szövet a szervezet számára krónikusan stressorként hat, még akkor is, amikor a sérülést váltó kórfolyamat maga már régen lezajlott. A normális funkció fenntartása ilyen körülmények között csak a regulációs és kompenzatorikus mechanizmusok fokozott, nem fiziológiai állapotnak megfelelő igénybevétele útján lehetséges. Ez a kóros adaptáció etiológiai alapul szolgálhat más, a kiváltó októl független és merőben különböző kórfolyamatok létrejöttéhez. Annyi azonban bizonyos, hogy „ezeknek” az adaptációs betegségeknek a pathomechanizmusa közel sem olyan egyszerű, az ok-okozati összefüggések jóval bonyolultabbak, mint azt Selye, az általa adaptációs betegségeknek tartott esetekben feltételezte.

Megszoktuk és azt hiszem, természetes igény, hogy egy-egy tudományos életmű helyét a tudomány vagy egy-egy tudományszak történetében meghatározzuk. A stress-szel kapcsolatba hozható monográfiák száma napjainkban több százra, a közlemények száma közel százezerre becsülhető. Selye neve biztosan nem maradhat ki az experimentális és klinikai neuroendokrinológia legújabbkori történetéből, mégis 38 monográfiája és több mint 1600 közleménye ellenére sem tudnám helyét és jelentőségét pontosan meghatározni. Lehetséges, hogy ez az ellentmondás vagy látszólagos ellentmondás abból adódik, hogy a tudós személyiségének általános, nehezen meghatározható hatása nem mindenkor áll összhangban tényleges tudományos tevékenységének konkrét, jól definiálható hatásával.

Selye személyiségét tekintve intellektusa valóban lebilincselő volt. Nyelvtudása, filozófiai, esztétikai ismeretei, megjelenése, társasági modora őszinte tiszteletet keltett mindenkiben, aki személyes kapcsolatba került vele. Munkatársai szerint professzori működését két alapelv vezérelte: személyes kapcsolatra való törekvés tanítványaival és az új biológiai koncepciók fejlődésének követése, az egyéni hozzájárulás értékelése a történeti előzmények tükrében. Úgy érzem, e kettős törekvést szolgálta az intézetben meghonosított és híressé vált „Claude Bernard Professorship” intézménye is. Ennek keretében kiváló tudósok több napot töltöttek el intézetében, kísérleti bemutatásokat, szemináriumokat, előadásokat tartottak, s így az intézet munkatársaival és diákjaival személyes kapcsolat-

ba kerülhettek, akik ismert tudományos eredményeiken kívül megtudhatták, hogy milyen gondolatok vagy körülmények vezették őket egyik vagy másik felfedezésükhöz, milyen problémák hátráltatták munkájukat, milyen volt munkamódszerük, vagyis képet nyerhettek kutatómunkájuk filozófiájáról és pszichológiájáról is. E találkozásokat örökíti meg a Selye 60. születésnapjára megjelent „Reflections on Biologic Research” c. kötet, amelyben 30 ismert tudós, közöttük hét Nobel-díjas visszaemlékezése szerepel. Meg vagyok győződve róla, hogy Selye csodálatos házigazda lehetett. Műveltségével, szellemességével biztosan „elvarázsolta” vendégeit. Olyan forró és izgalmas atmoszférát tudott teremteni, amit még az írott szövegből is kiérezhet az olvasó.

Újabb élettrajzi írások olvasása során többször találkozhatunk a személyiség meghatározására vagy inkább körülírására a „reneszansz ember” fogalmával. A reneszansz embert a felfokozott életigénylés, „féktelen” ismeretszerzési és ismeretközlési vágy jellemezné, ami széles körű érdeklődésben, műveltségben, szerteágazó emberi, személyi kapcsolatokra való törekvésben és fokozott önmegvalósító, önkifejező tevékenységben nyilvánulna meg. A reneszansz ember éppen ezen adottságainál fogva rendkívüli inspiráló, megtermékenyítő hatást fejt ki környezetére. Úgy érzem, Selye János életformájában, életvitelében is felfedezhetők ezek a vonások. „Álomtól a felfedezésig” című könyvéből idézem: „... ki kell építenünk azt a kiterjedt dokumentációs rendszert, amely sokirányú tájékozottságunkat biztosítja.” Emlékszem, hogy egyik személyes találkozásunk alkalmával megdöbbenve hallgattam, hogy hány kísérleti állatot dolgoznak fel naponta intézetében. Selye szerint: „... olyan embereket kell képezni, akik nagy kutatócsoportokat tudnak irányítani”. „... Közben megírtam a stressről hat vaskos kötetet, ráadásul sok száz cikket a szakfolyóiratokban.” A régi humanistákról tartják, hogy nemcsak munkáikkal, hanem minden emberi megnyilvánulásukkal, tévedéseikkel, gyengeségeikkel, egész életükkel tanítani, hatni akar-

tak. Selye így ír: „... Lehet, hogy súlyos hibákat fedeznek fel személyiségemben. Esetleg meg is botránkoznak és talán joggal. De nem árt, ha az olvasó már a könyv elején megtanulja, hogy a tudásban se szeri, se száma az olyan fogyatékoságoknak, amelyeket aztán tapintatosan kiküszöbölnek a nekrológból, sőt olykor az élettrajzokból is.” „... mert a tudomány nemcsak felfedezés, hanem életszemlélet, jellem, temperamentum és képzelet-erő dolga is. Fel kell tehát fedni önmagunkat...”, „az már maga is stressz, hogy valaki kínzó vágyat érez, hogy megossa másokkal egy kalandos felfedező út izalmát, amely őt az élet ismeretlen tájaira ragadta el.”

Selye neve tíz éven át minden évben szerepelt a Nobel-díjra jelöltek között, és nem kapott Nobel-díjat. Mondják, amikor ennek okát egyszer a bizottság egyik tagjától kérdezték, azt felelte: „Nem elég konkrét.” A válasz talán alapjában semmitmondó, de lehet elgondolkoztató is. A fiziológiai tudományok története a konkrét, klasszikus alkotások egész sorát jegyezte fel, olyan önmagukért beszélő kísérleteket, amelyek nélkül egy-egy tudományos tétel ma sem fogalmazható meg. Ezekre szó szerint alkalmazható Goethe mondása: „Egy tudomány története maga a tudomány.” Hasonló konkrét, a fenti értelemben klasszikusnak mondható munkára Selye életművében valóban nem emlékezem.

Visszagondolva Selye személyiségére, vajon nem szükségszerű velejárója-e ennek az alkatnak, hogy munkássága inkább mások munkáit inspirálja, nemegyszer provokálja, mint válik saját alkotásai révén maradandóvá, hogy megtermékenyítőereje nagyobb, mint saját teremtőereje. Talán ez okozza a Selye megítélésében mutatkozó bizonytalanságot. A tudós közvetlen vagy döntően közvetlen hatásának jelentőségét és maradandóságát kora tudományos fejlődésére legtöbbször fel tudják mérni már a kortársak is, áttételes vagy döntően áttételes hatásának értékeléséhez azonban már segítségül kell hívni a következő generációkat is.

Hársing László dr.

Magyar orvosok a wittenbergi egyetemen Luther és Melancthon korában

A hazai egyetemalapítási kísérletek ellenére a magyar értelmiség a XVI. századtól felsőbb ismereteit továbbra is külföldi egyetemen szerezte. A reneszánsz és a humanizmus hatására a műveltség már nemcsak a magasabb értelmiségünk monopóliuma volt, hanem a számszerű növekedéssel együtt határozott plebejus jelleget öltött. Ez utóbbi tette fogékonnyá értelmiségünket a reformáció eszméinek befogadására. A reformáció átforgatta külföldre áramló ifjúságunk útcélját: a XVI. század elejéig Itália mellett elsősorban Krakkó, Bécs és

kisebb mértékben Prága egyetemei voltak a magyar peregrináció célpontjai, de 1530-as évektől ez szerepet Wittenberg, Frankfurt, Marburg, Jena vette át. Közülük is kitűnt Wittenberg, a reformáció igazi fellegvára, hiszen itt tanított Luther Melancthon (1483—1546), a humanizmus eszméit a reformáció vallási ideológiájával ötvöző Melancthon Fülöp (1497—1560). A reformáció hatására értelmiségünk végleg plebejus és világi jellegűt nyert. Wittenberg fontosságát alátámasztja az, hogy amíg a XVI. század elejéig csak elvétve találunk magyar

diákat a német egyetemeken, addig 1523-1560 között csak Wittenbergben 442 magyar hallgatót jegyeztek be az egyetem évkönyveibe. Melanchton halála után — a század végéig — újabb 376 magyar kereste fel a nagy múltú egyetemet. A magyarok jelentős számát hangsúlyozta, hogy 1556-ban Wittenbergben bursát (az internátus korai formája) alapítottak számukra (1).

A Wittenberget megjárt magyar diákok között számos orvosjelölttel is találkozunk, ami bizonyítja, hogy a korabeli magyar orvostársadalom körében is szívesen fogadtatásra találtak Luther eszméi. A XVI. századi magyar orvosok többsége protestáns volt, képzési helyeiket tekintve tudásukat főleg a német egyetemeken szerezték. Meg kell jegyeznünk azt is, hogy a német egyetemeket felkereső magyar orvosok nemcsak az orvosi tudományokban kívántak elmélyülni, hanem a kor szellemi életét jellemző módon, egyetemes tudásra törekedtek. A medicina mellett teológiát, jogot és más tudományokat hallgattak, gyakran minden korabeli tudományból megszerezték a legmagasabb fokozatot. Wittenberg különösen kedvelt helyé vált, hiszen az egyetemen a kor orvostudományát átfarmáló Paracelsus hívei tevékenykedtek, akik e régi módszerekkel és tekintélyekkel szemben a legeredetibb formában helyezték tudományos alapokra a medicinát.

A XVI. században Wittenberget megjárt mintegy félezer magyar közül tizenegyről tudjuk bizonyosan, hogy orvosi tanulmányokat folytattak. Közülük Luther és Melanchton idején hat tanult Wittenbergben: *Balsaréti Vitus* János, *Bogner Péter*, *Joel Ferenc*, *Preyss Kristóf*, *Szegedi Kis István* és *Zsámboky János*. E rövid áttekintésben elsősorban velük foglalkozunk, bár a többi sem közömbös vagy jelentéktelenebb személy a magyar orvostörténelemben.

A XVI. század egyetemes orvostörténelmét fel dolgozó munkák gyakran írnak Joel Ferencről, a greifswaldi egyetem későbbi neves orvostanáráról. A Vas megyében 1508-ban — jobbágysorból — született Joel Ferenc ismeretlen pártfogó segítségével előbb Bécsben gyógyszerészé képezte magát, ahol 1526-ban felvette Luther vallását. Ezért 1528-ban kénytelen volt elhagyni Bécset. Hosszabb németföldi vándorlás után Lipszében telepedett le, patikát nyitott, de már 1530-ban orvosi tanulmányokba kezd, 1532-ben medikusként anyakönyvezik Wittenbergben. Weszprémi szerint itt avatták orvosdoktorrá 1536-ban és itt élt négy évig gyakorló orvosként. 1544-ben Joel Ferenc ismét Bécsben próbálkozott: jeles orvosi gyakorlata mellett gyógyszerterátiát is nyitott. Feltehetően hite miatt kényszerült újból távozni, előbb Berlinben, később Strahlsundban praktizált. 1559-ben *Albert* herceg orvosaként telepedik le Greifswaldban, ahol hamarosan az orvosi kar tanára, városi tanácsos és a helyi evangélikus egyház egyik vezetője lett. Több alkalommal is a kar dékánja, sőt viselte az egyetem rektori méltóságát is. Szakirodalmi munkásságának kiemelkedő alkotása a több kiadást megért *Universae medicinae compendium* című könyve. Más munkájában leírta a rühatkát, értekezett a sy-

philisről, ismertette annak külső jegeit, később foglalkozott a kinagyökér felhasználásának lehetőségeivel. 1579. október 20-án hunyt el Greifswaldban (2).

Időrendben a következő magyar medikus *Preyss* (Preysius) Kristóf (1515—1590) pozsonyi ifjú volt. Felsőbb tanulmányait Goldbergben és Wittenbergben végezte. Az utóbbi város egyetemére 1536. december elsején iratkozott be, s itt avatták először bölcselet, később az orvostudomány doktorává. Nyilvános szereplését később az orvostudomány területén Goldbergben (Alsó-Szilézia) kezdte el, a híres iskolaalapító *Valentius Trotzendorf* (1490—1556) segédjeként. Innen Melanchton ajánlásával a brandenburgi választófejedelem kancelláriájára került és titkárként vett részt 1540-ben a wormsi, 1541-ben a regensburgi birodalmi gyűléseken. Ura kegyéből 1543-ban az Odera menti Frankfurt egyetemén a poétika és a retorika tanára lett, több alkalommal rektornak is megválasztották. 1553-ban elhagyta Frankfurtot, előbb Olmützben, később Thornban (Kopernikusz szülővárosában) praktizált, élete utolsó évtizedeiben a köznigsbergi egyetemen adta elő a retorikát. Itt hunyt el 1590. április 9-én (3).

A szakirodalom gyakran említi Melanchton és Preyss barátságát, amit 54 megmaradt levél is bizonyít. Ezekben Melanchton dicsérei Preyss írásait, tájékoztatja a magyarországi eseményekről és barátjának, valamint *Pannoniusnak* nevezi. E név — amely a „magyar” szinonimája volt — akkor is megtartotta, amikor I. Ferdinánd „springeri” előnévvel nemességre emelte (4).

1543. március 13-án iratkozott be a wittenbergi egyetemre *Szegedi Kiss István* (1505—1572), a magyar reformáció nagy hatású teológusa, aki kalandos élete során orvosi tanulmányokat is végzett. Lippai és gyulai előtanulmányok után 1535-ben Bécsben, 1537-ben Krakkóban folytatott bölcseleti és teológiai tanulmányokat. Amikor 1540-ben visszatért hazájába, már Krakkóban egyetemi előadóként szerepelt. 1543-ban tért át protestánsnak, sőt 1543-ban már a wittenbergi egyetemen kezd orvosi tanulmányokba, mellette teológiát is hallgatott. Bizonyíthatóan az utóbbiból avatták Wittenbergben doktornak, orvosdoktori fokozatát csak *Weszprémi* említi. 1545-ben Gyulán iskolaigazgató, egy év múlva Cegléden lelkészéként működik. Innen menekülnie kellett, mivel a török hatóságoknál mint német kémet feljelentették. Hosszabb bolyongás után 1549-ben és 1550-ben részt vesz egyháza zsinatán, de 1552-ben a törökök beveszik Temesvárt, így itt sincs maradása. Rövid ideig Mezőtúron és Békésen lelkészkedik, de hitéért rövid fogságra is vetették. 1554-ben Tolnában iskolaigazgató és Baranya megye superintendánsaként működött, amikor 1561-ben a törökök három évig Pécsét börtönben tartották. 1563-ban Ráckevén telepedett le és a környék lelkészéként halt meg 1572. május 2-án. Kalandos élete során sok helyen megfordult, s mindenkor vallása elhivatott hirdetője volt. Életrajzi írói szerint lelkészi munkája mellett rendszeresen foglalkozott *gyógyítással* is (5).

1545 tavaszán nyert felvételt Wittenbergben a

XVI. század jeles magyar polihisztora, történetírója és neves orvosa, *Zsámboky János* (1531—1584). Itt még csak az alsóbb kart látogatta, orvosi tanulmányokat Itáliában végzett, mégis itt kell megemlékeznünk róla is, mint aki itt merített indítást a természettudományok tanulmányozásához (6).

Még *Zsámboky Wittenbergben* tartózkodott, amikor 1549 tavaszán ide érkezett *Balsarati Vitus János* (1529—1575), *Melanchton* nagy tisztelője. Hazai előtanulmányok (*Gyula, Erdőd, Sárospatak*) után *Balsarati Vitus János Wittenbergben* filozófiát hallgatott, e tudományból szerzett magisteri fokozatot (1556), amikor *Melanchton* tanácsára orvosi tanulmányokba kezdett. Mint a magyarok seniorja távozott 1556-ban *Wittenbergből* Itáliába, hogy előbb *Bolognában*, később *Páduában* bővítsen orvosi ismereteit. Hétévi itáliai tanulmányok után itt nyer doktori fokozatot és tudását mi sem bizonyítja jobban, hogy protestáns létére *IV. Pál pápa* udvarában is működhetett. 1560-ban — *Perényi Gábor* patrónusa hívására — visszatért *Sárospatakra*, ahol előbb a *Perényi család* orvosaként, 1567 után a kollégium lelkészeként működött. Széles irodalmi munkássága során tollából született meg a „*Magyar chirurgia, az az a seb gyógyításának mesterségéről*” című könyv, amit később is gyakran említenek a hazai szakirodalomban, sajnálatos módon egyetlen nyomtatott példánya sem maradt fenn (7).

Az adott korban *Wittenbergben* megfordult magyar orvosok sorát *Bogner Péter* emlékének felidézésével zárjuk. Az *Erdélyben* 1535 körül született magyar ifjú élete során megfordult az angol, francia, olasz és német egyetemeken. Előbb hat

évig *Orleans-ban* és *Anjouban* bölcseletet hallgatott, majd 1556-ban *Wittenbergben* orvosi tanulmányokba kezdett. Hamarosan *Itália* egyetemén találjuk, ahol *Padua, Bologna, Siena* és *Róma* orvosi karainak hallgatójaként 1564-ben *Ferrarában* nyerte el orvosi oklevelét. Ezután *Brassóban* telepedett le, ahol széles orvosi gyakorlata mellett lelkészként, jogászként és később városi tanácsosként is működött. *Brassóban* hunyt el 1591. július 28-án (8).

E rövid lélegzetű tanulmányban, benne néhány életrajzzal, csak életpályájáról villantottunk fel szerény portrét azokról, akik *Wittenbergben* a reformáció és a humanizmus egyik fellegvárában ismerkedtek meg az orvosi tudományokkal, itt kaptak ösztönzést arra, hogy gyógyítással is foglalkozzanak és tevékenységükkel e város hírét öregbítsék hazánkban.

Kapronczay Károly dr.

IRODALOM: 1. *Ábel Jenő:* Egyetemeink a közép-korban. Budapest, 1881.: *Bónis György:* A jogtudó értelmiség a Mohács előtti Magyarországon. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1971. — 2. *Kapronczay Károly:* Orvosportré a 16. századból: *Joel Ferenc.* Orv. Hetil. 1979, 120, 16, 969—971. — 3. *Weszprémi István:* Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza. Budapest, Medicina, 1960. I. köt. 282—287. — 4. *Demkó Kálmán:* A magyar orvosi rend története. Budapest, 1891, Orvosi Kiadó. 154. l. — 5. *Demkó K.:* Előbbi művei. *Magyar Kossa Gyula:* Magyar orvosi emlékek. Budapest, Magyar Orvosi Kiadó Társulat, 1929. I. köt. 145., II. köt. 214., IV. köt. 189. — 6. *Weszprémi István:* Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza. Budapest, 1960. Medicina, II. köt. 134—145 l. — 7. *Weszprémi:* i. m. I. köt. 112. l. — 8. *Weszprémi:* i. m. II. köt. 234—241. l.

Donath Gyula és a Klinikai Füzetek

A közel száz esztendő megért *Donath doktor* eseménygazdag pályafutása töredezett történelmünk két igen tragikus dátuma közé ékelődik. Akkor jött a világra *Baja városában* 1849. december 23-án (a *Magyar Életrajzi Lexikon* tévesen ír 29-et), amikor meteorfényű költőnk sorait idézve már „*Európa csendes, újra csendes / Elzúgtak forradalmi...*”, és kegyes volt hozzá a sors, egy eseményekben gazdag tudományos élet után elhunyt 1944. április 11-én, szerencséjére már nem láthatta ama tébolyult dráma fináléját, amely századunk másodszer is négy évig égő színpadának üszkös deszkáin örök mementóként lejátszódott.

Édesapja szerény jövedelmű kiskereskedő, édesanyja divatárusnő volt, ősi hitüket megtartva asszimilálódtak a magyarsághoz, amely az aradi akasztófák árnyékában semmi előnnyel nem járt. Sőt! A kiegyezés évében szerzett maturátust, kedvenc tanárai: az irodalomból *Babits Kálmán*, matematikából-fizikából a tankönyvíró *Mendlik Ferenc.* *Donath Gyula* gőzhajón utazott *Bécsbe*, a híres or-

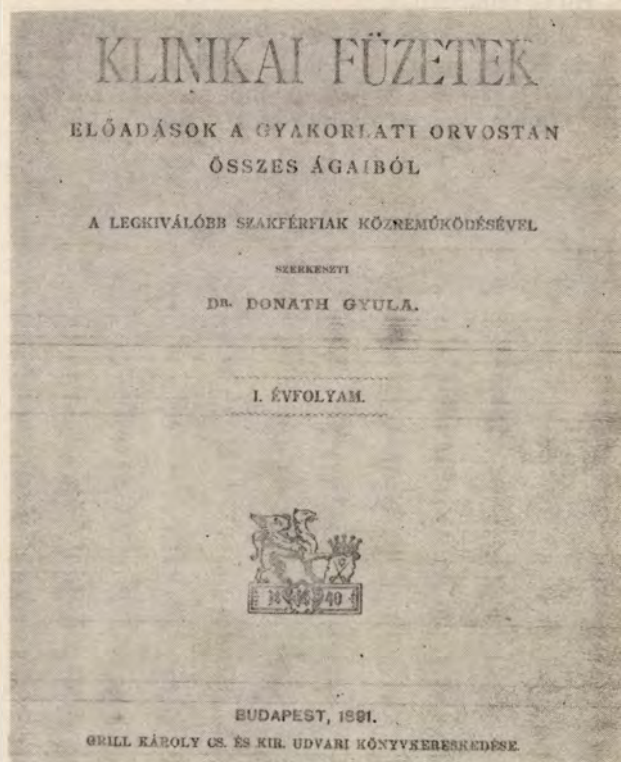
vosi fakultásra beiratkozni. A tanári karhoz nem kell kommentár: *Hyrtl, Brücke, Skoda, Oppolzer, Hebra* és nem utolsósorban *Kaposi.* *Medikusunknak* nagy hasznára vált héber nyelvtudása, korrepetitori teendőkből tartotta el magát. Kedvenc tantárgya kezdetben a kémia volt, 1871-ben *Innsbruck* egyetemén már *Maly* professzor asszisztense. A neves tanárt két év múlva a grazi műegyetem kémiai tanszékére hívták meg, kis kitérővel *Donath Gyula* is követte őt. Laboratóriumi vezetőként 1877-ben fiziko-kémiából docentúrát szerzett. Eddig csak a kémiai képletek közt kalandozott, gondolta, nem árt egy kis orvosi gyakorlatot is szerezni. Erre rövidesen világtörténelmi jelentőségű esemény nyílt. A bolgár nép 1877/78-ban elérkezettnek látta az időt rég óhajtott függetlenségéért megismerésére, amit csakis *Oroszország* segítségével remélhetett. A cári birodalom és a hanyatló *oszmán hatalom* nem először mérte össze fegyveres erejét, a bolgár felkelés ürügyként szolgált az ismételt összetűzésre, még inkább a végleges leszámolásra. A török had-

sereg orvosi ellátottságának elmaradott voltát hamar felismerték Drinápolyban (ez volt akkor a ruméliai rész főerődítménye), ezért a cári Oroszország jövődő balkáni ellenfelétől, a Monarchiától kértek és kaptak műtőorvosokat. Így került Donath doktor a Sipka-szoros alján felállított hadikórház élére, a carbolsavas sebkezelés tobzódása idején. Donath Gyula nem volt politikus alkat, mindvégig „csak” orvos maradt. Ám a történelmi igazsághoz tartozik, hogy a török hódoltság „megszépitő messzesége” Jókai regényeinek hatására már más dimenziókban mozgott, aztán a kuruc felkelés vezérlő fejedelme, a tündéri tollú Mikes Kelemen, a Kossuth-emigráció, valamennyien azilumot kaptak az Aranyszarv-öböl partján, továbbá a zseniális Vámbéry Ármin turkológiai kutatásai vitathatatlanul közelébb hozták egymáshoz a két egykori ellenséget.

Hangsúlyozzuk, Donath doktor orvos maradt. Egyformán kezelt minden sebesültet, de szíve leginkább a sokat szenvedett bolgár néphez húzott. Sipka-szorososi tanúként állítja, mennyire halálhűen festette meg Verescsagin *A Sipka-szorosban minden csendes* című képet. Donath Gyula volt a parlamentter, aki 1878. január 6-a után átadta Skobelev tábornoknak Kezánlik városát. Majd Mirszkij hercegnél kijárta, hogy a súlyos török sebesültek ne kerüljenek ki a kórházakból, mert a marodörök felkoncolták volna őket. Donath Gyulát parlamentterhez illően elengedték, egy ideig még Konstantinápolyban tevékenykedett, de 1879-ben agg szülei kívánságára hazatért szülővárosába praktizálni. Ám a kisvárosi konkurrenciához sehogya sem volt kedve. „Vissza a kémiához” — adta ki magának a jelszót, és édesanyja konyháját berendezte laboratóriumnak. Ily szerény körülmények között mutatta ki a chininből származó chinolin kémiailag reakcióit, fiziológiai hatásait, therápiás lehetőségeit, munkáját a *Berliner Chemische Berichte* tartotta közlésre érdemesnek.

1882-ben elhunyt édesapja, ekkor édesanyjával Budára költöztek. Budai berendezkedése után C. Westphal berlini elmeklinikájára ment, ahonnan 1885-ben küldte első tanulmányát az akkor még Markusovszky-szerkesztette Orvosi Hetilapnak. Itt vizsgolt egy bibliográfiai elírást kell helyesbítünk. A Hőgyes-féle Emlékkönyv 813. oldalán az szerepel, hogy Donath első Hetilap-beli cikke „A munkások egészségügyéről” szól. Orvosunk ezt 1940-ben a saját maga által összeállított tanulmányok listájára is felvette. Sajnos, az említett cikk sem az 1885-ös évfolyamban, sem az 1880—1890 közöttiekben sem található. Bárki ellenőrizheti. Viszont ugyanezen évfolyamban jelent meg *A hőérzék határaitól egészséges és beteg állapotban* című három részből álló folytatásos tanulmánya, készüléket szerkesztett a hideg- és melegérzés, vagyis azon hőfok meghatározására, amelynél a hőmérséklet már fájdalomérzéssé változik. Ezen thermalgiméter, illetve cryalgiméter szerint a melegségi fájdalom 36,3—56,2 Celsius-fok, a hidegségi 0—2,8 C-fok között változik, hidegre legérzékenyebb a hasbőr, melege a bal mellkasfél bőre, érdekes, hogy betegeknel a fájdalom iránti érzés mind a hidegre, mind melege csökken. Hogy Donath nem a Sipka-szorosnál szerzett magának nevet a tudó-

mányos világban, arra bizonyíték az 1881-es londoni szereplése, ahol nemzetközi orvosi kongresszuson előadást tartott a vegyi alkat és a fiziológiai hatás közötti összefüggésekről. Berlini évében kibűjt belőle a fizikus és a fiziológus, rendszeresen látogatta Helmholtz zseniális előadásait, Dubois-Reymond csodálatos laboratóriumát, Virchow Mekkakerű kórbonctani intézetét. Nem kell külön kommentálni, micsoda minőségi érzéke volt ennek a bajai magyar fiatalembernek. Aztán hat hetet töltött Charcot párizsi klinikáján, itt fordult figyelme a neuropszichiatria felé. Hazajövet kapcsolatba lépett dr. Csillag Zsigmond főorvossal, az *Általános Munkás Betegsegélyző és Rókkantpénztár* egészségügyi vezetőjével, valamint Kürschner Jakabbal, a *Népszava* akkori főszerkesztőjével, és a minden nemes ügyet támogató Prof. Müller Kálmán révén Donath 1893-ban az említett betegsegélyező intézet idegambulatóriájának irányítója lett. Ám ezen a poszton nem sokáig maradt, ugyancsak Müller prof. javaslatára elvállalta a Rókus-kórházi idegambulatórium vezetését. Az 1891-es esztendő elfelejtett fontos dátum a magyar orvosi szakirodalom történetében. A kezdő organizátor Donath Gyula megindította a „Klinikai Füzetek” című havonta megjelenő periodikát, feladata lett: *az összes gyakorlati orvostan köréből egyes fejezeteket, fontosabb kórtypusokat vagy a napirenden levő kérdéseket a gyakorló orvos igényeihez alkalmazva, a tudomány legújabb álláspontján ismertetni*. A címlap szerint „A legkiválóbb szakférfiak segítségével” (1. ábra).



1. ábra

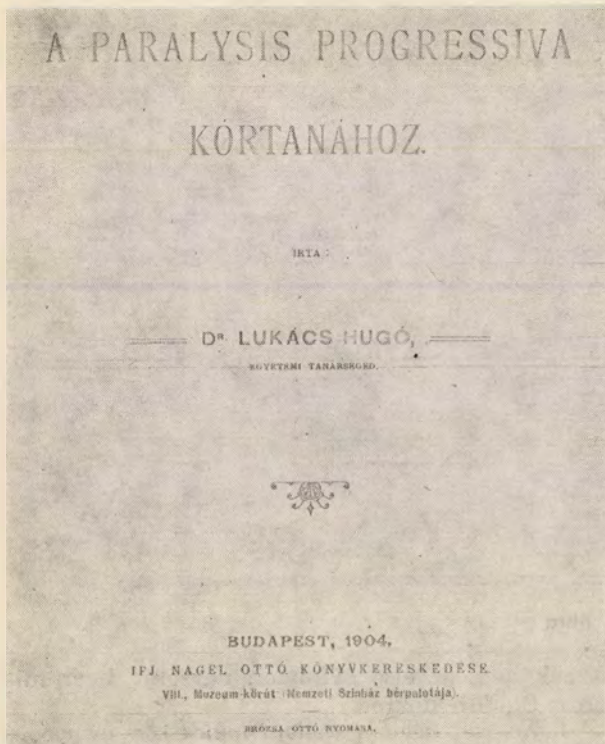
Nézzük meg az első évfolyam névsorát, nem túlzott-e Donath doktor.

1. Ángyán Béla: *A cholera indica kór- és gyógytana.*
2. Réczey Imre: *A sebészi gümős betegségek.*

3. Kétli Károly: *A mellhártyalobokról, különös tekintettel az aetiológiára és therápiára.*
4. Tangl Ferenc: *A Diphtheria aetiológiája.*
5. Navratil Imre: *Újabb haladások az agysebészet terén.*
6. Plósz Pál: *A fehérryhe jelentősége a vizeletben és annak kimutatása.*
7. Róna Sámuel: *A férfiak heveny húgycsőkan-kója.*
8. Jendrassik Ernő: *A szervi szivbajok orvoslása.*
9. Grossmann Lipót: *A szem bujakóros bántalmái.*
10. Csatáry Ágost: *Klinikai tapasztalatok a nephritisekről.*
11. Báron Jónás: *A gyökeres sérvműtétekről.*
12. Lang Ede: *A húgycsőszűkületek és egyes bőrbántalmak electrolyticus kezelése.*

Úgy gondoljuk, a nevek és a címek önmagukért beszélnek. A lapot 12 esztendeig szerkesztette, közben L. I. Muskens amsterdami idegorvossal együtt állította össze a három nyelvű (angol, német, francia) *Epilepsia* című folyóiratot, amely az I. világháború kitörésének évében szűnt meg. Korábban azt állítottuk, Donath Gyula nem volt politikus alkat, ám az általános titkos választójog eszméjének polgári körökben való népszerűsítésében ugyancsak jelentős szerepe volt. Az I. világháború alatt elvállalta az *Englisch medico-psychological Laboratory* vezetését a fővárosban, amely angol védnőkség alatt működött, majd hadköteles orvosként az Augusztá-barakk-kórház idegosztályát igazgatta. Makai Endre vezetősebésszel azt tapasztalták, hogy az izomműködés mozgató ideg átültetésével visszaérhet. Makai mellett idegkonziliáriusa volt Herczel és Hüttl tanároknak.

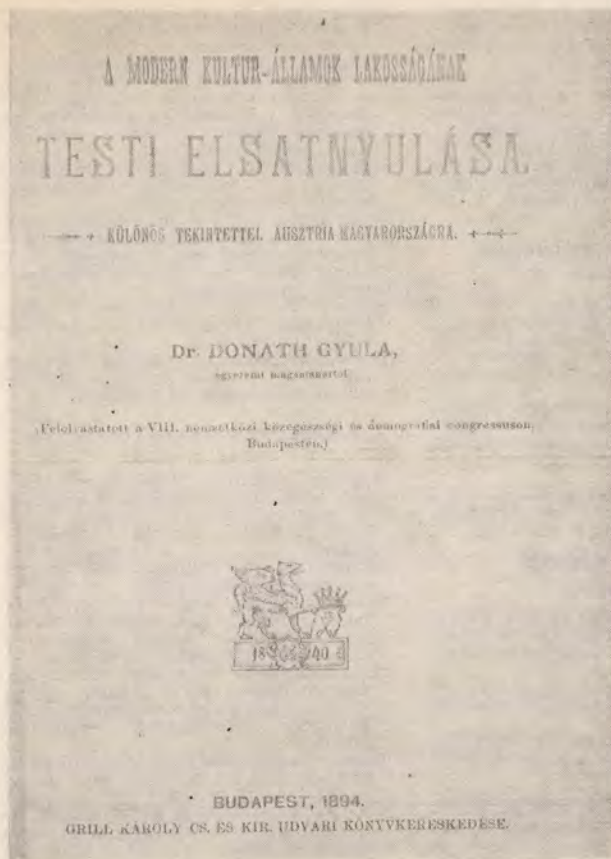
Mielőtt az alkohol elleni propaganda-ténykedését (good-templar) taglalnánk, térjünk vissza a jól sikerült Klinikai Füzetek további sorsára. E füzetek lapjain kezdte publikációs pályafutását pl.



2. ábra

egy Schaffer Károly, ezen periodikában találkoztam Lukács Hugó szakcikkeivel, ami azért érdekes, mert Ady Endre kedvelt kolozsvári kezelőorvosáról az Ady-irodalom keveset mond. Halálának évét az 1969-ben kiadott Magyar Életrajzi Lexikon nem tudta megadni, e sorok írója derítette ki, hogy 1939-ben követett el szuicidiumot a francia fővárosban. Szakirodalmi ténykedésével viszont ez idáig nem találkoztam. Donath tanár életrajzából derült ki, hogy Lukács Hugó a Rókus-kórházban kezdte pályafutását, első szakdolgozatát főnökével közösen írta: *Az izmok és idegek villamos ingerlékenysége curare hatása alatt*, amely a Magyar Orvosi Archivum 1900-as évfolyamában jelent meg (majd németül is a Zeitschr. f. klinik. med. hasábjain), aztán a *Gyermekpsychologia* a Klinikai Füzetek 1901–1902-es évfolyamában. Feltűnően filozófikus jellegű írás, tele kultúrtörténeti utalásokkal, tökéletes anatómiai és funkcionális tájékozottsággal. Lechner Károly kolozsvári professzor figyelmét ez hívhatta fel rá. *A paralysis progressiva kórtanához* (2. ábra) című dolgozata már a Lechner-klinikáról jelent meg 1904-ben, de volt főnöke, Donath lapjában. Azzal kezd, a paralysis progressiva kórképe még azért nem teljesen kidolgozott, mert „az aetiológiai momentum vitás”. Az alkoholisták között azért több a luetikus, mert önpusztító életmódjuk folytán előbb-utóbb syphilitis acquirálnak. Véglegesen dönteni az aetiológiai kérdésben csak akkor lesz lehetséges, ha sikerül a luesre specifikus reakciót megismerni. Szó szerint: „Van rá remény — nálunk Sellei és Detre végeztek idevágó kísérleteket —, hogy a serodiagnosis fogja ezt lehetővé tenni.” (Klinikai Füzetek, 1904, 365. oldal). Tehát, ahogy mondani szokás, a Wassermann is a levegőben lógott már. Ugyanebben a kötetben jelent meg Marikovszky György: *Immunisatio, illetőleg serotherapeutikus kísérletek állati, növényi és ásványi eredetű mérgekkel szemben*. Azé a szerzője, aki ugyanekkor rendezte nagy lelkiismerettel sajtó alá Markusovszky Lajos válogatott munkáit. Ami arra utal, hogy a Klinikai Füzetek és az Orvosi Hetilap között egymást kiegészítő egyetértés tételezhető fel. Donath nemcsak szerkesztette a Klinikai Füzeteket, de szerzője is volt. *A modern kultúr-államok lakosságának testi elsatnyulása* Budapesten 1894-ben a VIII. nemzetközi és demográfiai congressuson hangzott el (3. ábra), amelynek okát a *modern termelési viszonyok* kialakulásában jelöli meg. A terminológia már szociológiai műveltségre utal. A militarizmus pedig, Haeckel szavait idézve: „a mai Európa rákfenéje”. Lukács Hugó utolsó Klinikai Füzetek-beli írása: *Adatok a dementia praecox kórtanához és kórboneztanához* (1907), ami azt bizonyítja, hogy Ady nemcsak egy bohém klinikus-barátot szemelt ki magának, hanem kiválóan képzett orvost is. Lukács, a szakpublicista mindvégig Donath-tanítvány maradt, ez ha perifériálisan is, de nóvumot jelent az Ady-irodalomban.

Donath Gyula (sokat publikált németül, azért hiányzik általában nevééről az ékezet) egyszer írta le kedves tanítványa rajongott költőkirályának a nevét, az Orvosi Hetilap 1932. évfolyamában, amikor Goethe lehangoltsági állapotairól elmélkedve a magyar zsenik: Széchenyi, Semmelweis, Ady ön-



3. ábra

pusztító életét említi, míg a weimari Óriás a Werther-könyvében mindazt kiírta magából. E cikkből tudtam meg, hogy Werther-könyvét Napóleon az egyiptomi piramisok tövében is olvassatta.

Donath szervezője volt 1909-ben a budapesti Nemzetközi Orvosi Kongresszusnak. Ekkor ismertette először (igaz tuberculin befecskendezésével) Wagner-Jauregg a paralízis lázzal való kezelését.

Foglalkozott az állatok pszichológiájával, Az *emberi szellem kezdete* 1897-ben dencsi székfoglalót tartott a Rókus-kórházban, amelyet az Enke-Verlag 1898-ban Stuttgart városában németül is megjelentetett. Külön kell szólnunk a Forel-féle good-templar-i (alkoholelleses) ténykedéséről. Donath Gyulát 1903-ban Madzsar József budapesti lakásán A. Forel jelenlétében vették fel a good-templar rendbe, majd a Dóczy Imre dr. által 14 évig szerkesztett *Alkoholizmus* című lapnak Donath Gyula szorgalmas szerzője lett. Sajnos, a good-templar mozgalmat is tönkretette a világháború.

Élete alkonyán nemcsak az új világégéshez szaporodó gyuananyag halmozódását, de a Szentföld jövőjét is aggodalommal nézte. A szélsőségesek nem fogadták el az arab-zsidó megbékélésre felterjesztett korai javaslatait. Szorongását a történelem azóta tetézve igazolta, pedig szándékának tisztaságát és tisztességét senki nem vonta kétségbe.

Több mint 700 tudományos munkáját, magyar és német nyelven írott népszerűsítő tudományos cikkeit csak monográfiában lehetne felsorolni, ismét identifikálva, l. az első Hetilap-beli cikkének téves címét.

Ő búcsúztatta Goldzieher Vilmost, August Forelt, s az 1940-ben megírt rövid biográfiájában kicsit saját magát.

Nagy kor nagy tanúja és tevékeny részese volt.

Ady, illetve Lukács Hugó révén külön közel áll e gazdag élet a szerény összefoglaló szerzőjéhez.

Szállási Árpád dr.

MEGJELENT

FOGORVOSI SZEMLE 1983. 9. szám

- Orsós S. dr. és Balla Z. dr.: Változások és eredmények a magyar fogorvos-továbbképzésben.
Nyarasdy I. dr., Herczegh B. dr. és Schuder L. dr.: A tömőanyagok hatása az inyre és a plak képződésre.
Szabó Gy. dr., Divinyi T. dr., Klenk G. dr. és Gáspár L. dr.: Ultracain D-S és Ultracain D-S forte érzéstelenítők összehasonlító klinikai és kísérletes vizsgálata.
Kovács-D. G. dr., Szöllösi K. dr., Gerle J. dr. és Somogyi E. dr.: A maxillarezekáltak protetikai rehabilitációja, különös tekintettel a centrális okklúzió, illetőleg reláció meghatározására.
Sonkodi I. dr. és Hanzély B. dr.: Cheilitis glandularis simplex.
Lendvay B. dr. és Szőke Á. dr.: A megmondatlan fogeltávolítások következményei (Esetismertetés).

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 10. szám

- Kühne, G.-E., Koselowski, G., Hempel, H.-D.: Klassifikationsforschung im Blickwinkel der klinischen und biologischen Psychiatrie.

Kenéz József dr. és Csanda Endre dr.: Tapasztalataink korszerű, vizoldékony kontrasztanyagokkal végzett myelografiák kapcsán.

Szádóczy Erika dr., Rihmer Zoltán dr., Arató Mihály dr., Fazekas Ilona dr., Abonyi Eszter dr.: Adatok az ún. neurotikus depressziók heterogenitásához. A klinikai és neuroendokrinológiai elkülönítés lehetőségei

Ferenczy Mihály dr., Mezőfi László dr.: Az átmeneti globális amnesziáról.

Antony Miklós dr., Csobály Sándor dr., Tóth Gábor dr., Széplaki Zoltán dr.: Összehasonlító agyi szcintigráfias és komputer tomografiás vizsgálatok cerebrális infarktusbán.

FOGORVOSI SZEMLE 1983. 10. szám

Simon G. dr. és Pados R. dr.: Antibiotikumok alkalmazása a dentoalveolaris sebészeti gyakorlatban.

Bögi I. dr. és Tamás F. dr.: Mélyharapás korrekciója a felső és az alsó állcsontonnegy ülésben végzett osteotomiával.

Urbach K. dr., Domokos Gy. dr. és Linder Zs.: Tapasztalataink a Ricketts-technikával.

Götz Gy. dr. és Rubányi P. dr.: Az alsó metsző koronaméretei és a koronafelszín-fogbélür közötti távolságok.

Gyenes V. dr. és Kelemen P. dr.: Allgranuloma. Esetismertetés.

Csiba Á. dr.: Elmeszesedő odontogén csontok területén jelentkező eosinophil cysta (Gorlin-cysta).

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE 1983. 11. szám

Kosty Bogáta dr.: Familiaris sclerosi multiplex előfordulása a Pécsi Idegklinikai beteganyagában.

Halász Péter dr.: Az alvásciklusok szimmetriája és az alvásszabályozás összefüggései.

Perényi András dr., Béla Árpád dr., Bagdy György dr., Perényi József dr., Arató Mihály dr.: A neuroleptikus kezelés extrapiramidális mellékhatásaira vonatkozó biokémiai vizsgálatok.

Pethő Bertalan dr., Tolna Judit dr., Szilágyi András dr. és Bornemisza Eszter: A defektus típusai endogén psychosisok residuális dimenziójának vizsgálata kapcsán.

Tóth Antal dr., Rónai László dr., Tornóczy János dr., Pisztora Ferenc dr. és Vesztergombi Zsuzsa dr.: Hyperglykaemia hajlam heveny alkohol elvonási tünetcsoportban.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA 1983. 11. szám

Homolay Péter, Aranyosi János, Bacsa Sándor, Herman Katalin, Horváth Sándor, Vaszily Miklós, Gómory András: Tapasztalataink a cardioplegia alkalmazásáról.



Kónya László, Békássy Szabolcs, Barzó Pál, Náfrádi Zoltán, Vaszily Miklós, Gömörly András: Idiopathiás jobbpitvar dilatáció.

Czakó Zoltán, Kiss I. Sándor, Vargha Péter, Szűcs Géza: Hörgőplasztikai műtéteink elemzése.

Kollár Sándor, Juhász István, Aranyosi János, Mórocz István: Recidív trachea cylindroma.

Aranyosi János, Németh Eva, Liptay Piroksa: Az iatrogen pneumothorax. Kiss János István, Kollár Sándor, Náfrádi Zoltán: Az inoperabilis mediastinális daganatokról.

Endes János, Nagy Géza, Vaszily Miklós, Szarka József, Békássy Szabolcs, Szegedi András: Thoracic outlet szindrómás betegek phlebográfiás vizsgálata.

Békássy Szabolcs, Endes János, Vaszily Miklós, Vargha Géza, Kovács István: A nyaki gerinc veleszületett csontfejlődési rendellenességei thoracic outlet szindrómában.

Juhász István, Kiss Béla, Kiss II. Sándor: Adalékok a mellkasi golyva sebzésének kérdéséhez.

Kiss I. Sándor, Endes János, Kiss János István, Redl Pál: A nyelöcső-cystáról két eset kapcsán.

Szabó Gábor, Juhász István, Kormos Miklós, Szabolcsi Margit, Németh Csilla: Immunológiai vizsgálatok hörgőrákos betegeken.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1983. 12. szám

Janáky Márta, Benedek György és Heiner Lajos: Látókérgi kiváltott válaszok diagnosztikus értéke sclerosis multiplexben.

Bitter István dr., Pethő Bertalan dr.: A szkizofrénia lefolyása során fellépő depressziós tünetek elemzése.

Nádor Györgyi dr. és Kuhn Endre dr.: Malignus lymphomához társuló idegrendszeri szövödmények.

Gáti István dr., Czopf József dr. és Trombitás Károly: Hereditár motoros és szenzoros neuropathia (HMSN). Zoltay Gábor dr.: Operált agycysticercosis.

Szabó Mihály dr., Móró Zsuzsa dr., Perc Mária dr.: Számítógépes rétegvizsgálattal diagnosztizált nyaki intramedullaris tumor.

Kövér Ferenc dr.: Multiplex haemangioblastoma: cerebellaris tumor eltávolítása után angiographiával korismézett gerincvelői előfordulás.

FOGORVOSI SZEMLE

1983. 12. szám

Schranz D. dr.: Az arcasimetriákról. Komáromi J. dr., Varga A. dr. és Szécsényi B. dr.: A fogalanság időtartalma és az állcsontfelületek nagysága közötti összefüggés vizsgálata.

Werner P. dr.: A direkt ragasztásos bracketek felújítása és tapadási képességük in vitro vizsgálata. Spirchez N. dr. és Filipescu M. dr.: Az első nagyörül koral eltávolításának káros hatása az okklúzióra.

Kertész P. dr., Szőke B., Kéri Gy. dr. és Nikolics K. dr.: Xilit kimutatás és kvantitatív meghatározása nagy teljesítményű folyadék kromatográfiás (HPLC) eljárással.

Berta I. dr. és Keszthelyi G. dr.: Évekig tartó ezüstnitrit esetelés hatása kialakult argyrosis.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1983. 12. szám

Aranyosi János, Németh Eva, Liptay Piroksa: Speciális anaesthesiológiai feladatok a légeső plasztikai műtéteknél.

Bacsa Sándor, Herman Katalin, Márton Csilla, Halász Ildikó: Anaesthesiológiai szövödmények a mellkasi műtétek posztoperatív időszakában.

Várhelyi Imre, Juhász István, Antal Lajos, Kollár Sándor: A heveny hasnyálmirigy-gyulladás sebészi beavatkozást igénylő mellúri szövödményei. Németh Tibor: Módosított tbc-program hazai visszhangja.

Horváth Mihály, Erdélyi Kálmán, Bábeczky Tibor, Pekó Edit, Rahói Katalin, Ludvig Károly, Böszörményi Er-

nő: Szerzett mitrális- és aorta-hibás betegek műtét utáni kontroll és rehabilitációs követési cardio-pulmonális radioizotóp-vizsgálatai.

Pálffy Gyula, Forrai István, Kostic Szilárd, Kulka Frigyes: A mediasztionoszkópia értéke T₃-N₂ stádiumú hörgőcarcinomák műtéti elbírálásánál.

Hegyri Pál, Balogh József, Percs Erika, Vizner Eszter: Adatok az atipusos mykobakteriumok okozta megbetegedésekhez különös tekintettel a M. aviumra.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1984. 1. szám

Erdélyi Pál dr., Ormainé Huba Judit: A minimális cerebrális diszfunkció. Ignác Piroksa dr. és Cserhalmi Magda dr.: Pszichoterápiás alkalmasságmegítélés és előszocializálás tematikus kiscsoportban.

Oszlászky Ottó dr.: Az arteria vertebralis reográfias és post mortem arteriográfias vizsgálati eredményeinek összevetése a klinikummal és a patológiával.

Biró Sándor dr., Muszbek Katalin dr., Szűcs Rozália dr.: Gyógyszerdependencia neuropsychiátriai osztályon.

FOGORVOSI SZEMLE

1984. 1. szám

Bánóczy J. dr.: A cariológia mai állása. Bodoki I. dr. és Domokos Gy. dr.: Lemez fogpótlások a gyermekfogászati gyakorlatban.

Ludmány N. dr. és Berecz T. dr.: Teljes alsó protézis intraalveolaris elhorgonyozása.

Nemes J. dr., Rigó O. dr. és Ritlop B. dr.: Dentobuff a nyál pufferkapacitásának meghatározására.

Orosz M. dr. és Szabó Gy. dr.: Tapasztalatok a krioterápiás kezelés során és után jelentkező panaszokról, elváltozásokról.

Bögl I. dr. és Fodor A. dr.: Mandibula test sagittális osteomixia prognathiaival társult microgenia sebészi helyreállítására.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1984. 1. szám

Schweiger Ottó: „Egészséget mindenki számára a 2000. évben”.

Böszörményi Miklós: Négy és fél évtized Budakeszin.

Mühlbacher Szilvia, Cserháti Erzsébet: A Csepel Vas- és Fémművekben asthma bronchialisnál nyilvántartott dolgozók helyzetéről.

Rott Zsuzsanna, Fajt Erzsébet: Mikrocelluláris tüdőcarcinomás beteg kombinált cytostatikus kezelés utáni „hosszú” túlélése.

MAGYAR RADIOLOGIA

1984. 1. szám

Csécsei Gy. dr., Agnoli L. dr.: Rekonstrukciós számítógépes rétegvizsgálatok hátsó koponyagöbri daganatos és egyéb térszűkítő elváltozások esetében.

Szabó György dr., Németh György dr., Le van Taeh dr., Kovács Ádám dr., Fodor Attila dr. és Dörl Ferenc dr.: Az alsó állcsont helyreállításának szempontjai sugárkezelés után.

Berkovits László dr.: A szekunder malabsorptio röntgentünetel a tápcsatorna kiterjedt gyulladással és malignus elváltozásaiban.

Lélek Imre dr., Lenk Ferenc dr. és Perényi Antal dr.: Ultrahanggal diagnosztizált egyidejű vese- és lépruptúra esete.

Frey József dr. és Kovalkovits István dr.: A rétegvétel jelentősége a tibia-fej törések kezelésében.

Tóth Gyula dr., Simon László dr. és Bátorffy Márta dr.: Az ERCP szerepe az epevezeték fejlődési variációk felismerésében.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1984. 1. szám

Ribári Ottó dr., Kelemen János dr., Berényi Imre dr., Perényi László dr.: Akusztikus impedancia vizsgálata nasopharynx tumoros betegeken,

Kubik István dr.: A Corti-szerv szerepe és a különböző cochlea-implant technikák anatómiája.

Zempléni Béla dr., Bánhidó Ferenc dr., Veszprémi Zoltán dr., Pólus Károly dr., Káslér Miklós dr.: A gége supra-glottikus horizontális csomkolása egy ülésben végzett kétoldali radikális nyaki blockdissectióval.

Jóri József dr., Kiss József dr., Ribári Ottó dr.: A neuromyographia a Bell-paresis diagnosztikájában.

Spellenberg Sándor dr., Csáthy Anna dr.: Carotis sinus hyperaesthesia electrorystagmographiás vizsgálata.

Czigány Jenő dr.: Halálós kimenetelű otogen meningitisek.

Szabó Elemér dr., Fülöp Tibor dr.: Mikrotechnika a csecsemő- és gyermekkori fülműtéteknél.

Pastinszky István dr.: Hallással, szaglással, hangképzéssel kapcsolatos klaszszikus mondások és idézetek.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1984. 1. szám

Rapcsák Marianna, Hideg János, Pozsgai Antal, Szóór Árpád: Hypokinesia és hypoxia hatása a patkány különböző funkciójú kontraktilis tulajdonságára.

Szilágyi István: Ciklikus AMP meghatározása kötőfehérjével.

Fazekas Tamás, Csáti Sándor, Leprán István, Udvary Éva, Szekeres László: Hyperlipaemiás krízis hatása az ischaemiás kutyaszív működésére.

Gyarmati János jr., Földes István, Rapcsák Marianna, Szóór Árpád, Szilágyi Tibor: Tartós immobilizáció okozta elváltozások patkányok végtagsontjaiban.

Bagdy Dániel, Diónyegi Marianna, Sebestyén László, Barabás Éva, Bajusz Sándor, Szell Erzsébet, Józsa Ferenc: A D-Phe-Pro-Arg-H (GYKI 14166) antikoaguláns és lemezfunkciót gátló hatása in vivo.

Róza Zsuzsanna, Varró Vince: Somatostatin hatása a vékonybél keringésére.

Gachályi Béla, Tihanyi Károly: Tobanum kezelés hatása a patkány májének enzimaktivitására.

Tal Eli, Kovács Zsuzsa, Korányi Lajos, Endrőci Elemér: Morfin kezelés hamikroszomális monooxigenáz rendszerre hatása a patkány pajzsmirigy működésére.

Anderlik Piroksa, Szeri Iona, Bános Zsuzsanna, Wessely Mária: A lymphocytás choriomeningitis (LCM) vírusfertőzés lefolyása Bordatella pertussis vakcinával kezelt, fiziológias thymusinvolutio állapotában levő különböző korú egerekben.

Anderlik Piroksa, Szeri Iona, Bános Zsuzsanna, Wessely Mária, Bertók Lóránd, Radnai Béla: Endotoxin készítmény hatása csframentes és konvencionális egerek lymphotrop cytostatikummal szembeni érzékenységére.

Tarján Enikő, Appel Judit, Tolnay Pál, Pető László: A progeszteron protektív hatásának vizsgálata állatkísérletes emphysemában.

Mihály András, Ágoston Dénes: 4-aminopyridin hatása synaptosomák ultrastruktúrájára.

Tatár-Kiss Zsuzsa, Bardócz Zsuzsa, Kertai Pál: A kompenzációs tüdőnövekedés vizsgálata egérben. II. A növekvő tüdőbenyek poliaminanyagcsereje.

Bardócz Zsuzsa, Rády Péter, Ember István, Karsal Tamás, Kertai Pál: A 12-0-tetradecanoilforbol-1-3-acetát (TPA) hatása tüdőadenomára hajlamos, illetve rezisztens egerek tüdejének poliaminanyagcsereje.

Berki Timea, Németh Péter, Hegedűs János: Kis teljesítményű He-Ne lézer biológiai hatásának vizsgálata in vitro tenyésztett lymphocytákon és makrofágokon.

Gidáli Júlia, Fehér Imre: Adatok a vérképző stroma kis dózsis besugárzást követő sérüléséhez: A csontvelői fibroblast-kolonialekőzések sejtsejt sérülése és regenerációs kinetikája.

Vándor Ervin, Baksa Katalin, Bálint B. József: Izom és in maládehidrogenáz és laktádehidrogenáz aktivitásváltozások a csirke egyedfejlődésének korai szakaszában.



WHO tájékoztatás

Hagyományos kínai és nyugati egészségügyi ellátás Kína falusi közösségeiben. Rance, P. L. Lee: (Social Research Centre, The Chinese University of Hong Kong, China): World Health Forum, 1982, 3, 301.

A Kínai Népköztársaságban az egészségügyi rendszer a hagyományos kínai gyógyítási eljárások és a modern nyugati orvostudomány ötvözetét foglalja magába.

A nyugati módszerek alkalmazása Kínában a 19. század közepén kezdődött meg. Az ezt követő időszakban a kormány és a fiatalabb tudósok a régebbi, hagyományos gyógyítási módszereket már tudománytalannak tartották, s egyre nagyobb úr keletkezett a hagyományos gyógyítást művelők és a modern stílust követő orvosok között.

1958 óta a Kínai Népköztársaság falusi területein népi közösségeket szerveztek, az országban ezeknek a száma mintegy 50 000. A közösségek tagjai döntenek el, hogy melyik gyógyítási eljárást választják. A kínai és nyugati gyógyítási módok aránya 1977-ben 7:3 volt.

Általánosságban elmondható, hogy az idősebb korosztály inkább ragaszkodik a régi eljárásokhoz, míg a fiatalabbak a modern gyógyítást helyezik előtérbe. Az akut betegségek kezelésénél a modern módszerekhez ragaszkodnak, míg a krónikus állapotok gyógyításánál inkább a hagyományos eszközökhöz nyúlnak. Az általános felfogás szerint a tünetek kezelésére a modern nyugati módszereket alkalmazzák, míg a hagyományos orvostudomány inkább az okokat próbálja kiiktatni, emellett a nyugati gyógyszerek káros mellékhatásaitól is tartanak.

A Kínai Népköztársaságban egyre inkább törekednek arra, hogy a kétféle gyógyítást összekapcsolják, s hogy az orvosok egymástól megtanulják mindazt, ami hasznos.

A falusi közösségekben egészségügyi ellátásra szorulóknak mintegy 90%-át az ún. „mezítlásos doktorok” kezelik. Ezeket a gyógyítókat 3 hónapos tanfolyamon képezik a klinikákon, s néhány éves gyakorlat után továbbképzésben részesülnek. Ily módon elsajátítják mindazokat a fontosabb nyugati módszereket, amelyek kevésbé súlyos betegségek gyógyítására alkalmassá teszik őket. A „mezítlásos doktorok” felelnek azért is, hogy a védőoltások megtörténjenek. A környezet-egészségügy, az egészségnevelés, a fogamzásgátlók alkalmazásának terjesztése, valamint a gyakrabban

jelentkező betegségek felmérése is hatáskörükbe tartozik.

Az epidemiológiai felmérések országos szinten történnek. Ezeket általában a megye egészségügyi szervei kezdeményezik, s a közösségek klinikáinak a felügyelete alatt történnek. Ilyen felmérések történtek nőgyógyászati, parazitás és elmebetegségekre, valamint tuberkulózisra és leprára vonatkozóan.

A gyakorlati tapasztalatok szerint a hagyományos módszerek és a nyugati modern orvosi eljárások összekapcsolása a betegségek megelőzésében és gyógyításában eredményesebb, mintha a gyógyítás csak a nyugati módszerek szerint történe.

A kínai egészségügyi ellátás fejlesztése gazdasági funkciót is jelent. A Kínai Népköztársaságban az egészségügy erőforrásai szegényesek, s még igen hosszú időt vesz igénybe, amíg megfelelő számú, nyugati stílusú személyzettel, elegendő gyógyszerrel és eszközökkel rendelkeznek majd a 900 milliós lakosság számára. Ebben segít a kínai, hagyományos módon gyógyítók mobilizálása és a meglévő gyógyszerek, alapanyagok felhasználása.

A legtöbb fejlődő ország számára igen fontos feladat az orvosi ellátás modernizálása. Ez általában azzal jár, hogy a hagyományos eljárások helyett a nyugati orvostudomány térhódítása következik be. Ugyanakkor azonban a gazdasági elmaradottság miatt nincsenek meg a modern gyógyítás előfeltételei, s hosszú évekre van szükség ahhoz, hogy a modern gyógyítás megindulhasson. Ezért hatékonyabb megoldás a Kínai Népköztársaságban alkalmazott módszer, mely a hagyományos és a modern gyógyítás ötvözetét.

*Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.*

Az élettartamra vonatkozó legújabb irányvonal a fejlett országokban. WHO Chronicle (World Health Organisation, Geneva, Switzerland): 1982, 36, 234.

Az Egészségügyi Világszervezet birtokában levő legújabb jelentések szerint a fejlett országokban a nők várható élettartama 80 év, Izlandban, Japánban, Hollandiában, Norvégiában, Svédországban és Svájcban 79, s Ausztráliában, Kanadában, valamint Franciaországban valamivel meghaladja a 78 évet. Férfiaknál az előrehaladás nem ilyen látványos. A legmagasabb életkort Izland és Japán férfilakosságainál tapasztalták, ez átlagosan 73,6 év, Görögországban, Hollan-

diában, Norvégiában, Svédországban és Svájcban valamivel meghaladja a férfiak átlagos életkora a 72 évet.

1975 óta a nők életkora 1 évvel, a férfiaké 0,75 évvel nőtt a fejlett országokban. Ausztráliában mind a férfiak, mind pedig a nők életkora 1,5 évvel emelkedett, s ugyanez érvényes az NSZK-ra, Japánra és Portugáliára is. Hollandiában a nők életkora több mint 1,5 évvel emelkedett.

*Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.*

Alkohol-probléma: a társadalmat egyre inkább fenyegető veszély. WHO Chronicle (World Health Organization, Geneva, Switzerland): 1982, 6, 222.

Az Egészségügyi Világszervezet 1982 májusi közleménye szerint az alkoholizmus problémája világméretű, s sürgető a szükség, hogy az ezzel járó társadalmi, gazdasági és politikai problémák megoldást nyerjenek.

A közlemény szerint mind nemzeti, mind pedig nemzetközi szinten arra kell törekedni, hogy az „Egészséget mindenkinek 2000-re!” jelszó keretében az alkoholizmus a világon csökkenjen. Ezt a célkitűzést segítenék az egyes országokban bevezetésre kerülő, alkohol-fogyasztást tiltó intézkedések.

A WHO az alkohol problémáját az Egészségügyi Világnap célkitűzésévé kívánja tenni, ezenkívül javaslatot tett arra, hogy az Egyesült Nemzetek olyan nemzetközi évet hirdessen, amely az egészséges életmódot, s ennek keretében az alkoholizmus elleni küzdelmet irányozná elő. A kérdés jelentőségét kívánja alátámasztani a WHO azzal a javaslatával is, amely szerint a hivatalos fogadásain a jövőben nem szolgálnak fel alkoholt. A világméretű probléma megoldását a következő kérdések felülvizsgálata szolgálhatja:

1. Milyen mértékben és körülmények között kényszerül rá egy ország, hogy átfogó intézkedéseket hozzon az alkoholizmus megelőzésére és kezelésére?

2. Milyen helyet foglal el egy országban az alkoholizmus elleni intézkedések mértéke?

3. Milyen mértékű a megelőzésre és a kezelésre fordítandó figyelem?

4. Melyek azok a leghatékonyabb intézkedések, amelyek a megelőzést szolgálják?

5. Hogyan történjék az alkoholizmus elleni intézkedések tervezése és bevezetése?

6. Milyen módon járulhat hozzá a WHO az egyes nemzetek alkohollelens intézkedéseinek kidolgozásához?

Az alkohol-fogyasztás világszerte nő, 1950 és 1972 között mintegy kétszeresére emelkedett a fejenkénti fogyasztás tömény italokból, borból

és sörből számos országban. Az 1980-as adatok szerint ez egyre növekszik, bizonyos országokban ötszörösére emelkedett egyes italok fogyasztása.

Az alkoholizmus nemcsak az egyén, hanem a család, a környezet számára is súlyos probléma. Ugyancsak fokozott terhet ró az egészségügyi szervekre is. Az alkohol folyamatos és túlzott mértékű fogyasztása májzsugorodáshoz vezethet, ez a betegség az öt legfőbb halálok közé számít a 25—64 éves férfiak korosztályában. A túlzott alkoholfogyasztás nyelöcső-máj-gatrakot is okozhat. Megfigyelték, hogy az alkoholisták között lényegesen magasabb a balesetek száma is, a közúti balesetek 30—50%-ában az alkohol fogyasztását követő bizonytalan állapot játszik szerepet, ehhez társulhat még az iparosított országokban egyre gyakoribb kábítószer-fogyasztás is.

A házasságok felbomlásának igen sok esetben oka a mértéktelen alkoholfogyasztás, ez azzal járhat, hogy az alkoholisták gyermekeinek életét is kedvezőtlenül befolyásolja.

Az alkoholista anyák gyermekeiben fejlődési rendellenességek, központi idegrendszeri zavarok mutatkoznak.

Az alkohol problémákat okoz a munkahelyeken is, egy nagy ipari országban végzett felmérés szerint több mint 5% az alkoholisták száma, s ez 25%-kal csökkenti a termelékenységet.

Az alkoholizmus elleni küzdelemben fontos szerepet játszik a megfelelő tájékoztatás, a kereskedelmi forgalom bizonyos mérvű csökkentése, a társadalom nevelése, a gyors és hatékony intézkedések, a WHO vezető szerepének erősítése a kérdés megoldásában, valamint nemzetközi összefogás, amely elsősorban a harmadik világ országainak nyújtana védelmet.

*Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.*

A nők egészségi állapota az amerikai államokban. WHO Chronicle (World Health Organization, Geneva, Switzerland): 1982, 36, 231.

Az amerikai államokban a nőknek olyan speciális egészségi problémákkal kell szembenéznük, amely egyedül őket sújtja, vagy legalábbis nagyobb mértékben, mint a férfiakat. Latin-Amerikában és a Karib-szigeteken a nők magasabb életkort érnek meg, mint a férfiak, de a megbetegedések száma nagyobb, mint a nőknél, mint a férfiaknál. A nők a házimunkában és a gyermeknevelésben való elfoglaltságuk miatt sokkal nagyobb fizikai igénybevételnek vannak kitéve, mint a férfiak.

Latin-Amerikában és a Karib-szigeteken a nők elhalálozásának fő okai a terhesség, szülés és a szülést követő időszakban mutatkozó problémák, ez főleg a 15—44 év közötti

nőket sújtja. A szüléskor bekövetkező halálozások száma hétszer magasabb ezeken a területeken, mint a fejlett országokban. A szülést szennyes környezetben bonyolítják le, s így a fertőzés veszélye is nagyobb. A terhességmegszakítások is olyan körülmények között zajlanak le, hogy egészségkárosodások származnak belőle. A nők elhalálozásának 34—50 százaléka a tiltott terhességmegszakítások következménye.

A nők Latin-Amerikában gyakran tesznek meg 5 km-es távolságot gyalog, hogy vízhez jussanak. Mivel a mosáshoz, főzéshez, a gyermekek ellátásához mindenképpen vízhez kell jutniuk, erejüket nem kímélve gyalogolnak.

A nők kevesebb oktatásban is részesülnek, mint a férfiak, s 60—80%-át teszik ki az analfabéta lakosságnak. A szavazóképes populáció felét a nők alkotják, de csupán 3 százalékuk vesz részt a törvényalkotásban és a kormányzati vezetők szervekben. A Karib-szigeteken több időt töltenek tanulással a nők, nagyobb eredményeket is érnek el a képzettségüket tekintve, de a munkában való elhelyezkedéskor csak az alacsony szintű munkakörökben kapnak lehetőséget.

Mindezek alapján igen sürgető szükség van arra, hogy az Egyesült Nemzetek Szervezete által 1976—85-re szorgalmazott fejlesztés létrejöhessen, és az 1981-től a „Nők évtizedének” kikiáltott időszakban megvalósuljanak azok az elképzelések, amelyek a nők egészségi és társadalmi helyzetének javítását szolgálják.

*Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.*

Nehezen kezelhető betegek — India asszonyai. Murthy, N. (Public Systems Group, Indian Institute of Management, Vastapur, Ahmedabad, India): World Health Forum, 1982, 3, 315.

Indiában 50 éves korig nagyobb a nők halálozási arányszáma, mint a férfiaké. Ez jelzi, hogy az egészségügyi ellátás kevésbé terjed ki a nőkre, mint a férfiakra. Különösen érvényes ez a falusi asszonyokra. Egy Ahmedabadban történt felmérés szerint az orvosi kezelést igénylő férfiak aránya a nőkéhez képest 5:1-hez.

Mi az oka, hogy India asszonyai nem igénylik az orvosi ellátást? Az egészségügyi központok és alközpontok elérhetetlensége nem az egyedüli ok, hanem a nők nem is használják ki az adott lehetőségeket. Továbbá, a közösségi egészségügyi szolgálat sem éri el minden esetben az ellátásra szoruló nőket a kisebb településeken. Azt tervezik, hogy a nőket nagyobb arányban vonják be az egészségügyi gyógyító munkába, s ezáltal több asszony otthoni ellátása is megvalósulhatna. A valóságban azonban az egészségügyben dolgozók 90%-a

férfi, s a kezelték zöme is férfi. Az az általános vélemény, hogy a nők kevésbé igénylik az orvosi beavatkozást, tanácsadást.

Az alapvető probléma az, hogy a nők a házimunkával való elfoglaltságuk miatt kevésbé törődnek egészségükkel, s csak akkor fordulnak orvoshoz, amikor már betegségük súlyossá válik és gyógyításuk is sokkal nehezebb.

Mivel az egészségügyi alközpontok felszereltsége általában nem kielégítő, a súlyos betegeket nem képesek ellátni, s ilyen esetekben a nők szívesebben fordulnak a legkülönbözőbb helyi gyógyítókhoz. Mindezek alapján Indiában az egészségügyi szolgálatnak törekednie kell arra, hogy megfelelő felvilágosító munkával elérje azt, hogy a falusi asszonyok már a betegség korai szakában orvoshoz forduljanak, valamint biztosítania kell a hatékony gyógyítást.

A fejlődés útja, hogy az egészségügyi szolgálat ne csak azokat lássa el, akik gyógyítás céljából a központokban megjelennek, hanem keresse fel a beteg asszonyokat az elhagyott községekben is, nyújtson azonnali segítséget, vagy ha szükséges, beszélje rá a beteg családját, hogy mielőbb orvoshoz forduljanak. A különböző közösségi rendezvények, klub-összejövetelek keretében megfelelő tájékoztató munkával elérhető lenne, hogy a falusi asszonyok megismerjék az egészségügyi ellátás lehetőségeit.

Az indiai asszonyok egészségének védelmében komoly eredmények születhetnének különösebb anyagi hozzájárulás és a társadalmi környezet lényeges változtatása nélkül is, ha az egészségnevelést fejlesztik.

*Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.*

A gyógyszerekre vonatkozó egységes irányelvek kidolgozása. Lionel, W., Herxheimer, A. (Committee for the Approval of Drugs, Ministry of Health, Sri Lanka and Charing Cross Hospital Medical School, London, England): World Health Forum, 1982, 3, 285.

A hatékony és biztonságos gyógyszerek fontos szerepet töltenek be a betegségek megelőzésében és gyógyításában. Azonban számos olyan gyógyszer van kereskedelmi forgalomban, amely a lakosság egészségi állapotát csak kismértékben javítja, s forgalmazása inkább üzleti érdek. Az ily módon alkalmazásra kerülő gyógyszerek az egészségügy költségvetésének mintegy 10%-át érintik a fejlett országokban, a fejlődő országokban pedig 30—40%-át.

Mindezek alapján igen sürgető az egészség szemponjtól fontos gyógyszerek jegyzékének összeállítása. Ennek a célnak az elérése érdekében olyan irányításra van szükség, amely a kísérleti munkától

a használatig figyelemmel kíséri a gyógyszerek sorsát.

A gyógyszerekre vonatkozó irányelvek kidolgozásához megfelelő ismeretekkel kell rendelkezni a betegségek megnyilvánulásaira, a gyógyításukhoz használt gyógyszerek fajtáira és mennyiségére vonatkozóan. A gyógyszerek használatát eldöntő személyek epidemiológiai, demográfiai, gazdasági, pszichológiai, klinikai képzettsége is igen fontos. Az Egészségügyi Világszervezet ebben segítséget nyújt mindazon országoknak, amelyek ilyen ismeretekkel nem rendelkeznek.

A nyilvántartás szerveinek a gyógyszerek engedélyezése előtt a következőket kell megismerniük:

- a gyártás folyamatát,
- megfelel-e a készítmény az előírásoknak,
- a stabilitási tesztek és azok eredményét,
- az állatokon végzett farmakológiai és toxikológiai tesztek, az alkalmazott módszerek pontos leírásával,
- az embereken végzett klinikai vizsgálatok eredményét,
- az esetleges káros hatásokra vonatkozó adatokat,
- a készítményeken szereplő jelöléseket és a mellékelt használati utasítást.

Amennyiben a fenti adatok rendelkezésre állnak, szakértőkből álló bizottság dönti el, hogy a kapott eredmények alapján a gyógyszer engedélyezhető-e. A nyilvántartó hatóság dönti el, hogy melyek azok a gyógyszerek, amelyek vény nélkül is eladhatók. Amennyiben egy gyógyszer káros hatásokat válthat ki, célszerű, hogy csak az orvos utasítására legyen hozzáférhető.

Az Egészségügyi Világszervezet szorgalmazza a prioritást élvező gyógyszerek jegyzékének összeállítását, az erre vonatkozó irányelvek kidolgozása meg is történt. Ebben a jegyzékben azok a gyógyszerek szerepelnek, amelyek a leggyakrabban jelentkező megbetegedések megelőzését és kezelését segítik elő.

A gyógyszerek rangsorolásánál fontos szempont az ár is. Elengedhetetlen a gyógyszerek minőségének ellenőrzése. Az állam feladata a gyártás folyamatának figyelemmel kísérése.

A gyógyszerek gyártása szempontjából az egyes országok eltérő adottságokkal rendelkeznek. Bizonyos országok fejlett gyógyszeripari múlttal tekinthetnek vissza, mások csak a csomagolás és formulációk készítésének feladatát képesek vállalni, s akadnak olyan országok is, amelyek ragaszkodnak ahhoz, hogy saját nyersanyagokból és alapanyagokból gyártott gyógyszereiket ismerik csak el.

Igen fontos a különböző országok közti regionális és nemzetközi szintű együttműködés. Ily módon valamennyi országban csökkenne

a külföldről vásárolt gyógyszerek használatának kockázata, mert a minőségi ellenőrzés biztosítaná, hogy csak jó minőségű gyógyszerek kerüljenek az országba. Az együttműködés keretében a fejlődő országok segítséget kapnának a gyógyszerre vonatkozó szabályozás és a törvényes intézkedések bevezetésében. A közös munka keretében a személyzet oktatása, a gyógyszerek káros hatásának a felderítése, a standardok megállapítása, a különböző gyártási folyamatok összehangolása is megvalósulhatna.

Az Európai Gazdasági Közösség felszólította tagállamait a gyógyszerek szabályozásában való együttműködésre. Ennek keretében már megkezdődött az az elemző munka, amely a szabályozásban mutatkozó különbségek felderítését célozza, s közös megállapodás előkészítésén munkálkodik.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Az egészség táplálkozási vonatkozásai a fejlődő világban. Njai, D. M. (Dept. Pediat. Kenyatta Nat. Hosp. P. O. B. 30588, Nairobi, Kenya): Clin. Chem. News, 1982, 2, 34.

Kiderült, hogy a kevésbé drámai, kevésbé feltűnő és jobban elterjedt enyhe táplálkozási hiányok — növekedési visszamaradás, gyengeség, súlyvesztés, érzékenység fertőzésekkel szemben, elhúzódó lábadozás, mérsékelt anémia, szellemi elmaradás, csökkent stressz reakciók, csökkent tejlválasztás — sokkal fontosabbak az egészség és a gazdasági fejlődés szempontjából, mint a klasszikus táplálkozási hiánybetegségek (marasmus, kwashiorkór, keratomalacia, csontritkulás, angolkór, beri-beri, seborrhoea, pellagra, megaloblastos anémia, vashiányos anémia, golyva, kariesz stb.)

Az enyhe hiányok közül sok felderíthető biokémiai reakciókkal. Ezért ajánlatos, hogy a kerületi (tartományi) szinten levő laboratóriumok megkapják a szűrővizsgálati lehetőségeket (anyag, személyi, felszerelési stb.). A legfontosabb a képzett személyzet. A táplálkozási szűrővizsgálatok, hogy megelőzzék az alultápláltságot és a fertőzésekre való fokozott hajlamot, szerepelnek az Egészségügyi Világszervezet (WHO, OMS) programjában, hogy 2000-re mindenkinek egészséget biztosítson.

Nikodemusz István dr.

A mefloquin: fejlődés az antimaláriás gyógyszerekben. UNDP, (World Bank), W. H. O.: Bulletin WHO. 1983, 61, 169.

Ázsiában chloroquinra a malária törzsek 90%-ban nem reagálnak; hasonló törzsek nagy tömegben találhatók Indiában. Afrikában az újabb vizsgálatok 6 országban

mutatnak chloroquin rezisztens malária törzseket. A jelenleg alkalmazott gyógyszerek nem minden esetben eredményesek.

A chemoterápia csak egy aspektusa a malária elleni küzdelemnek és fontos szerepe van minden új gyógyszer bevezetésének. A mefloquin (4 quinoline metanol) schizonticid gyógyszer, de nem alkalmas profilaktikumként való alkalmazásra, vagy visszaeső (esetleg chloroquinra nem rezisztens) malária kezelésére. A gyógyszer állatkísérletekben 5–150 mg/kg/hét alkalmazásában egy éven át nem okoz mutagén hatást, nincsenek fejlődési rendellenességek, toxikus anyagok csak magas adagban fordulnak elő és a gyógyszer nem carcinogén. Emberben közepes mennyiségben van a plazmában, felezési ideje 6–23 nap, de néha még 30 nap múlva is előfordul (egyszeri adagolás után) és a faecissal ürül. Kipróbálását 1972-ben kezdték el Thaiföldön. Kisebb szívrozavarok léptek fel 1000 mg adagolása után (6–13%) és 1000 betegből 5 neuropszichiátriai beteget észleltek. A gyógyulás 90–100%-os volt. Zambiában mefloquin adása után a chloroquin rezisztenciát 1000 mg-mal gyógyították. A fenti országokon kívül alkalmazták a gyógyszert Brazíliában, Burmában, Gabonban, Felső-Voltában és az Egyesült Államokban.

Gyermekeknél kisebb adagban: 20–30 mg/kg adják és a gyógyszer igen hatásos. A felezési idő gyermekben rövidebb, mint felnőttnél. Észak-Thaiföldön összehasonlítható adagban mefloquin és sulfadoxin-pyrimethamint adtak. A mefloquin adag 180 mg/hét, ill. 360 mg/hét (vagy 180 mg két héten át), a sulfadoxinból 1 g + 50 mg pyrimethamin minden két héten, vagy 500 mg sulfadoxin + 25 mg pyrimethamin minden két héten, vagy ben, (illetve ugyanez az adag hetente). 850 betegnél fejezték be a kezelést és azt tapasztalták, hogy a mefloquin sokkal hatásosabb volt; gyógyszeres toxicitást, biokémiai hatást és a haematológiai paramétereket azonosnak találták. Csak a leukocyták száma volt alacsonyabb. Mefloquint együttes adagolásban adtak sulfadoxin + pyrimethaminnal, de semmiféle az emberi szervezetre káros hatást nem észleltek.

A mefloquin igen hatásos profilaktikus készítmény chloroquin rezisztens maláriában. A WHO ezért olyan országok számára biztosítja a gyártás lehetőségét, ahol chloroquin rezisztens törzsek előfordulnak. Szigorú ellenőrzés bevezetése szükséges azonban minden ilyen országban. 1980-ban Thaiföldön 400 ezer emberrel alkalmazták, eredménnyel. Igen nagy hiba volna, ha csak mefloquin állna a gyógyítás rendelkezésére, és minden körülmények között védeni kell a mefloquin adagolását. Nem szabad elfelejteni, hogy ha pyrimethaminnal és sulfadoxinnal szemben a malá-

ria rezisztenssé válik, csak nagyon keveset érhetünk el a mefloquin adásával. Mefloquin magában csak rezisztens malária törzsek hordozóinak szabad adni.

Ringelmann Béla dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Genitalis herpes simplex vírus fertőzés helyi kezelése acyclovirrel. Corey, L. és mtsai (Univ. of Washington and the Children's Orthopedic Hosp. and Med. Center, Seattle): N. Engl. Med. 1982, 306, 1313.

A szerzők 188 igazoltan genitális herpes simplex vírussal fertőzött beteg acyclovir-rel történő helyi kezeléséről számolnak be. Kétős vak próbával a betegek egy részének acyclovirt, más részüknek placebót adtak. A betegek közül 77 elsődleges HSV, 111 visszatérő fertőzés volt.

A bőrelváltozás kezelését ke-nőccsel naponta négy alkalommal végezték, az elsődleges fertőzések-nél 10 napos, visszatérő infekcióknál 5 napos kúrában. Toxicitásra utaló adatokat, szövdményeket nem észleltek. Tapasztalataik szerint a teljes gyógyulás az acyclo-vires csoportban 7,1 napot vett igénybe, a placebót kapott betegek-nél ugyanez 10,5 nap volt.

A szerzők megítélése szerint az acyclovir az első hatásos gyógyszer, ami hasznosan alkalmazható elsődleges genitális HSV fertőzés keze-lésében; a helyi kezelés a tüneteket is enyhíti.

Bodó Miklós dr.

A genitális herpes terápiája. Luby, J. (Univ. of Texas Health Sciences Center): N. Engl. J. Med. 1982, 306, 1356.

A szerző olvasói levélben fog-lalkozik a genitális herpes simplex vírus terápiájának kérdésével. Hivatkozik Corey és munkatársainak közlésére, akik az acyclovirt 5%-os kenőcs formájában lokálisan alkalmazták. Megítélése szerint az ilyen jellegű kezelés csak korai esetekben eredményes. Intravénás kezeléssel számol, mely jóval hatásosabbnak bizonyult. Az orá-lisan szedhető preparátum kipró-bálása jelenleg van folyamatban. Felhívja a figyelmet arra, hogy a túlzottan kiterjedt és hosszan alkalmazott helyi kezelés következménye rezisztencia kialakulása lehet. Megítélése szerint mind a helyi kezelést, mind az iv. kezelést óvatossággal kell fogadni, és csak akkor alkalmazni, ha az adott el-változásból a HSV-t identifikálták, és súlyos panaszokat okoz.

A genitális herpes vírus fertő-zöttség emelkedése további vizsgá-latokat igényel.

Bodó Miklós dr.

Az orális acyclovir kezelés hatása a friss és recurráló (ismétlődő) ge-nitális herpesre. Nilsen, A. E. és mtsai. (A Bergeni Egyetemi Kór-ház Bőrgyógyászati és Mikrobioló-giai Osztálya, Norvégia): Lancet, 1982, II, 571.

Számos közlemény számolt be Angliából és az Egyesült Államok-ból arról, hogy a genitális herpes (GH)-ek száma emelkedik. Az acyclovir (A) nevű készítménynek (Zovirax R., Wellcome) jelentős specifikus hatása van bizonyos herpesvírusokra, különösen a herpes simplex vírus 1. és 2. típusára (HSV 1., ill. HSV 2./ref.: utóbbi a GH kórokozója). A készítményt először egy órán át iv. infúzióban adták, 8 óránként ismételve. Ez kórházi kezelést igényelt, amit a betegek elutasítottak. A szerzők ezért az orálisan adott A hatását vizsgálták.

Betegeik az első tünetek megje-lenése után 48 óra és 5 nap között jelentkeztek. A betegeket randomizálva placebo és A csoportba osztották. Az A.-t 5 részletben kap-ták, 200 mg-os adagban 5 napig. Klinikai vizsgálat a jelentkezéskor, majd ezután hetente háromszor történt. A tüneteket súlyosság szer-int 4 csoportba osztották (0—3-ig jelezve). Vírustenyészésre minden alkalommal vettek anyagot, amit transport mediumban szállítottak, és a vizsgálat napján humán embri-onális fibroblaszt kultúrában tenyészítették. A verifikáció immun-fluoreszcens módszerrel történt. A szérumban meghatározták a HSV komplementkötő ellenanyagokat. A tünetek tartamát, a vírusürítést és a teljes gyógyulást statisztikai módszerekkel értékelték.

Összesen 31 első és 85 visszaté-rő GH-t tanulmányoztak. Előbbiek közül 17 beteget A-rel és 14-et placeboval kezeltek. A visszatérő be-tegek közül 42 A-t kapott és 43 placebo-t.

A frissen fertőzötteknél a vírus-ürítés A. kezelés hatására szignifi-kánsan csökkent. Ezenkívül mér-seklődött a viszketés, fájdalom és pörköködés tartama és új herpesek is rövidebb ideig voltak megfigyel-hetők. Az A. és placebo csoportban 1—1 betegnél kellett abbahagyni a kezelést. Mindkettőben szédülés és fejfájás fordult elő. Az A-rel kezelt betegnek vesekölkolikája volt, de ennek a betegnek már előzőleg vesekövei voltak. Az orálisan adott A. hatásos volt és jól viselték a betegek, akár frissen szerzett, akár visszatérő herpesük volt. Ezzel lehetővé vált a GH ambuláns kezelése.

(Ref.: Különösen fontos lenne a HV 2. okozta genitális laesiók diag-nózis és hatásos gyógyítása a ter-hesség alatt. Ezzel számos újszül-ött szünetését, súlyos betegségét, esetleg halálát is ki lehetne véde-ni.)

Korányi György dr.

Krónikus mukokután herpes simplex vírus infekciók kezelése acyclovirrel. Straus, S. E. és mtsai (Labor. of Clinical Invest., Nation-al Inst. of Allergy, Bethesda): Ann. Int. Med. 1982, 96, 270.

A sejtközvetítette immundeficienciában szenvedő betegek egyik leggyakoribb szövdménye a mukokután herpes simplex vírus infekció kezelésére korábban hyper-immunsavó, ill. ARA—A adásával próbálkoztak viszonylag kevés eredménnyel. Az utóbbi időben a 200 mg hatóanyagot tartalmazó acyclovir capsula adagolásával tapasztaltak jó eredményeket első-sorban csontvelő transzplantáción átesett betegeken. A szerzők 5 im-mundeficiens beteg 25 alkalommal észlelt recurráló herpes-vírus fer-tőzése során alkalmazták az acyc-lovir 5 mg/kg mennyiségben 8 óránkénti, 5 napig tartó adagolás-ban. Bár a kezdeti eredmények jók voltak, a fertőzés recidivált nem lehetett vele hatásosan megelőzni. Ez utóbbi oka az lehetett, hogy a betegek más-más vírus clonnal fertőződtek, vagy a vírusok váltak az acyclovir iránt rezisztenssé. Az eddigi megfigyelések szerint az acyclovir legkifejezettebb hatással a herpes simplex vírus 1-es típusa iránt van.

Berkessy Sándor dr.

Acyclovir. Timbury, M. C. (Szerk. közlemény): Br. med. J. 1982, 285, 1223.

A herpesvírus fertőzések kezelé-sében új szer került az érdeklődés középpontjába: az acyclovir (A).

Az eddigi antiherpeses szerek a DNS-replicáció gátlásával hatot-tak, és befolyásolták a gazdasejt DNS-metabolizmusát is, néha súlyos mellékhatásokat okozva.

Az A. szintén a vírus DNS szin-tézisét gátló szer, de szelektív to-xicitással rendelkezik. Az aktív A.-nak foszforilálnak kell lennie: a foszforilációt a vírus timidin kináz végzi, a gazdasejt gyakorlatilag nem vesz részt a folyamatban. Ezenkívül az A. jobban gátolja a vírus DNS-polymeraseját, mint a gazdasejtét. Így az A. csak vírus-sal fertőzött sejtekben hat, és csak a megfelelő timidin kináz tartalmazó vírusok érzékenyek rá: a hu-mán herpesvírusok. A CMV-re jó-val kevésbé hatásos.

Lokális alkalmazásával kapoco-latosan még folynak a viták, bár tény, hogy a herpeses cornea-ulcus gyógyulását gyorsította, megelőzte a korai recidivát: egyes szerzők megfelelően tartották genitális herpes kezelésére is.

Intravénásan adva az A. szig-nifikánsan jó hatású volt mind h. simplex, mint zoster esetében: gyors tüneti javulást hozott létre és preventív célra is megfelelőnek bizonyult. Javasolják immunszuppresszív kezelésben részesülő betegek generalizált herpesvírus-fertőzésének megelőzésére.

Jelentős toxicitást nem észleltek. Mivel a vesén át ürül, beszűkülte vesefunkció esetén adagját csökkenteni kell. Horváth Andrea dr.

Az influenza aktuális problémái.

Zsdánov, V. M. (Moszkva): Klinikuscskájája Medicina 1982, 11, 6.

A szerző először az influenza járványok történetét tekinti át. Pandémiát csak az A vírus okozott. Az 1957-ben megjelent H₂N₂ antigenitású A vírus (ázsiai, vagy szingapúri) teljesen eltűnt, 1977 óta az 1918-as H₁N₁ vírus variánsa — 20 éves szünet után — újra cirkulál. Ugyanakkor az 1970-es években megjelent hongkongi H₃N₂ vírus is kering, és epidémiát okoz. A világ jelenlegi pandémiáit a fenti 2 vírus okozza, ezenkívül a B vírus tart fent helyi járványokat. Az adott vírussal szemben szerzett emberi immunitás később sem csökken. Az antigenitásért felelős gének jellege azonban egyrészt mutációval változik (eddig 9 haemagglutinin és 7 különböző neuraminidáz ismert), másrészt a kollektív immunizáció kiszorítja a vírusokat az emberi populációból, az állatok tarka biocönózisai a kollektív immunitás lehetőségét nem teremtik meg, a vírusok rekombinálódhatnak az állatokban, új vírus jöhet létre. Így az 1918-as H₁N₁ vírus 8 génjéből (P₁, P₂, P₃, H_A, M, N_P, N_A (polimeráz = P₁, P₂, P₃, haemagglutinin = H_A, membrán = M, neuraminidáz = N_A, nukleoproteid = N_P, nem strukturált fehérjé = NS-t kódoló gén) a H₂N₂ típusú A-vírus 4 gént kapott: P₁, P₂, P₃, N_P (történetesen nem ezek határozzák meg az antigenitást). A H₃N₂ vírus 7 ösgént tartalmaz, új csak a H₃. A „visszatérő” H₁N₁ is 7 ösgént tartalmaz.

A továbbiakban a megelőzés módjaival és a kezeléssel foglalkozik a szerző.

1. Élő, tyúk allantoison passzált vaccina 10—15 passage után nem patogén, 20—25 után pedig nem is szaporodik. Előnye a természetes hatásmód, azonban gyermekeken túl erős reakciót okoz. A hideg mutans olyan élő vírus, mely csak 32—35 °C-on él, (ez az ornyálkahártya hőmérséklete), 37 °C-on (a tüdőben) elpusztul. A vaccina még kísérleti stádiumban van, a hatás függ az ornyálkahártya állapotától, a jelenleg még pontatlan adagolástól. A morbiditást ennek kísérletes alkalmazása másfél-kétszer csökkentette. Meghatározott — a világ számos pontján állandóan rendelkezésre álló — inaktivált törzsből (a WHO rendszerét, minden év februárjában közzétett influenza-epidemiológiai jelentése alapján) kívánt H és N antigenitású vírust állíthatnak elő 2—3 hét alatt, génátültetéssel, vagy rekombinációval.

binációval. Így a vírus alaptulajdonsága változatlan, az antigenitás azonban az igények szerint módosítható. Fiatalokon, időseken, krónikus betegségben szenvedőkön ezek a módszerek veszélyesek, pedig nekik volna a legnagyobb szükségük a megelőzésre. Nálunk víruspartikulumokat, törmelékeket tartalmazó vaccinákat alkalmaznak. Ezek detergenssel történő lipidfrakció-elvonás és egyéb fehérjetisztítási folyamatok után alig patogének.

2. Előlt vaccina pontos technológia szerint. Jól adagolható. A morbiditást felére csökkenti.

3. Emberi hyperimmun-globulin alkalmazása.

4. Kemoprofilaxis: a kontaktoknál az első órákban, első napon amantadin származékokkal a morbiditás harmadára-negyedére csökkenthető, de ez a B és C vírusra hatástalan.

5. Interferon és induktorai. Alkalmazásuknak az szab gátat, hogy állandó magas szint fenntartása nehézkes. Az ember az ismert természetes induktorokra hamarosan refrakterré, immunissá válik. A mesterséges induktorok toxikusak. Az indukált interferon vírusreplikáció-gátlása 2—3 nap alatt elmúlik.

8. A bakteriális felülfertőzések megelőzése és gyógyítása. Ez továbbra is az ismert gyógyszerekkel történik.

Kádár János dr.

Legionellózis. Conwill, D. E. és mtsai (Infectious Diseases Section, California Department of Health Services, Berkeley, and the San Francisco Public Health Department, San Francisco, California): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 126, 666.

Az Egyesült Államokban évente szóróványosan 26 000—116 000 legionellózisos beteget észlelnek. A fertőzés forrása rendszerint a Legionella pneumophila baktériumokkal fertőzött légkondicionáló berendezés levegője és a hűtőtorony vize volt.

1980 március első felében San Francisco egy 10 emeletes, légkondicionáló berendezéssel ellátott irodaépületében, annak a felújítása közben 1000 dolgozó közül előbb 3, majd 6 beteg került kórházba magas lázzal járó tüdőgyulladással. Közülük kettőnek négyeszes, négynek pedig 1:256 volt a Legionella pneumophila antitest titer. Ekkor kérdőíveken megállapították, hogy ebben az időpontban 61 betegnek, a kérdőívet kitöltöttek 10,7%-ának volt hasonlóan magas lázzal járó tüdőgyulladása. Ezek közül együttesen 14 betegnek volt indirekt fluoreszcens próbával a vérsavóban 1:256 vagy ennél is nagyobb titerű értéke. A legionellózis főleg az 50 évnél idősebb férfiakon volt gyakori, Erythromycin

kezelésre mind a 14 beteg meggyógyult.

Még a járvány közben megállapították, hogy a kórokozó az épület felújítása közben az udvaron ásott gödör fertőzött földjéből került a légkondicionáló berendezés levegőjébe és a hűtőtorony vizébe. A berendezés fertőtlenítése után 12 hónapon belül újabb megbetegedést nem észleltek.

Pongor Ferenc dr.

Legionella pneumophila kitenyészése kórházi ivóvíz mintákból.

A közvetlen lemeztenyésztés összehasonlítása a tengerimalac oltással. Edelstein, P. H., Schnitzer, J., Feingold, S. M. (Vet. Admin Wadsworth Med. Cent. Los Angeles, Calif. 90073): J. clin. Microbiol. 1982, 15, 1092.

85 kórházi ivóvíz mintát vizsgáltak meg Legionella pneumophila jelenlétére közvetlen lemeztel és tengerimalac oltással párhuzamosan. A leoltás olyan lemezre történt, amely a szelektivitás megkönnyítésére antimikrobás anyagokat tartalmazott s a mintát leoltás előtt savval kezelték, valamint leoltottak kezeletlen anyagból is. Legionella pneumophila-t 33 mintából lehetett kimutatni, egyik vagy mindkét módszerrel, 14 mintából a baktérium csak tenyésztéssel jött ki, míg 2-ből csak állatoltással. A Legionella kitenyészésére vízben lényegesen jobbnak látszik a tenyésztéses módszer, mint az állatoltás.

Nikomedusz István dr.

Legionella pneumophila: virulenssé váló átalakulás avirulensből emberi tüdőfibroblast tenyésztésben történt sorozat átoltás után. Wong Mae C. és mtsai (Bact. Div. Cent. Diseases Control, Atlanta, GA 30333): Curr. Microbiol. 1982, 5, 31.

Eddigi tapasztalatok szerint a Legionella pneumophila virulens formája képes arra, hogy a gazdaszövetekben túléljen, s ilyenkor a sejtekhez alkalmazkodva a virulenciája csökken vagy elvész. A sejteken belül képes szaporodni úgy, hogy közben a gazdaszövetet — a vírusokhoz hasonlóan — szétrombolja, ill. elpusztítja. Ez a tényező fontos szerepet játszik a kórokozó képesség fenntartásában, mert a mikroba számára kedvező körülmények között virulenciáját visszanyeri.

E jelenség mesterséges körülmények között is bizonyítható, ha a Legionellát emberi tüdő fibroblast tenyésztésben tartják fenn, akkor a bifibroblastokat egyre rövidebb idő alatt teszi tönkre s ezzel a virulenciája — legalábbis a tüdőszövetre — fokozódik.

Nikodemusz István dr.

Ételmérgezők Skóciában 1973—1980-ban. Sharp, J. C., Collier, P. W. (Commun. Dis. Unit, Ruckill Hosp. Glasgow): *J. Infect.* 1982, 3, 286.

1973—1980 között a Skót Fertőzöttség Központnak 4991 ételmérgezést jelentettek be. A leggyakoribb kórokozók a Salmonellák, majd a *C. perfringens* voltak, amelyek 4836, ill. 83 esetért voltak felelősek. Az esetek viszonylag gyakran következtek be a közétkeztetésben, szállodák, éttermek, étkezdek termékei miatt (30,1%), s ugyancsak gyakran a kórház-élelmezésben (21,4%) valamint szarvasmarha-tenyészetek konyhái (8,7%). 278 esetben derült ki a mérgezők átvivője, ez 83 esetben csirkehús, 75-ben egyéb hús és 28-ban nyers tej volt. A tej terjesztette salmonellosisok Skóciában gyakoribbak, mint az Egyesült Királyság más országaiban.

A mérgezők következtében nyolc év alatt 27 egyén halt meg, ezek idős emberek voltak, főleg kórházi ételmérgezők jártak halálzással. *Nikodemusz István dr.*

Prostaglandinok hatása HSV-2 szaporodására és sejtről sejtre szóródására. Baker, D. A. és mtsai (Stony Brook, New York): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 144, 346.

A herpesvírusok a fertőzés után hosszú ideig képesek a perifériás érző ganglionokban tartózkodni latens állapotban.

Számos tényező elősegítheti a fertőzés reaktiválódását: immunosuppresszív állapot, rákos megbetegedés, láz, menstruáció, emocionális stress, erős napfény hatása, műtét. A cortisol és progesteron hormonok is (hormonszint-változások) kapcsolatban vannak a herpes vírus infekcióval. A prostaglandinok valószínűleg fontos szerepet játszanak a herpes vírus infekciók reaktiválódásában.

A szerzők in vitro vizsgálatukban megállapították, hogy a prostaglandin F—2—alfa és a prostaglandin E—2 fertőzött sejtenyészetekben fokozták a vírus szaporodását. Az ibuprofen, mint prostaglandin antagonistá szignifikánsan csökkentette a vírus szaporodását és sejtről sejtre történő szóródását.

Szuchy Róbert dr.

A baktériumok ekológiájának elnörzése fertőzés hasmenésben. Keusch, G. T. (Department of Medicine, Mt. Sinai School of Medicine, New York, N. Y.): *Arch. Fr. Pédiatr.* 1982, 39, 455.

Az eredeti közlemény lényegében egy referátum, amely összefoglalja a címben szereplő területen eddig elért eredményeket, sikertelenségeket, és felvázolja a jövő tennivalóit és kilátásait. A hatásos vakcinák előállításáért folytatott

kísérletek eredménytelenek maradtak. Az enterális fertőzések kezelésének legjobb módja az antibakteriális drogok használata, az eredményeket korlátozza a rezisztencia kialakulása. Így elengedhetetlen új stratégia keresése, a hasmenések mechanizmusának jobb megértése, a molekuláris biológia igénybevétele segítségével.

A közlemény részletesen foglalkozik a patogenezissel. Abból indul ki, hogy a belek fertőző ágenseinek virulenciáját két fő mechanizmus határozza meg: 1. az enterotoxigenicitás, 2. az enteroinvazió. Összefoglalja az *E. coli* hatásmechanizmusát, kiemelve, hogy ennek patogénitása a K—88 termelőképességtől függ, amelynek kódja egy transzmittálható ADN plazmidban van, míg az enterotoxin-termelést egy másik plazmid (ENT) ellenőrzi. Ismerteti az állatkísérletek és emberen végzett vizsgálatok eredményeit. A legújabb vizsgálatok, mind az *E. coli*t, mind a Cholera vibriót illetően, azt mutatják, hogy ezek virulenciája a bélfalban való megtapadástól és a toxintermelő képességtől függ.

Külön rész foglalja össze a shigellák patogénitását érintő legújabb ismereteket. A különböző shigellák patogénitására vonatkozó hipotézist táblázat tünteti fel, amelyről leolvashatók a virulencia, a biokémiai mechanizmusok és a támadás helye közötti összefüggések. Kiemeli, hogy a salmonelláknál egy további virulencia-faktor lehetséges, egy enterotoxin mediátor, amely adenyl-cyclaset képes aktiválni. Ez azonban még bizonyításra vár.

Táblázat mutatja be a bakteriális hasmenések tudományosan meg-alapozott terápiás stratégiáját: 1. antibakteriális kezelés és profilaxis, 2. a receptorra ható megaterápia, 3. receptor blokk, 4. elúciós terápia, 5. fiziológiás farmakológia, 6. fiziológiás antagonizmus. Az egyes fejezetek ezek mibenlétét, előnyeit, gyakorlati értékét részletesen taglalják. Az antimikrobás ágenseken kívül ez utóbbi a leggyakrabban alkalmazott terápiás megközelítés: az infekciók következményeinek — só-, folyadékvesztés — fiziológiás kompenzálása, orális rehidráció.

A szerző hangsúlyozza, hogy a heveny hasmenések fiziológiájának és a patogenezis mechanizmusának jobb megismerése lehetővé tette, hogy terápiájuk stratégiájában elméletileg hat módozat között válasszathassunk. A gyakorlat számára ezeknek csak egy része járható út. További alaputatások szükségese, hogy a fejlődő, jórészt alultáplált országokban ezt a sürgető problémát hatásosan megoldjuk.

Kövér Béla dr.

Az utazók hasmenése. Gorbach, S. L. (Szerkesztőségi cikk.): *N. Engl. J. Med.* 1982, 307, 881.

„Az utazás kiterjeszti a gondolkodást és megkönnyíti a beleket”. Vannak országok, ahol az utazók 70%-a kap hasmenést. Ennek leggyakoribb okozója az *E. coli* (40—70%), a *Shigella* (5—20%), ezek keveréke (25—30%), de hasonló arányban nem sikerült kórokozót kimutatni. Mivel átlagosan 93 óra a betegség spontán gyógyulásának tartama, érdemes ellene tenni.

Az ópium, illetve a difenoxylat és a loperamid csökkenti a bélmotilitást és a folyadék szekréciót is, de ha sok az endotoxin, akkor ennek kiürülését lassítják és a betegségi tüneteket rontják az ópiátok. A bismuthum subsalicylatum teljesen veszélytelen és az esetek nagyrésztében hatásos, de a napi 4×57 gramm preventív célú fogyasztása, vagy a betegség esetén ajánlatos, félóránként 30—60 ml bevétele négy órán át, hús kilónyi podgyasztóbblet utaztatását kívánja meg. Megelőzésre bevált a doxycyclin napi egyszeri bevétele (*N. Engl. J. Med.* 1978, 298, 758), vagy ftalilsulfatiazol és neomicin szedése (*Ann. Int. Med.* 1963, 59, 605.) Egyes országokban az *E. coli* 60%-ban rezisztens minden antibiotikumra, így alternatív kezelés szükséges lehet.

Apor Péter dr.

Az utazók hasmenésének kezelése trimetoprim/sulfametoxazollal vagy csak trimetoprimmel. DuPont, H. L. és mtsai: *N. Engl. J.* 1982, 307, 841.

Mexikóban, nyári táborozáson résztvevő 110 személy egyharmadát trimetoprimmel, másik harmadát trimetoprim és szulfamethoxazol kombinációval, a kontrollokat placeboval kezelték ketős vak kísérletben. A napi adag 200 mg, illetve 160 és 800 mg volt. Mindkét szer körülbelül egyformán hatásos volt, a hasmenés előfordulását a 49%-os kontrollal szemben 5 és 8%-ra csökkentette.

Apor Péter dr.

Az „utazók hasmenésének” megelőzése trimetoprim-sulfamethoxazollal. Du Pont, H., Evens G. D., Rios, N. (Univ. Texas, Hlth Sci. Cent. Houston, Tex. 77004): *Rev. infect. Dis.* 1982, 4, 529.

A szerzők 147 az Egyesült Államokból Mexikóba érkezett egyetemi hallgatónak 21 napon át, naponta kétszer 160 mg trimetoprimet és 600 mg sulfamethoxazol adagoltak. Pontosabban így tudták az utasok, de közülük 80 gyógyszer helyett placebo-t kaptak. A 67 gyógyszerkeveréket kapott hallgató közül 11 kapott a 3 hét alatt hasmenést, a placebo-t kaptak közül viszont 44. E különbség a trimetoprim-sulfamethoxazol kezelés szempontjából szignifikáns. Az enyhe tünetek,

amelyek még nem jelentenek hasmenést, is ritkábbak voltak a gyógyszerkezelt, mint a kontroll csoportban; 23⁰/₀, ill. 69⁰/₀. A gyógyszerkombináció megakadályozza a virulens, enterotoxin termelő *E. coli* törzsekkel létrejövő fertőzést s egyes zétek szerint gátolja a *Shigella* fertőzést is. A TMP—SMZ gyógyszerkombinációt szedő csoportban az adagolás utáni 8 napon belül, amikor még Mexikóban tartózkodtak, 14 egyén kapott hasmenést, a placebo csoportban csak 2. Egyéb-ként 12 egyénnél a gyógyszerkombináció kezelést be kellett szüntetni, bőrkütyések miatt, a placebo csoportban csak 1 egyénnél tapasztaltak kiütést.

Nikodemusz István dr.

Heveny hasmenéses betegségek Latin-Amerikában az 1970—1979-es évtizedben: A helyzet Kubában. Riveron Cortiguera, R., Guitierrez Muniz, J. A. (Minist. Salud Publ. La Habana, Kuba): Rev. Cuban. Pediat. 1982, 53, 351.

Latin Amerikában a hasmenés a 14 éven aluliak gyakori halál-oka. A 100 000-re számított halálozás legmagasabb Guatemalában (230,6), Ecuadorban (112,4), Salvadorban (104,7), Paraguayban (90,0) és Hondurasban (99,7). A csecsemőhalálozás Paraguayban és Ecuadorban, az 1—4 évesek halálozása Paraguayban és Guatemalában a legmagasabb. Az említett országokban a hasmenés a gyermekek és csecsemők leggyakoribb halál-oka. Kubában a 14 éven aluliak halálozási aránya csak 3,7⁰/₀, 1970—71-ben még 17,7⁰/₀ volt, azóta lassan, de állandóan csökken. Évente átlag 55—70,000-ren kerülnek kórházba, s 6—8 napot töltenek el ott, a kórházi halálozás 0,3—2,2⁰/₀. Évente 285,000—424,000 széklet tenyésztést végeznek, ezek 10—14⁰/₀-a pozitív. Az esetek többségében (a pozitívok 40—80⁰/₀-ában) enteropathogen *E. coli* felelős a tünetekért, majd 15—20⁰/₀-ban *Salmonella* és 5—12⁰/₀-ban *Shigella*. Egyes kórházakban Arizona-t és *Ps. aeruginosa*-t is azonosítottak kórokozóként. Az említett kórokozók más latinamerikai országokban is megtalálhatók, nagyjából hasonló sorrendben. A kubai helyzet javulását a szerzők részben az életszínvonal emelkedésének, a települések helyzetének javulásának, az általános ismeretek fokozódásának, valamint a kiterjedt orvosi felügyeletnek tulajdonítják.

Nikodemusz István dr.

Tetanus allogen csontvelőátültetés után. Kendra, J. R. és mtsai (Department of Haematology and Department of Medical Microbiology, Westminster Medical School,

London, Anglia: Brit. Med. J. 1982, 285, 1393.

A szerzők ritkán előforduló, különleges tetanust észleltek, allogen csontvelőátültetés után, melyhez irradiációs pneumonitis társult.

30 éves betegük kórelőzményében 6 évvel ezelőtti bal oldali tibia + fibulatörés szerepel, melyet hadgyakorlat során szenvedett el. E törést még akkor fémesen rögzítették, melynek kapcsán penicillin és tetanus-ellenes kezelést kapott. Felvételére granulocytar sarcomája miatt került sor; a tumort helyi radiotherapiával visszaszorították, majd a beteget HLA- és kevert lymphocytacultura szempontjából compatibilis fiútestvérétől nyert csontvelőtransplantációban részesítették, mely előtt 120 mg/kg cyclophosphamidot és egésztestbesugárzást kapott, valamint cyclosporin A-t a graft versus host jelenség megelőzésére. Ez utóbbi — ennek ellenére — 2 alkalommal fellépett, de sikerült methylprednisolonnal rendezniük. Az átültetés utáni 54. napon durvahullámú tremor, majd dysarthria, dysphagia, hasi görcs, fájdalmas izomrágás és fokozott extensor-tonus lépett fel. Vizsgálattal clonusos görcsöket, továbbá részleges szájjárat lehetett észlelni. A klinikai kép tetanusra utal, ezért a kezelés: iv. diazepam (Seduxen) + penicillin + human antitetanus-immunglobulin, valamint asszisztált légzés. Ezek ellenére progresszív hypoxia és heveny veseelégtelenség alakul ki, majd egyre fokozódó hypotonia, bradycardia s a tetanusos tünetek felléptétől számított 14. napon a beteg meghalt. Boncolás: irradiációs pneumonitis + kiterjedt hypoxiás agykéreg-károsodás + heveny tubularis elhalás a vesékben. Sem a tüdőből, sem a fémpóthesis környékéről nem lehetett kitenyészteni kórokozót. Miután a beteg aktív katona korában teljesértékű tetanus-immunizációban részesült, úgy alakulhatott ki a tetanus-megbetegedés, hogy az immunsuppressio tönkretette ezt az előzetesen megszerzett védettséget. Bár spórákat sem lehetett kimutatni az alsó végtagi művi beavatkozás helyén, kézenfekvő, hogy ilyen hosszú idő után is kellett a szervezetben alvó (szunnyadó) spóráknak lenniük. Az immunsuppressio mellett főleg az irradiációs pneumonitis miatti hypoxia jön még szóba, mint a spórák aktiválódását előidéző tényező.

A szerzők szerint a csontvelőátültetés követő tetanus a jövőben valószínűleg gyakoribbá válik s ennek megelőzésére helyes lesz a hasonló kórelőzménnyel bíró betegek prophylaktikus penicillin-kezelése, valamint passzív immunizálása tetanuszsal szemben.

Major László dr.

Q-láz járvány egy kórbonctani intézetben. Gerth, M.-J., Leidig, U., Riemenschneider Th. (Hygiene-Institut, Abteilung für Medizinische Virologie und Epidemiologie der Viruskrankheiten und Pathologisches Institut der Universität Tübingen): Dtsch. med. Wschr., 1982, 107, 1391.

A szerzők dolgozatukban rámutatnak a Q-lázban szenvedő elhalt betegek boncolásának nagy fertőzési lehetőségére.

Az irodalom ismételtel visszaterre a kérdésre. McCallum, Deutsch és Peterson, Hübner, Babudieri tesznek említést közleményeikben boncolásban részt vett orvosok, medikusok stb. Q-lázban történő megbetegedéséről.

A szerzők a Tübingeni Egyetem Kórbonctani Intézetében lefolyt járványról számolnak be, ahol 13 Q-láz megbetegedés történt. Ezek közül 11 betegben (9 orvos, 1 titkárnő és 1 takarítónő) a Q-láz fertőzést szerológiailag bizonyítani lehetett. Egy boncsegéd is megbetegedett típusos grippe-szerű megbetegedésben, magas lázzal, ennél a betegnél azonban nem történt szerológiai vizsgálat. Minden megbetegedett személy részt vett a kórbonctani intézet egyik nyilvános boncolásán. Ugyanabban az időben 7 további orvos is megbetegedett, akik két különböző, egymástól kb. 1 km-re lévő egészségügyi intézményben dolgoztak, valamint megbetegedett egy medikus is, akinél ugyancsak szerológiailag sikerült a Q-lázat bizonyítani. A jelzett intézetek többi dolgozója nem kapta meg a betegséget. Minden orvos és a medikus is részt vett az említett demonstráción a kórbonctani intézetben, amelyet 19 nappal a Q-láz kitörésének prodromális átlagértéke előtt tartottak. Más fertőzési lehetőséget a szerzők nem tudtak kimutatni. Tény viszont, hogy a kérdéses napon boncolt 12 halott egyikénél sem állt fenn klinikailag Q-láz gyanú és retrospektíve nem sikerült a fertőző forrást bizonyítani. Azt viszont ki tudták zárni, hogy a demonstráción esetleg részt vett ismeretlen személy szolgált volna fertőző forrással.

A szerzők felhívják a figyelmet arra a discrepantiára, amely a Q-láz emberről-emberre terjedő alacsony contagiositása, valamint az állatkísérletek, a laboratóriumi tevékenység, illetve a szekciók magas fertőzési aránya között van. Pontos magyarázatot azonban erre adni nem tudnak. A Q-láz fertőzés inhalációs fertőzés. Több szerző (Marmion, Stoker) foglalkozik azzal a lehetőséggel, amely boncolás közben keletkező fertőző anyagot tartalmazó aerosolok kialakulásához vezethet. Még nagyobb probléma annak a felismerése, hogy mely holttestek szolgálhatnak fertőző forrással. Nemcsak a Q-lázban elhaltak, hanem az inkubációs idő alatt meghaltak is szóba jöhetnek, hiszen a vérben és egyes szervek-

ben a Q-láz rickettsiák esetleg éve-
kig az akut betegség tüneteinek
megszűnése után fennmaradhatnak.

[Ref.: a szerzők ismertetése ér-
dekes, azonban lényegében nem
visz közelebb a tárgyalt kérdés
megválaszolásához, miután élőben
nem diagnosztizáltak Q-lázat, és
miután jellegzetes pathomorpho-
logiai eltérést nem találtak (ami
egyébként Q-lázban elhaltakban
sincs mindig jelen). A fertőző for-
rást bizonyítani nem tudták. Min-
denesetre a közlemény régebbi dol-
gozatokhoz hasonlóan, felhívja a
figyelmet a sectiókor, vagy egyéb
laboratóriumi körülmények között
létrejövő Q-láz epidémiák fellépé-
sének lehetőségére.]

Faragó Eszter dr.

**Thrombotikus thrombocytopeni-
ás purpurával szövődött légionárius
betegség.** Riggs, A. és mtsai (Bay-
lor College of Medicine and the Veter-
ans Administration Medical
Center, Houston): Arch. Intern.
Med. 1982, 13, 2275.

A szerzők egy 45 éves férfi bete-
gen kóriszmétek légionárius beteg-
séget. A kezelés 5. napján drámai
változásra figyeltek fel: mikroan-
giopathiás haemolytikus anaemia,
thrombocytopenia, proteinuria,
mikrohaematuria, magas láz, tudat-
zavar jelentkezett. A klinikai kép
és a laboratóriumi eltérések throm-
botikus thrombocytopeniás purpura
kialakulására utaltak. DIC-re jel-
lemző tünet nem volt. A mérsékelt-
ten megnyúlt prothrombin időt
máj laesióval magyarázták, a fibrin
„split” produktumok emelkedett
szintjét lokális fibrinolysis követ-
kezményének tartották. A szerzők
véleménye szerint TTP syndroma
endothel sérülés következtében ala-
kul ki, amely thrombocytá aktivá-
ciót és disszeminált intraarteriális
thrombus képződést eredményez. A
csökkent lokális fibrinolysis és
(vagy) a thrombocytá aggregációt
gátló tényezők (prostacyclin), ill.
egyéb gátló plazmatikus faktorok
hiánya is szerepet játszik a TTP
pathogenezisében. A bakteriális, vi-
rus, rickettsia fertőzések, sebészi
beavatkozások és hyperszenzitivitá-
sion alapuló reakciók predisponá-
ló tényezőkként hatnak. Endotoxi-
nok pathogen szerepe is feltételez-
hető. A szerzők a keringő immu-
nkomplexeknek is jelentőséget tulaj-
donítanak. Betegüknél IgG depozi-
tumokat tudtak kimutatni a tüdő-
ben és a vesében, denz-depozitumot
pedig a glomeruláris bazális
membránban. Feltételezhető, hogy az
immun jelenség endothel károsodá-
st okoz, vagy pedig a thrombo-
cyták aktiválásban játszik komoly
szerepet. TTP esetén kombinált ke-
zelési módszerek ajánlatosak: anti-
thrombotikumok mellett plazma-
pheresis, plazma infúzió alkalmazá-
sa a thrombocyták antiaggregá-
ciós faktorainak pótlására.

Bozóky Géza dr.

**Guillain—Barré-syndroma kap-
csolódása Campylobacter infectió-
val.** K. M. Rhodes, A. E. Tatters-
field (Western Hospital, Southamp-
ton SOG 4WQ): Brit. med. J. 1982,
285, 173.

Az „akut infekciós polyneuritis”
etiológiájában infektiiv tényezőket
tétéleznek fel, bár ezt ritkán tudják
igazolni.

Az okok 10—20%-ában megelőző
gastrointestinalis betegség szerepel,
bár az infektiiv agent ritkán sike-
rül izolálni. A szerzők egy 45 éves
asszony esetét ismertetik, akin gas-
trointestinalis betegség után jelent-
kezett a Guillain—Barré-syndroma,
a székletről Campylobacter lehe-
tett kitenyészteni és magas volt a
serum Campylobacter antitest tite-
re is.

A bevezető gastrointestialis be-
tegség véres székllettel felvetette a
Campylobacter infekciót, amelyet
igazolt a székletvizsgálat és a se-
rum magas Campylobacter antitest
titere. A gastrointestialis betegsé-
get követő neurológiai betegséget
Guillain—Barré-syndroma volt.

Ez a syndroma gastrointestialis
infekció után kialakulhat, de a
kórokozókat ritkán sikerül izolálni
a székletről, bár két esetben Sal-
monella tenyésztett ki. Egy vízjár-
vány után, amelyben 5000 ember
betegedett meg hasmenéssel, 16
Guillain—Barré-syndroma esete
fordult elő, de a kiváltó kórokozó-
kat nem sikerült izolálni. A mai na-
pig nem írtak még le a Campylobac-
ter infekció után Guillain—Barré-
syndromát.

A szerzők által leírt Guillain—
Barré-syndroma 2 héttel a beveze-
tő Campylobacter infekció után je-
lentkezett. Ez az intervallum azo-
nos volt más gastrointestialis be-
tegségeknél észllettel, és ez felve-
tette, hogy a Guillain—Barré-synd-
roma ezen infekció után jött létre.

A Campylobacter infekciót az
utóbbi években ismerték fel. A
kórokozókat nehéz izolálni a szé-
kletről és így a Campylobacter in-
fekcióval kapcsolódott Guillain—
Barré-syndromát nehéz felismerni.
A serum Campylobacter antitest
titere segíthet a jövőben a gastroin-
testialis betegséggel kapcsolódott
Guillain—Barré-syndroma diagnó-
zisában.

Szabó Júlia dr.

**Az emberi aktinomykosis keze-
lése.** Niederau, W. és mtsai (Hyg.
Inst., Univ. Köln): Dtsch. med.
Wschr. 1982, 107, 1279.

Az emberi aktinomykosis (akt.)
specifikus endogen fertőző beteg-
ség, amelynek elsődleges kóroko-
zó különböző fakultatív aktinomy-
ceták az Actinomycetaceae család-
jából. Közülük az aktinomyces
israelii a legjelentősebb humanpa-
thogen species; azonban az aktino-
mycotikus gennyedéses folyama-
tot okozhatnak még egyéb con-
comitans kórokozók: Arachnia pro-
pionica, Bifidobacterium eriksonii,

Aktinomyces naeslundii, Aktino-
myces viscosus is. Mindezek a kór-
okozó-féleségek az emberi nyálka-
hártya természetes residens flóra-
jához tartoznak; általában akkor
van pathogen potenciáljuk, ha a
fajta és szám szerint esetről esetre
mindig változó jelenlevő kísérő fló-
ra inváziós erejét valami elősegíti.
A praedilectió hely az akt. kifej-
lődésére a nyálkahártyaközeli
szervrendszerek (így leggyakrab-
ban, kb. 18%-ban a cervico-facialis
regio). A thoracalis abdominalis
megnyilvánulások sokkal ritkáb-
bak, de különlegesen veszélyeseb-
bek is; áttételes folyamatok csak
kivételesek. Az akt. lehet akut
vagy idült; legtöbbször jellegzetes
fájdalmatlan, deszkakemény be-
szűrődésekkel, többszörös tályog-
és sipolyképződéssel, centrális heg-
képződéssel.

Az akt. kóriszméjét véglegesen
mikrobiológiailag lehet biztosítani.
Lényeges a kísérő flóra eldöntése
is az exacerbatiók megelőzésére,
amelyben egyéb fontos kórokozók
szerepelhetnek: Staph. epidermidis,
Staph. aureus, zöldelő és béta-hae-
molyzó streptococococok. Aerob
vagy kaphophil egyúttfertőzések
közül gyakoriak: Aktinobacillus
aktinomyces-comitans (25%), a
Melaninogenicus-csoport bacteroi-
des-féleségei (40%), Fusobacterium
spp. (31%), Lepotrichia buccalis
(25%), Eikenella corrodens (15%),
egyéb Bacteridaceae (11%) és Pro-
pionibacterium spp. (30%). Az akt.
és a gyakori kísérő organizmusok
az emberi nyálkahártya normális
lakói és synergistikus jellegük
könnyen érthető az akt. fertőzés-
ben, különösen az akt. israelii és
aktinobacillus („bacterium”) akti-
nomycetum comitans közt.

Mivel a „concomitans” baktériu-
mok maguk is potenciálisan patho-
genek, fontos ezeknek is ismernünk
az antibiotikum érzékenységét,
hogy a hatásos és gazdaságos che-
motherápiát megvalósíthassuk. A
szerzők megállapították az antibi-
otikumok minimális inhibitor tö-
ménységét mind az aktinomyceták-
kal, mind a kísérő baktériumokkal
szemben. Vizsgálati eredményeik
szerint az aminopenicillinek képe-
zik a „választandó therápiát”, ha
az akt.-ban béta-lactam-resistens
törzsek nem szerepelnek. A teszte-
lési vizsgálataik továbbra arra is
következtetnek, hogy klinikailag az
aminopenicillin és clindamycin, to-
vábbá az aminopenicillin és met-
ronidazol bevetése is javallt. Mino-
cyclin és főleg a cefoxitin, a béta-
lactamase resistens cephalosporin
valamennyien gátolják az akt.-ban
részt vevő baktériumokat.

ifj. Pastinszky István dr.

**A Franciaországban honos gyer-
mekkori Kala-Azar. Az átvitel kü-
lönöző módjairól szóló tanulmány.**
Castel, Y. és mtsai (Service de Pé-
diatrie et Génétique Médicale, C.

A Kala-Azar (K-A), vagy visceralis Leishmaniosis egy tipikusan földközi-tengeri, parazitás megbetegedés. Franciaországban legtöbb esetet a Côte d'Azur, a Rhône völgye és Cévennes környékén észlelték. Az egyéb területeken jelentkező betegség az említett endemiás vidékekkel történt kontaktusból származik. A szerzők betege, egy 18 hónapos gyermek a nem endemiás Brest környékéről való, aki ezt a területet azóta sem hagyta el.

A szerzők leírják a gyermeknél fellépett klinikai tüneteket: hosszabb, szinte órára megismétlődő, láztalan szakaszokkal tarkított, 40°-ot is elérő lázas periódusok, a lázas szakaszokban enyhe rhinopharyngitis, rossz általános állapot, ballotálható nagy has, a köldököt meghaladó splenomegalia, kisebb cervicalis és occipitalis nyirokcsomómegnagyobbodás. A gyermek anaemiásnak, granulopeniásnak és thrombopeniásnak bizonyult. A vérszűnyedés fokozott. A gyanú septicaemia, leukaemia, sympathoblastoma kórképe terelődött: az infantilis K-A lehetősége fel sem merült, mert környezete egészséges volt, s a gyermek soha nem hagyta el szülőhelyét. Ilyen körülmények között, az egyéb vizsgálatok eljárással mellett elkészített medullogramban fellelhető számos reticuloendothelialis és fiatal histiocyta sejtek plazmájában, de extracellularisan is, 2–4 µm nagyságú ovális, maggal rendelkező képlet volt felismerhető, amely vitathatatlanul Leishmaniának bizonyult, s így a K-A diagnózisa kétségtelen volt.

Immunofluoreszcens vizsgálatok, a hypergammaglobulinaemia, a normális IgA mellett emelkedett IgM és IgG, az alfa₁-antitrypsin, a béta₂-globulinok és haptoglobulinok fokozott volta a diagnózist megerősítette. A beindított specifikus kezelés, Glucantim-kúra hatására — amit egy hónappal később megismételték — a gyermek meggyógyult, a megelőzően pozitív Coombs-teszt is negatívvá vált.

A szerzők a fertőzés módjára két lehetőséget vetnek fel: 1. a kórokozónak transzfúzió keresztüli átvitele; betegük transzfúziót nem kapott; 2. transzplacentaris fertőzés sem jöhetett szóba, mert az anya soha klinikai tünetet nem mutatott. Eredménytelenek maradtak a gyermekkel érintkezésbe került, fő-rezervoárnak tekintett kutyáknál végzett vizsgálatok.

A transzplacentaris átvitel ritkán, de előfordul, mert ha átmenetileg endemiás területen tartózkodott is az anya és fertőződött is, de a betegség tünetmentes maradhat és spontán meggyógyulhat, így nehezen diagnosztizálható. A lokális phlebotom átvitel a „rezervoár” kutyák által a leggyakoribb, ha a fertőző góccok közeli területen élnek, s az atmoszférikus környezet a parazita szaporodásához kedvező

(meleg, nedves környezet). A phlebotom kórokozó légúti terjedése kevésbé valószínű. A Leishmaniosis canina — feltételezve, hogy a rezervoár kutyák könnyen vándorolnak az endemiás területekről a közeli és távoli területekre — látszik a legvalószínűbb fertőző forrásnak, bár esetükben ez nem volt bizonyítható.

A szerzők esete azt példázza, hogy függetlenül az endemiás területektől, a megfelelő tünetek mellett gondolni kell az infantilis K-A lehetőségére is.

Kövér Béla dr.

Cytomegalovirus fertőzéshez társult óriás nyelősöfekély. St. Onge, G. és mtsai (Dept. of Med. and Pathology, North Central Bronx Hospital, New York): Gastroenterology, 1982, 83, 127.

A CMV-fertőzéshez csatlakozó gastrointestinalis fekély immunosuppressív állapotokban nem szokatlan jelenség. Esetenként vírus sejtzárványokat találtak a fekély előtti stádiumokban (pl. ulcus pepticum, ileitis, colitis ulcerosa), melyek a fekély kiváltásában szerepet játszhattak. A CMV-sal társult gastrointestinalis fekélyek pathogenesis vitatott. Lehet, hogy a vírus másodlagosan betegíti meg a korábban már károsodott sejteket. Van, aki vírusos vasculitis kiváltása révén a CMV-nak tulajdonít szerepet a szövetkárosodás létrehozásában.

Esetükben egy 29 éves homoszexuális, narcomaniás férfi mellkasi fájdalom és láz miatt nyert felvételt. Két és fél hónappal korábban egy másik kórházban kezelték láz, fogyás, hasmenés, hasi fájdalom, lymphadenopathia miatt, leukopeniával, lymphopeniával, melyek okát a részletes vizsgálat sem derítette ki. Ezután fájdalmas nyelés jelentkezett, 15 kg-ot fogyott, állandó, erős substernalis fájdalom volt. Endoscopos és biopsiás vizsgálatok a nyelősöben kiterjedt, sárgás lepedékkel fedett fekélyeket láttak. A biopsia és a tenyésztés alapján candidiasist állapítottak meg. A nem gyógyuló fekélyek miatt műtétet javasoltak. A rebiopsiás anyagban CMV-zárványokat találtak a granulatiós szövetben. Később súlyos vérzés miatt transfúziót kapott. Rövidesen meghalt.

Esetük az elsődleges CMV-vasculitis koncepciójának megfelel, tekintve azonban, hogy a beteg már nyelőső-candidiasissal érkezett, a másodlagos CMV invasiót sem lehet kizárni.

Sarlós Beáta dr.

A veszettség járványtana Tunéziában. Az elmúlt 28 év eredményeinek összehasonlító tanulmányozása. Chadli, A., Bahmanyar, M., Chaabouni, A. (Inst. Pasteur, Tunis): Arch. Inst. Pasteur Tunis 1982, 59, 5.

A veszettség Tunisban, mint a többi Maghreb (Nyugat-Arab) országban is, komoly problémát jelent. A betegség és terjesztője régóta ismert, arab nyelven „Kleb” veszettséget és „Kleb” kutyát jelent.

A Tunisi Pasteur Intézet 1961–1980 között 6504 gyanús állati kadmert vizsgált veszettségre, ezek közül 4114 (63,25%) volt pozitív. Az állatok között 5464 (84%) kutyára és 537 (8,2%) macska volt, ezek közül 3664 (67%), ill. 158 (29,4%) volt pozitív.

Összesen 83 517 pácienszt részesítettek védőoltásban, ezek 85–89%-át kutyaharapás miatt. Részletesebb adatok szerint 1976–1980-ban 23 560 egyént (2/3-uk férfi) kezelték, ezek 51,2%-a 15 évnél fiatalabb s 25,2%-uk 15–30 év közötti volt. 25 062 egyént 1952–1959-ben kezelték. A védőoltást eleinte csak a Pasteur Intézet végezte, 1972 óta a Közegészségügyi Szolgálat is foglalkozik vaccinalással, újabban egyre inkább a helyi szervek oltanak.

Az elmúlt 20 évben 312 ember halt meg veszettségben (81% kutyaharapás miatt) 188 (60%) egyáltalán nem kapott védőoltást, 40 (12,8%) szabályosan megkapta a sorozatot, a többi rendszertelenül.

A veszettség leküzdéséhez a Maghreb országokban szükség van a kóbor kutyák irtására, s a kutyatulajdonosokat rá kell venni, hogy állataikat védőoltásban részesíteni engedjék.

Nikodemusz István dr.

Chlorpromazin alkalmazása cholera és más súlyos heveny vizes hasmenéses megbetegedések kezelésében. M. R. Islam és mtsai (Division of Geographic Medicine, Baltimore, Maryland): Gastroenterology 1982, 82, 1335.

A cholera súlyos vízszertű hasmenésben megnyilvánuló, heveny vízvesztéssel és metabolikus acidózissal járó belfertőzés, amely gyógykezelés nélkül gyorsan fatális lehet.

A *Vibrio cholerae* enterotoxinja fokozza a ciklikus adenosin-monofoszfát (cAMP) termelésében szerepet játszó adenilcikláz enzim aktivitását a vékonybél mucosasejtjeiben. A megnövekedett intracelluláris cAMP koncentráció intenzív só- és folyadékvesztést eredményez a lumen fele.

A kórfolyamat ismerete bélszekreciót csökkentő gyógyszerek kutatásához vezetett (chlorpromazin, phenotiazinok, thioxantének, nicotinsav, aspirin, indomethacin, propranolol, etakrinsav, lidocain, berberin). A chlorpromazin hasmenést csökkentő hatását állatkísérletek után felnőtt choleras betegekben is megerősítették, melynek során csupán intravénás folyadékkezelést alkalmaztak.

A szerzők arra kerestek választ, hogy a cholera bevált gyógymódjával (intravénás, majd per os rehidráció, tetracyclin) együtt alkalmazott chlorpromazin csökkent-e a kórházban tartózkodás idejét, a hányás-hasmenés mértékét, az intravénás folyadékigényt és a per os folyadékkezelés kudarcának gyakoriságát. 316 choleras betegen kívül 410 egyéb súlyos, heveny, vizes hasmenéssel járó esetet tanulmányoztak kettős vak, randomizált, placebóval ellenőrzött kísérletükben. Külön csoportosították felnőttek és gyermek betegeiket. A dehidráció foka minden esetben legalább 7,5%-os volt. A chlorpromazint 1 mg/kg egyszeri dózisban adták szájon át a felvétel után két órával. Nagyobb adagnál a gyógyszer álmoságot előidéző hatása gátolta a gyermekek folyadékfelvételét.

Súlyos choleras gyermekekben a chlorpromazin 50%-kal csökkentette az intravénás folyadékkezelést két órával követő per os rehidráció kudarcának arányát. Ezen előnyös hatását nem tapasztalták azonban kevésbé súlyos choleras gyermekek esetében, valamint felnőttek cholera-jában és egyéb vizes hasmenéses megbetegedésekben. A szájon át történő folyadékpótlás kudarcra az utóbbi csoportokban eleve ritka volt, függetlenül attól, hogy chlorpromazint alkalmaztak-e vagy sem.

A szerzők klinikai tanulmányukban ismét bizonyítva látják a cholera eddig bevált kezelésének hatékonyságát. A chlorpromazint a nagyfokú hasmenéssel vagy sokkal járó gyermekkori súlyos esetek kiegészítő kezelésére javasolják. Tapasztalataik nem indokolják ezen szer rutinszerű alkalmazását nem choleras, heveny, súlyos, vizes hasmenéses megbetegedésekben, bár nem zárják ki előnyös tüneti hatását kevésbé súlyos, enterotoxin okozta hasmenésekben. Minthogy a per os kezelés kudarcra a hasmenés mértékétől függ a betegség korai szakában, folytatni kell a kutatást olyan gyógyszerek után, amelyek a bélszékreciót nyugtató vagy más orális rehidrációt gátló mellékhatás nélkül csökkentik.

Kovács Márta dr.

Vesebetegségek

Folyamatos ambuláns peritoneális dialízis kezelés. Risler, T., Passlick, J., Grabensee, B. (Med. Universitätsklinik A. Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1661.

Bár Ganter 1923-ban már alkalmazta a peritoneális dialízist veseelégtelenségben, a hemodialízis mellett ez a kezelési forma hosszú ideig háttérbe szorult. A hatvanas és hetvenes évekig mint intermitáló peritoneális dialízis kezelést alkalmazták. 1976-ban közzölték Popovich és mtsai a peritoneális dia-

lizis kezelés új, folyamatos módját a „continuous ambulatory peritoneal dialysis”-t, a CAPD-t, amely a terminális veseelégtelenség kezelésében azóta egyre jelentősebb szerepet játszik.

A nap 24 órájában folyó dialízis a peritoneális térbe juttatott dialízis folyadék és a beteg kapillárisai között, az urémiás anyagok hatásos eltávolítását eredményezi. A dialízis folyadékot a beteg maga, napjában négyszer cseréli. A kezelés e formájának előnye a beteg mozgási szabadsága, a megszorítás nélküli táplálkozás, a folyamatos Na és vízfelvétel miatt könnyen szabályozható vérnyomás. Nem tisztázott ez ideig a CAPD hatása a renális osteopatiára és az anémiára. A folyamatos dialízis a retenciós anyagok szervezeten belüli hullámlását a minimumra szorítja, és lehetővé teszi a dialízis kezelést azoknak a betegeknek is, akiknél technikai okok, vagy a kardiális állapot miatt hemodialízis nem javasolt. Diabetezes betegek CAPD kezelése a retinopátia kialakulását illetően jobb prognózist jelent, mint kezelésük hemodialízissel. Feltehetően azért, mert a diabetezes anyagcsere eredményesen állítható be, inzulin i. p. adásával. A CAPD veszélye a peritonitis, melynek gyakoriságát a szerzők nagyon különbözönek adják meg. Ebben döntő a sterilitás megtartása. Legtöbbször jól gyógyul, de lezajlása után a peritoneum átteresztőképessége megváltozik és sokszor a további dialízist is lehetetlenné teszi.

A peritoneális dialízis kezelés eredményességének végleges értékelése csak további tapasztalatok alapján lehetséges.

Taraba István dr.

A tartósan dialyzált beteg klinikai problémái. Schoeppe, W. (Abt. f. Nephrologie, Zentrum der Inneren Med., J. W. Goethe Universität, Frankfurt am Main): Med. Klin. 1982, 77, 385.

A tartós dialízisre szorulókat számát legjobban érzékeltetik az NSZK-beli 1980 év végi statisztikai adatok: mintegy 13 000 beteget kezelték tartósan haemodialízissel; ebből 224 peritoneális dialízis volt. A tartós haemodialízist hetente háromszor végzik; a rendszer két főkomponense a monitorrendszerből és a dialysatorból áll. A tartós dialízisben az alkalmazás ideje függ a beteg testsúlyától és (legtöbbször csak kis mértékben) a vizelet térfogatától. A dialízis ideje hetente átlag 15–18 óra; a dialysator felülete közepesen 1,2 m² körül váltakozhat. A tartós dialízis másik formája a vérplasma salak-talanítására a peritoneális dialízis; ennek chr. ambuláns alkalmazásában a hashártyán át 4–6 óránként váltott dialízisfolyadék (2 l) cseréljével történik. A haemodialízissel szemben a kiválasztandó salak-

anyagok folyamatosága jobban biztosított, hátránya viszont a peritoneális fertőzés veszélyeztetettsége és a dialízisfolyadék glukóz-tartalma miatti nem ellenőrizhető anyagcsere-eltolódások.

A dialízis tartós alkalmazása az idült vesebeteg sorsát megpecsételi. A tízéves túlélési ráta 50% felett ingadozik. A tartósan dialyzált beteg az idült uraemia állapotában sínylődik („intervallum uraemia”). Az idült uraemiás beteg tartós dialízis kezelésének problémái a következők: a tartós endovénás rögzítési problémája, fokozott fertőzési hajlamosság, hepatitis, anaemia, osteopathia, hypertensio, koszorúérbetegség, myocardopathia, metabolikus ion- és egyéb instabilitás (pl. K, Ca, P és ezenkívül glukóz, lipoidok, neuropathia, szexuális zavarok, erős lelki visszahatás).

Az uraemiás chr. dialízisben a hiányállapotok általános okai lehetnek: a) vérvesztés (dialízisrendszer, fekélyvérzés); b) dialysance (aminosav, glukóz, hormonok, vitaminok); c) elégtelen fehérjebevitel; d) élettani funkciók kiesése (erythropoetin). A chr. dialízis zavarainak okai lehetnek: phys. anyagok (K, phosphat) szintemelkedése, a kórfolyamat okozta anyagcsere-termékek (ún. „középmolekulák”) és potenciálisan toxikus anyagok (pl. digitális stb.). A hibás reguláció további általános okai: az idült kórfolyamat okozta alkalmazkodási zavarok (pl. másodlagos hyperparathyreoidismus); élettani folyamatok gátlása (csökkent thrombocyt-aggregatio; keringési szabályozódás); a dialízis okozta zavarok (erős ultrafiltratio).

A megváltozott életritmus súlyos szociális problémákat jelent mind a családi körben, mind a munkahelyen, továbbá a dialízis készüléktől való állandó függőség leverő tudata. Újabbban külföldön több nagy városban önszolgált csoportok vannak kialakulóban a beteggyesületek gondozásában.

ifj. Pastinszky István dr.

Dialízis-osteomalacia. Drücke, T., Cournot-Witmer, G. (Höp. Necker-Enfants Malades, Paris, Cédex 15): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1259.

Az idült veseelégtelenségben kimutatható kóros csontelváltozásokat általában *renalis osteopathia* néven jelöljük meg; ezen elváltozás az uraemiás betegeken jelentkező több hormonális és anyagcserezavar következménye; ebben schemásan leegyszerűsítve két kóroktani folyamat: a csont fokozott resorptiója és csökkent mineralizációja szerepel. Ez a leegyszerűsített, de összefonódott csontelváltozás klinikailag és kórsvettanilag egyrészt a másodlagos hyperparathyreoidismus (ostitis fibrosa), másrészt az osteomalacia következménye.

Az osteomalacia kórszövettanilag a matrix demineralisatiozavara, az osteoid abnormális felhalmozódása. Az utóbbi években különösen gyakorivá vált haemodialysis-betegeken geográfiailag különböző halmozódású és súlyosságú osteomalacia, amit klinikailag csont-izületi fájdalmak, csonttörések, myopathia, adynamia, egyeseken encephalopathia (EEG) jellemeznek; emellett hypercalcaemia, alacsony plazmafoszfat-értékek mutatkoznak. *Radiológiai*lag elhúzódóan spontán törések, izotóp felszaporodás mutatható ki egyes esetekben.

Az osteomalacia kóroktana ma még nem tisztázott és az uraemiás betegeknek nem az összes esetében egységes. A legtöbb esetben számos bizonyíték ökológiai tényező („host factor”): az *aluminium intoxicatio* főszerepét bizonyítja, amely a csontmatrix ásványosodási folyamatát gátolja. Mindenféle alumíniumnak a szervezetbe való jutása a syndroma klinikai lefolyását súlyosbítja.

ifj. Pastinszky István dr.

Haemodialyzált betegek között fellépő tuberkulózis. Löventhal, Z., Gafter, U., Turáni, H. (Nephrol. Unit. Hasharon Hosp. Petah Tikva, Izrael): *Israel J. med. Sci.* 1982, 18, 245.

1972-től 1980-ig a Hasharon Kórházban (Petah Tikva, Izrael) 102 súlyos vesebetegségben szenvedő egyént kezelték. E betegek már a betegség végső stádiumában voltak és haemodialysissal kellett őket kezelni. E 102 beteg közül 6 betegen fejlődött ki aktív tüdőgümőkór. E 6 beteg közül 3 Jemenből került Izraelbe, ún. jemenita zsidó volt, ez az etnikus csoport egyébként a haemodialysissre kerültek 10,8%-át képezte. A szerzők szerint a Jemenből bevándorolt szefárdok különösen érzékenyek tuberkulózissal szemben, érzékenyebbek, mint más származású csoport Izraelben.

Nikodemusz István dr.

Segmentalis necrotizáló glomerulonephritis antineutrophil antitestekkel: arbovírus aetiologia? D. J. Davies és mtsai (St. Vincent's Hospital, Melbourne, Victoria 3065, Australia és más intézetek): *Br. Med. J.* 1982, 285, 606.

Focalis és segmentalis glomerulonephritis előfordul IgA-betegségben, néhány systemás betegségben, de az aetiologia gyakran ismeretlen. A szerzők 8 beteget (4 férfi, 4 nő) követtek 5 éven át. Eseteik olyan vidéki környezetből (Murray River völgy) származtak, ahol az ún. Ross River vírus infectio kimutatott, serum antitestek 14,6%-ban fordultak elő. 8 esetből ez 7 betegnél volt po-

zitív, így megelőző infectiót feltehetőleg. Ugyanezen vidéken az általános tünetekkel kísért polyarthrit is gyakori elváltozás.

8 esetből 5-ben jelentkeztek vesebetegség tünetei (haematuria, oedema, fájdalom) és 4 betegen légúti bántalmak. A betegek szérumban talált faktor a neutrophil leukocytákban indirekt immunfluorescentiával kimutatható volt. Maximális titer 1/256 volt, dominánsan IgG. Kezelés hatására ez a festődési reakció eltűnt. Vesebiopsziával nyert anyagok szövettani feldolgozása során segmentalis, necrotizáló gyulladás jeleit találták fibrin felhalmozódással, kapcsolódó félholdképződményekkel. 2 esetben a glomerulusok több mint 90%-a, 5 esetben 35–75%-a, 1 anyagban kevesebb, mint 10%-a volt érintett. Kezelés minden esetben prednisonon és cyclophosphamid, vagy azathioprin volt. 2 betegen (egyik 3, másik 5 év után) remissio következett be a jelzett laboratóriumi és szövettani jelekkel, de kezelés hatására állapotuk rendeződött. További vizsgálatokat tartanak szükségesnek a vírus-infectio kóroki szerepének bizonyításához.

Bugovics Elemér dr.

A vese fibrolipomatosisának sonographiás megjelenési formái. Fiegler, W., J. Winter (Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin): *Fortschr. Röntgenstr.* 1982, 137, 658.

A vese fibrolipomatosisának echoszegény és echóban gazdag ultrahangképéről számoltak be korábban. A szerzők 104 esetben vizsgálták a két echotípus előfordulásának gyakoriságát és választ kerestek arra, mi a különböző echoszerkezet szöveti háttere, és miként lehet elkülöníteni a fibrolipomatosisát a vizelet pangástól, vagy centrális vesetumortól. Echóban gazdag képet 10, echoszegény szerkezetet 94 esetben láttak. Az echoszegény terület 36 esetben több részből állt, 34 esetben egyetlen összefüggő területre szorítkozott. Gyakori volt, hogy a fibrolipomatosis a kehelyszárat mandzsettaszerűen vette körül, ujjakra emlékeztető elágazódással. 4 esetben történt szövettani vizsgálat, számos esetben computer tomographia. Ezek alapján megállapítható, hogy az echoszegény lipomatosisban kevés a zsír mellett a kötőszövet, míg az echogen képletek nagyobb mennyiségű rostot tartalmaznak. A vizelet pangás okozta tágulattól elkülöníti az echoszegény fibrolipomatosis határának életlensége és a mögöttes hangfelerősítés hiánya. Centrális vesetumor echoszerkezetét egyetlen lehet, és kimutatható a kehelychók rendellenessége. Némelykor az elkülönítés nem lehetséges, ilyenkor

CT, kiválasztásos urographia, vagy angiographia indokolt. Hasonló a helyzet a vesemedence daganataival, ezek tisztázására a retrograd pyelographia is szóba jöhet.

Laczay András dr.

Vesephlebographiás leletek fájdalomtanl. v. Seidel, K., K. Federschildt (Ev. Johannes-Krankenhaus Bielefeld): *Fortschr. Röntgenstr.* 1982, 137, 647.

A makroszkópos vérvezetésnek számos oka lehet. Idiopathiás formájáról nem beszélhetünk, legfeljebb nem tudjuk kideríteni az okát. Tisztázásában fontos szerepe van az angiographiának. Ha a vesearteriographia késői szakában a vénás elvezetés rendellenességének gyanúja merül fel, érdemes direkt phlebographiával megkísérlni a viszonyok tisztázását. A szerzők fájdalom nélkül fennálló makroszkópos vérvezetés 3 esetében tudtak jelentékeny rendellenességet kimutatni a vese vénás keringésében. Első betegükben renoiliacalis anastomosisot találtak az ureter varicositásával. Második esetükben tág összeköttetést mutattak ki a vesevéna és a v. hemiazygos között. A bal vese vénének nagyobb része az anastomosison át a v. cava superiorba ömlött. Egyidejűleg vénatágulatok voltak a vesemedencében és az ureterben. Harmadik esetükben a bal vese vénét két véna vezette el, melyek az aortát közrefogták. A felső vesepólustól jövő vénát az aorta összenyomta, az elfolyást ez késleltette. Vitatható, hogy az ily módon kimutatott vénatágulatoknak milyen mértékben van közvetlen szerepük a vérvezetés fenntartásában. Elképzelhető, hogy maga a vérzés egyidejűleg fennálló suburothelialis értágulatokból származik. A viszonyok tisztázására direkt superselectív phlebographia végzendő, egyébként még a pharmacophlebographiától sem várható eredmény minden esetben.

Laczay András dr.

Vesemedence daganatot utánzó gyulladáspolypp. Reuter, K. L. és mtsai: *Radiology*, 1982, 144, 505.

Egy 37 éves asszony intravénás urographiás vizsgálatára 10 hónapja tartó bizonytalan alhasi panaszai miatt került sor. Vérvezetést nem észleltek. A bal vesemedence egyetlen, noduláris térfoglaló folyamatának lehetséges diagnózisai: átmeneti sejtcsomók, véralvadék, „negatív” kő, vesetályog. Antibiotikus kezelését követően 5 hónappal ellenőrző vizsgálat során a folyamat előrehaladását állapították meg, mely az uretert is érintette. A radikális veseeltávolítás szövődésmentes volt. A kivett vesében 3×3, 5×5 cm-es szürkés daganatot

találtak, amelynek szövettani képeben fibrovascularis stroma mellett gyulladási jeleket és microabscessusokat is kimutattak: gyulladási polyp. A benignus vesemedence tényleg a folyamatokhoz tartozik még a xanthogranulomatous pyelonephritis, a tuberculosis és a fibromák. A rosszindulatú elváltozások között, melyek az azonos oldali uréterre terjednek, leggyakoribb az átmeneti sejtés rák. A laphámrák felismerésekor már rendszerint nagyon előrehaladott, az adenocarcinoma pedig rendkívül ritka.

Papp Zsuzsanna dr.

Egy kehely és papilla emberi vesében. Peterson, J. E. és mtsai (Children's Medical Center, Dallas): Radiology, 1982, 144, 525.

Számos emlősből a vesének normálisan is egy kehely és papillája van. Emberben ez ritka fejlődési rendellenességként fordul elő. A szerzők az irodalomból 7 ilyen esetet ismertettek, és ezekhez csatolják három saját észlelésüket. A rendellenességet észlelték újszülöttben és leírták 26 éves felnőttben, előfordult nőkben és férfiakban egyaránt. Egy ikerpárt ismer az irodalom, akik szüleinek kiválasztásos urographiája normális viszonyokat mutatott. A szerzők saját betegének életkora újszülött, 1 és 5 év volt. A veserendellenességhez egyéb súlyos fejlődési rendellenességek társulnak, a másik vese többnyire hiányzik. Felismerése kiválasztásos urographiával lehetséges. Kórházlata a hozzá társuló egyéb fejlődési rendellenességek függvénye.

Lacza András dr.

Yersinia fertőzés és chronikus glomerulopathia Nigéria szavannás területén. C. Awunor-Renner és mtsai (Department of Medicine, Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria, Nigeria): Brit. Med. J. 1982, 285, 1464.

A Yersinia enterocolitica fertőzés következtében létrejövő glomerulopathiát világszerte ismerik. Feltételezték, hogy a fertőzés eredményeként progresszív révén chronikus glomerulopathia is kialakulhat.

23 chronikus nephrosis szindrómával felvett betegnél (oedema, hyperalbuminaemia, proteinuria) Yersinia enterocolitica 03, 8 és 9 serotypusával végeztek agglutinációt. A szeropozitívok esetében brucella agglutinációt is vizsgáltak, és a közelmúltban lezajlott streptococcus fertőzést is kizárták. Mind a 23 betegnél vesebiopsia is történt. Kontroll csoportot is alakítottak, az agglutinációt két-két vak kontrollal végezték.

A 23 betegből 10-nek volt megelőzően szerológiailag bizonyított-

tan Yersinia fertőzése, bár egyik szeropozitív beteg sem számolt be yersiniosisra utaló tünetekről. A láz, a hasmenés, hasi fájdalom nem szokatlan és nem is jellemző együttes a trópusokon, de septicaemia, arthritis, vagy erythema nodosum sem szerepelt a betegek korábbi panaszai között. Feltehető, hogy a fertőzés szubklinikusan zajlott le.

Ahhoz, hogy direkt bizonyítékot nyerjenek a Yersinia fertőzés és a glomerulopathia közötti oki összefüggésről, immunológiai vizsgálatok szükségesek. Úgy tűnik, hogy az 08 serotypus okozza a legtöbb fertőt és ez talán nephrotoxikus.

Nemes Zsuzsanna dr.

Analgetikum-nefropátia. Laberke, H. G. (Pathologisches Institut der Universität, Tübingen): Dtsch. med. Wsch. 1982, 107, 448.

Fenacetin abuzus esetén a fenacetin lebontási termékének a vizeletben való kimutatása a gyógyszerrel való visszaélést igazolja, a módszer azonban nehéz. Másrészt újabb ismeretek szerint nemcsak fenacetin abuzus, hanem egyéb fájdalomcsillapító szerek élvezete is analgetikum nefropátia kialakulásához vezethet, melyet a betegek eltitkolni igyekeznek. A szerzők ezért 124 hisztológiailag analgetikum nefropátiának bizonyított esetük retrospektív analízise során arra kerestek választ, hogy 1. mi az indikációja analgetikum nefropátiában a diagnosztikus vesebiopszia elvégzésének, 2. a vizsgálat előtt milyen előzetes klinikai diagnózisok vetődtek fel és milyen klinikai tünetek alapján, és 3. mi a patológiai-anatómiai diagnózis értéke és milyen kiegészítő jelentősége van a klinikai diagnosztikában a szövettani vizsgálat elvégzésének.

Eredményeik szerint az esetek 30%-ában a diagnózis először a szövettani vizsgálat alapján merült fel, melyet a beteggel való ismételt elbeszélgetés, az analgetikum abuzus elismerése is megerősített. Ennek korábbi tagadása volt az, ami a klinikai vizsgálati eredmények értékelését hamis vágyra terelte. A hamis klinikai diagnózisok előfordulása különösen politoxikomániában (nikotin-, alkohol-, pszichofarmakon-, vagy laxatívum és fájdalomcsillapító abuzusban) szenvedők esetén volt jelentős. A patológiai anatómiai diagnosztika jelentősége a direkt vizsgálati módszer előnyéből adódik, melyben egyben lehetőség van a veseparenchyma károsodás jellegének és kiterjedésének a felbecsülésére is. Kauzális terápia csak az etiológia ismeretében lehetséges, ezen betegknél a veselváltozás progressziója az abuzus beszüntetésével alapvetően megváltoztatható.

Ezért nem tisztázott, krónikusan lappangva kezdődő, a sérüléskreatinin szint emelkedéséhez vezető vesemegbetegedés esetén a vese szövettani vizsgálat elvégzését feltétlenül kívánatosnak tartják a szerzők.

Szalay László dr.

Campylobacter colitist követő haemolytikus uraemiás szindróma kombinált kezelése plazmapheresissel és haemodialysissel. Dennerberg, T. és mtsai (Departments of Nephrology, Pediatrics, Surgery and Clinical Bacteriology, University Hospital, Malmö, Sweden): Acta Paediatr. Scand. 1982, 71, 243.

A haemolytikus uraemiás szindróma (HUS) különböző súlyosságú fokban jelentkezhet, gyakran fatális kimenetelű. A gyógyulás esélye csökken az anuria időtartamának növekedésével. A HUS klinikai képe meglehetősen egyöntetű, a kiváltó tényező azonban a legtöbb esetben ismeretlen. Enteropathogen baktériumok, mint a Shigella és a Salmonella néha együtt jár a szindrómával. Különböző vírusok is felelőssé tehetőek, mint kóroki tényezők.

Úgy vélik, hogy az elsődleges kórtörténet a glomerulusokban és a renalis arteriolákban az endothel károsodása, amely mikrothrombus képződéshez, a DIC folyamatának beindulásához vezet. Csökken ezáltal a vese átáramlás és a glomerularis filtráció. Nem tisztázott még, hogy vajon az endothel károsodás immunológiai mechanizmus következménye-e, vagy az enterális kórokozó direkt toxikus hatása.

A szerzők egy hosszan tartó anuriával járó, súlyos HUS esetet írnak le egy 7 hónapos betegükénél, akinek állapota nem javult a kombinált plazmapheresis és haemodialysis kezelés bevezetéséig. A fiúcsesemő betegsége hasmenéssel, időnkénti hányásokkal jelentkezett. Láza nem volt. 3 nap múlva itathatatlaná vált és kielégítő állapotban kórházi felvételt nyert. Felvételekor anaemiás küllemű volt, székletében makroszkópos vér nem volt látható. A colon rtg. vizsgálatával invaginatio kizárható volt, de a bélnyálkahártya kóros képet mutatott a colon descendensben, beleértve a rectumot és a colon transversum nagy részét is. Az elváltozások submucosus vérzéseknek imponáltak. 24 órával a kórházi felvétel után makacs görcsök jelentkeztek és a beteg anuriássá vált. A se. kreatinin szint 350 $\mu\text{mol/l}$, a se. Na: 127 mmol/l , a se. K: 6,9 mmol/l , a Hgb-szint 85 g/l volt. A vérkenetben fragmentocyták és ún. „burr sejtek” voltak láthatók. A thrombocyta szám kezdetben $166 \times 10^9/l$ volt, de később $60 \times 10^9/l$ -re csökkent.

Peritonealis dialysist kezdtek és vvt massa kis mennyiségét transzfundálták több alkalommal. A beteg állapota nem javult. Seldinger technikával Shaldon katétért helyeztek el inguinalisan, majd egy-tűs módszerrel haemodialysist végeztek (összesen 17 alkalommal). 14 nap múlva a gyermek még mindig anuriás volt. A hypertensio és húgyúti fertőzés megelőzésére antihypertenzívumokat és antibiotikumokat kapott.

A kórházi felvétel 16. napján végezték az első plazmapheresis membrán-filtrációs technikával Plasmaflo, 0,65 m² Asahi Medical Co., Tokyo/Nycotron, Norway). A napi vizeletmennyiség 10 ml-ig növekedett, de tovább nem, 5 nap múlva a kezelést megismételték és az azt követő 4 napon keresztül kombinálták haemodialysissal. A beteg jól tolerálta a beavatkozást, minden kóros reakció nélkül. A diuresis drámai módon növekedett a kezelést követő napokban és elérte a normális szintet. Laboratóriumi értékei is normalizálódtak. A súlyos HUS etiológiájának tisztázása érdekében bakteriológiai, virológiai és serológiai vizsgálatokat végeztek. A serum ismételt vizsgálatával talált szignifikánsan magasabb *Campylobacter jejuni/coli* szembeni EA-szint azt igazolta, hogy a kiváltó tényező e baktérium volt, bár a székletből kitenyészteni nem lehetett. Ennek magyarázatát abban látják, hogy az enterális tünetek megjelenése és a mintavétel között több nap telt el és ekkor már antibiotikus kezelést is kapott a beteg.

A szerzők minden súlyos, prolonged anuriával járó HUS-ban javasolják a kombinált plazmapheresis és haemodialysis kezelést. Az új membrán-filtrációs plazmacerét ajánlják a szokásos plazmapheresis technika helyett, melyet vérsajt separatorral végeztek és nagy volumen igénye miatt kis gyermekeknél nehezen tudták csak alkalmazni.

Úgy vélik, hogy a *Campylobacter jejuni/coli* is kiváltó tényezőként szerepelhet a HUS-ban, elsőként mutatva rá e kapcsolat lehetőségére.

Berényi Károly dr.

A glomerulonephritis és veseinsufficiencia diétája. Hecking, E.: Münch. med. Wschr. 1982, 124, 1105.

A vesebetegségek diétás kezelése nemcsak elengedhetetlenül fontos, néha élethosszabbító tevékenység, hanem esetenként a pathofiziológiai okokat is jótékonyan befolyásoló rendszabály. A vesebeteg régi éhezéssel és szomjazással kúrálják már régen túl vagyunk, és ma már azt is tudjuk, hogy ezek veszélyesek, a glomerulus filtráció csökkenését okozva.

I. **Glomerulonephritis.** A diétás kezelés az oedemához és a hypertóniához igazodik, ami azt jelenti, hogy ezek nélkül a diétán rendszabályoktól eltekinthetünk. 1. **Nephrotikus szindróma.** Ez fehérjevesztéssel, hypalbuminaemiával és oedema-hajlammal jár. Az oedema diuretikus kezelése csak nagy kritikával végezhető, mivel a keringési zavarok árthatnak. Az étrendben nagyobb fehérjebevitel (2 g/kg) ajánlatos, bár a fehérjebevitel emelése a proteinuriát is növeli. A bélrendszer rezorpció kapacitását az albumintűkór normális szinten tartása érdekében kell kihasználni. Tejfehérjével nehéz a nagyobb fehérjebevitelt elérni, mivel ez többnyire nagyobb sófelvétellel és oedema-hajlammal is jár. Ezért megfelelő fehérje-koncentrátumok adását javasolják. Kiegészítőleg a folyadékfogyasztást kell korlátozni és az napi másfél liternél ne legyen több, testsúlyt növelő oedema esetén pedig még ennél is kevesebb. Mindezek mellett megszorítandó a nátrium felvétel és konyhaszegény étrend adandó. A napi konyhasó felvétel 2 g alatt legyen. Diuretikumok adásának csak therapiarezisztens oedema esetén van értelme. 2. **Glomerulonephritis hypertóniával.** Nátriumszegény (napi 6 g konyhasó alatti) diéta szükséges.

II. **Idült veseelégtelenség.** Ennek diétás kezelése: 1. Fehérje 0,5–0,6 g/kg + vizeletvesztés. 2. Kalória 35 (146 kJ) testsúlykg-ként. 3. Nátrium napi 6 g alatt. 4. Kálium az egyensúlytól függően, hyperkalaemiában 2 g (50 mmol). 5. Phosphatok korlátozása. Semmi tej, tejtermék, kakaó, diófélések, kóla stb. 6. Folyadékfelvétel 24 óra alatt 2 liter alatt.

A veseelégtelenség optimális diétája: kevert fehérjeszegény étrend, a fehérjeadást mindig az egyéni szükségletekhez igazítva. A nátrium, kálium és phosphat felvétel megszorítandó. A folyadékfelvételt lehetőleg magas szinten kell tartani. Az idült veseelégtelenség diétáját már a glomerularis filtráció csökkenésekor (10 ml/min) be kell vezetni, az intoxikációra mutató tünetek pedig azt már korábban szükségessé tehetik, gyógyszeres kezeléssel kombinálva.

III. **Tartós dialysis.** A dializált páciensek fehérje felvétele naponta 1g/kg körül lehet. Ezenkívül kálium- és phosphat-szegény étrend javasolt. Ezért a nagyobb mennyiségű gyümölcsfogyasztásról és főleg a banánról, dióról, csokoládéről és kóláról mondjanak le. A folyadékmennyiség korlátozásán belül a diurézis miatt napi fél liter vízfelvétele szükség van. Másrészt az egyes dialysis kezelése között a vízretenció tüdőoedema, hypertonia és szívelégtelenség veszélyével jár.

Angeli István dr.

A szérumlipoproteinek változásai vesebetegségekben. Mordasini, A., W. Riesen (Lipidlabor des Inst. f. klin. Eiweissforschung der Univ. Bern): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1335.

Az arteriosclerosisos érszűkítőmennyek az idült vesebetegségben szenvedőkön gyakori és súlyos problémát jelentenek. Így másodlagos hyperlipoproteinaemiák keletkeznek, a konzervatív kezeléssel, az előrehaladt veseelégtelen betegekben, a haemodialyzáltakon, továbbá veseátültetés után, de különösen gyakoriak a nephrosis-syndromában szenvedőkön. A konzervatív és a haemodialysissal kezelt veseelégtelen betegekben előtérben a (IV. típusú) hypertriglyceridaemiák uralkodnak, viszont a veseátültetés esetén és a nephrosis-syndromában a tiszta vagy túlnyomóan a (II. típusú) hypercholesterinaemiák állnak az előtérben. A nephrosis-syndromában levő hyperlipoproteinaemia kivételével ezen zsírsavcserezők a protektív HDL („high density”-lipoprotein) erős csökkenésével járnak és nagy atherogen kockázatot jelentenek. Az idült uraemiában kóroktanilag a triglyceridgazdag lipoproteinek leépítődésének zavarai állanak a zsírsavcserező elöterében; veseátültetés után a corticosteroidkezelés látszik oki jelentőségű tényezőnek, míg a nephrosis-syndromában a fokozott hepaticus lipoproteinsynthesis bír jelentőséggel.

iff. Pastinszky István dr

Nefrológiai problémák a tüdőgyógyászatban. Andrassy, K., Ritz, E. (Nephrologie der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg): Therapiewoche 1982, 32, 6380.

Az új diagnosztikai és therapiás eljárások révén az elmúlt években a nefrológia és pulmonológia között számos érintkezési pont alakult ki. Az érdeklődés középpontjába a pulmorenalis syndroma került, amely nephritises klinikai képpel együttjáró, immunológiai eredetű tüdőkárosodást jelent. Az említett tünetegyüttes elsősorban Goodpasture-syndromában, Wegener granulomatosisban, herpes erythematosisban és az angitisek különböző formáiban észlelhető. Az alkalmazott therapia sikere döntően függ attól, hogy a kialakuló veseelégtelenség előtt kezdődött-e meg; tehát a betegség korai felismerésének fontos klinikai jelentősége van. A vese érintettségének legérzékenyebb indikátora a kóros vizeletlelet. A vizeletvizsgálat tájékoztató értékét alapvetően megszabja az optimális feltételek szerint végzett technika: fáziskontraszt mikroszkópos üledék analízis, 24 órás proteinürítés, polyacrylamidgél-elektroforézis. Pulmorenalis syndromában a vizelet üledék gyakorlatilag

mindig kóros. A szerzők szerint a fáziskontraszt mikroszkópos üledék vizsgálatot a nem nefrológusok gyakran elhanyagolják. Az uroproteinek szétválasztásában nagy segítséget nyújt a diszkelektorofórezis. Ennek lényegét az adja, hogy a vizeletben levő fehérjék natriumdodecylsulphat közvetítésével negatív töltéssel láthatók el, és így polyacrylamidgélben a molekulásúly szerint elkülöníthetők válnak. Azok a proteinek, amelyeknek molekulásúlya az albuminét meghaladja, glomeruláris eredetűek, amelyeknek molekulásúlya pedig az albuminét alatt van, a tubulusokból származnak. M. Goodpasture-ban, az immunhisztológiailag bizonyított autoimmun-glomerulonephritisek 70%-ában sikerül basalmembrán ellenes keringő antitesteket kimutatni. Ezek az antitestek nemcsak a glomerulus, hanem más szervek, így különösen a tüdőalveolusok basalmembránjával is reagálnak. A szerzők megfigyelései szerint a tüdő megbetegedése a klinikailag manifestálódó vesefolyamatot legtöbbször hetekkel-hónapokkal, vagy akár évekkkel megelőzi. A vese részéről mutató tünetek kezdetben elmosódottak, könnyen elnézhetők.

A vesetranszplantációkat követő tüdőelváltozásoknak az utóbbi időben szintén egyre nagyobb jelentősége van. A tapasztalatok szerint 3 formájuk a leggyakoribb: 1. perioperatív pneumoniák, a narkózis szövődmenyeként; 2. az akut posztoperatív fázison túl enyhe immunuszpresszió és normális vesefunkció mellett fellépő tbc és tüdőmycosis; 3. beszűkült vesefunkció és masszív immunuszpresszió esetén kialakult cytomegalia vírus, Pneumocystis carinii, gomba, Legionella okozta atípusos pneumoniák. Feltűnő ezekben a klinikai és radiológiai tünetek intenzitásában mutatókozó különbség.

Barzó Pál dr.

Részlegesen differenciált cisztikus nefroblastóma. Gaillard, D. és mtsai (Hôpital Masion-Blanche, CHU, 51100 Reims): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 445.

A részlegesen differenciált cisztikus nefroblastóma (r. d. c. n.) elég jó prognózisú vesetumor, amit klinikailag nehéz diagnosztizálni. Vitatott a patogenezise. Az irodalom 25 esetről tesz említést.

A szerzők egy 15 hónapos betegükről számolnak be, akinél a jobb vese felső pólusához kapaszkodó

hasi daganatról echográfiával nem lehetett eldönteni, hogy r. d. c. n.-ről, vagy diszplázias veséről van-e szó. Vincristin- és adriamycin-kúra a daganatot jelentősen megkisebbitette a nefrektomiát megkönnyítette.

Az egyébként ép vese felső pólusán fekvő, eltávolított tumort részletes szövettani és immunohisztokémiai — humán specifikus antifibronectin antiszérummal végzett indirekt immunofluoreszcencia — vizsgálatoknak vetették alá. Ezek eredményéből a szerzők kiemelik, hogy azok egy része nagyon éretlen elváltozásokra utalt. A tubulusok és a ciszták egy részét ugyanis olyan fibronectin-lemez határolta, mint ami az embrióban és a tipikus nefroblastómában észlelhető, amely glikoproteint felhőttben már nem találunk. Ugyanúgy, mint az embrióban, a mesenchymában főleg az I-es típusú kollagén dominált, míg a felnőttnél lényegében csak a III-as típusú kollagén lelhető fel. Az extracelluláris szövet tehát olyan jellegzetességeket tárt fel, amelyek a néhány hetes emberi embrionális vesére jellemzők. Ugyanakkor — miután hisztó-enzimológiai vizsgálatokat is végeztek — kiderült, hogy a tubulusok részeiben nem lelhető fel a leucin-aminopeptidáz, ami már a 7 hetes embrióban a vesetubulusokban megjelenik. Mindezek a tények kifejezett celluláris éretlenség mellett tanúsítottak, s kétséget támasztottak az esetleges későbbi fejlődésről. Még ha az eddigi tapasztalatok a r. d. c. n. kedvező alakulása mellett tartózkodnak is, a beteg hosszú ideig tartó megfigyelése szükséges, mert a felsorolt morfológiai jelek potenciális agresszivitás mellett szólnak, még akkor is, ha az embrionális góccok mellett a daganatban jól differenciált szövetterületek is találhatóak.

Legjobb terápia: egyszerű nefrektómia, amire pre- vagy posztoperatív kémiai és/vagy radioterápiát kell kapcsolni.

Kövér Béla dr.

A nefrózis szindróma megszűnése melphalan és prednisolon kezelésre primer amyloidosisban. Kyle, R. A. és mtsai (Division of Hematology, and Internatl Medicine, Mayo Clinic, Rochester): Arch. Int. Med. 1982, 142, 1445.

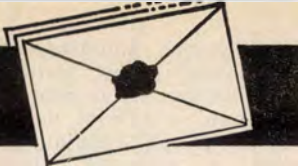
Az ún. primer amiloidózisban a vese érintettsége minden esetben igen súlyos fokú. Az amiloid fib-

rillumok monoklonális könnyülán-cokból épülnek fel, melyeket a plazmasejtek szintetizálnak, ezért kézenfekvőnek tűnik, hogy alkáló szerek hatására az amiloid képződés csökkenni fog. A szerzők két primer amiloidózisban szenvedő olyan beteget észleltek, akiknek súlyos fokú nefrózis szindrómájuk volt. Vesebiopsiával a glomerulusok mesangiumában ki lehetett mutatni az amiloid depozíciót. Melphalan és prednisolon kezelésre a súlyos nefrózisos tünetek (albuminuria, oedema) csökkentek, ill. megszűntek. A klinikailag tünetmentessé vált betegeken elvégzett ismételt vesebiopsia meglepő eredménnyel járt: a mesangiális amiloid depozíció kifejezetten fokozódott. Kiemelendő, hogy egyik beteg sem szenvedett myeloma multiplexben. E meglepő eredményt a szerzők nem tudják megmagyarázni. Berkessy Sándor dr.

A bal vena renalis hipertensiója: okkult haematuria oka. Beinart, C. és mtsai (The New York Hospital-Cornell Medical Center, New York): Radiology 1982, 145, 647.

A bal v. renalis a duodenum harmadik szakaszához hasonlóan az a. mesenterica superior és az aorta között húzódik. A jól ismert duodenumleszorításhoz hasonlóan a v. renalis is kialakulhat itt szűkület, némelykor mögöttes vénás nyomásemelkedéssel és vérveléssel. Normális körülmények között a vesevénában és a v. cava inferiorban mért nyomás azonos. A szerzők 5 beteg adatait ismertették. Egyiket magas vérnyomás, négyet vérvelés miatt vizsgáltak. Az első beteg kiválasztásos urogramján érederetű benyomatokat láttak az ureteren baloldalt, és a venographia kiterjedt ureter körüli visszértágulatokat igazolt. Négy vérvelő betegük közül háromban láttak ureterbenyomatokat. Arteriographia vénás szakában a bal vesevéna ürülése elhúzódó volt 2 betegben. A venographia 3 esetben mutatott kiterjedt ureter körüli varixokat. Három esetben végezték el a nyomásmérést a vesevénában és a v. cava inferiorban. Mindegyik esetben a v. renalis hipertensióját sikerült igazolni, a mért gradiens 7—10 Hgmm volt. Nyilvánvalóan ritka elváltozásról van szó, de az eddig tisztázatlan haematuria esetek egy részében feltehetően ennek a mechanizmusnak is szerepe lehet.

Laczay András dr.



Imurán a colitis ulcerosa terápiájában

T. Szerkesztőség! Úgy érezzük, hogy az Orvosi Hetilap 1983. 46. számában (2828. old.) a referens saját tapasztalatai és a referált közlemények alapján az Imurán talán kissé túlzottan bátor alkalmazására ösztönzi kollégáinkat. Úgy látjuk, hogy e terápiás kérdés két oldalát a referens nem elég határozottan választotta szét, ezért néhány szempontra felhívjuk a figyelmet.

Véleményünk szerint az Imurán kezelés indikációja két esetben merülhet fel, az:

- 1.) akut toxikus és
- 2.) aktív krónikus colitis ulcerosában

ad. 1. A súlyos akut colitis ulcerosában mindig fenyeget a szep-tikus szövődés s ennek kialakulásában az első közlemény betegeiben az Imurán is (3 mg/kg/die!) közrejátszhatott. Az a tény, hogy 35 esetükből a szerzők két esetüket szep-tikus szövődéssel veszítették el, arra utal, hogy az Imuránt mint utolsó terápiás lehetőséget alkalmazták. Súlyos colitis ulcerosája lehetett továbbá annak a hét betegnek is, akiknél inefektív kezelés miatt a szerzők colectomiára kényszerültek. Súlyos akut colitis ulcerosában ugyanis az Imurán — prednisolon kombináció alig, vagy egyáltalán nem befolyásolja a betegség lefolyását (1). Két esetük kapcsán ezt a konzekvenciát maguk a szerzők is levonják közleményükben.

A másodikként referált közlemény anyagából hasonló következtetésre juthat az olvasó, ha meggondolja, hogy az Imurán helyett placeboval kezelt csoportjában kialakult három akut rosszabbodást a szerzők nem Imuránnal, hanem colectomiával „kezelték”. Mi magunk — anélkül, hogy ezt dogmának tekintenénk — akut toxikus betegekben a Truelove által javasolt néhány napos nagy dózisú steroid lökés-terápiát részesítjük előnyben, s ha ennek ellenére rosszabbodik a beteg állapota, műtét indikálunk, nehogy a beavatkozással elkéssünk. Hasonló a konklúziója az idézett, harmadik cikk szerzőjének is (Korelitz), aki szerint az „immunosuppressív szerekek nincs szerepük a robbanás-szerűen zajló betegségek kezelésében”.

ad. 2. Az aktív krónikus colitis ulcerosa Imurán terápiájának eredményeit a másodikként referált közlemény tartalmazza. A hat hónapon át vezetett kettős vak kontroll vizsgálat eredményei ebben a munkában szignifikánsnak vannak feltüntetve, mind a steroid

igény csökkentése, mind a betegség aktivitási tüneteinek csökkentése szempontjából.

Elgondolkozató azonban, hogy évekkor korábban egy, az említett cikkben közölt beteganyagnál kétszer nagyobb anyagon (80 betegnek egy évig, 2,5 mg/kg/die adtak Imuránt) szerzett tapasztalatok alapján más szerzőknek a kezeléssel a következő véleményük volt: „ha az Imuránnak egyáltalán szerepe van a colitis ulcerosa kezelésében, akkor mint fenntartó kezelés jöhet szóba azokban az esetekben, amelyekben a betegek a megszokott kortikoid és Salazopyrin terápia alatt nincsenek megfelelő állapotban és műtét még nem javasolt” (2).

Egy másik munkacsoport 30 betegnek adta az Imuránt (1,6 mg/kg/die) 6 hónapon át és a következő konklúzióra jutott: „jóllehet a prednisolon igénylő krónikus colitis ulcerosás betegek számára az Imurán nem jár nagy haszonnal, de lehetővé teszi a prednisolon dózisának csökkentését anélkül, hogy a betegséget rontaná” (3). Végül egy harmadik — magát előzetesnek minősítő — közlemény krónikus minősítő ulcerosában az azathioprint ugyanolyan hatásosnak írja le mint a Salazopyrint (4).

Minden bizonnyal vannak olyan betegek, akikben az Imurán adása kedvező fordulatot hoz, azonban a jelenlegi irodalmi adatok alapján még nem beszélhetünk általánosan elfogadott egyértelmű javaslatról krónikus colitis ulcerosában, akut fulmináns esetekben inkább ellenjavalljuk adagolását és az idejében elvégzett műtét mellett döntünk. Teljes mértékben oszthatjuk a Slesinger—Fordtran „Gastrointestinal disease” c. kézikönyv 1983-as kiadásában az azathioprintről közölt véleményt, miszerint „ezt a szert experimentálisnak tekintik az ulceratív colitis kezelésében és rutinszerű használata nem megengedett” (5). Az Imurán kezelés indikálásában természetesen sokat segítene, ha rendelkeznénk olyan paraméter(ek)rel, amelyek alapján egyedi esetekben nagy valószínűséggel előrejelezhetnénk az Imurán kedvező hatását.

Nagy Ferenc dr.
Varró Vince dr.

IRODALOM: 1. J. W. Singleton: Drug therapy of inflammatory bowel disease, in D. Rachmilewitz ed. Inflammatory Bowel Diseases. Martinus Nijhoff Publishers, London 1982. — 2. D. P. Jewell, S. C. Truelove: Azathioprine in ulcerative colitis: Final Report on Controlled Therapeutic Trial. Brit. Med. J. 1974, 2, 627—630. — 3. J. L. Ro-

senberg és mtsai: A controlled trial of azathioprine in the management of chronic ulcerative colitis. Gastroenterology, 1975, 1, 96—99. — 4. Caprilli, R. és mtsai: A double blind comparison of the effectiveness of azathioprin and sulfalazine in idiopathic proctocolitis — preliminary report. Am. J. Dig. 1975, 20, 115. — 5. Slesinger, M. H. és Fordtran, J. S.: Gastrointestinal Disease. III, kiadás Saunders 1983, 1142—1143.

A Salazopyridazin használatáról.

T. Szerkesztőség! A „Levelek a szerkesztőhöz” közkedvelt és széles körben olvasott rovatában szeretném kollégáim figyelmét felhívni egy fontos terápiás kérdésre.

A colitis ulcerosa tartós kezelése évtizedek óta hazánkban is a svéd Pharmacia gyár termékével, a Salazopyrin tablettával történik, melynek gyomorban oldódó és enterosolvens változatát egyaránt kitűnő eredménnyel alkalmazzuk. Ismeretes, hogy a gyógyszer a szervezetben szulfonamid (szulfapiridin) és szalicilsav (5-amino-szalicilsav) komponenssé bomlik. Az elmúlt évek irodalmi adataiból azt is tudjuk, hogy a két összetevő közül az 5-amino-szalicilsav bizonyult a hatásos alkotórésznek, és folyamatban van önálló terápiás alkalmazása.

1980-ban ismertük meg a szovjet gyógyszeripar termékét, a Salazopyridazint, mely szintén jól bevált krónikus aspecifikus vastagbélgyulladások kezelésében. Gyomorban oldódó tablettá formájában használjuk. A Salazopyrintől abban különbözik, hogy szulfonamid összetevője (szulfapiridazin) elhúzódó hatású, könnyen kumulálódik. Eppen ezért a Salazopyridazin maximális napi adagja lényegesen kisebb, mint svéd megfelelőjének, 2 g=4 tbl. (Salazopyrinből 4—8 g=8—10 tbl. is adható). A két gyógyszernek nemcsak a neve hasonló, de egészen egyforma a 0,5 gr-os tabletták nagysága, színe is, így külső jegyei alapján a szovjet gyógyszer és a svéd, gyomorban oldódó tablettá könnyen felcserélhető. (A svéd enterosolvens tablettá hosszúkás és világos színű.) Műtán adagolásuk különböző, ez veszélyes lehet.

A közelmúltban a svéd Salazopyrin behozatala megszűnt, és a betegeket Salazopyridazin kezelésre állítottuk át. Az előbbieken részletezett okokból, az adagolás kellő ismeretének hiányában, sajnos szép számmal akadnak olyan betegek, akik a körzeti, vagy akár a kórházi kezelőorvos utasítására hetek óta 3×2—4×2 tbl. szovjet gyógyszert szednek, a megengedhető maximális adag másfél-kétszeresét, s többé-

kevésbé súlyos gyógyszer mellékhatást szenvednek el.

A magyar gasztroenterológiai társaság közbenjárására ismét elérhető lesz indokolt esetben, a svéd Salazopyrin.

A követendő eljárás tehát az,

hogy enyhe, tünetszegény colitis ulcerosában, vagy javuló állapotban, amikor a fenntartó kezelés elegendő, a szövet Salazopyridazin megfelelő adagját, maximum napi 4 tablettát alkalmazzuk. Amennyiben a betegnek ennél

nagyobb gyógyszer adagra van szüksége, vagy csak enterosolvens tablettát szedhet, az erre feljogosított szakrendelések a svéd Salazopyrin tablettát ismét felírhatják majd.

Kovács Ágota dr.

CALYPSOL

injekció

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a középagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG

500 mg ketaminum, sósavas só alakjában, 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK

Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK

Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS

Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0–4,5 mg/tskg, gyermekeknek 0,5–4,5 mg/tskg. Az 5–10 perces narkózist eredményező átlagos adag 2,0 mg/tskg. Az **intramuscularis** kezdeti adag felnőtteknek 6,5–13,0 mg/tskg, gyermekeknek 2,0–5,0 mg/tskg.

Felnőtteknek 10 mg/tskg adagja rendszerint 12–25 perces anesztéziát biztosít. Az altatás fenntartásához az említett dózisos fele használatos.

MELLÉKHATÁSOK

Tenziónövekedés, pulzusszámemelkedés, nyálfolyás, hányinger, hányás, légzési és látási zavarok. Az ébredési szakban hallucináció, pszichomotoros nyugtalanság, zavartság. A poszt-narkotikus nyugtalanság Droperidollal (0,1 mg/tskg im.) rendszerint megelőzhető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.

Fokozza a tubokurarin neuromuskuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS

Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiilag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS

Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozó intézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS

5 × 10 ml-es üveg.





KÖNYVISMERTETÉS

**Roaf R.: Wirbelsäulendeformitá-
ten** (Gerincdeformitások). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1983. 317 oldal, 452 ábra. Ára: 118 DM.

A könyv angol nyelvű első kiadása 1977-ben, második kiadása 1980-ban jelent meg, és az új kiadást fordította le K. Uthoff és D. Vollkammer németre. A fordítók munkáját az előző írója, Schlegel úgy értékeli, hogy modernizálták is a könyvet, és így megfelel egy harmadik kiadásnak. A szerző több évtizedes tapasztalata a gerincbetegségek terén jó alapot szolgáltat a könyvhöz. A nemzetközi szakmai együttműködés szép példája, hogy az első kiadáshoz a nagy hírnű moszkvai Csaklin irt előszót, és Roaf is több helyen méltatja Csaklin érdemeit.

A könyv a címben megadott „gerincdeformitásoknál” lényegesen nagyobb területet ölel fel. A szerző a könyvet olvasásra szánta, az egyes fejezetek önállóan, novellaszerűen olvashatók.

A könyv 18 fejezetre oszlik, és minden fejezet végén rövid irodalomjegyzék található.

Az 1. fejezet rövid történeti áttekintést ad. A 2. fejezet a gerinc fejlődésével és anatómiájával foglalkozik. Ez a fejezet is nagyrészt a szerző saját megfigyeléseit tartalmazza nagyon jó szemléltető ábrákkal. Részletesen ismerteti a gerinc és gerincvelő fejlődését, növekedését és vérrellátását.

A 3. fejezet a tartás fiziológiája és a gerinc biomechanikai jellemzői címet viseli, és azt a neurológia, az izom élettana és biokémiája irányából, kísérletes mechanikai vizsgálatokkal és a gerincet ható erők elméleti analízisével igyekszik megvilágítani.

A 4. fejezetben közösen tárgyalja a destruáló betegségeket, a gyulladáásokat és daganatokat. Első helyen szerepel a spondylitis tuberculosa. Részletes ismertetése nem indokolatlan, tekintve, hogy a harmadik világban még ma is gyakori betegség. Az egyéb gyulladáások után a tumorszerű elváltozások, a jó- és rosszindulatú tumorok rövid összefoglalását találjuk.

Az 5. fejezet a sérülések következtében kialakult deformitásokkal, a sérülések fajtáival, mechanizmusával és a késői következményekkel foglalkozik. Az „elmulasztott korrekció” cím alatt olvasható, hogy a legtöbb gerincsérülés magától ismét stabil lesz, és ez önmérsékletre int a kezelésben.

A 6. fejezet a gerincdeformitások és a neuromuscularis rendszer kapcsolatáról szól. A kollagen de-

fectusok, izomműködési zavarok, ideg-, gerincvelői betegségek és agyi károsodás után részletesen foglalkozik a gerincdeformitások következtében kialakuló paraplegiával.

A 7. fejezet a kongenitális gerincanómáliák keretében felöleli a csigolyafejlődési zavar miatt kialakult deformitásokat, gerincvelő záródási hiányt, rendszerbetegségek következtében előálló csontosodási és fejlődési zavart. A gyakoriság, osztályozás és a klinikai tünetek ismertetése előzi meg az egyes gerincanómáliák tárgyalását.

A 8. fejezet anyagcsere- és endokrin betegségekkel foglalkozik. A csontanyagcsere rövid összefoglalása után fontosságának megfelelően helyet kap a rachitis és osteomalacia, az osteoporosis és a hyperparathyreoidizmus.

A 9. fejezetben a nem tisztázott eredetű generalizált betegségek cím alatt olyan körképeket foglal egybe, mint a Bechterew-kór, a rheumatoid arthritis, spondylolysis, discus hernia, spondylolisthesis, spondylosis, kongenitális lumbosacralis anomáliák, gerincsatorna-szűkület és Paget-kór. Ebben a sajátos csoportosításban az eredet legáltalában nem egyformán „ismeretlen”.

A 10. fejezet az ismeretlen eredetű gerincnövekedési zavarokkal, a scoliosissal és a Scheuermann-kórral foglalkozik. Itt találkozzunk a szerző korábban „Scoliosis” címen megjelent könyvében is szereplő kitűnő gerinc- és mellkaspreparátumokról készült fényképekkel és a scoliotikus gerinc görbületének és torziójának kialakulását magyarázó és szemléltető szellemes vázlatos rajzaival. A scoliosist az előszóban is említett Csaklin beosztása szerint tárgyalja, lényegesen eltérve az általában használt felosztástól. A kezelési módokat és a Scheuermann-féle betegséget csak egész röviden érinti.

A 11. fejezetben „a gerinc radiológiájában” a normális és funkcionális röntgenfelvételek mellett helyet kapnak a különböző kontrasztanyagok és izotópos vizsgálatok, a computer tomográfia, a tübiopszia, a chemonucleolysis és a terápiás érembolizáció.

Az anaesthesiológiával foglalkozó 12. fejezet a gerincdeformitások következtében kialakuló respirációs és kardiális helyzetet és a fektetésből adódó problémákat elemzi és konkrét útmutatást ad az általános érzéstelenítés végzésére, a beteg postoperatív megfigyelésére és kezelésére.

A 13. fejezetben a scoliosist általános orvosi és belgyógyászati szempontból vizsgálja. A 14. fejezetben pedig antropológiai mérések módszerét és eredményeit ismerteti.

A 15. és 16. fejezetben a gerincdeformitások, elsősorban a scoliosis konzervatív és műtéti kezelését tárgyalja elég részletesen. A kezelési elvek után az aktív és passzív tornagyakorlatokat, fektetési módokat, a gerinc biomechanikáját, korrekciós sínnek és fűzők, gipszkötések és a „halo traction” alkalmazását ismerteti. A műtéti kezelésben a hagyományos korrekciós stabilizációs és kozmetikai műtétek mellett a legújabb módszerek is szerepelnek.

Az Epilógusban néhány fejlődési irányt vázol a szerző, amelyek előbbre vihetik az egész gerincdeformitások-problémát. Meggyőződése szerint a kezelésben a jövőben a konzervatív módszerek fognak tért hódítani a sebész beavatkozásokkal szemben. A következő területeken nyert újabb ismeretek vihetik lényegesen előbbre a gerincdeformitások megelőzését és eredményes kezelését: genetika, az interauterín noxák ismerete, a fertőzések eleni eredményesebb küzdelem, hatásos antibiotikumok alkalmazása, az anyagcsere-vizsgálatok és az endokrinológia újabb eredményei, az immunológiai, porciokémiai és neurofiziológiai felfedezések. Sajnos a deformitások korrekciójára alapvetően ma is ugyanazokat az elveket alkalmazzuk, mint két évezreddel ezelőtt, csupán a technika fejlődött, de ezen a téren elégedettségre semmi okunk nincs, messze állunk az ideális céltól: megakadályozni a deformitásokat, vagy korrigálni a deformitásokat a gerinc mobilitásának megtartásával.

Az utolsó fejezetben a független korrekciós corsettekről, a szülők tájékoztatásáról, corsetben és corset nélkül végzett tornagyakorlatokról kapunk rövid tájékoztatást.

Minden fejezet előtt mottóként egy idézet található. Shakespeare-tól kezdve Mao Ce Tung-on keresztül Claude Bernard-ig idéz a szerző egy-egy gondolatot.

A könyv óriási anyagot ölel fel, és így nem is várható, hogy minden tárgyat kérdésben elmélyedjen. De érdekes és hasznos olvasmány, betekintést ad a gyakorlat számára rendkívül fontos betegséges csoportba, és elősegíti a tájékozódást.

Egy-egy fejezet önmagában is élvezetes olvasmány. A tényanyagot kívül tanúi lehetünk a szakma fejlődésének, látjuk a megoldatlan problémákat, és sejtethetjük a megoldás irányait is. A könyvet használni forgathatják ortopédok, traumatológusok, reumatológusok, radiológusok, de az általános orvosok és gyermekorvosok is.

Vízkelety Tibor dr.

Kolstad P., Staffl A.: Atlas der Kolposkopie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1983. 3. kiadás, 162 oldal. Ára: 98,— DM.

A nagyalakú könyv a 3. angol kiadás német nyelvű fordítása, 10 részre tagolódik:

1. Bevezetőben a kolposzkópiával és a méhnyak érellátásával foglalkozó munkák történeti áttekintését adják. Az érelváltozások vizsgálata a könyv egyik súlyponti kérdése.

2. Szövetani és kolposzkópos terminológia.

3. Kórimzési kritériumok. Különösen részletesen foglalkoznak a kapillárisok elváltozásaival.

4. Módszerek. Vizsgálati, diagnosztikus és dokumentációs módok: kolposzkóp, fényképezés, anyagvétel biopsziás vizsgálatra, alkáli foszfátáz kimutatás.

5. Normális kolposzkópos leletek: lap-, henger-, átalakulómám (transzformációs zóna), metaplázia, biopsziás vizsgálatra való anyagvétel, vagy besugárzás utáni elváltozások. Kóros kolposzkópos leletek: keratózis, fehér hám, pontozottság (grund) és mozaik, atipusos erek.

6. A szeméremtest, a húgycső és a hüvely jó- és rosszindulatú elváltozásainak kolposzkópos képe.

7. Részletesen foglalkoznak a terhesség alatt stilbésztróllal kezelt asszonyok lányai kolposzkópos vizsgálatával. Szerzők a kolposzkóppal vizsgált ilyen anamnéziséű lányok 91%-ában találtak hüvelyi adenózt, amit szövettanilag megerősítettek. Elvéve világos sejtes adenocarcinoma is előfordul, ennek azonban a kockázata csekély, mivel feltehetőleg egy-két millió asszony szedett a terhesség alatt stilbésztróllal és eddig mintegy 200 világos sejtes rákos beteg esetét közölték.

8. A kolposzkóp gyakorlati alkalmazása. Szerzők vizsgálati javallatai: a gyanús, vagy pozitív citológiai lelet és makroszkóposan látható eltérések, mint eritroplázia, leukoplázia negatív citológiai lelet esetén is. Gyanús esetekben szövettani vizsgálatot kell végezni. Ha az ismételt citológiai lelet gyanús, még többszörösen negatív kolposzkópos lelet ellenére is konzultációt ajánlanak. Ha a rák a kónuszon belül végződik, a konzultációt végleges kezelésnek tekintik.

9. Végső következtetések.

10. Irodalom.

A könyv mondanivalóit 172 fehér-fekete kolposzkópos, szövettani és lúgos foszfátáz kimutató metszet képeivel illusztrálják. Az utóbbi metszetekben főleg az erek rajzolódnak jól ki. A könyvnek — atlasz lévén — a legértékesebb része a végén elhelyezett 47 színes makro-, kolpo- és mikrofotográfia. Hátrányos, hogy a szövegközben levő fekete-fehér fényképek mel-

lett hivatkozások vannak a hátul levő színes képekre is, így csak lapozgatva lehet eligazodni. Szemléltetőbb lett volna, ha az összes kolposzkópos fényképet színesben közlik.

A könyv kiállítása szép.

Jakobovits Antal dr.

Kompendium der medizinisch-diagnostischen Ultrasonographie.

Geschichte — Physik — Technik — Beispiele. (Orvosi ultrahangdiagnosztikai kompendium. Történet — Fizika — Technika — Példák.) André J. Götz, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1983. 124 oldal, 201 ábra. Ára: 32,— DM.

A könyv újdonság a számos, eddig megjelent ultrahang-diagnosztikai atlasz és könyv sorában, mivel nem orvos írta, hanem aszisztens, s asszisztensek számára készült. 13 fejezetből áll.

A bevezetés (1. fejezet), majd az ultrahang-diagnosztika rövid története (2. fejezet) után a 3. fejezetben az ultrahang biológiai hatásával is foglalkozik. A 4. és 5. fejezet igen részletes és színvonalas tájékoztatást ad az ultrahang-diagnosztika fizikai és technikai alapjairól. Ezen belül foglalkozik a jó készülékbeállítás módjával, legáltalvetőbb kritériumaival, s azt ábrákkal szemlélteti. A 6. fejezet a letapogatás mikéntjét ismerteti real-time és compound készülékekkel egyaránt. A 7. fejezet számba veszi a leggyakoribb műtermékeket. A 8—9. fejezet az egyes kép-eljárások alkalmazási területeivel és a vizsgálat kivitelezésével foglalkozik. A 10. fejezet röviden, címszavakban összefoglalja az ultrahang-diagnosztika leggyakoribb indikációit, természetesen távolról sem érintve az összes lehetőséget. A 11. fejezetben főként szemléltető rajzok és ábrák segítségével a normális anatómiai viszonyokat és UH-képüket mutatja be a szerző a leggyakrabban alkalmazott metszetekben. Jó megoldás, hogy ugyanazt a metszetet rajzban, compound készülékkel készített szonogramon és real-time készülékkel készített szonogramon összehasonlítva szemlélteti. A 12. fejezetben röviden összefoglalja a cisztikus-szolid differenciálás alapelemeit általánosságban, s az egyes formák előfordulását néhány kóros folyamatban. A 13. fejezetben pedig az ultrahanggal vezérelt finomtűbiopszia technikáját írja le compound és real-time eljárással. Rövid irodalomjegyzék és tárgymutató zárja a könyvet.

A kompendium számos, jól szemléltető és egyszerűsített ábrája jó alapot nyújt mindazok számára, akik szeretnék gyakorlatban is ultrahang-diagnosztikával foglalkozni. Aki először próbál ultrahang készülékkel dolgozni, meglepve tapasztalja, hogy saját szono-

gramjai nem olyanok, mint amilyeneket gyakorlottabbaknál vagy közíeményekben látott. Az értékelhető, informatív ultrahangképek ugyanis nem automatikusan állnak elő, hanem a készülék helyes beállításának segítségével, valamint megfelelő anatómiai tudás birtokában készíthetők csak. A készülékbeállítás kezdeti nehézségeinek leküzdésében nagy segítséget nyújt a könyv a kezdőknek. Gondot okozhat még kezdetben a metszeti anatómiai viszonyokat tükröző ultrahangképek értékelése is. A szerző jó áttekintést nyújt a legalapvetőbb normális viszonyokról. Nem foglalkozik azonban még a legfontosabb, leggyakoribb betegségek ultrahangjeleivel sem, kivéve az epeköbetegséget. Az indikációk pusztá felsorolása és a cisztikus-szolid differenciálás ismertetése ezt nem pótolja. A könyvet hiányossága ellenére is haszonnal forgathatják az ultrahang-diagnosztikát tanuló kezdők, a részletes módszertani ismertetés és az egyszerű, könnyen érthető szemléltető ábrák miatt.

Szebeni Ágnes dr.

Jellinek Harry és munkatársai: „Transmural plasma flow in atherogenesis” (Budapest, 1983. Akadémia Kiadó).

A múlt századi klasszikus patológiához, pontosabban Virchowhoz nyúlik vissza az arteriosclerosis és az intima oedema, illetve érfali anyagtranszport-zavar kapcsolatainak vizsgálata. Az utóbbi évtizedek nemzetközi tekintélyű, elismert hazai arteriosclerosis-kutatója Jellinek Harry professzor, aki a plazmaanyagok érfali transzportjának fokozódása és az arteriosclerosis megelőző érkárosodások összefüggését igazolta. Vizsgálatai szerint a különböző eredetű arteriosclerotikus ératépilesek patomechanizmusában a mindegyikben kialakuló permeabilitás-zavar képezi azt a közös momentumot, amely a végső megjelenés azonosságát biztosítja. A munkatársaival, Detre Zoltánnal és Veress Bélával írt monográfia a téma igen átfogó irodalmi áttekintése (758 referencia) mellett számot ad a Jellinek-iskola kísérletes arteriosclerosis-vizsgálatairól. A könyv szerkesztése jól áttekinthető. A normál struktúra, anyagtranszport és vizsgáló módszerek leírását a hypertonia-kiváltotta permeabilitás-zavar jellemzése követi. Különösen részletes a hypertoniás permeabilitás-zavar okait tárgyaló fejezet, amely egyenként ismerteti a szóba jövő humorális és haemodinamikai faktorokat. Ezt követően a hypoxiás és a mechanikusan károsított érfal permeabilitás-vizsgálatairól olvashatunk. Külön fejezet foglalkozik a Jellinek professzor és munkatársai által kidolgozott Lipofundin—Ferrlecit permeabilitás-vizsgálattal, a sejtenyése-

teken történő vizsgálatokkal és az immunológiai történések érfali hatásával. Végül két összefoglaló fejezet mutatja be a transzportzavar hypothesis helyét a különböző arteriosclerosis-elméletek sorában, illetve szerepét az érkárosodások létrejöttében.

A könyv olvasmányos, jól követhető, nyomdatechnikailag is kellemes benyomást kelt. Némileg rontja az olvasás örömét a papír fényes volta, az elektronmikroszkópos képek néhol bántó szürkesége, a képek mérete. Utóbbiért azonban kárpótól a színes tábla kifogástalan minősége. Összességében a monográfia mind az arteriosclerosis-kutatásban járatos, mind az az iránt érdeklődő kezdők számára rendkívül informatív és hasznos olvasmány.

Lusztig Gábor dr.

M. Giesecke, K. Rappe-Giesecke (hrsg.: **Kommunikation in Balintgruppen. Ergebnisse interdisziplinärer Forschung.** 1983. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York, 128 old. (Patientenbezogene Medizin, Bd. 6.) Ára: 34,— DM.

A könyv a Patientbezogene Medizin sorozat hatodik kötete. A sorozat Bálint Mihály csoportmódszerét és szemléletét hivatott szolgálni, Bálint felesége és B. Luban-Plozza svájci professzor szerkeszti. A hatodik kötet is mutatja, hogy a Bálint-csoport módszere terjed és fejlődik, és mind több vizsgálat, kutatás tárgya. A szerkesztők Bálint Mihály egyik utolsó közleményét idézik, és Bálint kijelentéseire emlékeznek vissza, amikor írják, hogy a hetvenes években Bálint mindig hangsúlyozta, hogy a Bálint-csoport gyakorlata, és ennek nyomán a betegközpontú orvoslás szemlélete kielégítően fejlődik, azonban nagyon hiányoznak a kutatások arról, mi történik ezekben a csoportokban, és melyek a gyakorló orvos pszichoterapiás munkájának alapvető elvei.

A szerkesztők e gondolat — és mintegy hagyaték — jegyében interdiszciplináris kutatásba kezdtek a Bálint-csoporttal és a Bálint-metodikával kapcsolatosan. A kasseli egyetemen munkacsoportot alakítottak, részben a Kassel környékén folyó Bálint-csoportokat vizsgálták, részben meglátogattak minden olyan centrumot a Német Szövetségi Köztársaságban és Svájcban, ahol neves csoportszakemberek Bálint szemléletében dolgoztak (ezek között az ismert nyugatnémet csoportterapeuták szinte teljes névsora megtalálható). A csoportokat magnetofonszalagra vették, majd átírták. A kutatás alapja a csoportok verbális tartalmának írott szövege.

A kötet részletesen beszámol a kutatás elveiről és módszereiről. A

kutatás interdiszciplináris volt olyan értelemben, hogy klinikai pszichológusok, pszichiáterek és szociológusok vettek benne részt, továbbá a gyakorló orvosok némelyike, akik a Bálint-csoportokban dolgoztak. A kötet B. Luban-Plozza 60. születésnapjára ünnepi kiadványként készült, a szerkesztők leírják, hogy ez azért jogos, mert az alapötletet Luban-Plozza adta, és az ő monográfiája volt a kiindulópont, aminek alapján a kutatást tervezték. Luban-Plozza monográfiája a Bálint-csoport gyakorlatáról — praxisáról — szól, gyakorlatorientált. A szerkesztők szerint a Bálint-csoportokban a „praxis” három szinten bontakozik ki, és igényel vizsgálatot. Egyrészt a Bálint-csoportban résztvevők gyakorlata a „praxis” egyik szintje, másrészt a Bálint-csoport vezetése az, harmadrészt viszont a Bálint-csoportot vezetők kiképzése külön gyakorlatszint. A kutatások mindhárom szintre összpontosítottak, de különösen a Bálint-csoport aktuális folyamatát vették célba, a csoportok vezetését elemezték. Vizsgálták pl., hogy milyen elvek alapján avatkozik be a vezető a csoportfolyamatba, milyen kommunikációs eszközöket használ a folyamatszabályozásban, milyen rejtett modellek alapján viszonyul a csoporteseményekhez stb. Egyik érdekes vizsgálati terület a Bálint-csoportok folyamatelmzése. A szerzők öt jellegzetes fázist találtak a tipikus Bálint-csoportulésekben, e fázisokon belül is elkülönítettek szakaszokat. Megtalálták a szakaszok közötti jellegzetes „fordulópontokat”, átmeneteket. Egy másik kutatási terület azzal foglalkozott, milyen az esetreferálás kommunikációs szerkezete, és milyen kommunikációs mikroformátumokon át valósul meg, hogy a csoport tagjai az esettel kapcsolatban egyetértésre jutnak.

A kötet fejezetei a vizsgálatok módszertanát és elveit is leírják, az eredmények bemutatása mellett. A szerzők megközelítésmódjukat kommunikációelméletinek nevezik, és kutatásaikat azért tartják fontosnak, mert a kommunikációelmélet szempontjából tudtak igazolni egy sor megállapítást, amit a Bálint-csoport elméletében a pszichoanalízis koncepciói alapján állapítottak meg. Így tehát a Bálint-csoport elméletét mintegy kívülről bizonyították, erősítették meg.

A könyv elsősorban csoportkutatással foglalkozók számára hasznos olvasmány. Mutatja, hogy a csoport verbális anyagának egyszerű átírata is milyen sokrétű elemzési lehetőséget rejt magában, és mennyire jól használható kutatási eszköz. De a fejezetek többsége érdekes és tanulságos lehet a Bálint-csoportok vezetői számára is.

Buda Béla dr.

A genetika mai szerepe a betegségek kórereditében. (Die heutige Rolle der Genetik in der Krankheitsätiologie) J. H. Holzner és K. Hübner (szerk.) G. Fischer Verlag, Stuttgart, New York, 1983. 169 lap, 64. táblázat (Ár említése nélkül) Ára: 98,— DM.

A könyv tartalma többet ad a szokványos címnél: ugyanis a Német Pathologus Társaság 1982. évi konferenciájának fő témájaként elhangzott előadások szövegét tartalmazza. A magzati-újszülött pathológia és az örökletes kórokok pathogenetikai szerepének korszerű értelmezése az orvosi genetika egyik aktuális, jórészt megoldatlan problémája. A magzati-újszülött pathologia — amely például a praenatalis diagnosztikát követő szelektív abortuszra került magzatok, a spontán elvetélt, halvaszülött és újszülött-csecsemő halottak kórbonctani vizsgálatát foglalja magába — ugyanis a kórbonctan olyan sajátos ága, amely nemcsak humangenetikai és teratológiai szakértelmet, hanem specialis embriológiai és kórbonctani gyakorlatot is igényel. S erre a nehéz feladatra csak kevés patológus hajlandó vállalkozni, emiatt amolyan fehér hollóként tartják őket nyilván. (Az NSZK-ban Helga Rehder a legismertebb.) Az örökletes kórokok pathológiája viszont a korszerű orvosi szemlélet nélkülözhetetlen alapköve, pontosabban alapépítménye. A konferenciák a legkiválóbb német genetikusok: F. Vogel („A humán genetikai jelentősége a kórban”) és W. Lenz („Az emberi veleszületett rendellenességek genetikai okai”) vállalkoztak a szemlélet formáló fő előadásokra. Ezt követően a patológusok adtak számot ilyen irányú tapasztalataikról: W. W. Höpker („Veleszületett rendellenességek a boncjegyzőkönyvben”), H. J. Födisch („A congenitalis malformativok patho-anatomiai diagnosztikája ma”), Gullotta, F. és mtsai („Holo-prosencephalia-Arhinencephalia komplex”), G. Knöpfle („A Potter syndrome prae- és postnatalis diagnosztikája”), K. Zerres és H. J. Födisch („Congenitalis cystas vesék”), J. Stern és mtsai („Renofaciális dysplasia és Caudalis regressziós syndroma”). Az embriológusok világviszonylatban fájó hiányát jelzi, hogy e konferencián is egyedül a bécsi Embryologiai-Szövetségi Intézet egyetlen szakembere (W. Schnedl) tartott előadást, ő is a cytogenetika témaköréből. A kötet második részében a carcinogenesis genetikai hátteréről (G. Röhrborn, A. Gropp, A. Georgh, E. W. Schwarze és mtsai), az örökletes betegségek molekuláris genetikájáról (K. Sandhoff, H. Fischbach, O. Haferkamp, B. Bültmann és mtsai, M. A. Spycher és U. N. Wiesmann, J. Pfeiffer, F. Jerusalem, H. J. Pesch, J. W. Spranger) és a nemi differenciálódás genetikájáról (W. Engel, H. E. Stenger,

W. Geiger) hangzottak el korszerű összefoglalók. Végül a „heredopathologia” és a „bioetika” bonyolult kérdését W. Doerr tekintette át.

A kötet jól érzékelteti orvosi genetika magas színvonalát az NSZK-ban és a kiváló szakemberek probléma-érzékenységét. A

magyarázat közismert: az NSZK-ban régóta megoldották a humán-genetika oktatását az orvosegyetemeken és az orvosgenetikuskok utánpótlásának a biztosítását az orvostovábbképzésben. (24 önálló orvosgenetikai egyetemi intézet működik jelenleg az NSZK-ban!)

Ennek megfelelően a humán-genetika önálló szakággá vált és genetikus szakemberek irányítják intézményeiket és társaságaikat. Mindezek tükrében különösen szomorú a hazai humán-genetika „gyarmati” helyzetét látni.

Czeizel Endre dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(124/b)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest, XXI., Déli út. 11. 1751) 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

(128/a)

A Vas megyei Tanács Általános Rehabilitációs Kórház Szentgotthárd (Szentgotthárd, Hunyadi út 31. Pf.: 9971) igazgató főorvosa pályázatot hirdet belgyógyász szakorvosi állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

Székelj Ernő dr.
igazgató főorvos

(130/a)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI., Déli út. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet **kardiológiai szakrendelésén megüresedett szakorvosi állásra.** Kardiológus szakvizsgálóval, vagy kardiológiai jártassággal rendelkező belgyógyász szakorvosok nyújthatják be pályázatukat.

Kövér Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(138)

A Soproni Állami Szanatórium főigazgató főorvosa (Sopron, Vári út 2. 9401) pályázatot hirdet a soproni Állami Szanatórium balfi Gyógyfürdő-kórházának **Röntgen Osztályán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra.**

Az állás betöltéséhez röntgen szakképesítés és megfelelő gyakorlat szükséges. Tudományos minősítés, tudományos munkásság, idegen nyelv tudás előnyt jelent.

Illetmény megállapítása a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendeletben foglaltak szerint. A kinevezésre kerülő főorvos magángyakorlatot nem folytathat.

Az intézet két és fél szobás lakást biztosít.

Az állás azonnal elfoglalható.

Varga László dr.
c. egyetemi docens
mb. főigazgató főorvos

(139)

Pomáz, Munkatherápiás Intézet (Pomáz, Mártírok u. 22. 2013) pályázatot hirdet **pszichiáter szakorvos** házaspár, vagy szakvizsga előtt álló, legalább 2 és gyakorlattal rendelkezők részére.

Lakást biztosítunk.

Koronkaj Bertalan dr.
igazgató főorvos

(140)

A MÁV Tüdőgyógyintézet főigazgató főorvosa — Budapest XII ker., Szanatórium u. 2/A 1528 — pályázatot hirdet **rtg osztályának szakorvosi állására.**

A pályázat elnyerőjét díjmentes bel-és külföldi utazási kedvezmény illeti meg. Az illetmény megállapítása a hatályos bérjogsabályok alapján történik. Személyes informálódás lehetséges. A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül kell benyújtani.

Romhányi István dr.
főigazgató főorvos

(141)

A Móri megyei Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **röntgen orvosi állásra.** Nem szakorvosok is pályázhatnak.

Az állás azonnal elfoglalható. Férőhelyet tudunk biztosítani. A pályázatokat a megjelenéstől számított 2 héten belül címre kérem megküldeni.

Répassy István dr.
kórházig. sebész főorvos

(142)

A Lajoskomáromi Nagyközségi Közös Tanács a megüresedett mezőkomáromi **körzeti orvosi állás** elnyerésére pályázatot hirdet.

Bérezés az érvényben levő jogszabályok szerint. Hétfégi ügyeleti szolgálat, dégi telep hellyel, 7 orvos bevonásával megszervezett. A községhez csatolt község nem tartozik.

Háromszobás összkomfortos lakást, garázzsal biztosítunk.

Rendelő a lakással egybeépített.

Csulik György
tanácselnök

(143)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11.) pályázatot hirdet a **Fővárosi Bajcsy-Zs. Kórház-Rendelőintézet II. sz. Belgyógyászati Osztályán** — áthelyezés 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 magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(144)

A Veszprém megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8—9.) pályázatot hirdet:

— a **VIDEOTON Veszprémi Gyáregysége** és a **Balaton Bútorgyár** összevont, áthelyezés folytán megüresedett **főigazgatói üzem orvosi állásra.**

— A **Megeyi Onkológiai Gondozó** és a **Klinikai Onkológiai részleg** egységébe **kettő orvosi állásra.**

Elsősorban onkológiai érdeklődésű szakorvosok jelentkezését várják. Rá-képzéssel klinikai onkológiai szakvizsga megszerzésére lehetőség van.

— a **központi laboratóriumba** egy fő részére **laboratóriumi orvosi állásra.**

Szakképesítés nélküliek jelentkezését is várják.

Valamennyi állás esetén a besorolás kulcsszám szerint történik.

Elhelyezés az orvos-nővér szálláson biztosított, családi pályázó esetén a lakás megbeszélés szerint.

Kormos László dr.
főigazgató főorvos

(145)

A Szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet igazgató főorvosa (Szolnok, Verseghy út 6—8. 5000) pályázatot hirdet:

1 fő kórbonctan-kórszövettan osztályvezető főorvos,

1 fő belgyógyász,

1 fő rendelőintézeti nőgyógyász szakorvosi (kórház-rendelőintézeti egységben),

1 fő rendelőintézeti fogorvosi állás betöltésére.

Illetmény a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendelet alapján, a szolgálati idő figyelembevételével.

Garzonlakás megbeszélés alapján. Az állást elnyerők részére MÁV utazási kedvezményt biztosítunk.

Horváth József dr.
igazgató főorvos

(164)

A Fővárosi Tanács V. B. Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp. VIII., Üllői u. 86. 1089) pályázatot hirdet az intézet **sebészeti osztályán áthelyezés folytán megüresült állásra.**

Az állás elnyerésére kizárólag több éves gyermeksebészeti gyakorlattal és traumatológiai jártassággal rendelkező gyermeksebész szakorvosok pályázhatnak.

Pályázatot hirdet továbbá:

1 ifjúsági orvosi állásra XIX. kerületbe,

1 röntgen szakorvosi állásra,

1 kórbonctan szakorvosi,

1 gyermekkardiológus szakorvosi,

1 gyermekgynekológus szakorvosi állásra.

Bérezés az jelenleg érvényben levő rendelkezések szerint.

Az állások azonnal betölthetők.

Gorác Gyula dr.
c. egyetemi tanár
főigazgató főorvos

(167)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a **Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézetben megüresedett járóbeteg-ellátást irányító főigazgató főorvosi 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 kérelmeket a 19/1978. (Eü. K. 15.) EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Pályázati feltétel: egészségügyi szervezési szakvizsga és egészségügyi szervezői gyakorlat.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1984. április 17-én, 14 órakor, az Intézet előadótermében (IX., Nagyváradi tér 2.) **tudományos ülést** tart.

Horváth Amanda: A veszélyes hulladékok minősítésének elvi és gyakorlati kérdései.

A Magyar Gerontológiai Társaság 1984. április 19-én, 14 órakor, a Semmelweis OTE Gerontológiai Központ Könyvtárában (VIII., Somogyi Béla u. 33.) **tudományos ülést** tart.

Szalai I., Ménesi L.: Égésértilési járóbeteg rendelésünk idős betegei.

Pénzes L.: Intestinalis rezervkapacitás idős korban.

Igaz O.: Az idős betegek rehabilitációja.

Szilágyi Zs.: A szociális gondoskodás új formája: az Idősek Hetes Otthona.

A Magyar Gerontológiai Társaság, a Pest megyei KÓJÁL Egészségnevelési Osztálya, a Szentendrei Városi Egészségügyi Osztály a Visegrádi Gyógyintézet, a Visegrádi Időskorúak Szociális Otthona 1984. április 25-én, de. 10 órakor, a Szentendrei városi Tanács dísztermében (Városház tér 1—3.) „Az idősek egészségnevelése a gyógyító és a szociális intézményekben” címmel **tudományos ülést** tart.

Nagy Sándor dr.: Megnyitó.
Somosi György dr.: Üdvözlés.

Üléselnökök: **Kocsis Ferenc dr., Vértés László dr., Steinhacker Rozália, Dietz Ferenc.**

Referensek:

Szanatórium: Petri Margit dr., Kocsis Ferenc dr., Kukor Imre dr.
Nyugdíjasok Főiskolája, Nyugdíjasok Szabadegyeteme: Vértés László dr.

Geriatríai részleg: Steinhacker Rozália, Vértés László dr.

Területi szociális intézmények: Dietz Ferenc.

Időskorúak szociális otthona: Raduly József.

Idősek nappali otthona: Davidovits Zoltán dr.

Kérdések — Hozzászólások — Vita

A Gyermekeorvosok Társaságának Gyermekintenzív Munkacsoportja 1984. április 25-én (szerdán) 10.30 órakor Kecskeméten, a Tudomány és Technikaháza kongresszusi termében „Újabb szempontok a folyadék elektrolit terápiaiban” címmel **továbbképző konferenciát** tart.

Információ kérhető: **Tóth György dr.** főorvos, Kecskemét, Kórház, Gyermekosztály, 6000.

A Magyar Biofizikai Társaság pályáza a tot hirdet fiatal kutatók számára. A pályázaton részt vehet a Társaság minden 35 évnél nem idősebb, tudományos fokozattal nem rendelkező tagja, aki tagdíj-hátralékkal nem rendelkezik.

Benyújtási határidő: 1985. január 31.

A pályázat céljára elkészített munkákat két példányban, magyar nyelven kell beadni. Pályázhatnak egyes szerzők, vagy szerzői munkaközösségek az alábbi témák valamelyikének kidolgozásával:

- Sejtbiofizikai módszerek alkalmazása gazdasági szempontból fontos biológiai objektumok vizsgálatára.
- A besugárzás hatása a vér mikroelem koncentrációjára.
- Bioenergetikai vizsgálatok.
- Membránbiofizikai kutatások.
- A biotechnológia biofizikai alapjai.
- Újabb eredmények az ultrahang-diagnosztikában.
- Az ionizáló sugárzások sejtkárosító hatásának elemzése és az eredmények gyakorlati hasznosítása.
- A sugársérülés biológiai indikátorai és gyakorlati alkalmazásuk.
- A nem ionizáló sugárzások biológiai hatása.
- A fotoszintetikus membránfolyamatok vizsgálata.
- A számítástechnika alkalmazása a biológiában és az orvostudományban.
- Védekezés ionizáló sugárzás károsító hatása ellen.
- Környezetvédelem és biofizika.

A pályázó az irodalom ismeretén túl tegeyen eleget annak a követelménynek, hogy saját (kísérleti, vagy elméleti témák esetében elvi) eredményeit ismertesse. Legyen képes azok megfelelő rendszerezésére és modern, kvantitatív szemlélet szerinti interpretálására. A pályázat jelíges. A jelíget rejtő nevet és címet zárt borítékban kérjük mellékelni.

A Társaság elnöksége 2—2 felkért bíráló véleménye alapján dönt a díjak odaítéléséről, amelyek a munka értékétől függően 7000 Ft-ig terjedhetnek.

A pályázók sikeres vagy sikertelen pályázat esetén is kézhez kapják a bíráló véleményét (név nélkül).

A pályázat nyertesei a Társaság 1985. évi Vándorgyűlésén rövid előadásban számolnak be munkájukról.

A Magyar Nőorvos Társaság Gyermeknőgyógyász Szekciója 1984. április 27-én, pénteken Budapesten, az Orvostovábbképző Intézet előadótermében **szekció napot** rendez.

10.00 óra

Üléselnök: **prof. Sas Mihály.**

I. referátum:

Prof László János: Daganatos megbetegedések a gyermeknőgyógyászatban.

II. referátum:

Borsos Antal dr.: Sürgősségi betegellátás a gyermeknőgyógyászatban.

11.00 óra

Üléselnök: **Kovács Lajos dr.**

Csatlakozó előadások

1. **Gödény S., Kovács J., Székely P., Jenei K.:** Malignus nőgyógyászati tumorer gyermeknőgyógyászati gyakorlatban.

2. **Jakubecz S., Faragó L., Tóth K.:** Gyermekkori ovárium daganatok osztályunk elmúlt 15 éves anyagában.

3. **Koncz I.:** Gyermeknőgyógyászati daganatos megbetegedések előfordulása osztályunk anyagában.

4. **Mórocz I., Bársony Z., Kiss Cs.:** Erett ováriális teratoma tok repedését követő peritonealis gliomatosis.

5. **Ziszi K., Dénes P.:** Dysgerminoma eseteink értékelése.

6. **Verebély T., Örley J., Szollár J., Bodánszky H.:** Botryoid típusú portio sarcoma 3 hónapos csecsemőkön.

7. **Hittner I., Verebély T., Bálint I., Jellinek K., Rényi I., Bucski P.:** Botryoid-sarcoma esete két éves gyermekben.

Vita — Szünet

13.00 óra

Üléselnök: **prof. Gáti István.**

8. **Szőkéné Nagy E., Szőke J.:** Petefészék cystás eseteink.

9. **Kádár Z., Iván M.:** Fiatal korban észlelt neuroblastoma differenciáldiagnosztikai kérdése egy eset kapcsán.

10. **Bajusz I.:** Lymphangioma vulvae gyermekkorban.

11. **Juhász B., Tóth Z.:** Ultrahangvizsgálat jelentősége a gyermeknőgyógyászati tumorer diagnosztikájában.

12. **Harmat Gy., Szigetváry I., Bukovinszky J., Intódy Zs.:** Ultrahangvizsgálattal diagnosztizált ováriális cysták gyermekkorban.

13. **Kőrösi T., Székely P., Kovács J.:** Baleseti sérülések gyermekkorban.

14. Székely P., Körösi T., Borsos A.: Nemi erőszak sérültjeinek ellátása, eseteink tanulságai.

15. Szőke J.: Haematometrocipolpos érdekes esete.

16. Lehotzky H.: „Néma” terület a bölcsődei gyermekellátásban.

17. Kocsis N.: Az alapellátásban, szerény körülmények között végrehajtható gyermeknőgyógyászati ellátáson szerzett tapasztalataim.

A Fővárosi Balassa János Kórház-Rendelőintézet 1984. április 25-én, 14 órakor, a Kórház ebédlőjében (VIII., Vas u. 17.) tudományos ülést tart.

Konrády András dr.: A korszerű belgyógyászat tárgyköréből: „A beteg sinuszesomó tünetcsoportja”.

Honti József dr.: A hamburgi európai pathologus kongresszus (1983) pajzsmirigy metszet szemináriumának klinikai és pathológiai aspektusai.

A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Bronchológiai

Szekciója 1984. október 18—19-én Miskolc-Tapolcán tudományos ülést rendez.

Témái:

1. *Bronchoscopos therapia.*

2. *Meglepetések — ritkaságok — és szövődmények a bronchológiai gyakorlatban.*

Jelentkezési határidő: 1984. április 25.

Felvilágosítást ad H. Gondkiewicz Mária dr. főorvos, Miskolc, Csabai kapu 42., Tüdőgyógyintézet 3501, tel.: 68-622.

A Neumann János Számítógéptudományi Társaság Csongrád megyei Szervezete és Orvosbiológiai Szakosztálya 1984. december 3—5. között, a Szegedi Orvostudományi Egyetem Számítástechnikai Központja szervezésében rendezti Szegeden a „12. számítástechnikai és kibernetikai módszerek alkalmazása az orvostudományban és a biológiában” c. kollokviumot.

A már több mint egy évtizede rendszeresen megtartott rendezvény

célja fórumot biztosítani a számítástechnika egészségügyi alkalmazásaival és biomatematikai kutatásokkal foglalkozó hazai szakembereknek új eredményeik bemutatására és tapasztalataik kicserélésére. A kollokviumot ezúttal először hirdették meg nemzetközi részvétellel; hivatalos nyelve magyar és angol. Az angol nyelvű előadásokhoz szinkrontolmácsolás biztosított.

Nagyfokú aktualitása miatt a kollokviumon kiemelt témaként szerepel a *mikroprocesszorok, mikroszámítógépek* egészségügyben történő alkalmazása. További témakörök: egészségügyi informatika és adatfeldolgozás, adatelemző és biometria módszerek, biológiai jelek feldolgozása, biológiai rendszerek matematikai modellezése és számítógépes szimulációja, számítógéppel segített orvosi diagnosztika stb.

A kollokviumra jelentkezési lapok és további információk kérhető: Győri István dr., Szegedi Számítástechnikai Központ, Szeged, Pécsi u. 4/a. 6720, telefon: 62/11-084.

A Magyar Tudományos Akadémia tisztelettel meghívja és szeretettel várja a magyar orvosok a nukleáris háború megelőzéséért mozgalom orvosgyűlésére, melyet 1984. április 16-án, hétfőn, 14 órakor rendez, a Magyar Tudományos Akadémia Dísztermében (Bp. V., Roosevelt tér 9.).

Az orvosgyűlés programja:

Szentágothai János az MTA elnöke:

Elnöki megnyitó.

Bernard Lown, a Harvard Egyetem professzora, „A nemzetközi orvosok a nukleáris háború megelőzéséért” (IPPNW) mozgalom társelnöke:

Az orvosok szerepe a nukleáris háború megelőzésében.

Elnöki zárszó.

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 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



84.1118 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

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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.

GIACINTO MIKLÓS DR.

BTAGE ZSUZSANNA DR.

WALSA RÓBERT DR.

BUDA BÉLA DR.

HONTI JÓZSEF DR.

VÉRTES LÁSZLÓ DR.

HIDVÉGI JENŐ

*

125. ÉVFOLYAM

*

17. SZÁM

*

1984. ÁPRILIS 22.

TARTALOMJEGYZÉK

Károlyi György dr.:

A nagy súlyú újszülöttekről 991

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kraszkó Pál dr. és Angyal István:

A nem specifikus bronchiális hiperreaktivitás jelentősége asthma bronchialisban 997

ÚJ GYÓGYSZEREK, ÚJ GYÓGYMÓDOK

Füzi Miklós dr.:

Neisseria gonorrhoeae törzsek acrosoxacin (rosoxacin) érzékenysége 1005

KAZUISZTIKA

Bacskó György dr.:

Hasúri terhesség egészséges újszülöttel 1009

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Hermányi István dr., Tamás Gyula dr. jr., Flautner Lajos dr., Z. Szabó László dr. és Egyed Jenő dr.:

Hordozható, folyamatos insulint adagoló pumpa perioperatív alkalmazása
pumpa perioperatív alkalmazása diabetes mellitusban szenvedő betegeken 1013

Beszámolóik, jegyzőkönyvek 1017

Folyóiratreferátumok 1023

Levelek a szerkesztőhöz 1041

Könyvismertetés 1045

Hírek 1049

Pályázati hirdetések 1022

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-vitaminszükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteriitis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések.

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

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

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

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

Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitúciós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorososa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerödémában 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

A szerző 80 nagy súlyú és 30 kontroll újszülött családi anamnézisének, a terhességi és szülési eseményeket, a perinatalis történéseket, a szülők és az újszülöttek antropometriai méreteit, valamint — az újszülött adaptációjaként — a 3. életnapon végzett intravénás glukóztérhelés értékeit dolgozza fel. Meghatározza a nagy súlyú újszülött világra hozatalára hajlamosító legfontosabb jeleket, amelyek figyelembevételével felkészültebben kellene várni a nagy súlyú magzat születését. A glukóztérhelések a nagy súlyú újszülöttek fokozott perifériás glukózfelhasználására utaltak, amelynek hátterében fokozott inzulin-elválasztást lehetett kimutatni.

Large-for-gestational-age infants. Data of familial history, gravidity, perinatal events, anthropometry of the newborn and their parents and results of an iv. glucose loading performed on the 3rd postnatal day are reported in 80 large for date and 30 appropriate for gestational age babies. Factors associated with fetal macrosomia which call attention to the probable delivery of a large for date infant are discussed. Glucose loadings showed increased peripheral glucose-utilization in large for date babies with elevated insulin secretion in the background.

A hazai és külföldi irodalomban a közlemények sokasága foglalkozik a kis súlyú koraszülöttekkel és a sorvadttal újszülöttekkel a legkülönbözőbb szempontok alapján. Lényegesen ritkábban olvashatunk az ún. „nagy súlyú újszülöttek” (LGA, LFD, macrosom babies) élettanáról, patológiájáról, fejlődésük kilitásairól. Természetesen ez a populáció a kisebb esetszám és a perinatalis időszakban kevésbé drámainak tűnő komplikációk miatt kisebb érdeklődésre tarthat számot, azonban a nagy súlyú csecsemők a mindennapi gyakorlatban biztosan több gondot okoznak és több kockázatnak vannak kitéve, mint az átlagos súlyú, érett újszülöttek. *Stevenson és mtsai* (18), valamint *Nabuhotnij és mtsai* (12) egyenesen „high risk” csoportnak tartják a nagy súlyú újszülötteket és édesanyjaikat.

A jelen dolgozatban ezért a Győrött egy év alatt született nagy súlyú újszülöttek vizsgálatának eredményeit kívánjuk elemezni. Célunk volt egyrészt a nagy súlyú újszülött születésére hajlamosító anyai és családi tényezők felmérése, másrészt adatokat keresni a nagy súlyú újszülöttek adaptációjához a postnatalis élet első napjaiban.

Módszer

A győri Megyei Kórház Szülészeti Osztályán 1981. X. 13.—1982. X. 12. között született nagy súlyú újszülöttek és édesanyjaik adatait dolgoztuk fel.

A „nagy súlyú újszülött” definíciója az irodalomban nem egységes. Nemzetközileg elfogadott a 90 percentil fölötti születési súly (3, 10), ill. a gestatiós időtől

Rövidítések:

AGA = appropriate for gestational age	= normál súlyú
LGA = large for gestational age	= nagy súlyú
LFD = large for date	= nagy súlyú
HGH = human growth hormone	= növekedési hormon

függetlenül a 4000 g vagy e fölötti születési súly (12, 18, 25). Magunk ez utóbbi szempontot vettük alapul.

A felmérés a regionális ellátás miatt nem csak győri újszülöttek adatait tartalmazza, ezért nem is lehet Győr városára jellemzőnek tekinteni.

80 nagy súlyú és 30 kontroll újszülött vizsgálatát végeztük el. Kontroll csoportként lehetőleg átlagos súlyú, de feltétlenül 25—75 percentil közé eső újszülötteket választottunk egyéb válogatás nélkül.

Feljegyeztük a *családi anamnézis* jellemzőit: diabetes, paritas, korábbi gyermekek születési súlya, az *édesanya adatait*: születési súly, életkor a szüléskor, testmagasság, terhesség előtti testsúly, terhesség alatti súlygyarapodás, dohányzás, alkoholfogyasztás, korábbi abortusok, az *apa* testsúlyát és testmagasságát, a *terhesség* eseményeit és lefolyását: betegség, gyógyszer-szedés, dohányzás, súlygyarapodás, a *szülés* módját és a *perinatalis történéseket*: asphyxia, kulcsonttörés stb., megmértük a *placenta* súlyát, valamint az *újszülött méretei* közül a születési súlyt, hosszt, fej- és mellkőfogatot, triceps bőrvastagságot, kiszámítottuk a gestatiós időt és a születési súly/hossz arányt *Vohr és mtsai* (27) nyomán:

$$\text{s/h arány} = \frac{\text{aktuális testsúly}}{\text{a nemre jellemző 50 percentil testsúly}} \div \frac{\text{aktuális testmagasság}}{\text{a nemre jellemző 50 percentil testmagasság}}$$

A szükséges normálértékeket *Eiben* (5) közlése alapján használtuk föl.

A nagy súlyú újszülött adaptációját úgy vizsgáltuk, hogy a 3. életnapon 2 óras éhezés után *intravénás glukóztérhelést* végeztünk 0,75 g/kg glukózzal. Ennek során 0—20—40—60 perckor vércukor- és serum-inzulin-meghatározás történt, valamint meghatároztuk az éhomi calcium-, összfehérje-, cortisol- és növekedési hormon (HGH) szinteket. A vércukorértékekből semilogaritmikusan papír segítségével K_G értéket számoltunk, az ismert képlet alapján ($K_G = \frac{0,693}{t^{1/2}}$), mely

érték az aktuális perifériás glukózfelhasználás legjobb mutatója: 2-es érték fölött hypoglykaemia veszélyt jelez. A fenti módszert alkalmaztuk minden nagy súlyú újszülöttben és a kontroll csoportnál egyaránt.

A vércukormeghatározás perklórsavas kicsapás után ortotoluidines módszerrel, az összfehérje-meghatározás Biuret-módszerrel, a serum-calcium-meghatározás módosított Janesó-módszerrel, az inzulin-, cortisol- és növekedési hormon meghatározás RIA módszerrel történt. (Ezúton mondunk köszönetet kórházunk Izotóp Laboratóriumának a hormonvizsgálatok elvégzéséért.)

Buccalis kaparékából, ill. vérkenetből elvégeztük a Barr- és Y-test vizsgálatát is.

A statisztikai értékelésekben a t- és χ^2 -próbákat alkalmaztuk.

Eredmények

A kórház Szülészeti Osztályán a vizsgált időszakban összesen 2579 élveszületés történt, a nemek megoszlása: 1257 fiú (48,7%) és 1322 leány (51,3%). A 2579-ből 131 gyermek (5,08%) született 4000 g vagy ennél nagyobb születési súllyal — ez megfelel 95 percentil fölötti gyakoriságnak. A nemek megoszlása itt: 82 fiú és 49 leány (62,6, ill. 37,4%). A 131 nagy súlyú újszülöttről a fenti módszerrel technikai okok miatt csak 80 újszülöttet vizsgáltunk: 47 fiút és 33 leányt (58,8, ill. 41,2%). A 30 kontrollként vizsgált újszülött nemi megoszlása 20 fiú és 10 leány (66,7, ill. 33,3%). Ez az arány közelebb van a vizsgált nagy súlyú újszülöttek arányához, mint az összes születés nemi arányához — így igyekeztünk a nemi különbségekből esetleg adódó eltéréseket kiküszöbölni.

A) Anyai és családi adatok (1. táblázat)

A nagy súlyú újszülöttek és a kontroll csoport között erősen szignifikáns különbséget találtunk az alábbi tényezőkben, melyek erősen „hajlamosítanak” nagy súlyú újszülött születésére:

az anya terhesség előtti kövérsége. A kövérséget irodalmi adatok alapján akkor mondtuk ki, ha a súly/hossz arány meghaladta az 1,2-et (27). Hasonlóan jelentős valószínűsítő tényezőnek bizonyult:

a terhesség alatti súlygyarapodás és a terhesség előtti anyai testsúly. Mindkettő szintén kövérség irányába mutat.

A placenta súlyok mérése nem kivézetetett állapotban történt, itt jelentős mérési tévedésekkel kell számolnunk, amit bizonyít az átlagtól való nagy szórás is. A két csoportban azonos hibaszázalékot feltételezve a nagy súlyú újszülött csoportban

magasabb placentasúlyokat észleltünk, amelyek súlycsoportonkénti bontásban még szembevetőb-
bek.

Kevésbé meggyőző, de statisztikailag még szignifikánsan nagy súlyú újszülött születését valószínűsítő tényezők: az anya nagyobb születési súlya, a multiparitás, előrehaladottabb anyai életkor a szülés idején, korábban nagy súlyú újszülött világrahozatala.

Nagy súlyú újszülött születésével nem látszik összefüggésben állni: az apa súly- és hosszviszonyai, a terhesség előtti dohányzás mértéke, a családban a diabetes gyakorisága, a terhesség alatti betegségek.

Az anyai dohányzást bemondás alapján értékeltük. A terhesség előtti dohányzás különbözősége a két csoport között a kis számok miatt nem szignifikáns. A terhesség alatt viszont egyik csoportban sem szívott senki napi 10 cigarettánál többet.

A diabetes előfordulása a tágabb értelemben vett családban (kontroll, ill. nagy súlyú újszülött szülei, nagyszülei, azok testvérei és leszármazottaik között bemondás alapján) nem mutatott különbséget. Bár erre a kérdésre az anyáknak csak mintegy fele tudott válaszolni (58,8, ill. 63,3%), fontosnak tartjuk ezt az egyezést a két csoport között.

A terhesség alatti anyai betegségek és gyógyszeresedés tekintetében sem volt értékelhető különbség a két vizsgált csoport között: szövődményes terhesség a nagy súlyú újszülött csoportban 35,2%-ban fordult elő (kontroll 36%), gyógyszert szedtek (kivéve vérképzők) 18,3%-ban (kontroll 32%). Az egyetlen diabeteses anya, gestatiós diabeteses, a nagy súlyúak csoportjában volt, a 100 kg-os aszszony az utolsó hónapban lett beteg, csak diétával egyensúlyban tartható volt. Húgyúti fertőzés nem fordult elő.

A születés módját és szövődményeit tekintve az eltérés a kis esetszám miatt nem szignifikáns, de

1. táblázat. Anyai és családi adatok

	Nagy súlyú újszülöttek	Kontroll	P
Anyai életkor (év)	26,5±4,7	25,1±3,2	N. S.
30 év fölöttiek	25,4%	8%	0,05
Paritás	2,44±1,54	1,88±1,01	<0,05
első terhesség	15,5%	40,0%	<0,02
> 3. terhesség	12,7%	8,0%	N. S.
Anya születési súlya (g)	3354±608	3132±525	0,05
Terhesség előtti testsúly (kg)	66,4±14,5	59,6±11,3	<0,05
Terhesség alatti súlygyarapodás (kg)	12,5±4,5	10,2±2,8	<0,01
Anya súly/hossz aránya	1,15±0,31	0,94±0,22	<0,002
Apa súly/hossz aránya	1,13±0,14	1,12±0,13	N. S.
Anya dohányzása a terhesség előtt	20,0%	8,0%	N. S.
Diabetes a családban	38,3%	36,8%	N. S.
Placenta súlya (g)	706±124	542±109	<0,001
> 500 g	96,2%	70,4%	<0,001
> 600 g	91,0%	48,1%	<0,001
> 700 g	41,0%	3,7%	<0,001
Placenta/újszülött-súly	0,167±0,03	0,170±0,03	N. S.
Születés módja			
l.u.asphyxia	7,5%	0%	N. S.
Császármetszés	8,8%	3,3%	N. S.
Kulcsfont-törés	5,0%	3,3%	N. S.
Korábbi nagy súlyú testvér	28,6%	6,3%	0,05

2. táblázat **Az újszülöttek adatai**

	Nagy súlyú újszülöttek	Kontroll	P
Gestációs kor (hét)	40,8±1,3	39,8±1,5	<0,01
Születési súly (g)	4206±205	3189±171	<0,01
Születési hossz (cm)	53,5±1,5	49,9±1,4	<0,001
Súly/hossz arány	1,28±0,067	1,05±0,053	<0,001
Triceps bőrvastagság (mm)	6,3±1,08	4,1±0,71	<0,001
Fejkörfogat (cm)	36,3±1,3	34,0±1,04	<0,001
Mellkörfogat (cm)	34,8±1,4	31,2±1,03	<0,001
Fej/f./mell/f.	1,04±0,36	1,08±0,05	N. S.
Max. initiális súlyesés (g)	176±67,6	123±68,3	<0,001
Max. initiális súlyesés a testsúly arányában	4,2±1,7%	3,8±1,9%	N. S.

a nagy súlyúak csoportjában több a szövődmenyesnek nevezhető szülés.

A placenta-/újszülöttsúly hányados elsősorban dysmaturitas szempontjából értékelendő paraméter. Anyagunkban nem volt eltérés a két csoport között, de az értékek magasabbak az átlagnál, ill. a korábban észlelteknél (21).

B) Az újszülött adatai (2. táblázat)

Jelentős különbség mutatkozott a születési hossz, a születéskor mért súly/hossz arány, a triceps bőrvastagság, valamint a fej- és mellkörfogat tekintetében a nagy súlyú újszülöttek javára. A súly/hossz arány és a triceps bőrvastagság különbsége alapján a túlsúly obesus jellegű, míg a másik 3 paraméter inkább „valódi somatikus növekedés” mellett szól. A maximális initiális súlyesés a nagy súlyú újszülött csoportban nagyobb mérvű volt.

A gestációs kor különbségét a két csoport között nem tartjuk jelentősnek, bár szignifikáns.

A sex-chromatinok számbeli rendellenessége nem fordult elő.

C) Az extrauterin élethez való alkalmazkodást célzó anyagcsere-vizsgálatok (3. táblázat).

Az éhomi vércukorértékek átlagában nem volt szignifikáns eltérés, ugyanígy az újszülöttek esetében hypoglykemiásnak elfogadott 2,0 mmol/l alatti értékek előfordulásában sem. Mindkét adat arra utal, hogy 2 órás éhezés nagy súlyú újszülöttek esetében sem jelent közvetlen hypoglykemia veszélyt a 3. életnapon.

Az intravénás glukósterhelés alapján számított K_G -értékek közötti erősen szignifikáns különbség

viszont fokozott perifériás glukózfelhasználásra utal a nagy súlyú újszülöttek esetében. Hasonló tendenciát találtunk a hypoglykemia veszélyt jelző 2,0 értéknél nagyobb K_G előfordulási gyakoriságának összehasonlításakor.

Az éhomi serum-inzulin szintek szignifikánsan magasabbak voltak a kontroll csoportban, míg az intravénás glukósterhelés során mért legmagasabb serum-inzulin szint a nagy súlyúak csoportjában volt szignifikánsan magasabb. Bár az átlagtól való eltérés jelentős, ez az adat jól korrelál a K_G -értékek közti különbséggel. Mindkét csoportban a legmagasabb serum-inzulin érték átlagban 2,4-ik értéként mutatkozott, vagyis a terhelés 30. perce körül következett be, ami azonos élettani reakciókra utal. A serum-calcium és összfehérje, valamint a calcium/összfehérje hányados vizsgálatok értékelhető különbséget nem találtunk.

Az éhomi serum-cortisol és növekedési hormon szintek összehasonlításakor lényeges különbséget nem találtunk, bár a cortisol esetében statisztikailag enyhe szignifikancia mutatkozott.

Megbeszélés

A koraszülöttekkel és kis súlyú újszülöttekkel szemben a nagy súlyú (4000 g feletti születési súly) újszülöttekkel foglalkozó irodalom lényegesen szerényebb (1, 3, 8, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 25). Jelen dolgozatunkban nem lehetett célunk a macrosomia okának kutatása, de igyekeztünk annak legfontosabb klinikai — szülészeti és gyermekgyó-

3. táblázat. **Az extrauterin élethez való alkalmazkodást célzó anyagcsere vizsgálatok**

	Nagy súlyú újszülöttek	Kontroll	P
Éhomi vércukor (mmol/l)	4,65±1,78	4,30±1,12	N. S.
> 2,0 mmol/l érték	1,4%	0%	N. S.
K_G érték	1,63±0,5	1,16±0,34	<0,001
> 2,0 K_G	22,9%	0%	<0,05
Éhomi se-inzulin (pmol/l)	35,7±32,1	40,0±28,7	<0,001
lv. glukósterhelés alatti legmagasabb se-inzulin	142,9±149,6	97,9±56,1	0,05
Összfehérje (g/l)	59,7±7,2	56,7±5,8	<0,05
Se-Ca (mmol/l)	2,29±0,36	2,20±0,28	N. S.
Ca/öf arány	0,038	0,039	N. S.
Éhomi se-cortisol (nmol/l)	311,4±199,9	228,4±133,7	<0,05
Éhomi HGH (pmol/l)	1407±652	1178±659	N. S.



gyászati — vonatkozásairól adatokat gyűjteni és azokból következtetéseket levonni.

Érdekes jelenség a fiú túlsúly anyagunkban nagy súlyú újszülöttek között: 1,7:1 megfelel az irodalomban olvasott arányoknak (3, 11, 12, 18, 22). Még érdekesebb, ha összevetjük azzal a ténnyel, hogy a *dysmaturus* újszülöttek között Győrben és egyébütt is kb. kétszeres leány túlsúly tapasztalható (21, 24).

A nagy súlyú újszülöttek születésére hajlamosító tényezők közül első helyen kell említenünk az *anya terhesség előtti „túlsúlyát”*. A testsúlynál is jobb paraméter az anya súly/hossz hányadosa, melynek normálértéke 1,20 alatt van — fölötte kövérek tekintendők az egyén (27). E befolyásoló tényező jelentőségét illetően az irodalmi adatok is egységesek (2, 3, 4, 8, 11, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 27).

Hasonlóan fontos tényező a *terhesség alatti excesszív súlygyarapodás*. Saját anyagunkban már 12,5 kg-os gyarapodás is jelentősnek bizonyult, mások 15–17 kg feletti súlygyarapodást találtak kórjelzőnek (2, 4, 8, 18, 19, 26, 27).

Az irodalmi adatokat támasztja alá az a tapasztalatunk, miszerint a nagyobb súlyú gyermek általában nem az első, hanem a *későbbi terhességek*ből születik (3, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 25).

Az *anyai életkort* tekintve megfigyelésünk összhangban áll egyes szerzők véleményével, akik szerint az idősebb szülő nőknek nagyobb az esélyük nagy súlyú újszülött világra hozására (22), mások viszont az anyai életkort nem tartják befolyásoló tényezőnek (3). Mivel anyagunkban a nagy súlyú újszülött csoportban 30 év feletti primipara csak 2,5%-ban fordult elő, véleményünk szerint nagy súlyú újszülött születésének pozitív korrelációja az anyai életkor emelkedésével látszólagos, inkább a multiparitás lehet a valódi ok.

Korábbi nagy súlyú testvér szintén fontos anamnesztikus adat, jelentőségét más szerzők is aláhúzzák (11, 18).

Az *apa testméretei* anyagunkban sem látszanak befolyásolni születendő gyermeke súlyát, mások szerint ebben az apa életkora és glukóztoleranciája sem játszik szerepet (18, 20).

A születendő magzat súlyát a zavartalan terhesség is pozitív irányban befolyásolja. Ennek a zavartalanságnak egyik fontos és mérhető paramétere a *placenta súlya*, ill. minősége. A placentasúly befolyását a magzat súlyára kis súlyú, sorvadt újszülöttek esetében könnyebb bizonyítani és magyarázni, bár a placenta funkciójára annak súlya nem ad értékelhető útbaigazítást (6, 20, 21). Anyagunkban a nagy szórás ellenére szignifikánsan magasabb placentasúly mutatkozott a nagy súlyú újszülöttek csoportjában, ez különösen a súlyhatáronkénti bontásban szembeötlő. Úgy gondoljuk, hogy a nagy és ép placenta nem oka, hanem megengedő feltétele a magzat jó vagy az optimálisnál nagyobb súlyának kialakulásában. A placentasúly/újszülöttsúly arányok azonossága a két csoportban is csak ennyi következtetést enged meg, bár az abszolút értékek kissé az átlag fölött vannak (21).

A terhesség idején — bemondás alapján — egyik csoportban sem *dohányzott* senki napi 10

cigarettnál többet. Ha fenntartással fogadjuk is ezt az adatot, a dohányosok aránya biztosan elmarad az 1974. évi 14,6%-tól (eutrophiások anyái között) és feltétlenül kevesebb a *dysmaturus* csoportban akkor észlelt 25,4%-nál (21). *Tóth és mtsai* (23) anyagában a nem dohányzó anyák négyszer gyakrabban hoztak világra nagy súlyú újszülöttet, mint a napi 10 cigarettnál többet elszívók.

Az anya dohányzásának abbahagyása a terhesség előtt egyesek szerint növelheti az újszülött születési súlyát az étvágy fokozásán és így anyai túltápláltságon keresztül (3). Anyagunkban a két csoport közötti különbség e szempontból jelentős, bár a kis esetszám miatt statisztikailag nem szignifikáns. A dohányzásról a terhesség előtt leszokott, nagy súlyú újszülöttet világra hozó anyák átlagos terhesség előtti testsúlya 69,4 kg, súly/hossz arányuk 1,22 és terhesség alatti súlygyarapodásuk 13,1 kg volt átlagosan. Ezen adatok alapján már a terhesség előtt kövérek voltak ezek az anyák, bár megjegyzendő, hogy súlygyarapodásuk is meghaladja a nagy súlyú újszülöttek csoportjában észlelt átlagot.

A családi adatok közül fontosnak tartjuk a *diabetes* előfordulásának gyakorlatilag azonos arányát, ami által egy latens szénhidrátanyagcsere-zavart okozó gén oki szerepének lehetőségét kizárva látjuk. Sajnos nem állt módunkban HbA_{1c} vizsgálatot vagy az anyák orális glukóztolerancia tesztjét elvégezni. Mindkét vizsgálat jó jelzője lett volna a terhesség alatti szénhidrátanyagcsere-zavarnak (1, 17, 25, 27).

Saját vizsgálataink és az irodalmi adatok alapján összefoglalóan az anyai és családi tényezők közül nagy súlyú újszülött születésére hajlamosít:

— a terhesség előtt nagyobb anyai testsúly (súly/hossz!)

— fokozott terhesség alatti súlygyarapodás (zavartalan terhesség esetén)

— multiparitás

— 30 év fölötti anyai életkor

— korábban nagy súlyú testvér születése

— az anya nagyobb születési súlya

és feltétele a zavartalan terhesség, valamint a nagy és ép placenta.

Az *újszülött antropometriai adatainak* összehasonlításakor — az irodalmi adatoknak megfelelően — erősen szignifikáns a különbség a nagy súlyú újszülöttek javára (12, 13, 16). A nagy súly „minőségét” vizsgálva az értékek ellentmondóak. A vastagabb triceps bőrvastagság kövérségre (2, 26, 28) utal, *Stevenson és mtsai* (18) véleménye nyomán a magas súly/hossz érték elsősorban az extracelluláris folyadék felszaporodását jelzi. A nagyobb születési hossz, fej- és mellkörfogot viszont inkább arányos, „valódi somatikus növekedést” jeleznek (12). A nagyobb placentasúly is inkább somatikus növekedés mellett szól (18). A nagyobb mérvű initiaális súlyesés is jellemző a nagy súlyú újszülöttekre (12) és egyúttal azt is sejteti, hogy a nagyobb súly egy része csak oedema volt (18).

A *perinatalis eseményeket* tekintve a nagy súlyú újszülött csoportban — ha nem is szignifikán-

san, de — gyakrabban fordult elő komplikáció pl. intrauterin asphyxia, sectio caesarea, elhúzódó szülés, kulcsfontosságú. Az irodalomban ezek a magzatot veszélyeztető komplikációk egyértelműen gyakoribbak nagy súlyú újszülött születésekor (4, 11, 12, 15, 18). A nagy magzati méretek miatt érhető módon gyakrabban fordul elő relatív téraránytalanság, nehéz szülés. Ha viszont a szülésvezető orvos a hajlamosító tényezők ismeretében tudja, hogy a magzat macrosom, ez megkönnyíti az optimális szülemód, ill. szülésvezetés időben történő megválasztását (15).

Fejlődési rendellenességet egy esetben sem láttunk, ellentétben *Nabuhotnij és mtsaival* (12).

A 3. életnapon végzett intravénás glukózterhelés eredményei közül legszembetűnőbb a K_G értékek közötti erősen szignifikáns eltérés, ami a nagy súlyú újszülöttek fokozott perifériás glukózfelhasználását jelzi (1). *Horváth* (7) 2–6 órás életkorban végzett terheléssel nagy súlyú újszülöttek esetében enyhén emelkedett ($1,22 \pm 0,54$) K_G értéket talált, a kontrollok ($1,13 \pm 0,42$) adatával szemben.

A nagy súlyúak kissé magasabb *éhomí vércukra* és szignifikánsan alacsonyabb *éhomí serum-inzulin* szintje egymást jól támogató adatok. Azt jelzik, hogy 2 órás éhezés után nem fokozódik a közvetlen hypoglykémia veszély nagy súlyú újszülött esetében sem, legalábbis nem nagyobb a veszély a normál súlyú újszülöttekéénél. Hasonló adatokat közölnek *Lubchenko és mtsai* (9). Mások szerint látszik hypoglykémia veszéllyel számolni kell nagy súlyú újszülöttek esetében (1, 8). *Mestyán és mtsai* (10) szerint a nagy súlyú újszülöttek vércukra az első 48 órában állandóbb, mint a normál súlyúaké. A jelenség magyarázatát a nagy súlyú újszülöttek glukóz raktárainak megfelelő tartalékaiban látjuk, amik zavartalan terhesség alatt töltődtek fel.

A terhelés során észlelt magasabb inzulin érték és az emelkedett K_G egyaránt a *fokozott perifériás glukózfelhasználást* jelzik (1).

Mindezek alapján nagy súlyú újszülöttek esetében egészséges körülmények között nem kell fokozott hypoglykémia veszéllyel számolnunk, de valószínűleg bármely patológiás történés (elhúzódó vagy nehéz szülés, hypoxia, asphyxia, fertőzés, láz, trauma stb.) esetén fokozott perifériás glukózfelhasználás miatt fokozott ellenőrzés indokolt, ill. glukózbetevitel mérlegelendő (korai táplálás, gyakori etetés, esetleg infúzió formájában).

Adataink alapján a nagy súlyú újszülötteket nem veszélyezteteti az átlagosnál nagyobb mértékben a hypocalcemia veszélye. A klinikai tapasztalat is ezt támasztja alá: nem észleltünk gyakrabban sem fokozott tremorhajlamot, sem görckészséget.

A magasabb serum-cortisol és összfehérje szinteknek nem tulajdonítunk jelentőséget. A növekedési hormon szintek emelkedett volta újszülöttkorban ilyen mértékben is ismert.

Hangsúlyozni szeretnénk, hogy a nagy súlyú újszülött születésére hajlamosító tényezők között fedés lehetséges, pl. előrehaladottabb korú szülő nők általában elhízottabbak vagy multiparák is egyúttal, ill. a multiparák többsége túlsúlyos.

Saját eredményeinket az irodalommal összevetve úgy gondoljuk, hogy a terhesgondozás során figyelemmel kell lenni a nagy születési súlyra hajlamosító legfontosabb jelekre (18), majd nagy súlyú magzat jelenlétét az uterus tapintásával, a fundusmagasság és a haskörfogat sorozatos mérésével és ultrahangvizsgálattal kell tisztázni (18). A szülészeti irodalom is hangsúlyozza, hogy a szülőágy mellett fel kell készülni a nagyobb születési súlyból adódó anyai és magzati komplikációkra (4, 12, 18; 19), ill. eltérő szülésvezetésre (15, 18). Erre a körülményre *Rigó és mtsa* (15) már 1974-ben felhívták a figyelmet: „az újszülött születési súlya befolyásolja a szülés folyamatát és a szülésvezetési eljárásokat.”

Tudni és várni kell tehát, hogy nagy súlyú újszülött születik. Megszületés után a gyermekgyógyász-neonatólogus feladata a fokozott observálás, bármely patológiás történés esetén pedig a cukoranyagcsere ellenőrzése és korrigálása.

IRODALOM: 1. *Dawodu, A. H. és mtsai*: Blood glucose concentration in heavy-for-date infants. *J. Perinat. Med.* 1983, 11, 155. — 2. *Dietz, W. H.*: Obesity in infants, children and adolescents in the United States: I. Identification, natural history and after-effects. *Nutrition Res.* 1981, 1, 117. — 3. *Dougherty, C. R.*: The determinants of birth weight. *Am. J. Obst. Gynec.* 1982, 144, 190. — 4. *Edwards, L. E. és mtsai*: Pregnancy in the massively obese: course, outcome and obesity prognosis of the infant. *Am. J. Obst. Gynec.* 1978, 131, 479. — 5. *Eiben, O.*: Szakértői vélemény, Budapest, 1980. június 24. — 6. *Fekete M. és Járai I.*: Fetal growth and its measurement. in *Keppel-Fronius, E., Véghelyi, P., Rosta, J.* (eds): *Perinatál Medicíne*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978, 47. — 7. *Horváth, I.*: Kandidátusi értekezés, 1977, 35. — 8. *Husstedt, W. és mtsai*: Should blood glucose monitoring be done in overweight and/or giant infants of non-diabetic mothers? *J. Perinat. Med.* 1983, 11, 57. — 9. *Lubchenko, L. O. és Bard, H.*: Incidence of hypoglycaemia in newborn infants classified by birthweight and gestational age. *Pediatrics*, 1971, 47, 831. — 10. *Mestyán, J. és Járai, I.*: Neonatal anthropometry: its value in the assessment of nutritional status and neonatal blood glucose homeostasis. *Acta Paed. Acad. Sci. Hung.* 1981, 22, 49. — 11. *Modanlou, M. D. és mtsai*: Macrosomia: maternal, fetal and neonatal implications. *Obstet. Gynec.* 1980, 55, 420. — 12. *Nabuhotnij, T. K., Braznec, N. V.*: Oszobennoszti razvitija detej, imevsih pri rozsdeni i bolsuju maszsu. *Vopr. Ohranu Materin. Detsz.* 1981, 21, 50. — 13. *Ounsted, M. és mtsai*: Growth in the first four years: II. Diversity within groups of small-for-dates and large-for-dates babies. *Early Human Dev.* 1982, 7, 29. — 14. *Ounsted, M. és mtsai*: Growth in the first four years: III. The effects of maternal factors associated with small-for-dates and large-for-dates pregnancies. *Early Human Dev.* 1982, 7, 347. — 15. *Rigó J., Halmos L.*: A szülésvezetési eljárások vizsgálata az újszülöttek születéskori súlyának figyelembevételével. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 1974, 37, 28. — 16. *Scott, A. és mtsai*: Growth in the first four years: I. The relative effects of gender and weight for gestational age at birth. *Early Human Dev.* 1982, 7, 17. — 17. *Steel, J. M. és mtsai*: Glycosylated hemoglobin con-

centration in mothers of large babies. Br. Med. J. 1981, 282, 1357. — 18. *Stevenson, D. K. és mtsai*: Macrosomia: Causes and consequences. J. Pediat. 1982, 100, 515. — 19. *Tarró S., Szanyi L.*: Összefüggés egyes anyai paraméterek (súly, magasság, terhesség alatti súlygyarapodás, szülések száma) és a magzat intrauterin fejlődése, születési súlya között. Magyar Nőorvosok Lapja, 1980, 43, 265. — 20. *Thomson, A. M.*: Foetalis növekedés. Orvosképzés. 1973, 48, 7. — 21. *Tóth P. és mtsai*: A dysmaturitas vizsgálata az 1972. év győri újszülöttjei között. Orv. Hetilap, 1974, 115, 368. — 22. *Tóth P. és mtsai*: Az intrauterin növekedést befolyásoló tényezők vizsgálata Győr-Sopron megyében. I. Biológiai faktorok. Gyermekgyógyászat, 1979, 30, 205. — 23. *Tóth P. és mtsai*: Az intrauterin növekedést befolyásoló tényezők vizsgálata Győr-Sopron megyében. II. Exogén

faktorok. Gyermekgyógyászat, 1979, 30, 214. — 24. *Tóth P. és mtsai*: Az intrauterin növekedést befolyásoló terhesség alatti anyai betegségek és az ikerterhességek vizsgálata Győr-Sopron megyében. Magy. Nőorv. Lapja, 1982, 45, 339. — 25. *Turay A. és mtsai*: A vércukor-terheléses vizsgálat jelentősége nagy magzatot szült anyáknál. Magy. Nőorv. Lapja, 1981, 44, 252. — 26. *Udall, J. L. és mtsai*: Interaction of maternal and neonatal obesity. Pediatrics, 1978, 62, 17. — 27. *Vohr, B. R. és mtsai*: Somatic growth of children of diabetic mothers with reference to birth size. J. Pediat. 1980, 97, 196. — 28. *Whitelaw, A. G. L.*: Influence of maternal obesity on subcutaneous fat in the newborn. Br. Med. J. 1976, I, 985.

(Károlyi György dr., Győr, Pf. 92., 9002.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

Május	7-10	MLW intermed-export-import (NDK) által forgalmazott laboratóriumi készülékek bemutatója.
Május	29-31	OMKER NAGYKIÁLLÍTÁS a Semmelweis OTE Elméleti Tömbjében. (Bp. VIII., Nagyvárad tér 4.)
Június	12-13	„BORZE” 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!

KRASZKÓ PÁL DR.
ÉS ANGYAL ISTVAN

A nem specifikus bronchiális hiperreaktivitás jelentősége asthma bronchialében

Megyei Tüdőkórház, Edeleny, II. Osztály (osztályvezető főorvos: Kraszko Pál dr.),
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,
(főigazgató főorvos: Schweiger Ottó dr.),
Számítástechnikai Csoport

A szerzők 295 felnőtt asthma bronchialében szenvedő beteg megnövekedett bronchiális válaszképességét vizsgálták acetilkolin provokációval ($PC_{20}FEV_1$). Az aspecifikus bronchiális szenzitivitás és a szérum IgE között közvetlen összefüggést nem találtak. Azonban míg az IgE az életkorral fordított, addig a szenzitivitás az életkorral egyenes, szignifikáns korrelációt mutatott. Ezek szerint fiatal korban enyhe, idős korban nagyfokú a nem specifikus ingerekkel szembeni válaszképesség. Intrinsic asthma-ban a szenzitivitás nagyobb volt, mint extrinsicben. Összefüggést találtak a gyógyszerfogyasztás mennyisége és minősége, a sürgős kórházi kezelések száma és a bronchiális szenzitivitás mértéke között. A meghatározás hasznát, gyakorlati jelentőségét tárgyalják.

Significance of non-specific bronchial hyperactivity in bronchial asthma. Increased bronchial response ability was studied by acetylcholine ($PC_{20}FEV_1$) provocation in 295 adult patients suffering from bronchial asthma. There was no direct relationship between aspecific bronchial sensitivity and serum IgE. However, IgE showed a reverse, while sensitivity a straight, significant correlation with age, i. e. a response ability to non-specific stimulations is mild in young age but it is considerable in elderly people. Sensitivity proved to be greater in intrinsic than in extrinsic asthma. There was found a relationship between the quantity and the nature of drugs as well as between the number of urgent hospitalization and the degree of bronchial sensitivity. Their significance in practice is also discussed.

Az aspecifikus ingerekkel szembeni bronchiális hiperreaktivitás asthma bronchialé-ban (a. br.) az egyik legjellegzetesebb tulajdonság. Ennek foka, intenzitása azonban egyénenként nagymértékben különbözhet (26). Máig sem teljesen tisztázott, hogy mitől függ, mit tükröz a hörgőrendszer megnövekedett, de individuálisan eltérő válaszképessége. Összefüggésben van-e

- az allergiás vagy egyéb mechanizmussal,
- az örökletességgel,
- a klinikai kép súlyosságával,
- a terápiás befolyásolhatósággal?

Kérdés továbbá, hogy a kvantitatív meghatározása milyen gyakorlati haszonnal járhat. Dolgozatunkban a fentiek megválaszolására teszünk kísérletet.

Betegek és módszer

295 felnőtt asztmás beteget vizsgáltunk. Átlagos életkoruk 43 év (S. D.: 12), a nők aránya 58%. Az alapbetegség diagnosztikájának igazolásakor ragaszkodtunk a légúti ellenállás gyors változékonysá-

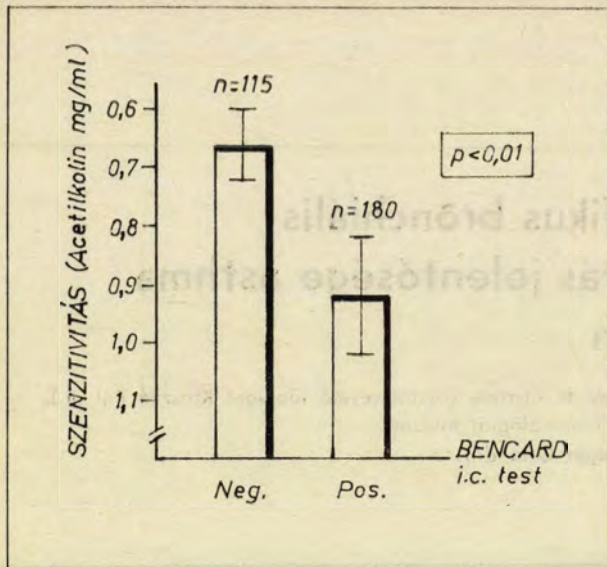
gának, illetve a megnövekedett bronchiális szenzitivitásnak objektív igazolásához.

Az acetilkolin provokációt 0,03 mg/ml-es oldattal kezdtük, majd 0,06, 0,12, 0,25, 0,5, 1,0, 2,0, 4,0, 8,0 mg/ml-ig növeltük a koncentrációt. Ultrahang-aerosol készülékből (TUR-USI 50, DDR) inhaláltattuk a betegeket tünetmentes állapotban 2–2 percig, majd másfél-három perc múlva mértük az 1 másodperc alatt erőltetetten kilégzett levegő mennyiségét (FEV_1). A bronchiális szenzitivitást azzal a provokációs koncentrációval (PC) fejeztük ki mg/ml-ben, melynél a FEV_1 a kiindulási érték 20%-a alá csökkent. Ekkor a provokációt befejeztük. Bronchospasmus esetén kombinált farmako-spirometriával (25) győződöttünk meg annak reverzibilitásáról.

A bőrpróbákhoz Bencard allergén anyagot (Brentford, England) használtunk. A globális szérum-IgE-meghatározás PRIST, a specifikus IgE-meghatározás RAST módszerrel történt (Phadebas, Pharmacia, Sweden).

A kórelőzményre vonatkozó adatokat a területünkön rendszeresített anamnesztikus betétlapokból, a gyógyszerfogyasztásra vonatkozó adatokat a tüdőgondozókban naprakészen vezetett gyógyszerlapokból gyűjtöttük.

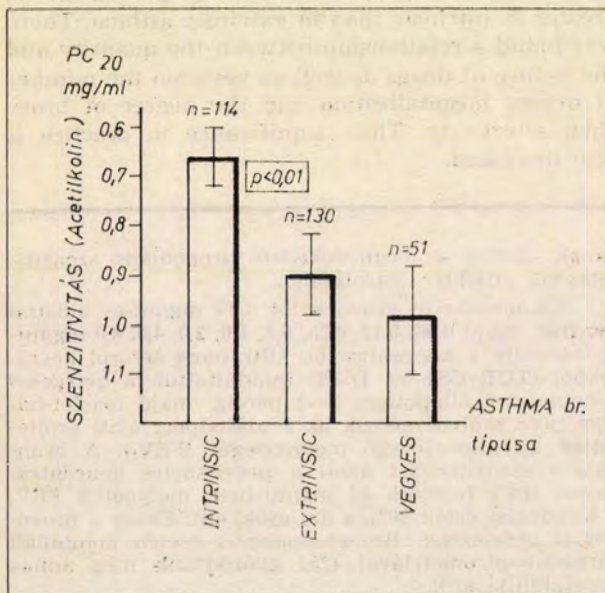
A számítógépes feldolgozás az ESZTIK R-22-es számítógépén, az SPSS statisztikai programcsomag segítségével történt. A korrelációk vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt, a táblázatos összefüggések vizsgálatára χ^2 próbát használtunk.



1. ábra: Az allergénnel végzett bőrpróba eredménye és az acetilkolin-szenzitivitás közötti összefüggés (átlagok és középértékek szórásai).

Eredmények

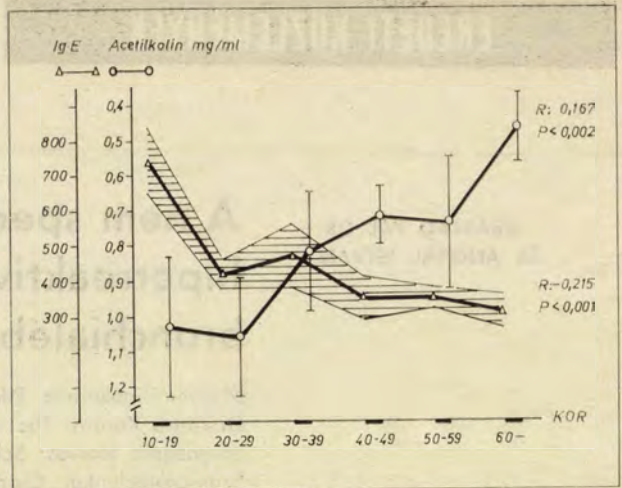
Az aspecifikus bronchiális szenzitivitás és az IgE típusú immunmechanizmus közötti kapcsolat megállapítása céljából vizsgáltuk az allergén bőrpróbák, a szérumban IgE szint, továbbá 4 paraméterből



2. ábra: A bronchiális szenzitivitás mértéke a különböző típusú asthma bronchialében.

1. táblázat. Örökletesség és szenzitivitás közötti összefüggés

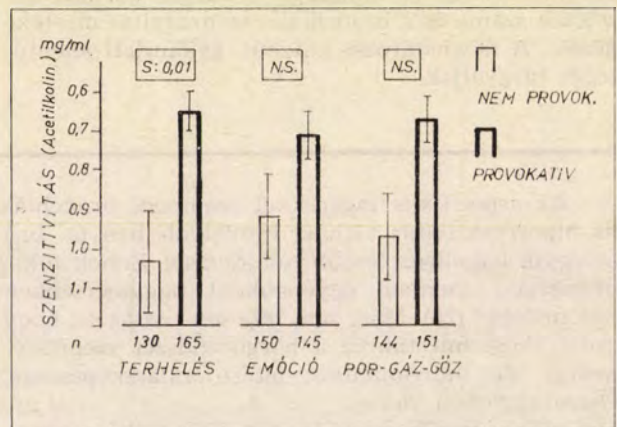
Örökletesség	n	Acetilolin PC-20 X	± S. E.
van	30	0,656	0,15
nincs	265	0,841	0,07



3. ábra: A globális szérumban IgE és az acetilkolin szenzitivitás életkortól függő változása. Az R értékek az adatokhoz illesztett regressziós egyenesek meredekségét (iránytangensét) jelölik. Ezek szignifikánsan különböztek a nullától.

(bőrpróba, inhalációs provokáció, globális és specifikus IgE koncentráció) legalább kettő figyelembevételével extrinsic, intrinsic és bizonytalan (vegyes) típusú csoportba sorolt asztmások és az acetilkollinnal szembeni érzékenység mértéke közötti összefüggést.

A szenzitivitás a Bencard negatív (1. ábra) ún. intrinsic csoportban (2. ábra) nagyobb volt, mint az extrinsic csoportban. Azonban önmagában sem a



4. ábra: A betegek körében szereplő provokatív tényezők és az acetilkolin-szenzitivitás közötti összefüggés.

2. táblázat. A terheléses provokáció és acetilkolin szenzitivitás közötti összefüggés

Acetilolin PC-20	Terhelés		Össz.
	pozitív	negatív	
0,03—0,06 mg/ml	11	11	22
0,12—4,0 mg/ml	14	58	72
Összesen	sz. 25	69	94
	% 26,6	73,4	100

globális, sem a specifikus IgE szint nem korrelált a bronchiális szenzitivitással.

Az életkor függvényében vizsgált globális IgE szint és aspecifikus bronchiális szenzitivitás (3. ábra) ellentétesen alakul. 20 éves kor alatt az IgE szint magas, a szenzitivitás alacsony, 40 év fölött a helyzet megfordul, és különösen 60 éves kor után nagymértvű az acetilkolin-érzékenység, míg az IgE szint ebben a korosztályban a legalacsonyabb.

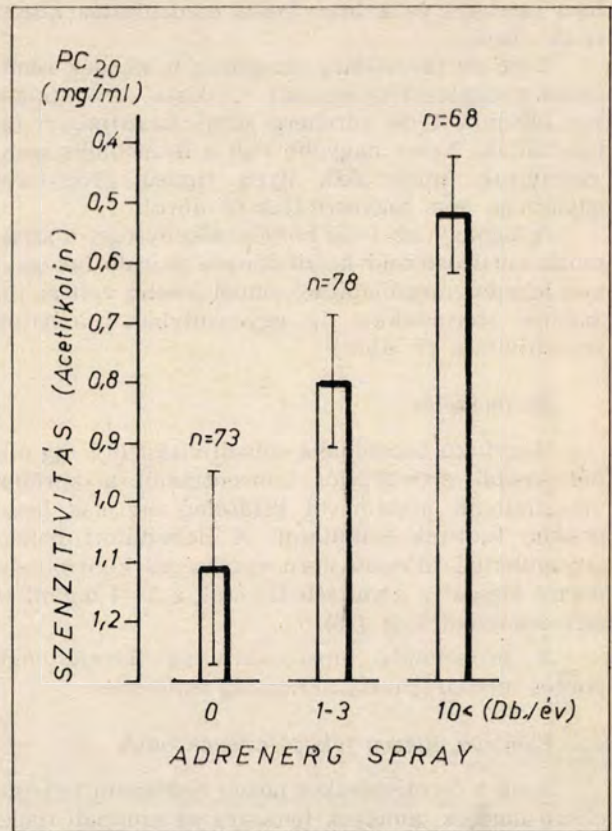
30 beteg valamelyik szülője asztmás volt, ennek alapján örökletesség beteganyagunk egytizedében játszhat szerepet (1. táblázat). E betegek szenzitivitása alacsonyabb volt, mint a többi betegé, azonban a különbség nem bizonyult matematikailag szignifikánsnak.

A kórkép súlyosságára, illetve labilitására következtettünk abból, hogy a különböző aspecifikus provokatív tényezők az anamnesztikus adatok szerint kiváltottak-e asztmás rohamot vagy sem.

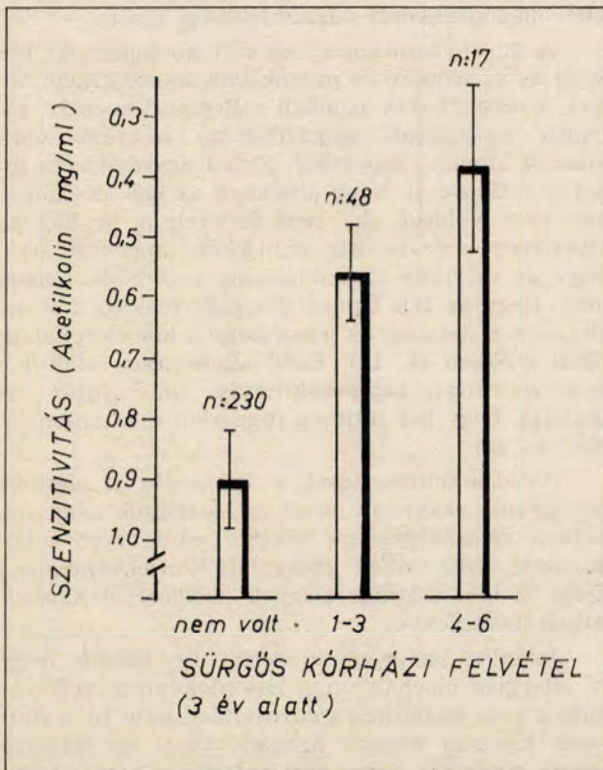
A betegek tapasztalatainak megbízhatóságát mutatja (4. ábra), hogy a szenzitivitás nagyobb volt azokban az esetekben, melyekben a különböző exogén noxák provokatívnak bizonyultak. Ezekből a fizikai terhelés volt matematikailag szignifikáns.

Az ergometriás szubmaximális terhelés és acetilkolin szenzitivitás közötti összefüggést a 2. táblázatunk mutatja. Nagyfokú szenzitivitás mellett a betegek felében, mérsékelt vagy enyhe szenzitivitás mellett csupán egyötödében idézett elő a terhelés 20%-nál nagyobb FEV₁ csökkenést, a különbség erősen szignifikáns (p<0,01).

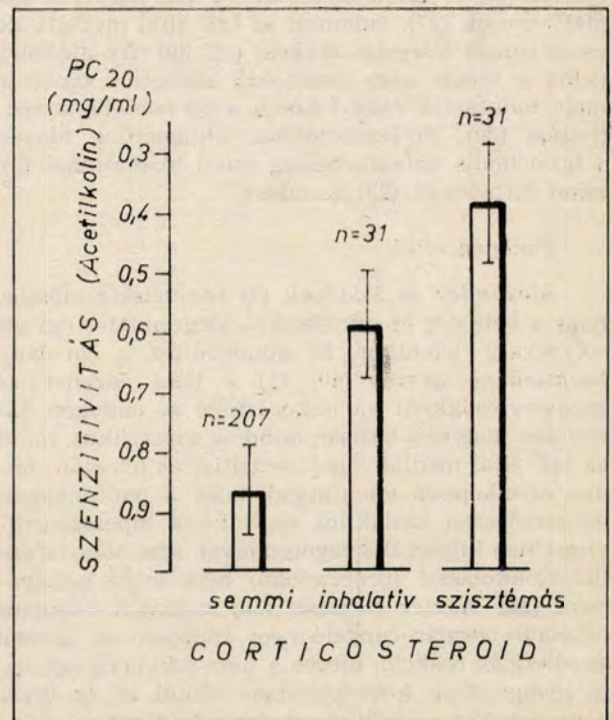
Három év adatait figyelembe véve összefüggést találtunk a betegség súlyosságát jelző sürgős kör-



6. ábra: Az adrenerg hörgőtágító spray-k átlagos fogyasztása egy év alatt és ennek összefüggése a bronchiális szenzitivitással.



5. ábra: A sürgős kórházi beutalások száma és az acetilkolin-szenzitivitás közötti összefüggés.



7. ábra: A csak inhalatív, valamint a szisztémás corticosteroidokkal rendszeresen kezelték acetilkolin-szenzitivitása.

házi beutalás és a bronchiális szenzitivitás között is (5. ábra).

Több év távlatában vizsgáltuk a betegek rendszeres gyógyszerfogyasztását. Azoknak, akik átlagosan havonta 1 db adrenerg spray készítményt elhasználtak, 2-szer nagyobb volt a bronchiális szenzitivitásuk, mint akik ilyen típusú gyógyszert egyáltalán nem fogyasztottak (6. ábra).

A legnagyobb fokú hörgőérzékenységet a szisztémás corticosteroid készítményre szoruló betegekben lehetett megállapítani, ennél kisebb volt az inhalatív steroidokkal is egyensúlyban tarthatók szenzitivitása (7. ábra).

Megbeszélés

Nagyfokú bronchiális szenzitivitást (0,5 mg/ml-nél kisebb provokációs koncentráció) a korábbi vizsgálataink alkalmával kizárólag asztmás betegekben tudtunk kimutatni. A bemutatott beteganyagunknál idősebb korú egészséges kontrollcsoportot vizsgálva némi átfedés csak a 2–4 mg/ml-es tartományban volt (26).

A bronchiális hiperreaktivitás létrejöttének pontos mechanizmusa mindmáig ismeretlen.

Előidézõ, illetve fokozó exogén okok

Azok a természetükre nézve egymástól teljesen eltérõ ingerek, amelyek hatására az azonnali reakciót késõi bronchospasmus követi, vagy csak izoláltan késõi reakcióval járnak, tartósan képesek az asztmás betegek bronchiális szenzitivitását megnövelni. Ilyenek bizonyos oxidáló levegõszennyezõdések (38), ózon (19), N₂O (32), kémiaileg reaktív anyagok, mint a dimethyletanol (43), toluen-diisocyanát (9), továbbá endotoxinok (4), baktériumok (34), vírusok (27), valamint az IgE által mediált, de késõi típusú allergiás reakció (12, 39). Az utóbbira példa a tartós vagy ismétlõdõ allergén expozíció, mely fenntartja vagy fokozza a bronchiális szenzitivitást (20). Pollenszezonban átmenetileg megnõ a bronchiális válaszképesség mind histaminnal (2), mind terheléssel (23) szemben.

Endogén okok

Alexander és Paddock (1) feltételezte elõször, hogy a kolínerg és szimpatikus idegrendszer egyensúlyzavara jelenti a fõ abnormitást a br.-ban. Szentiványi szerint (40, 41) a béta adrenergiás rendszer csökkent válaszképessége az endogén károsodás, melynek bázisán mind az aspecifikus, mind az IgE által mediált hiperszenzitivitás létrejön. Ennek némiképpen ellentmond, hogy a patkányokon mesterségesen kialakított aspecifikus hiperszenzitivitást sem bilaterális vagotómiával, sem béta-receptor blokkolással (propranolol) nem lehet befolyásolni (35). Koeter és mtsai (23) szerint a csökkent béta-adrenergiás funkció nem endogén ok, hanem az allergiás reakció, illetve a béta-adrenerg agonista gyógyszerek következtében alakul ki és vezet a bronchiális reaktivitás megnövekedéséhez, azonban ez az állásfoglalás is féloldalasnak tûnik. Az idevágó irodalom meglehetősen ellentmondásos és a kérdés egyelőre nem tekinthető eldöntöttnek.

Bronchus-mucosa patológiája

A légúti epithelium károsodásának fontos szerepe van a hiperreaktivitás kialakulásában (31). A n. vagus szenzoros végkészülékei szorosan kapcsolódnak a hörgõk hámszövetjeihez (44). Ennek a kapcsolatnak a sérülése pl. vírus infekció következtében mintegy szenzibilizálja ezeket a receptorokat, leszállítva azok ingerküszöbét (16). Másrészt megnõhet a mucosa permeabilitása, melynek következtében a relatíve nagy molekulájú anyagok, mint pl. az antigének, átjuthatnak e fontos védelmi rendszeren és hozzájárulhatnak a hiperreaktivitás kialakulásához, illetve fokozásához (6).

Az IgE által mediált, izolált, azonnali típusú reakció, noha rövid ideig bronchospasmust eredményez, az aspecifikus hiperreaktivitást nem befolyásolja. Ha azonban késõi reakcióval jár, a fokozott aspecifikus válaszképesség hetekig-hónapokig fennmaradhat (10, 12). Ez esetben a mechanizmus középpontjában a gyulladásozó sejtek infiltrációja áll, melyet az allergiás reakció egyes mediátorai (NCF, ECF-A) idéznek elõ. Az eozinofil sejtek granulumaiból kiszabaduló bázikus proteinek súlyos nyálkahártya-károsodást okoznak és a köpetben található mennyiségük a klinikai kép súlyosságával összefüggésben van (17).

A nem specifikus és allergiás hiperszenzitivitás összefüggése

A nem specifikus és allergén indukált hiperszenzitivitás kapcsolatát vizsgálva Muranaka (30) és Bryant (8) nem talált összefüggést az atopiás státuszt jelzõ pozitív bőrpróba és keringõ IgE szint, valamint az acetilkolin, illetve histaminnal szembeni megnövekedett válaszképesség között.

A mi anyagunkban sem volt korreláció az IgE szint és az acetilkolin provokációs koncentráció között, a szenzitivitás azonban a Bencard negatív, intrinsic csoportban szignifikánsan nagyobb volt, mint az atopiás csoportban. Ebbõl egyrészt arra lehet következtetni, hogy általában az IgE mechanizmus nem elõidézõ oka, nem feltétele a br.-ban az aspecifikus szenzitivitás szintjének, másrészt arra, hogy az extrinsic típusú asztma stabilabb. Ismert tény, hogy az IgE típusú allergiás reakció a fiatal életkorban dominál és jelentõsége a kor elõrehaladtával csökken (4, 15). Ezzel ellentétesen alakul a nem specifikus hiperreaktivitás, ami szintén azt igazolja, hogy két teljesen független mechanizmusról van szó.

Azzal a felismeréssel, mely szerint az életkorral egyenes arányban nõvekszik a hörgõk nem specifikus válaszképessége, máshol eddig nem talákoztunk, noha ennek gyakorlati konzekvenciája a fiatal és idõs asztmás betegek kezelésével kapcsolatban kézenfekvõ.

Jelenlegi ismereteink szerint úgy látszik, hogy az allergiás mechanizmus hasonlóképpen befolyásolja a nem specifikus szenzitivitást, mint pl. a mucosát károsító kémiai ágensek vagy az infekció okozta gyulladás, tehát nem specifikus hatás révén. Ennek jelentõsége az asztmás betegek életében általában idõleges és fõként akkor van, ha nagymeny-

nyiségű vagy hosszú allergénexpozíciónak vannak kitéve. Ha azonban az aspecifikus szenzitivitás egyéb ok miatt lecsökken, kevesebb allergén is elegendő a bronchospasmus, illetve a tünetek kiváltásához (13, 7).

Örökletesség

Bizonyítottan vehető, hogy a br.-ban az immunmechanizmus zavara genetikusan determinált (5, 29). Ez a lehetőség azonban a nem specifikus hiperreaktivitás vonatkozásában is felvetődik. *Parker* (33) ugyanis asztmás szülők tünetmentes gyermekeinél is fokozott metacholin érzékenységet talált. Beteganyagunkban nagyobb acetilkolin szenzitivitást találtunk azokban, akiknél az örökletesség szóba jöhetett, bár a különbség nem bizonyult szignifikánsnak a $p = 0,01$ szinten, így az örökletesség szerepét — noha valószínűnek tartjuk — igazolni statisztikai eszközökkel nem tudtuk. Egy- és kétpejtű ikreket vizsgálva monozygotákban gyakrabban találtak pozitív bőrpróbát és nem specifikus hiperreaktivitást (24), azonban a szérum IgE szint és metacholin szenzitivitás között összefüggést nem sikerült kimutatni (42). Ennek alapján arra következtetnek, hogy a genetikai szabályozás is két különböző mechanizmus révén történik.

Klinikum

Curry (14) már 1946-ban gyanította, hogy lehet valami összefüggés a histaminnal szembeni hiperreaktivitás foka és az asztma súlyossága között. *Makino* (28) ezt igazolta is, a tünetek súlyossága összefüggött a nem specifikus hiperreaktivitás mértékével. *Cockcroft* (12) és *Hargreave* (18) megállapította, hogy a kezelést igénylő tünetek meglététől vagy hiányától függően a hörgők szenzitivitása nagyobb vagy kisebb. *Ryan és mtsai* (36) kimutatták, hogy a nagy szenzitivitás esetén a br.-ban a légzési áramlási csúcsérték napszakonkénti spontán vagy gyógyszeres változása jelentős, tehát az asthma labilis, míg enyhe szenzitivitáskor ezt nem tapasztalták. Véleményük szerint a fokozott légúti obstrukció is a megnövekedett válaszképesség következménye.

Saját betegeink panaszait elemezve hasonló következtetésre jutottunk. Különösen azoknak az asztmásoknak a hiperreaktivitása volt nagy, akiknek anamnézisében a terhelés és hideg levegő belégzése provokatív tényezőnek bizonyult. Nagy szenzitivitás kimutatásakor gyakrabban, mérsékelt vagy enyhe szenzitivitáskor ritkábban váltott ki az ergometriás terhelés bronchospasmust.

Lényegében a klinikai állapotot tükrözte, hogy 3 év alatt hányszor és hány beteg kellett sürgősen gyógyintézetbe utalni, ami szintén összefüggött a bronchiális válaszképességgel.

Terápiás befolyásolhatóság

Juniper és mtsai (21) prospektív vizsgálattal az irodalomban elsőként igazolták, hogy összefüggés van a napi gyógyszerfogyasztás mennyisége és a hörgők aspecifikus szenzitivitása között. Mi nagy beteganyag retrospektív analizisével hasonló meg-

állapításra jutottunk, de vizsgálatunk a szisztémás corticosteroidokra is kiterjedt. Legkevésbé volt szenzitív a kezelést nem igénylők és leginkább az adrenerg agonistákkal egyensúlyban nem tartható, corticosteroidokra szoruló csoportja.

Gyakorlati alkalmazás

Az acetilkolin szenzitivitás kvantitatív meghatározása bizonytalan panaszok esetén segíthet abban, hogy az a. br. súlyosságát, labilitását az aktuális tünetektől függetlenül (pillanatnyilag normális légzésfunkció mellett) objektív eszközzel mérhessük. Hasznos lehet a prolongált gyógyszeres kezelés meghatározásában (mind a túlzott, mind az elégtelen terápia elkerülésében) és alkalmas arra, hogy az állapot spontán vagy gyógyszerek hatására bekövetkező változását ellenőrizzük.

IRODALOM: 1. *Alexander, H. L., Paddock, R.*: Bronchial asthma: response to pilocarpine and epinephrine. *Arc. Intern. Med.* 1921, 27, 184. — 2. *Altounyan, R. E. C.*: Changes in histamine and atropine responsiveness as a guide to diagnosis and evaluation of therapy of obstructive airways disease. In: *Pepys, J., Frankland, A. W.*, eds. Sodium cromoglycate in allergic airways disease. London, Butterworths, 1970, 47. — 3. *Assem, E. S. K., Attallah, N. A.*: Increased release of histamine by anti-IgE from leucocytes of asthmatic patients and possible heterogeneity of IgE. *Clin. Allergy*, 1981, 11, 363. — 4. *Barbee, R. A. és mtsai*: Allergen skin test reactivity in a community population sample: correlation with age, histamine skin reactions and total serum immunoglobulin E. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1981, 68, 15. — 5. *Bazin, H., Platteau, B., Pauwels, R.*: Genetic control of the IgE reaginic immune response. *Int. Archs. Allergy Appl. Immunol.* 1981, 66 (suppl.), 19. — 6. *Boushey, H. A. és mtsai*: Bronchial hyperreactivity. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1980, 121, 389. — 7. *Böszörményi-Nagy Gy., Herjavec I.*: A fizikai terheléssel, acetilkolin és specifikus allergén inhalációjával kapcsolatos bronchialis hiperreaktivitás összefüggése asthma bronchialeban. *Pneumol. Hung.*, 1982, 35, 256. — 8. *Bryant, D. H., Burns, M. W.*: Bronchial histamine reactivity: its relationship to the reactivity of the bronchi to allergens. *Clin. Allergy*, 1976, 6, 523. — 9. *Butcher, B. T. és mtsai*: Toluene diisocyanate pulmonary disease: immunological and inhalation challenge studies. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1976, 58, 89. — 10. *Cartier, A. és mtsai*: Allergen induced increase in bronchial responsiveness to histamine: relationship to the late asthmatic response and change in airway caliber. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1982, 70, 170. — 11. *Cavagna, G., Foa, V., Vigliani, E. C.*: Effects in man + rabbit of inhalation of cotton dust or extracts and purified endotoxins. *Br. J. Indust. Med.* 1969, 26, 314. — 12. *Cockcroft, D. W. és mtsai*: Allergen-induced increase in non-allergic bronchial reactivity. *Clin. Allergy*, 1977, 7, 503. — 13. *Cockcroft, D. W. és mtsai*: Determination of allergen induced asthma: dose of allergen, circulating IgE antibody concentration and bronchial responsiveness to inhaled histamine. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979, 120, 1053. — 14. *Curry, J. J.*: The action of histamine on the respiratory tract in normal and asthmatic subjects. *J. Clin. Invest.* 1946, 25, 785. — 15. *Delespesse, G. és mtsai*: IgE mediated hypersensitivity in aging. *Clin. Allergy*, 1977, 7, 155. — 16. *Empey, D. W. és mtsai*: Mechanism of bronchial hyperreactivity in normal subjects after upper respiratory tract infection. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1976, 113, 131. — 17. *Frigas, E. és mtsai*: Elevated levels of the eosinophil granule major basic protein in the sputum of patients with bronchial asthma. *Mayo Clin. Proc.* 1981, 56, 348. — 18. *Hargreave, F. E., Dolovich, J.*: Nonspecific bronchial responsiveness. *Chest* 1982, 82 (suppl.), 22. — 19. *Holtzman, M. J. és mtsai*: Effect of ozone on bronchial reactivity in atopic and non-ato-

pic subjects. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1979, 120, 1059. — 20. *Howel, J. B. L.*: Asthma: A clinical view. Identification of asthma. Ciba fundation Study Group, 1971, 38, 151. — 21. *Juniper, E. F., Frith, P. A., Hargreave, F. E.*: Longterm stability of bronchial responsiveness to histamine. *Thorax*, 1982, 37, 288. — 22. *Kiviloog, J.*: Variability of bronchial reactivity to exercise and metacholine in bronchial asthma. *Scand. J. Resp. Dis.* 1973, 54, 359. — 23. *Koeter, G. H. és mtsai*: The adrenergic system and bronchial asthma: measurements in vitro and in vivo. International Conference on Bronchial Hyperreactivity. Oxford: The Medicine Publishing Foundation, 1982, 44. — 24. *König, P., Godfrey, S.*: Exercise-induced bronchial lability in monozygot (identical) and dizygot (nonidentical) twins. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1974, 54, 280. — 25. *Kraszkó P.*: Eltérő támadáspontú hörgőtágítók kombinált alkalmazásának hatása krónikus bronchitisben és asthma bronchialében. *Pneumol. Hung.*, 1982, 35, 199. — 26. *Kraszkó P., Pap D.*: Bronchiális szenzitivitás és reaktivitás mértéke asthma bronchialében és krónikus bronchitisben. *Pneumol. Hung. Közlés alatt.* — 27. *Laitinen, L. A. és mtsai*: Changes in bronchial reactivity after administration of live attenuated influenza virus. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1976, 113, 194 A. — 28. *Makino, S.*: Clinical significance of bronchial sensitivity to acetylcholine and histamine in bronchial asthma. *J. Allergy*, 1966, 38, 127. — 29. *Marsh, D. G., Bias, W. B., Ishizaka, K.*: Genetic control of basic serum immunoglobulin E level and its effect of specific reaginic sensitivity. *Proc. National Acad. Sci. USA* 1974, 74, 3588. — 30. *Muranaka, M. és mtsai*: Bronchial reactivities to acetylcholine and IgE levels in asthmatic subjects after long-term remissions. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1974, 54, 32. — 31. *Nadel, J. A.*: Neurophysiologic aspects of asthma. In: *Austen, K. F., Lichtenstein, L. M.* eds, *Asthma, physiology, immunopharmacology and treatment*. New York: Academic Press, 1973, 29. — 32. *Orehek, J. és mtsai*: Effect of short-term, low level nitrogen dioxide exposure on

bronchial sensitivity of asthmatic patients. *J. Clin. Invest.* 1976, 57, 301. — 33. *Parker, C. D., Bilbi, R. E., Reed, C. E.*: Metacholine aerosol as test for bronchial asthma. *Arch. Intern. Med.* 1965, 115, 452. — 34. *Pauwels, R., Verschraegen, G., Van Der Straeten, M.*: IgE antibodies to bacteria in patients with bronchial asthma. *Allergy*, 1980, 157, 665. — 35. *Pauwels, R. és mtsai*: Relation between non specific bronchial reactivity and IgE mediated bronchoconstriction on rats. *Közlés alatt.* — 36. *Ryan, G. és mtsai*: Bronchial responsiveness to histamine: relationship to diurnal variation of peak flow rate, improvement after bronchodilator and airway caliber. *Thorax*, 1982, 37, 423. — 37. *Scadding, J. G.*: Definition and clinical categorisation. In: *Weiss, E. B., Segal, M. S.*, eds. *Bronchial asthma: mechanism and therapeutics*. Boston: Little, Brown and Company, 1976, 19. — 38. *Schoettlin, C. E., Landau, E.*: Air pollution and asthmatic attacks in the Los Angeles area. *Public. Health Rep.* 1961, 76, 545. — 39. *Solley, G. O. és mtsai*: Late cutaneous reactions due to IgE antibodies. In: *Lichtenstein, L. M., Austen, K. F.*, eds, *Asthma: physiology, immunopharmacology and treatment*. New York: Academic Press, 1977, 283. — 40. *Szentiványi, A.*: The beta-adrenergic theory of the atopic abnormality in bronchial asthma. *J. Allergy*, 1968, 42, 203. — 41. *Szentiványi, A.*: The radioligand binding approach in the study of lymphatic adrenoreceptors and the constitutional basis of atopy. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1980, 65, 5. — 42. *Townley, R. G. és mtsai*: IgE levels and metacholine inhalation responses in monozygous twins. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1976, 57, 227. — 43. *Vallieres, M. és mtsai*: Dimethyl ethanolamine-induced asthma. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1977, 115, 867. — 44. *Widdicombe, J. G.*: Action potentials in parasympathetic and sympathetic efferent fibres to the trachea and the lungs of dogs and cats. *J. Physiol. (London)*, 1966, 186, 56.

(Kraszkó Pál dr., *Edelény*, Megyei Tüdőkórház, 3780.)

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy a szám színes hirdetéseiben szereplő készítmények rendelkezésébe és ára megváltozott.

BETALOC tableta

Csak vényre adható ki. Az orvos. rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 10,- Ft.

GRANDAXIN tableta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 4,- Ft.



Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

FÜZI MIKLÓS DR.

Neisseria gonorrhoeae törzsek acrosoxacin (rosoxacin) érzékenysége

Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet (igazgató: Rác István dr.)
Bakteriológiai Diagnosztikai Osztály (osztályvezető: Füzi Miklós dr.)

Az acrosoxacin (rosoxacin) antibakterialis hatását vizsgálták *Neisseria gonorrhoeae* törzsekre korong módszerrel és valamennyi törzset igen érzékenynek találták. Az acrosoxacin (rosoxacin) erősen gátolta mind a penicillin-érzékeny, mind a csökkent penicillin-érzékenységű törzseket, a kultúrák között béta-laktamáz termelés nem fordult elő. A törzsek nalidixsavra érzékenyek voltak.

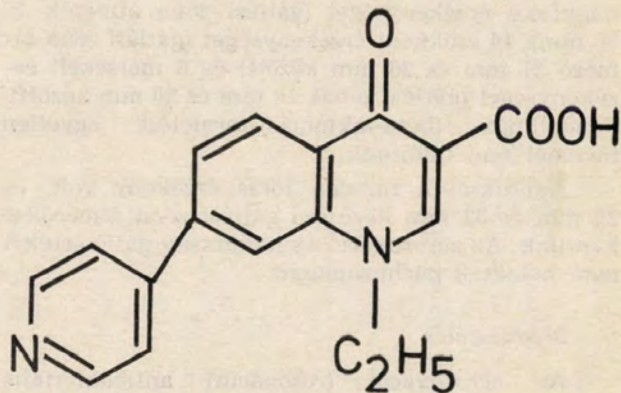
Acrosoxacin (rosoxacin) sensitivity of Neisseria gonorrhoeae strains. The antibacterial effect of acrosoxacin (rosoxacin) on *Neisseria gonorrhoeae* strains has been studied with disc method. Each strain was found to be highly sensitive. Acrosoxacin (rosoxacin) exerted strong inhibition both on the strains with penicillin sensitivity and decreased penicillin sensitivity. Beta-lactamase production was not observed with the cultures. The strains were sensitive to nalidix acid.

A gonorrhoea terápiában külföldön egyre nagyobb problémát jelent az antibiotikumokra csökkent érzékenységű vagy kifejezetten rezisztens törzsek halmozódása. Különösen aggasztó a penicillinbontó (béta-laktamáz termelő) és multirezisztens törzsek terjedése, amelyek ma már minden kontinensen megtalálhatók.

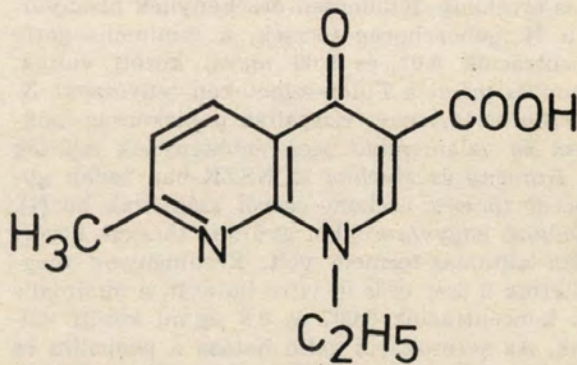
A rosoxacin, újabb nevén acrosoxacin (Erada-cin) újabb kemoterápiás szer, amelyet a *Sterling—Winthrop* gyár állít elő. A rosoxacin név az USA-ban, az acrosoxacin név Angliában használatos. Kémiai szerkezetét tekintve a nalidixsav rokona (1-etil-1, 4-dihidro-4-oxo-7-(4-piridil)-3-kinolin karbonsav) és antimikrobás spektrumuk is hasonló (ábra). Különösen erős antibakteriális hatást fejt ki a *Neisseria gonorrhoeae* törzsekre és a penicillináz (béta-laktamáz)-termelő kultúrák is érzékenyek. Az eddigi klinikai tapasztalatok arra mutatnak, hogy a per os adott 300 mg-os kapszula akut gonorrhoeában a penicillin terápiás aktivitásával egyenértékű.

Hazai gonococcus törzseink között eddig penicillináz-termelő kultúrát nem találtunk, de előfordulnak csökkent antibiotikum érzékenységű és egyes antibiotikumokra rezisztens törzsek (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) és a közeljövőben béta-laktamáz-termelő törzsek behurcolásával is számolnunk kell.

Ezért időszerű feladat a hazai törzsek acrosoxacin érzékenységének vizsgálata és a következőkben ismertetjük első tájékoztató vizsgálataink eredményeit.



Rosoxacin



Nalidixsav

Vizsgálatainkat 40 *Neisseria gonorrhoeae* törzssel végeztük, amelyeket osztályunkon férfi és női urogenitalis gonorrhoeából tenyésztettünk az 1982. és 1983. években. Tenyésztésre az *Amies-Garabedian* táptalajt használtuk, amelyet a felszínre helyezett lincomycin (10 µg) és colistin (20 µg) korongokkal tettünk szelektívvé (2). Az identifikálás a következő módszerekkel történt: Gram festés, növekedés agar, véres agar és csokoládé agar lemezeken, húslévesben 37 °C-on és szobahőn, oxidáz reakció, cukorfermentáció és Phadebact Gonococcus Test.

Az in vitro acrosoxacin érzékenységet diffúziós papírkorong módszerrel határoztuk meg antibiotikummentes *Amies-Garabedian* táptalajon. A korongok 5 µg acrosoxacint tartalmaztak. (Az acrosoxacin korongokat a Sterling-Winthrop cég bocsátotta rendelkezésünkre.) A leolvást 37 °C-os 24 órás aerob inkubáció után végeztük, a törzsek között CO₂-dependens kultúra nem fordult elő. Egyidejűleg hasonló módszerrel meghatároztuk a törzsek penicillin-érzékenységét 3 IE aktivitású koronggal, valamint a nalidixsav érzékenységét 30 µg aktivitású koronggal. A penicillináz-termelést *Ødegaard* és *Solberg* technikájával vizsgáltuk (12).

Eredmények

Az acrosoxacin erős antibakteriális hatást fejtett ki a *N. gonorrhoeae* törzsekre. A gátlási zónák átmérői 27 mm és 35 mm között változtak, ami terápiás szempontból nagyfokú érzékenységet jelent.

Penicillinre gyakori volt a csökkent és mérsékelt érzékenység. A törzsek közül 18 mutatott nagyfokú érzékenységet (gátlási zóna átmérők \geq 30 mm), 14 csökkent érzékenységet (gátlási zóna átmérő 21 mm és 26 mm között) és 8 mérsékelt érzékenységet (gátlási zónák 18 mm és 20 mm között). Penicillináz (béta-laktamáz)-termelést egyetlen törzsnél sem találtunk.

Nalidixsavra minden törzs érzékeny volt, és 22 mm és 32 mm közé eső gátlási zóna átmérőket kaptunk. Az acrosoxacin és nalidixsav gátló értékei nem haladtak párhuzamosan.

Megbeszélés

Az acrosoxacin (rosoxacin) antibakteriális spektrumát *O'Connor* és *mtsai* tanulmányozták először az USA-ban (11). Azt tapasztalták, hogy ez az új kemoterápiás szer elsősorban a Gram negatív baktériumokra hat, de néhány Gram pozitív species is érzékeny. Különösen érzékenynek bizonyultak a *N. gonorrhoeae* törzsek, a minimális gátló koncentrációk 0,01 és 0,06 µg/ml között voltak. *Limson* és *mtsai* a Fülöp-szigeteken tenyésztett *N. gonorrhoeae* törzseket vizsgálták papírkorong módszerrel és valamennyit igen érzékenynek találtak (10). *Braveny* és *Machka* az NSZK-ban izolált gonococcus törzsek érzékenységéről számoltak be (1). Különböző nagyvárosokból gyűjtött törzsek között 9 béta-laktamáz-termelő volt. Eredményeik megerősítették a szer erős in vitro hatását, a minimális gátló koncentrációk 0,007 és 0,5 µg/ml között változtak. Az acrosoxacin gátló hatása a penicillin és ampicillin aktivitásának felelt meg a penicillináz-negatív törzseknél. A penicillináz-termelő törzsek acrosoxacin érzékenysége nem különbözött a penicillináz-negatív törzsekétől. *Warren* és *mtsai* Ang-

liában azt találták, hogy a penicillináz-termelő és nem termelő gonococcus törzsek egyaránt érzékenyek acrosoxacinra (15). A penicillinre csökkent érzékenységű törzseknél azonban az acrosoxacin kissé magasabb gátló koncentrációkat (0,12–0,25 µg/ml) adott. *Seth* Londonban tenyésztett gonococcus törzsei mind acrosoxacin érzékenyek voltak (13). *Liebowitz* és *mtsai* Dél-Afrikában penicillinre érzékeny és csökkent érzékenységű gonococcusok acrosoxacin érzékenységét vizsgálták és 0,007–0,03 µg/ml gátló értékeket kaptak. Törzsek között béta-laktamáz-termelés nem fordult elő. *Walsh* és *mtsai* Angliában az újabban tenyésztett gonococcus törzseket is igen érzékenynek találták és acrosoxacin a penicillináztermelő törzsekre is hatott (9, 14).

Az eddigi tapasztalatok szerint a különböző kontinenseken izolált *N. gonorrhoeae* törzsek mind igen érzékenyek acrosoxacinra. A közölt minimális gátló koncentrációk jelentősen alacsonyabbak, mint az egyszeri per os 300 mg acrosoxacinnal kapott 6,6 µg/ml vérszint. Vizsgálataink eredményei a korábbi adatokkal összhangban állnak, és arra mutatnak, hogy hazai gonococcus törzseinkre is jellemző a nagyfokú in vitro érzékenység. Anyagunkban figyelemre méltó a penicillinre csökkent érzékenységű és mérsékelt érzékeny törzsek aránylag nagy száma. Korábbi vizsgálatainkban a 70-es években izolált törzsek között ritka volt a mérsékelt penicillin érzékenység és a csökkent érzékenység sem volt ilyen gyakori (8). Az acrosoxacin azonban ezeket az újabb mutánsokat is erősen gátolta.

Érdekes, hogy az acrosoxacin és a rokon nalidixsav gátlási zóna átmérői nem haladtak mindig párhuzamosan. Lehetséges, hogy ezt azért nem sikerült demonstrálni, mert a törzsek érzékenysége aránylag egységes volt és kisebb eltérések kimutatására a diffúziós korong módszer nem alkalmas. Nem zárható ki azonban az a lehetőség sem, hogy a két hasonló szerkezetű vegyület között a kereszt-rezisztencia kisköve. A kérdés további tanulmányozást igényel, mert az 1970-es években vizsgált törzseink között nalidixsavra mérsékelt érzékeny és rezisztens gonococcus törzsek is előfordultak és egyelőre nem tudjuk, hogy ezek érzékenyek-e acrosoxacinra (3).

IRODALOM: 1. *Braveny, I., Machka, K.*: In-vitro Aktivität von Rosoxacin (WIN 35213) gegen *Neisseria gonorrhoeae*. *Arzneim. Forsch.* 1980, 30, 1476. — 2. *Füzi M.*: Egyszerű módszer a *Neisseria gonorrhoeae* szelektív tenyésztésére. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1981, 57, 161. — 3. *Füzi M.*: Nalidixsav in vitro antibakteriális hatása *Neisseria gonorrhoeae* törzsekre. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1982, 58, 11. — 4. *Füzi M.*: *Neisseria gonorrhoeae* törzsek nitrofurantoin érzékenysége. *Kísérl. Orvostud.* 1982, 34, 247. — 5. *Füzi M.*: *Neisseria gonorrhoeae* törzsek streptomycin, kanamycin és gentamicin érzékenysége. *Kísérl. Orvostud.* 1982, 34, 481. — 6. *Füzi M.*: A *Neisseria gonorrhoeae* cephaloridin érzékenysége. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1982, 58, 247. — 7. *Füzi M.*: *Neisseria gonorrhoeae* törzsek erythromycin, oleandomycin és spiramycin érzékenysége. *Kísérl. Orvostudomány (közlés alatt)*. — 8. *Füzi M.*: A *Neisseria gonorrhoeae* penicillin érzékenységének és béta-

laktamáz aktivitásának vizsgálata. Bőrgyógy. Vener. Szle. (közlés alatt). — 9. *Liebowitz, L. D., Ballard, R. C., Koornhoof, H. J.*: In-vitro susceptibility and cross-resistance of South African isolates of *Neisseria gonorrhoeae* to 14 antimicrobial agents. *Antimicrob. Ag. Chemother.* 1982, 22, 598. — 10. *Limson, B. M. és mtsai*: Doubleblind dose-ranging efficacy and tolerance study of rosoxacin (Eradacil™) in male gonorrhoeae. *Current. Ther. Res.* 1979, 26, 842. — 11. *O'Connor, J. R. és mtsai*: Rosoxacin, a new synthetic agent for the treatment of systemic Gram-negative infections. 11. Intern. Congr. of Chemotherapy, Boston, 1979, Abst-

ract No 511. — 12. *Ødegaard, K., Solberg, O.*: Isolation of a penicillinase producing strain of *Neisseria gonorrhoeae*. *Acta pathol. microbiol. scand. B.* 1976, 84, 458. — 13. *Seth, A. D.*: Sensitivity of gonococci to rosoxacin compared with that of penicillin, cefuroxime and tetracycline. *J. Antimicrob. Chemother.* 1981, 7, 331. — 14. *Walsch, R. J. és mtsai*: Acrosoxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhoeae. *Brit. J. Vener. Dis.* 1983, 59, 242. — 15. *Warren, C. A., Shannon, K. P., Phillips, J.*: In-vitro antigonococcal activity of rosoxacin (WIN 35213). *Brit. J. Vener. Dis.* 1981, 57, 33.

(Füzi Miklós dr., Budapest, Mária u. 41. 1085.)

CALYPSOL

injekció

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a közepagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG

500 mg ketaminum, sósavas só alakjában, 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK

Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK

Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS

Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0–4,5 mg/tskg, gyermekeknek 0,5–4,5 mg/tskg. Az 5–10 perces narkóztiz eredményező átlagos adag 2,0 mg/tskg. Az **intramuscularis** kezdeti adag felnőtteknek 6,5–13,0 mg/tskg, gyermekeknek 2,0–5,0 mg/tskg.

Felnőtteknek 10 mg/tskg adagja rendszerint 12–25 perces anesztéziát biztosít.

Az altatás fenntartásához az említett dózisok fele használatos.

MELLÉKHATÁSOK

Tenziónövekedés, pulzusszámemelkedés, nyálfolyás, hányinger, hányás, légzési és látási zavarok. Az ébredési szakban hallucináció, pszichomotoros nyugtalanság, zavartság. A poszt-narkotikus nyugtalanság Droperidollal (0,1 mg/tskg im.) rendszerint megelőzhető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.

Fokozza a tubokurarin neuromuskuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.

Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS

Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiaiilag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS

Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozó intézeti) felhasználásra.

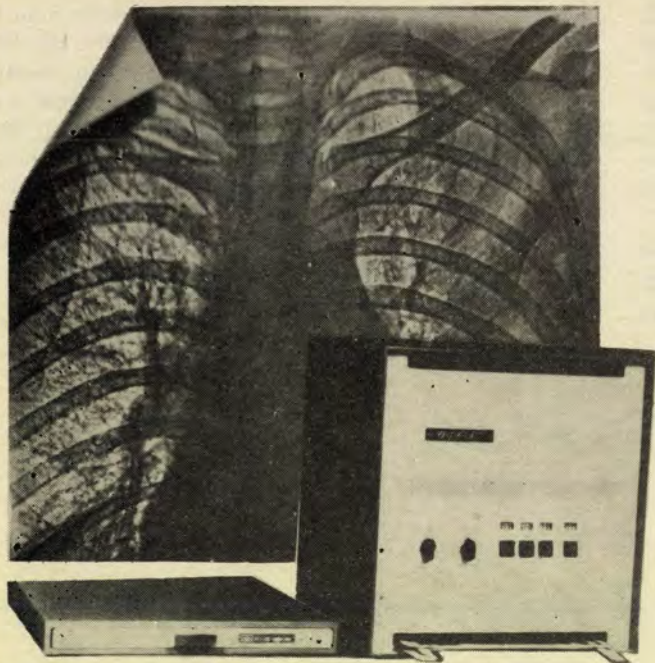
CSOMAGOLÁS

5 × 10 ml-es üveg.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

PH

1007



RÖNTGENKÉPEK HAGYOMÁNYOS
PAPIRON – KÉT PERCEN BELÜL
előállíthatók az

ERGA-02

típusú elektroröntgenografiai
berendezés segítségével

ERGA-02

- a röntgenszobában helyettesíti a fotólaboratóriumot,
- minden típusú röntgenberendezéssel együttműködik,
- kis méretei és csekély súlya lehetővé teszik mozgó röntgenállomásokon való alkalmazását is.

Főbb műszaki adatai:

Röntgenkép mérete (mm)	300x400, 240x300
Fényérzékenység (r^{-1})	min. 150
Egy röntgenkép előállításának ideje (perc)	max. 2
Teljesítményfelvétel (W)	max. 150
Méretetek (mm):	
– berendezés	473x414x443
– fixáló egység	406x473x68
A berendezés súlya (kg)	35

Exportáló: V/O



MEDEXPORT

MOSCOW

USSR

Szovjetunió, 113461 Moszkva, Kahovka ul. 31.

Telefon: 121-01-54. Telex: 411247, 411951 Medex SU

BACSKÓ GYÖRGY DR.

Hasúri terhesség egészséges újszülöttemel

Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)

A szerző a 35. héten felismert hasúri terhesség ritka esetét ismerteti. A hasműtéttel világra hozott 2300 g súlyú magzat jól fejlődött és az anyával együtt a postoperatív szakot szövődménymentesen viselte el, bár a műtét során az uterus eltávolítására kényszerültünk. A kórkép ismertetése kapcsán a dolgozat kitér az előfordulás, az etiológia, a diagnosztika és a terápiás megoldások fontosabb kérdéseire.

Intraabdominal Pregnancy with healthy Foetus. Case report of an intraabdominal pregnancy, identified at 35th week is presented. The 2300 g healthy female foetus was delivered by laparotomy, and hysterectomy. The postoperative recovery was uneventful. The analysis of this rare obstetric-pathologic case is refer to its incidence, ethiology, diagnostic and therapeutic aspects.

A terminus közelbe jutott hasúri terhesség nagy ritkaság. A különleges viszonyokból adódóan igen magas mind az anyai, mind a magzati mortalitás. *Tisdall és mtsai* (12) szerint magzatok 75–80%-a elpusztul, az anyai halálozás 14%. Mások ezt az arányt még magasabbra teszik. *Dehler* (5) 1925-ben 240 hasúri terhesség esetét gyűjtötte össze, amelyekből 33 élő újszülött származott. Ezen közlésben az anyai mortalitás 34,4% volt. Ha sikerül is megőrizni mindkét életet, gyakran beárnyékolja örömlünk az extrauterin fejlődésből eredő malformatio. A Debreceni Orvostudományi Egyetemről már két ilyen tárgyú közlemény látott napvilágot (1, 8). Az eset közlését szerencsés kimenetele és a kórkép ritkasága miatt tartjuk indokoltnak.

Esetismertetés

M. J.-né 26 éves, másodszor terhes nőt terhességének 35. hetében vettük át a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Kórház-Rendelőintézet Szülészeti Osztályáról. Beutalási diagnózis: Grav. sept. 35. Graviditas extrauterine abdominalis. A terhes anamnézisében egy érett szülés szerepel. Utolsó rendes havi vérzés: 1982. XI. 30. A magzatmozgásokat március 21-e óta érezte (16. hét). Terhessége alatt többször fordult orvoshoz szédülés, ájulásérzés, hányás miatt, azonban panaszait anémiás és neurotikus eredetűnek tartották. A vizsgálatok a terhesség 35. hetéig intrauterin fejlődő magzatot mutattak és csak ekkor vetődött fel a hasúri terhesség lehetősége. Felvételi lelet: elesett állapotú gravida, szenvedő arc. A has a kardnyúlványig kitöltött, a szeméremcsont felett puha tapintatú terime érezhető. A köldök alatt közvetlenül magzati koponya, tőle balra magzati testrészek tapinthatók. Vaginalis vizsgálat: zárt méhszáj, megrövidült

nyakcsatorna, a portio uteri jobbra helyezett. Közvetlenül előtte, bal oldalon és hátul izomtápasztatú terime, amely a boltozatot félkörívben bedomborítja. Ultrahangvizsgálat Picker LS-200 készülékkel (*Tóth Z. dr.*): hosszmetsetben az alig telt hólyag mögött a rendesnél nagyobb uterus látható, vele szoros összefüggésben elől a méh fundusán és mögötte lepényszövetre emlékeztető echorajzolat. Jobboldalon a hasat köldökig érő gázos belek fedik el. A köldöktől balra II. harántfekvésben elhelyezkedő magzat, jobboldali végtagjai az árnyékolás miatt nem követhetők. Magzatvíz gyakorlatilag nem mutatható ki. A hasfal rétegei alatt az uterusfal nem ábrázolódik. BPD: 81 mm, THD: 88 mm, RR: 110/70 Hgmm. P: 80/min, Ts: 62 kg, vizelet: a, p, s: negatív.

Mivel a beteg belgyógyászati és aneszteziológiai szempontból különleges előkészítést nem igényelt, a felvételt követő napon laparotómiát végeztünk (op.: *prof. Lampé*). Alsó medián hasmegnyitás után észleljük, hogy a magzatot csak burok veszi körül. A magzatburkon áthatolva előemeljük a harántfekvésben elhelyezkedő 2300 g súlyú élő, kora leánymagzatot életfriss állapotban. Apgar pontszám: 10/1, 10/10. A neonatológiai vizsgálat során az újszülöttn semmilyen fejlődési rendellenességet nem találtunk. A lepény az uterus jobb felén, a hólyagperitoneumon és részben a medencefal peritoneumán tapadt. Résztvett a lepényág kialakításában (csekélyebb mértékben) az appendix és a cseplesz is. A bal oldali függelék ép, a jobb oldalit nem találtuk. Valószínűleg ez is bevonódott a lepényág képzésébe és felismerhetlenné vált. A placentát részben tompán, részben élesen leválasztottuk. A méh hátsó falán a lepény leválasztása után keletkező vérző felületet megpróbáltuk csomós öltésekkel zárni, azonban a makacs vérezgetés és az uterus többszöri ellazulása miatt

ezt feladtuk és méheltávolítást végeztünk az ép függelék visszahagyásával. A súlyosan roncsolódott appendixet lege artis eltávolítottuk. A műtét során 1700 ml csoportazonos „0” Rh-pozitív vérrel és 1750 ml infúzióval pótoltuk az elvesztett vért. A gyermekágyban kialakuló lázas-anémiás állapotot transzfúzióval és fehérjepótlással rendeztük. A korekció után végzett SMA, izotóprenográfia, hemostatusz és vizeletvizsgálatok normális értéket mutattak. Az anya a műtétet követő 23. napon otthonába távozott egészséges csecsemőjével.

Megbeszélés

Az extrauterin terhesség előfordulásáról igen eltérőek az adatok. Jarcho (7) szerint 69 méhen belüli terhességre esik egy extrauterin. Schumann (13) szerint 303:1-hez az arány. Az olyan hasúri terhesség előfordulásáról, amelyből élő magzat születik, még eltérőbbek az adatok. Csak példaképpen említjük meg Tisdall és mtsai (12), ill. Salacz (9) adatait, amelyek nagyságrenddel térnek el 15 000:1 és 2000:1. Nemcsak a kórkép incidenciájában van bizonytalanság, hanem a kórismezésben és a terápiában is. Az anamnesztikus adatok és gyanújelek önmagukban keveset érnek, egzakt laboratóriumi és műszeres alátámasztást kívánnak. Általában kifejezett panaszok jelentkeznek, amelyek felhívják a figyelmet a rendellenes terhességre, azonban leírtak panaszmentesen kihordott terhességet is. Sándor és mtsai (10) speciális tünetről számoltak be, a caput medusae-ról, amelynek kialakulása logikusan magyarázható. Korábban natív röntgenfelvételt, majd hiszteroszalpingográfiát és cisztográfiát használtak fel bizonyításra, azonban ezek a módszerek csak indirekt jeleket adnak a magzat elhelyezkedésére vonatkozóan (1, 7). Coale és mtsai (3) áttekintő hasi aortográfiát ajánlottak, ami már előrelépést jelent, mert tájékoztatást nyújt a placenta elhelyezkedésére is. Az ultrasonográfia alapvető változást jelentett a kórkép diagnosztikájában. George és mtsai (6) ajánlásait figyelembe véve, igen nagy valószínűséggel felismerhető a hasúri terhesség. Ezen diagnosztikai eszköz nagy előnye a korábbiakhoz képest, hogy még a külső manuális vizsgálatnál is veszélytelenebb, mivel nem okoz mechanikus traumát, nem veszélyezteti a burok és a placenta épségét. A módszer tájékoztatást nyújt a lepény érettségére és elhelyezkedésére is, ami a tervezett műtét irányát is megszabhatja. Korábban csak a has megnyitása után tudtak pontosan tájékozódni a placenta helyzetéről.

A hasúri terhesség kialakulására vonatkozóan kétféle elképzelést ismerünk: lehet elsődleges és másodlagos. Elsődleges, ha a pete még a méhkürtbe kerülése előtt a hasüregben termékenyül, ill. tapad meg. Erre nagy esélye van a petének az ún. külső vándorlás során, amikor a kiszabadult pete az ellenoldali petevezető felé vándorol a hasüregben. Másodlagos a hasúri terhesség, ha a méhkürtben fejlődő extrauterin terhesség kerül abortusz tubarius vagy tuba ruptura során a szabad hasüregbe és ott újra megtapadva tovább fejlődik. A kórkép terápiájában a műtét egyértelmű, a beavatkozás időpontja már korántsem. Az igen gondos ész-

lelés melletti várakozásnak, ami a születendő magzat esélyeit napról-napra javítja, természetesen nagy a kockázata is (8). A diagnózist követő azonnali műtét hívei (2, 3, 4) akut életveszélyes állapotnak tekintik a kórképet. A laparotomia során talált szitusz konzervatív megoldóinak célja a nagy vérzés veszélyeivel járó képletek, ill. a kismedencei szervek kímélése. A nehezen vagy csak nagy vérzés árán eltávolítható placentát sokan visszahagyják, vagy második műtéttel a demarkáció után távolítják el (12). Mások a lepény tapadási helyét ellátó erek lekötésével kezdik a placenta eltávolítását. A legutóbb közölt hazai esetben az uterus ferde defundatióját végezték adnexectomiával (10). A műtét sikerét bizonyítja az azóta sikeresen kihordott terhesség (11).

Esetünkben a kórkép felismerését az anamnesztikus adatok közül a 16. terhességi héten érzett magzatmozgás ténye könnyíthette volna meg, azonban multipara esetén ez a tény csak utólag feltűnő. Caput medusae-t nem észleltünk. Az anamnézisben említett szédülés, ájulásérzés, fájdalom már a hasúri terhesség valószínű keletkezésére utal, ilyen tünetek között mehetett végbe a tuba ruptura, ill. az abortusz tubarius. Az említett kitűnő diagnosztikus eszköz, az ultrasonográfia, csak a 35. terhességi héten segítette a helyes diagnózishoz, bár a váratlanul fellépő szövődmény miatt így is az anya csonkító műtétjére kényszerültünk.

IRODALOM: 1. Asztalos M., Görgey M.: Méhen kívüli (hasúri) terhesség élő magzattal. Orv. Hetil. 1967, 108, 32. — 2. Brey, J.: Ein Fall von ausgetragener Extrauterinravidität mit lebendem Kind. Zbl. Gynäk. 1959, 81, 1622. — 3. Coale, G. B. és mtsai: Localization of the placenta with intravenous aortography. Amer. J. Obstet. Gynec. 1962, 83, 1150. — 4. Cross, J. B. és mtsai: Diagnosis and management of abdominal pregnancy with review of 19 cases. Am. J. Obstet. Gynec. 1951, 62, 303. — 5. Dehler, H.: Ein Fall von ausgetragener Extrauterinravidität mit lebendem Kinde. Monatsschr. Geb. Gynec. 1925, 68, 314. — 6. George, W. J. és mtsai: The Sonographic Features of Intra-Abdominal Pregnancy. Clin. Ultrasound. 1981, 9, 383. — 7. Jarcho, J.: Ectopic Pregnancy Amer. J. Surg. 1949, 77, 273. — 8. Kovács F.: A méhen kívüli terhesség néhány ritkább alakjáról. Orv. Hetil. 1933, 77, 323. — 9. Salacz P.: Előrehaladottabb hasúri terhesség. Magy. Nőorv. L. 1954, 17, 368. — 10. Sándor Gy. és mtsai: Kiviselt hasúri terhesség élő magzattal. Magy. Nőorv. L. 1978, 41, 91. — 11. Sándor Gy. és mtsai: Hasúri terhességet követő intrauterin terhesség és szülés. Orv. Hetil. 1982, 123, 2729. — 12. Tisdall, L. H. és mtsai: Abdominal Pregnancy associated with an intrauterine contraceptive device. Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 106, 934. — 13. Schumann, E. A.: Extrauterin Pregnancy. Gynecological and Obstetrical Monography. Vol. VII. Appleton and Co. New York, 1931.

(Bacsó György dr., Debrecen, Pf. 37. 4012.)

HERMANYI ISTVÁN DR.,
TAMÁS GYULA DR. JR.,
FLAUTNER LAJOS DR.,
Z. SZABÓ LÁSZLÓ DR.
ÉS EGYED JENŐ DR.

Hordozható, folyamatos insulint adagoló pumpa perioperatív alkalmazása diabetes mellitusban szenvedő betegeken

Fővárosi Korányi Frigyes és Sándor Kórház-Rendelőintézet,
III. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Holländer Erzsébet dr.),
Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Holló István dr.), I. Sebészeti Klinika (igazgató: Szécsény Andor dr.)
Orr-Fül-Gégeklinika (igazgató: Révész György dr.)
és Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Gáti István dr.)

A szerzők 6 diabetes mellitusban szenvedő betegen (3 nő és 3 férfi), összesen 7 műtét alkalmával használtak folyamatosan insulint adagoló pumpát (Promedos E₁, Siemens). A készülékeket a felkaron rögzítették, hőstabil, savanyú vegyhatású, sertés, kristályos insulinnal (Hoe 21 PS) töltötték föl. A betegek az insulint subcutan, vagy intravenásan kapták. A korábbi kezelés alkalmával meghatározott insulin igény 40%-át folyamatosan (bazális insulin), a maradék mennyiséget a szénhidrát beviteltől és az inzulin érzékenység napi ritmusától függően adták. A fiziológiához hasonló insulin adagolással a pompa kezelés átlag 7 napja alatt, a műteti körülmények ellenére sikerült esetenként közel normoglykaemiát teremteni, majd azt a postoperatív időszakban is biztosítani. A pompa méretei, egyszerű kezelési módja nem akadályozta a műtétek technikai lebonyolítását. Mindezek alapján diabetes mellitusban szenvedőkön végzett műtétek alkalmával előnyösnek tartják a folyamatosan insulint adagoló pompa használatát.

Perioperativ application of portable continuously insulin infusion pump at diabetic patients.

Portable insulin infusion pump (Promedos E₁, Siemens) has been used at six diabetic patients (3 women and 3 men) during seven surgeries. The devices was located to the upper arm and filled up with thermostable, crystalline porcine insulin (Hoe 21 PS). The insulin was given subcutaneously or intravenously. 40% of the required insulin quantity, determined on the occasion of previous treatments, were continuously given to the patients (basal insulin). The remaining quantity of insulin was injected depending on the intake of carbohydrate and daily rhythm of insulin sensitivity. By this dosing, similarly to the physiological one, they managed to create near normoglycaemia in spite of the surgical conditions during the seven days of pump treatment, then to ensure it in the postoperative period too. The size and simple handling of pump did not prevent the technical performance of surgery. On the basis of the above mentioned facts the use of a pump administering continuously insulin is considered favourable during surgery of diabetic patients.

A diabetes mellitusban szenvedő betegek közel fele élete folyamán valamilyen műteti beavatkozással esik át. Esetükben a műtét fokozott kockázattal jár (1, 17, 20).

A szükséges tökéletes perioperatív normoglykaemiát eddig csak mesterséges beta sejt segítségével sikerült biztosítani (4, 11, 14, 19). A készülék a vénás vérből folyamatos vércukor-meghatározást végez, melynek értékétől függően, előzetesen meghatározott program szerint ugyancsak vénásan insulint vagy glukózt adagol. Kiterjedt alkalmazását elsősorban magas ára, munkaigényessége korlátozza.

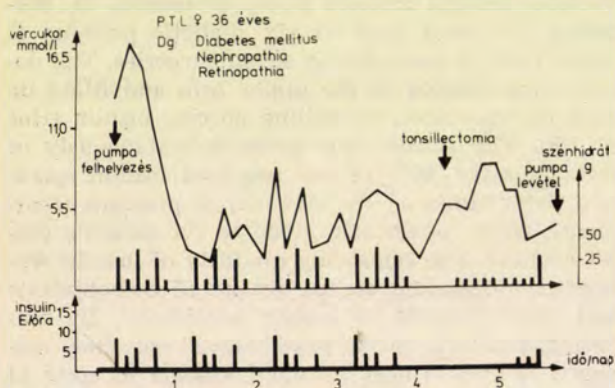
A jobb vércukor beállítás céljából újabban kis-méretű, hordozható insulin pumpákat használnak, melyek az insulint a fiziológiás insulin elválasztáshoz hasonlóan folyamatosan adagolják intravenásan, intraperitoneálisan vagy subcutan (9, 10, 16). A készülékeket a normoglykaemia elérése céljából nőgyógyászati (13, 15) és sebészeti (2, 5, 6, 13) műtétek során eredménnyel alkalmazták.

Betegek, módszer

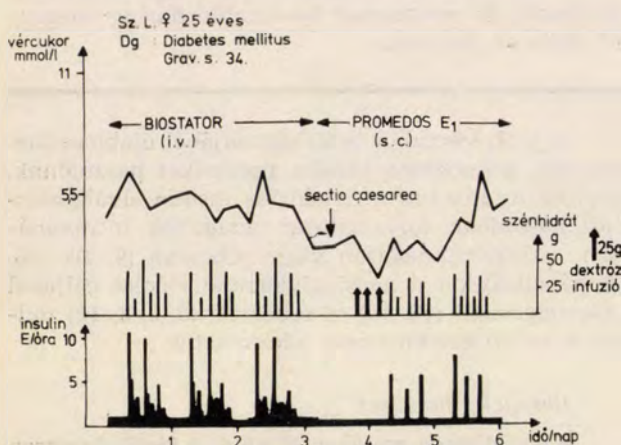
6 cukorbeteg esetében (3 nő és 3 férfi), összesen 7 műtét alkalmával használtunk hordozható insulint adagoló pumpát (Promedos E₁, Siemens, Erlangen, NSZK). A betegek klinikai adatait az 1. táblázaton tüntettük föl.

1. táblázat. Hordozható insulint adagoló pumpával kezelt betegek klinikai adatai

Betegek	Kor (év)	Testmagasság (cm)	Testsúly (kg)	Diabetes időtartama (év)	Diabetes típusa	Diabetes szövődménye	Társuló betegség, állapot	A műtét neve	A kezelés időtartama (nap)
H. A. ♂	41	170	70	9	1	—	M.sacer	deviatio septi nasi	11
I. Z. ♀	24	165	76	15	1	retinopathia	graviditas	sectio caesarea	4
M. L. ♂	30	175	76	5	diab. mell. ismételt pancreatitis után	—	—	cholecystectomy	8
P. L. ♂	35	172	60	5	1	—	—	1. resectio pancreatis 2. cholecystectomy	9
P. T. L. ♀	36	162	55	24	1	retinopathia nephropathia	hypertonia	tonsillectomia	6
Sz. L. ♀	25	164	83	7	1	retinopathia	graviditas	sectio caesarea	3



1. ábra: Műtét körüli normoglykaemia biztosítása insulint adagoló pumpával.
P. T. L. 36 éves betegen (Dg: Diabetes mellitus. Mikroangiopathia diabetica) a pumpa kezelés ötödik napján tonsillectomia történt, majd a kezelést még egy napon át folytattuk.



2. ábra: Peripartalis kezelés insulint adagoló pumpával Sz. L. 25 éves Biostatoron kezelt betegen (Dg: Diabetes mellitus. Grav. s. 34) a normoglykaemiát a szülés alatt és azt követően insulint adagoló pumpával biztosítottuk.

A pumpát hőstabil, savanyú vegyhatású, kristályos, sertés insulinnal (Hoe 21 PS) töltöttük föl, a felkaron rögzítettük. A szülő nőknél az insulint a felkarba subcutan folyt, a többi beteg az insulint a vena brachialis szilikon katéteren át kapta. Az insulinszükséglet 40⁰/₀-át (ún. bazális insulin) folyamatosan adagoltuk, a maradék mennyiséget az insulinérzékenység napi ritmusát is figyelembe véve a betegek az étkezéseknek megfelelően kapták (reggeli, ebéd, vacsora alkalmával a többlet insulin 30—35, 20—25 és 25—30⁰/₀-át, a közti étkezések idején 5—10⁰/₀-át adtuk). Az étkezések insulin adagjait subcutan adagolásnál 15 perccel étkezés előtt, intravénában 10 perccel az étkezés megkezdése után indítottuk.

A diéta hatszori étkezésre bontott 180—200 g szénhidrátot tartalmazott. A vércukrot naponta 6—8 alkalommal, műtétek alatt 1/2 óránként az ujjbegyből vett mintából Dextrostix tesztszikkal, Dextrometer (Ames, Miles) segítségével határoztuk meg.

Eredmények

A betegek 3—11, átlagosan 7 napon át viselték az insulint adagoló pumpát, a műtétre a készülék felhelyezése után 6 órától 8 nap idő után került sor. Ezen időszak minden esetben elegendőnek bizonyult a megfelelő anyagcsere-egyensúly megteremtéséhez, két esetben a mesterséges beta sejt (Biostator, GCIIS, Miles, USA) segítségével korábban elért normoglykaemia fenntartásához (1. és 2. ábra).

A kezelés kezdetén a vércukor csökkentését, majd az étkezéseket követő hyperglykaemia leküzdését a bazális insulinon kívül többlet insulin adásával értük el. A szükségletnek megfelelő insulin mennyiség adagolása következtében betegeinken hypoglykaemiás roszullét nem fordult elő.

Műtétek előtt betegek csak bazális insulint kaptak, mely közel normoglykaemia mellett lehetővé tette az éhomi állapot tartását.

Műtétek kezdetén az insulinigény várható növekedésének megfelelően fokoztuk a bazális insulin infúzió sebességét. Egy beteg kivételével, akin a kezelés insulin igényét a szükséges transfúziók és infúziók jelentősen befolyásolták, műtétek alatt a 0,5–2,0 E/óra bazális insulin mennyiség biztosította a megfelelő vércukor szintet (3. ábra).

A pumpa tartós postoperatív alkalmazását szintén a 3. ábra szemlélteti. P. L. betegünk pankreas rezekció után 6 napon át parenterális táplálásban részesült, majd cholecystectomya történt. Műtétek között a glukóz és fruktóz infúziókat igyekeztünk az irodalomban javasolt 0,1 g/testsúly kg sebességgel adni (2, 6, 18). Hyperglykaemiát csak az említettnél gyorsabb infúziók következtében, jelentős glukóztelheléskor észleltünk.

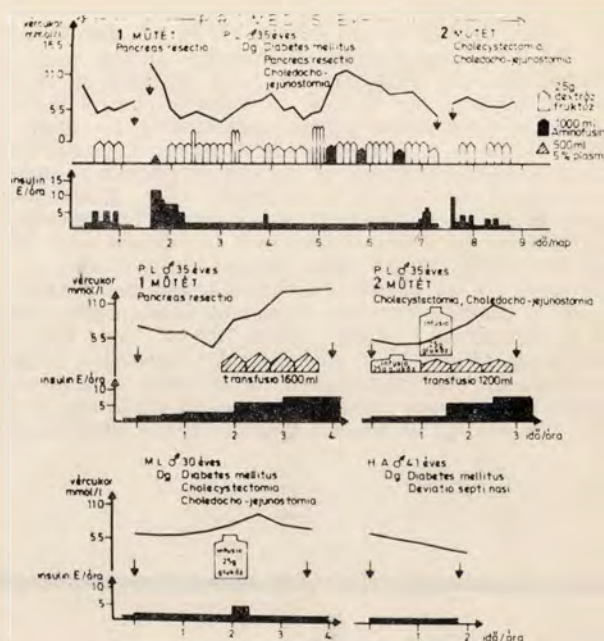
A kezelés során számítottuk a vércukorértékek napi átlagát és szórását (vércukor napi átlag SD). Tekintettel a kezelés alatt változó szénhidrátbevitelre, az insulinszükségletet egységnyi szénhidrátra is meghatároztuk (mE/g CH). A 2. táblázat adataiból láthatjuk, hogy a műtétek csaknem normoglykaemia mellett zajlottak. A kezelés befejezésekor a vércukorértékek egyensúlyban levő szénhidrát-anyagcserére utaltak.

Megbeszélés

A műtét klasszikus stressz állapotot jelent. Hatására emelkedik az insulin antagonistá hormonok, a STH, cortisol és catecholaminok vérszintje, insulin resistencia alakul ki (7), csökken az insulin-elválasztás (3). A szérumban nő a tejsav, pyroszőlósav, szabad zsírsav és ketontest koncentráció (8, 9), fokozódik a vér viszkozitása (17). A narkotikumok közvetlen hatása és a stressz miatt az anaesthesia csaknem minden formája emeli a vércukrot (6, 11, 12). További veszélyt jelent az infúziók glukóz tartalma, a glukoneogenezist serkentő vér, fehérje és aminosav koncentrátumok (1). A vércukor jelentős változását okozhatja sectio caesarea során a placenta eltávolításakor a kontra-insuláris hormonok szintjének csökkenése (4), a pankreas rezekció után fokozódó insulin érzékenység (11).

A perioperatív normoglykaemia biztosítása diabetes mellitusban szenvedőkön feltétlenül indokolt, mert ezáltal gyorsan csökken az anyagcsere-metabolitok vérszintje, javulnak a sebgyógyulás feltételei, csökken az infekciók veszélye (1, 17, 20).

A Promedos E₁ készülék a fiziológiához hasonló insulin adagolással lehetőséget teremtett a közel normoglykaemia biztosítására. A bazális insulin az egészséges szervezetben éhezés alkalmával felszabaduló insulint helyettesítette. Segítségével a műtétek kezdetének időpontja függetlenné vált az insulin kezeléstől. A többlet insulin megfelelő mennyiségben való adagolásával hypoglykaemia veszélye



3. ábra: Hordozható insulint adagoló pumpa alkalmazása műtétekben. Az ábra felső része P. L. 35 éves beteg (Dg: Diabetes mellitus, Pancreatitis chr.) pumpa kezelését mutatja, mialatt pancreas resectio és cholecystectomya, choledoch-jejunostomia történt. Az ábra középső része kinagyított léptékben a két műtét lefolyását ábrázolja. Az ábra alsó része további két műtét (M. L. 30 éves, cholecystectomya, choledoch-jejunostomia és H. A. 41 éves, deviatio septi nasi) alatt jelzi a vércukorszint változását és az adagolt insulin mennyiségét.

2. táblázat. Az insulinszükséglet és a vércukor változása hordozható insulint adagoló pumpa műtétek körüli alkalmazásakor

Betegek	Műtét alatt insulin szükséglet E/óra	vércukor napi átlag ±SD mmol/l	Műtétet követő nap		A kezelés befejezésekor	
			insulin szükséglet mE/gCH (E/24 ó)	vércukor napi átlag ±SD mmol/l	insulin szükséglet mE/gCH (E/24 ó)	vércukor napi átlag ±SD mmol/l
H. A. ♂	0,9	5,3±1,5	231 (44)	7,3±3,3	231 (44)	7,8±3,0
I. Z. ♀	0,7	3,5±0,4	182 (20)	8,6±3,7	273 (52)	10,1±5,1
M. L. ♂	1,5	6,5±2,0	266 (36)	10,5±3,8	372 (52)	7,4±2,5
P. L. ♂	1. műtét 4,4 2. műtét 3,3	9,1±3,4 8,3±3,1	220 (22) 346 (52)	9,3±2,5 8,6±1,6	346 (52)	8,6±1,6
P. T. L. ♀	0,5	5,6±3,0	171 (34)	4,7±1,6	168 (32)	4,7±1,6
Sz. L. ♀	0,5	8,3±3,0	169 (28)	3,9±1,0	200 (38)	h 7,5±1,9

nélkül lehetett az étkezések, infúziók, transzfúziók hatására emelkedő vércukrot normalizálni.

A készülék kis mérete nem zavarta a műtétek technikai lebonyolítását. Egyszerű kezelése nem terhelte az operációt végzőket, műtétek előtt és után azt többnyire a betegek maguk végezték.

Míndezek alapján diabetes mellitusban szenvedő betegeken műtét alkalmával előnyösnek tartjuk a folyamatosan insulint adagoló pumpa használatát.

Ezúton fejezzük ki köszönetünket a *Siemens-cégnek* (Erlangen, NSZK) az insulín pumpa rendelkezésünkre bocsátásáért, valamint a *Hoechst cégnek* (Frankfurt-Main, NSZK) a pumpához szükséges hőstabil insulín biztosításáért.

IRODALOM: 1. *Alberti, K. G. M. M., Thomas, D. J. B.*: The management of diabetes during surgery. *Br. J. Anaesth.* 1979, 51, 693. — 2. *Barnett, A. H. és mtsai*: Mini pump: method of diabetic control during minor surgery under general anaesthesia. *Br. Med. J.* 1980, 28, 78. — 3. *Brandt, M. R. és mtsai*: C-peptid and insulin during blockade of the hyperglykemic response to surgery by epidural analgesia. *Clin. Endocrinol.* 1977, 6, 167. — 4. *Brunetti, P. és mtsai*: Therapeutical application of artificial beta-cell in surgery and obstetrics. *Horm. Metab. Res. (Suppl.)* 1979, 8, 162. — 5. *Edouard, D. és mtsai*: Anaesthesia and post-operativ care in diabetic patients. Constant rate insulin infusion throughout surgery. *Nouv. Press. Med.* 1980, 9, 943. — 6. *Elliott, M. J. és mtsai*: A comparison of two regimes for the management of diabetes during surgery. *Diabetologia.* 1982, 23, 165. — 7. *Giddings, A. E. B.*: The control of plasma glucose in the surgical pa-

tient. *Br. J. Surg.* 1974, 61, 787. — 8. *Goldberg, N. J. és mtsai*: Insulin therapy in the diabetic surgical patient: metabolic and hormone response to low dose insulin infusion. *Diabetes Care.* 1981, 4, 279. — 9. *Irsigler, K., Kritiz, H.*: Clinical use of insulin infusions using the open-loop system. *Z. Gesamte Inn. Med.* 1981, 36, 8. — 10. *Keen, H. és mtsai*: Aspects of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) in diabetes. *Diabetes Care.* 1981, 4, 54. — 11. *Kerner, W. és mtsai*: Application of an artificial endocrine pancreas in the management of diabetic surgical patient. *Horm. Metab. Res. (Suppl.)* 1979, 8, 159. — 12. *Lazarits, J. és mtsai*: Chirurgie bei Diabetes. Akadémia Kiadó. Budapest. 1973. — 13. *Leslie, R. D. G., Mackay, J. D.*: Intravenous insulin infusion in diabetic emergencies. *Br. Med. J.* 1978, 2, 1343. — 14. *Pfeiffer, E. F., Kerner, W.*: The artificial endocrine pancreas: its impact on the pathophysiology and treatment of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1981, 4, 11. — 15. *Rudolf, M. C. és mtsai*: Efficacy of the insulin pump in the home treatment of pregnant diabetics. *Diabetes.* 1981, 30, 891. — 16. *Sherwin, R. és mtsai*: Treatment of juvenile-onset diabetes by subcutaneous infusion of insulin with portable pump. *Diabetes Care.* 1980, 2, 301. — 17. *Stolz, J. F. és mtsai*: Variations de la viscosité sanguine chez le diabetique relie á un pancreás artificiel. *Nouv. Presse Med.* 1979, 8, 1852. — 18. *Taitelman, U. és mtsai*: Insulin in the management of the diabetic surgical patient. *JAMA.* 1977, 237, 658. — 19. *Tamás, Gy. és mtsai*: Use of an artificial endocrine pancreas in diabetic pregnancy. *Horm. Metab. Res. (Suppl.)* 1979, 8, 166. — 20. *Zinman, B. és mtsai*: The metabolic response to glycemic control by the artificial pancreas in diabetic man. *Metabolism.* 1979, 5, 511.

(Hermányi István dr., Budapest, Pf. 10., 1400.)



Jelentkezési

határidő:

1984. május 10.



A Semmelweis Orvostudományi Egyetem védnökségével

a SZÁMALK – Számítástechnika-Alkalmazási Vállalat – megrendezi az első hazai

ORVOS ÉS SZÁMÍTÁSTECHNIKA című szakmai továbbképző tanfolyamot

A tanfolyamon ismertetjük a gyógyítás, kutatás és oktatás számítógépes támogatásának legújabb hazai eredményeit és a számítástechnika egészségügyi alkalmazásának további lehetőségeit.

A tanfolyamot ennek megfelelően klinikai-kórházi orvosok, kutatók, egyetemi oktatók részére ajánljuk elsődlegesen.

A tanfolyamon való részvételhez számítástechnikai előképzettség nem szükséges.

A tanfolyam szakmai szervezői: SOTE Számítóközpont, SZÁMALK, Oktatási Iroda

A tanfolyam időpontja: 1984. május 14–18.

napi beosztása: 9.00–14.00; helye: SZÁMALK Székház, Budapest, XI., Szakasits Árpád u. 68.
Részvételi díj: 3500,-Ft; 5400,-Ft bentlakással és teljes ellátással.

Jelentkezni lehet: SZÁMALK OKTATÁSI SZERVEZÉSI OSZTÁLY, Gaul Gézáné,
Budapest, XI., Szakasits Árpád u. 68., 1502 Budapest, Pf. 146.
Telefon: 668-852, 853-111/131 sz. mellék.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az Egészségügyi Világszervezet „Klinikai farmakológiai értékelés a gyógyszerellenőrzésben” c. 12. európai szimpozion a gyógyszerinformáció témakörben. (Schlangenbad, Német Szövetségi Köztársaság, 1983. okt. 25—28.)

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Területi Irodája 33 állam egy-egy képviselőjét, továbbá az Európa Tanács, a KGST, az Európai Gazdasági Közösség, a Gyógyszergyártók Egyesületeinek Nemzetközi Szövetsége, a Nemzetközi Farmakológiai Unió, a Szabadalommal Védett Gyógyszerek Gyártóinak Világszövetsége, az Orvosképzés Világszövetsége, valamint az Északi Orvosi Tanács megfigyelőit hívta egybe a gyógyszerekről szóló információ kérdéskörrel megvitattása céljából.

Az egyes országok képviseletében farmakológiai, klinikai farmakológiai tanszékek, valamint gyógyszerértékelő-ellenőrző intézetek, gyógyszerinformációs központok kiküldöttjei, többnyire ezek vezetői jelentek meg.

G. Dukes dr., a Világszervezet koppenhágai irodája nevében azzal indokolta a szimpozion tárgyválasztását, hogy napi munkájuk során az orvosok hajlanak arra, hogy a rendelkezésre álló gyógyszereknek csak kis részét használják. Még ezekre vonatkozó ismeretük is gyakran hiányos. A gyógyszer megválasztásában és helyes alkalmazásában azokra az alapismeretekre vannak utalva, melyeket képzésük idején szereztek és azokra az újabb információkra, melyekhez önképzésük (szakkönyv, folyóirat, előadások, gyári ismertető stb.), ill. szervezett továbbképzés révén jutottak. Fontos, hogy ismereteik kielégítőek, a kapott információk megbízhatók és világosak legyenek. Az orvosok rendelkezésére álló információ országoként eltérő, mennyiségileg és minőségileg egyaránt. A szimpozion célkitűzése tehát áttekinteni a jelenlegi helyzetet és megkeresni azokat a módokat és eljárásokat, amelyekkel — mind az alap- és továbbképzésben, mind az információ-áramoltatás hagyományos és újabb módszereivel — leginkább biztosítható a gyógyszerek helyes megismerése.

Az elnöki tisztet Kewitz (Ny.-Berlin), ill. Strandberg (Uppsala) professzor látták el; ten Ham (Hollandia) és Newman (Anglia) volt az alelnök, ill. jegyzőkönyvvezető. 13 előadás hangzott el, témájukat az EVSZ választotta meg; a felkért előadók 8 országot képviseltek. Az előadásokat kiadós hozzászólások és tartalmas viták követték. Egy-egy napot szántak az egymással érintkező három kér-

déskör megvitatására, a negyedik nap az összefoglaló értékelésre és ennek eredményeképpen a Világszervezet ajánlásainak megfogalmazására került sor.

1. Egyes országok információs rendszere.

Öt eltérő rendszer bemutatására nyílt alkalom: az előadások sorrendjében a cseh-szlovákiai (Elis), az NSZK-beli (Friebel), a magyarországi (Kósa), a svédországi (Alvan) és a SZU-beli részvevő (Lepakhin) ismertette, hogy hazájában az orvosoknak milyen lehetőség áll rendelkezésre a gyógyszerismeret elsajátítására, milyen információs forrásokból meríthetnek, milyen az egyes információhordozók hatékonysága stb.

Számos egyezés mellett számottevő az eltérés, és ez nemcsak a szocialista és nem szocialista országokban kialakult információs szolgáltatásra érvényes, hanem a 3 szocialista ország egymás közötti összehasonlítására is. Utóbbiból kiűnik az a sajnálatos tény, hogy azon kivételes országok közé tartozunk, ahol a gyógyszerek értékelésének és megismerésének egyik legfontosabb bázisa: a klinikai farmakológia nem vonult be sem az orvosképzésbe, sem az intézményes továbbképzésbe.

Ez az egyetlen negatívum. Számos egyéb szempontból nálunk kiegyensúlyozottabb és több oldalú a gyógyszerekről szóló tájékoztatás, mint két szomszédunknál. Nálunk pl.: vannak gyógyszergyári kiadványok, melyek információs értéke általában számottevő, a jobban sikerültek sokan a szaklapokban olvasható gyógyszerterápiás tanulmányok után rangsorolják, van továbbá az ország egészére kiterjedő gyógyszerész-információs hálózat. E szervezet tagjaitól a gyakrabban előforduló kérdésekre közvetlen választ kapnak a hozzájuk fordulók, a ritkábbakra a központi gyógyszerinformációs (telefon-, telex-) szolgálatból.

Az NSZK-ban és Svédországban egyaránt erős a klinikai farmakológiai bázis, jól működik a számítógépes adattárolásra alapozott gyorsinformációs rendszer. Az egyéb információs csatornákon az orvosokhoz érkező információk mennyisége és minősége azonban eltérő a két országban. Ez a gyógyszeripari háttér méretbeli különbségén kívül a gyógyszerellenőrzés svédországi gyakorlatával is magyarázható: gyógyszerválasztékuk kialakítására az erős szelekció jellemző, mely önmagában is lenyeli a konkurrenciaharc táplálta reklámtévénység túlzásait, másrészt így jobban előtérben maradnak a semleges helyről származó és ob-

jektív megítélést tükröző információk. Ebben a tekintetben a svédek megelégedetten támaszkodnak a jól képzett és kellő dokumentációval ellátott gyógyszerészekre. Az NSZK-ban inkább laikus orvoslátogatókat foglalkoztatnak (létszámuk: 16 300 fő), tőlük sem szakszerű, sem kielégítő, főként pedig elfogulatlan tájékoztatás nem várható (Kimbel, NSZK).

2. Gyógyszerinformáció a szakemberek számára.

Az új gyógyszerek forgalomba hozatalát megelőző farmakológiai és klinikai farmakológiai vizsgálatokról több ezer oldalnyi, általában nem publikált jelentések, bizonylatok készülnek. Ezek szelektálása révén célszerű olyan összeállítást készíteni, amely lehetővé teszi, hogy az orvos összehasonlítást tudjon tenni az azonos hatástani csoportba tartozó egyéb gyógyszerekkel szembeni előnyös tulajdonságokról és ugyanígy a hátrányosokról is. A tájékozódást megkönnyíti a kellő klinikai farmakológiai ismeret. Bogaert (Belgium) hangsúlyozta, hogy az erre vonatkozó ismereteket már az egyetemi oktatás során kell elsajátítani, hogy a későbbiekben az orvos megfelelően tudja súlyozni, kritikailag értékelni a gyógyszerekről szóló leírásokat, akár folyóiratokban, akár szakönyvekben vagy éppen gyári tájékoztatóként találkozik ezekkel. Az NSZK-ban például bevezették, hogy az utolsó tanévben a belgyógyászat mellett klinikai farmakológiai gyakorlatot is kötelesek a hallgatók folytatni. (Kewitz). Az egyetemi alapképzésre szinte szervesen és folyamatosan kell ráépülnie a klinikai farmakológiai szemléletű továbbképzésnek, miután a gyógyszerválaszték állandó változása miatt a gyógyszerismeret folyamatos frissítésre szorul.

Egyes országokban tudományos intézmények, másutt az egészségügyi hatóságok gondoskodnak szakzerű és tárgyilagos független információkról, ezekben az előnyös tulajdonságok mellett a hátrányosakat is figyelembe veszik, és elfogulatlan összehasonlításukkal megjelölik az új gyógyszer helyét az eddigiek között. (Schut, Hollandia, Herxheimer, Anglia).

A szaklapokban megjelenő tanulmányok is akkor jók, ha a szerző szubjektivitását háttérbe szorítják a vizsgálati adatok. A British Medical Journal minden számában ír O'Donell (Anglia) fejtegetése szerint a szakközlemények információs értéke sok esetben kétes; a téves információk egy része a nem megfelelő vizsgálati módszerre vezethető vissza, vagy statisztikailag kifogásolható. Fontos, hogy az olvasók kellően ellenőrzött információkat kapjanak a kizárólag érdeklődésre alkalmas témáról és érdeklődést felkeltő módon megírt cikkek révén. Sok olvasó egyben kritikai értékelést vár, amely mentesítene attól, hogy egyéb szakirodalmi adat után nézzen. Szerinte a

szerkesztői tevékenység minősége összefügg az olvasói érdeklődéssel: az olvasói visszajelzésekből következtetni is lehet az érdeklődés mélységére és milyenségére. A kelő olvasó—szerző kapcsolat lehetőséget nyújt a helyes út megtalálására.

A fejlődő országok kivételével a szaklapok a gyógyszer-információ elsődleges forrásai. Az olvasottság tekintetében a résztvevők nagyjából egybevágó adatokat ismertettek: a gyakorló orvosok egy része semmit sem, többségük keveset olvas, csak a kisebbség sokat, koruktól, ambíciójuktól, idejüktől függően. A fiatalabb orvosok általában kevesebb téma után érdeklődnek, feltehetően azért, mert közelebb állnak az egyetemi tanulmányaikhoz és az ott szerzett ismeretanyag még alig elvesztett értékéből, aktualitásából. (Herzheimer, Dukes).

A gyógyszerügyi tájékoztatás módszere és eszköztára az erős ipari háttérű országokban nem csupán a postai úton terjesztett nyomtatványokra és a gyári orvoslátogatásra korlátozódik, hanem igénybe veszi a film, a magnetofon és videokazetta adta lehetőségeket. Ezek általában szakmai és technikai szempontból kifogástalanok — ám a bemutatás módja magán viseli a gyári érdekből fakadó sajátosságokat. A gyárak költségvetésében míg nagyjából 40% esik a gyógyszer előállítására, 10—15% jut az információ-továbbítás fedezésére. Utóbbi összegének több mint a felét az orvoslátogatók vizszik el, a többit a brosúrákra, szaklapi hirdetésekre, kiállítások rendezésére fordítják (Schut).

A mértékadó szaklapokban közzétett tanulmányok közzététele vagy egyéb független forrásból eredő tájékoztatás nélkül kizárólag gyári információkra hagyatkozva alkalmazzák új gyógyszerrel veszélyes gyakorlatnak minősül (Haxthausen, Dánia). Mindezeket ismerve és elismerve a gyárak célszerűnek tartják gyógyszerismereteti tevékenységüket, gazdasági céljaik mielőbbi elérése céljából. A feladatukat behatárolni nem lehet, sem megtiltani működésüket, de hatékonyabb ellenőrzésük feltétlenül szükséges.

A legtöbb országban az írásbeli gyári gyógyszerismereteti egészségügyi hatósági engedélyhez kötött. A szocialista országokban, a központi irányítás egyik előnyeként, ez már régebben így van, másutt csupán az utóbbi években írták elő. Néhány ellenőrző intézmény megkívánja a gyári kiadványok szerzői szignálását is, úgy tartva, hogy ennek feltüntetése bizonyos fokú autoritást és egyben felelősségvállalást is jelent, az anonimitás pedig mindezek hiányát. Más hatóság — miként nálunk is — a szövegtervezet csak az illetékes szaktekintély lektori véleménye ismeretében hagyja jóvá, de a gyár-

ra bízza, feltünteteti-e kiadványában a szerző és a lektor nevét.

A fejlődő országok esetében a gyáraktól származik az egyetlen információ, mert gyógyszerellátásuk úgyszólván teljes egészében a behozatalra épült. Részükre még fontosabb, hogy a tájékoztatás tárgyilagossá legyen és időben érkezze. Panaszolták: vannak exportáló cégek, amelyek nem adtak kellő időben információt, hogy saját országukban mellékhatások, gyógyszerártalom miatt megszüntettek egy-egy készítményt és ezt továbbra is szállították, mindenféle kommentár nélkül (Hassar, Marokkó). Ezért is fontos, hogy jól funkcionáló és független információs központ legyen a fejlődő országokban is.

Az információ eredetéről többféle sorrend állítható fel, más ha az új gyógyszer létezése, más ha a hatás, ismét más ha a mellékhatás megismerése szempontjából rangsorolják az információ-hordozókat (Dukes). A gyári tájékoztatás, ideértve a szaklapokban megjelenő fizetett közleményeket (hirdetés) is, az orvosoknál jobbra a gyógyszer megjelenéséről hagy emléket, a hatást, a várható ártalmakat inkább más forrásból (szakközlemény, tudományos ülés előadásai, szakmai beszélgetés stb.) ismerik meg. Általában nem az információ-hordozó határozza meg a fontosságát, hanem az információt fogadó: az orvos. Csak részben függ az információtól, mi jut el az orvos tudatáig, inkább az orvos dönti el, melyiket hajlandó elfogadni és hasznosítani.

Az információ hatékonyságára felhozott példák többnyire a semleges forrásból (pl. WHO, eü. hatóságok kiadványai) eredő tájékoztatásra vonatkoznak: a bejelentett gyógyszerártalom közzététele nyomán viszaszorult a gyógyszer felhasználása és ennek mértékétől függően kevesebb lett vagy teljesen megszűnt a korábbi károsodás. Az orvosok rendelési szokásainak megváltoztatását a magyar előadó a „Gyógyszereink”-ben megjelent tanulmányok és a gyógyszerismereteti tevékenység más példáival is illusztrálta.

3. A betegek tájékoztatása a gyógyszerekről.

Általános volt a vélemény, hogy az orvosok nem mindig és nem kellő mértékben közlik betegeikkel a gyógyszerek várható hatását, mellékhatását. Mindent nem is lehet elmondani és minden beteget sem lehet egyformán tájékoztatni. Ha semmit sem közölnek az esetleges mellékhatásról, ezzel a hallgatással átveszik a felelősséget, a kellő tájékoztatással viszont már a beteg beelevezését is bírják. Károsodás esetén ugyanis az orvos felelősségének kérdése azon is múlhat, hogy a beteg a várható mellékhatás ismeretében vállalta-e a gyógyszeres kezelést.

Az orvos által közölt kiegészítésére szolgál, de azt semmiképpen

sem pótolja a gyógyszerek mellé helyezett tájékoztató (Haxthausen). Ennek kiemelt jelentősége van a gyógyszerterápiában vény nélkül is beszerezhető gyógyszerek esetében.

Az egészségügyi hatóságoknak arra kell törekedniük, hogy a kísérőirat a beteg megfelelő informálását szolgálja: érdemi és jól érthető legyen a tájékoztató szövege.

Az optimális megoldásra egységes receptet adni nem lehet, nem is könnyű a középutat megtalálni: mi a feltétlen szükséges és a betegre tartozó információ és mindezt milyen megfogalmazásban közölik. A gyakorlat országoként is meglehetősen eltérő (Schönhöfer, NSZK).

Az EVSZ előzetes felkérése alapján sor került a magyarországi beteg-tájékoztatók azon szerkesztési elveinek ismertetésére, mellyel évekként ezelőtt az Egészségügyi Tudományos Tanács Gyógyszeralkalmazási és Klinikai Farmakológiai Bizottságának állásfoglalása alapján az Egészségügyi Minisztérium egyetértett és évek óta az újonnan forgalomba kerülő gyógyszerek esetében már gyakorlatiá vált.

Svédországban más útját választották a beteg-tájékoztatóknak, nem a gyógyszerhez csatolják a gyári kísérő iratot, hanem a gyógyszerterápiában egy-egy gyógyszercsoportról összefoglaló tájékoztatót nyújtanak át a betegnek; a tartalma egységes és a lényegre szorítkozik. Részletesebb információt a gyógyszerész ad, ha a beteg ezt igényli. Ez az informálási mód a gyáraktól teljesen független és nagymértékben pótolja az orvosi rendelőben — az idő rövidsége vagy egyéb miatt — elmaradt vagy a beteg által már elfelejtett szóbeli információt (Strandberg).

Újabbán a laikusok többit olvashatnak egészségügyi kérdésekről, így gyógyszerekről is a napisajtóban, hetilapokban és gyakrabban hallhatnak különböző helyeken népszerű előadásokat. A rádió, televízió útján is bővebben jutnak ilyen információkhoz, lényegesen többhöz, mint egy emberöltővel, vagy akár csupán 10—15 évvel ezelőtt is. A megnövekedett érdeklődést azonban nem mindig és nem mindenütt a megfelelő módon elégitik ki (O'Donnell).

Ami a tömeg-tájékoztató útján a betegre hat, az feltétlenül befolyásolja az orvosi mentalitást is. Számos példa van arra, hogy a betegek a napi hírforrások alapján fordulnak az orvoshoz és kéri a híranyagban szereplő gyógyszer felírását, vagy a szóban forgó gyógyszer mód alkalmazását (Speirs, Anglia). Egyes országokban (nálunk is) egészségügyi hatósági egyetértés az ilyen publikációk közzétételének az előfeltétele, de ezt általában nem tartják be (nálunk sem).

Az eddiginél egészségesebb együttműködés az egészségügyi szervek és a tömegkommunikáció szakemberei között — a szabad véleménynyilvánítás jogának megcsor-

bitása nélkül — komoly segítséget jelentene a ma még megoldatlan egészségügyi problémák jelentős részében: mind pl. a túlzott gyógyszerfogyasztás, mind az öngyógyszerelés visszaszorításában.

A szimpozion negyedik napján az első három napon elhangzottak értékelése után az egyes főbb megállapítások — mint EVSZ-ajánlások — így foglalhatók össze:

A gyógyszer felírásával túl gyakran helyettesítik a jó gyógyító gyakorlatot, olykor a gyógyszer kellő ismerete nélkül.

Javítani kell mind az orvosok, mind a gyógyszereszek jobb és tárgyilagos gyógyszerismerete érdekében alap- és továbbképzésüket.

A klinikai farmakológusnak az orvosképzés minden szakaszában gyógyszeres kérdésekben központi szerepet kell játszania.

Erősíteni kell a gyógyszerészek informátori szerepét az orvosok és a betegek körében.

Jól kiépített, független információs rendszerre van szükség, amely objektív tanácsokkal és adatokkal áll az orvosok rendelkezésére.

Lehetővé kell tenni olyan információk központ használatát, amely az orvos érdeklődésére tárgyilagos gyógyszer-tájékoztatót tud nyújtani a gyógyszerek használatára vonatkozóan.

Azokban az országokban, ahol a gyógyszeripar orvoslátogatói is adnak információt az orvosoknak, biztosítani kell, hogy az orvoslátogatók tájékoztatása teljesebb és kifogástalanabb legyen. Meg kell határozni, hogy az orvoslátogató milyen információkat adhat tovább hasznosan és melyeket kell inkább más forrásokból megszerezni.

Egy új gyógyszer forgalmazását már akkor is korlátozni kell, ha a gyógyszer okozta ártalom még csak kisebb mértékben tapasztalható. Bizonyos esetekben szükséges lehet a rendelkezésre jogosult orvosok körének szűkítése is.

A gyógyszerek ártalmára és a forgalomból történő kivonására a nemzetközi információcsere mechanizmusát az EVSZ-nek tovább kell fejlesztenie, hogy megvalósuljon az ilyen adatok teljes és gyors cseréje. tekintet nélkül arra, hogy egészségügyi hatósági vagy gyári kezdeményezésről van szó.

A beteg megfelelő tájékoztatása, valamint a beteggel történő megfelelő konzultáció segíti a beteg kezelését és javítja az értelmes együttműködést.

A laikusokat segíteni kell, hogy a gyógyszerek lehetséges hasznát és kockázatát egyrészt általánosságban, másrészt — a fontosabb gyógyszerek esetében — részleteiben is megértsék. Az ilyen tájékoztatást független forrásoknak kell biztosítaniuk.

A kifejezetten betegek számára készült adagolási tájékoztató kiegészíti, ill. megismétli az orvosok által a betegnek adott információ-

kat. Világosan meg kell határozni az ilyen szövegek standardrészzeit. Fokozottan szükséges a beteg-tájékoztató a vény nélkül is beszerezhető gyógyszerek esetében.

Mind a gyógyszer hivatalos alkalmazási előírata, mind a beteg-tájékoztató szövege a gyógyszerügyi hatóságok egyetértésével készüljön.

Köszönetemet fejezem ki az Országos Gyógyszerészeti Intézet főigazgatójának és az Egészségügyi Minisztérium illetékesének, hogy meghívásomat az EVSZ-nek javasolták, *Dukes dr.*-nak pedig, hogy felkért előadóként a szimpozion vendége lehettem. *Kósa László dr.*

A IX. Európai Pathologus Kongresszus (Hamburg, 1983. szeptember 19—23.).

Az elővárosaival közel kétfélmillió Hamburg Szabad- és Hanzavárosban, az NSZK egyik legfontosabb ipari, kereskedelmi és közlekedési központjában 1983 nyáruján tartották az 1966 óta kétévontként megrendezésre kerülő, sorrendben IX. Európai Pathologus Kongresszust. Ezen jelentős európai és számos tengerentúli résztvevő folytán nemzetközi tudományos rendezvénynek egy alkalommal, pontosan tíz éve, 1973-ban Budapest is otthont adott, aminek kedvező hatása, a magyar kongresszus sikere még Hamburgban is érezhető volt.

A kongresszus rendezői a magyarok számára elengedték a nem kis összegű részvételi díjat, ezenkívül a kongresszus elnökének, a hamburgi *Seifert* professzornak más figyelmességét is tapasztalhattuk, továbbá Hamburg az NDK-n át viszonylag olcsón és gyorsan megközelíthető, ezenkívül a korábbi hasonló kongresszusok sikere magyarázta, hogy viszonylag nagy számban vettek részt pathologusok hazánkban. A Budapestről, Debrecenből, Nyíregyházáról és Szegedről érkezett mintegy két tucatnyi gyakorló kórboncnokon és kutatókn kívül közel ugyanennyien jelentek meg azon magyar nyelvet is beszélő orvosok, akik valamikor a Kárpát-medencében éltek; még a tengeren túlról is érkeztek, így a magyar nyelvet is beszélő mintegy félszáz küldött számarányában és tudományos potenciáljában jelentős összetevője volt a 32 országból összegyűlt, mintegy 800 résztvevőt felsorakoztató kongresszusnak.

A nemzetközi tudományos tanácskozásra a városközpont szomszédságában, a Dammtor pályaudvar melletti Congress Centrum Hamburg kitűnő épületében került sor. A 26 emeletes toronyszállóval egybeépített kongresszusi palota ilyen jellegű rendezvények minden igényét kielégíti, hasonlóan a jól begyakorlott rendezők teamje is.

A megnyitó előtti napon, vasárnap este a palota tágas előcsarnokában került sor az ismerkedési fo-

gadásra, ahol régi és új ismerősök gazdagon terített asztalok között kötetlen eszmecsere folytathattak. Hétfőn délelőtt a hatalmas 2. teremben volt az ünnepélyes megnyitó, ahol többek között köszöntötte a kongresszust *Klaus von Dohnanyi*, Hamburg Szabad- és Hanzaváros Szenátusának elnöke is. Érdeklődést váltott ki az Európai Pathologiai Társaság titkárának, a milánói *Alfonso Giordano* professzornak előadása „Morgagni és az európai pathologia első lépései” címmel, továbbá a hamburgi *Rudolf Haas* professzor előadása „Pathologia és irodalom” címmel. A 300 éve született Morgagnira történő emlékezés jegyében zajlott le a kongresszus, ami többek között abban is megnyilvánult, hogy valamennyi kiadványa címlapján, ill. fejlécén, az előadói emelvényeken ott volt Morgagni arcképe. Ez a kép talános kérdésként, megfejtendő rejtvényként is szerepelt a jelentkezők számára a kongresszus előtti hónapokban. Az ünnepélyes megnyitó kedves eseménye volt a hamburgi fiatalok szimfónikus zenekarának előadásában a Hamburgban 150 éve született Johannes Brahms Akadémiai ünnepi nyitánya és befejezésül a Magyar táncok k. műve, melynek hallatán, azok szubjektív hatása alatt a megnyitó ünnepélyes hangulatában hajlamosak voltunk a vendéglátók részéről szimbolikus jelentőséget tulajdonítani e műveknek.

A megnyitót követően, tehát még az első nap délelőttjén megkezdődött a tudományos munkaprogram, elsőként a 2. teremben került sor az egyik legtekintélyesebb felkért előadó, a világszerte ismert kieli *K. Lennert* professzor előadására „Új aspektusok a lymphomák kutatásában” címmel. A referátum 2 témát érintett, a perifériás T-sejtes lymphomákról/leukaemiákról beszélt, továbbá a kieli klasszifikáció klinikai vonatkozásait, kihatásait tárgyalta, végül a következő konklúzióra jutott, ami meghatározta a soron következő feladatokat: „Tudományos kutatás a lymphomákról, ahelyett hogy haszontalan vették volna az osztályozással kapcsolatban.”

Ez után a tudományos program 4—5 részre szakadt. A különböző termekben folyó előadások és szemináriumok közül egynapban 4—5 téma között lehetett választani, következképpen — bár a rendezők mindent elkövettek azért, hogy az előadások a végső programban megadott menetrend szerint történjenek, hogy alkalmanként egy-egy előadásra pontosan át lehessen menni más terembe — a kongresszus egészének teljességre törekvő, részletekbe menő követése lehetetlen volt.

Magam a gyakorlati pathologus nézőpontjából követtem a rendezvényeket. A második nap délelőttén „A paizsmirigy betegségei” című metszészemináriumon vettem részt. *Hedinger* professzor Zürich-

ből, aki az Európai Társaság korábbi elnöke volt, granulomatos thyreoiditis és Hashimoto eseteket mutatott be. Sevillából *H. Galera* a hyperfunctió pajzsmirigy szöveti képével foglalkozott. Nagyon érdekes volt a papillaris és follicularis carcinoma differenciáldiagnózisának tárgyalása a portugál *Sobrinho-Simoes* és különösen a helsinki *Fransilla* előadásában. Hangsúlyozták, hogy a ritka follicularis carcinomában follicularis és/vagy tubularis a szerkezet és nincsenek papillák és psammoma testek sem fordulnak elő, ezzel szemben a gyakori papillaris carcinomában papillaris és/vagy follicularis és szolid lehet a szöveti kép és gyakoriak a psammoma testek. Az érbetérés follicularis carcinomában gyakori, míg papillaris carcinomában ritka. A hannoveri *Alex Georgii* professzor — aki a metszet-szeminárium társelnöke volt — oncocytás adenoma és atypusos adenoma eseteit a társprofesszor *W. Lang* mutatta be, olyan finom részletekre kitérve, mint az atypusos adenomák és minimálisan invazív carcinomák elkülönítése. A magyar pathologusok barátja, a fiatal, jovialis, magas, szőke skandináv, az oslói *Johannesen* professzor, akit most Hamburgban választottak meg az Európai Pathologiai Társaság elnökévé (eddig President Elect volt), a metszet-szemináriumon anaplasticus pajzsmirigy carcinomát mutatott be orsó és óriássejtekkel, továbbá malignus non-Hodgkin lymphoma centrocytás-centroblastos formáját. A metszet-szeminárium kitűnő karizmestere, az elnöklő walesi *Williams* professzor, aki 3 nap múlva a „Pitfalls”-on is esillogtatta tudását, medullaris carcinomát mutatott be, az osztályozásnál solid v. trabecularis, amyloid nélküli, papillaris, glandularis és anaplasticus formát különítve el. Érdekes volt a melanin tartalmú pajzsmirigy medullaris carcinomá esetének bemutatása, ennek kapcsán összefoglalta a melanin termelő endokrin tumorokat: pheochromocytoma, bronchus carcinoid, pajzsmirigy carcinoid, és medullaris carcinoma. A metszet-konzultáció anyagának megértését — diavetítéses bemutatások hangzottak el — nagyban segítette, hogy sokszorosított eseteleírás állt rendelkezésünkre, ami feltüntetete a klinikai előzményi adatokat, a lényeges morfológiai képet, a differenciáldiagnosztikát és a vonatkozó irodalmat is. Közölték az előre beérkezett egyező, ill. eltérő diagnózisokat is, olyan formában zajlott le a szeminárium, mint hazánkban évek óta rendszeressé vált a negyedévenként tartott országos metszetkonzultációk. A magyarok közül kevesen engedhették meg maguknak, hogy a szemináriumonként 120 DM befizetése ellenében megvásárolják egy-egy szeminárium metszeit és azokat előzetesen tanulmányozhassák és diagnózisukat közölgék, a metszetek megbeszélése azonban nyilvános volt, a kongresszus részt-

vői számára szabad volt a belépés, így ilyen formában is rendkívül tanulságos volt.

Zsúfolásig megtelt a mintegy 200 fős 6-os előadóterem, amikor a „Pitfalls in Surgical Pathology” c. előadássorozatra került sor. Pitfall = tőr, verem, kelepce, tehát olyan eseteket ismertettek, amikor a pathologus a sebészeti esetek biopsziás véleményezése kapcsán kelepcebe került, verembe esett, az eset törbe csalta a kórszövettanászt. Hivatalos megfogalmazás szerint ez többet jelent, mint a szokásos differenciáldiagnózis, több különböző körülményből származnak ezek az esetek. A tévedések leggyakoribb okait és szokatlan, rendkívüli megfigyeléseket tárgyaltak a következő témákban: emlő, nyirokcsomók, prostata, pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy, lágy részek, csontok kórszövetana. Az Egyesült Államokból Minneapolisból *J. Rosai* az emlő betegségeivel foglalkozott, sclerotizáló papillaris proliferációkat, sclerotizáló adenosisát, a myoepithelialis sejtek proliferációját stb. mutatta be, amelyek emlőrák meglehetősen ismertette a papilloma és a papillaris carcinoma differenciáldiagnosztikát. Milánóból *F. Rilke* nyirokcsomók revízióját végezte el később, évek múltán és a malignus elváltozások közül az ismételt vizsgálat során 91%-ban tudta megérősíteni a malignitást, 3%-ban nem volt megfelelő az anyag, 3%-ban nem neoplasma volt és 3%-ban malignus. Amikor a benignus nyirokcsomó elváltozások revíziójára került sor, ismételt későbbi vizsgálattal a benignitást csak 74%-ban sikerült igazolni. A Saar melletti Homburgból *G. Dhom* a prostatával foglalkozott, véleménye szerint a prostata carcinomák differenciáldiagnosztikájában a következők okoznak nehézséget: 1. túl kevés az anyag, 2. artefactum, 3. határesetek, 4. benignus elváltozás. Granulomás prostata elváltozások bemutatása kapcsán hangsúlyozta, hogy a granulomás prostatitis előfordulhat izoláltan, de carcinomával társulva is. A cardiffi *Williams* professzor, aki a pajzsmirigy metszet-szeminárium vezetője is volt, fokozta a hangulatot és érdeklődést, amikor arról a pajzsmirigy szövettani vizsgálatról számolt be, amely kapcsán 500 esetet elemeztek, másodszor vizsgáltak. E beszámoló kevében nincs mód az eredmények részletes ismertetésére, ezért csak azt idézem, hogy *Williams* véleménye szerint hogyan lehet elkerülni a „pitfall”-okat a pajzsmirigy pathológiájában? Mielőtt diagnosztizálnánk, mindig vizsgálni kell a pajzsmirigy elváltozás hátterét. Nem szabad elfelejteni azt, hogy a papillaris és follicularis kifejezést 2 értelemben használjuk, a leírásban és a diagnózisban. A mellékpajzsmirigyvel kapcsolatban azt hangsúlyozta, hogy sohase vállalkozunk diagnózis kimondására, ha csak egyetlen mirigyvet tudunk vizsgálni.

A Pitfall program ütközött az Emlő betegségei c. metszet-szemináriummal, így utóbbinak csak a második részét hallgathattam; a beszerzett sokszorosított esetelemzések és jegyzetek, irodalmi tájékoztatók utólag is biztosították, hogy a kölesön kapott metszeteket tanulmányozhassuk és mindennapi munkánkhoz értékes következtetéseket vonjunk le. Számos carcinoma típus mellett ritkábban előforduló, nem hám eredetű rosszindulatú daganatok bemutatására is sor került. Különös hangsúlyt kapott a differenciáldiagnózis.

Külön kell szólni Pathology Research and Practice (korábbi neve: Beiträge zur Pathologie), az Európai Pathologiai Társaság hivatalos folyóirata 178/1 és 178/2 kötetéről, mely nemcsak az összefoglalásokat tartalmazta a kongresszus számos előadásáról, hanem igen értékesek és összefoglaló jellegűek egyéb közleményei is, különösen a máj és epéut pathologia tárgyköréből.

Se szeri, se száma az érdekesnél érdekesebb rendezvényeknek, az új eljárásokat (pl. immun histokémia stb.) bemutató módszereknek, pl.: tumor markerek, elektronmikroszkópia a diagnosztikus pathológiában, pl. dermatopathológiában (*Laróczy Judit* referátuma), atypia és dysplasia: nomenklatura és osztályozási problémák, endocrin tényezők a tumornövekedésben, steroid receptorok, peptid hormon termelés a rákban, új utak a máj pathológiában; a bejelentett előadások májpathologiai sectionjában hangzott el *Balázs Márta* és *Halmos Tamás* elektronmikroszkópos munkája, morphometria, cytoskeleton stb., számos szerv metszet-szemináriumára stb., ezeket felsorolni is lehetetlen, amelyek szinte a pathologia egészét ölelték fel. Egy nagy referátum pl. futurológiai vonatkozású volt, a 17 év múlva bekövetkező 2000. év pathológiáját, mint fictiót vetítette elénk a daganatok vonatkozásában.

Érdekes és hasznos volt az a kerekasztal-megbeszélés is, ami a rutin diagnosztikus pathologiai munkában a standardokkal és normákkal foglalkozott. Itt is lényegileg szerveként (emlőrák, ovariumcarcinoma stb.) csoportosítva hangzottak el az előadások. A kerekasztal-konferencia gyakorlati haszna egyértelműen kitűnik abból, hogy ha csak egyetlen apró adatot említtek, sematikus ábrán bemutatták, hogy biopsziás vizsgálatra milyen standard helyekről kell kivágni pl. az emlőből; az egységes vizsgálat elősegíti a diagnózisok egységes értelmezését.

Részben hallgathattam a Gyermekegyógyászati pathologia című metszet-szemináriumot, aminek a vezetője a csehszlovákiai, martini, magyarul is beszélő *Julius Plank* professzor volt, vagy az Ovarium tumorai és a pseudotumorok c. szemináriumot, mely külön foglalkozott a hámdaganatokkal, csírasejt tumorokkal stb.

A központi 2-es nagy teremben került sor a Vascularis pathologia c. előadássorozatra, amelynek elnöke a magyar delegáció vezetője, *Jellinek Harry* professzor volt. Itt került sor *Kádár Anna* professzor előadására is.

Egyik délben a központi teremben a kongresszus valamennyi résztvevője előtt diplomákat adott át az Európai Pathologiai Társaság ljubjanai elnöke, *Ferluga* professzor (aki Hamburgban köszönt le 2 éves tisztéről, utóda a norvég *Johannessen*) a társaság érdemes, prominens tagjainak, többek között *Jellinek Harry* professzornak. A hosszan tartó taps nemcsak a magyar professzor személye iránti tiszteletnek szólt, hanem a jól rendezett 1973. évi budapesti kongresszusnak is.

Lehetetlen felsorolni valamennyi eseményt, beleértve a magyar vonatkozásokat is, mégis megemlítem a következőket. Üléselnökként működtek közre *Jellinek* és *Szende* professzorok. A posterek között számos magyarral találkozhattunk, a posterek értékelésekor külön ki-

emelték pl. *Surján László* és *Bajtai Attila* munkáját, ami humán gége és nyelőcső rákban a laphámsejtek felszíni elektronmikroszkópos szerkezetével foglalkozott. A kongresszus előcsarnokában, a kongresszusi információs iroda előtti központi helyen álltak azok a posterek, amelyek az európai pathologia történetét voltak hivatva bemutatni. Viszonylag kevés országból érkezett anyag, de számban és minőségben kitűntek a magyar posterek, amelyek előtt sokszor volt érdeklődő. A résztvevők meggyőződhetnek, hogy e kis magyar föld sok nagy pathologust, tudóst adott a világnak, akiről betegséget, daganatot, módszert, stb. neveztek el. *Jellinek* professzor felkérésére és összeállítása alapján készültek e posterek, számos intézetten kívül a kaposvári *Frankl József főorvos* (Kaposi sarcoma) és magam is részt vettem az anyag összegyűjtésében.

Számos kiállítás, filmbemutató stb. kísérte a kongresszust, az épületben található étterem, bank, helyi és nemzetközi telefonvonalak

stb. a légkondicionálás, mozgólépcsők, tágas, tiszta minden elképzelést felülmúló környezet lehetővé tették, hogy a kongresszus résztvevői a munkaprogramot a legjobban kihasználhassák és a legtöbbet tanuljanak.

A gazdag társasági program közül csak megemlítem a városházi fogadást, az orgonahangversenyt a 14. századi St. Jacobi templomban a híres *Arp Schnitger* orgonán, a városnézést, a hatalmas hamburgi kikötőben tett kirándulást, az opéra, a planetárium, a művészeti galéria, stb. megtekintését, az esti szervezett szórakozási rendezvényeket stb. — ezek elenyészően kis részén tudtunk csak megjelenni, nemcsak a magas költségek miatt, hanem természetesen előnybe helyeztük az igen értékes, de zsúfolt és néha fárasztó munkaprogramot is.

Minden tekintetben egyedülállóan jól szervezett és rendezett kongresszus volt a hamburgi, az itt szerzett információk hosszú időre meghatározzák munkánkat.

Honti József dr.

AUROBIN KENŐCS

OSSZETTEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 400 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS: Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladással járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kapronat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.

A lidokain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK: A perianalis tájék gyulladással járó folyamatok, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidales, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK: Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidokain-kezelés.

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbébe juttatni naponta 2–4 alkalommal.

A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLEKHATÁS: Tartós használata esetén bőratrophát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléstről.

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer ismételtető).

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

PH

1021

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(128/b)
A Vas megyei Tanács Altalanos Rehabilitációs Kórház Szentgotthárd (Szentgotthárd, Hunyadi út 31. Pf.: 9971) igazgató főorvosa pályázatot hirdet **belgyógyász szakorvosi állásra.**

Az állás azonnal elfoglalható. Összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.
Székely Ernő dr.
igazgató főorvos

(130/b)
Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet **kardiológiai szakrendelésén** megüresedett **szakorvosi állásra.**

Kardiológus szakvizsgával, vagy kardiológiai jártassággal rendelkező belgyógyász szakorvosok nyújthatják be pályázatukat.
Kóvér Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(139/a)
Pomáz, Munkatherápiás Intézet (Pomáz, Mártírok u. 22. 2013) pályázatot hirdet **pszichiáter szakorvos házaspár,** vagy szakvizsga előtt álló, legalább 2 év gyakorlattal rendelkezők részére.
Lakást biztosítunk.

Koronkai Bertalan dr.
igazgató főorvos

(142/a)
A Lajoskomáromi Nagyközségi Közös Tanács a megüresedett **mezőkomáromi körzeti orvosi állás** elnyerésére pályázatot hirdet.

Bérezés az érvényben levő jogszabályok szerint.
Hétvégi ügyeleti szolgálat, dégi telephellyel, 7 orvos bevonásával megszervezett. A községhez csatolt község nem tartozik.

Háromszobás összkomfortos lakást, garázzsal biztosítunk.
Rendelő a lakással egybeépített.

Csulik György
tanácselnök

(146)
A Pomázi Munkatherápiás Intézet pályázatot hirdet a **Dolinai Alkohol osztályon** áthelyezés folytán megüresedett **osztályvezető főorvosi állásra.**

Az osztály 187 ágyas, önkéntes és elvonásra kötelezett alkohol betegekkel veszi fel a főváros és Pest megye meghatározott kerületeiből.

A pályázathoz pszichiátriai szakvizsga, 10 éves szakmai gyakorlat és alkohológiában való jártasság szükséges. Lakást tudnak biztosítani, lakáscserére esetleg — Szentendrén — van lehetőség.

Erdeklődés személyesen, vagy telefonon a 06-26-25-370 telefonszámon.

Koronkai Bertalan dr.
igazgató főorvos

(147)
Az Ajka városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet a **Vértranszfúziós Állomáson** levő **egy üres állásra,** ahova pályázhatnak:

laboratórium, belgyógyász, vagy általános orvostanból szakvizsgát tettek, illetve szakvizsga előtt álló orvosok.

Bérezés és lakás megbeszélés tárgyát képezi.

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

Barankay Bertalan dr.
igazgató főorvos

(148)
A Százhalombattai városi Tanács Szakorvosi Rendelőintézetének igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 reumatológus szakorvos,
1 sebész szakorvos,
1 körzeti gyermekorvos állásra.
Az állások azonnal betölthetők.
Lakásról a városi tanács gondoskodik. Mellékállás vállalására lehetőség van.

Vajda Péter dr.
igazgató főorvos

(149)
A Jászberényi VTB Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet: 1 **üzemi orvosi állásra.**

Lakást biztosítani nem tudunk.
Soós Jusztna dr.
igazgató főorvos

(150)
A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet: 1 **fő üzemorvosi állásra.**

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(151)
A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat főnöke pályázatot hirdet az újonnan létesítendő győri Katonai Kórház regionális feladatokat is ellátó osztályára:

1 **idegsebész osztályvezető főorvosi** hivatásos állományú beosztás betöltésére.

Pályázati feltételek:
— idegsebész szakorvosi képesítés, 10 éves neurotraumatológiai gyakorlat, — büntetlen és feddhetetlen előélet, — egészségügyi alkalmasság.
A pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek a tudományos fokozattal rendelkezők.

Bérezés a HM beosztási illetménykategóriái szerint.
A beosztás elnyerésekor szolgálati lakást az igényjogosultságnak megfelelően biztosítunk.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül közvetlenül az MN Egészségügyi Szolgálat Főnökéhez, a győri Katonai Kórház parancsnokságán keresztül kell benyújtani (Győr, Pf. 429. 9002).

Informálódás a győri 16-909/254-es mellék telefonon.

(152)
A Gyógyszerkutató Intézet KV (Bp. IV., Szabadságharcosok útja 47-49.) igazgatója állást hirdet 4 orvos számára.

A pályázók közül
1 személy a **kerinésfarmakológiái,**
1 személy a **neurofarmakológiái,**
1 személy a **kliniko-farmakológiái,**
1 személy a **kemoterápiás osztályon** nver elhelyezést.

A jelentkezők koruktól, esetleges szakvizsgájuktól, illetve tudományos minősítésüktől függetlenül tudományos munkatársként, ill. főmunkatársként kapnak besorolást. Bérezés kulcsszám szerint.

A tudományos munkatársi alkalmazás feltétele: általános orvosi diploma + kísérletes laboratóriumi gyakorlat (néhány éve végzetek esetében dokumentálható TDK-tevékenység).

A tudományos főmunkatársi alkalmazás esetén, a pályázat elbírálásánál: experimentális laboratóriumi szakképesséssel, esetleg tudományos minősítéssel rendelkezők előnyt élveznek.

Jelentkezni lehet: Gyógyszerkutató Intézet KV. Személyzeti osztály: tel.: 690-011 (IV., Szabadságharcosok útja 47-49.)

Írásbeli jelentkezés esetében (levélcím: Budapest, Pf. 82. 1325) életrajzot, az eddigi tudományos munkásság leírását, ill. a jelentkező tudományos előadásaikat és közleményeinek jegyzékét kérjük mellékelni!

(153)
A Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet a Heves megyei KÖJAL-nál 1984.

július 1-vel megüresedő **igazgató főorvosi állás** betöltésére.

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

Lakás megbeszélés tárgya.
Bérezés a hatályos bérszabályok alapján történik.

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

Bükkerdő Pál dr.
megyei főorvos

(154)
(Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet az intézet **intenzív-acute felvételi osztályán orvosi állásra.**

Az állásra szakorvosok jelentkezését várják, szakvizsga előtt állók is jelentkezhetnek.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet igazgató főorvos

(155)
Budapest Fővárosi Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a **Fővárosi Róbert Károly Körüti Kórház-Rendelőintézet Röntgen Osztályán** — 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 magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(156)
A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nagyvárad tér 1. 1096) pályázatot hirdet 1 **tüdőgyógyász szakorvosi állásra.**

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(157)
A Kisvárdai városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézményei igazgató főorvosa (Kisvárdai, Árpád u. 26.) egyetértésben a felügyeleti szervevel — pályázatot hirdet a kórház gyermekosztályára:

1 **osztályvezető főorvosi és 2 szakorvosi állás betöltésére.**
Ez utóbbi állásokra szakképesséssel nem rendelkezők is pályázhatnak.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ABMH számú rendelkezés szerint, szakképítés és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Lakás külön megbeszélés tárgyát képezi.

Az állások üresek, így bármikor betölthetők.
Fekete Imre dr.
igazgató főorvos

(158)
A Móri városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **kincsesbányai üzemorvosi állásra.** Nem szakorvosok is pályázhatnak.

Az állás azonnal elfoglalható.

Háromszobás összkomfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Evente egyszeri bányavidéki jutalom adható.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 2 héten belül címre kérem megküldeni.

Répásy István dr.
kórházigazgató főorvos



Katasztrófa medicina

A falkland-szigeteki hadjárat orvosi tapasztalatai. London, P. S.: J. Bone Jt. Surg., 1983, 65-B, 507.

Az Angol Királyi Sebész-kollégium és a Királyi Orvostársaság illetékes szekciója 2 napos, összevont konferencia keretében értékelte a falkland-szigeteki hadjárat során szerzett orvos-egészségügyi tapasztalatokat. A levont tanulságok döntő többsége megerősítette a hadisebészet elveinek helyességét és gyakorlati oktatásának fontosságát.

A fegyveres erők körében régóta ismert, hogy a helytállási morál, azután a morbiditás és mortalitás lehetőség szerinti minimumra csökkentése érdekében, milyen óriási jelentőségű a harcosoknak és segélycsapataiknak minél szélesebb terjedelmű kiképzése az elemi életmentési és segélynyújtási ismeretekre. Ennek a megállapításnak igazságát egyértelműen bizonyítja az a tény, hogy a falklandi hadművelet során az élve fellelt sérültek közül egyetlen egy sem halt bele a sérüléseibe. Igen hasznos volt a flotta egyik (nem egészen két évvel előbb diplomát kapott) fiatal orvosának az az utasítása, melynek nyomán egy felkutatott (segély-) hajón a fentebb említett ismeretekre kiképezték a személyzet mindazon tagjait is, akik az egyszerű ápolási feladatok (megágyazás, ágytálazás stb.) végzésénél nélkülözhetők voltak.

A reszuszcitációs technikára (infundálást is beleértve) történő folyamatos kiképzés értékét egy haditengerész-orvos munkacsoport is bebizonyította a hatékony beavatkozások olyan nagymértékű leszűkítése mellett, hogy azokat szinte mindenki el tudta végezni. Mivel a sebesültek szállítását a szárazföldön hordágyon (kézben) és helikoptereken oldották meg; de mert sokan nem igényelték elszállítást, nagy erőfeszítésekkel ugyan mégis sikerült elérni, hogy minden (a legkisebb létszámú) egységnél is legyen legalább egy olyan katona, aki életfontosságú elemi elsősegélyt tud nyújtani. Ennek köszönhetően a sebesültek a sérülés bekövetkezése után már igen rövid időn belül ellátásban részesülhettek a gyűjtőfogadóhely szerény orvosi lehetőségű körülményei között is. Meg kell mondani, hogy a rögzítőszíneket a harcmezőn nem használták, az egyes harcos 50–60 kg-os felszerelését már lehetetlen volt egy ilyen nehezen kezelhető, kissé ügyetlen eszközzel tetézni. Egy puskát, a sebesült törzse vagy ép végtagjai, kielégítő átmeneti rögzítést

adott a sérült végtagnak. A síneket csak a Canberra csapatszállító, s az Uganda kórházhajón használták.

Tábori körülmények között az anesztézia kevés gyógyszerfeleséget és kis (harctéri célokra kialakított méretű) készülékek igényel, a volumenpótlás vagy vérrel, vagy (és inkább) különböző oldatokkal történt. A sérültek minden esetben kombinált — antibiotikum és kemoterapeutikum — gyógyszerelésben részesültek, szükség esetén tetanusz toxidot is kaptak.

A sérülések zöme elsősorban a végtagokat érintette, azután következtek a koponya, mellkas és a has penetráló sérülései; elsődleges el-látásuk a meglehetősen primitív körülmények között is elfogadható sikerességgel megtörtént. Az összeszedett, gyűjtött, elsősegélyben részesített sérülteket a szárazföldi hadszíntérről a kórházhajóra szállították, ahol további (magasabb szintű) műtéti lehetőségek voltak biztosítva (mint amilyenek a másodlagos sebtoalet, sebek zárása, sőt korai rekonstrukciós műtétek). Itt és így készítették elő a kiürítendő sebesülteket, akiket vagy vízi úton Montevideóba, vagy légi úton Angliába szállítottak tovább. A szárazföldre kihelyezett, előretolt sebesítési ellátó egységektől a sebesülteket helikoptereken szállították a kórházhajóra, ez a rövid szállítási idő lehetővé tette, hogy például a 24 órán belül műtött hasi sérülteknél is kiemelkedően jók voltak a gyógyeredmények.

Kétséggel elvárható, hogy az a fejlődés, amit a sebészeti és aneszteziológiai technika az utóbbi 20 évben felmutathat, valamelyest tükröződjék a hadsereg gyakorlatában is. Egyedülállóan fontosnak tekintendő az a tapasztalati tény, hogy a még 1916-ban elfogadott sebesítési ellátási alapelvek tekintetében is óriási lépések történtek. Ilyenek például: a sebészeti és a segélynyújtási lehetőségeket annyira előre vinni (a harcolókhoz), amennyire csak lehetséges; a sérüléseket alaposan átvizsgálni, s az elhalt szöveteket és az idegen anyagokat eltávolítani; sebeket csak akkor zárni, ha az biztonságosan elvégezhető. Az arc és a fejtető sebei elsődlegesen zárhatók, mellkasi, hasi és ízületi üregeket a külvilágtól, arra alkalmas kötszerekkel izolálni kell az első műtéti beavatkozás során.

Az első műtéttel csak a következő sérülések helyreállítását kell elvégezni: koponyatető, arc, légutak, azon hasi szervek, melyeket nem szükséges eltávolítani, végül olyan nagyobb véredények, ame-

lyek végtag vagy életfontos szerv túlélését biztosítják. A seb kitérő és fedése száraz gézlapokkal történjék, erre bőséges vattaréteg kerül, amit erős pólyakötéssel rögzítünk (végtagon ragtapaszt alkalmazhatunk). Néhány nap múlva általában anesztéziában eltávolítják a kötést, s ha minden rendben van, a sebet varratokkal zárjuk, illetve bőrtranszplantációt végzünk. Az első napok múltán a vérzés megszűnik, a duzzanat csökken, s ez gyakran könnyebbé teszi a seb zárását (mint a sérülés bekövetkezésének napján). Amennyiben még elhalt szöveteket találunk, azt eltávolítjuk a seb zárása előtt; ha viszont a seb fertőződésének akár a legcsekélyebb jeleit észleljük, úgy a sebet zárni nem szabad. Egyébként a halasztott elsőleges sebzárás ideális ideje a 4. nap körülire tehető a tapasztalatok szerint.

Az égési sérülések jelentősége abból derül ki, hogy a hadjárat során az összes sebesülből 14% volt a termikus trauma (ezek kerekén egyharmada hadihajón történt). Ez az érték az I. világháborúban kevesebb mint 1%-ot mutatott, s a II. világháborúban is valamivel 2% alatt maradt. Füst belégzéséből maradó károk általában nem adódtak, valószínűen az idejekorán adott 2 gramm metil-prednizolonnak köszönhetően. Az égések kezelése elsősorban só- és bikarbonát tartalmú oldatok itatásával (ha ez a kellemetlen ízük miatt lehetséges volt), illetve infundálásával történt. Ha szükséges volt, az égési sebeket kimetszéssel is megtisztították, majd poliuretán habbal fedték, egyedül az arc sebei kezelték nyitottan, kézszerűleknél helyileg szulfonamid származékot, majd műanyag borítást alkalmaztak.

Lélektanilag hasznosnak bizonyult a pszichiáter vezetete munkacsoport szerepe, a tábori lelkészekkel együttműködve sikeresen dolgoztak.

Orvosi aspektusból a légi haderőnemről viszonylag keveset lehet mondani. Itt inkább a nagyfokú kimerültség gondja merült sokszor fel (a szokatlan gyakoriságú felszállások, a zaj, a kényelmetlen körülmények, kockázati esélyek, a szinte pihenés nélkül teljesített repült órák magas száma okozták a gondokat).

Végezetül — mint a talán legértékesebb tapasztalatra — reá kell mutatnunk az előretolt sebészeti egységek jelentőségére. A sebész és traumatológus szakemberek mellett, egyéb műtéti szakmák képviselői is értékesen tevékenykedtek, ha nem is mindig a saját diszciplinájuk területén. Idegsebészek, szájssebészek stb. kitűnő munkát végeztek a reszuszcitációs, osztályozó és szervező feladatkörökben egyaránt; ortopéd sebészekre a friss és súlyos sebesültek műtétjeinél is mindig lehetett számítani.

A leszárt tapasztalatok nem tekintendők csupán informatív, sta-

tikus jellegűeknek, igazi hasznosításuk viszont csak akkor eredményes, ha egyben mozgósítanak is a szüntelen fejlesztések, tökéletesítések érdekében.

(Ref.: Kétségtelen, hogy a tanulások leszűrése két ország hadserege által realizált fegyveres cselekmények — végül is egy viszonylag kis kiterjedésű helyi háború — tapasztalatai alapján történt. Jogos azonban az a feltételezés is, hogy ezek értékesítésére bizonyos adaptálás nyomán a polgári életben, békeviszonyok között is sor kerülhet. Gondoljunk csak a feltételezés is, hogy olyan ritka elemi csapások okozta katasztrófákra, azután a tömeges egészségkárosodással járó egyéb — közlekedési, ipari stb. — balesetekre, vagy az egyre sűrűbben előforduló, megdöbbentő terrorcselekményekre. A közleménynek nyilván ezért adott helyet a nagy múltú és súlyú polgári szakfolyóirat is.)

Cselkó László dr.

A Szent Helén vulkán hamujának a hatása 120 elemi iskolás gyermek tüdőfunkciójára. Johnson, K. G. és mtsai (Western Montana Clinic and Department of Mathematical Sciences, University of Montana, Missoula, Montana): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 126, 1068.

1980. május 18-án a Washington államban levő Szent Helén vulkán kitört. Azonnal megállapították, hogy a vulkán hamuja semleges pH-jú, 80%-ban az elektronmikroszkópos vizsgálat szerint is durva kristályos szilíciumot tartalmazott. A hírközlő szervek útján felszólították a lakosságot arra, hogy bezárt ablakok mellett mindenki maradjon bent a lakásában, az üzleteket és az iskolákat is bezárták. Közhírré tették azt is, hogy ha valakinek feltétlenül ki kell mennie az utcára, viseljen védőmaszkot. A lakosság védését egy bizottság irányította. Szerencsére május 22-én egy kiadós zápor volt, ami a vulkánhamutól teljesen megtisztította a város levegőjét és a tanulók is visszatérhettek az iskolába. Ekkor a szerzők 120 olyan harmadik és negyedik osztályos elemi iskolás fiún és lányon végeztek légzésfunkciós vizsgálatokat, akiket ezeket a méréseket előzetesen 1979. november és 1980. március 26-a között már hat ízben elvégezték. Arra voltak ugyanis kíváncsiak, hogy a vulkán hamuja károsította-e légzésfunkciójukat. Azt azonban tudjuk, hogy a fokozott vitálkapacitás, a Tiffeneau-próba és a vitálkapacitás 25–75%-a között mért maximális középilégzési áramlásiarány értékét nagymértékben befolyásolja az a körülmény, hogy fiúról vagy lányról van-e szó, továbbá, hogy hány centiméter a testmagasságuk. Ezeket az eltéréseket azonban egy képlettel közös nevezőre hozták. A vul-

kánhamu teljes szuszpendált rézszecke mennyisége a vulkánkitörés előtt azokon a napokon, amelyeken a tanulókon a légzésfunkciós vizsgálatokat már hat ízben elvégezték, 98 és 440 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ volt. Ez az érték a vulkánkitörést követő napon 19,89 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ -re emelkedett és még május 22-én 24 órán belül átlag 11,054 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ volt. Május 23-án aztán hetedszer is megmérték a gyermekeken a légzésfunkciós értékeket és megállapították, hogy a vulkánkitörés hamuja nem károsította légzésfunkciójukat, mert ezek a tanulók is szót fogadtak: a vulkánkitörés után bent maradtak a szobában és ha kimentek az utcára, védőmaszkot viseltek.

Pongor Ferenc dr.

A Hárommérföld-szigeten bekövetkezett nukleáris baleset tapasztalatai. Maxwell, C. (Általános Községi Csontkórház, Harrisburg, USA): Am. J. Publ. Hlth. 1982, 72, 275.

Az 1979. március 28-án bekövetkezett atomreaktor-baleset kapcsán kitűnt, hogy az atomreaktor körzetében elhelyezkedő kórházak katasztrófatervei és a kiürítési tervek nem felelnek meg a követelményeknek. Az első 48 órában mintegy 150 kormányzati szerv vett részt a sürgősségi ellátás és a kiürítés szervezésében. Ezt követően már koordináltan folyt a következő lépések felszámolása. A kiürítés tervezése kapcsán az eredetileg ötmérföldes sugarat húsz mérföldre növelték, ennek következtében 14 kórházat és 62 szociális otthont érintett a kiürítés.

A szerzők megállapítják, hogy március 28-a és április 2-a között az általuk vizsgált négy kórházban (összesen 1561 ágy) 800 beteget nem lehetett kiüríteni. Közülük 117-en oxigénterápiára, illetve gépi lélegeztetésre szorultak.

Felhívják a figyelmet arra, hogy a reaktorbaleseteket — amellet, hogy hiányzik a veszélyeztetési időszak — jellemzi a katasztrófa időtartamának és geográfiai kiterjedésének meghatározottsága és az a tény, hogy a kiürítés elsőrendű fontosságúvá válik. Katasztrófákhoz hasonlóan tapasztalták a távbeszélő-hálózat túlterheltségét (a rendelkezésre álló hívószámok felét kétféle hívás érte). Fontos továbbá, hogy az egészségügyi szolgálat szervezésével foglalkozó orvosoknak elképzelésük legyen (tanulmányozzák) az atomreaktor-baleset következményeiből fakadó feladatokat, valamint, hogy atomreaktorokat jól ismerő műszaki személyzetet osszanak be melléjük.

A referált reaktorbaleset után négy nappal lehetett csak radio-protéktív gyógyszert a lakosság rendelkezésére bocsátani, ebből következik, hogy ilyen körzetekben gyógyszerkészletet kell képezni.

Speciális probléma volt, hogy a kórházból hazabocsátott betegek ellátása számottevően terhelte az alapellátásban tevékenykedő orvosokat. Jelentős számú hívás érkezett a specialistákhoz, ez is egyik oka volt annak, hogy a kórházi orvosi és egyéb állomány nem volt kellő létszámú. Ezért javasolják ilyen esetekre külön tervek kidolgozását. A kórházakból kiürített betegek szállítására az illetékes szervek nem voltak felkészülve.

Novák János dr.

Gyermekek magatartásának változása természeti katasztrófa után. Burke, J. D. és mtsai (Harvard Egyetem és a Massachusetts Kórház, Boston USA): Ann. J. Psychiatr. 1982, 139, 1010.

A pszichiáterek gyakorlati tapasztalata ellenére még mindig széles körben tartja magát az a vélemény, mely jelentéktelennek minősíti a katasztrófák által érintett személyeknek, áldozatoknak a katasztrófát követő időszakban megnyilvánuló pszichológiai változásait. A szerzők hivatkoznak arra az izraeli tapasztalatra, mely szerint az 1973. évi háború után az 5–6. osztályos gyermekekben jelentős félelemreakciók nyilvánultak meg fél év múlva is. E vizsgálatoknak egyébként nehézsége, hogy a katasztrófát megelőző pszichológiai adatfelvételre nincs lehetőség. Ezért a szerzők 81 óvodáskorú gyermeknél készítették pszichiatriai felvételt, majd a bekövetkezett árvíz után 5 hónap múlva értékelték a szülők és megfigyelő szakemberek által szerzett tapasztalatokat.

Pszichiáter a gyermekek nevelőit, a szülőket és a gyermeket is tesztelte, az így kapott eredményeket a szülőkkel még külön egyeztetették. A katasztrófát megelőzően gyűjtött és a katasztrófa alatt, majd az azt követő időszakban beszerzett adatok alapján három kérdésre kerestek választ: a katasztrófa után szaporodnak-e a magatartási problémák, a gyermekek érzékenyebbek-e a pszichológiai zavarok szempontjából, és a szülőknek a gyermekek problémáját vizsgáló magatartását demonstrálni lehet-e.

Vizsgálataik eredményeképpen megállapítják, hogy az izraeli tanulmánnyal megegyezően a gyermekeknek a felnőttekhez képest nagyobb sérülékenységet nem lehet megállapítani. A nembeli különbség azonban itt is megnyilvánult, a fiúkban több és nagyobb mértékű félelmi reakciókat tapasztaltak. Mindkét nembeli gyermeknél egyöntetűen javult az iskolai magatartás. A szerzők legjelentősebbnek azt a tapasztalatot tartják, hogy a szülők hajlamosak elbecsülni a gyermekek reakcióját a katasztrófa.

Novák János dr.

Orvosi ellátás a kambodzsai menekülttáborban Feldstein, B., Weiss, A. (Michigani Orvosi Egyetem, Ann Arbor, USA): *Am. J. Publ. Hlth.* 1982, 72, 589.

A katasztrófát követően szükséges külső segítségre vonatkozó adatok hiányzanak, rendszerint ezért nem adekvát az érkező segítség. A közlemény a Thaiföldön berendezett kambodzsai menekülttáborban működő 1000 ágyas kórház három akut gyermekgyógyászati őrzőjének tapasztalatait írja le (85 ágy).

A menekülttábor lakóinak létszáma az első napi (1979. november 21.) 4800-ról január közepére 117 000-re nőtt. A lakók több mint egyharmada 15 év alatti gyermek volt. A beszámoló alapját képező gyermekgyógyászati egységben a napi átlaglétszám 70 volt, naponként átlagban 11 (3–21 gyermeket) utaltak be. Az átlagos kórházi ápolási idő 7 nap volt.

A kórházi személyzet zöme nem volt kellően gyakorlott a katasztrófát követő helyzetben végzett munkát illetően. Hiányzott az egyes kórházi egységek koordinálását végző szerv. Más osztályokon szerzett tapasztalatok hiánya vezetett pl. oda, hogy mandibula törésből eredő szájnnyitási képtelenséget tetanusznak diagnosztizáltak. A szerzők ezért a közös nagyviziteket alapvető fontosságúnak tartják. Ugyanilyen fontosak a járványügyi információk. Jelen esetben különösen a maláriára vonatkozó adatok hiányoztak (a lázas betegek közül mennyinek van maláriája, illetve a malária hány esetben jár együtt splenomegaliával). A koordináció és az információ közlése az alkalmazott terápia eredményességét illetően is jelentős.

A különböző országokból érkező segítségben laboratóriumi egység csak a 6. héten akadt, addig ez a nagy kórház központi laboratórium nélkül volt kénytelen működni. Mint más katasztrófák esetén, a szerzők is tapasztalták, hogy a különböző helyekről érkező nemzetközi segítségcsomagokban sokszor éppen az alapvető gyógyszerek hiányoztak.

Befejezésül megállapítják, hogy e tapasztalatok közlése ellenére a közlemény megírása óta más országokban nyújtott segítség kapcsán ugyanezeket a hibákat tapasztalták. Ezért szükségesnek tartják, hogy a kiszálló orvoscsoporthoz indulás előtt konzultáljon ilyen irányú tapasztalattal rendelkező orvosokkal.

Novák János dr.

Urológia

Cystin kő konzervatív kezelése: cystin kő oldása, illetve recidivamegelőzés alpha-mercaptopropionylglycin orális adásával. Takuo Koide és mtsai (Dept. of Urology, Osaka University School of Medicine, Osaka, Japan): *J. Urology*, 1982, 128, 513.

A cystin kövek egy része alpha-mercaptopropionylglycin (MPG) adásával feloldható, illetve a recidivamegelőzés. Hatásmechanizmusa hasonló a D-penicillaminéhoz, de kevesebb mellékhatása van.

A szerzők 35 cystin köves betegükről számolnak be, ezek közül 27 több mint 1 éven keresztül kapott MPG-t. Az átlagos kezelési idő 57 hónap volt. A napi adag 600–1800 mg volt kőoldásra, 300–1500 mg prophylaxisra. Ezen kívül a vizeletet alkalicizálták, és sok folyadékot itattak a betegekkel.

21 esetben kísérelték meg a kő oldását. 4 betegnél teljesen feloldódott, háromnál lényegesen, háromnál mérsékelten megkisebbedett, a többieknél változatlan maradt, vagy növekedett. A praeventio 27-ből 23 esetben volt eredményes.

Mellékhatást 16 esetben észleltek. Láz, bőrkkiütés, oedema 10 betegnél jelentkezett, ezeknél a szert elhagyták a tünetek teljes megszűnéséig, majd 30–100 mg-os napi adagról indulva fokozatosan emelve adták újra. Ekkor mellékhatás már nem jelentkezett. Elvételek még gastrointestinalis panaszokat, stomatitist, orrvérzést, ez azonban nem tette szükségessé a kezelés megszakítását. Enyhe proteinuriát mindössze 2 esetben észleltek. Megállapítják, hogy az MPG kevésbé toxikus és enyhébb mellékhatásai vannak, mint a D-penicillaminak. Nephrosis syndromát nagyon ritkán okoz, ez is dózisdependens és reversibilis.

Holman Endre dr.

Tompa traumát követő testisruptura McConnell, D. C. és mtsai (Division of Urology and Nuclear Medicine, The University of Texas Health Science Center, Dallas, Texas): *J. Urology*, 1982, 128, 309.

A tompa traumát követő testisruptura igen ritkán fordul elő, leggyakrabban rúgást, motorkerékpár-balesetet követően. Speciális tünetek híján praeeoperatív diagnózisa pusztán fizikális vizsgálattal szinte lehetetlen. Ugyanakkor korai beavatkozással a testis atrophijája elkerülhető.

A szerzők beszámolnak 15 esetükről. Ezek közül az utolsó ötöt praeeoperatív diagnosztizálták gamma kamerával, radioaktív technetium beadása után. Az ötből 2 esetben sikerült rekonstruálni a tunica albugineát, míg az előző tízből mindössze egyszer. A többi esetben orchidectomiát voltak kénytelenek végezni. A sikeresen operált betegeket fél év múlva ellenőrizve testis atrophíát nem észleltek.

Saját eseteik és az irodalmi adatok alapján fontosnak tartják, hogy a sérülést követően 3 napon belül műtetre kerüljön sor, ebben nagy segítséget jelent a praeeoperatív izotóp-diagnosztika.

Holman Endre dr.

Spontán vizelet extravasatio a veséből gyermekkorban. E. A. Kiely, D. C. Sullivan (Urol. Dept. Univ. College and Regional Hospital, Cook, Eirie): *Brit. J. Urol.* 1982, 54, 458.

A vizeletnek a vesemedencéből, a kelyhekből vagy az ureterekből történő spontán extravasatioja felnőtteknél jól dokumentált klinikai kép. Gyermekeken igen ritka, először Zaidi észlelte 1959-ben.

A szerzők két esetet írnak le: egy 8 éves fiúnál jobb oldali pyeloureteralis stenosis, és egy 3 hetes csecsemőnél vesicoureteralis refluxot jelölték meg oki tényezőként. (Az első esetben először appendectomiát végeztek!). A klinikai kép megítélése nem könnyű, a kezdet többnyire hirtelen, kifejezett lumbális táji fájdalommal. Többnyire shockban van a beteg, a vesetáj érzékeny és tömeges. Láz, leukocytosis mindig jelen van. Vizeletanalízis nem segít. Radiológiailag sem mindig könnyű a diagnózis, mert az érintett vese kiválasztása kifejezetten károsodott a kompressziótól. A kezelésben a korábbi egyértelmű nephrectomia helyett a szerzők a perirenalis tér drainálását és egy időben, vagy később az ok megszüntetését javasolják.

Füzesi Kristóf dr.

Vesetumороk embolizálása abszolút alkohollal. Rabe, F. E. és mtsai (Indiana University School of Medicine, Indianapolis): *Amer. J. Roentgenol.* 1982, 139, 1139.

A vesedaganatok katéteres embolizálására számos különböző anyagot ajánlottak és alkalmaztak. Újabban ezek között szerepel az abszolút alkohol is. Előnye a többivel szemben, hogy a katéteren át könnyen és egyszerűen befecskendezhető, eloszlik annak az artériának egész ellátási területén. Visszafolyása esetén nem okoz komoly szövődeményt, mert az aorta nagymennyiségű véreben felhígulva veszélytelené válik. A szerzők 15 beteg 16 vesetumorának kezelésére 25 alkalommal végeztek alkoholbefecskendezést a vesearteriába. 10 metastasisos beteg esetében ez palliatív céllal történt, 3 esetben műtéti előkészítésként, 2 esetben pedig elsődleges terápia céljából. A vesearteria katéterezése után lumenét ballonnal elzárták, és a ballon mögé fecskendeztek be 10–15 ml alkoholt. A befecskendezés közben a betegek különböző súlyosságú ágyéktáji fájdalmat jeleztek. A beavatkozást követő napokban ehhez a fájdalomhoz hányinger, hányás, hőemelkedés társult a legtöbb esetben, az úgynevezett postinfarctus-tünetcsoporthoz. Folyadékpótlás, fájdalomcsillapítás, antiemetikum kezelés mellett ez a napok alatt lezajlik. Szövődeményként egy esetben alakult ki vése

körül tályog, ez azonban nem volt egyértelműen az embolizálás következménye. Mindenesetre célszerű a beavatkozást antibiotikus védelemben végezni. Az alkohol-befecskendezés minden esetben kiterjedt daganat- és veseelhalást okozott. Részleges eredménytelenség esetén a beavatkozás többször is megismételhető. Elsődleges kezelésként, tüneti kezelésként és műtéti előkészítés céljaira egyaránt ajánlják az alkohol-befecskendezést egyszerűsége, hatékonysága és veszélytelensége miatt.

Laczay András dr.

A cytológiai és cystoscopos vizsgálat korrelációja hólyagtumoros betegek követésében. Dubernard, J. M. és mtsai (Department of Urology and Laboratory of Anatomicopathology, Edouard Herriot Hospital, and Laboratory of Cytology, Léon-Bérard Centre, Lyon, France): Eur. Urol. 1982, 8, 5.

A szerzők 1979 január és szeptember között 401 beteg 450 cytológiai és cystoscopos vizsgálatát végezték el, a két vizsgálat közötti korreláció megállapítására. A vizelet cytológiai vizsgálatát két cytológus szakember végezte, akinek semmiféle klinikai információ nem állt rendelkezésére.

A 429 értékelésre kerülő vizsgálatból 300 esetben előzőleg ismert, vagy akkor felfedezett hólyagtumor, 129 esetben egyéb más betegség miatt bennfekvő betegnél történt az összehasonlítás.

Az összvizsgálati számokat tekintve mindkét módszerrel 74,6%-ban negatív eredményt és 7,9%-ban pozitív eredményt kaptak. A globális korreláció tehát a cytológia és a cystoscopia között 82,5%-ot volt.

A 300 hólyagtumoros betegnél ez az egybeesés (228/300) 77%-ot mutatott. A cystoscopia 94 esetben, a vizelet cytológiai vizsgálat 34 esetben (a pozitív cystoscopos lelet 36%-ában) volt pozitív. 51 histológiai lelet birtokában vizsgálták tovább a pozitív és negatív cytológiai leletek megoszlását. Azt találták, hogy negatív esetekben az elváltozás papilloma vagy G—I stádiumú felületen tumor volt (22/24). A pozitív esetek többségében G—II—III malignitási fokú daganatokról volt szó. G—I esetén nem találtak invazív tumort, míg a G—II—III malignitási fokú urothel sejtek túlnyomó többsége invazív daganattól származott.

A 206 negatív cystoscopos leletet tekintve 12 esetben kaptak pozitív cytológiai eredményt. 8 betegen 3 hónap múlva elvégezték a kontroll cystoscopyt: 4 esetben negatív volt a hólyag, de ismételt pozitív a cytológiai lelet. 3 betegnek hólyagtumora volt: egy G—II, két G—III malignitási fokú. A negyedik betegnek negatív veseköve volt, amit feloldottak.

A 129 egyéb betegség miatt vizsgálat alatt álló beteg cytológiai lelete 126 esetben negatív volt. Két visicoureteralis reflux miatt, egy beteg vesekő miatt került felvételre.

A vizelet cytológiai vizsgálat jó specificitása sajnos nem párosul hasonló szenzitivitással. A szenzitivitás erősen függ a tumor malignitási fokától: annak emelkedésével egyre több pozitív eredményt kapunk. A cytológia és cystoscopia egymást kiegészítő diagnosztikus módszerek, ahol a vizelet cytológiai vizsgálat gyakran infraklinikus, korai tumor diagnózist tesz lehetővé.

Somogyi László dr.

Nephrostolithotomia: percutan eljárás húgyúti kövek eltávolítására. Castaneda-Zuniga, W. R. és mtsai (University of Minnesota Hospitals, Minneapolis): Amer. J. Roengenol. 1982, 139, 721.

Ha műtét után húgyúti kő marad vissza, ha ismételt műtét után újabb kövek alakulnak ki, vagy ha műtéti beavatkozás valamely okból ellenjavallt, indokolt a kő percutan eltávolításának megkísérlése. Ennek első lépése a vese üregrendszerének percutan punctiója és az így létrehozott járat megfelelő kiegészítése katétorsorozat segítségével. Az így kialakított sipolyjáraton keresztül azután különböző technikai eljárások segítségével meg lehet kísérelni a húgyúti kövek eltávolítását. Elsősorban a vese üregrendszerében levő jól látható kövek esetén jöhet szóba a merev fogóval való megragadás és kihúzás, egyébként a katéteres kihúzás kísérletét meg Dormia-kosárral és annak változataival. Megfelelő tágasságú sipoly esetén nephroscop segítségével a köeltávolítás szem ellenőrzésével is elvégezhető. Nagy kövek esetén mechanikus, elektrohidraulikus vagy ultrahangos kőzúzás végezhető. További lehetőség a kimosási eljárások alkalmazása zárt vagy nyitott rendszerben. Zárt rendszerben egy járaton át változó befecskendezés és szívás végezhető, nyitott rendszerben két járaton át folyamatos befecskendezés és szívás. A szerzők ezekkel a módszerekkel 25 beteg 63 húgyúti kövének eltávolítását kísérelték meg. 39 vesemedencében levő kőből sikerült eltávolítaniuk 37-et, 13 helyből 11-et, 11 ureterkőből hetet. Egy beteg vesemedencéje merev eszközzel megkísérelt köeltávolítás közben beszakadt, műtéti megoldás vált szükségessé. Egy betegben nagy kő eltávolítása után 4 héttel vese körüli tályog alakult ki. Egy esetben arteriovenosus shunt alakult ki, de az ebből eredő vérzés műtét vagy embolizálás nélkül megszűnt. A beavatkozás tehát összesen 87%-ban volt eredményes jelentős számú szövődmény nélkül.

Laczay András dr.

Polytetrafluoroethylen injekció periurethralis alkalmazása incontinencia urinae gyógyítására. Politano, V. A. (Dept. of Urology, University of Miami School of Medicine and Jackson Memorial Hospital, Miami, Florida): J. Urology, 1982, 127, 439.

A vizelet-incontinencia oka — a neurológiai eredetet kivéve — az urethra ellenállásának különböző okból való csökkenése, miáltal a vizelet normális detrusor tónus esetén is elcsöpög az intraabdominalis nyomás fokozódásakor, vagy anélkül is. Bár ez a koncepció kissé leegyszerűsített, mégis majdnem minden eljárás, aminek célja az incontinencia megszüntetése, ezen az elven alapszik.

A számtalan műtéti megoldáson kívül más szerzők is próbálkoztak már különböző anyagok intraurethralis, vagy periurethralis injicálásával, szűkítve az urethrát.

A szerzők beszámolnak 165 betegükről, akiknek polytetrafluoroethylen (Teflon) pasztát injiciáltak periurethralisan a hólyagnyak magasságában. Ezen anyag szövetbárát, nem szívódik fel, az 50—100 mikron nagyságú részecskéket fibroblastok növik körül. Histológiai vizsgálattal csak minimális lymphocytás infiltrációt észleltek.

Részletesen — szemléltető ábrákkal kiegészítve — ismertetik az eljárás technikáját mind férfiak, mind nők esetében. Nőknek 10—15, férfiaknak általában 15 ml anyagot fecskendeznek be 3, 6 és 9 óra irányában, cystoscoppal ellenőrizve, hogy az anyag ne jusson az urethra lumenébe. Nem kielégítő eredmény esetén a kezelést 4—6 hónap múlva megisméltelték. Összesen 290 injekciót adtak, átlag 1,8-at.

50%-ban kiváló, 25%-ban jó és 25%-ban gyenge eredményt értek el. Kezdetben igen rosszak voltak az eredmények, mivel kevés anyagot fecskendeztek be (4—5 ml).

Komolyabb szövődményt nem észleltek. 1 betegnél volt perinealis abscessus. A betegek egy részénél átmeneti urethritis, perinealis dyscomfort érzés, lát jelentkezett. Több esetben kellett néhány napra kathetert bekötni. Embolizációt — ami az eljárás reális szövődménye lehetne — nem észleltek. Következményes urethra-strictura nem fordul elő. Az átlagos hospitalizációs idő 48—72 óra volt.

A beavatkozás előtt szükségesnek tartják a durvább anatómiai elváltozások műtéti korrigálását. (Például kifejezett cystourethrocele.) Betegeik egy része korábban már átesett valamilyen antiincontinencia műtéten — eredménytelenül.

Felhívják a figyelmet, hogy prostata carcinomában az eljárás contraindicált.

Holman Endre dr.

Vese abscessus sikeres percutan kezelése. Finn, D. J. és mtsai (Division of Urology and Dept. of Radiology, Beth Israel Hospital, Boston, Massachusetts): J. Urology, 1982, 127, 425.

A vese abscessus klasszikus kezelése vagy nephrectomia, vagy nyitott műtét és drainage. Újabban az ultrahang és a computer tomographia ezen a téren is jobb megoldásokat tett lehetővé. Egyrészt segítségével lehetséges a pontos praeoperatív diagnózis, másrészt irányításukkal az abscessus percutan drainálható.

A szerzők 6 sikeresen kezelt esetüket ismertetik, valamennyi beteg nő volt. 4 esetben inficiálódott vese cysta, 2 esetben perirenalis abscessus miatt végezték a beavatkozást. Az ultrasonographia mind-egyiküknél cystikus elváltozást jelzett. A punctatumból kivétel nélkül *E. coli* tenyésztett ki. 5 betegnél készült kiválasztásos urographia, 1-nél angiographia. Praedisponáló tényező 3 nőnél volt: terhesség, a pyeloureteralis határ szűkülete (amit később korrigáltak), illetve 3 hete fennálló cystopyelitis. Percutan, ultrahang segítségével tájékozódva drainálták a tályogüreget. Szövődményük nem volt. Postoperative célzott antibiotikus kezelést alkalmaztak lokálisan és szisztémásan. (Néhány napig parenteralisan, majd legalább 2 héttig per os.)

Részletesen ismertetik módszereiket és az eljárás kétségtelen előnyeit a nyitott műtéttel szemben.

Holman Endre dr.

Hererákosok ejaculatioja és fertilitása kiterjesztett retroperitonealis lymphadenectomia után. Narayan, P. és mtsai (Dept. of Urologic Surgery, University of Minnesota and the College of Health Sciences, Minneapolis, Minnesota): J. Urology, 1982, 127, 685.

A szerzők 55 herecarcinoma miatt kiterjesztett retroperitonealis lymphadenectomián átesett beteg ejaculatioja és fertilitásra vonatkozó adatait dolgozták fel. A betegek az I., vagy a II/A stádiumba tartoztak. Kizárták az elemzésből azokat, akik chemoterápiában részesültek, vagy akiknek aktív carcinomájuk volt. Praeoperative valamennyi betegnek normális erectioja, ejaculatioja és orgasmusa volt. Postoperative az erectio és az orgasmus mindannyiuknál normális maradt, kezében azonban nem volt ejaculatio. 25 betegnek tért vissza spontán az anterograd ejaculatio a műtét után 3 éven belül, közülük 9-nek gyermeke is született. Ezen betegek arról számoltak be, hogy kezdetben az ejaculatum tiszta, vízserű volt, csak később vált normálissá. Valamennyiüknél részletesen vizsgálták az ejaculatumot és mindegyiküknél észlelték részletes retrograd ejacu-

latiót, amit a postejaculatio vizsgálatával bizonyítottak. 10 beteget, akiknél nem volt anterograd ejaculatio, sympathomimetikummal kezelték 2 héten keresztül, 5 esetben a terápia sikeres volt.

Részletesen elemzik az ejaculatio mechanizmusát, az idegpályák és ganglionok elhelyezkedését. Ismertetik műtéli technikájukat. Contralateralisan csak az arteria mesenterica inf. magasságáig irtják ki a nyirokcsomókat, kivéve, ha distalisabban látható metastasis van. Így a plexus hypogastricus intact marad. Elsősorban ennek tulajdonítják, hogy szignifikánsan több betegnél tért vissza spontán az ejaculatio, mint általában az irodalmi adatok szerint. Eljárásukat alátámasztják egyrészt anatómiai magyarázattal, másrészt túléleli rátájukkal, ami megegyezik az irodalmi adatokkal.

Szükségesnek tartják a retroperitonealis lymphadenectomiát követő infertilitás retrospectív és összehasonlító tanulmányozását sebészek, neuroanatómusok és pharmacológusok bevonásával, hogy az egységes és optimális műtéli megoldást és gyógyszeres kezelést kidolgozhatják.

Holman Endre dr.

Haemophilus influenzae okozta prostatitis. Goetz, M. B. és mtsai (Dept. of Medicine, William S. Middleton Memorial Veterans Hospital and the University of Wisconsin, Madison): JAMA, 1982, 247, 3118.

A Haemophilus influenzae igen ritkán okoz fertőzést az urogenitális rendszerben. A század eleje óta csak szörványosan jelentek meg ilyen esetekről közlemények. Az infectio többnyire köhöz, traumához, terhességhez, diabeteshez, eszközös vizsgálathoz, fejlődési rendellenességhez társult.

A szerzők ismertetik 53 éves férfi betegük esetét, aki felső légúti hurut, gyakori vizeleti inger, a húgycsőben érzett fájdalom és felvételét megelőzően észlelt haematuria miatt fordult orvoshoz. Fizikális vizsgálattal prostatitist állapítottak meg. A vizeletüledéket Gram szerint megfestve sok Gram negatív coccobacilust láttak. A massage előtti és utáni vizeletből egyaránt Haemophilus influenzae tenyésztett ki. Trimethropim-sulfamethoxazol (Sumetrolim) adása után panaszai 2 nap múlva megszűntek, vizelete negatív lett.

A fertőzés eredetét nem sikerült tisztázniuk. Feltételezik, hogy a baktérium orogenitális kontaktus útján juthatott az urethrába és onnan a prostatába, minthogy a Haemophilus influenzae igen gyakori az oropharynxban, viszont rendkívül ritka a hüvelyben.

A baktérium a rutin vizelettenyésztéshez használt táptalajokon nem nő ki, csak csokoládé-agaron. Ezért a szerzők feltételezik, hogy

jóval gyakrabban fordul elő az urogenitális rendszerben, mint ahányszor diagnosztizálják. Kétes esetekben fontosnak tartják a vizeletüledék Gram szerinti festését, ami felvetheti a Haemophilus influenzae kórokozó szerepét, így a tenyésztést a megfelelő táptalajon is elvégzik. Ezáltal elkerülhető, hogy a Haemophilus influenzae okozta fertőzést a vizelet rutin tenyésztése alapján nonbacterialis eredetűnek tartásák.

Holman Endre dr.

Az ureter-ligatura pathológiája és a levonható klinikai következtetések. Gurin, J. I. és mtsai (Dept. of Urology, Beth Israel Medical Center, New York): J. Urology, 1982, 128, 1404.

Kismencedei műtétek gyakori szövődménye az ureter különböző sérülése, illetve ligaturája. A szerzők patkányok ureterét kötötték le 3–0-ás chrom-catguttal, majd a ligaturát 5 perc, 30 perc, illetve 24, 48, 72 óra múlva feloldották. A deligatio után 24, 48, 72 óra, illetve 1 hét, 2 hét és 1 hónap múlva a patkányokat elpusztították és az uretert makroszkóposan és mikroszkóposan vizsgálták. Egy állapotban csak az egyik uretert kötötték le, a másikat kontrollként vizsgálták.

Minden esetben periureteralis adhaesiót találtak a ligatura helyén és környékén, melynek mértéke egyes arányban volt a leköttetés időtartamával. Bár az ureter falának mindhárom rétege nekrotizált, a környező erek thrombotizáltak, illetve dilatáltak, a 24 óránál kevesebb ideig leköttött ureterek később tökéletesen recanalizálódtak, sem makroszkóposan, sem mikroszkóposan nem különböztek az ellenoldali kontrolltól. A 24–72 óráig leköttött ureterek is hasonlóan recanalizálódtak, azonban hydronephros maradt vissza, melynek regenerációjáig legalább 1 hónapnak el kellett telnie. A szerzők ebből azt a klinikai következtetést vonják le, hogy a 24–72 óráig leköttött ureterek deligatioja után ajánlatos 7–14 napig ureter-kathetert fenthagyni — eddig tart ugyanis az ureter teljes recanalizatioja. Ezzel egyrészt megelőzhető az esetleges fistula-képződés, másrészt gyorsabban regenerálódik a károsodott vese. A 24 óránál rövidebb ideig leköttött ureterek esetében elegendőnek tartják pusztán a ligatura oldását. Részletesen bemutatják — ábrákkal illusztrálva — az ureter-fal regenerációjának stádiumait a deligatio után különböző időpontokban. Röviden áttekintik a téma irodalmát. Többek között idézik Calk és Fisher tanulmányát, akik 12 héten belül lehetségesnek tartják a 2–0-ás catgut-tal leköttött ureter spontán — deligatio nélküli — recanalizatioját.

Holman Endre dr.

Máj- és epeútbetegségek

A néma epekövek természetrajza. Gracie, W. E., Ransohoff D. F.: New Engl. J. Med. 1982, 307, 798.

Mintegy 15 millió amerikai van epekövessége, azonban nagyobb részük panaszmentes, azaz ténylegesen néma epekövességről van szó. Kérdés, hogy a panaszt nem okozó epekövesség profilaktikus kezelést igényel-e, vagy beavatkozásra nincs szükség.

A válasz, legalább részben, a néma epekövesség természetétől, viselkedésétől függ. Egyesek szerint a néma epekövesség csupán mítosz, míg mások úgy vélekednek, hogy ilyen esetekben ritka a görcsös fájdalom.

A tanulmány néma epeköves egyének sorsát követi, akiket egy szűrési program során — melyet panaszmentes egyének végeztek — emeltek ki. Epekövességet diagnosztizáltak akkor, ha a cholegraphia epeköveket mutatott, vagy az epehólyag nem telődött.

110 férfi és 13 nő tartozott a csoportba, s mintegy 4000 egyént vizsgáltak meg 1956—69 között, míg ennyi néma epekövességet találtak. Az átlagéletkor 54 év, mindannyian fehérek voltak. Az utánkövetési idő 11—24, átlagban 15 év volt.

16 esetben fejlődött ki epeköves fájdalom, közülük három betegnek pancreatitis, cholecystitis is volt. Két esetben sürgősségi, további 11 esetben elektív cholecystectomy történt. 35 egyénnél profilaktikus cholecystectomyt végeztek. Az observatio alatt senki nem halt meg az epeköbetegség következtében, senkinek nem diagnosztizáltak cholecysta carcinomát, bár őszességében harmincan haltak meg. Sem ezekben az esetekben, sem a fennmaradó 42 esetben nem volt epeköves jellegű, görcsös fájdalom a 11—24 éves utánkövetés során.

A statisztikai értékelésük alapján 5 éves néma epekövesség fennállása esetén 10, 10 évesnél 15, 15 évesnél 18%-os a valószínűsége annak, hogy epeköves görcsök lépnek fel. Az epeköves görcsös fájdalom jelentkezésének valószínűsége a korrallal inkább csökken.

Bár adataik nem minden vonatkozásban vetíthetők ki az amerikai populációra, mégis az a véleményük, hogy a néma epekövesség létező probléma, az esetek nagy többségében következménye nincs, s ezek alapján a rutinszerűen végzett profilaktikus cholecystectomy nem tanácsolható, nem szükséges.

Gyórfy Árpád dr.

Mit tanácsoljunk a néma epeköves betegeknek? Donaldson, R. M. (Szerkesztőségi közlemény): New Engl. J. Med. 1982, 307, 815.

A szerkesztő az orvos és a beteg közötti párbeszéd formájában fejti

ki a jelenlegi igen szerteágazó, gyakran egymásnak ellentmondó véleményeket, melyek a néma epekövesség esetén léteznek. A párbeszéd kiderül, hogy gyakran a legjobb, legmodernebb szakkönyvek — főként aszerint is, hogy a sebész, vagy belgyógyász írta azokat — egymásnak teljesen ellentmondó véleményeket hangoztatnak.

A szerkesztő utal a folyóiratban megjelent, az előzőekben ismertett közleményre is, mely hangsúlyozza, hogy a néma epekövek legtöbbször nem okoznak panaszokat. Probléma lehet, ha valakinek bizonytalan, nem epeköves jellegű panaszai vannak, s a mintegy véletlenül felfedezett epekövességgel az orvos nem tudja, mit kezdjen (mint a beszélgetésben szereplő beteg esetében is). Mi erről a szakkönyvek állásfoglalása?

Egy igen tekintélyes sebészeti kézikönyv több olyan okot is felsorol, aminek alapján a néma epekövesség esetén műtét végzése reális, szükséges. Ugyanakkor a belgyógyászati jellegű szakkönyv az ilyen betegek gondos ellenőrzését javasolja, s műtétet csak akkor tanácsol, ha epeköves tünetek jelentkeznek. Egy másik szakkönyv szerint akkor célszerű a műtét, ha a beteg 50 évesnél fiatalabb.

Egy májbetegségekkel foglalkozó könyv arra figyelmeztet, hogy bizonytalan, nem jellegzetesen epeköves panaszok esetén nem célszerű a műtét, mert utána méginkább fokozódhatnak a panaszok. Ezzel pontosan ellentétes egy ugyancsak májbetegségekről írott könyv állásfoglalása, mely szerint nehéz érvelni a műtét mellett szemben néma epekövesség esetében.

A szerkesztő szerint a dilemmát csakis egy gondosan kivitelezett, megtervezett, randomizációs módszerrel végzett tanulmány dönthetné el, melyet azonban mégsem tart megvalósíthatónak a szükséges hosszú idő, a nagy költség, s bizonyos etikai megfontolások alapján.

A közlemény azt is hangsúlyozza, hogy lényegében nem váltak be az epekőoldással kapcsolatos reményeink, s a szükséges esetekben jelenleg is a legbiztosabb módszer a műtét eltávolítás.

Végezetül — bár a szerkesztő a saját véleményét nem árulja el — talán az felel meg a véleményének, amit egy ugyancsak nagy tekintélyű kézikönyv hangsúlyoz: a beteg maga döntse el, hogy panaszmentes állapotban akarja-e magát operáltatni, vagy akkor, ha görcsök jelentkeznek, mert valószínűleg mindkét út kevés veszélyt rejt magában, s nem számít, melyiket választja.

(Ref.: talán nem kellene a betegre bízni a döntést, a magam részéről azt tartom helyesnek, ha a műtét csak akkor történik, amikor a betegnek jellegzetes epeköves panaszai vannak.)

Gyórfy Árpád dr.

Cholecystitis acuta: egy eset, amely korai beavatkozást igényel? Jones, P. F.: Brit. Med. Jour. 1982, 285, 1376.

Halsted az elsők között hívta fel a figyelmet az akut cholecystitis korai sebészetiére. 1881-ben feljegyezte egy emlékezetes esetét. Saját anyjánál végzett korai sebészeti beavatkozást akut cholecystitis miatt. Megnyitotta a tág feszes epehólyagot, és a benne levő 7 követ eltávolította. Tanítványa, Heuer az akut cholecystitist a felvételt után 1—2 napon belül operálta. 1932 és 1947 között 586 betegnél végeztek korai beavatkozást. Ebből 87% cholecystectomy volt, és a súlyosabb esetekben (13%) cholecystostomia történt. Az akut sebészeti felvételek harmadik leggyakoribb oka az akut cholecystitis. Nincs kétség egyes esetekben a sürgős beavatkozás szükségességéről, de mi legyen a korrekciós kezelés az esetek 80—90%-ában, amelyek a felvételt után folyamatos javulást mutatnak.

A gondos kivizsgálás után ritka a diagnosztikus tévedés. Ez alatt a 48 óra alatt van idő a hathatós konzervatív kezelésre, vagy a műtét előkészítésre. Kérdés az, hogy a műtét halasztása nem előnyösebb-e? Az a tapasztalat, hogy 7—10 nap után a technikai nehézségek fokozódnak, és rendszerint nem mérséklődnek 2—3 hónap múlva sem. A korai cholecystectomy 90—95%-ában informatív cholangiographiát kell végezni. A residuális kövek azonban nem gyakoribbak a korai műtétetknél, mint a halasztott beavatkozásoknál. Kétségtelen, hogy akár a gangraenás epehólyag eltávolítása is előnyösebb, mert a beavatkozás definitív. Figyelembe kell venni azt is, hogy a halasztott esetekben 10—20%-ban relapsus következik be, és mégis szükségessé válik a sürgős beavatkozás.

Az utóbbi 20 év alatt tért hódított sürgős beavatkozásoknál a definitív megoldás perforált peptikus fekélynél, elzáródott, vagy perforált colon esetén. Az akut cholecystitisnél rendszerint nem ilyen kényszerítő a helyzet, és 2—3 napi praeoperatív kezelés után is van mód megfontolni a műtét időpontját.

Arányi Sándor dr.

Praeoperatív külső drainage obstrukciós sárgaságban. Hatfield, A. R. W. és mtsai (Gastrointest. Clinic and Dep. of Med. Surgery and Haemat., Groote Schuur Hospital and Univ. of Cape Town): Lancet, 1982, 2, 896.

A szerzők 57 randomizált, főleg előrehaladott pancreas carcinomás, obstrukciós icterusos betegen vizsgálták, hogy befolyásolja-e a műtét mortalitást, ha praeoperative külső transhepatikus drainaget végeznek. A drainage 29 betegen tör-

tént, 28-on nem. Az első csoportban 14⁰/₀-os, az utóbbiban 15⁰/₀-os volt a mortalitás.

Ismert olyan japán tanulmány, melyben a rutinszerűen végzett praeeoperatív percutan transhepatikus drainage után a műtéti mortalitás 28⁰/₀-ról 8⁰/₀-ra csökkent. Ezen tanulmány azonban szelektált beteganyag, retrospektive történt. A szerzők viszont prospektív tanulmányuk alapján úgy látják, hogy a megfelelően elvégzett perioperatív ténykedés (iv. folyadékpótlás, antibiotikus kezelés) önmagában is elegendő az obstrukciós icterusos betegekben a jó műtéti túlélést illetően. *Mályi Imre dr.*

Az acetaldehyd által indukált leukocita migratio gátlás alkoholos májbetegségben. Nilius, R. és mtsai (Med. Klinik., Greifswald): Z. ges. inn. Med., 1982, 37, 393.

A toxikus, alkoholos hepatopatiák számbeli növekedése klinikai és szociál-higiénés szempontból is igen jelentős. Bizonyos fokú dóziszfüggés és időfüggés egyaránt felfedezhető az ethanol toxikus májkárosító hatásában.

Klinikai megfigyelések utalnak arra, hogy az alkoholos hepatitisz szigorú alkohol-absztinencia mellett is ún. „selfperpetuatio” útján cirrhosishoz vezetnek. Az alkohol direkt toxikus hatása ezen folyamatokban nem az egyetlen pathogenetikai tényező. Immunológiai folyamatok is szerepet játszanak, sőt genetikai diszpozíció is feltételezhető. Az ethanol lebontási termék, az acetaldehyd pathogenetikai szerepe toxikus és immunhatások révén, figyelemre méltó. Az alkoholistákon megfigyelt acetaldehyd-koncentráció növekedés a szövetekben, kilégtett levegőben, szérumban az ethanol-lebontó enzim szisztéma indukciója és az aldehyd dehydrogenaze-aktivitás megváltozásának következménye. A tanulmány az acetaldehydnek a leukocita-migrációra kifejtett hatásával foglalkozik.

53 beteget vizsgáltak a következő diagnózisok miatt: alkoholos zsírmáj 3 esetben, alkoholos hepatitisz 13 esetben, alkoholos cirrhosis 11 esetben. Nem alkoholos májbetegségek a vizsgált esetekben: chronikus perszistáló hepatitisz 11 esetben, chronikus aktív hepatitisz 8 esetben, cirrhosis egyéb aetiológiával 7 esetben. 32 esetben biopsia támasztotta alá a diagnózist.

A szerzők vizsgálataik során azt találták, hogy egészséges egyéneken, nem alkoholos májbetegségeken és alkoholos zsírmájban szenvedőkön a leukocita-migratio nem különbözik jelentősen a normálistól. Alkoholos hepatitiszben viszont 13 eset közül 6 esetben migratio-gátlás volt kimutatható, mely független volt az aktuálisan fogyasztott alkoholmennyiségtől.

A discussióban rámutatnak arra, hogy az alkoholos zsírmáj kifejlődése magyarázható az ethanol direkt toxikus hatásával, feltűnő azonban, hogy a súlyos alkoholistáknak is csak kb. 10–30⁰/₀-a kap alkoholos hepatitisz, és csak 8–10⁰/₀-ban alakul ki alkoholos cirrhosis. Az alkoholos hepatitisznek azonban kb. 80⁰/₀-a átmegegy cirrhosisba. Ez a jelenség nem magyarázható csak a toxikus hatásra létrejött mesenchymalis gyulladással reaktíval.

Immunológiai szempontból az alkoholos hepatitisz egységes körképnek tekinthető. A histológiai kép hasonlít az elhúzódó típusú, T-lymphocytákhoz kötött celluláris immunreakciókhoz. Ezek mennyisége az alkoholos hepatitiszben csökkent, és cirrhosisban is kevesebb mennyiségben tartalmazza a szérum, a spontán rozettaképződés a thymus dysfunctio következtében zavart. A sejt suppressoros functio-zavar mint centralis mechanizmus szerepelhet. Az alkoholos hepatitisz átalakulása cirrhosisba tehát immunregulatoros faktorok következtében jöhet létre. A talált leletek jelentősége abban van, hogy kizárható az acetaldehyd direkt sejttoxikus hatása, mert az ethanol aberratíóhoz, DNS és RNS inhibícióhoz, a protein-szintézis csökkenéséhez vezetne.

Saját, még nem közölt eseteikben az aldehyd-dehydrogenaze enzim aktivitása alkoholos zsírmájban emelkedett, alkoholos hepatitiszben és alkoholos cirrhosisban viszont csökkent volt az aktivitás.

A tanulmány eredményei más kutatókkal egybehangzóan azt bizonyítják, hogy az alkoholos hepatitisz és az alkoholos cirrhosis immunológiailag magyarázható betegségmorfák, és az immunopathológiai folyamatokban az acetaldehydnek van szerepe.

Vadnai Marianna dr.

Primer fibrosus epeút-stenosis. Kricke, E. (Chir. Abteilung, Städt. Krankenhaus Lüneburg): Chirurg, 1982, 53, 790.

A primer fibrosus epeút-stenosis a ritka megbetegedések közé tartozik. Az intra- és extrahepatikus epeutakra egyaránt kiterjedhet, vagy csupán a choledochusra korlátozódik. Teljes elzáródást is okozhat. Jellemző a megbetegedésre — ép nyálkahártya mellett — az epeutak falának kötőszövetes megvastagodása. Gyulladásos tünetek hiányozhatnak, vagy csak nagyon kis mértékben észlelhetők.

A szerző 5 esetüket ismerteti. Valamennyi beteg fájdalom nélkül kialakult icterussal jelentkezett. Retrograd endoscopos, illetve percutan transhepatikus cholangiographiával három esetben tudták műtét előtt a diagnózist felállítani. Két betegnél műtét közben derült ki a kórisme.

Egy eset kivételével a szűkületet a ductus choledochusban észlelték. Műtéti megoldásként hepatico-jejunostomiát végeztek Y-anastomosissal. Egy esetben mindkét ductus hepaticus stenosisa miatt csupán műszeres tágitást alkalmaztak. A műtétet követően a stenosis recidivált. A beteg meghalt. A diagnózist csupán apró biopsiával igazolták, ezért a carcinoma sem volt teljesen kizárható ebben az esetben. Sectio nem történt. A többi betegnél intraoperatív szövettani vizsgálattal tudták alátámasztani a diagnózist.

A megbetegedés aetiologiája ismeretlen. A szerző véleménye szerint — a histológiai vizsgálatok alapján — a gyulladással eredet kizárható. *Schrumpf* és mtsai-ra hivatkozva, colitis ulcerosához hasonló autoimmun reakcióra és genetikai dispositióra gondol.

Viczián Antal dr.

Monomer (7S) IgM primer biliaris cirrhosisban. Taal, B. G. és mtsai (Dept. of Intern. Med., Rotterdam, Hollandia): Scand. J. Gastroenterol. 1982, 17, 173.

Az IgM az emberi szérumban körülbelül 900 000-es molekulaszámú, 19 S szedimentációjú óriásmolekula alakjában fordul elő. Bizonyos kórképekben a pentamer IgM mellett 7S szedimentációjú, monomer IgM is jelen van a betegek szérumban.

Primer biliaris cirrhosisban nagy gammaglobulin-szaporulat észlelhető, s az esetek legnagyobb részében az IgM-szint emelkedett. A szerzők 25 primer biliaris cirrhosisban szenvedő beteg és 25 egészséges egyén szérum 7S IgM-szintjét határozták meg egyszerű laboratóriumi módszerrel. A kontrollcsoportban nem lehetett 7S IgM-et kimutatni, míg a betegek 25⁰/₀-ában fordult elő ez a körülbelül 160 000-es molekulaszámú fehérje. Ezeknél a betegekben a szignifikánsan magasabb volt a szérum össz IgM-, a cryoglobulin- és immunkomplex-, valamint az alkalikus foszfatázszint.

A szerzők vizsgálati eredményei megerősítik azt a hypothesiszt, miszerint a primer biliaris cirrhosis immunpathomechanizmusú megbetegedés. Valószínűleg a felfokozott immunoglobulin-szintézis során képződő abnormális méretű és/vagy struktúrájú IgM-molekulák immunkomplexeket képeznek, s ezek tehetők felelőssé az epeutakban létrejövő szövetkárosodásért.

Fátrai Zsuzsanna dr.

Az epehólyaggal göcos elváltozásainak képalkotó diagnosztikája. Lorenz, R. és mtsai (Radiologisches Institut der Universität Köln): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 495.

Az epehólyagfal-polypus elnevezés gyűjtőfogalom, mely számos egymástól szövetséges és jelentőségben eltérő kórképet takar. Ezek lehetnek jóindulatú daganatok mint adenoma, fibroma, haemangioma, myoma, myxoma, neurinoma. Lehetnek rosszindulatú daganatok, így carcinoma, sarcoma, carcinosarcoma, haemangioendothelioma, carcinoid. Lehetnek pseudotumороk, mint cholesterosis, cholesterin granuloma, adenomyomatosis, ezen kívül gyulladáshoz polypok, parazita-eredetű elváltozások és ritkább kórképek mint véralvadék, epesár, szöveti heterotópiák, cysták, érképződmények. Gyakoribbak ezek közül az adenomák, carcinomák, cholesterosis, adenomyomatosis és a gyulladáshoz polypok. Kimutatásuk kontrasztanyagot röntgenvizsgálattal vagy sonographiával lehetséges.

A szerzők 1023 egyidejűleg végzett sonographiás és cholegraphiás vizsgálat eredményeként 61 esetben mutattak ki polypoid elváltozást. 43 esetben mindkét eljárás eredménye egyezett. 7 esetben a sonographia volt eredményes, a cholegraphia értékelhetetlen. 11 esetben a sonographia eredménye negatív volt. Ennek oka az esetek felében a régebbi típusú ultrahangkészülék elégtelen feloldóképessége volt, 5 esetben pedig a 2 mm-nél kisebb nagyságrendű multiplex polypusok korszerű készülékkel sem ábrázolódtak. Az epehólyag vizsgálatában ma elsőként a real-time sonographiát célszerű alkalmazni. Így kimutatható multiplex polypusok legnagyobb valószínűséggel cholesterosis mellett szólnak. 5 mm-nél nagyobb átmérő esetén adenoma, cholesterinpolypus és gyulladáshoz polypus elkülönítése radiológiailag nem lehetséges. Epepanaszok mellett negatív sonographiás lelet esetén elvégzendő a röntgen-cholegraphia, mert a tüneteket okozó adenomyomatosis ultrahanggal többnyire nem mutatható ki. A műtéti javallatot illetően a klinikai állapot és esetleg epekő kimutatása mérvadó. Tünetmentes esetekben főként kő nélkül várakozó állapont megengedhető, de elsősorban rosszindulatuság kizárására legalább évenkénti sonographiás ellenőrzés szükséges.

Laczay András dr.

Máj-granulomák. Schener, P. J. (Clinical Histopathology, Royal Free Hospital and School of Medicine, London): Brit. Med. J. 1982, 285, 833.

A granulomák a módosult makrofágok göccs felhalmozódásai. Kiváltó okok attól függően, hogy a makrofágok milyen rosszul oldódó antigént (virális, bakteriális, gomba-, ill. parazita eredetű, vagy infekciótól — infesztációtól független) vesznek fel, sokféle lehet. Ezek felkutatásában klinikusnak és kór-

szövettanásznak egyaránt fontos szerep jut.

Bizonyos általános tünetek esetén (láz, testsúlycsökkenés) a granulomák lehetnek az egyedüli, vagy fő szövettani eltérések. Máskor a máj-granulomák az alapul szolgáló májbetegség szövettani jellemzőivel együtt lehelők fel (pl. primer biliaris cirrhosis korai szakaja). Némelykor ugyan a kórismét nem biztosítják, de könnyen értelmezhetők (granuloma-képződés zsírmáj talaján). Nem ritka azonban az sem, hogy pusztán szövettani vizsgálatuk a kórokhoz támpontul nem szolgál. Ekkor olyan fontos betegségek, mint a tuberculosis, sarcoidosis és brucellosis kizárása után további vizsgálatok sorozatával kell közelíteni a kórisméhez.

Kórszövetani szempontból a máj-granulomákat 3 csoportba sorolják. Az elsőben a kórokozók mikroszkóppal láthatók. Példája a Schistosoma mansoni petéje körül képződő granuloma és a tuberculosis bacillust tartalmazó gümőkóros elváltozás.

A második csoportban a kórokozó ugyan nem mutatható ki, a granuloma vizsgálata azonban önmagában vagy az alapul szolgáló májbetegséghez kapcsolódva valószínűsíti a kórismét. Ilyen a kiterjedt, sajtos, gümőkóros nekrozis, illetve a primer biliaris cirrhosis. A csoport újabb tagja a Q-láz. A hisztológiai kép azonban megtevesztő is lehet, mint a kiterjedt nekrozisba átmenő sarcoidosis ritka példájában. Ha a szövettani vizsgálat felveti, de nem biztosítja a diagnózist, szerológiai vagy mikrobiológiai megerősítés szükséges.

Az utolsó és sajnos terjedelmes csoportban a szövettani vizsgálat a granuloma okát illetően bizonytalanságban hagy, csak nyomra vezető, szűkíti a mezőnyt, és ésszerűbb vizsgálatokra indít. Ezen granulomák egy részében gyógszer (sulfonamidok, methyldopa) okozta túlérzékenységgel állunk szemben. A klinikus legtöbbször lázat, májnagyobbodást, perifériás eosinofiliát észlel. A szövettani elváltozások portalisak vagy intralobularisak, jellemzőek az eosinofil sejtek, és a granulomák többnyire a bántalmazott kis epeutak közelében találhatók.

A leggondosabb kórszövetani és klinikai vizsgálatot követően is rejtélyes eredetű maradhat a granuloma. Leírtak egy még tisztázatlan okokra visszavezethető — elhúzódó vagy visszatérő láz, gyakran súlyvesztés, izom- izületi és hasi fájdalom által jellemzett — idiopathiás granulomatosus hepatitis, mely antituberculoicumra nem, corticosteroid kezelésre viszont javul. Ez, valamint az óriássejtes arteritis syndroma temporalis arteriitis klinikai megjelenése nélküli alakjai és a polymyalgia rheumatica lehetősége is szóba jöhet némely esetben.

A máj-granulomáknak diagnosztikai szerepük mellett prognosztika-

kai vonatkozás is lehet. A granulomák jelenléte primer biliaris cirrhosisban a túlélés illetően kedvező jelnek tekinthető. Vizsgálatuknak a gyógykezelés megítélésében is szerepet kell juttatni.

A granuloma-képződés és a klinikai kórlefolyás összefüggéseit fel kell deríteni, mint más granulomás betegségek — Hodgkin lymphoma, Crohn-betegség — esetében.

Kovács Márta dr.

A cholelithiasis, cholestasis és biliaris pancreatitis közötti összefüggés. Adlung, S., U. Ritter. (Med. Klinik, Med. Hochschule Lübeck): Med. Klin. 1982, 77, 392.

Az epekőbetegség esetén pancreatitis („biliaris pancreatitis”) ismert, szokványos jelenség. A szerzők 400 betegükön (1974—1978) a klinikai tartózkodásuk alatt vagy egyébkor 261 (65%) találtak cholelithiasisra és 75 esetben (19%) pancreatitisre utaló biokémiai jeleket. A 75 esetből a pancreatitis biliaris okán kívül (így pl. alkoholos pancreatitis) más klinikai jel nem volt kimutatható.

Minden esetben akut vagy akut recidiváló pancreatitistről volt szó, amely vagy spontán, vagy a cholelithiasis megoldódása után gyógyult. A biliaris cirrhosis esetében csaknem mindig az alkalis phosphatase és/vagy a bilirubin emelkedése kimutatható volt. Így a pancreatitist 75 betegük közül 74 esetben az alkalis phosphatase és/vagy a bilirubin emelkedése kísérte. Ezen laborelváltozások nélkül a biliaris cirrhosis fellépését rendkívül ritka kórtörténésnek tartják.

Ifj. Pastinszky István dr.

Keringő immunkomplexek szerepe a primer biliaris cirrhosis pathogenesisében. Jones, E. A., James, S. P. (National Institutes of Health Bethesda, Maryland): Gastroenterology 1982, 83, 709.

1965-ben kiadott közlések szerint a primer biliaris cirrhosisos (PBC) betegek serumában mitochondrialis ellenes antitestek találhatóak.

Úgy tűnt, hogy antigen-antitest equivalencia alapján nagy (>19 S) méretű immunkomplexek (IC) képződnek, melyek aktiválják a komplementrendszer, és szövetkárosodást, granulomaképződést okoznak. A feleslegben maradó IC-ek a keringésbe kerülnek és a serumban kimutathatók. Újabb kutatások során a betegek serumában IC-szerű anyagot találtak, melynek a biliaris és mitochondrialis antigének valószínű komponensei. A serum cryoprecipitatumok in vitro komplementet tudnak megkötni, és ez a képességük az aggregált vagy immunreaktív immunglobulinoknál köszönhető. Az IgG és a C-3 — néhány IC alkotórészei — depo-

situmok kimutathatók ugyan epeút laesiókban, azonban a májban az IC depositumok képződését nem bizonyították meggyőzően. Sajnos minden laboratóriumi módszerünk indirekt, nem specifikus az IC kimutatására.

Mi lehet az oka annak, hogy PBC-ben a serumban IC-szerű anyag és aktivált komplement-rendszer található?

Egyik lehetőség az, hogy egy sajtószerű, monomer IgM szaporodik fel, mely komplementkötő tulajdonsággal rendelkezik, cryoprecipitatumot képez, és polyetilenglykollal kicsapható, tehát néhány, ezen reakción alapuló IC-kimutatósi módszerrel pozitív eredményt ad. Molekulamérete 19 S.

Másik lehetőség az, hogy biliaris epitheliumantigen specifikitással rendelkező cytotoxikus T-sejtek vagy nem specifikus killersejtek okozzák a PBC-ban a szövétkárosodást. A PBC-s betegek autoreaktív T-sejt- és immunregulator T-sejt funkcióiban defektusok vannak.

Mindent összegezve a PBC pathogenesisét multifaktorálisnak tartjuk.

Sarlós Beáta dr.

Percutan epeelvezetés a biliaris sepsis kezelésében. Kadir, S. és mtsai (Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore): Amer. J. Roentgenol. 1982, 138, 25.

18 esetben végeztek percutan katéteres epeszádlást biliaris sepsis kezelése végett. Az alapvető kórfolyamatok a következők voltak: 4 pancreastumor, 4 műtéti szövődmény, 3 epeúti rák, 2 kő, 2 jóindulatú szűkület, 1-1 gyomorrák, portalis áttét és lymphoma. Az epe-rendszer punctiója mindegyik esetben sikerült. 10 betegben első kísérletre sikerült áthidalni az elzáródást, 3 továbbiában ismételt próbálkozás volt eredményes, ezekben belső szádlás végeztek. A többi 5 esetben csak külső drainage történt. 6 beteget a decompressio után eredményesen megoperáltak. 3 beteg septikus shockban meghalt. 9 beteget tartós epeszádlással kezelték. Közülük 5 meghalt alapbetegségének előrehaladása következtében 2—18 hónap múltán, a többi 4 életben volt a katéter behelyezése után 6—14 hónappal. A katéter behelyezése utáni órákban 2 esetben lépett fel átmeneti septicæmia shock nélkül. Egy esetben észleltek kisebb vérzést a katéteren keresztül, egyben pedig ugyan csak átmeneti epeszívárgást a katéter mellett.

A decompressio terápiás jelentősége többirányú. Az epeúti belnyomás csökkentése az antibiotikumok helyi hatékonyságát is fokozza. A beavatkozások nyert epe bakteriológiai vizsgálathoz optimális vizsgálati anyag.

Laczay András dr.

Antikocienciensek és az epehólyag betegségei. Wingrave, S. J., Kay, C. R. (Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study): Lancet, 1982, II, 957.

Korábbi vizsgálatok valószínű összefüggést vetettek fel az antikociencienszedés és az epehólyag betegségei között. A szerzők elővizsgálatai alapján felmerült, hogy az epekövesség gyakorisága 2 éves gyógyszerzedés után emelkedni kezd, és 4—5 éves periódus körül kétszerese a kontrollokénak. A közlemény az 1968-ban elkezdett és 1979 végén lezárt időszak adatait értékeli. 23 000 antikociencienszedő és ugyanannyi kontroll személy standardizált értékei alapján az epehólyag-betegség (kő+cholecystitis) nem volt gyakoribb az antikociencienszedők között. Figyelembe véve a gyógyszerzedés időtartamát is, kiderült, hogy az első 4 évben észlelt mérsékelt incidenciánövekedést a további években a kontrollszint alá való csökkenés követte. Ezt nem magyarázhatta a változás a gyógyszerrendelésben, mert ennek hatását a standardizálással kiküszöbölték.

Az ösztrogének és progesztogének hatását a legnagyobb incidenciáéban, jelentősen eltérő ösztretételű antikociencienseket szedő nők adatainak összehasonlításával vizsgálták. A progesztogének dózisa nem befolyásolta az epehólyag-betegség gyakoriságát. A nagyobb ösztrogén tartalmú antikocienciensek jobban növelték az epehólyag-betegség incidenciáját, mint a kis ösztrogén tartalmú gyógyszerek, de a jelentős szelekció, illetve az értékelhető adatok kis száma miatt statisztikai analízist nem végeztek.

A közlemény szerint az antikocienciensek használata hosszú távon nem növeli az epebetegség gyakoriságát. A korábbi, rövid időtartamú tanulmányokban kimutatott incidenciánövekedés csak az epehólyag-betegség gyorsabb kifejlődését jelzi arra hajlamos nőkben. Valószínűleg az ösztrogének tehetők felelőssé az epebetegség gyorsabb manifesztálódásáért.

Pap Ákos dr.

Korai szén haemoperfúzió fulmináns májelégtelenségben. Gimson, A. E. S. és mtsai (Liver Unit, King's Coll. Hosp. and Med. Sch. London): Lancet 1982, 2, 681.

A szerzők 76 beteget kezeltek szén haemoperfúzióval fulmináns májelégtelenség miatt. A májelégtelenség 46 betegben paracetamol túladagolás (Ref.: ennek megfelelő készítmény hazánkban a Scutamil C!), 23 betegben vírus hepatitis, 7 betegben egyéb ok (halothán, gyilkosgalóca-mérgezés, antituberkulotikus kezelés) miatt alakult ki. 45 betegnek az osztályra történő felvételekor már IV. fokú encephalopathiája volt, 31-nek — akik már

előzőleg osztályukon feküdtek — a kezelést már a III. fokú encephalopathia felléptekor kezdték. A kezelést naponta 2—6 órán keresztül végezték vagy a javulásig, vagy az irreverzibilis agykárosodás felléptéig. Egy betegre átlagosan 2,6 perfúzió jutott (szélső érték: 1—7). A betegek cimetidin-, mannitol-, heparin-, illetve prostacyclin-kezelést is kaptak. Valamennyi III. stádiumban már haemoperfundált beteg 24 óra belül kialakult a IV. fokú encephalopathia is, ennek ellenére túlélésük minden csoportban lényegesen meghaladta azokét a betegeket, akiket csak a IV. fokú encephalopathia felléptekor kezdték perfundálni (utóbbi csoportban a túlélés 20% volt, szemben az első csoport 65%-os túlélésével). Intracranialis nyomásméréssel a cerebrális oedema fellépését is lényegesen ritkábban észlelték a korábban haemoperfundált betegeken. A szerzők véleménye szerint a korai haemoperfúzió prostacyclin védelemben több napon át is végezhető, mert a prostacyclin megakadályozza a thrombocyták adhaesióját a szénrészecskékre, illetve a következményes véralvadási zavart. A prostacyclin egy esetben sem okozott súlyos hypotenziót.

Dávid Károly dr.

Propranolol hatása a cirrhotikus beteg portalis hypertenziójára: haemodinamikai vizsgálatok. Lebrec, D. és mtsai (INSERM U, 24, Hôpital Beaujon, Clichy): Hepatology 1982, 2, 523.

24 olyan beteget vizsgált, akik vagy nyelősővarix-repedésből, vagy akut gyomorerosióból véreztek; vérzésük spontán megszűnt, icterus, ascites, enkephalopathia nem volt kimutatható. Valamennyi betegnek szövettanilag igazolt alkoholos májsugora volt. 12 beteg placebót, 12 beteg propranololt kapott olyan dózisban, hogy pulzus számuk mintegy 25%-kal csökkenjen (20—180 mg/nap). A vizsgálatokat két csoportra osztották. Az első sorozatban 40 mg propranolol — illetve placebo adása után egy órával végezték a vizsgálatokat. A második sorozatban tartós propranolol-szedés után egy, három, kilenc hónappal ismételték meg a vizsgálatokat. Mérték Swan—Ganz katéter segítségével thermodilutiós áramlásmérővel a perctérfogatot, az elzárt (WHVP) és nyitott (FHVP) vena hepatica nyomást, valamint indociánzöld (ICG) infúziós módszerrel a májátáramlást. Számolták a WHVP—FHVP gradienst, mely megfelel a hatásos portalis nyomásnak.

Egyszeri propranolol adása után csökken a WHVP és a WHVP—FHVP gradiens, nem változik a májon átáramló vérmennyiség. A WHVP változása tartós: 1—3—9 hónap után is fennáll. A májkeríngés csökkenése a 3 és 9 hónapos

vizsgálattal már kimutatható. Ezeket a változásokat a perctérfogat mintegy 25–30%-os csökkenése kíséri. Ennek ellenére matematikai összefüggés a perctérfogat csökkenése és a WHVP változása között nem mutatható ki.

Az effektív portalis nyomás propranolol hatására létrejövő és tartós szedése mellett állandósuló csökkenése a magyarázat a szer hatásosságára, melyet a portalis hipertenszióhoz társult gastrointestinalis vérzések megelőzésére a szerző korábbi közleményében (N. Engl. J. Med. 1981, 305, 1371) részletesen kifejtett.

(Ref.: *Miután a perctérfogat csökkenése propranolol hatására egyértelmű, és e változást a portalis nyomás és a máj vérátáramlásának csökkenése kíséri, kézenfekvőnek látszik elfogadni, hogy a fent említett élettani jelenségek között biológiai összefüggés fennáll — annak ellenére, hogy a szerző által alkalmazott matematikai módszerrel ez egyértelműen nem volt bizonyítható.*) Kupcsulik Péter dr.

Izotóp diagnosztika

¹⁸F-fluorodeoxyglukóz és pozitron emissziós tomographia az agyi sugárnecrosis vizsgálatában. Patronas, N. J. és mtsai (George Washington University Medical Center, Washington): Radiology, 1982, 144, 885.

Az elsődleges és másodlagos agytumorok kezelésével foglalkozó orvosok között egyik gondja a sugárkezelés után kialakuló agyi necrosis elkülönítése a daganatképződéstől, hiszen mindkét esetben alapvetően más a tennivaló. Kiújult daganat esetén sugárkezelés jöhet szóba, sugárnecrosis sebészi eltávolítása mérlegelhető. Hagyományos CT vizsgálattal a kétfajta elváltozás nem különíthető el. A deoxyglukóz részt vesz az ép agyszövet anyagcseréjében, fokozottan halmozódik daganatos folyamatokban, ugyanakkor elhalt területekben, ahol aktív anyagcsere-folyamatok nem zajlanak, nem halmozódik. Ezért ¹⁸F izotóppal jelzett deoxyglukóz beadása után végzett emissziós computer tomographiával lehetséges a daganatképződés és a sugárnecrosis elkülönítése. A szerzők ezt az eljárást 5 olyan esetben alkalmazták sikerrel, melyekben a klinikai kép és a hagyományos CT lelet alapján nem lehetett eldönteni, sugárnecrosisról vagy daganatrecidiváról van-e szó. 3 esetben a kérdéses területben deoxyglukóz-tárolást tudtak kimutatni, ezek szövettani vizsgálattal recidiv astrocytomáknak bizonyultak. 2 esetben a kóros területben deoxyglukóz-aktivitás nem ábrázolódott, ezekben a szövettani vizsgálat sugárnecrosist bizonyított.

Lacza András dr.

Csont-scintigraphiás eljárás a csontgyógyulás ellenőrzésére. Dornmehl, I. és mtsai (Inst. f. Atomic Energy Board, Pretoria): Nucl.-Med. 1982, 21, 105.

Vizsgálataik célja az volt, hogy olyan non-invazív eljárást találjanak, amellyel a nem, vagy elhúzódoan gyógyuló csonttörések korán és gyorsan felismerhetőek legyenek. A csontgyógyulásnak szekvenialis nuclearmedicinalis scintigraphiája megkívánja, hogy minden egymásután következő képből az egész csonttörési terület következetesen azonos localisatióban legyen; ez a trauma korai stádiumában elég nehéz a szomszédos csontaktivitás vagy az esetleges szövődmények esetén. A nuclearmedicinalis képprofilprogram ezt az eljárást jelentősen megkönnyíti. A vizsgálataikban páviánok (papio ursinus) csontgyógyulásait tanulmányozták. Röntgenológiai és pathológiai vizsgálatokkal kiegészítve ^{99m}Tc MDP-val sikeresen kutatták a nem-emberi emlősök kísérleti csonttöréseinek gyógyulási menetét. Emellett még behatóan tanulmányozták különböző sebészi implantátumok viselkedését is. A végkövetkeztetések szerint a ^{99m}Tc-MDP a csontok életani és kóreltani változásait jól tükrözi. Az időaktivitási érték és a kórszöveti leleteik értékelése alapján a módszert klinikai sikon is próbálják alkalmazni.

ifj. Pastinszky István dr.

Abscessusok localisatiója jódózott szintetikus chemotactikus peptidekkel. Jiang, M. S. és mtsai (Div. of Nuclear Medicine, John Hopkins Med. Inst., Baltimore, Maryland): Nucl.-Med. 1982, 21, 110.

Gallium-67-citráttal és ¹¹¹Indium-oxinnal jelzett leukocyták széles mederben használatosak a tályogok scintigraphiás felderítésére, noha ezek számos hátránnyal rendelkeznek. Így a ⁶⁷Ga a daganatokban és a gyulladásos folyamatokban is felhalmozódik és ráadásul a gyomor-bélhuzamba ürül és megnehezíti a hasi elváltozások értékelését. Indiummal jelzett leukocytáknak is problémás az alkalmazása a máj- és léptályogok felismerésében.

Új eljárásnak kínálkozik a N-formyl-norleucyl-phenylalanil-norleucyl-tyrosin-lysin, mint igen erős szintetikus chemotactikus polypeptid (CP), amely nagy affinitással kötődik a neutrophilekhez. Mivel a peptid tyrosin-részt tartalmaz, radioaktív jódval könnyen jelezhető.

A szerzők a jelzett radioaktív CP intravénás alkalmazásával vizsgálták ennek tályog-localisatiós lehetőségeit. A ¹²⁵J-CP adása után a vér radioaktivitásának ellenőrzése azt igazolta, hogy az anyag

túlnyomó része (>87%) mint ¹²⁵J-CP jelen van a plasma-frakcióban. Véleményük szerint a radiojelzett, szintetikus CP megfelelő anyagnak kínálkozik az abscessusok localisatiójára.

ifj. Pastinszky István dr.

Elsődleges csontdaganatra gyanús betegek scintigraphiája ^{99m}Tc-phosphonattal és ⁶⁷Galliummal. Edeling, C.-J. (Dep. of Nuclear Med., Rigshospitalet, Copenhagen): Nucl.-Med. 1982, 21, 136.

Az elsődleges és másodlagos csontdaganatokat számos esetben nem lehet elkülöníteni, noha a tumor természete és kiterjedése a kezelés szempontjából jelentős. A szerzők 1973–1982 év között 92 (58 felnőtt, 34 serdülő) primer csonttumorra gyanús és biopsziára vagy műtetre előkészített betegükön egész test scintigraphiát végeztek ^{99m}Tc-phosphonattal és kiegészítőleg emellett még ⁶⁷Galliummal is. Az összehasonlító számszerinti eredményeikből arra következtettek, hogy primer csontdaganat gyanúja esetén a csontscintigraphia alkalmazandó; malignitas gyanúja esetén ez még ⁶⁷Gallium-scintigraphia végzésével is kiegészítendő.

ifj. Pastinszky István dr.

Lezajlott myocardialis infarctus és normális coronarogramot mutató betegek ²⁰¹Thallium-myocard-scintigraphiája. Ramos, M. és mtsai (Serv. de Med. Nuclear y de Cardiología, Hospital de Llobregat, Barcelona): Nucl.-Med. 1982, 21, 59.

Az utóbbi évek óta a cardiológiai rutinban a ²⁰¹Tl alkalmazása szilárd alapon nyugszik. Gyakori vitatárgy azonban, hogy a myocardiumban a ²⁰¹Tl-feldúsulásokat a regionalis koszorúeres odaáramlás határozza-e meg, vagy pedig a myocardium sejtjeinek funkcionális állapota-e a döntő tényező. A szerzők ennek megvilágítására három 30 év körüli férfiről számoltak be, akik EKG-val és enzim-meghatározásokkal bizonyított myocardialis infarctus után normális koszorúereket mutattak. Ezzel szemben viszont mind a regionalis falkinetika (ventriculographia), mind a terheléses és ²⁰¹Tl-redistribútiós scintigraphia a myocardium-károsodás kóros jeleit mutatta. Ezen három megfigyelés, valamint az eddig közölt irodalmi eredmények arra engednek gyanítani, hogy az azon tényezők közül, amelyek a thalliumnak a szívizomzatban való regionalis eloszlását meghatározzák, a myocardium-sejtek funkcionális állapota és tömege — legalábbis az idült koszorúér-betegségekben — a legfontosabb szerepet játsszák.

ifj. Pastinszky István dr.

Csigolya haemangioma okozta tárolási hiányosság a csont-scintigramban. Lochner, B., A. N. Sava-ser (Strahlenklinik der Freien Universität Berlin West): Nucl.-Med. 1982, 21, 157.

Tárolási defektusok, azaz csökkent radionuklid-felvétel (ún. „cold lesions”) ritka jelenség a csont-scintigraphiában; ezek általában rákáttelek kapcsán fordulnak elő. A jelenség oka rendszerint a csont-perfúzió zavara, vagy a trabecularis szerkezetének pusztulása. Nem régóta azonban ismeretesek olyan esetek is, amikor ezeket a tárolási hiányosságokat nem metastasis, hanem a csigolya haemangioma okozta. A szerzők ennek a példázására 80 éves prostata-carcinomás betegük esetét ismertetik, akinél a 12. thoracalis csigolya röntgenképében a megvastagodott és számszerűleg is csökkent trabeculák palisade-szerű szerkezete haemangioma mellett szólt, ami két évig változatlan is maradt. A másik 48 éves akut lumbagós betegükön a 2. lumbalis csigolyán volt tárolási hiány, amikor a CT-vizsgálat haemangiómára utalt. Scintigraphiában a csont-laesio felismerésére általában a környező szövetekhez viszonyított fokozott aktivitás, dúsulás utal. A kamerarendszer fejlődésével ma már körülírt tárolási hiányosságok is kimutathatók. A „cold lesions” irodalmi előfordulása átlag 2,3%. A rákveszélyeztetett életkorban elsősorban rák (dülmirigy, emlő, hörgő) áttételre kell gondolnunk, de a megkülönböztető kóriszmében a haemangioma előfordulását is mérlegelni kell.

iff. Pastinszky István dr.

Perthes-kóros gyerekek 5 éves scintigraphiás tanulmányozása. Fötter, R. és mtsai (Universitätsklinik für Radiologie, Graz): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 141.

52 Perthes-kóros gyermek 179 scintigraphiás vizsgálata alapján hasonlítják össze a röntgenfelvétel és a csont-scintigraphia értékét. A Perthes-kór a combfej ischaemiás csontelhalása, melynek kezdeti szakában a halott csont mérszartalma változatlan, röntgenképen elváltozást nem mutat. A panaszok kezdetekor a röntgenlelet ezért negatív. Első jel az ízületi rés kiszélesedése, amit csak hetek múlva követ a csontszerkezet felritkulása, összeroppanása. Ekkor válik egyértelművé a röntgenkép, de ilyenkor már későn van. A kezelés akkor biztat sikerrel, ha a korai szakban kezdődik. A csont-scintigraphia már az ischaemiás elhalás kezdeti szakában jelzi az aktivitás helyi csökkenését az ellenoldallal szemben, így néhány nappal a panaszok jelentkezése után már lehetővé te-

szí a kórisme megállapítását. A kezelés ennek birtokában azonnal elkezdhető, és a korai tehermentesítés jobb eredményt ígér. A szerzőknek volt esetük, melyben a korai kezelés eredményeként a pozitív röntgenkép nem is alakult ki. A folyamat alakulása, a combfej keringésének helyreállítása is jól követhető a scintigraphiával. A gyógyulás röntgenjelei is késnek, a scintigraphiás kép korábban és megbízhatóan jelzi az állapot stabilizálódását. Normálissá válása után a tehermentesítés megszüntethető akkor is, ha a röntgenkép még nem rendeződött. Ha a scintigraphiás kép fél éven át nem normalizálódik, a combfej komoly veszélyben forog, műtéti beavatkozás indokolt.

Lacza András dr.

Tévesen közös epevezeték-elzáródásnak véleményezett rendellenes ^{99m}Tc-PIPIDA scintigraphia. Taylor, A. és mtsai (University of California, Medical Center, San Diego): Radiology, 1982, 144, 373.

A cholescintigraphia megbízható eljárás cholecystitis és epeúti elzáródások kimutatására. Részleges epeút-elzáródásban annak helyétől és mértékétől függően késhet a máj ábrázolódása, az elzáródástól proximálisan tágultak az epeutak, a lefolyás megakad az elzáródásnak megfelelően, az aktivitás késve jelenik meg a duodenumban. A szerzők 3 esetben a közös epevezeték elzáródására utaló scintigraphiás képet láttak. Az epehólyag normálisan ábrázolódott, ugyanígy a közös epevezeték, de a belekben aktivitás több óra várakozás után sem látszott. Két beteget megoperáltak, egyiknek átfúródott appendicitise volt, a másiknak összenövéses eredetű vékonybél-ileusa részleges bélelhalással. A harmadik betegről kiderült, hogy a PIPIDA-scintigraphia előtt ismételt morfininjekciókat kapott. Heveny hasi kórképben vagy morfin és morfiamszármazékok adása után a cholescintigraphia a közös epevezeték elzáródására utaló képet mutathat egészséges eperendszer mellett is.

(*Ref.: A közlemény a „Quo vadis medicina?” rovatba kívánczik az első két eset miatt. 37 éves betegüknek átfúródott appendicitise volt peritonitisszal, 47 éves betegüknek bélelhaláshoz vezető mechanikus ileusa, és mindkettőben gondosan követték a PIPIDA útját 8, illetve 4 órán keresztül, az egyéb vizsgálatokról nem is beszélve. A második esetben a natív hasi röntgenfelvétel már bélelzárási utalt! Típusos példák arra, hogy a vizsgálatok közben néha csaknem elvész a beteg.)*

Lacza András dr.

Haematológia

Krónikus limfocitás leukémia myelomás betegben. Zalberg, J. R., és mtsai (Dept. of Hematology, Austin Hospital, Heidelberg, Victoria, Australia): Cancer, 1982, 50, 594.

A myeloma multiplexben szenvedő betegekben — különösen hosszú túlélés esetén — nem ritkán észlelni második tumor kialakulását, elsősorban akut leukémia fellépését.

Ezek keletkezését nagymértékben elősegíti (vagy okozza?) az alkalmazott citostatikum (leggyakrabban az alkiláló szerek valamelyike). Krónikus limfocitás leukémia társulását myelómában ez ideig még nem közölték. A szerzők 69 éves férfibetege IgM lambda típusú proteint szekernáló myelómában szenvedett, mely miatt prednisolon + melphalan kezelésben részesült, 31 hónapi kezelés során fehérvérsejtszáma emelkedett. (A 61 g/l fehérvérsejt csaknem mind lymphocytá volt.) A CLL diagnózisát a csontvelővizsgálat is alátámasztotta. Alig egy hónap múlva a beteg meghalt, boncoláskor a nyirokcsomókban, májban, tüdőben CLL-es szövet-infiltrációt lehetett találni. Az eset érdekessége részben az IgM típusos myeloma és a szokatlan második tumor, a CLL társulása. A két tumor közös klonális eredetére utaló adatokat a szerzők nem közölnek. A CLL-t citostatikum indukálta második malignomának vélik.

Berkessy Sándor dr.

Leukémiás csontvelői sejtek terminális deoxynucleotidyl transferase (TdT) tartalmának vizsgálata immunoperoxidáze módszerrel. Stass, S. A. és mtsai (Dept. of Pathology and Hospital Laboratories, University of North Carolina, Chapel Hill): J. Clin. Pathol. 1982, 77, 174.

A terminális deoxynucleotidyl transferase (TdT) egy olyan DNA polymerase, amely a O- és T-sejtes limfoblasztokban fordul elő. Kimutatására korábban csak bonyolult enzimátikus tesztek, újabban immunfluoreszcens módszerek állnak rendelkezésre. A szerzők munkájukban egy legutóbb kidolgozott immunoperoxidáz eljárással szerzett tapasztalataikról számolnak be. A módszer a Sternberger által kidolgozott ún. „szendvics-technikán” alapszik. Immun-savóként a Bethesda Research Laboratories által készített nyúlsavót alkalmazták. Három akut limfoblasztos leukémiában és egy CGL-es akut blasztos krízisben szenvedő beteg csontvelővizsgálatát végezték el. Fénymikroszkóppal vizsgálva granuláris, sötétbar-na elszíneződés volt észlelhető

minden pozitív sejt magjában. A vizsgálatok a párhuzamosan elvégzett immunfluoreszcens módszer eredményeivel tökéletes egyezést mutattak. Igen nagy előnye az immunperoxidase módszernek, hogy megfelelő antisavó birtokában nélkülözhetővé teszi a fluoreszcens mikroszkópot, ezáltal minden hematológiai rutin laboratóriumban elvégezhető.

Berkessy Sándor dr.

Prognosztikus faktorok analízise krónikus myeloid leukémiában. Cervantes, F., Rozman, C. (Postgrad. School of Hematology, „Ferras Valenti” Hospital, University of Barcelona): Blood, 1982, 60, 1298.

Cytogenetikailag bizonyított 121 krónikus myeloid leukémiás betegen (CML) vizsgálták a szerzők a betegség prognózisát befolyásoló faktorokat. Mindenekelőtt beigazolták találták azt a korábbi megállapítást, hogy a Ph-1 kromoszóma negatív betegek prognózisa rosszabb, mint a Ph-1 pozitívoké, nevezetesen szignifikánsan rövidebb a nyugodt fázis hossza, hamarabb alakul ki a terminális blasztos fázis. Betegeik között Ph-1 negatív 11,5% volt. A várható élettartam szempontjából még a következők bizonyultak rossz prognosztikus tényezőkként: már kezdetben is jelentősen nagyobb lép és máj, erythroid prekurzorok jelenléte perifériás vérben és 5%_nnál több myeloblast a csontvelőben. A Ph-1 pozitív CML-es betegek rizikó szerinti megoszlása az első észlelés alkalmával az alábbi volt: alacsony rizikójú (I. st.): 32%, közepes rizikójú (II. st.): 38% — két rizikófaktor jelenléte —, magas rizikójú (III. st. — 3 vagy 4 rizikófaktor jelenléte): 30%. Javasolják a CML-es betegek „stapelését” a betegség kezdetén olyképpen, hogy 4 rizikófaktort különböztessünk meg: 1. — splenomegalia, 2. — hepatomegalia, 3. — erythroblastok a periférián, 4. — 5%_nnál több myeloblast a csontvelőben.

Berkessy Sándor dr.

Angioimmunoblasztos limfadenopátia hypogammaglobulinémiával. Rice, L. és mtsai (Dept. of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston): Amer. J. Med. 1982, 72, 998.

Az angioimmunoblasztos lymphadenopathia (AIBL) olyan klinikopathológiai entitás, amely lényegében az immunszisztéma hiperaktivitása, nagyon jellegzetes szövettani képpel a nyirokcsomókban. Az immunrendszer diszregulációjának oka, vagy egyik tényezője a T-supressor-aktivitás elégtelensége. Az immunkompetens sejtek polyklonális proliferációja immunglobulin-túlprodukciónal jár. A szerzők

által észlelt 69 éves férfin az egyébként jellegzetes klinikai és pathológiai kép mellett a hypogammaglobulinémia volt feltűnő. A vér monocytá-száma normális volt, ennek ellenére in vitro ki lehetett mutatni, hogy a monocyták részvétele az immunregulációban súlyosan károsodott volt, ami immunodepresszív hatásban nyilvánult meg. Ez az abnormalitás rendkívül ritka. Hodgkin-kórban, myeloma multiplexben, sarcoidózisban és egyes szolid tumorokban figyelhető meg. AIBL-ben nem szokták észlelni. Az eset érdekessége, hogy rávilágít a monocytá-funkció hiányának súlyos következményére, az immunglobulin-szintézis károsodására.

Berkessy Sándor dr.

Mieloproliferatív szindróma, limfoid és nem-limfoid leukémia kialakulásának incidenciája 10 évvel a Hodgkin-kór kezelése után. Pedersen—Bjerggaard, J. és mtsai (Finsen Institute, Dept. of Internal Medicine, Copenhagen): New Engl. J. Med. 1982, 307, 965.

A szerzők 1970 és 1981 között 391 Hodgkin-kóros beteget kezeltek kemo-, ill. radiotherápiával. Mivel ismeretes, hogy a kemo- és radiotherápia után megnövekszik a rosszindulatú hematológiai betegségek előfordulásának gyakorisága — elsősorban akut leukémia keletkezése — e tekintetben vizsgálták át beteganyagukat. Következésképpen, nem lymphoid leukémiát vagy annak preleukémiás formáját (myeloproliferatív szindrómát, cytopeniát és cytogenetikai abnormalitásokat) 17 betegen tapasztaltak. A leukémia gyakorisága 5 év múlva 3,9%, kilenc év múlva 9,9% volt. Egyetlen leukémiát sem észleltek azokon a betegeken, akik csak radiotherápiában részesültek, csak azokon, akik kemotherápiát, vagy kemotherápiát is kaptak, valamint, akik 40 évnél idősebbek voltak. Azt is kiemelik, hogy nem észleltek egyetlen másodikként manifesztálódó szolid tumort sem. Hasonlóan mások megfigyeléseihez, megállapításuk szerint a leukémia-rizikót az alkiláló szerek, közelebről a chlorambucil növelik legjobban.

Berkessy Sándor dr.

Akut myelofibrózis. Rupani, M. (University of Missouri, Kansas City): Am. J. Clin. Pathol. 1982, 77, 475.

A szerző egy 20 éves férfibeteg esetét ismerteti, akin fokozódó gyengeség, majd láz jelentkezett lép- és nyirokcsomó-megnagyobbodás nélkül. Hgb értéke 4 g/dl, hematokrit-értéke 13%, fvs-száma 5300/μl (ebben 29%_n blastot találtak), a thrombocytá-szám 416,000/μl volt. Csontvelőt ismételtelen sem si-

került aspirálniuk, ezért csontvelő-biopsziát végeztek, amely igen ki-fejezett retikulín-rost szaporulatot mutatott. A biopsziás anyagban rendkívül sok atypusos megakariocytát lehetett látni. A blastok PAS, Sudan és esterase negatívak voltak. A cytosinarabinosiddal, adriamicinnel és 6-thioguaninnal végzett kemotherápia eredménytelen volt, gomba-szeepszis alakult ki és a beteg az észlelés 43. napján meghalt.

Az eset kapcsán a szerző összegezi az akut myelosclerosis (myelofibrosis) klinikai és cytológiai ismérveit (pancytopenia, blastok a perifériás vérben, punctio sicca, excessiv csontvelői fibrózis, bizarr megakariocytá-szaporulat, splenomegalia hiánya, és gyors fatális kimenetel). A betegség közelebbi természetét illetően nem tér ki részletekre.

(Ref.: Noha a szerző idézi Breton—Gorius egyik munkáját, amely bizonyítja, hogy az akut myelofibrózis nem más, mint az akut mikromegakarioblastos leukémia megnyilvánulása, óvakodik az etiológia tisztázott vagy tisztázatlan voltát mérlegelni.) Berkessy Sándor dr.

A remisszió indukció elégtelenségének okai akut myeloid leukémiában. Estey, E. H. és mtsai (Dept. of Developmental Therapeutics, University of Texas System Cancer Center, Houston): Blood, 1982, 60, 309.

Az akut leukémiás betegek tekintélyes hányada az indukciós kezelés kapcsán hal meg, többségében fertőzések vagy vérzéses szövődmények következtében. A szerzők 387, korábban még nem kezelt akut leukémiás beteg közül az indukciós kezelés kapcsán 171 esetben tapasztalták, hogy nem következett be komplett remisszió az alkalmazott TRAP protokoll szerint végzett kezelésre. A remisszió elmaradásnak oka 22%_nban a kemotherápia eredménytelenségére volt visszavezethető, a többi esetben a beteg halála miatt nem lehetett lemérni, hogy további kezeléssel remisszióba lehetett volna-e hozni a betegeket. A korai halál okai az esetek 33%_nában a thrombocytá-transzfúziók ellenére bekövetkező fatális vérzések, ennél kisebb számban az infekciók voltak. A fertőzések szövődmények 37%_nában gomba volt a kórokozó. Ugy tűnt, hogy a fatális infekciók leggyakrabban az 50 évnél idősebbeken léptek fel. Ugyancsak gyakori volt a gombás fertőzés azokon, akiknek leukaemiáját valamilyen praeleukémiás állapot előzte meg. Csaknem minden esetben candida vagy aspergillus volt a kórokozó. Számos esetben DIC volt a vérzéses szövődmény oka (főleg promyelocytás leukémiákban).

Berkessy Sándor dr.

Leukémiával kapcsolatos disseminált intravasculáris koaguláció kezelése. Williams, C. K. O. és mtsai (Department of Haematology, University College Hosp., Ibadan): *Hematologia*, 1982, 3, 287.

Az akut leukosisokkal kapcsolatban kialakuló akut disseminált intravasculáris koaguláció (DIC) több szempontból is vitatott, de néhány kérdésre már válasz adható. Klinikai tapasztalat, hogy elsősorban az akut promyelocytás leukosishoz (APL) társulhat DIC, de nem ritkán akut myelomonocytás folyamat is okozhat komoly haemostasis-zavart. A leukaemiás promyelocyták (LP) igen kifejezett procoagulans-aktivitással rendelkeznek, ami jelentős mértékben felülmúlja az ép promyelocytákét. A procoagulans aktivitásért felelős tényező a LP granuláris részében van jelen, hatása a szöveti thromboplastinhoz hasonló. A fibrinolitikus aktivitás fokozódása a LP-ban kevésbé kifejezett, mint a procoagulans aktivitásé. Az ALP kórjósolata a legutóbbi időig igen kedvezőtlen volt, de az anthracyclin is tartalmazó gyógyszeres kombinációk hatására a remissziós arány jelentősen javult. Az ALP kezelésének kritikus időszaka a terápia elkezdése utáni 1–2 hét, mivel a súlyos haemostasis-zavar (DIC) következtében ekkor fordulnak elő komoly vérzések.

A szerzők hét akut leukémiás betegen (5 akut promyelocytás, 2 akut myelomonocytás leukémia) észlelték a DIC klinikai tüneteit. A vérzéses szövődmények elkerülése céljából megfelelő thrombocytapótlást végeztek. A cytostatikus terápia utáni első héten folyamatos heparin-kezelést alkalmaztak. Ezen kombinált medikációval hét beteg közül három komplett, egy pedig parciális remisszióba került. A másik három beteg röviddel a kezelés kezdete után meghalt cerebrális vérzés következtében.

A heparin gyorsítja a thrombin — antithrombin — III (AT—III) egymásra hatását, heparin jelenlétében az AT—III neutralizálja a thrombint. Két betegüknél olyan megfigyelést tettek, hogy a heparin dózisának csökkentése, ill. idő előtti abbahagyása rontotta a haemostasis-zavart. A kedvezőtlen prognózisú APL és hozzá társuló DIC kezelésének három alappillére, amelytől komplett remisszió várható: az intenzív kombinált kemo-terápia, a hatásos supportív kezelés (elsősorban a thrombocytapótlás), és a haemostasis protekciója heparinnal.

Bozóky Géza dr.

A tüskés-sejtes leukémia terápiajáról. Golde, D. W. (UCLA School of Medicine): *New Engl. J. Med.* 1982, 307, 495.

A Bouroncle mtsai által 1958-ban leírt tüskés-sejtes leukémia

ma is számos meg nem válaszolt kérdés miatt a tisztázatlan betegségek sorába tartozik. Csak feltételezik, hogy B-sejtes eredetű sajátságos malignus lymphoma, amelynek ugyan klinikai és cytológiai képe meglehetősen jellemző, a kóros sejtek eredete és dinamikája azonban rejtélyes. Leggyakrabban pancytopeniával jár, ugyanakkor a belső szerveket — leginkább a megnagyobbodott lépét — a tüskéssejtek nagy tömegben infiltrálják. Kezelésében elsődleges szerként nem alkalmaznak szívesen cytostatikumokat, ellenben eredménnyel végzik a lép eltávolítását, ami után rendszerint minden kezelés nélkül több éves klinikai remisszió következik be. A splenectomiát követő relapsus kezelése a legmegoldatlanabb. Önmagában alkalmazott kortikosteroidokkal az állapot átmenetileg jól uralható, az alkiláló szerek ezen a helyzeten többnyire semmit nem javítanak. Ha kezdetben vagy a relapsusban magas a perifériás sejt szám, átmeneti javulást hozhat a leukafezis. A betegek halálát mind kezdetben, mind progresszió esetén csaknem kivétel nélkül szeptikus komplikációk okozzák. Átlagos túlélése 42 hónap körül van, bár közülük már 10 évnél hosszabb túlélést is. Az indokolatlan cytostatikus kezelés majdnem biztosan ront a beteg állapotán.

Berkessy Sándor dr.

Az akut leukémiás betegek gombás fertőzéseiről. Degregorio, M. W. és mtsai (Division of Clinical Pharmacy, Dept. of Medicine, University of California, San Francisco): *Amer. J. Med.* 1982, 73, 543.

Az akut leukémiás betegek kemoterápiája során a vérzéses és bakteriális komplikációk mellett gyakran fordulnak elő gyógyszereken alig befolyásolható gombás fertőzések. A szerzők által vizsgált 33 beteg 27%-a szenvedett Candida- és Aspergillus-infekcióban. Megfigyelhető volt, hogy szisztémás candidiázisban azok a betegek szenvedtek, akikben a kemoterápia súlyos, prolongált neutropeniát idézett elő, s akik szájnyal-kahartyáján gombakolonizációt lehetett megfigyelni. Ezeknek a betegeknek boncolással igazolható disszeminált mikózisuk volt. A leg súlyosabban érintett szerv mind egyik esetben a tüdő volt. Ugyancsak súlyos és röntgenológiaiilag is jellegzetes pulmonális mikózist idézhet elő az Aspergillus is. Nem kevés volt a kevert fertőzésben szenvedők száma sem. Mindkét gomba egyik fontos behatolási kapuja a bélszatorna. A mikózis generalizált formájának kezelése rendkívül nehéz és ritkán sikeres. Mindmáig a legalkalmasabb szer az Amphotericin B. E szer alkalmazása igen sok mellékhatással járhat. Dozírózását az alábbiak

szerint végezték: 1 mg teszt dózis után 0,3 mg/kg adagot adtak az első napon, majd második naptól 0,5 mg/kg adagot mindaddig, amíg a beteg neutropeniája megszűnt. Javasolják az Amphotericin minél korábbi alkalmazását mikózis gyanúja esetén.

Berkessy Sándor dr.

A preleukémiás betegek csontvelői masztocita-tartalmáról. Yoo, D., Lessin, L. S. (Dept. of Medicine and Pathology, Division of Hematology, G. Washington University, Washington): *Amer. J. Med.* 1982, 73, 539.

A szerzők 20 preleukémiás beteg csontvelőjét vizsgálták azok masztocita-tartalmára vonatkozóan okulármikrométer segítségével. Ezzel a módszerrel lehetőség volt arra, hogy a masztociták gyakoriságát 0,04 mm²-enként megszámlálják. Az eredmények azt mutatták, hogy a preleukémiás betegek csontvelőjében szignifikánsan több masztocita fordul elő, mint bármely más csontvelőben. Nem lehetett eldönteni azonban, hogy mi lehet az oka a csontvelői masztocitózisnak. Mivel a masztociták IgE-receptorokban gazdagok, felmerül a lehetőség annak, hogy halmozódásuknak immunológiai oka van valamely malignus preleukémiás clon ellen. Az is lehetséges, hogy valamilyen tumorsejtek által termelt kémiai anyag hatására szaporodnak meg a masztociták a preleukémiás beteg csontvelőjében.

Berkessy Sándor dr.

Orvostudomány

Ki legyen a szerző? — *Brit. med. J.* (Szerkesztőségi közlemény): 1983, 287, 1569.

Egyre gyakoribb, hogy az orvosi folyóiratokban sokszerzős tanulmányok jelennek meg. A korai 40-es években a *N. Engl. J. Med.*-ben egy-egy közlemény írójaként átlagosan két szerző szerepelt. Még 1978-ban is a szerzők száma átlagosan öt alatt volt. Számuk további növekedése azonban arra készítette a szerkesztőket, hogy megvizsgálják hogy egy-egy tanulmány megírásáért az egyes szerzők milyen mértékig éreznek felelősséget. Az ilyen irányú kérdésekre elmormogott néhány szavas válasz ugyanis arra utalt, hogy a szerzők a dolgozatokért érzett felelősség tekintetében zavarban voltak. A dolgozatok társszerzősége ugyanis inkább ürügyül szolgált ösztöndíjak, állások elnyeréséhez. Valójában ugyanis az egyes szerzők inkább szakirodalmi tevékenységük, mint valódi kvalitásaik szerint bírálták el. — A dolgozatok élén szereplő szerzők hosszú listájából esetenként nehezen állapítható meg a valódi szerző, néha ugyanis az el-

sőként szereplő szerző valóban a legjelentősebb, de máskor az a legfiatalabb. Nem ritka, hogy az osztály vezetője a névsor legvégére kerül, de az sem ritka, hogy a legutolsó név egy technikusé (asszisztensé). Az osztályvezető szerepeltetése egyes esetekben egyfajta „noblesse oblige”. Ez azonban csak akkor jogos, ha szerepe van az ötlet megformálásában, a gondolatmenet kialakításában, részvétele azonban nem magyarázható, ha a munkában nem vett részt. Egyes folyóiratok úgy védekeznek az illetéktelen társszerzőség ellen, hogy a társszerzőket alfabetikus sorrendben sorolják fel, ezzel azonban az ABC végén szereplő szerzők kedvét eleve elveszik a társszerzőségtől. — Az olvasónak mindezzel az a gondja, hogy a szerzőség nem jog és nem érdem, hanem felelősség, amellyel a szerző elsősorban a nyilvánosságnak tartozik. Ezért a szerzőtársnak tudnia kell, mi történik egy dolgozat születése körül, mert a felelősség mindegyik társszerzőt egyformán terheli. Ha tehát több szerző közös művével

kapcsolatban merül fel a felelősség kérdése, ott helyes, ha a szerkesztőség veszi át a kezdeményezést, amiért a szerző kell, hogy a leginkább hálás legyen. Az orvosi folyóiratok szerkesztőinek vancouveri állásfoglalása szerint (Internat. Committee Med. Journ. Editors 1982, 96, 766. Ann. Intern. Med.) helyénvaló, a többszerzős kéziratok szerzőitől olyan nyilatkozatot kérni, amely szerint a kéziratot benyújtás előtt minden szerzője látta és annak tartalmával egyetért. — A Brit. Med. J. 1983, 287. 1608. oldalon megjelent *Moultopoulos és mtsai* hasonló tárgyú cikke, amelyben a társszerzők alaptalan vagy jelentéktelen részvételét elemzi egy konkrét egyetemi állás betöltésének megítélésében. Megállapítják, hogy többszerzős tanulmányok esetében szükséges, hogy a kézirat benyújtásakor a folyóirat kérjen nyilatkozatot az összes társszerzőtől, hogy az egyes szerzők milyen mértékben és milyen minőségben vettek részt a dolgozat megírásában: az eredeti ötlet felvetésétől a tanulmány meg-

tervezésén, a kísérletek kivitelezésén, a klinikai vizsgálatokon, adatgyűjtésén és értékelésén át a technikai tanácsadásban, együttműködésben stb., a dolgozat megírásáig. — A tervezés idején kell meghatározni, hogy ki (kik) legyen(ek) a szerzők és mi legyen az egyes szerzőtársak feladata a munkában, ne történjen meg, hogy egyeseket utólag „vesznek be” a társszerzők közé „az osztály békéje érdekében”. — A szerzők száma érthetően magas lehet interdiszciplináris tanulmányok esetén vagy multicentrikus klinikai vizsgálatokban. Nem kívánható meg ugyanis, hogy minden szerzőtárs a dolgozatban szereplő minden diszciplinában kutatási szinten tájékozott legyen, mindazonáltal elvárható, hogy a dolgozat élén szereplő minden szerző ismerje a dolgozat tartalmát és lényegét mondanivalóját. — A szerkesztőségi közlemény a legutóbbi évek folyamán megjelent hasonló tárgyú és jelentős számú közleményre támaszkodik, amelyeket bibliográfiában sorol fel.

Walsz Róbert dr.

TOBANUM TABLETTA

Viszonylag tartós hatású, nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3–10-szer hatékonyabb. Egy tabletta 5 mg cloranolum hydrochloricumot 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 terhességnek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA

Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3× $\frac{1}{2}$ 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.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

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

Fokozott óvatossággal adható

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

FIGYELMEZTETÉS

Tartós Tobanum-kezelés elhagyása csak fokozatos, orvosi ellenőrzés mellett történhet. Labilis és inzulinigénylő diabetesben, a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



Társszerzők és szerzőtársak. (Ismét a társszerzőség kérdéséről.)

T. Szerkesztőség! Egyetértek a T. Szerkesztőséggel (Kié a dolgozat — ma? Orvosi Hetilap, 1983, 124, 41, 2527—2528.) abban, hogy végleges állásfoglalás ebben a kérdésben csaknem lehetetlen. Hozzájárul ehhez, hogy a team-munka egyre megszokottabb, a specializálódás eredményeként. De ezeknek a teameknek van vezetőjük, akitől a célkitűzés, az ötlet származik, aki felkéri a társszerzőket és aki az eredményeket összefoglalva azokat a dolgozatba beilleszti és azt végeredményben megírja. Ilyen esetben nincs probléma a szerzőség kérdésében. Magam is voltam már ilyen munkacsoport tagja, és nagyon gyümölcsöző volt az együttműködés más szakmabeliekkel. A szerzőség kérdését természetesen a szerzőnek és társainak egymás között kell megbeszélniük, ez nem lehet a Szerkesztőség feladata.

Nem tartom helyesnek én sem azt a gyakorlatot, hogy a társszerzőket csak a dolgozatok számának szaporítására veszik be a dolgozatba, a viszonzás reményében. Ennek akkor lehetnek kínos következményei, ha az előálló szerzők akadályoztatása miatt a „team”-nek olyan tagjához fordulnak felvilágosításért, netán szaktanácsadásért, aki azt sem tudja talán, miről is van szó abban a dolgozatban. Ez túlzásnak látszik, sajnos saját tapasztalatom alapján írom le ezt. A nagynevű kollégák, előjárók társszerzőséggel való megtisztelésének sem látom értelmét, hacsak azért nem történik, hogy a dolgozatnak egy kis nyomtatékot adjanak, mely szintén helytelen gyakorlat. A vezető beosztású kolléga tekintélyét nem növeli, neki már nincs szüksége dolgozatai számának ilyenén szaporítására. Nagyobb megtiszteltetés lenne, ha a szerzők rövid ajánlást írnának a dolgozat elé (régebben gyakoribb volt ez a szokás), vagy ha a már megjelent dolgozathoz különnyomatot adnak át neki tiszteletük jeléül. Azt persze eldönteni nem lehet, hogy egy hosszú névsor végére milyen ok miatt került az intézet vezetőjének neve. De sejténi lehet.

Mindenesetre nem kelt jó benyomást. Ez morális probléma, melyet az intézetben belül kell eldönteni. Sajnos vannak vezető kollégák, akik elvárják beosztottaiktól, hogy dolgozatukba „bevegyék” őket.

A dolgozatok fejlécén szereplő seregnyi szerzőtárs sem kelt jó benyomást. De az sem, ha a köszönetnyilvánításban derül ki, hogy a munka érdemi részét kik is végezték el. Előfordul, hogy felkérés el-

lenére sem akar valaki egy dolgozatban szerzőtársként szerepelni, pedig munkáját elvégezte. Ilyenkor nem marad más, mint a köszönetnyilvánítás, de valahogy kellene ezekre az esetekre is találni valamilyen formulát.

Sajnos egyes esetekben a szerkesztőségeknek is szerepe van a szerzők számának szaporodásában. Tapasztalatom, hogy a „magányos” szerzőt nem jó szemmel nézik, mintha kevesebb volna a hitele, ha a saját ötletét egyedül dolgozza ki, pedig jelentősen több így a munkája, mintha többen dolgoznának együtt: irodalomkutatás, fordítás, gépelés, stb. Megtörtént velem olyan is, hogy tízéves gyűjtőmunkám eredményeként megírt dolgozatomról az volt a kifogás, hogy mivel a téma több szakmát érint, kérjek fel mindegyikből társszerzőt. A dolgozat tulajdonképpen kétszen volt, hatalmas irodalomjegyzékkel, fotókkal, stb. Így lettünk egy helyett hárman szerzők. Az egyik kolléga írt egy ötsoros bevezetést, a másiknak még annyi munkája sem volt a dolgozattal. Úgy éreztem, az illető szerkesztőség ezúttal nem járt el helyesen. Valóban szükséges lenne a közlési gyakorlatot felülvizsgálni, lekiismertesebben kezelni. Itt ajánlásokkal, vagy jogszabályokkal nézetem szerint nem lehet rendet teremteni, illetve nem érdemes így korlátozni a kérdést. Szerintem ez igenis lelkiismereti és morális probléma. Mint ahogy az is az, hogy a központi osztályok dolgozóit gyakorta „elfelejtik” bevenni a szerzők közé, pedig nem ritkán az ő érdemük a beteg kivizsgálása és a diagnózis felállítása például egy kazuisztika esetében. Máskor nagy számú beteg megvizsgálásával terhelik meg ezeket a kollégákat, mikor szinte szűrővizsgálatyszerűen több száz beteget küldenek vizsgálatra, melyeknek kiértékelése az ő feladatuk. Aztán amikor a dolgozatot meglátnak az egyik folyóiratban, elgondolkoznak rajta: őket vajon mért felejtették ki a szerzők közül? Sok dolgozat készül így el, mások verejtékével, akiket a gyümölcsök leszedésekor mellőznek.

Az anyagi kérdésre nem pazarolnék sok szót: oly kicsiny egy dolgozat névleges tiszteletdíja, hogy nem hiszem, hogy arra valaki is igényt formálna. Más kérdés ez könyvek esetében. Egyre szaporodnak az olyan könyvek, melyet szerkesztenek és az egyes szakterületek specialistái írják az egyes részeket. A tartalomjegyzékből aztán kiderül, hogy a szerkesztők esetleg csak elenyésző, vagy kevésbé fontos részeket írtak, mégis a köztudatba úgy fog átmenni, hogy a szerkesztők neve marad meg. Ezt nem tartom helyesnek, itt valamit

tenni kellene. Hadd szóljak egy mondatot a lektorálásról. Pontosabban arról, hogy a lektorok ismerik a szerzők nevét, viszont ők anonymításba húzódnak. Miért? Ha a szakvélemény helyes, sine ira et studio készült, és a bírálat elfogadható stílusban készült (egyes lektori vélemények hangvétele külön tanulmányt érdemelne!), tehát ha a lektor véleményét vállalni meri, akkor nyugodtan aláírhatja a nevét. Ez a lektorokat is kedvezően befolyásolná, azonkívül szerintem a névtelenség tárgyszobok okozója is a fentiekben tárgyaltaknak. Műszaki folyóiratoknál a lektor ismert, és még egyet sem ettek meg a szerzők. Van olyan gyakorlat is, hogy a szerző kéri azt, hogy ki legyen a dolgozat lektora. Nem lehetne ezt nálunk is mérlegelni?

Valaki azt mondhatja, hogy jelentéktelen dolgokról vitatkozunk. De azok a kollégák, akik hivatásunk becsületének megőrzéséért és helyreállításáért mindent megtesznek, maguk járva elől jó példával, bizonyára egyetértenek velem, hogy a közlési morál megjavítása közös feladat: szerkesztőségeknek és szerzőknek együtt kell megtenni az első lépéseket.

Réti G. Péter dr.

T. Szerkesztőség! Veress Sándor dr. levele (Orv. Hetilap, 1983, 124, 2527.) igen nehezen értékelhető problémát állít reflektorfénybe. Szeretnék véleményéhez néhány olyan orvos-kritikusi megjegyzést fűzni, amely a kérdést nemcsak a szerzői közösségek, hanem más szempontok oldaláról is érinti. Mielőtt a közlemények számáról és értékéről megkísérelnék szólni, megjegyzem, hogy a legtöbb orvosnak van közleményírási késztetése részint emberi hiúságból, részint abból a jól megfontolt számdékből, hogy későbbi előmenetelét, rangsorolását sok egyéb mellett nem is annyira a dolgozatok minősége, hanem azok abszolút száma erősen befolyásolhatja. Ilyen szemlélet mellett mit tehet egy fiatal orvos? Nívós dolgot egyedül publikálni nehéz, semmitmondó dolgozatot pedig nem fogadnak el a szaklapok szerkesztőségei. Az egyik megoldás a Veress dr. által tollhegyre tűzött rész munka, hiszen évtized múlva az irodalmi működés felsorolásánál már senki sem fogja kérdezni, hogy hányan írták a közleményt.

Van azonban ennél korrektebb lehetőség is egyéni dolgozat megírására, de ez nem egészen a szerzőn múlik. Nézzük csak, hogy ki írhat manapság egy közleményt? Gyakorlatilag bárki, még orvosi diploma sem szükséges hozzá, legfeljebb az osztály főorvosának és az intézmény vezetőjének jóváhagyása, illetve engedélye. Természetesen senki sem születik kész szerzőnek, a dolgozatírás fortélyait is meg kell tanulni valakitől. A tudományos életben való magatartást, viselkedést, protokollt gyakorolni

kell. A nyilvános szereplésre jó lehetőséget kínál a fiatal orvos számára az osztályos referáló ülés, a másodorvosi kar előadói ankétja, a kórházi kliniko-patológiai összejövetel, később a különféle orvosi rendezvények, tudományos értekezletek, vándorgyűlések, konferenciák, amelyekből az év minden napjára több is jut. Mindezeknek és az első dolgozatoknak meg van az a nagy értéke, hogy az aktív résztvevőnek, illetve szerzőnek alaposan el kell mélyednie tudomány-szakában és annak határterületeiben; ha nem is mondott, vagy írt világrengető dolgokat, saját önképzése feltétlenül nyereség.

Az első szárnyprobálgatást a jó főnök szívesen segíti, igyekszik megfelelő témát, vagy részfeladatot rábízni beosztottjára, felhívja figyelmét a buktatókra, a közlemény gyermekbetegségeire. Gondolom, az a helyes, ha ez a dolgozat önálló irodalmi műként jelenik meg, a segítőkben kell lennie annyi nagyvonalúságnak, hogy rész-szerzői dícsőségre ne reflektáljanak. Az első nyomtatásban megjelent munka további lendületet ad szerzőjének, fokozza önállóságra való törekvését és akiben van kitartás, ambíció, kapaszkodhat tovább.

A szakadatlanul áramló közlemények értékéről és a nyomokban járó krifkáról megoszlanak a vélemények. Arról persze nem mi orvosok tehetünk, hogy szaktudományunkban nagyon rövid a felelési idő és a dolgozatok mondanivalója hamar elévül. Az emberiség nagy szellemei maguk vallják, hogy egész életmunkájuk mindössze egy-két időtálló mondattal gyarapította az egyetemes tudomány összességét. Úgy gondolom, a „nagy értékes” közleményeket az elkötelezett kutatók írják; ez nekik hivatásuk, vita se merülhet fel, hogy kié a cikk. A tankönyvi adattá kristályosodott adatokat a gyakorló orvosok hasznosítják a betegágy mellett: ők is írnak ezekről másodlagos dolgozatokat, amelyek a kutatók korábbi meglátásait támasztják alá, esetleg cáfolják.

Nagyon sok retrospektív, statisztikai, kazuisztikai tanulmány jelenik meg viszonylag jelentéktelen mondanivalóval, de annál több öndicsérettel. E dolgozatok refrénje mindig azonos: „... osztályunk eredményei jobbakké az országos átlagnál”. E kijelentéseket enyhe szkepszissel fogadják az olvasók. De ha tényleg így van és mondjuk a Sz-i kis kórház ilyen csodálatos eredményeket ér el, akkor módszertüket kötelezően be kellene vezetni az ország egész területére, hogy az eddigi rossz átlagon javítsunk. Ha mégsem lenne így, akkor a közlemény talán csak jól fésült (esetleg beszorzott), vagy nagyon is válogatott anyagot jó időnőntban felölölő statisztikai játék. Kérdés, hogy mennyit ér egy ilyen dolgozat, függetlenül a szerzők számától? Annyit biztosan, hogy

valaki eggyel több közleményt mondhat a magáénak. E magántulajdont sokan félve őrzik: nem egy idősebb korosztályhoz tartozó szerző sértődik meg azért, mert mások nem hivatkoznak dolgozatára. Igaza van, de vajon nem elgondolkozható-e, hogy a nemzetközi irodalom is csak elvéve hivatkozik hazánk kifejezetten prominens kutatóira? Kis nemzet, kis hivatkozás?

„Tisztában kell lennünk, hogy a mai medicina — és különösen a kutatómunka — mindinkább team-tevékenységen alapul...” olvassuk a szerkesztői megjegyzésben. Ez a mondat ismételtlen felhívja a figyelmet, hogy a tudományos kutatást témánk elbírálása szempontjából is külön kellene választani a gyakorló orvosok irodalmi munkájától.

Gondos mérlegelés után úgy vélem, hogy igazi teammunka tulajdonképpen nem létezik. Az úgynevezett teamnek van egy feje — sokszor zsarnoka —, akinek egyéni koncepciója szerint többek bevonásával, irányításával bizonyos célmunka folyik. Így van ez rendjén. Egy zenekarnak is csak egy karmestere van, legyenek bármilyen virtuózok az egyes hangszerreken játszó muzikusok. Egy ötlet mindig csak egy ember fejből patlanhat ki, az alap gondolat formálásában, csiszolásában azonban már többen vehetnek részt. Azonos képességű emberek már csak hiúsági kérdés miatt sem lehetnek egymás szubordináltjai. Viszont ha mindenki dirigál, akkor káosz alakul ki. Egy klinika vezetője a saját szakmáján belül „mindent tud”, az ő tudásához a beosztottak gyakorlatilag nem tehetnek hozzá semmit, mert különben társprofesszorok lennének. Ha feltételezzük, hogy egy klinika, vagy nagy osztály vezetője a „legokosabb” ember — és miért ne tételeznénk fel? — akkor ezzel elismertük, hogy abban az intézményben csak egy szellem létezik. Irányítja a tudományos és gyógyító munkát, neve szerepel minden dolgozat fejlécén, tehát a maga és intézménye nevében is felelősséget vállal a közlemény mondanivalójáért. Vele nyilván megbeszélést a szerzők a vitás pontokat, tanácsot és útbaigazítást kaptak, hogy „klinikánk álláspontját” világosan kifejhessék. A professzor talán egy sort sem írt a piszkozatra, mégse mondhatjuk, hogy nincs köze a publikációhoz. Úgy vélem a klinikáról közölt összes dolgozat fémjelzi a vezető munkáját, anélkül, hogy neve a szerzők között szerepelne.

A nagy horderejű közleményt is egy ember írja, de útmutatásai alapján többen segítenek neki (kórlapok átnézése, laborleletek értékelése, rajzok, táblázatok stb.). E munkatársakat nem venném a szerzők közé, hanem új fogalmat alkotnék. A ma szokásos köszönetnyilvánítást használnám erre a célra, hangsúlyozva, hogy az egyszer

rű „köszönömön” kívül itt jóval többről van szó: a sokszor kevésbé látványos, de nagyon hasznos tudományos munkában való elmélyülésről és segítségéről. A neveket a ma szokásos petit helyett nagy betűkkel írnám. Legyen e köszönetnek bizonyos tudományos rangja!

Végezetül etikai és szakmai meggyőződésből — félretéve a féltékenységet — támogatnám a magányos publikálókat. Tudom, hogy az ő idejük lejárt, hiszen nem versenyezhetnek a nagy intézmények felkészültségével, lehetőségével, tekintélyével és óriási rutinjával. Jó gondolata, megfigyelése, tapasztalata, módszere azonban mindenkinek lehet, ha gnyi kellene őket is érvényesülni, mert nem hiszem, hogy ezen a világon mindent csak hatalmas kollektívák tudnak megoldani.

Janny Géza dr.

T. Szerkesztőség! Örömmel ragadom meg a T. Szerkesztőség által kínált lehetőséget, hogy dr. Veress Sándor leveléhez (Kié a dolgozat ma? — O. H. 1983, 124, 252.) hozzászóljak, annál inkább, mert 35 év alatt közleményeim többségét 65 társszerzővel írtam. Egyetlen alkalommal sem volt problémánk a szerzőséget illetően, mert tartottam magam *Surányi dr.* soraihoz: „Ne írd rá olyan közleményre a neved, amelynek létrejöttében nincs érdemi részed, és szerepelted szerzőként mindazokat, akiknek a munkában felelős részük van.” (Csupán az „érdemi” és „felelős” megkülönböztetéssel nem értek egyet, hiszen értelmük ha nem is azonos, de itt elválaszthatatlan egymástól.)

Azt, hogy ha egy munkához különböző szakmák együttműködésére (Kettes prof. szerint „társ-szerző”-ségre) van szükség, akkor fentiek szerint nélkülözhetetlen a több szerző, ma már magától értetődik, egyúttal annyira etikai kérdés is, hogy szabályba is lenne foglalható. Nem ilyen egyéltelmű a kérdés, ha egyszakmabeliek, munkatársak. Hogy esetenként ez is nélkülözhetetlen, erre csak egy példát hozok fel. 1976-ban jelent meg 10 angol ortopéd-traumatológiai osztály 3 éves anyagát összefoglaló prospektív tanulmány, amelynek így a világon eddig legnagyobb anyag alapján, egy adott időpontban sikerült megbízható képet adni a combnyaktörés kezelésének állásáról, egyes tényezők jelentőségéről a gyógyulásban. A 10 osztály különböző szempontok alapján külön is ismertethette volna anyagát, ami 10, nem sokat mondó dolgozattal növelte volna a nagyszámú irodalmat, s ebben az esetben minden szerző 1—1 dolgozattal „gazdagította” volna az irodalmat. Vajon a Veress dr. szerinti személyenkénti 1/10 dolgozat valóban kevesebbet ér-e a szerzők számára tudományos munkásságuk értékelésében? Lehet ilyen elmentmondás a nemzetközi irodal-

mi érték és az egyes szerzők értékelése között? Nem kellene végre elmozdulni az „egy dolgozat = egy dolgozat” mennyiségi holtpontról? Ha az orvosi irodalmat a közleményeknek mindent előtő áradatától meg akarjuk óvni, itt igen komoly tennivalónk akad.

Ha jelentős klinikai anyagot kívánunk egy adott időszakra vonatkozóan feldolgozni, helytálló megállapításokat kívánunk tenni, gyakran kényszerülünk több osztály felelős együttműködésére, amelyben természetesen a vizsgálatot megtervező-megszervező az első hely. A klinikusok elfoglaltsága mellett egyazon anyag feldolgozása is szükségessé teheti többek együttműködését. A „dicsőség” sokszor úgy is megosztható, hogy a szerzők munkájuk arányában felváltva szerepelnek első szerzőként.

Azt hiszem, ott lehet probléma elsősorban, ahol a főnök hatalmi szóval dönti el a sorrendet, olyan közleménybe írja be — esetleg első helyre — nevét, amelynek elkészítésében nem, vagy csak kis mértékben vett részt. Véleményem szerint elsősorban azon múlik a vezető értéke: hány és milyen dolgozat jelenik meg osztályáról (neve a fejléccen szerepel). Fiatalkutatóként egykori főnökömtől, *Petrovskij* professzortól másfél év alatt 3 témát kaptam, amelyek feldolgozásában is segített tanácsaival, anélkül, hogy szerzőként szerepelt volna. A klinika, osztály vezetője a beosztottai által végzett részmunkákról összefoglaló tanulmányban számolhat be, ami legjobban mutatja tudományszervező, irányító, nevelő szerepét. Ajánlásokat természetesen helyes összeállítani, tudományetikai fórumra is szükség van, amely a felmerülő problémákból állást foglalva iránymutató lenne. Eddigi tapasztalatom alapján egy-két javaslat:

1. Vegyük be azokat, akik — ha nem is vettek részt az adott probléma vizsgálatában — a szakterületükön végeztek gondos, a rutint lényegesen meghaladó színvonalon végzett munkájukkal a dolgozat megalapozott megállapításait lehetővé tették (anaesthesiologia, patológia, röntgen, laboratórium stb. területén).

2. Vegyük be a fiatal munkatársakat, ha az anyag feldolgozásához (vizsgálatok elvégzése, dokumentációk kiszerezése és feldolgozása, irodalom gyűjtése és — esetleg ennek alapján — a feldolgozás kiszélesítése stb.) hozzájárultak. A vezetőknek kötelessége is, hogy munkatársaikat bevezessék a kutatómunkába és erre egy téma együttes feldolgozása a legalkalmasabb.

Mindkét esetben az arányokon is múlik, hogy társszerzők, vagy a közlemény végén köszönjük meg segítségüket.

Úgy vélem, hogy a klinikumban ma már csupán hypothesis felvetése, koncepció ismertetése, összefoglaló referátum, illetve részt-

mák összefoglalása (ebben az esetben a résztvevők szerzői az irodalomban szerepelnek) lehet egyetlen szerző műve, s nem hiszem, hogy más, egy név alatt megjelenő közlemény szerzőjének nagyobb dicsőséget jelenthet ez, ha a dolgozatról nyilvánvaló, hogy csupán több, különböző szakismeretű kutató kollektív munkájával valósulhatott meg.

Kazár György dr.

A szerkesztőség válasza: Örülünk, hogy a társszerzőség kérdése több kollégát is véleménye kifejtésére ösztönzött, hiszen a kérdés rendkívül aktuális. Világszerte mind többen tekintik problematikusnak ezt a kérdést, növekszik a vele foglalkozó irodalom is. Ezt mutatja a *British Medical Journal* egyik nemrég megjelent szerkesztőségi cikke, amelynek referátumát e számunkban közöljük (lásd az 1037. oldalon).

Ez a referátum is tükrözi, hogy e probléma különösen a szerkesztőségeket érinti, noha jelentősége és kihatása sokkal messzebb terjed, vonatkozik a tudományos munka egészére, (sőt az orvosi gyakorlat mindennapjaira is.)

Szerkesztőségünk régóta, újraindulása óta tanulmányozza ezt a kérdést. Szinte nincs is olyan területe ennek, amely nem fordult volna elő az elmúlt 36 esztendő évfolyamaiban... Úgy érezzük, hogy a hozzászólások most elsősorban a *Veress dr.* leveléhez írt szerkesztőségi kommentárhoz szólnak, ezért most összefoglaló válasza a szerkesztőség érzi magát illetékesnek.

Valamennyi hozzászóló elítéli a jelenleg elterjedt visszasságot, amely a társszerzők számát elsősorban azért szaporítja, hogy minél több közleményt mondhatson magáénak a társszerzők mindegyike. A szerkesztőség — máként ezt a kommentárban is hangsúlyozta — ezt a visszásvagyat helytelennek, demoralizálóknak tartja, egyetért tehát a hozzászólókkal.

Ugyancsak egyetértenek a szerkesztőség és a hozzászólók abban, hogy a társszerzőség nem lehet rangnak vagy pozíciónak szóló gesztus vagy jog, a dolgozatban ill. az annak alapját képező munkában való érdemi és lényeges részvétel kell inkább kifejezzen. A társszerzők sorrendiségének is ezt a részvételt kellene tükröznie.

Abban különösen egyet kell értenünk valamennyi hozzászólóval, hogy a szerzőség kérdéseinek tisztázása, elvi rendezése olykor nehéz, amit növel a világos irányelvek hiánya. Ezért is nagy a szerkesztőségek felelőssége, hiszen ők vannak abban a helyzetben, hogy különböző területek viszonyait áttekinthetik és a társszerzőség optimális és igazságos rendezésére ajánlásokat dolgozhatnak ki. Célszerű tehát a kérdés felszínen tartása, vitatása. Az Orvosi Hetilap szerkesztősége nagyon sokat foglalkozik ezzel a kérdéssel a kéz-

iratok elbírálása során, erről különösen sokat ír konkrétan az egyes kéziratok kapcsán a szerzőknek, de sokat foglalkozott a múltban is „Levelek a Szerkesztőhöz” rovatában.

Ez az utóbbi gondolat egyben válasz *Réti dr.* gondolatára, amely felveti, hogy a szerkesztőség nem tudja eldönteni a szerzőség kérdését. Úgy véljük, hogy a szerkesztőség képes a kérdés eldöntésére, ha a vizsgálat elvégzésének és a dolgozat megírásának körülményeit ismeri.

Réti dr. javasolja, hogy ajánlásos közönetnyilvánítással kellene kifejezésre juttatni, hogy a dolgozatok kimunkálásában munkahelyi vezetők vagy idősebb kollégák lényeges segítséget nyújtottak. Ezzel nem lehet egyetérteni, mert az intézkedésnek avagy a tudományos munka területén megbízottjának feladatköréhez tartozik és éppen ezért kötelessége a fiatalabbak támogatása.

Kétségtelen, hogy a — gyakran nagyon értékes — multicentrikus vizsgálatok sokszerzős jellege jogosult lehet. A komoly kollaborációt megtestesítő sokszerzős dolgozat ezért általában nem is okoz gondot, annak hangsúlyozása mellett, hogy a szerzők számában valahol határt kell szabni. Ebben lényegében *Réti dr.*-ral és *Kazár dr.*-ral is egyetértünk. Nem találkoznak azonban tapasztalataink *Réti dr.*-ével abban, hogy a „magányos” szerzőkkel szemben előítélet volna a szerkesztőségekben, ha olykor a magunk részéről élünk is azzal a javaslattal, hogy a szerző (vagy akár a szerzők) vonjanak be olyan kollégát szerzőtársnak, aki tájékozott egy olyan témakörben, amelyben a szerző(k) láthatóan nem járatos(ak), és aki tehát a dolgozat tökéletesítésében majd érdemi szerepet kap.

A laboratórium, a röntgen, a kórbontan — *Réti dr.* ezeket központi osztályoknak nevezi — képviselői kihagyásukat a dolgozatokból gyakran panaszozzák. Ezzel a kérdéssel sok-sok „Levelek a Szerkesztőhöz” rovatunkban publikált írás foglalkozott. Ha olvasóink részletesebben érdeklő a szerzőség-társszerzőség kérdése, ezekben a „Levelekben” bő tájékoztatást kaphatnak (*Orv. Hetil.* 1975, 116, 3096; 1976, 117, 2826; 1977, 118, 2240).

Nem tudunk egyetérteni *Réti dr.*-ral a könyvek szerkesztését illetően. Az egyes szerkesztett munkákban az egyes tanulmányokat önállóan idézik, ugyanúgy, mint a folyóiratban megjelent cikkeket. A könyv szerkesztője tehát aligha veszi el az egyes szerzők „dicsőségét”. A könyv koncepciójának kidolgozásában, továbbá színvonalának biztosításában viszont döntő szerepe van, ha feladatát elmélyedően látja el. Aki már szerkesztett ilyen könyvet — különösen sokszerzőset — az tudja, milyen nagy munka ez, és azt is, hogy e munka alkotó jellege elvitathatatlan.

A lektorálás titkossága lapunk többévtizedes gyakorlatában beváltnak mondható. Gyakorlatunkban nem titkoljuk el a lektor elől a szerző(k) kilétét. Ennek ellenére részrehajlást — különösen negatív irányban — ritkán tapasztalunk. A lektor tudja, hogy nem ő dönt a kéziratok felett, ennek felelősségét a szerkesztőség vállalja magára, a lektor tanácsadói szerepet tölt be. Így azután tudja, hogy véleménye a szerkesztőség ellenőrzése alá kerül. Ettől függetlenül is sokkal ritkább a lektori rosszindulat, mint azt a szerzők feltételezik. Inkább azt tapasztaljuk, hogy a lektor „indulatának” vizsgálata a szerzői önkritika hiányának jele. Ha valaki nem a kifogások érdemi tartalmával néz szembe, hanem személye elleni rosszindulatot gyanít, legtöbbször kész a „védekező mechanizmus”, és ez a szerző további fejlődésének általában nem használ. A kritikai szempontok figyelembevétele és elfogadása viszont komoly fejlesztő erőt jelent. Sajnos korunkban nemcsak a medicinában ritka a nyílt vita, az őszinte, kritikus hangnem. Inkább az a rossz szokás terjedt el, hogy a munkatársak, barátok csak di-

csérő hangot tartanak megengedhetőnek, ezért sok szerző szemében azután az enyhe ill. a jogos kifogás is sérelem.

Ez a kérdés kissé elvisz a társszerzőség témájától, de annyiban összefügg vele, hogy ez is a publikációs morál lazulásának tényezője, hogy újabban és mind gyakrabban válik a társszerzők számának szaporítása a cikkek mennyisége növekedésének öncélú eszközévé. De ez csak egyik motívuma a szerzők számának növekedésében. Ennek tudható be az is, hogy a szerzők inkább „beveszik”, semminthogy bevezetnék fiatalabb kollégáikat a kutatás munkájába.

Janny dr. hozzászólásából egyet értünk azzal, hogy a tudományos közlemények készítése fejlesztő, nevelő hatású a fiatalokra. Éppen ezért is nagy a jelentősége, hogy kellő ösztönzést és segítséget kapjanak, és lehetőleg önállóan dolgozzanak és publikáljanak. Az is igaz, hogy a teammunkában is elkülöníthető az egyes emberek szerepe. Szerintünk is úgy van, hogy nem a társszerzőség, hanem a klinikáról, intézetből, osztályról kikerülő értékes munkák sora fémjelzi a vezető értékét, Janny dr.

sorait tehát úgy értelmezzük, hogy azok közel állnak a szerkesztőség felfogásához.

Kazár dr. is sok fontos szempontot vet fel. Jogos az a gondolata, hogy tudományos tevékenység értéke nem mérhető a dolgozatok számával, hanem minőségi értékmutatók kellenének. A társszerzőség kérdésében azonban javaslatait nem tudjuk teljesen elfogadni. Amennyire helyes, hogy a kollektívákban dolgozók foglalják össze önálló közleményekben részmunkáikat, annyira kétséges, hogy e részmunkák feltétlen társszerzőséget érdemelnek. A fiatalabb orvosirodalmár segítségét igénybe venni, és azt társszerzőséggel honorálni, ha ezzel egyben bevezetjük a tudományos munkába, nemes pedagógiai feladat.

Még egyszer köszönjük a hozzászólásokat, minden gondolatukra a szerkesztőségi válasz nem is térhetett ki, hiszen nagyon sok és szer-teágazó szempont vetődött fel. De az bizonyosnak tekinthető, hogy ezt a fontos problémakört még sokáig kell felszínen tartani, ha azt akarjuk, hogy elvi rend jusson uralomra!

Hírek

Lapzárta: az aktuális szám megjelenése előtt 20 nap

Terjedelmesebb programok esetén legalább 30 nap

SEPTO—DOL



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

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

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészék, ágytálcák, 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 egységpragományként zsuporfóliázzuk.

GYARTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBÁNYÁK
Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



KÖNYVISMERTETÉS

Dr. Lampé László: Szülészet-nőgyógyászat. 3 kötet, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1981., 923 oldal, ára: 800,— Ft.

Hazai szülészeti-nőgyógyászati szakirodalmunk értékes művel gyarapodott. **Lampé** professzor könyve mind a medikus-, mind az orvosképzés korszerű segítője.

Az 1. kötet az „*Általános rész*”, amelynek első oldalain az egyetemes, majd a hazai szülészet-nőgyógyászat történetének „mérőföldköveiről” tájékozódhatunk, kellően értékelve *Semmelweis* és *Tauffer* rendkívüli egyéniségét. Ezután fejlődéstani, anatómiai, élettani áttekintés következik. A terhesség létrejöttével, az anyai szervezetre gyakorolt sokirányú hatásával foglalkozó fejezetek lényegretörő, szabatos leírásúak. Helyeselhető az a szerkesztési elv, hogy az élettani fejezetek végén külön rész foglalkozik a nemiszervek ivarérett kor előtti és utáni működésével. A továbbiakban a nőgyógyászati és a terhesség alatti vizsgálat eljárásokról olvashatunk. Örömmel látjuk, hogy a szerző kellő teret szentel a kórelőzmény jelentőségének, kiemeli, hogy a beteg-orvos kapcsolatnak a meghittsége, a türelem és az együttérzés elengedhetetlen feltétele. Talán furcsán hangzik, de nem minden ok nélkül idézzük **Lampé** professzort, amikor „alap-szabályként” rögzíti: „kolposzkópia és onkocitológiai kenetvétel nélkül a nőgyógyászati vizsgálat nem elfogadható”. Igen jó összefoglalást kapunk az ultrahang diagnosztikáról. Az 1. kötet záró fejezetének tárgya az anyai és a perinatális magzati halálozás. A Függelék egyik alcíme (Törvényes rendelkezések a nők védelmére) utal a szerző helyes, nemcsak a somatikus ellátást figyelembe vevő szemléletére. Ezután a leggyakrabban alkalmazott gyógyszerkészítmények táblázatos felsorolása kapott helyet.

A 2. kötet a „*Részletes szülészet*”. Előbb a terhesgondozásról, terhességmegőrzésről, az egyéni és családi kórelőzmény felvételéről ír a szerző. Áttekinti a terhesség alatti életmód kérdéseit; összegezi az ezen időszak alatt ellenjavallt gyógyszereket. Rövid ismertetést kapunk a terhesség mellett előforduló, főleg belgyógyászati jellegű betegségekről.

A vetéléssel, a koraszüléssel jól megírt fejezet foglalkozik. Gyakorlati tanácsokkal szolgál a veszélyeztetett terhesek gondozásáról írt rész.

Részletes, különösen gondosan összeállított fejezet témája a szülés, illetve a gyermekágy. Az újszülöttekre vonatkozó fontosabb

tudnivalókat is megkapja az olvasó.

A 3. kötet: „*Részletes nőgyógyászat*”. Előbb a praenatalis fejlődés rendellenességei szerepelnek, majd a nemiség zavarai. A gyermekkori gyulladásozottságokról és az ivarérett kor működési zavarairól is alapos feldolgozás található. Külön fejezet tárgya a meddőség és az infertilitas, valamint a családtervezés. Az utóbbiban a szerző a nemzetközi demográfiai kérdésekre is kitér. Ugyancsak helyeselhető, hogy a változás kora és a menopausa témájú fejezetbe — már a címbe is — bekerült a senium. A gyulladásozottságokról, a daganatok, az endometriosis, majd a méh és a hüvely kóros helyzetváltozásai az egyes kórképek érdemi elemzését nyújtják.

„Nőgyógyászati urológia” és „Nőgyógyászati — sebészeti határterületek” című fejezetek következnek, majd a 3. kötet befejezéséekppen a „Pszichoszomatika a szülészet-nőgyógyászatban” című rész. Ez utóbbi pl. a szexuális zavarokat, a pszichoterápiát tárgyalja.

Mindhárom kötet végén bőséges szövegmennyiséget tartalmazó tárgymutató van (a 3. kötet végén levő mindhárom kötetre vonatkozik). Az egyes fejezetek végén irodalomjegyzék található, nyelvi határok nélkül, a legújabb adatok mellett tiszteletteljesen idézve az elődök jelentős alkotásait is. A könyv szerkezete külön figyelmet érdemel: szemléletes, áttekinthető, a dokumentáció — rajzok, ábrák, táblázatok, röntgen-ultrahang-szövetvettinyképek, stb. — a szerzőnek az olvasó iránti empátiáját tükrözi.

Nem mellőzhetjük az *Alföldi Nyomda* színvonalas munkájának említését.

Ismeretes a *Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikájának* és **Lampé** professzornak nemzetközi szinten is kiemelkedő tevékenysége. A professzor egyéniségét azonban talán még szimpatikusabbá teszi, hogy — sokaktól eltérően — a három kötetet nem személyének és klinikájának idézetére használja. Tankönyve nélkülözhetetlen minden szigorló orvosnak, gyakorló orvosnak és a szülésznőgyógyász szakorvos is sokat tanulhat belőle. Tartalmazza ugyanis az „up to date” orvostudományi ismereteket a szülészetben és a nőgyógyászatban, így a legmodernebb vizsgálati eszközökkel, eljárásokkal és gyógyszerekkel szerzett tapasztalatokat is.

Ilyen gazdagon illusztrált szülészeti és nőgyógyászati tankönyv ez ideig nem került kiadásra, tud-

másunk szerint még sehol sem. Ezért lenne alkalmas a világnyelveken való kiadásra is. Csak öregbítene a magyar orvostudomány és könyvkiadás eddig is jó hírét! E javaslatot alátámasztja az is, hogy a könyv a moszkvai nemzetközi kiállításon I. díjat kapott.

Lampé professzor az Utószót így zárja: „Hiszem, hogy az olvasó lépten-nyomon észreveszi, hogy számomra a szülészet-nőgyógyászat nemcsak az orvostudomány, hanem valamennyi tudományág legszebb fejezete.”

A recenzió számára is az — ezért üdvözlö a szép könyvet!

Lóránd Sándor dr.

Lozsádi Károly: A veleszületett szívbetegségek klinikopatológiája. Medicina, Budapest 1983. 451 oldal. Ára: 152,— Ft.

Az elmúlt huszonöt évben nem jelent meg átfogó hazai munka a veleszületett szívfejlődési rendellenességekről. Ezalatt a negyedszázad alatt hatalmas fejlődésen ment keresztül a congenitalis vitiumok morfogenetikai értelmezése, diagnosztikája és terápiája. A korszerű szívsebészet lehetőségei, az újszülött szívsebészet kialakulása és elterjedése sürgetővé tették, hogy a gyermekkardiológia segítségével hívja a fejlődéstani, fejlődésélettani és hemodinamikai kutatások eredményeit, illetve saját céljaira adaptálja a felnőttkardiológiában elterjedt korszerű vizsgálati módszereket. Lozsádi dr. arra vállalkozott, hogy összefoglalja a veleszületett szívbetegségek korszerű morfogenetikai szemléletét, klinikumát, valamint belgyógyászati és sebészeti kezelésének mai lehetőségeit.

E könyv fő erénye szerzőjének sajátos „morfogenezisének” alapul. Lozsádi Károly úgy lett gyermekszívsebész, hogy előbb végigjárta — mégpedig kutatóként — a morfológia és fejlődés tan izgalmas területeit. Ez az út tette lehetővé, hogy ebben a munkában a veleszületett szívbetegségek minden vonatkozását egységes, világos, fejlődéstani szemlélettel tárgyalja. Az emberi szív embrionális kialakulásának egyes lépcsői és a magzati keringés sajátosságai képezik a veleszületett szívhibák tárgyalásának alapját és struktúráját. Ennek a szemléletnek az olvasó által történő elsajátítása segítséget nyújt abban, hogy ezen a rendkívül bonyolult, nehéz szakterületen ne „vesszünk el”, hanem a témában kevésbé járatos, de az iránt érdeklődő orvos is megértse a congenitalis vitiumok legfontosabb összefüggéseinek lényegét.

A könyv három fő részre tagolódik. Mintegy 150 oldalon tárgyalja a morfogenetikai, morfológiai, hemodinamikai, radiológiai, elektrokardiológiai, echokardiográfiai, valamint kóroktani alapsme-

reteket. A második, részletes rész a leggyakrabban előforduló veleszületett szívbetegségeket mutatja be, a primitív szívcső szegmentumainak sorrendjében. Az egyes körképek ismertetésének alapját mindig a morfológiai sajátosságok képezik: mind a morfogenetikai konklúziók, mind pedig a klinikai tünetek megvilágítása erre épül. Jóllehet az egyes körképek kialakulásának, klinikumának és kezelésének ismertetése ebben a 250 oldalas részben önmagában is világos és érthető, mégis — a mű egységes felépítésére való tekintettel — azt javaslom, hogy senki se „spórolja le” az általános bevezető fejezet végigolvasását. A könyvet egy kb. 30 oldalas harmadik rész zárja le. Az újszülött- és csecsemőkori kardiális veszélyállapotok ismertetése, bár nem illeszkedik szervesen a könyv témájához, a veleszületett szívbetegségek klinikopatológiájához, talán a teljesség igényével került e munka végére.

A könyv stílusa világos, szabatos, mind az általános, mind pedig a részletes részben végigvonul a bonyolultnak tűnő jelenségek megértésére, a didaktikusságra való törekvés. Számos körkép leírásakor Lozsádi dr. ismerteti az adott témával kapcsolatos esetleges eltérő nézeteket, álláspontokat, de nem engedi meg, hogy elmerüljünk és elveszünk a szakemberek vitáiban. Mindig — többnyire saját kutatásainak eredményeire támaszkodva — leteszi a garast az általa legelfogadhatóbbnak ítélt vélemény mellett.

A könyv megírásában számos speciális szakterület több kiváló szakembere segített Lozsádi doktornak. A szív működés hemodinamikáját Naszlady Attila, az elektrokardiográfiát Fekete Farkas Pál, a mechanokardiográfiát Bodrogi György, a radiológiai és angiokardiográfiás vizsgálati módszereket Palik Imre, az echokardiográfiás vizsgálati módszereket Kádár Krisztina ismerteti. A részletes részben még Füller Károly, Hartyánszky István, Várkonyi Péter és Záborszky Béla írt egy-egy hosszabb-rövidebb fejezetet. A társszerzők munkája többnyire törés nélkül, jól illeszkedik a Lozsádi által írt részekhez.

A könyvet több mint 200 eredeti ábra illusztrálja. Ezek nagyobb része jól áttekinthető sémás rajz, illetve anatómiai preparátumok szép fotója. A többi ábra natív vagy szívkatéteres-angiokardiográfiás röntgenfelvétel, illetve (Kádár Krisztina anyagából) echokardiográfiás felvétel. A gazdag illusztráció jól szolgálja a mondanivaló megértését.

E munka talán egyetlen hibája a látszólagos helyszűke által diktált, véleményem szerint fölösleges kényszermegoldások alkalmazása. Mind a szöveges részben, mind pedig az ábrákon mérhető-

lenül sok rövidítés szerepel, és ez megnehezíti a könyv olvasását, az ábrák megértését. Szinte bekezdéssenként változik a sűrűn szedett szöveg a normális sortávolsággal, és ennek a változásnak nem mindig világos a szerepe. Minden fejezet végén bőséges (talán túl bőséges, néhol 200 fölötti) irodalmi hivatkozás szerepel, az idézett cikk címe nélkül. Talán kevesebb, összefoglaló jellegű, viszont címmel ellátott citátum jobban illett volna egy ilyen jellegű munkához. Esetleges további kiadások előkészítésekor javaslom, hogy a szerzők még egyszer ellenőrizzék az ábrákra való és az irodalmi hivatkozások pontosságát, és javítsák ki a néhány bentmaradt hibát.

Senkit ne riasszon el, hogy e mű szerzője szívsebész. Lozsádi dr. csodálónivaló önuralommal kerülte el, hogy e könyv, vagy annak akárcsak egyetlen fejezete, szívsebészeti műtétet legyen. Ezt a szép és hézagpótló munkát feltétlenül elolvasásra ajánlom minden kardiológus, és természetesen minden szívsebész számára. Úgy vélem, hogy forrásmunkaként, kézikönyvként ott kell lennie Lozsádi dr. könyvének a nem kardiológus gyermekgyógyászok, radiológusok, proszektorok könyvespolcán is. *Littmann Imre dr.*

Carbohydrate metabolism of tissues. I. Krompecher and Mária B. László. 215 oldal. Akadémiai Kiadó 1983.

A könyv, morphologus és biochemikus együttműködéseként, összefoglalja Krompecher professzor és iskolájának több mint két évtizedre terjedő kutatási eredményeit. A kutatásoknak vezető hisztóphysiológiai alaptételét az a felismerés képezi, hogy a szöveti vascularisatio ill. oxygen ellátás mértéke és a szöveti szénhidrát anyagcsere típusai között összefüggés áll fenn. Kifejtik, hogy a szénhidrát metabolismus ismert két típusa: az oxybiotikus anyagcsere típus, illetőleg a tejsavtermeléssel járó glykolytikus anyagcsere típus mellett megkülönböztethető a harmadik változat: az interstitiális mucopolysaccharida képződéssel járó anyagcsere forma. Utóbbi, különösen tiszta formában az avascularis szövetekben (cornea, porc, nagyerék médiája) észlelhető. A vascularisatio csökkenése szövéttdifferenciálódások során, vagy annak csökkentése kísérleti körülmények között a szövetekben mucopolysaccharida felszaporodáshoz vezet.

A szöveti cytochrom-oxidase aktivitás, glucose-phosphat dehydrogenase aktivitás, hexosamin synthetase aktivitás, borostyánsavdehydrogenase aktivitás és uridine diphosphat glucose dehydrogenase aktivitás kvantitatív meghatározá-

sával ill. a szövetek hexosamin, tejsav és sialsav tartalom kvantitatív meghatározásokkal jellegezték a szöveti szénhidrát anyagcsere típusokat.

Ezen adatokat állították correlációba a szövetekben kimutatható mucopolysaccharida tartalommal, illetőleg a benzidin reakcióval felismert vascularisatio mértékével.

Igen gazdag, részben összehasonlító szövettani és metabolikus vizsgálatokat végeztek alacsonyabb rendű szervezetek szövetein is.

Figyelemre méltók a szöveti anyagcsere típusokra vonatkozó vizsgálataik a porcszövet differenciálódásával ill. a porcszövet neodifferenciálódásával kapcsolatban izület-képző kísérletekben. Hasonlóan figyelemre méltók a transzplantálhatóság és a szövetek mucopolysaccharida típusú anyagcserevel kapcsolatos megfigyelések. Rámutatnak a serum glykosamin szint és hormonális regulatók (thyroxin) közti összefüggésekre.

Az igen bő észleleti anyagot szövettani ábrák, táblázatokban és grafikonokban ismertetik. A közölt részletes adatok értékes összehasonlító alapként értékelhetők további szövetbiológiai kutatásokban.

A bő irodalmi hivatkozások jegyzékében igen jelentős részt képviselnek a Krompecher iskola közleményei. A könyvet haszonnal tanulmányozhatják biológusok, hisztológusok, patológusok, valamint a szöveti anyagcsere aktivitások minősége után érdeklődő biochemikusok.

Sajnálatos, hogy Krompecher professzor elhalálása miatt (1983) már nem érthette meg könyvének megjelenését és annak sikerét. *Romhányi György dr.*

Endes Pongrác: Pathológia. 1—2. kötet. Negyedik, javított és bővített kiadás (Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1983).

Bányász a költő, igazolja a lelet. A Németh László-i megállapításnál találobban nem tudom jelmezni az életmű betetőzésének tekinthető „Pathológia” 1983-ban napvilágot látott legújabb kiadását. Négy kiadás, alig több mint egy évtized alatt, önmagában is bizonyítaná a könyv kiterjedten jól használható voltát. De sokkal többről van szó. A már 1971-ben, első kiadásban is mintaszerű könyvön a szerző minden újabb kiadás során tudott csiszolni. Hol egyik, hol másik fejezeten változtatott aszerint, hogy a szakma haladása hol tette indokolttá.

Az orvostudomány napjainkban talán legdinamikusabban fejlődő ága, az immunológia, akárcsak a második, most a harmadik átdolgozásban is jelentős szerepet

kapott, és pedig az allergiás gyuladások és a lymphoid-haemopoetikus szövetek vonatkozásában egyaránt, különösen, ha ide számítjuk a lymphomák korszerű tárgyalását is. Lévéen elsősorban egyetemi tankönyvről szó, talán vitatható, hogy szükséges volt-e a nemcsak hazánkban, hanem legalább is Közép-Európában általánosan elfogadottnak tekinthető kielő osztályozás mellett az amerikaiakkal is olyan részletesen foglalkozni. Még inkább vonatkozik ez a glomerulonephritisek fejezetére, ahol a különböző, egymásnak nem ritkán ellentmondó felosztások és meghatározások között az orvostanhallgató nem könnyen igazodik el. A mai tudásunk alapján úgy vélem, hogy a következő kiadásban célszerű lenne a diffusz glomerularis megbetegedések fejezetének egészét azokra az alapokra helyezni, amelyeket a WHO bizottsága lefektetett, s amelyek a kiadásban már helyet kaptak. Jelentős korszerű átdolgozásra került a neuropathológia fejezete.

Akadnak természetesen olyan kórfarmák, amelyeket egyik-másik olvasó hiányolhat. Ilyen a felnőttkori respirációs distressz szindróma, bár az uraemiás tüdőről röviden esik szó. Az olvasó mégis elsősorban azon csodálkozik, hogy a tárgyszerű adatok tömegének robbanásszerű növekedése közben hogyan tudta a szerző a könyv terjedelmét ilyen szűk keretek között tartani anélkül, hogy lényeges részeket kihagyott volna (kevésbé, mint 50 oldallal nőtt csak meg a könyv az előző kiadáshoz viszonyítva). A fontos részeket le sem rövidítette. Rendszeresen megmagyarázza a terminus technicusok eredetét, sőt megemlíti a hallgató által könnyen megjegyezhető, az általános orvosi műveltséghez tartozó orvostörténeti adatokat is (pl. azt, hogy Ricketts és Prowazek a kiütéses tifusz kutatásának esett áldozatul).

A gazdag ábraanyag majdnem azonos az előző kiadásával, de most jobb lett a képek minősége. A harmadik kiadás papírja, legalábbis a recenzius példányában, a képek szempontjából nem volt előnyös. Az ábrák megértését didaktikailag szakszerű magyarázatok segítik, s a kiadáshoz a régiék mellé új vázlatrajzok is készültek.

Endes Pongrácz kiváló arányérzékkel foglalta össze mindazt, amit saját élettapasztalata alapján a mai orvostanhallgató számára nyújtani kell ahhoz, hogy legyen mire építenie a gyakorló orvosi munkája alapjául szolgáló klinikai tanulmányait, és azt is, amire a szakorvosjelölt bizton támaszkodhat. Teljesült a szerzőnek az utószóban bevallott vágya: több mint fél évszázad múltán a Buday Kálmán által írott hasonló kórbonctankönyvvel rendelkezünk.

Ormos Jenő dr.

Recent Advances in Haematology, Immunology and Blood Transfusion (Újabb haladás a haematológiában, immunológiában és vértransfúzióban.) Szerkesztette: Hollán, S. R., Bernát, I., Füst, G., Gárdos, G., Sarkadi, B. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1983.

Szerkesztők a Nemzetközi Haematológiai és Vértransfúziós Társaság 19-ik Kongresszusán, a plenáris és együttes üléseken elhangzott referátumokat népszerűsítik az általuk összeállított könyvben. A kongresszus részvevői, de főként azok, akik nem vettek azon részt és így az összefoglalókat tartalmazó nyomtatványokhoz nem jutottak hozzá, hálásak lehetnek a szerkesztőknek a kitűnő válogatásért. Ezek a referátumok a haematológia és a transfúziológia legfrissebb eredményeit foglalják össze és így válogatásban, irodalmi adatokkal is kiegészítetten, nagy segítséget nyújtanak abban, hogy megismerjék a széles orvosi közvéleményvel azokat az újabb irányzatokat, amelyek az e tárgykörben kutatókat foglalkoztatják. Külön érdemként tudható be, hogy mindez öt hónappal a kongresszus lezajlása után az olvasók rendelkezésére állt.

Az első nyolc tanulmány a molekuláris biológiával és ennek genetikai vonatkozásával foglalkozik. Kiemelkedik ezek közül jelentőségével Goldstein, J. tanulmánya, amely az ABO vércsoport enzimaticus conversióját tárgyalja. Négy tanulmány foglalkozik az össejtkinetikai újabb adatokkal, különös tekintettel a mikrokozonyozat szerepére, az intrauterin vérképzésre és a leukaemiás össejtekre. Három tanulmány tárgyalja a leukaemia gyógyítása területén elért újabb haladást. Az anaemia, vasforgalom, és haemolytikus anaemia immunopathomechanizmusa további öt előadás tárgya. A vértransfúzió legnagyobb szövödménye: a posttransfúziós hepatitis, ugyancsak szerepel a válogatások között. A két tanulmány foglalkozik az interferon hatásával és előállításával. Helyet kapott az összeállításban a monoclonális antitestek felhasználását és perspektíváit tárgyaló tanulmány is, miként a csontvelő átültetés kérdését is a nemzetközileg legavatottabb személy, E. D. Thomas referálta. Végül a granulocytá transzfúzió sokat vitatott kérdése és a plasmaprotein és egyéb derivátumok a tárgya egy-egy referátumnak.

A gondos válogatás jól tükrözi azokat a problémákat, amelyek ma a haematológusokat foglalkoztatják. Ezért is tarthat számot mindenkinek előtt azok érdeklődésére, akik a távolság miatt vagy más okból nem lehetnek részesei ennek a sikeres nemzetközi tanácskozásnak.

Burger Tibor dr.

Harry Warnke: Chirurgie der koronären Herzkrankheiten. (A koronáriabetegségek sebészete.) J. A. Barth Verlag Leipzig, 1983. 294 oldal. Ára: 69,— M.

A H. Warnke professzor által szerkesztett könyv a berlini Humboldt Egyetem, a nagy hírű Charité orvosainak (H. Warnke, K. Lindenau, R. A. Parsi kardiológus, J. Kunz pathologus) a koronáriabetegségek sebési vonatkozásaival foglalkozó fejezetét tartalmazza.

Számos könyvrészlet és monográfia jelent meg e fontos témáról, a koronáriabetegségek epidémiája mégis indokoltá teszi, hogy a diagnózis és műtéti terápia lehetőségeit, két évtizedes tapasztalat eredményeit többen is közzé tegyék. Különösen vonatkozik ez azokra, akik a nemrég elhunyt Portsmann professzor tanítványaiként úttörő munkát végeztek a szív és erei invazív diagnosztikájában, mégpedig abban az épületben, ahol 55 évvel ezelőtt az első szívkateterizálás történt.

A könyv 6 fejezetre tagolódik. A koronáriarendszer anatómiája (30 oldal), a koronária szívbetegségek kórbonctana (30 oldal), a koronáriakeringés haemodinamikája (15 oldal), az ischaemiás szívbetegségek klinikuma, különös tekintettel a pre- és postoperatív diagnosztikára (50 oldal), az ischaemiás szívbetegségek invazív röntgenmorfológiai és haemodinamikai diagnosztikája (50 oldal), és végül a sebési eljárások című fejezet (88 oldal) következik. Az említett fejezeteket bőseges, de nem túlméretezett irodalmi összefoglalók zárják le. A világirodalmi utalások garanciát adnak arra vonatkozólag, hogy a szerzők véleménye összhangban van a nemzetközi tapasztalatokkal. A közölt 3000 coronarographia és 248 aorto-coronariás bypass mennyiségileg ugyan elmarad a több tízezres amerikai számoktól (1978-as adat), de ez távolról sem jelenti azt, hogy a leszűrt következtetések, az indikációk, a követendő irányelvek, a műtéti eredmények és az anyag feldolgozásának minősége rosszabb, vagy csekélyebb értékű lenne.

Számos ábra és jól szerkesztett táblázat teszi lehetővé, hogy ez a 294 oldalas nem nagy terjedelmű könyv tartalmazza mindazt, amit ma a koronária-betegségekről és ezek sebészeti kezeléséről tudni lehet. A könyv színvonalas megjelenésű és szerkesztésű. Jól kezelhető és áttekinthető volta és jutányos ára alkalmassá és kívánatosá teszi, hogy minél több belgyógyász és kardiológus kezébe kerüljön. Kardiológus és szívsebész szakorvos-jelöltek részére a felkészülés, a végzettség számára pedig az ismétlés forrása.

Szabó Zoltán dr.



FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleicum tablettánként.

Allergiás és nem allergiás viszketések minden fajtája, csalánbetegség, Quinke-ödéma, sérumbetegség, 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.

MELLEKHATÁSOK

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 érzékenységnak 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

A Magyar Gyermekorvosok Társasága, a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága, a Magyar Idegsebész Társaság Gyermekneurológiai, Pszichiatriai és Idegsebészeti Szekciója 1984. május 10—11—12-én Nyíregyháza Sóstón, a SZOT Oktatási Központban tudományos ülést tart.

Május 10., csütörtök, 11.00 óra
Megnyitó

Jubileumi előadások az OITI Gyermekosztályának 30 éves működése alkalmából:

1. Szénásy József: A gyermekkori agydaganatok sebészetének története.
2. Harmath György: Intracranialis ultrahang diagnosztika csecsemőkorbán.
3. Pásztor András: A hydrocephalus korszerű diagnosztikája.
4. Korász Mariann: Supratentoriális, axialis liquorcysták.
5. Kónya Eszter: Betegeink a csecsemő intenzív osztályon.
6. Horváth Miklós, Nagy István: Agyi értelváltozások gyermekkorban.
7. Czirják Sándor: Agytörzsi tumороk idegsebészete.
8. Szénásy József: Cyanoticus congenitalis vitium és agytályog.
9. Dobronyi Ilona: Ambulanciánk a gyermekneurológiai ellátásban.
10. Paraciz Ervin: 30 évre emlékezve.

Vita

Május 10., 15 óra

11. Neuwirth Magda, Bereg Edit: A musculus serratus anterior izolált bénulása.
12. Szabados Péter: Újszülöttkori plexus brachialis sérülések korai intenzív kezelése.
13. Balogh Erzsébet: Neurovasculáris vállöv-szindróma gyermekkorban.
14. Simonka János Aurél: A perifériás idegek regenerációja és a gyermekkori idegsérülések korszerű ellátása.
15. Sztonák László: Perifériás idegsérülések ellátása.
16. Fazekas Katalin, prof. Szepesi Kálmán: Ortopédiai beavatkozások perifériás idegsérüléseknél.
17. Prof. Szepesi Kálmán, Bíró Béla: Műteti korrekciós lehetőségek szülési felsővégtag-bénultaknál.

Vita — Szünet

18. Nemes András, Károly Éva, Dorogi Julianna, Pintér Sándor: Perifériás típusú nervus facialis paresisek osztályunkon.
19. Takács I., Kigyóssy A.: Perifériás facialis paresisek nyolc éves beteganyagunkban.
20. György Ilona, Tóth Tamás: A perifériás facialis paresis kezelése Melkersson—Rosenthal-szindrómában.

21. Sarkady László, Csizmás Mária: Az arcideg-csatorna feltárásiának lehetőségei.

22. Sarkady László: A perifériás típusú arcidegbénulás mértékének százalékos kifejezése (16 mm-es, mágnes-hangos mozifilm.)

Vita

Május 11., péntek, 8.30 óra

23. Szénásy József: Szekcióink tíz éve.
24. Paraciz Ervin: Az újszülött- és csecsemőneurológiai vizsgálat néhány problémája hazánkban.
25. Balogh Erzsébet, Czappán Piroška, Rótfalussy Tünde: Koraszülöttek ép motoros fejlődési adatai.
26. György Ilona, Kalmár Ágnes: A perinatális agysérülés korai felismerésében és kezelésében szerzett tapasztalataink.
27. Borbély Ágnes, Vekerdy Zsuzsa, György Ilona: Mozgássérültek korai kezelése Hajdú-Bihar megyében.
28. Katona Ferenc: A korai neurorehabilitációról.
29. Berényi Marianne: A mozgásszabályozási defektusok korai neurorehabilitációja.
30. Tunyogi Erzsébet: A korai neurorehabilitációban részesült mozgásfogyatékosok további rehabilitációja.

Vita — Szünet

31. Egedi Cecília: A család szerepe a korai neurorehabilitációban.
32. Balázs Mária: Tapasztalatok a vizuális károsodások korai diagnosztikája és kezelése terén.
33. Vidos Tibor: Tapasztalatok a kiváltott agytörzsi potenciálvizsgálatok diagnosztikus értékéről csecsemőben.
34. Dobos Anna, Károvi János, Kovács István, Gáti István: Az újszülöttek korai viselkedésvizsgálatainak eredményei.
35. Dobronyi Ilona: Súlyos szövődmények shuntműtét után.
36. Pásztor András: Shuntvezetési zavarok vizsgálata.
37. Boros Vera: 1000 g alatti születési súlyú koraszülöttek somaticus és mentális fejlődésének utánvizsgálata osztályunk utóbbi tíz évi beteganyagából.

Vita

Május 12., szombat, 8.30 óra

38. Sebestyén Szilvia, Buczkó István: Adatok az MCD diagnózisához, komplex kezeléséhez.
39. Herczeg Ilona, Besnyő Márta: Hyperkinetikus syndroma előfordulási aránya osztályunk beteganyagában az elmúlt öt évben.
40. Farkas Gábor: MCD gyógyszeres kezelésének tapasztalatai.
41. Duka Erika: Sensomotoros korrekció az MCD terápiájában.
42. Baumann Piroška, Gáti István, Sándor Ágnes: Beilleszkedési zavarok minimális cerebrális diszfunkciós gyermekeknél.
43. Tarnótzky M., Jánváry A., Kibédi F.: Minimális cerebrális diszfunkció és más befolyásoló té-

nyezők a viselkedési zavarok hátterében.

44. Kardos Mária, Weiss Mária: Esetismertetés: egy későn diagnosztizált dyslexiás gyermek szekunder tüneteinek kezelése.

Vita — Szünet

45. Sátorhegyi Éva, Bíró Judit, Princzinger Ágota: Újszülöttkori agyvérzések elemzése.
46. Kigyóssy A., Kozaróczy K., Székelyi Zs.: Újszülöttkori konvulziók és későbbi prognózisuk.
47. Boczán Gábor, Papp Ágnes, Huszák Mária: Adatok a csecsemő- és kisgyermekkori lázas görcs és az epilepszia kapcsolatáról.
48. Horváth Dezsőné, Deák Györgyné, Salga Józsefné: Óvodás korú gyermekek nevelése a Mozgássérültek Nevelőképző és Nevelőintézetében (filmannyal).
49. Horváthné Buzás Anna: A konduktív pedagógia szerepe az iskolai előkészítésben.
50. Borbély Ágnes, Vekerdy Zsuzsanna: Mozgássérült gyermekek nyári táborozása — 1983. Debrecen (filmannyal).

Vita

12.00 óra

Zárszó

A Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Bizottsága 1984. április 25-én, szerdán, du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) tudományos ülést tart.

A IV. Belgyógyászati Osztály tudományos előadása

Üléselnök: Mihály László dr.

Balkányi I. dr., Tóth B. dr.: Az étvágyközpont idegrendszeri szabályozásáról különös tekintettel az endogén opiátok szerepére.

Mohai L. dr., Balkányi I. dr.: Nalorphin alkalmazása étvágycsökkentőként.

Golub I. dr., Balkányi I. dr., Ahmad I. dr., Szennovitz P. dr.: Tartós kombinált (inzulin + szulfanilurea) kezeléssel szerzett tapasztalataink.

Faludi P. dr.: A hasi ultrahang diagnosztika lehetőségei kórházunkban.

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1984. április 26-án 14 órakor, a Kórház tanácstermében tudományos ülést tart.

1. Bartha Elektra: A mexitil indikációs területének főbb szempontjai.

2. Sassy Dobrai Magdolna: Újabb antiarritmiás szerek Palpitin, Lorcaimid.

3. Vass György, Sági Tamás: Intrabronchiális hamartomyoma.

4. Balázs Péter, Vékony Tibor: Appendix carcinoma.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-Magyarországi Területi Szervezete 1984. április 27-én, de. 8.30 órákor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) **tudományos ülést** tart.

A Semmelweis OTE Fogpótlástani Klinika előadásai

1. *Fejérdy Pál, Fábian Tibor, Somogyi Endre*: Diaképek fénylyuk-kártyás nyilvántartása.

2. *Tóth Judit*: Ferdesíkos felső körhíd szerepe az állkapocs új neuromusculáris reflex-pályáinak kialakításában.

3. *Gegei Kiss József*: Adalékok a felső frontgerinctájék rezekált be-tegek protetikai ellátásához.

A Magyar Angiológiai Társaság 1984. április 27-én, pénteken, dél-után 15 órákor, a Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) **tudományos ülést** rendez.

1. *Bodosi Mihály dr.*: A carotis interna lefutási rendellenességei okozta kórképek és ellátásuk.

2. *Horváth Zoltán dr.*: A carotis communis és interna scleroticus plaquejainak scanning elektronmikroszkópos vizsgálata.

Kövér Ferenc dr.: Cerebellaris angioblastoma spinalis reprezentációval.

4. *Mérei F. Tibor dr.*: Az extra- és intracranialis bypass műtétek eredményei.

Az előadásokat *Jámbor Gyula dr.* főtitkár címére (Budapest, Nagyvárad tér 1., Semmelweis OTE II. Sebészeti Klinika 1096, tel.: 143-600) kérjük küldeni, bejelenteni.

A MOTESZ Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete, az Ideg- és Elmeorvosok Társasága, a Szemorvos Társaság, az Idegsebész Társaság Oto-Neuro-Ophthalmológiai (ONO) Szekciója 1984. május 4-én (péntek) du. 14.30 órákor Budapesten a hallássérültek Orsz. Szövetségének Székháza dísztermében (VI., Benczur u. 21.) **tudományos ankétot** rendez.

Téma: *Oculáris és vestibuláris vegetatív kapcsolatok.*

Üléselnök: *prof. Molnár László.*

Résztevők: *Bodó György dr., Erdélyi András dr., Gerőby György dr., Marek Péter dr., Spellenberg Sándor dr.*

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság, a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1984. május 14-én rendezi a **XII. Kékestetői Pajzsmirigy Szimpoziumot.**

Téma: Újabb szempontok a pajzsmirigybetegségek belgyógyászati kezelésében (hyperthyreosis — hypothyreosis — thyreoiditis).

10.00 óra

Nagy György, a Mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató főorvosa: Megnyitó.

Prof. Szilágyi Géza, a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság főtitkára: Üdvözlés.

10.10 óra

I. Főtéma: Hyperthyreosis.

Üléselnökök: *Nagy György, Kósa Erzsébet.*

Referátum: *Földes János* (Budapest).

Csatlakozó előadások

Molnár Illdikó, Némethy Katalin, Balázs Csaba (Debrecen): A Parlo-del helye a Graves infiltratív ophthalmopathiát kísérő szekunder glaucoma kezelésében.

Gács János, Kertész Péter (Budapest): Az autonom adenoma kezelése során szerzett tapasztalatok.

Földes Iván, Fényes Györgyné (Budapest): A szabad thyroxin hormonkoncentráció viselkedése a hyperthyreosis Metothyrin kezelése során.

Balázs Csaba, Stenszky Valéria, Farid N. Nadir (Debrecen, Newfoundland): A TSH receptor specifikus suppressor aktivitás vizsgálata Basedow-kóros betegekben.

Kozma László, Kiss Erzsébet, Balázs Csaba, Stenszky Valéria (Deb-

recen): Családvizsgálatok Basedow-kórbán.

Vita — Szünet

II. Főtéma: Hypothyreosis.

Üléselnökök: *Holló István, Ráday Péter.*

Referátum: *Péter Ferenc* (Budapest).

Referátum: *Konrády András* (Budapest).

Csatlakozó előadások

Bánhidi Levente, Kollai Balázs, Szántó Péter (Budapest): Subklinikus hypothyreosis a hyperthyreosis radiojód terápiája után.

Vita — Szünet

III. Főtéma: Thyreoiditis.

Üléselnökök: *Szilágyi Géza, Pákozdi Lajos.*

Referátum: *Leövey András* (Debrecen).

Csatlakozó előadások

Sztojka Ilona (Debrecen): Krónikus limfocitás thyreoiditises betegek kezelésével szerzett tapasztalatok

Szabó Jenő, Fórizs Erzsébet, Fórizs Gabriella, Vértesné Krausz Mariann, Leövey András (Debrecen): Pajzsmirigyellenes antitestek kimutatása indirekt immunfluoreszcenciával és passzív hemagglutinációval.

Fórizs Erzsébet, Szabó Jenő, Szabó Tibor (Debrecen): A pajzsmirigyfunkciós vizsgálatok diagnosztikus értéke és rentabilitása.

Vita

Prof. Szilágyi Géza: Elnöki zárzó és értékelés.

Tudnivalók

A kongresszusi iroda és a büfé reggel 9 órától rendelkezésre áll.

Ebédet igénylésre önköltségi áron biztosítunk. Az igényt *május 7-ig Pákozdi Lajos dr.* Kékestető 3221 címre kérjük.

Részvételi díj 100,— Ft. Erkezéskor a kongresszusi irodában fizetendő. (Ez a kiküldő szervre áthárítható.)

50 × 50 mm dia vetítése biztosított.

A Pécsi Akadémiai Bizottság Gastroenterológiai Munkabizottsága, a Baranya Megyei Kórház Röntgen Osztálya 1984. április 25-én, szerdán 10.30 órákor, az Akadémiai Bizottság székháza nagytermében (Jurisics Miklós út 44.) **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Téma: *A cholecystectomy utáni állapotok korrekt értékelése.*

Vezeti: *Simon László* (Szekszárd): Belgyógyászat, direkt cholangiográfiák.

Résztevők: *Kutas János* (Zalaegerszeg): Sebészet. — *Nemessányi Zoltán* (Pécs): Izotóp diagnosztika. — *Rauth János* (Pécs): Endoszkópia. — *Varga Gyula* (Pécs): Röntgen, ultrahang.

Az Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet Tudományos Bizottsága 1984. április 26-án, du. 14.30 órákor, az Intézet ebédlőjében **tudományos ülést** tart. *Apor Péter dr.*: Sportorvosi tapasztalatok az USA-ban.

POTESEPT

SZIRUP

S 300

ÖSSZETÉTEL

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 gyulladós megbetegedései:

— cholecystitis, cholangitis.

A gyomor- és bélrendszer fertőzései:

— enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysentéria.

Bőrfertőzések:

— pyoderma, furunculosis, 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 testsúlykg-onként 2,5 ml.

1–3 éveseknek $2 \times 2,5$ –5 ml, azaz $2 \times 0,5$ –1 adagolókanál,

3–6 éveseknek 2×5 –7,5 ml, azaz 2×1 – $1\frac{1}{2}$ adagolókanál,

7–12 éveseknek $2 \times 7,5$ –10 ml, azaz $2 \times 1\frac{1}{2}$ –2 adagolókanál.

Az adagolókanál 5 ml űrtartalmú (40 mg trimethoprim + 200 mg sulfadimidin). 3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó! Elnyújtott adás esetén (pyuria, asthma, bronchitis stb.) fenntartó adagot — általában a szokásos adag felét — mindenkor csak orvosi előírás és ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok. (Utóbbi ellénsúlyozására 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 thrombocytaszám is) rendszeres ellenőrzése szükséges!

Óvatosan adagolandó folsavhiányos anemiában. A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell.

Ha a kezelés ideje alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

Kerülendő az együtt adás:

— fenitoinnal (a fenitoin szérumszintje toxikusig emelkedhet)

— szalicilátokkal, fenilbutazonnal és naproxennel (a szulfonamid komponens szérumszintjét toxikus értékre emelhetik).

MEGJEGYZÉS

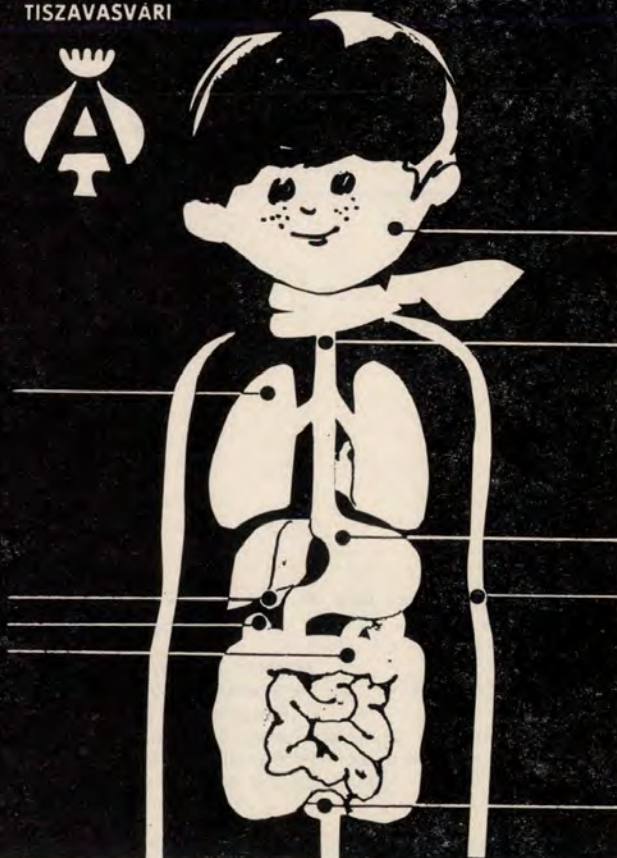
✖✖ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

50 ml szirup 3,30 Ft.

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYESZETI GYÁR,
TISZAVASVARI



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.

Hypertensív encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficientia, 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 X.

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



84.1119 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030—6002 ● INDEX: 25 674

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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1984. ÁPRILIS 29.

TARTALOMJEGYZÉK

Paneth Gábor dr.:

Dr. Hermann Imre (1889—1984) 1055

Harsányi József dr. és Kiss Dezső dr.:

Hipotónia a terhesség alatt 1057

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Mándi Yvette dr., Farkas Gyula dr.,
Karácsonyi Sándor dr., Tóth Miklós dr.
és Béládi Ilona dr.:*

Az NK reakció szerepe a máj és hasnyálmirigy daganatok diagnosztikájában 1061

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Hérics Irén dr., Szántó István dr.
és Liszka György dr.:*

Szteroid kezelés okozta aszeptikus nekrozis malignus lymphomás betegeken 1065

ORVOSI TECHNIKA

*Horváth László dr., Schanzl Antal dr.,
Tész Endre és Virág Antal:*

A Grüntzig ballonkatéter biztonságosabb alkalmazása automatikus nyomáshatárolással 1069

A GYAKORLAT

Neuwirth Gyula dr. és Csepei Mária dr.:

Egynapos vércukorprofil jelentősége a cukorbeteg-gondozásban 1075

HORUS

Korányi Frigyes közéleti munkássága 1079

Lux Jakab dr. (1822—1876) munkássága mai orvosi szemléletünkben 1082

Közlekedésünk egészségügye a múltban 1084

Folyóiratreferátumok 1087

Könyvismertetés 1105

Megjelent 1104

Pályázati hirdetések 1109

Hírek 1111

ARDUAN[®] injekció

HATÓANYAG: 4 mg liofilizált pipecuronium bromatum amp.-ként. Oldószer: 2 ml 0,9%-os nátriumklorid amp.-ként.

HATÁS: Az Arduan nem depolarizáló neuromuszkuláris blokkoló, amely a harántcsíkolt izmok motoros véglemezőn hat. Közepes hatástartamú izomrelaxáns. Hatása szukcinilcholin alkalmazásával elvégzett intubálást követően, az Arduant a depolarizációs blokk megszűnte után adva kb. 2–3 perc alatt alakul ki, míg intubáláshoz önállóan alkalmazva kb. 4–5 perc alatt. A klinikai hatás tartama az adagtól és az egyéni érzékenységtől függően átlagosan 40–60 perc.

JAVALLAT: A vázizomzat ellazítása az általános anesztéziában. Alkalmazható különböző műtétekben, ahol 20–30 percet meghaladó izomellazítás szükséges.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Közepes vagy hosszú sebészeti beavatkozások alkalmával felnőtteknek iv.:

intubáláshoz és műtéti izomrelaxációhoz általában 0,06–0,08 mg/tskg alkalmazható; szukcinilcholinral intubált betegeknek 0,04–0,06 mg/tskg az ajánlott adag.

Elégtelen veseműködés esetén 0,04 mg/tskg-nál nagyobb adag nem javasolt.

Amennyiben ismételt adás szükséges, a kezdő adag $\frac{1}{4}$ -e vagy $\frac{1}{3}$ -a megismételhető. Ennél nagyobb ismétlődő adagok elnyújtott hatást hozhatnak létre.

A HATÁS FELFÜGGESZTÉSE: Perifériás idegstimulátorral mért 80–85%-os blokkban, illetve a klinikai jelek alapján megítélt részleges blokk fennállása esetén az izomellazító hatás felfüggeszthető atropinnal kombinálva 1–3 mg neosztigminnel vagy 10–30 mg galantaminnal. A relaxáns-hatás biztonságos megszűnését perifériás idegstimulátorral vagy a szokásos klinikai jelek alapján kell ellenőrizni.

MELLÉKHATÁS: A klinikai vizsgálatok során nem találtak kifejezetten az Arduannak tulajdonítható keringési mellékhatást, de egyes esetekben pulzusszámcsökkenést megfigyeltek, főleg olyan betegeken, akik az anesztézia bevezetéséhez vagy egyidejűleg halothant vagy fentanilt is kaptak.

Hisztamin felszabadító hatása nincs. Egyéb mellékhatások – az eddigi tapasztalatok szerint – nem ismeretesek.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS: – A szukcinilcholin által kiváltott előzetes depolarizációs blokk erősíti a pipekuroniumbromid hatását;

– Inhalációs anesztetikumok (halotan, metoxifluran, dietiléter) és tiobarbiturátok erősítik és megnyújthatják a pipekuroniumbromid hatását;

– Az antibiotikumok közül a műtét közben alkalmazott gentamicin, klindamicin, ampicillin, tetraciklin hatását vizsgálták a szokásos dózisban. A felsorolt antibiotikumok a tetanikus fáradás vizsgálata alapján nem befolyásolták a pipekuroniumbromid hatását. Tekintettel arra, hogy a tetanikus fáradás hiánya nem zárja ki az antibiotikum hatást és kölcsönhatást, ezért – hasonlóan más, nem depolarizáló izomrelaxánsokhoz – egyes esetekben lehetséges elnyújtott, nehezen befolyásolható hatás a korai műtét utáni szakban is. A pipekuroniumbromid és antibiotikumok (elsősorban az aminoglikozidok) együttes alkalmazása esetén óvatosság és fokozott ellenőrzés ajánlatos.

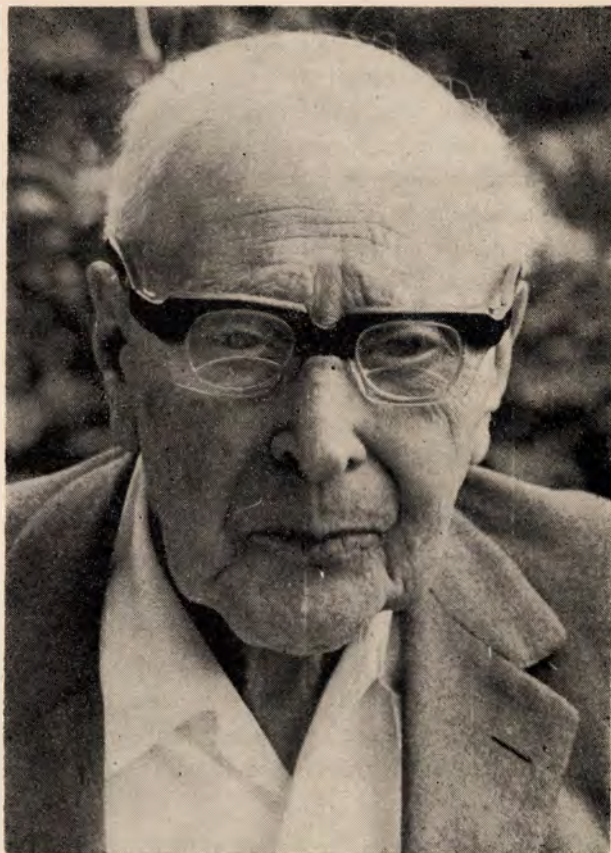
FIGYELMEZTETÉS: A légzőizmokra gyakorolt hatása miatt az Arduan injekció **csak lélegeztető berendezéssel felszerelt** aneszteziológiai és intenzív terápiás egységben, ill. azzal rendelkező osztályokon alkalmazható.

Csak frissen elkészített oldat használható.

MEGJEGYZÉS: ✘ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Dr. Hermann Imre (1889–1984)



A február 22-én elhunyt Hermann Imre személyében a pszichoanalízist megteremtő nagy generációknak egyik utolsó tagját veszítettük el. Ferenczi Sándor tanítványa, 1919 óta haláláig gyakorló analitikus. Az alapító egyesületek (német, osztrák, magyar) fölött a 30-as évek végére beborult az ég. Egy akkoriban még viszonylag fiatal pszichoanalitikus generáció tagjai (pl. Bálint Mihály, Bak Róbert) emigráltak. Egy már akkor idősebb generáció tagjai ittmaradtak. Így Hermann is, aki akkoriban már elmúlt 50 éves. A pszichoanalízis, amelynek fennmaradása nyelvhez és személyes jellegű kontinuitáshoz kötött, a negyvenes évek elejétől legalább 3 évtizeden keresztül megszűnt hatékony tényező lenni, és teljes pusztulás fenyegette. Ennek a már akkor nem egészen fiatal generációnak hosszú életűnek kellett lennie, hogy a stafétabotot átadhassa. Idézzünk fel néhány nevet: Almásy Endre, Lévi Lajosné, Hajdú Lili, Hermanné Czinner Alice, Rotter Lili, Rajka Tibor. Valamennyien meghaltak már.

És végül Hermann Imre is távozott. A pszichoanalízis hazai újjáélesztése majdnem teljes egészében Hermann közvetítésével, a legautentikusabb mester révén vált lehetővé. Valószínű, hogy a szo-

ros szakmai közösségen kívül a közben megfiatalodott nyilvánosság nem ismerheti Hermann munkásságát. Szakmák fölötti átfogó jelentőségét elsősorban kiváló gondolkozó voltában érzem. Nagyon sokat tud és mond el az emberi gondolkodás természetéről, gondolati alakzatokról és sajátosságokról. Írásai empirikus elemek mellett telítve vannak gondolat kísérletekkel, melyek révén pszichológiai és természettudományos eredményekhez jut. E sajátossága következtében írásai a mai, természettudományos kísérletezésre szorított olvasó számára meglepőek, szokatlan gondolati ösvényeken haladók, nem mindig könnyen követhetők, ám lenyűgöző érdekességűek. Őt követve megtanulhatjuk, hogyan lehet gondolati úton a lélek mélységeiben tájékozódni.

Könyvei, cikkei nagyrészt csak nehezen hozzáférhetőek. A közeljövőben jelenik meg azonban hosszú-hosszú késedelem után főművének, az eredetileg 1943-ban megjelent „Az ember ősi ösztönei”-nek új kiadása. Nagy fájdalomunkra, már nem érhetette meg. Ezt a könyvet mindenkinek el kellene olvasnia, mert univerzális jelentőségű.

Univerzalitásából következik, hogy bár speciális szakmai problémákkal foglalkozik, az emberi lét alapproblémáit fogja át. Univerzalitásából következik az is, hogy bárki számára megérthető, bár

nem „ismeretterjesztő” szándékú. Egyik vetületében szigorúan tudományos. Kutatja az emberi psziché ösztönszerű megnyilvánulásait, ezeket egybeveti a főemlősök megfigyelése során tapasztaltakkal. Leírja az ösztönök filogenetikus történetét, fejlődését, leszármazását. A freudi ösztöntan kissé csonkán maradt épületét zseniálisan kiteljesíti a megkapaszkodás ösztönének leírásával. E felfedezése révén egyszersmind a lelki jelenségek széles körét magyarázza meg úgy, hogy közben folyamatosságot talál a modern pszichoanalízis én-pszichológiája felé. E műnek van egy másik, rejtettebb aspektusa is. Szigorúan tudományos volta ellenére, bármely szépirodalmi eszköz igénybevétele nélkül is, atmoszférája, hangulata van: tragikus műalkotás. Valamikor, talán félmillió évvel ezelőtt a majomember előtt felvillan a jövő víziója: az emberré váló individuumba rátör a jégkorszak, elvész az erdő biztonsága és melege, az ember elszórtelenedik és így a csecsemő többé nem élheti meg az anyába való tartós bekapaszkodás vitális élményét. Az emberiség születése pillanatában katasztrofális leválasztási traumát szenved. Ugyanezt ismétli majd meg azóta

is minden megszületett egyén. Ennek messzemenő következményeit taglalja nagyrészt a könyv. Aktualitását az is adja, hogy ez képezi „mai” pácienseinknek centrális problematikáját is.

Azt hiszem, hogy a kultúra fejlődésének jelen periódusában ilyen összefoglaló jellegű műalkotások, mint „Az ember ősi ösztönei” nem jönnek létre.

Hermann tehát még tudott valami olyasmit, ami majd csak hosszú idő múlva lesz megint lehetséges: valóban zseniális gondolatok segítségével szintetikus tudáshoz jutni és azt az utókor számára közvetíteni.

Nemcsak arról van szó, hogy Hermann úrt hagyott maga után: de óriási úrt hidalt is át. Egyrészt a pszichoanalízis magyarországi történetében mint az előbbieken vázoltam; másrészt műve révén még hosszú-hosszú időn át, az emberiség mai fenyegetettségében. Vigasztaló lehetőség csak a fajfejlődés késői időszakában, egyszersmind e könyve utolsó lapjain jelenik meg: a szeretet motívuma, mely az úrt, a távolságot, a leválasztottságot áthidalja.

Paneth Gábor dr.

„Életünk égő szövethozzá hasonlító, mely majd lassabban, majd sebezhetőbben, de szüntelen fogy. Boldog, ki midőn létének e mulandóságára gondol, azzal vigasztalhatja magát, hogy sokaknak világított.”

Eötvös

A szerzők 596 hipotóniás gravida terhességével és szülésével kapcsolatos adatait hasonlították össze, azonos számú normotóniás terhesével. A statisztikai analízis azt igazolta, hogy a hipotóniások anamnézisében szignifikánsan gyakoribb a vetélések és a koraszülések előfordulása, a terhesség alatt az idő előtti méhtevékenység, az anaemia fellépése, szignifikánsan nagyobb a koraszülések, a 2500 g alatti és retardált újszülöttek aránya és a perinatális mortalitás. Irodalmi adatok alapján áttekintik a terhesség alatti hipotónia kialakulásának lehetséges okaikat. Az eredmények arra mutatnak, hogy a terhesség alatti hipotóniát rizikó faktorként kell értékelni.

Hypotension during pregnancy. The authors compared the findings of 596 pregnancies of women suffering from hypotension with those of normotensive expecting mothers of identical number. Results of the statistical analysis prove, that the occurrence of abortions and premature deliveries is significantly more frequent in the anamnesis, and precocious uterine activity, appearance of anemia also are significantly more frequent during the pregnancy concerned in addition to the higher proportion of premature deliveries, infants below 2500 g, retarded babies, and perinatal mortality. Possible causes of the development of hypotension during pregnancy is reviewed on the basis of the literature. The results indicate, that hypotension during pregnancy should be evaluated as a risk factor.

A terhesgondozás alapvető feladata és célja, hogy megelőzze, azaz mielőbb felfedje és kiküszöbölje azokat a körülményeket és anomáliákat, amelyek a terhesség fiziológiás lefolyását hátrányosan befolyásolják. A tanácsadásokon egyik rutin vizsgálat a vérnyomás mérése, ez legtöbb esetben a hipotónia felismerését célozza. A normálisnál kisebb érték — a hipotónia — szülészeti jelentősége kevés ismert. Emellett szól az a tény is, hogy a patológiás hipotenzió határértéke távolról sem egységes. Hansen (11) és Laberke (18) szerint 100 Hgmm, Kleine (15) és Kruschwitz (16) szerint 110 Hgmm a felső határ.

A materno-foetális gázcseré és a nutritív folyamatok hatásfoka elsősorban a placentáris átáramlástól függ. Ebből következik, hogy a hipotónia, időtartamától és súlyossági fokától függő mértékben a magzati fejlődés csökkenését eredményezi, növeli a koraszülött és kis súlyú újszülöttek arányát és amint a felmérésekből kiderült, a szülés alatti komplikációk számát is (6, 8, 9, 10, 13, 22). Browne (4) összeállítása szerint a magzati mortalitás nemcsak a magas anyai vérnyomással, hanem ugyanilyen mértékben a hipotóniával is összefügg.

Munkánkban azt vizsgáltuk, hogy a gesztáció folyamán kialakult hipotónia milyen mértékben tekinthető kockázati tényezőnek, megléte mellett a terhesség és a szülés alatti patológiás folyamatok milyen gyakorisággal fordulnak elő, és hogy a hipotónia súlyossági fokával arányban áll-e az anyai és magzati ártalmak gyakoriságának alakulása.

Betegek és módszer

A felmérést a városunkban 1976. és 1981. év között a terhesstanácsadáson gondozott azon terhesekre ter-

Kulcsszavak: terhesgondozás, hipotónia, intrauterin retardáció

jesztettük ki, akiknek szülése is osztályunkon zajlott le. Az értékelést a terhesek törzslapja és a szülészeti kórlapok alapján végeztük. A fenti időszakból összegyűjtöttük azokat a terheseket, akiknek a terhesség 28. hetéig mért systolés vérnyomása maximálisan 110 Hgmm, vagy az alatti volt, és a tanácsadáson legalább 5 alkalommal megjelentek. Az anyagon belül egy enyhe (101–110 Hgmm) és egy súlyos (100 Hgmm alatt) hipotóniás csoportot különböztettünk meg. A kontroll csoportba válogatás nélkül ugyanolyan számú normotóniás (111–140 Hgmm systolés vérnyomás és 90 vagy kisebb diastolés nyomás) terhest soroltunk.

Az említett időszak alatt osztályunkon 6176 általunk gondozott, városi terhes szülése zajlott le. Közülük 596-ban (9,6%) volt a systolés vérnyomás maximális értéke 110 Hgmm vagy az alatti. Ezen hipotóniás csoporton belül enyhe hipotóniát 418 (6,8%), súlyos hipotóniát 178 (2,8%) terhesen találtunk. A kontrollcsoportot 596 randomizált normotóniás terhes alkotta, ugyanabból az időszakból.

A terhességgel és szüléssel kapcsolatos fontosabb adatokat hasonlítottuk össze és statisztikailag értékeltük. A szignifikancia számítások elvégzésére számítógépes feldolgozást is alkalmaztunk.

A gyakorisági táblázatokat Fisher-próbával értékeltük, az életkoroknak, a szülések időtartamának és az újszülöttek súlyának összehasonlítása a Wilcoxon-próbával történt. Az átlagot és a szórást (SD) tüntettük fel. Az eredményeket táblázatokba foglaltuk, megjelölve a szignifikancia mértékét. A vizsgált adatok: életkor, paritás, előrement vetélés és koraszülés, terhesség és szülés alatti szövődmények, a gesztáció időtartama, koraszülöttség, retardált újszülöttek és perinatális mortalitás.

Eredmények

A hipotóniás terhesek *átlagéletkora* $23,86 \pm 4,65$ évnek bizonyult. Az enyhe hipotóniásoké $23,76 \pm 4,68$ év, a súlyosaké $24,1 \pm 4,62$ év volt. A kontrollcsoportba tartozó terhesek *átlagéletkora* $24,2 \pm 4,5$ év.

A *paritás* szempontjából sem volt az egyes csoportokon belül különbség.

A hipotóniások anamnézisében *egy spontán vetélés* összességében 19,6%-ban, a normotóniások

1. táblázat. Spontán vetélés és koraszülés a kórelőzményben

	n	1 spontán vetélés		2 spontán vetélés		1 koraszülés		2 koraszülés	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kontroll	596	95	15,9	11	1,8	25	4,2	4	0,7
Összes hipotónia	596	117	19,6 n. s.	27	4,5 p < 0,05	42	7,0 p < 0,05	14	2,3 p < 0,05
enyhe hipotónia	418	63	15,1 n. s.	15	3,6 n. s.	23	5,5 n. s.	7	1,7 n. s.
súlyos hipotónia	178	54	30,3 p < 0,01	12	6,7 p < 0,01	19	10,1 p < 0,01	7	3,9 p < 0,01

anamnézisében 15,9⁰/₀-ban fordult elő (enyhe 15,1⁰/₀, súlyos 30,3⁰/₀). A két lezajlott spontán vetélés előfordulása a hipotóniás csoportban több mint kétszer gyakoribb volt (4,5⁰/₀), mint a normotóniás csoportban (1,8⁰/₀). A súlyos hipotóniás csoportban a kontrollhoz viszonyított előfordulási gyakoriság több mint háromszoros (6,7⁰/₀), enyhében pedig pontosan a kétszerese (3,6⁰/₀).

A koraszülés is a hipotóniások előzményében szerepel nagyobb számban. A különbség legkifejezettebb azok között, akiknél korábban két koraszülés zajlott le, itt az előfordulási gyakoriság a kontroll csoporthoz (0,7⁰/₀) viszonyítva az enyhe hipotóniás csoportban kb. kétszeres (1,7⁰/₀), a súlyos hipotóniás csoportban pedig kb. ötszörös (3,9⁰/₀); az összes hipotóniásra vonatkoztatva pedig mintegy háromszoros (2,3⁰/₀). Az előrement két spontán vetélés és koraszülés esetén, de főként a súlyos hipotóniás csoportban a különbség szignifikáns (1. táblázat).

A hipotóniás terhesek körében gyakoribb volt a veszélyeztetettségi tényezők előfordulása, mint a normotóniások között.

Idő előtti méhtevékenységet, fenyegető vetélés ill. koraszülés jeleit a hipotóniás csoportban általában kétszer gyakrabban észleltünk. A kontroll csoportban 24,2⁰/₀-ban, a hipotóniás csoportban 46,9⁰/₀-ban, a súlyos hipotóniás csoportban 57,8⁰/₀-ban fordult elő. A különbség szignifikáns.

Anaemiát (110 g/l alatti Hgb érték) is a hipotóniások között (17,1⁰/₀) kb. kétszer gyakrabban regisztráltunk, mint a kontroll csoportban (8,7⁰/₀).

Varicositas gyakorisága tekintetében a vizsgált csoportok között nem volt különbség.

A terhesség folyamán egyszer vagy többször kórházi kezelésben részesült a hipotóniások 14,1⁰/₀-a, a súlyos hipotóniások 18,5⁰/₀-a, ill. a normotóniások 8,2⁰/₀-a (2. táblázat).

Az összes hipotóniást tekintve az esetek 15,9⁰/₀-ában a szülés a betöltött 37. gesztációs hét előtt zajlott le, a kontroll csoportban 8,3⁰/₀-ban. A súlyos hipotóniások között ez az arány 24,2⁰/₀, azaz a gyakoriság csaknem háromszoros.

Ehhez hasonlóan alakult az egyes csoportokban a 2500 g-nál kisebb súllyal születettek aránya: a hipotóniás csoportban 17,9⁰/₀, a kontroll csoportban 7,4⁰/₀, ugyanakkor a súlyos hipotóniás csoportban 25,8⁰/₀, több mint háromszor gyakoribb. A legkifejezettebb volt a különbség az intrauterin retardált, a 10 percentiliséknél kisebb súlyú újszülöttek vonatkozásában. Előfordulásuk a kontroll csoporthoz (4,9⁰/₀) viszonyítva az enyhe hipotóniás csoportban több mint kétszeres (11,7⁰/₀), a súlyos hipotóniás csoportban több mint négyszeres (21,3⁰/₀) és az összes hipotóniásra vonatkoztatva csaknem háromszoros (14,6⁰/₀). Koraszülés, 2500 g alatti születési súlyú, valamint intrauterin retardált újszülött a hipotóniás csoportokban szignifikánsan gyakrabban fordult elő (3. táblázat).

Az idő előtti burokrepedés vonatkozásában lényeges különbség nem volt a csoportok között.

Meconiumos magzatvizet a szülés tágulási időszakában a hipotóniás csoportokban szignifikánsan

2. táblázat. Szövődmények a jelenlegi terhesség alatt

	n	I. e. méhtevékenység		Anaemia 100 g/l alatt		Varicositas		Hospitalizáció	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kontroll	596	144	24,2	52	8,7	46	7,7	49	8,2
Összes hipotónia	596	280	46,9 p < 0,01	102	17,1 p < 0,01	50	8,4 n. s.	84	14,1 p < 0,01
enyhe hipotónia	418	177	42,3 p < 0,01	69	16,5 p < 0,01	31	7,4 n. s.	51	12,2 p < 0,05
súlyos hipotónia	178	103	57,8 p < 0,01	33	18,5 p < 0,01	19	10,6 n. s.	33	18,5 p < 0,01

3. táblázat. A terhesség időtartama, az újszülöttek súlya

		36 v. kisebb geszt. hét		2500 g alatt		10 percentil alatt	
		n	%	n	%	n	%
Kontroll	596	49	8,3	44	7,4	29	4,9
Összes hipotónia	596	95	15,9 p < 0,01	107	17,9 p < 0,01	87	14,6 p < 0,01
enyhe hipotónia	418	52	12,4 p < 0,05	61	14,6 p < 0,01	49	11,7 p < 0,01
súlyos hipotónia	178	43	24,2 p < 0,01	46	25,8 p < 0,01	38	21,3 p < 0,01

gyakrabban észleltünk. Legtöbbször a súlyos hipotóniások között fordult elő: 14,0%, a kontroll csoportban 6,2%.

A szülés átlagos időtartama a hipotóniás csoportokban szignifikánsan hosszabb volt. Az összes hipotóniást magában foglaló csoportban $460,5 \pm 191,4$ perc, a kontroll csoportban $408,6 \pm 193,6$ perc, a súlyos hipotóniás csoportban $485,3 \pm 183,2$ perc volt.

Az átlagos születési súly hipotóniás anyák esetében szignifikánsan kisebb volt: $2896,1 \pm 615,6$ g, a kontroll csoportban $3253,8 \pm 556,7$ g, a súlyos hipotóniás csoportban $2769,4 \pm 634,0$ g, csaknem 500 g-mal kisebb a normotóniás anyák újszülöttjeinek átlag születési súlyánál. A szülés a hipotóniás anyák

Megbeszélés

Döderlein már 1938-ban felhívta a figyelmet arra, hogy terhésekben a hipotenzio meglepően gyakran fordul elő. Kleine (15) 1942-ben feltételezte a hipotóniás tünetegyüttes és a koraszülés közötti összefüggés lehetőségét.

Hofhansl és Baumgarten (12) szerint a graviditás alatti hipotónia vaszkuláris diszreguláció következménye, amit részben a vegetatív idegrendszer működési zavara okoz, másrészt a nagy mennyiségben termelődő ösztrogénnek a kortikoid anyagcserére, illetve az egész endokriniumra kifejtett indirekt hatása következtében fellépő mellékvese-kéreg hipofunkció eredménye.

4. táblázat. A szüléssel kapcsolatos adatok

		I. e. burok- repedés		Meconiumos magzatvíz		Szülés idő- tart. percben átlag szórás		Születési súly átlag szórás		6 v. kisebb Apgar score	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kontroll	596	133	22,3	37	6,2	408,6±193,6	3253,8±556,7	43	7,2		
Összes hipotónia	596	162	27,2 n. s.	66	11,0 p < 0,01	460,5±191,4 p < 0,01	2896,1±615,6 p < 0,01	101	16,9 p < 0,01		
enyhe hipotónia	418	119	28,5 p < 0,05	41	9,8 p < 0,05	449,9±194,0 p < 0,01	2950,0±600,3 p < 0,01	66	15,8 p < 0,01		
súlyos hipotónia	178	43	24,2 n. s.	25	14,0 p < 0,01	485,3±183,2 p < 0,01	2769,4±634,0 p < 0,01	35	19,7 p < 0,01		

újszülöttjeit általában jobban megviselte. A 6 vagy az alatti Apgar-érték előfordulása a hipotóniás csoportban 16,9%, míg a kontroll csoportban csak 7,2% volt. A különbség szignifikáns (4. táblázat).

A szülések levezetésének módjában — beleértve a vacuum extractiót és a sectio caesareát is — az egyes csoportok között különbség nem volt.

A perinatális mortalitás a hipotóniás csoportban 36,9 ezreléknek, a normotóniás csoportban 16,7 ezreléknek bizonyult. A különbség szignifikáns. Az enyhe hipotóniás csoportban 33,5 ezrelék, a súlyos hipotóniás csoportban pedig 44,9 ezrelék volt (5. táblázat).

5. táblázat. Perinatalis mortalitás

	Összes szülés n	Meghalt n	Perinat mort. ‰
Kontroll	596	10	16,7
Összes hipotónia	596	22	36,9 p < 0,05
Enyhe hipotónia	418	14	33,5 n. s.
Súlyos hipotónia	178	8	44,9 n. s.

Kumar (17) és McCausland (20) szerint a terhesség első két trimenonában a hipotóniás regulációs zavarok alapja a gravitáció folyamán bekövetkező számos anyagcsere változás, de különösen a fokozott progeszteron termelés és megemelkedett koncentráció, mely miatt a vasopressin veszt tonizáló hatásából, ezért a simaizmok tónusa csökken.

Brehm és Kindling (3) szerint az arteriolák és a kapillárisok tónusának csökkenése következtében a perifériás ellenállás csökken, amihez még a vénák dilatációja járul. A szív percvolumenének kompenzatórikus megnövekedése sem képes ennek következtében a vérnyomást a korábbi állandó szinten tartani. A második trimenon végéig a vérnyomás rendszerint alacsonyabb, majd ezután ismét emelkedik, ill. normalizálódik. Valószínű, hogy az ösztrogén-fokozódó termelődése következtében az ösztrogén-progeszteron arány megváltozik, s így a vasopressin hatása jobban érvényesülhet (13, 22).

A magzat növekedéséhez és fejlődéséhez szükséges energiát és építőanyagokat a kielégítő méh és lepényi átáramlás biztosítja. Az uteroplacentáris perfúzió nagysága elsősorban az anyai szív percvolumenétől függ. Kialakulhat relatív szívolumen csökkenés is, ami koraszüléshez vezethet, ezt saját vizsgálataink is megerősítik (14). Nagy jelentőségű funkcionális faktor a szívfrekvencia és az artériás középnyomás is (23).

A vérkeringési rendszerben a terhes uterus funkcionálisan perifériás szervként szerepel, vérellátását nem irányítják autoregulációs folyamatok, szemben a centrális szervekkel, mint amilyen például az agy és a vese. Az anyai artériás középnyomás csökkenése ezért, állandó szívfrekvencia és azonos vértérfogat mellett, az uteroplacentáris perfúzió aránytalanul nagyfokú csökkenéséhez vezet (5, 7, 19, 21). Az uterus átáramlását szintén rontja az, hogy a pulzus amplitúdó beszűkülése következtében az uterinális erek ellenállása reflektorikusan fokozódik (2).

A materno-foetalis gázcsere mennyisége elsősorban az uteroplacentáris vér átáramlásától függ. A hipotónia következtében a lepényi perfúzió csökken, a gázcsere beszűkül, ami a magzati vérben az oxigén parciális nyomásának csökkenését eredményezi. Ez a keringéstől függő védekező láncreakciót vált ki a magzatban, melynek segítségével az anyai stressz helyzetek káros hatásait tolerálni képes. Azonban ez a mechanizmus csak a rövid ideig tartó és nem gyakran ismétlődő ingerekre lép működésbe, de hatástalan, ha a hipotóniás vérkeringési zavar, ill. a hipoxia kifejezett vagy állandósult (1). A hipotóniás terhésekben radioizotóp módszerrel elvégzett placenta perfúziós mérések az uteroplacentáris vérkeringés beszűkülését egyértelműen igazolták (8, 9, 10).

A felmérés eredményei azt mutatják, hogy a gravitáció alatti hipotónia eddig nem kellően figyelembe vett kockázati tényező, mely jelentős szövődményeket okozhat az anyában és a magzatban egyaránt.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondunk köszönetet a számítógépes feloldozásban nyújtott segítségért a Szegedi Orvostudományi Egyetem Számítástechnikai Központjának, Győri István dr.-nak és Boda Krisztinának.

IRODALOM: 1. Assali, N. S., Brinkmann, C. R.: The role of circulatory buffers in fetal tolerance to stress. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1973, 117, 643. — 2. Bech-Jansen, P. és mtsai: Circulatory shock in pregnant sheep. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972, 112, 1084. — 3. Brehm, H., Kindling, E.: Der Kreislauf während Schwangerschaft und Wochenbett. *Arch. Gynecol.* 1955, 185, 696. — 4. Browne, J. C. M.: Survey of eclampsia — clinical aspects. *Path. Microbiol.* 1961, 24, 542. — 5. Friedberg, V.: Physiologie und Pathophysiologie der Schwangerschaft. *Anästhesie der Geburtshilfe und Gynäkologie* Bd. IV. Lehmanns München 1974. — 6. Goeschel, K. és mtsai: Hypotonie in der Schwangerschaft: Krankheitswert, Differentialdiagnose, Konsequenzen. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1982, 42, 84. — 7. Greiss, F. C.: Pressure-flow relationship in the gravid uterine vascular bed. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1966, 94, 41. — 8. Grünberger, W., Leodolter, S., Parschalk, O.: Schwangerschafts-Hypotension und „Fetal outcome“. *Fortschr. Med.* 1979, 97, 141. — 9. Grünberger, W., Parschalk, O.: Schwangerschaftshypotension — ein Frühgeburtsrisiko. *Wien. Med. Wochenschr.* 1980, 6, 210. — 10. Grünberger, W., Parschalk, O., Fischl, F.: Behandlung der Schwangerschaft bedingten Hypotonie verbessert kindliche Prognose. *Med. Klin.* 1981, 76, 257. — 11. Hansen, R.: Hypotonie und Schwangerschaft. *Arch. Gynecol.* 1942, 173, 210. — 12. Hofhansl, W., Baumgarten, K.: Die Behandlung der Hyperemesis gravidarum mittels Nebennierenrindenhormon. *Wien. Med. Wochenschr.* 1961, 111, 127. — 13. Kirchhoff, H.: Das Hypotensive Syndrom in der Schwangerschaft und unter der Geburt. *Med. Klin.* 1976, 71, 1928. — 14. Kiss, D., Szóke, B., Kékési, Gy.: Korrelation zwischen maternalen Herzvolumen und Schwangerschaftsdauer. *Zbl. Gynäk.* 1974, 96, 781. — 15. Kleine, H. O.: Die Bedeutung des Hypotonischen Symptomenkomplexes für die Frauenheilkunde. *Arch. Gynecol.* 1942, 173, 214. — 16. Kruschwitz, S.: Hypotension and its treatment in pregnancy. *Med. Welt.* 1962, 23, 1323. — 17. Kumar, D.: Chronic placental ischemia in relation to toxemias of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1962, 84, 1323. — 18. Laberke, J. A.: Zur Genese und Therapie der hypotonen Regulationsstörungen. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1952, 77, 133. — 19. Ladner, C. és mtsai: Dynamics of uterine circulation in pregnant and nonpregnant sheep. *Am. J. Physiol.* 1970, 218, 257. — 20. McCausland, A. M., Holmes, F., Trotter, Jr. A. D.: Venous distensibility during the menstrual cycle. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1963, 86, 640. — 21. Moll, V., Künzel, W.: Der uteroplacentare Kreislauf. *Z. Geburtshilfe Perinatol.* 1974, 178, 1. — 22. Rimbach, E., Heiligenstein, E.: Die klinische Bedeutung der Hypotonie in der Schwangerschaft und während der Geburt. *Med. Welt.* 1967, 34, 1950. — 23. Schwarz, R.: Das Verhalten des Kreislaufs in der normalen Schwangerschaft. 1964, 199, 549.

(Harsányi József dr., Dunaújváros, Pf. 107., 2401.)

MANDI YVETTE DR.,
FARKAS GYULA DR.,
KARACSONYI SÁNDOR DR.,
TÓTH MIKLÓS DR.
ÉS BÉLADI ILONA DR.

Az NK reakció szerepe a máj és hasnyálmirigy daganatok diagnosztikájában

Szegedi Orvostudományi Egyetem Mikrobiológiai Intézet (igazgató: Béládi Ilona dr.),
I. Sebészeti Klinika (igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)

A szerzők perifériás lymphocyták NK (natural killer) és K (killer) aktivitását határozták meg. A perifériás vért máj- és hasnyálmirigy-betegségben szenvedő és egészséges egyénekből nyerték. A rosszindulatú daganatos betegek (19 eset) NK és K sejt aktivitása lényegesen alacsonyabb volt, mint az egészségeseké (40 egyén). A máj és hasnyálmirigy benignus betegségei esetében viszont (12 eset) az NK és K aktivitást kifejező cytotoxicitási százalék átlaga megegyezett, vagy magasabb volt ($40 \pm 10\%$), mint a kontroll egyének aktivitása ($32 \pm 12\%$). Az alacsony cytotoxicitási százalék ($12,6 \pm 5\%$) jellemző volt a malignus folyamatok esetében, amelynek többségében a primér elváltozás mellett az exploráció során lokális metasztázist, ill. metasztázisokat észleltünk. Az *in vitro* alkalmazott interferon kezelés a malignus megbetegedések egy részénél a kontroll szint közelébe emelte a cytotoxicitási értékeket.

The role of NK and K cell activity in the diagnosis of liver and pancreas cancer. The activity of „NK” (natural killer) and „K” (killer) cells was determined in 31 patients with liver and pancreas disease before operation. It was found that NK and K activity of the 19 patients with malignant disease was significantly lower than of the 40 controls. In contrast, 12 patients with benignant liver and pancreas disease exhibited higher ($40 \pm 10\%$) or similar cytotoxicity with controls ($32 \pm 12\%$). Virtually all the patients whose lymphocytes exerted low cytotoxicity ($12,6 \pm 5\%$) had local metastases.

Pretreatment of lymphocytes with IFN *in vitro* corrected the defect in NK activity in some but not all cancer patients.

Az utóbbi évtized tumorimmunológiai vizsgálatai arra utalnak, hogy a szervezet nonspecifikus immunvédekezésének jelentős szerepe van a daganatképződés, illetve a metastasisok kialakulásának megakadályozásában. Ebben a védekezési mechanizmusban effektor sejtneként elsősorban az ún. természetes killer (NK) sejtek és a makrofágok vesznek részt (1).

Az NK lymphocyták egészséges emberekből és kísérleti állatokból egyaránt izolálhatók (2–5), morfológiailag az ún. LGL (large granular lymphocyte) sejteknek felelnek meg, és — emberben — a perifériás lymphocyták 1–6%-át alkotják (6, 7). Az NK sejtek előzetes szenzibilizálás nélkül képesek *in vitro* előltni bizonyos tumorsejteket; a daganat elleni védekezésben *in vivo* betöltött szerepüket elsősorban állatkísérletek eredményei támasztják alá (8, 9, 10).

Az a megfigyelés, hogy emberben többféle malignus betegségben, mint emlőrák, melanoma malignum, colon carcinoma (11–15) az NK aktivitást alacsonyabb szintűnek találták, nemcsak elméleti

szempontból jelentős, hanem felveti e vizsgálati módszer alkalmazhatóságát a malignus elváltozások diagnosztikájában. Vizsgálatainkat éppen e kettős cél érdekében végeztük. Tekintettel arra, hogy az NK reakció effektor sejtjei az ellenanyag közvetített sejt-cytotoxicitási (ADCC) reakcióban részt vevő ún. K(killer) sejtekkel alighanem azonos populációt képviselnek (16, 17), célszerűnek tartottuk e két reakciót párhuzamosan mérni. (Az ADCC reakcióban ugyancsak nem szenzibilizált effektor sejtek Fc receptoruk segítségével kapcsolódnak az ellenanyaggal fedett target sejtekhez.)

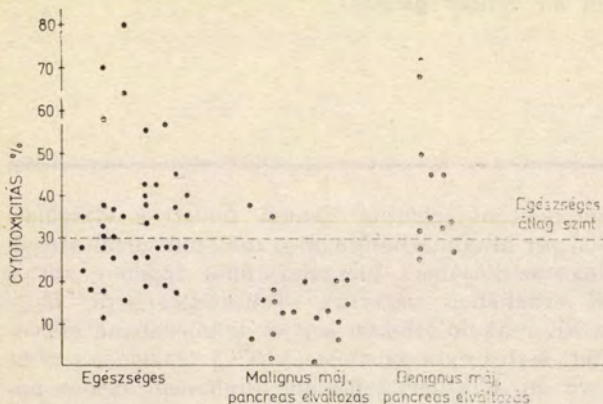
Összehasonlítottuk máj- és hasnyálmirigy-betegségben szenvedő 31 beteg NK és ADCC aktivitását 40 egészséges kontroll egyén lymphocytáinak értékeivel. A vizsgálat minden esetben praeoperative történt. Ezenkívül megvizsgáltuk, hogy az Intézetünkben előállított nyers humán leukocyta interferon milyen mértékben befolyásolja a cytotoxicitást. Az interferon ugyanis serkenti mind az NK, mind az ADCC reakciót (16), és ez a mechanizmus feltehetően lényeges szerepet játszik az interferon daganatokkal szembeni therapiás hatásában (18).

Vizsgált eseteink nem, életkor és betegség szerinti megoszlása

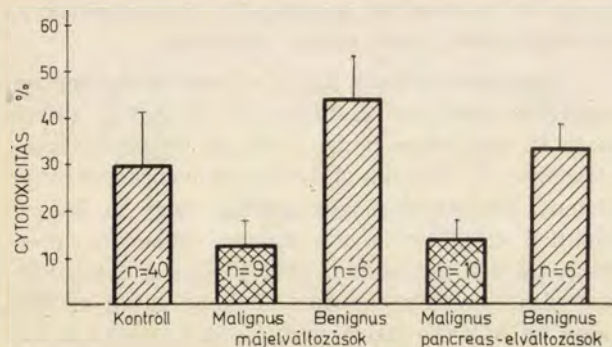
Diagnózis	Eset-szám	Férfi	Nő	Átlag életkor
Egészséges kontroll	40	25	15	53,2
<i>Echinococcus</i>	2	0	2	45,5
Hepatoma	1	0	1	38
Cirrhosis	3	3	0	42
Krónikus pankreatitis	4	3	1	52
Hasnyálmirigy pseudocysta	2	2	0	47
Összesen	12	8	4	44,9
Májrák	7	4	3	48,3
Solid májtájtét	2	1	1	46
Hasnyálmirigyrák	10	8	2	59
Összesen	19	13	6	53,1

Betegek és módszerek

Az NK és ADCC aktivitást olyan betegeknél vizsgáltuk, akik előzetes kivizsgálás alapján a máj gócos elváltozásai, ill. a pancreas krónikus megbetegedése miatt kerültek műtétre. A vizsgált betegek kor, nem és betegség szerinti összetételét táblázatban tüntettük



1. ábra: NK aktivitás a máj és a pancreas megbetegedése esetén.



2. ábra: NK aktivitás benignus és malignus máj és pancreas elváltozások esetén.

fel. A vizsgálat praeparative történt; a betegek a vizsgálat előtt citosztatikum kezelésben nem részesültek.

A kontrollcsoportot egészséges férfiak és nők képezték, akiket úgy választottunk ki a vizsgálat napján, hogy lehetőleg a betegekkel egy nemhez és korcsoporthoz tartozzanak.

Effektor sejtek szeparálása

25 ml, heparinnal (RG Budapest) levett vérből a mononukleáris sejteket Ficoll-Uromiro gradiens centrifugálással (19) szeparáltuk.

Az így nyert lymphocytá szuszpenziót 5×10^6 /ml-re állítottuk be 10% FCS tartalmú tápfolyadékban. (RPMI 1640).

NK reakció

Célsejtként K-562 erytroleukémiás sejtvonalat alkalmaztunk, melyet szuszpenziós kultúrában tartottunk fenn 10% FCS-RPMI 1640 tápfolyadékban. A célsejteket Cr^{51} izotóppal (Amersham) jelöltük, majd az effektor:célsejt arányt 50:1, 25:1, 12:1, 6:1 arányban állítottuk be. A sejteket 4 órán át inkubáltuk együtt $37^\circ C$ -on 5% CO_2 termosztátban. A felülúszók aktivitásából a cytotoxicitás %-át a következő képlet alapján számítottuk ki:

$$\text{cytotoxicitás } \% = \frac{\text{szupernatáns cpm} - \text{spontán cpm}}{\text{beépült aktivitás cpm}} \times 100$$

ADCC reakció

Célsejtként friss, human Rh(D) pozitív vörösvértesteket használtunk. A sejtekhez human anti-D savót adszorbeáltattunk (20). Az izotóppal jelölt sejteket az NK-tesztben leírtakhoz hasonlóan inkubáltuk az effektor sejtekkel. Az inkubáció ideje 18 óra volt; a cytotoxicitást ugyanúgy számítottuk ki, mint az NK-tesztben.

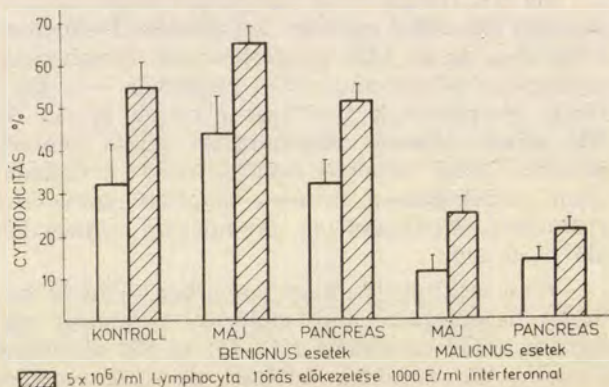
Effektor sejtek előkezelése interferonnal

Mind a kontrollok, mind a betegek lymphocytáit 1 órán át inkubáltuk 1000 E/ml nyers interferonnal. A leukocytá interferont Intézetünkben, Cantell (21) módszerének módosításával állították elő (22). Az interferonnal kezelt lymphocytákkal csak az NK-tesztet állítottuk be.

Eredmények

Az 1. ábrán összefoglalva tüntettük fel az egészséges kontrollok, a benignus és a malignus elváltozást mutató betegek vizsgálati eredményeit. Látható, hogy malignus betegség esetén — függetlenül a primaer tumor helyétől — alacsony a cytotoxicitás átlagértéke ($12,6 \pm 5\%$).

Az eredményekből az is kitűnik, hogy magának a májnak és a pancreasnak a betegsége nem



3. ábra: In vitro alkalmazott interferonkezelés hatása az NK aktivitásra.

jár együtt az NK aktivitás csökkenésével, mint azt a benignus esetek értékei mutatják. (Echinococcus esetében pedig inkább magasabb értékeket kaptunk, mint a kontroll). Az ADCC aktivitást tükröző cytotoxicitási értékek minden esetben párhuzamosan változtak az NK reakció értékeivel, $\pm 2,5\%$ eltérést mutattak egy-egy vérminta esetén.

A 2. ábrán már bontásban tüntettük fel a benignus és malignus máj, valamint a benignus és malignus pankréász betegségekben szenvedők NK aktivitását. A malignus elváltozásokhoz szignifikánsan alacsonyabb cytotoxicitás társul. A malignus átalakulás esetében egyébként csaknem 100% -ban lokális metasztázist, ill. metasztázisokat észleltünk az exploráció során.

Az interferon — ha individuális esetenként különböző fokban is — de fokozta a kontroll lymphocyták NK aktivitását. Ugyancsak stimuláló hatást fejtett ki a benignus megbetegedésben szenvedők lymphocytáira. A malignus esetek egy részénél az alacsony cytotoxicitást kifejtő lymphocyták aktivitása interferon kezelés után elérte vagy megközelítette a kontroll szintet. Azokban az esetekben azonban, ahol értékelhető cytotoxicitási százalékot nem kaptunk ($1,7-3,8\%$), az interferon kezeléssel sem értünk el stimulációt. A 3. ábra az átlageredményeket mutatja be.

Megbeszélés

Pross és Baines nagyszámú anyagon, többször ismételt vizsgálatai igazolták (23), hogy az NK aktivitás mértéke egyénenként eltérő, ami megegyezett tapasztalatainkkal is. Az említett szerzők azt is kimutatták, hogy egy-egy individum esetén viszont hosszú időperiódus alatt állandó mértékű aktivitásra számíthatunk, ezért elegendőnek tartottuk, ha egy-egy donortól egy alkalommal vettünk vért.

Adataink szerint a malignus elváltozások esetében sokkal gyakrabban figyelhetők meg a kontroll szint alatti értékek. Az irodalmi adatokkal egyezően (13) eredményeink arra utalnak, hogy az alacsony NK és ADCC aktivitás nem a primér tumor nagyságával, hanem a metasztázisok jelenlétével, illetve kiterjedésével hozható összefüggésbe.

Kísérletesen bizonyították, hogy az NK sejteknek különösen a keringő tumorsejtek elpusztításában van szerepük; alacsony aktivitásuk együtt járt a metasztázisok előfordulásának növekedésével (1, 24). Az NK sejtek csökkent aktivitását tumoros betegek esetében számos — eddig már megismert, és még felderítésre váró — tényező határozhatja meg. Nyilvánvalóan szerepük van a szupresszor sejteknek (25), szérumfaktoroknak (26), melyek gátolják az NK sejtek aktivitását, sőt valószínűnek tartják a granulocytá-lymphocytá arány felbomlása miatt a granulocyták NK aktivitást csökkentő szerepét is (27).

A máj és pankréász megbetegedései miatt műtetre kerülő betegek NK és ADCC aktivitásának értékelésekor nemek szerinti csoportosítást nem végeztünk, tekintettel az esetek egyelőre kis számára, ezért igyekeztünk a kontroll csoportot hasonló összetételben vizsgálni.

Son és munkatársai (28) hepatocellularis karcinómában szenvedő afrikai színesbőrű férfiak depresszált NK aktivitásáról számoltak be, mely *in vitro* interferon kezeléssel stimulálható volt. Az általunk vizsgált beteganyag kiválasztását az indokolta, hogy a máj, de főleg a hasnyálmirigy sebészi megbetegedéseinek diagnosztikája napjainkban is számos problémát vet fel. Ez vonatkozik főleg a malignitás kérdésének eldöntésére. Erre sokszor még explorációkor sem kapunk pontos választ. Ezért úgy tűnik, hogy a praeoperative végzett NK teszt eredménye e vonatkozásban segítséget nyújthat a sebész számára.

Az interferon alkalmazása egyes daganatos betegségek therápiájában az eddigi klinikai kipróbálások alapján biztatónak tűnik (29, 30). *In vitro* vizsgálataink eredményei arra utalnak, hogy az interferon NK sejtek aktivitását stimuláló hatása a máj és a pankréász malignus betegségekben szenvedő egyének egy részénél szintén megnyilvánul. Ezért felhasználása ezen daganatos betegségekben is kedvező hatású lehet.

IRODALOM: 1. Poste, G., Fidler, I. J.: The pathogenesis of cancer metastasis. *Nature*, 1980, 283, 139. — 2. Kiessling, R. és mtsai: „Natural” killer cells in the mouse. *I. Eur. J. Immunol.* 1975, 5, 112. — 3. Takasugi, M. és mtsai: Reactivity of lymphocytes from normal persons on cultured tumor cells. *Cancer Res.* 1973, 33, 289. — 4. Herberman, R. B. és mtsai: Natural cytotoxic reactivity of mouse lymphoid cells against syngeneic and allogeneic tumors II. *Int. J. Cancer*, 1975, 16, 230. — 5. Petrányi, G. és mtsai: Genetic control of natural killer lymphocytes in the mouse. *Immunogenetics*, 1975, 2, 53. — 6. Saksela, E. és mtsai: Morphological and functional characterization of isolated effector cells responsible for human natural killer activity to fetal fibroblast and to cultured cell line targets. *Immunol. Rev.* 1979, 44, 71. — 7. Rubin, P. és mtsai: Studies of human natural killer cells I. Analysis at the single cell level. *J. Immunol.* 1982, 128, 2553. — 8. Kasai, M. és mtsai: Direct evidence that natural killer cells in nonimmune spleen cells populations prevent tumor growth *in vivo*. *J. Exp. Med.* 1979, 149, 1260. — 9. Pollack, S., Hallenbeck, L.: *In vivo* reduction of NK activity with anti-NK serum: direct evaluation of NK cells in tumor clearance. *Int. J. Cancer*, 1982, 29, 203. — 10. Ehrlich, R. és mtsai: Natural host defense during oncogenesis. NK activity and dimethylbenzanthracene carcinogenesis. *Int. J. Cancer*, 1983, 31, 67. — 11. Pross, H. F., Baines, M. G.: Spontaneous human lymphocyte-mediated cytotoxicity against tumor target cells. I. The effect of malignant disease. *Int. J. Cancer*, 1976, 18, 543. — 12. Hersey, P. és mtsai: Low natural killer cell activity in familiar melanoma patients and their relatives. *Br. J. Cancer*, 1979, 40, 113. — 13. Kadish, A. és mtsai: Natural cytotoxicity and interferon production in human cancer: deficient natural killer activity and normal interferon production in patients with advanced disease. *J. Immunol.* 1981, 127, 1817. — 14. Garam, T. és mtsai: Emlődaganatos betegek „NK” és „K” sejtjeinek aktivitása. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 15. — 15. Láng, I. és mtsai: Tumoros betegek csökkent természetes limfocitotoxicitásának fokozása

transzfer faktor kezeléssel. Orv. Hetil. 1983, 124, 807. — 16. *Herberman, R. B.*: Immunoregulation and natural killer cells. Molecular Immunology 1982, 19, 1313. — 17. *Benczur, M. és mtsai*: Correlation between effector lymphocytes in natural and antibody-mediated cytotoxicity. Immunobiology, 1979, 156, 320. — 18. *Lee, S. H. és mtsai*: Stimulation of natural killer cell activity and inhibition of proliferation of various leukemic Cells by purified human leukocyte interferon subtypes. Cancer Res. 1982, 42, 1312. — 19. *Böyum, A.*: Separation of leukocytes from blood and bone marrow. Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1968, 21, 1. — 20. *Garam, T. és mtsai*: Emberi lymphocyták human vörösvérsejtek elleni cytotoxikus kapacitásának vizsgálata. Orv. Hetil. 1980, 121, 1705. — 21. *Cantell, K. és mtsai*: Human leukocyte interferon: Production, purification, stability and animal experiments. In vitro (Waymouth) Rockville Med. 1974, p. 35. — 22. *Béládi, I. és mtsai*: The clinical potential of interferon treatment of viral diseases and malignant tumors. Jap. Med. Res. Found. *Pross, H., Baines, H.*: Studies of human natural killer cells. In vivo parameters affecting normal cytotoxicity. Publication No 15 Tokyo, 1982, pp. 31–37. — 23. function. Int. J. Cancer, 1982, 29, 383. — 24. *Talmag-*

de, J. és mtsai: Role of NK cells in tumor growth and metastasis in beige mice. Nature 1980, 284, 623. — 25. *Tarkkanen, J. és mtsai*: Supressor cells of natural killer activity in normal and tumor bearing individuals. Clin. Immunol. and Immunopath. 1983, 28, 29. — 26. *Fekete B. és mtsai*: Rákos betegek szérumának hatása az antitest dependens celluláris cytotoxicitásra. Magyar Onkológia, 1982, 26, 13. — 27. *Kay, H. és mtsai*: Regulation of human lymphocyte-mediated natural killer (NK) activity I. Inhibition *in vitro* by peripheral blood granulocytes. J. Immunol. 1983, 130, 475. — 28. *Son, K. és mtsai*: Depressed natural killer cell activity in patients with hepatocellular carcinoma. In vitro effects of interferon and levamisole. Cancer, 1982, 50, 2820. — 29. *Quesada, J. R., Gutterman, J. U.*: Clinical study of recombinant DNA-produced leukocyte interferon (Clone a) in an intermittent schedule in cancer patients. J. Natl. Cancer Inst. 1983, 70, 1401. — 30. *Gutterman, J. U. és mtsai*: Clinical investigation of partially pure and recombinant DNA derived leukocyte interferon in human cancer. Tex. Rep. Biol. Med. 1982, 41, 626.

(Mándi Yvette dr., Szeged, Pf.: 8., 6701.)

AZ ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT 1984. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

BEMUTATÓTERMI kiállítások

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	„BORZE” 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!

HÉRICS IRÉN DR.,
SZÁNTÓ ISTVÁN DR.
ÉS LISZKA GYÖRGY DR.

Szteroid kezelés okozta aszeptikus nekrozis malignus lymphomás betegeken

Országos Onkológiai Intézet (főigazgató főorvos: Eckhardt Sándor dr.),
Klinikai Onkológiai Intézet (igazgató: Gyenes György dr.)
Röntgendiagnosztikai Osztály (oszt. vez.: Liszka György dr.)
Belgyógyászati Osztály (oszt. vez.: Eckhardt Sándor dr.)

A szerzők 210 malignus lymphomás beteg közül 3 betegen (1,43%) észleltek aszeptikus csontnekrozist. Az első esetben 24 080 mg kortikoszteroid adása után a jobb combcsont fejecében, másodikban 15 200 mg kortikoszteroid adása után a bal combcsont fejecében és néhány hónappal később ugyan ezen csont laterális condylusában jött létre a csont-elváltozás. A harmadik betegnél 3800 mg kortikoszteroid szedése után előbb a bal, majd a jobb combfejecsben lehetett nekrozist kimutatni.

Második esetük irodalmi ritkaságnak számít. A korszerű gyógyítás endoprotézissel történik.

Aseptic necrosis due to steroid treatment in patients with malignant lymphoma. Aseptic bone necrosis was found in 3 of 10 patients (1,43%) suffering from malignant lymphoma. In the first case bone alteration developed in the right whirlbone following the administration of 24080 mg corticosteroid. In the second patient bone alteration appeared after the administration of 15 200 mg corticosteroid in the whirlbone of the left femur and a few months later in the lateral condyle of the same bone. With the third patient necrosis was detected following the administration of 3800 mg corticosteroid first in the left and subsequently in the right whirlbone. The second case can be regarded as farity in the literature. Endoprosthesis is used as modern therapy.

A tartós kortikoszteroid kezelés egyik ritkán előforduló irreverzibilis szövődménye a combcsont fejecének aszeptikus nekrozisa. Kortizon kezelés után kialakuló csontnekrozisokról elsőként *Pietrogrande* és *Mastromarino* számolt be 1957-ben (7).

Rövidítések:

COPP kezelés: Cyclophosphamid (i. v.) 1. és 8. nap, 650 mg/m² + Vincristin (i. v.) 1. és 8. nap, 1,4 mg/m² + Natulan (p. o.) 1–14. napig, 100 mg/m² + Prednisolon (p. o.) 1–14. napig, 40 mg/m² (1. és 4. ciklusban), közben 2 hét therapiás szünet.

CHOP—Bleo-kezelés: Cyclophosphamid (i. v.) 1. nap, 750 mg/m² + Adriamycin (i. v.) 1. nap, 50 mg/m² + Vincristin (i. v.) 1. és 5. napon, 2 mg + Prednisolon (p. o.) 1–5. napig, 100 mg + Bleomycin (i. v.) 1–5. napig, 15 mg. (Adriamycin összdózis maximum 450 mg/m², Bleomycin összdózis maximum 180 E), utána a hét therapiás szünet.

ABVD-kezelés: Adriamycin (i. v.) 1. és 14. napon, 25 mg/m² + Bleomycin (i. v.) 1. és 14. napon, 10 mg/m² + Vinblastin (i. v.) 1. és 14. napon, 6 mg/m² + DTIC (i. v.) 1. és 14. napon, 375 mg/m².

BCNU—Leukeran—Vinblastin—Prednisolon-kezelés: Carmustin (i. v.) 1. nap, 80 mg/m² + Prednisolon (p. o.) 1–14. napig, 40 mg/m² + Vincristin (i. v.) 1. és 8. napon, 1,4 mg/m², Leukeran (p. o.) 1–14. napig másnaponta, 2x1 tbl.

Öt évvel később *Sutton* és *mtsai* már 62 esetet gyűjtöttek össze az irodalomból (11). Az elmúlt 25 év alatt számos elmélet született a folyamat kialakulásáról. Ezeket két csoportba lehet osztani. Az elsőbe az ún. „vascularis” elméleteket sorolhatjuk (8). A jelenleg legelfogadottabb teória szerint a csont patológiás folyamatát a subchondriális arterioláknak zsir-mikroembolusok okozta elzáródása indítja meg. Ezt mind klinikai (1), mind experimentális (3) adatokkal bizonyítani lehet. A kiváltó okok másik csoportját azok az elképzelések alkotják, amelyek szerint a primér elváltozás a szteroid által létrehozott osteoporosis. Ennek alapján mikrotrauma, vagy „kifáradásos törés” következményeként létrejövő érsérülés indítaná el az isémiás nekrozist (4, 10). A különböző elméletek, megállapítások között két olyan van, amit vitathatatlanul bizonyítottnak kell tekintenünk. Az első: a nekrozis kialakulása független a kortikoszteroid adagjától. Irodalmi adatok szerint a betegek a gyógyszert 2000–26 000 mg összdózisban szedték (2). A második, ezzel szorosan összefüggő megállapítás: nincsen egységesnek tekinthető „lappangási idő”, mert a legrövidebb kezelési idő, ami után nekrozis fellépett, 3 hónap, a leghosszabb 72 hónap volt (4).

A nekrozisra először klinikai tünetek utalnak. Ízületi fájdalmak lépnek fel, a csípőízületben moz-

gáskorlátozottság alakul ki. Ezek után 2—24 hónappal észlelhető a csontelhalás a röntgenképen (4). Erre az időszakra vonatkozóan viszonylag kevés kórbonctani adat áll rendelkezésünkre. Uehlinger (12) megfigyelése szerint a nekrotikus terület a végartériák által ellátott zónában alakul ki: metaphysisnek az a subcorticalis része, amely a periosteális erekből táplálkozik, nem vesz részt a folyamatban. Az infarctus az ízületi porcig terjed, széli részén hyperaemia és vérzések láthatók (12). A vérzések felszívódása után az infarctust határoló ép spongiosa megerősödik, sclerotisál. A röntgenfelvételen ekkor ismerhető fel az elváltozás: az epyphysis vonal alatt szalagformájú sclerotikus vonal látható, mely craniál felé konkáv és egyenetlen kontúrú. A továbbiakban a femurfejecsen strukturális átépülés alakul ki — foltos spongiosával, cysticus felritkulásokkal — majd a fejecs lelapul és kontúrján észrevehetővé válik a fractura. Egy idő után a nekrotikus terület sequestrálódik, ami a szomszédos csontállomány felritkulásaként jelenik meg a röntgenképen. A végstádiumot az arthritis kialakulása jelenti. A késői stádium röntgenképe az ún. „Charcot-izülethez” hasonlíthat (4). Ugyanúgy, mint a posttraumás, illetve egyéb eredetű aszeptikus combfej nekrozisokban, a sclerotikus elváltozás megjelenését a végstádiumban kb. 18—25 hónappal követi (9).

A diagnózis a betegek panaszai miatt végzett ismételt röntgenvizsgálat segítségével állapítható meg. A malignus lymphoma esetleges osseális manifesztációjától a röntgenkép alapján kezdetben nem lehet minden esetben elkülöníteni a gyógyszerártalomként kialakult csontelváltozást. Ezért szükségesek a kontrollvizsgálatok, amelyek során a röntgentünetek a fentebb leírtaknak megfelelő sorrendben jelentkeznek, és így az egyre típusosabbá váló kép kizárja az osseális lymphomát. A legkülönbözőbb okokból létrejövő — és általában igen ritka — csontnekrozisok (5) hasonló röntgentüneteket okoznak, ezért a kórelőzmény ismerete nélkül nem juthatunk helyes diagnózishoz.

Annak ellenére, hogy szerte a világon igen nagy számú beteget kezelnek kortikoszteroidokkal, a terapia mellékhatásának tekintett csontnekrozis viszonylag ritka. Így *Richards és mtsai* (8) 520 kortikoszteroiddal kezelt asthma bronchialis beteg közül ezt 6 esetben (1,15%) mutatták ki. Hodgkin és non-Hodgkin lymphomás betegek kombinált kezelésénél *Ihde és DeVita* (2) ezzel a kórképpel az esetek 1,25%-ban találkozott. Az utóbbi betegcsoporttal kapcsolatban azonban meg kell említenünk azt a felfogást is, miszerint lehetséges, hogy a malignus lymphomák kortikoszteroidot tartalmazó kombinált cytostaticus kezelésében nemcsak a kortikoszteroid, hanem a többi komponens is felelős lehet a combfej-nekrozis létrejöttéért. Mások úgy vélik, hogy a különböző szereket tartalmazó therapiás módszerek között mégiscsak a kortikoszteroidnak jut a legfontosabb szerep (6).

Mai ismereteink szerint a csontnekrozis csakis műtéttel, ízületi protézis beültetésével kezelhető. Gyógyszerek adásával a folyamat nem befolyásolható, legfeljebb átmeneti fájdalomcsökkenést érünk el.

Esetismertetés

Az Országos Onkológiai Intézet Belgyógyászati Osztályának Haematológiai részlegén 1977. január 1.—1982. január 1. között 210 beteg kapott malignus lymphoma miatt nagy dózsisú kortikoszteroidot is tartalmazó chemoterapiát. Közöttük 3-nál (1,43%) észleltük a leírt klinikai és radiológiai tüneteket. Két esetünkben ízületi protézis beültetése után szövettani vizsgálat is történt.

1. 50 éves nő, IV/B stádiumú Hodgkin kórral került felvételre. Szövettani altípus: lymphocytá depletio, eosinophil praedominantia. Kombinált cytostaticus kezelésben részesült, először COPP, majd progresszió miatt ABVD, később BCNU+VCR+Leukeran+Prednisolon séma szerint. Folyamatos kezeléssel alapterjesége partiális remisszióban volt. A gyógyszereszedés kezdetétől számított 25. hónapban jobb csípőtáji fájdalom jelentkezett. Két hónappal később a röntgenfelvételen felmerült az aszeptikus combfej nekrozis gyanúja, ettől kezdve a kezelést szteroid nélkül folytattuk. A fájdalom jelentkezésétől számított 4. hónapban a röntgendiagnózis már egyértelmű volt. A fájdalom megjelenéséig per os 20 980 mg, parenterálisan 3100 mg Prednisolon ekvivalens szteroidot kapott.

2. A 36 éves férfi IV/B stádiumú non-Hodgkin lymphomával került felvételre, a szövettani altípus nem volt megadható. Kombinált cytostaticus kezelésben részesült CHOP-Bleo séma szerint 12 alkalommal. Bal csípőízületi fájdalmai a terapia 12. hónapjában kezdődtek. A csontnekrozist bizonyító típusos röntgenképet 6 hónappal később lehetett kimutatni. Két hónappal ezután — tehát a fájdalom jelentkezésének 8. hónapjában — következett be az impressziós törés, majd ezt követően 3 hónap után alakult ki a sequestratio. A kezelés megkezdésétől számított 28. hónapban — a csípőízületi fájdalmak jelentkezése után 16 hónappal — a bal combcsont laterális condylusában már az impressziós törés stádiumában levő nekrozist mutatott ki a röntgenvizsgálat. A csípőtáji fájdalom felépéséig a beteg per os 9900 mg, parenterálisan 5380 mg, összesen tehát 15 260 mg Prednisolon ekvivalens szteroidot kapott. A fájdalom jelentkezésekor a gyógyszer adását beszüntettük. A tartós komplett remisszió a terapia befejezése után 34. hónapban tette lehetővé a csípőízületi endoprotézis beültetését. A műtétet az ORFI Orthopaed Sebészeti Osztályán végezték el. Az eltávolított combfejecs deformált, töredezett volt. A szövettani kép csontelhalásnak, illetve az azt kísérő arthrosinak felelt meg. (Dr. Bély Miklós, ORFI, Patológiai Osztály).

3. 30 éves férfi, II/A stádiumú Hodgkin kórral került felvételre, szövettani altípus: kevert sejt. A felső testfél kiterjesztett, nagyenergiájú sugárforrással végzet irradiációja után 6 alkalommal kombinált cytostaticus kezelést végeztünk COPP séma szerint. A gyógyszereszedés kezdetét követő 14. hónapban jelentkezett először fájdalom a bal csípőízületben. A 18. hónapban a jobb csípőízület is fájdalmassá vált. A 21. hónapban már mindkét csípőízületben látható volt az aszeptikus csontelhalás típusos röntgenképe. A beteg a fájdalom megjelenéséig összesen 3800 mg Prednisolonot kapott per os, attól kezdve a szer adását beszüntettük. A tartós komplett remisszióra való tekintettel a kezelés befejezése után 19 hónappal az ORFI Orthopaed Sebészeti Osztályán a bal oldalon csípőízületi endoprotézist helyeztek be. Az eltávolított combfejecs szövettani vizsgálata megerősítette az aszeptikus nekrozis röntgendiagnózisát. A jobb csípőízület műtétjére később kerül sor.

Megbeszélés

Eseteink alapján megállapíthatjuk, hogy betegeink között a Prednisolon-kezelésre visszavezethető aszeptikus csontelhalás gyakorisága azonos volt

az irodalomban olvashatóval. Megerősíthetjük azt a felfogást is, miszerint már igen kis dózis is okozhat nekrozist. (ld. a 3. esetet: 3800 mg!). A klinikai és röntgentünetek megjelenése, valamint az egymás után következő röntgenmorphológiai stádiumok időpontjai széles határok között lehetnek, ezért Prednisolonnal kezelt betegek esetén mindig kell erre az elváltozásra számítanunk. Az endoprotézis lehetővé teszi, hogy a malignus lymphomák korszerű terapiájával járó egyik lehetséges kortikoszteroid mellékhatást eredményesen kezeljük.

A 2. számú esetben leírt kettős nekrozis irodalmi ritkaságnak számít.

Köszönetnyilvánítás:

Köszönetet mondunk az ORFI Orthopaed Sebészeti Osztályának (prof. dr. Riskó Tibor) és a Patológiai Osztályának (dr. Bély Miklós) szíves segítségükért.

IRODALOM: 1. Fischer, D. E., Bickel, W. H.: Corticosteroid induced avascular necrosis. J. Bone Joint Surg. (Am.) 1971, 53, 859. — 2. Ihde, D. C., DeVita, V. T.: Osteonecrosis of the femoral head in patients with lymphoma treated with intermittent combination chemotherapy (including corticosteroids). Cancer, 1975, 36, 1585. — 3. Jones, J. O., Engelman, E. P.: Osseous

avascular necrosis associated with systemic abnormalities. Arth. Rheum. 1966, 9, 723. — 4. Klümper, A. és mtsai: Aseptische Knochennekrosen des Oberschenkelkopfes nach Glucocorticoidbehandlung. Fortschr. Röntgenstr. 1967, 107, 96. — 5. Liszka, Gy., Gál I., Kiss I.: Über die sich nach Pancreas-erkrankungen entwickelnden intraossealen Nekrosen. Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1969, 26, 61. — 6. Nikkanen, T. A. és mtsai: Osteonecrosis of the femoral head in lymphoma patients treated with combined chemotherapy, including corticosteroids. Strahlenther, 1980, 156, 417. — 7. Pietrogrande, V., Mastromarino, R.: Osteopatia da prolungato trattamento corisonico. Orthop. Traumat. 1957, 25, 791. — 8. Richards, J. M., Santiago, S. M., Klaustermeyer, W. B.: Aseptic necrosis of the femoral head in corticosteroid-treated pulmonary disease. Arch. Int. Med. 1980, 140, 1473. — 9. Rits, J. A. és mtsai: Dinamika rentgenmorphologisches izmenenij pri aszepticeszkom nekroze golobki bedrennoj koszti b ekszperimente i klinika. Vesztnyik rentgenol. i radiol. 1981, (3. szám), 15. — 10. Solomon, L.: Drug-induced arthropathy and necrosis of the femoral head. J. Bone Joint Surg. (Br.), 1973, 55, 246. — 11. Sutton, R. D., Benedek, T. G., Edwards, G. A.: Aseptic bone necrosis and corticosteroid therapy. Arch. Int. Med. 1963, 112, 594. — 12. Uehlinger, E.: Aseptische Knochennekrosen (Infarkte) nach Prednisolonbehandlung. Schw. Med. Wschr. 1964, 94 1527.

(Hérics Irén dr., Budapest, pf: 21., 1525.)



Jelentkezési

határidő:

1984. május 10.



A Semmelweis Orvostudományi Egyetem védnökségével

a SZÁMALK – Számítástechnika-Alkalmazási Vállalat – megrendezi az első hazai

ORVOS ÉS SZÁMÍTÁSTECHNIKA című szakmai továbbképző tanfolyamot

A tanfolyamon ismertetjük a gyógyítás, kutatás és oktatás számítógépes támogatásának legújabb hazai eredményeit és a számítástechnika egészségügyi alkalmazásának további lehetőségeit.

A tanfolyamot ennek megfelelően klinikai-kórházi orvosok, kutatók, egyetemi oktatók részére ajánljuk elsődlegesen.

A tanfolyamon való részvételhez számítástechnikai előképzettség nem szükséges.

A tanfolyam szakmai szervezői: SOTE Számítóközpont, SZÁMALK, Oktatási Iroda

A tanfolyam időpontja: 1984. május 14–18.

napi beosztása: 9.00–14.00; helye: SZÁMALK Székház, Budapest, XI., Szakasits Árpád u. 68.
Részvételi díj: 3500,-Ft; 5400,-Ft bentlakással és teljes ellátással.

Jelentkezni lehet: SZÁMALK OKTATÁSI SZERVEZÉSI OSZTÁLY, Gaul Gézáné,

Budapest, XI., Szakasits Árpád u. 68., 1502 Budapest, Pf. 146.

Telefon: 668-852, 853-111/131 sz. mellék.



A LÉZERSUGÁR – MINT TOBB MEGBETEGEDÉS GYÓGYMÓDJA

A „Jagoda” és az LG-75-1 ti-
pusú neon lézerberendezések
a következőkhöz alkalmazhatók:

- az asthma bronchiale, a magas vérnyomás és a radiculitis gyógyításának terapiájában;
- a sebészetben a chronikus fekélyek, égési sérülések és a csonttörések esetén a csontszövet gyógyulásának meggyorsításához;
- a dermatológiában a különböző megbetegedések gyógyításához, ezen belül a rosszindulatú képződményeknél;
- a stomatológiában a stomatitisek, a paradontitisek és egyéb állkapocs-arcterületi megbetegedések gyógyításához;
- az állatorvostanban a bőrmegbetegedések és a radiculitis gyógyításához.

A berendezések főbb műszaki adatai:

	„Jagoda” LG-75-1	
Sugárzási hullámhosszúság (mkm)	0,63	0,63
Sugárzási teljesítmény (mW)	min. 12	25



Exportáló: V/O



MEDEXPORT

MOSCOW

USSR

Szovjetunió 113461 MOSZKVA, Kahovka utca 31.
Telefon: 121-01-54. Telex: 411247, 411951 Medex SU

HORVÁTH LÁSZLÓ DR.,
SCHANZL ANTAL DR.,
TÉSZ ENDRE*
ÉS VIRÁG ANTAL**

A Grüntzig ballonkatéter biztonságosabb alkalmazása automatikus nyomáshatárolással

Pécsi Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika (igazgató: Kuhn Endre dr.)

A szerzők a transluminális angioplasticában használt Grüntzig ballonkatéter alkalmazására kidolgoztak egy egyszerű, olcsó és biztonságos módszert a ballon feltöltésére. Erre a célra egy MEDRAD kontrasztanyag-befecskendezőt alakítottak át. A készülék nyomáshatárolását használják megfelelő állítás után arra a célra, hogy a ballont legfeljebb 5 kg/cm^2 nyomással töltsék fel és ezt a nyomást semmi körülmények között ne lépjék túl. A módszer biztonsági szempontokon túlmenően kimutathatóan növeli a katéterek élettartamát és ezzel devizamegtakarítást eredményez.

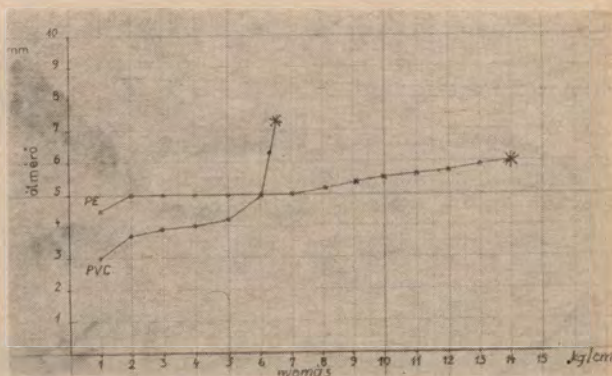
Safer use of the Grüntzig balloon catheter by automatic pressure control. The authors invented a simple, inexpensive and safe method to inflate the balloon of the Grüntzig catheter currently used in transluminal angioplasty. A MEDRAD injector had been modified for this purpose. The injection pressure limitation serves to stop the increase of pressure at the level of 5 kg/cm^2 during inflation of the balloon. This value is kept in any circumstances and it can not be exceeded. Out of safety measures the method increases the duration of catheters thus making savings of hard currency possible.

Az atherosclerosis obliterans kezelésében a korábbiakhoz képest teljesen új utat jelentett a percutan transluminális angioplastica bevezetése 1964-ben Dotter által. A módszer elterjedésének sokáig gátat szabott a nagyobb átmérőjű artériák (4 mm felett) kezelésére szolgáló eszközök (pl. a Porstmann ballonkatéter) veszélyessége. Majd Grüntzig 1974-ben készített egy a maihoz hasonló eszközt (1) és 1976-ban a radiológusok által oly jól ismert és a klinikusok által oly sokat hallott ballonkatétert (2), mely helyes alkalmazás mellett mondhatni veszélytelen eszköze a transluminális angioplastikának.

A nyomáshatárolás célja

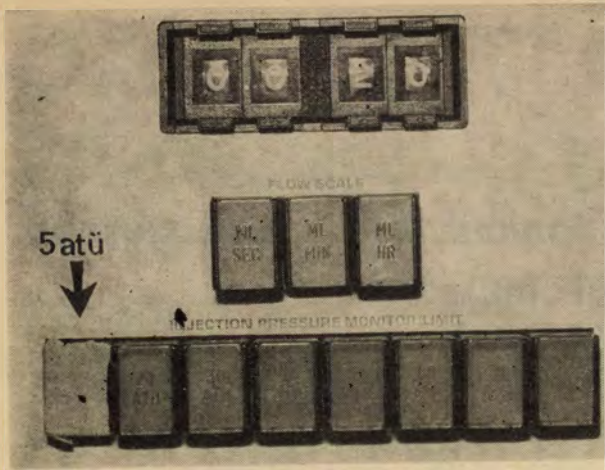
Grüntzig a katéterhez egy sűrített levegővel működő pumpát használ, melyen biztonsági berendezés gondoskodik arról, hogy a ballon felpumpálásakor annak nyomástűrő képességét ne lépjék túl (3). Ennek ára kb. 3000 SFr. Ha egy ér tágítása közben a ballon hosszirányban reped, ennek általában nincsen semmilyen komoly következménye. Ez a repedési irány jellemzi a Cook katétereket és csak többszörös használat után, túlnyomás esetén fordul elő. A Schneider gyártmányú katétereknek a ragasztása enged el a katéter hegyénél úgy, hogy a ballon anyaga elválik a belső katétértől. Ez sem veszélyes. Számos katéter azonban haránt irányban szakad el, és ez a kiáramló folyadék miatt érfali dissectiót okoz (4). Ezt kétféleképpen lehet megakadályozni. 1. Az egyik lehetőség az, hogy annyi

folyadékot pumpálunk a ballonba, amennyi abban kb. 5 kg/cm^2 nyomást hoz létre. Ehhez a ballont a betegnek kívül már egyszer fel kell pumpálni, ami annak használati idejét csökkenti (tulajdonképpen ezek csak egyszer használatos eszközök). Másrészt a betegben a katéter anyaga felmelegszik, puhább lesz és a ballonban csak nagyobb mennyiségű folyadékkal érhető el ugyanaz a nyomás. 2. A másik lehetőség az, hogy a ballon tűrőképességét figyelembevéve határozzuk meg azt a legnagyobb nyomást, melyet a felpumpálásakor alkalmazunk, és azt automatikus rendszerrel védjük a túlnyomástól. A polivinilklorid és polietilén ballon nyomásfüggő tágulása látható az 1. ábrán. Ebből kivehető, hogy a polivinilklorid ballon 6 kg/cm^2 , a polietilén 14 kg/cm^2 nyomást visel el károsodás nélkül az első



1. ábra: Egy 4 mm-es polivinilklorid és egy 5 mm-es polietilén ballonkatéter nyomásfüggő tágulási görbéje. Az előbbi 6 kg/cm^2 , az utóbbi 14 kg/cm^2 nyomás esetén elreped. A polietilén merevebb, méretét széles határok között megtartja, míg a polivinilklorid valamivel rugalmasabb.

* röntgenteknikus
** elektromérnök



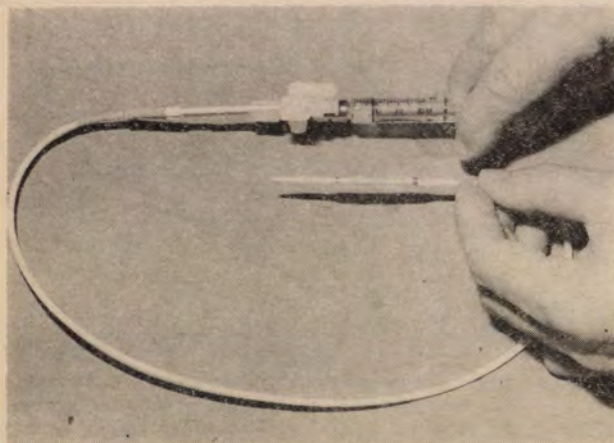
2. ábra: A nyomáshatárolás értékeket beállító gombok közül a 10 kg/cm²-t áldoztuk fel a ballonkatéter feltöltéséhez szükséges 5 kg/cm² számára.

felpumpálás alkalmával. Ha meggondoljuk azt, hogy 6 kg/cm² nyomás háromszorosan haladja meg a gépkocsibroncsokban levő nyomást, akkor belátjuk, hogy a legmakacsabb érelváltozást is ki lehet tágítani ekkora erővel. Ha nem, akkor annak más oka van (rosszul választott ballonméret, a katéter helyzete nem megfelelő stb.).

MEDRAD MARK IV. típusú kontrasztanyag befecskendezőnk beszerzésével született az az ötletünk, hogy a nyomáshatárolós kontrasztanyag-befecskendezés mintájára a műszert felhasználjuk nyomáshatárolt ballonfeltöltésre (5, 6). A garanciális szervizt végző vállalat (Hilekes BV, Bussum, Hollandia) volt szíves kérésünkre az egyébként igen ritkán használt 10 kg/cm²-es határolást 5 kg/cm²-re átállítani (2. ábra). Ezzel mind a két alapanyagú katéter használható.

A ballonfeltöltés

Még a betegen kívül kézi fecskendővel kipróbáljuk, hogy a ballon mennyi folyadék befogadására képes (3. ábra). A készüléket feles hígítású Iodamide 300^B-zal töltjük fel. A befecskendező készüléken a mért értéknél 1 ml-rel többet állítunk be. Tiszta kontrasztanyag alkalmazásával a feltöltés a magas viszkozitás miatt lassú és a ballon kiürítése is elhúzódik. Ezenkívül a tágítás után a katéter igen keskeny csatornája gyakran eldugulna, ami a katéter használhatatlanságát okozná. A befecskendezés sebességét általában 10–20 ml/min.-ra választjuk. A ballont a képernyőn figyeljük. Ha a felpumpálás után azonnal henger

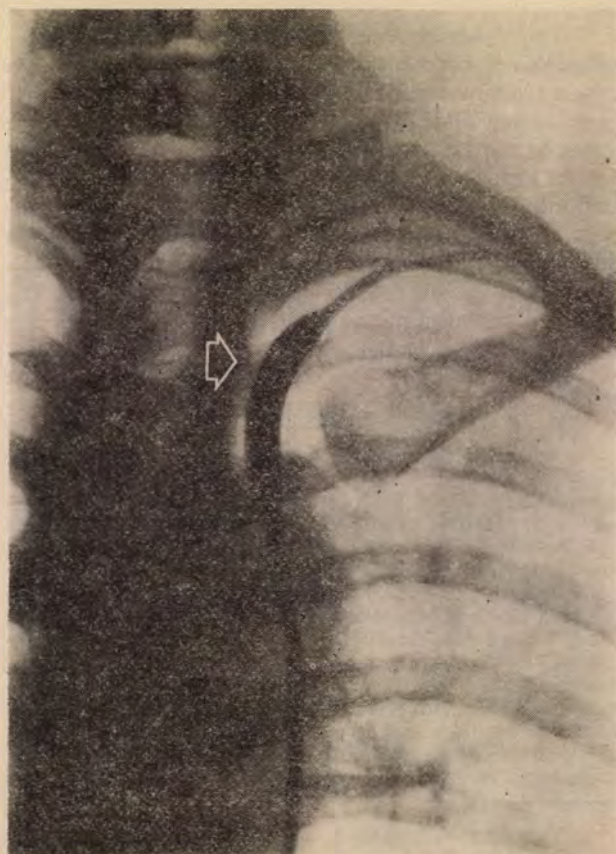


3. ábra: Kis fecskendővel megmérjük a ballon befogadóképességét.

alakú képet ad (4. ábra), akkor máris kiürítjük. A kiürítés a kontrasztanyag-felszívó gomb megnyomásával, kézi erő nélkül, a befecskendező készülékkel történik. A katétert ekkor a tágított érszakasz fölé húzzuk és próbainjekcióval meggyőződünk arról, hogy a tágítás sikeres volt-e vagy azt meg kell ismételni, esetleg a szomszédos érszakaszokon is el kell azt végezni. Ha a katéter ballonjának átmérője nem volt elég nagy, akkor 1–2 mm-rel nagyobb átmérőjű katétert választunk és az egész eljárást megismételjük.

Megbeszélés

Klinikánkon eddig több mint 200 alkalommal használtunk Grüntzig katétert transluminális angioplastica alkalmával. 147 alkalommal a ballont MEDRAD injektorral töltöttük fel. A nyomáshatárolás alkalmazása óta ballonrepedést nem láttunk. A ragasztás szétválása is ritkább lett, amiből arra következtethetünk, hogy a gyár által megadott nyomásértékeken belül a katéterek több mint egyszer használhatók. Korábban a kézi pumpálás használatával 4 betegben volt szükség 3–3 katéter egymás utáni cseréjére katéterszivárgás vagy ballonmegnyulás miatt és hasonló okból 9 betegben 2–2 katétert használtunk el. Egy betegben 2 katéter ballonja elrepedt a nyilvánvaló túlnyomás miatt egy rendkívül szívós, heges vese arteria szűkületben. A ballon, ahogy az előre látható volt, az aortába visszalógó szakaszán repedt, mivel itt semmi ellenállásba (érfalba) nem ütközött. Itt bármilyen irányú repedés sem tud bajt okozni. A katétereket ezzel a módszerrel lényegesen többször tudjuk használni, mint kézi felpumpálással, hiszen gyenge



4. ábra: A sikeres tágítást a hengeres formájúra kitágult szabályos alakú ballon jelzi.

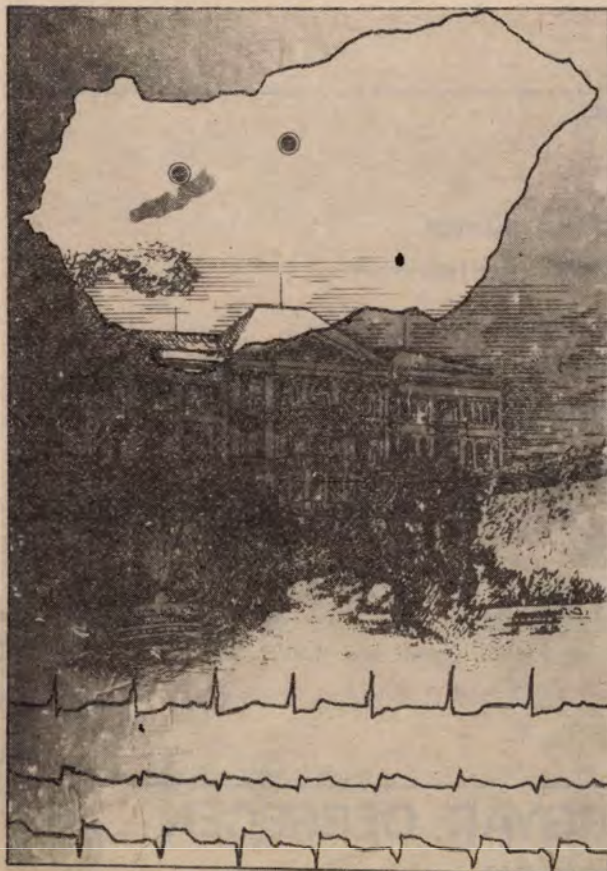
kézzel is könnyedén elérhető a 30 kg-os nyomóerő, ami a 2 ml-es fecskendő kb. 1 cm² nyomófel­színe miatt kb. 30 kg/cm² nyomásnak felel meg.

A biztonság mellett szót kell ejteni a gazdasági oldalról is. Egy katéter a ballon anyagától és a jelző gyűrűk alkalmazásától függően (és gyártó cégenként változóan) 3–12 000 Ft-ba (devizába!) kerül. Nem mindegy, hogy a rendelkezésünkre álló anyagi keretből hány végtagot mentünk meg az amputációtól vagy hány beteg üszkös lábát sikerül meggyógyítani, a sántító beteget nem is említve.

IRODALOM: 1. *Grüntzig, A., Hopf, H.*: Perkutane Rekanalisation chronischer arteriellen Verschlüsse mit einem neuen Dilatationskatheter. Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 2502. — 2. *Grüntzig, A.*: Die perkutane Rekanalisation chronischer arteriellen Verschlüsse mit

einem doppelumingen Dilatationskatheter. Fortschr. Röntgenstr. 1976, 124, 80. — 3. *Grüntzig, A.*: Die perkutane transluminale Rekanalisation mit einer neuen Dilatationstechnik. Baden-Baden: Witzstrock 1977. — 4. *Athanasoulis, C. A.*: Course for transluminal angioplasty and other therapeutic procedures in angiography. Boston, 1980. május 1–2. — 5. *Horváth, L.*: Atmoszférás nyomás alkalmazása ballonkatéter feltöltésére térfogathatárolással. POTE Újítás. 1001/1981. szám. — 6. *Horváth, L., Illés, I.*: The use of Grüntzig balloon catheter in obstructive arterial disease. In: Intervention Radiology. Ed.: J. A. Veiga-Pires. Excerpta Medica, Amsterdam-Oxford-Princeton, 1980.

(Horváth László dr., Pécs, Ifjúság u. 31., 7643.)



MEGJELENT A SZIV- 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.

KÖNYVÉRTÉKESÍTŐ VÁLLALAT KÖNYVESBOLTJA,
Budapest, VI., Népköztársaság útja 16.
Budapest, IX., Ráday u. 3.

ÁRA: 150,- Ft.

Antivaricosisica

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; lágyrészsérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

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

különböző mikrocirculációs keringés: zavarok (pl. fagyda-
ganat).

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



NEUWIRTH GYULA DR.
ÉS CSEPEI MÁRIA DR.

Egynapos vércukorprofil jelentősége a cukorbeteg-gondozásban

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Debrecen, I. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Prékopa Álmos dr.)

A cukorbeteg-gondozásban használt éhomi vagy postprandialis cukormeghatározással azok a jelentős vércukoringadozások, amelyekkel főleg az inzulinnal kezelt betegeknek számolhatunk, nem mindig mutathatók ki. Erre a célra a szerzők egynapos vércukorprofil alkalmaztak. 44, inzulinnal kezelt betegen végezték a vizsgálatokat. A betegek a reggeli inzulin beadása és a reggeli elfogyasztását követően kerültek — egy napra — kórházi osztályra. A 8 mérésen alapuló vércukorgörbe alapján 36 beteget öt típusba lehetett sorolni, 8 beteg értékei nem mutattak jellegzetes ingadozást. 4 esetben Somogyi-effektust sikerült igazolni a reggeli magas vércukorérték hátterében. A módszer előnye, hogy a beteg csak rövid időre — egy napra — esik ki munkájából, számára nem jelent nagyobb megterhelést és jó támpontot nyújt a kezelés módosítására.

The role of the one day lasting blood sugar investigations in the diabetes care. In the diabetes care the fasting or postprandial serum glucose levels are not suitable to reveal the blood sugar instabilities concerning mostly the insulin treated diabetics. Authors applied the profile method in 44 diabetics admitted for a single day to hospital after the morning dose insulin and breakfast. The eight point blood sugar estimations permitted to arrange 36 cases into 5 characteristic type of curve, moreover in 4 cases the Somogyi effect proved to cause the high morning glucose levels. The patients are not inconvenienced by the procedure and the further advantage of the method is the short lasting hospitalisation and offers a basis for therapeutical corrections.

A cukorbeteg életkilátásait a szövődmények kialakulásának időpontja és súlyossága határozza meg. Ismereteink szerint ezek létrejöttében a szénhidrát-anyagcsere kiegyensúlyozatlansága, a magas vércukorértékek játszanak döntő szerepet. A gondozás alapvető célja a normálist megközelítő, nagyobb ingadozástól mentes, egyenletes vércukorszint biztosítása, amelynek elérésére a kezelést irányító orvos számára az aktuális cukoranyagcsere kimerítő ismerete nyújt lehetőséget. A gyakorlatban azonban csak néhány vizsgálat áll rendelkezésre a gondozás valamennyi szintjén.

Általánosan elterjedt az éhomi, ill. az utóbbi időben főleg az inzulinnal kezelt cukorbeteg ellenőrzésekor az étkezés utáni (ún. postprandialis) vércukor-meghatározás, vagy a kettő kombinálása. Ez az egy, esetleg két érték is csak minimális tájékoztatást adhat, hiszen jól ismert a vércukorszint sokszor igen jelentős napi ingadozása. A kvantitatív vizeletcukor és -acetón meghatározással kiegészítve már sokkal több információt nyújt.

Elterjedőben van a HbA_{1c} meghatározás, amelyből retrospektív képet kaphatunk a beállítás helyes vagy helytelen voltáról. Nagy segítséget jelenthet a kezelő orvosnak, ha napi többszöri vérvé-

tellel a vércukorszint ingadozásait nyomon követheti. Ez az eljárás általánosan használt az intézetekben fekvő cukorbetegeken, otthoni elvégzése még nem terjedt el (2, 3). A vércukor folyamatos regisztrálása csak speciális eszközökkel (Contiflo, Biostat) felszerelt intézetben végezhető el. A jövőben nagyobb szerepe lehet a betegek által elvégezhető vércukor-meghatározásnak. Erre a célra szolgál nálunk is beszerezhető Dextrostix tesztesik, amely vagy leolvasható, vagy reflexiós fotométerrel (Refomat, Eytone) értékelhető. Áruk és beszerezhetőségük felhasználásukat azonban erősen korlátozza.

Munkánkban arra kerestük a választ, hogy az egynapos vércukorprofil hasznosítható-e az ambuláns cukorbeteg-ellátásban.

Anyag és módszer

A cukorbeteg profilú osztályunkra az elmúlt két év során 44 inzulinnal kezelt (21 nő és 23 férfi) beteget vettünk fel egynapos vércukorprofil elvégzésére. Valamennyi beteg a szénhidrát-anyagcsere kiegyensúlyozatlansága, éjszakai hypoglykaemia gyanúja, valamint az ambuláns beállítás sikertelensége miatt került felvételre. A nem és életkor szerinti megoszlást az 1. táblázat, a cukorbetegség fennállásának időtartamát a 2. táblázat mutatja. A betegek a reggeli inzulin beadása, s a reggeli elfogyasztása után jöttek be osztályunkra. Egy napot töltöttek intézetünkben, amely idő alatt az előzetesen nyert információk alapján igyekez-

1. táblázat. **Egynapos vércukorprofilra felvett cukorbetegek nem és életkor szerinti megoszlása** n=44

Életkor (év)	Nem		Összesen
	♂	♀	
—20	6	7	13
21—29	3	5	8
30—39	9	1	10
40—49	4	1	5
50—59	1	3	4
60—69	0	2	2
70—	0	2	2
Összesen	23	21	44

2. táblázat. **A felvételre került betegek cukorbetegségének fennállási ideje**

A cukorbetegség fennállásának ideje (év)	Nem		Összesen
	♂	♀	
— 1	1	5	6
2— 5	8	6	14
6—10	7	5	12
11—14	5	2	7
15—	2	3	5
Összesen	23	21	44

tünk az otthoni élet- és étrendjüket utána vizsgálni. Munkát nem végeztek ugyan, de mozgásukban nem korlátoztuk őket.

A vérvételek időpontjai: 10 h, 12 h, 14 h 30', 17 h 30', 20 h, 24 h, 4 h, 7 h.

Kontrollként tíz, cukorbetegségben nem szenvedő, normális étrenden levő betegben is meghatároztuk ezen időpontokban a vércukorértékeket.

Valamennyi beteg általános vizeletvizsgálat, napi cukorürítés mérés, szükség esetén egyéb kiegészítő

vizsgálat is történt. A vércukrot glükoxidáz módszerrel (GOD-PAP, Galenopharm) határoztuk meg. A profil értékei alapján lehetőség nyílt a kezelés módosítására.

Eredmények

A kapott vércukorgörbék típusa alapján 36 beteget öt csoportba lehetett osztani. A további nyolc görbét egyik csoportba sem tudtuk besorolni. Az első csoportban a nappali, a másodikban az éjszakai értékek voltak magasak. A harmadik típusban egyenletesen magas, míg a negyedikben kifejezetten alacsony értékeket találtunk. Az ötödik betegcsoport megközelítően normális értékeket mutatott (lásd. ábra).

Négy esetben sikerült a reggeli magas vércukorértékek hátterében az ún. Somogyi-effektust, a posthypoglykaemiás hyperglykaemiát igazolnunk. A legalacsonyabb érték 02—04 h között 1,3 mmol/l volt.

Megbeszélés

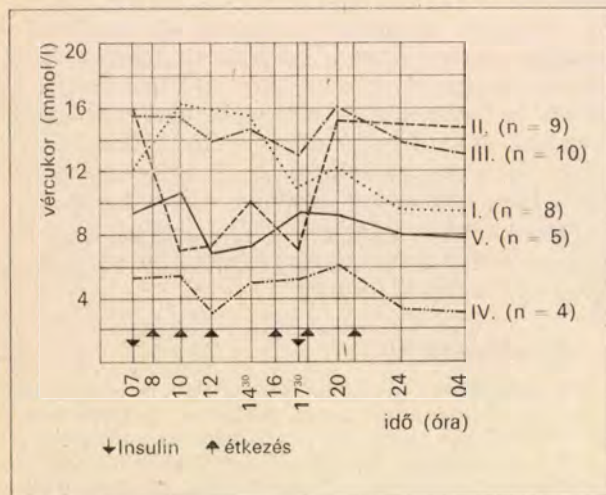
Az inzulinnal kezelt cukorbetegek vércukorértékei a legjobb beállítás mellett is jelentős ingadozást mutatnak. Ez akkor is így van, ha a beteg a diétás, életmódi és az inzulin beadásával kapcsolatos előírásokat pontosan betartja. Az ingadozás csökkenthető volna a napi injekciók számának növelésével, ami azonban dolgozók számára leküzdhetetlen problémát jelenthet.

Bár a frakcionált kvantitatív vizeletcukor-meghatározással a vércukorszintre következtetni lehet, a technikai nehézségek, valamint idősebb korban a veseküszöb emelkedése és a vesefunkciók gyakran tapasztalható beszűkülése miatt ez a fontos laboratóriumi adat többnyire megbízhatatlanná válik.

A vércukorprofil egyértelműen mutatja meg, hogy a nap melyik szakában magasabb, vagy alacsonyabb a vércukorszint, és a kezelés hogyan módosítandó. Ebből a szempontból jobban használható, mint a HbA_{1c}, vagy más glikozilált fehérje meghatározása, mert ezek csak a rossz beállításra hívják fel a figyelmet, de a kezelés módosításának konkrét részleteire nem utalnak.

A gondozáson megjelenő cukorbetegeken legtöbbször csak egy vércukor-meghatározás történik. Ez lehet éhomi, vagy újabban az étkezés utáni vizsgálat. Ezek a vércukorértékek csak fenntartással használhatók az anyagcsere-állapot megítélésére (3). A kapott normális, vagy azt megközelítő vércukorérték inzulinnal kezelt cukorbetegben csak panaszmentesség és megengedhető vizeletcukor-ürítés esetén fogadható el az anyagcsere-állapot fokmérőjeként.

Külön ki kell emelnünk a vércukorprofil jelentőségét a Somogyi-effektus felismerésében. Nehéz helyzet elé állítja a gondozást végző orvost az indokolatlannak látszó vércukor-ingadozás. Sok betegben inzulin rezisztenciát sejtnek vagy állapítanak meg a nagy inzulinigény miatt, pedig a labilis, nehezen beállítható cukorbetegség hátterében legtöbbször a kezelés hibái állnak. Azon cukorbetegben, akik este is kapnak inzulint, a táplálékfel-



A vércukorértékek alapján kapott jellegzetes vércukorgörbék
 I. Magas nappali vércukorértékek
 II. Magas éjszakai vércukorszintek
 III.–IV. Egyenletesen magas, ill. alacsony vércukorgörbék
 V. A normálist megközelítő vércukorértékek

vétel hiánya miatt éjjel 2–4 óra között számolhatunk alacsony vércukorértékkel. De ugyanígy létrejöhét elnyújtott hatású, nagy adagú cinkprotamin inzulin adására is (1). Legjellemzőbb tünetei az éjszakai izzadékonyság, zavartság, görcsök, kora reggeli fejfájás, fáradékonyság, szájszáradás. Az inzulin adag csökkentésén túl — lefekvés előtt — hatodik, kb. 15–20 g szénhidrátot tartalmazó étkezés (ún. utóvacsora) beiktatásával az éjszakai, gyakran észrevétlenül maradó hypoglycaemiák megszüntethetők, amelyek kimutatása csak az éjszakai vércukorértékek meghatározásával lehetséges. A vércukor folyamatos regisztrálása csak speciális osztályon vitelezhető ki, a több pontos vércukorprofil azonban bárhol elvégezhető, ahol laboratórium rendelkezésre áll.

Attól függően, hogy a magasabb, vagy az alacsonyabb értékeket akarjuk kimutatni, a vérvételeket étkezés után egy órával, ill. az esedékes étkezés előtt kell elvégezni. Természetesen minél több időpontban történik a vizsgálat, annál pontosabb képet kapunk a vércukor napi ingadozásairól.

Az egynapos vércukorprofilnak előnye még, hogy a betegek csak egy, esetleg két napra esnek ki a munkából.

A helybeliek gyakran a kórházból mennek a munkahelyükre, a vidékiek harmadnapon állnak munkába.

A profil eredménye alapján a terápiában eszközölt módosítást levélben közöljük, s az új beállítás további kontrollja már szakrendelésen történik.

IRODALOM: 1. Gale, E. A. M., Tattersal, R. B.: Unrecognised nocturnal hypoglycaemia in insulin-treated diabetics. *Lancet*, 1979 I, 1049. — 2. Petrányi Gy. jr.: Vércukorprofil a szokásos életmód mellett: vérmintavétel szűrőpapírra. Magyar Diabetes Társaság VI. Kongresszusa, Szolnok. 1982. Előadáskivonatok, 38. old. — 3. Sorger, M. és mtsai: Eine einfache Methode zur Blutglucose-Bestimmung bei ambulant betreuten Diabetikern. *Dtsch. med. Wsch.* 1979, 104, 699.

(Neuwirth Gyula dr., Debrecen, Bartók B. u. 4., 4043.)

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 kisadagú 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.

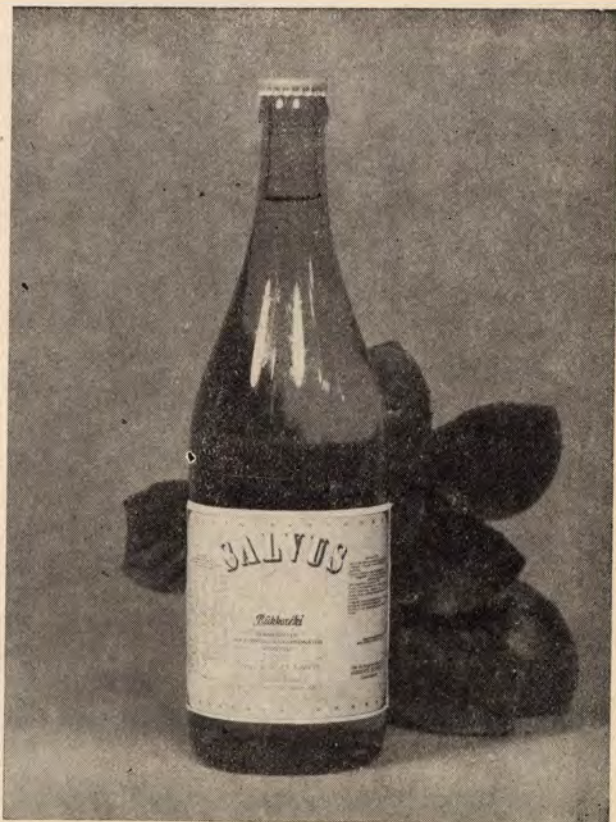
4. kösvénynél.

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.



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-KÖLCSONHATÁS

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

Korányi Frigyes közéleti munkássága

Korányi Frigyes gyógyító, egyetemi tanári, oktató és tudományos munkásságáról kiterjedt irodalom emlékezik meg. Közéleti tevékenységéről kevés említés történik. Legjelentősebb közéleti munkásságának színhelye az Országos Közegészségi Tanács, a Főrendiház és az Igazságügyi Orvosi Tanács volt.

Az Országos Közegészségügyi Tanácsban

1868-ban Balassa János, Korányi Frigyes, Jendrassik Jenő és Markusovszky Lajos emlékiratot terjesztett fel a kormányhoz, amelyben egészségügyi tanácsadó testület felállítását javasolták. Még ebben az évben megalakult az Országos Közegészségi Tanács. Első elnöke Balassa János, alelnök Kovács Sebestyén Endre volt. A Tanácshoz tartozott négy minisztériumi előadó, 10 rendes és 27 rendkívüli tag. A 10 rendes tag egyike Korányi Frigyes volt. A Tanács kezdeményezési, indítványozási joggal is felruházott, tudományos véleményező testületként működött s közegészségügyi feladatai mellett az orvosszakértői munka felülvéleményezési szerve volt. Korányi Frigyes javaslatára a Tanácson belül, munkakör szerint négy csoportot szerveztek. A negyedik a törvényszéki orvosi ügyeket intézte. Ennek a csoportnak az elnöke Rupp N. János, egyik tagja Korányi Frigyes volt.

1868 decemberében meghalt Balassa. Ezen a napon ezt írja Korányi Naplójában: „E naptól új korszakba lép nyilvános életem. Nincs többé a vezető, a tanácsadó, akiben föltétlenül megbíztam. Mennyiben leszek képes pótlásában közreműködni?” Balassát az elnöki székben Kovács Sebestyén Endre, őt Rupp N. János tanár követte. 1881-től az elnök Lumniczer, másodelnök Korányi Frigyes lett. 1892-ben a király Korányi Frigyes elnökké, Müller Kálmán tanárt alelnökké nevezte ki. Korányi Frigyes 29 éven át működött a Közegészségi Tanácsban mint tag, alelnök, majd elnök.

A Tanács feladatait a tagokból alakított bizottságok végezték. Korányi 42 bizottság munkájában vett részt mint tag vagy mint elnök. Az ő közreműködésével elkészült jelentősebb munkák voltak: országos kórháztervezet; egészségügyi törvényjavaslat; előterjesztés lencsházak ügyében; a lipótmezei országos tébolyda; pharmacopaea hungarica (magyar gyógyszerkönyv); a kuruzslás elleni intézkedés; a szülésznők naplóvezetési kötelezettsége; bányakerületi orvosok szolgálati utasítása; állandó járványügyi bizottság létesítése és más munkálatok. A bel- és ideggyógyászati tárgyú közleményein kívül több dolgozata foglalkozott törvényszéki orvos-

tani kérdéssel. Az orvostovábbképzést is szolgálták az Orvosi Hetilap „Közegészségügy és törvényszéki orvostan” című mellékletében megjelent tanulmányai: „Gyújtogatás egy esete. Orvosi vélemény a tett beszámítása iránt”, „Törvényszéki orvostani felülvélemény rendelkezési képesség tárgyában”, „Gyilkosság szabad önelhatározásban vagy anélkül”, „Himlőoltásnál állítólag életbiztonság ellen elkövetett vétség”, „A betegnek gutaütéses állapota milyen befolyással volt annak végrendelkező képességére”, „Sérülések-halál; a sérülések miként jöttek létre, a halálra milyen befolyással voltak”, „Közlemény a *jaborandi* hatásáról.” és más hasonlók.

Példaként álljon egy általa készített referátum, amely a többihez hasonlóan megmutatja szerzőjének kiemelkedő felkészültségét.

... B. J. urasági hajdú szeptember 2-án fényes nappal felgyújtott egy gabonaasztagot. 5-én egy gabonával telt pajtát. Tettét bosszúból követte el, mert a tiszti szék kimondotta, hogy a rossz termés miatt a cselédeknek a konvencióból rosz helyett árpát mérnek. A tisztekre ezt azonban nem terjesztették ki. Szakértői vélemény szerint nem beszámítható állapotban cselekedett. A bíróság az ügyben az orvostanári kartól kért felülvéleményt. A felülvélemény szerint B. J. olyan bosszút állt, amely a tiszteket nem károsította, annál inkább az uraságot, akit 16 éven át hűségesen szolgált. A gyújtogatást két alkalommal, fényes nappal követte el, s annyi óvatosságot sem tanúsított, amennyit egy elmebetegnél is tapasztalunk. A vádlott kétszeri házasság alatt 8 gyermekkel, nehéz viszonyok között az uraságát híven szolgált, soha nem volt indulatos. 1866 elejétől, amikor egészsége megromlott, féktelen indulatra hajlamos lett. A férfit nagy családjának gondja nyomta, ehhez járult, hogy beteg, elkeseledett, indulatra hajló volt. „B. J. olyan törvényellenes tettet követett el, amely életén át tanúsított jellemével, a bosszúra gerjesztő okkal nem állt összhangban. Bosszújára célszerűtlen eszközt választott, cselekedete higgadt észműködéssel nem fér össze, tehát a vádlott a gyújtogatást indulat befolyása alatt követte el. A gyújtogatás eltökélése és véghezvitele alatt szabad önelhatározással nem rendelkezett.”

Mint a főrendiház tagja

A főrendiház 1892. évi február hóban tartott III. ülésén az elnöklő báró Vay Miklós ismertette a belügyminiszter átíratát, amely szerint Korányi Frigyesnek s rajta kívül még 5 személynek a főrendiház újonnan kinevezett tagjainak részére a kegyelmes királyi levelek kiállítottak... és megküldettek.

Ma már csak az idősebbek emlékeznek arra — éppen ezért talán nem felesleges rámutatni —, hogy a magyar országgyűlés kétkamarás volt: képviselőházból és főrendiházból állott. Utóbbinak a tagjai 10 csoportból tevődtek össze. Az 1. csoportot képezték az uralkodóház főhercegei: számuk 1892-ben 19 volt. A 2.

3. és 4. csoportba tartoztak a latin és görög szertartású római katolikus egyháznagyok (számuk 30), a görög keleti egyház vezetői (9-en), a protestáns egyházak méltóságai (13-an). Az 5. csoporthoz tartoztak az ország zászlósai, a pozsonyi gróf és a koronaőrök (összesen 13). A 6. csoportba tartozott a kir. kuria elnöke, másodelnöke és a budapesti kir. ítélőtábla elnöke (3). A 8. csoport a fiumei kormányzó. A 9. csoportot alkották az örökös jogú tagok: hercegek (7), grófok (152) és bárók (36). Végül a 10. csoportba tartoztak az uralkodó által élethossziglan kinevezett tagok és a főrendiház által élethossziglan megválasztott 50 tag (ez évben összesen 77).

Korányi Frigyes ebben az évben 65 éves volt. Főrendiházi taggá történt kinevezésének jelentőségét növelte, hogy előtte a főrendiháznak orvos tagja soha nem volt. Sokan hitték s hiszik ma is, hogy a magas kitüntetés később a kormány szószólójaként törekedett megszolgálni. A főrendiház naplójában közzétett jegyzőkönyvek alapján álljon itt néhány országos, sőt történelmi kérdésben elfoglalt élesen érvelő álláspontja.

Már kinevezésének évében feltűnést keltett a belügyi tárca közegészségügyi tételéhez fűzött reflexiója. Elismerés illeti a belügyminisztert — mondotta — azért, hogy az ország közegészségügyi adatait már a következő évben teljes pontossággal közli, s így azokba már akkor be lehet tekinteni, amikor még aktuálisak. Figyelmeztet azonban hogy a 8 közegészségügyi felügyelő csak kezdeti állapot lehet. Angliában 27 millió lakosra 18 felügyelő esik. 1894-ben felhívja a főrendek figyelmét a tüdővészben, tuberkulózisban elhaltak számának növekedésére. Ebben a betegségben 1893-ban 47 000, a következő évben 49 000 beteg halt meg. Ha 60 000 hal meg, akkor legkevesebb 400 000 ilyen beteg van. Ismerteti a megyék adatait. Jász-Nagykun-Szolnok megyében 10 000 lélekre 41, Turóczban 2,5 halálest fordult elő. A városok közül legrosszabb a helyzet Aradon, ahol 10 000 lélekre 56, legjobb Marosvásárhelyen, ahol 25 halálozás esett. Összehasonlítja külfölddel: 10 000 lélekre Párizsban 33, Londonban 10 halálozás jut. Megállapítja, hogy a vagyonos emberek a tüdővészből legnagyobbbrészt meggyógyulnak, „csak hogy a tüdővészesek legnagyobb része nem vagyonos ember”. „A belügyminisztériumi jelentés adatai elég okot szolgáltatnak arra, hogy a méltóságos főrendek figyelmét a tárgyra felhívjam.”

Rámutat, hogy az átlag emberi élet nálunk rövidebb, mint bármelyik európai kultúrállamban. Fertőző betegségben kereken 39 ezerrel többen haltak meg 1892-ben, mint 1888-ban. Említi a belügyminisztérium helyes intézkedéseit, de azokat nem tartja elégségesnek. A belügyminisztérium közegészségügyi irodájának évenként 30—40 ezer folyó ügye van. „Alig értem, hogy azzal a kis személyzetel hogy bírják mind elintézni.”

Sürgeti kórházak építését. Budapesten annál is inkább, mert itt nagy a baj az „orvosi tanítás szempontjából”. Nincs az egyetem orvosi karának kórháza s nem rendelkezik azzal a beteganyaggal, amely az orvosok gyakorlati kiképzéséhez szükséges.

A telepítésről szóló törvényjavaslatra megjegyezte: „Ismerek olyan esetet, ahol a közegészségi szempontok számba vétele következtében a telepü-

lés igen rosszul ütött ki. Szabolcs megyében pl. a Württembergből bejöttek... olyan egészségtelen helyen települtek le, ahol 5—6 év alatt a létszámuk a halálozás miatt egyötödére csökkent, s a megmaradtak kénytelenek voltak a helyet elhagyni. A belügyminiszter úr a telepítési helyeken bíráltassa meg a közegészségügyi viszonyokat.”

Az országban nagy vihart váltott ki a polgári házasságról szóló törvényjavaslat. E tárgyban mondott beszédét Korányi így kezdte: „Amíg itt nyugodtan és tárgyilagosan tanácskozunk a kérdés fölött, addig az országban lázas izgatottsággal várják ezen kérdés eldöntését és nagyon fontos, hogy az országban mindenki meg legyen győződve arról, hogy a főrendiház minden tagja a lehető leghiggadtabb megfontolással és minden személyes érdek nélkül foglal állást a kérdésben.” Egyik szónok felhozta, hogy a törvényjavaslat a „kormány végletekig vitt önfenntartási vágyának tulajdonítható”. A törvényjavaslatot a konkrét viszonyok követelték meg, el kell ismerni, hogy indokolt. A javaslat ellenzői azzal érveltek, hogy kihat a vallásosságra, az erkölcsökre. Franciaországban és Belgiumban a polgári házasság nem tudta a nép vallásos érzületét megingatni. A törvényjavaslat nem akarja az állami és az egyházi eljárást egymással szembeállítani, hanem a kettőt egymás mellé állítja. A polgári házasságot elfogadja, mert a jogegyenlőségnek újabb biztosítékát képezi s benne az ország nyugalmának újabb zálogát látja. A jegyzőkönyvben ismételt szerepel a gyorsírói megjegyzés: „Helyeslés és éljenzés bal felől”. Éles vita folyt s végül igennel szavazott 118, nemmel 139 főrendiházi tag. A főrendiház tehát a házasságról szóló törvényjavaslatot 21 szavazattöbbséggel nem fogadta el s visszaküldte a képviselőháznak.

Korányi Frigyes mindegyik felsőházi felszólalása mély humanizmusának és haladó gondolkodásának bizonyítéka volt.

Az Igazságügyi Orvosi Tanács elnöke

A főrendiház 1890. március 11-én tartott XLVIII. ülésén tárgyalta az Igazságügyi Orvosi Tanácsra vonatkozó törvényjavaslatot. Az elnöklő Szilágyi József koronaőr a törvényjavaslat felolvasása után megállapította: „Sem általánosságban, sem a részletekre nézve észrevétel nem tétetvén határozatképpen kimondom, hogy a méltóságos főrendek az Igazságügyi Orvosi Tanács-ról szóló törvényjavaslatot elfogadják, miről a képviselőház a szokott módon értesítettet fog.” A törvényt még abban a hónapban szentesítették, áprilisban az Országos Törvénytarban kihirdették és augusztusban már hatályba lépett.

Az 1890. évi XI. törvényekben nyert felhatalmazás alapján Szilágyi Dezső igazságügyminiszter megalakította az Igazságügyi Orvosi Tanácsot. A Tanács orvosszakértőkből állott, indokolt szakvélemény útján segítette az Igazságügyi Minisztérium és a bíróságok munkáját. Feladata volt: a) az orvosi szakvélemények felülvizsgálata, b) szakvélemény adása az igazságügyi kormányzat és a törvénykezés területén felmerülő kérdésekben, c) véleményadás elkövetett orvosi műhibákról és d)

orvosi díjszámlák ügyében, e) törvényszéki és fogházorvosi állásra pályázók szakképzettségéről, f) közreműködés törvényszéki orvosi vizsgákon és végül g) az igazságügyi szervek alkalmazottainak felülvizsgálata szolgálatképesség szempontjából. A Tanács élén állt az elnök, az alelnök, azonkívül volt legfeljebb 20 előadó rendes tagja. Az elnököt a király, a többieket az igazságügyminiszter nevezte ki. A Tanács szervezetét, ügyrendjét és eljárási szabályait az igazságügyminiszter határozta meg (35 320 sz. ig. min. rendelet).

1897-ben az Igazságügyi Orvosi Tanács elnöke Kovács József tanár meghalt. Ekkor Erdély Sándor igazságügyi és Perczel Dezső belügyminiszter együtt ismételt felszólította Korányi Frigyest, hogy vállalja az elnökséget, mert őt tartják alkalmasnak arra, hogy „annak bajait rendbe hozza”. Korányi látta, hogy kitérnie nem lehet, feltételekhez kötötte átlépését. Minden feltételét teljesítették.

Korányi mint a Tanács elnöke sokrétű munkát végzett. A Tanácshoz érkezett beadványokat kiosztotta a Tanács tagjainak, figyelembe véve azok különleges szakismeretét. Az ülések elnökeként a tanácskozást vezette, megállapította a szavazás eredményét, kimondotta a hozott határozatokat, felülvizsgálta és hitelesítette a jegyzőkönyveket. Felülvizsgálta a Tanács tagjainak ülésen kívül elkészített tervezeteit. Havonta kimutatást küldött az Igazságügyminisztériumba, ennek alapján történt a díjak kifizetése. Felterjesztette a tagok útinaplóját is. Az ülés résztvevőit figyelmeztette a hivatalos titok megőrzésére. Az előadónak a neki kiosztott ügyszeret 8 napon belül kellett elintéznie. Az előadó előterjesztésére egy heti haladékot adott kivételes esetben. Kijelölte azt a tanácstagot, aki véleményét ad törvényszéki és a fogházorvosi állás beöltésére vonatkozólag. Ezt saját véleményével együtt az igazságügyminiszterhez felterjesztette. Közvetlen törvényszéki orvosi vizsgálatra küldendő tanácstag személyére javaslatot tett az igazságügyminiszterhez, aki azt kirendelte. A Tanács hetenként tartott rendes ülést, szükség esetén az elnök rendkívüli ülést hívott egybe. A Tanács ülése 5 szavazattal volt határozatképes. A szavazás előszóval történt, a szavazatok többsége döntött. Az elnök utóljára szavazott. A tanácstag 8 napnál hosszabb időre való távozását tartozott az elnöknek bejelenteni, 14 napnál hosszabb időre távozáshoz az elnök hozzájárulása kellett. Az elnökre ugyanez volt érvényes, az igazságügyminiszterhez tett bejelentést, illetve attól kapott engedélyt.

Korányi 70 éves volt, amikor a király kinevezte az Igazságügyi Orvosi Tanács elnökévé. Erről mondotta Müller Kálmán emlékbeszédében, hogy „öreg lábakkal ment ebbe az új országba”. „Ismét csak a ritka alkalmazkodó képességét és tapintatát bizonyítja, hogy ebben az új munkakörben is csakhamar otthonos volt, az ő — még a legcsekélyebb mellékkörülményekre is kiterjedő — gyors felfogásával és éles ítéletével a sokszor bonyolódott és kényes ügyekben biztos alapon vezette a tárgyalásokat.”

Mint naplójában írta, csak bizonyos idő után jött rá, hogy milyen nagy különbség van az Igazságügyi és Közegészségi Tanács működése között.

Utóbbi olyan kérdésekkel foglalkozik, amelyekre tudományos kutatások adnak választ. Javaslati és megállapításai a miniszternek, a hatóságoknak és a lakosságnak szólnak. Az Igazságügyi Orvosi Tanács a bíróságok kérdéseire válaszol törvények és szabályok előírásai szerint. Ezzel ténykedése befejezést nyer, a Bíróság és a Tanács között többé nem képezi kérdés tárgyát. „Ez az elnök állását nagyon nyugalmassá teszi.”

Korányi Frigyes mint a Tanács elnöke 1900 júliusában előterjesztést intézett Plósz Sándor igazságügyminiszterhez. Megállapította ebben, hogy az Igazságügyi Orvosi Tanács olyan intézmény, amely a maga nemében egyedülálló. Más országban egyes szakembereket bíznak meg ezzel a feladattal, vagy mint Németországban, olyan testületet, amely közegészségügyi és egyéb kérdésekkel is foglalkozik. A magyar IOT-ban az esetekről szakférfiak tanácskoznak, s ha szükséges, a szóban forgó személyeket, tárgyakat, vagy dokumentumokat közvetlenül megvizsgálják.

A Tanács működésének 10 éve alatt mintegy 3000 felülvéleményt szerkesztett s ez az anyag a törvényszéki orvosi gyakorlat és a tudomány kincséből. Javasolta, hogy a tudományos és elvi szempontokból kiemelkedő esetek nyomtatásban jussanak az orvosok és bírák kezébe. Jól szolgálná továbbképzésüket, egyben igazolná a Tanács felállításának jogosságát. A miniszter a gondolatot magáévá tette s a szükséges pénzüsszeget a tárca következő évi költségvetésébe beállította. Szerkesztőbizottságot nevezett ki, ennek elnöke Korányi Frigyes, alelnöke Réczey Imre, jegyzője Schächter Miksa, tagja Genersich Antal és Moravcsik Emil volt. A munka jogi ellenőrzését Balogh Jenő igazságügy-minisztériumi államtitkár, a jogi kar egyetemi tanára végezte. A minisztérium kikötötte, hogy mellőzzék a szereplő személyek és törvényszékek nevét s a bírói ítéletek kritikáját.

Az anyagot négy csoportba osztották, s mind-egyiknek egyik tanácstag lett a szerkesztője. Az első csoportba tartoztak a kórbonctani, a szorosabb értelemben vett törvényszéki orvostani, gyermekölési és mérgezési esetek. Szerkesztője Genersich Antal. A 2. csoportba tartoztak a belgyógyászati, sebészeti, szülészeti, szemészeti fülészeti esetek. Szerkesztette Réczey Imre. A 3. csoportba az elmekórtani esetek tartoztak, a szerkesztő Moravcsik Emil volt. Az 1—3 csoportba sorolt esetekből csak az érdekesnek és fontosnak minősítettek vették fel a „Munkálatok”-ba. A 4. csoportba az „orvosi műhibák” eseteit sorolták s a 10 év alatti összes esetet felvették. A szerkesztő Schächter Miksa volt. Legnagyobb számban szerepeltek a sebészeti műhibák, mégpedig a) narkózis-halál, b) elvérzés, c) sebfertőzés, d) vegyes szülészeti műhibák esetei. Második helyen a szülészeti esetek, tárgyak szerint: a) vérzés, b) szülés elhanyagolása, c) magzatrészek leszakítása és csonkítása, d) vegyes szülészeti műhibák. Az egész munka 1905 és 1909 között sorozatosan, füzetben jelent meg, mintegy 4000 könyvoldal terjedelemben. Az egyes esetek rövid ismertetését az orvosszakértői vélemény, majd a Tanács felülvéleménye követte, végül rövid epikrizisben foglalták össze az eset tanulságait. Az utolsó

kötet „Utószó”-t is tartalmazott névaláírás nélkül. Feltételezhető, hogy ezt Korányi Frigyes írta. Megjegyzni ebben, hogy az orvostudomány gyors haladása folytán 10 év alatt a legjobb vélemény is elavulhat. Mégis a Tanácsnak nem kellett a véleményeit olyan revízió alá venni, amely annak lényegét módosította volna.

A tíz év alatt 47 esetben indult eljárás az orvos ellen műhiba vádjával. 41 esetben a bíróság a felülvéleménnyel összhangban az eljárást megszüntette, vagy az orvost felmentette. Egyik esetben orvos vádolta a kollegáját kötelességmulasztással. A felülvéleményben megállapították: „Ha az eltérő orvosi véleményekből mindannyiszor vádaskodó feljelentés támadna, több volna a per, mint a beteg.” A bíróság az eljárást megszüntette. Hat esetben az orvost megbüntették. Hármat egyenként másfél évi börtönre, hármat pénzbüntetésre (300 korona, 100 és 50 forint) ítélték. Egyik vádlott orvos külföldre szökött. A felülvélemény szerint: „Elmulasztotta a szülést — fogó műtéttel — befejezni, vagy más szakértő orvossal befejeztetni. A magzat bizonyosan, az anya valószínűség szerint meg lett volna menthető megfelelő időben alkalmazott segítség útján. Gondatlanság és tudatlanság keveréke okozta a szülő nő halálát. Secale-készítményt rendelt az orvos anélkül, hogy csak meg is nézte volna a szülönőt. Amikor megnézte, se tett egyebet, s a bába javaslatát a fogó alkalmazására nem követte, mert nem értett hozzá. A vádhatóságok elleni fellegbezással időt nyert arra, hogy mulasztásának következményei elől külföldre menekülhessen.” A törvényszék országos körözést rendelt el és kézrekerítéséig az eljárást megszüntette. Az indokolásban említi, hogy a vádlott állítólag Konstantinápolyban van. Így a körözés nem járhatott sikerrel.

Az Igazságügyminisztérium a „Munkálatok”-at hivatalból juttatta el a bíróságoknak, fegyházaknak és törvényszéki orvosoknak. Más orvosok és jogászok a könyvkereskedelem útján jutottak hozzá. Müller Kálmán, aki mint alelnök éveken át működött mellette a Tanácsban, emlékbeszédében megállapította, hogy Korányi Frigyes az „Igazságügyi Orvosi Tanácsban is maradandó emléket ha-

gyott maga után”. A király nagyra becsülte és sok kitüntetésben részesítette. Az adományozás sorrendjében: III. oszt. vaskoronarend, a Szent István rend kiskeresztje, királyi tanácsos, magyar nemes tolcsvai előnévvel, a Főrendiház tagja, végül magyar báró. Előtte báróságot orvos nem kapott.

57 éves, amikor a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjává, 61 éves, amikor az Orvosegyesület elnökévé választják. 71 évesen lett az Igazságügyi Orvosi Tanács elnöke. Amikor betöltötte a 81. évét, lemondott a tanszékről, a klinikát elhagyta, nyugalmába vonult. Az Igazságügyi Orvosi Tanács elnöki tisztét élete végéig, tehát 16 éven át, 86 éves koráig látta el.

Több kortársa emlékezik meg idős koráról. Tauszk Ferenc a Tüdőbeteg Szanatórium Egyesületének titkára 25 éven át közvetlen munkatársa volt. Ő írta: „Korányi Frigyesnek a sors hosszú időt adott, hogy munkatervét megvalósítsa, adott hozzá munkabírást, vas szervezetet és távol tartotta tőle a korral járó hanyatlást. Nem volt öreg soha. Fiatal maradt a munkakedvben, a tudomány iránti lelkesedésben. Dolgozott és irányított élete utolsó napjáig.” Kedvelt tanítványa Róth Miklós írja a 81 éves professzoráról: „... abban az időben munkaképességének, szellemi képességeinek szinte fiatalos birtokában volt.” Az Igazságügyi Orvosi Tanácsban „sokszor meglepte az ülésen résztvevőket a legkomplikáltabb igazságügyi orvosi problémák gordiuszi csomójának kettévágásával”. Ugyanabban az évben, 81 évesen tartotta a Semmelweis emlékbeszédet a Budapesti Orvosi Kaszinó serleg ünnepén. 1947-ben Weil Emil, aki több korábbi emlékbeszéd felett éles kritikát gyakorolt, megállapította, hogy a Korányié a „magyar orvostörténelem irodalmának egyik legszebb gyöngyszeme”. Születésének 100. évfordulóján a Magyar Tudományos Akadémia ünnepi ülésén Berzeviczky Albert elnök beszédében hangsúlyozta: „Korányit joggal nevezték tisztelői az orvosi tudomány magyar atyámatérének; az volt életében, és mint olyanra emlékeztünk rá vissza mindnyájan, kik őt még ismertük.”

Somogyi Endre dr.

Lux Jakab dr. (1822–1876) munkássága mai orvosi szemléletünkben

Az 1848–49-es szabadságharc orvoskarába Lux Jakab már mint V. éves orvosnövendék belépett, a 8. huszárezredbe, amely a felső-magyarországi harcokban oly sok dicsőséget szerzett. Lux Jakab dr., aki egész életében a községi orvos szerény címét viselte, anyanyelvén kívül jól beszélt latinul, németül, szlovákul, hú és igaz hirdetője volt a hazafiúi és nemzeti eszmének is. Már honvéd orvos korában annyira megállta helyét ezredében, hogy mint diplomával még nem rendelkező hadnagyot, hon-

védorvos főhadnaggyá léptették elő. 1849 nyarán ezrede egy részével Mezőberényben állomásozott, és jól beszélvén a háromajkú lakosság nyelvét, gyógykezelt is azokat. Ekkor szerették meg, ezért menekült a szabadságharc leverése után Mezőberénybe, hogy a terror elől bújtassák. A rémuralom enyhülésével, már mint szigorló orvost, 1850. szeptember 29-én az előjáróság községi orvosának választotta meg, és anyagiakkal ellátva tanulmányainak befejezésére Pestre küldte. A hiányzó szigor-

lat letétele után 1851. február 1-én községi orvosi állását véglegesen elfoglalta. Szakmai téren mit mond számunkra Lux, mint gyakorló orvos? Tanulmányában már medikus korában az elsők között volt, és számos medikus társát ő készítette elő a szigorlatokra. Sauer Ignác, a belgyógyászat professzora, korán felügyelt a tehetséges medikusra, ami később abban nyilvánult meg, hogy mint mezőberényi községi orvost ismételtlen meghívta tanársegédjének. Mivel Mezőberény népét, annak feléje irányuló szeretetét, megbecsülését, többre tartotta, mint a tudományos karriert, a megtisztelő meghívást minden alkalommal udvariasan elhárította.

Első tanulmányútja után szemkórházat állított fel Mezőberényben, ahol hályog- és egyéb szemműtéteket végzett. Második továbbképzési útja után elsőnek kezdte el a nagyobb sebészeti műtétek végzését Békés megyében (sérvműtétek, amputációk, daganat-kiirtások, kőmetszések stb.), és hosszabb időn keresztül ő volt az, aki igen kedvező eredményekkel végezte sebészeti műtéteit. Ellenszolgáltatás, anyagiak, presztízs nem szerepeltek munkájában, ill. nem befolyásolták orvosi ténykedését. A köznek mindig sokat áldozott, és azzal is szorgalmazni igyekezett községe lakosságát, hogy fürdőházat rendezett be, amit a rászoruló betegek minimális térítésért használhattak. Gyógyvizeit kémiai anyagokkal mesterségesen ő maga készítette.

Az elmondottak ellenére Hajnal István dr. békési olvasóegyleti alelnök társa szerint Lux mégis a belgyógyászatban volt a legnagyobb, és amit a kor színvonalán Schöpf-Merei hangoztatott, ugyanazt tette Lux is, kijelentvén, hogy „hiányaink gyáva fedezését megvetem”. Az abszolutizmus sötét idejében megalapította a Mezőberényi Olvasó Egyletet. Lux idejében ez a könyvtárnak és a művelődési háznak a szerepét is betöltötte.

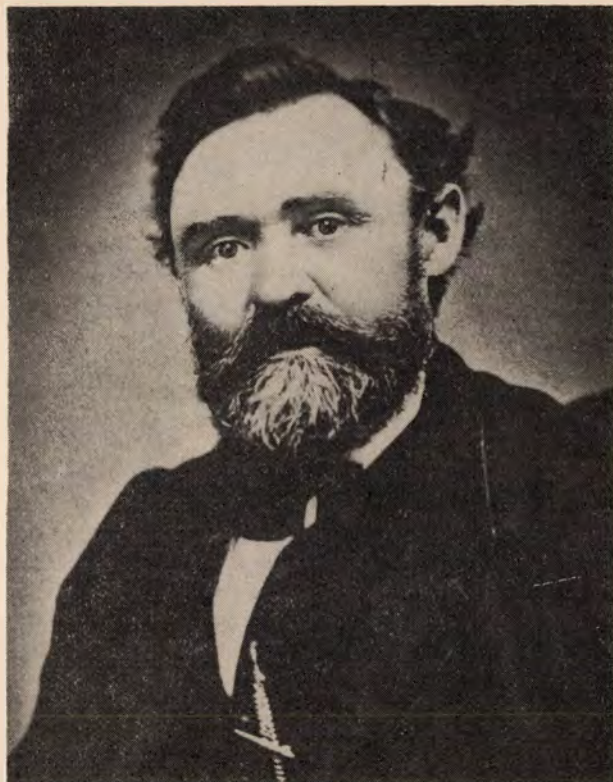
Következő nem mindennapi ténykedésnek számító munkája volt a mindmáig életben lévő vegyeskarú dalárda létrehozása.

Széchenyi nyomdokain járva tudta Lux azt is, hogy a nép anyagi jólétét a hitel segíti. Az igazgatása alatt kezdte meg működését Mezőberényben a Népbank. Fontos művelődéspolitikai munka volt az iskolai oktatás fejlesztése, a hatékonyabb nevelés is, amelyet ő, mint az I. ker. Evangélikus Egyház felügyelője hathatósan támogatott.

Családi életében szintén példaadó volt. 10 gyermekéből ötöt sikerült felnevelnie, az orvoscsaládokat akkor még különösen fenyegető hazahurcolt, vagy oda bevitt fertőző betegségekkel dacolva.

A tudományos ismeretek alacsony színvonalát látva Lux az orvosi tudományos életet is megindítani törekedett a megyében.

1868-ban Békés megye orvosai és gyógyszerészei Gyulán tartott összejövetelükön Lux intenciójára megalakították a Békés megyei Orvos—Gyógy-szerész Egyletet, s ezen egylet elnökének Luxot választották meg. Ezen egyesület Lux dr. 6 évig tartott elnöksége alatt felvirágozott „a közügyért való lelkesedésben”, a tudományos munkák végzésében, szemmel tartva mindig „az anyagi és szel-



Lux Jakab dr. (1822–1876), az 1848–49-es szabadságharc orvosfőhadnagya, mezőberényi községi orvos, a Békés megyei Orvos-Gyógyyszerész-Egylet első elnöke.

lemi közjólét előbbrevitelét is”. Nem szűnt meg soha orvos és gyógyszerész társait azok tehetségéhez mérten a tudományos munka, a haladás és a közös munka végzésére bátorítani. Küzdött a „hideg közöny” ellen, hogy ez az akadály elenyésszen, és „az őszinte tevékenység érzete szállja meg azon kartársai keblét, akik, ha akarnak, képesek és tudnak is hatni”. Persze, a reagálás orvos-gyógyyszerész társai részéről nem mindig volt olyan, ami Lux szerint elvárható és kívánatos lett volna. Mint elnök a közegészségügyet soha szem elől nem tévesztette, és tudományos előadásaival és dolgozataival is élen járt. Írásainak, előadásainak szép nyelvezetén ma is eltűnődünk.

1869. május 12-én például Békésen „A diftériáról és kezeléséről” címmel tartott előadást. Ugyanezen év október 11-én Szarvason több gyógyult beteget bemutatásával „A húgykövek morzsolásá”-t ismertette, május 16-án Orosházán tartott előadásának „Az általános vízkór” volt a címe. Október 15-én Mezőberényben „Az izzag”-ról értekezett, ami mai tudásunk szerint az allergiás kórképeket ölelte fel. 1872-ben Budapesten a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók ülésén közölte nagy figyelemmel és tetszéssel fogadott előadását, „Az epehólyag sipolyon kiürült epekövekről”. Május 15-én Békéscsabán „Az újszülöttek ápolásáról az elválasztás idejéig” címmel tartott széles visszhangot keltett előadást. Egy évvel később Szeghalmon a koleráról tartott előadást.

Lux etikus magatartására jellemző, hogy nem kápráztatta el a kínálkozó és fényesnek ígérkező pálya Sauer professzor oldalán. Népét, hazáját Bé-

kés megyében akarta szolgálni. Mint egész ember buzgón képezte, művelte magát az Alföldön is, és nem süppedt bele annak a száz év előtti feudális, elmaradott légkörébe. Etikusi orvosi magatartását mindig összekapcsolta szakmapolitikai munkájával. Próbáljunk felidézni Lux etikájából is valamit, amit Hajnal István dr. alelnök társa mondott róla tartott emlékbeszédében:

„A hányavetiség, a hiú tudományfitogtatás, az irigység, a rágalmazás ismeretlenek voltak előtte. Tudományos tekintélyét kartársai rovására sohasem emelte. Szeretettel egyengette fiatal kezdő kollegáinak pályakezdését, és mindig helyt adott a helyes ellenvéleménynek is. A betegeknek kezelő orvosukba vetett bizalmát soha meg nem rendítette.”

A betegekkel való jó bánásmódja már honvédorvos korában megnyilvánult, hiszen ilyen formában nyerte meg Mezőberény népének bizalmát, tiszteletét és szeretetét. Megyészerte ismert volt alapos elméleti tudása, széles körű nagy tapasztalata és kedves egyéniségéből fakadó, megnyerő modora. Mondatainak nemcsak pontosan meghatározott jelentése, de érzelmi oldala is meghatározó volt.

Családi visszaemlékezésésként mondta el nekem egyik 90 éven felüli unokája, hogy egyszer egy éjjel lovas betyárok vették körül kocsját, de megtudván, hogy ki az, akit a kocsis vísz, megköszönték szegény rokonaik érdekében tanúsított jóságát, és illő köszönés után elvágattak.

Amikor a múlt században a világosi fegyverletétel után országunkban minden megingott, a nemzet legjobbjai sorában orvos elődeinket sem altatta el az idő. A megváltozott körülmények között elfoglalták helyüket a polgári társadalomban és nagy erőfeszítések között végzett munkájukkal az utókor tiszteletét is kiérdemelték. Az ő sorsukat példázza Lux Jakab dr. életpályája is.

Bak Mihály dr.

IRODALOM: 1. Bak M.: Békés megye kórházainak évkönyve III. 1971. Gyula.: Lux Jakab dr. 1822—1876. — 2. Hajnal I.: Emlékbeszéd dr. Lux Jakab felett, Gyula 1877. — 3. Lux J.: Gyógyászat 1861. 6. szám 1096. old. — 4. Lux J.: Epehólyag tájon kiürült epekövek. Magyar Orvosok és Természetvizsgálók, 1872. XV. — 5. Turly D.: Ima és emlékbeszéd orvosdoktor, néhai T Lux Jakab síroszlopa 1879. okt. 18. leleplezésekor. Mezőberény — 6. Zétény Gy.: A magyar szabadságharc honvédorvosai Bp. 1948.

Közlekedésünk egészségügye a múltban

A hazai hygiénés ismeretek korán fejlődésnek indultak s már a múlt század végén a szakemberek komoly ismeretekkel rendelkeztek. A modern közlekedés a XIX. sz. végén alakult ki, sokat fejlődött s hatott az egész gazdaságra. Az Észak-Amerikát átszelő vasút (Pacific railways) kiépítése eddig soha nem látott fejlődést eredményezett.

Hasonló fejlődés jött létre Európában, hazánkban is. Mindez az ismereteket is fejlesztette, és bővítette azok alkalmazásának körét. Szegedy Maszák Elemér az Országos Közegészségügyi Egyesület lapjában* részletesen foglalkozott azokkal a nehézségekkel, amelyeket a közlekedés okozott és számolt ezek fokozódásával. Maga a jelenység olyan régi, mint az emberiség. A népvándorlás egyik oka az volt, hogy legelőt találjanak a legfőbb közlekedési eszköz — a ló — számára”. A mai ember szintén gazdasági okok miatt mozog, „de nem sebes lovakon, ökör vagy bivaly vontatta szekereken, hanem kényelmes vonatokon, téres hajókon s már a közvetlen szomszédba is *villamos kocsival* járunk.”

A közlekedés-egészségügy kiterjed az utasokra, a járművekre, a közlekedési dolgozókra és a szállított árukra. Sok tényező van, amely önmagában még nem káros (por, füst, léghuzat), de a károsodást elősegíti, ezért küzdeni kell ellenük. A megelőzés mindig hatásosabb, mint egy kialakult baj gyógyítása.

Szegedy Maszák a közlekedést „apró és tartós” közlekedésre osztotta. Az apró közlekedés

eszközei a bérkocsi, társaskocsi, a tartósé: a helyi hajó és városi vasút. A bérkocsiban — állapította meg — az utas kevés időt tölt, a levegő megfelelő, nem szabad bennük fertőző beteget szállítani, valamint a kocsis pihenőt nem tölthet a jármű utasterében. Naponta kell tisztítani. Mind a társaskocsi, mind a városi vasút több embert szállít, mint a bérkocsi. Ezeket gyakran kell tisztítani, nedves (pormentes) sepréssel. A köpködési tilalomnak, akár bírság útján, érvényt kellett szerezni. Meg kellett oldani a szellőztetést, egyes közlekedési üzemek nyári kocsikat rendszeresítettek. A dohányzás a városi vasúton eleve tilos volt. Tapasztalat szerint a kórházba vivő útvonalakon minden járműre 1 beteg utas jutott, s egy-egy jármű 8-10 gyereket vitt vizsgálatra, s ezért fontos volt a takarítás. Azt is megtudjuk a korabeli közlésekből: a kalauzoknak megtiltották, hogy megnyálazott ujjakkal adjanak jegyet, s hozták az összecsavart jegykötegeket. Helyenként kifogásolták a lépcsők magasságát s télire javasolták a járművek fűtését, például Berlinben és Drezdában.

A hajók hygiénéje sokat változott. A régi nagy járványok (typhus, dysenteria, typhus exanthematicus, skorbut) 1900-ban már alig fordultak elő, viszont a kivándorlóhajók tisztasága sokáig kívánni valót hagyott maga után. A folyami hajókon a tisztaságra, valamint az ételek, italok minőségére kel-

* (Egészségügy, 1904, 18, 161.)

lett ügyelni. Oktatták a baleset elleni védekezést (pl. vízből mentés).

A vasúti balesetek általában tömeges szerencsétlenségek, bár nem gyakoriak. Weber kiszámította (id. Szegedy Maszák), hogy a poroszországi vasutakon a baleseti veszély 3-szor kisebb, mint főnyeremény a lutrin. 1872-ben Poroszországban a szekerek 546, a vonatok 460 balesetet okoztak. Írja, hogy porosz vasutakon 21 km/óra sebesség mellett 307 évi folyamatos utazás után sebesülne meg az utas, halálos balesethez pedig 1540 évnyi szüntelen utazásra lenne szükség. Az utasok károsodhatnak a tartós léghuzat, a por és a füst miatt. Fontos az elsősegélynyújtás, amihez felszerelés és képzett személyzet szükséges. A pályaudvari helyiségek tisztán tartását *Magyarevics* Mladen is hangsúlyozza (u.ott). Olajjal kell festeni, pormentesen seperni, köpöcsészeteket kell alkalmazni. Fontos a szellőztetés, illemhelyek tisztán tartása s jó ivóvízszolgáltatás. Nagyobb állomásokon külön mosdószobára van szükség. Az esti és éjszakai órákban az állomást ki kell világítani.

A vonatokon emelkedett a nemdohányzó kocsi száma. A rázási ártalmak ellen *jobb rugózással* igyekeztek védekezni. A jól kiépített pálya csökkentette a rázást és a zajt. A századforduló után terjedtek el a hosszú, kényelmes, jól rugózott, forgó alváz „pulmann” kocsik**. A folyosós kocsi jobban beváltak, mint az „oldalombolósak” (oldalajtós); az előbbieket kevésbé balesetveszélyesek.

Az utasokra két típusú kocsiban a következő téradatok estek.

	régikocsi		új folyosós kocsi	
	köbméter	négyszögletméter	köbméter	négyszögletméter
I. o.	2,34	1,02	1,90	0,86
II. o.	1,50	0,70	1,28	0,58
III. o.	1,0	0,46	0,84	0,38

Az új kocsik, mivel az átjárás a belsejükben történt, látszólag kevesebb teret adtak az utasok-

** Tervezőjük S. M. Pullmann (1831—1897) német származású amerikai nagyiparos, a háló- és étkezőkocsi meghonosítója.

nak, mint a régié, ezzel szemben jobban lehetett a szabad helyek felől tájékozódni és elhelyezkedni.

Fontos volt a szellőztetés a képződött CO₂ miatt. Egy utasra 32 m³ levegőt számolva óránként az I. osztályon 16, a II.-on 22 és a III.-on 32 teljes légcserére volt szükség.

A tisztítás kedvéért sima falakat homorú szögletekkel javasoltak, mosható tapétával s az ülések fedésére bársony helyett bőrt ajánlottak. Az I. világháború alatt kiütéses typhus endémiás vidéken bőrüléses és fapados (III. o.) vagonokat közlekedtettek. A Kassa-Oderbergi Vasút és a Délivásút vonatain az ülésre és a fejtámlára cserélhető *védőkendőt* helyeztek. Bevezették a vízöblítéses mosdófülkéket s ezeket gyorsvonaton ellátták szappannal. A kocsikat naponta többször söpörték, a végállomáson a párnákat kiporolták s köpöcsészeteket helyeztek a fülkékbe.

A vonatokat eleinte szept. 15-e és május 15-e között fűtötték, később az időjáráshoz igazodott a fűtés. A legjobb volt a fűtés, ha kazánkocsival végezték a szerelvény közepéről.

A világításra legjobban a villany vált be, de a régi kocsikat még a II. világháború idején is olajlámpákkal világították.

Bizonyos fertőző betegek (pestis) a vonaton nem voltak szállíthatók, más betegségekben szenvedőket (lepra, cholera, himlő, sárgaláz, kiütéses typhus) csak lezárt külön kocsikban orvosi engedéllyel, typhusos, dysenteriás és diphteriás betegek pedig csak bizonyos óvintézkedések mellett voltak szállíthatók. E szabályok is zömmel a múlt század végi követelményeket rögzítik. Akkoriban a Berlin—Merán között közlekedő kocsik padlóporából például *M. tuberculosis* tenyésztettek ki. E kórokozót megtalálták olyan kocsikban is, amelyekben tuberkulinkezelésre Berlinbe szállított betegek utaztak.

Említést érdemel, hogy a *Csatári Grosz* Lajos (a MÁV első főorvosa) által kidolgozott és tervezett mentőkocsi 1886-ban a Berlieni Vasúti Kiállításon aranyérmert nyert.

Nikodemusz István dr.

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 humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa — hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz — nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbágo, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, peri-arthritis humeroscapularis epicondylitis humeri stb.).

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

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tableta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos 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 határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

— magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható:

— orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns 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 anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

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

CSOMAGOLÁS: 30 db tableta térítési díja: 10,- Ft

FORGALOMBA HOZZA: ALKALOÍDA VEGYÉSZETI GYÁR Tiszavasvári, Syntex licencia alapján

 SYNTEX





Gyermeksebészet

A herék elhelyezkedési anomáliái. Hoffman, S. és mtsai (Kinderchirurgische Universitätsklinik Mainz): Med. Klin. 1982, 77, 755.

A retentio testis gyakran jár együtt a húgyivarszervek fejlődési rendellenességeivel, ezért a szerzők javasolják legalább egy vizeletvizsgálat és a vese ultrahangvizsgálatának elvégzését a fenti diagnózis esetén. Preoperatív laparoscopiával pontosan megtervezhető a műtét, meghatározható a here elhelyezkedése, a véredények lefutása és elkerülhető, hogy a műtét alkalmával esetleg ne fedezzük fel a hasüregben elhelyezkedő herét.

A vizsgálat előtt a szülőket ki kell kérdezni, hogy a herék időlegesen láthatók-e a scrotumban, a születés után a normális helyükön voltak-e, részesült-e már a gyermek korábban kezelésben. A vizsgálatkor a here tapintása különösen csecsemőknél, akiknél a zsírszövet vastosabb, nehéz lehet. Normális körülmények között a here a symphysis felső szélétől 8 cm-re elmozdítható a scrotum irányába. Ha ez iskolás gyermekeknél csak 6, csecsemőknél csak 4 cm-re sikerül, kórosnak kell tekinteni. Ha a processus vaginalis nyitva van, a retineált herét folyadék veheti körül. Nem tapintható here esetében a vizsgálatot guggoló helyzetben is el kell végezni, mert ilyenkor tapinthatóvá válhat. Sokszor ismételt vizsgálatra is szükség lehet. Ma már az ultrahangvizsgálat segítségével lehetővé vált a nem tapintható herék helyzetének meghatározása is.

A retineált herékben látható szövettani elváltozások jól ismertek. Ha a Leydig-sejtek atrophija figyelhető meg, az a hiányos gonadotropin stimulációra utal. Ezért a konzervatív kezelésnek, azaz a gonadotropin terápiának az első két életévén belül kell történnie. Egyes szerzők szerint a herék retineált helyzetben is fejlődnek, ha ki is mutatható a károsodásuk, és ez a károsodás csak a gonadotropin szekréció fokozódásával a pubertás alatt válik jelentőssé. Ezért a nagyon korai lehozataluk műtéti-technikai nehézségek miatt nem szükséges. Ludwig és mtsai viszont egyértelműen bizonyította, hogy minél későbbi életkorban történik a műtét, annál rosszabbak a fertilitási kilátások.

Állatkísérletes vizsgálatok bizonyítják, hogy az egyik oldali egészséges herének a hasüregbe való visszahelyezése után nemcsak ebben, hanem az ellenoldalon is

degeneratív elváltozások lépnek fel.

A retentio testis betegek 80%-ánál olyan elváltozásról van szó, amely csak műtéli úton korrigálható. A fennmaradó 20%-ban secundum hypogonadismusról van szó, amely kis dózisu HCG-vel vagy LH-RH-vel eredményesen kezelhető. Primer hypogonadismus esetén nagy dózisban adott HCG eredményes lehet és a herék leszálnak, de funkcionális szempontból csökkent értékűek maradnak.

A műtéli kezelés után a lehozott herékben az elváltozások javulása figyelhető meg, ha az nem is olyan mértékű, hogy a here normálissá váljon. A legtöbb betegnél, akinél a spermiumszám csökkent volt, LH-RH adása után a gonadotropin-szint a primer hypogonadismusnak megfelelően megemelkedett. 40 betegből 15-nél, akit operáltak, a pubertás után a hormonszint abnormális volt. Azon mindkét oldalon operált betegek, akiknél hereanomalia volt kimutatható, egyetlen esetben sem mutattak normális hormonszintet. A különböző szerzők által közölt eltérő fertilitási százalékok a műtét után a herék műtét alatti és utáni különböző megfigyelésével hozhatók kapcsolatba.

A retineált herék kezelését akkor kell elvégezni, amikor spontán leszállásuk nem várható már, és még a károsodásuk kezdete előtt, tehát a második életévben. Még mindig sok gyermek nem kerül időben kezelésre. Ennek oka részben az orvosok hiányos tájékozottsága, részben a szülők visszautasító magatartása a „fájdalmas kezeléssel” szemben.

Molnár Dénes dr.

A retentio testis veszélyei és kezelése. Hoffmann, S. és mtsai (Kinderchirurgische Universitätsklinik Mainz): Med. Klin. 1982, 77, 794.

A retineált herék malignus elfajulásának veszélyét az egyes szerzők különbözőképpen ítélik meg: 14–40-szer tartják gyakoribbnak, mint a normálisan leszállt testiseknél. A 20–40 év közötti herék miatt operált férfiak 12%-a esett át korábban orchidopexián. A retentio testissel kapcsolatosan fellépő heretumorok 1/5-e az ellenoldali scrotalis herét érinti. A lehozott herékben fellépő tumor korábban és könnyebben felismerhető, mint a retineált herében. Ezért is feltétlenül szükséges a hatéves koron túl operált betegek rendszeres ellenőrzése és a szülők felvilágosítása. A retentio testis miatt operált betegeknél 20–30

éves kor között a fertilitásra vonatkozó kivizsgálás során ajánlatos a herebiopszia elvégzése a tumor korai felismerése szempontjából is.

A retineált herék esetén, ha a proc. vaginalis nyitott, fennáll a becsípődés és az incarceration veszélye is, valamint az állapot nem, ill. késői felismerése. A rendellenes mozgathatóság miatt torzió is gyakrabban jön létre a retineált herékben. A gyermekeknek a közösségbe való pszichés beilleszkedése szempontjából is előnyös a műtét korai — e szempontból — 4 éves kor utáni elvégzése. Ha a herét el kell távolítani, vagy agenciáról van szó, alkalmazni kell már gyermekkorban a hereprotézist, melynek szükségessé váló cseréje jelentéktelen sebészi beavatkozás.

A WHO ajánlása szerint — kivéve a hormonkezelésre alkalmatlan eseteket — az operatív beavatkozásnak az előzetes konzervatív terápiás kísérlet után 2 éves koron alul meg kell történnie.

A konzervatív kezelésnek jelenleg két lehetősége van: a HCG és az LH-RH. A HCG hátránya a testosteron szintézis megzavarása (bár ez csak átmeneti) és a kezelés fájdalmassága. Az LH-RH orrspray formájában történő alkalmazása fájdalommentes és fiziológiásabb, mert a gonadotropin kiválasztást serkenti. A gonadotropin-szint emelkedése és a terápiás eredmény között nem lehet párhuzamot kimutatni. A terápiás eredmények mindkét eljárással hasonlóak, 50%-ban lehet eredménnyel számolni. Eredményes konzervatív kezelés után is retentio következhethet be 6 hónapon belül. Ilyenkor ismételt HCG-kúrát nem ajánlanak, mert ez a herék szekunder károsodásához vezethet. Ilyenkor LH-RH-vel lehet a kúrát megismételni. Az LH-RH kúra esetleges ismétlésének is csak akkor van értelme, ha az első kezelés valamilyen javulást eredményezett.

Az orchidopexia lényege a here és a funiculus gondos felszabadítása. Tekintve, hogy ez ma többnyire 2–3 éves gyermekeknél történik, semmi esetre sem kezdő operátor kezébe való beavatkozás. Ha a felszabadítást a retroperitoneum felé is kellő mértékben elvégezzük, a here ritka kivételektől eltekintve feszülésmentesen lehozható a scrotumba. Egyesek javasolják a funiculus átvezetését a vasa epigastrica alatt, vagy azok átvágását, de ez a szerzők tapasztalatai szerint nem sokkal rövidíti meg a funiculus útját. Ha a heréket a tunica dartos és a scrotum bőre között kiképzett zsákba helyezjük, elkerülhető a herék táplálkozási zavarához vezető feszülés létrejötte. Előfordul, hogy kellő mobilizáció után is feszülés jönne létre. Ilyenkor lehetséges a herék kétüléssel történő lehozása, esetleg a kettő között hormonkúra elvégzése, mely a szöveteket fel lazítja a második műtétet meg-

könnyíti. Azonban az első műtét után mindig számítani kell az előrement hernia műtétekhez hasonló hegesedés kialakulására. Ez a funiculus és a here szilasztik zsákba való burkolásával kerülhető el. Azonban 25 kétüléses műtéten átcszelt betegből 56%-nál találtak hereatrophiát. Míg a fenti Schoemaker szerinti elasztikus rögzítés esetén, még ha az feszülés mellett történt is, 57-ből csak 2 esetben lépett fel atrophia.

A retentio testis gyakorisága miatt a gyermekgyógyászok és gyermeksebészek érdeklődésének előterében áll. Mivel a differenciál diagnosztika igen nehéz és a funiculus sérülésének veszélye a műtét során — ha kis mértékben is — fennáll, javasolt a primer konzervatív terápia. Bár a retentio testis említett veszélyei a lehozott heréknel sem kerülhetők el teljes biztonsággal, mégis a morfológiai vizsgálatok azt bizonyítják, hogy betegek „genitális egészségét” a kétéves kor betöltése előtt elvégzett terápiával biztosíthatjuk leginkább. E cél érdekében a szülők és orvosok felvilágosítása szükséges.

Molnár Dénes dr.

A gyermeksebészeti beavatkozások optimális időpontja: retentio és ectopia testis. Mengel, W. (Chirurgische Universitätsklinik Kiel); Monatsschr. Kinderheilkd. 1982, 130, 427.

A retentio testis újra és újra a gyermekgyógyászok és gyermeksebészek érdeklődésének előterébe kerül, mert az egyéves fiúgyermek 0,7%-ánál jelentkezik. Az intenzív fejlődés ellenére az etiológia tisztázásától még ma is mesze vagyunk. A retentio testis patogenezisében a normális descensust biztosító anatómiai-mechanikai tényezők zavarán kívül még két okkal kell számolnunk. A herék primer dysgenesis estén (Klinefelter-szindróma, Moon-Bardet-Biedl-szindróma, stb.) nem reagálnak a normális gonadotrop hatásra. E csoportba sorolható a herék magzati károsodása is, amely atrophiahoz vagy anorchiahoz vezet. A harmadik az endokrin ok: a gonadotropin szekréció zavara, a testosterone szintézis zavara.

Az irodalmi adatok szerint az újszülötteknél 1,8–4%-ra, a koraszülötteknél 20–33%-ra tehető a retentio testises csecsemők száma. Az első 9 élethónap folyamán a csecsemők nagy részénél bekövetkezik a késleltetett fiziológiás descensus.

Az irodalmi adatok szerint az újszülötteknél 1,8–4%-ra, a koraszülötteknél 20–33%-ra tehető a retentio testises csecsemők száma. Az első 9 élethónap folyamán a csecsemők nagy részénél bekövetkezik a késleltetett fiziológiás descensus.

A terápia hormonális és sebészi lehet. Helyesen megválasztott in-

dikáció esetén a HCG-kezelés az esetek 50%-ában eredményes és Knor vizsgálati szerint a későbbi fertilitás 46%-os. A várható fertilitást figyelembe véve a retineált herék két csoportra oszthatók: 1. egészséges herék, melyeknek leszállása nem következett be és malpositio miatt szekunder károsodás jön létre, 2. primeren dysgenetikus herék. Az első esetben a fertilitás szempontjából jó, az utóbbiban rossz a prognózis. A jelenleg rendelkezésünkre álló diagnosztikus eszközökkel a két csoport között nem tudunk különbséget tenni. Egyes szkeptikusok azon a nézetten vannak, hogy a retineált herék 50–80%-ánál primer dysgenesis-sel kell számolnunk, mások szerint ez az arány 10–20%. Knor utóvizsgálati eredményei, mely a betegek egy olyan csoportjánál, akiket a legkorábban az iskolás korban operáltak, 39%-ban talált fertilitást, nem igazolja a primeren dysgenetikus herék nagy számát.

Az utóbbi 10 évben végzett vizsgálatok szerint 2 éves kortól morfológiai elváltozások mutathatók ki a retineált herékben. Ezek az elváltozások a contralaterális scrotumban elhelyezkedő herékben is kimutathatók egyoldali retentio esetén. Mindaddig, míg a primeren dysgenetikus és a különben egészséges csak a descensuban zavart heréket nem tudjuk egymástól elkülöníteni, a jelenlegi nem jó fertilitási eredmények dacára sem szabad a terápiás nihilizmus álláspontjára helyezkednünk.

Retineált herék esetén az optimális időpont a terápiás beavatkozásra a 2. életév. Az első életévben még lehet számítani a herék spontán leszállására és patomorfológiai elváltozások még nem ismerhetők fel. Kimutatható lágyéksérv esetén a műtét azonban már 1 éves korban is indikált. Megfelelő indikáció esetén az iatrogen károsodások elkerülése érdekében a HCG-terápiát az orchidopexiával szemben előnyben kell részesíteni. A HCG-terápia kontraindikációja az ectopia testis és az egyidejűleg meglévő lágyéksérv. Különösen a gyakori suprafascialis ectopia esetén fordul elő, hogy nem ismerik fel és szűkségtelenül HCG-kezeléssel próbálkoznak. Ezen esetekben a mechanikai akadályozottság miatt csak a műtéti kezelés lehet eredményes. Remélhető, hogy a jelenleg propagált korai kezelés bevezetése a fertilitási kilátások javulásához vezet.

(Ref.: *Miután a szerző a supra-fascialisan elhelyezkedő heréket az ectopiahoz sorolja és ez tapasztalatunk szerint is a retentiók nagy %-át teszi ki, valamint az egyidejűleg fennálló sérvek száma is magas, e két csoport figyelembevételével, mely nem alkalmas HCG-kezelésre, a hormonális terápia indikációja igen beszűkül.*

Meg kell még jegyezni, hogy Mininberg és mtsai már egyéves korban kimutattak káros elváltozásokat

kat a retineált herékben elektronmikroszkópos vizsgálattal. Így a retentio testis műtéti megoldása még korábbi életkorra kerülhet, mely elgondolással szemben egyébként a szerző is csak az iatrogen károsodások lehetőségét említi.)

Molnár Dénes dr.

A retineált emberi here patológiás állapot kialakulásának ultrastrukturális bizonyítéka az első életévben belül. Mininberg, D. T., Rodger, J. C., Bedford, J. M. (James Buchanan Brady Foundation, Division of Urology, Department of Surgery, New York Hospital-Cornell University Medical College, New York): J. Urol. 1983, 128, 782.

A szerzők 9 két-, és 4 egyoldali retentio testises gyermeknél az orchidopexia során nyert szövettani anyag elektronmikroszkópos vizsgálatáról számolnak be. A gyermekek életkora 1 és 13 év között volt. A retineált herékben a legjelentősebb elváltozás az interstitium fibrosisa volt, így elsősorban ezzel az elváltozással foglalkoztak. Egy 10 éves fiúnál szexuális éretlenség miatt a heréből vett biopsziás anyagot használtak kontrollként. Az egyéves gyermek retineált heréjéből nyert anyag interstitiumának szerkezetében a collagen rostok proliferációjától eltekintve egyéb elváltozást nem lehetett kimutatni, a kontrollhoz képest. A reticularis rostok finom peritubularis rétegét helyettesítette a collagen. A 3–8 éves gyermekeknel már az interstitium legfőbb eleme volt a collagen. A collagen rostok nyalábjai már nem a szokásos módon helyezkedtek el és teljesen felborították a peritubularis fibroblastok elrendeződését. A 9–13 éves gyermekeknel az interstitium legnagyobb részét collagen töltötte ki, a nyalábjai minden irányban futottak. A rostok és sejtek peritubularis rétege nem volt megfigyelhető. Nem lehetett megfigyelni a Leydig-sejtek differenciálódásának jeleit sem.

Már leírták a kétéves kortól a retineált herékben észlelhető progresszív morfológiai elváltozásokat. A jelen közlemény már egyéves kortól kimutatható elváltozásokról számol be az interstitiumban. Feltehetően már ekkor elkezdődnek a retineált herékben azok a progresszív elváltozások, amelyek később a rossz fertilitási kilátásokhoz vezetnek. Egy közlemény beszámolt a spermavizsgálatok alapján a fertilitásról a különböző életkorban végzett orchidopexiák esetén és a fertilitás a kétéves kor előtt végzett orchidopexiák esetén 90%-os volt, míg ez az érték a pubertás korában végzeteknél 14%-ra csökkent. A collagen lerakódása az intertubularis térben a herék stresszel szembeni általános reakciójának látszik. Chakraborty és mtsai collagen lerakódását mutat-

ták ki 13 hónappal később az egészséges herékben az ellenoldali részleges torsiója után. Állatkísérleti bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a herék elváltozásában autoimmun folyamatok játszanak szerepet. Arra vonatkozóan is vannak adatok, hogy a retineált herékben gyakrabban alakul ki rosszindulatú daganat.

A fentiek alapján azt a következtetést vonják le, hogy a sebészi beavatkozásnak a gyermek 9 hónapos kora után kell megtörténni, amikor már nem várható a herék spontán leszállása és egy éves kor előtt, amikor már kezdődnek a herékben a kóros elváltozások. Ezt támasztják alá azok a megfigyelések is, amelyek a retentiós gyermekek normálisan leszállt contralateralis herében párhuzamosan kialakuló kóros elváltozásokról számolnak be. Így az egyoldali retentiós esetekben, ha a sebészileg lehozott here normális fejlődése nem is biztosítható, az ellenoldali here veszélyeztetettsége a minimumra csökken.

Molnár Dénes dr.

A fertilitás retentio testis műtét után. A. M. Feller és mtsai (Kinderchirurgische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik, Tübingen): Pädiat. prax. 1982/83, 27, 317.

A kryptorchismust hormonális úton és műtéttel lehet kezelni. Primer műtét mellett kell dönteni a következő esetekben: lágyéksérvglyeidejű fennállása, a lágyékhatáiban elhelyezkedő epifasciálisan fixált here, ektopia, iatrogen retentio, a pubertás alatt, amikor a hormontermelés emelkedett. Egyéb esetekben először HCG vagy LH-RH orrspray kezelést javasolnak, mely az esetek 40–50%-ában tartós eredményt ad. A hormonálisan eredményesen kezelt betegek mintegy 10%-ánál fél éven belül a herék újból retineálódnak.

1957–78 között 3049 gyermeket operáltak 4051 retineált herével. A műtétek száma 1974-ig folyamatosan emelkedett, azóta stagnál. Az orchidopexiára kerülő gyermekek életkora egyre csökken, de a legtöbb műtét még ma is a 4–10 éves korcsoportra esik.

A lágyékhatáiban elhelyezkedő herék esetében 43%-ban, míg az abdominalis, ill. intracanalicularis heréknél 50%-ban találtak a műtét során sérvet vagy nyitott proc. vaginalist. A műtét során talált lelet az esetek 50%-ában nem egyezett a klinikai diagnózissal. Pontosabb klinikai diagnózis felállítására esetén a hormonálisan sikeresen kezelt esetek száma növekedne, ill. csökkenne azoknak a száma, akiket feleslegesen tettek ki a hormonális kezelés kellemetlenségeinek, mert náluk pontosabb diagnózis esetén primer műtétet kellett volna indikálni. Ez elsősorban az epifasciálisan fixált herékre vonatkozik.

107 betegüknél, akik már felnőtt korba kerültek, elvégezték a herék külső és belső elválasztású működésének vizsgálatát valamint a hypophysis funkció vizsgálatát. Megállapítják, hogy kétoldali retentio esetén szignifikánsan romlanak a fertilitási kilátások, ha a műtét későbbi életkorban történik. Kétoldali retentiós betegek 6%-át, míg egyoldali retentiós betegek 30%-át találták fertilesnek az utóvizsgálatok során. Megállapítják, hogy a herék későbbi funkciójában a retentio lokalizációja nem játszik szerepet.

Az életkor előrehaladtával a fertilitási kilátások romlásra szignifikáns, de sajnos 5 évesnél korábban operált gyerek felnőttkori utóvizsgálatára még nem volt lehetőségük, mivel csak a 60-as évektől kezdődött el a műtét életkor eltolódása a fiatalabb korosztály felé. Eredményeik egyértelműen amellett szólnak, hogy a retentio testis megoldására az optimális műtét időpont a gyermek 12–18 hónapos kora.

Molnár Dénes dr.

A hideg idő és a heretorsio kapcsolata. R. B. Shukla és mtsai (Department of Surgery, Our Lady's Hospital for Sick Children, Dublin): Brit. Med. J. 1982, 285, 1459.

1976–80 között észlelt és sebészileg igazolt testis torsio 46 esetét tanulmányozták retrospektíve.

A betegek életkora 3 hónaptól 22 éves korig terjedt. A betegek panaszaik kezdetének pontos időpontját összevetítették az Ír Meteorológiai Intézet adataival. A 46 esetből 40 esetben volt a környezeti hőmérséklet 2 C-fok alatt. Az esetek eloszlása hónapok szerint a következőképpen alakult: január 7., február 6., március 5., április 3., május 1., június 1., július 1., augusztus 1., szeptember 2., október 4., november 7., december 3.

Az észlelések okát abban látják, hogy a cremaster izom, a testis tokja, a tunica Dartos hideg hatására összehúzódik és torsiót okozhat. A testis tokja és a tunica Dartos kontrakcióra képes cholinerg és adrenerg stimulusokra reagáló rostokat tartalmaz.

Füzesi Kristóf dr.

Preoperatív kemoterápia az irresecabilis gyermekkori primer malignus májdaganatokban. Weinblatt, M. E. és mtsai (Children's Hosp., Los Angeles, CA 90 027): Cancer, 1982, 50, 1061.

Gyermekekben a primer májdaganat a harmadik leggyakoribb hasi malignus daganat a neuroblastoma és a Wilms-tumor után. A gyermekek májdaganatainak 54%-a resecabilis. A hepatoblastomák 5 éves túlélése komplett resectio után 58%-os, a hepatocarcinomáké 35%-os.

A szerzők jelen közleményükben a kemoterápiával elért eredményekről számolnak be a nem resecálható malignus májdaganatok kezelésében. 1974–1979-ig nyolc gyermeket kezeltek, 5 fiút és 3 lányt (négy hónaptól 14 éves korig). A kisebb gyermekekben a tünetmentes májdaganat a jellemző, az idősebb gyermekeknél a daganaton kívül a testislycsökkenés, a hasi fájdalmak, a fáradtság, sápadtság. A radionuclid máj scan pozitív. Az ultrahang, angiographia megerősíti a kórismét és minden esetben megjósolja azt, hogy a májdaganat nem resecálható.

A betegeken végzett laparotomia megállapította a patológiai diagnózist, a daganat irresecabilitását. 6 esetben hepatoblastomáról és 2 esetben hepatocellularis rákról volt szó. Kombinált kemoterápiát adtak 3–4 hetes ciklusokban (adriamycin, vincristin, cyclophosphamidot, 5-fluorouracilt, actinomycin D-t).

Három gyermek kapott besugárzást. Hét gyermek kifejezett klinikai választ adott a primer daganat jelentős megkisebbedésével és az összes tüdőóttétek visszafeloldásával. Négy gyermeknél el lehetett végezni a residualis daganat teljes és sikeres kimetszését, ezek közül 3 él és egészséges 2–6 évvel a kezdeti kezelés óta. Egy hepatocellularis rák a kemoterápiára eltűnt. Két gyermek a drámai javulás után progressio következtében be. Csak egy gyermek nem reagált a kemoterápiára, a kezelés ideje alatt progrediált.

A szövödmények között említésre méltó a neutropenia, amely az adagolás módosítása után rendeződött. Egy gyermek 480 mg/m² adriamycin és 5,4 mg/m² cyclophosphamid után pericarditist kapott, amely a megfelelő kezelésre rendeződött. Egy másik 420 mg/m² adriamycin után congestív szívelégtelenségben meghalt.

A leírt eredményekből arra következtethetünk, hogy előrehaladott májdaganatban a cytoreductio csökkentheti a műtét halálozást és lehetővé teheti a nem resecálható daganatok kimetszését, szerencsés esetben tartós gyógyulást eredményezhet.

Póka László dr.

Az oesophagus reflux szűkületének sebészi kezelése a gyermekkorban. O' Neill J. A. és mtsai (Department of Surgery, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee): Ann. Surg. 1982, 196, 453.

A gyermekkorban a gastrooesophagealis reflux bizonyos mértékig fiziológias — tünetekkel nem jár — a cardia záróizomzatának fejletlensége és a gastrin I. hatásával szembeni csökkent reakciókészsége miatt. A gyermekeknél az étkezés után rövid ideig fennálló reflux spontán javulásra hajla-

mos. Az irodalmi adatok szerint a reflux miatt kialakuló peptikus oesophagitis az esetek 15–30%-ában vezet szűkület kialakulásához. A szerzők anyagában ez 15% volt. Miután a gyermekeknel a reflux szűkület gyakran társul különböző neurológiai szindrómákkal és nyelőcső atresiával (60%), valamint a fenti élettani sajátosságok miatt, a felnőttéknél használatos számtalan terápiás eljárás közül ki kell választani a számukra legalkalmasabbat.

18 sebészi kezelésben részesülő betegükből 17-nél a regurgitatio és hányás már hosszú ideje fennállt, de csak kettőnél jelentkezett substernalis égő fájdalom. Egynél asthma, egynél pedig visszatérő aspiratio is jelentkezett. Egynél a szűkület kialakulása előtt a refluxnak semmiféle tünete nem volt. Valamennyiüknél olyan súlyos volt a szűkület, hogy szilárd táplálékot nem tudtak fogyasztani, négyen pedig a folyadék, ill. a saját nyáluk lenyelése is problémát okozott. Tíz gyermek a növekedésben is visszamaradt. A tünetek jelentkezésének ideje röviddel a születés utántól 8 éves korig terjedt (átlagos idő 2 év). A műtét időpontjában a gyermekek átlagéletkora 6,3 év volt. A diagnózis fő eszköze az oesophagoscopia és oesophagographia volt. Néhánynál biopszia, nyelőcsőmanometriás vizsgálat, pH monitorizálás, technetium milk scan is történt. A 18-ból 16-nál találtak aktív oesophagitist, négyenél a szűkület hiatus herniával és négyenél elhúzó gyomorürüléssel társult. 11 gyermeket 2 héten át parenteralis táplálással és cimetidinnel készítettek elő a műtetre. Egyetlen kivétellel, akinél korábban Hill-operáció történt és a nyelőcső jelentősen rövidebbnek tűnt, a műtét abdominalis behatolásból történt. A műtét során, ha lehetséges volt, mobilizálták a gyomor felső és a nyelőcső distalis részét és a szűkületet újjal vagy Hegaral tágitották fel. Ha ez nem volt kivihető, a tágitás uréter-katéter, majd fonal bevezetése után alulról vagy felülről Tucker-tágitó segítségével történt. A fonalat helyben hagyták és ha szükségesnek bizonyult, a műtét után 3 héttel kezdtek az újabb tágitásokat. Ezután minden esetben Nissen szerint funduplicatiót végeztek és rekonstruálták a phrenooesophagealis szalagot.

Három betegnél az intraoperatív tágitás elegendőnek bizonyult, a többiek 1–15 (átlagosan 3,4) postoperatív tágitásra szorultak. Egy kivétellel a műtét után közvetlenül betegek voltak a szilárd táplálékot fogyasztani. Halálozás, műtéti szövődés nem volt. A gastrostomiát 7 vagy több napig nyitva hagyták, majd fokozatosan zárták le. Postoperatív egyetlen betegnél észleltek refluxot, de ez tüneteket nem okozott. A műtét után elvégzett oesophagogram 12 gyermeknél nem mutatott szűkü-

letet és a többenél is jelentős volt a javulás. A 6 hónaptól 7 évig terjedő utóvizsgálatok során 17 gyermek teljesen gyógyult. A fennmaradó egy, súlyos immundeficitos betegnél candida oesophagitis alakult ki H-sipollyal, neki enyhe szűkülete van, amely azonban fokozatosan javul.

Bár a négy elhúzó gyomorürülést mutató betegükből egynél pyloromyotomia történt, sem ezt, sem pedig vagotomia és pyloroplastica végzését nem tartják szükségesnek.

A szűkület megszüntetésére irányuló minden sebészi beavatkozást a reflux korrekciója előtt hatástalannak tartanak.

Molnár Dénes dr.

A veleszületett neurogén hólyag kombinált urodinámiai és radiológiai vizsgálatán alapuló kezelési rendszere. A. M. K. Rickwood és mtsai (Spinal Injuries Unit, Lodge Moor Hospital and Department of Paediatric Surgery, The Children's Hospital, Sheffield, England): Brit. J. Urol. 1982, 54, 507.

A kezelés két fő célja a veseműködés megtartása és tartálymentes kontinencia elérése egyúttal akaratlagos vizezés biztosítása (haspréssel vagy intermittáló katéterezéssel). Az első cél elérhető a hólyagkimenet obstrukciójának megszüntetésével vagy megkerülésével, míg a második megfelelő hólyagbefogadó-képesség elérésével és akaratlagos hólyagkiürítéssel. A neurogén hólyag jellegéből fakadóan általában kombinált megoldásokkal érhető el. A betegeket nyomorékságuk mellett intelligenciájuk különböző fokú csökkent volta is akadályozza a fentiek elérésében. A szerzők a diverziót nem találják jónak, s csak végső megoldásként alkalmazzák. Az állandó katétert vagy a hímvesszőre függesztett tartályt másodlagos eszközként veszik figyelembe. Elsősorban a gyógyszeres kezelés (a hólyagizom és a hólyagnyakizomzat befolyásolása), az intermittáló katéterezés és a hólyag nyomással történő kiürítése jön számításba. Vesicoureterorenalis reflux esetében meggondolandó az utóbbi kettő. Intermittáló katéterezés csak akkor alkalmazható, ha legalább 2 órán át száraz marad a beteg. A gyógyszerek hatása általában nem izoláltan jelentkezik a detrusor vagy a hólyagnyak izomzatán, így alkalmazásuk egy bizonyos határig ésszerű. A kontraktilis hólyagú betegeknek legmegfelelőbb akaratlagos vizeletürítési lehetőség az intermittáló katéterezés, s lehetőség szerint ezt kell elérni. Alkalmassá a beteg erre, ha megfelelő befogadóképességgel a hólyagja, alig észlelhető, vagy nincs hügyesópanasz, kelően mozgásképes, megfelelő kéz ügyességű és jól motivált. A szerzők protokollokat mutatnak be a

különböző neurogén hólyagműködési zavarok kezelésére.

Nem zárkoznak el az anteromedian sphincterotomiától sem, bár nyilvánvaló, hogy ezt inkontinencia követi. Kizárólag fiúkon végzik, mivel csak a hímvesszőre helyezhető tartállyal élhet a beteg.

Gyógyszerek közül a phenylpropanolamint a kontraktilitásképtelen hólyag esetében a hólyagnyakgyengeség csökkentése végett (alpha-adrenerg stimuláció céljából) adják. A detrusor instabilitását anticholinerg szerekek (propanthelin bromid, imipramin, oxybutinin) csökkentik. Az intermedier jellegű hólyag kezelésekor a phenoxybenzamin anticholinerg szer jön számításba, hacsak nem áll fenn sphinctergyengeség, ez esetben a phenylpropanolamint adják.

76 betegük közül 47 él tartály nélkül úgy, hogy nappal száraz (intermittáló katéterezéssel vagy nyomással ürítik ki a hólyagot). 36 beteg éjszaka is száraz. Tartályllyal (fiúk) vagy állandó katéterrel (lányok) további 13 száraz éjjel-nappal és 13 csak nappal.

Szabó Mihály dr.

A végbélnyílás helyreállítása a bél simaizomzatának átültetésével. Berger, H. C., Schmidt, E., Pistor, G. (Abteilung für Allgemeine Chirurgie der Universität Ulm, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Kinderchirurgische Klinik der Universität Mainz): Chirurg, 1982, 53, 599.

Bevezetőben a szerzők érintik a kontinencia muszkuláris és idegi összetevőit, az ép kontinenciáért felelős receptorok elhelyezkedését is ismertetik.

Kitérnek arra, hogy az eddigi műtétek (a m. sphincter ani varrása, a sphincter plasztikák, a harántcsíkolt izmokkal végzett plasztikák — m. glutaeus maximus, m. transversus perinei, m. gracilis — valamint az ezüstdróttal vagy fascia latával történt plasztikák) nem jártak kielégítő és kelően hosszú ideig tartó kontinenciával. Ezzel szemben a colon szabadon átültetett simaizomzatával autonóm aktív záródást érünk el. A simaizom kontrakciója sokkal gazdaságosabb a harántcsíkolt izoménál. Ezen túlmenően az állatkísérletek azt bizonyították, hogy denerváció után nem jön létre atrophía, másodlagosan erek épülnek be a transzplantált izomba, és az így kialakított sphincter a vastagbél feszülési állapotától független záróizomként működött.

Mind gyermekeken, mind felnőtteken végeztek műtétet. Gyermekeken a Rehbein-műtétet visszahajtott izomgallérral egészítették ki középmagas és magas rectum atresia műtétekor primeren, míg hasonló okból (vagy sérülés miatt) többször műtött gyermekeken szabadon átültetett sima-

izom lebenyt használtak kontinencia elérése céljából. Fejnőtteken csak szabad lebenyt ültettek át.

A műtét ismertetése után a szerzők beszámolnak az eredményekről. 12 gyermekben végeztek visszahajtott izomgallérral kiegészített Rehbein-műtétet, közülük 6 kontinens teljesen, 2 részlegesen, négy gyermek állapota még nem értékelhető ki. A szabadon átültetett lebennyel 12 gyermeket műtöttek (hetet Mainzban, ötöt Würzburgban). A mainziak közül 3 kontinenciája jó, háromé kielégítő, egy inkontinens maradt. A würzburgiak közül 3 igen jó, és egy jó eredményről számoltak be, egy még nem ítélték meg.

A felnőtteken végzett műtétekkel összehasonlítva a gyermekkorban végzett műtétek eredményei jobbak.

Szabó Mihály dr.

Traumatológia

Mikor szükséges általános, illetve idegsebészeti kezelés koponya-agysérüléseknél? Bock, W. J. (Neurochir. Univ. Klinik Düsseldorf) 1 Chirurg, 1982, 53, 471.

A közlekedési baleset következtében meghaltak 70%-a koponyasérült. A szerző szerint az általános sebészek és idegsebészek együttműködésén javítani kell. Azt a megoldást, hogy a baleseti sebészek bizonyos ideig idegsebészeti osztályon dolgozzanak, nem tartja jó megoldásnak, mert véleménye szerint, ennek következtében az idegsebészek visszavonulnának a neurotraumatológia területéről, s inkább a kényelmes és jobb kutatási lehetőségeket nyújtó egyéb idegsebészeti esetekre korlátoznák tevékenységüket.

Elsősorban azt kell eldönteni, hogy mikor maradhat a beteg általános sebészeti kezelésben, illetve mikor szükséges idegsebészeti ellátás. Ehhez a koponya-agysérülések megfelelő beosztására van szükség. A régi, commotio-contusio-compressio, a Tönnis és Loew szerinti beosztás, valamint a „Glasgow-skála” helyett egyszerűbb nyílt és fedett koponyasérüléseket megkülönböztetni. A nyílt sérülés idegsebész kezébe való. Nehezebb a fedett sérülések súlyossági fokának meghatározása.

Könnyűnek mondható a legfeljebb 5 percig tartó eszméletvesztéssel járó sérülés, melynél az esetleg fellépő egyéb tünetek 5 napon belül megszűnnek.

Középsúlyosnak a legfeljebb 30 percig tartó eszméletvesztéssel és 30 napon belül lényegesen javuló fedett sérülés számít.

Minden hosszabb eszméletvesztést, s gyakran agytörzsi sérülést is okozó trauma súlyosnak ítélen-dő.

A commotio, contusio, compressio csak syndroma, amely a sérült állapotát nem határozza meg teljes mértékben.

A szerző táblázatban szemlélteti a koponyasérüléseket, megjelölve, hogy milyen eset tartozhat általában, illetve idegsebész kezébe. Első feladat eldönteni, hogy azonnali idegsebészeti ellátásra van-e szükség? Második, hogy várható-e szövődmény, különösen koponyán belüli vérzés. A szerző szerint neurotraumatológia computer tomographia nélkül ma már nem képzelhető el. Az echo-encephalographiával gyakran jelentős haematomák sem mutathatók ki. Csak első vizsgálatként alkalmazható, de utólag a computer tomographiát is el kell végezni.

A koponyasérültek gyakran polytraumatizáltak. Ecke szerint ezek 51%-a koponyasérült is. A beteget először ellátó sebésznek kell eldönteni, hogy idegsebészeti kezelésre van-e szükség és transzportálható állapotban van-e a beteg? Szállíthatóságra vonatkozóan bizonyos szempontokat kell szem előtt tartani. Stabilizálni kell a keringést és légzést. Primeren ellátandók a hasi, mellkasi, gerinc- és végtagsérülések. Gondoskodni kell a vegetatív dysregulatio gyógyszeres terapiájáról.

Az agyba behatoló idegen test eltávolítása idegsebész feladata.

A pupillareactio a legfontosabb diagnosztikai jelek egyike, ezért a szemfenék vizsgálata céljából mydriaticumok adása ellenjavallt. Első feladatok közé tartozik a shockellenes terápia és az agy-oedema megelőzése. Nyílt koponyatorések, impressió törések, csecsemőkori törések minden esetben idegsebészeti ellátást igényelnek. Gondos megfigyelés mellett az epiduralis, subduralis és intracerebralis haematomák kialakulása felismerhető, s a beteg áthelyezése idejében megtörténhet. Gyulladásos szövődmények ugyancsak az idegsebész kezébe valók.

A szerző a jobb betegellátás érdekében az általános sebészek és idegsebészek közötti együttműködés javítását tartja szükségesnek. Különösen a polytraumatizáltak okoznak gondot. Újabb idegsebészeti klinikák és osztályok szervezése nem volna rentábilis, ezért a szakellátás javítása céljából a szerző javasolja, hogy az általános sebészeti osztályokon idegsebész főorvosi állást szervezzenek, vagy nagyobb központokból idegsebész, szakasszisztenssel és műszerfelszereléssel — különösen nem szállítható koponyasérültek ellátása céljából — szálljon ki az általános sebészeti intézetbe, s ott helyben végezze el a szükséges műtéti beavatkozást.

Viczián Antal dr.

Általános sebészeti feladatok koponya-agysérülések ellátásánál. Klaue, P. (Chir. Univ. Klinik Würzburg): Chirurg, 1982, 53, 483.

A koponya-agysérült polytraumatizáltak rendszerint először általános sebészeti intézetbe kerül-

nek. A szerző ezen betegek ellátását az alábbi fázisokba sorolja:

Reanimációs fázis. Legsürgősebb teendő a légzés és a vérkeringés stabilizálása, valamint a volumenpótlás. Masszív hasúri vérzés aorta kompressziót tetet szükségessé. Azonnali thoracotomia, az aorta műtéti úton történő leszorítása céljából még vitatott. Fontos a mellüri vagy hasúri vérzés felismerése és ellátása. Tág pupillákat nemcsak agyi károsodás, hanem vérzéses eredetű hypoxia is okozhat. A spontán pneumothorax klinikai vizsgálattal is felismerhető, mégis a rtg mind a tüdőcollapsust, mind a vérzést biztosabban kimutatja. Szívtamponádra utal a shockban levő betegnél észlelhető paradox vénás pangás. Legtöbb nehézséget a hasúri vérzések diagnosztizálása okozza. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy felnőttek agysérüléseinek fellépő shock okát a koponyán kívül kell keresni. Csecsemőknél és kisdededknél viszont epiduralis haematoma is okozhat vérzéses shockot. Egyik legjelentősebb diagnosztikai próba a haspunctio és átöblítés. A szerző koponya-agysérült polytraumatizáltak 28,7%-ában állapotot meg hasúri sérülést punctióval.

Az első műtéti fázisba tartozik a közvetlen életveszélyt jelentő sérülések — lehető legkisebb beavatkozással történő — ellátása. Leggyakrabban a hasúri vérzések észlelhetők. Előfordulhat, hogy súlyosságban azonos epiduralis vérzést és léprupturát szimultán kell operálni. Ritkábban igényel sürgős beavatkozást a mellüri vérzés. Műtét szükséges, ha a korai szakban több mint 2 liter vér ürül a Bülau-drainen keresztül.

Első stabilizációs fázis. Az életveszély elhárítása alatt és azt követően a volumenpótlás, oxigenizálás, a vérárvadás normalizálása a legfontosabb feladat. Az életfunkciók stabilizálása és vérzés-csillapítás után következhetnek az adequat rtg vizsgálatok, computer tomographia. Koponyasérülteknél mindig tisztázandó, hogy nincs-e sérülés a nyaki csigolyákon. A gerinc és a végtagok töréseinek ficamain kívül gondolni kell ér-sérülésekre is. A beteg állapotától függően a korai szakban, ha nem végezhető el az osteosynthesis, gipszrögzítés, vagy extensio jöhet számításba. Az első stabilizációs fázis vége felé kerülhet sor a beteg továbbítására valamely centrumra.

Második műtéti fázis. Az életveszély elhárítása után a hasi és mellkasi sérülések végleges ellátása kerül előtérbe. A csonttörések rögzítése után az érsebészet következhethet. A korai osteosynthesis különös jelentőséggel bír a polytraumatizált koponyasérülteknél. Korai műtét indokolt a többszörös törés, az eszméletlen beteg hyperkínétikus, nyugtalan állapota, tar-

tós eszméletvesztés esetében. Műteti contraindicatiót jelent instabil vegetatívum, elhúzódó shock, kóma IV., elhúzódó vagy ismétlődő vérzés, lázas általános fertőzés, szervi szövödmények.

Második stabilizációs fázis. A szervek és szervrendszerek működésének normalizálásáig a beteg intenzív kezelésben részesül. A második szakaszban kerül sor a Bülau-drain eltávolítására, a hasúri drainage megszüntetésére, időben attól függően, hogy utóvérzés, vagy fenyegető varratelégelenség miatt történt a drain behelyezése. Ebben az időszakban kell a beteget előkészíteni a még esetleg szükséges végleges korrekcióra.

A harmadik műteti időszakban rendszerint a csonttörések végleges ellátására, osteosynthesisre, az inak és izületi szalagok secunder varrataira, lágyrész defektusok fedésére kerül sor.

A gyógyulási időszakban legfontosabb a funkcionális terapia. Légzési gyakorlatoktól a mobilitásig és terhelésig a physiotherápia széles skálája alkalmazható.

A koponyasérült polytraumatizálták sorsa a diagnosztikus és terápiás intézkedések helyes sorrendjétől függ. A sérült kezelése egyetlen szervező sebész irányítása alá tartozzon, ami azonban az interdisciplinális együttműködést, nem zárja ki, sőt szükségessé teszi a konzultálást. *Viczián Antal dr.*

Tompa hasi sérülések. Belgerden, S. és mtsai (Chirurgische Klinik Istanbul-Capa): Zbl. Chir. 1982, 107, 843.

697 tompa hasi sérülést elszervedett beteg utánvizsgálatáról számolnak be a szerzők. A betegek 47,91%-a 14 évnél idősebb volt, a többi fiatalabb korosztályhoz tartozott. A sérülések 76%-át közlekedési baleset, 15,2%-át magasból való lezuhanás, míg 8,7%-át egyéb okok idézték elő. 107 betegnél a hasi sérülésre utaló tünetek anynyira egyértelműek voltak, hogy azonnal műtetre kerültek. 590 sérültön a hasi tünetek bizonytalansága miatt hasúri öblítést végeztek, ami 432 esetben járt pozitív eredménnyel. 158-at observáltak. Közülük 4-et kellett később megoperálni. A sérülteknél a belserveszek közül leggyakrabban a lép, a máj, majd csökkenő sorrendben és számban a vékonybelek, a húgyhólyag, a retroperitoneum, a vastagbél, az arteriák, a duodenum és a gyomor sérültek. A különböző műteti megoldások közül kiemelik, hogy a 138 májsérült közül 4-nél lobectomiára kényszerültek. Léprepedéseknél 7 esetben sikerült a szervmegtartó műtét. A műteti indikáció idejének lerövidítésében hangsúlyozzák a hasúri öblítés jelentőségét. A betegek 15,4%-a halt meg. A relatív ma-

gas halálozást azzal magyarázzák, hogy a betegek fele gyermek volt, 76%-uk pedig közlekedési balesetet szenvedett. *Karádi Kázmér dr.*

Spinalis subduralis empyema áramút után. Penkert, G. Fliedner, E. (Neuro-chirurg. Abt. d. Allg. Krankenhauses, Altona-Hamburg): Unfallheilk. 1982, 85, 473.

A szerzők egy 46 éves férfi esetét közlik, aki Szaúd-Arábiában 220 V-os, 35 A-es áramütést szenvedett munkája közben; ennek következtében építőállványról le esett, II. és III. fokú égéseket szenvedett, 5 órán át eszméletlen volt. 1 hónap múlva a nekrotizált bőrrészeket eltávolították, bőrplasztikára került sor. *1 hét múlva láz, hidegrázás lépett fel, amely ampicillinre nem reagált.* Trópusi betegségeket laborvizsgálatok kizárták, viszont a vérből staphylococcus aureus tenyésztett ki, mely cephalosporin-érzékeny volt. További 2 bőrátültetéses műtét szövödmény nélkül zajlott le. Ennek ellenére *néhány hét múlva magas láza lett.* Ekkor jelzett először *hátfájalmat.* Pyelonephritist kizárták. Kb. 2 hét múlva a j. lábba kisugárzó fájdalmak léptek fel, majd *hólyagürítési zavarok.* Ekkor tették át a beteget a szerzők osztályára.

Átvételkor az Achilles-reflex mk. o. hiányzott; biztos bénulásos jelek nem voltak, de a lábak emelése és süllyesztése jelentős fájdalommal járt, ezért a beteg járni nem tudott. Mk. o. a sacralis segmentumokban hypaesthesiát és hypalgesiát jelzett. Lasségue-tünet mk. o. 50–60°-nál pozitív. Az ágyéki gerincoszlop kopogtatásra érzékeny volt. A hólyagban 1400 ml maradék vizeletet találtak.

Lumbalis myelographia: több szúrás sem eredményezett liquort, de az egyik szúrásnál gennyet kaptak. Ezért suboccipitalis punctióval Amipaque-myelographiát végeztek, amikor is extraduralis térszűkítő folyamatnak megfelelő stopot láttak a 8. hátsigolya magasságában. 3 nap múlva újabb lumbal punctio az 5. ágyéksigolya és a keresztcsont között: itt is gennyet kaptak. Ekkor itt kontrasztanyagot fecskendeztek be, mely mk. psoas mellett megjelent, nagyobb része j. o., más része lefelé folyt a gerincszalagban, majd egy j. o.-i foramen sacralen át a kismenede hátsó részébe, majd onnan a plexus ischiadicus, ill. sacralis mentén a csípőízület köré, a glutealis tájékra jutott. A gennyből cephalosporinra és gentamicinre érz. staphylococcus aureus tenyésztett ki.

Műtét: laminectomia a 8., 9., 10. hátsigolyán. Extraduralis térszűkítő folyamat nincs, a dura előboltosul, feszül. Megnyitva, az arachnoideát hegesen megvastagodottnak találják. Ez okozta a stopot. Genny itt nincs. Ezért lami-

nectomia a 2–5. ágyéki csigolyán. Itt kevés gennyet találtak, extraduralisan, ami valószínűleg az előzetes punctiók eredménye. A dura szakadékos, barnás (kórszövetten: sejtűds sarjszövettel átszőtt, és fibrinoid nekrotikus, granulocytákkal beszűrt területeket is tartalmaz). Az arachnoideával, mely szintén hegesen megvastagodott, összenőtt. A caudalis idegrostok egymással szintén összenőttek. A 2. ágyéksigolya magasságában kevés genny található. Innen fel lehet jutni (szondázás gumicsővel) a 8. háti csigolyáig, lefelé pedig, a caudalrostokat óvatosan szétválasztva, az 5. ágyéksigolya magasságáig, ahol szintén genny található. A j. farpofát nyomkodva, sacral felől ide további genny ürül. Leszívás és refofacinos oldaltal mosás után a subduralis és extraduralis tér draínezése (későbbi antibioticumok átmosások céljából is), a dura pótlása lyophilezett duralemezzel, majd a j. farredőnél a n. ischiadicust is megvizsgálták. Itt epnek találtak. Draínezés, sebzárás. A draínezt a 8. napon szüntették meg. A sebek zavartalanul gyógyultak.

A 3. naptól megszűnt a hólyagbénulás, majd a j. láb paresise is visszafejlődött. Utókezelés következett. 1 év múlva a beteg tudott járni, és biztosan kimutatható neurológiai zavara nem volt. Azonban, főleg a mk. o.-i L 5 segmentumban égő, gyöki fájdalomról panaszkodott, ami a caudalis ideggyökök súlyos összenövéseinek a következménye.

A továbbiakban bőven taglalják, hogy a leesés, mint a gerincoszlop traumája, komolyabb gerincosatornai haematomák vagy törések nélkül is hajlamosíthatott a subduralis tályog létrejöttére. Elősegíthette a tünetek kialakulását esetleg az is, hogy az áram hőhatására talán colliquatiós nekrozisok, kisebb vérzések is kialakulhattak a gerincvelőben; ilyeneket ugyanis a III. és IV. kamra körül, áramútéseknél, leírtak. Így lehetett a gerincosatorna „locus minoris resistentiae”, mikor a staphylococcusok szóródása, valószínűleg az égett bőrből, létrejött. Ezt a véleményüket avval támasztják alá, hogy a jóval gyakrabban előforduló epiduralis tályogoknál is leggyakrabban a kórokozónak a „bőrszerv”-ről odakerülése, és leggyakrabban ott is a staphylococcus a kórokozó.

(Ref.: a közlemény azért érdekes, mert a subdur. tályog kórképe ugyan lassan fejlődik ki, de mégis 2 hónap telik el, mire az első, a figyelmet a gerincvelői laesióra felhívni képes jel, a hátfájdalom, megjelenik — ráadásul úgy, hogy a bőrön feltűnő jelenségek nem mutatják, hogy innen baktérium szóródásra került sor. Addigra súlyos hegesedések fejlődtek ki az ideggyököknél, hiszen a bacteriaemia feltehetően a baleset után 5 héttel már létrejött — akkor, mikor az első lázak, hidegrázás jelente-

zett. Újabb 2 hét múlva már a j. lábba sugárzó fájdalmak is kialakultak, de a beteg csak a hólyag-ürítési zavarok kialakulása után, járásképtelen állapotban került idegsebészeti osztályra. Mire a műtetre sor került, a hegeseések maradandó következményeit már nem lehetett elhárítani. Ilyen esetekben az Achilles-reflex gyakran a teljes hátralevő életre eltűnik; jelen esetben pedig, legalábbis sebészeti módszerekkel, a paraesthesián nem lehet többé segíteni.)

Szönyi Ferenc dr.

Traumás eredetű kétoldali arteria renalis thrombosis: esetismeretetés és irodalmi áttekintés. Lohse, J. R. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Wisconsin and St. Mary's Hospital, Madison, Wisconsin): J. Urology, 1982, 127, 522.

Kétoldali arteria renalis thrombosis, amit trauma okozott, igen ritkán fordul elő. A szerzők saját esetükön kívül mindössze 11-et találtak az irodalomban.

36 éves férfi betegük tehergép-kocsival karambolozott, hátulról érte az ütés. Beszállításakor pul-susa, tensiója normális volt, hasi fájdalmakról panaszkodott. Kathe-terrel 200 ml vizeletet nyertek, aminek rutinvizsgálata negatív volt. A máj-lép scintigraphia felvetette a lépruptúra gyanúját. 2 óra múlva ismét megkathéterezték, de nem volt vizelet a hólyagban. A következő 10 órában 4 liter infúziót adtak, a beteg azonban továbbra is anuriás volt. A retrograd cystourethrogramm normális viszonyokat mutatott. Az iv. urographián nem volt kiválasztás, a veseizotóp-vizsgálat szintén kétoldali néma vesét jelzett. Az aortogram kétoldali arteria renalis occlusiót mutatott, körülbelül 1 cm-re az arteriák eredésétől. 15 órával a baleset után exploratív laparotómiát végeztek. A rupturált lépet eltávolították. A retroperitoneumban nem volt haematoma, a vesék ischaemiásak voltak, mindkettőt egy nagyobb és egy kisebb arteria látta el. A sérült arteriarészleteket resecálták, és vena saphena grafttal end-to-end anastomosiszt készítettek. A resecált arteriarészletekben thrombosis és az intima dissectióját észlelték.

Közvetlenül a műtét után óránként 5 ml vizelet volt, ezért a beteget dialyzálták. A megismételt arteriographia jó perfúziót mutatott a pótolts szakaszon. A vesefunkció fokozatosan javult, a 63. postoperatív napon a dialysist megszüntették, 4 hónappal a baleset után a beteg hypertóniás volt, amit gyógyszerrel egyensúlyban tartottak. A serum creatinin 5,2 mg/dl.

Az irodalomban talált valamennyi esetben tompa trauma okozta a thrombosis. A szerzők egyetértéssel azokkal, akik azt feltételezik, hogy a thrombosis az intima dissectiója okozza. Kísérletesen bi-

zonyított tény, hogy az arteria falának legsérülékenyebb része az intima. Részletesen elemzik a thrombosis pontos mechanizmusára vonatkozó hipotéziseket, kiegészítve saját feltételezésükkel. Ugyancsak kitérnek a különböző műtéti megoldásokra, melyek közül az általuk is alkalmazott eljárást tartják legjobbnak.

A 10 beteg közül, akiknek az arteria renalisát rekonstruálták, 4-nek lett később kielégítő vesefunkciója. Valamennyi esetben kevesebb, mint 20 óra telt el a trauma és a műtét között. A sikertelen műtételnél a restructio több mint 20 órával a baleset után történt.

Megkérdőjelezzik azt a többé-kevésbé elfogadott tényt, hogy 3 órával az ischaemia kezdete után a vese infarcerálódik. A sikeres restructioik esetében ugyanis a műtét 10–19 óra múlva követte a traumát.

Végül ismételtén felhívják a figyelmet a gyors diagnózis és a minél előbbi műtéti megoldás rendkívüli fontosságára.

Holman Endre dr.

Vértőese (= pool) scintigraphia és arteriás embolizáció traumás haemobililiában. Nielsen, S. L., T. Mygind, J. Miskowiak (Dept. Clin. Physiol., Herlev Hosp. Univ. of Copenhagen, Copenhagen, Denmark): Eur. J. Nucl. Med., 1982, 7, 389.

Egy 9 éves kislány kerékpár-baleset kapcsán megütötte a hasát, s a fájdalmak miatt sebészeti osztályra került, ahol eltávolították a máj jobb lebenyének subcapsularis haematomáját. 8 nappal a műtét után súlyos gyomorvérzés lépett fel, a kislány többszöri transfúzióra szorult. Gastroduodenosco-pia a vérzés forrását nem fedte fel, a májscintigraphia a máj jobb lebenyében defectust mutatott, az arteriographia ugyanezen a területen intrahepatikus haematomára utalt. A későbbi felvételek extravasatumot is kimutattak. Ekkor technetiummal jelzett albuminnal pontosabban lokalizálták a máj jobb lebenyének centrális részében 2 helyen a vérgyülemet. Mivel a kislány állapota tovább romlott, Spongostannal elvégezték a jobb arteria hepatica embolizációját, ez tökéletes obstructiót eredményezett. A kontroll scintigraphia már nem mutatott abnormális vérgyülemet, a beteg további gyógyulása eseménytelen volt és a 3 évvel későbbi ellenőrzés során is teljesen rendben volt.

A szerzők az eset ismertetése során kitérnek a traumás haemobililiákban egyre inkább polgárjogot nyelő arteriás embolizációs terápiára, ehhez azonban nagyon pontos lokalizáció szükséges. Erre a technetiummal jelzett albumint megfelelőnek tartják.

Iványi János dr.

Tüdőgyógyászat

Koch Róbert és munkája. Ennek a hatásai a tbc elleni küzdelemre. Steinbruck, P. (Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, DDR—1115 Berlin-Buch): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1932, 158, 5.

Koch Róbert 100 évvel ezelőtt, 1882. március 24-én tartotta meg korszakalkotó előadását a „Tuberkulózisról”. Ezzel megalapozta a tbc elleni küzdelem alapját és reményt adott az emberiségnek arra, hogy úrrá lehet ezen a járványon. A betegséget addig endogennek örökletesnek tartották. Laënnec és Virchow ezt a megbetegedést daganatos eredetűnek tartotta. Henle már 1840-ben contagium animatumról beszélt, amit a betegből kitenyészthetőnek tartott. Naegeli 1877-ben a fertőző betegségek kórokozójáról mint hasadó gombákról beszélt, Cohn pedig a baktériumokat növényi eredetűnek tartotta.

Koch orvosi gyakorlatát körösvosként kezdte, de emellett volt mikroszkópja, mikrografáló berendezése, baktériumfestő állványa és sok kísérleti állata. Lépene-vizsgálatait 1873-ban kezdte el és 1876-ban ki is tenyészette annak kórokozóját. Így jutott el 1882-ben, abban az időben a tbc bacillus kimutatásához, amelyben minden 5–6., a 15–40 évesek között minden második ember, az első éves gyermekek egyharmadában a tbc volt a halál oka. Felfedezésének a jelentőségéből semmit sem von le az, hogy előtte 1871-ben a francia Villemín, majd Cohnheim és Salomonsen bebizonyították a tbc továbboltásának a lehetőségét és néhány nappal Koch előadása előtt Baumgarten festett készítményeken kimutatta e kórokozót, amit maga Koch, valamint Ehrlich is megerősített. Koch alapvető munkája számos kutatást ösztönzött újabb kórokozók felderítésére. Koch 1883-ban és 1884-ben Egyiptomban és Indiában egy kolera-expedíció kapcsán felismerte a kolera vibriót. 1890-ben elkészítette a tuberkulint, 1892–1893-ban megszervezte a kolera, 1896-ban Dél-Afrikában a szarvasmarha-tbc elleni küzdelmet, immunizálta ezeket az állatokat, tanulmányozta a maláriát, a Texas-lázat és a csecse-betegséget. 1897-ben pestis-expedíciót vezetett Indiában, harcolt a lepra ellen Memel körzetében, új tuberkulint készített. 1896-ban és 1899-ben malária-expedíciót szervezett Olaszországban, Holland-Indiában és Új-Guineában. 1901-ben elindította a gyermekmalária elleni kinin-profilaxist, elkülönítette egymástól az ember és a szarvasmarha tbc-jét. 1902-ben harcot indított el Délnyugat-Németországban a tifuszjárvány leküzdésére, 1903-ban és 1905-ben vizsgálatot végzett a tengerparti láz és a lóhalálozás ellen Dél-Afrikában, a

kullancsok gazda közti szerepével és a piroplasmosis fejlődési szakaszaival. 1906-ban és 1907-ben álmokór-expedíciót irányított Kelet-Afrikában. 1908-tól 1910-ig folytatta tbc-kutatásait, 1880-tól 1910-ig pedig vezetője volt a Német-Birodalom és Poroszország tbc elleni küzdelmének.

Koch Róbert bakteriológiájából alakult ki később a mikrobiológia, a mykológia, a parazitológia és az immunológia. A baktériumok és a magasabb rendű növény- és állatvilág életfolyamatainak a tanulmányozásakor kiderült, hogy mindkettő alapeseményei azonosak vagy hasonlóak. Miután megállapították, hogy a tuberkulin-kezelés eredménytelen volt, indult meg világszerte a szervezett tbc elleni küzdelem: a szanatóriumok és tüdőbeteg-gondozó intézetek hálózatának a kiépítése. Ezek munkájának köszönhető, hogy annak idején a kórbaciluszok szerint a 20 év alattiak 95%-ában, az 50 felüliekben gyakorlatilag 100%-ban tbc-s gócot találtak. Ma pedig a fejlett országokban a 14 éves aluli gyermekeknek csupán 0,1%-a tuberkulin-pozitív. Ez az eredmény a szarvasmarha-tbc felszámolása az állatok tuberkulin-szűrésével, emberben a BCG-oltással, az ernyőképszűréssel, az egyre hatékonyabb tbc elleni gyógyszerekkel, a tbc elleni centrumokban dolgozó szakorvosok munkájának köszönhető. Amíg Poroszországban 1877-ben 100 000 lakos közül 320 ember halt meg, ez a szám az NDK-ban 1,91%-ra csökkent. Ma még csak visszaszorítottuk a tbc-t, de **Koch Róbert** munkája megmutatta nekünk annak a lehetőségét, amellyel ezt a népbetegséget az egész világon véglegesen felszámolhatjuk.

Pongor Ferenc dr.

A tbc elleni küzdelem szociális vonatkozásai. Ganguin, H. G. (Zentralklinik für Herz- und Lungkrankheiten Bad-Berka, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 24.

Koch Róbert már 1884-ben „A tbc kóroktana” című közleményében kifejtette, hogy a felnőt emberben a tbc keletkezését és a betegség lefolyását nagymértékben befolyásolja a fogékonyság. A „diszpozíció” fogalmán a belső adottságok mellett a külső tényezőknek is nagy fontosságot tulajdonított, és ezeket — különösen a szociális tényezőket — a tbc elleni küzdelemben feltétlenül számításba kell venni. Sürgette a szanatóriumok létesítését, hogy a beteg izolálásával családtagjait a tbc-s fertőzés veszélyétől megóvjuk. Véleménye szerint a tbc elsősorban szociális, főleg a szegény emberek betegsége. Ezért gondoskodni kell a szanatóriumokban ápolott betegek családtagjainak az anyagi támogatásáról és a szanatóriumból távozott betegek

gondozásáról, kereseti lehetőségeik javításáról. A fejletlen országokban ma is ez az első számú egészségügyi politikai probléma.

A tbc-halálzási görbe még ma is három: a fertőződési, a munkatúlterhelési és a táplálkozási tényezőtől tevődik össze. Ezt a tényt az állatkísérletek is megerősítették. A BCG-oltás ezen az állapoton jelentősen javított. A szociális környezet hatása azonban ma is érvényes. Az iparosodás kedvezően hatott a tbc-halálzásra: javult a dolgozók életszínvonala. A két világháború kapcsán a tbc-halálzás kiugró görbéje igazolta, hogy az összezsúfoltság, a rossz ételmezési és ruházatközlési viszonyok milyen nagymértékben emelték a tbc-s megbetegedések és a halálzás arányát. A második világháború után a tbc elleni küzdelem állami feladat lett. Csaknem minden országban kiépült a tbc elleni küzdelem ellenőrzött hálózata, javult a tbc-s betegek és családjuk anyagi helyzete, aminek kapcsán a tbc-halálzás mindenütt egyenletesen csökkent. A tbc-t azonban egyelőre csak visszaszorítottuk. A végső célunk az, hogy a fejletlen országokkal együtt a tbc-t a mai modern kemoterapiás eljárásokkal véglegesen fel is számoljuk.

Pongor Ferenc dr.

A tbc kóroktanának és kórbacilusanak a problémái egykor és most. Kühne, W. (Institut für Pathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg, Magdeburg, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 36.

A tbc, a „nagy betegség” egyidős az emberiséggel. A történelem előtti leletek alapján mindig, minden kultúrában, mindenütt jelen volt és gyógyíthatatlannak tartották. Keletkezéséről számos elmélet változta egymást. **Hippokratés** örökletes betegségnak tartotta, amit a környezet is befolyásolhat. Ismerete a hidegtályogot és a csontszűt is. **Aristoteles** a néphitet követve a tüdőphthisist „kontagion”-nak tartotta. **Morgagni**, a kórbacilusan megállapítója 1761-ben a gümőt több tényező következményének és fertőzőnek minősítette, ezért a tbc-s hullák boncolását lehetőleg kerülte. Kortársai és azok utódai ezt a felfogást tévesnek tartották. A kölesgümőkört **Stark** írta le részletesen 1765-ben. A gümőt és azok konglomerátumát **Baillie** különítette el a sajtos tüdőgyulladásától. **Hufeland** 1796-ban a nyirokcsomó-tbc-t skrofulózis néven a nyirok-eltározás következményének tekintette. **Bayle** (1810) szerint a gümő daganatos eredetű, azonban az általa leírt 6 phthisis forma nem mind bizonyult később tbc-snek. Még tovább ment tanítványa: **Laennec** 1819-ben, aki az unitárius felfogást képviselte. Szerinte egysejtes a gócos és a sajtos elválto-

zás, amit ő szürke és sárga gümőknek nevezett el. Ezt ma talán produktív gócnak neveznénk. Elmélete szerint a tbc fel nem deríthető okból keletkezett sorscsapás, endogen, gyógyíthatatlan betegség, ami közel áll a rosszindulatú szövődéséhez. Ez a felfogás, ha ellentmondásosan, korlátozottan vagy módosultan is, csaknem **Koch Róbertig**, a tbc-bacilusok felfedezéséig, sőt még azután is megmaradt.

Laennec unitárius felfogását **Louis** fejlesztette tovább és egészítette ki a sokrétű extrapulmonális kórképek leírásával. **Schoenlein** használta először 1834-ben a tuberkulum, az elsajtosodás és a tuberkulózis szavakat. Az 1840-es évek elején írta le **Rokitansky** a bél-tbc helyes kórbacilusanak képét. **Klencke** 1846-ban oltotta tovább a tbc-s anyagot eredményesen házi-nyulakba, amit azonban figyelmen kívül hagytak, az így keletkezett elváltozást ő maga is daganat-eredetűnek tartotta. Döntően befolyásolta a tbc fejlődését és lényegét **Virchow**, aki 1847-ben különbséget tett a tuberkulum, a phthisis és a skrofulózis között, ami dualista, ill. trialista elméletet jelentett. **Virchow** szakmájában olyan világképpé vált, hogy **Koch** felfedezését ő maga is és számos követője is figyelmen kívül hagyta. Utóda, **Reinhardt** szerint a tbc idült gyuladással eredetű betegség. 1852-ben **Ansell** a tbc-t és a skrofulóziát azonos kórképnek nyilvánította. 1857-ben **Kuhl** szerint a kölesgümőkór úgy keletkezik, hogy a sajtos gócbetör a vérkeringésbe. **Villemin** a tbc továbbolthatóságával 1865—1868-ban a tbc megismerésének új fejezetét nyitotta meg. **Cohnheim** 1877-ben a tbc-t fertőzőes eredetű daganatnak tartotta. Ehhez szorosan prediszpozíció szükséges. Az extrapulmonális tbc-t nem a tüdő-tbc-vel kapcsolatosnak, hanem pl. **Ziegler** konstitucionális és táplálkozási, főleg pedig vérszegénységi rendellenességnek minősítette.

A kórbacilusanok a múlt század első felében boncoláskor csupán a tbc-nek szabad szemmel látható jeleit írták le, az összefüggések jelentősége azonban homályban maradt. Később a szövettani leletek pl. **Virchowot** a dualista, ill. a trialista szemlélethez vezették. Hangsúlyozták a tuberkulum daganat-eredetét és örökletes voltát. Ezt a korszakot követte **Koch** felfedezése 1882-ben, amikor kimutatta a tbc-bacilusokat a kölesgümőkórban, a sajtos hörghurutban és tüdőgyulladásban, a bél, az agy, a nyirokcsomó, az ízületi tbc-ben, a tbc-s szarvasmarhákban és még számos állatfajtaiban. Szövettani leletei azonban nem nagyon győzték meg ellenfeleiket talán annak a kivételével, hogy **Koch** kimutatta a tbc-bacilusokat a már **Virchow** által is jól ismert és a **Langhans** által pontosan leírt óriássejtekben is. **Virchow-val** szemben visszatér-

tek Koch unitárius elméletéhez, ahhoz, hogy a tbc egyértelműen fertőző és nem daganat eredetű betegség.

Az öreg tudós Virchow és a fiatal Koch először 1876-ban találkoztak, ami barátságosan zajlott le, bár Virchow ragaszkodott régi dualista, ill. trialista elméletéhez. Tisztaban volt azonban azzal, hogy Koch felfedezése az ő egész tudományos rendszerét és tekintélyét megingatta. Hasonló volt Virchow viselkedése a diphtheriás gyulladással és Semmelweis gyermekágyi láz problémájával is.

Századfordulónk elején újabb histogenetikai nehézség merült fel a gyulladáshoz vezető primer és az előrehaladott tuberkulomok szexuális elsajtosodása, tehát az exsudatív és a produktív tbc-s folyamat körül. 1912-ben Gohn fedezte fel ismét a primer komplexum kórbonctani, klinikai és immunológiai jelentőségét. Az epituberkulózis bizonytalan röntgenfogalmát, a primer periódust vagy az atelektáziát követő tovatartó tbc-t magyarázta meg. Koch alapfelfedezése az immunológiai tartalmát Behring fejlesztette tovább 1900-ban, ami azután Calmette-Guérin BCG-vakcinálásában jutott a legpozitívabb eredményhez. Ebben az évtizedben azután számos új tbc tudományos anyag látott napvilágot. Ranke 1917-ben közölte a tbc 3 stádiumáról szóló elméletét, ami azóta sok módosításra szorult. Így alakult ki a primer gócból és a hozzátartozó nyirokcsomókból keletkezett terjedő és generalizációs tbc-forma, amit ma postprimer tbc-nek nevezünk, szemben az izolált szervi és a felnőttkori tbc-vel, amit Assmann, Aschoff, Puhl 1922-ben, Redeker pedig 1926-ban kulcsosont alatti korai beszűrődésnek nevezett el. Az 1953-ban Közép-Európában végzett vizsgálatok szerint ez a kórkép talán a gyermekkorban fordulhat elő. Ezzel szemben Simon 1926-ban a gyermekek tüdőcsúcsaiban levő heges gócból az endogen reinfekció lehetőségét vetette fel. Ezek a góccok virulens tbc-bacillusokat tartalmazhatnak, ami a lezajlott folyamat fellángolásához vezethet. Így a felnőtt emberben hosszú lapangási idő után postprimer tüdőn kívüli izolált szerv-tbc keletkezhetik. Ezeket a csúcsi góccokat néha véletlenül fedezik fel és maradványoknak tarthatják. Ilyen góccok találhatóak a vesében, a csontváznak vagy bárhol a szervezetben.

Az utóbbi évtizedekben a modern kemoterápia hatására a tbc kórbonctana jelentősen megváltozott. A mai kezeléssel az addig gyógyíthatatlannak tartott Koch-pozitív és kavernás tüdő-tbc 80, sőt ennél is nagyobb százalékban véglegesen meggyógyítható. Sajnos azonban még ma is nagy számban kerül a boncasztalra fel nem ismert és nem kezelt exsudatív kavernás, főleg pedig kölesgümőkór. Célunk tehát

az, hogy korán ismerjük fel és kezeljük az aktív tbc-t, hogy megelőzzük a súlyos szív- és tüdőkárosodást, a mellhártya és a tüdő károsodását, a heg-empysemát, a légutélgtelenséget és a beteg halálát okozó cor pulmonale-t. Így érthetjük meg Koch Róbert optimizmusát, hogy a tbc gyógyítható, megelőzhető és a hatásos tbc elleni küzdelemmel a világ minden országában véglegesen kiirtható. Így lehet a tbc-bacilusok felfedezése a tbc elleni küzdelem markáns mérföldköve.

Pongor Ferenc dr.

A tbc jelenlegi helyzete a fejlődő országokban. Styblo, K. (Tuberkulose-Surveillance Forschungsgruppe der Internationalen Union gegen die Tuberkulose, Den Haag, Niederlande): 1982, 158, 63.

A tbc problémája a fejlődő országokban nagyon súlyos, amit az epidemiológiai adatok hiányában felbecsülni sem lehet. Ennek az is az egyik oka, hogy ott a fertőző tbc-eknek nincs is lehetőségük arra, hogy betegségeket hivatalosan bejelenthessék. Ennek pedig az a következménye, hogy a fertőző tbc-s betegek fele 2–3 éven belül gyógykezelés nélkül meghal és a környezetükben élők közül évente átlag 13 egészséges embert tbc-vel megfertőznek. Becslésük szerint a fejlődő országokban a kenet-pozitív tüdő-tbc-s betegeknek csupán az egyharmadát ismerik fel. Náluk az új tbc-s betegek számát 1967-ben 3,8, 1971-ben pedig 3,5 millióra becsülték, a csökkenés nyilvánvalóan kevés. Az epidemiológiai statisztika megbízhatatlanságára jellemző, hogy 1971-ben 100 000 lakosonként 59, Afrikában pedig csak 57 új tbc-s beteget vetettek nyilvántartásba, holott Afrikában évente a tbc-s fertőzés aránya 20–50-szer nagyobb, mint Európában. A tbc-s fertőzés kockázata a fejlett országokban a lakosság 1%-a, a fejletlen országokban pedig 3%. Ez azt jelenti, hogy 1981-ben a fejlődő országokban élő 3 milliárd ember közül évente 4–5 millió lesz új fertőző tüdő-tbc-s beteg. Ezek száma Afrikában félmillióra tehető. Ehhez járulnak még hozzá a nem fertőző és az extrapulmonális tbc-s betegek. Valójában azonban a tbc-s betegeknek csupán a fele kerül nyilvántartásba. Még egy fontos tényező: a fejlődő országokban a tbc nem csökken, a fejlett országokban viszont a tbc visszavonulása már a tbc elleni gyógyszerek alkalmazása előtt 50 évvel megindult, és évente „természetes úton” 4–5%-kal csökkent.

Az egyetlen út, amivel jelenleg és a jövőben is a fejlődő országokban a tbc-helyzetet javítani lehet: a hatékony tbc elleni küzdelem bevezetése és alkalmazása. Ez több okból fontos: az emberek ma ott feleslegesen szenvednek és halnak

meg tbc-ben, tbc elleni küzdelem nélkül pedig évente változatlanul ugyanannyi lakos fertőződik tbc-bacilusokkal. Mivel a lakosság ott állandóan szaporodik, abszolút számban egyre több lesz a tbc-s beteg. Tbc elleni küzdelem nélkül tovább tart a betegek szenvedése, a tbc elleni harc költségei nem csökkennek, és így annak a módszereinek sem lehet változtatni. Pedig a szociális és a gazdasági viszonyok javításával csökkenteni lehetne a tbc-nek az emberről emberre való terjedését, el lehetne vágni a továbbfertőzés láncát és meg lehetne szüntetni a betegek szenvedését. A program végrehajtásának a költségei nem csökkennének és végrehajtásának módszerei nem változnának.

Amíg a fejlett országokban a tbc-s fertőzés több mint 10%-kal, 5–6 évenként a felére csökken, addig a fejlődő országokban már az is örvéndetes lenne, ha ez a szám több mint 5%-kal lenne kevesebb. Ez a fejlődő országokban kb. 13 év múlva várható. Az eredménytelenesség oka a fejlődő országokban e téren az, hogy sok kenet-pozitív tbc-s beteg teljesen, a tenyésztettel pozitív tbc-sek jó része pedig többségében felfedezetlen marad. A felismert fertőző tbc-s betegeket pedig vagy nem elég hosszú ideig, vagy nem megfelelő gyógyszerkombinációval kezelik. Nyilvánvaló, hogy ezen az állapoton sürgősen hatékony tbc elleni küzdelemmel kell segíteni.

Pongor Ferenc dr.

Koch Róbert felfedezésének a következményei a magas tbc prevalenciájú országokra. Larbaoui, D. és mtsai (Comite Algérien de Lutte la Tuberculose (C. A. L. T.) Alger, Algéria): Zschr. Erkr. Atmungorg. 1982, 158, 66.

A magas tbc prevalenciájú országokra jellemző, hogy a fertőző tbc-s betegek incidenciája 100 000 lakosonként 100–500, azaz 10–100-szor nagyobb, mint az alacsony prevalenciájú országokban; a tbc elleni küzdelem nem kielégítő, a személyzet erre a célra számszerűen és minőségileg nem megfelelő, a fertőző tbc-s betegeknek csaknem egyharmadát egyáltalán nem ismerik fel, pedig ezeknek legalább a fele meggyógyítható lenne.

Az új tbc-s betegeknek a felismerése a legtöbb országban röntgenvizsgálattal történt. Kiderült azonban, ez a módszer nem praktikus, nagyon drága és minden tbc prevalenciájú szinten hatástalan. Szerencsére a Világ Egészségügyi Szervezet 1964-ben kimondta, hogy epidemiológiai szempontból tbc-s az a beteg, akin bakteriológiai vizsgálattal megerősítették a kórismét. Ettől kezdve Koch felfedezése vált a tbc elleni küzdelem alapjává, aminek három fő következménye lett: minden országban biz-

tos alapja lett a tbc elleni küzdelem programjának, a tbc-szűrővizsgálatnak és az elért eredmény ellenőrzésének mind az egyénekben, mind a különböző országokban.

1974-ben a WHO azt is megállapította, hogy a direkt kenetvizsgálattal pozitív bacilusúritók aránya a legmegbízhatóbb módszere egy ország tbc-problémájának. Shaw és mtsai 1954-ben, Gribowsky és mtsai pedig 1966—1971-ben végzett vizsgálataikkal kimutatták, hogy a kenet-pozitív betegek közvetlen kontaktaikban a tbc 7—11-szer több, mint a kenet-negatív kontaktookban. *Styblo* és mtsai összefüggést találtak életkoronként a kenet-pozitív tbc-sek incidenciájában és prevalenciájában, valamint a fertőzés kockázatában. Ez lehetővé tette egy adott országban az aktuális helyzetnek megfelelő tbc elleni küzdelem programját. Sajnos néhány magas tbc-prevalenciájú országban a tbc epidemiológiai adatai nem megbízhatók.

A tbc kemoterápiájának az eredménye kizárólag a köpet bakteriológiai vizsgálatával ellenőrizhető meggyőzően. A kemoterápia határa a megfesthető vagy a kitenyészthető tbc-bacillusok száma a kezelés első 3—4 hónapjában csökken lényegesen. Ez az eredmény INH, streptomycin, rifampicin és pirazinamid kombinációval már a második hónap végén is elérhető. 12 hónapig tartó kemoterápia esetén a köpetet az első két hónapban havonta egyszer, azután 3, 6 és 11 hónap múlva ajánlatos megvizsgálni. Így a baktérium-rezisztencia is ellenőrizhető. 6 havi kemoterápia után minden negatívá lett tbc-s beteg gyógyultnak tekinthető. 6—9 havi kemoterápia után tenyésztéssel is negatív lehet a tbc-s beteg az első és a második hónap végén, az ötödik és a hatodik hónap után azonban visszaesés is előfordulhat. A legajánlatosabb tenyésztési vizsgálatot a kemoterápia 4. és hatodik hónap végén, majd a kezelés befejezése után végezzük.

A Romániában, Portugáliában és Algériában ellenőrzött munka alapján különbség volt észlelhető a kemoterápia időtartama és az egészségügyi szolgálat minősége szerint. Ebben a három országban ugyanis negatív lett a kemoterápia végén 90,5, 81, ill. 50%. Eredménytelen volt a kezelés 8,2, 7,2, ill. 8%ban. Életben volt a bakteriológiai lelet ismerete nélkül 0,1, 8, ill. 15%ban. Meghalt 2,6, 1,8, ill. 5%ban. Nem volt ellenőrizhető 1,6, 2, ill. 22%. Közepes hatású kemoterápia befejezése után Koreában 1,5—2 évi, Kenyában és Indiában egy-egy évi megfigyelési idő után meghalt 11,1, 15,6, ill. 9,6%. Pozitív maradt 26, 21,5, ill. 27% és negatív lett 62,9, 62,9, ill. 63,4%. Ezzel szemben jó kemoterápiás program után Szingapúrban egyévi megfigyelés kapcsán 269, ill. 1565 beteg közül meghalt 0,7, ill. 5,2%, pozitív volt 2,6, ill. 4,9% és negatív lett 96,7%, ill.

8,8%. A Koch-bacilusoknak 100 évvel ezelőtti felfedezése az egész világ számára annak a reménynek az üzenetét jelenti, hogy a következő pár évtizedben az ember tbc-je fokozatosan és gyorsan eltűnik.

Pongor Ferenc dr.

A tbc elleni küzdelem modellje az alacsony tbc prevalenciájú országokban. Trnka, L. és mtsai (Forschungsinstitut für Tuberkulose und Respirationskrankheiten, Prága): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 76.

Koch Róbert felfedezése rakta le a tbc megelőzésének, kórismezésének és kezelésének az alapját. Ezek az eljárások az elmúlt 100 év folyamán váltak ismertté és kerültek gyakorlatba. Így alakult ki a különböző módszereknek egy olyan egységes komplexuma, amit tbc elleni küzdelemnek nevezünk. Közép-Európa országában a nyolcvanas évek elején lett kötelező az újszülöttek BCG-oltása, az idősebb évvártaúak újraoltása, korlátozott mértékben a kemoprofilaxis, röntgenernyőképpel az aktív és a passzív lakosságszűrés, a bakteriológia és a tbc kemoterápiája. Közismert, hogy Közép-Európában az alacsony tbc-prevalencia ezeknek az eljárásoknak köszönhető. Az időközben szerzett tapasztalatok alapján a tbc elleni küzdelem állandóan módosításra szorult. Prágában az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben már évek óta folyik ilyen kutatómunka. Meghosszabbították az iskolás korú gyermekek ismételt BCG-oltásának az időtartamát, az ernyőképszűrés csak a panaszokkal jelentkezőkön végzik. Az újonnan felfedezett tbc-s betegek kétfázisú kemoterápiát végeznek. A kórházi kezelést csak bevezető fázisként alkalmazzzák és azt a járóbeteg-rendelésen a gyógyszerek ellenőrzött intermittáló adagolásával folytatják. Ezekkel a módosításokkal az újszülöttek 99%-át vakcinálták BCG-vel, aktív szűréssel az új tüdő-tbc-s betegek 42%-át, a recidívák 64%-át emelték ki. Az első ízben megbetegedett Koch-pozitív tüdő-tbc-sek 92%-a már a bevezető fázis végén negatív lett. A második fázisban valamennyien járóbeteg-rendelésen szedték tovább ellenőrzés mellett a gyógyszereket. Az újabb tbc elleni gyógyszereket csakis szájon át adják és mintegy 80 adag után a betegek tartósan negatívak is maradtak. A fejlődés folyamán a BCG-oltást korlátozták, az ernyőképszűrés sorsát pedig most vizsgálják. A döntés természetesen nem könnyű. Tekintetbe veszik a szomszédos országok tapasztalatait, a tbc természetes epidemiológiai irányvonalát, a matematikai modelleket, a reprezentatív népeségvizsűrés tapasztalatait. Erre a célra Prágában 1981-ben egy központot létesítettek, ahol az egész

országot behalózó szakintézetek kötelező bejelentései alapján nemcsak az új betegekről, hanem a recidívákról, a diagnosztika és a terápia minőségéről és hatékonyságáról is regisztrert vezetnek. Úgyelnek az aktuális epidemiológiai helyzetre, a nemzetközi adatok figyelembe vételével értékelik a tbc elleni program eredményét és ezek alapján irányítják a tbc elleni további tennivalókat.

Pongor Ferenc dr.

A mycobacterium bovis jelentősége a tbc epidemiológiájában. Krebs, A. és mtsai (Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, Berlin Buch, DDR): 1982, 158, 101.

Koch Robert az 1882. március 24-én tartott történelmi jelentőségű előadásában az ember és az állat tbc-je kórokozóját azonosnak tartotta. 1890-ben azonban már megállapította, hogy a szárnyasok tbc-jének a kórokozója eltérő az ember és a szarvasmarha tbc-jétől. Smith volt az első, aki 1898-ban különbségeket tett az ember és a szarvasmarha tbc-jének a kórokozója között. Ez ösztönözte Koch Róbertet a szarvasmarha-tbc tanulmányozására, aminek az eredményeként 1901-ben azt mondta, hogy az ember tbc-je nem vihető át szarvasmarhára. Ez azonban nem jelentette azt, hogy az ember nem lehet gyöngykóros. Koch még az 1908-ban Washingtonban tartott kongresszuson is kéttelyle fogadta az angol, az amerikai, a francia és a dán kutatóknak a bovin törzsről közölt megállapításait. Németországban és Angliában állami bizottság jelölték ki a bovin probléma tanulmányozására. Az angol bizottság közölte, hogy 108 különböző lokalizációjú tbc-s emberből 19 esetben szintenyészetben, 5 esetben pedig emberi törzssel keverten sikerült a bovin törzset kimutatni. Ugyanebben az évben Németországban Koch kísérleti terve szerint 147 tüdő-tbc-s betegből 145 esetben típus humanus, két esetben pedig típus humanus és bovinus törzs keveréke tenyésztett ki.

Möllers 1928-ban foglalta össze a világirodalom erre a problémára vonatkozó adatait. Ezek szerint a tüdő és a hörgő-nyirokcsomó tbc-ből 0,43%-ban, az extrapulmonális tbc-ből 24,2%-ban, a csont és az ízületi tbc-ből 19,6%-ban, az agyhártya-tbc-ből 6,9%-ban, a nyaki és a hónalj nyirokcsomó-tbc-ből 40,3%-ban, a hasúri szervek tbc-jéből 2,6%-ban típus bovinus törzs tenyésztett ki. Sokan még ekkor is kételkedtek abban, hogy a bovin törzs tüdő-tbc-t okozhat. Németországban a bovin törzset a tüdő-tbc kórokozójaként 1930-ban fogadták el először. Lange ugyanis 102 tüdő-tbc-s fejből 12 esetből 11 esetben szintenyészetben, egyben pedig human törzssel keverten te-

nyésztette ki a mycobacterium bovis bacilusokat.

Az 1966—1970. években megjelent közlemények alapján Schmiedel foglalta össze a bovin törzssel kapcsolatos akkori felfogást. E szerint az ember tbc-jét elsősorban a humán, másodsorban a bovin törzs okozta. Az utóbbiért az akkortájt gyakori gyöngykóros tehének voltak felelősek. A humán törzs aerogén, a bovin törzs pedig a táplálkozás és aerogén úton terjedt. Az extrapulmonális tbc-sekben a bovin törzs gyakoribb volt, mint a tüdő-tbc-sekben. Mivel azonban a tüdő-tbc legalább ötször gyakoribb az extrapulmonális tbc-nél, abszolút számban a bovin törzs okozta tüdő-tbc gyakoribb az extrapulmonális tbc-nél. A bovin törzs okozta tüdő-tbc túlnyomólag aerogén úton terjed rá az emberekre a gyöngykóros állatok környezetéből. A bovin fertőzésnek emberről emberre való terjedése ritka. A gyöngykór felszámolása után az embernek bovin törzssel való fertőzése majd megszűnik. E két törzs okozta betegség körjárásában a különböző szervek lokalizáció szerint sincs különbség.

A gyöngykór felszámolása után is fennáll majd annak a veszélye, hogy a bovin törzset ürítő emberek az egészséges állatokat újból megfertőzik. 1954 és 1967 között az NDK-ban, Berlinben a tüdő-tbc-s betegek közül 0,65%-ban, Drezda körzetében pedig 5,1%-ban bovin törzset tenyésztettek ki. Ez a szám az erősen exponált embereknél 71,6%-ra emelkedett. Különösen feltűnő volt Berlinben 1954 és 1968 között az az adat, hogy a gyermekekben tüdő-tbc esetén 30%-ban, gümős agyhártyagyulladásban 11%-ban, 14 nyaki és belfodri nyirokcsomó-tbc esetén 10 gyermekből bovin törzs tenyésztett ki.

A szerzők 1971 és 1980 között 5210 betegből, és pedig 2734 tüdő-tbc-s férfiből 4,6%-ban, 1645 nőből 2,5%-ban, 258 extrapulmonális tbc-s férfiből 4,6%-ban, 1645 nő pedig 6,9%-ban bovin bacilusokat találtak. A bovin törzsek aránya 1975 és 1980 között Berlinben a tüdő-tbc-sekben 0,5 és 2,4% között, Frankfurtban és Neubrandenburgban 3,4 és 7,7% között, az extrapulmonális tbc-sekben pedig mindhárom területen 2 és 9,8% között mozgott. A bovin törzs a férfiakban gyakoribb volt, mint a nőkben. 1979-ig sem a tüdő-, sem az extrapulmonális tbc-s betegekben a bovin fertőzés nem csökkent. 1975 és 1980 között a bovin fertőzés gyakoribb volt, mint 1954 és 1967 között. Ez egyrészt azzal magyarázható, hogy a humán törzs okozta tbc incidenciája gyorsabban csökkent, mint a bovin törzs okozta fertőzés. Másrészt pedig az utóbbi időben talán a bovin bacilusok bakteriológiai kimutatása jelentősen fejlődött. Újabban a két törzs kevert fertőzését nem észlelték. Vizsgálataik szerint is a gyermek-

kori tbc rendkívüli módon csökkent. 1981-ben 5210 új tbc-s beteg közül csak 24 volt gyermek. Közülük 23 gyermekből humán és csak egy gyermekből tenyésztett ki bovin törzs. Mivel az NDK-ban a bovin tbc-t már 10 évvel ezelőtt végleg felszámolták, a felnőtt emberek bovin törzssel való fertőzése több mint 10 évvel ezelőtt történetet.

Pongor Ferenc dr.

A tbc elleni küzdelem fejlődése és a szarvasmarha-tbc megszüntetése az NDK-ban. Schwedker, H. (Abteilung Veterinärwesen des Ministeriums für Land-Forst-und Nahrungsgüterwirtschaft, Berlin, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 110.

Koch Róbert 1882-ben azt mondta, hogy az ember tbc-jének a másik forrása a háziállatok tbc-je, főleg a tehének gyöngykórja. A tbc elleni küzdelemben a jövőben a gyöngykóros állatok húsa és teje is figyelemmel kell lenni. A gyöngykór azonos az ember tbc-jével és a gyöngykór az emberre is átvihető. 19 évvel később, 1901-ben Londonban egy tbc-kongresszuson egy állatorvossal egyetértésben mégis kijelentette, hogy a gyöngykóros állatok húsa és teje által okozott fertőzés alig magasabb az örökletes tényezőknél. Ezért nem tartotta tanácsosnak az ellene való küzdelmet. Ez a véleménye nagy feltűnést keltett és a kutatókat az embereket is fertőző állatbetegségek kutatására ösztönözte. Utolsó tanítványa és munkatársa: Möllers saját vizsgálatai alapján 1927-ben megállapította, hogy az ember tbc-jének 13%-át mycobacterium bovis okozta. Ezek alapján újabb módszerekkel bővítették az emberek és az állatok tbc-je elleni küzdelmet. Wagner 1934-ben bakteriológiai vizsgálatokkal kimutatta, hogy az akkori laboratóriumi módszerek elégtelenek voltak miatt a gyöngykóros tehének tejének 40—50%-ából a bovin bacilusok nem mutathatók ki. Ezeket a kísérleteket 1939-ben abba is hagyták. 1960 elején aztán újból elkezdték a húsvizsgálatot. Amíg ugyanis az 1930-as évek végén a gyöngykóros tehének aránya 20—40% volt, a második világháború végén ez a szám több mint egyharmaddal nagyobb lett.

Az NDK egészségügyi szervei az állatorvosokkal együtt ekkor szervezték meg 1956-ban az emberek tbc-je, mint „népbetegség”, valamint a gyöngykór, mint a „tehenek ostora” ellen a küzdelmet. A tehének 64%-a volt ekkor tuberkulin-pozitív. Ezek 20%-a a tüdő-tbc-s tehenek, 90%-a pedig a tejjel bovin bacilusokat ürített. Minden 10 tbc-s ember közül egynek a betegségét a bovin bacilusokat tartalmazó tej okozta. Ezért kezdték el a tej pasztörözését, a tejek kánnak és az istállók fertőtleníté-

sét. Modernizálták az állami tehenészeteket. A gyöngykóros tehének kivételével egyéb háziállatok is fertőzték tbc-vel az embereket. Az 1950-es évek végén ugyanis a szarvasmarhákban mycobacterium bovis, avium, ill. tuberculosis volt 78,4, 21,1, ill. 0,5%-ban; a kecskék 97,9, 21,1, ill. 0%-ában; a juhok 59,2, 40, ill. 0,8%-ában; a sertések 40,2, 53,1, ill. 6,9%-ában; a kutyák 29,5, 0,5, ill. 70%-ában; a macskák 95,5, 0, ill. 4,5%-ában. A kormány biztosította a személyi, a pénzügyi és a népgazdasági feltételeket. Elkülönítették egymástól a tuberkulin-pozitív és -negatív állatokat. Továbbszaporították a tuberkulin-negatív borjakat. A tuberkulin-pozitív szarvasmarhákat fokozatosan levágták. A szarvasmarha-állomány lépésről lépésre tuberkulin-negatív lett, és pedig 1956-ban 1,3%, 1958-ban 14,5%, 1961-ben 34,3%, 1964-ben 51,4%, 1968-ban 84,1% és 1975-ben 98%. A gyöngykór elleni küzdelmet 1978-ban fejezték be. Ezzel párhuzamosan a tejfogyasztás évente személyenként 98,4 literre, a vajfogyasztás 10,6 kg-ra, a húsfogyasztás pedig 23,8 kg-ra emelkedett. 1955-ben 3 759 500, 1978-ban pedig 5 572 000 szarvasmarhájuk volt. A gyöngykóros szarvasmarhák kiirtása 1970 és 1978 között 250 millió márkába került. Azóta azonban a tejtermelés ugyanazon számú állatállománnyal 20%-kal, a hústermelés pedig 15%-kal emelkedett. Ez együtt évente 530 millió márká bevétele jelentett, így a gyöngykór felszámolására fordított összeg bőven megtérült. Ráadásul még sok ember is megszabadult a tbc-s megbetegedéstől és a korai haláltól. Most már csak arra kell vigyázni, nehogy az idős, bovin tbc-bacilusokat ürítő súlyos tüdő-gümőkóros emberek újra megfertőzzék az egészséges szarvasmarha-állományt.

Pongor Ferenc dr.

A gyermek-tbc visszavonulása az NDK-ban: — tények és következtetések. Thal, W. és mtsai (Arbeitsgemeinschaft Bronchopneumologie der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR, Berlin): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 142.

A gyermek-tbc visszavonulása évszázadunkban az orvostudomány kutatásának és gyakorlatának a legjelentősebb eredménye. Az NDK-ban 1980-ban mindössze 30 gyermekben kórisméztek tbc-t. Csak az az orvos, aki régen sok tbc-s agyhártyagyulladásos gyermek halálküzdelmét végignézte, értékelheti igazán, hogy mit is jelent a mai állapot. De azt sem szabad elfelejteni, hogy ma még a világon kb. 7 millió fertőző tbc-s beteg él, és évente félmillió ember hal meg tbc-ben. Már a streptomycin alkalmazása után csökkenni kezdett a csecsemők és a kisgyermekek addig halálos sajtos tüdőgyulladás

és a serdülőkori postprimer tüdővész. A tbc-s agyhártyagyulladás, ami akkor 50%-ban kölesgümőkórhoz társult, később e körkép nélkül 1965-ig az 5—14 éves gyermekekben, azután pedig a felnőttekben jelentkezett.

Az NDK-ban 1949-ben 0—15 éves korában még 1256 gyermek halt meg tbc-ben, a fertőzés aránya pedig ekkor érte el a csúcspontot 10%-os értékkel. Ezután szervezték meg a tervszerű tbc elleni küzdelmet. Elkezdték a szarvasmarha-tbc kiirtását. Javították a lakosság szociális helyzetét. Kötelezővé tették az újszülöttek és az iskolás gyermekek BCG-oltását. Ismételt ernyőkép-szűrővizsgálattal ellenőrizték a lakosság 90%-át. Így felfedezték a fertőző tbc-s betegeket. Elkezdték a kombinált kemoterápiát. Bronchoszkópiával kórismézték a tbc-s nyirokcsomó-áttörést. 1972-ben Magdeburgban még 20 ilyen betegét ápolták. A gyermek-tbc így évről évre 25%-kal csökkent és gyógyítható lett. Kevesebb lett a tbc gyógyulása utáni szövődés, főleg a hörgőtágulat is. A gyermek-tbc incidenciája 1954-ben 11 951 volt, ami 1978-ban 16-ra csökkent. 1949-ben 1256, 1974-ben egy gyermek halt meg, 1975 óta pedig egy gyermek sem halt meg náluk tbc-ben.

Fel nem fedezett bacilushordozók sajnos néha okoztak kisebb tbc-s epidémiát. Egy kavernás fertőző tbc-s tanító panaszai ellenére sem fordult orvoshoz. Később kiderült, hogy feleségén kívül 10 tanítványában is kezelést igénylő tbc-t okozott. Egy Koch-pozitív apa megfertőzte saját kisgyermekét, akit a mediastinum kiszélesedése miatt 3 gyermekklinikán is ápoltak. A gyermek a kórismét megerősítő mellkasfeltárásközben meghalt. Ezek a példák is igazolják, hogy a gyermek-tbc, mint kórisme elkülönítő probléma a jövőben is megmarad.

Az NDK-ban 1956-ban 3652 ágyon kezelték gyermek-tbc-s betegeket. Okos intézkedés volt, hogy 1967 óta az országban minden gyermek-tbc-s beteget a harzgerode-i gyermek-tbc klinikára utalják be gyógykezelésre és rehabilitáció céljából. Jelenleg kb. 20 tbc-s gyermeket ápolnak ezen a klinikán. Kezdetben a tüdő-tbc-s gyermekeket 12—15 hónapig, a hörgőnyirokcsomó-tbc-seket 6 hónapig, a csont-tbc-seket pedig 3—5 évig ápolták a klinikán. A tüdő-tbc-s gyermekek klinikai ápolási ideje ma már 3—6 hónapra csökkent, a további kezelést pedig járóbetegként folytatják. Izolált nyaki nyirokcsomó-tbc esetén próbakimetszést végeznek, amit eredményes gátlószerek kezelés követ. A BCG-vaksinálást tovább folytatják, mert lényeges különbséget észleltek az oltott és a nem oltott gyermekek tbc-incidenciájában. A BCG-oltás szövődés elhanyagolható. 1977-ig 10 millió BCG-oltás után 63 gyermekben

jeleztek átmeneti könnyebb szövődést.

A tbc az NDK-ban ma már nem elsőrendű probléma. Helyébe a nem specifikus légútbetegség lépett. Az idült hörgő- és tüdőbetegek száma 60 000-re becsülhető. Közülük 20 000 hörgőasztmás, 600 pedig cystikus fibrosisos gyermek. A „bronchopneumológus” orvosok száma 170, akik a rájuk háruló feladatok megoldásában együttműködnek az ernyőképszűrő állomásokkal.

Pongor Ferenc dr.

A tbc kórjósolata és kezelése a kemoterápia előtti időszakban. Tetzner, W. [PALT der Poliklinik Süd, Halle, (Saale), DDR.]: Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 149.

A kemoterápia előtti időszakban még nem volt a tbc-bacilusokra direkt ható gyógyszer. Ezért a tbc-s szervezetet specifikus és nem specifikus ingerekkel igyekeztek befolyásolni: tuberkulinnal, közbömbös kemoterápiás szerekkel, szanatóriumi kúrával, műtéttel, a szociális helyzet, a lakásviszonyok javításával, a tbc-ferdtőzéstől való óvással és a munkaviszonyok enyhítésével.

Brehmer építette az első tbc-szanatóriumot 1854-ben Görbersdorfban. Úgy gondolta, hogy „a tbc-től mentes helyen” ez a betegség meggyógyítható. A szabad levegőn való fekvéstől és a klimatikus ingerektől a tbc hegesedését remélte. A tbc-s betegeknek roboráló szereket, kalciumot adtak. Nagy szerepet tulajdonítottak a bőrséges táplálkozásnak, a sóban szegény, a zsírban és a vitaminokban gazdag diétának. Az extrapulmonális tbc-s betegeken jó eredményt értek el a napsugáron való fektetéssel.

Finsen a bőrfarkast kvarcfénynyel kezelte. A röntgenterápia nem vált be. Nem volt eredményes a tuberkulin, a hidegvérűek baktériumából készített Friedmann-szer és a japán AO-vakcina sem. A sanocrysinnek baktériumölő képességet tulajdonítottak. Egyes sebészeti eljárással a kaverna kollapszusát igyekeztek elérni. Ekkor ugyanis a kavernás betegek 66%-a 3 éven belül, 84%-a pedig 10 éven belül meghalt.

Forlanini 1888-ban végezte először a légmellelt. Az utántöltéseket másfél-négy évig folytatták. Az egyoldali légmellelt 64,1%-ban, a kétoldali légmellelt 43,6%-ban „tartós” eredményt értek el. Ez a kezelés gennymellelt, légembóliával, szelepes légmellelt szövődött. A mellhártya-összenövekedést *Jacobaeus thoracoplasticával* oldotta meg. *Stuertz* 1911-ben végezte a tüdő alsó lebenyeinek a tbc-s kavernás folyamatai esetén az első phrenicotomiát. 1936 óta a rekeszek magasabba állását pneumoperitoneummal segítették elő. A thoracoplasticának számos változata volt. Az utóbbi eljárásokkal ope-

rált betegek 36—42%-a munkaképes, 7—14 év múlva 58% negatív lett. Az első paraffin-plombot *Baer* végezte 1913-ban. Ó jodipint, *Diehl* 1928-ban, *Kremer* pedig 1942-ben gomenol-olajat alkalmazott. *Graf* és *Schmidt* 1935-ben extrapleurális légmellelt létesített. *Brunner* 1946-ban pneumolysissal a betegek kétharmadában Koch-negativitást ért el. Említésre méltó eljárás még *Monaldi* kaverna-szívódrenázs kezelése 1948-ban. A nyitott kavernakezelést 1892 óta a beavatkozás nagy kockázata miatt ritkán alkalmazták. *Sauerbruch* és *Brauer* végzett először tüdőresecciót, ami azután az endotracheális narkózis bevezetésével széles körű alkalmazásra került.

A tbc gyógyeredményeinek az összehasonlítása nehéz. *Davosban* és *Leysenben* 1921 és 1942 között a nyitott kavernás betegek 52,2, ill. 56,8%-a meghalt. A szanatóriumokból pozitív köpettel távozottak közül egy éven belül 39,4% halt meg. 8 év múlva már csak 13,7, ill. 20,9% volt életben. A negatív köpettel távozottak közül 8 év múlva 72,4, ill. 68% élt. Visszaesett egy éven belül 21,9, ill. 33%. A kollapszus-kezelés terjedésével az eredmény javult. Kollapszus-kezelésben részesült 1922—1925 között a tüdő-tbc-s betegek 18,7%-a, 1940 és 1942 között pedig 72%. 10 év múlva meghalt a negatív köpettel távozottak 22%-a, a kollapszussal kezelték 19,2%-a, a kétoldali, konzervatív eljárással kezelték 40%-a, a kollapszussal is kezelték 28,5%-a. A tbc-s betegek kórjósolata a betegség stádiumától függött. A higiénia-diétás kezelés eredményét a sebészeti beavatkozások lényegesen javították. Pongor Ferenc dr.

A BCG-oltás 30 éve az NDK-ban — a BCG-oltóanyag 30 éve Jénában. Zureck, A. (Zentralinstitut für Mikrobiologie und experimentelle Therapie des Forschungszentrum für Molekularbiologie und Medizin der Akademie der Wissenschaften der DDR, Jena, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 168.

A BCG-oltóanyagot az NDK-ban több mint 30 év óta a jénai mikrobiológiai intézetben gyártják. Ennek a számai 1949 nyaráig nyúlnak vissza, amikor a kormány elrendelte a BCG-oltás alkalmazását. 1950-ben el is kezdődött az oltóanyag gyártása és még ezen év őszén elkezdtek a gyermekek és a fiatalok védőoltását. Ezek száma 2 éven belül egy millióra emelkedett. Az egyre fokozódó igények a gyár bővítését tették szükségessé. 1953-ban már elegendő oltóanyaguk volt. 1961-ben, egy évvel a BCG-oltás kötelezővé tétele előtt már az újszülöttek 98%-át oltották be BCG-vakcinával. 1969-ig több mint másfél millió 2 ml oltóanyagot tartalmazó védőanyagot küld-

tek szét az országba. Kezdetben nehézséget okozott az a körülmény, hogy csak 10 napon belül felhasználható vakcinát voltak képesek gyártani. Szovjet tapasztalatok alapján azután 1953-tól kezdve lyophilizált oltóanyagot készítettek. Ennek a tömeges gyártását 1958-ban oldották meg. 1960-tól 1980-ig 50 millió ilyen adagot készítettek. Az oltás célja az volt, hogy a szervezet immunapparátusát fokozzák. 1961-től 1975-ig egy új diagnosztikumot, az ún. BCG-tesztvakcinát állították elő, ami 1,0 ml izotóniás nátriumklorid oldatban 0,005 mg hővel előlt BCG-baktériumot tartalmazott. Ezzel a szuszpenzióval a tuberkulin-próba helyett 5–7 napon belül sikerült kimutatni a tbc-allergiát, amit 15 éves tapasztalatok is megerősített. Azóta sikerült az oltóanyag minőségét javítani és annak a hatékonyságát fokozni. 1944-ben pedig tárgylemez-tenyésztéssel fázis kontraszt mikroszkópiával 48 órán belül sikerült a csíraszámot is meghatározniuk. A BCG-leánytörzsek nikotinsav termelésük alapján négy: gyenge, közepes, erős és nagyon erős csoportba sorolták. Az erős jénai törzs 45,6, a magyar nagyon erős BCG-altörzs 55 µg/mg nikotinsavat termel. A születéskor számának az emelkedésével párhuzamosan 1980-ban sikerült a szükségletnek megfelelően a BCG-oltóanyag termelését 50%-kal emelni. A ma használatban levő BCG-törzs sok tekintetben különbözik *Calmette* és *Guérin* eredeti tenyészetétől, ami a számos átoltás után erejéből sokat veszített. Táplálaj-módosításokkal azonban már sikerült az anyatörzs stabilitását, maradék-virulenciáját, immunogén és allergén tulajdonságát biztosítani. Pongor Ferenc dr.

A BCG-oltás fejlődése, értéke és problémái. Landmann, H. (Forschungsinstitut für Lungenerkrankheiten und Tuberkulose Berlin-Buch, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 185.

Koch Róbert 1891-ben végzett alapkísérletében az egészséges tengerimalacok bőrébe tbc bacilusokat oltott. Azok ott az első napokban megtapadtak, 10–14 nap múlva az oltás helyén csomó keletkezett, ami hamarosan kifakadt és helyén az állat haláláig tartó fekély képződött. Ha azonban hasonló módon már tbc-s tengerimalacokat fertőzött, az oltás helyén gőb nem képződött, hanem a bőr 0,5–1 cm nagyságú területén barnás színű lett, pár nap múlva a bőr elhalt és sima felületű fekély keletkezett, ami gyorsan és véglegesen meggyógyult anélkül, hogy a környéki nyirokeszemények megfertőzték volna. Hasonló jelenség zajlott le akkor is, ha az élő tbc bacilusokat hővel vagy fagyasztással előlte. Ezzel a kísérlettel ugyan *Kochnak* nem sikerült felfedeznie

a tbc gyógyszerét, azonban megteremtette az allergián alapját, amit *Pirquet* 1908-ban fogalmazott meg.

Ilyen előzmények után állította elő még ebben az évben *Calmette* és *Guérin* egy gyenge virulenciájú bovin törzsből 230 átoltás után a BCG-vakcinát, amivel Párizsban 1921-ben végeztek első ízben szájon át védőoltásokat és azokkal kedvező eredményt értek el. Hasonló beszámolók jelentek meg az 1920-as években a világ számos országában. Ezt a mozgalmat súlyosan hátráltatta lübeck-i katasztrófa. Ott ugyanis tévedésből 1929 december és 1930 április között 252 újszülöttet a szájukon át virulens tbc bacilusokkal fertőztek meg. 71 gyermek meghalt, 27 pedig súlyos tbc-s beteg lett. Ez az esemény a kezdeti jó eredmények ellenére tartózkodóvá tette világszerte az orvosokat a további oltási akciótól.

Mintegy két évtizeddel a második világháború után a súlyos tbc epidémia kapcsán a kedvező svéd tapasztalatok alapján vetődött fel a német területen ismét a tbc elleni védőoltás gondolata. Az NDK-ban 1951-től 1980 végéig 11 millió embert, főleg gyermekeket vakcináltak BCG-vel. Akkor ebben és még 63 államban a BCG-oltás kötelező, 118 államban pedig hivatalosan ajánlatos volt. Az irodalmi adatok alapján a BCG-oltás 60–80%-ban, az NDK-ban pedig 1955 és 1960 között védőhatásának, az USA 4 államában azonban hatásatlannak bizonyult. Később kiderült, hogy e 4 állam közül 3-ban a lakosság tbc-vel súlyosan fertőzött volt. Dél-Indiában pedig az emberek atypusos mycobacteriumokkal fertőzöttek voltak; a BCG-vakcina egyrészt túlságosan gyenge virulenciájú volt, másrészt pedig az 5 éven aluli gyermekeket a kiértékelésből kihagyták. Ennek ellenére a legújabb kísérletek szerint a BCG-vakcinálást főleg az újszülötteken és az iskolás gyermekeken ma is a tbc elleni küzdelem fontos láncszemének tartják és alkalmazzák. Az alacsony tbc prevalenciájú országokban a BCG-oltás csupán a tbc-fertőzés kockázatának nagymértékben kitett lakosságcsoportokra korlátozható.

A BCG-vakcinálás hatékonyságának kiértékelésekor több tényezőre, a tbc incidenciára, a fertőző források számára, a röntgenés a köpet-szűrővizsgálatok eredményére is tekintettel kell lenni. Az NDK-ban 1955-ben a BCG-vel nem oltott 1–20 éves egyénekben a tbc-ben megbetegedettek aránya 15–20-szor nagyobb volt, mint az oltottakban. A védőoltás 95%-ban hatásos volt. A 15 éven aluli új tbc-s betegek száma 1954-ben 11 951 volt, ami 1980-ban 30-ra csökkent. Közülük fertőző tbc-s beteg lett 1960-ban 31, 1980-ban 2, gümős agyhártyagyulladásos lett 1954-ben 196, 1977-ben 2 beteg. Azóta ez a kórforma a kölesgümőkórral együtt

megszűnt. 1954-ben tbc-ben meghalt 152, 1975-ben és 1979-ben egy-egy beteg, azóta egy sem. Gümős agyhártyagyulladásban meghalt 1958-ban 38, 1971-ben egy, azóta egy sem. A BCG-oltás védőhatása legalább 6–8 év, de még 15 évvel az oltás után is 20–30%-kal csökkent a tbc-s megbetegedés és a halálozás arányát. Minél erősebb a BCG-vakcina maradék-virulenciája, annál nagyobb és tartósabb a tuberkulinallergia. Ennek arányában azonban növekszik az oltás szövődmény is. 1979-ig náluk 11 millió oltott közül csupán 11 volt BCG-oltási szövődménynek tekinthető. Pongor Ferenc dr.

A BCG-oltás a Szovjetunióban és más országokban. Jabloková, T. B. (Staatliches Institut für Standardisierung und Kontrolle von medizinischen Arzneimitteln): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 196.

A múlt évszázad második fele a nagy mikrobiológiai felfedezések aranykorszaka volt. Ebben az időben rakták le a nagy tudósok: *Pasteur*, *Koch* és *Mecsnikow* e tudományág fejlődésének az alapjait. *Gorkij* szerint: „Aki a múltat nem ismeri, a jelenkor értelmét és a jövő idő célját nem értheti meg.” Az író és humanista e szavai ma is törvényszerűek. Teljes joggal ünnepelhetjük meg ma azt, hogy *Koch Róbert* 100 évvel ezelőtt felfedezte a tbc kórokozóját. Addig a tbc-ről az emberek csak suttogva beszéltek, az e betegséggel sújtott családok pedig kínosan ügyeltek arra, hogy azt a nyilvánosság előtt eltitkolták. *Koch Róbert* bebizonyította, hogy fertőző betegségről van szó, ismertette a kórokozó biológiai tulajdonságait, a maga készítette tuberkulinnal lehetővé tette e betegség diagnosztikáját. Munkájával táplálta annak a reményét, hogy a közeljövőben az emberek ne kövessék a tbc-ben meghalt *Csehov* és *Remarque* sorsát. Felfedezései újabb ismeretek láncreakcióit indították el. *Newton* azt mondta: „Ha én távolabb láttam, mint mások, annak az volt az oka, hogy én óriások vállain álltam.”

Calmette és *Guérin*, akik az első tbc elleni élő vakcinát készítették, *Koch Róbertben* óriást láttak. Utóbbiakban a tbc elleni immunizálásra vonatkozó kísérletei *Pasteur* azon koncepciójából származtak, hogy a mikroorganizmusok változókéonyak. Ezen elv alapján sikerült nekik 1921-ben 13 éven át 230 átoltással egy gyenge virulenciájú bovin törzsből a tiszteltükre BCG-nek nevezett élő, genetikusan fixált és tbc elleni immunitást okozó vakcinát készíteniük. Még ezen év júliusában *Vail-Gall* egy újszülöttet, akit nyílt tbc-s nagyanyja nevelt, elsőként BCG-vakcinával oltott be. Az 5 évig tartó szoros együttélés után is a gyermek egészséges maradt. *Calmette*

1924-ben tett javaslatára a BCG-vakcinálást számos országban végezték és kedvező eredményekről számoltak be. A lübeck-i katasztrófa azonban 1930-ban a BCG-vakcinálás népszerűségét alaposan megtépázta, ami *Calmette* 1933-ban történt halála után még fokozódott. A tbc-vakcinálás azonban már ezt megelőzően is érdekelte a skandináv és a szovjet tudósokat.

Tarasevics még *Calmette*-től kapott egy vakcinatanyeztetet és töle sajátította el annak a készítését. Hazavitte, elkészítette az első vakcinát, amit 1925-ben HCG-I névvel jelölt meg. Ezzel a törzssel készített vizsgálatokat a szovjet *Zechnovizer* 1925–1929, *Togunova* 1926–1932 között és megállapította, hogy ez a BCG-törzs nemcsak hogy ártalmatlan, hanem maradék-virulenciája és immunitást képző tulajdonsága is van. 1926-ban egy szovjet BCG-bizottság javasolta a tbc-s betegekkel együtt élő újszülöttek BCG-védőoltását. 1942-ben a városokban, 1953-ban pedig a falvakban 7 évenként 40 éves korig valamennyi újszülött BCG-vakcinálását kötelezővé tették. Amint ismeretes, *Calmette* folyékony oltóanyaga előbb csak 10 napig, később 2 hétig volt tárolható és felhasználható, ami a tömeges oltást nehezítette. A szovjet *Lesninskaja* volt az első, aki 1942-ben lyophilizéssel száraz, tartósan tárolható BCG-oltóanyagot készített. Módszerét a világon mindenütt átvették.

Calmette javaslatára a BCG-oltást a szájon át alkalmazták. Így azonban az oltott gyermekeknek csupán a fele lett tuberkulin-pozitív. Mégis az oltott gyermekek közül negyedannyi halt meg tbc-ben, mint a nem oltottak közül. Elsőként egy fiatal norvég orvos, *Heimbeck* fecskendezett a bal karja bőre alá egy nagy adag BCG-oltóanyagot. Az injekció helyén hidegtályog keletkezett, ami hegel gyógyult. Ugyanő később Oslóban a nővérjelöltek karjába a teljes adag egyhuzadát, 0,05 mg-ot fecskendezett be, mégis az oltottak egy részében az oltás helyén tályog keletkezett. Ezt a kísérletet 1934-ben Leningrádban is megismételték és az oltás helyén diónyi nagyságú tályogot láttak. A svéd *Wallgren* 1928-ban 0,05 mg oltóanyag intracutan befecskendezése után az oltottak 93%-ában tuberkulin-pozitivitást észlelt. Az amerikai *Rosenthal* 1939-ben végezte először a BCG-vakcinálást több-tűs módszerrel. Az intracutan oltásra alkalmas száraz BCG-oltóanyagot 1962-ben *Togunava* készítette el és azóta állandóan ezt a módszert alkalmazzák.

Az intracutan oltás bevezetése után az első évtizedben a tbc-incidencia négyeszer, a prevalencia 3,7-szer, a halálozás pedig 6,9-szer lett kevesebb. Moszkvában 1964-ben az egy éven aluli gyermekek tbc-incidenciája egytizedre, azóta

pedig gyakorlatilag nullára csökkent. Az intracutan BCG-oltás után a tuberkulinpróba 90–98%-ban lett pozitív. A BCG-oltás szövődményeinek a csökkentése érdekében Angliában, Franciaországban, Dániában, Hollandiában, Japánban és máshol is az Egészségügyi Világszervezet javaslatára az oltást az újszülötteken a teljes adag felével vagy negyedével végzik. A Szovjetunióban 1954 óta a BCG-oltóanyagot a *Tarasevics*-Intézetben készítik. Az oltóanyag vitalitás-indexe $10-30 \times 10^6/\text{mg}$, ami tartós és erős immunitást eredményez. Azonban tisztában kell lenni azzal, hogy egyszeri oltással csak néhány évig tartó immunitás biztosítható, ezért az ismételt oltást és az így szereshető immunitás idejét tovább kell tanulmányozni. Erre vonatkozó adatok a Szovjetunióban annak ellenére sincsenek, hogy évente 15–17 millió embert vakcinálnak BCG-vel.

A BCG-oltásnak a tbc elleni küzdelemben pozitív jelentősége van, amit igazol az is, hogy sok országban a gümös agyhártyagyulladás már végleg megszűnt. A BCG-oltás szövődményeiről akkor beszélünk, ha az oltás után a környéki nyirokcsomók 1,5 cm átmérőjűre nagyobbodnak, tályog keletkezik, ami aztán elmeszesedik. A Szovjetunióban a BCG-oltás helyén a tályogképződés aránya 1975-ben 0,002% volt. Néhány országban BCG-oltás után halált okozó generalizált csontvelőgyulladást észleltek. Ez főleg fokozott allergiás reakció, exsudatív diathesis, idült mandulagyulladás és immunhiány esetén fordult elő. BCG-oltás után szövődményt 1948 és 1974 között 100 000 lakosonként 51 országban 0,9, Európában pedig 1,4%-ban észleltek.

Pongor Ferenc dr.

A tuberkulin és tuberkulin-vizsgálat. Bleiker, M. A. (Organization für Gesundheitsforschung, TNO, Den Haag, Nederland): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1982, 158, 205.

Koch Róbert a tbc bacilusok felfedezése után 8 év múlva úgy gondolta, hogy az előtt tbc bacilusok tenyésztetének a szűrletével elkészítette a tbc gyógyszerét, a „Koch-remedium”-ot. Ez a „gyógyszer” azonban nagy csalódást okozott. A tuberkulin szó *Bujwid*-től származott. A tbc-s fertőzés felismerésében a tuberkulinnak igen nagy lett a szerepe. Erre már *Koch* maga is rámutatott 1891-ben, amikor kísérletei alapján ismertette a „Koch-fenomént”. *Pirquet* ismertette elsőként, hogy a tbc bacilusokkal való újabb találkozások más a szervezet reakciója, mint az első fertőzés után. Ezt a jelenséget allergiának nevezte el. Egy évvel később a holland *van Balen* mutatta ki, hogy milyen mennyiségű tuberkulint kell a bőrbe fecskendezni ahhoz, hogy a szervezet mérhető

reakcióval válaszoljon. Ezután jelent meg a francia *Mantoux*-nak erről a reakcióról szóló közleménye. Bár ő volt a harmadik kutató, aki ugyanazon reakcióval foglalkozott, mégis a tuberkulin-vizsgálatot ma is Mantoux-reakciónak nevezzük. Emellett a tuberkulin bőrpróbának több változata is van. *Trambusti* a fecskendő tűjét hígított tuberkulinba mártotta és azt a bőr felhámjának 5 mm-es hosszúságába szúrta, majd a tűt visszahúzza. *Head* több tűs módszerrel a körben álló 6 fém tűhegyet tömény tuberkulin-oldatba mártotta, majd azokat egy rugós szerkezettel a bőrbe szúrta. Hasonló volt a „tine-teszt” is. A különbség csak annyi, hogy a parafa dugóba helyezett fémtűkre száraz tuberkulint helyeztek, aztán a tűket kézzel nyomták a bőrbe. Ismeretes még a *Moro*-féle kenőcs- és a *Vollmer*-féle flastrom-próba is.

Ezek közül klinikai és epidemiológiai vizsgálatok céljára a Mantoux-próba a legalkalmasabb, mert elvégzésére speciális fecskendő készült, amivel a bőrbe vitt tuberkulin mennyisége pontosan mérhető. A tuberkulin hatására keletkezett induratio átmérője 0–30 mm között mozog. A határérték a nem fertőzöttek és a fertőzöttek között kb. 10 mm. A Mantoux-próba az a tisztított fehérje származékú (PPD) tuberkulin 1:10 000-res hígítású oldatból 0,1 ml-t, azaz egy PPD-tuberkulin egységet fecskendezünk intracutan. Gyakran kevernek a tuberkulinoldathoz egy sorbitol-monoleat polyoxyethylen származékot, ami megakadályozza a tuberkulinak az üveg falához való tapadását, így a tuberkulin adagjának a csökkentését. A próba eredményének a leolvasását 72 óra múlva végzik. A tuberkulin-próba mennyiségi reakció, így „fekete-fehér” választ sohasem lehet adni; csupán annyit, hogy a meghatározott mennyiségű tuberkulinra a szervezet hány milliméter átmérőjű reakcióval válaszolt. A lemért induratio értékelése a tuberkulin-histogramm alapján történik. Ennek a görbének két csúcsa: az első a nulla, a második a 14 mm-es átmérőnél van. Más volt az egy egység tuberkulinnal végzett tbc-s újoncok és más volt tbc-vel fertőzött, de nem beteg újoncok tuberkulin-histogrammja. Az előbbiek induratioja 4–19 mm, az utóbbiaké nulla és 4 mm átmérőjű volt. Az előbbiek histogrammjának a csúcspontja 13, az utóbbiaké nulla mm-nél volt. Az egészséges és BCG-vel nem vakcinált újoncok tuberkulin-histogrammjának az induratio átmérője nulla és 23 mm között, a görbe nagyobbik csúcspontja nulla, a kisebbik 13 mm átmérőjű volt. Ez a görbe tehát bizonyos mértékben kombinálódott a másik kettővel: bizonyos mértékben találkoztak egymással és bizonyos mértékben fedték egymást. A két görbe völgye részben hasonló volt egymással,

részben metszették egymást. A fertőzötteket és a nem fertőzötteket a görbe mélyén húzott merőleges vonallal el lehetett választani egymástól. Az ettől a vonaltól jobbra levő reakciók pozitívnak, a balra levőket negatívnak voltak vehetőek. Nagyon lehetséges, hogy az az egyén, akinek a próbája néhány milliméterrel nagyobb volt a határértéknél, mégis a nem fertőzöttek közé tartozott. Ugyanez vonatkozik a negatívnak minősítettekre is.

A pozitív és a fertőzött, valamint a negatív és a nem fertőzött szavak csupán szinonimái egymásnak. A 9—12 éves iskolás gyermekek fertőzöttségi prevalenciája, tuberkulin-indexe 1979-ben 0,3% volt. Hollandiában a 10 mm-es induratiójú 19—20 éves újoncok tuberkulin-indexe az 1955-ben mért 20,6%-ról 1980-ban 0,85%-ra csökkent. Ennek az indexnek világszerte óriási a jelentősége. Pozitív tuberkulinreakciót nemcsak a tbc, hanem az atypusos mycobacteriumok is okozhatnak. Így a bovin tbc felszámolásakor sajnos számos olyan „tuberkulin-pozitív” szarvasmarha is levágásra került, amelynek a szervezetében boncoláskor a tbc-nek nyoma sem volt. Ezt a tévedést előzőleg a homológ és heterológ törzsből készített tuberkulinvalóval végzett bőrpróbával lehet egymástól elkülöníteni. A BCG-oltás megváltoztatja a tuberkulin-próba alakulását. Ha a negatív lakosságon tuberkulin-szűrővizsgálatot végzünk, olyan histogrammot kapunk, amit a mélypontra húzott merőleges vonallal két részre oszthatunk. A jobb oldalon levők már átettek a fertőzésen. 6—8 héttel a BCG-oltás és a megismételt tuberkulin-próba után a histogramm jobb oldalán ugyanolyan görbét kapunk, mint a tbc-s betegek histogrammjának a jobb

oldalán. Az induratio átmérője 0—20 mm között váltakozik. A BCG-oltás után 10 mm-nél kisebb átmérőjű induratióval járó tuberkulin-negatív egyének evről evre meg kell ismételní a tuberkulinpróbát.

A „tuberkulin-átcsapás” sok félreértésre adott okot. Ha egy 0—2 mm átmérőjű tuberkulin-induratio megismételt tuberkulinpróba kapcsán 3 mm átmérőjűvé növekszik, biztosan leolvasási hibáról és nem tuberkulin-átcsapásról van szó. Valódi tuberkulin-átcsapásról akkor beszélhetünk, ha az előzőleg 0—2 mm-es induratio legalább 10 mm átmérőjű lett és ez az eredmény a próba megismétlésekor is hasonló volt. Ebben az esetben tényleg tuberkulin-átcsapásra, tbc-s megbetegedésre lehet gondolni és a betegen röntgenvizsgálatot kell végezni. Ugyanezt az eljárást kell alkalmazni tuberkulin-reverzió esetén is: ha az induratio 10 mm-nél kisebb átmérőjűre csökkent, majd ismét az eredeti nagyságúra emelkedett. Ez a jelenség BCG-oltás után az ismételt tuberkulinpróba „fokozó”, („booster”) hatására is jelentkezhetik. *Pongor Ferenc dr.*

A direkt BCG-oltás az alacsony tbc prevalenciájú országokban.

Mydlak, G. (Bezirkstelle für Lungenkrankheiten und Tuberkulose Cottbus, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsgorg. 1982, 158, 215.

Az NDK-ban jelenleg a tbc-incidencia 0,1%-nál is kevesebb. Ez a körülmény jelentősen csökkentette az újszülöttek profilaktikus és a 16 éves tanulók ismételt BCG-oltását. Ezzel kapcsolatban merült fel az előzetes tuberkulin-vizsgálat nélküli direkt BCG-vakcinálás problémája. Ennek a tanulmányozására

1973-ban és 1979-ben két vizsgálatot végeztek, 3772 személyen direkt, 2515 személyen pedig indirekt módszerrel. Megállapították, hogy az 1980-os évek elején a 16 éves fiatalokon a tbc fertőzés prevalenciája 7%-ra becsülhető. Az újszülöttek és a 16 éves fiatalok tömeges BCG-oltása után a tuberkulinnak az allergiát fokozó (booster) hatása már megszűnt. 1973-ban azt vizsgálták, hogy a BCG-oltás után 2—10 héten belül melyik időpont a legalkalmasabb a vakcinálás helyén keletkezett reakció leolvasására. Erre a célra a fekélyképződés arányát és a 10 mm átmérőn felüli induratiót vették figyelembe. A legjobbnak a negyedik heti leolvasás bizonyult. A fekélyarány 50%-kal nagyobb volt a direkt, mint az indirekt vakcinálás után. Az 1979-ben végzett vizsgálat szerint az egyéneknek csupán egynegyede lett tuberkulin-pozitív. Jelentősen csökkent ez az arány az újraoltottakon is. Az 1973-ban végzett vizsgálat szemből 1979-ben már egyik BCG-vakcinálási módszer között sem észleltek különbséget. Abnormális oltási reakciót, így 20 mm átmérőjűnél nagyobb fekélyt csupán 0,25%-ban észleltek. 3 könnyen uralható nyirokcsomó-gyulladás kivül egyéb oltási szövödményt mindkét vakcinálási módszer után sem észleltek. Mindezek alapján megállapították, hogy az NDK-ban a jelenlegi tbc epidemiológiai helyzetnek megfelelően az iskolás korú gyermekek direkt BCG-oltása habozás nélkül elvégezhető. Ilyen módon elkerülhető az a megterhelés, amit az előzetes tuberkulin-vizsgálatkor keletkezett hyperergiás reakció okozott. A Mantoux-próba után ez a vizsgáltak 3,5%-án keletkezett.

Pongor Ferenc dr.

SEPTO—DOL



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

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

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Fekvő- és járóbetegellátó intézetek, egyéb egészségügyi intézmények helyiségeiben a mosható padló- és falburkolatok, ún. szaniter berendezési tárgyak (WC-csészék, ágytálak, ágytálmások, mosdó- és mosogatókagylók, vizezőkagylók, kádak, zuhanytálcák), mosható bútorok, hűtőszekrény szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatóanyag tartalmú tisztítására.

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

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ÉRC- ÉS ÁSVÁNYBANYÁK
Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



MEGJELENT

SZEMÉSZET 1984. 1. szám

- Takáts István: Trabeculectomia és a glaucomás szem.
Németh Béla, Fodor Mária, Bencsik Rózsa: Az üvegtesti vérzés okairól.
Brooser Gábor, Anda Lujza: Szemészeti tapasztalataink a diabéteszes terhesek gondozásában.
Varga Margit, Mucsi Gabriella: Argon lézer alkalmazása az ablatio retinae sebészeten.
Ahi Olga: Szempontok a glaucoma simplex kezelésében.
Hald Tamás: Tapasztalataink a Quéré-féle dozirozási séméval kancsalságellenes műtéteknél.
Rác Péter, Kósa Éva, Kovács Bálint, Szigeti András, Pálvölgyi Anna: Von Hippel-angiomasos retinae hypernephromával kapcsolódott esete.
Kovács Bálint: A subretinalis érújdokképződés.
Szilvási Ildikó, Gács Gyula: Arteria centralis retinae elzáródás oclusiv carotis betegségeknél.
Vastag Oszkár, Bánkuti Hedvig, Bali Ildikó: A tobramycin szemészeti alkalmazása.
Szabó Ilona, Kovács Bálint: Retinopathia traumatica (Purtscher).
Józsa Márta: A gyors fázisú axonalis áramlás vizsgálata macskákban ³H-Leucinnal.
Kuhn Ferenc, Kovács Bálint: A veleszületett papillagödör.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1984. 1. szám

- Somogyi Endre dr.: Feladataink az igazságügyi orvostan továbbfejlesztésében.
Szabó Árpád dr.: Gondolatok az orvosi rehabilitációs szemlélet érvényesüléséről az igazságügyi orvosszakértői munkában.
Antal Magdolna dr., Mucsi Gabriella dr.: A diazepam-ketamin kombinációs érzéstelenítés hatása a retina ultrastruktúrájára.
Bodrog István dr., Mohácsy Judit dr., Urai László dr.: Az érfal patomorfológiája transzuminális, angioplasztika után. Fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatok.
Józsa László dr., Renner Antal dr., Sántha Ernő dr., Réffy Antal dr.: Az emberi kézizmok elváltozásai mozgatóideg sérülés után.
Szendrői Miklós dr., Lapis Károly dr., Derouette Jean-Cloude, Godeau Gaston, Labat-robert Jacqueline: A fibronectin megoszlásának változása patkány májban, különböző hemodinamikai feltételek mellett.
Adorján Adél dr.: Ritka lokalizációjú amyloidosis.
Mátyás György: A vízűveg mint ragasztóanyag a szövettani technikában.
Dette Zoltán dr., Tarján Gábor dr., Külkey Orsolya szig., Balogh Lídia dr., Schmidt Károly dr.: Oligomeganephronia.
Kadás István dr.: Pleomorf lipoma.
Schaff Zsuzsa dr., Lapis Károly dr., Szécsényi Andor dr., Szendrői Miklós dr., Faller József dr.: A máj lokális noduláris hiperplazijának hisztokémiai vizsgálata.
Bán András dr., Ferenczy Sándor dr.: A lép epidermoid cisztája.

MAGYAR REUMATOLÓGIA

1984. 1. szám

- Németh Julianna dr., Mézes Miklós dr., Bartosiewicz Gábor dr.: Az A-vitamin szint vizsgálata spondylarthritis ankylopoeticában szenvedő betegek vérplazmájában.
Balogh Zsolt dr., Lelkes Katalin dr., Merétey Katalin dr., Vogt Ferenc dr.: HLA-B27 antigén előfordulásának gyakorisága juvenilis krónikus arthritiben.

- Szvétek László dr., Korda Judit dr., Domján László dr., Genti György dr., Bálint Géza dr.: Egyszeri histamin iontoforézis és stabil galvánáram kezelés hatása akut lumbágóban szenvedő betegek gerinemozgasára.
Poór Gyula dr.: A csomók calcium metabolizmusáról III.
Mán Dezsőné: A Tai Csi Csúan kínai torna módszer bemutatása és alkalmazási lehetősége a gyógytornában.
Bart Marietta dr., Bálint Géza dr., Halász Katalin dr., Pető Iván dr., Sas Géza dr.: Kombinált keringő anticoagulans okozta vérékenység autoimmun betegségben.
Szász Ferenc dr.: A clavícula acromiialis ízvégeinek hydrocortison infiltráció okozta aszeptikus esonetalhása.
Vajda Ákos dr., Ács Zsuzsa dr.: A „Nail-Patella” szindróma (NPS) előfordulása intézetünk beteganyagában.
Bukosza Mária dr., Gaál Marianne dr., Szabó Zoltán dr., Bálint Géza dr.: Térdzületi synovitisiek differenciál-diagnosztikája VII.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1984. 1. szám

- Szél György dr., Nagylucskay Sándor dr., Rác István dr., Vedres István dr., és Horváth Attila dr.: A vírus-hepatitisek gyakoriságának vizsgálata Budapesten nemi betegek és kontaktaik körében.
Galgóczy József dr., Horváth Attila dr., Kulcsár György dr., és Simon Gyula: Gombák, baktériumok és protozoonok szerepe a szexuális úton terjedő betegségekből.
Daróczy Judit dr. és Feldmann Júlianna dr. és Tímár Károl ydr.: Malignus tumorház társuló verrucosus pappilomatosis (acanthosis nigricans) „szőrös tenyér” és atipusos fibroxanthoma.
Majtényi Piroska dr. és Gujdi Judit dr.: Naevus comedonicus systematikus.
Daróczy Judit dr.: Mi az Ön diagnózisa?
Dömötör András dr., Korossy Sándor dr., Nebenführer László dr., Varga Mária dr. és Dinnyés Mária dr.: Bricanyl kezeléssel szerzett tapasztalataink krónikus urticariás betegekben.
Török Ibolya dr. és Várkonyi Viktória dr.: Genitális candidosok Gyno-Pervaryl kezelése.
Török László dr., és Judák Rita dr.: A hirsutismus antiandrogén kezelése.

MAGYAR SEBÉSZET

1984. 1. szám

- Nemes Attila, Mogán István, Acsády György, Solti Ferenc, Turbók Eszter, Papp Sándor: Az arteria anonyma sebészetéről.
Mogán István, Acsády György, Szabó Imre, Nemes Attila, Papp Sándor: A supraaortikus értörzsek sérüléseiről.
Péterffy Árpád: Célszerű-e a bal oldali thoracotomiás behatolás a nyelcső alsó harmadát és cardia-tumorok resectiójára?
Kiss Lajos, Jámbor Gyula, Juhász Ferenc, Gyurkovics Endre: Rosszindulatú daganatos betegek végzett rekonstruktív érműtétek.
Fazekas Tibor, Vadász Gizella, Szabó Károly, Mártha László: A Brunnermirigy hyperplasiáról.
Kiss II. Sándor, Tari Pál: Masszív epedüt elzáródást és biliobronchialis fistulát okozó máj echinococcus sikeresen operált esete.
Keleti György: Első tapasztalataink a percutan transhepatikus belső drainezés és epedüti prothesis alkalmazásával pancreas fej tumor esetében.
Dubecz Sándor: Az anus prae-val élőlk rehabilitációja.
Réfi Miklós, Mártha László, Sült Tamás: A recidív obturator herniáról.
Várhelyi Imre, Szűcs Géza, Balogh Eszter, Kiss Béla: Haemorrhagiás lépseudocysta.

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

1984. 1. szám

- Milch Hedda, G. László Vera, Sz. Csőrán Erzsébet: Salmonella typhi-rium fertőzések epidemiológiai elemzése laboratóriumi módszerek alapján I.
Jánosi László: Csecsemőothoni járvány során kitenyészett Staphylococcus aureus törzsek antibiotikum rezisztenciája. IV.
Czirók Éva, Marton Anna, Csik Márta, Solt Mária: Az Escherichia coli virulencia faktorai I.
Lantos Judit, Fekete Judit, Horváth Judit, Kiss Iona: Kórházi osztályokon fekvő, veszélyeztetett betegek környezetéből izolált Gram-negatív baktériumok antibiotikum rezisztenciájának megoszlása és R-plazmid átvitele.
Bares István, Balázs Károly: Aminoglikozidok szérumszintjének meghatározása mikrobiológiai módszerrel, kombinált antibiotikum terápia esetén.
Er Lajos, Galgóczy Iona: A gyógyszer-gyártásban dolgozóktól származó Staphylococcus aureus és Escherichia coli törzsek R-plazmid hordozása.
Nagymajtényi László, Selypes András, Berencsi György: Az aerogen ólom-expozíció mutagen és fótotoxikus hatásának vizsgálata egéren.
Takács Sándor, Tatár Albert: Az emberi szervek mikroelem tartalma az életkorral összefüggésben.
Stohmayer Ágnes, Karmos-Várszegi Mária, Szlobodnyik Judit, Zilahy Gyuláné, Dura Gyula, Török Géza, Dési Ilés: Két piretroid típusú peszticid, a dekametrin és a temetrin akut és szubakut toxikológiai vizsgálata, különös tekintettel a neurotoxikus hatásokra.
Szajki Ibolya: Néhány nagyüzemi és háztáji körülmények között termelt élelmiszerfajta nehézfém tartalmának összehasonlító vizsgálata.
Hotya János: Fulvosavak és huminsavak a dél-alföldi ivóvízben.
Sipos Margit, Bíró Zsigmond: Patogén és fakultatív patogén baktériumok szaporodása és túlélése termálvizekben.
MAGYAR ONKOLOGIA
1984. 1. szám
Ottó Szaboles dr., Bauer Erzsébet dr., Végh Zsuzsa és Kocsis György dr.: Biológiai folyadékok fehérjekomponenseinek kimutatása és immunkémiai vizsgálata.
Romics Imre dr., Horváth József dr., Levamisol in vitro hatása limfociták E-rozetta képzésére urológiai daganatos betegekben.
Romics Imre dr., Horváth József dr.: Phagocytosis vizsgálata urológiai tumoros betegekben.
Döbrentey Eszter dr.: Kezeletlen non-Hodgkin lymphomás betegek perifériás B-lir-focitáinak kimutatása latex-partikulával konjugált polyvalens antihuman immunoglobulin immunszérummal.
Stumpf János dr., Nagykálnai Tamás dr., Kenéz József dr.: A több irányú rétegvizsgálat szerepe az orrgarati daganatok kezelésében.
Zaránd Pál, Arató Iona: A területi terápiai dozimetria jövője.
Welsz Csaba, Katona Ernő, Zaránd Pál dr., Polgár István: A termolumineszcens (TL) dozimetria felhasználása perkután ⁶⁰Co besugárzások ellenőrzésére.
Dorsics György dr., Kadás István dr.: Cervix carcinoma és praeblastomás elváltozások 20 évesnél fiatalabb nőkben.
Ormos Jenő dr., Horváth Katalin dr., Kelemen Endre dr.: Eritropoetin-termelő veserák elektronmikroszkópos vizsgálata.
Padányi János dr., Kocsis Sándor dr.: Adatok az emlőrák konzervatív műtéti kezeléséhez.
Juhász Béla dr., Nagy Gyula dr., Hernádi Zoltán dr.: Világosjeles veserák portio metasztatizása.

Ben Eisman (szerkesztésében): **Prognose chirurgischer Erkrankungen** (Sebészi megbetegedések prognózisa). F. Enke Verlag, Stuttgart, 1983. (Angolból fordította: R. Bähr.) 543 oldal, 222 ábra, 109 táblázat. Ára: 168 DM.

Tizennégy fejezetre, ezen belül 155 alcímre tagozódó könyv, 145 szerző munkája. A szerzők túlnyomó többsége, 126-an, Denverben (Colorado), 17-en az Egyesült Államok más egyetemén dolgoznak. Két svéd szerző képviseli Európát.

A könyv szerkezete jelentősen eltér a szokásos tankönyvektől. Célja nem is az egész sebészet tárgyalása. Csupán gyakorlatilag fontosabb, gyakrabban előforduló megbetegedések, műtétek prognózisával foglalkozik. A neurochirurgia címszó alatt a zárt agy- és gerincvelő-sérülések, spontán intracranialis vérzések, spina bifida, hydrocephalus, discus hernia, meningeoma, glioma szerepel. A fej és nyak sebészetéről szóló fejezet a pajzsmirigy sebészetével, az ajak, száj, nyelv, hangszalagok rákjával, acut és chronicus tonsillitissel foglalkozik. Bővebb az érsebészeti, a mellkas-szív-sebészeti, hasi sebészeti rész. Egyes fejezetek túllépnek a szorosan vett sebészet határain, s nőgyógyászattal, urológiával, gyermekgyógyászattal (gyermeksebészet), orthopediával (főleg traumatológiával) foglalkoznak. A gynaecologia sem teljes, de művi abortustól a hysterectomiáig 13 alcímre tagozódik. Az urológiai fejezet 9 megbetegedést és 3 műtét megoldást tárgyal. A gégeszetről a nyelv és hangszalagok rákja szerepel. Hazai megfogalmazás szerint inkább operatív szakmák (szemészet kivételével) prognosztikája, mely összehasonlítást ad a konzervatív kezeléssel.

Az általános rész 4 témát ölel fel: A parenterális táplálást, az öngyilkosságot, gerincvelői érzéstelenítést, localanaesthesiát. Végül egy táblázat a várható életkort tünteti fel.

A könyv statisztikai módszerekkel ismerteti a sebészi megbetegedések műtét és konzervatív kezelésének eredményeit. A mortalitás, morbiditás, recidiva, postoperatív syndromák, a túlélés valószínűsége igen szemléletes ábrákon kerül bemutatásra. A szerkezeti felépítés megbetegedés, néhány esetben műtét szerinti tanulmányozást tesz lehetővé. Az albumszerű forma is ezt segíti elő. Egy-egy alcím (téma) egymással szemben levő lapokon, ábrából és magyarázatból álló egységeit alkot. Vegyük példaként a rectumcarcinomát. A nyitott könyv egyik oldalán az ábra, a másikon a hozzá tartozó magyará-

zat látható. Az ábrán a végbélrákot nyíljal jelzett vonalak osztják ketté, a tumor localisatiója szerint, az anustól 10-12 cm-re, illetve ennél kisebb távolságra levő daganatra. A magasan elhelyezkedő tumor esetében további vonal mutat a műtét megoldására (anterior resection), annak mortalitását is jelezve. Innét négyfelé ágazik, s a Duke-féle beosztásnak megfelelően tünteti fel az egyes fokozatok 5 éves túlélési arányát. A másik kiinduló vonal az anushoz közelebb fekvő daganatra, majd annak három műtét megoldására mutat. Az egyik az abdominoperinealis exstirpatio, ahonnan a szétágazó jelzések, ugyancsak a Duke-beosztás szerint, a túlélési százalékok ismertetik. Második ágon az abdominotranssacralis resectio, harmadikon az elektrocoagulációs módszer látható, mortalitási, morbiditási, túlélési adatokkal. A könyv másik oldalát az ábrához tartozó magyarázat, kiegészítés foglalja el, mely a praecarcinosisokat, a Duke-féle beosztás ismertetését, a műtét szövődményeket stb. tartalmazza.

Ha önálló témaként műtétet tárgyalnak (splenectomia, nephrectomia, pneumonectomia, hysterectomia), az ábra ugyancsak jól áttekinthetően demonstrálja a műtét halálozást, szövődményeket stb., műtét megoldások szerinti csoportosításban. A másik oldalon a magyarázat részletesen kitér a műtét javallatokra, a hiánytünetekre stb. A két oldal tehát, az ábra és a szöveges rész kiegészíti egymást. Az ábrákon levő betűjelzések segítségével a másik oldalon bővebb magyarázatot kap az olvasó. Így válik teljessé, könnyen érthetővé egy-egy megbetegedés, műtét megoldás prognózisa.

B. Eisman bevezetőjében írja, hogy azok a sebészek, akik idegenkednek a statisztikától, maguk is legalább intuitív statisztikusok. Az operatív ténykedés eredményeiről kétféleképp lehet meggyőződni. Az egyik a saját észlelés. De ahhoz, hogy megfelelő mennyiségű tapasztalatot szerezzen valaki, egy egész életre van szükség, s az sem elég. Az ismeretek szerzésének másik módja a szakirodalomnak, mások tapasztalatainak felhasználása. Amit a tudomány felderített és statisztikai adatokkal közreadott, azt fel kell használni. Minden orvosi beavatkozás következménye, a jó vagy rossz eredmény csak statisztikai módszerekkel valószínűsíthető.

A számokban azonban nem lehet kritikátlanul megbízni. Két szerzőnek ugyanarról a betegségről szóló közleménye ritkán hasonlít teljes mértékben egymáshoz.

Az esetek kiválasztása, annak megítélése, hogy mi a „jó” és mi a „rossz” eredmény, nem mentes szubjektivitástól. Az irodalomban valószínűleg több kedvező eredmény látott napvilágot, mint kedvezőtlen. Rossz eredményekről, kudarcokról ritkán készülnek tanulmányok.

Megbízható valószínűségi számításokat csak nagy beteganyagra támaszkodva lehet végezni. A szerzők felhívják a figyelmet, ha kisebb beteganyagból leszűrt eredményeket közölnek. A májtranszplantációról szóló fejezetben 58%-os egyéves túlélés szerepel, de megjegyzi a szerző, hogy csupán 12 esetről van szó, s heten éltek még legalább egy évet a műtét után. A perforált nyombélfekély műtét ellátásának 6 módozata között szerepel a fekély elvarrása és parietalsejt vagotomia, 0%-os mortalitással és 0% recidivával. Ennek alapján úgy látszana, hogy ez a legtokéletesebb megoldás. A szöveges részben azonban megmagyarázzák, hogy kis széria alapján történt a számítás, ezért általánosan nem fogadható el. A számok, százalékok halmazában ezeket a torzulásokat tekinteni veszik. A mortalitást vagy a recidiva arányát nem egyetlen számmal fejezik ki, hanem gyakran 3-4 szerzőtől származó, szélsőséges százalékokat közölnek. Pl. vérző ulcus duodeni miatt végzett vagotomia és pylorusplastica mortalitása 8-22%, a recidiva 3,1-16%. Azzal, hogy ezeket a jelentős eltéréseket közlik, az eseti elbírálás fontosságát hangsúlyozzák.

A fordító Bähr szerint német nyelven eddig nem jelent meg ehhez hasonló mű, mely ilyen átfogóan ismertetné a tárgyalat megbetegedések mortalitási, morbiditási adatait, összehasonlítva a konzervatív kezeléssel. A könyv igen részletesen és tömören, nagy irodalmi anyagra támaszkodva dolgozza fel a kiválasztott témákat. Nemcsak a könyv szerzői, hanem a felhasznált irodalom is majdnem kizárólag amerikai. A magas színvonal ellenére, néhány észrevétel megtétele szükségesnek látszik. Kevésbé érthető, hogy ha már traumatológiával foglalkoznak, a vállöv, felső végtag, medence és csípőizület töréseit tárgyalják, miért maradtak ki a csípőtől lefelé, az alsó végtag törései? Az ulcus ventriculi perforatiója sebészi ellátásának módszerei között nem szerepel a legegyszerűbb, a sutura.

Kissé szokatlanak tűnik, hogy a 65 évesnél idősebb lágýkéserves betegek terápiájával foglalkozva, a szerző kitér a költségekre is. Megtudhatjuk, hogy egy sérvkötő 50 dollár. Idejében elvégzett herniotomia 1190 dollár, viszont sürgős műtétként már 1410 dollárba kerül. Ezzel kapcsolatban egy régi eset jut eszembe. Több mint három évtizede egy idős gazdálkodót hoztak a sebészeti osztályra. Miután közöltük a hozzátartozókkal, hogy

átíródott fekély miatt meg kell operálni az öreget, a fia megkérdezte: érdemes még költeni rá?

A könyv előnye a benne szereplő témakörök alapos feldolgozásán kívül az újszerű forma, a jó áttekinthetőség.

Nemcsak sebészek, hanem nőgyógyászok, urológusok, gégszék számára is melegen ajánlható az értékes mű.

Viczian Antal dr.

Lange, S.: Niere und ableitende Harnwege (Röntgen — wie? — wann? — Band IX.) G. Thieme, Stuttgart—New York, 1983. 217 oldal, 94 ábra, 422 felvétel. Ára: 29,80 DM.

Újabb kötettel gazdagodott a könyvsorozat, amelynek keretében eddig 8 mű jelent meg. Mindaddig nem volt olyan összefoglaló munka kapható, amely a hagyományos urológiai röntgen-vizsgáló módszerek mellett tartalmazta volna a komputertomográfia, az ultrahang-, az izotópdiaosztikai és az angiográfiás vizsgáló módszereket is.

A könyv első 22 oldala ezeket a vizsgáló módszereket ismerteti. Külön kitér a kontrasztanyagok kémijára, mellékhatásaira és azok elhárítására. A könyv állásfoglalása szerint minden urográfia befejezésekként álló, vizeles utáni felvételt is kell készíteni — ezt a magunk részéről nem minden esetben tartjuk szükségesnek. Kompresziós felvételt is csak igen ritkán alkalmazunk az infúziós technika rendszeressé válása óta.

Kár, hogy kimaradt a vizsgáló módszerek felsorolásából a pedális lymphográfia, amely a here és a hólyagtumorok metastasisainak detektálásában az egyik alapvető lehetőség.

A könyv ezután 11 oldalt szentel a normális urográfiai viszonyok ismertetésének, s teszi ezt tömören, összefoglaló jelleggel. Ezt a vesék kongenitális és szerzett helyzetváltoztatásainak felsorolása követi, majd az egy- és kétoldali vesemegnagyobbodás, illetve megkisebbedés okaira tér át. A tematikai felsorolást folytatva az egy- és kétoldali funkciócsökkenés, a vese térszűkítő folyamatai és az elfolyási akadállyal járó kórképek ismertetése következik. Hasonló szempontok szerint mutatja be az ureter, a hólyag és az urethra betegségeit. Majd az uropoetikus rendszerről CT-, ultrahang-, izotóp- és angiográfiás vizsgálattal nyerhető képi információk ismertetésére tér át.

A könyv második felében betegségek szerinti felosztásban foglalkozik a képi diagnosztika tünettanával. Hasznos, hogy ezek előtt mindig röviden kitér a betegségek klinikai manifesztációjára is.

A könyv utolsó nyolc oldala az urológiai traumatológia röntgen-vonatkozásait ismerteti.

A könyv ábrái és a közölt röntgenfelvételek a megszokottnál jobb

minőségűek, szemléletesek. A felsorolások német precizitással minden lényegi elváltozásra pontról pontra kiterjednek.

A könyv legnagyobb hiányossága, hogy nem foglal egyértelműen állást a vizsgálati taktika kérdéseiben. Meg sem kísérli, hogy „döntési fák”, diagnosztikai algoritmusok felvázolásával jelezze álláspontját a legaktuálisabb kérdésben: mikor milyen vizsgálat, és miért? A radiológiai diagnosztikai arzenál nagymértékű kibővülésének korszakában a racionális diagnosztikai tevékenységnek ez a központi kérdése.

A könyvecske — ugyan címében nem is ígérte — de nem is tárgyalja a genitáliák röntgenvizsgálatának lehetőségeit, holott ez a két szervrendszer fejlődésánál, anatómiaiailag és klinikailag is szorosan egymáshoz kapcsolódik.

Mindezzel együtt a kiadvány igen hasznos mindazoknak, akik pontos összképet akarnak kapni a ma használatos urológiai leképező vizsgálatokról.

Csákány György dr.

Largiadér, F., H. Sauberli, O. Wicki: Checkliste Viszerale Chirurgie. Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York 1983. 358 oldal. Ára: 36 DM.

A mű a 3. átdolgozott és bővített kiadás, mely a szerzők megfogalmazása szerint is kézikönyv. Ennek megfelelően használata elsősorban a klinikusok mindennapi gyakorlatában kívánatos. A kézikönyveknek megfelelően, minden „mellékszöveg” nélkül, pontokba szedve felsorolja az egyes kórképek tüneteit, diagnózisát, differentialediagnózisát, konzervatív- és sebészi terápiáját.

A könyv öt részre oszlik, úgy, hogy egy-egy részt a lapok színváltozása is jelzi (szürke, kék, rózsaszín), ezáltal is megkönnyítve a keresett kórképre vonatkozó ismeretek gyors kikeresését.

Rövid bevezetés után a tartalomjegyzék következik. Ezt követi a 17 oldalon tárgyalta fizikális vizsgálati módszerek, a nyak, emlő, mellkas és a has, ill. a hasi szervekre vonatkozóan, a proktológiai résszel bezárólag. Ugyanezen a részen belül kerülnek ismertetésre a legszükségesebb laboratóriumi vizsgálati értékek az SI rendszer keretében.

A következő fejezet (17—177 oldal, kék színnel jelölve) — a nyaki szervektől elindulva, a végbéllel bezárólag — ismerteti azokat a betegségeket, amelyek elsősorban sebészi vonatkozásúak, pontokba szedve, az alábbi felosztásban: általános tudnivalók, vizsgálati eljárások, diagnózis és differentialediagnosztika, akut tennivalók, konzervatív terápia, műtéti technika (résztelvezés nélkül), prognózis.

A következő szakasz (177—340. old., rózsaszínűvel jelölve) — az említett kórképek sorrendjében —

tárgyalja a műtéti elveket, az indikációt, a műtéti technikát. Ezen utóbbit segítik a vázlatos ábrák, melyek száma: 150.

Az utolsó rövid fejezet (341—358 old., szürke színnel jelölve) a sebészeti kórképekben használatos antibiotikumokat, azok indikációit, nem kívánatos mellékhatásait, az anticoaguláns terápiait ismerteti. Ugyanezen rész foglalkozik ill. sorolja fel azokat az eseteket, amikor mesterséges lélegeztetés szükséges, pontokba szedve annak lehetséges szövődményeit is. Az utolsó néhány oldal a katéterezés, a sebek drenálása, a parenterális táplálás, a folyadékpótlás, a sebkezelés, valamint a keringéssel kapcsolatos sebészi ismereteket tartalmazza.

A kézikönyv elsősorban a gyakorló sebész, belgyógyász számára használható, mert állandóan „kéznél” tartható és sürgős esetben is lehetővé teszi az adott kórkép gyors áttekintését. A szakorvosjelöltek, a medikusok — elsősorban a szigorló orvosok — számára is hasznos, mert a vizsgára való felkészülést jelentős mértékben megkönnyíti.

Ihász Mihály dr.

Hermichen, H. G., Renz-Bäumer, M.: Hüftgelenksprothesen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 1983. Ára: 19,80 DM.

A 88 oldalas kis könyv egy orvosi tanácsadó sorzat külön kötet. A kiadó szakorvosok nevében ajánlja, akiknek kevés idejük van felvilágosításra, betegek számára, akiknek sok kérdésük lenne.

A kötetet 10 éves tapasztalat és együttműködés alapján a tübingeni Baleseti Klinika szakorvosa és gyógytornásznoje állították össze. A szakmai körökben Magyarországon is jól ismert Weller professzor előszava fémjelzi a művet.

A kötet első részében az orvos-szerző azt a nem könnyű feladatot vállalja magára, hogy röviden, korszerűen és szakszerűen ismertesse a csípőízület felépítését, működését valamint sérülései és egyéb eredetű elváltozásait. Az arthrosis kezdeti szakaszától kezdve bemutatja a konzervatív és operatív kezelés lehetőségeit. A kezelés menetében kijelöli az osteotomia, arthrodesis és resectio helyét. Nagy érdeme, hogy a prothesis beültetését nem különállóan, mint legjobb megoldást, hanem egy átfogó kezelési elv részeként tárgyalja. Felhívja a figyelmet arra, hogy a prothesis beültetése a kezelésnek csak egy része és a műtéti technika mellett a folyamatos és tervszerűen felépített mozgásgyakorlatok is döntően befolyásolják a végeredményt. A kötet legértékesebb, újszerű fejezete a műcsípővel való együttélés szabályainak leírása. A betegnek meg kell értenie a műtét előnyeit és hátrányait egyaránt, azt, hogy mit szabad és mit nem. A műtét legfőbb előnye a fájdalom-

mentesség, nem szabad, hogy túlzott igénybevételt eredményezzen. Részletezi a józan, de értékes életvitel lehetőségeit.

A kötet második része egy team munkához szokott, tapasztalt gyógytornász tervszerűen átgondolt és felépített, képekkel illusztrált gyakorlatait mutatja be. A közvetlenül műtét után fekvő helyzetben már végezhető gyakorlatokat fokozatosan fejlesztí a teljes terheléssel végezhető gyakorlatokig. A tervszerű felépítést a fejezetek címe is mutatja: gyakorlatok háton fekvő, oldalt fekvő, hason fekvő helyzetben. Gyakorlatok ülő helyzetben. Állás, járásgyakorlatok tehermentesítve, terheléssel. Lépcsőn járás, vízalatti torna. Külön oktatja a betegeket a lábállás, a lépés ritmus és testtartás helyességének ellenőrzésére és javítására. Ez a rész nemcsak a hazabocsátott és magára hagyott beteg részére hasznos, hanem kevésbé tapasztalt gyógytornászok számára is eligazító.

A könyv sikerét mutatja, hogy rövid idő alatt második kiadása is megjelent.

Az olvasó szakember örömmel üdvözlő egy ilyen felvilágosító könyvecskét. Ma már Magyarországon is több ezerre tehető a csípőprothesissel élő betegek száma, és még sokan várnak műtetre. Egy hasonló magyar nyelvű könyvet érdeklődéssel fogadnának.

Farkas Tamás dr.

Günter Ammon (hrsg.): **Handbuch der dynamischen Psychiatrie**. Bd. II. 1982. Ernst Reinhardt Verlag München—Basel, 918 old.

Günter Ammon és irányzata, a pszichoanalízis és a dinamikus pszichiátria berlini iskolája, ill. a Deutsche Akademie für Psychoanalyse és testvérszervezetei egyszer már közreadták felfogásuk reprezentatív összefoglalását a Handbuch első kötetében. Ebben Ammon elméletei már kiforrott értelmezést kaptak. Nagy fejezetek foglalkoztak a freudai ösztönkonceptió kritikájával, a tudattalan új magyarozatával, az újfajta énlélektannal és az erre épülő pszichopathológiai és pszichoterápiás teóriarendszerrel és szemlélettel.

Ez az első kötet 1980-ban került ismertetésre az Orvosi Hetilapban. A kötet maga 1979 novemberében, a Deutsche Akademie für Psychoanalyse XI. Nemzetközi Szimpóziumára (Lübeck-Travemünde) jelent meg. A folytatást megjelenítő második kötet ugyancsak egy ilyen szimpóziumra (ami egyben a Dinamikus Pszichiátria Világtársaság második kongresszusa is volt, és ugyancsak Travemündében került megrendezésre) látott napvilágot, 1982-ben. Ez az irányzat újabb fejlődését mutatja be. A kötetből kiderül, hogy a Handbuch további kötetei is várhatók, a következő

kötet már előkészületben van. Eből is látható, hogy a berlini iskola valóban dinamikus fejlődésben van, új szempontokkal gazdagodik, kibontakozása gyorsabb ütemű, mint a korábbi években volt.

A második kötet lényegében épít az elsőre, annak tételeivel ellentmondásba nem kerül. Csupán a szociálenergia fogalma és alkalmazási módja változott meg Ammon és munkatársai felfogásában az első kötethez képest, ám ez a koncepció az első kötet nyomdába adásakor még éppen kidolgozás alatt állt, és a közlemények jeleztek, hogy a végleges kimunkálás még nem következett be. Egyébként inkább az iskola új érdeklődési körei és újabb kutatásai nyerne bemutatást a második kötet fejezeteiben.

Az újabb fejlemények többrétűek. A második kötet elején olvasható a szociálenergiái elvet és alkalmazását tárgyaló nagy fejezet. Majd a dinamikus pszichiátriai irányzat módszerintegrációs törekvéseiről van szó. Ez komoly előrehaladás, habár a dinamikus pszichiátriai irányzat kezdettől fogva azt képviselte, hogy a klasszikus pszichoanalitikus módszert csoportpszichoterápiával és miliótherápiával kell kiegészíteni. Az utolsó években az irányzat még nyitottabb lett, és más hatékony terápiás eljárásokat is alkalmaz. Az alkalmazás elvi kereteit és más módszerekkel való csatlakozási pontjait a Deutsche Akademie für Psychoanalyse szakemberei igyekeznek pontosan kidolgozni.

A nyitottság jele, hogy az irányzat más nagy iskolák álláspontjait és elméleteit is befogadja, és azokat felhasználja, azokból tanulni igyekszik. Különösen a szovjet pszichológia grúz iskoláját, az ún. Uznadze-féle iskolát kezeli Ammonék nagy tisztelettel. A grúz iskola a tudattalan beállítódások nagy pszichológiai szerepének hangsúlyozásával közel van a dinamikus pszichiátriához, többek között a tudattalan elfogadása miatt is. A grúz iskola is kifejezésre juttatta a szemléleti rokonság felismerését, mivel az 1979-ben Tbilisiben rendezett nemzetközi tudattalan-szimpoziumon Ammon és irányzata kiemelt helyet kapott, és a közelítés lehetőségei megfogalmazódtak. A tényleges együttműködést megnehezítette a grúz iskola vezetőjének, Apollon Szerozjának váratlan halála. Halála előtt azonban Szerozja még összefoglalta elméletét, és ez most a Handbuch második kötetének egyik nagy fejezete.

A dinamikus pszichiátriai irányzat agyopathológiai és idegéletani kutatásokba is kezdett, ezeknek eredményeit, ill. a tárgyalt témák irodalmi áttekintését a különböző elméletekkel konfrontálták és kapcsolatba hozták. Különösen az Ammon-féle strukturális énlélelet számára adnak a neurofiziológiai kutatások értékes támponto-

kat. A dinamikus-pszichiátriai irányzat szerint a személyiségzavarok ontogenetikus — személyiségfejlődés során, kóros interpersonális hatásokra bekövetkező — jelenségek, a súlyosabb zavaroknak (mint pl. a pszichózisok) azonban van organikus szubsztrátuma is. Ez azonban nem oki tényező jelent, hanem azt, hogy az idegrendszer „szisztemogenezise” is magán viseli a károsodások nyomát és részt vesz a betegségfolyamat fenntartásában. Az idegrendszer szerkezete, működési folyamatai, a féltékék közötti munkamegosztás, a neurotranszmitterek hatásai, stb. érdekesek és fontosak a dinamikus pszichiátria szempontjából, mert ezek segítenek a betegségek megértésében és esetenként kezelésében is.

Érdekes fejezetet írt Dörte Griepenstroh Benedek István pszichiátriai felfogásáról, az Aranyketrec című könyv alapján. Az Aranyketrec nagy becsben van Ammon irányzatában, a főbb nézetek sok hasonlóságot mutatnak Ammon elméleteihez, ezt vizsgálja a fejezet.

A kötet nagyobb részében a berlini iskola ismeretelméleti alapjairól, kreativitással és irodalompszichológiával kapcsolatos kutatásairól, identitás- és schizophrénia vizsgálatairól van szó, igen érdekes fejezetekben. A fejezetek szerzői között vannak az iskolához kívülről csatlakozó külföldi szakemberek is, így pl. a tudattalan kreatív erőiről írt egy fejezetet Benjamin B. Wolman, ismert amerikai pszichiáter, több pszichiátriai enciklopédia és lexikon szerkesztője, továbbá írt fejezetet a párizsi Léon Chertok és az izraeli Friedrich S. Rothschild.

A kötet nagy részét természetesen Ammon és tanítványai írásai teszik ki. Ők gondoskodtak a kötet szerkezeti és szerkesztési egységről. A különböző témák logikus összefüggésben követik egymást, a könyv tartalmilag világosan tagolt, és az egyes fejezeteken belül is szigorú logikai rend van. A kötet — mint az előző kötet is — szakönyv, nem a megértetés a célja, hanem az ismeretek autentikus összefoglalása és dokumentálása, így is jól érthető és követhető azonban. Mivel sok az alcím, és a fejezetekben is azonos logikai struktúra van, könnyű egyes kérdéseket megkeresni, könnyű a hatalmas ismeretanyagban eligazodni és tájékozódni. Mint Ammontól személyes beszélgetésből tudom, a szerkesztő kollektíva már az első kötet kialakításakor kidolgozott egy sajátos fogalmazásmódot és tipográfiát, továbbá szerkesztet, ami az olvasó irányítását szolgálta. Ezt a — saját zsargonjukban csak „Handbuchstyl”-nek nevezett — elképzelést követték a második kötetben is, és ennek mintájára készítették ill. szerkesztették át az iskolához szorosan nem tartozók fejezeteit is. A szövegben sok kü-

lönböző betűtípust használnak, sok a kiemelés, a kurziválás. Minden témakörben megadják a saját irányzat teljes irodalmát, és a témába vágó főbb egyéb forrásmunkák adatait.

Egészében a könyv nagyon informatív, hasznos munka, különösen pszichiáterek és klinikai pszichológusok számára. A Handbuch további kötetének megjelenésével a pszichiátriai szakirodalom új, markáns, enciklopédikus sorozattal fog gazdagodni.

Buda Béla dr.

J. Jörg: Praktische SEP Diagnostik. Enke Stuttgart, 1983. Ára: 46,— DM.

A szomatosenzoros kiváltott válasz (SEP: somatosensory evoked potential rövidítése) érző ideg ingerlés hatására az idegrendszer elektromos tevékenységében létrejövő változás. Az ingerlés és az elvezetés helyének változtatásával ez a módszer a teljes érzőrendszer elektrofiziológiai jellemzésére ad lehetőséget. Egészséges egyénekben szerzett adatokkal összehasonlítva betegek SEP változásából a perifériás és centralis érzőpályák kóros működésére lehet következtetni. A vizsgálóeljárás az utóbbi évtizedben széles körű klinikai neurológiai felhasználásra került. J. Jörg munkája az első összefoglaló jellegű, klinikai célú mű, mely valamennyi idegbetegség során létrejövő SEP változás leírásának igényével lép fel. 255 oldalas, ezen 101 ábra és 21 táblázat található. Gazdag irodalom és jól használható tárgymutató egészíti ki.

Két rövid bevezető fejezetben a szerző a módszer jelentőségét és az anatómiai élettani és kórtani alapokat foglalja össze. Ez a két fejezet gyenge. Hiányzik belőlük elsősorban az angol nyelvű irodalom megfelelő felhasználása. Sajnos az egyes „spinalis” kiváltott válasz komponensekre nem az irodalomban általános jelöléseket, hanem saját jelölést használ. A demyelinatio és axonlesio várható electrofiziológiai konkvenciáit illetően ellentmondásos következtetéseket von le, de ez terjedelemben csak 9 a 155 oldal közül.

A 3. fejezetben a módszer technikáját ismerteti. Kiemelem a dermatomáknak megfelelő ingerlés módszerét, mely a következő fejezetek tanulsága szerint, egyik leghasznosabb klinikai rutin módszernek bizonyult, a spinalis lesiók lokalizálásában.

A 4. fejezet ismerteti a szerző „saját normál” értékeit a különböző elvezetési helyeknek, ill. ingerlési pontoknak megfelelően. Bár mindvégig bizonytalan, hogy szám-

szerint hány vizsgálatot tartalmaz az anyag, a normál értékekből megdöbbenően nagy és gondosan előkészített munkára következtetünk.

A mű legszebb fejezete az 5., 90 oldal terjedelmű részletes klinikai rész. A neurológia tematikájának megfelelő valamennyi betegségcsoportban, részletes saját (és szükség szerint irodalmi) anyag felhasználásával elemzi a SEP diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai értékét. 63 oldalon foglalkozik perifériás idegi és spinalis laesiók elemzésével. A dermatoma ingerlés módszere segítségével részletes elektrofiziológiai gerincvelő diagnosztikát mutat be a szerző. Külön kiemelem a cauda neurographiás módszerrel nyert eredményeket. Ez az anyag a legértékesebb része a műnek.

Jörg kis monográfiájából szinte valamennyi neurológiai kép SEP jellemzőit megismerhetjük. Miután gazdag ábraanyagra támaszkodik és jó betűrendes tárgymutató egészíti ki a könyvet, kézikönyvként és atlaszként is használható.

Nem ajánlom a könyvet azoknak, akik a SEP módszerrel ismerkednek, vagy elméleti kérdésekre várnak választ. A SEP módszert a gyakorlatban használók könyvespolcáról viszont a kis monographia nem hiányozhat.

Czopf József dr.

Iván Bernát: Iron metabolism. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest 1983.

Mindig jelentős tudományos esemény, ha magyar szerző munkája idegen nyelven, jelen esetben világnyelven, angolul jelenik meg. A vasanyagcserevel foglalkozó monográfia angol kiadása egyrészt jelzi, hogy a téma nagy érdeklődésre tarthat számot — hiszen a nyomelemek közül a vas szerepe klinikailag az egyik legfontosabb —, másrészt közvetve utal a munka magas színvonalára is. Bernát Iván professzor egy életet szentelt a vasanyagcsere kutatásának. Széleskörű irodalmi tájékozottság, a szerző alapvető eredményei, a gyakorló orvos számára igazi értéket jelentő klinikai szemlélet jellemzi monográfiáját. 10 évvel ezelőtt jelent meg a Medicina gondozásában Bernát Iván Vasanyagcsere című könyve. Akkor úgy hittük, úgy látszott, hogy a vasanyagcsere alapvető kérdései tisztázottak. Ma már világos, hogy az elmúlt 10 év — elsősorban az új kutatási módszerek eredményeként — számos területen gazdagította, több vonatkozásban gyökeresen átalakította — a vasanyagcsereéről alkotott elképzeléseinket. Az angol

nyelvű könyv nagy érdeme, hogy nem a 10 év előtti munka új kiadása, hanem a legmodernebb ismereteket is feldolgozó, több lényeges új fejezetet tartalmazó monográfia.

A 415 oldalas mű 27 fejezetre oszlik. Minden fejezetet átfogó — a legmodernebb irodalmat is felölelő — bibliográfia egészíti ki. A könyvben jól használható név és tárgymutató is található.

Az első fejezet a vas alapvető fizikai, kémiai, biokémiai tulajdonságaival foglalkozik. Három fejezet (2—4) a vastartalmú enzimek és a szervezet más vastartalmú vegyületeinek biológiai jelentőségét ismerteti. Igen jól megírt fejezetekből ismerhetjük meg a szervezet vasfelvételét, a felszívódás kérdéseit, a transzportot és a raktározást, illetőleg a vashiányhoz vezető mechanizmusokat. Külön-külön fejezetekben foglalta össze a szerző az erythropoiesisre, a haemoglobin synthesisre, a vörösvérsejt lebontásra és a haemoglobin katabolizmusra vonatkozó ismereteinket. Az elméleti megalapozáshoz tartoznak a ferrokinetikával, erythrokinetikával, illetőleg a cytokémiai módszerekkel és az elektronmikroszkopos módszerekkel foglalkozó fejezetek. A 18-tól a 27-ik fejezetig terjedő részben foglalta össze a szerző a klinikai ismereteket. A vasanyagcsere különböző típusú zavarai érthetővé teszik a különböző betegségek etiopatogenezisét. Ki kell emelnünk a fertőzéses, az égési anaemia patogenezisének és a vasháztartás összefüggéseinek feltárását. Ezek a szerző korábbi klinikai megfigyeléseinek és ezeken nyugvó alap kutatásainak eredményei.

Már a korábbi magyar kiadásban is az egyik legelvezetesebb fejezet a vashiánybetegség leírása volt. Így van ez az angol változatban is. Nem is lehet másként, hiszen a témát és Bernát professzort ismerők tudják, hogy a vashiány betegség fontosságának felismerése, ennek a betegségnek kutatása vezette őt el a vasanyagcsere komplex kutatásához, a későbbi — de az előbb már említett — alapvető felismerésekhez.

A szöveg megértését számos magas szemléltető értékű ábra, grafikon segíti. A mikroszkopos és elektronmikroszkopos képek jól értelmezhetőek. A klinikummal foglalkozó fejezeteket is számos értékes fénykép egészíti ki.

A szakmailag és nyelvilag magasszínvonalú fordítás Gosztonyi Éva munkája. A könyv kiállítása magyar nyomdát dicséri. A kiadást az Akadémiai Kiadó és a Plenum Press (New York) illeti köszönet.

Lépes Péter dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(142/b)

A Lajoskomáromi Nagyközségi Közös Tanács a megüresedett mezőkomáromi körzeti orvosi állás elnyerésére pályázatot hirdet.

Bérezés az érvényben levő jogszabályok szerint.

Hétvégi ügyeleti szolgálat, déli telephellyel, 7 orvos bevonásával megszerzett. A községhez csatlakozás nem tartozik.

Háromszobás összkomfortos lakást, garázzsal biztosítunk. Rendelő a lakással egybeépített.

Csulik György
tanácselnök

(146/a)

A Pomázi Munkatherápiás Intézet pályázatot hirdet a Dolnai Alkohol osztályon áthelyezés folytán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra. Az osztály 187 ágyas, önkéntes és elvonásra kötelezett alkohol betegekkel vesz fel a főváros és Pest megye meghatározott kerületeiből.

A pályázathoz pszichiátriai szakvizsga, 10 éves szakmai gyakorlat és alkohológiában való jártasság szükséges. Lakást nem tudunk biztosítani, lakás-cserére esetleg — Szentendrén — van lehetőség.

Erdeklődés személyesen, vagy telefonon a 06-26-25-370 telefonszámon.

Koronkai Bertalan dr.
igazgató főorvos

(157/a)

A Kisvárdai városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézményei igazgató főorvosa (Kisvárdai, Árpád u. 26.) egyetértésben a felügyeleti szervekkel — pályázatot hirdet a kórház gyermekosztályára:

- 1 osztályvezető főorvosi és
- 2 szakorvosi állás betöltésére.

Ez utóbbi állásokra szakképesítéssel nem rendelkezők is pályázhatnak.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH számú rendelkezés szerint, szakképesítés és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Lakás külön megbeszélés tárgyát képezi.

Az állások üresek, így bármikor betölthetők.

Fekete Imre dr.
igazgató főorvos

(159)

A Történelmi központi Tanács pályázatot hirdet a történelmi I. sz. körzetben 1984. május 31-én megüresedő körzeti orvosi állás betöltésére.

Az álláshoz 3 szobás összkomfortos lakást biztosítunk.

A lakás a rendelővel egy épületben van, garázs megoldható.

Belgyógyász szakvizsgával rendelkezők pályázatát előnyben részesítjük.

Czeróczi János
tanácselnök

(160)

A Hajdúnánási városi Tanács Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

- 1 körzeti orvos,
- 1 körzeti gyermekorvos,
- 1 csoportvezető belgyógyász.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Illetmény az érvényben levő bérbesorolás szerint.

Az állásokhoz a városi tanács 2-3 szobás összkomfortos tanácsai bérlakást biztosít vagy OTP-lakás vásárlására lehetőséget ad.

Nagy József dr.
igazgató főorvos

(161)

Erd város Rendelőintézetének igazgató főorvosa pályázatot hirdet napi 6 órás sebész szakorvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Lengyel Eleonóra dr.
rend. int. ig. főorvos

(162)

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet — változó munkahellyel 1 anaesthesiológus szakorvosi állásra.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állásra több éves gyakorlattal rendelkező segédorvos is pályázhat.

Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(163)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet (Nyíregyháza, Vöröshadsereg út 68.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet:

— az újonnan kialakítandó Elme Osztály osztályvezető főorvosi,

— az intézet Baktalórántházi telephelyén levő III. Pulmonológiai Osztály osztályvezető főorvosi,

— a Felvételi részleg osztályvezető főorvosi,

— a Véréllátó Alközpontban 1 csoportvezető főorvosi,

— a Bőrgyógyászati Osztályal integrált egységben működő Bőr- és Nemi-beteg-gondozóban 1 fő csoportvezető főorvosi állásaira.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

A különböző állásokra a feltételek, a vonatkozó jogszabályokban foglaltak szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Vágölygi János dr.
főigazgató főorvos

(165)

Budapest Fővárosi Tanács a V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Csepeli Kórház-Rendelőintézet Tüdőgondozójában — áthelyezés folytán — megüresedett vezető 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 magánygyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(166)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet az Intenzív Terápiás Osztályra 1 belgyógyász szakorvosi állásra.

Az állás betöltéséhez belgyógyász szakképesítés és több éves szakmai gyakorlat szükséges.

Intenzív terápiás osztályon szerzett gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Szendrényi János dr.
főigazgató főorvos

(168)

A Fővárosi Tanács V. B. Újpesti Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Nyár u. 103. 1045) pályázatot hirdet két szakvizsga nélküli orvosi állásra: 1 belgyógyász, 1 sebész.

Frekot Nándor dr.
főigazgató főorvos

(169)

A Veszprém megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8-9.) pályázatot hirdet:

— a klinikai onkológiai részleg állományában újonnan szervezett állásra. Elsősorban onkológiai érdeklődésű szakorvosok jelentkezését várják, de belgyógyász, szülész-nőgyógyász szakképesítésük is pályázhatnak. Rákép-zéssel klinikai onkológiai szakvizsga megszerzhető.

— A gyermek alapellátás területére, gyermekkorzati orvosi állásra, gyermekgyógyász szakorvos részére.

— A baleseti sebészeti osztályra, traumatológiai szakvizsgával rendelkező szakorvos részére.

Valamennyi állás esetén a besorolás kulcsszám szerint, a lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Kormos László dr.
főigazgató főorvos

(170)

A Veszprém megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8-9.) pályázatot hirdet egy diétetikus és kettő intenzív terápián szakasszisztens állásra.

A besorolás kulcsszám szerint történik.

Egyedülálló dolgozó elhelyezése a garzonházban biztosított, családostól pályázó esetén a lakás megbeszélés szert.

Kormos László dr.
főigazgató főorvos

(171)

Karcag városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Karcag, Lenin út 48.) pályázatot hirdet az alábbi orvosi állások betöltésére:

- 1 röntgen orvostudományi,
- 1 idegostály orvostudományi,
- 1 laboratóriumi szakorvos, illetve szakvizsga előtt álló orvostudományi,
- 1 intenzív orvostudományi,
- 1 elmeosztályos orvostudományi,
- 2 gyermekkorzati orvos.

Fizetés a 14/1984. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendelkezése szerint, a gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám alapján, meg-egyezés szerint.

Az állások elfoglalhatók. Egyedülálló pályázó részére intézeti férőhelyet, családostól orvos részére lakást előzetes megbeszélés alapján biztosítunk.

Zsembeli József dr.
igazgató főorvos

(172)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet a Krónikus-Geriatriai-Rehabilitációs Osztályon megüresedett 1 belgyógyász szakorvosi állásra.

Szendrényi János dr.
főigazgató főorvos

(173)

Az Igazságügyi Minisztérium pályázatot hirdet a Veszprémi Igazságügyi Orvosszakértői Irodánál (Veszprém, Szeglethy u. 1.) egy igazságügyi elmeorvosszakértői állásra.

Az állásra azok pályázhatnak, akiknek pszichiátriai szakvizsgájuk van, és legalább 5 éves szakmai gyakorlattal rendelkeznek. A pályázati kérelmet az Igazságügyi Minisztérium Személyzeti és Oktatási Főosztályához (Budapest V., Szalay u. 16. 1363) kell benyújtani.

A pályázati kérelemhez mellékelni kell részletes önéletrajzot, a diplomát, a szakvizsgáról szóló igazolást, erkölcsi bizonyítványt.

Pályázati határidő: 1984. május 31.

Lukács Tibor dr.
főosztályvezető

(174)

A Veszprém városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője, a megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetőjével egyetértésben pályázatot hirdet a Veszprém városban létesült módszertani bölcsőde orvos vezetői állására.



Pályázati feltétel: legalább négyéves gyermekorvosi gyakorlat.

Bérezés a 14/1983. (XII.17.) ÁBMH sz. rendelkezés szerint.

Az állás 1984. május 1-vel elfoglalható. Lakás megegyezés tárgyát képezi.

Tökés Ágnes dr.
városi főorvos

(175)

Csorna városi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Csorna, Vörös Hadsereg u. 64. 9301) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 gyermekközeti orvosi állásra Csorna város területén két csatolt községgel.

1 sebész szakorvosi állásra.

Bérezés a szolgálati időtől függően, a gyermekközeti orvosi álláshoz fuvarátalányt is fizetünk.

Házaspár jelentkezése esetén a pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek.

A városi tanács lakást biztosít.

Cseri Sándor dr.
igazgató főorvos

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 körképben és állapotokban kiemelt jelentőségű. Specifikus hányáscillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitációval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinátoros állapotok és epileptiformis psychosikok, delírium 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 agitáció). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális adagja 4,5–18,0 mg (3–12 tabl., az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva). Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0,5–1 mg ($\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ 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.

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 együttszedésekor, 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 tablettát

1 üveg (10 ml)



1110

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. május 4-én, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) **tudományos ülést** tart.

A Központi Stomatológiai Intézet előadásai

1. **Czukur József, Bodnár Zsuzsanna, Kubinyi Emőke:** Gyermekkorai dentális traumák késői következményei.

2. **Farkasfalvy Mária:** Arcfájdalmak fogászati vonatkozásai.

3. **Kettinger Tibor, Pintér Ernő:** „Gingi color” egyéni fogfinszínézési eljárás.

A Magyar Gerontológiai Társaság 1984. május 7-én (hétfő) 14.00 órakor, a Semmelweis OTE Gerontológiai Központ Könyvtárában (VIII., Somogyi B. u. 33.) **tudományos ülést** tart.

Everitt, A. V.: Táplálkozás, hormonok és idős kor (angol nyelven).

Takács I.: Változások az agyalapi mirigy FSH, LH, hGH és prolactin tartalmában a menopausa után (angol nyelven).

Szamosi T.: Progeria, lipid anyagcsere, öregedés (angol nyelven).

A Magyar Ortopéd Társaság 1984. május 7-én, hétfőn, 18 órakor, a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagytermében (XI., Karolina út 27.) **tudományos ülést** tart.

1. **Huraj, E., Makai, F., Huraj, E. jun.:** A csonttumorok operatív kezelésének lehetőségei (az amputáció kivételével) — (német nyelven).

2. **Makaiová, I., Makai, F.:** Sokéves tapasztalat a scintigraphiával az ortopédiában.

3. **Makai, F.:** A lymphographia lehetőségei és határai az ortopédiában.

4. **Huraj, E., Huraj, E. jun.:** Az osteoporosis komplex diagnosztikája és terapiája (angol nyelven).

5. **Esetbemutatók.**

17.00 óra

A klinika könyvtárában

Császár Adrienne: A pszichológia jelentősége és lehetőségei az ortopédiában.

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórháza, a Légügyi Igazgatóság Repülőegészségügyi Szolgálat 1984. május 8-án (kedd) 14.00 órakor, a Kórház kultúrtermében (IX., Gyáli u. 17—19.) **tudományos ülést** tart.

Soós Aladár dr.: Táplálkozási tévhitek az orvosi gyakorlatban.

Hardicsay Gábor dr.: Az utazóképesség elbírálása repülés előtt.

A dr. Rózsay József Gerontológus Továbbképző Kör 1984. május 8-án, kedden, 14.30 órakor, a Kállai Éva Kórház könyvtárában (VIII., Kállai Éva u. 6—8.) **tudományos ülést** tart.

Téma: **Szociális gerontologia.**

Üléselnök: **Balázs Tamás dr.**

Földi Mária dr.: A szociális gondoskodás időszerű kérdései.

Kálnay Etelka dr.: A család szerepe az idősök kórházi kezelésében.

Felvilágosítást nyújt: **Vértes László dr.** főorvos, Bp., Kállai É. u. 6—8. 1081.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, a Pécsi Akadémiai Bizottság 1984. május 10-én, az Akadémiai Bizottság székházában (Jurisics M. u. 44.) „Az idő előtti burokrepedés kezelésének modern szemlélete” címmel **tudományos ülést** rendez.

Délelőtt 11.00 óra

Felkért előadások

Prof. Csaba Imre (Pécs): Megnyitó.

Prof. Illei György (Szombathely): Az idő előtti burokrepedés aetiológiája.

Novák Péter dr. (Pécs): A chorioamnionitis és az intrauterin magzati fertőzések korai felismerésének lehetőségei.

Prof. Kovács László (Szeged): Tokolysis és antenatalis steroid kezelés idő előtti burokrepedés esetén.

Prof. Csaba Imre (Pécs): A szülésvezetés módja idő előtti burokrepedés esetén.

Sulyok Endre dr. (Pécs): Az idő előtti burokrepedés magzati hatásai.

Vita — Szünet

Délután 14.00 óra

Kerekasztal-megbeszélés

Téma: **Az idő előtti burokrepedés és a perinatalis fertőzések kapcsolata.**

Moderátor: **prof. Csorba Sándor (Debrecen).**

Résztevők: **Domány Sándor dr. (Kaposvár):** Anyai infekciók — idő előtti burokrepedés — koraszülés.

— **Málovics Ilona dr. (Pécs):** Idő előtti burokrepedés — antibiotikus prophylaxis. — **Vincellér Mária dr. (Pécs):** Idő előtti burokrepedés — neonatalis infekciók. — **Machay Tamás dr. (Budapest):** Idő előtti burokrepedés — perinatalis mortalitás.

Vita

Öry Imre dr. (Egészségügyi Minisztérium): Zárzó.

A Pest megyei Flór Ferenc Kórház Tudományos Köre (Kerepestarcsa) 1984. május 10-én, csütörtökön, du. 14 órakor, a Kórház előadótermében **tudományos ülést** tart.

A III sz. Belgyógyászati és Rehabilitációs Osztály előadásai

1. **Pálfi István dr., Barta Zsuzsanna dr.:** Belgyógyászati rehabilitációs részlegünk működésének értékelése.

2. **Melicher Ferenc dr., Tóth Éva dr.:** Módszerek és lehetőségek hemiplégiás betegek rehabilitációjában.

3. **Barta Zsuzsanna dr., Szkalák Ilona dr.:** A rehabilitáció feltételei és eredményessége esetismertetések kapcsán.

4. **Szkalák Ilona dr., Szabados Pál dr., Pálfi István dr.:** Rehabilitációs problémák organikus betegek psyches zavaraiiban.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma 1984. május 17—18-án Békéscsabán, az MSZMP Oktatási Igazgatósága épületében **tudományos ülést** rendez.

Május 17. (csütörtök) 8.30 óra

Megnyitó, üdvözlések

Üléselnök: **prof. Boda Domokos.**

1. **Mihai K., Jancsó T. (Kecskemét):** A terhes anya által fogyasztott egyes élvezeti szerek hatása az újszülöttek fejlettségére.

2. **Kovalovszki L. és Villányi Zs. (Szentes):** Összefüggés a placenta boholy-ödéma és a magzat károsodása között.

3. **Bálint P., Boleman I., Kószó P., Kovács J., Viski S., Streitman K. (Hódmezővásárhely):** Újszülöttkori hypoxiás állapot megítélése egyszerű vizsgáló módszerekkel.

4. **Elek A., Somlai R., Simon Fiala J., Szendrei M., Fodor I., Godó B. (Békéscsaba):** Újszülöttkori hyperbilirubinaemiák exsanguinotranszfúziók osztályunk beteganyagában az elmúlt három évben.

5. **Juhász A., Mihai K., Tóth Gy. (Kecskemét):** Újszülöttkori vizelet szűrővizsgálat.

10.30 óra

Üléselnök: **Pintér Sándor dr.**

6. **Komlósi P., Martonyi E., Pataki L. (Szeged):** Diabetes insipidus újszülöttkori esete (esetismertetés).

7. **Tóth Gy., Mihai K. (Kecskemét):** 5-hidroxiindolecetsav ürítés foetalis alkohol-szindrómások esetében.

8. **Tekulics P., Kertész E., Mester J., Csernay L. (Szeged):** Izotóp diagnosztikai vizsgálati lehetőségek gyermekkardiológiai kórképekben (referátum).

9. **Galuska L., Grécsi I., Tóth Gy. (Kecskemét):** A csontszcintigrá-

fia jelentősége gyermekkori csontbetegségek diagnosztikájában.

10. *Svėkus A.* (Gyula): Echo-tomográfia a csecsemőneurologiában.

12.00 óra

Üléselnök: *Altorjay István dr.*

11. *Tankó A., Dekov I., Nagy J., Nagy T., Török T., Tóth Gy., Beviz J., Szabó M.* (Kecskemét, Szeged): Praenatalisan diagnosztizált uro-poetikus malformatio (esetismertetés).

12. *Mészáros Zs., Kovalovszki L.* (Szentés): Idejében végezzük-e az appendectomiát kórházunkban?

13. *Elek Á., Szűts I., Bayer H., Viszt J., Adám I., Godó B.* (Békéscsaba): Reinvaginatío különleges sebészeti esete (esetismertetés).

14. *Mészáros K., Fáy P., Horváth K., Maráz F.* (Kiskunhalas): Csecsemőkori tuba és ovarium torsio, mint akut hasi megbetegedés (esetismertetés).

15. *Halmi Z., Sömlai R., Bándi A., Godó B.* (Békéscsaba): Gyermek fül-orr-gégészeti beavatkozásának anaesthesiája.

15.00 óra

A poszterek bemutatása

16.00 óra

Előadások — A poszterek vitája

Üléselnök: *Pataki Lajos dr.*

16. *Ikladi K., Katona Z.* (Kiskunfélegyháza): Irritabilis colon szindróma másfél éves gyermekben (esetismertetés).

17. *Várkonyi Á., Szűts P., Julesz J.* (Szeged): Achalasia klinikai képében jelentkező izolált glükokortikoid-hiány (esetismertetés).

18. *Román F., Sánta A., Griecs Andrásné, Dobák K., Pataki L.* (Szeged): Diabetes mellitusban szenvedő gyermekek vörös vérszójének peroxid hemolízis tesztje.

19. *Lovászi É., Kaiser G., Godó B.* (Békéscsaba): Szeged): HLA-típusozás diabetés mellitusos gyermekeken.

20. *Orbán T., Román F., Pataki L.* (Szeged): A HLA antigének és a HLA haplotípusok elemzése inzulin dependens diabetés mellitusos anyagunkban (poszter).

21. *Kürti K., Román F., Pataki L.* (Szeged): Az inzulin túladagolás, mint a labilis diabetés anyagcserehelyzet egyik oka (poszter).

22. *Godó B., Salajkó E., Fazekas Cs., Lőrinczy E.* (Békéscsaba, Gyula): Elhízott gyermekek per os glükóz terhelése kapcsán észlelt inzulin értékeinek percentiles megoszlása (poszter).

23. *Szendrei M., Simon Fiala J., Elek Á., Fodor I., Godó B.* (Békéscsaba): IgM és IgG típusú anti-A és anti-B ellenanyagok titer vizsgálata különböző módszerekkel (poszter).

24. *Szilágyi I., Kovalovszki L.* (Szentés): Tuberculosis miliaris pulmonum atípusos esete (poszter).

25. *Károly É., Nemes A., Dorogi J., Szentandrásy J., Pintér S.* (Szolnok): Progresszív izomdystrophia leány Duchenne-kórral súlyosan terhelt családban (poszter).

Május 18. (péntek) 8.30 óra

Üléselnök: *Dux Ernő dr.*

26. *Kovács J., Bodó Gézáné, Streitman K.* (Hódmezővásárhely): Női tej pasztórizálási rendszerünk egyéves tapasztalatai.

27. *Sedianszky É.* (Pécs): Az egészségügyi ellátás nyomon követeése és elemzése 10 éven át egy városi gyermekorvosi körzetben.

28. *Rác L., Zsilinszky E.* (Békés): Laboratóriumi gyorstesztek használata a gyermekkorzeti orvosi munkában.

29. *Varga L.* (Szentés): Gyógyszer-mellékhatások — ahogy a korzeti gyermekorvos látja.

30. *Katona Z.* (Kiskunfélegyháza): Csecsemő Theophyllin mérgezésének kezelése (esetismertetés).

31. *Lehotzky H.* (Szolnok): Gyermeknőgyógyászati szűrővizsgálatok Szolnok város bölcsődéiben.

32. *Hefler J.* (Budapest): Az „Ideiglenes Szállás” forgalmi adatai és egészségügyi vonatkozásai.

10.30 óra

Üléselnök: *Tóth György dr.*

33. *Tankó Sz.* (Karcag): A gyermekkori hepatitis infectiosa körle-folyását módosító tényezők beteganyagunkban.

34. *Berényi K., Egri B., Czerman B.* (Hódmezővásárhely; Szeged): Campylobacter jejuni és Salmonella-fertőzés együttes előfordulása csecsemőkorbán (esetismertetés).

35. *Toldi Z., Kertész E., Túri S.* (Szeged): A vörös vérszójek és a plazma Na⁺, K⁺ koncentrációja kardiológiai és nefrológiai betegségben szenvedő gyermekekben.

36. *Farkas M., Fáy P., Mészáros K.* (Kiskunhalas): Élelmiszer (sárgarépa) okozta súlyos methaemoglobinemia (esetismertetés).

37. *Jaksics I., Móricz Zs., Szűcs S., Kovács Árpádné, Pintér S.* (Szolnok): Gyermekkori immunthrombocytopeniák kezelése intravenás immunoglobulinnal.

38. *Kardos G., Görgényi F.* (Budapest): Bébé-Tardyferon használata csecsemők anaemiájának kezelésében.

Z á r s z ó

A Decentrum vezetőségének ülése

Felvilágosítást ad: *Godó Béla dr.* főorvos, Békéscsaba, Kórház, Pf. 49. 5601.

Kiadja az Ifjúsági Láp- 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



84.1120 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002