

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

19. SZÁM

*

1984. MÁJUS 6.

TARTALOMJEGYZÉK

Boda Domokos dr.:

A jövő generációjának magasabb fokú
egészsége, vagy teljes pusztulása. „A baba
és a bomba” 1115

László Barnabás dr. és Kendrey Gábor dr.:

Heveny májkárosodás Antaethyl-lel végzett
alkohol-elvonó kezelés során 1119

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szobor Albert dr.:

Sclerosis multiplex és myasthenia gravis
együttes előfordulása 1127

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Cserhalmi Livia dr. és Hideg Lajos dr.:

Klinikai vizsgálatok alkoholos congestiv
szívizombetegségben 1131

GENETIKA

Halmos Tamás dr. és Dobó Katalin dr.:

Ifjúkori nem inzulin-dependens diabetes
mellitus familiáris halmozott előfordulása ... 1139

KAZUISZTIKA

Somló Pál dr. és Révész Tamás dr.:

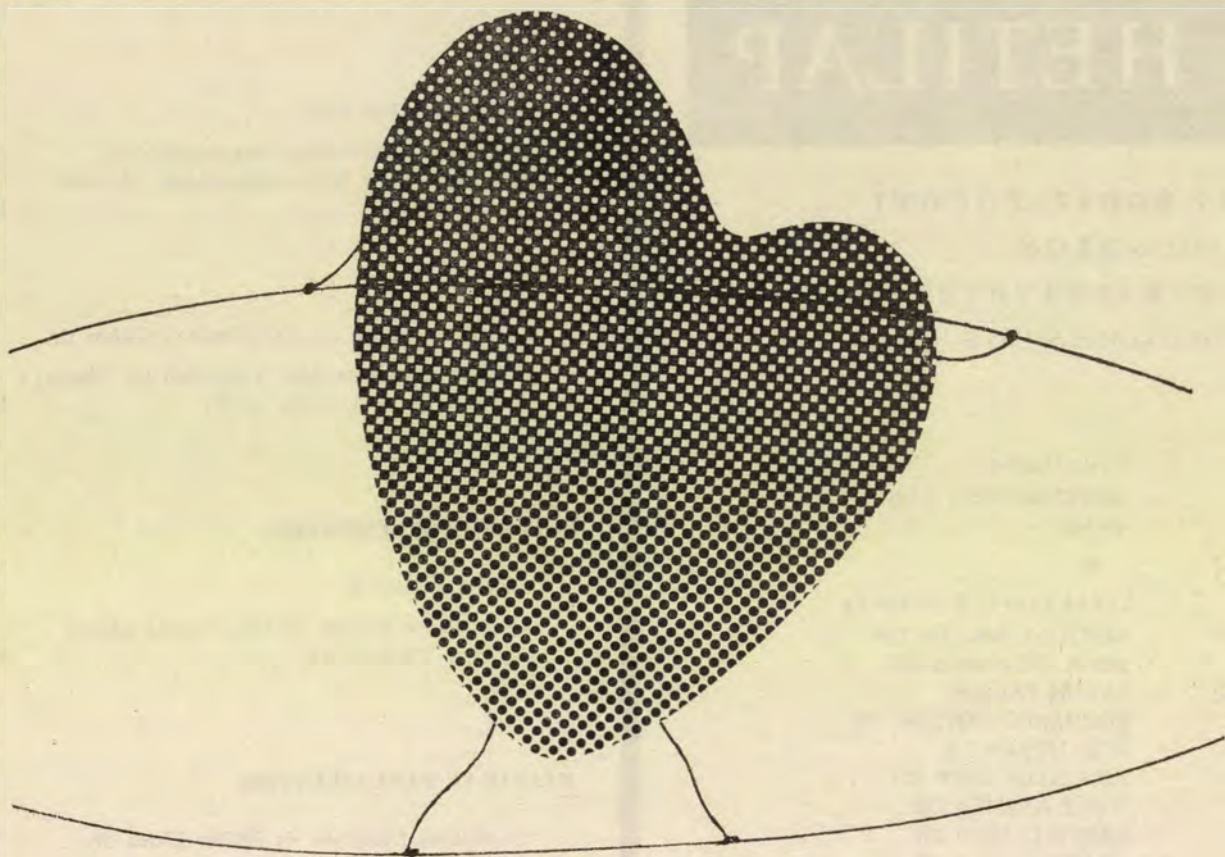
Halálos kimenetelű tüdőfibrosis cytotoxikus
terápia szövődményeként 1143

Folyóiratreferátumok 1147

Könyvismertetés 1166

Hírek 1167

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,
- 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.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

A jövő generációjának magasabb fokú egészsége, vagy teljes pusztulása

„A baba és a bomba”

A napjainkban folyó példátlan fegyverkezés, az atomfegyverrel fenyegetés a békedemonstrációk méretében egyedülálló sorozatát indította el világszerte. Keleten és nyugaton, politikai nézettől, társadalmi helyzettől és vallási meggyőződéstől függetlenül szinte minden ember igyekszik megtalálni azt a lehetőséget, hogy háború ellenes állásfoglalását és a fegyverkezéssel szembeni tiltakozását kinyilváníthassa. Mindezek között is különleges felelősséget viselnek az orvosok és az egészségügyi dolgozók.

A fejlemények tudatában arra keressük a választ, hogy

1. mindez mit mond a gyermekorvosoknak, továbbá hogy

2. milyen fontosabb megállapítások és állásfoglalások találhatók a szakirodalomban a nukleáris fegyverkezésnek a gyermekekre kifejtett hatásáról.

A kutató-, méginkább a gyógyító orvos szükségyszerű szembenállása az atomfegyverkezéssel

A témával való foglalkozás nem teszi lehetségessé a szokásos higgadt, tudományos tárgyalási módot, hanem szükségképpen minden emberben, méginkább az orvosban heves érzelmi reakciót vált ki: a minden szót és érzést felülmúló tiltakozást és felháborodást. A mi egész aktivitásunkat és gondolatvilágunkat a betegek életéért, az egészséges emberért való küzdelem hatja át, ami elképesztő ellentétben áll mindazzal, ami az atomfegyver fogalmával összefügg.

Mindez még élesebb szembenállást tükröz, ha a kérdést a gyermekekre vetítjük ki. A gyermek par excellence képviselője annak az ártatlan polgári lakosnak, akit — legalábbis az érvényes nemzetközi szabályok szerint — a „hagyományos” háborús viszonyok között is különleges védelem illetne meg. Ráadásul, még ha lehetséges is lenne valamilyen lokalizált hatású atomcsapás, ennek hatása messze nagyobb körben károsítaná a gyermeklakosságot, méghozzá annál inkább, minél fiatalabb szervezetről van szó. Ezen az alapon végeredményben leginkább a foetust veszélyeztetné. A fokozott érzékenység mellett növeli a velük szembeni felelősséget az a körülmény, hogy rajtuk a hosszabb inkubációs idejű ártalmak is manifesztálódnak, továbbá, hogy ők a letéteményesei az ember reprodukcióját biztosítani hivatott következő generációnak.

Ilyen alapon van helye az *Adelman et al.* által megfogalmazott alliterációnak: a baba és a bomba.

A témához tartozó referátumok és könyvismertetés a „Folyóiratreferátumok” *Katasztrófa medicina* című alrovatában, ill. a „Könyvismertetés” rovatban található.

Az emberiség alternatívája: a biológiai felemelkedés a gyermek lehetséges magasabb szintű egészségügyi ellátása útján, vagy a teljes megsemmisülés

Sokan és sokféleképpen mutattak rá arra, hogy az atomkorszak beálltával az emberiség az eddig soha nem remélt felemelkedés és a teljes pusztulás alternatívája előtt áll.

Mindez gyermekegészségügyi szempontból annyit jelent, hogy biológiai tekintetben a már meglévő lehetőségek kiaknázása terén a távlatok beláthatatlanok. Megfelelő hygiénés feltételek esetén a fertőző betegségek zöme, a táplálkozási zavarok biztonságosan elkerülhetők. További pontosító vizsgálatok alapján ismerjük a táplálás optimális módját.

Számos későbbi gondot okozó betegség, illetve az arra való hajlam egyre fiatalabb korban, akár újszülötteken kideríthető és megoldható. Újszülöttek tömeges szűrővizsgálatával mind nagyobb számú betegség ismerhető fel és az egyébként súlyos fogyatékoság elkerülhető, normális fejlődés érhető el. A közhiedelemmel ellentétben a korszerű neonatológiai ellátással az újszülötteknek nemcsak az életben maradási esélyei javultak, hanem a perinatális károsodásuk veszélye is csökkent. A genetika szabályainak helyes alkalmazása egyaránt a fejlődési rendellenességek számának és a lakosság genetikai terheltségének jelentős fokú csökkenéséhez fog vezetni. Az ember etológiai viselkedési normáinak, különösen az anya-gyermek közötti kötelek törvényszerűségeinek felismerése pedig elő fogja segíteni a gyermek harmonikus pszichés fejlődését, örömtelibb életét. Ezen keresztül lehetővé válik a gyermekben levő biológiai adottságok szorongásmentes kibontakoztatása, a szülők számára pedig az anyaság, illetve a családban lehetséges egyéb pozitív élmények teljesebb megélése.

Mindehhez pedig, mindenekelőtt béke szükséges, sőt — tudjuk — már a jelenlegi fegyverkezési verseny kárvallottjai is elsősorban a gyermekek.

A fegyverkezés következményei a gyermekekre

A fegyverkezés gazdasági következményei és a gyermekek. A fegyverkezés óriási költséggel jár, miközben a föld lakosainak jelentős része, 800 millió ember éhezik. A fejlődő országokban 15 millió csecsemő hal meg évente, többségében éhezés és fertőzés következtében. Ezen felül sokmillió gyermek a fegyverkezési hajszá miatt nem kapja meg az egészséges élethez a ma lehetséges minimumot sem (gyógyszer, védőoltások, vizsgálati és kezelési lehetőségek), nem szólva az optimumról. A hidegháborús feszültség és az anyagi javak hiánya miatt nagyon sok millió gyermek nem juthat hozzá ahhoz az orvosi ellátáshoz, amit a tudomány, a technika

már ma is nyújtani képes lenne. A fegyverkezés költségeinek jelentéktelen töredéke a nélkülözők megsegítésére fordítva döntő változást hozhatna ezen a téren.

Pszichés ártalmak. Igen jelentős ártalom éppen a gyermekekre már a háborús előkészület is az atomfegyverrel való fenyegetés pszichológiai szempontból. Megfelelő adatok állnak rendelkezésre, amely szerint a gyermekek lelkiállapota jól tükrözi a közvéleményt. A megkérdezett gyermekek fele számol a háború lehetőségével, többségében az atomháborút is valószínűnek tartja. Mindez főleg a serdülőkre érvényes, de meglepő módon kimutattott tény, hogy még az egészen fiatal gyermekekben is ott lappang a háború veszélyeitől való félelem. A bizonytalanság a felnőttek feszültsége a „közelgőnek érzett és átélt vihar” előtti lelkiállapot hatása fontos szerepet játszik a legkülönbözőbb gyermekserdülő- és felnőttkori kisiklások létrejöttében.

Kísérleti atomrobbantások okozta sugárártalmak a gyermekeken. Számos vizsgálat igazolja, hogy a fiatalok szervezete különleges érzékenységenél fogva már a kísérleti atomrobbantások környezeti szennyező hatása is meg nem engedhető sugárártalomnak tette ki a gyermekeket.

Viszonylag pontos adatok először csupán a Csendes Óceánban történt kísérleti atomrobbantást követően a Marshall Szigetekre hulló jelentékeny atomszennyeződéssel kapcsolatosak. A tápláléktól és az ivóvíztől (amelyre ciszternában felfogott esővíz szolgált és amely radioaktív jódal szennyeződött) a gyermekeket 700—1400 rad sugárhatás érte.

New Yorkban történt vizsgálatok adatai szerint az atomcsend után, 1962-ben elkezdett atomrobbantásokkal párhuzamosan a gyermekek sugárkárosodása volt kimutatható. A New York-i sugárhatás viszonylag csekély mértékű volt. Sajnos ilyen pontos mérések másutt nem történtek, ugyanakkor bizonyos, hogy ennek többszörösét kitevő sugárhatás érte a lakosságot Alaszkában, Salt Lake Cityben, Kansas Cityben. Ezeknél is nagyobb sugárszennyezést okoztak az 1950-es és 1956 közötti nevadai robbantások, de abban az időben ilyen mérések még egyáltalán nem történtek.

Az atomrobbantásokkal járó sugárszennyeződés egyik legfontosabb tényezője a J^{131} . Lévéen, hogy ez a sugárzó anyag elsőként a fűre hull, főleg a friss táplálékot, ill. a tejet szennyezi. Bár felezési ideje rövid, csupán 8 nap, részben amiatt, hogy a tejben nagy mennyiségben van jelen, a hatás tovább potenciálódik, annak következtében, hogy a gyermekek viszonylag kisebb, aktívabb pajzsmirigyében sokkal jobban koncentrálnak. De még ennél is nagyobb a hatás a foetus pajzsmirigyére. A jód a placentán akadály nélkül átjut. A pajzsmirigy aktivitása, sugárérzékenysége a legfokozottabb a 12 hetes magzatban, hatása ilyenkor megtízszereződik.

Radioaktív szennyezés szempontjából a másik nevezetes elem a Sr^{90} , amely főleg a csontokba épül be, mivel metabolizmusa a szervezetben a kalciuméhoz hasonló. Beta és gamma sugarat egyaránt kibocsát. A szervezetbe való bejutása a J^{131} -ével azonos módon szintén a tejjel történik. A növekvő szervezet csontrendszerére sokkal több Sr^{90} -et épít be.

Mindez tehát szintén különösen a gyermekeket veszélyezteti. Ráadásul a Sr^{90} félideje 28 év, így az élet kezdetén levő gyermekekben a hatás sokkal tartósabb.

Ami a genetikai következményeket illeti, sajtószerű módon ilyen hatás eddig még a hirosimai, nagasakii áldozatok utódaiban sem volt eddig kimutatható. Figyelembe kell venni azonban, hogy a kérdés eldöntéséhez ennyi idő nem elegendő, a sérültek gyermekei például még csak ez idő tájt kezdenek a rákosodási életkorba lépni. Ezen kívül recesszív és multifaktoriálisan öröklődő gén károsodások esetén a defektus manifesztációja csak több generáció után következik be.

Vizsgálatok és adatszolgáltatás elégtelensége, ennek ellenére elegendő alap a határozott állásfoglalásra

A rendelkezésre álló ismeretanyag, de csak a most felsorolt körülmények is elegendőek ahhoz, hogy megállapíthassuk, ezek az ártalmak a gyermekeket súlyosan veszélyeztetik és bármely etikai megítélés alapján deklarálható, senkinek sines joga a gyermekeket ilyen veszélynek kitenni.

Ugyanakkor még egyszer rá kell mutatni arra, hogy az eseményeket hadititokként kezelve, az ezzel kapcsolatos adatok többnyire nagyon hiányosak. A hirosimai, illetve nagasakii atomrobbantás egészségügyi hatásait felmérő beszámolók ismételtlen rámutatnak a szükséges adatok hiányára, legjobb esetben is a több éves késedelemmel történő közlésekre.

Az információ hiányossága egyébként a mai helyzetre is érvényes. Az Internat. Herald Tribune 1983. november 2-i számában megjelent cikk egy a témával foglalkozó biológiai konferencia referátumai alapján a meglepetés hangján, mint eleddig egyáltalán nem realizált tényről számol be arról, a már eddig felhalmozott atomfegyverkészlet töredéke elegendő lenne földünk globális katasztrófájának előidézéséhez.

Az orvosok feladatai a veszély elhárítására

Végül is számos konferencia állásfoglalásával, nagyszámú illetékes szakember nyilatkozatával egybehangzóan a legilletékesebb: az Egészségügyi Világszervezet „az atomháború hatása az egészségügyre és az egészségügyi szolgálatra” témájú kiadványa mutatja be az ezen a téren fennálló veszélyt. A 152 oldalas kiadvány részletesen ismerteti az atombombát, annak fizikai hatását, annak orvosi-biológiai és pszichológiai következményeit, közvetlen és késői ártalmait az emberre, majd főbb megállapításként a következőket szögezi le.

Egyetlen „korszerű” atombomba robbanó hatása többezerszerese a második világháború robbanóanyagainak együttvéve, amely egyik percről a másikra milliók halálát okozhatja. Ilyen robbanás által kiváltott katasztrófa az egészségügyi ellátás terén meghaladná minden elképzelhető mértékű készütség teljesítő képességét. Még az ún. korlátozott atomháború is katasztrófális hatású lenne az egész emberiségre, illetve a nukleáris háború az

egész emberiség teljes pusztulásához vezethetne. Mindezek konklúziójaképpen leszögezi: minden kutatónak és gyógyító orvosnak lelkiismereti kötelessége a lehető legerélyesebben felhívni a figyelmet az atomfegyverek által kiváltható katasztrófa következményeire, továbbá kinek-kinek egyformán kötelessége mindent megtenni az egyetlen lehetséges megoldásért: a megelőzésért.

A nukleáris háború ellen tiltakozó orvosok között a gyermekorvosok is hallatják hangjukat. Amint arról a hazai sajtó is beszámolt, a legutóbbi rakétaellenes tüntetésekből is vezető szerepet vitt, egyben ismét letartóztatásra került Benjamin Spock gyermekgyógyász professzor. A Nemzetközi Gyermekorvos Szövetség elnöksége is jegyzőkönyvileg ad arról hírt, hogy a világ különböző országainak gyermekorvos társasága testületileg hozott atomháború ellenes határozatot, ugyanakkor a Szövetség is sürgeti, hogy a fegyverkezésre költött összegeket a csecsemők és gyermekek egészségügyi ellátásának javítására fordítsák.

Az orvos-egészségügyi dolgozók világméretű ilyen akciójának újabb lendületet adott a Nemzetközi Orvosmozgalom a Nukleáris Háború Megelőzéséért, amelyen belül létrejött magyar tagozat hivatott arra, hogy az akciókat hazánkban összefogja, azokat minél szélesebb körre kiterjessze és újabb kezdeményezéseket tegyen.

Hasonlóképpen a nemzetközi téren vezető nagy orvosi szaklapok sorra jelentetik meg szerkesztőségi közleményeiket ilyenfajta tartalommal: köteleességünk a tiltakozás; előzzük meg a végső szerencsétlenséget; maga az atomfegyver az ellenség; az atomfegyver katonai szempontból értelmetlen; lévén, hogy mi orvosok tudjuk a veszélyt, köteleességünk annak megakadályozása; az orvos és az atomháború; tanítsuk az orvosképzésben is, mit jelent az atomháború; az atomfegyver és a környezet-szennyezés; stb. Az Index Medicus (sajnos csak

1981-től) új kulcsszóként vezeti be a nukleáris háború címszót, az e tárgyú szakközlemények regisztrálására.

Vajon szükséges-e mindez? Feltétlenül. Az ember alkalmazkodó képessége az oka annak, hogy hajlamosak vagyunk arra, hogy megbarátkozzunk az atomfegyverrel való együttélés gondolatával. Szünet nélkül tüntetni nem lehet. A puszta megelőzésért, majd a további fejlődés érdekében éppen elég sok a tennivaló atombomba nélkül is. Ilyen körülmények között fennáll az a veszély, hogy a téma „lekerül a napirendről”. Ezért szükséges, hogy mi orvosok a magunk szempontjai szerint ismételten szembesítsük a közvéleményt a valósággal. Ma amikor 3 tonna dinamitnak megfelelő hatásfokú atomrobbanóanyag jut minden emberre a földön, az atomfegyver teljesen értelmetlenné vált. Valójában sohasem volt igazán értelme. Teljesen értelmetlen és felesleges volt Hirosimában és Nagasakiban is az atomfegyver bevetése. Az ott bekövetkező szörnyű pusztításnak pedig elegendőnek kellene lennie ahhoz, hogy mindez ne ismétlődhessen meg, nem beszélve arról, hogy a mai atomfegyverek sokezer-szeresen múltják fölül az akkori bombák hatásfokát. Egyetlen ilyen bomba véletlenszerű felrobbanása nyomán támadt pusztítás bizonyára elég lenne ahhoz, hogy egységesen minden élő ember követelje: ebből elég, ezt semmilyen jogcímen nem lehet folytatni.

De nincs ilyen katasztrófára szükség. Pontosan tudjuk a következményeket ahhoz, hogy a fentieket enélkül is, már most kijelenthessük. Önmagunkat és mindazokat, akikért csak felelősséget érzünk, ismételen szembesíteni kell a problémával. Ilyen szembesítésre csak egyetlen válasz lehetséges: szűnjön meg az atomfegyverrel való fenyegetés, nincs szükségünk atombombára.

Boda Domokos dr.

„Az atomháborút csak úgy lehet megnyerni, ha biztosítjuk, hogy sose tör ki.” Bradley, Omar Nelson (1893—1981) az USA hadseregének vezérkari főnöke, Bölcsességek könyve, Gondolat, 1983.

„... az atomkorban csak két lehetőségünk van: vagy a világméretű társadalmi egyesülés, vagy a tömeges pusztulás.” Toynebe, Bölcsességek könyve, Gondolat, 1983.

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-arteriális 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



Heveny májkárosodás Antaethyl-lel végzett alkohol-elvonó kezelés során

Fővárosi László Kórház (főigazgató: Várnai Ferenc dr.) III. Belgyógyászati (Hepatológiai) Osztály, Kórbonctani és Kórszövettani Osztály

Disulfiram-mal (Antaethyl, Anticol, Antabus) végzett alkohol-elvonó kezelés alatt négy betegen sárgasággal, jelentős transaminase-emelkedéssel járó heveny májkárosodás keletkezett. A klinikai tünetek és a májbiopsiás anyagban látott szöveti elváltozások több vonatkozásban eltértek a vírus-hepatitisekben szokásos képtől, de nem feleltek meg alkohol okozta májkárosodásnak sem. Szerológiai vizsgálatok során hepatitis-vírus markereket nem sikerült kimutatni. Az egyik beteg heveny, sárgasággal járó májkárosodása kétszer ismétlődött, ez mindkét alkalommal a disulfiram kezelés újraindításával függött össze. Két beteg a disulfiram mellett meprobumat (Andaxin) is szedett rendszeresen. Ezek kórlefolása sokkal súlyosabb volt. Az egyik, 31 éves nőbeteg, heveny májelégtelenségben meghalt. A szerzők elemzik a disulfiram hepato-toxicitásának kérdését és megfigyeléseik alapján felhívják a figyelmet a gyógyszeres alkohol-elvonó kezelés veszélyeire, különös tekintettel a fatális kimenetel lehetőségére.

A disulfiram-ot (Antaethyl, Anticol, Antabus) már több mint 30 éve kiterjedten alkalmazzák alkoholbetegek elvonó-kezelésére. Egy tablettát 500 mg hatóanyagot (tetraethyl-thiuram-disulfid) tartalmaz. A szer bénítja a májban az aldehid-dehidrogenasét, ezáltal akadályozza az alkohol-lebontás második lépcsőjében az acetaldehid oxidációját. A disulfiram szedés mellett fogyasztott alkohol acetaldehid mérgezéshez vezet, amely igen kellemetlen tünetekkel jár (az arc kipirulása, tachycardia, tachypnoe, szédülés, collapsus, émelygés, hányás stb.). A disulfiram kezelés hosszú ideig, hónapokig tart; a napi adag általában 500 mg. A szervezetből 8–12 nap alatt ürül ki (3), így a kúra alatt a vegyület valószínűleg kumulálódik a szervezetben.

Kézenfekvőnek látszik, hogy olyan szer, amely farmakológiai hatását hepatotoxicitása révén fejti ki, diffúz májkárosodás előidézésére is képes. Ennek ellenére eddig csupán néhány olyan közlemény látott napvilágot, amely a disulfiram kezelés következtében keletkezett heveny májbántalommal foglalkozik (2, 4, 7, 11). Négy beteg esetét ismertetjük, akiknek heveny májkárosodása a disulfiram huzamosabb szedésére volt visszavezethető.

Esetismertetések

1. eset: J. V. 38 éves kocsikísérő 1974. VIII. 22-én került a László Kórház egyik felnőtt fertőző osztályára hepatitis infectiosa gyanúja miatt, icterusos állapotban, 2 hetes étvágytalanság után. Rendszeresen fo-

Acute liver damage in chronic alcoholics following Disulfiram therapy. — Acute liver damage accompanied by jaundice and marked elevation of serum transaminase levels in four chronic alcoholics after Disulfiram (Antaethyl, Anticol, Antabus) therapy is reported. Clinical features and liver biopsy morphology were different from those seen in classic viral or alcoholic hepatitis, respectively. Hepatitis virus markers could not be detected by serological methods. A 38 year old man developed two times acute icteric attack after reexposure to the drug. In two cases Disulfiram therapy was supplemented by Meprobumat (Andaxin) treatment. In these patients clinical course was more severe and one of them — a 31 year old woman — died of fulminant liver failure. Authors call attention to the risk of Disulfiram therapy of chronic alcoholics including the possibility of fatal liver injury.

gyasztott alkoholt, 1954–1975-ig napi 5 liter sört. Áprilisban elvonó kúrában részesült, azóta absztinens. 2 hónapja napi 1 tabl. Antaethylt szed. Felvételtkor 3 h ujjal megnagyobbodott mája, elérhető lépe volt. A laboratóriumi vizsgálatok heveny májkárosodásnak feleltek meg (1. ábra A). Vírus-szerológiai vizsgálatokról nincs tudomásunk. A beteg 35 napos ápolás után, IX. 26-án került haza. Betegségét fertőző májgyulladásnak tartották.

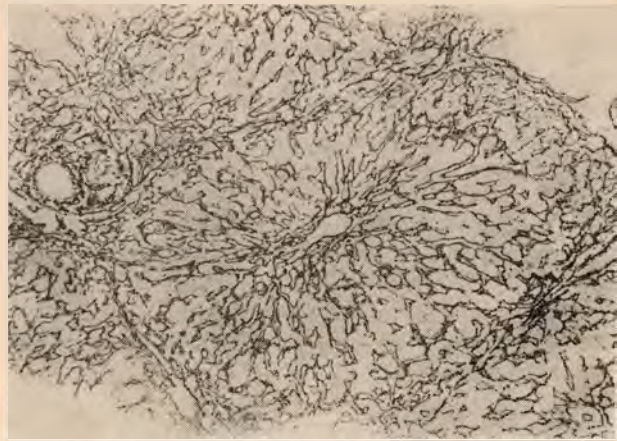
1978. IX. 30-án került ismét a László Kórházba, ezúttal a Hepatológiai Osztályra, 1 hete tartó étvágytalanság, viszketés után kialakult sárgaság miatt. Elmondása szerint 1978. májusában kezdett újra rendszeresen inni. Augusztus végétől felvételig (1 hónapig) napi 1 tabl. Anticolt szedett. Felvételtkor 3 h. ujjal megnagyobbodott mája volt. A laboratóriumi vizsgálatok heveny májkárosodás mellett szóltak (1. ábra B); a HBsAg három alkalommal negatív volt, a HA Ab 1:20 +. X. 17-én májbiopsiás vizsgálatot végeztünk, amely típusos lobularis hepatitis képét mutatva egysejtes necrosisokkal (2. ábra). Betegségét disulfiram által okozott heveny toxikus májkárosodásnak tartottuk. 46 napos ápolás után, XI. 15-én bocsátottuk haza.

1981. I. 20-án utalták be ismét a László Kórház Hepatológiai Osztályára egy napja tartó sárgaság miatt. Előzőleg, 1980. XII. 3–22-ig pszichiatriai osztályon újabb alkoholelvonó kezelésben részesült; napi 1/2 tabl. Antaethylt kapott, s azt felvételig szedte. Kétségtelenség látszott, hogy az újabb heveny májbetegség, amely májnagyobbodásban, sárgaságban és a GOT, GPT aktivitás fokozódásában nyilvánult meg (1. ábra C), szintén a disulfirammal szembeni túlérzékenységre vezethető vissza.

A vírus-szerológiai vizsgálatok (HBsAg, NANB Ag) ez esetben is negatívak voltak. A kórlefolás ezúttal enyhébb volt, talán azért, mert a gyógyszer szedését a sárgaság jelentkezésekor azonnal abbahagyta. Előző megbetegedései alkalmával a sárgaság jelentkezése után 8–10 napig még szedte a disulfiramot.



4. ábra: a) Lobularis hepatitis sejtűs képe az icterus 5. napján. A bal felső sarkot széles, gömbsejtekkel, eosinophil és neutrophil granulocytákkal beszűrt portalis mező foglalja el. A lyukak a lebenyperiérián az elhalt sejtek helyét jelzik (nyilak). H. E. 130 x



b) A reticularis váz a lebenyke periferiáján összeesve a lobulust mintegy körülveszi. Bal és jobb oldalon portalis mező. Gömöri f. ezüst-impregnáció, 130 x

veny toxikus májkárosodás képét mutatta. A szokásos cellularis eltéréseken — peribiliaris basophilia canalicularis cholestasissal, megnagyobbodott, eosinophil plazmájú hepatocyták, enyhe steatosis stb. — kívül néhány lebenycentrumban göccs májsejt elhalás mutatkozott, amelyhez enyhe gömb- és Kupffer-sejtes reakció csatlakozott. Betegsége enyhe lefolyásúnak bizonyult, 25 napos kórházi ápolás után bocsáthattuk ki osztályunkról. Betegségét az előzetes gyógyszerzedés, a vírus-szerológiai vizsgálatok negativitása és a kórszövettani lelet alapján disulfiram okozta enyhe heveny májkárosodásnak tartottuk.

4. eset: H. L.-né, 31 éves nőbeteg, családi gondok miatti feszültségének oldására kb. 6 hónappal betegség előtt kezdett rendszeresen inni, naponta 1,5-2 dl tömény szeszes italt. Egészségügyi dolgozó nővére rábeszélésére kérte felvételét az egyik fővárosi kórház idegosztályára alkoholelvonó kúra céljából. 1982. IX. 14-től naponta 1 tabl. Anticolit (500 mg disulfiram) és 3x2 tabl. Andaxint kapott, miután laboratóriumi vizsgálatok alapján máját egészségesnek találták (táblázat). X. 17-én étvágytalanná vált, hányingere volt, émelygett, többször hányt, bőre viszketni kezdett, a májtájon tompa fájdalmat érzett. Vizelete megsötétedett, majd X. 21-én észrevették, hogy icterusos, ezért másnap áthelyezték a László Kórház Hepatológiai Osztályára. Felvételkor bőre, sclerája sárga volt, sima, puha, érzékeny mája 1 1/2 h. ujjal ért a bordaív alá. Lépe nem volt tapintható. A laboratóriumi vizsgálati eredmények heveny májkárosodás mellett szóltak (táblázat). A vírus-szerológiai vizsgálatok (HBsAg, NANB Ag) negatívak voltak. Toxikus májjaesio gyanúja miatt X. 26-án, az icterus 5. napján májbiopsiás vizsgálatot végeztünk. Histológiailag lobularis hepatitis látszott unicellularis elhalásokkal (4. ábra, a). A hepatitisz vírusok okozta képtől eltérést képviselt a feltűnően sok mitosis, portobiliarisan a számos eosinophil granulocytá, végül a lobuloperifériás necrosis (4. ábra, b).

A beteg állapotában javulás nem mutatkozott, továbbra is gyenge, étvágytalan maradt. X. 30-án délelőtt múltó tudatzavart észleltünk. Ez rövid időn belül megszűnt ugyan, de délután megismétlődött, a beteg térben és időben dezorientálttá vált. Később psychomotoros nyugtalanság után a kezelés (infúziók, Diadreson) ellenére eszméletlenül, fájdalom-ingerekre sem reagált. Mája megkisebbedett, mély légvételkor éppen elérhető volt. Prothrombin-szintje 100-ról 35%-ra csökkent. Komatózus állapotban áthelyeztük kórházunk intenzív részlegére, ahol X. 31-én és XI. 1-én Haemocolperfüziós kezelésben részesült, de állapotában ez sem hozott javulást, este 21 óra 50 perckor meghalt. A 12 órával később végzett boncolás során a 760 g súlyú máj atrophia flava képét nyújtotta. Mikroszkóposan masszív májnekrózist láttunk; a szerv eredeti szerke-

zetére csak a gömbsejtekkel beszűrt portalis mezőkben megfigyelhető számos epeút átmetszet emlékeztetett.

Az anamnézis, a májbiopsiás vizsgálat eredménye, továbbá a vírus-antigének negativitása kétségtelenné tette a fatális kimenetelű heveny májkárosodás toxikus eredetét. Lehetséges, hogy a megbetegedés súlyosságáért és halálos kimeneteléért a disulfiram mellett rendszeresen szedett meprobamat (Andaxin) is felelős.

Megbeszélés

Az irodalomban csupán néhány közlemény található, amely disulfiram kezeléssel kapcsolatos toxikus májkárosodással foglalkozik: egy-egy Norvégiából (7), ill. Dániából (11), kettő az USA-ból (2, 4) származik. E tanulmányokban összesen kilenc beteg kórtörténete szerepel. *Ranek és Buch Andersen* (11) 6 betege közül 5 meghalt heveny májsorvadásban. Az életben maradtak esetében csak a disulfiram újraszedése után jelentkező második, az előzővel nagyjából azonos lefolyású heveny májkárosodás terelte a gyanút a disulfiram kóroki szerepére (2, 4, 11).

Eseteinkben a diagnózis az anamnézisre (gyógyszerzedés), a laboratóriumi vizsgálatok eredményére, továbbá a máj szövettani vizsgálatára támaszkodott. Az első esetben a disulfiram kezelés után három ízben jelentkező, nagyjából azonos lefolyású heveny májkárosodás volt bizonyító erejű. Elkülönítő diagnózis szempontjából mindegyik esetben a vírus-hepatitis és a heveny alkohol-hepatitis jöhetett szóba. Vírus-hepatitis ellen szóltak a negatív vírus-szerológiai vizsgálatok, a vírusbetegségekre jellemző leukopenia és relatív lymphocytosis hiánya és az atípusos anamnézis, végül három esetben a máj szöveti képe. Pathológiaiilag az 1. betegben látott szöveti kép a hepatitisz-vírusok okozta „klasszikus” heveny májgyulladásól nem tért el, de biztonsággal elkülöníthető volt az akut alkohol-hepatitistól. A 2. esetben észlelt kifejezett lobulocentralis és ún. „bridging-necrosis” hepatitisz-vírusok hatására is létrejöhet (12), de egyidejűleg kifejezett gyulladásozó jelenségek is fellelhetők. Ezen utóbbiak betegünkön nagyon enyhék voltak. A 3. betegben, akin a klinikai kép is a legenyhébb volt, a toxikus hepatitis cellularis je-

lenségei domináltak. Végül a 4. — fatális kimenetelű — esetben a szöveti eosinophilia és a lebeny-perifériás elhalás alapvető eltérést képviselt a hepatitis-vírusok okozta májkárosodásban látottaktól.

Alkoholos májkárosodás ellen szólt valamennyi esetben az a körülmény, hogy ezek a betegek hónapok óta nem fogyasztottak, a gyógyszereszedés miatt nem is fogyaszthattak szeszes italt. A klinikai tünetegyüttes (3 h. ujjnyinál nem nagyobb máj, nagy GOT és GPT aktivitás) és a morfológiai kép (zsír, Mallory-testek és neutrophil granulocyták hiánya) egyaránt eltér attól, amit akut alkohol-hepatitisen szoktunk látni.

A disulfiram hepatotoxicitására több experimentális vizsgálati adat utal. *Child* és *Crump* (1), továbbá *Lazarev* (8) szerint ez a vegyület nyulak és kutyák májában focalis necrosisokat okoz. *Kendrey* és *Sziza* (6) a mezőgazdaságban fungicid szerként, a gumiparban akcelerátorként használt anyag, a Thiuram (tetramethyl-thiuram-disulfid) toxikológiai vizsgálata során dózistól függő súlyosságú májelváltozást észlelt fehér patkányban. Ez a szer közeli kémiai rokonságban van a disulfirammal; az előbbiben levő 4 metylcsoport helyett az utóbbi 4 aethylgyököt tartalmaz. *Moeschlin* (10) szerint a két vegyület azonos toxikológiai tulajdonságokkal rendelkezik. Ezek alapján hívta fel egyikünk (6) még 1975-ben a figyelmet arra, hogy alkoholelvonó kezelésre olyan gyógyszer használatos, amelynek közeli kémiai rokona kísérleti állatban májkárosító hatású.

Négy esetünket az irodalomban közöltekkel egybevetve igyekeztünk olyan összefüggéseket találni, amelyek jellegzetesek a disulfiram okozta májkárosodásra. A gyógyszereszedés kezdete és a májbántalom kialakulása közötti idő változó. Míg *Keeffe* és *Smith* (4) esetében mindkét alkalommal 10—10 nap volt ez az időszak, *Ranek* és *Buch Andersen* (11) 6 betege közül 3 három heti, 2 kéthónapi, 1 pedig hathónapi gyógyszereszedés után betegedett meg. 4 betegünk közül 3 két hónapig szedte a gyógyszert a májkárosodás kialakulásáig, 1 beteg az újraszedést követően mindkét alkalommal egy hónap múltán jelentkeztek a heveny fellángolás tünetei. Fatálisan végződött esetünkben is egyhónapos gyógyszereszedés kellett csupán a súlyos májkárosodás kialakulásához. A kórlefolyást illetően egy esetet (3. beteg) viszonylag enyhének, egyet (1. beteg) középsúlyosnak, egyet (2. beteg) súlyosnak minősítettünk. Egy beteg (4. eset) meghalt. Úgy tűnik, hogy a gyógyszer dózisa és a megbetegedés súlyossága között nincs összefüggés. Fel-tűnő volt a májszövetben észlelt pathológiás elváltozások különbözősége. A gyógyszerekkel szembeni egyéni érzékenység részben hypersensitívitásos szervi reakcióban, részben kóros (hibás) metabolizmusban nyilvánul meg, amikor a szer lebontása során direkt hepatotoxikus metabolitok keletkeznek. A két mechanizmusra különböző szöveti reakciók jellemzők, ezek egy-egy gyógyszerre vonatkoztatva az esetek többségében azonosak (5, 9). Ha ritkábban is, de előfordul, hogy ugyanazon vegyület egyszer hypersensitívitásos reakciót vált ki az erre jellegzetes szöveti eltérésekkel, máskor

más típusú szöveti elváltozásokkal. Ezt a polimorf reakciót figyeltük meg például INH-t szedő betegek májkárosodásában. Úgy látszik, a disulfiram is olyan szer, amely képes különböző típusú májelváltozást létrehozni.

Betegeink kórlefolyásának alapos elemzése még egy gondolatot vet fel. A 2. eset súlyos lefolyású volt, lobulocentrális sejtelhalással, „bridging”-nek-rózzissal. A 4. pedig fatálisan végződött. E két beteg a napi 500 mg disulfiram mellett még napi 3x2 tabl. Andaxint (3x400 mg meproamat) is kapott, míg a másik két beteg monoterápiaként kapta folytatólagosan a disulfiramot. Bár e néhány beteg megfigyelése nem elegendő biztos és végleges következtetések levonására, nem zárható ki annak lehetősége, hogy az említett két esetben a súlyos kórlefolyás gyógyszeres interakciónak, a disulfiram és a meproamat együttes szedésének és együtthatásának volt a következménye.

Végső következtetésként hangsúlyozzuk, hogy alkoholbetegek gyógyszeres elvonó-kezelése nem veszélytelen. A disulfiram a szerrel szemben érzékeny egyének különböző súlyosságú májkárosodását okozhatja, amely halálos kimenetelű is lehet. Ezért a disulfiram kúra alatt a májparenchyma állapotát rendszeresen ellenőrizni kell (SGOT, SGPT), hogy a szer időbeni elhagyásával esetleges súlyos következmény elhárítható legyen.

IRODALOM: 1. *Child, G. P., Crump, M.*: The toxicity of tetraethyl-thiuramdisulphide (Antabuse) to mouse, rat, rabbit and dog. *Acta Pharmacol. Toxicol.* 1952, 8, 305. — 2. *Eisen, H. J., Ginsberg, A. L.*: Disulfiram hepatotoxicity. *Ann. Int. Med.* 1975, 83, 673. — 3. *Issekutz B., Issekutz L.*: Gyógyszerrendelés. *Medicina.* Budapest, 1979. 55. old. — 4. *Keeffe, E. B., Smith, F. W.*: Disulfiram hypersensitivity hepatitis. *JAMA.* 1974. 230, 435. — 5. *Kendrey G., László B.*: A gyógyszeres májkárosodások morfológiai spectruma. *Magy. Belorv. Arch.* 1975. 28, 269. — 6. *Kendrey G., Sziza M.*: Morfológiai megfigyelések a Thiuram (tetramethyl-thiuram-disulphid) hepatotoxikus hatásáról fehér patkányokban. *Morph. Ig. Orv. Szle.* 1975, 15, 51. — 7. *Knutzen, B.*: cit. *Ranek* és *Buch Andersen* (11). — 8. *Lazarev, N. V.*: Vrednije vescu sztva v promislennostii. *Chimija. Leningrad.* 1969. — 9. *László B.*: Diffúz gyógyszeres májkárosodások. *Gyógyszereink.* 1982, 32, 97. — 10. *Moeschlin, S.*: *Klinik und Therapie der Vergiftungen.* G. Thieme. Stuttgart, 1965, 299. old. — 11. *Ranek, L., Buch Andersen, P.*: Disulfiram hepatotoxicity. *Brit. med. J.* 1977, 2, 94. — 12. *Scheuer, P. J.*: *Liver biopsy interpretation.* Bailliere Tindall. London, 1980, 60. old.

(László Barnabás dr., Budapest, Pf. 29., 1450.)

Szerkesztőségi kommentár:

Készséggel adtunk helyet a heveny májkárosodás és a disulfiram kezelés lehetséges összefüggését elemző közleménynek. A szerzők jogosan vetik fel a disulfiram készítmények oki szerepét a súlyos — egy esetben végzetes kimenetelű — májkárosodás keletkezésében. Nem ismert pontosan azon alkoholbetegek száma, akik disulfiramot szednek, összességükhöz viszonyítva valószínűleg igen csekély az iatrogen eredetű megbetegedések, ill. halálesetek aránya. Mégis fölmerül az orvos, sőt a társadalom felelőssége — az utóbbié a megelőzés hatékonyabbá tételének elmulasztásában és az alkoholizmus visszaszorításának csekély hatásfokában.

viszont a szer cytotoxikus hatása érvényesül, ismét A szerzők adatait néhány irodalmi hivatkozással egészítettük ki. *Jacobsen* (1) így fogalmazott: „A disulfiramkezelés során bekövetkező nem minden haláleset disulfirammérgezés, vagy disulfiram-alkohol reakció következménye.” *Solms* (2) irodalmi összegezésük alapján közli: „Az irodalomban csak ritkán közöltek disulfiram kezelés alatti halálestet.” *Télessy* (3) az Anticol kezelés kapcsán írja: „A 31 éves nőbeteg naponta 1 tablettát szedett 28 napig, és májpanaszok miatt került kórházi felvételre. Más gyógyszert nem szedett, meghalt és a halált

követően elvégzett szövettani vizsgálatok gyógyszer okozta akut toxikus májkárosodásra utaltak.”

IRODALOM: 1. *Jacobsen, E.*: Die Verwendung von Disulfiram (Antabus). *Med. Welt.* 1967. 18. 2230. — 2. *Solms, H.*: Grundprinzipien und aktuelle Sonderprobleme der Behandlung des chronischen Alkoholismus. In *Sucht und Missbrauch*. Hrsg.: *Steinbrecher, V., Solms, H.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975, VI. 69. oldal. — 3. *Télessy L.*: Az újabb gyógyszer-melékhatás-bejelentések áttekintése. *Gyógyszereink*, 1983, 33, 337.

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

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

JAVALLATOK

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

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebralis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

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

Szemészetben az érhártya és 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.



Infúziós oldatok hazai választéka

ELEKTROLITMENTES VÍZPÓTLÓ SZÉNHIDRÁTARTALMÚ OLDATOK

Isodex (literenként 50 g glukózt tartalmazó oldat).
Fructosol 5 (literenként 50 g fruktózt tartalmazó oldat).
Fructosol 10 (literenként 100 g fruktózt tartalmazó oldat).
Fructosol 10-E (literenként 100 g fruktózt és 50 g alkoholt tartalmazó oldat).

ELEKTROLITTARTALMÚ FOLYADEKPÓTLÓ ES KALÓRIAHORDOZÓ OLDATOK

Rindex 5 (literenként 50 g glukózt tartalmazó, elektrolitra nézve félizotóniás oldat).
Rindex 10 (literenként 100 g glukózt tartalmazó, elektrolitra nézve félizotóniás oldat).
Saletanol D5 (elektrolitra nézve félizotóniás konyhasóoldat, literenként 50 g glukózt és 50 g alkoholt tartalmaz).
Saletanol D10 (elektrolitra nézve félizotóniás konyhasóoldat, literenként 100 g glukózt és 50 g alkoholt tartalmaz).
Rehydrosol S5 (elektrolitokat fiziológiás arányban tartalmazó félizotóniás, literenként 50 g szorbitot tartalmazó folyadékpótló oldat).

BÁZIS-OLDAT

Balansol S5 (elektrolitra nézve félizotóniás, literenként 25 mmol K-ot és 50 g szorbitot tartalmazó folyadékpótló oldat).

TELJES ELEKTROLIT OLDATOK

Ringer-Laktát („szabad vizet” nem tartalmazó izotóniás sópótló oldat).
Ringer-Acétát S5 („szabad vizet” nem tartalmazó izotóniás, literenként 50 g szorbitot tartalmazó sóoldat).

IZOTÓNIÁS KONYHASÓOLDAT

Salsol A (Na és Cl-t azonos – tehát nem fiziológiás – arányban tartalmazó, izotóniás, enyhén savanyító oldat).

SAV-BÁZIS HÁZTARTÁS ZAVARAIT KORRIGÁLÓ OLDATOK

Acidigen (ammónium-kloridot tartalmazó oldat, metabolikus alkalózis kezeléséhez).
Alkaligén (1,4%-os – $\frac{1}{6}$ mol-os – izotóniás, natriumbikarbonátot tartalmazó oldat, a metabolikus acidózis kezeléséhez).
Liotris (0,3 mol Tris-puffert tartalmazó oldat, a metabolikus acidózis kezeléséhez).

OZMOTERÁPIÁS OLDATOK

Mannisol A (literenként 100 g mannitot tartalmazó ozmodiureticum).
Mannisol B (literenként 200 g mannitot tartalmazó ozmodiuretikum).

FEHÉRJESZÜKSÉGLETET FEDEZŐ PARENTERÁLIS OLDATOK

Infusamin S5 (literenként 50 g esszenciális aminosav keveréket és 50 g szorbitot tartalmazó infúziós oldat).
Infusamin X5 (literenként 50 g esszenciális aminosav keveréket és 50 g xilitet tartalmazó infúziós oldat).

VOLUMENPÓTLÓ OLDATOK

Rheomacrodex 10% (izotóniás NaCl-oldatban, vagy literenként 50 g glukózt tartalmazó oldatban) Pharmacia (Uppsala) licencia.
Macrodex 6% (izotóniás NaCl-oldatban, vagy literenként 50 g glukózt tartalmazó oldatban) Pharmacia (Uppsala) licencia.

Alkalmazásukra a palackokhoz csomagolt kísérőirat, illetve az „Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére” c. kiadvány irányadó.

Az infúziós oldatokat a kórházak és klinikák közvetlenül a HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézettől szerezhetik be.



Cím: 2101 Gödöllő, Táncsics Mihály út 82.

SZOBOR ALBERT DR.

Sclerosis multiplex és myasthenia gravis együttes előfordulása

Fővárosi Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet Idegosztály

A sclerosis multiplex és myasthenia gravis együttes előfordulása nagyon ritka, de a mindkét betegségben szereplő, igazolt vagy részben igazolt immunregulációs zavar alapján felmerül a tágabb értelemben vett esetleges összefüggés a két betegség között. Három esetet ismertet, melyekben a sclerosis multiplex és myasthenia gravis határozottan megállapítható. Különös jelentőséget ad az észlelésnek az, hogy két betegen thymectomia történt, így lehetőség van arra, hogy a thymuseltávolítás esetleges sclerosis multiplexre gyakorolt hatása is megfigyelhető.

Association of multiple sclerosis with myasthenia gravis. Association of multiple sclerosis with myasthenia gravis is very seldom. Nevertheless, immuno-regulatory disturbances have been verified and/or suggested in the case of both diseases, which may be an indication to eventual relatedness of them in a wider sense. The author reports on three cases of the simultaneous presence of both definitely diagnosed illnesses. The observations are especially interesting, since thymectomy has been performed on two patients, thus he will have the possibility register consequences of the absence of thymus for multiple sclerosis.

A sclerosis multiplex (SM) és a myasthenia gravis (MG) az utóbbi negyedszázadban az intenzív elméleti (immunológiai) és gyakorlati (terapiás) kutatás homlokterébe került. Ennek több oka van: az SM az egyik leggyakoribb idegbetegség, aetiológiája ismeretlen, fellángolásokban (exacerbatiók, Schubok) zajló vagy progressiv formája súlyos, gyakran definitív, több idegrendszeri structurát érintő károsodáshoz vezet, terapiája — a modern, sokirányú próbálkozás ellenére — megoldatlan kérdés. A MG ritka betegség, ugyancsak ismeretlen aetiológiájú, s bár kezelése lényegesen jobban kidolgozott és eredményesebb, mint az SM-é, e therapiás „fegyvertár” sem tekinthető véglegesnek. A két betegséget logikailag bizonyos mértékig összeköti, és az érdeklődést magyarázza: 1. Mindkét betegség klinikuma, lefolyása nagyon jól ismert, és a prognosira vonatkozó klinikai és laboratóriumi adatok is viszonylag jól értékelhetők. 2. Mindkét betegség klinikai típusának besorolására és súlyossági fokozatának megállapítására jól kidolgozott és használható pontrendszerünk van (8, 9, 17). 3. Mindkét betegség lefolyásának típusa alapján felmerül már klinikai vonatkozásban is az immun-rendszer regulációs zavarának lehetősége. 4. Mindkét betegség pathomechanizmusában immun, ill. autoimmun fo-

lyamat szerepel, aminek jellege (korai-humoralis és késői-cellularis) és mértéke különböző laboratóriumi jelzőkkel (markerekkel) vizsgálható. 5. Mindkét betegség modellként szerepel az irodalomban a demyelinisations, ill. neuro-muscularis betegségek prototípusakként. 6. Mindkét betegségben részben azonos a kezelés: steroid-therapia és cytostatikus immunosuppressio (16, 18), sőt a MG-ban leginkább bevált thymectomiát — mint radikális immunosuppressiót — újabban SM-ben is végzik (4).

Az előző, kétségtelenül laza, de mégis számottevő összefüggések miatt érdemesnek látszik a két betegség együttes keletkezését vagy associációját regisztrálni és nyomon követni. A két betegség incidentiájára vonatkozóan nagyon kevés irodalmi anyagot találunk (1, 2, 6, 7, 13), nagy MG-anyagok vizsgálatakor e társulás nem szerepel (10, 11, 12, 14, 15), s Hertel és mtsai (5) az SM és MG együttes előfordulását csak véletlen incidentiának tartja. Nagy MG anyagunkban — 730 beteg között — 3 olyan esetet észleltünk (0,4%), ahol mind a MG, mind az SM kétséget kizáróan megállapítható.

Esetismertetés

1. K. L. 45 éves férfi két és fél éve áll folyamatos megfigyelésünk és kezelésünk alatt három éve kezdődött, bulbo-skeletalis MG-a miatt. Betegségét mérsékelt fluctuáló rágás-, nyelés-, beszédzavar és időszakos légzészavar jellemezte. Ritkán kettőslátást és végtagfáradékonyságot is észlelt. Az ergometriás vizsgálatok, EMG, Tensilon-teszt egyértelműen MG mellett bizonyítottak, pyridostigmin (Mestinon) és adjuváns therapia jó hatásúnak bizonyult. A beteg életkora, tüneteinek progrediáló volta és a thymus-scintigraphia pozitivitása (Fornet B. dr.) miatt thymectomiát végeztet-

Rövidítések:

SM = sclerosis multiplex,
MG = myasthenia gravis
IgG/alb = IgG/albumin arány,
EMG = elektromiografia

tünk (*Molnár J. dr.*), ennek során 50 g-os, részben zsiros, részben hyperplasiás thymust távolítottunk el. Műtete után gyors javulás és gyógyszerigényének csökkenése következett be. Műtete után fél évvel gyorsan fokozódó, spastikus paraparesis, vizelezavar, homályos látás és töredezett skandáló beszédzavar miatt vettük fel osztályunkra. Statusát ekkor általánosan fokozott myotatikus reflexek, mko. Babinski-jel, súlyos spastikus paraparesis, skandáló beszéd, járási ataxia és vizelezavar (incontinentia, szakaszos vizezés) jellemzi. Liquorában az összfehérje emelkedett, az IgG/alb. index magasabb a normálisnál. Steroid, vitamin, relaxáló és physiotherapiára állapota javul, de objektív tünetei — pyramislaesio, ataxia és beszédzavar — alig változnak. További észlelése során még két subacut (pyramist, craniomotoriumot és cerebellumot érintő) exacerbatio jelentkezett, ami steroidkezeléssel befolyásolható volt. Myastheniás állapota alacsony dosisú Mestinonnal egyensúlyban tartható, második betegségként jelentkezett demyelinisációs folyamata miatt tartós, kisdosisú Oradexon, Baclofen és időszakos vitamin kezelést kap; állapota stationaer.

2. B. A. 30 éves nő két és fél éve áll kezelésünk alatt SM mellett kialakult MG miatt. A beteg SM-e 20 éves korában acut shubbal jelentkezett, ami az opticus, pyramis, agytörzsi, érző és vegetatív strukturákat érintette. Betegségének mintegy 8 éve alatt négy exacerbatio különíthető el, ezek kiváltásában részben banális fertőzések szerepelnek. Több fővárosi idegosztályon észlelték és kezelték, a diagnosis SM volt. Steroid terapiára mindig jól reagált. Negyedik exacerbatioja alkalmával órák alatt kialakuló súlyos shock-állapotban került idegosztályra, majd légzészavara miatt intenzív osztályra, ahol gépi lélegeztetésre is sor került. Intenzív steroid terapiára shock-állapota gyorsan javult, s ekkor merült fel a légzést is érintő izombetegség lehetősége, ami miatt osztályunkra helyezték át. Tensilon injectióra, majd cholinergiás és steroid kezelésre állapota gyorsan rendeződött, majd kibontakozott a légzést és bulbaris functiókat súlyosan, a skeletalis izmokat mérsékelten érintő MG, ami folyamatos konzervatív kezeléssel remissióba került, és 300 mg Mestinonnal (és adjuváns terapiával) tartósan jó állapotban van. Észlelése alatt két ízben jelentkezett acut SM-es exacerbatio paraesthesiával, pyramislaesióval és cerebellaris tünetekkel, mindkét alkalommal steroid kezeléssel és Cortosym-Depot inj.-val sikerült a tüneteket megszüntetni. A beteg liquorában normális sejtszám és összfehérje mellett az IgG tartalom és az albumin hányados mérsékelten, az IgG/alb. index jelentősen emelkedett értékű.

3. S. G. 35 éves nő, 22 éves kora óta szenved kezdetől általunk észlelt és kezelt SM-ben. Betegsége acut és subacut exacerbatiókban zajló, több functionalis systemát váltakozva, ill. együttesen érintő, súlyos SM-nek felel meg, ami két ízben — bulbaris tünetek miatt — életveszélyes volt; több ízben volt paraplegiás, tetraparetikus, opticus-tünetei miatt ismételten súlyosan károsodott a látása, egy ízben csaknem amaurosisig. Liquor-syndroma SM-re jellemző, több ízben jelentős fehérje-emelkedést is észleltünk. Bár egyes acut és subacut fellángolásai nagy adag steroidra, corticotropinra és adjuváns (antiallergiás, vitamin) kezelésre, rendszeres fiziotherapiára viszonylag gyorsan és kedvezően reagáltak, az egyes exacerbatiók után egyre több és több tünet maradt vissza. Közben jelentősebb lassú progressio ugyan nem történt, másrészt viszont a tartós steroid kezelésnek gátat szabott a beteg gyomor-fájdalma, az azathioprin kezelést pedig nem alkalmazhattuk chronikus adnexitis és recidív cystopyelitis miatt. Betegségének 9. évében panaszaihoz olyan fluctuáló nyelés-, rágás- és beszédzavar, kettős látás és végtagfáradékonyság társult, ami nemcsak bennünk, hanem a betegben is — aki tartós intézeti kezelése alatt sok myastheniás beteget látott —, felvetette a MG lehetőségének gondolatát. Ergometriás tesztek a beteg állapota miatt végezni nem lehetett, de az ismételten elvégzett Tensilon-próba pozitívítása, az EMG-vizsgálatkor észlelt 40%-os decrement (és Tensilonra javulás), valamint a 300–420 mg Mestinonra és 10–20 mg My-

telasera bekövetkező klinikai javulás egyértelműen eldöntötte az újabb tünetek myastheniás jellegét. Tüneteinek tartós fennállása, a gyógyszerigény növekedése, ill. a selenomethionin-75 scintigraphián látható thymus-aktivitás (*Fornet B. dr.*) miatt előbb thymustáji röntgenbesugárzást végeztünk (*Rakonczai Gy. dr.*) átmeneti eredménnyel, majd a beteget hat alkalommal végzett plasmapheresissel műtetre készítettük elő, és 1983 márciusában thymectomia történt (*Molnár J. dr.*). Az eltávolított, 27 g-os mirigy a hyperplasia II. fokozatának megfelelő aktivitású volt, az izommintában súlyos atrophia, homogenisatio és degeneratív elváltozások voltak (*Lapis K. dr.*). Műtete után átmenetileg javult az állapota, majd újabb bulbo-skeletalis tünetek miatt második sorozatban ismét hat plasmapheresist végeztünk. Ezt követően három hónapos viszonylagos remissiót értünk el, hazabocsáthattuk. Újabb intézeti felvételére ismét nagyfokú fluctuatiót mutató, generalizált myastheniás tünetei miatt került sor. Demyelinisációs betegsége sem a műtét előtt végzett aktív kezelése alatt, sem a műtét után nem változott, exacerbatio nem alakult ki, a kórképet a MG dominálja, természetesen az SM defect tüneteivel keverten. E betegünk állapota jelenleg is súlyos.

Megbeszélés

Három évtizedet meghaladó, MG-sal, ill. neuromuscularis betegségekkel kapcsolatos munkánk során, ill. negyedszázados SM-et regisztráló munkánk során három esetben észleltük az MG és SM associációját. Az 1. esetben 40 év feletti férfin az MG harmadik évében — fél évvel a jó eredményű thymectomia után — alakult ki több functionalis systemára terjedő demyelinisációs betegség, ami tartós tünetekkel stabilizálódott, állandó kezelést igényel. Myastheniás állapota kevés gyógyszerrel igen jó remissióban tartható. Másik két esetünkben 20, ill. 22 éves nön kezdődött a kifejezetten fellángolásokban zajló SM, amihez a 8., ill. 9. évben csatlakozott MG generalizált formában, bulbo-skeletalis dominantíával. A 2. esetben a gyógyszeres kezelés jó remissiót eredményezett, a 3. esetben azonban az aktív kezelése ellenére a beteg állapota súlyos, progresszív jellegű és közeli sorsát feltehetően nem az SM, hanem a MG alakulása fogja eldönteni.

Az irodalom esetei közül *Achari és mtsai* (1) nőbetegén hosszú, típusos SM után alakult ki ugyancsak típusos MG generalizált formában, ami cholinergiás kezelésre jól reagált. *Hokkanen* (6) először egy myastheniás beteg lehetséges SM-ét említi, majd *mtsai*val 3 beteg esetét ismerteti (7), egy férfit és két nőt, mindhármukét típusos SM és MG tünetekkel, a diagnosist liquor-lelettel és EMG-vel is alátámasztja. Két beteg állandó, egy pedig időszakos cholinergiás kezelést igényelt, az SM acut exacerbatióit ACTH-val kezelték. Thymectomiára nem került sor egyik esetben sem. Rámutatnak arra, hogy az SM kezdő tünete között gyakran szerepel a fáradékonyság, ami enyhe, generalizált vagy skeletalis MG hasonló tünetével tévesztendő össze. SM-ben azonban nem találták meg a MG-ra jellemző EMG-decrementet. E jel annyira fontos és jellemző, hogy *Patten és mtsai* (13) három SM-es betegükön éppen az EMG-n látható decrement alapján állapították meg myastheniás reakcióként felfogott neuro-muscularis transmissió zavart. Eseteinkben a két betegség tünete mind időben, mind jellegükben jól elkülöníthetők voltak, s klinikailag éppen a jelentős, egy napon belüli tünetin-

gadozás és a pihenés restitúciót okozó hatása irányította a figyelmet a két nőbetegen a második betegségként jelentkező MG-ra. A hosszú megfigyelési idő, a tünetek progressiója, a gyógyszerigény növekedése kizárta a myastheniás reactio lehetőségét; két esetben valódi MG csatlakozott SM-hez, ill. egy esetben SM az MG-hoz.

Bevezetőben említettük azokat a szempontokat, amelyek a két betegség esetleges, valamilyen összetartozására utalhatnak. Az immun betegségek összefüggésének kutatásában a HLA—A csoportok azonossága vagy korrelációja az egyik legmodernebb irány. E vonalon az SM és MG között nem lehet összefüggést találni (3). A két betegség lefolyásának jellege: acut exacerbatiók, remissió-intermissió zajlás, banális infekciók szerepe olyan hasonlóságot mutat, ami — egyéb, laboratóriumi adatokkal együtt — az immunsystema pathomechanizmusban betöltött szerepére, immun-dysregulációra utalhat. E meggondolás vezette *Fergusont és mtsait* (4) a thymectomia elvégzésére 35, SM-ben szenvedő betegen. Betegeinken a thymectomia indicatiója a MG volt ugyan, de érdemes nyomon követnünk e betegek SM-ének alakulását is.

IRODALOM: 1. *Achari, A. N., Trontelj, J. V., Campos, R. J.*: Multiple sclerosis and myasthenia gravis. A case report with single-fiber electromyography. *Neurology* 1976, 26, 544. — 2. *Aita, A. F., Snyder, D. H., Reichl, W.*: Myasthenia gravis and multiple sclerosis: An unusual combination of (interval) diseases. *Neurology* 1974, 24, 72. — 3. *Bach, J. F.*: Immunology pp. 613. Wiley, New York, 1978. — 4. *Ferguson, T. B. és mtsai*: Thymectomy in multiple sclerosis. *J. Thorac.*

Cardiovasc. Surg. 1983, 85, 88. — 5. *Hertel, G. és mtsai*: Begleitkrankheiten der Myasthenie. In: Myasthenia gravis und andere Störungen der neuromuskulären Synapse (von Hertel, G. et al.) S. 127. Thieme, Stuttgart 1977. — 6. *Hokkanen, E.*: Myasthenia gravis. *Ann. Clin. Res.* 1969, 1, 94. — 7. *Hokkanen, E., Pirskanen, R., Bergström, L.*: Simultaneous occurrence of demyelinating disease and the myasthenic syndrome. A report of three cases. *X. Internat. Congr. Neurol. Barcelona* 1973. *Excerpta Med. Internat. Congr. Series No. 296.* pp. 68. Amsterdam 1973. — 8. *Kurtzke, J. F.*: Further notes on disability evaluation in multiple sclerosis with scale modifications. *Neurology* 1965, 15, 654. — 9. *McAlpine, D., Lumsden, C. E., Acheson, E. D.*: Multiple Sclerosis. A Reappraisal. Williams & Wilkins, Baltimore 1972. — 10. *Oosterhuis, H. J. G. H.*: Studies in myasthenia gravis Part I. A clinical study of 180 patients. *J. Neurol. Sci.* 1964, 1, 512. — 11. *Osserman, K. E.*: Myasthenia Gravis. Grune & Stratton, London, New York 1958. — 12. *Osserman, K. E., Genkins, G.*: Studies in myasthenia gravis: Review of a twenty-year experience in over 1200 patients. *Mt. Sinai J. Med.* 1971, 38, 497. — 13. *Patten, B. M., Hart, A., Lovelace, R.*: Multiple sclerosis associated with defects in neuromuscular transmission. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1972, 35, 385. — 14. *Perlo, V. P. és mtsai*: Myasthenia gravis: Evaluation of treatment in 1355 patients. *Neurology* 1966, 16, 431. — 15. *Simpson, J. A.*: Myasthenia gravis and myasthenic syndromes. In: Disorders of Voluntary Muscle (ed. by Walton, J. C.) pp. 653. Churchill, Livingstone 1974. — 16. *Szobor A.*: Cytostaticus (immunosuppressiv) therapia myasthenia gravisban. *Ideggyógy. Szemle*, 1973, 26, 57. — 17. *Szobor, A.*: Myasthenia gravis: A quantitative evaluation system. Disability Status Scale (DSS) applied for myasthenia gravis. *Eur. Neurol.* 1976, 14, 439. — 18. *Szobor, A., Petrányi, Gy.*: Immunosuppressive therapy of myasthenia gravis. *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 1970, 27, 397.

(Szobor Albert dr., Budapest, Köves u. 2—4., 1204.)

METASEPT®

tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer koncentrátum

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező felület-fertőtlenítőszer koncentrátum.

HATÓANYAG: alkil-dimetil-benzil-ammóniumklorid (Lutersit-K-LC-80, BASF, Ludwigshafen).

HATÁSSPEKTRUM: Baktericid-fungicid, algicid.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Gyógyító-megelőző intézmények mosható padló- és falburkolatainak, felszerelési és berendezési tárgyainak tisztító hatású fertőtlenítő takarítására.

ALKALMAZÁSI KONCENTRÁCIÓ: 1 térfogat⁰/₀.

Az 1⁰/₀-os METASEPT oldatot a fertőtlenítendő felületre való felvitel után rá kell hagyni száradni, azt leöblíteni vagy letörölni nem szabad.

A METASEPT súroló-, takarítógépekhez is alkalmazható.

A készítmény nem keverhető szappannal vagy más mosó-, illetve tisztítószerrel.

Kellemes illat, jó közérzet, kézkímélő, kézvédő adalékot tartalmazó tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer.

METASEPT!

Gyártja: a Körösladányi METAKÉMIA Ipari Szövetkezet.

Forgalmazza: AZUR Kereskedelmi Vállalat, Budapest.



Prolixan 300

mV 200 Antirheumatica Antiphlogistica

KAPSZULA

összetétel:

1 kapszula 300 azapropazonmot.
tartalmaz:

HATÁS:

gyulladásgátló, nem szteroid jellegű gyulladásgátló gyógyszer. Hatóanyagának, az azapropazonnak specifikus fizikai-élettani tulajdonsága, hogy a gyulladást, ödémás szövetekben feldúsul. Elszívása lényegében az extracelluláris térre és a sejtmembránra korlátozódik. Blokkolja a lysosomális enzimek felszabadításának szintjét, melynek alapvető szerepe van a gyulladás fenntartásában. Gátolja továbbá a kinin felszabadítását és az ezt követő túlfokozott prosztaglandin-szintén hatásait a gyulladásgátló hatásmechanizmusok közötti kapcsolatokkal szembe. Ezzel együtt gátolja a mediátorok felszabadulását kiváltott gyulladásgátló hatást is.

A szervezetben az azapropazon csak jelentéktelen mértékben metabolizálódik, ezért nem vezet enzimindukcióhoz. A vese túlnyomórészt változatlanul választja ki, nincs említésre méltó reterenciós hatása, és nem befolyásolja a vese működését, de a húgysav kiválasztását elősegíti.

AVALLATOK:

Degeneratív ízületi megbetegedések: arthrosis spondylarthrosis, spondylosis. Gyulladásgátló és gerincbetegségek: rheumatoid arthritis, spondylarthrit, ankylopoetica. Lágyrész-rheumatismusok: periarthrit, humeroscapularis, tendovaginitis, periostitis. Posttraumás fájdalmak és duzzanatok: rándulás, tompa ütés, distorsio, zúzódás, luxatio, fractura. Postoperatív fájdalmak és duzzanatok.

A Prolixan 300 kapszula alkalmas nőgyógyászati gyulladásgátló állapotok, nevezetesen a szubakut és krónikus adnexitis és parametritis kezelésére.

ELLENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély.

ADAGOLÁS:

Kezdő adagja naponta 4x1 kapszula. Szükség esetén az adag individuálisan napi 3x2 kapszulára is emelhető. Fenntartó adagja 2-3x1 kapszula étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK:

Gyomorpanaszok, fejfájás, álmoság, allergiás bőrjelenségek, átmeneti ödéma.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS:

Óvatosan adható

– orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns-hatás fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS:

Antikoaguláns-kezelés alatt álló betegeknek csak gondos laboratóriumi ellenőrzés mellett adható. Terhesség esetén – különösen az első három hónapban – csak igen indokolt javallatra rendelhető. Tartós kezeléskor rendszeres vérkép-ellenőrzés szükséges. Thrombocytopenia vagy allergiás bőrtünetek esetén adagolását meg kell szüntetni. Ha a beteg anamnézisében gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán fellépett gyomor- vagy bélvérzés, vagy gyomor-, ill. nyombélfekély szerepel, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Súlyos máj- és vesekárosodás esetén csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett adható.

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 db kapszula térítési díja: 10,- Ft.

Országba hozza:

ALKALOIDA
VEGYÉSZETI GYÁR,
Tiszavasvári,

ROBAPHARM
ROBAPHARM

Robapharm A. G.
– Basel licencia alapján



CSEHALMI LÍVIA DR.
ÉS HIDEG LAJOS DR.

Klinikai vizsgálatok alkoholos congestiv szívizombetegségben

Országos Kardiológiai Intézet és Semmelweis Orvostudományi Egyetem Kardiológiai Tanszék (igazgató: Arvai Attila dr.)

A szerzők 106 congestiv szívizombetegségben szenvedő egyénen vizsgálták az alkoholos congestiv szívizombetegség (ACSzB) előfordulását. A betegek 40,5%-ában volt igazolható ACSzB, a többi betegen ismert etiológiai tényezők hiányában congestiv cardiomyopathiát (COCM) állapítottak meg. Az ACSzB-ben és COCM-ben szenvedő betegcsoportokon összehasonlító klinikai vizsgálatokat végeztek, vizsgálták a 2 éves utánkövetés alatti letalitást. Jelentős eltérést észleltek a nemi megoszlás és a fizikai munkavégzés arányában (ACSzB-ben 100% férfi, 83,5% fizikai munkás). Az utánkövetés során a szív nagyság növekedése ACSzB-ben progresszívnek bizonyult, a letalitás nem különbözött a két csoportban. Megállapítják, hogy az ACSzB a congestiv szívizommegbetegedések gyakori formája, amely progresszív, irreverzibilis, magas letalitású kórkép, etiológiája specifikus, de a pathomechanizmusa komplex, kialakulásában a fizikai terhelésnek is jelentősége lehet.

Clinical examinations of alcohol induced congestive myocardial diseases. The incidence of alcohol induced congestive heart diseases (ACHD) has been studied in 106 persons suffering from congestive myocardial disease. ACHD could be confirmed in 40,5% of the patients and congestive cardiomyopathy (COCM) was diagnosed in the other patients for the lack of known etiological factors. Comparative clinical examinations were carried out with the ACHD and COCM groups and the lethality during a 2-year follow-up was determined. Significant difference was found according to the distribution of sex and manual work performance (in ACHD the rate of men was 100% and that of the manual workers 83,5%). In the course of follow-up examinations the increase of the heart size was progressing in ACMD. Lethality did not show difference in the two groups. It is stated that ACHD is a frequent form of congestive myocardial diseases, it is a progressive, irreversible disease of high lethality and specific etiology however its pathomechanism is complex. Physical stress may be of importance in its development.

Bár az alkohol kardiovaszkuláris hatása régóta ismert, kísérletes és klinikai vizsgálatokkal bizonyított tény, az egyes kardiovaszkuláris betegségek patogenezisében játszott szerepe eddig még nem teljesen tisztázott. Az alkoholizmus terjedése világszerte indokolja az ezirányú kutatások kiszélesítését. A vizsgálatoknak három fő területe van: a hypertonia betegség, a coronaria sclerosis és a szívizombetegségek összefüggése az alkoholfogyasztással (50).

Tanulmányunk az alkoholfogyasztás és a szívizom megbetegedésének egyes diagnosztikai és klinikai vonatkozásaival foglalkozik.

A szívizombetegségek kutatása során az elmúlt három évtizedben számos kérdést tisztáztak, elsősorban a definíció, osztályozás, funkcionális eltérések és a lefolyás tekintetében (20, 31). Bár előfordulási gyakoriságukról pontos statisztikai adatok nincsenek, ma már jelentőségüket a hypertonia és a coronaria betegséghez hasonlítják.

Miután igazolták (23, 39, 44, 43, 53), hogy az alkohol károsító hatást fejt ki a szívizomra, joggal érdemel figyelmet az *alkoholos szívizomelváltozások helye a szívizombetegségek csoportjában, a pathomechanizmus, klinikum, valamint a prognózis kérdései*.

Rövidítések:

- ACSzB = Alkoholos congestiv szívizombetegség
- COCM = Congestiv cardiomyopathia
- BSzBl = Balszárblock
- STI = Systolés időértékek
- HCM = Hypertrophiás cardiomyopathia
- DCM = Dilatált cardiomyopathia

A XIX. század óta tudjuk — mint Steel (48) mondta —, hogy „az alkohol a szívizomkárosodás gyakori oka”, mely a „szív és nagyerek degeneratív betegségét okozza”. A patomechanizmus és a klinikai kép azonban nem volt egyértelmű. Kezdetben Bl és fehérje hiányának tulajdonították kialakulását, a hyperkinetikus keringési jellemzőkkel járó beri-beri szívhez hasonlóan (55). Később egyre gyakoribbnak találták a jól táplált alkoholistákon jelentkező balszívfél-elégelenséggel járó formát, melyet Weiss és Wilkins (55)

nyugati beri-berinek, *Blankenhorn* (10) hypokinetikus szívelégtelenségnek nevezett el, és amely B1 vitamin adására nem reagált — így a korábbi teória már nem volt kielégítő. *Bridgen* (13) nevezte először alkoholos cardiomyopathiának a kórképet, amelynek beri-beri jellegű, aritmiás és congestív típusát különítették el (14).

Az orvosi gyakorlatban egyre gyakrabban használják az *alkoholos cardiomyopathia* kifejezést, bár jogosultsága vitatható. A szívizombetegségek napjainkban elfogadott meghatározása és osztályozása szerint ugyanis a *cardiomyopathia* csak az ismeretlen eredetű, tehát primer szívizomelváltozásokra (és szívizom diszfunkcióra) alkalmazható megjelölés. Az ismert kóroki tényező által előidézett vagy rendszerbetegséghez társuló szekunder szívizomelváltozás (és szívizom diszfunkció) *specifikus szívizombetegségnek* tekintendő (31).

A cardiomyopathiák funkcionális felosztása szerint a *congestív vagy dilatált cardiomyopathiát* (COCM v. DCM), a *hypertrophiás cardiomyopathiát* (HCM) és a ritka *restriktív-obliteratív kórformákat* különítik el.

A *specifikus vagy szekunder szívizombetegségekre* az esetek többségében a *congestív funkciózavar* a jellemző, igen kis részben restriktív jellegűek.

Etiológiai szempontból a specifikus szívizombetegségek igen különbözőek lehetnek; már eddig is igen sok szívizomkárosító tényező ismert és számuk egyre növekszik. A *specifikus szívizombetegségek* a következő nagyobb *etiológiai csoportokba* sorolhatók: infektív, metabolikus, generalizált rendszerbetegség, heredofamiliáris betegségek, valamint allergiás és toxikus reakciók következtében létrejött szívizomkárosodások.

Munkánkban az Országos Kardiológiai Intézetben gondozott congestív szívizombetegeken vizsgáltuk a tartós alkoholfogyasztás mint feltételezett etiológiai tényező előfordulási gyakoriságát. Összehasonlítottuk az alkoholos congestív szívizombetegségben (ACSzB) és congestív cardiomyopathiában (COCM) szenvedő betegek klinikai jellemzőit, valamint a két éves utánkövetés alatt észlelt százalékos halálozási arányt.

Betegek és módszerek

Vizsgálatainkat 1979—82. között észlelt és gondozásba vett 106 betegen végeztük. A congestív szívizombetegség diagnózisát az anamnesztikus adatok, klinikai vizsgálat, komplex non invazív vizsgálatok (EKG, PKG, mechanocardiographia, a systolés intervallumok (= STI) mérése, Rtg. echocardiographia, radioizotópos keringésvizsgálatok) és a betegek 36%-ában elvégzett invazív vizsgálat (szívkatóterezés, angiocardiographia és coronarographia) igazolta.

A betegek nemi megoszlása a következő volt: 83 férfi, 23 nő. Átlag életkoruk 43,9 év volt.

Az ACSzB *diagnosztikus ismérvei* (24, 25) a következők voltak:

1. Congestív szívizombetegség fennállása.
2. Strukturális vagy coronaria betegségen kívül egyéb ismert myocardium károsító tényező hiánya.
3. Anamnesztikus adatok által igazolt alkoholizmus, vagyis évekig tartó nagy mennyiségű alkoholfogyasztás.

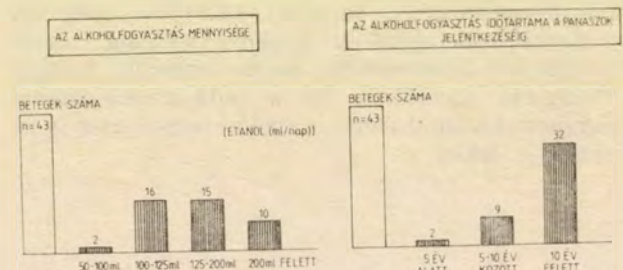
A congestív szívizombetegeken tehát az anamnesztikus adatok alapján értékeltük a naponta megivott alkohol becsült mennyiségét (cc. alkoholban, vagyis etanol ml/nap-ban kifejezve) és az alkoholfogyasztás időtartamát a panaszok jelentkezéséig, elemeztük a

fogyasztott különböző koncentrációjú alkoholfajtákat is. Ezután vizsgáltuk az alkoholfogyasztás alapján elkülönített ACSzB és COCM csoport klinikai jellemzőit.

Az anamnesztikus és klinikai vizsgálati adatok közül összehasonlítottuk a kor, nem, foglalkozás szerinti megoszlást és az utánkövetési időt, továbbá a szívfrekvenciát, vérnyomást, hangtani tünetek, a pitvarfibrilláció és a balszárblock (BSzB) előfordulási gyakoriságát. Szinkron felvett EKG, PKG és carotis görbéről Weissler módszere szerint mért *systolés időértékek* (STI) közül a PEP/LVET értéket használtuk a systolés diszfunkció értékelésére, melynek a beteg első észlelésekor és az utánkövetési idő alatti utolsó vizsgálatkor mért értékeit hasonlítottuk össze. A *szív nagyságot* a natív Rtg. felvételtől Jefferson módszere szerint számított szívterefogat index ($V = \text{testfelszínre számított verőterefogat}$) ml/m²-ben mért egységeiben határoztuk meg (32). Az utánkövetés során összehasonlítottuk a PEP/LVET, a szívterefogat index változását és a halálozást a két csoportban.

Eredmények

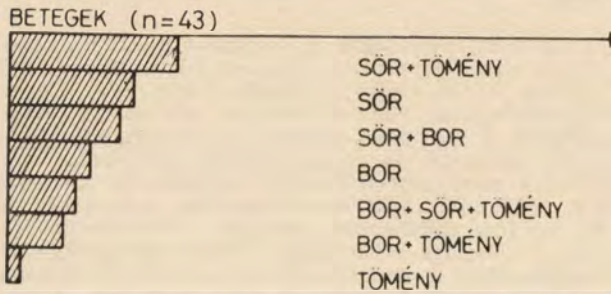
Az *alkoholfogyasztás* (1. ábra) napi mennyisége a 43 ACSzB-snek tekintett beteg közül 41 esetben 100 ml etanol/nap felett volt, az alkoholfogyasztás időtartama a panaszok jelentkezéséig 32 betegen 10 év felett, 9 betegen 5—10 év között volt. Két betegen 50—100 ml között volt a napi fogyasztás, de az időtartam volt hosszabb. 10 betegnek 200 ml felett volt a napi fogyasztása ezért ezek közül azon 2 beteget, akik alkoholfogyasztásának időtartama 5 évnél kevesebb volt, szintén ACSzB-snek vélelmeztük (1. ábra). Az egyes alkoholfajtákat a bete-



1. ábra: Az alkoholfogyasztás mennyisége és időtartama a panaszok jelentkezéséig ACSzB-ben szenvedő betegeken.

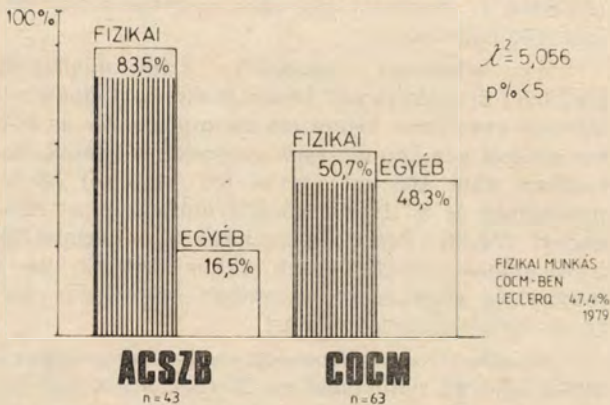
gek általában vegyesen fogyasztották, leggyakrabban sört és töménytet együtt (utóbbi 40—50% alkohol cc.-jú ital), de izolált fogyasztás esetén is többen ittak csak sört, mint csak bort — legkisebb volt a csak koncentráltabb italokat fogyasztók száma (2. ábra). Az ACSzB *előfordulási gyakorisága* a fentiek alapján a 2 év alatt észlelt 106 congestív szívizombeteg közül 43 egyénen (kb 40%) volt kimutatható. ACSzB-ben és COCM-ben a betegek *átlag életkora* (ACSzB: $43,16 \pm 7,8$, COCM: $44,45 \pm 8,9$) nem különbözött, nemi megoszlásban eltérés mutatkozott, minthogy ACSzB-s betegeink mind férfiak voltak. ACSzB-ben 43-ból 36 volt a *fizikai munkát végzők száma*, szignifikánsan gyakoribb, mint COCM-ben, ahol 63-ból 32. ACSzB-ben a fizikai munkások abszolút előfordulási aránya is feltűnően magas volt (3. ábra). Az átlagos szívfrekvencia (ACSzB: $90,9 \pm 18$, COCM: $88,9 \pm 17,4$) nem mutatott eltérést. A systolés vérnyomás (ACSzB: $130,9 \pm 19$, COCM: $135,6 \pm 17,8$) és a diastolés vérnyomás

A FOGYASZTOTT ALKOHOLFAJTÁK



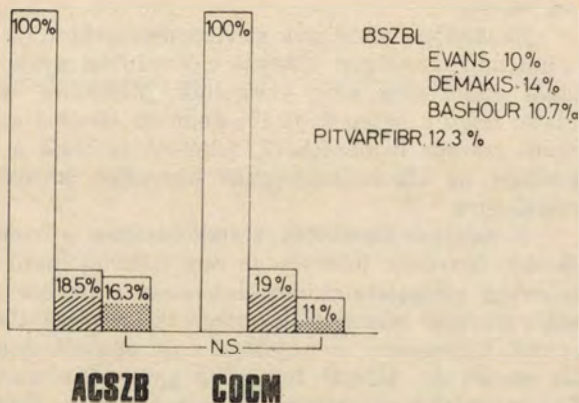
2. ábra: Az egyes alkoholfajták fogyasztásának gyakorisága ACSzB-ben.

BETEGEINK FOGLALKOZÁS SZERINTI MEGOSZLÁSA



3. ábra: A betegek foglalkozás szerinti megoszlása ACSzB-ben és COCM-ben.

BSZBL ÉS PITVARFIBRILLÁCIÓ ELŐFORDULÁSA

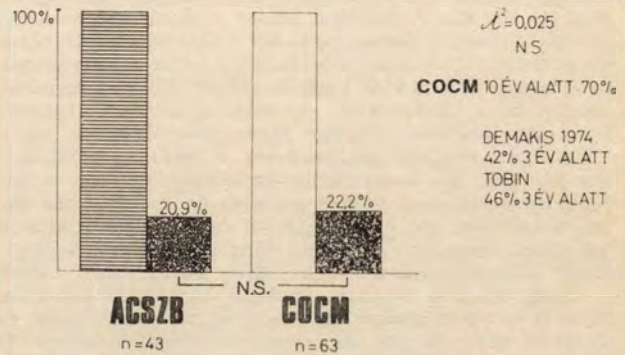


4. ábra: A balszárblock (BSZBL) és pitvarfibrilláció előfordulási gyakorisága ACSzB-ben és COCM-ben szenvedő betegeinken, valamint más szerzők anyagában.

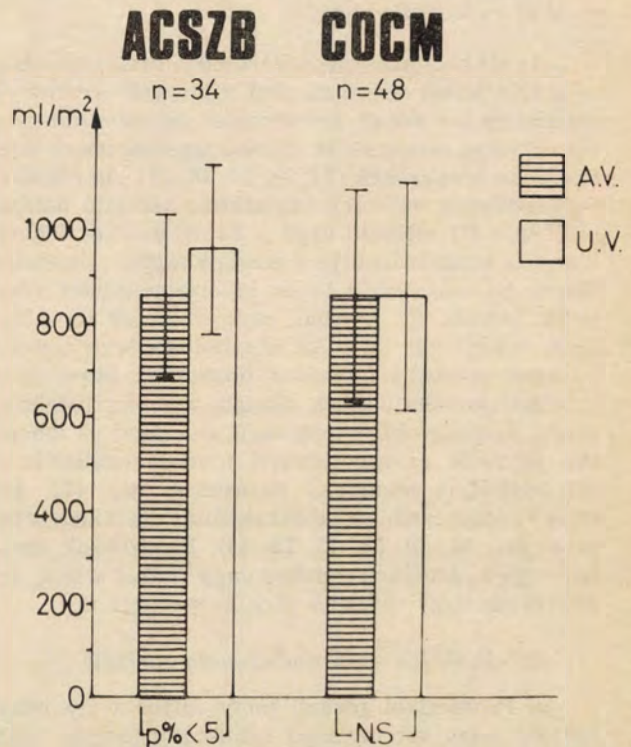
(ACSZB: $87,6 \pm 11,7$, COCM: $90,2 \pm 11,8$) átlagos értékei sem különböztek. A holosystolés zörej előfordulási gyakorisága (ACSZB: 11 egyén, COCM: 18 egyén) nem különbözött. A III. hang ACSzB-ben 43-ból 24 betegen fordult elő, gyakrabban, mint COCM-ben (63-ból 23 beteg), de az eltérés nem volt szignifikáns. A IV. hang gyakorisága (ACSZB: 7 beteg, COCM: 16 beteg) sem különbözött.

A balszárblock (ACSZB: 8 eset, COCM: 12 eset) és pitvarfibrilláció (ACSZB: 7 eset, COCM: 7 eset) előfordulási gyakorisága nem tért el (4. ábra). A PEP/LVET átlagérték (ACSZB: $0,537 \pm 0,145$, COCM: $0,506 \pm 0,139$) és a szívterfogat index (ACSZB: $864,25 \pm 354,67$ ml/m², COCM: $870,55 \pm 469,85$) átlagérték sem különbözött szignifikánsan.

Az utánkövetés során a PEP/LVET érték változása sem ACSzB-ben ($0,537 \pm 0,145$ -ről $0,509 \pm 0,139$ -re), sem COCM-ben ($0,506 \pm 0,139$ -ről $0,482 \pm 0,145$ -re).



5. ábra: Az utánkövetési idő (≈ 2 év) alatti százalékos halálozás ACSzB-ben és COCM-ben szenvedő betegeinken más szerzők adataival összehasonlítva.



6. ábra: A szívterfogat index értékek változása az utánkövetési idő alatt ACSzB-ben és COCM-ben (a. v.=alapisvizgálat, u. v.=utánvizsgálat)

re) nem volt szignifikáns. A szívterfogató index változása ACSzB-ben ($864,25 \pm 354,67$ -ről $968,45 \pm 362,091$ -re) szignifikáns volt ($p < 5\%$), COCM-ben ($870,55 \pm 469,8$ -ről $871,368 \pm 486,36$ -ra) viszont nem. Az utánkövetési idő alatti százalékos halálozási arány ACSzB-ben és COCM-ben nem tért el szignifikánsan (5. ábra) ($20,9\%$ és $22,2\%$).

Megbeszélés

Az irodalomban igen gyakran alkoholos cardiomyopathia néven említett kórkép kialakult klinikai formája funkcionálisan congestiv cardiomyopathiának felel meg.

Az alapvető eltérés a feltételezett etiológia tekintetében van.

A congestiv cardiomyopathia a definícióinak megfelelően ismeretlen eredetű kórkép, bár az is lehet, hogy multikauzális, számos társuló tényező és kondicionáló faktor együttes hatására létrejött szindróma (12, 41, 20, 31). A klinikai képet a szívizomkárosodás következtében kialakult systolés diszfunkció határozza meg, melyet bizonyos mértékig és ideig a szívüregek progresszív dilatációja kompenzálhat. Később azonban emelkedik a kisvérkeringés nyomása, a betegek fáradékonysága, atipusos anginás fájdalmak, dyspnoe jelzik a keringési elégtelenség kezdetét. A fizikális vizsgálatkor kompenzáló tachycardia észlelhető, gyakori a galoppitmus (protodiastolés galopp) és holosystolés zöreje a csúcson, mely a nagyfokú bal kamrai dilatáció következtében létrejött funkcionális mitrális regurgitáció hangtani tünete. A betegség korai stádiumában — még jelentős systolés funkció károsodás fellépése előtt is — igen gyakoriak lehetnek az ingerképzési és vezetési zavarok (20, 21), melyek a későbbiekben is végigkísérik a kórkép lefolyását és bármikor halálos kimenetelűek lehetnek (19). A szívizomelváltozás progresszív jellegű, így a szív teljesítményének fokozatos romlása („Low output syndrome”) vagy a kialakuló szövődmények következtében a betegek 70% -ában 10 év alatt exitushoz vezet (19).

Az alkoholos szívizomkárosodás kialakulásában — a COCM-től eltérően, ahol a konkrét kiváltó ok ismeretlen — *döntő jelentőséget tulajdonítanak a tartós, nagy mennyiségű alkoholfogyasztásnak mint etiológiai tényezőnek* (24, 38, 14, 16, 17). Az alkoholfogyasztásnak emberen mutatkozó károsító hatását részben a B1 vitamin vagy a B1 vitamin és fehérje hiány is magyarázhatja a rosszul táplált alkoholistákon, ha csaknem a teljes kalóriaigényüket alkohollal fedezik. Ez azonban csak az esetek $10\text{--}15\%$ -ában fordul elő (50). Az alkoholban levő toxikus anyagok speciális formákat hozhatnak létre, ilyen a cobalt tartalmú sörök okozta szívizom-megbetegedés. Legnagyobb jelentősége az etanol és lebomlási terméke az acetaldehyd toxikus celluláris és intracelluláris membrán hatásának van (44, 46), mely a myocardium kontraktilitás csökkenéséhez vezet (44, 46, 39, 53, 45, 23, 43). Feltételezik azonban egyéb járulékos psychés vagy fizikai stress, immunzavar vagy infekció társuló szerepét is.

Az alkoholos szívizombetegség formái:

a) *Preklinikai forma*, mely tartós vagy intermittáló nagy mennyiségű alkoholfogyasztás után, de még congestiv tünetek nélkül észlelt:

— ritmuszavarok, ill. EKG elváltozásokban (8,

— bal kamrai teljesítmény csökkenésében (50)
— szekcióval vagy szívizombiopsziával kimutatott morfológiai, kórszövettani és ultrastrukturális eltérésekben (4, 15, 28, 43, 49, 52) nyilvánulhat meg.

A preklinikai EKG elváltozások közül leggyakrabban a sinus tachycardia és aritmiák jelentkezése, a hirtelen halált okozó aritmiák 18% -ában előzetes nagymennyiségű alkoholfogyasztás szerepel az anamnesisben. A bal kamra teljesítményváltozás a kontraktilitás csökkenés és systolés funkció károsodás korai jeleként mint csökkent terhelési kapacitás mutatkozik. A „Holiday heart syndrome” (26) a fenti két tünet együttes előfordulása; egyszeri — rendszerint hétvégi — nagyobb mennyiségű alkohol-fogyasztás után megfigyelhető transitorikus pitvari és kamrai aritmia, vezetési zavarok és csökkent szív teljesítmény. A kórszövettani és kórszövettani eltérések nem specifikusak, csak fokozati eltérést mutatnak a szívbetegség észlelése nélkül meghalt idült alkoholisták, és a manifest keringési tünetekkel elhunytak, ill. a klinikai megbetegedésben végzett szívizombiopsziás betegek esetében. A szívüregek dilatációja, változó mértékű hypertrophiája, a szív súly és a szív súly/ testsúly arány növekedése jellemző (49).

b) *Alkoholos congestiv szívizombetegség* (ACSzB) — congestiv keringési elégtelenség krónikus alkoholistákon.

Az *alkoholos congestiv szívizombetegség* (ACSzB) diagnózisának felállításakor a *fogyasztott alkohol etanolban kifejezett mennyiségéről és időtartamáról némileg eltérnek az irodalmi adatok*. Általában napi 100 ml etanol (cc. alkohol) körüli mennyiség és $5\text{--}10$ év közötti időtartam az elfogadott (24,33). Ezért betegeinken ezt tekintettük irányadónak, kivételt csak akkor tettünk, ha a mennyiség vagy az időtartamban mutatkozó eltérések kiegészítették egymást.

Az *alkoholos szívizomkárosodás gyakoriságáról* kevés adat áll rendelkezésre. Krónikus alkoholistákon végzett pszichiátriai szűrővizsgálat során $50\text{--}30\%$ -ban észleltek dyspnoe, 73% -ban palpáció előfordulását (34, 50). Fink (29) szerint congestiv szív elégtelenség a krónikus alkoholisták $1\text{--}2\%$ -ában észlelhető. Kialakulásában jelentőséget tulajdonítanak a familiáris alkoholos anamnesisnek, az életkörülményeknek és szociális tényezők hatásának is (50). Mások congestiv szívbetegségben szenvedők $30\text{--}50\%$ -ában tételezik fel az alkoholos etiológiát (14, 16, 30).

Hazánkban congestiv szívizombetegeken az alkohol mint etiológiai tényező előfordulási gyakoriságát eddig még nem vizsgálták. Munkánk azon adata, hogy *a betegek $40,5\%$ -ában az alkohol etiológiai szerepe bizonyítható*, feltétlen felhívja a figyelmet az alkoholfogyasztás közvetlen kardialis veszélyeire.

A szívizomkárosodás kialakulásában a kondicionáló tényezők jelentősége sem hanyagolható el. Jelenlegi vizsgálatainkban elsősorban a *fizikai terhelés* szerepét bizonyítják betegeink anamnesztikus adatai. Ugyanazon mennyiségű napi etanol-fogyasztás esetén az ACSzB feltűnően gyakoribb volt a fizikai munkát végzőkön. Az alkohol és a fizikai terhelés együttes káros kardiovaszkuláris hatása mellett szólhat, hogy ACSzB-ben magasabb volt a fizikai munkát végzők aránya, mint COCM-ben.

A volumenterhelés jelentőségére hívja fel a figyelmet, hogy a napi cc. etanolban megadott és diagnosztikusan értékelt alkoholmennyiséget hígabb koncentrációjú italként, tehát nagyobb térfogatú alkoholos italmennyiségben fogyasztók képeztek az ACSzB-ben szenvedők többségét. Miután a hazai sörök cobalt tartalma nem jelentős, speciális károsító hatás kizárható. A sör- és borfogyasztók esetében a volumenterhelés kardiovaszkuláris hatása szerepelhet potenciáló tényezőként.

A *nemi eltérés* az ACSzB-ben és COCM-ben szenvedő csoport között nem meglepő, ugyanis kimutatott a férfiak nagyobb fokú veszélyeztetettsége alkoholos szívizomkárosodásra. Non invazív vizsgálatokkal az alkoholfogyasztás bal kamra teljesítményt csökkentő hatását jelentősen gyakrabban észlelték férfiakon (56).

Az ACSzB és a COCM elkülönítésére alkalmas klinikai adatok nem ismeretesek az irodalomban, csak biopsziás anyagon végzett hisztokémiai vizsgálatokkal sikerült kimutatni néhány eltérést (12, 50).

Betegeink *szubjektív panaszai és klinikai tünetei* elsősorban a systolés funkciózavar súlyosságától, a betegség előrehaladottságától függték. Kompenzáló *tachycardia* mindkét csoportban észlelhető volt, a *vérnyomásértékek* és a szívdilatáció súlyosságától függően kialakuló funkcionális mitrális insufficiencia *holosystolés zöreijének* gyakorisága sem különbözött. A IV. hang valamivel gyakoribb volt COCM-ben, míg a *protodiastolés galopp hang* ACSzB-ben fordult elő gyakrabban, a betegek több mint felében. A COCM-ben kiemelt fontosságúnak tartott és korai tünetként értékelt *balszárblock*, valamint az embóliás szövőmények miatt veszélyes *pitvarfibrilláció* hasonló arányban fordult elő alkoholos betegeinken is.

A *systolés funkciózavar* súlyossága a *systolés intervallumok* alapján az alapvizsgálatkor nem tért el a két csoportban. Feltehetően a betegség észlelése után bevezetett aktív gondozásnak és gyógyszeres kezelésnek tulajdonítható, hogy ezen gondozott betegeken a megfigyelési idő végén — bár időközönként jobb-rosszabb keringési állapotok váltakoztak — nem volt jelentős funkcionális változás kimutatható.

Az *alkoholos szívkárosodás lefolyásáról* eltérő nézetek olvashatók, a *preklinikai forma absztinencia esetén reverzibilis lehet*, ezt a szövettani eltérésekről is leírták (50).

Egyesek a congestiv formában is javulást, ill. reverzibilitást tételeztek fel absztinencia, diéta és fekvés alkalmazására, de mint kiderült, csak a szív-nagyság csökkent átmenetileg, a későbbi mortalitás nem változott (24).

ACSzB kialakulása esetén a *progresszív jelleg a valószínűbb*, a lefolyás a myocardium, ill. a bal kamra funkció károsodásának fokától függ, a prognózisra a haemodinamikai paraméterek (30, 50), vagy a non invazív adatok (2, 50) nyújthatnak felvilágosítást. Nagy jelentőséget tulajdonítanak a szív-nagyobbodásnak, mely a dilatáció és a hypertrophia következményeként alakul ki (11, 50).

A *szívnagyság* saját vizsgálataink során is igen fontos klinikai adatnak bizonyult az ACSzB prog-

nózis szempontjából. Az utánkövetés során ugyanis a systolés funkciózavar stagnálása mellett alkoholos betegeinken a kardiomegália progresszívnek mutatkozott. Ez arra utalhat, hogy az adott bal kamra teljesítményt alkoholistákon csak a COCM-ben észlelnél nagyobb mértékű dilatáció képes fenntartani, ugyanakkor alátámasztja a korábban említett volumenterhelés jelentőségét is alkoholos szívizomkárosodásban. Eredményeink mindenképpen az alkoholos szívizombetegség progresszivitását igazolták.

Mind COCM-ben, mind ACSzB-ben a *gondozás* elsődleges célja a betegek csökkent funkcionális állapotának megfelelő életmód kialakítása, ezen szempontból mindig a bal kamra funkció károsodás súlyossága és az aktuális szövőmények — emboliák, ritmuszavarok — a meghatározók. A fizikai és pszichés terhelés csökkentése mellett ACSzB-ben döntő az alkohol megvonása, valamint a fehérje és B1 vitamin tartalmú diéta. A gyógyszeres kezelés: pozitív inotrop hatású szerek, diuretikumok és vazodilatátorok alkalmazása ugyanúgy történik, mint egyéb szívelégtelenségben. A terhelés korlátozását a beteg funkcionális stádiuma szabja meg. NYHA I esetén a fizikai terhelés mérséklése szükséges, NYHA II-ben a fizikai terhelés kontraindikált, a pszichés terhelés is kerülendő, NYHA III.—IV-ben az aktivitás maximális korlátozása szükséges.

Betegeink a fenti szempontok alapján végzett gondozása esetén a halálozás ACSzB-ben nem különbözött a COCM-ben észlelttől, 20% körül volt 2 év alatt, jelentősen alacsonyabb az irodalomban ismertett adatoknál (42-46%) (24, 52).

Vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy a napjainkban egyre gyakoribb congestiv típusú szívizombetegségek csaknem felében az alkoholfogyasztásnak etiológiai jelentősége van. Az ACSzB súlyos, irreverzibilis, igen magas letalitású betegség, melynek etiológiája ugyan specifikus, de pathomechanizmusa komplex.

Az alkoholfogyasztás rohamos fokozódása, a kardiovaszkuláris betegségek számának egyidejű növekedése és a betegség rendkívül rossz prognózisra feltétlenül indokolja a megelőzésre irányuló intézkedéseket.

IRODALOM: 1. Aalsmer, W. C. és Wenkebach, K. F.: Herz und Krieslauf bei der Beriberi Krankheit. Wien Arch. Inn. Med. 1929, 16, 193. — 2. Abbasi, A. S. és mtsai: Ultrasound in the diagnosis of primary congestive cardiomyopathy. Chest, 1973, 63, 937. — 3. Ahmed, S. S. és mtsai: Systolic time intervals as measures of the contractile state of the left ventricular myocardium in man. Circ., 1972, 46, 559. — 4. Alexander, C. S.: Idiopathic heart disease I. analysis of 100 cases with special references to chronic alcoholism. Amer. J. Med., 1966, 41, 213. — 5. Alexander, C. S.: Cobalt-beer cardiomyopathy. Amer. J. Med., 1972, 53, 395. — 6. Askanas, A., Udoshi, M., Sadjadi, S. A.: The heart in chronic alcoholism: a noninvasive study. Amer. Heart J., 1980, 99, 9. — 7. Asokan, S. K., Frank, M. J., Witham, A. C.: Cardiomyopathy without cardiomegaly in alcoholics. Amer. Heart J. 1972, 84, 13. — 8. Bashour, T. T., Fahdul, H., Cheng, T. O.: Electrocardiographic abnormalities in alcoholic cardiomyopathy. A study of 65 patients. Chest, 1975, 68, 24. — 9. Bing, R. J.: Cardiac metabolism: its contributions to alcoholic Heart Disease and myocardial failure. Circ., 1978, 58, 965. —

10. *Blankenhorn, M. A.*: The diagnosis of beriberi heart disease. *Ann. Intern. Med.*, 1945, 23, 398. — 11. *Bolen, J. L., Alderman, E. L.*: Ventriculographic and haemodynamic features of mitral regurgitation of cardiomyopathic, rheumatic and nonrheumatic etiology. *Amer. J. Cardiol.*, 1977, 39, 177. — 12. *Bolte, H. D. és Schultheisz, P.*: Immunological results in myocardial diseases. *Postgrad. Med. J.*, 1978, 54, 500. — 13. *Bridgen, W.*: Uncommon myocardial diseases: the non coronary cardiomyopathies. *Lancet*, 1957, 2, 1179. — 14. *Bridgen, W., Robinson, J.*: Alcoholic heart disease. *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 1283. — 15. *Bulloch, R. T. és mtsai*: Myocardial lesions in idiopathic and alcoholic cardiomyopathy. *Amer. J. Card.*, 1972, 29, 15. — 16. *Burch, G. E. és De Pasquale, N. P.*: Alcoholic cardiomyopathy. *Amer. J. Card.*, 1969, 23, 723. — 17. *Burch, G. E. és Walsch, J. J.*: Cardiac insufficiency in chronic alcoholism. *Amer. J. Card.*, 1960, 6, 864. — 18. *Burch, G. E., Giles, T. D.*: Alcoholic cardiomyopathy. *Amer. J. Med.*, 1971, 50, 141. — 19. Congestive cardiomyopathy. *Postgrad. Med. J.*, 1978, 54, 429. — 20. *Cserhalmi, L.*: Cardiomyopathia. *Medicina*, 1982. — 21. *Cserhalmi, L. és mtsai*: Clinical study in congestive cardiomyopathy. *Cardiomyopathy Symp. Budapest*, 1982. — 22. *Cserhalmi, L., Nagylucskay, S.*: Szérum fehérje változások és szívizomellenes autoantitest kimutatása primer cardiomyopathiákban. *Orv. Hetil.*, 1976, 117, 2297. — 23. *Delgado, C. E., Fortuin, N. J., Ross, R. S.*: Acute effects of low-doses of alcohol on left ventricular function measured by echocardiography. *Circ.*, 1975, 51, 535. — 24. *Demakis, J. G. és mtsai*: The natural course of alcoholic cardiomyopathy. *Annals. Int. Med.*, 1974, 80, 293. — 25. *Demakis, J. G. és mtsai*: The clinical course of cardiomyopathy associated with alcoholism. *Amer. J. Card.*, 1972, 29, 259. — 26. *Eittinger, P. O. és mtsai*: Arrhythmias and the „holiday heart” alcohol-associated cardiac rhythm disorders. *Amer. Heart J.*, 1978, 95, 555. — 27. *Evans, W.*: Alcoholic cardiomyopathy. *Amer. Heart J.*, 1961, 61, 556. — 28. *Ferrans, V. J. és mtsai*: Alcoholic cardiomyopathy, a histochemical study. *Amer. Heart J.*, 1965, 69, 748. — 29. *Fink, R. és mtsai*: Observations on the incidence of alcoholic cardiomyopathy. *Br. J. Alcohol Alcoholism*, 1979, 14, 245. — 30. *Fowler, N. O., Gueron, M. és Rowlands, D. J.*: Primary myocardial disease. *Circ.*, 1961, 23, 498. — 31. *Goodwin, J. F.*: Report of the WHO/ISFC force on the definition and classification of cardiomyopathy. *Br. Heart J.*, 1980, 44, 672. — 32. *Jefferson, K., Rees, S.*: Clinical cardiac radiology. I edition: Butterworths London-Boston, 1980. — 33. *Koide, T. és Ozeki, K.*: The incidence of myocardial abnormalities in man related to the level of ethanol consumption. *Jap. Heart J.*, 1974, 15, 337. — 34. *Koide, T. és mtsai*: Cardiac abnormalities in chronic alcoholism. Evidence suggesting an association of myocardial abnormality with chronic alcoholism in 107 Japanese patients admitted on psychiatric ward. *Jap. Heart J.*, 1972, 13, 418. — 35. *Leclercq és mtsai*: Enquete épidémiologique multicentrique sur les myocardiopathies primitives. *Arch. Mal. Coeur*, 1979, 72, 1302. — 36. *Levi, G. F. és mtsai*: Preclinical abnormality of left ventricular function in chronic alcoholics. *Br. Heart J.*, 1977, 39, 35. — 37. *Limas, C. J. és mtsai*: Impaired left ventricular function in alcoholic cirrhosis with ascites. Ineffectiveness of onatoin. *Circ.*, 1974, 49, 755. — 38. *McDonald, C. D., Burch, G. E. és Walsh, J. J.*: Alcoholic cardiomyopathy managed with prolonged bed rest. *Ann. Intern. Med.*, 1971, 74, 581. — 39. *Morvai, V., Ungváry, Gy.*: Hosszantartó, nagydózisú alkoholbevétel hatása patkányok vérkeringésére. *Kísér. Orvostud.* 1978, 30, 168. — 40. Myocardial biopsy. Diagnostic significance. Ed.: H. D. Bolte, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1980. — 41. *Olsen, E.*: Cardiomyopathies: pathology and infections immune mechanisms. IX. World Congress of Cardiology, Moszkva, 1982. — 42. *Regan, T. J. és mtsai*: Ventricular function in noncardiacs with alcoholic fatty liver: role of ethanol in the production of cardiomyopathy. *J. Clin. Invest.*, 1969, 48, 397. — 43. *Riff, D. P., Jain, A. C. és Doyle, J. T.*: Acute haemodynamic effects of ethanol on normal human volunteers. *Amer. Heart J.*, 1969, 78, 592. — 44. *Rubin, E.*: Alcoholic myopathy in heart and skeletal muscle. *New Engl. J. Med.*, 1979, 301, 28. — 45. *Segel, L. D., Rending, S. V., Mason, D. T.*: Effects of chronic graded ethanol consumption on the metabolism, ultrastructure and mechanical function of the rat heart. *Cardiovasc. Res.*, 1979, 13, 136. — 46. *Spann, J. F. és mtsai*: Actions of ethanol on cellular membrane potential and contractility of isolated rat atrium. *Clin. Res.*, 1968, 16, 249. — 47. *Spodick, D. H., Pigott, V. M., Chirife, R.*: Preclinical cardiac maljunction in chronic alcoholism. Comparison with matched normal controls and with alcoholic cardiomyopathy. *N. Engl. J. Med.*, 1972, 287, 677. — 48. *Steel, G.*: Heart failure as a result of chronic alcoholism. *Med. Chron. Manchester*, 1893, 18, 1. — 49. *Steinberg, J. D. és mtsai*: Prevalence of clinical occult cardiomyopathy in chronic alcoholism. *Amer. Heart J.*, 1981, 101, 461. — 50. Symposium on Alcohol and Cardiovascular Diseases. *Circ. Suppl. III* 1981, 64. — 51. Systolic time intervals. Ed. by List, V. F., Gravenstein, J. S., Spodick, D. H. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1980. — 52. *Tobin, J. R. és mtsai*: Primary myocardial disease and alcoholism. The clinical manifestations and course of the disease in a selected population of patients observed for three or more years. *Circ.*, 1967, 35, 754. — 53. *Vasdec, S. C. és mtsai*: Myocardial lesions induced by alcohol feeding in rhesus monkeys. *Cardiovasc. Res.*, 1975, 9, 134. — 54. *Webb, W. R. és Degerli, J. V.*: Ethyl alcohol and the cardiovascular system. *J. Amer. Med. Ass.*, deficiency states (beri-beri). *Ann. Intern. Med.*, 1937, 11, 104. — 56. *Wu, C. F. és mtsai*: Preclinical cardiomyopathy in chronic alcoholics: a sex difference. 1965, 191, 1055. — 55. *Weiss, W. S. és Wilkins, R. W.*: *Amer. Heart J.*, 1976, 91, 281.

(Cserhalmi Livia dr., Budapest, Pf. 88., 1450.)

HALMOS TAMÁS DR.
ÉS DOBÓ KATALIN DR.

Ifjúkori nem inzulin-dependens diabetes mellitus familiáris halmozott előfordulása

Országos Korányi Tbc és Pumonológiai Intézet (főigazgató: Schweiger Ottó dr.)

A szerzők az ifjúkorban észlelt, nem inzulin-dependens diabetes mellitus halmozott előfordulását észlelték az általuk vizsgált családban, ahol mind az apa, mind az anya ismert, nem inzulin-dependens cukorbeteg. Az ifjú-, illetve felnőttkorban észlelt nem inzulin-dependens, eddig két külön kórformának ismert diabetes típus egy családban észlelt halmozott előfordulása alapján megkérdőjelezzük a két kórkép szétválasztásának jogosságát. Vizsgálataik során alapvetően két eltérő típusú inzulin-kinetikát derítettek fel. Feltételezésük szerint a szülők eltérő jellegű és lefolyású cukorbetegsége magyarázhatja az utódokban észlelt kétféle inzulin-kinetikát.

Cumulative familial occurrence of juvenile non insulin-dependent diabetes mellitus. Cumulative occurrence of non insulin-dependent diabetes mellitus was observed in young age in the family examined by the authors were both father and mother were known to be non insulin-dependent diabetics. On the basis of the fact that non insulin-dependent diabetes mellitus was found both in young and adult age in the same family the authors do not consider well-founded the separation of the two clinical patterns known so far as two different forms of the disease. In the course of their examinations the authors detected two different types of insulin kinetics. The diabetes of different characteristics and course of the parents is supposed to explain the two types of insulin kinetics observed in the descendants.

Fajans és Conn 1960-ban megjelent első közleményei óta vált széles körben ismertté az ifjú korban jelentkező enyhe típusú, nem inzulin-dependens diabetes mellitus kórképe (NIDDM; 1).

A kórképet mélyrehatóbban *Fajans és Conn* (1), valamint *Tattersall és Fajans* (2) munkássága alapján ismerjük. Az ifjúkorban jelentkező NIDDM klinikai lefolyásában általában jóindulatú, az esetek nagy részében kizárólag diétával tartósan egyensúlyban tartható.

Az utóbbi években elsősorban *Tattersall* (3) vizsgált olyan családokat, amelyekben halmozottan fordultak elő mind ifjú-, mind felnőttkorban jelentkező NIDDM-ban szenvedő betegek. A családok részletes vizsgálata során arra következtettek, hogy a megbetegedés a szövödmények gyakorisága szempontjából távolról sem egyértelműen jóindulatú (3, 6).

Az ifjúkori NIDDM halmozott családi előfordulása, gyakori vertikális transzmissziója alapján ma általánosan elfogadott, hogy a kórforma örök-

lődése autoszomális domináns, esetleg recesszív módon megy végbe, szemben az inzulin dependens diabetes mellitus (IDDM) polygen, multifaktoriális modelljével (3, 4, 14).

Különösen nagy számú cukorbeteg egyénre lehet számítani olyan családokban, ahol mind apai, mind anyai ágon már eleve több diabeteses megbetegedés ismert.

Olyan fiatal diabeteses betegünket és családját vizsgáltuk, ahol mindkét szülő manifeszt cukorbeteg, és a családban halmozottan alakult ki cukorbetegség (1. ábra).

Esetismertetések

K. H. 30 éves nőbeteg. Kb. 3 éve éhségérzettel, verejtékezéssel, remegéssel járó rosszulletek miatt került osztályunkra. E panaszok az étkezéseket követően kb. 1–2 óra múlva jöttek létre, evéssel hamar megszüntethetők voltak.

K. H. hét testvére közül ötöt volt alkalmunk vizsgálni. 2 testvér vizsgálatára külföldi tartózkodás miatt nem volt módunk.

K. E. 40 éves férfi. Megelőzően cukorbetegségről nem tudott. Glukóz terhelés követően vizeletében cukor jelent meg.

K. I. 34 éves férfi. Cukorbetegségről nem volt tudomása. Terhelést követően vizeletében cukor jelent meg. Mindkét beteg szintén arról számolt be, hogy étkezéseket követően — időnként — éhségérzet, verejtékezés, remegés jön létre. Ezeket a tüneteket évek óta észlelik. Szövödménye egyiküknek sincs.

Rövidítések:

IDDM = inzulin dependens diabetes mellitus
NIDDM = nem inzulin dependens diabetes mellitus
IRI = immuno-reaktív inzulin

K. T. 36 éves férfi. 6 éve ismert cukorbeteg. Jelenleg cukoranyagcseréje diétával egyensúlyban van. Szövődménye nincs.

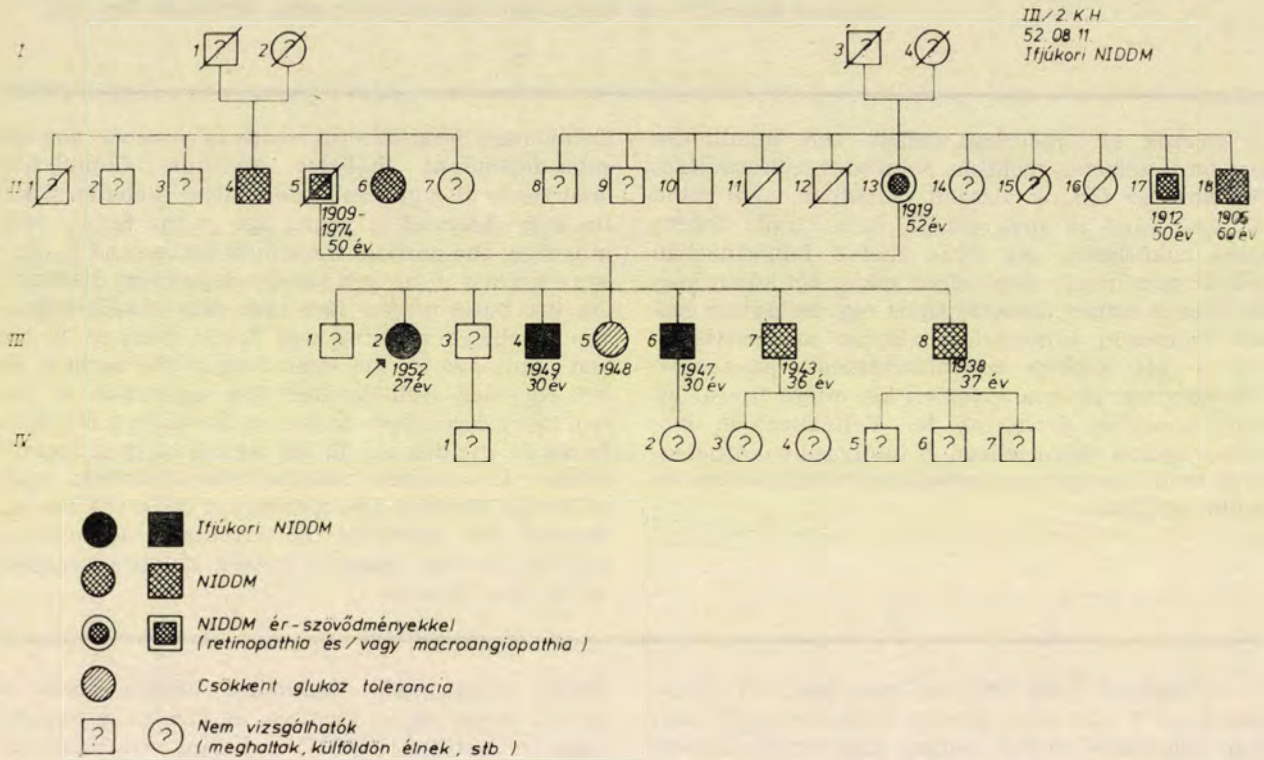
K. M. 45 éves férfi. Diabetese 8 éve ismert. 7 évig kizárólag diétával anyagcseréje egyensúlyban volt, majd 2 hónapig hyperglykaemia miatt átmenetileg inzulin kezelésben részesült. Ezt elhagyva a beteg orális antidiabetikum szedése mellett jól van. Szövődménye nincs.

K. A. 35 éves nőbeteg terheléses vizsgálata alapján betegsége a „csökkent glukóz tolerancia” kritériumainak felel meg.

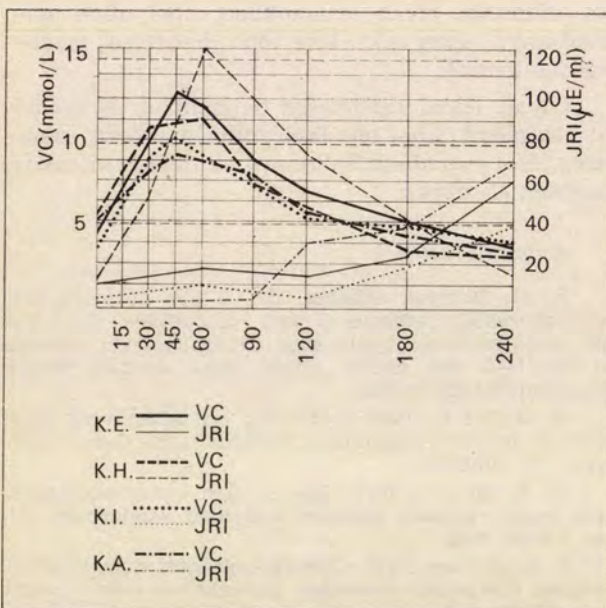
A szülők és azok testvéreinek bemutatása

Az anya 64 éves, 12 éve ismert cukorbeteg. Diabetese rövid diétás kezelést követően tablettás kezelést igényel. Az évek során „háttér” retinopathia és macroangiopathiás szövődmények (alsóvégtagi érszűkület, myocardiális infarctus) alakultak ki.

Az anya tíz testvére közül két férfi testvére ismert, idős korban észlelt NIDDM. Az egyikük 10 éve orális kezelésben részesül, a másik testvér jelenleg inzultin kap, súlyos vakságot okozó retinopathiával szövődik cukorbetegsége.



1. ábra: A vizsgált családtagok családfájának bemutatása



2. ábra: 75 g glukózzal végzett terheléses vizsgálat során kapott vércukor és immuno-reaktív inzulin (IRI) értékek alakulása a vizsgált négy betegen

Az apa diabetese 50 éves korában vált ismertté. Rövid diétás kezelést követően 5 évig tablettás, majd haláláig (perforált gennyes appendicitis) 10 éven át inzulin kezelést igényelt. Ketoacidotikus, kómás állapotok, súlyos macro-, ill. microangiopathiás szövődmények (szívinfarcus, alsóvégtagi érszűkület, retinopathia) kísérték betegségét.

Az apa hat testvére közül kettő (egy férfi, egy nő) ismert NIDDM. Szövődményről nincs tudomásuk.

Valamennyi vizsgált betegünk normális testsúlyú volt. A nem vizsgált családtagokról nem állt módunkban információt szerezni.

Betegünkön (K. H.) és testvérein 75 g cukorral terheléses vizsgálatot végeztünk. A kapott vércukor és immunoreaktív inzulin értékeket (IRI) 2. ábrán mutatjuk be. Kitűnik, hogy a vércukorgörbék egyértelműen diabetoid, egymáshoz hasonló lefutásúak. Ugyanakkor a párhuzamosan mért IRI értékek alapján szerkesztett görbék két különböző típusú egymástól alapvetően eltérő lefutást mutatnak. K. H. inzulingörbéje maximumát, a megszokottnál lényegesen magasabban, a 60. perc körül éri el, majd meredeken esik és a 4. óra végén a kiindulási

érték körül végződik. K. I. és K. E. IRI értékei 120 percen át alacsony szinten mozognak, majd a 240. percig viszonylag egyenletesen emelkednek. K. A. esetében, szintén alacsony értékeket követően, már a 90. perc után megindul az inzulingörbe emelkedése.

K. T. és K. M. esetében terheléses vizsgálatot természetesen nem végeztünk, tekintettel több éve fennálló cukorbetegségükre.

Megbeszélés

Betegeink valamennyien a nem inzulin-dependens cukorbetegség (NIDDM) csoportjában tartoznak. Ez a diabetes típus klinikai lefolyás, prognózis szempontjából nem homogen. Feltételezik, hogy a betegek többségében az elsődleges pathogen tényező a perifériás inzulin-rezisztencia.

Régebbi vizsgálataink ifjúkori NIDDM betegeken a receptorszám és affinitás csökkenését mutatták (5).

Érdekes, hogy a vizsgált családtagok inzulin-görbéje késleltetett és viszonylag alacsony lefutású inzulinválaszt mutatott. Egyedül K. H. esetében észleltünk kifejezetten magas inzulinválaszt a diabetoid cukorgörbével egy időben. Vizsgálataink felvetik a következő lehetőségeket.

1. A primér perifériás inzulin-rezisztencia és a másodlagos hyperinzulinizmus csak a betegek kisebb részében indítja meg a kóros folyamatot. Ezek a betegek cukorterhelésre fokozott inzulinválasszal reagálnak („high responder típus”). Az esetek 5⁰/₀-ában fordulnak elő, jobb prognózisúak (6).

K. H. betegünk ebbe a csoportba tartozik. Az anamnézisében említett neuroglykopeniás tünetek nem a vércukor abszolút értékével, hanem — feltevésünk szerint — a vércukorgörbe meredek esésével függnek össze.

2. Betegeink nagyobb része csökkent és késleltetett inzulinválaszt adott, elhúzódó, diabetoid vércukorgörbe mellett („low responder típus”). Elképzeltető, hogy ezen betegeket betegségük későbbi stádiumában észleltük, amikor már a béta sejt kimerülés jelei kimutathatók. Mindenesetre a vizsgálat során az inzulinszekréció zavara állott előtérben. Ezen betegek prognózisa — irodalmi adatok alapján — rosszabb (2, 6), ami inkább különböző, kétféle kóros tényező fennállását valószínűsíti.

3. Az előbbieknél alapján vizsgálataink — a második generáción belül — kétféle inzulin-kinetikát derítettek fel. A szülők klinikailag eltérő diabetese magyarázhatja gyermekeik eltérő inzulingörbéit. (Az apa betegségének felfedezése után csakhamar inzulinra szorult, halmozott micro-, ill. macroangiopathiás szövödményei keletkeztek. Az anya jelenleg sem szorul inzulin kezelésre, specifikus diabetese szövödménye lényegesen enyhébb. Részletes inzulin-kinetika vizsgálatra sem betegségük kezdetén, sem később nem nyílt módunk).

Az ifjúkorban jelentkező NIDDM esetében több szerző, köztük *Fajans* és *Conn* (1) számol be orális antidiabetikus kezelés (Chlorpropamid) hatására bekövetkezett diabetese remisszióról. Enyhe típusú, úgynevezett „kémiai diabetes” esetén

a megismételt terheléses vércukorgörbe diabetoid jellegének csökkenéséről számolnak be (1, 7).

Mi csak azon ifjúkori NIDDM betegeket részesítettük orális antidiabetikus kezelésben, akiknek szénhidrát anyagcseréje kizárólag diétával nem volt egyensúlyba tartható. Megállapítható, hogy egyre gyakoribbá válnak az olyan házasságok, ahol mindkét házasulandó családjában halmozottan fordul elő NIDDM. Ennek oka a diabetes gyakoriságának növekedésében rejlik. Mint bemutatott családunk is bizonyítja, ilyen esetekben számolni kell azzal, hogy az utódok között nagyobb számban alakul ki diabetes.

Hasonló modelleket az irodalom jól ismer. A navajo és pima indiánok között gyakori a nem inzulin-dependens cukorbetegség (9, 10).

Legutóbb *Jialal* és *mtsai* (8) ismertettek nem inzulin-dependens diabetest dél-afrikai hinduk között. Ők is kiemelték, hogy az ifjúkori NIDDM betegek között 82⁰/₀-ban pozitív volt a családi anamnézis.

Európában is léteznek etnikailag zártabb csoportok (így családunk esetében orthodox izraelitákról van szó), akik kizárólag egymással kötnek házasságot, bár valószínű, hogy a genetikai tényezőkön kívül az étkezési szokásaiknak is szerepe van a diabetes halmozódásában (13).

Vizsgálataink során CPAF (Chlorpropamide-alcohol-flushing) tesztet nem végeztünk. Több szerző, köztük *Panzram* és *Adolf* (11, 12) kétségbevonják a próba informatív voltát. Megállapításukat korábbi vizsgálataink is megerősítik (5). A vizsgált családban a NIDDM halmozott előfordulásán kívül több esetben találtunk súlyos fokú miopiát (az anyán és a II. generációban K. E. és K. H. betegeknél).

Vizsgálataink alátámasztják azt a korábbi megállapítást, hogy a NIDDM előfordulásának halmozódásában döntően genetikai tényezők játszanak szerepet. Az ifjú- és felnőttkorban észlelt NIDDM halmozott együttes előfordulása egy családban kérdésessé teszi a korábban két, különálló forma szétválasztásának jogosságát.

Hazánkban is várható a NIDDM esetek számának emelkedése. A korai diagnózist segíti elő a neuroglykopeniás tünetek helyes értékelése. Valamennyi vizsgált betegünk beszámolt étkezést követő stimulatív hypoglykaemiáról, függetlenül attól, hogy cukorterhelésre magas, vagy alacsony inzulinválaszt kaptunk. A tünetek az aktuális vércukorértékekkel nem mindig mutattak időbeni korrelációt.

Érdemesnek látszik célzott szűrővizsgálatokat végezni azokban a családokban, ahol a NIDDM halmozottan fordul elő. Tekintettel arra, hogy a NIDDM manifesztációjában az ún. endogén tényezőknél (inzulinreceptorok, inzulinszekréció stb.) kívül döntő szerepet játszanak az exogén tényezők (életmód, táplálkozás), a szűrés során talált enyhe diabetese betegek diétájának korai beállításával, életmódjuk változtatásával esetleg késleltetni lehet a cukorbetegség manifesztációját.

A diabetese betegek korai felismerése és kezelése a később, sokszor súlyos formában jelentke-

zó diabeteses szövődmények számát és súlyosságát is hivatott csökkenteni.

IRODALOM: 1. *Fajans, S. S., Conn, J. W.*: Tolbutamide-induced improvement in carbohydrate-tolerance of young people with mild diabetes mellitus. *Diabetes*, 1960, 9, 83. — 2. *Tattersall, R. B., Fajans, S. S.*: A difference between the inheritance of classical juvenile-onset and maturity-onset type diabetes in young people. *Diabetes*, 1975, 24, 44. — 3. *Tattersall, R. B.*: The inheritance of maturity-onset type diabetes in young people. In: *The genetics of diabetes mellitus* (Ed.: *Creutzfeldt, W., Köbberling, J., Neel, J. V.*) Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1976, 88. old. — 4. *Tattersall, R. B.*: Mild familial diabetes with dominant inheritance. *Quart. J. Med.*, 1974, 43, 339. — 5. *Halmos T. és mtsai*: Klinikai megfigyelések ifjúkori non-inzulin dependens diabeteses betegeken. *Orv. Hetil.* 1982. 123, 2223. — 6. *Fajans, S. S. és mtsai*: Clinical and etiological heterogeneity of idiopathic diabetes mellitus. *Schweiz. med. Wschr.* 1979, 109, 1774.

— 7. *Mutch, W. J., Stowers, J. M.*: Reversible mild diabetes in children after treatment with chlorpropamid. *Lancet*, 1980, 1, 158. — 8. *Jialal, I. és mtsai*: The insulin and glucose response to an oral glucose load in non-insulin-dependent diabetes in the young. *S. Afr. Med. J.* 1982, 61, 351. — 9. *Saiki, J. H., Rumsin, D. L.*: Diabetes mellitus among the Navajo I. clinical features. *Arch. Int. Med.* 1968, 122, 1. — 10. *Commes, L. J. és mtsai*: Congenital anomalies and diabetes in the Pima Indians of Arizona. *Diabetes*, 1979, 18, 471. — 11. *Panzram, G., Adolf, W.*: Chlorpropamid-alcohol-flushtest in non-insulin dependent diabetes mellitus in young age (MODY Type) *Endocrinologia* 1982, 79, 211. — 12. *Panzram, G., Adolf, W.*: Heterogeneity of maturity-onset diabetes at young age (MODY). *Lancet*, 1981, 2, 986. — 13. *Krikler, D. M.*: Diabetes in Rhodesian Sephardic Jews. *S. Afr. Med. J.*, 1969, 43, 931—933. — 14. *Brownlee, M.*: *Handbook of diabetes mellitus*. Garland STPM Press, New York, London, 1981, Vol. 1, 14. old.

(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., Nagyvárud tér 4.).
Június 12–13	„BORZE” Gyulán. Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szolnok megyék egészségügyi intézményeinek elfekvő káoszleteiből.

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

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!

SOMLÓ PAL DR.
ÉS RÉVÉSZ TAMÁS DR.Halálos kimenetelű tüdőfibrosis
cytotoxikus terápia szövődményeként

Simmelweis Orvostudományi Egyetem II. Gyermekklinika (igazgató: Schuler Dezső dr.)

A szerzők recidiváló ependymoma miatt BCNU (Bischloronitrosourea) kezelésben részesült betegnél kialakult súlyos, progrediáló tüdőfibrosis esetét ismertették, mely halálhoz vezetett. Elemzik az ide vonatkozó irodalmi adatokat a dóziszfüggőség, a klinikai és szövettani leletek, valamint a terápiás lehetőségek szempontjából. Véleményük szerint olyan malignitások esetében, ahol ilyen toxicitást okozó szerek adása feltétlenül szükséges, a gyógyszer adagolásának elkezdése előtt a tüdő állapotának részletes felmérése, illetve a gyógykezelés alatt és még utána is, a beteg tüdő státuszának szoros megfigyelése szükséges.

Chemotherapy-induced Fatal Pulmonary Fibrosis
The case of a severe, progressive pulmonary fibrosis is described which appeared in a child with relapsing ependymoma, following a year's treatment on BCNU (Bischloronitrosourea). Eventually the fibrosis lead to the child's death. Relevant literary data are discussed from the points of dose-dependance, clinical and histological findings and therapeutic approaches. It is recommended that if BCNU is indicated for the treatment of a malignant tumor, lung function should be checked prior to, during and following the administration of this drug.

A rosszindulatú betegségek kezelésének komplexebbé válásával egyre inkább használunk kombinált kemoterápiát, mely megemelte e gyógyszerek okozta mellékhatások számát. Közülük gyakran észleljük a myelopoetikus rendszerre gyakorolt szuppresszív hatást. Jelenleg a megfelelő szubsztitúciós terápiával ezek kivédhetők. Így az egyéb szervekben, illetve később jelentkező toxikus károsodások kerültek előtérbe (3, 5). Legjelentősebb a vese, a tüdő, valamint a májra gyakorolt mellékhatásuk. A tüdőfolyamat pneumonitis és tüdőfibrosis képében zajlik le (10, 11). Ez krónikus, és a kezelés elhagyásával sem regrediáló, illetve szanalódó folyamat (2, 3, 5).

A mellékhatások az egyes szerek esetében nem egyforma erősségűek, és bizonyos szervspecifitást mutatnak. Így például a Cis-platil elsősorban vese, míg a Bleomycin és a Bischloroethylnitrosourea (BCNU) tüdő toxicitást okoz. A rendelkezésre álló irodalmi adatok szerint, magyar nyelven eddig csak két Bleomycin okozta tüdőfibrosis esetét írták le (8).

Közleményünkben ependymoma malignum miatt BCNU-val kezelt esetünket ismertetjük, akinél súlyos tüdő toxicitás alakult ki.

A magyar irodalomban eddig BCNU okozta tüdőfibrosisos esetet még nem írtak le.

B. K. 1969-ben az édesanyja második terhességéből a nyolcadik hónapra sima szüléssel, 3100 grammal „A” ikerként született leány.

Családi anamnezisben az apai nagyapa TBC-je szerepel terhelő adatként.

Betegsége öt éves korában kezdődött. A három éves kora óta szemüveget viselő, mindig kissé lassúbb, ügyetlenebb gyereknél tarkótáji fejfájás, járásbizonytalanság, reggeli hányás, magatartásváltozás jelentkezett. Beszéde elmosódottá vált. Neurológiai, szemészeti, EEG és koponya röntgenvizsgálatok agyi térszűkítő folyamatot igazoltak, mely miatt az OITI-ben műtét történt. Ekkor a IV. agykamra területén elhelyezkedő tumort távolítottak el. Szövettanilag ez ependymoma malignum volt. A jobb- és baloldalon, a kamra alján minimális reziduum maradt vissza. A műtétet követően erre a területre 90,0 Gy összdózisban telecobalt besugárzást kapott. Öt-hat éves kora között szoros idegsebészeti kontroll alatt állt. Recidivára utaló tüneteket nem észleltek.

Tizenkét éves korában lázas betegség után, ismételen fejfájást és neurológiai tüneteket, valamint hányást észleltek. Az ekkor elvégzett szemészeti és CT-vizsgálat recidiváló, hátsó scala tumort igazolt. Műtét során a IV. agykamra területén elhelyezkedő dagantot radikálisan eltávolították. Szövettan a recidivát igazolta.

Klinikánkra 12 éves korában vettük fel kemoterápiát céljából, mivel a lehetséges sugárdózist kimerítette. (Testfelülete 1,4 m².)

Kezelését 4 hetenként adott 1,5 mg/m² VCR-nel és 130 mg/m² BCNU-vel kezdtük meg. Ezekből a kezelés (10 ciklus) befejezéséig összdózisban 60 mg VCR-t és 1800 mg BCNU-t (42,9 mg/m² VCR-t, 1285,7 mg/m²

Esetismertetés

BCNU: Bischloronitrosourea

Mtx: Methothrexat

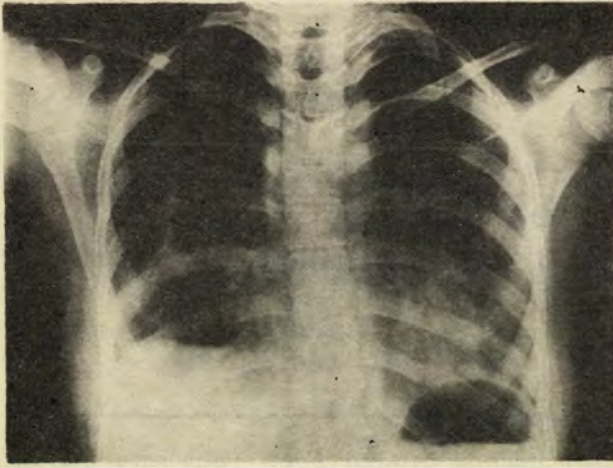
VCR: Vincristin

Ptx: Pneumothorax

CT: Computer Tomografia

DL(CO): Diffúziós széndioxid kapacitás

FVC: Forszírozott vitálkapacitás



BCNU-t) kapott. A kezelés mellett az év során progressziót nem mutat. A terápia befejezésekor mérsékelt ataxiája, kissé elmosódott beszéde volt, de egyéb neurológiai tünetet nem lehetett észlelni.

Tizenhárom éves korában mellkasi szűrő fájdalmak, terhelésre jelentkező diszpnœ miatt történt röntgenvizsgálat, melyen a jobb mellkasfélben pneumothorax látható. A tüdőkép egyéb eltérést nem mutatott. Ezért felvételre került. Ötnapos megfigyelési idő alatt pihentetésre, állapota és a radiológiai kép javult. Ekkor hazabocsátottuk, majd az ambuláns rtg. kontrollon a ptx. teljes felszívódását észleltük.

Két hónap múlva jelentkezett ismét köhécseles miatt. Az ekkor készült röntgenfelvételen ismét ptx. látható kiterjedtebben jobboldalon, de kismértékben baloldalon is. Egy hét alatt a baloldali spontán eltűnik és a jobboldali is minimálisra csökken.

Egy hónap elteltével állapota rosszabbodott. Ekkor hirtelen kezdődő fulladás, Holzknœcht-tünet pozitivitása miatt felmerült az aspiráció lehetősége is, de a bronchoszkópia ezt nem igazolta. A radiológiai képen a jobboldali ptx. kiterjedése növekedett.

Tüdőgyógyász konzíliumot kértünk. Véleménye szerint a tüdő fibrózis lehetőségét nem lehet kizárni. Légzésfunkciós vizsgálata nem elvégezhető a súlyos hypoxia miatt (kapilláris PO_2 :37,7 Hgmm, PCO_2 :58,4 Hgmm, ph:7,35). Javasolja a steroid terápia bevezetését. Prednisolon adását 20 mg/nap adagban kezdtük el, de terápiás hatást nem észleltünk.

A tüdőtünetek megjelenése után öt hónappal készült röntgenfelvételen látszik először fibrosisra jellem-

ző kép a jobboldalon. Egy hónap múlva kerül ismételt felvételre igen súlyos diszpnœval. A jobboldali ptx. ekkor olyan kifejezett, hogy mellkasi szívás válik szükségessé. Ennek hatására a ptx. csökken. A radiológiai képen már baloldalon is megjelenik köteges árnyék. A drainage ellenére állapota nem javul. A beteg a draint rosszul tűri, azt ineffektivitása miatt eltávolítjuk. A szülőkkel történt megbeszélés alapján otthonába bocsátjuk. Ambuláns kontrollokra jár. Állapota egyre romlik. Újabb öt hónap után készült röntgenfelvételen mindkét oldalon bazálisan igen kifejezett fibrózis látható. Jobboldalon, a mellkas falához történt kinövésök miatt, rekeszes hydropneumothorax, baloldalon a csúcsban kis pleurális reakció. A bal felső lebeny emphysemás (ábra).

Ekkor általános állapota már igen gyöngye. Kifejezett diszpnœja van. A legkisebb terhelést sem bírja. A tüdőtünetek megjelenése után 9 hónappal, 14 éves korában otthonában meghalt. A szülők kérésére szekció nem történt.

Megbeszélés

A cytotoxikus terápia során jelentkező mellékhatásokat csoportosíthatjuk megjelenésük ideje és a károsított szervek szerint (5). Az időpontok alapján a szövődmény lehet azonnali, korai, késleltetett és késői. A mellékhatás megjelenése, helye szerint: bőrtünetek, szív, tüdő, máj, gyomor-bél, vese, idegrendszer, csontvelő. Okozhat túlérzékenységet, csontvelő depressziót, zavarokat a fejlődésben és a reproduktív képességben; másodlagos tumorok is kialakulhatnak. A különböző gyógyszerek általában több mellékhatással rendelkeznek, de egyes mellékhatások bizonyos gyógyszerek esetében gyakrabban fordulnak elő.

Pulmonalis toxicitást leggyakrabban a következő gyógyszerek okoznak: Bleomycin, Busulfan, BCNU, Mitomycin C, (3). Ezek közös jellemzője, hogy a toxikus hatás dóziszfüggő (táblázat). Az általuk okozott elváltozások sem klinikailag, sem radiológiailag nem különböznek egymástól.

A klinikai képre jellemző a kínzó, száraz köhögés, diszpnœ, tachypnœ, bázisokon finom krepitáció, illetve gyöngült légzés. Radiológiailag finom, bazilárisan elhelyezkedő, retikuláris infiltráció, mely progrediálva alveoláris és intersticiális beszű-

Tüdő toxicitást okozó cytotoxikus gyógyszerek hatásának főbb jellegzetességei

Gyógyszer	Toxicitás gyakorisága	Toxikus dózis, ill. a hatás ideje	Rizikófaktorok	Toxicitás kimenetele, a terápia lehetősége
Bleomycin	halálos végű 1—2% nem halálos 2—3%	500 E felett 1—3 hónap után	70 év feletti életkor; együttes sugárkezelés; magas O- koncentráció; Cyclophosphamid együtt adása	kis változás a gyógyszer elhagyása után; steroid kétséges
BCNU	20—30%	1000—1500 mg/m ²	előrement tüdőbetegség; dohányzás; Cyclophosphamid együtt adás; tüdő besugárzás	24—80% halálos; steroid kérdéses
Cyclophosphamid	nem meghatározható a jelenlegi irodalomból	nem mutat összefüggést; 2 hónap—6 év után alakul ki	nem meghatározható	50%-os halálozás
MTX	nem meghatározható a jelenlegi irodalomból	valószínűleg függ az adagolás gyakoriságától	nem meghatározható	1—6 hét alatt javulás; steroid jó hatású

rődéshez vezethet és következményesen szövőd-
mény (pl. ptx.) léphet fel (3, 5, 10).

A laborvizsgálatok közül a vérgázanalízis hipo-
xémiát és hipokapniát jelez. A tüdő funkcionális
vizsgálataiban a diffúziós széndioxid-kapacitás
(DLCO) és a forszírozott vitálkapacitás (FVC) mut-
tat szignifikáns csökkenést (3, 5).

A szövettani képre jellemző az alveoláris kapil-
lárissok endoteliumában bullák megjelenése, majd
intersticiális, fibrosus ödéma, melyet mononukleá-
ris sejtreakció és hialin membrán kialakulása követ.
Elektronmikroszkóposan az I. típusú pneumociták
csökkenése és a II. típusú pneumociták proliferáció-
ja delamellációja látható. Végül, az alveoláris szep-
tumok elvékonyodnak, majd átszakadnak, és fibro-
sus szövet jelenik meg. Szövettanilag nem lehet
különbséget tenni a gyógyszer okozta és az idiopá-
tiás, diffúz, intersticiális tüdőfibrosis között (2, 5).

A pulmonáris toxicitás általában ritkán fordul
elő, de egyes szerek gyakrabban váltanak ki tüdő-
fibrózist (Bleomycin, BCNU) (1, 3, 5).

A BCNU okozta tüdőtoxicitást 1976-ban *Holoye*
írta le (6), de 1966-ban *Iriarte* (7) már beszámol
tüdőfibrosizról BCNU terápia után, ám nem tételez
föl összefüggést a kettő között. 1976 óta mintegy
60 esetleírás szerepel az irodalomban. E vegyületek
által okozott tüdőelváltozás intersticiális pneumo-
nitis és/vagy fibrosis képében zajlik le (3, 11). Az
irodalmi adatok szerint a toxikus hatás a gyógy-
szer elhagyása után is fennáll. A toxicitás gyakori-
sága nagy változatosságot mutat az idevagyó adatok
szerint. A szerzők egy részénél igen alacsony, má-
soknál magasabb arány fordul elő (1,3⁰/₀—30⁰/₀). A
többség a gyakoriságot 20—30⁰/₀ között adja meg
(3, 5, 6). A részletesebb vizsgálatok, ill. esetelemzések
azt mutatják, hogy a nagyobb arányú toxicitás
azokban az esetekben lép föl, ahol szolid tumor
miatt (elsősorban agytumorkok) adagolták e szert,
míg például leukémia esetében a tüdőfibrosis meg-
jelenési gyakorisága kisebb (10). Ezt a kezelési séma
szerint adagolt szteroid védő hatásának tulajdonítják.
A toxikus károsodást szenvedett betegek mor-
talitása azonban egységesen igen magas: 60—80⁰/₀-
os arányú (5).

A gyógyszer toxikus hatásának kialakulása a
kumulatív dózis nagyságától függ. Nagyszámú be-
tegyanagon vizsgálva, ez a dózis 1200—1500 mg/m²-
ben állapítható meg (1, 3, 5). A toxicitás megjele-
nésére vannak predesztináló tényezők is, mint pél-
dával a dohányzás, primer tüdőtumor, bármilyen
előrement tüdőfolyamat (infekció stb.) és Cyklo-
phosphamid együttes alkalmazása. Egyes adatok
arra utalnak, hogy a fiatalabbkorú betegek tole-
rancíája jobb, más adatok ezt nem erősítik meg
(5, 6, 11).

Betegünknel a nagyobb rizikót jelentő agytu-
mor miatt adagoltuk a BCNU-t és a VCR-t, mely
utóbbinak tüdőtoxicitása nem bizonyított. A kislány
kezelése során összdózisban 1285,7 mg/m² BCNU-t
kapott, mely még a gyerek korát is figyelembe
véve, meghaladja a toxikus dózishatárt. Kezdetben
csupán köhögést és nehéz légzést észleltünk radio-
lógiai eltérés nélkül. A fibrosisra jellemző kép csak
később, a fibrosis szövődményének tekinthető 4 ptx.
után látszott.

A diagnózist a DLCO, valamint az FVC vizsgá-
latokkal lehet fölállítani, illetve a jelentkező elvál-
tozásra fölfigyelni (3, 5, 12).

A radiológiai elváltozások, mint esetünkben is,
csak nagyon később mutatnak értékelhető elvál-
tozást. Újabb irodalmi adatok szerint a computer to-
mográfia is igen jól használható. Ezzel korábban
ki lehet mutatni a legkisebb elváltozásokat is (2).

Az elváltozás terápiajában az irodalmi adatok
a szteroidot említik, de az adatok igen ellentmondó-
ak (3, 5, 7, 9, 11). Mint esetünkben is észlelhető
volt, az alkalmazott Prednisolon-kezelés ellenére
a folyamat továbbhaladt és végül exitusshoz veze-
tett.

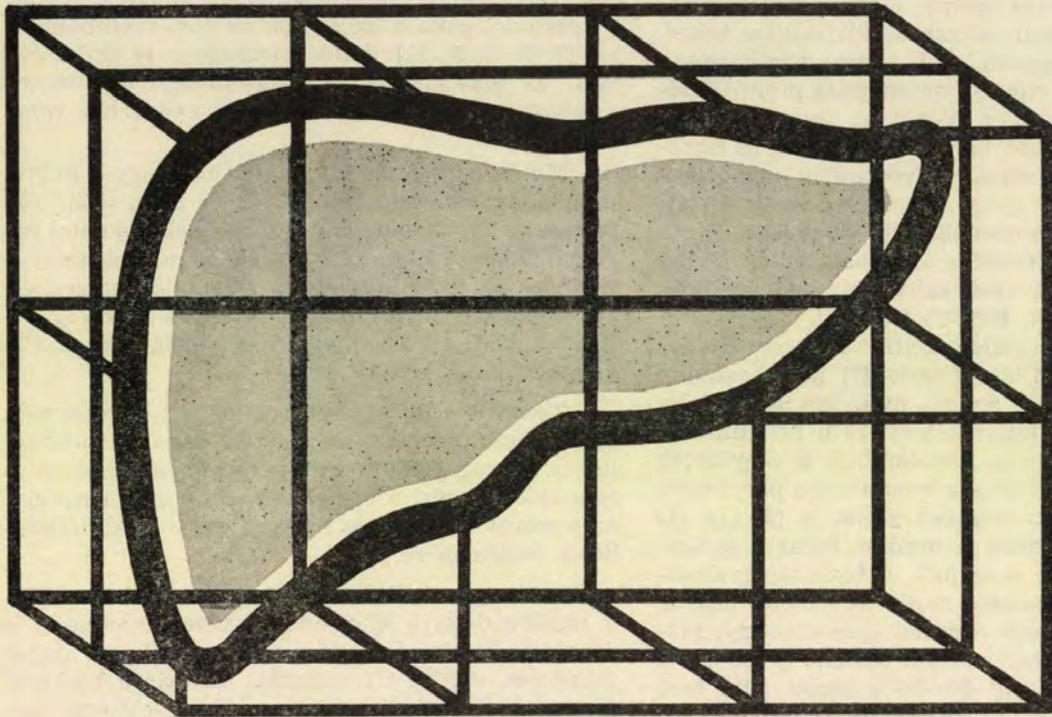
Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a BCNU
terápiában részesülő betegeknél — főleg szolid tu-
morkok esetén — nagy százalékban kell számolni tü-
dőtoxicitással. E mellékhatások korai felismerése
lényeges az ilyen kezelésben részesülő betegeknél.
Javasolható a légzésfunkciós vizsgálatok elvégzése
(DLCO, VFC), s amennyiben lehetőség van rá, CT
vizsgálat (1, 3, 4, 5, 11, 12).

Tekintettel arra, hogy a kialakult fibrosis nem
gyógyítható, spontán szanálódási hajlama minimá-
lis, és a progresszió a gyógyszer elhagyása után is
folytatódik, ezért a megelőzés lenne igen lényeges,
azaz szoros kontroll, és szükség esetén a kumulatív
dózis csökkentése.

Szükséges továbbá a kezelés megkezdése előtt
a légzőrendszerre kiterjedő részletes anamnézis, s
a kezelés megkezdése előtt a légzésfunkciók alapos
fölmérése, esetleg CT vizsgálat. Csupán e kockázat
és a várható terápiás eredmény mérlegelésével vár-
ható optimális terápiás eredmény.

IRODALOM: 1. *Aronin, P. A. és mtsai*: Predic-
tion of BCNU pulmonary toxicity in patients with ma-
lignant glyoma. *New Eng. J. Med.* 1980, 303, 183. — 2.
Bellot, P. A., Valdiseni, R. O.: Multiple Pulmonary le-
sions in patient treated with BCNU for glioblastoma
multiforme. *Cancer*, 1979, 43, 46. — 3. *Carter, S. K.*:
Pulmonary toxicity as a dose limiting factor in cancer
chemotherapy. 13th International Congress of Chemo-
therapy. *Proceedings*, SS 77. Part 230. Page 21. 1983.
— 4. *Durant, J. R. és mtsai*: Pulmonary toxicity asso-
ciated with Bischloroethylnitrosourea (BCNU). *Ann.*
Int. Med. 1979, 90, 191. — 5. *Ginsberg, S. J., Comis, R.*
L.: The pulmonary toxicity of antineoplastic agents.
Seminars in Oncology V. IX. 1982, No 1. 34. — 6. *Holoye,*
P. Y., Jenkins, D. E., Greenberg, S. D.: Pulmonary
toxicity in long term administration of BCNU.
Cancer Treat. Rep. 1976, 60, 1961. — 7. *Iriarte, P. V.,*
Hananian, J., Cortner, J. A.: Central nervous system
leukemia and solid tumors of childhood. *Cancer*, 1966,
19, 1187. — 8. *Kuntár, L.*: Bleomycin pneumonitis. *Orv.*
Hetil. 1979, 120, 903. — 9. *Richter, J. E. és mtsai*: Pul-
monary toxicity of Bischloronitrosourea. *Cancer*, 1979,
43, 1607. — 10. *Rosenow III., E. C.*: The spectrum of
drug induced pulmonary disease. *Ann. Inter. Med.*
1972, 77, 977. — 11. *Weiss, R. B., Muggia, F. M.*: Cyto-
toxic drug-induced pulmonary disease: update, 1980.
Am. J. Med. 1980, 68, 259. — 12. *Wilson, K. S. és mtsai*:
Fatal pneumothorax in „BCNU lung”. *Med. Ped. Onc.*
1982, 10, 195.

Catergen[®] TABLETTA mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energia-termelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérumbilirubin és szérum-transzamináz értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májartalmak, 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



Klinikai farmakológia

Irányított klinikai vizsgálatok.

J. Michaelis (Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität D-6500 Mainz): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1947.

A terápiás beavatkozások hatásának megítélése céljából immáron 35 éve végeznek irányított klinikai vizsgálatokat. Az utóbbi időben azonban ezek a vizsgálatok igen heves viták keresztjüzebe kerültek. A fő vitapontok a következők:

1. Egyesek erősen kételkednek a vizsgálatok hasznosságában és gyakorlati kivitelezhetőségében.

2. Az irányított klinikai vizsgálatok jogi kérdéseivel elsősorban jogászok foglalkoztak, minnek következtében félreértések és bizonyos fokú zavarok is keletkeztek velük kapcsolatosan.

3. Metodikai szakértők az utóbbi években egy sor új eljárás-módot fejlesztettek ki jobb interpretációs lehetőségek elérése érdekében.

Az irányított klinikai vizsgálatok fő jellemzői a következők: két vagy több különböző kezelési mód összehasonlítására szolgálnak, a vizsgálatok prospektív jellegűek és a betegek ún. randomizáció révén kerülnek egyik vagy másik kezelési csoportba. Fontos része a vizsgálatoknak a protokoll, melyet még a vizsgálatok megkezdése előtt össze kell állítani. A protokoll tartalmazza többek között a vizsgálat céljának pontos meghatározását, a mérendő paramétereket, a vizsgálatba történő felvétel, illetve a vizsgálatból történő kizárás feltételeit, a betegek felvilágosításának módját, a dokumentáció menetét és a statisztikai értékelés módzatait.

Orvosi, etikai és jogi okok miatt csak akkor szabad irányított klinikai vizsgálatot kezdeni, ha a megválaszolendő kérdés még ténylegesen nyitott, eldöntetlen. Ha az orvos meg van győződve egyik vagy másik kezelési mód jobb hatásfokáról, akkor nem szabad részt vennie a tervezett vizsgálatokban.

A vizsgálatok gondos tervezése elengedhetetlen. Ebben a szakaszban nélkülözhetetlen a különféle szakértők és esetleg más személyek interdiszciplinális jellegű együttműködése. A vizsgálatok etikai megalapozottságának megítélése érdekében az utóbbi években világszerte etikai bizottságokat hoztak létre, melyeknek tagjai orvosok, jogászok, szociológusok,

adott esetben teológusok, akik a vizsgálatok eredményében közvetlenül nem érdekeltek.

A tervezéskor igen fontos megfelelő statisztikai értékelő eljárások kijelölése, illetve kifejlesztése, mivel ez biztosítja a továbbiakban a nyert adatok helyes értékelését részben már menetközben, részben pedig a vizsgálatok lezárásakor. Ezzel egyúttal az I. és II. típusú hibák (I. típusú hiba: álpozitív eredmény, II. típusú hiba: álnegatív eredmény) valószínűségét is meg lehet állapítani.

A statisztikus segítséget tud nyújtani abban a kérdésben is, hogy hány beteget kell bevenni a vizsgálatokba ahhoz, hogy reálisan értékelhető eredményt kapjunk, milyen mérvű „drop-out”-tal (vizsgálatból történő menetközbeni kieséssel) kell számolni stb.

Az irányított klinikai vizsgálatok minden nehézség ellenére sokkal hatékonyabbak és jogosultabbak, mint a terápiás kérdések nihilisztikus megközelítése vagy a szórványos esetismertetésekből összeállított nem irányított kísérletezgetések. Ez azonban nem von le semmit a klasszikus kazuisztika érdemeiből.

Abban az esetben, ha etikai okokból vagy gyakorlati megfontolásokból egy összehasonlító terápiás vizsgálat vagy akárcsak a randomizáció kivitelezhetetlen, akkor a szorosabb értelemben vett irányított klinikai vizsgálatról eltekinthetünk. Ilyenkor gondos klinikai megfigyelést kell folytatni.

Az irányított klinikai vizsgálatok tervezésekor helytelen bármilyen merev sémához ragaszkodni, mindig a konkrét megválaszolendő kérdésből kell kiindulni és a tervezéskor ehhez kell igazodni.

Az irányított klinikai vizsgálatok kivitelezésekor nagy gondot okoz a betegek felvilágosítása. A felvilágosításra és a betegek beleegyezésének elnyerésére szükség van, azonban vitatható a felvilágosítás részletességének mélysége. Nyilvánvaló, hogy a túlzottan részletes, a reális veszélyeket eltúlzó felvilágosítás azt eredményezi, hogy a jelöltek nagy része nem fog részt venni a tervezett vizsgálatokban. Ez utóbbi tapasztalható például az Egyesült Államokban. Jelenleg igen heves a vita jogászok és orvosok között és egyelőre csak remélhető valamiféle kompromisszumos megegyezés kialakulása.

Az irányított klinikai vizsgálatot csak addig szabad folytatni, amíg a megválaszolendő kérdés eldöntetlen, nyitott. Sajnos, szomorú példák vannak arra, hogy az irá-

nyított klinikai vizsgálatok erőltetett továbbvitele következtében az egyik betegcsoport az akkorra már nyilvánvalóan rosszabb kezelésben részesült, mint a másik.

Ma már elengedhetetlen az adatok időnkénti időközi értékelése annak érdekében, hogy eldönthessük: folytatható-e a vizsgálat vagy sem.

Gondosan kell figyelni, hogy a randomizáció rendben megy-e (különösen a multicentrikus vizsgálatok esetében), megfelel-e a betegek együttműködési készsége (compliance), hogy alakul a „drop-out” stb.

A statisztikai értékeléskor nélkülözhetetlen az orvos és a statisztikus együttműködése. Ezért célszerű, hogy az orvos ne csak a t-próbát és a χ^2 -tesztet ismerje, hanem egyéb kiértékelési lehetőségekről is legyen elképzelése.

Ma még a vizsgálatokban részt vevő orvosok, statisztikusok és jogászok csupán csak „tanulják” e kérdéskört, remélhető azonban, hogy a nem távoli jövőben sikerülni fog egy stabil szintet elérni, amire már bizonyos fokú rutin, de korántsem sematizmus lesz jellemző.

Vas Ádám dr.

„Drugline”: új adatbázis az értékelt gyógyszerinformációhoz. G. Alván és mtsai (Karolinska Inst., Huddinge Univ. Hosp., S-14186 Huddinge, Sweden); Brit. J. Clin. Pharmacol. 1982, 14, 597.

Az orvosok közötti információcsere az orvosi gyakorlat egyik alapja. A klinikusi gyakorlatot folytató orvos természetesen a klinikai farmakológushoz fordul, ha — egyes extrém esetekben — tudományosan értékelt információra van szüksége. A gyógyszerinformáció ily módon a klinikai farmakológia integráns részévé vált. A szerzők részlegében e célra egy gyógyszerinformációs központot hoztak létre. Ez 1974 óta biztosítja szolgáltatásait Stockholm területén. Ez 1 milliónál is több lakost jelent. Ez idő szerint évi 600 kérdés érkezik. A személyzet, amely ezt a feladatot ellátja, a következőkből áll: klinikai farmakológiára szakosodott orvosokból, gyógyszerészekből és titkárságból. A kérdéseket telefonon kapja a szolgálatban levő orvos, de levélben is érkeznek érdeklődések. Az irodalom állandó figyelése, abból rövid tartalmi kivonat készítése folyamatos. Ez jelenti a válaszok alapját. Sürgős esetekben egy gyors előzetes választ adnak telefonon. Minden információ hetente feldolgozásra kerül, majd ennek alapján készül az írásbeli válasz. E célra szabványosított formát alkalmaznak, mely természetesen a kérdés feltevését is tartalmazza. A válasz tudományos értékelés formájában, irodalmi hivatkozásokkal, következtetésekkel készül. A válasz számjel-

kódokat is tartalmaz, továbbá az ún. generic (nemzetközi szabad) elnevezéseket. A kérdéseknek mintegy a fele MEDLINE-rendszer alapján válaszolható meg. Sok kérdés irányul a mellékhatásokra, beleértve a teratogén hatást. Mindez a racionális gyógyszerelés szempontjából nélkülözhetetlen.

Kempler Kurt dr.

Szülészeti gyógyszerinformációs szolgáltatás. R. G. Arulappu, D. J. Taylor (Queen Victoria Medical Centre, 172 Lonsdale Street, Melbourne, 3000 Victoria, Australia): Amer. J. hosp. Pharm. 1982, 39, 1511.

A melbourne-i Viktória királynőről elnevezett orvosi központ 435 ágvas általános kórháza egyben a Monash Egyetem Szülészeti, Nőgyógyászati és Gyermekegyógyászati Tanszéke. Munkájukban jelentős változást hozott a gyógyszerészeti osztályon 1976-ban telepített gyógyszerinformációs központ. 1979-ben egy speciális szülészeti szolgálat is megindult. Kitént ugyanis, hogy a gyógyszerinformációs kérdések jelentős része a terhességgel és a szoptatással kapcsolatos. A rendszert a következő 4 szempont alapján építették ki: 1. a gyógyszer kiválasztódása az anyatejben, 2. gyógyszerhatások a magzatban, 3. gyógyszerhatások a terhes anyában, 4. a gyógyszer befolyása a spermára. A szolgálathoz tartozik egy szülészklínikus is. Mindehhez el kellett készíteni az egyes gyógyszeranyagok monográfiáit; egyet — példaként — függelékben közöl is. Az elkészült 97 monográfia jegyzékét is közli. A monográfiákat specialisták ellenőrizték. Minden befutó érdeklődésre azonnali szóbeli választ adnak; az írásbeli válasz később készül. Utóbbi a szolgálat vezetője hagyja jóvá. Minden ilyen közlést egy visszajelentőlap kíséri. Minden közlésről egy, a számítógép által könnyen visszakereshető másolat is készül. A szolgálat más kórházak, gyógyszerészek, orvosok számára is rendelkezésre áll. A 18 hónap alatti igénybevételt táblázaton összesítve bemutatják. A belső érdeklődés az összesen 863 kérdés 32%-át tette ki, a nagyobb rész tehát külső érdeklődés volt. A kérdések 73%-a a terhességgel, 27%-a a tejelválasztással volt kapcsolatos. Az egyes gyógyszercsoportok között az antibiotikumok (17,8%) és a pszichotrop gyógyszerek (12,5%) vezetnek.

Kempler Kurt dr.

Az antacidok gátolják a cimetidin felszívódását. Steinberg, W. M. és mtsai (Dept. Med., Div. Gastroenterol., George Washington Univ., Washington): New Engl. Med. 1982, 307, 400.

Általánosan ajánlottak a peptikus fekély kezelésére a cimetidin és az antacid szerek. Gyakori a két gyógyszer együttes alkalmazása. A szerzők azt vizsgálták, hogy az antacidok milyen hatással vannak a cimetidin felszívódására. 16 egészséges egyén, 10 duodenalis ulcusos beteg és 2 achlorhydriás beteg kapott csak cimetidint, ill. cimetidint együtt antaciddal. A következő antacid szereket adták együtt cimetidinnel: Maalox, Mylanta II., Alternat GEL, magnesium-tej. Minden esetben meghatározták a cimetidin koncentrációját. Azt találták, hogy a cimetidin serum koncentrációja kifejezetten alacsonyabb volt, amikor a cimetidint együtt adták antaciddal, mint amikor antacidot nem adtak. A cimetidin felszívódás gátlását illetően nem volt különbség az alkalmazott antacidok között. Ha az antacidot egy órával a cimetidin előtt adták, vagy egy órával a cimetidin után (étkezéskor), nem gátolta a cimetidin felszívódását.

A duodenalis ulcus csoportban nagyobb eltérések voltak a cimetidin felszívódás gátlásában, mint az egészséges egyének között. E különbség oka nem ismert. Feltételezik, hogy abból adódik, hogy az ulcusos betegek több vonatkozásban különböznek egymástól: vannak köztük hypersecretiós és normosecretiós betegek, a hypersecretiós betegek gyomorürülése gyorsabb, továbbá aktív ulcusnál a savsecretio kifejezettebb, mint inaktív stádiumban.

Az antacidok okozta cimetidin felszívódás gátlás három mechanizmus alapján képzelhető el:

1. Az antacidok az intragastrikus pH megemelésével csökkentik a cimetidin felszívódását. Ezt a szerzők valószínűtlennek tartják, mivel a két achlorhydriás betegnél neutrális pH mellett is normális volt a cimetidin felszívódás.

2. Az antacidok a gyomor-motilitás csökkentése révén elhúzódnak a cimetidin felszívódást. Ez nem valószínű, mivel a serum cimetidin 4 órás görbén nincs olyan jel, ami arra utalna, hogy a cimetidin felszívódása retardált.

3. A leginkább valószínű lehetőség, hogy az antacidok néhány komponense interferál a cimetidin absorptiójával. Mind az alumínium-hydroxidról, mind a magnesium-hydroxidról ismert, hogy interferál néhány gyógyszer kinetikájával.

Adataik egyeznek Peterson és mtsai megfigyelésével, ti., hogy cimetidin adása után sokkal tartósabb volt az intragastrikus pH-emelkedés, mint amikor a cimetidint antaciddal (Mylanta II.) adták.

Mindezek alapján a szerzők felvetik, hogy a cimetidint nem lehet együtt adni antacidokkal. Az antacidot egy órával a cimetidin előtt vagy után kell adni.

Balázs Mihály dr.

Klinikailag fontos cimetidin-interactiók. Mangini, R. J. (Dept. Med., Stanford Univ. Med., Stanford): Clin. Pharm. 1982, 1, 433.

A cimetidin gátolja a máj microsomal oxidatív enzimrendszerét, másrészt csökkenti a máj vérátáramlását, továbbá megváltoztatja a gastrointestinalis tractusban a pH-t. Ezek a pharmacológiai tulajdonságok képezik alapját a cimetidin és néhány gyógyszer klinikailag is fontos interakciójának.

A cimetidin csökkenti néhány benzodiazepin, mint a diazepam és chlordiazepoxid metabolizmusát és jelentősen növekszik ezáltal a gyógyszerek serum-koncentrációja és hatáserőssége. A benzodiazepinek közül nem befolyásolja az oxazepam és lorazepam hatását, mivel mindkettő a glucuron-savas conjugation keresztül metabolizálódik.

A cimetidin csökkenti a warfarin- és azon cumarin-származékok biotransformációját, amelyek a máj microsomal oxidase enzimrendszerén keresztül metabolizálódnak és megnöveli ezáltal ezen anticoagulánsok hypoprothrombinaemiás hatását. Nem befolyásolja a cimetidin az anticoagulánsok fehérvérhez való kötődését. Megváltoztatja a theophyllin kinetikáját is, a theophyllin dealkylációját és hydroxylációját, s az inaktív metabolitok képződését csökkenti.

A phenytoin clearance-t szignifikánsan csökkenti, és 3 hetes cimetidin-kezelés a phenytoin plazma koncentrációját 60%-kal növeli.

A cimetidin a propranolol és valamennyi májon keresztül metabolizálódó béta-blokkoló serum koncentrációját növeli egyrészt a microsomal metabolizmus gátlása, másrészt a máj vérátáramlásának a csökkentése révén. Azon béta-blokkolók hatását, amelyek első sorban nem a májon keresztül metabolizálódnak, mint a nadolol és atenolol, a cimetidin nem befolyásolja.

A lidocain clearance cimetidin-nel együtt adva 25%-kal csökkent. Potenciálisan klinikailag fontos interactio felléphet cimetidin-kezelés során morphin, carbamazepin, phenobarbital, tetracyclin és antacidok adásakor, de ezek pontos tisztázásához még további vizsgálatok szükségesek.

Balázs Mihály dr.

Az erythromycin hatásosságának vizsgálata Campylobacter enteritis kezelésében placeboval kontrollált kettős-vak próbával. Anders, B. J. és mtsai (Departments of Pediatrics and Medicine, University of Colorado School of Medicine): Lancet, 1982, 1, 131.

Miután a Campylobacter jejuni izolálása a székletmintákból a sze-

lektív tenyésztési technika bevezetésével rutin vizsgálati eljárásá vált; kiderült, hogy a bakteriális gastroenteritisek jelentős öki tényezője a mikroorganizmus és gyakorisága megegyezik, sőt nagyobb a salmonellosisnál, illetve shigellosisnál a Föld számos vidékén.

A hasmenésben szenvedő betegek közötti arányát a székletminták pozitivitása alapján Belgiumban 5,1%-nak, Angliában 7,1%-nak és az USA-ban 5%-nak találták.

A C. jejuni in vitro rendszerint érzékeny erythromycinre. Számszerűen leírták az erythromycin-kezelés kedvező hatását a campylobacter enteritis klinikai lefolyására.

A szerzők célja volt akut C. enteritisekben az erythromycin-kezelés hatásosságának meghatározása placebóval szembeni létfontosságú klinikai próbával.

Válogatás nélküli 29 beteg vett részt a vizsgálatban. Két csoportot képeztek: placebóval (n:14) és erythromycinnel (n:15) kezelt betegek. Az erythromycint 5 napon keresztül adták felnőtteknek 4×250 mg/die, gyermekeknek 4 részre osztva 40 mg/kg/die dózisban.

A férfi/nő arány a placebóval, ill. az erythromycinnel kezelt csoportban 9/5, ill. 9/6; a hasmenés napok száma a kezelés megkezdése előtt átlag 6,5, ill. 5,6; a napi hasmenések száma átlag 13,3, ill. 13 volt. A székletben vér 7 (50%), illetve 6 (40%), nyálka 8 (57%), ill. 6 (40%) esetben volt észlelhető. A kezelés befejezése után 2 nappal végeztek ismételt széklettenyésztést, melynek alapján a placebóval kezelt betegek közül csupán 6-nál (42%) volt bakteriológiai gyógyulás igazolható, szemben az erythromycinnel kezelt betegekkel, ahol 100%-os volt a gyógyulás ($p < 0,001$).

A kezelés megkezdése után a hasmenés átlag 3,6, ill. 3,9 nap alatt szűnt meg. Klinikai relapszust egyik csoportban sem észleltek. Nem volt szignifikáns különbség a kezelés előtti, ill. annak megkezdése utáni klinikai lefolyás jellemzőiben.

Különbőség végeredményben csak a kezelés kezdetétől számitott 7. napon vett székletminták tenyésztési eredményében volt, 2 beteg az erythromycin-kezelést 2 nap után befejezte, a mellékhatásként jelentkező gastrointestinalis tünetek miatt. Az ő székleteredményük is negatív lett. Lehetséges, hogy a kedvező antibakteriális hatás elérésére 5 napnál kevesebb kezelési idő is elegendő lenne.

A szerzők vizsgálatából világosan kitűnik, hogy a Campylobacter enteritis specifikus antibiotikus terápia nélkül is meggyógyul. Mivel az emberről emberre való átvitel lehetséges, indokolt a kezelés olyan esetekben, ahol siettetni akarjuk a bakteriális gyógyulást. Különösen a gyermekek, az egész-

ségügyben, az ételmezésben dolgozók betegsége, valamint a tünetek elhúzódása, gyakori véres diarrhoea vagy relapszus esetén javasolt az antibiotikum adása. Minden esetben mérlegelni kell az erythromycin jótékony hatását és lehetséges mellékhatásait.

Berényi Károly dr.

Kardiiovaszkuláris betegségek kezelése terhesség alatt. Tamari, I. és mtsai (Tel-Hashomer, Israel): Am. Heart Journal, 1982, 104, 1357.

A közlemény a kardiiovaszkuláris rendszer leggyakrabban alkalmazott gyógyszereinek terheségek alatti adhatóságával foglalkozik.

Digitális. A placentán átmegy. In vitro kimutatták, hogy a digoxin növeli a méhizomzat kontrakcióinak erejét. Ez megmagyarázza azt a megfigyelést, hogy a digitalizált terheseknek szignifikánsan rövidebb a gesztációs periódusa és a vajúdása. A digoxinnak nincs teratogén hatása. Terhesség alatti dózisa ugyanaz, mint nem terhes állapotban.

Béta-agonisták. Az alfa adrenerg stimuláció (noradrenalin) a méh simaizomzatának kontrakcióját okozza. Az alfa és béta stimuláns adrenalin myometrium-relaxációt okoz a béta domináns hatás révén. Béta-agonisták (salbutamol, ritodrin) simaizom relaxáló hatásukat terhességben a nemkívánatos korai uterus-kontrakciók gátlására használják fel. Az isoproterenol mint tipikus béta-adrenerg stimuláns teljesen meggátolja a terhes uterus kontrakcióit. Terhességben magas fokú AV-blokk esetén a szívritmus gyorsítására és megnyúlt QT-vel kapcsolatos kamrai aritmiák kezelésére használják. Az isoproterenol terhesre és magzatra való nemkívánatos hatására nincs bizonyíték.

Béta-antagonisták. A legtöbb béta-blokkolóról kimutatták, hogy átmegy a placentán és szignifikáns szintet ér el a magzati szérumban. A béta-blokkolók gátolhatják a vajúdás stresszére adott autonóm választ a magzatban és az anyában, és így késést okozhatnak az újszülött első légvételeinek megjelenésében. Egyes béta-blokkolók hatásával kapcsolatban leírták az újszülött szülés után 72 óráig is elhúzódó bradikardiáját és hipoglikémiáját. Nincs bizonyíték a béta-blokkolók magzati malformációt okozó hatására. A béta-blokkolókat szedő anyákat a szülés és a vajúdás idejére a veszélyeztetett csoportba kell sorolni. Célzerűnek látszik lehetőség szerint más szert választani a béta-blokkolók helyett a terhesség idejére. De ha ezt semmiképp nem tehetjük meg, akkor kardioszelektív vagy ISA-hatású szert válasszunk. Ezek megelőzhetik a magzat hipoglikémiáját és a magzat és az anya bradikardiáját. A vajúdás alatt cél-

szerű glucagon adása, és átmeneti pacemaker-felvezetés is mérlegelhető.

Chinidin. Nem teljesen tisztázott hatásmechanizmus alapján abortuszt okozhat. Mindemellett a chinidin terheségek alatti alkalmazásának sok éve alatt nem volt teratogén hatása, és a myometriumra való hatása is elhanyagolható. Így biztonsággal adható terhesség alatt.

Procainamid. Nincs bizonyítva mellékhatása a magzatra és az anyára.

Phenytoin. Az epilepsziás anyák phenytoin szedése révén teratogén hatása jól ismert („foetalis hydan-toin syndroma”). Motoros és mentális retardációt, mikrocefáliát, köröm-hipopláziát, szívhibákat és más súlyos eltéréseket okozhat. Ezért a phenytoin terheségek alatti alkalmazása nem tanácsos.

Lidocain. Terápiás koncentrációban nincs teratogén hatása, de magzati bradikardiát okozhat. Igen magas koncentrációban percek alatt rendeződő alacsony Apgar-értéket okoz. Terhesség alatti kamrai aritmiák kezelésére ajánlott.

Atropin. Elhanyagolható hatása van az uterusra, a placentán átmegy. Az anyának iv. adva 10–15 s múlva a magzatot is tahikardizálja 60–90 percre.

Orális antikoagulánsok. Átmennek a placentán. Növelik az abortusz-készséget (valószínűleg az intrauterin-bevérzések miatt) és növelik az újszülöttek morbiditási és mortalitási rátáját. A kumarin-származékok teratogén hatásúak. Hatásukra többek között nasalis hipoplázia, mikrocefália, chondrodysplasia, brachydactilia, nervus opticus atrophia, mentális retardáció fejlődhet ki. Ezek a bizonyított tények elegendőek ahhoz, hogy a kumarin-származékokat terhesség alatt ne adjuk.

Heparin. Nincs teratogén hatása. Kis molekulásúlya miatt átmegy a placentán. Vajúdás alatt a heparin indukálta vérzésen protaminszulfát adásával könnyen úrrá lehetünk. Az orális antikoagulánsok által okozott problémák elkerülésére a heparin subcutan adása jó lehetne. De irodalmi adatok szerint a heparin a terhesek $\frac{1}{3}$ -ában halvaszülést vagy koraszülést okoz. A kumarin-származékokat szedő terheseknél szintén $\frac{1}{3}$ a gyakorisága abnormis újszülöttnak, halvaszülésnek vagy abortusznak. Ezekből következik, hogy a heparin elsődlegessége a kumarinokkal szemben vitatható.

Trombocita-aggregációt gátló szerek. Ezek adása javasolt az antikoaguláns kezelés fent vázolt problémáinak megelőzésére. Az aspirin nem teratogén. De aspirint szedő terheseken is valamivel gyakrabban fordul elő anyai vérzés, halvaszülés, újszülött-elhalálozás és kis súlyú újszülött. Kimutatták, hogy az újszülöttek trombocitái sokkal érzékenyebbek

az aspirinre, mint a felnőtteké, ami különösen traumás szülések-nél nyerhet jelentőséget. A szerzők műbillentyűs betegeiket trombo-cita-aggregációt gátló szerekkel kezelik. Az antikoagulálás terhes-ség alatti mellőzésének másik lehetősége, hogy a fiatal, szülni aká-ró, billentyűbeteg nőknek a kevés-bé trombogén hatású biológiai bil-lentyűket ültessék be.

Methyl-dopa. Átmegy a placen-tán. Az anyai és magzati szérumban azonos koncentrációban van jelen, de nem okoz kongenitális defektus és a vérnyomást jól csökkenti. Alkalmazása ajánlott.

Tiazidok. Átmennek a placen-tán, de nincs teratogén hatásuk. Kimutatták, hogy hiponatriémiát, hipokalémiát és következményes magzati aritmiákat okozhatnak. A diuretikus kezelés a volumen-depléció útján is károsíthatja a mag-zat növekedését. Bár ezek a mel-lékhatások ritkák, de egyes szer-zők mégis azt javasolják, hogy a diuretikumokat csak szívelégtelenségben alkalmazzuk.

Praeclampsziás hipertónia. Hyd-ralazin, reserpin és diazoxid adha-tó. A diazoxid 5% gyakoriságban a myomerium kontrakcióinak ere-jét csökkenti a vajúdás alatt, de ez oxycinnal igen hamar rendez-hető. A nitroprussid metabolitjai a magzatot károsíthatják, ezért al-kalmazása nem ajánlott.

Márk László dr.

Gyógyszerkészítmények bőrön át történő alkalmazása. Sewing, K. Fr.: Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 603.

A gyógyszerkészítmények szájon át történő alkalmazása régóta és ma is a legkedveltebb formája a gyógyszeres szervezethez juttatásá-nak, mivel elsősorban a szájjüreg az a természetes út, melyen át az emberi test táplálása is történik. Gyakran előfordul viszont, hogy a szájon át szedhető gyógyszerké-szítmények az orális alkalmazás formájában kimutathatóan rossz terápiás effektust eredményez-nek.

Nem csoda tehát, ha a fárado-zások arra irányultak, hogy az egyes gyógyszerfajták parenterális, intravénás, intramuscularis és subcutan alkalmazása equivalens legyen az orális alkalmazással.

A Brit. Med. J.-ben megjelent (1981, 283, 875.) Transdermalis gyógyszeralkalmazás c. cikk szer-zői szerint az emberi bőr egyál-talán nem olyan áthatolhatatlan, mint azt általánosságban feltétele-zik, s erre példákat sorolnak fel, mint a hexachlorcyclo-hexan, a bismuth-tartalmú krémek, a sali-cyl-sav, a phenylephrin. Ismerte-tik továbbá ugyanezen szerzők terápiás kísérleteiket a glyceryl-trinitrát, az etofenamát, östradiol és a scopolamin transdermalis al-kalmazásával.

Külön részletezik a scopolamin transdermalis hatásosságára vo-natkozó vizsgálataikat, melyek szerint egy 2,5 cm² felületű és 1,8 cm átmérőjű kis tapaszt ragasztá-nak a fül mögé, mely mint mikro-porosus membrán hat, s a 0,5 mg scopolamin reservoir 3 napon át lassan, de teljesen felszívódik.

Ezzel a módszerrel tengeri be-tegsége fogékony egyének egy csoportjánál az enyhébb megbete-gedések 75%-ra csökkentek. Össze-hasonlítva az eddig ismert, illető-leg alkalmazott terápiás sziszté-mákkal, a szerzők szerint kétségre vonható, hogy a gyógyszerek trans-dermalis applikációja kimutatható előnyökkel járna.

Még be nem látható ideig kész gyógyszerkészítményeket kell ren-delnünk, melyeket a betegek ma-guk nyelnek le, és csak igen elha-tárolt körülmények között ragasz-tunk a betegek füle mögé gyógy-szert tartalmazó tapaszokat.

Herpay Zsombor dr.

Antihypertensív kezelés béta-blokkolókkal 65 éven felüli élet-korban. Wirkstand, J., Berglund, G. (Outpatient Hypertension Clin-ic, Department of Medicine I., Sahlgrenska Hospital, University of Göteborg, Sweden): Brit. med. J. 1982, 285, 850.

Az idősebb korban gyakori szív-elégtelenség miatt a béta-blokkolók adásának jogosultságát többen kétségre vonják ebben a korcso-portban.

A szerzők 301 65 éven felüli hy-pertoniás járóbetegben szerzett ta-paszalataikról számolnak be. A 65—74 év közötti korcsoportban a betegek háromnegyed része, a 75 év felettieknek fele kapott béta-blokkoló gyógyszert. Az összes be-teg 14%-a kapott csupán béta-blokkolót, 17%-a csak diuretikumot, 64%-a pedig kombinált keze-lést. A béta-blokkoló kezelést a betegek általában jól tűrték, csu-pán 9,7%-ban kellett a kezelést megszakítani, közülük csak egy esetben szívelégtelenség miatt. A legtöbb mellékhatás az adag csök-kentésével, vagy a non-selectiv gyógyszerekről selectiv béta₁-blokkoló adására való áttéréssel meg-szüntethető volt. A szívelégtelen-ségben szenvedők 70%-a kapott béta-blokkolót diuretikumokkal és digitalisszal kombináltan. A szív-elégtelenség oka az esetek többsé-gében nem a kontrakciós gyenge-ség, hanem a rossz telődés volt. 120/min frekvencia esetén idős korban a telődés kritikusan csök-ken. Ha a frekvencia 100/min-ről 70/min-ra csökken, a telődési idő duplájára emelkedik anélkül, hogy az ejekciós idő változna. A béta-blokkolóknak a szív telődésére ki-fejlett pozitív hatása főleg idő-sebb, merev, hypertensív szívre hat kedvezően, emellett csökken-

tik a koszorúerek megbetegedésé-nek lehetőségét, ami leggyakoribb szövődménye a hypertoniának.

Völgyi Zoltán dr.

Idült pitvarfibrilláció és pitvar-lebegés gyógyszeres konverziója disopyramiddal, ill. verapamil-chinidin kombinációs készítmény-nel. Beck, O. A., R. Günther, H. Hochrein (III. Med. Klinik, R. Virchow Krankenhaus, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1419.

A disopyramid (Rythmodul, 1 tbl. 200 mg) hatásosnak bizonyult a tachycard kamrai és pitvari rit-muszavarok kezelésében. Hatás-mechanizmusa a chinidinéhez ha-sonló, ezért chinidin helyett is használható, de nagyobb számú összehasonlító vizsgálatot még nem végeztek. Dolgozatukban a szerzők összehasonlították a disopyramid (Rythmodul) és egy, már régóta használt chinidin-verapamil kom-binációs szer (Cordichin: tablettánként 80 mg verapamil és 160 mg chinidin) hatását. Ötven bete-get kezeltek, átlagéletkoruk 65,4±12 év volt. Kizáró okok: paroxysma-lis pitvarfibrilláció v. lebegés; 36 hónapnál régebben fennálló rit-muszavar; cardialis decompensa-tio; sinuscsomó-betegség. A rit-muszavar leggyakoribb oka ISZB volt. Két, 25 betegből álló csoportot képeztek. Az egyik csoportnak disopyramidot adtak emelkedő adagban (napi 400 mg—max. 1200 mg) 4 napig. Ha a sinus-ritmus nem állt helyre, 24 óras szünet után Cordichint adagoltak (napi 2 tbl.—max. 3×2 tbl.) szintén 4 na-pig. A másik csoportban a keze-lést Cordichinnel kezdték és sz. sz. disopyramiddal folytatták. Ere-dményeik: az első csoportban 25-ből 16 beteg, a másodikban 25-ből szintén 16-on sikerült a sinus-rit-must helyreállítani, a két csoport-ban 50-ből 32 beteg (64%). Csak Cordichinnel 38-ból 19 (50%); csak disopyramiddal 35-ből 13 (37%) esetben tért vissza a sinus-ritmus. Mellékhatások: disopyramid alkal-mazásakor anticholinergiás tünetek (szájszárazság), az EKG-n QT, QRS idő megnyúlása; a Cordichin-nél a verapamil sinus és AV-cso-mó gátló hatása következtében el-sőfokú AV-block, QRS-kiszélele-sés, ill. a chinidin jól ismert QT/U idő meghosszabbodása. Ezért a Cordichin-csoportban 3×1 tbl.-nál nagyobb adag esetén folyamatos EKG-ellenőrzés szükséges.

[Ref.: Az eredmények lényegé-ben megegyeznek az egyéb anti-aritmikumokkal (chinidin, chini-din-propranolol-propaphenon-lido-flazin) elértekkel.] Zulik Róbert dr.

Az inotrop hatás megtartása di-goxin huzamos adása után. B. E. Griffiths és mtsai: Brit. Med. J. 1982, 284, 1819.

11 betegen vizsgálták a kérdést, echocardiographiával (M-mode), 10 vagy több hónapon át digoxint adva. A vizsgált egyének sinus-rhythmusban voltak szívelégtelenség nélkül. Mérték a bal kamrai méreteket, a belső üregek nagyságát, az EKG-t az end-syctole-ban. Mérték a fractionált megrövidülési indexet és a körkörös rost megrövidülési gyorsaságát. Nem véres úton regisztrálták a carotis pulzust és a szívhangokat. Az inotropia csökkent a digoxin abahagyásakor (csökkenő rostösszehúzódási sebesség; növekvő balkamrai térfogat).

A szerző arra a conclusióra jut, hogy megtartott sinus-rhythmus esetén, glikozid adás alatt nő az inotropia. Erre utal az is, hogy az inotropiát jelző paraméterek csökkennek a digoxin chronikus adása után. A dolog lényege tehát a digoxin illetően viselkedése normális rhythmus esetén.

Szentiványi Mátyás dr.

Trankvillánsok megvonása utáni absztinenciális tünetek: létezik egy közös neurokémiai mechanizmus? P. J. Cowen, D. J. Nutt: Lancet, 1982, II, 360.

A szerzők az anxiolitikumok — benzodiazepinek, barbiturátok, meprobamat és az etanol — megvonásakor észlelt tünetegyüttesek kialakulásának közös patomechanizmusára utaló adatokat foglalják össze. A súlyos megvonásos szindrómához sorolják a delíriumot és az epilepsziás görcsöket, az enyhébb tünetek a szorongás, diszfória és a perceptív zavarok.

Az irodalmi adatokat összefoglalva a szerzők szerint az összes anxiolitikum facilitálja a gamma-aminovajsav (GABA) transzmissziót a központi idegrendszerben. A GABA aktivitás növekedése csökkenti az acetilkolin, dopamin, és 5-hidroxitriptamin (5-HT) forgalmat. Felmerül annak lehetősége is, hogy a benzodiazepinek szorongást csökkentő hatása éppen a megnövekedett GABA aktivitás következtében másodlagosan csökkent 5-HT forgalom eredménye. Az anxiolitikumok krónikus alkalmazása adaptív változásokat hoz létre a GABA rendszerben, melyek lényege gyógyszerfajtonként változóan a receptorhoz való csökkent kötődés vagy a receptorok csökkent érzékenysége, az etanol esetében pedig mindkettő. A gyógyszerek hirtelen megvonása érhetően a GABA transzmisszió akut csökkenéséhez vezet, melynek következtében epilepsziás manifesztációk lépnek fel, hiszen az ismert, hogy a csökkent GABA funkció az epilepsziás mechanizmus fokozódásához vezethet. A delirans tudatzavarral kapcsolatban a következőket vetik fel a szerzők: az anxiolitikumok általában elnyomják a REM alvást, a megvonáskor talán fokozott REM alvást

jön létre, a beteg ezen stádium és az ébrenlét között alterál, non-REM periódus nélkül, ennek eredménye lenne a dezorientáció és a hallucinációk. A REM alvásban a GABA által modulált kolinerger rendszer játszana szerepet, és a másodlagosan aktiválódott kolinerger szisztéma hozná létre a tünetcsoportot. A megvonásakor észlelt pszichotikus állapotokat a szerzők a csökkent GABA aktivitás következtében létrejövő dopamin aktivitás fokozódással magyarázzák.

A szerzők 3 következtetést vonnak le: 1. Minden olyan szer, mely a GABA aktivitást növeli, megvonásos epilepsziás görcsöket okozhat. 2. Az anxiolitikumok megvonásakor észlelt tünetegyüttesek kezelésében a GABA receptor agonistáknak szerepük lehet. 3. Amennyiben az anxiolitikumok szorongást oldó hatása a másodlagosan csökkent 5-HT transzmisszióhoz kötött, primeren 5-HT antagonistáknak anxiolitikumokat kell kifejleszteni, feltételezhető ugyanis, hogy ezek megvonásakor nem kellene számolnunk epilepsziás görcsök és delírium kifejlődésével.

Perényi András dr.

Ambuláns vérnyomás alakulása találmokra kiválasztott kettős vak módszerrel, naponta egyszer alkalmazott atenolol, metoprolol, pindolol és lassan felszabaduló propranolol kezelés alatt. Floras, J. S. és mtsai: Brit. Med. J., 1982, 285, 1387.

Az utóbbi időben a hypertoniás betegeknek támogatják a napi egyszer alkalmazott antihypertensív kezelést. A szerzők 24 órán keresztül folyamatosan regisztrálták a normális napi tevékenységüket végző vizsgálati személyek vérnyomását a béta-blockolók hatásának kiterjedése és időbeli lefolyása felmérésének céljából. 34 tünetmentes, frissen diagnosztizált, korábban nem kezelt személyt vizsgáltak. A tanulmányt két szakaszban végezték. Kezdetkor — kezelés előtt — a pácienseknél megfelelő, folyamatosan regisztráló, intra-arteriális vérnyommérő és pulzus intervallumot mérő eszközzel 24 órás felvételt készült, mialatt normális napi tevékenységüket folytatták. Ezután a vizsgálati személyeket véletlenszerűen a négy csoport egyikébe sorolták, majd kettős vak módszerrel, naponta 1× adva alkalmazták a négy béta-blockoló egyikét. Ez a kezelési periódus 3—8 hónapig tartott, havonta végeztek klinikai vérnyommérés alapján változtatták szükség szerint egy meghatározott maximális szintig a béta-blockolók dózisát, míg elérték a kívánt hatást. Ezután ismét 24 órás folyamatos intra-arteriális vérnyommérés történt, mely 4 órával a napi dózis bevétele után kezdődött. A kezelés előtti és utáni 24 órás felvételt analizálták, statisztikai módszerekkel feldolgozták. Az arteriális közép-

nyomás-értéket és pulzus intervallum-értékeket az utolsó bevett dózistól eltelt idő függvényében ábrázolták és ennek alapján vontak le következtetéseket az egyes béta-blockolók hatásának kiterjedéséről és időbeli lefolyásáról.

A 24 órás mérési periódus végén mind a négy csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt az arteriális középnyomás, mint kezelés előtt, azonban az egyes béta-blockolók hatásának időbeli lefolyása különböző volt. Azt találták, hogy az atenolol szignifikánsan csökkent 24 órán keresztül az arteriális középnyomást, metoprolol 12 órán át, pindolol 15 órán át és lassan felszabaduló propranolol 22 órán át. Sem a metoprolol, sem a pindolol nem csökkentette a vérnyomást alvás alatt. A bradycardizáló és vérnyomáscsökkentő hatás nem szükség-szerűen fut párhuzamosan. Pindolol, az alkalmazott béta-blockolók közül az egyetlen, melynek intrinsic sympathomimetikus aktivitása van, növelte a szívfrekvenciát és nem csökkentette a vérnyomást alvás alatt. Ezt az alvási periódusban normálisan alacsony sympathicus tónussal, illetve érvényre jutó partialis agonista hatással magyarázták.

Végeredményben úgy találták, hogy az etanolol (szelektív béta₁ receptor blockoló) és a lassan felszabaduló propranolol hatásos vérnyomáscsökkentő napjában egyszer adva, míg a metoprololt és pindololt szükséges lehet naponta többször alkalmazni.

Kálmán Péter dr.
Eperjessy Katalin dr.

Két hypnotikus hatású szer hatása a másnap reggeli autózvezetési képességre. Betts, T. A. — J. Birtle: Brit. Med. Jour. 1982, 285, 852.

Az altató hatású szerek, így a benzodiazepin készítmények is befolyásolják a másnap reggeli autózvezetési képességet. A szerzők a rövid felezési idejű *temazepam* és a hosszabb felezési idejű *flurazepam* ilyen irányú hatását vizsgálták hivatalos női vezetőknél, kettős vak kísérletben. Az azonos mennyiségű (20 mg, ill. 15 mg) bevétele után pontosan 12 órával előbb pszichológiai, majd gyakorlati vezetési próbákat végeztettek el. A levonható következtetés szerint egyetlen (!) tabletta is rontja a teljesítményt, flurazepam után különösen sok hibát követtek el a vezetők a vezetési gyakorlat során. A dózis, a gyógyszer minősége, a felezési idő és az individuális érzékenység természetesen befolyásoló tényezők. A közlemény nem terjed ki olyan kérdésekre, hogy mikor múlik el teljesen az egyes szerek hatása, hogy a másnaposság és a dózisanagyság egyenes arányban áll-e egymással, hogy van-e adaptálódás az altatószerekhez. Mindenesetre a gyakorló orvos az első rendelés alkalmával

fel kell hívja a beteg figyelmét arra a körülményre, hogy egyetlen tab-
letta is hatással van a reggeli
teljesítményre. Tranquillisedatív
kollektív abusus hatásán levő mo-
torizált társadalmunkban e körü-
lmény ismerete orvosnak, betegnek
és társadalomnak egyaránt fontos.

Fenyvesi Tamás dr.

Genetika

Campomeliás diszplázia. Noyal, P. és mtsai (Service de Radiologie, Centre Hospitalier Général, Matry, 77305 Fontainebleau): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 621.

A kórképet 1970-ben Maroteaux „campomeliás szindrómá”-nak nevezte el, amely ismeretlen patogene-
ziséű konstitucionális csontbe-
tegség, és az osteochondrodysplasia-
k közé tartozik. A szindróma jel-
lemzői: már a születéskor felismer-
hető alacsony termet, a hosszú-
csontok görbessége, lapos arc, széles
mellkas. Már születéskor észlel-
hető légzési zavarok, ami a halál
leggyakoribb oka. Az irodalomban
csak egy, 6 évet megért gyermek-
ről tudnak.

A szerzők betege egy 4 éves kis-
leány, akinek a sorsát születése óta
sikerült követniük; erről számolnak
be részletesen, meggyőző csontfel-
vételekkel, 1 éves és 4 éves korban
készült fényképekkel mutatva be
a kórkép jellegzetességeit. Jól ki-
vehető a kifejezett törpeség (4 éves-
en 74 cm hosszú — 7 SD). A diag-
nózist már a születés után felállí-
tották, a nanizmus, az alsó végtagok
görbe volta, a deformált arc, légzési
nehézségek alapján. A viszonylag
hosszú megfigyelés alatt észrevet-
ték, hogy bizonyos tipikus jelleg-
zetességek — így az alsó végtagok
görbessége — megszűntek; ezzel
szemben más anomáliák jelentkez-
tek: pszichomotoros retardáció, ke-
vert súlyos sükettség, a csontkor-
retardációja, osteopenia, luxációk,
generalizált hipotónia, a csigolyák
és az arccsontok hipopláziája.

Az irodalom — bár ez a szám-
biztosan nem teljes — 46 hasonló
esetről tesz említést. Ezek közül
20-ban semmilyen exogén ok nem
volt fellelhető, így újabban azt
hangoztatják, hogy a kórkép gene-
tikusan determinált. Másokhoz ha-
sonlóan, a szerzők sem tudták
megerősíteni az alkáli-foszfátázé
hiányának szerepét a recesszív
öröklődő csontosodási zavarban. A
közölt esetekben a női nem domi-
nált (2/3 rész leány, 1/3 fiú); lehet,
hogy ez csak látszólagos. — A po-
limalformáció jelleg több gén ká-
rosodása mellett szól. A familiáris
előfordulás, és az a tény, hogy egyes
női aspektusú betegeknél XY ka-
ryotípust találtak, arra utal, hogy
a betegség genetikai eredetű, de
csak akkor mutatkozik meg, ha a
kóros gének száma egy küszöbérté-
ket meghalad.

Kövér Béla dr.

**Az X kromoszóma fragilitásához
kötött encephalopathia.** Mattei, J.
F. (Centre de Génétique Médicale,
Hôpital d'Enfants de la Timone,
13385 Marseille Cedex 5): Arch. Fr.
Pédiatr. 1932, 39, 633.

A mentális retardáció (m. r.) az
utóbbi években tapasztalt haladás
ellenére is komoly probléma ma-
radt. Az 1930-as évek vége felé me-
rült fel az a gondolat, hogy a m. r.
egy része az X kromoszómahoz kö-
tött. Ezt később számos vizsgálat
megerősítette, hangsúlyozva a he-
terogenitást. Ezt különösen McKu-
sick vizsgálatai hűzték alá.

Bár az említett idő óta számos
közlemény foglalkozott a kérdéssel,
csak 1976 óta került előtérbe az X
kromoszóma „törékeny hely” prob-
lémája; ekkor merült fel annak a
lehetősége, hogy az encephalopa-
thia, macroorchidia és az X kromo-
szóma törékeny szakasza (fra Xq
28) klinikai-genetikai egységet ké-
pez.

A klinikai képről a vélemények
eltérőek. A szerző gyermekgyó-
gyász milióben szerezte tapasztat-
latait; a vizsgált gyermekek puber-
tás előtti korúak voltak, sajátságos
arccal, és m. r.-ban szenvedtek. A
macroorchidia lényeges eleme a
szindrómának, bár már születéskor
is előfordulhat, általában a puber-
tás után jelenik meg. A faciális diz-
morfia nagyon változó: megnyúlt
arc, magas homlok, az arc középső
része hipopláziás, enyhe prognathia,
nagy száj, vastag ajkak, götiku-
sok szájpád, igen nagy fülek, szá-
bálytalan ívekkel. A m. r. nagyon
változó, legtöbbször csak közepes.
Első jele a beszéd késői megjele-
nése. Hiperaktivitás, instabilitás,
szorongás, hipotónia is társulhat a
m. r.-hoz.

Genetikailag a bántalom nagyon
sajátságos. Az öröklési mód recesz-
szív, az X kromoszómahoz kötött:
a kromoszóma a q27 és q28 sáv
szintjén fragilitást, törést mutat.
Ezt az anomáliát — a kromoszó-
mák tanulmányozásának nehézsé-
gei miatt — csak 1980 óta ismerjük,
amikor Sutherland a fragilitás
tanulmányozására folsav-szegény
táptalajt vezetett be. Azóta a tech-
nikát többen módosították. A kon-
duktorok számának kimutatása
így is nehéz. 30 éves kor után a tö-
rések száma csökken. Többen me-
gerősítették, hogy nem jelentéktelen
a heterozigóta leányok száma, akik-
nél nem is az arc dizmorfia áll
előtérben, hanem az — esetleg csak
az iskolában felismert — debilítás.
A leányoknál észlelt klinikai mani-
fesztáció megnehezíti a genetikai
tanácsadást, mert egyesek szerint
m. r.-ben szenvedő anyák 35% va-
lószerűséggel mentálisan retardált
gyermeket szülnek. Vannak adatok,
miserint látszólag teljesen egész-
séges férfiak is átvetik az ártal-
mat. A prenatális diagnosztika még
nem megoldott, bár ma már a fib-
roblasztokban, sőt az amnionsej-
tekben is ki tudják mutatni a kro-

moszóma anomáliát, de ezek meg-
bízhatósága kétséges.

A szindróma kialakulását ille-
tően három hipotézis van: 1. disz-
tális géntranszkripciósi hiba; 2. a
folátok primér anyagcseréjének
zavara felelős a kromoszóma fragi-
litásának helyéért; 3. a gén-mutá-
ció felelős a szindrómáért és a fra-
gilitás helyéért. Egységes álláspont
nincs.

Az X kromoszómához kötött m. r.
nagy gyakorisága igen komoly fel-
adat elé állítja a prevenciót. Egy
felmérés szerint az X kromoszóma-
hoz kötött, mentálisan károsodott
fiúk száma 1,83‰, a konduktor leá-
nyoké 2,44‰. Egy újabb számítás
szerint a gyakoriság a fiúknál kb.
0,9‰, eszerint is a 21-es trisomia
után a leggyakoribb oka a m. r.-
nak. Miután a bántalomnak még
számos ismeretlen oldala van, nél-
külözhetetlen a fragilis hely gy-
akoróságának a jobb megismerése
az általános népességben, a mutá-
ciók mértékének, a klinikai mani-
fesztációk és a fragilitás helye kö-
zötti kapcsolat pontosabb feltárása.

Kövér Béla dr.

**Domináns átöröklődésű Robi-
now-szindróma.** Vallée, L. és
mtsai (Clinique pédiatrique, Hôpital
Régional F-59037 Lille): Arch.
Fr. Pédiatr. 1982, 39, 447.

Robinow és mtsai 1960-ban egy új
szindrómáról számoltak be, amely-
re végtagfejlődési rendellenesség-
gel járó mesomeliás nanizmus a
jellemző. Azóta mintegy 20 esetet
írt le az irodalom. A bántalom
mindkét nemet érinti. A nanizmus
mellett jellemző rá az ún. főtális
arc, rövid alkar, genitális hipoplá-
zia és csigolyarendellenességek.
Már az eredeti megfigyelések is
autoszóm, domináns öröklődés mel-
lett szóltak.

A szerzők egy újszülöttről számol-
nak be, aki normális terhességből,
időre született; idősebb testvére
teljesen egészséges, mint ahogy az
apa is normális volt. A szülők kö-
zött vérokonság nem állott fenn.
Az anyánál ún. facies foetalist ta-
láltak, mérsékelt alacsonyabb
termet és rövid felső végtagok mel-
lett, amihézt még rgt-en kimutatott
brachymetacarpia, brachymetatar-
sia, a radius-fejecsek kétoldali luxa-
tíója, rövidebb alkarok és csigolya-
rendellenességek csatlakoztak.

Az újszülöttön észlelt fejlődési
rendellenességek: kis testhossz, na-
gyobb koponyakörfogat, ami az ún.
főtális arcot (kiugró homlokcsont,
horizontális szemrések, hipertelo-
rizmus, széles, lapos orrgyök, pisze,
középen bemélyedt orrcsúcs, rövid
filtrum, deformált fülek, az alsó
ajak horizontális, míg a belső be-
felé „V” alakot mutat, hipotrófiás
gingiva, retrogenia) még szembe-
ötlőbbé teszi, mikropénia hipospa-
diázissal, mindkét oldalán a karok
nemcsak az alkar, de a felkar is —
rövidek. Rtg-en radio-cubitális sup.

diastasis, kétoldali I-es bradymetacarpia, a csigolyák normálisak. A karyotypus (fiúgyermek) normálisnak bizonyult, mint ahogy a hasi echotomográfia sem mutatott eltérést a vesék részéről sem.

A szerzők a megbeszélésben kiemelik, hogy — másoktól eltérően — betegüknél csigolya-anomáliát nem találtak, de elsőként észlelték kétoldali rövid felkart. Úgy vélik, hogy Robinow és mtsai után megfigyelésük a második, amely lehetővé tette a domináns öröklődés megerősítését, míg mások a kórkép átörökítését autoszóm, recesszívnek tartják. Az esetek többsége izoláltan jelentkezik és a domináns mutáció lehetőségét veti fel.

Kövér Béla dr.

Lymphohistiocytosis familiaris. Labbe, A. és mtsai (Services de Pédiatrie et d'Anatomo-pathologie, Hôtel-Dieu, B. P. 69, F-63003 Clermont-Ferrand): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 613.

A szerzők egy ikerpárról számolnak be, akik zavartalan terhesség után, mindketten hipotrófiásan születtek, 38 terhességi hét után, főtális disztressz miatt császármetszéssel. Mindkettőnél a bakteriológiai, szerológiai vizsgálatok negatívak voltak. Az egyiknél glukózadagolás ellenére is perzisztáló hipoglikémiát észleltek. Már a 4-ik, ill. 7-ik életnapon hepatosplenomegalia lépett fel, regeneratív anémia kíséretében; ennek okát nem sikerült tisztázni. Thrombopenia mindkettőnél kimutatható volt. Az első gyermeknél a tranzaminázék fokozódása mellett a hepatosplenomegalia egyre kifejezettebbé vált; 4 hónapos korában axiális hipotónia, a két alsó végtagon paraparézis lépett fel. Ekkor már a májfunkció — alacsony prothrombin- és fibrinogén-szint is — súlyos zavart mutatott. A liquor, szemfenék, EEG, EMG normális képet adott, 5 hónapos korában interkurrens fertőzésben — lényegében klinikai diagnózis nélkül — meghalt.

A második, hipotrófiásan, 4-es Apgar-értékkel született gyermek is hipoglikémiás volt, remegések is észlelhetők voltak nála, de kezdetben a vérkép és az ionogram normális volt. A 7-ik életnapon lépett fel a splenomegalia, ballatálható nagy has, végtag- és arc-ödéma. Ekkor már súlyos hiponatrémiát, anémiát, thrombocytopeniát, az V., VII. és X. faktor csökkenését találták. Ig normális, Coombs-teszt negatív volt. A 11-ik életnapon súlyos szívelégtelenség lépett fel; megfelelő kezelés ellenére a 13. napon meghalt.

A boncolás az ikerpárnál makroszkóposan kifejezett hepato-splenomegaliát, adenopátiát és kis thymust talált. Szövettanilag a kép megfelelt a lymphohistiocytosisnak.

A két eset tanulsága, hogy bár a lymphohistiocytosis tünetei újszül-

öttkorban jelentkeztek, a diagnózist csak a kórszövettani vizsgálat erősítette meg. Az újszülöttkorban a diagnózist megnehezíti a dizmaturitás, a klinikai tünetek — sápadtság, láz, hepato-splenomegalia, ikterusz, neurológiai tünetek —, de a biológiai eltérések — pancitopénia, hepatikus citolízis, hiponatrémia, hiperlipémia — sem kifejezettek kezdetben. A diagnózist így kizárólag a szövettani vizsgálat erősítheti meg.

A diagnózis jelentőségét a genetikai tanácsadás adja meg. Bár a familiális jelleg ismételt megállapítást nyert, az átöröklés módja vitatott. A végső kimenetel mindig fatális, az immunosuppresszív kezelés ellenére is. 1980-ban reménykeltő próbálkozásról számolt be Ambruso az epododophylotoxin VP 16—213-as készítménnyel.

Kövér Béla dr.

Autoszóm, recesszív bántalom-e a Cohen-szindróma? Ferré, P., Fournet, J. P., Courpotin, C. (Service de Pédiatrie C. H. I. F-93105 Montreuil): Arch. Fr. Pédiatr. 1982, 39, 159.

Cohen és mtsai 1973-ban egy olyan új kórképet írtak le, amelyet mentális retardáltság, sajátosság cranio-faciális dysmorphia, obezitás, hipotónia, a kezek és lábak anomáliái jellemeztek. A kórkép önálló klinikai egységét később mások is megerősítették; utaltak a családi előfordulásra is. A szerzők két esete megerősíti azt a hipotézist, hogy ennél a hereditér bántalomnál egy autoszóm, recesszív öröklési menetről van szó.

A nem vérrokon házasságból, normális terhességből született testvérpáron a Cohen-szindrómára (C.-sz.) jellemző következő tünetek voltak megfigyelhetők: 1. a növekedés visszamaradottsága (kis törzs, obezitás, mikrocefália); 2. a szellemi fejlődés elmaradása; 3. az arc dysmorphiája (antimongoloid, ferde szemrések, maxilla-hipoplázia, rövid filtrum, mikrognátia, gótikus szájpád); 4. szem-anomáliák (strabizmus, myopia); 5. végtagrendellenességek (széles kezek és lábak, hipotónia, cubitus valgum, rövid metatarzusok és metakarpusok). — Az említettekben túl még egyéb rendellenességek is előfordulhatnak (scoliosis, előreugró centrális incizivusok, retina-pigmentáció). Mindezeket szemléltető táblázat foglalja össze.

Az említett tünetek segítségével a C.-sz. jól elkülöníthető az ugyan-csak obezitással és mentális retardációval járó Willy-Prader és a

Laurence—Biedl—Moon-szindrómától.

Kövér Béla dr.

Rendellenes sex chromosomájú gyermekek hosszútávú prognózisa. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1982, 2, 27.

A sex chromosoma rendellenességek általában kevesebb nyilvánvaló rendellenességet okoznak, s diagnózist ifjúkorban, vagy még akkor sem lehet felállítani.

Prae- és posztnatalis diagnózisoknál, sex chromosoma anomáliákra bukkanva, dönteni kell, a szülőknek megmondják-e vagy sem? A genetikus tanácsot ad terheség előtt, mi várható normalitást, illetőleg abnormalitást illetően. Az információ milyenségétől függ, hogy a szülő a terheség megtartása, ill. megszakítása mellett döntene-e. A tanácsadás nagy gondja, hogy nem mindig tudják pontosan mi várható, így olyan információt nem közölnek, mely később tévesnek bizonyulhat.

Ratcliffe és mtsai Klinefelter-szindrómás és egyéb nemi chromosoma-hibásak fejlődésének előrehaladását vizsgálva nem tapasztaltak az átlagosnál több komoly malformációs, degenerációs vagy egyéb fizikális eltérést, csontméretükben voltak kisebb különbségek. Komoly mentális elmaradás nem mutatkozott, az átlagos IQ 96,3 volt a kontroll csoport 104 IQ-jával szemben. A viselkedés és személyiség tesztek jelentős különbséget mutattak, leggyakrabban olvasási nehézséget tapasztaltak. A Turner-szindrómások fejlődése hasonló: nincs mentális retardáció, de nagyobbak az olvasási és tanulási nehézségek.

Tudva, hogy komoly értelmi fogyatékoság vagy fizikális abnormalitás nem valószínű, legtöbbször a terheség megtartását választják.

Az a tény, hogy sok tanulási nehézség orvosolható, erősen alátámasztja azt a nézetet, hogy a szülőknek tudniuk kell a tényekről, valamint a lehetséges korai segítség szükségességéről.

Ratcliffe és mtsai jelentéséből a legvilágosabb megállapítások a hosszútávú vizsgálatokra vonatkoznak, melyeket azért végeznek, hogy nyomon kövessék egy állapot természetes alakulását, nem pedig azért, hogy egy bizonyos dolgot bizonyítsanak.

Az ilyen vizsgálatok költségesek és sok időt vesznek igénybe, és általában nem vezetnek látványos eredményre. A múltban kritizálták különböző szempontból, de nélkülük nagyobb döntésekhez nem lenne megfelelő tudás.

Arató Judit

A Turner-syndroma praenatalis diagnózisa ultrahangvizsgálattal. Hunter, A. G. W. és mtsai (Div. Genet., Children's Hospital, Ottawa, Ont. K1H 8L1, Canada): Canad. Med. Ass. J. 1982, 127, 401.

Egy 22 éves asszony terhességének 15. hetében ultrahangvizsgálattal normális, 29 mm-es biparietális átmérő mellett retrocervicalis terimét és generalizált oedemat észleltek. A 17 és 17½ hetes graviditásban megismételt vizsgálat során sővénnnyel elválasztott, folya-

dékkal kitöltött retrocervicalis cystát, masszív generalizált oedemát, ascitist és polyhydraniót találtak ép koponya mellett. Utóbbi és a septum alapján az encephalo-, vagy meningocele lehetőségét kizárták, és Turner-szindrómát tételeztek fel. Ennek tisztázására amnionsejt-tenyésztésből cytogenetikai vizsgálatot terveztek, de ehhez az asszony nem járult hozzá, és ragaszkodott a terhesség megszakításához. A magzat patológiai vizsgálata az ultrahanggal látottakon kívül patkóvesét mutatott ki; a fibroblasttenyésztésből nézett karyotypus 45,X-nek bizonyult. Esetük és az irodalom hasonló tapasztalatai alapján a szerzők úgy gondolják, hogy a nyak háti oldalán észlelt hygroma és a generalizált hydrops együttes előfordulása Turner-szindrómára utal, és ennek értékelése hozzásegíthet a kórkép korai magzati felismeréséhez.

Méhes Károly dr.

Down-szindrómások reprodukciója. Bovicelli, L. és mtsai (Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università di Bologna): *Obstetrics and Gynecology*, 1982, 59, Suppl. 6, 13.

A szerzők beszámolnak egy 21-triszómiás anyáról, aki teherbe esett és a gesztáció 28. hetében normál kariotípusú éretlen fiú magzatot szült. Az eset érdekességét ritkasága képezi, mivel az irodalomból — e beteget is beleértve — eddig mindössze 26 olyan Down-szindrómás nő ismeretes, aki teherbe esett. Az összesen 30 terhességből (1 iker) 10 Down-szindrómás és 18 egészséges utód származott, három terhesség viszont spontán vetéléssel végződött. Az anyák mindnyájan 21-triszómiások voltak, transzlokációs Down-szindrómás terhességéről eddig még nem tudunk.

Tekintettel arra, hogy a 21-triszómiás nőkben egyenlő arányban keletkeznek euploid (23,X) és aneuploid (24,X+21) gaméták, elméletileg azt várhatnánk, hogy utódaik között is fele-fele arányban lesznek egészségesek és triszómiások. A valóság azonban ettől az egészségesek javára eltér, bár a kis esetszám miatt ebből messze-menő következtetéseket levonni nem lehet. Mindenestre hasonló tendencia figyelhető meg a 47,XXX nők és a 47,XYY férfiak utódai között is. Valószínűleg az euploid gaméták a megtermékenyítés során bizonyos szelekciós előnyt élveznek.

A Down-szindrómás nők alacsony terhességi rátája nem elsősorban anatómiai vagy élettani okokkal, hanem sokkal inkább szellemi fogyatékoságukkal és az ebből eredő izoláltságukkal magyarázható. Az orvostudomány fejlődése és az egészségügyi ellátás színvonala emelkedésének eredményeképpen azonban várhatóan javulni fog a társadalomba való

beilleszkedésük, és az ivarérett kort is mind többen érik meg. A jövőben tehát bizonyára emelkedni fog a triszómiás anyák száma. Ezzel szemben a Down-szindrómás férfiak nemzőképtelenek a nagyfokú hypogonadizmus és a spermatogenezis súlyos zavara miatt.

Gardó Sándor dr.

Az apa életkora és a Down-kór gyakorisága. Pelz, L. és mtsai. (Univ.-Kinderklinik, Rostock, DDR): *Dt. Gesundh.—Wesen* 1982, 37, 2045.

Az 1959 és 1979 között vizsgált 201 Down-kóros betegből 179 esetben tudták a szülői életkort megbízhatóan értékelni. Eredményeik szerint az idősebb apáknak gyakrabban volt Down-kóros gyermeke: a 40. életévtől a kockázat exponenciálisan emelkedik, 55 éves korban az összességhez képest 3,4-szeres relatív rizikóval kell számolni. Bár ez a kockázat még mindig jóval kisebb, mint a magasabb anyai életkor miatt fennálló veszély, a genetikai tanácsadásban az apai életkor figyelembevételét is ajánlják.

Méhes Károly dr.

Genetikai ellátás az Egyesült Államokban. Sepe, S. J. és mtsai (Birth Defects Branch, Centers for Disease Control, Atlanta): *JAMA*, 1982, 248, 1733.

A 70-es évek elején az Egyesült Államokban a genetikai ellátás (tanácsadás, prénatális diagnosztika, újszülött szűrővizsgálatok stb.) még lényegében szervezetenül történt. A terhes tájékozottsága, személyes kapcsolatai, földrajzi közelség és nem utolsósorban az anyagi helyzet határozták meg, hogy kik jutottak el a genetikai vizsgálatokkal foglalkozó centrumokba. Egy 1976-ban megjelent törvény (National Genetic Diseases Act) jóval szélesebb rétegek számára tette elérhetővé a genetikai centrumok szolgáltatásait szervezett formában. Ennek alapján az illetékes egészségügyi hatóságok az 1979 és 80-as években 34 államilag támogatott genetikai programot hoztak létre.

A kétéves periódus alatt ezen programok keretein belül 132 000 személyt részesítettek genetikai tanácsadásban. A megjelentek több mint fele 35 évnél idősebb terhes volt. A páciensek 95%-át orvos irányította a genetikai centrumokba, a fennmaradó 5% saját elhatározásából jelent meg. A genetikai tanácsadásokon megjelentek számát a szülési számmal összevetve megállapítható, hogy a terheseknek csupán 3,5%-a élt ezzel a lehetőséggel. Egyes szerzők szerint a reális arány ennek kétszerese lenne.

Amniocentézist és prénatális kromoszóma analízist 42 000 terhesnél végeztek, ezeknek kétharmadában a magasabb anyai életkor volt a

vizsgálat indikációja. Rendellenes magzatot 436 esetben igazoltak (1%), ezeknek 80%-a triszómia és kiegyensúlyozott transzlokáció volt.

Anyagcsere-betegségek szűrővizsgálatát több mint hárommillió újszülöttnél végezték el. A phenylketonuria (195) és a hypothyreoidizmus (536) szűrését, amely minden újszülöttnél megtörtént, az esetek közel felében galactosaemia (25), jávorfaszörp-betegség (8) és homocystinuria (8) szűréssel is kiegészítették (zárójelben a felderített esetszámok). A sarlósejtes anaemia szűrésével tíz program foglalkozott, közel 9300 haemoglobinopathiát igazoltak. Mintegy 10 ezer személyt vizsgáltak Tay—Sachs-betegség irányában, közülük 402 bizonyult hordozónak. A cystikus fibrosis szűrését (a velőcsőzáródási rendellenességekkel együtt) mint a jövő megvalósítandó feladatát említi a közlemény.

Gardó Sándor dr.

A malignus limfómák citogenetikája. Fonatsch, Ch. (Hannoveri Orvosegyetem Gyermekgyógyászati és Humángenetikai Központ Humángenetikai Osztálya): *Dtsch. med. Wschr.* 1982, 107, 468.

A szerző malignus limfómás betegek 2—72 óránt át tenyésztett nyirokcsomó, lép, csontvelő, perifériás limfocita és exsudatum sejtjeinek a kromoszómaeltéréseit vizsgálta fluoreszcens vagy Giemsa sávtechnikával. Az észlelt kromoszómaeltéréseket három csoportba sorolta: 1. számbeli (numerikus) eltérések, 2. szerkezeti (struktur) anomáliák, 3. egyes kromoszóma régiók túl gyakori előfordulása az újraelrendeződés („rearrangement”) során.

A numerikus anomáliák közül a leggyakrabban a számfelületi 3-as, 7-es vagy 12-es kromoszóma fordul elő. Hodgkin-kórban sokszor poliploid kromoszómakészlet található.

A struktur anomáliák közül leglényegesebb az ún. 14q+ marker. Ez úgy jön létre, hogy a 14-es kromoszóma hosszú (q) karja a 8-as (néha az 1-es vagy 11-es) kromoszóma hosszú karja egy darabjának a transzlokációja révén meghosszabbodik. A 14q+ marker az összes limfóma 64%-ában fordul elő, elsősorban a Burkitt-limfómában.

A „testvérkromatid-csere” („sister chromatid exchange”, SCE) a limfocitaoszlás metafázisában az oszló kromoszóma-felek különleges festésével mutatható ki. Normális szomatikus sejtek oszlása esetén 10 körülül az ilyen cserék száma. Malignus limfómáknál ez a szám a károsodott kromoszóma stabilitás jeleként lényegesen nagyobb.

A citogenetikai vizsgálatok tehát a hiperdiploid kariotípus, a különböző struktur anomáliák és különösen a 14q+ marker kimutatása révén a malignus limfómák diag-

nosztikájában, osztályozásában, stádiumba sorolásában és prognosztikai megítélésében egyaránt fontos szerepet tölthetnek be.

Láng István dr

Komplett triploidia (69,XXX) héthónapos túléléssel. Schröcksnadel, H. és mtsai (Institut für Medizinische Biologie der Universität Innsbruck): Wien, klin. Wschr. 1982, 94, 309.

Az emberi fogamzások 1–2%-a a haploid kromoszómaszám háromszorosát tartalmazó zygótákat eredményez. A triploid magzatok azonban ritkán élnek túl a 24 hetes terhességi kort, többségük már az első trimeszterben spontán vetélés áldozata lesz. Az élveszületett triploid magzatok száma elenyészően kevés, az irodalomban eddig mintegy 30 ilyen esetet közöltek. Ezek többségének a túlélése sem haladta meg azonban a néhány órát esetleg napot.

A szerzők beszámolnak egy leány csecsemőről, aki negatív családi és gestatiós anamnézis után a 38. terhességi héten szövődmenyentes szülés útján jött a világra 3020 g súllyal. Az újszülöttnél multiplex fejlődési rendellenességet észleltek (hemihypertrophia, dysmorphiás arc, syn- és polydactylia), ezért kromoszóma vizsgálatot végeztek. A lymphocyta kultúrák vizsgálata 69,XXX kariotípust igazolt, hasonló eredménnyel járt a későbbiekben különböző szövetekből származó fibroblast kultúrák analízise. A csecsemőn öt és fél hónapos korában a születésnél észleltek mellett az alábbi rendellenességeket figyelték meg: súlyos dystrophia, antimongoloid szemrés, hypertelorismus, epicanthus, exophthalmus, macroglossia, rövid nyak, harang alakú mellkas, súlyos diffúz agyi atrophia, fokális görcsrohamok, clinoid és camptodactylia. A halál héthónapos korában pneumonia miatt következett be.

Az eset érdekességét a héthónapos túlélés képezi, melyhez hasonló eddig nem közöltek az irodalomban.

Gardó Sándor dr

Számfeletti kromoszóma előfordulása 6 esetben. Yip, M.-Y., és mtsai (Regional Cytogenetics Laboratory East Birmingham Hospital Birmingham B9 55T, England): Clin. Genet. 1982, 21, 397.

A szerzők 6 személyben a kis számfeletti kromoszómák eredetét próbálják nyomon követni az új sávtechnikákkal. Összefüggést keresnek a marker jelenléte és az esetekben előfordult klinikai tünetek között. Megállapítják, hogy extra kromoszóma gyakrabban fordul elő mentális retardált populációban, nemzőképtelen férfiaknál és Down-szindrómás esetekben. A szerzők fontosnak tartják a szám-

feletti kromoszómák és a klinikai tünetek pontos meghatározását és dokumentálását.

Bajnóczky Katalin dr.

A chromosoma-rendellenességek részeseése az emberi morbiditásban és mortalitásban. Hook, E. B. (Birth Defects Institute, New York State Dept. of Health, Albany, NY 12201, USA): Cytogenet. Cell Genet. 1982, 33, 101.

Világirodalmi statisztikák alapján a mortalitás különféle formáiban az alábbi gyakorisággal mutatnak ki chromosoma-rendellenességeket: vetélés és magzati halálozás (5–28. gest. hét) 33%, halvaszületés (28. gest. hét után) 5–10%, újszülötthalálozás 5–6%, késői csecsemőhalálozás 7%. Az összes élveszületettek 0,25–0,30%-ában lehet durva, sávfestés nélkül is felismerhető abnormitást találni, ebből 0,1% a Down-kór részeseése. A súlyos fejlődési hibával született csecsemők 4–8%-ában, ezen belül a szívhibások 10%-ában van chromosoma-rendellenesség. Az értelmi fogyatékosokról közölt adatok nagy szórását az okozza, hogy a fragilis-X szindrómát egyesek figyelembe vették, mások nem. Az összesített átlagok szerint az 50 alatti intelligencia hányadosú esetek 20–35%-áért, az 50–69 I. Q.-júak 5–15%-áért chromosoma-hiba a felelős. Az utóbbi csoportban a fragilis-X gyakorisága 5–10% között lehet. A terméketlen férfiak 2,1–3,5%-a chromosoma-hibás, ennek felében XXY a gonosoma összetétel. A többszörös vetélések hátterében 1,0 és 13,4% között találtak hibás karyotípust, a nagy szórását a szelektálás különbözőségei okozzák. Vitatott még a hosszú Y szerepe a magzati halálozásban. Férfi pseudohermaphroditizmusban a cytogenetikai rendellenességek aránya 25% alatt van, primer amenorrhoeában 25%-ban lehet számítani 45,X karyotípusra, vagy ennek valamilyen variánsára. Érdekes és fontos kérdés a daganatok és a chromosoma-rendellenességek kapcsolata, de ennek populáció-cytogenetikai becsléséhez a modern sávtechnikákkal vizsgált esetek száma még nem elegendő.

Méhes Károly dr.

Fragilis X-chromosoma és X-hez kötött mentális retardatio előfordulása súlyosan értelmi fogyatékos fiúk között egy észak-svéd megyében. Prevalentia tanulmány. H. K. Son Blomquist és mtsai: Clin. Genet. 1982, 21, 209.

96 értelmi fogyatékos fiút (IQ 50) vizsgáltak, akik 1959–1970 között születtek egy észak-svéd megyében. A 96 fiúból 40 volt olyan, akiben a retardatio oka nem volt tisztázott. 11-et közülük nem tudták vizsgálni. A megvizsgált 29

esetből 6-ban találtak törékeny X-chromosomát (Fra X_{q28}). Ez a 96 értelmi fogyatékos fiú 6%-a.

Megállapítják, hogy a Down-kór után, valószínűleg a fragilis X-chromosoma szindróma a súlyos értelmi fogyatékoság leggyakoribb oka fiúkban.

Meggyessy Veronika dr.

Reumatológia

Egy új entitás: a synovialis szalagok vagy redők. C. L. Benhamou, J. M. Harrewyn: Nouv. Presse Med. 1982, 11, 1601.

Az átlagos populációban a térd-izületekben 3 féle synovialis szalag vagy redő fordul elő nagy gyakorisággal: 20–50%. Ezeket az anatómusok már régen leírták, de ez ideig semmiféle patológiai jelentőséget nem tulajdonítottak nekik. Az arthroscopiáé az érdem, hogy a tünetek egy csoportját összekapcsolták ezekkel az anatómiai anomáliákkal. (Az angolszász irodalomban „synovialis shelf” néven említik.)

A redőknek-szalagoknak 3 típusát különböztetik meg lokalizációjuk szerint: 1. suprapatellaris, 2. patella széli (medialis és lateralis), 3. infrapatellaris redők. Ezek külön-külön vagy együttesen is előfordulhatnak ugyanabban a térd-izületben. Lehetnek banálisak és patológiásak. A banálisak finomak, rugalmasak, vékonyak, rózsaszínűek, szövettanilag kevés reaktív gyulladással jellemezhetők. A patológiásak vastagok, merevek, fibrosusak, gyöngyházfényűek, akadályozhatják a térd mozgásait.

Eredet szerint a supra- és infrapatellaris redők embrionális maradványok. Ugyanis a térdizületi üreg a 6. embrionális héten jelenik meg 3 üreggel. Egy vízszintes válaszfal különíti el a nagyobb suprapatellaris üreget az alatta elhelyezkedő 2 üregtől, melyek között egy függőleges válaszfal van. A 4. hónap után a válaszfalak felszívódnak és egy közös izületi üreggé alakulnak át. Ha a válaszfalak felszívódása inkomplett, a suprapatellaris üreg határán vízszintes redők, szalagok, gyűrűk maradhatnak vissza. A függőleges válaszfalból maradhatnak vissza a belső keresztiszalagot kísérő, ártalmatlanak tartott infrapatellaris redők. A patella széli redők eredete más és vitatott. Elfordulhatnak a patella medialis és lateralis szélén függőlegesen.

A tünettan vezető tényezője a térdfájdalom, melyet flexióval provokálni lehet. Néha nyitási és zárási csattanás, pattogás hallható vagy tapintható a térd 60°-os flexiójakor, néha a patella belső szélén ugró köteg is tapintható. A fájdalom rendszerint az izületi rés vonalában a patella mediális oldalára lokalizálódik tapintáskor. A fájdalomért a traumák felelőssége

gyakran felvetődik, szó lehet egyetlen jelentős traumáról, vagy ismétlődő mikrotraumákról, mint amilyenek a sportgyakorlatok folytán léphetnek fel.

A klinikai jelek sokszor félrevezetőek, meniscus laesio vagy femoropatellaris syndroma vagy arthrosis gyanúját keltik. Ezt támogatják azok a betegek, akik néha elakadásos epizódokról számolnak be, mely valójában álelakadás. Időnként hydrarthros is fellép. A standard radiológiai vizsgálatok csak más betegsége kizárását biztosíthatják. A kontrasztos vagy gáz-arthrografiák néha oldalirányból mutatják egy lefűződésel a suprapatellaris redő helyét, ritkán látható axiális irányból a patella széli redő.

Az arthroscopia az az alapvető módszer, mellyel a redők léte bizonyítható, ugyanakkor a direkt láthatóság lehetővé teszi a redő banális jellegének megkülönböztetését a patológiástól, de megfigyelhetők a kísérő intraarticularis elváltozások is: meniscus laesio, porcerosio, idegen test stb.

Az arthroscopos módszer lehetővé teszi a patológiás szalagok, redők vésővel való leválasztását is. A recidívák elkerülésére az egyszerű leválasztás többnyire elégséges. Amikor a redők voltak a tünetekért felelősek, az átvágás után a javulás 48 órán belül látványos. Amikor porc elváltozásokkal társultak, a gyógyulás inkomplett. Az anatómiai anomáliák nagy gyakorisága miatt a tünetekért felelős tényezőt szigorúan kell elbírálni.

Agyagást Dezső dr.

A térd synovialis szalagjai (synovialis redők). Arthroscop alatti kezelések. J. M. Harrewyn és mtsai: *Revue du Rhumatisme* 1982, 49, 3.

A szerzők 59 betegnél 60 arthroscopos vizsgálattal észlelt synovialis szalagokról, redőkről számolnak be. Leírják azok lokalizációját, tárgyalják eredetük kérdését, tünettanát, a térd patológiában játszott szerepüket és felismerésüket lehetővé tevő módszereket.

Az arthroscopia során minden vizsgált esetben találtak suprapatellaris redőt és 7 esetben patella széli szalagot. A suprapatellaris redő teljes, fibrosus válaszfalat képezett 6,6%-ban, a gyűrű alak medialisán volt szélesebb 66,6%-ban, lateralisán 21,6%-ban, körkörös volt 15%-ban. Általában fiatal korúakról volt szó, átlag életkor 34,5 év volt, a 60 esetből 27 férfi, 33 nő volt. A tünetek átlagos fentállásúak tartama 20,9 hónap volt.

A patella széli redők — melyet az angolszászok „synovialis shelf”-nek is neveznek — eléggé változatos vastagságúak voltak, többnyire vastkos köteget alkottak. A 7 észlelt esetből 5 medialisán, 2 lateralisán helyezkedett el függőlegesen

a patella széle mentén. A normál térdben 2 hosszanti synovialis redő közötték van, egyik a patella belső, a másik a külső szélén. Ezek a szárnyszerű — alaris — kettőzetek vastagodnak meg patológiásan. Gyakoriságukat az általános populációban 20%-ra becsülik.

A synovialis redők többsége két-ségtelenül tünetmentes, mivel vékonyak, hajlékonyak, rugalmasak, követni képesek a térd mozgásait. A fibrosusan átalakult, merevvé, nyújthatatlanná vált szalagok akadályozzák a térd mozgásait és a porcokon klinikai tünetekkel kísért mechanikai laesiókat válthatnak ki. Az abnormális, indurált redő megváltoztatja a patella mozgását a femur trochleán a térd minden mozgásakor és elindítani képes egy chondromaláciát.

Minden esetben lokális vagy általános anaesthésiában Storz-féle operációs arthroscopos arthroscopos vizsgálatokat is végeztek a klinikai, a standard radiológiai, gáz vagy kontrasztos arthrografiás vizsgálatok mellett és az arthroscopon keresztül minden talált szalagot, redőt átvágtak. Hangsúlyozzák az arthroscop alapvető szerepét a diagnózis felállításában.

A 60 arthroscopia során 19 esetben (I. csoport) minden kísérő elváltozás nélkül csak fibrosus redőt találtak. 18 betegnél (II. csoport) a fibrosus redők mellett mérsékelt patellaris vagy femoralis körülírt porclaesiókat láttak, ezeket kísérő jeleknek tartották. 23 betegnél (III. csoport) a redők mellett súlyos meniscus laesiókat, synovitiszt, előrehaladt arthrosist észleltek. Ezeknél a redőket minősítették kísérő elemnek.

Utólagosan 2 hó és 2 év között 37 beteget tudtak ellenőrizni. Ezek eredményeiről számolnak be. Minden tünete megszűnt az I-es csoport betegeinek 29,4%-ában: kitűnő eredmények; a betegek 35,3%-a felvette normális tevékenységét intermettáló és mérsékelt tünetei mellett: jó eredmény; a visszamaradt tünetek zavarták a mindennapi tevékenységet 23,5%-ban: mérsékelt eredmények; változatlan panaszok miatt a műtét eredménytelen volt 11,7%-ban. A II-es csoportban kitűnőek voltak az eredmények 26,6%-ban, jó volt 13,3%-ban, mérsékelt 40%-ban, eredménytelen 20%-ban. A kitűnő és jó eredmények az I-es csoportban együttesen 64,7%-ot, a II-es csoportban 40%-ot tettek ki. (A III-es csoport betegéről nem közölnek adatokat.)

Hangsúlyozzák a korai esetek kedvező eredményeit, ami a korai diagnózis szükségességének fontosságát emeli ki. Ezekben az esetekben néhány nap alatt gyorsan elérhető a kívánt eredmény. A kevésbé kedvező eredmények felvetik a resectio elégtelenségének lehetőségét, a redő secundær rekonstrukcióját vagy a diagnózis téves voltát.

Agyagási Dezső dr.

A systemás lupus erythematosus (SLE) új kritériumai. Tan, E. M. és mtsai (Multicentrikus tanulmány): *Arthritis and Rheumat.* 1982, 25, 1271.

Az Amerikai Reumatológusok Társasága (ARA) 1971-ben közölte az SLE kóriszmézésében javasolt kritériumait. Evvel elsősorban epidemiológiai vizsgálatok céljait szolgálta, ill. az egyes kutatók adatainak összehasonlíthatóságát segítette elő. Az „ARA-kritériumokat” világszerte elfogadták, 1971 óta bevezették a számítógépes adattárolást, új szerológiai próbákat, immunhisztológiai vizsgálatokat fejlesztettek ki. Mindezek alapján felmerült az 1971-es diagnosztikus kritériumok felülvizsgálatának a szükségessége, melyekhez 1979-ben kezdtek hozzá.

Az SLE kóriszmézésében számba vehető újabb immunológiai vizsgálatokat is tartalmazó, egyes tüneteket pontosabban megfogalmazó 30 lehetséges kritériumot állítottak össze. Az USA vezető intézeteit reprezentáló 18 klinikust kértek fel 10 egymás után következő SLE-s betegükre vonatkozó adatok leszárolására. Minden SLE-s beteghez korban, nemből, fajban hozzáillő, egyéb kötőszöveti betegségben szenvedő beteget válogattak kontrollként. Az USA vezető intézeteiben, biztos SLE-snek tartott összesen 177 betegről, ill. 162 egyéb kötőszöveti betegségben szenvedő kontroll személyről nyertek adatokat.

Különböző számítástechnikai eljárásokkal analizálták és összehasonlíttatták a 30 potenciális kritériumot és a betegek adatait. A lehetséges kritériumok mintegy 30 kombinációját állították össze, s próbálták ki fajlagosság, ill. érzékenység szempontjából. (Fajlagosság = kontroll, nem SLE-s populációban határozták meg, az adott tünetre negatív, ill. normális betegek száma, szemben az összes betegszámmal. Érzékenység = az SLE-s populációban határozták meg, az adott tünetre pozitív esetek száma, szemben az összes betegszámmal.) A végleges kritérium kombinációt a számítógépes adatbank betegcsoportjaival is ki tudták próbálni (172 újabb SLE-s, 295 sclerodermás és 119 dermatomyositis). A végleges kritériumok közé bekerülhetett tünet, ha az SLE-sen ritkán fordult elő, de a kontrollokban egyben sem (pl. lues szeroreakció pozitivitás 15% szenzitivitás, 100% specificitás); és kimeradhatott, ha nagy volt a szenzitivitás és specificitás, de nem rutinszerűen végeztek az eljárás (pl. vesebiopsia); ha sem a szenzitivitás, sem a specificitás nem volt elég magas (pl. Raynaud-sv., alopecia). Kiemelik még a LE-sejt jelenséget mint a leggyakrabban vizsgált laboratóriumi jelet, mely a korábbiakhoz képest veszített érzékenységéből, de specificitását megtartva bekerült a végleges kritériumok közé.

A 11 végleges kritérium a következő: pofacsonti rash, discoid rash; fényérzékenység; szájnyalvák-hártya ulceratio; nem-erosiv arthritis; serositis (pleuritis, vagy pericarditis); veselaesio (0,5 g/24 óra feletti proteinuria, vagy sejtes cylinder); neurológiai tünetek (görcs, vagy psychosis); haematológiai károsodás (haemolytikus anaemia, reticulocytosis, vagy 4000/mm³ alatti leukopenia, vagy 1500/mm³ alatti lymphopenia, vagy 100 ezer/mm³ alatti thrombopenia); immunológia eltérés (pozitív LE-sejt jelenség, vagy anti natív-DNS pozitívitas, vagy anti-SM pozitívitas, vagy legalább 6 hónapig fennálló fals pozitív lues szerológiai próba); antinukleáris antitest (ANF) pozitívitas.

Egy beteg SLE-snek mondható, ha bármely négy, vagy több kritérium igazolható.

Pánczél Pál dr.

A HLA-komplex vizsgálata SLE-ben szenvedő betegek családjában. A C4A és C4B néma alléljeinek fontossága a betegség iránti fogékonyságban. Fielder, A. H. L. és mtsai (Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London W12 OHS): Brit. Med. J. 1983, 286, 425.

Emberben a fő histocompatibilitási komplex (MHC, HLA-komplex) a 6. kromoszómán található. Locusai határozzák meg a klasszikus HLA antigéneket (HLA-A, HLA-B, HLA-C); a lymphocytákkal definiálható HLA-D és HLA-DR antigént; továbbá a C2, C4 és C8 komplement tényezők (klasszikus út) és az alternatív út B-faktorának képződését szabályozzák.

Az SLE aetiológiája és patogenezise ismeretlen, abban környezeti és genetikai tényezők egyaránt szerepet játszanak. Genetikai faktorokra utal az SLE és az öröklődő komplementhiányos állapot gyakori társulása. Közülük a C2 elégtelenség a legszembetűnőbb: homozygota C2 hiányban szenvedők egyharmadában figyelték meg SLE kialakulását. Heterozygota C2 hiány szintén kockázati tényezőt jelent. Az SLE és egyes HLA antigének között is összefüggést találtak. SLE-ben a HLA-B8 antigén és a C4A néma allélje együtt a vártnál nagyobb gyakorisággal fordul elő, ún. „linkage disequilibriumban” van.

A szerzők 29 SLE-s nőt és első fokú rokonaikat vizsgálták. Betegeiket úgy válogatták, hogy az SLE „ARA kritériumai” közül legalább 4 fennálljon. Átlagéletkoruk 32 év (13–69 év) volt, betegségük átlag 24 éves korukban kezdődött (9–67 év). Két kivétellel mindegyikük DNS kettős spirál elleni antitesteket hordozott (anti-natív DNS). Az anti-natív DNS negatív 2 beteg közül az egyik La és Ro elleni antitest pozitív volt, a másik serumá-

ban csak La elleni antitestek voltak. A hozzátartozók csoportjában 45 szülő, 70 testvér és 14 gyermek volt.

A 29 beteg közül 24-nek (83%) volt null (néma) allélje. A legtöbb-ször C4A, többször C4B és egy C2 néma allélt észleltek. HLA-DR3 antigént 20 betegben (69%) mutattak ki. A 42 nem SLE-s kontroll közül 18-ban találtak null allélt, 7 volt DR3 pozitív. A különbség a két csoport között szignifikáns. A null-allélt hordozó és nem hordozó SLE-s betegek között klinikailag nem volt különbség. Megjegyzendő, hogy az 5 null-allélt nem hordozó beteg közül az egyikben nem haemolytikus C4A6 allélt találtak. A DR3 pozitív 20 beteg közül mindegyik C4 néma allélt is hordozott. Tehát lényegesen gyakrabban fordultak együtt elő, mint ahogy az egyébként várható (linkage disequilibrium).

A betegeket a nem beteg nőtestvérekkel összehasonlítva azt találták, hogy a két csoport között a null-allélek és a DR3 gyakoriságát illetően lényeges különbség nincs.

A tanulmány legfontosabb tanulsága SLE-s betegekben a néma komplement allélek nagy gyakoriságának kimutatása. A C1, C2 és C4 elégtelenséget eredményező C1-észteráz inhibitor hiány (hereditár: angiooedema) is társulhat SLE-hez hasonló körképpel. A C1-észteráz inhibitor nem a HLA-komplexben van kódolva. Ez arra utal, hogy az SLE iránti nagyobb fogékonyságot nem a HLA regio más gén terméke, hanem a komplement faktor elégtelenség okozhatja. A komplement deficiencia és az SLE összefüggésének mechanizmusa tisztázatlan. A komplement hiányos állapot elősegítheti fertőző ágens és immunkomplex perzisztálását a szervezetben, mely elhúzódó immunstimulust jelent, s ez vezethet az immunfolyamat „kisziklására”.

Pánczél Pál dr.

Az SLE genetikája. Szerkesztőcségy közlemény: Brit. Med. J. 1983, 286, 416–417.

A HLA-B27 antigén és a Bechterew-kór társulásának felfedezése óta a legtöbb „nagy” körképet vizsgálat alá vonták, vajon kimutatható-e jellemző összefüggés valamely HLA haplotípussal. E tanulmányok általános megállapítása, hogy minden olyan körképben, melyben autoimmun mechanizmus lényeges szerepet játszik, kimutatható a HLA antigénnel való társulás.

SLE-ben familiaris, ill. genetikai tényezőkre még a HLA vizsgálatok előtt fény derült. A családi anamnézis az SLE esetek kb. 50%-ában pozitív. Ikervizsgálatok monozygota ikerk esetében 67%-ig mutattak ki konkordanciát. Jellemző egy monozygota ikerpár esete, akik az árvaházból teljesen külön-

böző környezetbe kerültek, s egymással nem érintkeztek, s akiknél 14 éves korukban SLE alakult ki. Ezenkívül SLE-s betegek egészséges hozzátartozóiban autoantitestek nagyobb gyakoriságát, a suppressor sejtek funkciójának károsodását tapasztalták.

Fehér SLE-s betegekben a HLA vizsgálatok legállandóbban a HLA-A1, B8, DR3 haplotípussal való összefüggést igazolták, ez SLE iránt 2–5-szörös fogékonyságot jelent. A HLA-DR4 nagyobb előfordulási gyakoriságát gyógyszer indukálta SLE esetekben írták le. A HLA-tanulmányokban komoly problémát jelent az SLE differenciáldiagnózisa, elkülönítése más kötőszöveti betegségektől. Az utóbbi 10 évben javult a differenciálás lehetősége, az autoantitest profil vizsgálat lehetővé válásával. Így pl. a kevert kötőszöveti betegség (Sharp-syndroma) anti-ribonukleoproteid; a Sjögren-syndroma anti-Ro; a gyógyszer indukálta SLE antihistionok megjelenésével jár.

Figyelemre méltóak azok a tanulmányok, melyek az SLE és egyes öröklődő komplement hiányos állapotok társulását igazolják. SLE-t, ill. lupuszserű syndromát írnak le a klasszikus út egyes összetevőinek (C1Q, C1R, C2 és C4, C5–C9) hiánya esetében. Ezek az öröklött állapotok ritkák. A komplement polimorfizmusért felelős gének a 6. kromoszóma HLA komplexusában helyezkednek el. Ide tartoznak a C2, C4A és C4B (klasszikus út); továbbá a B-faktort (alternatív út) kódoló gének. Előfordulhatnak a komplement tényezőknél null (néma) alléljei is. Bizonyos, főleg néma allélek és egyes HLA haplotípusok között szignifikáns kapcsolatot írtak le SLE-ben.

A Hammersmith tanulmányban 29 fehér SLE-s beteg és első fokú rokonaik genotipizálását végezték el. Az SLE-sek több mint 1/5-ében találtak néma allélt. Normál populációban a néma allélek előfordulási gyakorisága az esetek 2/5-e. Gyakoribb volt továbbá a rokonokban is a néma allélok előfordulási gyakoriság. Megállapítható, hogy az SLE-sek egy részében homozygota, vagy heterozygota komplement-hiányt, vagy komplementet nem produkáló néma allélt tapasztalnak. Az SLE-sekben ugyancsak nagyobb gyakorisággal észlelhető HLA DR antigének szerepe nem tisztázott. A komplement-hiány az SLE pathomechanizmusában szerepet játszhat.

Pánczél Pál dr.

Újabb bizonyíték az orális fogamzásgátlóknak a rheumatoid arthritis kialakulását kivédő hatására. Vandenbroucke, J. P. és mtsai (Dep. of Epidemiology, Erasmus University Rotterdam és más intézetek): Lancet, 1982, 2, 839.

Az angliai általános orvosi gyakorlatot folytató orvosok egyesülete

(Royal College of General Practitioners) egy széles körű vizsgálat-sorozatát végzett az orális fogamzásgátlók (oral contraceptives = OC.) mellékhatásainak felmérésére. Az eredmények átvizsgálása folyamán derült ki, hogy az OC.-t szedő nők között a rheumatoid arthritis felannyszor fordul elő, mint a nem szedők között. Tekintve, hogy ezt a negatív összefüggést a rheumatoid arthritis epidemiológiájával kapcsolatosan Rochesterben végzett vizsgálatok alkalmával már megfigyelték és leírták, a szerzők indokoltak vélték a kérdést újabb vizsgálatokkal tisztázni. Azt kívánták eldönteni, hogy a rheumás panaszok fellépte előtt, illetve folyamán szedett OC.-k valóban felére csökkentik-e a rheum. arthritis előfordulását? Ezért egy „beteg-csoport — kontroll csoport” (case-control) típusú vizsgálat-sorozatot állítottak be. Mind a betegeket, mind a kontrollokat computerizált átlagszám segítségével Hollandia négy gyógyintézetének beteganyagából választották ki. A két csoport tagjai teljesen azonos szövegű kérdőívet kaptak, amelyikben az első rheumás panaszok jelentkezésének és az emiatt történt általános orvosi vizsgálatnak időpontjáról, a kezelés időtartamáról, majd a szakorvosi kezelésbevitel idejéről, egy másik kérdéssor segítségével pedig pontos választ kell adniuk a fogamzásgátlók szedéséről vagy nem szedéséről, szedés esetén annak kezdeti időpontjáról, időtartamáról, mennyiségéről és a szedés okáról (fogamzásgátlás, menseszavar stb.). A megfigyelésekből kizárták a tu.-s vagy súlyosabb cardiovascularis betegségekben szenvedőket és kihagyták azokat is, akiknek már 1960 előtt is voltak rheumás panaszai, mert azt megelőzően Hollandiában gyakorlatilag nem használtak orális anticoncipient.

A kiválasztott betegcsoportban 228 rheum. arthritises beteg szerepelt, a kontroll csoportba pedig az említett gyógyintézetek 302 olyan beteget került, akiket különböző lágyrész-rheumatismus (tendinitis, bursitis stb.) vagy arthrosisos kórformák miatt kezeltek. A betegeket, valamint a kérdőívek adatait az intézetek rheumatológusai és a szerzők egyike vizsgálta felül és az OC. szedéstől függően mind a betegeket, mind a kontrollokat három csoportba sorolta. Az elsőbe kerültek azok, akik rheumás panaszai jelentkezése előtt OC.-t nem szedtek. A második csoportba azokat sorolták, akik már szedték, de abbahagyták, illetve a szer. szedését időnként megszakították, a harmadikba pedig azok, akik mozgásszervi panaszai miatt történt első vizsgálatkor és utána is folyamatosan szedtek fogamzásgátlókat.

A vizsgálatban részt vevők adatait, valamint a betegségük kialakulásával és az OC. szedéssel kapcsolatos adatokat „beteg-kontroll” vonatkozásban összehasonlítva 3

tablázaton mutatják be. Ezekből kitűnik, hogy mindkét csoport tagjai 1926 és 1956 között, 50⁰/₀-ban 1933—1935 körül született nők. Bizonyos különbségek mutatkoznak közöttük hormonális vonatkozásban, mert a betegeknek 6,3⁰/₀-a, a kontrolloknak 18,2⁰/₀-a volt menopausában és míg az előbbieknél 93,7⁰/₀-a, addig az utóbbiaknál 85,0⁰/₀-a szedte az OC.-t terhesség megelőzésére. A második tablázaton a vizsgálatokat az OC. szedés alapján hasonlítják össze és ez már vizsgálatuk eredményét is megadja. Amíg ugyanis a rheumás panaszok jelentkezése előtt a 228 rheum. arthritises beteg közül 157-en (68,9⁰/₀), nem szedtek fogamzásgátlót, addig a 302 kontrollból 134-en (44,4⁰/₀).

A szerzők az eredmények kiértékelését egy logikai modell segítségével végezték és megjegyzik, hogy a számos zavaró tényező tudatában számításait több vonatkozásban megismételték. Így külön analizálták a menopausából, a gyógyszer-szedés okának különbözőségeiből, időtartamából adódó hibaforrásokat, de ezek vizsgálata az eredményt szignifikánsan nem befolyásolta. Mindezek alapján igazoltnak látják azokat az eddigi megfigyeléseket, melyek szerint a rheum. arthritis kialakulása és az OC.-k szedése között egy negatív összefüggés van, de hangsúlyozzák, hogy megfigyeléseik csak egy új teóriával kapcsolatban végezték gyors felmérést jelentenek, és a kérdés eldöntésére további vizsgálatok szükségesek.

[Ref.: *A rheumatoid arthritis kialakulása és bizonyos hormonális hatások közötti összefüggések már rég ismertek. Megfigyelték, hogy a terhesség idején sok beteg állapota javult. Egy másik megfigyelés szerint a szülés lehet az a „trigger”, amely a betegség okozó mechanizmust megindítja, és közzismert az is, hogy a climax után igen gyakori a betegség kialakulása. Vizsont az szabály, hogy a rheum. arthritis nőknél háromszor olyan gyakran fordul elő, mint férfiakon. Mindezek alapján már történtek therápiás kísérletek különböző petefészek hormonokkal, de eredmény nélkül. Meg kell említenünk a kísérlet számos hibaforrását is, így az időpont-meghatározások bizonyos távlatból nem megbízhatóak, nincsenek megjelölve a használt fogamzásgátló készítmények sem. Így az ismertetett case-control vizsgálatot — mint azt a szerzők maguk is megjegyzik — csak egy gyors felmérésnek tekinthetjük (quick test), amely további vizsgálatokra ösztönöz.]*

Divényi Albin dr.

Van-e kapcsolat az Epstein-Barr-vírus és a rheumatoid arthritis között? V. Lemaire: *Nouv. Presse Méd.* 1982, 11, 1945.

Az Epstein-Barr (EB) vírus a mononucleosis infectiosa okozati tényezője, továbbá szorosan kötött a Burkitt lymphomához és különösen Dél-Kínában gyakori a rhinopharyngealis carcinomában.

1976-ban Alspaugh és Tan immunodiffúzióval a Wil2 sejtek (ezek tumor sejtek, melyeket tenyésztettek EB-vírusokkal fertőztek) centrifugált felülúszójával a rheumatoid arthritises (RA) betegek serumában egy eddig ismeretlen antitestet mutattak ki. Megállapították később, hogy ezek az antitestek az EB-vírus által megfertőzött lymphocyták (ly) nuclearis antigénje ellen irányulnak, mivel ezek nem reagálnak a nem fertőzött lylal, sem pedig azokkal a lylal, amelyeket más herpes vírusokkal fertőztek meg. Ezt a nuclearis antigént jelenleg „rheumatoid arthritis antigén”-nek (RANA) hívják. Több tanulmány foglalkozott az anti-RANA antitestek kimutatásával kontroll csoportok felhasználásával. Erre a célra a legérzékenyebb módszernek az immunofluorescentiát találták.

A kontroll populációban az anti-RANA pozitivitás mértéke 6—75⁰/₀ között változott, a RA-sok serumában azonban a pozitivitás titer sokkal emelkedettebb volt a kontrollokéhoz képest. Alspaugh és mtsa 1981-ben a seropozitív RA-ban az anti-RANA antitesteket 90⁰/₀-ban mutatták ki, míg a seronegatív RA-ban csak 18⁰/₀-ban találták pozitívnak. Az anti-RANA antitest emelkedés párhuzamos az anti-EBNA (Epstein-Barr nuclearis antigen) ellentest emelkedésével. Ez utóbbi az EB-vírus infekció után kevés késedelemmel mutatható ki. Ezzel szemben más antigénnel, mint vírus capsid antigen, korai antigenek nem találtak kapcsolatot.

Perry és mtsai szerint az anti-RANA antitestek a betegség iniciális stádiumában emelkedett titerűek. A synovialis folyadékban az antitestek mértéke általában a serum szinttel megegyezik, ami a lokális keletkezés elleni bizonyíték.

Catalano és mtsai tanulmányozták az anti-RANA és anti-EBNA antitesteket a RA betegek genetikai praedispozícióját jelző DR4 histocompatibilitási antigen pozitív és negatív csoportjainál és a két csoport között nem találtak különbséget.

Barwick és mtsai kimutatták, hogy a RA betegek EB-virussal megfertőzött ly-i gyorsabban transzformálódnak lymphoblastokká (átlagosan 10 nap alatt, a kontroll átlag 18 napjával szemben). Ezt a különböző kezeléseket nem befolyásolták. A RA betegek T ly-inak depleciója a transzformációs időt jelentősen lerövidíti a kontrollokéhoz képest. Olyan a kép, mintha a RA beteg T ly-i képtelenek lennének ellenőrizni a B ly szaporodását, melyet az EB-vírusok indukáltak. Ezek a stimulált ly-k ter-

melik egyre fokozódó affinitással az IgM rheumatoid faktort. A sero-negatív RA-ban az egészségesekhez képest is kisebb a ly ilyen affinitása, ez magyarázza a keringő rheumatoid faktor hiányát.

Következtetések: az EB-vírus fertőzés a RA-ban ugyan olyan gyakori, mint az átlag populációban, de őket az antitestek szignifikáns emelkedése jellemzi, különösen az anti-RANA-t tekintve. Az antitest emelkedést in vitro is provokálja az EB-vírus infekció. A vírus által stimulált B ly proliferációért a T ly elégtelen suppressiója lehet a felelős.

A RA polyfaktorális betegség, melyben genetikus faktor mellett a vírus infekció is szerepet játszhat és a kettő közötti kapcsolat jelenleg még nem ismeretes.

Agyagási Dezső dr.

A rheumatoid arthritis és a lepra klinikopatológiai spektrumának azonoságáról. Panayi, G. S. (Guy's Hospital Medical School, London SE1 9RT): Ann. Rheum. Dis. 1982, 41, 102.

A nagy tapasztalatú szerző megállapítja, hogy a rheumatoid arthritist (RA) hosszmetszetben a *dinamizmus*, állandó változás jellemzi: rheumás csomók fejlődnek ki és tűnnek el, vasculitis alakulhat ki egyik órától a másikra és tűnhet el, erosio károsíthatja a csontot és gyógyulhat meg stb.

A RA *klinikai spektrumának* két szélső tünetegyüttese van. Az egyiket a rheumatoid nodulosis, magas rheumatoid faktor titer, továbbá vasculitis és extraarticularis manifestációk jellemzik, azonban a synovitis enyhe, vagy nincs is. A spektrum másik végpontján a betegséget súlyos synovitis, ízületi destructio és csont erosiók dominálják, rheumatoid faktor nem mutatható ki, s nincsenek extraarticularis manifestációk. E fázisban a prognózis viszonylag jó. A két véglet között helyezkednek el az átmeneti alakok.

A klinikai tünetegyüttesnek adott *immunpatológiai syndroma* felel meg; az immunológiai történések határozzák meg a klinikai képet. Az előbbi szélső esetekben a humoralis immunreakciók dominálnak (magas rheumatoid faktor titer, hypergammaglobulinaemia, autoantitestek, keringő immunkomplexek, komplement aktiválódás), az utóbbiakban a cellularis immunreakciók (synovitis, csont erosiók).

A szerző a leprás betegségfolyamat analógiájára, mint lepromatosus, ill. tuberculoid RA-ról tesz említést, továbbá átmeneti RA formákról. Leprában a klinikai tünetegyüttes két végpontjában áll a humoralis immunreakciók által jellemzett lepromatosus lepra (hypergammaglobulinaemia, autoantitestek, keringő immunkomplexek), ill. a cellularis immunreakciók által

dominált tuberculoid lepra (pozitív lepromin reakció, szövet destructio). A lepra is átmehet egyik fázisból a másikba.

Halálos kimenetel mindkét betegségben a humoralis immunológiai történések időszakában szokott bekövetkezni, elsősorban immunkomplex által közvetített szövődemények miatt; míg a tuberculoid leprát, ill. RA-t a kedvező kimenetel jellemzi. A lepra a tuberculoid fázisban meg is gyógyulhat, ilyenkor az egyetlen megmaradó jel a pozitív lepromin reakció.

A szerző az elméletét az alábbiakban bizonyítja: 1. Ismert, hogy a RA dinamikus és nem statikus állapot. 2. Az RA extrém és átmeneti alakjai a klinikumban előfordulnak. 3. A betegség gyulladós és extraarticularis összetevőinek kialakításában elsősorban humoralis immunreakciók szerepelnek; míg az ízületi erosiókat cellularis immunfolyamat okozza. 4. Halálos kimenetel RA-ben csak az immunkomplex fázisban szokott bekövetkezni, extraarticularis manifestációk kíséretében. 5. A seronegatív RA hajlamos arra, hogy önmagát „kioltsa”, s csupán minimális ízületi károsodást hagyjon hátra. 6. Ha lenne a lepromin próbához hasonló „rheumatin” reakció, valószínűleg ki lehetne mutatni, hogy számos ember sikerrel átvészelte a RA aetiológiai ágensével való találkozást. Ezt egyedül a pozitív „rheumatin” tesz jelezne.

(Ref.: Panayi elméletének mind az aetiológia kutatásában, mind a terápiában jelentősége lehet.)

Pánczél Pál dr.

A „lepromatosus” rheumatoid arthritis. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1982, II, 748.

A rheumatoid arthritis (RA) egyik legfenyegetőbb szövődménye a systemás vasculitis. A laboratóriumi leletek: magas IgG szint és IgM rheumatoid faktor titer, kryoglobulinaemia, extractabilis nuclearis antigen elleni ellenanyag (anti-ENA) jelenléte, a vasculitis nélküli RA-ban észlelhetőnél alacsonyabb keringő komplement tartalom a kórkép immunológiai eredetére utal. A vasculitis extraarticularis laesiók széles skálájával társulhat.

Vasculitissal és más extraarticularis manifestációval társuló RA-ban a synovitis enyhe lehet. Ilyen esetekben a kórkép alapját a *humoralis immunreakciók* képezik. Panayi analógiát lát a vasculitissal járó RA forma és a lepra lepromatosus végkifejlete között. Ebben az analógiában a seronegatív, de súlyos synovitissal járó RA-nek a tuberculoid lepra felel meg. Utóbbi esetekben a *cellularis immunreakciók* játsszák a fő szerepet. A „lepromatosus” RA mortalitása lényegesen nagyobb, mint a „tuberculoid” RA-é.

Systemás vasculitisben elsősorban a kis arteriák érintettek, lymphocytás, plasmasejtes, neutrofil leukocytás beszűrődés látható. A vasculitisre jellemző típusos körömszegélyi infarctusok szövettani képe jellegzetes: magtörmelékét tartalmazó neutrofil leukocyták észlelhetők. (Leukocytoklasis).

Scott és mtsai vasculitissal járó RA-ban szenvedő 50 beteget érintő tanulmányukból kizárták a csupán körömágyi infarctusokat mutató betegeket. Részletesen azokat tanulmányozták, akiken mély bőr ulcerációt, akut peripheriás neuropathiát, peripheriás gangraenát, vagy súlyos systemás kórképet észleltek. 35 esetben rectalis biopsiát végeztek, vasculitis szövettani kimutatása céljából. Bőr manifestációt 80%-ban láttak, általános tüneteket (testsúly csökkenés, hepatosplenomegalia) 80%-ban észleltek neuropathiát 42%-ban találtak, 34%-ban mutatták ki a myocardium érintettségét. A megfigyelési időszak 5,5 év volt. A betegek 30%-a (15 beteg) halt meg. A meghaltak csoportjában a legállandóbb tünet a motoros neuropathia volt. Közülük 7 esett át rectum nyálkahártya biopsián, mely vasculitis irányában 5 esetben volt pozitív, ellentétben az életben maradtak csoportjával, ahol 35 rectum biopsia közül csak 12-ben igazoltak vasculitist. A leukocytoklastikus vasculitis irányában poz. bőrbioopsia nem volt ennyire baljóslatú jel: 14 beteg közül csak 1 halt meg, ebben a csoportban. A negatív rectum biopsia jó prognózist sejtet. A jó és a rossz prognózisú csoport között egyéb leletekben (vérkép, plasma viscositas, Ig szintek, complement tartalom, továbbá rheumatoid faktor) nem volt lényeges különbség.

A „lepromatosus” RA kezelésében legjobban bevált az iv. cyclophosphamid + metilprednisolon kombináció. 13 beteg részesült ebben a kezelésben, közülük csak 1 halt meg; míg a más kezelést kapott 20 beteg közül 14. Az immunsuppresszív kezelés a neuropathiára hat a legkevésbé, a vese, tüdő, bőr vasculitist mérsékelheti.

A betegség követésében és a prognózis megítélésében a rectalis biopsia hasznos lehet.

Pánczél Pál dr.

Synoviorthesis. Galacchi, G., W. Müller (Rheumatol. Universitäts-poliklinik, Basel): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1219.

A gyulladós-rheumás megbetegedések, főleg az idült polyarthritis kezelési tervében jelentős helyet foglal el a synovitis helyi kezelése, különösen akkor, ha a systemás pharmacoterapia az egy vagy több ízületre terjedő folyamatot elégtelenül befolyásolja és az ízület előrehaladó pusztulásának veszélye áll fent. Az idült arthritis legrö-

gibb helyi befolyásolása a gyulladt synovialis sebési eltávolítása, a *synovectomia*; ez az eljárás hosszú kórházi ápolást igényel és intenzív rehabilitációs eljárások szükségessége. A *synovitis chr.*-nak bizonyos anyagoknak intraarticularis befecskendezésével történő konzervatív kezelésére számos próbálkozás történt (*synoviorthesis, Delbarre és mtsai, 1968*). A *synoviorthesis*re a leghasználatosabb anyagok: 1. *corticosteroidok*; 2. *vegyi anyagok*: *cytostatica* (cyclophosphamid, methotrexat és egyéb); osmiumsav, varicoid, enziminhibitorok; 3. *radionuklidok* (90 Yttrium, 198 Aurum, 186 Rhenium, 169 Erbium: „*radiation synovectomy*”). Az intraarticularis corticoterapia javallatai: a) *synovitis chr.*; b) aktív artrozis; c) kristályarthritisek; d) *synoviorthesis* keretében (osmiumsav, radionuklidok). A corticosteroid-kristály-szuspensiók intraarticularis mellékhatásai lehetnek: 1. fertőzések; 2. helyi fájdalom reakciók; 3. aseptikus csontnecrosis. A corticosteroidok befecskendezése intraarticularisan csak időleges és nagyon átmeneti hatású. Ugyanez áll a cytostatikumokkal való helyi kezelésre is, bár itt az eredmény mégis valamivel hosszabb ideig tart. Igen kedvezőek az 1%-os osmiumsav befecskendezésével nyert tapasztalatok; különösen az ízületi ömlenye befolyásolhatók gyakran jó és hosszú ideig tartó javulással.

A legjobb konzervatív lokális eljárás a *radionuklid-terápia*; ez a módszer idősebb egyénekben a sebési *synovectomia* alternatívájának bizonyul. Az izület nagysága szerint különböző magfizikális tulajdonságú radionuklidok kerülnek alkalmazásra. Ezen anyagok alkalmazása természetesen függ az izület nagyságától is; az előírások alkalmazásuk esetén csak ritkán figyeltek meg mellékhatásokat. A *radiosynoviorthesis* eredményei hosszabb utómegfigyelések szerint 40–80% között ingadoznak. A radionuklidok hatása azon alapul, hogy a kolloidális formában jelenlévő anyagaikat hyperplasiás synovialis sejtek gyorsan phagocytálják, így azután sejtnecrosist, gyulladást, sejtproliferációt és synovialis fibrosist eredményeznek. Természetesen a *radiosynoviorthesis*, akárcsak az osmiumsavas kezelés számos különböző tényező függvénye: 1. a betegség fajtája; 2. a helyi izületi folyamata stádiuma és megnyilvánulása; 3. a synovialis burjánzás kiterjedése, az izületi úr fibrinartalma stb.; 4. a kezelt izület elhelyezkedése; 5. az általános körlefo-lyás és a bázis kezeléssel való befolyásolhatósága; 6. a megfigyelési idő tartama.

A *radiosynoviorthesis* javallatai: 1. 40 éven felüli betegek idült *synovitis*-ben, mint a *synovectomia* alternatívája; 2. *synovectomia* utáni recidiva-*synovitis*; 3. aktív artrozis recidiváló ömlenyyel; 4. villo-nodularis *synovitis*.

A *radiosynoviorthesis* lehetséges mellékhatásai: általános sugárreakció, sugársynovitis, szöveti necrosis; kérdéses mellékhatásai lehetnek: korai degeneratív izületi elváltozások létrejötte, neoplasziák, génekárosodások keletkezése.

Természetesen ezen eljárások javallatai, valamint kivitelezésük nagyobb kezelési központok feladatköré, ahol megfelelő tapasztalattal rendelkeznek.

iff. Pastinszky István dr.

Katasztrófa medicina

Az atomfegyverkezés orvosi vonatkozásai. Janse, M. J. és mtsai (Ac. Ziekenhuis Amsterdam): Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1963, 25, 1099.

A főleg angol nyelvterületen megjelenő orvosi folyóiratok közleményei és szerkesztőségi állásfoglalások ismertetését Geiger (USA) higiénikus tömör fogalmazásával kezdik: az atomháború után nem lesz közegészségügy. Eddig is tudtuk, hogy nem lesz egészség, most már világos, hogy közösség sem lesz. Cassel és Jameton arról értekeznek, hogy hatásos orvosi segítségre nem lehet számítani. A terápia csődje miatt egyedüli alternatíva a megelőzés.

Összehasonlítják a fegyverkezési versenyt és a WHO akcióinak költségeit. A himlő eradikációjának költségeit a fegyverkezés hat órára eső kiadásaihoz lehetett volna feleltetni. Az American Medical Association 1981-ben felszólította tagjait, hogy informálják az elnököt és az illetékeseket az atomháború orvosi következményeiről, hogy a valóságnak megfelelő értesülések birtokában hozhassák politikai döntéseiket. A Lancet közli a British Medical Association munkacsoportjának jelentését, mely arra a következtetésre jut, hogy megtámadtatás esetén Anglia nem számíthat az orvosok segítségére.

Az atomháború rövid és hosszú távú következményeinek taglalását a hiroszimai, jelenleg már kis és primitívnek minősített bomba hatásának ismertetésével kezdik. A 13 kilotonnányi, azaz 13 000 tonna TNT-vel egyenértékű bomba a 245 000 lakosból azonnal megölt 75 000-et, a sebesültek száma 100 000 volt. Az épületek 90%-a elpusztult, 150 orvos közül 30 maradt sértetlen, 1780 ápolónóból 120 maradt munkaképes.

A New England Journal of Medicine 1962-ben egy már klasszikusnak minősülő közleménysorozatában extrapolálta a japán tapasztalatokat az 1962-es viszonyokra. Egy „korlátozottan” minősülő 28 megatonnás erejű támadásnak egy nagyvárosra (Boston) való hatását ismertetik: a hárommillió lakos egyharmada azonnal elpusztult, a túlélők közül egymillió sérült hal meg rövid időn belül, az orvosok

10%-a lesz bevethető, és húszórás munkanappal két hétre lesz szükség, hogy minden sebesült 10 percre az orvos szeme elé kerülhessen. Ezek a számok napjainkban már túlhaladtak. A hetvenes években a 200 megatonnányi ütőerőt elégségesnek tartották az ellenség száz-ezernél népesebb városainak elpusztításához. A hetvenes években ennek hússzorosa állott rendelkezésre, napjainkban már 20 000 megatonnányi az ütőerő, ami megfelel egymillió hiroszimai bombának. A föld minden lakójára „fejenként” 5 TNT tonnának megfelelő robbanóhatás juttatható.

Abrams és Von Kaenel (USA) szerint 6559 megatonna erejű támadás után az USA 60 millió túlélőjének 35%-a az első évben valamilyen fertőző betegségben fog meghalni; a csökkent immunitás, hiányzó diagnosztikus eszközök, gyógyszerhiánya, a rovarvilág „népességrobbanása”, a rágszálók, elvadult kutyák-macsák elszaporodása, a temetetlen halottak miatt rég elfeledett járványok fellépte várható. Az ökológiai változások, az atmoszféra, sztratoszféra változásai, a fotokémiai smog, az ultrahőlyagsugárzás fokozódása a földművelést teszik lehetetlenné, a gáz és olajmezők és az erdők a tűz martalékaik lesznek.

A fegyverzet felhalmozódása fokozza a technikai hibából vagy emberi gyarlóságból akaratlanul kitörő háború veszélyét. A kifinomult jelzésrendszer meghibásodása gyakori: a Bulletin of the Atomic Scientist közli Hart és Goldwater szenátorok jelentését, mely szerint évente 68–78 hibás riasztás történt. A saját atomütőerő bevetéséhez maximálisan 30 percre van szükség, és nem elképzelhetetlen, hogy egy hamis riadó atomháború kitéréséhez vezethet. A fegyver kezelőinél az unalom, izoláltság, stressz, a monotonia komoly veszélyforrás. A Personnel Reliability Program jelentése szerint 1975–77 között 5000 katonai személyt kellett leváltani kábítószer-használat vagy egyéb pszichiai probléma miatt. A felfelé továbbított információkat az alacsonyabb beosztásúak — saját fontosságuk kihangsúlyozása céljából — elferdítik, a végső döntés információ alapja megbízhatatlanná vált. A New England Journal of Medicine főszerkesztője az atomfegyverrel fenyegető politikuskok és általuk befolyásolt rétegek pszichopatológiai állapotára hívja fel a figyelmet. A tünetek kollektív paranoiára utalnak. Az ellenfél abszolút gonosz és agresszív, a saját táborban jelentkező ellenvélemény az ellenség hangja. Csak a saját álláspont a jó, az igaz, az emberséges. Az ellenség ellen javasolt intézkedésekben a saját magukat fenyegető veszélyt nem látják, a haza védelmét kollektív öngyilkossággal akarják elérni.

Az állandó veszélyérzet, a fenyegető világpusztulás kilátása okozza a fiatalság személyiség fejlődésében a torzulást: az idősebbek iránti dühöt, a céltalanság érzete okozza a cinizmusukat, a megjelenésükben, viselkedésükben a mindenen való non-konformizmus jelenségét.

Az „utolsó járvány”, az atomháború megelőzése orvosokon is múlik.

Ribiczey Sándor dr.

A végső segély. (Szerkesztőségi széljegyzet) Dunning, A. J.: Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1983, 127, 1103.

Helen Caldicott gyermekorvossal és *Bernard Lown* kardiológussal az élen egy bostoni orvoscsoport katonai szakértők bevonásával elemezte egy megatonnás atomtámadás nagyvárosra való hatását. Munkájuk olyan érdeklődést és feltűnést keltett, hogy 1981-ben Virginiában, 1982-ben Cambridge-ben, 1983-ban Amsterdamban megrendezésre kerültek az atomháború megelőzésére alakult orvosszervezet kongresszu-

sai. Az atomháborúra való felkészülés idején az ember behunyhatja szemét a fenyegető borzalom előtt. „készülhet a háborúra — ha békét akar”, az ember hivatkozhat arra, hogy országa egy nagyobb szövetségi rendszer tagja — mindezek tudatában a szerkesztőség kötelességét teljesíti, amikor az európai és egyesült államokbeli orvosi hetilapokhoz hasonlóan felhívja az orvosok figyelmét a háború következményeire. Az elrettentés csődöt mondhat, és atombevetés esetén a túlélésre kevés a remény. A túlélők a holtakat fogják irigyelni. A holland hatóságok felhívják az orvosokat a közreműködésre a lakosság megvédésében, közlik, hogy atomtámadás esetén működőképes kórházakat létesítenek. De mit számít mindez, ha 40 000 atomfegyver van városokra — köztük holland városokra is — irányítva. Nemcsak a nemzet, hanem bolygónk minden lakóját kollektív pusztulás fenyegeti. A bostoniak immár klasszikusnak számító közleményének címe „Last Aid”, Végső segély (szemben a First Aid-del — Elsősegély — Ref.); előszavában *Lewis Thomas*

arról ír, hogy a római légiók orvosait immuneknek nevezték, mert mentesek voltak a közszolgálat és a harctéri kockázat alól. Az orvosok különleges helyzetét napjainkig is konvenciók (Vöröskereszt) szabályozzák. Ez az immunitás azonban az atombomba korában már a múlté. A választás az atomleszerelés és fegyverkezés között nemcsak medicinális és morális kérdés, hanem elsősorban politikai ügy. A japán tapasztalatok történelmi eseményekké halványodtak, tanulmányozásuk már múzeumokban vagy irattárakban történhetik. A szerkesztőség ezért tartotta szükségesnek *Janse* és munkatársai közleményének megjelentetését. A British Medical Associationt hasonló közleményei miatt a hatóságok kemény megfedrésben részesítették „mert alkalmatlan időben politikai vitába elegendett”. Valószínű, hogy hasonló bírálatban részesül a holland szerkesztőség is, de ez is célját téveszti. Aki esküt vagy fogadalmat tett az élet megóvására, az tudni fogja kötelességét és lelkiismeretére hallgatva foglal állást.

Ribiczey Sándor dr.

„Rajtunk, tudósokon, akik ezt a szörnyű erőt felszabadítottuk, rajtunk áll, parancsolóan bennünket terhel a felelősség az atomenergia irányításáért, azért, hogy ez az emberiség jólétét szolgálja, és ne a megsemmisítését idézze elő... A tudomány idézte fel ezt a fenyegetést, de a tulajdonképpeni probléma az emberek agyában és szívében rejlik. Meg kell változtatni kortársaink szívét, de nem mechanikus úton, hanem azzal, hogy megváltoztatjuk saját szívünket és bátran kiállunk...”

Einstein Bölcsességek könyve, Gondolat, 1983.



KÖNYVISMERTETÉS

Effects of Nuclear War on Health and on Health Services (WHO, Genf, 1984. 176 old.).

Az Egyesült Nemzetek Szervezete közgyűlésének Wha 36.28 számú határozata értelmében a világ vezető orvos tudósai közül alakult bizottság vezetésével számos orvosi munkacsoport kiterjedt vizsgálódásba kezdett a ma felhalmozott nukleáris fegyverek alkalmazásának azonnali (korai), közép és hosszú távú hatásának tisztázása céljából. Az EVSZ kiadványa, mely a bizottság összefoglaló tanulmányát és az ehhez alapul szolgáló, rész kérdéseket feldolgozó tanulmányokat tárja az olvasó elé, mentes a konkrét politikai megnyilvánulásoktól. Ahol elkerülhetetlenül sűrül a nem egészségügyi szervek problémakörét, inkább nem nyilatkozik, illetve elhárítja magát ettől. Ennek ellenére az egész kiadvány napjaink társadalmának létkérdése: a háború és a béke alternatívájában utóbbinak egyik jelentős dokumentuma, és számunkra, orvosok számára, e kérdésben történő állásfoglalásunk szakmai alapja.

Miután a kiadvány megismertet a nukleáris fegyverek fizikai jellemzőivel és hatásaikkal, a tanulmányok három lehetőséget elemeznek: egy 1 Mt bomba robbantásának, a taktikai nukleáris fegyverek alkalmazásának („local use”) és a totális nukleáris háborúnak a következményeit. Az első kettőre a Hirosima és Nagasaki elleni támadásból és a természeti katasztrófák következményeiből levonhatók bizonyos — óvatos — következtetések, a harmadik lehetőség esetére azonban nem! Az biztos, hogy a (II. világháborúban már utóbbiak terhére változott) katonai és polgári sérültek aránya tovább romlik, még az úgynevezett korlátozott nukleáris háborúban is — ha ilyen egyáltalán lehetséges —, egyes becslések szerint eléri a 16:1 arányt. Ennek oka, hogy napjaink hadművelleti koncepciói szerint „ideális fegyver”-nek tartott neutronbomba neutron kisugárzása a „hagyományos” atombombának 10—100-szorosára nő.

Amennyiben külső segítség érkezik (pl. egy város felett 100—1000 Kt bomba robbanása esetén), a segélycsapatok a másodlagos sugárzás miatt sérülnek. A veszélyeztetettség időszakában megfelelő óvóhelyen biztonságba helyezett egészségügyi (és műszaki) mentőcsapatok is csak hetek múlva vehetők be jelentős egészségkárosodás nélkül. Ezért az önszegélynek és a laikus segélynyújtásnak nem

csak mint elsősegélynek, hanem esetleg mint az *ellátás egyetlen formájának* különösen kiemelkedő szerep jut. Minthogy a vízellátás megszűnik, illetve csak szennyezett és/vagy fertőzött víz állhat rendelkezésre, a szenvedések leg-*elemibb* enyhítése is jóformán lehetetlen. (A *túlélőknek* a kiszáradás megelőzésére minimum napi 4 l ivóvízre van szükségük!)

Ha egyáltalán megindul többé-kevésbé szervezett egészségügyi ellátás, az *osztályozó* három csoportba sorolható: 1. a túlélésre kevés remény van, 2. csak akkor van remény, ha gyors életmentő beavatkozás történik, 3. túlélés az ellátás halasztása esetén is lehetséges. Az osztályozásnak azonban csak akkor van értelme, ha gyorsan történik, egyúttal életmentő segínyt nyújtanak, egyszerű sémákkal dolgoznak és kórházi ellátás a továbbiakban biztosítható.

A *sugársérülés* kezelése (csak a rövid idő alatt elszennvedett 6 Gy alatti dózis esetén van értelme), minthogy transzfúzióhoz vér nem biztosítható, a rendelkezésre álló antibiotikumok mennyiségétől függ. Az *égések* (előbbivel együtt az összes korai túlélők 20—30 százaléka lehet) ellátása a víz (szükséglet: 20 l/nap/sérült) és a kötszerek mennyiségének függvénye. Túlélés 20% III. fok alatt lehetséges. A *mechanikai* sérültekre a természeti katasztrófák tapasztalatait ajánlják figyelembe venni. Előbbi két sérült típus szükségletének kielégítésére pl. a ma Nyugat-Európában rendelkezésre álló összes kórházi ágy kevés lenne egy Londont érő 1 Mt nukleáris bombarobbanás túlélőinek elhelyezésére. Számítások szerint a sérültek fele orvosi segély hiányában a helyszínen meghal.

Érdekes, hogy az úgynevezett neutronbomba megjelenésével ismét a figyelem körébe került a bőr sugársérülése. Ez a közvetlen következmények szemponyjából nem, de félkésői és késői egészségügyi ellátás igénye miatt különösen jelentős.

Mint az adott esetben jelentős problémát említik, hogy az egészségügyi ellátást tovább nehezíti a nukleáris robbanás elektromágneses kisugárzása, mivel a medikai műszerek, berendezések elektronikus szabályozó alkatrészei meghibásodnak.

Az úgynevezett közép távú hatásokat tárgyaló tanulmányok a radioaktív csapadék, illetve a radioaktív szennyezettség problémaköréből kiemelik, hogy a család szétválása, a szakemberek hiánya, a talaj s ezért a növényzet (élelem!)

radioaktív szennyezettsége a technikai és társadalmi állapot helyreállítását nem vagy csak több száz év előtti színvonalon teszi lehetővé! Ennek döntő szerepe van a félkésői halálozásban.

A késői (ún. long term) hatások, következmények tárgyalásánál a tanulmányok szerzői — akarva-akaratlanul — társadalmi, filozófiai kérdéseket is érintettek. Ilyen például az élveszületések 20%-át érintő fejlődési rendellenességeknek — vitatható nézőpontból tárgyalt — de semmiképpen sem mellőzhető problémája. Egyébként ezért a nemzőképes korúak, a terhesek és a gyermekek védelme a nukleáris támadás ellen különös hangsúlyt kap. A kifejezett orvosi problémák közül a rákbetegségek gyakoriságának (elsősorban a leukemiának) várhatóan mintegy kétszeresre növekedése érdemel figyelmet. Helyet kaptak a tanulmányokban a légköri változások és következményeik az emberi szervezetre. A rovarvilág és más élőlények egyensúlyának felborulása is súlyos következményekkel fenyeget.

Érdekes, hogy a legkülönbözőbb országokból származó tudósok véleménye teljesen megegyezik abban, hogy korlátozott nukleáris háború csak rövid ideig folyhat, mert a vesztesre álló fél biztosan beveti teljes nukleáris készletét. A védelem és támadás ördögi körét vetíti elének a kiadvány, amikor rámutat, hogy az „atombiztos” óvóhelyek intenzív fejlesztése (ami nélkül lehetetlen a lakosság jelentős arányának legalább részleges védelmet nyújtani) a másik fél részéről félreérthető lehet és támadást válthat ki.

A szigorúan tényekre és számításokra épülő, reális képet festő tanulmányokat olvasva még a katasztrófa- és egészségügyi gondolatok körében — kénytelen-kelletlen — otthonos katonáorvos is minduntalan megborong. Az egyes politikusok által időnként emlegetett korlátozott nukleáris háború is olyan kilátástalanul súlyos azonnali helyi, de később a világ egészét sújtó (savas esők, radioaktív kihullás stb.) következményekkel járhat, ami az orvostudományok az emberi szenvedés csökkentésére irányuló több évszázados eredményeit anulálná. Eppen ezért, de tudományos vizsgálódás, higgadt ítéletalkotás és az e témakörben oly nehéz tényszerű közlés tanulságos mintájaként is minden orvos számára hasznos lehet a kiadvány megismerése.

Novák János dr.



A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1984. május 11-én, de. 8.30 órakor, a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (VIII., Mária u. 52.) **tudományos ülést** tart.

A Semmelweis OTE Konzerváló Fogászati Klinika előadásai

1. **Boros Éva, Nemes Júlia, Bánóczy Jolán, Pados Róbert, Ember Gyöngyi:** Budapesti szakközépiskolás tanulók fogászati szűrővizsgálata.

2. **Pados Róbert, Ember Gyöngyi:** Cukorbetegség vizsgálata intézeti körülmények között élő gyermekeken.

3. **Holló József, Esztáry Imre:** Élő és elhalt pulpájú fogak felépítése.

A Magyar Rehabilitációs Társaság Mozgásszervi Szekciója 1984. május 14-én, hétfőn, 14.00 órakor, az Orsz. Orvosi Rehabilitációs Intézet kultúrtermében (XII., Szanatórium u. 2.) **tudományos ülést** tart.

Téma: **Új rehabilitációs eljárások.**

1. **Zala Mária, Zámor Csilla:** Malignus tumor miatt amputált gyermekek pszichológiai vezetése.

2. **Fehér Miklós dr., Klauber András dr., Hencz Éva, Nádasdi Éva:** Bio-feed-back kezelés alkalmazásának elmélete és gyakorlati alkalmazása hemiplég betegek rehabilitációjában.

3. „Egy nap az OORI Hemiplégiai Osztályán” c. továbbképző videofilm vetítése. Előtte: **Endres Mária dr.** mond rövid bevezetőt.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1984. május 15-én, du. 14 órakor, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) **tudományos ülést** tart.

Schoket Bernadette, Vincze István, Gueth Sándorné: A környezet-szennyező vegyületek metabolikus aktiválása és inaktiválása a genotoxikus hatás kialakulásával összefüggésben.

Az Orsz. Testnevelési és Sporteü. Int. Tud. Bizottsága 1984. május 10-én 14.30 órakor, az Intézet tanácstermében **tudományos ülést** tart.

Sidó Zoltán dr., Csanádi Sándor: Műszeres vizsgálatok expedíciós körülmények között a Spitzbergákon.

A Magyar Pszichiatriai Társaság Pszichofarmakológiai Munkacsoportja 1984. május 15-én (kedd) 15 órakor, a Semmelweis OTE Pszichiatriai Klinika tantermében

(VIII., Balassa u. 6.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Prof. Magyar István, Magyar Iván:** Tartós neuroleptikus kezelés mellékhatásai és szövődményei.

2. **Perényi András:** A neuroleptikumok kombinációjáról schizopren betegekben.

3. **Kovács Gábor:** Tartós lítiumkezelés fenntartásának problémája.

4. **Prof. Lipcsey Attila, Peres Aladár, Révész Tamás:** Hosszú távú kezelés parkinsonizmusban.

5. **Sztaniszláv Dániel:** Számítógép szerepe a farmakokinetika és a klinikum együttműködésében.

6. **Gaszner Péter:** A Tobanum alfa és béta adrenoceptor hatásáról.

A Szegedi Akadémiai Bizottság, a Szegedi Orvostudományi Egyetem az Eü Szervezők Délkelet-magyarországi Szekciója, a MÁOTE Dél-alföldi Területi Szervezete 1984. május 15-én, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház Dísztermében (Somogyi u. 7.) **tudományos ülést** tart.

1. **Zalányi Sámuel dr.:** Az egészségi állapot változásának megítélése újabb adatok tükrében a balassagyarmati morbiditási vizsgálatok alapján.

2. **Csenke László dr., Zalányi Sámuel dr., Takács Imre dr.:** Az alapellátás egyes kérdései a balassagyarmati morbiditási vizsgálat alapján.

3. **Takács Imre dr., Zalányi Sámuel dr., Csenke László dr., Kovács Katalin dr.:** A szakorvosi rendelőintézet szerepe a járóbeteg-ellátásban a betegforgalom és a morbiditási struktúra viszonyai alapján a balassagyarmati morbiditási vizsgálat tükrében.

4. **Müller Anna dr., Zalányi Sámuel dr., Takács Imre dr.:** A gondozóintézetek betegellátási jelentősége a járóbetegforgalom orvosi munkahelyek közötti megoszlása alapján a balassagyarmati morbiditási vizsgálat tükrében.

5. **Szabó Sándor dr., Zalányi Sámuel dr., Csenke László:** A pszichiátriai és a pszichoszomatikus betegek ellátásának nyomon követése a balassagyarmati morbiditási vizsgálat alapján.

6. **Kovács Katalin dr., Zalányi Sámuel dr., Pető Éva dr.:** Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszere a balassagyarmati morbiditási vizsgálatban. I. Az egészségi állapot fokozatai szerinti megközelítés.

7. **Pető Éva dr., Zalányi Sámuel dr., Kovács Katalin dr.:** Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszere a balassagyarmati morbiditási vizsgálatban. II. Szociológiai megközelítés.

8. **Kanyó Mária, Zalányi Sámuel dr., Kovács Katalin dr.:** A népesség számának változásával kapcsolatos módszertani kérdések a balassagyarmati morbiditási vizsgálatban.

A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciója 1984. május 17-én Budapesten, az I. Női Klinika tantermében (VIII., Baross u. 27.) **tudományos ülést** rendez.

Téma: A méhnyakrák megelőzésének, korai kórismézésének és gyógykezelésének jelenlegi helyzete.

10.00 óra

Prof. Gáti István: Megnyitó.

10.15 óra

Üléselnök: **prof. Gáti István.**

Titkár: **Lust Iván dr.**

1. **Prof. Eckhardt Sándor:** A méhnyakrák elleni küzdelem mai helyzete és perspektívái.

2. **Prof. Sugár János:** A méhnyak kóros hármjának korszerű szövettani nomenklaturája.

3. **Simon József dr.:** Jelenlegi lehetőségeink a praeklinika méhnyakrák szövettani diagnosztikájában, különös tekintettel az in situ carcinomára.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnök: **prof. Zsolnai Béla.**

Titkár: **Simon József dr.**

4. **Prof. Csaba Imre:** A méhnyak praeblastomás elváltozásainak therápiája.

5. **Prof. Csömör Sándor:** A méhnyak in situ carcinomájának therápiája.

6. **Töttössy Béla dr.:** A méhnyakrák I. stádiumának therápiája.

7. **Keller Gábor dr.:** A méhnyakrák II–IV. stádiumának therápiája.

Hozzászólások

13.00 óra

A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciójának vezetőségi ülése.

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete Pest megyei Szervezete és az Országos Körzeti Orvosi Intézet, az Országos Elelmezési és Táplálkozástudományi Intézet, az Országos Dietetikai Intézet, a Fővárosi Egészségnevelési Intézet közreműködésével 1984. május 25-én Zsámbékon, a Művelődési Házban **továbbképző jellegű egynapos tudományos konferenciát** rendez.

Téma: **Növényi eredetű élelmiszerek jelentősége táplálkozásunkban.**

9.30 óra

A konferenciát köszönti:

Zádor András dr., a Pest megyei Tanács Eü Osztály vezetője,

Zink Imre Zsámbék Nagyközségi Közös Tanács elnöke,

Halász Ede dr., a MÁOTE Pest megyei titkára.

10.00 óra

Üléselnök: **Zádor András dr.**



1. **Dworschák Ernő dr.:** Növényi élelmiszerek táplálkozási értéke, és antrinitritív anyagai.

2. **Prof. Rigó János:** Növényi élelmiszerek jelentősége és alkalmazása a diétetikában.

3. **Barna Mária dr.:** Növényi élelmiszerek alkalmazása a gyermekgyógyaszatban.

4. **Szenes Endréné dr.:** Szójabab alapú konzervipari termékek táplálkozásbiológiai értéke.

Szünet

Délután 14 óra

Üléselnök: **Botta Ádám dr.**

1. **Módszertani bemutató.**
Vezeti: **B.-né Gajdon Nárcisz.**
Szakértő: **Bencsik Klára.**

2. **Fórum.**

Vitavezető: **Botta Ádám dr.**

Felkért hozzászólók: **Pados Gyula dr., Galgóczy Ernő dr.**

Részvevők: **Rigó János dr., Barna Mária dr., Dworschák Ernő dr., Szenes Endréné dr.**

Délután 15.30 óra

XIII. századbeli romtemplom megtekintése.

Kiállítás szervez: Budapesti és Pest megyei Gabonaforgalmi és Malomipari Vállalat, Nyugat-Pest megyei Sütőipari Vállalat.

Tudnivalók

Zsámbék gépkocsival megközelíthető Budapestről az M-1-es úton. Autóbusz a Széna térről 7.50 órakor indul.

Étkezési igényt (méltányos térítés ellenében) kérjük előzetesen jelezni **legkésőbb május 15-ig.** Cím: **Fodor Miklós dr. Zsámbék, Somogyi B. u. 6., 2072.**

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1984. május 16—19-ig Balatonaligán, az MSZMP-üdülőben rendezi **26. nagygyűlését.**

1984. május 16., szerda, 10.00 óra

A nagygyűlés megnyitása

Megnyitó beszédet mond: **Jávor Tibor**, a Társaság elnöke.

10.30 óra

Kerekasztal-konferencia

A képkalkotó-eljárások szerepe a gastroenterológiában

Moderátor: **Jávor Tibor.**

Részvevői: Balogh István (Budapest), Bartha László (Budapest), Horváth László (Pécs), Nemessányi Zoltán (Pécs), Papp János (Budapest), Prónay Gábor (Miskolc), Simon László (Szekszárd), Szébeni Ágnes (Budapest), Varga Gyula (Pécs), Wittman István (Budapest).

15.00 óra

Üléselnökök: **Simon László, Szébeni Ágnes.**

1. **Gibinski, K. (Poland):** A modern képkalkotó eljárások felhasználása a gastroenterológiai diagnosztikájában.

2. **Rödl W., (NSZK):** A Nuclear Magnetic Resonance (NMR) értéke — hasi tomográfia.

3. **Nassuato, G., Iemmolo, R. M., Angelini, F., Zacchi, C., Pedrazzoli, S., Petrin, P., Orlando, R., Okolicsányi, L. (Italy):** Echogen epe és lithogen epe: korreláció az epehólyag tartalom ultrahang képe és a fizikokémiai analízise között.

4. **Ábrahám Gy., Nagy F., Döbrönte Z. (Szeged):** Ultrahang-vizsgálat értéke az epehólyagkövesség és a sárgaság differenciáldiagnosztikájában.

5. **Szabó T., Thán Z., Gógl Á., Kovács T. (Székesfehérvár):** Az ultrahang technika lehetőségei az epekövesség szűrésében és a kőbetegség diagnosztikájában.

6. **Regöly-Mérei J., Dubecz S., Záborszky A., Faller J. (Budapest):** A sonographiás vizsgálat jelentősége az intraabdominalis tályogok diagnosztikájában és a kezelés nyomon követésében.

7. **Lendvai I., Székely Gy., Szlamka I. (Budapest):** Pancreascysták longitudinális vizsgálata ultrasonographiával.

8. **Vadnai Marianna, Baricza S. (Budapest):** Belgyógyász és sebész sonográfiai tapasztalata és szemléletváltozása a gastroenterológiai kórképek vizsgálatában.

9. **Sándor J., Regöly-Mérei J., Dubecz S., Záborszky A. (Budapest):** Korszerű módszerek a postoperatív acut acalculusos cholecystitis diagnosztikájában.

10. **Gál I., Péter M., Szabó T., Fábrián E., Balázs Gy. (Debrecen):** Az epeutak és a Vater-papilla morfológiájának és az epeürülés dinamikájának összehasonlító vizsgálata transduodenalis sphincter-műtétek után.

11. **Varga Gy., Temesi M., Szabó M. (Pécs):** Az epehólyagfal benignus intraluminális elváltozásainak real time ultrasonográfiája.

Szünet

Üléselnökök: **Balogh István, Szilvási István.**

12. **Bohár L., Reisz T., Bajtai A., Sarkadi G., Banay J., Erős A. (Budapest):** A pancreas-betegségek differenciáldiagnosztikája, különös tekintettel az ultrahangvizsgálati lehetőségekre.

13. **Simon L., Paszterek Erzsébet, Tóth Gy., Jámor Margit (Szekszárd):** A dinamikus oesophagus-scintigraphia jelentősége a nyelősó motoros rendellenességeinek vizsgálatában.

14. **Muth L., Tornóczky J., Simon L., Paszterek Erzsébet, Sziládi Erzsébet (Szekszárd):** Dinamikus nyelősó-scintigraphiával szerzett tapasztalatok diabetes mellitusban.

15. **Bohár Á., Bor Katalin, Szilvási I., Csobály S., Molnár F., Vörös A., Kiss J. (Budapest):** A nyelö-

csőbetegségek komplex radiológiai vizsgálata az Orvostovábbképző Intézetben.

16. **Forgács A., Trizna Z., Horányi J., Weltner J., Péteri I. (Budapest):** 24 órás intraoesophagealis pH mérés szerepe a cardia funkciójának megítélésében.

17. **Vörös A., Szántó I., Bor Katalin, Bohár Á., Kiss J. (Budapest):** A nyelősótumorok megítélése submucographiával.

18. **Szilvási I., Kiss J., Bor Katalin, Vörös A., Szántó I., Solt I. (Budapest, Székesfehérvár):** Biliary reflux after esophageal surgery. A cholescintigraphic study.

19. **Lőrinczy E., Libor J. (Gyula):** A hepatobiliaris rendszer farmakodinámiai vizsgálata izotópmódszerrel.

20. **Földi I., Nemessányi Z., Várszegi Á. (Komló, Pécs):** Postcholecystectomiás papillastenosis kóris-méjéről és műtéti megoldásáról.

21. **Balogh Ildikó, Szilvási I., Pastinszky I., Bor Katalin, Nemesánszky E., Szántó I. (Budapest):** Nitroglicerín-koleszcintigráfia az Oddi szfinkter funkcionális állapotának vizsgálatára.

22. **Kopcsányi Zsuzsanna, Szilvási I., Pastinszky I., Bodor E.-né, Bohár L. (Budapest):** A koloid májscintigráfia és a koleszcintigráfia kombinált alkalmazása az intrahepatikus téréglő folyamatok kóris-mézésében.

23. **Demeter Jolán, Balogh I., Kristóf Mária, Vámos Márta (Budapest):** Kétfázisú gyomor röntgenvizsgálattal szerzett tapasztalataink.

24. **Papp Zs., Varga Gy., Molnár K. (Pécs):** Korszerű gyomor-röntgenvizsgálat — hazai változatban.

25. **Loginov, A. Sz. (Szovjetunió):** Az echográfia diagnosztikai jelentősége a máj- és az epeutak megbetegedéseiben.

26. **Lemesko, V. A. (Szovjetunió):** Az ultrasonográfia a gyomor- és bélbetegségek diagnosztikájában.

Május 17., csütörtök, 9.00 óra

A környezeti ártalmak szerepe a gastroenterológiában

Referátumok

Üléselnökök: **Gáti Tibor, Fehér János.**

1. **Gáti T. (Budapest):** A környezet szerepe a gastroenterológiában. A vibráció és a hypoxia kórosító hatása.

2. **Szende B. (Budapest):** Környezeti ártalmak szerepe a májdaganatok kialakulásában.

3. **Möckel, G. (NSZK):** A tápanyagokkal szembeni intolerancia károsító hatása a gastroenterológiában.

4. **Csomós, G., Hruby, H., Thaler, H. (Ausztria, NSZK):** Új szempontok az amanita phalloides intoxikáció kezelésében.

5. **Szlamka I. (Budapest):** Kórosító tényezők a táplálkozásban.

6. *Varga L.* (Szombathely): A mezőgazdasági kemizálás kórokozó szerepe a gastroenterológiában.

7. *Gógl Á.* (Székesfehérvár): A nem kívánt gyógyszerhatások megjelenése a gastrointestinalumban.

8. *Fehér J.* (Budapest): Alkohol és máj.

9. *Pár A.* (Pécs): Hepatitis vírusfertőzés, mint környezeti ártalom.

10. *Magyar I.* (Budapest): Pszichés ártalmak hatása gastroenterológiai betegségekben.

Május 17., csütörtök, 15.00 óra

Poszterek

Elhelyezés — Megtekintés — Vita

Üléselnökök: *Bálint Gábor, Korányi György, Nemesánszky Elemér, Papp János.*

1. *B. Kovács Judit, Lőrincz Margit* (Budapest): Csecsemők környezeti ártalma: enterális tehéntejallergia.

2. *Arató A., Kósnai I., Kovács Ildikó, Domján Otília* (Budapest): A tehéntejfehérje és a gluten bevezetésének időpontja a csecsemők étrendjébe két magyar faluban.

3. *Riesz T., Arató M., Bohár L., Nemesánszky E.* (Budapest): Az epeút Giardiasis terápiás lehetőségei.

4. *Lőrincz Margit, B. Kovács Judit* (Budapest): Giardiasis: népbetegség?

5. *Csalay L., Sajgó Mihályné, Csákvári G., Fáy Erzsébet, Vincze I.* (Budapest): Fémek hatása a Ca^{45} és Cd^{115} duodenális felszívódásra.

6. *Csákvári G., Fáy Erzsébet, Csalay L., Sajgó Mihályné, Vincze I.* (Budapest): Kísérletes vegetatív egyensúlyzavar hatása a szervezetnek hasznos, illetve káros anyagok felszívódására.

7. *Beró T., Ruzsa Cs., Jávör T.* (Pécs): Az étkezési búzakorpa hatása a B_{12} -vitamin felszívódásra emberben.

8. *Várkonyi S., Monzpart T., Novák Éva, Schlotter Gy., Ingula Irén, Kővesdi Erzsébet, Kálmánchey Laura, Deák Mária, Biró Rozália* (Budapest, Dunakeszi, Debrecen, Miskolc): Fekélybeteg és egészséges környezeti tényezőinek, valamint rágóképességének multicentrikus összehasonlító vizsgálata.

9. *Lengyel G., Tulassay Zs., Papp J., Szathmári M., Varga E., Görög K., Boytha Zs., Vereckei L.* (Budapest): A gastroduodenalis fekélyek aktivitásának évszaki ingadozásáról.

10. *Petri Margit, Kocsis Gy., Kocsis F.* (Visegrád): A pszichoszociális hatások szerepe a fekélybetegségben.

11. *Patty I., Tárnok F., Deák G., Nagy L., Jávör T.* (Pécs): Chronicus recidív nyombélfekélyes betegek. Etiológiai faktorok, terápiás problémák.

12. *Past T., Tapsonyi Zsuzsanna, Nagy L., Jávör T.* (Pécs): A környezetet szennyező nitrát-nitrit és

gyógyszer kölcsönhatása, mint a potenciális kémiai carcinogenitás egyik lehetséges forrása.

13. *Horváth Ö., Petri A., Csikos M.* (Szeged): Környezeti tényezők szerepe a nyelöcsőrak kialakulásában.

14. *Újszászy L., Takács S., Jankovich M., Tatár A.* (Miskolc): Vastagbélrákok cink, réz, cadmium és ólom meghatározása.

15. *Nagy L., Past T., Jávör T.* (Pécs): Forgalomban levő gyulladáscsökkentő készítmények nyomnyálkahártyát károsító hatásának vizsgálata emberben.

16. *Fehér M.* (Budapest): Az emésztőcsatorna carcinomás rizikófaktora.

17. *Király Tünde, Pár A., Kádas I., Jávör T.* (Pécs): Alkohol fogyasztás hatása a krónikus B-hepatitis prognózisára.

18. *Horváth Tünde, Pár A., Past T., Beró T., Kádas I., Jávör T.* (Pécs): Idült alkoholos májártalmak helye a pathológiás gyógyszermetabolizmusban.

19. *Dávid K., Stotz Gy., Kelemen J. T., Halmy L.* (Budapest): Az alkoholos májkárosodás különböző formáinak klinikai, morfológiai elemzése.

20. *Hérics Margit, Berkes E., Kassay L., Keresztury S.* (Miskolc): Immunológiai paraméterek vizsgálata alkohol okozta májkárosodás esetén.

21. *Toncsev H., Cornides Ágnes, Kiss Á., Gógl Á., Frenkl R., Fehér J.* (Budapest, Székesfehérvár): Granulocita béta-glukuronidáz aktivitás változása és májkárosodás antikonciptensek alkalmazása esetén.

22. *Kempler P., Szalay F., Váradi A., Mosonyi A., Tumpek A., Vizi F., Fácán M.* (Budapest): Autonóm neuropátia primer biliaris cirrhosisban (PBC), alkoholos és nem alkoholos idült májbetegségekben.

23. *Abonyi Margit, Tulassay Zs., Papp J., Lengyel G., Szatmári M., Kisfaludy S.* (Budapest): Alkoholos eredetű portális hipertóniában keltekező gastrointestinális vérzésforrások 1983-ban.

24. *Nagy Gy., Prónay G., Juhász L., Csák L., Váci I.* (Miskolc): Urgens panendoscopos vizsgálataink elemzése.

25. *Dobi S., Kéri Julianna, Várnai F.* (Budapest): Gyógyszeres kezelésre reverzibilis portális hipertensio esete.

26. *Kupcsulik P., Pinkola Krisztina, Kokas P., Bodnár A.* (Budapest): Propranolol alkalmazása a nyelöcsővaricositas miatt sclerotizált betegek krónikus kezelésére.

27. *Biró L., Bodor Gy., Telegdy L.* (Budapest): Ipari mérgezéses esetek gastroenterológiai beteganyagunkban.

28. *Gergely Judith, Weisz Gy., Udvardy M., Kulcsár A.* (Debrecen): Inhalációs széntetrachlorid expositio és májártalom.

29. *Szentgyörgyi D., Szilárd Szilvia* (Leninváros): A CATERGEN hatása szerves oldószerek-expositió-

ban foglalkoztatott dolgozókra megfigyelve.

30. *Gervain J., Solt I., Gógl Á., Boda M.* (Székesfehérvár): Környezeti tényezők (életmód, diéta, alkohol) szerepe a pancreatitisek etiológiájában.

31. *Deák G., Kőszegi T.* (Pécs): Hyperlipidaemiás krízishez társuló pancreatitis.

32. *Pap Á., Berger Z., Varró V.* (Szeged): Az alkoholfogyasztás szerepe a krónikus pankreatitis kiváltásában és progressiójában.

20.30 óra

Filmbemutató

Puscas, I. (Románia): Ulcus ventriculi és duodeni kezelése karboanhidráz gátló készítménnyel.

Május 18., péntek, 9.00 óra

Üléselnökök: *Jávör Tibor, Gáti Tibor.*

Közgyűlés

Elnöki megnyitó

Hetényi Géza emlékelőadás

Papp Miklós: A hasnyálmirigyműködés néhány kórleletani és klinikai kérdése.

Tudományos díjak átadása.

Főtitkári beszámoló.

Pénztárosi jelentés.

A Számvizsgáló Bizottság jelentése.

Ellenőri jelentés.

Vita az elhangzott beszámolókkal felett.

Főtitkári zárzó.

Előadások

Üléselnök: *Prónay Gábor.*

1. *Paola Granelli, Brando, B.* (Italy): A HLA-DR antigének kimutatása az emberi gastrointestinális traktusban.

2. *Miazza, B., Nicolet, T., Guillaume, P., Turberg, Y., Loizeau, E.* (Svájc): A pancreaticus adaptáció: egy új koncepció.

3. *Machnik, G., Bosseckert, H., Ina Schmidt* (NDK): A colorectum precancerosus laesiói.

4. *Juszczuk, J.* (Poland): A virális fertőzők serológiai jellemzői az akut és a chronicus hepatitis diagnózisában és prognózisában.

5. *Okolicsányi, L., Nassuato, G., Iemmolo, R. M., Orlando, R., Straz-zobosco, M., Muraca, M., Csomós, G.* (Italy): A silymarin hatása a biliaris lipid összetételre. (Kísérletes és klinikai tanulmány.)

6. *Hartig, W., Weiner R., Matkowitz, R.* (NDK): A szénhidrátok és az aminosavak felszívódása a postoperatív szakaszban.

7. *Storch, W., Trautmann, B., Nuhn, P.* (NDK): Ellenanyagok által károsított indukciója D-penicillamin ellen.

Május 18., péntek, 15.00 óra

„A” szekció

Endoszkópia

Üléselnök: *Preisich Péter.*

1. Wittman I., Bodó M. (Budapest): Az emésztőszervi endoscopia helyzete Magyarországon (statistikai adatgyűjtés értékelése).

2. Wildhirt, E. (NSZK): Húszezer saját laparoscopia során szerzett tapasztalatok.

3. Henning, H. (NSZK): A hasüreg laparoscopus explorációja.

4. Buzás Gy., Livia Voicu, Valeanu, S. (Románia): Ulcus ventriculi és duodeni kezelése Ulcosilvanilla (multicentrikus kiértékelés).

5. Solt J., Rauth J. (Pécs): Az achalasia tágitó kezelése fiberoscopia rögzített ballonkatéterrel.

6. Jakab F., Ondrejka P., Sugár I., Ráth Z. (Budapest): A Mallory-Weiss-syndroma, mint a masszív gastrointestinális vérzés oka.

7. Huoranszki F. (Budapest): A gastrointestinális savhaematinképződés megfigyelése az endoscopus vizsgálat információs értékének kiterjesztésére.

8. Toóth Éva, Bodó M., Szlamka I., Bátorfi J. (Budapest): Epekőileus diagnosztizálása felső panendoscopia segítségével.

9. Farkas I., Preisich P., Konyár Éva (Kerepestarcsa, Budapest): A duodenum tumorainak endoscopus diagnosztikája.

Sz ü n e t

Üléselnök: Várkonyi Sándor.

10. Domján L., Galuska L. (Kecskemét): Endoscopus és izotóp (HIDA) vizsgálattal szerzett megfigyeléseink transduodenalis sebési sphincterotomia és sphincterplastica után.

11. Rácz I., Téri Nóra, Varga L., Mayer R. (Győr): A pancreas és az epérendszer fejlődési rendellenességei ERCP vizsgálatainknál.

12. Juhász L., Mátai É., Varga Gy. (Miskolc): Tapasztalatok az ERCP, májscintigráfia és ultrasonographia összehasonlító vizsgálatában pancreas- és epéüdaganatok esetén.

13. Kalász Gy., Mályi I., Gótz Gy., Juhász M. (Budapest): Az epéüt endoszkópos manometriájának jelentősége az Oddi-sphincter dysfunctio diagnosztikájában.

14. Papp J., Tulassay Zs., Lengyel Gabriella, Kisfaludy S., Békeffy Magdolna (Budapest): Endoscopus sphincterotomia acut pancreatitis betegekben.

15. Tulassay Zs., Papp J., Kollin Éva, Janek Márta (Budapest): Endoscopus retrograd cholangio-pancreatographia (ERCP) gyermekkorban.

16. Schultz K., Farkas A., Horváth L. (Pécs): A gyermekkori portalis hypertensio korai diagnosztikájának és kezelésének újabb lehetősége.

17. Török A., Stotz Gy., Szlamka I. (Budapest): Colitis ulcerosa endoscopus Ar. laser kezelése során tett megfigyeléseink.

18. Papp Ilona, Bajza Yvonne, Bajta A., Figus I. A. (Jászberény):

A vastagbél polypectomizált betegek gondozása.

19. Vámosi-Nagy I., Szántó I., Banaí J., Bajtai A. (Budapest): Az operált vastagbél colonoscopus vizsgálatával szerzett tapasztalataink.

20. Ondrejka P., Jakab F., Sugár I., Ráth Z. (Budapest): Az intraoperatív endoscopus vizsgálatokról.

Május 18., péntek, 15.00 óra

„B” szekció

Kutatói fórum

Üléselnökök: Papp Miklós, Varró Vince.

1. Kovács Erzsébet, Puskas I., Buzás Gy., Lucia Sturzu, Moldovan Adriana (Románia): A karboanhidráz direkt aktiválása hisztaminnal és impromidinnel.

2. Baláspiri L., Somlai Cs., V. Tóth M., Lovinics J., Bálint G., Kovács K. (Szeged): A patkány little gasztrin (G-17) és minigasztrin (G-14) teljes szintézise, biológiai és immunológiai vizsgálatai.

3. Mózsik Gy., Ceglédi B., Zsoldos I., Tigyi A., Jávar T. (Pécs): Az atropin hatása a gyomornyálkahártya superoxid dizmutáz (SOD) aktivitására különböző kísérletes fekélyek létrejötte ideje alatt.

4. Németh Annamária, Németh P. (Pécs): Szérum superoxid dizmutáz tartalmának vizsgálata gastroenterológiai megbetegedésekben az anti-SOD monoklonális ellenanyagok segítségével, ELISA technikával.

5. Szombath D., Székely Gabriella, Fehér Erzsébet, Dank Magdolna, Durai Éva, Gáti T. (Budapest): Disztenzióval kiváltott duodenalis fekély patkányban.

6. Bálint G. A., Náfrádi J., Varró V. (Szeged): Az antrum nyálkahártya fehérje, DNS és RNS tartalmának változása különböző kísérletes fekély modellekben és prostacyclin-kezelés során.

7. Náfrádi J., Bálint G., Varró V. (Szeged): A duodenum nyálkahártya protein RNS és DNS tartalmának változása cysteamin-fekély modellel.

8. Karácsony Gizella, Náfrádi J., Varró V. (Szeged): A duodenum mukóza preulcerozus változásai cysteamin fekélymodellel patkányban.

9. Garamszegi Mária, Beró T., Jávar T., Mózsik Gy. (Pécs): PGI₂, 7-oxo-PGI₂ és 17-aza-PGF₂ cytoprotectiv hatásának vizsgálata patkányok Indomethacin okozta vékonybélfekélyében.

10. Rózsa Zsuzsanna, Jancsó G., Varró V. (Szeged): Substance P szerepe a vékonybélkeringés extrinsic és intrinsic idegi szabályozásában.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Fehér Erzsébet, Mózsik Gyula.

11. F. Kiss Zsuzsanna, Várkonyi T., Varró V. (Szeged): Enzim rezisztens delta opiát agonista hatá-

sa a patkány vékonybél-nyálkahártya metabolikus és szekréciós folyamataira.

12. Döbrönte Z., Kahán Zs., Csáti S., Láng J., Varró V. (Szeged): Gastrointestinális hormonok hatása az emberi gyomornyálkahártya vérkeringésére és a savszekrécióra.

13. Holzinger G., Németh J., Lonovics J., Varró V. (Szeged): A hipotalamusz savszekréciót fokozó hatásának vizsgálata patkányban.

14. Németh J., Remák G., Hajnal F., Lonovics J., Varró V. (Szeged): Plasma és szöveti kolecisztokinin szint mérése RIA-val.

15. Hajnal F., Lonovics J., Németh J., Varró V. (Szeged): Az emberi duodenum nyálkahártya kolecisztokinin tartalmának meghatározása párhuzamosan végzett biológiai és radioimmun módszerrel.

16. Fehér Erzsébet, Gallatz Katalin (Budapest): Kolecisztokinin tartalmú idegrostok és sejtek megoszlása a vékonybélfalban.

17. Remák G., Németh J., Lonovics J., Varró V. (Szeged): Szöveti szomatostatin koncentráció meghatározása kutya gastrointestinális traktusában RIA-val.

18. Takács T., Pap Á., Penke B., Pávó I., Varró V. (Szeged): Szomatostatin hatás vizsgálata éber patkány exocrin pancreas működésére.

19. Hidvégi Edit, Tóth Ida, Németh Anna, Fodor I., Papp M. (Budapest): A pancreas eltérő szekréciós és szöveti válasza caerulein növekvő adagjaira.

20. Tihanyi T., Duffek L., Flautner L., Bálint I. (Budapest): Kísérletes pancreas nekrosis kimutatása ¹²⁵J-dal jelzett DNASE-zal.

21. Wittman T., Crenner, F., Greiner, J. F. (Szeged, Franciaország): A vékonybélmotilitás jejunum és ileum rezekciója után: electromyographiás vizsgálat patkányban.

22. Blázovics Anna, Cornides Ágnes, Sulyok Sára, Pollák Zsuzsa, Vereckei A., Fehér J. (Budapest, Székesfehérvár): Lipidperoxidáció gátlása a májban szintetikus anti-oxidánsokkal kísérletes atherosclerosisban.

23. Varga G., Tóth Ida, Folly G., Hidvégi Edit, Papp M. (Budapest): A H₂-receptor antagonistá Ranitidine gátló hatása a stimulált pancreasra.

Május 19., szombat, 9.30 óra

Poszterek

Elhelyezés — Megtekintés — Vita

Üléselnökök: Bajtai Attila, Ihász Mihály, László Barna, Pár Alajos, Pap Ákos, Pucskó József, Tárnok Ferenc.

1. Somlai Cs., V. Tóth M., Holzinger G., Remák G., Baláspiri L. (Szeged): A patkány gasztrin (G-17) és minigasztrin (G-14) frag-

mensek szintézise, biológiai és immunológiai vizsgálata.

2. **Balászi Cs., Antal T., Institoris L., Holzinger G., Balászi L.** (Szeged): A patkány gasztrín (G-17) és minigasztrín (G-14) fragmensek szintézise, biológiai és immunológiai vizsgálata.

3. **Telkes Z., Petri Margit, Nagy Béláné, Kocsis F.** (Visegrád): Histodil (cimetidin) szirup hatásának klinikai vizsgálata.

4. **Tárnok F., Patty I., Deák G., Nagy L., Jávortin T.** (Pécs): A cimetidin, a ranitidin és a kis dózisú cimetidin + atropin kombináció hatásának összehasonlító vizsgálata a nyombélfekély kezelésében.

5. **Hideg J., Gáti T., Pozsgai A., Tóth E.** (Budapest): Hypokinesia hatása reserpines fekélymodellre patkányban.

6. **Rábai K., Szombath D., Gellencsér F., Gáti T.** (Budapest): Bilaterális vagotomia hatása a duodenum mukozális barrierjére patkányban.

7. **Kisfalvi I., Kenderessy I.** (Budapest): Gyomorsav-secreciós változások vizsgálata proximális selectiv vagotomia utáni első évben.

8. **Till Mária, Rábai K., Székely J. I., Szombath D., Gáti T.** (Budapest): Opiát agonisták és antagonisták hatása a cold restraint fekély kifejlődésére patkányban.

9. **Dubecz S., Tihanyi K., Szombath D., Sándor J., Faller J., Rózsa I., Gáti T.** (Budapest): A vagotomia hatása a gyomor mukozális barrierre és a gyomormukozza endogén prosztanglandin szintjeire Shay-patkányban.

10. **Ruzsa Cs., Figler M., Nagy L., Mózsik Gy., Jávortin T.** (Pécs): Az atropin, a visken és a cimetidin hatásának vizsgálata a glükóz felszívódására csökkent glükóz-toleranciás egében.

11. **Arató Gabriella, Bajtai A.** (Budapest): Az ún. neurogén appendicitisről.

12. **Orbán L., Piroška Zs., Podhragay L., Kovács G.** (Mátészalka): Adatok a szövődmenyes sigma-diverticulumok kezeléséhez.

13. **Kotsis L., Kautzky L., Altorjay A.** (Budapest): Jobb oldali hemicolectomia után recidivált, ileogastricus fistulával szövődött Crohn-kór.

14. **Barna B., Jakab J., Falvassy Gy., Minik K.** (Kazinbarcika): Enteritis regionális talaján kialakult vastagbélrák esetünkről.

15. **Borgulya J., Nagy A., Horváth Ö. P., Csikos M., Baradnay Gy.** (Szeged): Tápláltsági állapot meghatározása nyelőcső és vastagbél daganatos betegeken.

16. **Bokody Gy., Medzihradzky-Sweiger H., Weltner J., Antus S.** (Budapest): Az előre tervezett parenterális táplálás során kialakult keverékek elemzése.

17. **Prónay G., Nagy Gy., Ujszászy L.** (Miskolc): Tapasztalataink Salasopyrin enema kezeléssel.

18. **Kovács Ágota,** (Budapest): Loperamid (Imodium) hatása krónikus hasmenés kezelésében.

19. **Sulyok L., Szűcs E.** (Szolnok): Rektumpolipektomia utáni perforáció spontán gyógyulása.

20. **Schmidt I., Simon L., Bende Marianna, Mátai I.** (Szekszárd): Széklet „Haemocult”-teszt szűrő vizsgálatok Tolna megyei etikai csoportokban.

21. **Pollák R., Várkonyi T., Nagy E., Varró V.** (Szeged): A lactose terhelés diagnosztikus értéke kontaminált vékonybél-szindrómában.

22. **Vezekényi Zsuzsanna, Angyal P., Nagy L., Past T., Vaskó Gabriella, Jávortin T.** (Pécs): A Kálium-R (Alkaloida) tableta gasztrointesztinális mellékhatásai és radiológiai következe.

23. **Máthé Z., Pulay I., Máthé Györgyné, Boros Éva** (Budapest): A domperidon (Motilium[®]) klinikai vizsgálata.

24. **Figler Mária, Ruzsa Cs., Mózsik Gy., Jávortin T.** (Pécs): A REDISO hatása a D-xylóz felszívódására károsodott vesefunkciójú betegeken.

25. **Györfly Á., P. Nagy I.** (Debrecen): A ranitidin és a Gastrixon összehasonlító klinikológiai vizsgálata nyombélfekélyes betegeken.

26. **Halasy K.** (Kalocsa): Gastroszcopos vizsgálattal diagnosztizált vérző jejunalis tumor sikeresen operált esete.

27. **Pulay I., Máthé Györgyné, Boros Éva** (Budapest): A ceruletid (Takus[®]) injekció klinikai vizsgálata.

28. **Berkovits L.** (Budapest): Epehólyag, epéut gyomorbéllel kombinált farmakodinámiai vizsgálata Takussal (ceruletide).

29. **Büki B., Szalay F., Abonyi Margit, Kisfaludy S.** (Budapest): Polymerizált human albumin (PHA) receptorok HBsAg pozitív májbetegségben.

30. **Ungár P., Orbán Éva, Bély M., Romics L., Kocsár L.** (Budapest): A serum epesavak vizsgálatának jelentősége krónikus májbetegségekben.

31. **Kovács L., Szlamka I.** (Budapest): Különböző ételféleségek hatása a postprandiális szérum epesav szintre.

32. **Arató M., Arató G., Riesz T., Nemesánszky** (Budapest): Krónikus nem specifikus hepatitiszes betegek utánvizsgálata.

33. **Dalmi L., Muszbek L., Pecze K., Altorjay I.** (Debrecen): Újabb serológiai módszerek diagnosztikus jelentősége krónikus aktív hepatitisben.

34. **Kiss E., Pikó K., Kiss J.** (Nyíregyháza): Chr. aktív hepatitis gondozásával szerzett tapasztalatok.

35. **Pásztor J., Mádi Szabó L., Konyár Éva** (Budapest): A ROTEX csaváros mintavevő tüvel szerzett tapasztalataink gasztroenterológiai beteganyagban.

36. **Kokas P., Iatridis P. G., Kupcsulik P.** (Budapest, USA): Az

ischemia hatása a prothrombin komplex képződésére izoláltan perfundált patkány májokban.

37. **Szalay F., Kádár J., Zalka Anna, Györe I., Pucskó J.** (Budapest): Plazmaferézis kezelés súlyos xantomatozis miatt primer biliáris cirrózis (PBC) esetében.

38. **Pucskó J., Szalay F., Zalka Anna, Németh J., Abonyi Margit, Martos Éva** (Budapest): HDL-koleszterin és más lipid paraméterek primer biliáris cirrózisban.

39. **Magyar A., Flautner L., Tihanyi T., Horkányi Z., Nagy A., Mádi Szabó L.** (Budapest): Intra-és peripancreaticus folyadékgyülemek sebészi kezelésének taktikája (186 operált eset elemzése).

40. **Téri Nóra, Rácz I., Varga L., Mayer R.** (Győr): Chronikus pancreatitis gyakorisága cholecystectomy műtét után ERCP vizsgálatánál.

41. **Horányi J., Vadon G., Flautner L.** (Budapest): Pancreas-vezeték endoprotesis.

42. **Flautner L., Tihanyi T., Joós Ágnes, Bokody Gy.** (Budapest): A segmentális krónikus pankreatitis speciális formája az ún. „groove” pankreatitis.

43. **Tarjányi Mária, Darvas Katalin, Antony Piroška, Flautner Lajos** (Budapest): Részleges- és teljes hasnyálmirigy eltávolítás általános érzéstelenítés.

44. **Sárosi I., Laszlip I., Vereckei E., Holló G., Megyeri G., Vitélyos T., Gróf J., Popik E.** (Budapest): Szérumfehérjék vizsgálata kísérletes és human akut pancreatitisben.

45. **Korányi Gy.** (Budapest): Alfa₁-antitripszin hiány fiatal csecsemőben.

46. **Kürönya P., Daróczy A., Mézsáros S.** (Ajka): Alfa₁-antitripszin meghatározás gyomornedvből.

47. **Baltás B., Németh J., Remák G., Csanádi Jolán, Karácsonyi S.** (Szeged): Zollinger-Ellison-szindróma műtétrel gyógyított esete.

48. **Mádi Szabó L., Konyár Éva, Remák G., Döbrönte Z., Németh I., Flautner L., Görög D.** (Budapest, Szeged): Gasztrintermelő pancreasztumor műtét előtt biopsziával és hisztokémiai vizsgálattal igazolt esete.

49. **Hormay M., Mátyus J., Jelen Emma** (Budapest): Nyombélfekély perforációjára kiterjedt elsőfali szívizom-infarctus első 24 órájában.

50. **Horváth Ágnes, Nemes T., Barton A., Orbán I.** (Kaposvár): Többes melaenát okozó jóindulatú vékonybél daganat.

51. **Szakáll Sz., Kósa Cs., Szöör J.** (Debrecen): A gyomor apudomás eseteinkről.

52. **Székely A., Solti I., Bajtai A., Kiss J.** (Székesfehérvár, Budapest): Idült peptikus gyomorfekély és tünetmentes cardiák együttes előfordulása.

53. **Embey-István D.** (Budapest): Ganglion coeliacumblokkád a hasi daganatos betegek tartós fájdalomcsillapítására.

54. Szalóki T., Varga Sz., Domán J. (Vác): Fatalis kimenetelű gastro-oesophagealis refluxbetegség horizontális gégeresection átesett betegen.

55. Jakab I., Sréter Lídia, Mezőfi M., Fodor F., Losonci E., Fekete S. (Budapest): A gyomor-bél tractus malignus lymphomái.

A nagygyűlés zárása

14.50 óra

A Gyermeke-gastroenterologiai Szekció alakuló ülése.

A Magyar Diabetes Társaság, a Komárom megyei Tanács Egészségügyi Osztálya, a Komárom megyei Egyesített Kórház-Rendelőintézet 1984. május 16-án, 14.00 órakor Tatabányán, az Úttörő és Ifjúsági Házban (Felszabadulás tér 34.) továbbképző ankétot rendez, a *diabetologia témaköréből*, elsősorban kórházi másodorvosok, körzeti orvosok és körzeti gyermekorvosok számára.

Brenner Ferenc dr. (Tatabánya): Megnyitó.

1. Kerényi Zsuzsa dr. (Budapest): A diabetes típusai, epidemiológiája, diagnosztikája.

2. Fővényi József dr. (Budapest): A diabetes diétás és orális kezelése.

3. Tamás Gyula dr. jr. (Budapest): A diabetes inzulin kezelése.

4. Prof. Brooser Gábor (Budapest): A diabetes szemészeti vonatkozásai.

5. Hidas István dr. (Pilisvörösvár): A diabetes gondozása az alapellátásban.

6. Baranyi Éva dr. (Budapest): A diabetes gondozása speciális szinten.

Kérdések — Hozzászólások — Vita

Brenner Ferenc dr. (Tatabánya): Elnöki zárszó.

Felvilágosítás: Békefi Dezső dr. Tatabánya, Pf. 330, 2803, tel.: (34) 11-033.

A Magyar Diabetes Társaság 1984. május 17—19 között Tatabányán, a Népházban (I., Tóth Bucsoki út 5.) rendezi VII. kongresszusát.

Május 17., csütörtök, 8.30 óra

Ünnepélyes megnyitó

9.15 óra

„A” szekció

Bevezető előadások

Üléselnökök: Békefi D., Szücs Zs.

1. Endrőczy E. (Budapest): A laboratórium szerepe a cukorbetegség diagnosztikájában, kezelésében és gondozásában.

2. Ferencz A., Brenner F., Békefi D., Gergely K. (Tatabánya): A kórházi laboratórium szerepe a diabeteses betegek gyakorlati ellátásában.

3. Pánczél P. (Budapest): Az I. típusú diabetes mellitus és más autoimmun betegségek kapcsolata.

4. Halmos T., Mihálik P., Kiss P. (Budapest): Aktív tuberkulózis társulása diabetes mellitussal.

5. Zeltner Gy., Stefán J., Kalo E., Kassai L., Panyi M., Klemencsics Á., Koós A., Magyar Zs. (Miskolc): Laboratóriumi paraméterek értéke a diabeteses krízisek prognózisának megítélésében.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Halmos T. Koltai M. Zs.

6. Pozzilli, P. (London): Aktivált T lymphocyták: szerepük az I. típusú diabetes pathogenesisében (angolul).

7. Beischer, W., Bubeck, J., Brachmann, R., Pfeiffer, E. F. (Ulm, Mannheim): A vércukor önkontroll szükségessége az I. típusú diabetesben (németül).

8. Garam T., Tótpál K., Thaisz E., Fővényi J. (Budapest): Újabb adatok az I. és II. típusú cukorbeteggek nem specifikus cellularis immunitásáról.

12.15 óra

A Magyar Diabetes Társaság vezetőségválasztó közgyűlése (Határozatképtelenség esetén 1984. május 18-án, 11.30 órakor)

14.15 óra

A kifüggesztett poszterek megtekintése.

15.00 óra

„A” szekció

Szűrés-gondozás

Üléselnökök: Gligore, V., Holländer E., Keményi Zs.

9. Gligore, V. (Cluj-Napoca): A praesymptomás diabetes diagnosztikájának jellegzetességei.

10. Takács, A., Belkova, L., Rigan, L. (Trnava): Aktív cukorbeteg-felkutatás a 232 ezres lakosú nagy-szombati járásban.

11. Dimény, E., Berne, Ch., Wibell, L. (Uppsala): A cukorbetegség előfordulása és gondozása Svédországban.

12. Margittay E. (Budapest): Diabetes-gondozással szerzett tapasztalatok körzetben (avagy: számok tükrében a diabetes-gondozó körzeti orvosi fejlődése 6 év alatt).

13. Tulipánt K., Thaisz E., Lehotkai L., Szabó L., Paulik M., Elekes Á., DeCastello, A., Fővényi J. (Budapest): Tizezres fővárosi belsőkerületi populáció nyilvántartott cukorbetegjeinek néhány jellemző adata.

14. Gyenei M., Tóth M., Gyulai M. (Mohács): Diabeteses betegek gondozásának tapasztalatai 15 év tükrében.

15. Somló Z., Szücs Zs. (Dunaújváros): Neurológiai osztályon diagnosztizált cukorbeteggek adatainak elemzése.

16. Maros É., Hajós K., Farkas T., Takács J., Safarik S. (Pincehely): Munkahelyi szűrési kiterjesztése cukorbetegség irányában.

17. Juhász Gy. (Debrecen): A debreceni és a vidéki cukorbetegnek néhány jellemző ismérvének elemzése.

„B” szekció

Hormonok-receptorok-antitestek

Üléselnökök: Korányi L., Zeltner Gy.

18. Korányi L., Kautzky L. (Budapest): A glibenclamid in vitro hatása patkány zsírszövetek és vörösvértestek inzulin-kötő receptoraira.

19. Kautzky L., Korányi L., Halmos T., Orosz A. (Budapest): Az inzulin-kötő receptorok eltérése inzulinkezelést nem igénylő fiatal-kori betegség esetében.

20. Blatniczky L., Miller J., Tóth T., Madácsy L., Péter F. (Budapest, Debrecen, Miskolc): Inzulin-kötőképesség minőségi vizsgálata I. típusú diabetesben gyermekkorban.

21. Hirschfeld, J. (Marosvásárhely): Inzulin hatása izolált zsírszövetek membránpermeabilitására.

22. Madar, J., Gozariu, L., Sildan, N., Barabás E., Ilonca, A. (Cluj-Napoca): Deconofort hatása stresselt diabeteses patkányok glukóz toleranciájára, plazma inzulin szintjére és izom inzulinérzékenységre.

23. Balázs I., Varsányi-Nagy M., Karádi I., Bretán M. (Budapest): Inzulinnal kezelt cukorbeteg 24 órás plazma növekedési hormon, glukagon, C-peptid és vércukor profil vizsgálata.

24. Gács G., Jakabfi P., Zubovich L. (Budapest): Az életkor és a testméretek hatása a vizelet C-peptid tartalmára gyermekkorban.

„C” szekció

Experimentalis és klinikai jellegű szabad előadások

Üléselnökök: Baranyi É., Soltész Gy.

25. Vörösbaranyi I., Lepšanović, L. J., Lepšanović, L., Daničić, B., Ivković-Laza, T. T., Kovač, T. (Novi Sad): A cukorbeteg vérplazmájának és zsírszövetének zsírsavösszetétele.

26. Ruzsa Cs., Figler M., Nagy L., Mózsik Gy., Jávor T. (Pécs): Az atropin, a Visken és a cimetidin hatásainak vizsgálata a glukóz felszívódására csökkent glukóz toleranciás egyéneknél.

27. Balkányi J., Mohai L., Tóth B. (Budapest): Polyphagiás betegek testsúlycsökkentésének új lehetősége: Opiát antagonistá Nalorphin hatása „nem endocrin” obesek étvágyára és testsúlyának alakulására.

28. Erdélyi K., Horváth M., Pekó E. (Balatonfüred): A nifedipin hatása a glukóz toleranciára.

29. Gerő L., Horányi J., Földes J., Keszthelyi L., Kiss I., Dufek L., Alánt O. (Budapest): Domperidon

hatása izolált patkány Langerhans-szigetek inzulin szekréciójára.

30. *Soltész Gy., Aynsley-Green, A.* (Pécs, Oxford): Hyperinulin-aemiás hypoglycaemia a csecsemő- és gyermekkorban (18 eset kapcsán szerzett diagnosztikus és terápiás tapasztalatok).

31. *Dobó K., Mihóczy L., Grósz A., Halmos T.* (Budapest): Az ifjúkori non-inzulin-dependens diabetes mellitus heterogenitásának kérdése, családvizsgálatok alapján.

32. *Kósnai I., Barta L., Molnár M., Körner A., Bucsky P., Gyódi É.* (Budapest): A juvenilis diabetes mellitus és a coeliakia együttes előfordulása.

33. *Molnár D., Dóber I., Harangi F.* (Pécs): Oralisan és intravénásan adott calcium hatása a glukózterhelés alatti vércukor és immunoreaktív inzulin (IRI) szintre kövér és kontroll gyermekekben.

Május 18., péntek, 8.00 óra

„A diabetes helyzete Magyarországon” (A Magyar Diabetes Társaság munkabizottságainak beszámolója).

Üléselnökök: *Romics L., Tornóczyky J.*

34. A diabetes epidemiológiájával és szűrésével foglalkozó munkabizottság beszámolója.

35. A diabetes diétás kezelésével foglalkozó munkabizottság beszámolója.

36. A diabetes orális kezelésével foglalkozó munkabizottság beszámolója.

37. Az inzulinkezeléssel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

38. A közgazdasági kérdésekkel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

S z ü n e t

Üléselnökök: *Czakó L., Iványi J.*

39. A szemészeti szövödményekkel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

40. A nephrologiai szövödményekkel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

41. Az érszövödményekkel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

42. A paciensevelés és a „home control” kérdéseivel foglalkozó munkabizottság beszámolója.

S z ü n e t

11.30 óra

A Magyar Diabetes Társaság vezetőségválasztó közgyűlése (A május 17-i közgyűlés határozatképtelensége esetén.)

15.00 óra

„A” szekció

A bemutatott poszterek megvitatása

Vitavezetők: *Kammerer L., Madácsy L.*

P. 1. *Kempler P., Váradi A., Msonyi A., Tumpek A., Vizi A., Fácán M.* (Budapest): Autonóm „kardiopathia” összefüggése a diabetes

fennállásával, retinopátia és protei-nuria előfordulásával.

P. 2. *Kertész T., Cserhalmi L., Koltai M. Zs., Kelecsényi Zs., Gál I., Jermendy Gy., Zrínyi T., Kammerer L., Pogátsa G.* (Budapest): A bal kamra nyugalmi diastolés funkciójának vizsgálata cukorbetegségben.

P. 3. *Kiss V., Koltai M. Zs., Bakos M., Pogátsa G.* (Budapest): Az adrenerg mechanizmusok módosulása a diabeteses koszorúérben.

P. 4. *Solymosi Zs., Kiss V., Balogh I., Koltai M. Zs., Pogátsa G.* (Budapest): Morfológiai és funkcionális szívmelváltozások diabetesben.

P. 5. *Csák É., Holländer E.* (Budapest): A HbA1 meghatározás értéke és korrólái inzulinnal kezelt cukorbeteg ambulans ellenőrzésében.

P. 6. *Ferencz A., Brenner F., Korányi A., Szabó Zs., Milkovszkyné Béres M.* (Tatabánya): A szérum fruktozamin-szint meghatározásának jelentősége az akut myocardialis infarctus után észlelhető hyperglycaemia differenciáldiagnosztikájában.

P. 7. *Hajós K., Maros É., Safarik M.* (Pincehely): HbA1C-vizsgálat értéke a cukorbeteg gondozásában.

P. 8. *Horváth Á., Nemes T., Hiegl K.* (Kaposvár): Glikozilált hemoglobin-vizsgálatok értékelése.

P. 9. *Bakos J., Gyimesi J.-né, Harris M., Simon K.* (Székesfehérvár): A cukorbeteg nevelésével szerzett gyakorlati eredményeink.

P. 10. *Kerényi Zs., Szücs J., Makos Gy., Tamás Gy. jr.* (Budapest, Bicske): Az első hazai diabetes-tömegszűrés eredményei az EVSZ 1979-es kritériumának alkalmazásával.

P. 11. *Kondás J., Fövényi J.* (Budapest): Adatok a mesterséges édesítőszeres carcinogenitását illetően hólyagdaganatos beteganyagunk elemzése alapján.

P. 12. *Lehotkai L., Papp R., Thaisz E., Szabó L., Pulik M., Tulipánt K., Elekes Á., DeCastello, A., Fövényi J.* (Budapest): Tizezres fővárosi belsőkerületi populáció nyilvántartott cukorbetegének dietetikai jellemzői.

P. 13. *Szabó L., Fövényi J.* (Budapest): Adiposus cukorbeteg koplaltatásával szerzett tapasztalataink.

P. 14. *Teszler A.* (Baja Mare): A felnőttkori kövér cukorbeteg inzulinkezeléséről.

P. 15. *Tömör Cs.-né, Papp R., Thaisz E., Lehotkai L., Szabó L., Fövényi J.* (Budapest): Cukorbeteg nagyfokban differenciált, individuális étkeztetése kórházi belosztályon.

P. 16. *Kállai K., Gyimesi A., Hanyecz V., Iványi J.* (Gyula): Személyiségvizsgálatok fiatal cukorbetegeken.

P. 17. *Klímeš, I., Zahradníková, A., Švábová, E., Čerkasov, J.* (Bratislava, Praha): Glukóz oxidáz en-

zim elektróda a plazma glukóz gyors meghatározására (angolul).

P. 18. *Kulcsár J., Panyi M., Kovácsné Szabó M., Udvardi M.* (Debrecen): A fenfluramin hatása a vörös vörsejtek inzulin receptoraira.

P. 19. *Pető Zs., Szigyártó M., Stefán J., Kalo E., Zeltner Gy.* (Miskolc): A diabetes mellitus és az infekciók kölcsönhatásának következményei hospitalizált beteganyagban.

P. 20. *Szerémy Zs., Miskolczi Z.* (Tatabánya): Diabeteses halálozás osztályunk 10 éves anyagában.

P. 21. *Tóth T., Oláh E., Stenszky V., Surányi P.* (Debrecen): Chronicus mucocutan candidiasishoz társuló autoimmun haemolyticus anaemia és diabetes mellitus.

P. 22. *Zaka, J., Bariska J., Romics L.* (Budapest): A „High density lipoprotein” (HDL 2 és HDL 3) szubfrakciók változása diabeteses betegek szénhidrát anyagcseréjének javítása során.

„B” szekció

A diabetes és terhesség

Üléselnökök: *Gáti I., Asztalos M.*

43. A diabetes és terhesség kérdésével foglalkozó munkabizottság beszámolója.

44. *Baranyi É., Tamás Gy. jr., Békefi D., Szolnoki J., Kerényi Zs., Anda L., Csákány Gy., Egyed J., Gáti I.* (Budapest, Tatabánya): Közel négyszáz, inzulinkezelésre szoruló cukorbeteg terhes gondozása során szerzett tapasztalataink.

45. *Thaisz E., Szöllösy Gy., Lehotkai L., Tarnóczy P., Korányi Gy., Fövényi J.* (Budapest): Gestációs diabeteses és juvenilis diabeteses gravidák anyagcserevezetése és gondozása kórházi belosztályon.

46. *Fein F., Ferencz P., Bakos J., Simon K., Keserű T.* (Székesfehérvár): A cukorbeteg terhesek gondozásával szerzett tapasztalataink.

47. *Asztalos M., Barta I., Zilahi G., Kaszás T.* (Budapest): A glükohaemoglobin (HbA1) meghatározás jelentősége a gestációs folyamán.

Bejelentett hozzászólás: *Egyed J.* (Budapest).

S z ü n e t

„A” szekció

A diabetes kezelése

Üléselnökök: *Fischer U., Fövényi J., Vértes L.*

48. *Krarup, T.* (Koppenhága): Inzulinkezelés — a monocomponens inzulinok használata és fajtái (angolul).

49. *Fischer, U., Freyse, E. J.* (Karlsburg): Normalizálják-e a mesterséges béta-sejt a cukoranyagcserét inzulin-dependens diabetesesekben? (németül).

50. *Hermányi I., Tamás Gy. jr., Faragó P., Flautner L., Z. Szabó L., Egyed J.* (Budapest): Hordozható, folyamatosan inzulint adagoló pumpa műtétek körüli alkalmazása

diabetes mellitusban szenvedő betegekben.

51. Kardos M., Soltész Gy., Klujber L., Mestyán Gy. (Pécs): Korai, tartós remisszió monokomponens inzulinval kezelte diabeteses gyermekekben.

52. Alánt O., Horányi J., Gerő L., Dufek L., M. Keszthelyi L., B. Kiss I. (Budapest): Enkapszulált, kémiaiilag indukált béta sejt-adenoma inzulin szekréciója.

53. Deutsch T., Tamás Gy jr. (Budapest): A szénhidrát-anyagcserre kvantitatív jellemzése inzulinhiányos cukorbeteggekben.

54. Golub I., Balkányi I., Imtiaz A., Szennovitz P. (Budapest): Tartós inzulin + szulfonilurea kezeléssel szerzett tapasztalataink „spätversager” állapotban.

55. Holländer E. (Budapest): Inzulin- és szulfonilurea-érzékenység vizsgálata II. típusú diabetes mellitusban.

„B” szekció

Experimentális és klinikai jellegű szabad előadások

Üléselnökök: Gerő L., Jermendy Gy.

56. Szénási P., Tóth L., Péterfy M., Kammerer L. (Budapest): A thrombocytá aggregáció ráció és az in vitro thrombocytá-aggregálhatóság összehasonlítása korcsoportok szerint I. típusú diabetesben.

57. Maklári E., Berényiné N. L., Koltai M. Zs., Schübitz, J., Urai L., Pogátsa G. (Budapest, Halle): A vér viszkozitást befolyásoló egyes tényezők vizsgálata diabetes mellitusban.

58. Istvánffy M., Jermendy Gy., Kammerer L., Koltai M. Zs., Pogátsa G. (Budapest): A keringő vérvolumen viszonyok jelentősége diabetes mellitusban.

59. Neuwirth Gy., Csepei M., Megyesi I. (Debrecen): Normovolæmiás haemodilútió: új lehetőség a végtaggangangrénás cukorbeteggek kezelésére?

60. Kelecsényi Zs., Cserhalmi L., Kertész T., Koltai M. Zs., Pogátsa G. (Budapest): Congestiv cardiomyopathiában és diabetes mellitusban szenvedő betegek nyugalmi systolés funkciójának összehasonlítása.

61. Pados Gy., Audikovszky M., Erdős E., Fényes M., Földes I., Rigó J. (Budapest): Étkezési búzaborpa hatása a szénhidrátok felszívódására.

62. Coce, F., Škrabalo, Z. (Zagreb): A „diabeteses láb” fertőzése (angolul).

63. Albrecht M., Bánóczy J., Tamás Gy. jr., Bruszt V. (Budapest): A fog- és szájtünetek vizsgálata diabetes mellitusban, gondozott beteganyagban.

64. Pavlič-Renar, I., Granić, M., Škrabalo, Z. (Zagreb): A chlorpropamid-alkohol flush és a diabetes (angolul).

„C” szekció

Experimentális és klinikai jellegű szabad előadások

Üléselnökök: Bereczki Z., Gács G.

65. Pogátsa G., Balkányi I., Koltai M. Zs., Dévai J., Kiss V. (Budapest): A vércukorcsökkentő szulfonilureák hatása a kamrai extrasystole előfordulására és a szívglikozidák toxicitására.

66. Tornóczy J., Pasztarak E., Sziládi E., Muth L., Simon L., Gyimóthy G., Kiss M., Balikó Z., Tóth A., Lovász E., Gaborják M., Kósa Zs. (Szekszárd): Cukorbetegnek nyelcső működésének vizsgálata dinamikus scintigráfiával.

67. Vörös P., Körner A., Németh Cs., Kammerer L. (Budapest): A fémhártya jelentsége a diabeteses nephropathia súlyosságának és prognózisának megállapításában.

68. Bereczki Z. (Dunaújváros): A vesesúly korai változásának vizsgálata experimentális diabetesben.

69. Fácán M., Tumpek A., Mosenyi A., Vizi A. (Budapest): Az autonóm neuropathia vizsgálata diabeteses betegekben. (A Magyar Diabetes Társaság vezetősége által jutalmazott TDK előadás).

70. Koltai M. Zs., Hadházy P., Malomvölgyi B., Kiss V., Pogátsa G. (Budapest): A prostaglandinok szerepe a diabeteses érreaktivitás változásában.

71. Debreczeni L., Koltai M. Zs., Pogátsa G. (Budapest): Diabeteses kutyák hörgőizomtonusának in vitro vizsgálata.

72. Román F., Sánta A., Griecs A.-né, Dobák K., Pataki L. (Szeged): Diabetes mellitusban szenvedő gyermekek vörös vérszójteinek peroxid hemolízis tesztje.

73. Balogh I., Koltai M. Zs., Solymosi Zs., Gergely A., Kiss V., Pogátsa G. (Budapest): Endogen nikkel akkumuláció alloxan-diabeteses szívizomban.

Május 19., szombat, 8.30 óra

A Magyar Diabetes Társaság dísz-ülése

Üléselnökök: Magyar I., Brooser G., Tamás Gy. jr.

A „Hetényi Géza pályadíj” ünnepeles átadása.

Prof. Beringer, A. és Prof. Kovač, T. tiszteletbeli taggá avatása.

74. Beringer, A. (Wien): Zsírmasz diabetesben (németül).

75. Kovač, T. (Novi Sad): A cukorbetegség a Vajdaságban.

S z ü n e t

Üléselnökök: Barta L., Beischer, W., Kovač, T.

76. Bibergeil, H. (Karlsburg): A diabetes ellátási sémája az NDK-ban (németül).

77. Scherthaner, G. (Wien): Az I. típusú diabetes pathogenesisének és terápiájának immunológiai szempontjai (németül).

S z ü n e t

11.15 óra

„A” szekció

Anyagcsere-ellenőrzés — „Home control”

Üléselnökök: Pados Gy., Simon K.

78. Fövényi J., Thaisz E., Lehotkai L., Persovits M., Bartalits L. (Budapest): Vércukor profilvizsgálat és vércukor mintavétel otthon („Home monitoring”).

79. Petrányi Gy. jr. (Budapest): Cukorbetegnek gondozása szűrőpapírra vett vérmintákból álló vércukorprofilok segítségével.

80. Békefi D., Korányi J., Ferencz A. (Tatabánya): A reflectometriás vércukor-meghatározás neonatológiai korlátjai.

81. Kerényi Zs., Tamás Gy. jr., Hermann A. (Budapest): A 2,3-difoszoglicerát (DPG)-szint változása különböző szénhidrátanyagcsera-állapotokban; napi ritmus a vércukor normalizálás során?

82. Jermendy Gy., Bodonyi A., Szelényi J. (Budapest): Glikozilált hemoglobin vizsgálata csökkent glukóztolerancia esetén.

83. Gefferth G., Bánhidí L. (Budapest): Tapasztalatok a hemoglobin A1C kolorimetriás meghatározásával.

„B” szekció

A diabetes és az immunitás

Üléselnökök: Kautzky L., Orosz L., Pozzili P.

84. Orosz L., Pecze K. (Debrecen): Autolog vörös vérszójte rozztaképző lymphocyták I. típusú cukorbetegségben.

85. Molnár M., Körner A., Barta L. (Budapest): A diabeteshez társuló kórképek (autoimmun folyamatok) jelentősége.

86. Knospe, S., Köhler, E., Michaelis, D. (Karlsburg): IDDM szempontjából fokozott rizikójú cukorbetegnek lymphocytáinak izolálása E-rozzetta képzéssel és patkány Langerhans-sziget elleni antitestfüggő sejt-mediált cytotoxicus aktivitásuk (németül).

87. Köhler, E., Knospe, S., Michaelis, D. (Karlsburg): Antisziget-sejt antitestfüggő sejt-mediált cytotoxicitás és NK aktivitás frissen diagnosztizált cukorbeteggekben és fokozott rizikójú egyénekben (németül).

88. Horváth M., Rózsás Zs., Varsányi M., Jovanich N. (Budapest): Lymphocytá szubpopulációk megoszlása és lymphocytá-mediált cytotoxicitás (LMC) I. és II. típusú diabetes mellitusban.

89. Madácsy L., Kassay L., Peja M., Fehér A. (Miskolc): Szelektív IgA-hiány diabetesben.

„C” szekció

A diabetes és az infekciók

Üléselnökök: Balázs I., Forgács S.

90. Fuchs, U. (Leipzig): Mononuclearis phagocytá rendszer kísérletes diabetesben (németül).

91. Tóth A., Tornóczky J., Kolombusz L., Török R., Balikó Z., Sudár G., Muth L. (Szekszárd): Granulocyt funkciók vizsgálatok diabetes mellitusban.

92. Vértés L. (Budapest): Infekciók idős cukorbetegjeinken.

93. Forgács S., Karlinger K., Messter Á. (Budapest): Infekció szerepe a diabeteses osteoarthropathia kialakulásában.

94. Mihóczy L., Cuba T., Radnóti F. (Budapest): Vesecarunculus okozta elhúzódó diabeteses coma megoldása nephrectomiával. „Read by title”.

95. Tarnóczy P., Szöllősy Gy., Thaisz E., Lehotkai L., Korányi Gy., Fövényi J. (Budapest): Gestá-

ciós diabeteses és juvenilis diabeteses gravidák szülésével szerzett tapasztalataink.

96. Korányi Gy., Kisbán G., Tarnóczy P., Fövényi J. (Budapest): Intézetünkben gondozott diabeteses anyák újszülöttjeinek neonatologiai ellátása és eredményei.

97. Papp R., Fövényi J. (Budapest): Cukorbeteg diétás oktatása kórházi belosztályon.

98. Simon K., Bakos J., Gimes J.-né, Haris M. (Székesfehérvár): Néhány észrevétel a cukorbetegnevelés kérdéséhez.

100. Soltész Gy., Greene, S. S., Aynsley-Green, A., Baum, J. D. (Pécs, Oxford): Totalis pancreatec-

tomiát követő secunder diabetes mellitus a csecsemő- és gyermekkorban.

101. Kőhalmi Gy., Csire B., Fekete T. (Miskolc): Diabeteses toleranciaváltozások értékelése 100 eset kapcsán.

102. Juhász Gy., Neuwirth Gy. (Debrecen): Mekkora terhet ró a körzeti orvosokra a cukorbeteg gondozása?

12.45 óra

Elnöki zárszó.

Felvilágosítás: Békefi Dezső dr. Tatabánya, Megyei Kórház, Gyermekosztály, Pf. 330. 2803, tel.: (34) 11-033.

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1984. február havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

A hepatitis infectiosa kivételével az enterális úton terjedő fertőző betegségek bejelentési száma nem változott jelentősen az előző hónapokhoz viszonyítva. Mintegy 25%-kal kevesebb hepatitisz fertőzést jelentettek be, mint az elmúlt hónapban, a megbetegedések száma lényegesen alacsonyabb volt a medián értékénél is.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek száma — a csak sporadikusan előforduló morbilli kivételével — a jellemző szezonális alakulásnak megfelelően emelkedett az előző hónaphoz viszonyítva. Tárgyhónapban közel 70%-kal több rubeola megbetegedést jelentettek be, mint az előző hónapban. 10 évre vonatkozó adatok alapján megállapítható, hogy február hónapban ilyen mértékű emelkedés kizárólag a járványos években (1974 és 1979) volt észlelhető. A tárgyhónapi megbetegedések száma közel nyolcszorosa volt az 1978—82 évi február havi medián értékének. A februárban bejelentett összes megbetegedés több, mint fele 3 megyében (Hajdú-Bihar, Tolna, Veszprém) és a Fővárosban fordult elő. Február közepe óta az ország különböző területein észlelték az influenza megbetegedések gócos halmozódását, elsősorban általános iskolai tanulók és fiatal felnőttek között. A hónap végéig 10 beteg vizsgálati anyagából H1N1 altípusú influenza A vírustörzset izoláltak. A törzsek antigénszerkezete az influenza A/England/333/80 variánsnak megfelelő volt.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1984. február*

Betegség	Február		Január 1—február 29.		
	1984	1983	Medián 1978—1984 1982	1983	Medián 1978— 1982
Typhus abdominalis	—	—	1	—	3
Paratyphus	—	—	—	—	—
Salmonellosis	462	414	339	964	1 056
Dysenteria	349	223	261	662	871
Dyspepsia coli	21	33	31	47	127
Hepatitis inf.	329	317	498	759	1 553
Poliomyelitis	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—
Scarlatina	1469	1884	1258	2 722	4 342
Morbilla	25	29	71	51	205
Rubeola	5181	2746	693	8 257	2 562
Parotitis epid.	6715	4146	4633	12 619	8 604
Pertussis	—	1	2	—	3
Meningitis epid.	11	6	9	17	25
Meningitis ser.	30	30	26	54	79
Encephalitis inf.	12	10	11	27	41
Mononucl. inf.	85	71	47	148	155
Keratoconj. epid.	1	3	3	1	5
Malaria	2*	1*	—	2*	1*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	14	18	14	27	61
Tetanus	1	2	1	1	3
Anthrax	—	—	—	—	—
Brucellosis	1	1	2	3	8
Leptospirosis	4	—	2	5	9
Tularemia	—	1	1	—	2
Ornithosis	2	—	2	2	—
Q-láz	—	—	1	1	1
Lyssa	— ^h	—	—	—	—
Taeniasis	3	4	6	7	14
Toxoplasmosis	7	8	5	15	29
Trichinellosis	—	—	—	1	1
Lyssa fert. gyanús sérülés	164	140	161	377	545

*Előzetes, részben tisztított adatok.
*Importált esetek.

A közvetlen értékesítés Önnek is előnyös!

Vásároljon a Medicortól!

**A medicor műszerek megvásárolhatók a Mintaboltokban
megrendelhetők a belkereskedelmi osztályon**

A külföldi készülékeket beszerzi az Import főosztály

Mintaboltok: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 186-873, Tx: 22-7231 medib

Győr, Felszabadulás útja 78/a
Tel: 13-641 Tx: 24525 medig

Belkereskedelmi osztály: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 183-061 Tx: 22-7231 medib

Import főosztály: Budapest, Röntgen u. 11-13,
1389, Pf. 150.
Tel: 495-930, Tx: 22-5051 medic

medicor

SEPTO—DOL



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

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

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

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

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



84.1121 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030-6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1984. MÁJUS 13.

TARTALOMJEGYZÉK

Horváth Ferenc dr.:
Dr. Zsebők Zoltán (1908—1984) 1179

Ihász Mihály dr. és Balázs Márta dr.:
Az appendix mucocoele kliniko-pathologiai
elemzése 1181

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Megyeri Pál dr., Túri Sándor dr.
és Endreffy Emőke dr.:*
Gyermekek fagocitáló fehérvérsejtjeinek O₂
fogyasztása, kemotaxisa nephrosis
szindrómában és krónikus pyelonephritisben 1187

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Berényi István dr., Hajduczki István dr.,
Böszörményi Ernő dr., Ludwig Géza dr.
és Schwarz János dr.:*
Koszorúér-betegség súlyosságának megítélése
terheléses ekg vizsgálattal 1191

GENETIKAI TANULMÁNYOK

*Szakmáry Éva dr., Tomsits Erika dr.,
Vass Miklós dr. és Schuler Dezső dr.:*
Ötven középsúlyos és súlyos nem specifikus
értelmi fogyatékos X-kromoszóma törékeny-
ségének gyakorisága 1195

KAZUISZTIKA

Pap Sándor dr. és Krasznai Attila dr.:
Operált focalis nodularis hyperplasia 1201

HORUS

Bethlen Gábor betegsége és halála 1205
A megértés művészete 1210

Folyóiratreferátumok 1213

Levelek a szerkesztőhöz 1229

Könyvismertetés 1230

Hírek 1232

Pályázati hirdetések 1236

CALYPSOL *injekció*

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a közelegyára hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG

500 mg ketaminum, sósavas só alakjában 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK

Onállóan 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 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 neuromuszkuláris 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 kémiaileg összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS ☒

Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozó intézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS

5 × 10 ml-es üveg.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Dr. Zsebők Zoltán (1908–1984)



Súlyos veszteség érte a hazai és nemzetközi radiológiát: 1984. február 20-án elhunyt Dr. Zsebők Zoltán radiológus professzor, az orvostudományok doktora, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikájának nyugdíjas igazgatója.

A magasan ívelő pálya, a gazdag életmű legfontosabb állomásai:

Dr. Zsebők Zoltán 1908-ban Budapesten született egyszerű család gyermekeként; apja szabósegéd, anyja varrónő volt. Gyermekéveit apja szülőfalujában, a Veszprém megyei Szentgálon töltötte, innen kapta útravalóul az emberekkel való törődést és a társadalom gondjai iránti érdeklődését. 1926-ban érettségizett a budapesti református gimnáziumban. 1934-ben avatták orvosdoktorrá a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. 1934–39-ig közkórházi segéd- és alorvos volt a székesfővárosi Rókus Kórházban és az Eötvös Lóránd Rádium és Röntgen Intézetben. Szorgalmára és tehetségére jellemző módon, egészen fiatalon 1939–1944-ig főorvosként vezeti a munkácsi, illetve a beregszászi kórházak röntgen osztályait.

Majd rövid időre búcsút mond a radiológiának és egyre magasabb beosztásba kerülve híven szolgálja a legnehezebb időkben is a magyar egészségügyet: 1945 szeptemberében az OTI önkormányzata orvosigazgatóvá választotta meg. 1945 no-

vemberétől 1948. március 8-ig a Népjóléti, ill. Kultuszminisztériumban volt államtitkár, ill. miniszteri osztályfőnök. Ebben az időszakban főként a második világháború által lerombolt, szétzilált egészségügyi hálózat újjáépítésével, ezen belül országunk egyetemi és tudományos intézeteinek felépítésével foglalkozott. Jelentős érdemei voltak a Budapesti Orvostudományi Egyetem újjáépítésében és újjászervezésében. 1947-ben a budapesti orvosi fakultáson a „Radiológiai Praktikum” témakörből magántanárrá habilitálták.

1948-ban ismét visszatért a gyógyító munkához. 1948–1962. szeptember 1-ig egyetemi docensként vezette az I. sz. Sebészeti Klinikai és az ide integrált röntgen osztályokat. 1962. szeptember 1-től 1978-ig, nyugdíjazásáig a Budapesti Radiológiai Klinika előbb megbízott, majd kinevezett tanszékvezető egyetemi tanára, illetve igazgatója volt.

Dr. Zsebők Zoltán szerteágazó tudományos tevékenységéről a számadatok mindent elárulnak: a közel 200 megjelent közlemény, az 5 — több nyelven és több kiadásban megjelent — monográfia, tankönyvek fémjelzik aktivitását, képességét és tudását. Szinte felsorolhatatlan azon nemzetközi kongresszusok száma, ahol üléselnök, vagy referens volt.

A saját tudásának gyarapítása, a hazai radiológia fejlesztése, elismertetése érdekében megfordult a világ szinte valamennyi rangos radiológiai intézetében. De munkatársai és tanítványai részére

is lehetővé tette, hogy az általa kiépített külföldi kapcsolatokból származó szakmai előnyökből ők is részesüljenek, megteremtven a korszerű radiológiai metodikák hazai bevezetésének feltételeit, ezzel is hozzájárulván a betegellátás színvonalának emeléséhez. Mindezek eredményeképpen Dr. Zsebők Zoltánt számos külföldi radiológus társaság — American College of Chest Physicians, a Szovjetunió Moszkvai Röntgentársasága, a Finn Radiológus Társaság választotta tb. tagjává. Ezenkívül tagja volt a „Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina” társaságnak. Számos nívós külföldi folyóiratnak volt szerkesztőbizottsági tagja.

Dr. Zsebők Zoltán professzornak a sors jóvoltából megadatott, hogy a változó történelmi időkben igen széles területen dolgozhasson. Igen jó időbeosztással, a benne feszülő energiából, az örökös fenniakarásból még arra is maradt ereje, hogy a Radiológiai Klinika irányítása mellett társadalompolitikai vezetői teendőket, funkciókat lásson el. Mint az Országos Béketanács alelnöke, mint a Hazafias Népfrent Országos Tanácsának elnökségi tagja, mint a Tiszántúli Református Egyházkerület

főgondnoka és a Magyarországi Református Egyház Zsinatának világi elnöke maradandó érdemeket szerzett az állam és egyház közismerten jó viszonyának megformálásában.

Allamunk Dr. Zsebők Zoltán professzor kiemelkedő szervezési, tudományos és közéleti tevékenységét számos kitüntetéssel honorálva — Kosuth-díj, Köztársasági Érdemrend tiszti keresztje, Népköztársasági Érdemérem, Munka Érdemrend arany fokozata (három alkalommal), Felszabadulási Jubileumi Emlékérem, Szocialista Magyarorszáért Érdemérem és a Magyar Népköztársaság Zászlórendje — ismerte el.

Dr. Zsebők Zoltán professzor élete utolsó lépcsőfokát a Radiológiai Klinika épületében tette meg, ott, amelynek megvalósításában érdemei múlhatatlanok, ahol tulajdonképpen élt és közismert munkabírással dolgozott halála pillanatáig.

Zsebők professzor gazdag életműve és szellemi hagyatéka kötelez bennünket arra, hogy emlékét kegyelettel ápoljuk és megőrizzük.

Horváth Ferenc dr.

Az appendix mucocèle kliniko-pathológiai elemzése

Semmelweis Orvostudományi Egyetem és Főv. János Kórház Sebészeti Osztály
(mb. osztályvezető: Ihász Mihály dr.) és
Körbonctani-Kórszövettani Osztály (osztályvezető főorvos: Balázs Márta dr.)

A szerzők részletesen foglalkoznak az appendix mucocèle pathológiai felosztásával, aetiológiájával, tünettanával, diagnózisával, terápiájával, szövődményével és prognózisával. Ennek során ismertetik 1973. július és 1983. július (10 év) között operált 15 esetük klinikai adatait. Anyaguk hazai viszonylatban a legnagyobb. Felhívják a figyelmet, hogy a prognózis jelentős mértékben függ a sebész elméleti, gyakorlati felkészültségétől, a műtét alatti gondos és körültekintő ténykedéstől.

Clinicopathological analysis of appendix mucocèle.
The authors describe in detail the pathological classification, aetiology, symptomatology, diagnosis, therapy, complications, and prognosis of the mucocèle of appendix. The clinical findings of 15 patients are summarized in connection with the subject, who have been operated by them between July, 1973 and July, 1983 (10 years). This clinical material is the largest in the country. It is emphasized, that thorough theoretical, and methodological grounding of the surgeon significantly influences prognosis, just as the care and cautious handling during operation.

Az appendix mucocélje már régen ismert elváltozás. A kórkép lényege: az appendix körülírt, vagy diffúz tágulata, a lumenben sűrű, tapadó nyálkával. Létrejöttének oka ma sem teljesen tisztázott. Régebbi teória szerint az elváltozás oka az appendix proximális részében az ismétlődő gyulladások során kialakult hegesedés, ettől distálisan pedig a nyákpangás miatt keletkezett tárgulat, steril, vagy csíraszegény appendixtartalom mellett. A nyák (mucin) glycoproteid-tartalmú, nyúlós, üvegszerűen áttűnő és savi vegyhatású, szemben az ovarium-tömlő nyákjával, amely para, vagy pseudomucin tartalma miatt mindig lúgos vegyhatású. *Hansmann* (17) egy esetben az appendix tartalmát halikrára emlékeztetőnek találta és a jelenséget myxoglobulosisnak nevezte. A fenti elméletet támasztják alá *Cheng* (8) korábbi kísérletes vizsgálatai. A szerző nyulak appendixét műtéti úton elzárta és ezt követően a distalis részen a nyálkahártya elvékonyodott, a lumenben nyák halmozódott fel, tehát mintegy reprodukálta az appendix mucocélét.

Az újabb irodalmi adatok szerint az appendix mucocélje különböző morfológiájú és pathogenezisű kórképek csoportja és a fent ismertett heges elzáródás csak kis részben képezi a betegség alapját (1). Az esetek nagyobb részében a kórképet az appendix nyálkahártya diffúz vagy körülírt, benignus vagy malignus daganata okozza (2).

Az appendix mucocélje viszonylag ritka. Gyakorlása — az irodalmi adatok alapján — 0,3–0,5%. Anyagunkban: 1,13%. Ez a tény is magyarázatul szolgálhat arra vonatkozóan, hogy a hazai irodalomban az idevonatkozó közlemények száma viszonylag kevés (5, 12, 13, 18, 19, 24).

A főregnyulvány mucocélje, az alapfolyamatól függően lehet jó- vagy rosszindulatú. Szövőd-

ményeként — *Robbins* és *Cotran* (26) szerint az esetek mintegy negyedében ruptura következhet be, mely periappendicularis infiltrátumot, vagy szabad hasüregi perforációt okozhat, amely a már veszélyes pseudomyxoma peritonei kialakulásához vezethet. Ez esetben — a szövettanilag benignus volta ellenére — a kialakuló gyulladás adhaesiok, mechanikus ileus, nagyfokú hasüri térszűkítő folyamat, ascites miatt halálhoz is vezethet. Mivel az appendix nyáktermelő adenocarcinomája klinikailag hasonló megjelenésű, prognózis szempontjából a két folyamatot élesen el kell különíteni. (Anyagunkban 3 eset. Lásd 1. táblázatot.)

A János Kórház Sebészeti Osztályának műtéti anyagában az elmúlt 10 év alatt (1973. július–1983. július) 1325 appendectomia során 15 esetben fordult elő appendix mucocèle (1,13%). Négy esetben alakult ki körülírt, vagy diffúz pseudomyxoma peritonei (1, 7, 9, 12 esetszám). Heges elzáródás négy alkalommal fordult elő. A többi esetben az elváltozást a nyálkahártya benignus vagy malignus daganatai okozták. Négy betegen kétszeri vagy többszöri műtéti beavatkozásra kényszerültünk. Beteganyagunk kivonatos klinikai adatait az 1. táblázatban, a pathológiai felosztást a 2. táblázatban tüntettük fel.

Munkánk célja, hogy felhívjuk a figyelmet az appendix mucocèle pathológiai formáira, klinikumára és — saját tapasztalataink alapján — hangsúlyozzuk a műtéti óvatosság és radikalitás fontosságát, a további műtétek elkerülése és a pseudomyxoma peritonei megelőzése céljából.

A szövettani vizsgálat alapján eseteinket 4 csoportba osztottuk (2. táblázat).

I. csoport: 4 esetben a mucocélet az appendix proximális szakaszának idült gyulladása és heges elzáródása okozta (1., 2., 4. és 12. eset).

II. csoport: 4 alkalommal az appendix-nyálkahártya diffúz adenomatosisát láttuk. A felszínen kesztyűujjszerű, nyáktermelő hengerhámmal fedett kötőszö-

Klinikai adatok

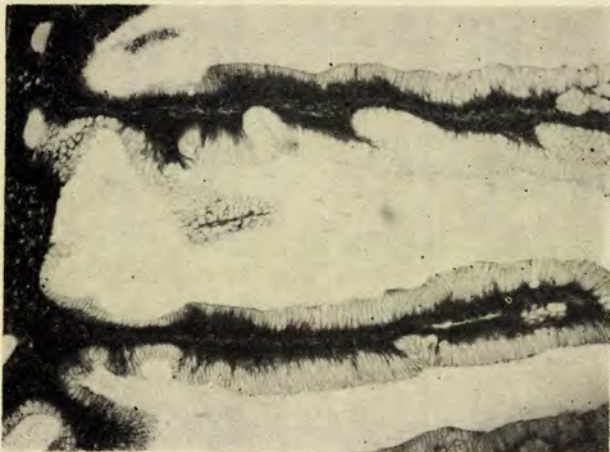
Eset szám	Nem, kor	Kórelőzmény	Műtét	Szövettan	Beteg sorsa
1.	T. P-né 50–57 é. (1973. II.–1980. I.)	Székletritmus vált. Alhasi fájd. Tap. ileocecalis resist. (1973. febr.) 1975. jan. Az alhas j. oldalán gyermekfejnji resist. 1980. jan. J. alhasfélben csecsemőfejnji resist. tap.	Coecumon gombostűfejnyi „növedékek”. Appendix végén diónyi terime. Appendect. A b. ovariumon emberfejnyi cysta. Nagy csepleszen, b. adnexumon cyst. képletek. Cystect ovarii I. s. Op. sec. Doyen Res. omenti maioris. A falí és zsigeri peritoneumon és a preperit zsírszövetben cystozus képletek. Lap. explor. Biopsia.	Mucocele appendicis. Pseudomyxoma peritoneii Cystadenoma pseudomuci- nosum multilocale ovarii. Pseudomyxoma peritoneii Idigentest típusú granulatio.	Pp. sebgyógyulás. Egy évig panaszmentes, majd alhasi fájd., hasnövekedés. Pp. sebgyógyulás. 5 évig panaszmentes, majd j. alhasi fájd. Pp. sebgyógyulás. 1983. máj.: A has körfogata jelentősen meg- nőtt, benne számos göb tap. Belgy.-i kezelés.
2.	K. Gy-né 65 é. (1974. III.)	2 napos jobb alhasi fájalmak. Hányinger, subfebrilitás.	Végén „bunkó”-szerűen megvastagodott appendix Appendect.	Mucocele appendicis	Pp. sebgyógyulás. Panasz- mentes.
3.	K. Gy-né 51 é. (1977. V.)	5 nap óta j. alhasi fájd. Konz. th-ra panaszai nem szűnnek.	Lobos, cystozusan felfújít appendix. Appendect.	Mucocele appendicis idült, lobos beszűrődéssel.	Pp. sebgyógyulás. Panasz- mentes.
4.	Sz. L. 56 é. (1978. III–IX.)	2 napos j. alhasi fájd. Hányinger, subfebr. (1978. márc.) 1978. szept. Visszavétel az appendect. és a hasfali sérv reconst. céljából.	Zölddiónyi tályog. Onkotomia. Végén a „bunkó”-szerűen megvastagodott appendix. Appendect. Hasfali reconstructio.	± Mucocele appendicis.	Váladékozó seb. Műtét területén hasfali sérv. Pp. sebgyógyulás. Panasz- mentes.
5.	I. L-né 45 é. (1978. XI.– 1979. III.)	6 nap óta j. alhasi fájd., hányás, láz. Ileocecalisan női ökölnyi resist. (1979. márc.) Visszavétel az appendekt. elvégzése céljából.	± Megvastagodott törékeny falú appendix. Appendect.	± Mucocele appendicis.	Cons. terápia mellett panaszai megszűntek. Resist. regred. Pp. sebgyógyulás. Panasz- mentes.
6.	M. B. 75 é. (1980. VII.)	Coecumon org. elvált. Ui. érzékeny, tap. resist.	Retroperit.-ban, a coecum mellett szövetszap., ökölnyi tályog. Onkotomia. Biopsia.	Adenocarcinoma mucinosum, invasivum regionis peri- appendicularis.	Sarjadzó sebbel távozik. Visszarendeljük, de nem jelentkezik.
7.	E. Gy. 69 é. (1978. X.– 1980. XI.)	36 óras j. alhasi fájdalom. Hányinger, láz. (1978. október) 1980. nov. Panaszmentes. A műtéti területben 1 év óta növekvő „csomó”.	Hasüregből kocsonyás váladék ürül. Gangraenas appendix, vége hüvelykujjnyira tágult. Műtéti heg alsó harmadában ökölnyi tu. A coecumtól 20 cm-re az ileumon kisalmányi tu.	Adenocarcinoma appendicis. Adenocarcinoma muciparum a peritoneum.	Pp. sebgyógyulás. Vissza- rendelésre nem jelentkezett. Pp. sebgyógyulás. Panasz- mentes. Kontrollra visszajár.

			A kis medencében babnyi kocsonyás elváltozások. Exstirp. par. abd. Res. intest. ilei.		
8.	M. A. 56 é. (1981. II.)	3 napos típusos appendicitisre utaló tünetek.	A gangraenas appendix vége zöldszilványira tágult. Appendect.	Adenocarcinoma muciparum appendicis.	P. sec. sebgyógyulás. Vissza-rendelésre nem jelentkezett.
9.	T. E.-né 85 é. (1981. VII.)	1 napos j. alhasi fájdalom. Hányinger, subfebrilitás.	Appendix vége megvastagodott, kocsonyás anyag fedti. Appendect.	Mucocele rupturatum appendicis.	Pp. sebgyógyulás. Panaszmentes.
10.	V. F.-né 66 é. (1981. VII. 1982. XI.)	1981. júl. 5 napos alhasi fájdalom. Láz, hidegrázás, hányás. 1982. febr. Abscessus reg. par. abd. 1982. nov. Sebe váladékozik. Sipoly járata a coecumba vezet.	Appendix területén tályog. Onkotomia. Az előző műtéti területben ökölnyi tályog. Incisio. Appendix vége „bunkó”-szerűen megvastagodott. Exstirp. fist. Appendect. Reconst. par. abd.	± ± Nyáktermelő adenocarcinoma az appendixben, villosus adenoma talaján.	Sarjadzó sebbel távozik. Sarjadzó sebbel távozik. Sebe suppurált. Panaszmentes.
11.	F. G. 26 é. (1982. II.)	1 hetes köldök körüli fájdalom. Enyhe diarrhoea, subfebrilitás.	Az appendix hüvelykujj vastagságnyi. Appendect.	Adenoma papillare mucosae appendicis. Mucocele app.	Suppuratio, disruptio. Secundaer sutura. Panaszmentes.
12.	P. T. 48 é. (1982. XII. 1983. II.)	2 napos j. alhasi fájdalom. Hányinger, hőemelkedés. Ileocoec. tájon ökölnyi resist. (1982. dec.) 1983. febr. Az appendix elvégzésére visszavesszük.	± Az appendix vége „bunkó”-szerűen megvastagodott.	± Mucocele perf. appendicitis. Pseudomyxoma peritonei.	Conservativ th. Visszarendelve. Pp. sebgyógyulás. Panaszmentes.
13.	B. A. 45 é. (1983. I.)	10 órás, típusos appendicitisre utaló tünetek.	Az appendix jelentősen megvastagodott, gyulladt. Appendect.	Mucocele app. Az appendix csúcsa mellett nyák töcsák.	Pp. Sebgyógyulás. Panaszmentes.
14.	K. L.-né 68 é. (1983. IV.- 1983. VI.)	Típusos app.-re utaló panaszok. Láz, hidegrázás. Ileocoecalis tájon tap. resist. 1983. júl. Visszavétel az appendix elvégzése céljából.	± Az appendix gyulladt, megvastagodott, vége „bunkó”-szerű.	± Adenoma villosum mucosae appendicis. Mucocele appendicis cum perforatione.	Konzervativ th.-ra panaszmentes. Periapp. infiltratum regrediált. Pp. sebgyógyulás. Panaszmentes.
15.	V. I.-né 28 é. (1983. VIII. 24.)	Két hónapja j. alhasi fájdalom. Irrigoscopia: coecum polyp.	Appendix cystosusan felfúvódott, töve a coecum lumenébe domborodik. Appendect.	Mucocele appendicis.	Pp. sebgyógyulás. Panaszmentes.

2. táblázat **Pathológiai felosztás**

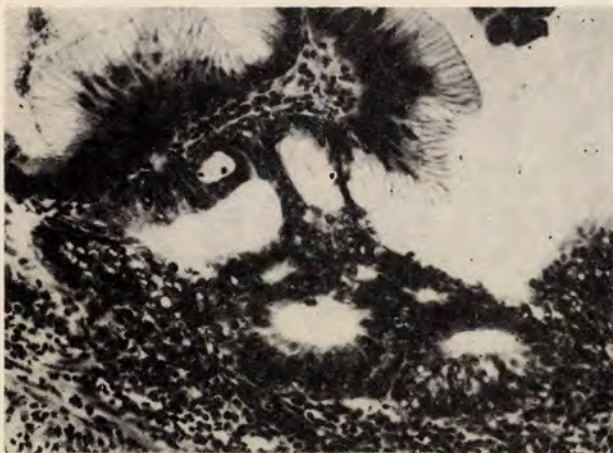
Csoport	Felosztás	Esetszám
I.	Lobos-heges elzáródás	5
II.	Diffúz adenomatosis a nyálkahártyában	4
III.	Villosus adenoma	4
IV.	Nyáktermelő adenocarcinoma	2
Összesen		15

veti nyúlványok voltak (1. ábra). A mélybenyúló mirigyek hámbélése is fokozott nyáktermelés jeleit mutatta.) A nyáktermelés jellegét és fokát PAS festéssel vizsgáltuk, kontrollként 14 ép appendixet használtunk (3., 5., 9. és 13. eset).



1. ábra: Diffúz papillaris adenomatosis szövettani képe (3. eset). A nyálkahártya felszínén kesztüujyszerű, nyáktermelő hengerhámmal fedett nyúlványok vannak.
He eo festés, 140 x

III. csoport: 4 esetben körülírt villosus adenomát láttunk (7., 10., 11., és 14. eset). Ezek között egy alkalommal (7. sz.) a lument kitöltő villosus adenomán belül carcinomásan átalakult területeket láttunk (2. ábra). Egy további esetben mucinosus adenocarcinoma szomszédságában adenoma villosumra jellemző részleteket találtunk, amely alapján feltételezhető, hogy a malignus daganat jóindulatú adenoma talaján képződött (10. eset).



2. ábra: Villosus adenoma, malignus átalakulással (7. eset)
He eo festés, 140 x

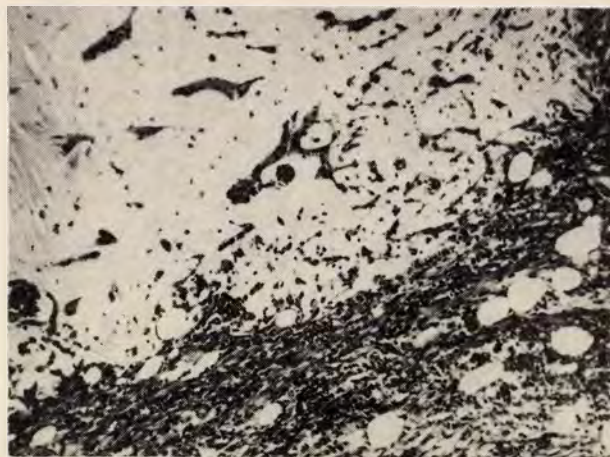
IV. csoport: 2 esetben nyáktermelő, infiltráló jellegű adenocarcinomát találtunk (6. és 8. eset). A 6. esetben a daganatos appendixet nem lehetett eltávolítani, csupán excisió történt. Így — a teljes appendix feldolgozásának hiányában — nem lehet állást foglalni, hogy jóindulatú adenoma képezte-e a rosszindulatú tumor alapját

A szövettani vizsgálat során gyakran találtunk az appendix falában nyákotcsákat, akkor is, amikor makroszkóposan lokális pseudomyxoma nem látszott. A nyákotcsákat nagy gyulladás övezte, sokszor idegentest granulatio mutatkozott körülöttük a mesoappendix zsírszövetében (3. ábra). — A nyákban is lobsejtek és fibroblastok mutatkoztak. — Vizsgálataink alapján úgy tűnik, hogy az appendix fala és környezete a lumen megrepedése nélkül is átítható nyákkal. Lehetségesnek tartjuk, hogy ez az oka a klinikailag gyakran tapasztalható periappendicularis infiltratumnak.

A szövettani vizsgálatokból kitűnt, hogy a 15 esetből mindössze 5 alkalommal képezte idült gyulladás és heges elzáródás a mucocele alapját. Tíz esetben az appendix nyálkahártya diffúz vagy körülírt daganatos proliferációjára okozott mucocelét. A daganatok legnagyobb része (10 eset közül 8) villosus jellegű daganat volt, a hámsejtek intenzív nyáktermelő tevékenységével.

A villosus tumorok a vastagbél adenomáinak mintegy 12%-át képezik, többségük a vastagbél distalis szakaszain helyezkedik el, főleg a rectumban és a sigmabélben, de egyre gyakrabban számolnak be ritkább lokalizációjú villosus adenomákról is (15). Az utolsó években szaporodnak a közlemények az appendix izolált villosus adenomáiról (20, 22, 32). Lall és Mavrelis (22) szerint 1982-ig összesen 43 esetet közöltek az irodalomban. Saját 10 éves anyagunkban talált 8 villosus tumor ellentmond az elváltozás ritkaságának.

Közismert, hogy a villosus adenomák malignus átlakulása gyakori: 30—74% (21, 30). A hámsejtek fokozott nyákkelválasztó tulajdonságát előző elektronmikroszkópos vizsgálatainkban magunk is megfigyeltük (6). Az eseteink közül két alkalommal láttuk minden kétséget kizáróan jóindulatú villosus adenoma malignus átalakulását. Ilyenkor különösen fontosnak tartjuk a daganat minden részének szövettani feldolgozását, mert a malignizálódás felismerése és a daganat lokalizációja döntő a terápia



3. ábra: Nyákotcsa az appendix falában, lobos és fibroblasztos reakcióval.
He eo festés, 120 x

megválasztásában és a prognózis megítélésében. *Lall és Mavrelis* (22) szerint elegendő az appendectomia, amennyiben a villosus adenoma nem terjed túl a resectiós vonalon. Ha túlterjed, a coecum resectiója, vagy jobb oldali hemicolectomia a helyes műtéti megoldás.

Appendix-carcinoma intraoperatív felismerése nehéz. *Chang és Attiyeh* (9) műtét közben csak az esetek 38%-ában ismerték fel.

Az appendixből származó mucocela *klinikai tünetei* legtöbb esetben az acut — vagy subacut appendicitis tüneteit utánozzák. A laboratórium vizsgálati leletei is gyakran erre utalnak. Ezért a betegek jelentős százaléka — a sebészeti osztályra utalás után — viszonylag hamar műtetre kerül. A panaszok néha enyhe alhasi fájdalmak, dyscomfort érzés, kislökő diarrhoea formájában nyilvánulnak meg. A műtét során — típusos esetben — gyakran azt látjuk, hogy az appendix nem gyulladt, hanem megvastagodott, vége „bunkó szerűen” kitágult, rugalmas tapintatú a benne elhelyezkedő nyák miatt. Ritkábban — az elváltozás kiterjedésétől és előrehaladásától függően — az appendix az ileocecalis tájon kissé fájdalmas hurkaszerű képlet formájában tapintható. Az is jellemző — és viszonylag gyakran —, hogy a kórkép már a periappendicularis infiltratum, vagy abscessus formájában jelentkezik, vagy az ileocecalis-táji tumorra jellemző klinikai tüneteket utánozza. Anyagunkban 3 alkalommal szerepel a periappendicularis infiltratum diagnózisa és a betegek csak későbbi időpontban kerültek műtetre (5., 12., 14. eset). Ugyancsak 3 betegen előbb periappendicularis tályog miatt onkotomia történt (4., 6., 10. eset).

A gyakorlatban az appendix mucocela *diagnózisának* felállítására tehát — a fentiek alapján — általában a műtét során kerülhet sor, de annak igazolása csak a kórszövettani vizsgálat alapján lehetséges. Ezért is nagyon fontosnak tartjuk az egész appendix szisztematikus szövettani feldolgozását. Amennyiben az „első” diagnózis az ileocecalis-táji tumor irányában terelődik, a kivizsgálás során végzett sima, vagy kettőskontrasztos irrigoscopia, továbbá a colonoscopiás vizsgálat negatív eredménye alapján felmerülhet az appendix mucocela diagnózisa.

A *terápia* egyértelműen sebészi, lehetőleg minél hamarabb. A már fent leírt jóindulatú esetekben az appendectomia adekvát terápiának bizonyul. Anyagunkban 5 ilyen eset szerepel (2., 3., 9., 11., 15. eset). A műtét során arra kell törekedni, hogy ruptúra ne következzen be, mert az pseudomyxoma peritonei keletkezéséhez vezethet. Amennyiben ez mégis megtörténik, vagy az már korábban bekövetkezett, a szabadon levő nyákos anyagot gondosan el kell távolítani és át kell vizsgálni a hasüreg, keresve a még finom, discrét peritonealis felrakódásokat, mert, ha ezeket a korai szakaszban eltávolítjuk, a prognózis jelentős mértékben javul. A mindennapi gyakorlatban azonban az ideálisnak nevezhető mucocela viszonylag ritka. Gyakran az ún. appendicularis granuloma formát találjuk (24), amelynek produktív gyulladása a környezet térszűkítő folyamatát, a régióban található egyéb szervekkel való adhaesióját okozhatja, sőt a malignitás

gyanúját keltheti. Emiatt a sebész a műtét kiterjesztésére, esetleg a jobb oldali hemicolectomia elvégzésére kényszerülhet. Mivel a coecum fala is gyakran érintett, vagy éppen a coecum carcinómája okozza a mucocelét, annak gondos vizsgálata is kívánatos. Amennyiben nőbeteg kerül műtetre, szükséges az ovariumok gondos megtekintése is, mert az appendix mucocela és az ovarialis cystadenoma együttes előfordulása is lehetséges. Erre vonatkozóan szolgáljon tanulságul az 1. táblázat 1. sorszámú szomorú esetünk. Ezért *Ashley* (4) azt javasolja, hogy az egyik szerv érintettsége esetén a másik szerv eltávolítása is kívánatos.

Természetesen más elbírálás alá kerülnek azok az esetek, ahol az appendix (vagy a coecum) malignus folyamata okozza a mucocelét. Itt — az onkológiai elveket szem előtt tartva — a radikális műtéti beavatkozást kell végezni. Minden gyanús esetben helyes és szükséges — ahol erre lehetőség van — az intraoperative történő histológiai vizsgálat. Erre vonatkozóan szintén szolgáljon tanulságul az 1. táblázat 7. sorszámú esete, mert, ha gondoltunk volna az appendix malignitására, és éltünk volna az adott lehetőséggel (intraop. histológiai vizsg.), elkerülhető lett volna a második műtét és a beteg jövőbeli bizonytalan sorsa.

Az appendix mucocela egyik veszélyes *szövődménye*, ha fala megreped, és tartalma a szabad hasüregbe folyik, ahol a peritoneum megtapad, rajta különböző nagyságú nyákos csomók keletkeznek, majd később kötőszöveti nyalábok jelennek meg és különböző nagyságú rekeszekre osztják a hasüreget. A kórkép pseudomyxoma peritonei név alatt ismert. Pathogenezisével, tünettanával és diagnózisával — mivel ezek túlhaladják jelen közleményünk kereteit — nem foglalkozunk, de utalunk ugyanakkor az intézetünkben korábban megjelent *Harmos* (18) idevonatkozó kimerítő munkájára.

Mai álláspont szerint a pseudomyxoma peritonei legeredményesebb terápiája a radikális műtét, ami akkor a leghatásosabb, ha a kiindulási helyet, jelen esetben az appendixet, eltávolítjuk, a szabadon levő nyákot kiszívjuk, törülkövel „felitatjuk” és a hashártya felrakódásokat kimetszük. Amennyiben a cseplesz is érintett, az omentectomia elvégzése is szükséges. A műtétet kombinálni lehet localis cytostaticus kezeléssel. A korábban alkalmazott röntgenbesugárzás, cytostaticumok szisztémás alkalmazása, mucolyticus szerek intraperitonealis adása önmagukban nem bizonyulnak hatásosnak.

Amennyiben a pseudomyxoma peritonei tünetei a későbbiekben ismét jelentkeznek az ismételt, sőt a többszöri műtéti beavatkozástól sem kell visszariadni, mert a prognózis ezáltal is javítható.

Az appendix mucocela *prognózisa* az alapfolyamat függvénye. Jóindulatú esetekben az appendectomia végleges gyógyulást jelent. Ha az alapbetegség malignus folyamatú, a prognózis kétes, de a kórlefolys relative hosszú. *Limbirt és Mtsai* (23) szerint a 10 éves túlélés 40%. Ez valószínű azzal magyarázható, hogy csak a magasan differenciált nyáktermelő adenocarcinómák hozzák létre a pseudomyxoma peritoneit. Az is általánosan elfogadott, hogy a nyirokerek útján, extraperitoneálisan nem terjed, a májban nem jelennek meg metastasisok.

Ezzel szemben *Bernhardt és Young* (7) egy olyan esetet közöltek, ahol a pseudomyxoma peritonei távoli metastasisokat hozott létre.

A prognózis jelentős mértékben attól is függ, hogy mikor kerül a beteg műtetre, de főleg attól, hogy a sebész felismeri-e a kórképet, gondol-e az alapbetegség malignus lehetőségére, igénybe veszi-e az esetleg rendelkezésére álló intraoperatív histológiát, elvégzi-e műtét alatt mindazon teendőket, amelyeket a fentiekben leírtunk. Mindezek igazolására szolgáljanak tanulságul az 1. táblázat adatai, különös tekintettel a 7. sorszámú esetekre.

Mivel esetszámunk a hazai irodalomban — tudomásunk szerint — a legnagyobb, úgy véljük, e téren szerzett és fent leírt tapasztalataink érdeklődésre tarthatnak számot.

IRODALOM: 1. *Ackerman, L. V., Rosai, J.*: Surgical Pathology. Mosby Co. St. Louis. 1974. 432. — 2. *Aho, A. J., Heinonen, R., Laurén P.*: Benign and malignant mucocele of the appendix. Acta Chir. Scand. 173, 139, 392. — 3. *Anderson, W. A. D., Kissane, J. M.*: Pathology. Mosby Co. 1977. II. kötet 1314. — 4. *Ashley, D. J. B.*: Evans' Histological Appearances of Tumors. Churchill, Livingstone, Edinburgh. 1978. III. kiadás 650. — 5. *Assefa, Abebe., Villányi E., Gergely M.*: A féregnyúlvány óriás retentiós tömlője (mucocele appendicis permagna) Magy. Seb. 1981, 34, 411. — 6. *Balázs M.*: Electron-Microscopic Study of the Villous Adenoma of the colon. Virchows Arch. A. Path. and Histol. 1980, 387, 193. — 7. *Bernhardt, H., Young, J. M.*: Mucocele of the appendix. Am. Surg. 1965, 109, 235. — 8. *Cheng, K. K.*: An experimental study of mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. J. Pathol. Bact. 1940, 61, 217. — 9. *Chang, P., Attiyeh, F. F.*: Adenocarcinoma of the appendix. Dis. Colon Rectum, 1981, 24, 176. — 10. *Detky G.*: Az appendix daganatai. Magy. Seb. (Közlés alatt). — 11. *Elesha, W. O., Medline, A., Taylor, B. R.*: Mucocele of the appendix: pseudomyxoma peritonei and intracytoplasmic canaliculuslike structures. Hum. Pathol. 1981, 12, 280. — 12. *Flautner L.*: Operált mucocele processus veriformis. Orv. Hetil. 1966, 107, 1755. — 13. *Fülöp L., Czenkár B.*: Féregnyúlványból származó retroperitonealis mucocele. Magy. Seb. 1968, 21, 182.

— 14. *Gibbs, N. M.*: Mucinous cystadenoma et cystadenocarcinoma of the vermiform appendix six particular reference to mucocele pseudomyxoma peritonei. J. Clin. Path. 1972, 26, 413. — 15. *Goldfarb, W. B., Kempson, R. L.*: Villous adenomas of the appendix. Surgery. 1964, 55, 769. — 16. *Goldfarb, W. B.*: Villous adenoma of the right colon. Cancer. 1964, 17, 264. — 17. *Hansemann, K., Kirschner-Nordmann.*: Chirurgie. Urban Verlag. Berlin. 1942. VII. kötet 97. — 18. *Harmos G.*: Pseudomyxoma peritonei. Orv. Hetil. 1979, 120, 1569. — 19. *Honti J., Hamvas F.*: Appendix mucocele okozta pseudomyxoma peritonei. Orv. Hetil. 1977, 118, 1477. — 20. *Jafari, N. és mtsai.*: Villous adenoma of the vermiform appendix: a review with report of a case. Arch. Pathol. 1966, 81, 465. — 21. *Jahadi, M. R., Baldwin, A.*: Villous Adenomas of the Colon and Rectum. Am. J. Surg. 1975, 130, 729. — 22. *Lall, K. S., Mavrelis, W. P.*: Villous Adenoma of the Appendix. Report of a Case and Review of the Literature. Dis. Col. Rect. 1982, 25, 716. — 23. *Limbirt, G. K., King, R. E., Silverberg, S. G.*: Malignant mucocele of the appendix. Ann. Surg. 1973, 178, 587. — 24. *Polyák B., Kozma Gy.*: Az appendix mucocelejéről. Magy. Seb. 1965, 18, 175. — 25. *Qizilbash, A. M.*: Mucoceles of the appendix. Their relationship to hyperplastic polyps, mucinous cystadenoma, and cystadenocarcinomas. Arch. Pathol. 1975, 99, 548. — 26. *Robbins, S. L., Cotran, R. S.*: Pathologic Basis of Disease. Saunders. Co. Philadelphia. 1979. 1001. — 27. *Ryan, R. F. és mtsai.*: Malignant mucocele of the appendix. Surg. Clin. N. Am. 1957, 37, 1029. — 28. *Sandenbergh, H. A., Woodruff, J. D.*: Histogenesis of pseudomyxoma peritonei review of 9 cases. Gynaecol. Obstet. 1977. 49, 339. — 29. *Symmers, W. St. C.*: Systemic Pathology. Churchill Livingstone, Edinburgh. 1978. 3. kötet. 1172. — 30. *Welch, J. P., Welch, C. E.*: Villous adenomas of the large intestine: clinicopathologic evaluation of 50 cases of villous adenomas with emphasis on treatment. Ann. Surg. 1958, 147, 476. — 31. *Wheat, M. W., Ackerman, L. V.*: Villous adenomas of the large intestine: clinicopathologic evaluation of 50 cases of villous adenomas with emphasis on treatment. Ann. Surg. 1958, 147, 476—487. — 32. *Wolff, M., Ahmed, N.*: Epithelial neoplasms of the vermiform appendix (exclusive of carcinoid): cystadenomas, papillary adenomas and adenomatous polyaps of the appendix. Cancer, 1976, 37, 2511—2522.

(Ihász Mihály dr., Budapest, Pf. 243., 1536.)

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-csészek, ágytálak, ágytálmosók, mosdó- és mosogatókagylók, vizezőkagylók, kádak, zuhanytálcák) mosható bútorok, nyílászáró szerkezetek, egyéb mosható tárgyak, eszközök hatásos fertőtlenítő tisztítására.

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

MEGYERI PÁL DR.,
TURI SÁNDOR DR.
ÉS ENDREFFY EMÓKE DR.

Gyermekek fagocitáló fehérvérsejtjeinek O_2 fogyasztása, kemotaxisa nephrosis szindrómában és krónikus pyelonephritisben

Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

Szerzők a fagocitáló fehérvérsejtek oxigénfogyasztását és a neutrofil granulociták kemotaxisát vizsgálták nephrosis szindrómás gyermekeken és krónikus pyelonephritisben. Mindkét betegcsoportban szignifikánsan alacsonyabb kemotaxis értéket, nephrosis szindrómában pedig csökkent oxigénfogyasztást is észleltek. A jelenség hátterében kemotaktikus faktor inhibitor, ill. keringő immun-komplexek feltételezhető szerepét tárgyalják.

O_2 consumption and chemotaxis of phagocytizing white blood cells in childhood nephrotic syndrome and chronic pyelonephritis. O_2 consumption of phagocytizing white blood cells and chemotaxis of neutrophils were studied in childhood nephrotic syndrome and chronic pyelonephritis. Chemotaxis was found significantly lower in both groups of patients, while in the cases of nephrotic syndrome O_2 consumption was below normal, too. Possible role of circulating immune complexes and of chemotactic factor inhibitor (CFI) is discussed.

A kórokozók elleni védekezés fontos része a fagocitózis, melynek részei az opszonizáció, kemotaxis, ingestio, digestio, ill. a bekebelezett részecskék intracellularis előlése. Ebben a rendszerben bárhol bekövetkező defektus a folyamat egészét kórosan érinti, ezért az immunpatogenezisű kórképekben feltételezett fagocitaaktivitás-csökkenést többoldali vizsgálattal célszerű megközelíteni. A fagocitózisban résztvevő sejtek (neutrofil granulociták, monociták, makrofágok stb.) a bekebelezett részecskék antigénjeinek felismerése, ill. továbbítása révén fontos szerepet játszanak a celluláris immunitásban is. Krónikus glomerulopátiák esetében több oldalról bizonyított a celluláris immunreaktivitás szerepe. Az immunkomplexek (ik) patogenetikai részvétele ezekben a kórképekben a szervezet fagocitaaktivitásától is függ (14). A szolubilis immunkomplexek vagy az IgG aggregátumok elfoglalhatják a neutrofil granulociták (IgG) Fc receptorait, és így kompetitíve akadályozhatják a fagocitózist. Doll és mtsainak tanulmányából (4) ismert, hogy a neutrofil granulociták aggregált humán IgG-vel történő előkezelése csökkenti, ill. gátolja a sejtek későbbi részecske fagocitózist kísérő kemolumineszcencia jelenségét (4).

A recidiváló és krónikus pyelonephritisek esetében nemrégiben kimutatták (16), a nephritogen törzsek felületén levő pylusoknak és az uroepithelium nyálkahártyáján keletkező receptoroknak a

baktériumok adhéziójában betöltött szerepét. Feltételezhető, hogy a krónikus infekció kialakulásához és fennmaradásához a fentiekén kívül az immunvédekezés csökkenése és a fagocitarendszer nem kielégítő aktivitása is hozzájárul (12).

Beteganyagunkban megvizsgáltuk, hogy a különböző szövettani elváltozásokkal társult nephrosis szindrómás, valamint a krónikus, ill. gyakran recidiváló pyelonephritisben gyermekekben (anatómiai rendellenességgel társult és önállóan előforduló pyelonephritisben esetek), milyen mértékű a fagocitáló fehérvérsejtek O_2 fogyasztása és a neutrofil granulociták kemotaxisa.

Beteganyag és módszer

36 gyermeket vizsgáltunk. Az esetek csoportok szerinti megoszlása a következő volt: 1. csoport: Nephrosis szindrómás esetek $n=10$ (membranoproliferatív glomerulonephritis 2, minimális elváltozással társult nephrosis szindróma 4 — közülük 2 esetben fokális szegmentális glomeruláris szklerózis is kimutatható volt — szklerózissal társult fokális szegmentális proliferatív glomerulonephritis, membranózus nephropathia, fokális glomeruláris szklerózis és mesangiális proliferatív glomerulonephritis 1—1 eset). 2. csoport: recidiváló pyelonephritis $n=15$ (közülük 3 esetben volt húgyúti infekcióra hajlamosító anatómiai rendellenesség: vesico-ureteralis reflux vagy uretero-cutaneostomia). 3. csoport: nephrológiai és immunológiai szempontból egészséges gyermekek $n=11$. Betegek és a kontrollok életkora 4—14 éves korig terjed. A csoportok életkor szerinti megoszlásában nem volt különbség. Valamennyi beteg esetében részletes vese-funkciós vizsgálatok történtek. A nephrosis szindrómás

esetek mindegyikének 2–6 g/nap fehérjeürítése volt. A vizsgálatok a citosztatikus kezelések elkezdése előtt, vagy tartós (>2 hónap) szünetében történtek. A pyelonephritises esetekben célzott antibiotikus kezelést alkalmaztunk.

A kemotaxis vizsgálathoz a szükséges sejtszeparálást a *Csató és mtsai* (3) által leírt módosított *Böyum* (2) módszerrel végeztük. Kemotaxis kamrának *Lukács és mtsai* (7) módszere szerint egymásba fordított, 1 ml úrtartalmú két negatív dugót használtunk, melyek között 5 µm-es pórus nagyságú Sartorius membránfiltert helyeztünk el. A felső kamrába 0,4 ml sejtszuszpenziót, az alsóba pedig 1 ml Zymosannal aktivált, kevert humán AB szérumot töltöttünk. Eredményeinket a Sartorius membrán alsó felületére vándorolt tiz látótérben megszámlált sejtek átlagának (lower surface count: LSC) és a kemotaxis kamrába betöltött sejtszuszpenzió sejtszámának ezredrészéből (PMN/1000) képzett hányadossal adtuk meg: LSC/(PMN/1000).

Fagocitáló fehérvérsejtek oxigénfogyasztásának mérése: 1 ml heparinizált vénás vért 37° C-ra termosztált mérőcellába töltünk. Előzetes oxigenizálást követően mértük a sejtek nyugalmi, ill. 1×10^9 opsonizált latex szemcse hozzáadását követő stimulált oxigén fogyasztását. A méréshez Clark típusú O_2 elektródát használtunk (11). Eredményeinket nmol/min/ 10^6 fagocitasejt értékben adtuk meg.

Eredmények

Eredményeinket táblázatban foglaltuk össze. Mind nephrosis szindrómás, mind pedig krónikus recidiváló pyelonephritis eseteinkben szignifikánsan csökkent kemotaxis értékeket észleltünk. ($1,22 \pm 0,45$), ill. ($1,59 \pm 0,77$). A fagocitáló fehérvérsejtek oxigén fogyasztása nephrosis szindrómás esetekben szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az egészséges kontrolloké. A krónikus pyelonephritis csoportban a kontrollokhoz képest statisztikailag szignifikáns eltérés nem mutatható ki, azonban amint ez a nagy szórású értékek alapján is látható, több beteg esetében igen alacsony értékek is előfordulnak.

Megbeszélés

Eredményeink értékelésekor utalunk beteganyagunk krónikus jellegére. A pyelonephritises betegeink recidiváló infekcióik miatt 2–10 évig nephrológiai gondozásra szorultak. Az esetek többségében évente 4–5 vagy ennél többszöri fellángolást észleltünk. A beteganyag kiválasztásakor a morfológiailag vizsgált, hólyagpunkcióval igazolt,

Nephrosis szindrómás és krónikus pyelonephritises gyermekek fehérvérsejtjeinek kemotaxisa és O_2 fogyasztása

	PMN O_2 fogyasztás nmol O_2 /10 ⁶ PMN/min.			PMN kemotaxis LSC/ (PMN/1000) X±SD	
	n	nyugalmi X±SD	latex stimulált X±SD	n	X±SD
kontroll krónikus pyeloneph- ritis	10	2,28±0,56	7,91±1,35	11	5,07±1,36
nephrosis szindróma	7	2,30±0,55 N. S.	7,11±3,54 N. S.	15	1,59±0,77 p < 0,001
	6	1,49±0,91 N. S.	3,93±1,62 p < 0,001	9	1,22±0,45 p < 0,001

LSC: lower surface count
PMN: neutrofil granulocita

célzott antibiotikus kezelés ellenére recidiváló eseteket vettük figyelembe. Öt esetben pyelonephritises zsugorvase alakult ki, 2 esetben egyoldali nephrectomiát is kellett végezni.

A krónikus kórlefoyasú betegek anyagában észlelt fehérvérsejt-funkcióromlás alapján felmerül a kérdés, hogy a jelenségnek van-e oki szerepe az alapbetegség fenntartásában, vagy ez csak a krónikus kórlefoyasúhoz társuló másodlagos állapot. *Alman, Miller és mtsai* (8, 9, 12) csökkent kemotaktikus aktivitást észleltek krónikus infekciós betegek esetében. A csökkent kemotaktikus aktivitás létrejöttében fontos szerepe lehet a kemotaktikus faktor inhibitor (CFI) jelenlétének, ill. magas szintjének. A CFI a komplement 5 faktorból (C_5) származó kemotaktikus faktorokra gyakorolt hatása révén irányító szerepet játszik a szervezet védekező reakcióiban. Magas szintje esetén csökkent a kemotaktikus aktivitás és figyelembe véve, hogy a C_5 eredetű faktorok a fehérvérsejtek oxidatív metabolizmusát is befolyásolják (5) elképzelhető, hogy ez is oka a krónikus pyelonephritises betegek egy részében észlelt alacsony fehérvérsejt oxigén fogyasztásnak. Feltételezésünk szerint a krónikus pyelonephritises esetekben a csökkent fagocitafunkció valószínűleg másodlagos jelenség. Ezt látszik igazolni, hogy az előkísérletek során vizsgált akut pyelonephritises betegek esetén ilyen csökkent értékeket nem észleltünk, sőt több esetben volt fokozott a kemotaktikus aktivitás. A kemotaktikus faktorok és a CFI között egyensúlyi helyzet állhat fenn. A krónikus vagy sokszor recidiváló fertőzések során tartósan magas kemotaktikus faktor szint alakulhat ki, ami fokozott CFI képződést indukálhat. A neutrofil sejtek C_5A -val történő egyszeri stimulációja után a sejtek további stimulációra már nem reagálnak (6). Ennek alapján a tartós infekció a fehérvérsejtek deszenzitizációjához vezethet. További, nyomonkövetéses vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, hogy a kezdetben normálisnak tűnő fagocitafunkciók hogyan változnak a krónikus pyelonephritis lefoyasú során.

Autoimmun eredetű kórlefoyasúban számos szerző észlelt fagocitasejt funkciózavart (7, 10). Nephrosis szindrómás betegek fagocitafunkcióiban *Ander-son és mtsai* (1) észleltek eltéréseket. Az általunk vizsgált nephrosis szindrómás gyermekek esetében a keringő immunkomplexeknek alapvető patofiziológiai jelentősége lehet. Kísérletes körülmények között a neutrofil granulociták immunkomplexekkel történt praecubatióját követően a sejtek további immunkomplex fagocitózisa gátolt volt (4, 13). Az általunk észlelt alacsony O_2 fogyasztás — mely szorosan összefügg a részecskék felvételével — arra utal, hogy betegeink vérében keringő immunkomplexek lehetnek. Ezek jelenlétét glomerulopathiás és krónikus pyelonephritises esetekben, lézer nefelometriás módszerrel magunk is megfigyeltük (15). A tartósan fennálló immunkomplex-fagocitasejt kapcsolat a sejtek funkciójának zavarát okozhatja. Valószínűleg emiatt észleltünk alacsonyabb O_2 fogyasztás értékeket.

A viszonylag kevés számú esetben végzett vizsgálatainkból a fagocitarendszer komplex változásaira, a betegségek kimenetelében betöltött szere-

pére nem tudunk következtetni. Ehhez további részfunkciók együttes vizsgálata is szükséges. Nem mutatható ki párhuzamosság a kapott értékek és a vesefunkció-romlás súlyossága között sem. Módsze-reinkkel azonban egy újabb megközelítésben vizsgáltuk a krónikus pyelonephritis és a nephrosis szindróma immunológiai hátterét, amely a patho-mechanizmus szempontjából is fontos, és további vizsgálatok kiinduló pontja lehet.

IRODALOM: 1. *Anderson, D. C. és mtsai*: Assessment of serum factor B, serum opsonins, granulocyte chemotaxis and infection in nephrotic syndrome of children. *J. Infect. Dis.* 1978, 140, 1. — 2. *Böyum, A.*: Separation of leukocytes from blood and bone marrow. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1968, 21 (Suppl.), 97. — 3. *Csató, M. és mtsai*: Study of phagocytic function with a quantitative nitroblue-tetrazolim (NBT) reduction test in diabetes mellitus. *Arch. Dermatol. Res.* 1980, 268, 283. — 4. *Doll, N. J. és mtsai*: Inhibition of polymorphonuclear leukocyte chemiluminescence for detection of immune complexes in human sera. *J. Clin. Invest.* 1980, 66, 457. — 5. *Goetzi, E. J. és mtsai*: Stimulation of human leukocyte aerobic glycolysis by purified chemotactic factors. *J. Clin. Invest.* 1974, 53, 591. — 6. *Henson, P. M. és mtsai*: Intracellular control of human neutrophil secretion. I. C₅a-induced stimulusspecific desensitization and the effects of cy-

tochalasin B. *J. Immunol.* 1978, 121, 850. — 7. *Lukács K. és mtsai*: Monocita random migráció és chemotaxis vizsgálata egyszer használatos kamrákkal. *Orv. Hetil.* 1979, 120, 657. — 8. *Miller, M. E.*: Pathology of chemotaxis and random mobility. *Semin. Hematol.* 1975, 12, 59. — 9. *Mowat, A. G. és mtsai*: Polymorphonuclear leukocyte chemotaxis in patients with bacterial infections. *Brit. Med. J.* 1971, III, 617, (1971 a). — 10. *Mowat, A. G. és mtsai*: Chemotaxis of polymorphonuclear leukocytes from patients with rheumatoid arthritis. *J. Clin. Invest.* 1971, 50, 2541. — 11. *Megyeri P. és mtsai*: Fagocitáló fehérvérsejtek oxigénfogyasztása gyermek-kori kórképekben. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 321. — 12. *Norman, M. E. és mtsai*: Further studies of a humoral chemotaxis abnormality in glomerulopathies. *Int. Arch. Allergy Appl. Immunol.* 1978, 56, 144. — 13. *Starkebaum, G. és mtsai*: Effect of immune complexes on human neutrophil phagocytic function. *J. Immunol.* 1982, 128, 141. — 14. *Szabó, T. és mtsai*: Circulating immune complexes and phagocytic activity of polymorphonuclear cells in patients with glomerulopathies. *Clin. Nephrol.* 1979, 12, 243. — 15. *Túri S. és mtsai*: Keringő immunkomplex és szervspecifikus ellenanyagok vizsgálata glomerulopathiás és pyelonephritises gyermekeken. *Gyermekgyógyászat* 1982, 33, 528. — 16. *Winberg, J. és mtsai*: Clinical pyelonephritis and focal scarring: A selected review of pathogenesis, prevention and prognosis. *Ped. Clin. North. Am.* 1982, 29, 801.

(Megyeri Pál dr., Szeged, Pf. 471., 6701.)

APENTA

széndioxiddal dúsított
ásványvíz

Palackozza és forgalomba hozza
VÍZKUTATÓ és FÚRÓ VÁLLALAT

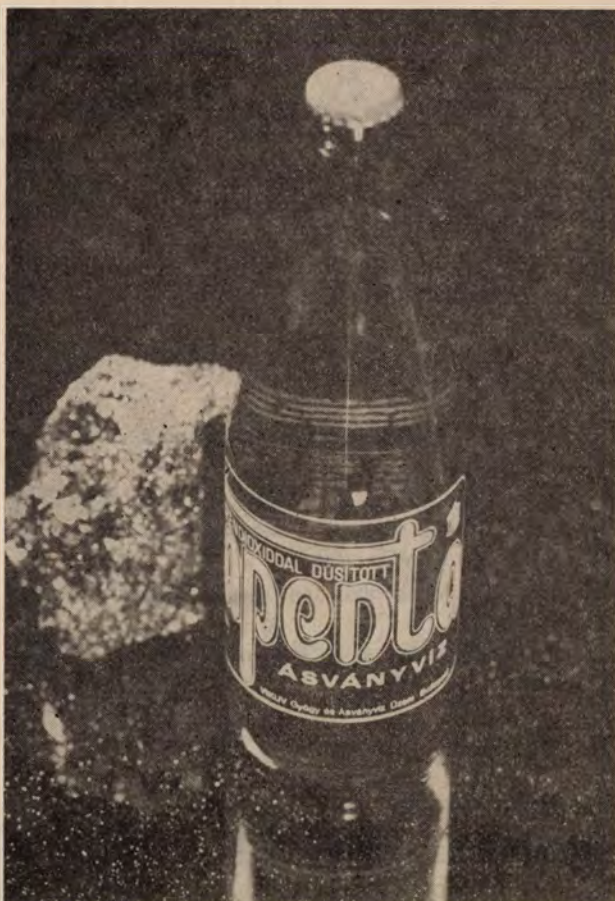
Kapható:

ABC Áruházakban és a

Vízkutató és Fúró Vállalat
Mintaboltjában.

Budapest, XII., Nagyenyed u.

(Déli pályaudvartól 3 perc).



PH

1189

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

OSSZETÉTEL

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;
lágyrészsérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

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

különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydeganat).

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



BERÉNYI ISTVÁN DR.,
HAJDU CZKI ISTVÁN DR.,
BÖSZÖRMÉNYI ERNŐ DR.,
LUDWIG GÉZA DR.
ÉS SCHWARZ JÁNOS DR.

Koszorúér-betegség súlyosságának megítélése terheléses ekg vizsgálattal

Allami Kórház, Balatonfüred (főigazgató: Böszörményi Ernő dr.)

A szerzők terheléses ekg módszerük alkalmazhatóságát vizsgálják 68, coronarographiával igazolt ischaemiás szívbetegségben szenvedő férfi esetében. A terhelés kiváltotta ST szakasz depressziót a frekvencia növekedés függvényében értékelték. Statisztikailag szignifikáns lineáris regressziót találtak a két változó között minden esetben. A regressziós egyenes meredeksége megbízhatóan jelzi a koszorúér-betegség súlyosságát. Minél meredekebb az egyenes, azaz minél nagyobb az „m” koefficiens értéke, annál több a beteg erek száma. Módszerüket alkalmazva a terheléses ekg vizsgálatok szenzitivitása nagyobb, mint a hagyományosan értékelt teszteké.

Detection of severity of coronary artery disease by exercise-ecg test. Applicability of a new method for the evaluation of exercise electrocardiogram was established in 68 cases with ischemic heart disease confirmed by coronary arteriography. ST segment depression caused by exercise was evaluated in relation to heart rate increase. A statistically significant linear relationship was found between the two values in every case. The slope of the regression line indicated reliably the extent of coronary disease. The steeper the slope of the regression line i. e. the higher the value of „m” coefficient, the more the number of diseased vessels. The sensitivity of the new method is higher than that of the conventional.

Feil és Siegel (10) klasszikus megfigyelése óta ismert, hogy az elektrokardiogramon jelentkező, és mellkasi fájdalommal társuló ST szakasz süllyedés szívizom-ischaemiát jelez. Goldhammer és Scherf (14) ajánlotta először a terheléses ekg vizsgálat alkalmazását ischaemiás szívbetegség diagnosztizálásában. Az utóbbi évtizedekben széles körben elterjedt és az egyik legjelentősebb vértelen vizsgáló eljárássá vált a kardiológiában (3, 11). Coronarographiás vizsgálatokkal való összevetése lehetővé tette diagnosztikus érzékenységének, fajlagosságának és találati biztonságának megállapítását (17, 21). Helyesen megválasztott kritériumok szerint kiértékelve, kellő információt nyújthat a koszorúér-károsodás kiterjedtségéről, ill. súlyosságáról (5, 23). A hagyományos terheléses vizsgálatokból ismert, hogy a kóros ST depresszió gyakorisága és mértéke, valamint coronariabetegség súlyossága között szoros kapcsolat van (6, 26). Kísérletek történtek arra nézve, hogy a terhelés által kiváltott ST szakasz süllyedés alaki és mennyiségi változásából, továbbá a pulzus és vérnyomás viselke-

déséből következtessenek a koszorúér-betegség súlyosságára, de ezek az eljárások egyedi prognózis adására nem voltak használhatók (2, 7, 15, 20, 22).

A munkacsoportunk által korábban kidolgozott terheléses ekg teszt (4) alkalmasnak látszik arra, hogy ischaemiás szívbetegségben megbízható pontossággal, egyedileg ítélhessük meg a koszorúér-betegség súlyosságát.

A módszer lényege, hogy lépcsőzetesen emelkedő terhelés során kialakuló ST szakasz depressziót a frekvencia emelkedés függvényében értékeljük. A két változó közötti viszony lineáris regresszióval fejezhető ki. Az egyenesek meredekségét jelző *m* koefficiens és a coronarographiával megállapított érbetegség súlyossága között szignifikáns korrelációt tudunk kimutatni (4).

Elgondolásunk helyességét erősítették meg Elamin és mtsai (8, 9) időközben megjelent közleményei is.

Nagyobb számú beteg retrospektív vizsgálatairól számolunk be és eredményeinket összevetjük az angol munkacsoport adataival.

Betegek és módszer

68, ischaemiás szívbetegségben szenvedő férfin, műtetre való alkalmasságuk elbírálása során szelektív coronarographia és több lépcsős kerékpárterheléses vizsgálat történt. Életkorukat és az anamnézisben szereplő szívizominfarktusz gyakoriságát az 1. táblázatban tüntettük fel. A betegek nem voltak hypertóniások, nem szedtek digitalist és béta-blokkolót, a nyugalmi ekg-jukon intraventriculáris vezetési zavar nem mutatkozott.

A dolgozatban ismételt előforduló rövidítés:

mST/FR = a regressziós egyenes meredekségét jelző *m* koefficiens az $ST = mFR + konstans$ egyenletből kifejezve.

Kulcsszavak: terheléses EKG, ST depresszió, coronarographia

1. táblázat **Klinikai jellemzők és a terheléses ekg teszt értékelése során nyert adatok**

	1 ér	2 ér	3 ér	Összesen
		betegsége		
Betegek száma	19	21	28	68
Életkor (év)	54,1 (41–59)	54,9 (44–64)	56,1 (46–63)	55 (41–64)
St. p. IM	2	5	6	13
A teszt értékelése a szokásos kritériumok alapján				
pozitív	12 (63%)	17 (81%)	26 (93%)	55 (81%)
álnegatív	4 (21%)	1 (5%)	—	5 (7%)
nem értékelhető	3 (16%)	3 (14%)	2 (7%)	8 (12%)
mST/FR				
(mm×ütés ⁻¹ × ×min.×10 ⁻³)				
átlag	17	40	85	
szórás	8	12	28	
szélső érték	4–26	30–65	49–135	
		p < 0,001	p < 0,001	

IM = Infarctus myocardi.

Ülő testhelyzetű, 5–6 percenként átlagosan 30,3 (szélső érték 25–50) wattal emelkedő kerékpárterhelést végeztünk, folyamatos pulzus, vérnyomás és ekg monitorozás mellett. A lépcsőnkénti átlagos frekvencia emelkedés 17 (szélső érték: 4–43) ütés/perc volt. Terhelés közben a CH3–6, CM5, CC5 bipoláris mellkasi elvezetéseket regisztráltuk. Megszakítási indikáció angina vagy szubjektív panasz és/vagy a célpulzus elérése volt függetlenül az ST depresszió mértékétől.

Az ST depressziót minden terhelési szint utolsó percében készült ekg görbéről mértük a J pont után 60–80 ms-mal (17), tized mm-es beosztású nagyító alatt, 5–10 egymást követő ütés átlagából. A hozzá tartozó frekvenciát is ugyanarról az ekg szakaszból olvastuk le. A regressziós egyenest az utolsó három lépcső adataiból számítottuk ki az összes regisztrált elvezetésben: független változóknak a frekvenciát (FR), függőnek az ST szakasz depressziót tekintve (ST=mFR + konstans). Az egyénekre jellemzőnek azt az elvezetést tekintettük, ahol a legmeredekebb egyenest nyertük, tehát amelyikben legnagyobb volt az *m* koefficiens értéke.

A szelektív coronarographia percutan transfemorális behatolásból Judkins szerint történt. Az értékelést tapasztalt radiológus végezte, és az 50%-os vagy annál nagyobb fokú coronariaszűkületet tekintettük szignifikánsnak (21). A betegeket a szűkült koszorúerek száma szerint csoportosítottuk: egy ér megbete-

2. táblázat **Terhelés alatt mért adatok átlaga és szélső értéke**

	Kezdeti FR	Maximális FR	Maximális FR×SV×10 ⁻³	Maximális ST depresszió
1 ér betegség	70 (53–120)	131 (90–180)	209 (134–315)	1,3 (0,2–3,0)
2 ér betegség	63 (50–78)	107 (86–144)	172 (137–205)	1,7 (1,0–3,0)
3 ér betegség	63 (52–84)	104 (78–158)	168 (101–279)	2,7 (1,3–4,0)

FR = frekvencia, SV = systolés vérnyomás

gedésében szenvedett 19, kettőben 21 és háromban 28 fő.

Statisztikai számításoknál lineáris regresszióanalízist, kovarianciaanalízist, ill. a Student-féle kétmintás *t*-próbát alkalmaztuk.

Eredmények

A regisztrált elvezetések valamelyikében szignifikáns lineáris regressziót találtunk a frekvencia emelkedés és a terhelés közben kialakult ST szakasz depresszió között minden esetben ($r=0,89–0,99$, $p<0,05–0,001$).

Az egyenesek meredekségét jelző *m* koefficiens (*m*ST/FR) átlagértéke a beteg koszorúerek számától függően kialakított csoportokban szignifikánsan különbözött egymástól (1. táblázat).

Az ST süllyedés változását (Δ ST) a frekvenciaváltozás (Δ FR) függvényében ábrázoltuk. A (Δ ST, ill. a Δ FR a regressziós egyenes számításához felhasznált legkisebb (első) és legnagyobb (utolsó) érték különbsége. Szintén szignifikáns korrelációt kaptunk és az egyenesek meredeksége szignifikánsan ($P<0,01$) különbözött egymástól az érbetegség kiterjedtségétől függően.

A terhelés közben mért adatokat tüntettük fel a 2. táblázaton. Látható, hogy a szélső értékek átfedése igen tetemes, és az egyedek közötti differenciálásra nem ad lehetőséget.

Ha a pozitív teszt feltételének az 1 mm-es horizontális, vagy descendáló, ill. a másfél mm-es ascendáló, 80 ms-mal a J pont után mért ST depressziót fogadtuk el (17) és ezen kritériumok alapján értékeltük a terheléses vizsgálatokat, akkor az eseteknek csak 81%-ában kaptunk pozitív eredményt, 7%-ában hamis negatívát. Negatív a teszt, ha a beteg a célpulzust eléri és 1 mm-nél kisebb ST depresszió jelenkezik csak. 12%-ban nem lesz értékelhető a teszt, azaz a beteg a célpulzust nem érte el és az esetleges ST depresszió is kisebb 1 mm-nél (1. táblázat).

A hagyományos kritériumok alapján a teszt érzékenysége 91,6%-os volt (Szenzitivitás=igaz pozitív/igaz pozitív+ál negatív.)

Megbeszélés

A coronarographiás vizsgálatok elterjedése óta még fokozottabb az igény olyan vértelen vizsgáló-eljárásra, amely hasonló pontossággal jósolná meg a koszorúér-betegség súlyosságát.

Munkacsoportunk (4), valamint az *Elamin és mtsai* (8, 9) által kidolgozott terheléses ekg-vizsgálattal kvantitatíve tudjuk megbecsülni a koszorúér-betegség mértékét. Lépcsőzetesen emelkedő kerékpárterhelés során a két regisztrált változó — a frekvencia és az ST depresszió — között, az alkalmazott elvezetések egyikében a kapcsolat lineáris. Az egyenesek meredekségét kifejező *m*ST/FR jól jelzi a coronaria-betegség súlyosságát. Minél nagyobb az *m*ST/FR értéke, annál több a beteg erek száma. A beteg erek száma szerint kialakított csoportokban az *m*ST/FR átlagértéke szignifikánsan különbözik egymástól (1. táblázat).

Mivel magyarázhatjuk, hogy a *m*ST/FR ilyen megbízhatóan jelzi a koszorúér-betegség súlyossá-

gát? Ismeretes, hogy a szívizom oxigénfogyasztását meghatározó három fő tényező az intramyocardiális falfeszülés, a szívizom contractilitása és a szívfrekvenciája (24). Ülő kerékpárterhelés alatt a frekvencia növekedés és a szívizom oxigénfogyasztása között lineáris korreláció áll fenn, mind egészségesekben (19), mind ischaemiás szívbetegekben (13). A frekvencia emelkedése ily módon a szívizom oxigénfogyasztásának növekedését reprezentálja. A terhelésre kialakuló ST szakasz depresszió viszont jól korrelál a coronariakeringés romlásával (12) és a myocardialis oxigéntenzio csökkenésével (1), azaz a szívizom ischaemizálódásának mértékét jelzi. Amikor tehát terhelés alatt a szívizom ischaemia mértékét jelző ST szakaszt viszonyítjuk a szívizom oxigénfogyasztásának növekedését jelző frekvenciához, olyan összefüggést kell kapnunk, amely utal a koszorúér-rendszer betegségének súlyosságára. Az, hogy az oxigénfogyasztás növekedése mellett milyen ütemben ischaemizálódik a szívizom, az a koszorúér-betegség súlyosságától függ. Nyilvánvalónak látszik, hogy minél súlyosabb a koszorúér-rendszer betegsége, annál súlyosabb fokú myocardialis ischaemia alakul ki, ha a szívizom oxigén-szükségletét fokozatosan növeljük. Azonos mértékű ST depresszió három érbetegségben már kisebb frekvencianövekedés mellett jelentkezik, mint kettő vagy egy ér betegsége esetében.

Nem egységes a vélemény, hogy mekkora a szignifikáns coronaria obstrukció (11, 21). Elfogadott, hogy nyugalomban 75–85⁰/₀-os szűkület okoz coronaria keringészavart, ill. eredményez ischaemiás ST szakasz deviációt (16). Legalább 50⁰/₀-os szűkület szükséges a terhelés alatti keringészavarhoz (21), ez alapján választottuk a szignifikáns érszűkület alsó határának az 50⁰/₀-ot. Számos szerző terhelés vizsgálatokban is a 70–75⁰/₀-os occlusiót tekinti csak szignifikáns szűkületnek (5, 6, 7).

Az új teszt szenzitivitása jobb, mint a hagyományos. Ha a hagyományos feltételek szerint (1. eredmények) értékeljük a terhelést, a teszt érzékenysége csökken és növekszik a hamis negatív, ill. a nem értékelhető vizsgálatok száma (1. táblázat).

Elamin és mtsai (8, 9) azonos elvet alkalmazva hasonló eredményre jutottak. Az angol munkacsoport terhelés közben a standard 12 és a CM5 elvezetést regisztrálta. Pulzusvezérelt kerékpárterhelést alkalmaztak, azaz úgy választották meg a teljesítmény nagyságát, hogy a frekvencia lépcsőnként 10 ütés/perccel emelkedjen. A terhelést lépcsőnként — amely 3 perces volt — átlagosan 16,3 Wattal (8,15–24,45 W) emelték. Az ST szakasz depressziót 0,1 mm-es pontossággal olvasták le. Szignifikáns coronariaszűkületnek a 75⁰/₀-ost vagy annál nagyobb tekintették. A frekvencia és az ST depresszió között a lineáris regressziót mind a 13 elvezetésben kiszámolták és ebből kórjelzőnek a legmeredekebb egyenest választották. Az mST/FR átlagértékei szignifikánsan különböztek a nem szignifikáns mértékű érbeteg, valamint az egy, kettő és három ér betegségében szenvedő csoportokban, és nem volt átfedés az egyedi szélső értékek között. Megjegyezzük, hogy adatainkban az egy és két beteg érű csoportban a szélső értékek között szintén nem

volt átfedés. Két és három ér betegsége esetén ugyanezt már nem tapasztaltuk. Az eltérést magyarázhatja az, hogy terhelés közben kevesebb elvezetést regisztráltunk és kisebb mértékű (50⁰/₀-os) coronariaszűkületet tekintettünk szignifikánsnak. Nem volt hamis pozitív, hamis negatív vagy bizonytalan eredményük. Véleményük szerint e típusú terheléses egk teszt alkalmas egyedi esetekben is a coronariabetegség kizárására, ill. annak fennállásakor súlyosságának megítélésére.

A koszorúér-betegség súlyosságának egyedi megítélése a gyakorlat számára nagyon fontos. A két és három ér betegségében szenvedők prognózisa rosszabb, mortalitásuk magasabb (18). E betegcsoportban előtérbe kerül a sebészi kezelés a konzervatív terápiával szemben (25). Az általunk ajánlott terheléses egk teszt alkalmasnak látszik arra, hogy az ischaemiás szívbetegek közül kiszűrjük azokat, akik további invazív vizsgálatokra, ill. sebészi kezelésre szorulnak.

IRODALOM: 1. Angell, C. S. és mtsai: Relationship of intramyocardial oxygen tension and epicardial ST segment changes following acute coronary artery ligation: effects of coronary perfusion pressure. *Cardiovasc. Res.* 1975, 9, 12. — 2. Baron, D. W., Poole-Wilson, P. A., Rickards, A. F.: Maximal 12-lead exercise testing for prediction of severity of coronary artery disease. *Europ. J. Cardiol.* 1980, 11, 259. — 3. Bartel, A. G.: Exercise stress testing — current status. *Cardiology.* 1979, 64, 170. — 4. Berényi I., Hajduczki I., Böszörményi E.: Terhelés alatti ST szakasz depressio quantitativ értékelése a coronariabetegség súlyosságának megítélésére. *Cardiol. Hung.* 1979, 8, 295. — 5. Chaitman, B. R. és mtsai: Improved efficiency of treadmill exercise testing using a multiple lead ECG system and basic hemodynamic exercise response. *Circulation* 1978, 57, 71. — 6. Cheitlin, M. D. és mtsai: Correlation of „critical” left coronary artery lesions with positive submaximal exercise tests, in patients with chest pain. *Am. Heart. J.* 1975, 89, 305. — 7. Chon, K. és mtsai: Use of treadmill score to quantify ischaemic response and predict extent of coronary disease. *Circulation* 1979, 59, 286. — 8. Elamin, M. S. és mtsai: Prediction of severity of coronary artery disease using slope of submaximal ST segment/heart rate relationship. *Cardiovasc. Res.* 1980, 14, 681. — 9. Elamin, M. S. és mtsai: Accurate detection of coronary heart disease by new exercise test. *Br. Heart J.* 1982, 48, 311. — 10. Feil, H., Siegel, M. L.: Electrocardiographic changes during attacks of angina pectoris. *Amer. J. med. sci.* 1928, 175, 255. — 11. Fortuin, N. J., Weiss, J. L.: Exercise stress testing. *Circulation* 1977, 56, 699. — 12. Geary, G. G., Smith, G. T., McNamara, J. J.: Defining the anatomic perfusion bed of an occluded coronary artery and the region at risk to infarction. A comparative study in the baboon, pig and dog. *Am. J. Cardiol.* 1981, 47, 1240. — 13. Gobel, F. L. és mtsai: The rate-pressure product as an index of myocardial oxygen consumption during exercise in patients with angina pectoris. *Circulation* 1978, 57, 549. — 14. Goldhammer, S., Scherf, D.: Elektrokardiographische Untersuchungen bei Kranken mit Angina Pectoris („Ambulatorischer Typus”) *Klin. Med.* 1932, 122, 134. — 15. Goldschlager, N., Selzer, A., Gohn, K.: Treadmill stress

tests as indicators of presence and severity of coronary artery disease. Am. Intern. Med. 1976, 85, 277. — 16. Gould, K. L., Lipscomb, K., Hamilton, G. W.: Physiologic basis for assessing critical coronary stenosis: instantaneous flow response and regional distribution during coronary hyperemia as measures of coronary flow reserve. Am. J. Cardiol. 1974, 33, 87. — 17. Greenberg, P. S., Bible, M., Ellestad, M. H.: Prospective application of multivariate approach to enhance the accuracy of the treadmill stress test. J. Electrocardiol. 1982, 15, 143. — 18. Harris, P. J. és mtsai: Survival of medically treated coronary artery disease. Circulation 1979, 60, 1259. — 19. Nelson, R. R. és mtsai: Hemodynamic predictors of myocardial oxygen consumption during static and dynamic exercise. Circulation 1974, 50, 1179. — 20. Rijneke, R. D., Ascoop, C. A., Talman, J. L.: Clinical significance of upsloping ST segments in exercise electrocardiography. Circulation. 1980, 61, 671. — 21. Roitman, D., Jones, W. B., Sheffield, L. T.: Comparison of submaximal exercise ECG test with coro-

nary cineangiogram. Am. Intern. Med. 1970, 72, 641. — 22. Sanmarco, M. E., Pontius, S., Selvester, R. H.: Abnormal blood pressure response and marked ischemic ST-segment depression as predictors of severe coronary artery disease. Circulation 1980, 61, 572. — 23. Selzer, A., Cohn, K., Goldschlager, N.: On the interpretation of the exercise test. Circulation 1978, 58, 193. — 24. Sonnenblick, E. H., Ross, J., Braunwald, E.: Oxygen consumption of the heart. Newer concepts of its multifactorial determination. Am. J. Cardiol 1968, 22, 328. — 25. Varnauskas, E.: Multicentre prospective randomised study of coronary bypass surgery in angina pectoris. Survival at 2 years. Br. Heart J. 1979, 41, 363. — 26. Weiner, D. A. és mtsai: ST segment changes post-infarction: predictive value for multivessel coronary disease and left ventricular aneurysm. Circulation 1978, 58, 887.

(Berényi István dr., Balatonfüred, Pf: 13., 8231.)

HELYREIGAZÍTÁS!

A színes mellékleten szereplő Postinor tableta 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 tableta 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 tableta bevételétől 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát. (Halmozott közöszülés esetén tehát összesen 2 tableta vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK:

Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tableta utáni 2–3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS:

Havonta összesen 4 tableta 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 szabályozzák.

CSOMAGOLÁS:

10 db tableta

Kőbányai Gyógyszerárugár, Budapest



SZAKMÁRY ÉVA DR.,
TOMSITS ERIKA DR.,
VASS MIKLÓS DR.
ÉS SCHULER DEZSŐ DR.

Ötven középsúlyos és súlyos nem specifikus értelmi fogyatékos X-kromoszóma törékenységének gyakorisága

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Gyermekklinika (igazgató: Schuler Dezső dr.)
Egészségügyi Gyermekotthonok Országos Módszertani Intézete
(főigazgató: Szondy Mária dr.)

A szerzők ötven 1966—1981 között született, ismeretlen eredetű középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos fiút vizsgáltak. Öt esetben találtak egy százaléknál magasabb X-kromoszóma törékenységet (fra X). Öt fra X betegüknél súlyos fokú értelmi fogyatékoságot és craniofaciális dysmorphiát; három esetben családi halmozódást tudtak kimutatni. Vizsgálatuk alapján az értelmi fogyatékos fiúk mintegy 2,9%-ánál tehető felelőssé a fogyatékoság kialakulásáért a fra X. Utalnak a fra X vizsgálatok fontosságára a fiúkban ismeretlen eredetű mentális retardáció esetén, mely a genetikai tanácsadás és a praenatalis diagnosztika segítségével a mentális retardáció e nem ritka formájának gyakoriságát csökkenthetné!

Incidence of X-chromosome fragility in 50 persons suffering from medium grave and grave non specific mental retardation. The authors studied 50 boys born between 1966—1981 who suffered from medium grave and grave mental retardation of unknown origin. X-chromosome fragility (fra X) over 1% was found in 5 cases. In the five fra X patients grave mental retardation and craniofacial dysmorphism were found; in three cases cumulative familial occurrence could be revealed. On the basis of the examinations fra X could be made responsible for the retardation in 2.9% of the mentally retarded boys. The authors point out to the importance of fra X examinations in boys with mental retardation of unknown origin. These examinations may decrease with the help of genetic counseling and prenatal diagnostics the incidence of this not unfrequent form of mental retardation.

Az értelmi fogyatékosokról való gondoskodás nehéz teherterele mind a családnak, mind a társadalomnak. Nem véletlen, hogy az értelmi fogyatékoság okainak tisztázására, a megelőzés és a rehabilitáció lehetőségeinek kimunkálására irányuló kutatások az érdeklődés középpontjában állnak.

Az értelmi fogyatékoság oka lehet: praeconceptionális, többnyire kromoszomadefektus, monogén öröklődésű genetikai betegség, vagy multifaktoriális eredetű kórkép. Kialakulhat értelmi fogyatékoság: szerzett, prae-, szűkebb értelemben vett peri-, valamint postnatalis tényező következményeként is. Az esetek egy része azonban még jelenlegi módszereinkkel is kideríthetetlen eredetű.

Renpenning először 1962-ben számolt be azon esetéről, amelynél családfa-vizsgálat alapján, X-kromoszómához kötött öröklődésű értelmi fogyatékoságot bizonyított. Lubs 1969-ben ilyen családoknál deletált gént tett felelőssé az értelmi fogyatékoság kialakulásáért (20).

Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 20. szám

Az utóbbi tíz évben több hasonló közlemény jelent meg (8, 9, 16, 19, 22). Leírták az X-kromoszóma törékenységével (fra X) járó „jellemzőnek tartott” fenotípusos jegyeket: vitatott fokú mentális retardáció, hypergonadizmus, perseveráló beszéd, előreugró áll, alacsonyan levő, elálló, nagy fülek, magas homlok, vagyis craniofaciális dysmorphia (3, 14, 15, 27).

Kiderült az is, hogy ezek a klinikai tünetek nem minden esetben vannak jelen, mint ahogy hasonló tünetegyüttes mellett sem minden esetben sikerült kimutatni az X-kromoszóma törékenységet (7, 10, 11). Ezek alapján helyesebb X-hez kötött, nem specifikus értelmi fogyatékoságról beszélni, melynek több csoportja létezik; de az is valószínű, hogy a vizsgálati módszerek nem teszik lehetővé, hogy a törékenység minden esetben kimutatható legyen (2, 11, 14).

Vita folyik arról is, hogy milyen arányú törékenységet fogadjunk el pozitívnak, s hogy a törékenységet kimutathatósága az életkorral hogyan vál-

1. táblázat A vizsgált betegek testvéreinek megoszlása

Betegek száma	Testvérek száma	
	Lány egész- séges	mentálisan retardált
5		1
1		2
5	1	
4	2	
1	2	1
4	1	1
1		1
1		1
1	2	
2	1	
2		1
1		1
1	4	1
7	0	0

tozik (14, 21, 22). A fra X kimutatása a klinikailag tünetmentes hordozókban elsősorban a fra X fiúk anyáiban nagy jelentőségű, de technikailag a fra X szűrés nem megbízható (22). Az örökíthetőség tisztázatlansága mellett nem tudjuk, hogy milyen hatásmechanizmus tehető felelőssé a fra X-szel az esetek egy részében együttljáró „jellegzetes” klinikai képért. Lehetséges az is, hogy nem az X-kromoszóma törékenysége felelős a kialakuló mentális retardációért, hanem inkább annak kísérő tünete.

Az ismeretlen eredetű közepsúlyos értelmi fogyatékosok között Sutherland (23) 20%-ban, Kähkönen (17) 50%-ban talált X-kromoszóma törékenységet. Blomquist (1) 1959—1970 között, egy svéd városban született összesen 40 871 gyermek közül 161 mentálisan retardált gyermeket talált, melyből 96 fiú volt. Ezek közül 40 esetben az értelmi fogyatékoság oka ismeretlen vagy kideríthetetlen volt. Huszonkilenc fiút sikerült közülük megvizsgálnia, s ebből 6 esetben tudott fra X-et kimutatni.

A fenti adatok birtokában a Down-szindróma után az X-kromoszóma törékenységgel járó mentális retardáció lehet a leggyakoribb kromoszóma aberráció. Az összpulációban a fra X okozta ér-

telmi fogyatékoság egy ezrelékes gyakorisággal várható.

Vizsgálatainkat a magyarországi, várható gyakoriság meghatározása céljából végeztük.

Anyag és módszer

Harminchét közepes fokban (IQ < 40—55) és 13 súlyosan (IQ < 40) mentálisan retardált 1966—1981 között született fiút vizsgáltunk meg az Egészségügyi Gyermekotthonok Országos Módszertani Intézete, a Báthory utcai Evangélikus Szeretetotthon, és a II. sz. Gyermekklinika beteganyagából. A gyermekek az ország különböző részein születtek. A kiválogatás során a fenotípust nem vettük figyelembe, csak azt a két alapelvet, hogy a szellemi fogyatékoság mértéke legalább közepsúlyos legyen és az anamnézis, valamint az előző orvosi vizsgálatok alapján a perinatalis ártalom, a congenitalis anyagcsere-betegség, vagy más örökölhető betegség nagy valószínűséggel kizárható legyen. Családfa vizsgálatot 36 gyermeknél végeztünk, lehetőség szerint három generációra vonatkozóan.

Kristályos heparinnal 3 ml natív vért vettünk. A tenyésztés, a preparálás és a festés Sumner módszerrel történt. Phytohaemagglutinin—M stimulálás után 72 órán át 50%-os Foetal calf serum tartalmú, Tc—199 tápfolyadékban inkubáltuk a sejteket, majd ASG sávozást végeztünk.

Az értékelés Amplival-(Zeiss) mikroszkóppal százaz immersióval történt: 50 sejtet számoltunk le. A metodikai hiba elkerülésére minden tenyésztéssel párhuzamosan hasonló életkorú egészséges gyermekeknek is végeztünk tenyésztést. A pozitív esetről fotó készült.

Eredmények

A vizsgált gyermekek és testvéreik megoszlását az 1. táblázat mutatja. Tizennégy gyermeknek családi anamnézise kideríthetetlen volt; összesen 32 leánytestvér közül 27 biztosan egészséges; 25 fiútestvérről tudunk, ebből 12 mentálisan retardált. Tizenhárom gyermek pubertáskorú vagy annál idősebb; kifejezett macroorchidizmusa egy gyermek-

2. táblázat Kimutatott fra X gyermekek jellemzői

Név	Kor (éves)	Testvérek	fra X %-ban	Egyéb klinikai tünet
Cs. M.	8	1 egészséges fiú öcs	6	IQ < 40 nem beszél, alacsonyan ülő fül, hypertelorizm.
H. F.	17	1 mentális retardált fiú	8	IQ < 40 hosszú arc promináló áll
K. M.	2 1/2	2 mentális retardált fiú 2 egészséges leánytestvér	6	IQ < 40
M. G.	6	1 egészséges fiútestvér	10	IQ < 40 hosszú arc, nagy, alacsonyan ülő fül
Sz. Z.	2	4 egészséges leány 1 enyhén retardált leány 3 mentális retardált fiú 1 egészséges fiú 1 még nem megítélhető	10	IQ < 40 magas homlok elálló nagy fülek

nek volt (16 éves, herenagysága 35,8 ml). Cranio-faciális dysmorphiát kisebb-nagyobb mértékben 32 esetben találtunk, X-kromoszóma törékenységet 5 gyermeknél találtunk (2. táblázat).

Megbeszélés

Herbst szerint (14) már egyszázalékos kromoszóma törékenység pozitívnak fogadható el. Vizsgálatainkban pozitív esetnek csak az egy százaléknál nagyobb törékenységet tekintettük.

Az irodalommal megegyezően, eseteinkben sem lehetett a fenotípusos jegyekből biztonsággal a fra X-re következtetni, mivel „jellegzetes” klinikai kép mellett sem sikerült minden esetben törékenységet kimutatni. Öt fra X betegünk mindegyike súlyosan szellemi fogyatékos volt, a craniofaciális dysmorphia enyhébb vagy súlyosabb formában mindegyiknél megtalálható volt. Egy gyermek volt túl a pubertáskoron, de nála macroorchidizmust kimutatni nem lehetett. Bár a vizsgált 50 személy az ország mentálisan retardált fiúgyermekére vonatkozóan nem tekinthető reprezentatív mintának, a vizsgált időszakban az évi, átlag 160 000 élveszülöthöz, illetve a 82 000 fiú élveszülöthöz viszonyítva megbecsülhetjük a fra X esetek évi várható számát. Az iskoláskorúak között a súlyosan mentálisan retardáltak száma 3% körül mozog (6). Így évente 4800 iskoláskorú, súlyosan értelmi fogyatékos gyermekkel számolhatunk. Ismert, hogy a fiú értelmi fogyatékosok száma nagyobb, mint a lányoké. Hazai adatok alapján (6) ez mintegy 60%-os részesedést jelent a fiúknál, vagyis 2880 iskoláskorú súlyosan értelmi fogyatékos fiút. Szondy (26) adatai szerint az ismeretlen eredetű értelmi fogyatékosok aránya 14,58%, nemre való tekintet nélkül. A vizsgált intézetekben a fiúgyermekek létszámához viszonyítva, az általunk ismeretlen eredetűnek tartott mentális retardáció aránya 28,9%-os volt. Ezen adat figyelembevételével, évente mintegy 830 ismeretlen eredetű értelmi fogyatékos fiú várható.

A vizsgált 50 esetből 5 esetben sikerült fra X-et kimutatni. Ez azt jelenti, hogy az ismeretlen eredetű értelmi fogyatékos fiúk 10%-ánál számíthatunk X-kromoszóma törékenységre, vagyis évente mintegy 83 fiúnál.

Vizsgálataink, és a fenti adatok alapján tehát az összes súlyosan értelmi fogyatékos fiúk mintegy 2,9%-ánál a fra X tehető felelőssé a mentális retardáció kialakulásáért. Ez lényegesen alacsonyabb érték a svéd adatnál s a Sutherland és Kähkönen által megadott gyakorisághoz áll közel.

Tekintettel a betegség gyakoriságára, halmozott családi előfordulására, feltétlenül szükséges lenne ismeretlen eredetű mentálisan retardált fiúknál a fra X kimutatására irányuló vizsgálatot minden esetben elvégezni. A fra X felismerése ugyanis lehetővé teheti a hordozók kimutatását, mely a genetikai tanácsadás szempontjából nélkülözhetetlen.

A fra X praenatalis diagnosztikája az eddigi eredmények alapján (21) lehetséges. Így az amniocentézissel nyert magzati sejtek vizsgálatával a megszületett mentálisan retardáltak száma is csökkenthető lenne.

IRODALOM: 1. *Blomquist, K. H. és mtsai*: Fragile site X chromosomes and X-linked mental retardation in severely retarded boys in a northern Swedish county. A prevalence study. *Clin. Genet.* 1982, 21, 209. — 2. *Brondum, N. K. és mtsai*: X-linked mental retardation with fragile X. A pedigres showing transmission by apparently unaffected males and partial expression in female carriers. *Hum. Genet.* 1981, 59, 23. — 3. *Cantu, J. M. és mtsai*: Inherited congenital normofunctional testicular hyperplasia and mental deficiency. *Hum. Genet.* 1976, 33, 23. — 4. *Carpenter, Nancy J. és mtsai*: Fragile X-linked mental retardation. *Amer. J. Dis. Child.* 1982, 136, 392. — 5. *Carrod, P. S., Gerald, M. D.*: X-linked mental retardation and the fragile-X syndrome. *Pediatrics*, 1981, 68, 594. — 6. *Czeizel E., Lányiné Engelmayer Á., Rátay Cs.*: Az értelmi fogyatékoságok körederete, Budapest a vizsgálat tükrében. *Medicina*, 1978. — 7. *Daker, M. G. és mtsai*: Fragile X in a normal male: a cautionary tale. *Lancet*, 1981, 1, 780. — 8. *Giraud, F. és mtsai*: Constitutional chromosomal breakage. *Hum. Genet.* 1976, 34, 125. — 9. *Gustavson, K. H. és mtsai*: Familial X-linked mental retardation and fragile X chromosomes in two Swedish families. *Clin. Genet.* 1981, 19, 101. — 10. *Hecht, F. és mtsai*: Fragile sites on chromosomes. *Pediatrics*, 1982, 69, 121. — 11. *Fox, P. és mtsai*: X-linked mental retardation: Renpenning revisited. *Am. J. Med. Genet.* 1980, 7, 491. — 12. *Fryns*: EUG Symp. Madrid, 1982. — 13. *Herbst, D. S.*: Nonspecific X-linked mental retardation, I. A review with information from 24 new families. *Am. J. Med. Genet.* 1980, 7, 443. — 14. *Herbst, D. S. és mtsai*: Further delineation of X-linked mental retardation. *Hum. Genet.* 1981, 58, 366. — 15. *Howard-Peebles, P. N., Stoddard, G. R.*: Familial X-linked mental retardation with marker X chromosome and its relationship to macroorchidism. *Clin. Genet.* 1980, 17, 125. — 16. *Jacobs, P. A. és mtsai*: X-linked mental retardation. A study of 7 families. *Am. J. Med. Genet.* 1980, 7, 471. — 17. *Kähkönen, K.*: The 6-th Int. Congr. of Hum. Genet. 12–19 Sept. 1981. Jerusalem, Israel, p. 47. — 18. *Kiss P., Osztovics M., Imrei J.*: Az X kromoszóma törékenységgel járó mentális retardáció. *Magyar Ped.*, 1982, 16, 521. — 19. *Lerversna, M. A., Webb, G. C., Pavey, S. M.*: Chromosome banding required for studies on X-linked mental retardation. *Lancet*, 1981, 1, 49. — 20. *Lubs, H. A.*: A marker X chromosome. *Am. J. Hum. Genet.*, 1969, 21, 231. — 21. *Schmidt, A. és mtsai*: Prenatal detection of a fetus homozygous for the fragile X-chromosome. *Hum. Genet.* 1979, 53, 23. — 22. *Sutherland, G. R.*: Heritable fragile sites on human chromosomes, II. Distribution, phenotypic effects and cytogenetics. *Am. J. Hum. Genet.*, 1979, 31, 136. — 23. *Sutherland, G. R.*: Heritable fragile sites on human chromosomes, III. Detection of fra X (q27) in males with X-linked mental retardation and in their female relatives. *Hum. Genet.* 1979, 53, 23. — 24. *Sutherland, G. R.*: The 6-th Int. Congr. of Hum. Gen. 12–19 Sept. 1981. Jerusalem, Israel, p. 44. — 25. *Sutherland, G. R., Ashforth, P. L. C.*: X-linked retardation with macroorchidism and the fragile site at Xq27 or 28. *Hum. Genet.*, 1979, 48, 117. — 26. *Szondy M. és mtsai*: Súlyos értelmi fogyatékosok kóredereti vizsgálata. *Orv. Hetil.*, 1976, 117, 1017. — 27. *Turner, G., Daniel, A., Frost, M.*: X-linked mental retardation, macroorchidism and the Xq27 fragile site. *J. Pediatr.*, 1980, 96, 837. — 28. *Turner, G., Gill, R., Daniel, A.*: Marker X chromosomes, mental retardation and macroorchidism. *N. Engl. J. Med.*, 1978, 299, 1472. — 29. *Townes, P. L.*: Fragile X Syndrome. *Amer. J. Dis. Child.*, 1982, 136, 389.

FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleinicum tablettánként.

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

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

PAP SÁNDOR DR.
ÉS KRASZNAI ATTILA DR.

Operált focalis nodularis hyperplasia

Föv. Tanács IV–XV. ker. Kórház-Rendelőintézet Sebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Krasznai Attila dr.)

A szerzők 33 éves nő epekőműtete során benignus májtumort találtak, amely a patológiai feldolgozás során focalis nodularis hyperplasiának bizonyult. A beteg 12 éven át orális anticoncipienst szedett, munkahelyén szelén hatásának volt kitéve. A szerzők felvetik annak a lehetőségét, hogy esetükben e két tényező együttes hatása állt az etiológia hátterében.

Surgically Treated Case of Focal Nodular Hyperplasia. The case of a 33 year old woman is discussed, at whom benign hepatic tumour proved to be focal nodular hyperplasia at pathologic investigations was found during an operation for cholelithiasis. The patient had been taken oral contraceptives for 12 years, and had been exposed to selenium at her place of work. The authors suppose the joint effect of the two factors playing a role in the etiology.

Baum és mtsai (6) 1973-ban írt munkája óta ismert, hogy az orális anticoncipienstek szedésének elterjedése után 4–5 évvel a benignus májtumorok száma megemelkedett. Az olyan országokban, mint pl. Japán, ahol e szerek használatát nem engedélyezték, ez nem történt meg. Aetiológiai szerepük bizonyítottnak tűnik, a pathomechanizmus azonban alapvetően tisztázatlan (5, 11, 13, 18, 26, 32). Az esetek számának növekedése szükségessé tette egy-egy nomenklatura kidolgozását. Először *Edmondson* használta a focalis nodularis hyperplasia (a továbbiakban: fnh) elnevezést. A betegségnek az ún. májsejt-adenomától (a továbbiakban: msa) való elkülönítése *Foster* nevéhez fűződik (cit: 1, 33).

Jick (21) számításai szerint a 18–48 éves, anticoncipienst szedő nők veszélyeztetettségi rátája fnh kialakulására 1:80 000. *Grabowski* (16) az általa más elvek alapján vizsgált random autopsziás anyagban 1:10 000 értéket kapott. Az eddig összegyűjtött esetek száma 200 felett van. Magyarországon először *Bartók és mtsai* (4) és *Littmann és mtsai* (25) számoltak be anticoncipienst szedő nőknél kialakult benignus májtumorokról.

Esetismertetés

L. F.-né 33 éves nőbeteg 1982 augusztusában került osztályunkra cholelithiasis diagnózissal. 1969 óta, leszámítva 3 terhességét, egyfolytában orális anticoncipienst szedett. 1966 óta olyan munkahelyen dolgozott, ahol szelén porával kerülhetett kontaktusba, azt belélegezhette, vagy kezére kerülve lenyelhette.

1979-ben kezdődtek hasi panaszai, bal bordaív alatti, majd az egész hasra kiterjedő meteorismus, diszcomfort formájában. Felvétele előtt 1 hónappal típusos epekőkölikát követően cholegraphia készült mely jól kontrahálódó epehólyagban mogyorónyi negatív kőárnyékot mutatott. Laboratóriumi értékei normálisak voltak.

A kimutatott cholelithiasis miatt került műtetre. Jobb oldali subcostalis behatolás után előtűnt a szokott nagyságú, ép falú, szabad környezetű cholecysta, benne a jól tapintható kővel. A további feltárás során a máj jobb lebenyének alsó felszínén dudoros, világosabb foltokkal tarkított, almányi, peduncularis képlet lett látható. Feltűnt a határán elhelyezkedő néhány vastag, kanyargós véna. A további tájékozódás során egy borsónyi világosbarna, egyenetlen felszínű csomót vettünk észre a bal lebeny felső domborulatán, és egy hasonló tapintatú, cseresznyéni csomót ugyanezen lebeny hátsó mellkasfalhoz fekvő részén. Egyéb kórosat a hasban nem találtunk.

Retrograd cholecystectomy után a jobb lebenyről leelőgő tumort ék alakban resecáltuk. A bal lebeny első felszínén lévő kis csomót diathermiás késsel kiégettük, a másikat helyzete miatt nem tudtuk eltávolítani. A tumor kettévágásakor csillagszerű centralis heg vált láthatóvá szétágazó vastag kötegekkel (1. ábra). Mikroszkópos vizsgálattal májszövet volt felismerhető, melyet néhány igen vastag, sejtzegény, tág vénákat tartalmazó kötőszövetes septum jár át. A vastag septumokból keskenyebbek ágaznak el. Ezek változó nagyságú parenchyma részleteket vesznek körül. A keskenyebb septumokban gömbsejtes infiltratio, széleükön epeductusok felszaporodása látszik. A felismerhető portalis mezők és centralis vénák elhelyezkedése abnormális. Néhol gócos steatosis és mérsékelt sinusoid dilatatio látható. Vélemény: focalis nodularis hyperplasia (*prof. Bartók dr.*) (2. ábra).

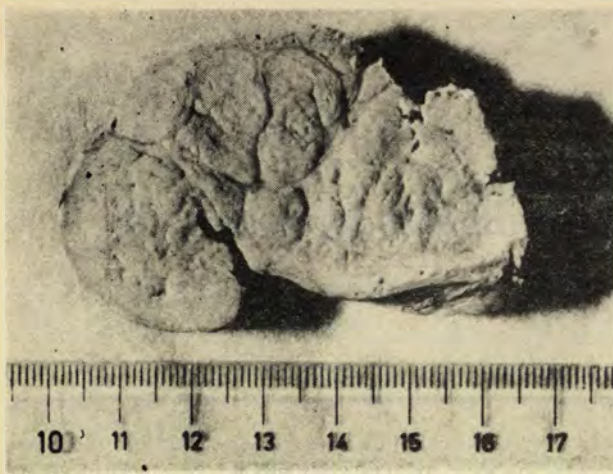
A diagnózis ismeretében újabb laboratóriumi vizsgálatokat és máj-szintigraphiát végeztünk. Ezek is negatívak voltak, illetve a műtét utáni állapotot tükrözték.

1983 áprilisában kontrollra hívtuk a beteget. Ismét mérsékelt hasi diszcomfortról és gyengeségről panaszkodott. Az újabb laboratóriumi vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. A májszintigraphia enyhe hepatocellularis laesio jeleit mutatta.

A beteg jelenleg is ellenőrzésünk alatt áll, panaszai változatlanok. Az anticoncipienst szedését abbahagyta, munkahelyet változtatott.

Megbeszélés

Esetünk, amennyiben ez egy ilyen ritka kórleírásról egyáltalán elmondható, a fnh klasszikus ké-



1. ábra

pét mutatta. Az itt talált peduncularis forma a leggyakoribb, de ismert sessilis és subcapsularis előfordulása is. A multiplicitas ritkaság. Belső szerkezetére rendkívül jellemző a centralis heg, melyből sugár irányban egyre keskenyebb septumok ágaznak szét, ezek közeit cirrhosisra mindenben emlékeztető parenchyma tölti ki (5, 12, 13, 16, 29, 32).

Mivel specifikus tünetei nincsenek, preoperatív diagnosztizálása csaknem lehetetlen. A sebész más okból — ez leggyakrabban, mint a mi esetünkben is, cholecystectomy — megnyitott hasban bukkan rá. Ritkán tapinthatóvá válhat, súlyos szövődeményként ruptúra, vérzés jelentkezhet (5, 16, 28). A diagnózis felállításában coeliacographia, CT, scintigraphia segíthet. Fnh gyanúja esetén tú-biopsia a hypervascularizáltság miatt ellenjavallt (6, 12, 25, 33).

Mi a mellékletként talált tumorok eltávolítására törekedtünk, ezzel az irodalomban elfogadott álláspont is megegyezik (3, 7, 17, 24, 25). Nem sebész szerzők lehetségesnek tartják a tumor benthagyását, arra a megfigyelésre hivatkozva, hogy az anticongienciens szedésének abbahagyása után e tumorok spontán visszafejlődhetnek (32, 33). Ruptúra esetén természetesen csak resectio jön szóba (7, 15, 24).

A szerzők többsége elfogadja a benignus májtumorok oki kapcsolatának lehetőségét az oralis



2. ábra

anticongienciens hosszantartó szedésével (3, 4, 5, 10, 17, 18, 25), vannak azonban ellentétes nézetek is (11, 13, 16, 24).

A teóriát támogatják a bevezetőben leírt adatok, továbbá az a már említett tény, hogy a gyógyszer szedésének abbahagyása után a nodulusok spontán regresszióját figyelték meg. Tisztázásra vár viszont a többi közt az, hogy azonos aetiológiai faktor hogy hozhat létre az egyik betegben fnh-t, míg a másikon msa-t. Bár a két kórkép különállását elfogadják, átmeneti alakokat is leírtak (5). *Altmann* szerint pedig e két elváltozás egyazon betegség két szélső megjelenési formája, közbül átmeneti alakokkal.

Tisztázatlan az is, mi is a fnh voltaképpen. Egyesek szerint valódi neoplasma (1, 32). Mások szerint (3, 5, 26, 33) a steroid által megzavart keringésű májban, lokális károsodás helyén meginduló kóros regeneratio, mely focalisan cirrhotis-szerű képet hoz létre. Ismét mások szerint már előzetesen van egy focalis (esetleg már connatalis vagy congenitalis) károsodás, amely locus minoris resistentiae-ként szerepelve kiinduló pontja lehet a steroidra adott kóros válaszreakcióknak (9, 14, 22). Tovább bonyolítja a képet, hogy fnh-ban in situ carcinomát (11) és pancreas-szövetet (24) is leírtak.

Tekintettel arra, hogy az anticongienciens szedők többsége nem betegszik meg fnh-ban, feltételezhetünk egy olyan faktort, amely csak a megbetegedettekben van meg. Az általunk ismert irodalomban azonban nem találtunk adatot arról, hogy a steroidok mellett találtak-e olyan ágenst, mely a betegség kialakulásában feltehetően segítő, szenibilizáló vagy a kompenzációs mechanizmusokat kimerítő szerepet játszik. Esetünkben van ilyen anyag, a szelén. Ez az anyag különös tulajdonságokkal rendelkezik. Főleg a máj és a vese köti meg. Kísérletekben a hiánya súlyos májkárosodást okoz, ugyanakkor az egyik leghepatotoxikusabb elem is (2, 8, 23, 27). Ismert egyes nem steroid gyógyszerek metabolizmusára kifejtett hatása is (9, 14, 19). Az irodalomban ismert selenosisok főleg munkahelyi eredetűek. Ezek közül is kiemelkedik a híradástechnikai munkahelyeken előforduló esetek száma (8). Betegünk is 12 éven át egyik híradástechnikai gyárunkban dolgozott.

Mindezeket figyelembe véve feltehetjük, hogy a kimutatott mérsékelt hepatocellularis laesio, a persistáló emésztési panaszok összefüggésben lehetnek chronikus szelén-expozícióval. Így esetünk azt a feltételezést látszik támogatni a pathomechanizmusra vonatkozó teóriák közül, amely egy előzetes károsodást tételez fel a fnh kiindulási pontjaként. A hipotézis szintjén ezek után elfogadhatónak tartjuk, hogy itt a szelén képében egy olyan anyagra bukkantunk, amely a kompenzációs lehetőségek szűkítésével, vagy valamilyen specifikus módon elősegítette, hogy a régóta anticongienciens szedő nőbeteg májában multiplex fnh jöjjön létre.

Témánk szempontjából különös jelentőséggel bírnának azok a vizsgálatok, melyek a szelénnek és a steroidoknak a májban egymásra gyakorolt kölcsönhatásáról tudósítanak. A világirodalomban azonban ilyen tárgyú cikket nem találtunk. Hasznosnak tartanánk ezirányú vizsgálatok folytatását.

IRODALOM: 1. Altmann, H. W.: Pathology of Human Liver Tumors. In: Primary Liver Tumors (Falk Symp. 25, 53. old. — 2. Aretz, J. és mtsai: Wiss. Umw. 1980, 3, 109. — 3. Balázs M. és mtsai: M. Seb. 1978, 31, 8. — 4. Bartók I. és mtsai: Lancet. 1976, I, 479. — 5. Bartók I. és mtsai: Orv. Hetil., 1979, 120, 2541. — 6. Baum, J. K. és mtsai: Lancet, 1973, II, 926. — 7. Conostavlos, D. L.: Lancet, 1973, II, 1200. — 8. Csiki P.: Klinikai toxicológia. Medicina, Bp., 1975. — 9. Dalvi, R. R. és Robbins, T. J.: J. Environm. Pathol. Toxicol., 1978, 1, 605. — 10. Duschaneck P., Keresztury S.: Orv. Hetil., 1981, 122, 585. — 11. (editorial) Szerkesztőségi közlemény, Lancet, 1976, I, 843 — 12. Evans, J. E. és mtsai: Br. J. Surg., 1980, 67, 175. — 13. Fechner, R. E.: Human Pathol., 1977, 8, 255. — 14. Food and Nutritional Board: Nutr. Rev., 1976, 34, 347. — 15. Gergely, M., Benkó M.: Orv. Hetil., 1980, 121, 71. — 16. Grabowski, M.: Acta pathol. Microbiol. Scand. (A), 1975, 83, 615. — 17. Herczeg B. és mtsai: MST Kongresszusa, Szeged, 25. old. — 18. Herczeg B. és mtsai: Orv. Hetil.,

1981, 122, 1879. — 19. Hoyo, Y.: Bull. Environm. Contam. Toxicol., 1981, 26, 466. — 20. Horvath E.: Lancet, 1974, I, 358. — 21. Jick, H.: JAMA, 1978, 240, 828. — 22. Kelso, D. R.: Lancet, 1974, I, 315. — 23. Klevay, L. M.: Pharmac. Ther. (A), 1976, 1, 211. — 24. Lieutaud, R. és mtsai: Sem. Hop. Paris, 1980, 56, 1987. — 25. Littmann I. és mtsai: Orv. Hetil., 1976, 117, 159. — 26. Mays, E. T.: Am. J. Clin. Pathol., 1974, 61, 735. — 27. Medinsky, M. A. és mtsai: Toxicol. Appl. Pharmacol., 1981, 59, 54. — 28. Nagy I. és mtsai: MST Kongresszusa, Szeged, 1980, 23. old. — 29. Phillips, M. J. és mtsai: Cancer, 1973, 32, 463. — 30. Popper, H.: Introduction... In: Primary Liver Tumors (Falk. Symp 25) 3. old. — 31. Ross, D.: Ann. Intern. Med., 1976, 85, 203. — 32. Sherlock, S.: Hepatic Tumors and Sex Hormones. In: Primary Liver Tumors (Falk. Symp. 25), 201. old. — 33. Svastits E. és mtsai: Orv. Hetil., 1979, 120, 945.

(Pap Sándor dr., Budapest, Pf. 22., 1325.)

A közvetlen értékesítés Önnek is előnyös!

Vásároljon a Medicortól!

**A medicor műszerek megvásárolhatók a Mintaboltokban
megrendelhetők a belkereskedelmi osztályon**

A külföldi készülékeket beszerzi az Import főosztály

Mintaboltok: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 186-873, Tx: 22-7231 medib

Győr, Felszabadulás útja 78/a
Tel: 13-641 Tx: 24525 medig

Belkereskedelmi osztály: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 183-061 Tx: 22-7231 medib

Import főosztály: Budapest, Röntgen u. 11-13,
1389, Pf. 150.
Tel: 495-930, Tx: 22-5051 medic

medicor



Bayolin

KENŐCS



ÖSSZETÉTEL:

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

HATÁS:

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

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

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, 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.

FIGYELMEZTETÉS:

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

MEGJEGYZÉS:

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

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

Csomagolás:
1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:

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



Bethlen Gábor betegsége és halála

„Schultetus igaz alattvalója és tisztelője felségednek... Morvacus doctor a halált hozza felséges uram. ... Legyek rút varanggyá, ha nem tulajdon füleimmel hallottam, amint megyeztek, hogy lassan ölő mérget adnak be felségednek, mely legtöbb egy év alatt megöli, ha csak egy pohárral iszik belőle... Ó, felséges uram, kígyót melengettél nemes nagy szíveden...”

Makkai Sándor: A fejedelem rózsája

„Sajnálatos és egyben különös, hogy a nagy fejedelem, a XVII. századi magyar történelem e kiemelkedő személyisége a maga korában éppen úgy nem talált méltatásra, mint ahogy mindmáig nem írtak róla olyan életrajzot, amely a körülötte, akkor is, később is háborgó vita fölé emelkedve tetteinek valódi rugóit és jelentőségét megnyugtatóan feltárta volna... A maga korában gyűlölet és bálványozás keresztüztüében állott, de sem barátai, sem ellenségei nem értették meg...”* (1, 2). Ha ez így van a történész szemével nézve, a Bethlen Gábort és a körülötte végbement (aktív) történéseket illetően (3, 4, 5, 6) még több tisztázásra szorulnak betegsége és halálának körülményei, amit orvosi nyelven szubjektív történetének nevezhetnénk. Nagyon nehéz kórtörténetet írni egy már elhunyt személyről, akinek az elmúlása óta közel négy évszázad telt el. De földi maradványai vizsgálatára sincs lehetőség. Mert a Fejedelelem csontjait is régen szét-dúlták.

Milyen lehetett Bethlen Gábor testi mivoltában? Ennek megválaszolására mi sem látszik célszerűbbnek, mint igénybe venni numizmatikáját (7). A Bethlen Gábor által készítettett pénzveretek nagyon különböző arcot mutatnak (8). Ha pedig a Fejedelelem „numizmatikai arcát” összehasonlítjuk egyéb képzőművészeti ábrázolásaival, ismét más látunk! Például, ha összevetjük egy tallérképét Erdélyország történetének illusztrációjával (9). Különös, hogy ezzel egyezik *Don Diego* leírása: „A fejedelem öles termetű, de bámulatos arányos testalkatú férfiú volt, kiváltképpen a lába és lábszára volt jól formált, ügyes volt és mindenre elszánt, a feje, az arca nagy, a homloka széles és sima volt; tágra nyílt nagy szeme szigorú, amikor békés volt és kegyetlen, amikor haragos, a szemöldöke ívelt

* Ez az idézet megjelenése idején helytálló lehetett, ma azonban más a helyzet. Különösen az utóbbi években, többek közt Bethlen Gábor születése 400. évfordulója alkalmával megjelenet nagyszámú moongráfia, eredményes kísérletet tett korának, életművének, egyéniségének reális értékelésére.

volt, dús, a szája nagy, ajkai duzzadtak, fogai nagyok és ritkásak, szakálla nagy és őszbe csavarodó, melle és háta széles, dereka karcsú, külseje szigorú, és nem mindennapi erőt sugárzó, eszményien ülte meg a lovát és a maga módján jeles táncos volt...” (10). Don Diego emlékiratának más adatokkal egybevágó fontos részeti felhasználjuk vizsgálódásainkban, mert a későbbiekben ezek lényegesek lesznek.

A Fejedeleme család történetében tényként kell leszögeznünk, hogy szegény, szerény származású volt ugyan az iktári Bethlen Gábor, de ősei között zászlós úr, alvajda, bán, főrend, főrangú személyek találhatók, tehát az arisztokráciához tartozott, csak nem a gazdagabbakhoz. Kutatva a mindenkori arisztokrácia beltenyészetre való hajlandóságát és az ezzel járó degenerációt, erre vonatkozó jeleket nem találtam. Sőt, inkább egészséges, ma úgy mondanánk: népi beütést (11). Apai dédanyja, a híres vitéz, paraszti Kinizsi Pál testvérhúga volt. A Fejedeleme apja Bethlen Farkas pedig, távolról hoz feleséget, a katolikus Lázár Druzsiánát. „... Bethlen Farkas, a Fejedeleme édesapja délceg termetű, magas növésű, erőskezű ember volt. Szép öregségben, hatvanadik életévén túl, 1590-ben távozott az élők sorából.” Bethlen Gábornak tíz esztendő korában elhalnak szülei. István nevű öccsével árván marad, együtt. Nagybátyjuk, Lázár András főember nevelte fel őket szárhegyi várában, a székelyek szigorú fegyelmeiben, de kevésbé oktatta tudományokra. Gábor teljesen a katonáskodásnak szentelte magát. Saját erejéből 16 éves korában Báthory Zsigmond udvarába küzdötte fel magát (12). Első házasságából származó két kiskorú gyermekének a halála, valószínűleg a középkor általánosan nagy gyermekhalandóságával magyarázható. Első felesége Károlyi Zsuzsanna, 1622-ben halt meg Kolozsváron váratlanul, jóllehet beteges volt.

Alkatára nézve Bethlen Gábor gyenge legény semmiképpen sem lehetett. A háborút, a csatákat nem a trónteremből vezette, hanem seregeinek élén, karddal a kezében. „Mindig és mindenhol, ahogy a végtelen harcokban a sors és a szerencse hozta, vitézségének és nagyságának ragyogó példáit adta. Az igazi csaták számát, amelyekben részt vett harmincnyolcra lehet tenni, inainak átvágását, csontjainak törését, az innen oda (húzódó) sebhelyeket, amelyeket főleg töröktől és tatártól kapott, megmutathatja.” (11) A Fejedeleme erős volt, és a harcokban elszenvedett megpróbáltatásai megedzették a további fáradalmak elviselésére, mert életmódja,



életvitele szinte utolsó esztendejéig semmit sem változott.

Betegségének és halálának vizsgálatánál elsősorban *Kemény János* emlékiratainak Bethlen Gáborról szóló részleteire fogok támaszkodni (13). Ő inasként, apródként és igen fiatalon szinte tanácsosként, barátként állott Bethlen Gábor mellett 16 éves korától a Fejedelem haláláig, hat esztendőn keresztül egyfolytában (13). Első betegségéről 1623. aug. 14-én esik szó. (Mások szerint 21-én.) (9). Lássuk, mit ír *Kemény János*: „... ezen a nap indult ki Kolozsvárról a hadakkal (Bethlen Gábor) ... ebédet Gyaluban evék *Kamuti Farkas* vendégelvén; utána úgy megbetegedék, hogy többire halálos betegségben szekérben feküve vittük (Nagy)-Váradra. Én noha új inasa voltam, mindazonáltal szekere ablakjában voltam, s legyeztem, fekvék körül három hétig, az hadak addig helyben voltak, könnyebbülése semmi doctori orvosságokkal nem lehet vala, hatalmas, forró nyavalyája lévén, hanem a doctorok tilalma ellen, lőrét kezdte sokat innya, az megindítva gyomrában az természetet, talám közel száz rendbeli széki volt, míg megtisztult, s ekképen gyógyula meg. Volt is pedig olyan gyanó, hogy *Kamuti Farkas* nem maga, mert jó ura volt, hanem felesége az akkori vendégségben adott volna be, ételben vagy italban ártalmas eszökt és az causalta volna az nyavalyát; de bizonyosan nem tudatott.” (13). 1623. szeptember 19-én pedig hadainak élén elfoglalja Nagyszombatot! Nézzük meg a térképen a Nagyvárad és Nagyszombat közötti távolságot. Nincs mit kommentálnunk, ha csak nem Bethlen Gábor hatalmas, erős szervezetét. Ilyen súlyos heveny bélhurut (entero-colitis acuta) után, akárkinek hosszabb lábadozási időre lett volna szüksége! Még korábban is találunk komoly utalást Bethlen Gábor mérge által való meggyilkolásának lehetőségére. 1621. márc. 5-én *Péchy Si-*

mon írja a francia közbenjáróknak: „A császári felség néhány párthíve mérge vagy vas által akarja Bethlent elveszteni.” (9). Don Diego a Fejedelem életének utolsó heteiről jegyezte fel: „A fejedelem ki akkor már nagyon beteg volt, visszavonult meghagyván, hogy eszentül csak a fejedelemasszony vagy én készíthetjük el az ételét, mivel gyanakodott, hogy vannak, akik siettetni akarják halálát. Miért is attól fogva vele aludtam hálókamrájában... A fejedelem gyanakvása azonban csak nem akart alábbhagyni...” (10).

Most érkezünk arra a pontra, amikor a körtörténet megszerkesztésénél feltesszük a kérdést betegünk életmódjára, káros szenvedélyeire vonatkozóan. Kérdéseinkre választ adnak *Kemény János* emlékiratai és a jelen történészeinek kutatási eredményei. — Ellenfelei azt állították, hogy „dél-től reggelig részeg, s nem lehet vele értelmes szót váltani”. A korabeli iratokat áttanulmányozva semmilyen szavahihető dokumentum nem erősíti meg az iszákosság vádját (2, 14). *Kemény János* feljegzése alapján: „... az borított fejfájása nem szenvedhetett... Természete szerint az gyümölcsöt mindenekfelett, felette igen szerette, s ette a tejet, az forratlan zavaros mustot”. Nem kell alkoholiszmuszakértőnek lennünk, hogy az ilyen „gusztusú” emberben a közismert iszákos egyén gyanúsainak éppen ellenkezőjét lássuk!

Erkölcsi életére vonatkozóan is sok vád hangozott el, és a hírhedt *Báthori Annával* hozták a Fejedelmet erkölcstelen kapcsolat gyanújába. Erre a vádra vonatkozóan egyik levelében (Rhédei Ferenchez 1618. aug. 11-én) a következőket írja: „Azt beszélték felőlem, hogy én meztelen táncoltam vele; ne üdvöztötte pedig az úristen lelkemet, ha soha fejedelemségemnek idején táncoltam vele.” (15.) Első házasságát a hozzá hasonló hívő és (bigott) *Károlyi Zsuzsannával* bensőségesnek tarthatjuk. Erre vall feleségéhez intézett leveleiben a „Szerelmes szívem” megszólítás és „G. igaz szerelmed” saját kezű aláírása (az 1621. évben) (15).

Most pedig fel kell sorakoztatnunk érveinket, állításunkat bizonyítandó, Bethlen Gábor mérgezésre gyanús betegségével és halálával kapcsolatban. Gyér és nem egészen pontos, de ha alaposan elemezzük, már nem ellentmondásos adatok birtokában közelíthetjük meg állításom igazát. Hogy mennyire pontatlanok a rendelkezésre álló adatok, arra legjellemzőbb, hogy még a Fejedelem elhalálozásának és temetésének időpontja is bizonytalan. A marosvásárhelyi *Nagy Szabó Ferenc* szerint: „1629. esztendőben... őszfelt a váradi építést látni kimegyen és ott megbetegedvén, ott sokáig mulat (időt tölt). Végére eszébe vevén, hogy meghal, megindítják onnan az urak, hogy Fehérvárra hozzák. Enyednél az halálra reá vált volt. De a doctorok ott adtak be innya neki pzedzoért és azután 24 órát élt és szép csendesesen kimult az árnyékvilágból 1629 die 26 novembris... Eltemették pedig die 10 ianuarii a gyula-fehérvári templomban.” (16). *Szilágyi Sándor* írja: „A lengyel hadjáratra 1629 elején nagymértékben készülődött is... Betegsége láthatólag rosszabbra fordult. Vízkórságban szenvedett, mely dacára, hogy mindenféle fürdőket használt, s még egy külföldi orvos is fordult meg nála, az akkori közvélemény úgy hívé, hogy éppen ez idézte

elő betegsége súlyosbodását, naponként veszélyesebbé vált. Végrendeletét aug. 31-én megkezdte írni Váradon nov. elsején irván azt alá... tizenöt nappal utóbb Fehérvárott... megvolt halva" (9). (Egyébként 1580-i születésének éve is nem nagyon régen vált elfogadottá.) (17).

Annak idején mindenképpen fennállott a mérgezés gyanúja. Arra vall még a Nagy Szabó Ferentől fentebb idézett részből kiemelt adat: „Enyednél... ott adtak neki pzedzóért...” Ez a különös nevű titkos szer pedig nem egyéb, mint a középkor negyven (mások szerint ötven) különböző állati, növényi és ásványi anyagból összeállított mérgeellenes gyógyszer! És mi volt a használt mérge? Arzén, mondhatnánk a mérgek királya, mert szinte napjainkig kimutatása tünettana félrevezető, csalóka. A mérgezéses bűntettek legújabb kultúrtörténeti feldolgozása (18, 19), de a tankönyvek is az *arzénmérgezések* sokféle (polimorf) és félrevezető formáját hangsúlyozzák (20). Az arzén rendszeresen növekedő adagolása esetén lassan, fokozatosan hat és ezáltal „természetes betegség és halál” benyomását keltheti.

Próbáljunk most már utólagos diagnózist felállítani a leírt tünetek alapján. A mai tudomány szerint egy (fő)tünetről van szó, amit régen önálló betegségnek tekintettek: a *vízkörság*, a *vízibetegség*, *hasvízkór*, *hydropisis*, *Wassersucht* (németül); *folyadékgyülem a hasüregben*, amihez társulhat az *altest* (és a *herék*) *vizenyője* (ödéma) és a *végén fulladozás*, *légszomj*, *nehéz légzés*. Hogy az alábbi tünetek is megjelentek, azt szintén Kemény Jánostól tudjuk. Az idült arzénmérgezés előbb-utóbb *szívizomdegenerációt* okozva, *szív- és vérkeringés-elégtelenséghez* vezet. A hangsúly azonban itt a *hasvízkóron* van. Ezek volnának a legfontosabb objektív tünetnek, amikre felületes blick-diagnózisként rámondható: *szív-vérkeringési elégtelenségből eredhet*. Az ascitest, ödémát okozó betegségek közül szöba kerülhetnek még: *veseelégtelenség*, *májcirrhózis*, *valamelyik hasüri szervnek rosszindulatú daganata*, *hashártya tbc stb.* Mindezek azonban abban az időben gyors lefolyású, végzetes betegségek voltak. Az elkülönítő körjelzésekben felsorolt kórok azonban — ha felfigyelünk és vizsgálat tárgyává teszünk egy eddig figyelemre sem méltatott, perdöntő objektív tünetet — sem a halál tényleges okát, sem az alapbetegséget nem magyarázzák. A Fejedelem szerette, kívánta, itta a hideg italokat. Nem bort, hanem a forratlan mustot, a tejet, a korpaciberét, mandolatejet, mégpedig hidegen, jégbe hűtve. „A felette igen hideg vizet azt annyira, hogy télben nyárban jeges vízben kellett italát tartani, ezekben magát nem tartóztathatta... Betegségében pedig néha három s négy rendbeli parancsolatjára is nem hagyta adni a hideg vizet neki!” írja Kemény János (13). A hangsúly mindenképpen a hideg és nem a sok folyadékra van. Nézzük mégis az utóbbit, a sok folyadékivással főtünetként járó betegségeket: a *diabetes mellitus* és a *diabetes insipidus*. Azonban egyiknél sincs sem ascites, sem ödéma, hanem megfelelő bőséges vizelet-ürítés! Legfőképpen pedig nincs meg a *szomjuságérzés* kapcsán, különösen a hideg folyadék utáni vágy! Ha pedig a legismertebb „ter-



mészetes betegségek” közé nem illeszthető be ez az utóbbi tünet, akkor más betegségfeleségben kell keresnünk a kórokat. Ebben a legutóbbi tünetben találjuk a gyanúkat igazoló lefontosabb tényezőt. Az arzénmérgezés legenyhébb (idült) formájában is vezető szubjektív tünet a *torokszárazság*, *torokégés*, *karcoló érzés a gégében*. Emiatt a beteg *kívánja*, *fogyasztja a vizet*, a *folyadékot*, mégpedig *minél hidegebben*, mert az *pillanatnyi (múló) enyhülést* ad. A heveny mérgezés a bevétel után *néhány óra múlva* jelentkezik a *gyomor-bélnyálkahártya gyulladásának* következtében: *garatszárzság*, *torokégés*, *hányás*, *híg-vizes hasmenés*, *hasogató*, *kibírhatatlan fájdalom a gyomorban*, *kolapszus*, *görcsös rángatózás a végtagokban*, majd az *egész testre kiterjedően*, ami után *bekövetkezik a halál*. Idült mérgezéskor: *korai öszülés*, *kopaszodás*, *gyomorhurut*, a *garatszárzság*, *karcoló érzés a torokban*, a *nagy mirigyes szervek zsíros elfajulása* (*degeneratio adiposa*) különösen a *máj*, a *tüdő*, a *vese* eredetű *ödéma* és *ascites*, *végül a vérkeringés összeomlása*, mint valami *sorvasztó és fulladásos lázzal járó betegségben* okozza a *halált* (Vámossy, Mansfeld, Issekutz, I. Popa, Orient Gy. (21, 22). Ritkább a *bénulásos*, *sorvadásos idegrendszeri tünetekkel* zajló mérgezés. Kis adagokban adott arzén csak *hosszú idő után* idézi elő a *mérgezést* és a *szervezet pusztulását*. Az arzén kimutatása csak *századunkban* vált *tudományos biztonság-gal megalapozottá*. Ugyanis az arzén *java része kiürül a szervezetből*, miután *romboló munkáját*

a máj, a vese, a szív szöveteinek zsíros elfajulását előidézte.

A Fejedelem első megbetegedése megfelel egy heveny mérgezésnek, amit az erős szervezete legyőzött és így *félheveny* betegség maradt. A Kemény János által leírt tünetegyüttes pontosan megfelel feltételezésemnek. Az ascites, az ödémák, a fulladozás és a hideg folyadékok kívánása már az idült arzénmérgezés tüneteinek jellegzetességei. Most visszatérünk a Krauss György krónikájának egy megjegyzésére: „Miuán a Katalinnal Kassán megtartott fejedelmi nászának és esküvőjének történetét meghallgatták, tudnunk kell azt is, hogy közben vízkört hurcolt magában...” (23). Bizonyos az, hogy egy valódi szív vagy vese eredetű vérkeringés-elégtelenség következtében fellépő (vízkór) ödéma nem lehetett. Kemény János írja: „... Midőn násznépe az fejedelemasszonnyal Kassához közelített volna, az fejedelem is nagy pompával mene ki és expialá őket, maga virágos fehér vontezüst köntösben muszttal bélelt galléros mentében, kolcsos tollason mind maga s mind főlova... amazok a fejedelemasszonnyal az Hernád vizén túl az hegy alatt, emezek a fejedelemmel innen a váras felől... Megegyezvén azért a fejedelemasszonnyal levő násznépe általjüve az Hernád vizén az fejedelem is lován az hintó mellé, mene főlován meghántatván magát (mai nyelven: táncoltatta paripáját!) de egyik fél is nem szállván le akkor; hanem felvont igen frís sátorok előtt az herceg kisasszony hintájából, az fejedelem is lováról leszállván, fogának kezét és adának csókot egymásnak... Nemsokáig beszélvén és mulatván... megindulának; az fejedelem ismét lovára, az herceg-menyasszony hintóba ülteték... Az lakodalomnak napján a vőlegényé lön az első tánc... Ez a lakodalom pedig lön anno 1626.” (13). *Egy valóban dekompenzált vérkeringés-szívelégtelenségben szenvedő beteg ezt nem tudja véghezvinni!* Egy lassan ölő méregtől hol jobb, hol rosszabb állapotban levő beteg, azonban nagyon erős szervezetű ember igen! Ne feledjük, hogy a mérgezések korszakában vagyunk (24). A számtalan messzi vagy szomszédbeli esetet nem hozom példának (24). — Mátyás király és Bocskai István mérég által való meggyilkolása sem vált tankönyvi adattá. Márki István szerint azonban mindkettő „megmérgezve végezte életét”! (25).

Bethlen Gábor kórtörténetének epikríziséhez (zárójelentéséhez) foglaljuk hát össze kezelésének és gyógyításának elemzését is. Első súlyos megbetegedése „hatalmas forró nyavalya” hasmenéssel nem lehetett más mint egy arzénmérgezés gyilkossági kísérlet, amit a Fejedelem erős szervezete legyőzött. (1623. aug.-ban Váradon). Elkülönítő körjelző, hogy a koleraszzerű (choleraformis) hasmenésnél nincs láz, sőt még a normális alá süllyedhet a hőmérséklet. Azután köztudottan betegeskedett a fejedelem (aszerint, hogy mikor és mennyi újabb és újabb adag mérget sikerült neki beadni alkalomadtán). Ám, a lassan ölő mérég fokozatosan és alattomban tovább pusztította a Fejedelem szervezetét. Míg azután 1629-ben már rohamosan hanyatlott Bethlen Gábor testi ereje, fokozódott az ödéma, az ascites, bekövetkezett a dyspnoe és ezúttal is a lázas állapot. A szív eredetű halál nem jár lá-

zas állapottal (hőemelkedéssel). Annál inkább lehetséges az arzénmérgezésnél, a forróságérzés, „a belső láz”, a gyomor-bélszatorna nyálkahártyáinak idült gyulladása következtében. Végtűnetként az arzénmérgezés fokozódó legyengülést okoz, míg ájulási rohamok véget vetnek a szenvedő életének.

Vegyük végül számba a beteg kezelésének, gyógyításának módját, hatékonyságát. Fürdőkúrát végeztek a Fejedelemmel a váradi és az algyógyi hévizekben, és savanyú vizet (borvizet) itattak vele. A legyengült vizenyős testű, fulladozó Fejedelmet, azután, bátran elmondhatjuk, mindez hamarosan megölte! A Fejedelem orvosai közül legismertebb Schultz, Scultetus, Schulitz, Scultety, vagy Wrichard Schulitz von Schulitzaw vagy Schuliz, valószínűleg ugyanazon személy. A Fejedelem utolsó betegségében szerepet játszott egy Ribeira, Riberion, vagy Hiberius nevű zsidó orvos is. És egy olasz meg egy „névtelen”(?) morva orvos (26). Ez utóbbinak nevét egyedül Kővári László említi Salamon Ferencre hivatkozva: „Dr. Cultetus Weickhard rendes orvosa erőfeszítése dacára mindinkább gyengült (a Fejedelem). Titkos ellenei fennől egy naino nevű morva orvost játszanak be hozzá... Az betegségét vízkórba vitte át” (27). M. Felner írja: „A fejedelmet hosszú idő óta Podagra kínozta, ami vízbetegségbe ment át, az orvosok gyógyítani akarván siettették halálát 1629. nov. 15-én”. (28). A morva orvos személye és tevékenysége nagyon gyanús és homályos. Ő veszett össze az általa ajánlott kezelés miatt a Fejedelem régi orvosaival. De sajnos a morva doctor álláspontja győzött. Kemény János méltatlankodva jegyzi fel: „... Bercsényi Imre, akit a fejedelem disgustált, ajánlott egy morva doctort, akinek a hazáját azelőtt pusztítottuk... Ez a medicus savanyú víz ivását ajánlotta Bethlen Gábornak... Azt állítván... hogy ha elérkeznék is a hidropizia a savanyú víznek italja miatt, de azon vizek beneficiumjával elsősorban az fulladozást curálván könnyű dolognak tartaná azután a hidropozisnak tollását. (!) ... így az udvarhelyszéki Vargyas és Olasztelke közt száldobosi határban levő savanyú vízhez menének (Bethlen Gábor és kísérete). Ott talán három vagy négy hétig itatá vele a savanyú vizet, mely nem hogy használt volna, de egészben reáhoza az vízbetegséget; azzal elmene a doctor egész bizonyos informatiót vivén az ellenkező helyre, az fejedelemnek meggyógyulhatatlan nyavalyája felől... és noha ezután is continuáltak ugyan az curatiót az maga doctori, de héában hordozák gyógyi feredőbe, hévizben, Sombornál is valami hitván forrásnak vizében fereszték eléggé de mind héában!” (13). Don Diego is azt írja „A fejedelem elutazott, hogy néhány fürdőt vegyen doctorai, meg egy nagytudományú német orvos tanácsára, ki nemrég érkezett az udvarba. S ámbátor rendjén megmerítkezett a fürdőkben, kúra közben jeges vizet ivott... Miért is sokat panaszkodtak az doctorok kijelentvén, hogy a fejedelmünk magamagát pusztítja el.” (10) A Fejedelem kórtörténete itt be is fejeződik.

Fennmarad azonban a kérdés ki(k) volt(ak) a Fejedelem gyilkosa(i)? Elsősorban gyanús a Kamuti-ház, azután a Fejedelem olyan soknevű orvosa Scultetus, akiről már a Fejedelem életében azt re-

besgették, hogy Brandenburi Katalinnal bizalmas viszonyt folytatott. S ezért Csáki István meggyilkoltatta. Scultetus doktort valószínűleg Csáki István (és a katolikus főurak?) ölették meg konstantinápolyi útjáról hazatérőben, és holttestét az Olt folyóba dobták (22). Weszprémi István orvostörténetében ezt írja: „Weighardus Schultetus, Bethlen Gábor fejedelem orvosát annak halála után, mivel testvéreinek, Bethlen Istvánnak pártjára állott, Brandenburi Katalin, a fejedelem hatalomra vágyó özvegye által felbérelt katonák, helyesebben orvgyilkosok apró darabokra vágták és az Olt folyó vizébe dobták.” (29). — Deák Farkas a következőképpen jellemzi Csákit: „Elkezdvé inasától vagy ispánjától, a társas élet minden rétegén át a fejedelemig és királyokig, akikkel bajoskodása volt, pedig sok volt, annak oka mindég a pénzkérdés volt, s a legtöbb esetben a saját kapzsisága.” (30).

Az Orient Gyula által felfedezett, németből lefordított és magyarázatokkal ellátott könyvecske Csáki Istvánnak, Bethlen Gábor kamarásának őszinte bevallását tartalmazza, miképpen lopta el (?) a Fejedelemtől az aranycsinálás mesterségének titkát. Acsádi Ignácnak úgy tűnt, hogy a füzet első lapja Csáki eredeti írása és aláírása. Később többen és Kelemen Lajos is a leírás 77 számozott lap vízjeléből úgy gondolják, hogy egy 1783-ban készült másolatról van szó. Ezek szerint a Fejedelem még alkímiaival is foglalkozott. Hogy mennyire volt a Fejedelem maga is alkímista, a Csáki írásából nem derül ki. Ha a könyvecskét (aminek eredetije nem tudom, hol található) gondosan, legújabb módszerekkel át lehetne tanulmányozni, bizonyára értékelhetőbb adatokhoz jutnánk (31). Ismeretes, hogy az aranycsinálás boszorkánykonyhájának egyik nélkülözhetetlen, elengedhetetlen alapanyaga ugyanis az *arzén*. Az ezzel foglalatostkodó egyén óhatatlanul, elkerülhetetlenül megbetegedhetett, sőt áldozatul is eshetett a lassan öltő alattomos mérgezésnek. A fentebb bőven letárgyalt adatok alapján azonban a Fejedelem halálánál sokkal inkább *nem a véletlen* (baleseti) *mérgezés*, hanem a valaki(k) által alattomban adagolt mérgező hatás lassan öltő hatása érvényesült. Amihez nem kis mértékben hozzájárult a szándékosan helytelen kezelés, gyógyítás.

Ki lehetett a gyilkosság értelmi szerzője? Mi indokolja Schultetus doctor meggyilkolását Csáki István által? Versengés a Brandenburi Katalin kegyeiért? Esetleg cinkossága a Fejedelem elvesztésében és egy kellemetlen tanú, illetőleg tettektárs elhallgattatása? Szerintem csak Csáki István lehetett az értelmi szerző, de természetesen éppen ő sajátkezűleg nem adhatta be a mérget... Ki volt a bűnszolgája, a végrehajtó? Aligha tudjuk ezt meg valaha. A Fejedelem udvarának személyzete közül csak néhánynak ismerjük a nevét.

Ha Schultetus doctor meggyilkolása tényként leszögezhető, az indíték mégis vitatható. Ugyancsak homályos, miért kellett a Fejedelemnek nem természetes halállal elpusztulnia. Mert ha minden szál Csáki Istvánhoz vezet is, a pontos indíték kérdéses. Vajon csak a kancellár pénzsóvársága (ismerve jellemét) és hatalomvágya (éppen a fejedelmi székre), vagy pedig „egyszerűen” a Habsburg császár eddigi elérő karja volt az, amely egy olyan

erőt semmisített meg, ami európai viszonylatban hatalmat jelentett? És Csáki István maga egy erre alkalmas, sőt megfelelő hajlandóságú eszköz volt! Mindezt a történészek feladata kideríteni. Viselkedésében sok kivételalót találhatunk már a Fejedelem életében. „Catherina fejedelem asszonyember... ingadozó elméjű, az világi gyönyörűségekre is hajlandó s kelleténél nagyobb pompát űző istenes igazgatásnak igenes vágásiból csakhamar kikezde magaviselésiben hágdosni.” (32).

Mit jegyzett fel a legmervadóbb, a szemtanú, Kemény János a fejedelemnéről, akire Bethlen Gábor orszagát, trónját, mindenét hagyta? „Magahagyásából (Bethlen Gábor) mely nap meghala, ottan testét felbonták... Catherina az fejedelemasszony nemcsak nem irtóza nézni, sőt egyiránt fogdosni, tapogatni az felmetélt testnek szívét, felhasított hasát s egyéb tagjait, de semmi szomorúságot nem tettete, sőt egy csepp könyvet sem ejte az istentelen gonosz szívű elvetemedett asszonyi állat.” — Mi is sóhajthatunk, mint egykor Kemény János: „Szegény Fejedelem!”

Szilágyi István dr.

IRODALOM: 1. *Makkai László*: Erdély öröksége IV. kötet. A fejedelem (Budapest, Franklin Társulat, 1942). — 2. *Makkai László*: Bethlen Gábor emlékezete (Budapest, Európa Könyvkiadó, 1980). — 3. *Nagy László*: Bethlen Gábor a független Magyarorszáért (Akadémiai Kiadó, 1969). — 4. *Segesvári Szabó Bálint*: Krónikája 1606—1654. Ismertette, a jegyzetekkel világsítva közli Jakab Elek, Erdélyi történelmi adatok, IV. kötet 1862. — 5. *Angyal Dávid*: Magyarország története VI. kötet; II. Mátyástól III. Ferdinándig (Budapest, 1898 Athaeneum). — 6. *Herczeg Géza*: Bethlen Gábor külpolitikai törekvései (Budapest, 1980). — 7. *Unger Emil*: Magyar éremhatározó (Budapest, 1971). — 8. *Huszár Lajos*: Bethlen Gábor pénzel (Kolozsvár, 1945). — 9. *Szilágyi Sándor*: Erdélyország története (Pest, 1866). — 10. *Don Diego de Estrada*: Visszaemlékezései Bethlen Gábor udvarára. Fordította Szőnyi Ferenc. (Közli Makkai László Bethlen Gábor emlékezeté-ben Budapest, 1980). — 11. *Böjti Veres Gáspár*: De rebus gestis magni Gabrielis Bethlen 1624. (A nagy Bethlen Gábor viselt dolgairól, fordította Heckel Anna és Novák József). Közli Makkai László Bethlen Gábor emlékezeté-ben, Budapest, Európa Könyvkiadó, 1980). — 12. *Keserű Dajka János*: Bethlen Gábor nemzetsége, jelleme és tettei (latinból fordította Novák József), közli Makkai László Erdély öröksége IV. kötetében, Franklin Társulat 1942). — 13. *Kemény János*: Önéletírása-ból Bethlen Gábor-ról (Közli Makkai László Erdély öröksége IV. kötetében, Franklin Társulat, 1942). — 14. *Nagy László*: Bethlen Gábor a magyar történelemben — Bethlen Gábor állama és kora. ELTE kiadványa, tanulmány gyűjtemény (Budapest, 1980). — 15. *Bethlen Gábor levelek* (Sebestyén Mihály, Kriterion Téka, 1980, Kolozsvár). — 16. *Nagy Szabó Ferenc*: *Memoriáléja*. Erdélyi történelmi adatok I. Szerk. és kiad. Mikó Imre, Szabó Károly (Kolozsvár, 1855). — 17. *Péter Katalin*: Történelmi füzetek. 400 éve született Bethlen Gábor (Budapest, 1980). — 18. *Thorwald Jürgens*: La grande aventure de la criminologie (Paris, 1967). — 19. *Stefănescu Paul*: Darma otrăvirilor (A mérgezőségek drámája) Bukarest, Editura Medicală, 1980). — 20. *Quai I. Terbancea M. Mărgineanu V. Popa L.*: Introducere in teoria si practica medico-legală. (Bevezetés az elméleti és gyakorlati törvényszéki orvostanba) II. kötet (Cluj — Napoca 1979. —) — 21. *Popa Ioan*: Toxicologie (Bukarest, Editura Medicală 1978). — 22. *Orient I.*: Elemente de Toxicologie Medicală (Az orvosi mérgegan elemei) Cluj-Kolozsvár Transilvania, 1934. — 23. *Krauss Georg*: Siebenburgische Chronik (1608—1665) Fritz Mild kiadása Sighisoara-Segesvár. Románra fordította Duzinchevici G. és Reus-Mirza (Editura

Academiei R. P. Romane 1965)... Magyarra fordította Jászai Gabriella. — 24. *Ureche Gr.*: Letopisetul Tarii Moldovei (Moldova Krónikája) P. P. Panaitescu kiadása, Bucuresti 1955. — 25. *Márki Sándor*: Történelmi beszédek (Kolozsvár, 1907). — 26. *Magyari-Kossa*: Magyar orvosi emlékek I—IV. kötet (Budapest, 1929—1940). — 27. *Kövári László*: Erdély történelme (Pesten Ráth Mór, Kolozsvárott Stein János és Demeny László bizománya 1863). — 28. *Felner Martin*: Primae lineae M. Principatus Transilvaniae Historiam Cibini 1780

(A nagy Erdélyi Fejedelemség történetének alapvonalai Szeben) Fordította a szerző. — 29. *Weszprémi István*: Succinta... 1788. (Fordította a szerző.) — 30. *Deák Farkas*: Egy magyar főúr a XVII. században. Csáki István élete (Akadémia Kiadó, Budapest, 1888). — 31. *Orient Gyula*: Erdélyi Alchimisták. Bethlen Gábor fejedelem Alchimiája (Kolozsvár, Minerva, 1927). — 32. *Szalárdi János*: Siralmas magyar krónika 1662 (Budapest, Helikon 1980).

A megértés művészete

Az élőlények egymás között fajtájukra jellemző, hagyományos jelekkel érintkeznek. Ezek a jelek azonos populáción belül egyértelműek, bár más faj is megértheti bizonyos ideig tartó együttélés után. Azt mondhatjuk, hogy az emberben meglévő öt érzékszerv bármelyike felhasználható az élővilágban kommunikációs célból. A méhek mozgásformákkal, szarvasfélék szaggal, dürgő madarak színekkel, hangképző szervekkel ellátottak hangokkal, kigyók és csúszómászók tapintással, melegvérűek akár hővel képesek egymást értesíteni.

Az ember minden érzékszervével kommunikál, de ezek közül a látás és hallás dominálnak mint kommunikációs szervek. De csak az ember felsőbbrendű értelmével volt képes a kommunikáció legmagasabbrendű formáját kifejleszteni, a beszédet. Az első, már fejlett beszéddel rendelkező emberi közösségekben fellépő információrögzítés és -tárolás igénye hozta létre a metrikus és rímes beszédet, a verset. Ezzel az információk rögzítését könnyítve teremtette meg az információs robbanás első formáját. Az emberiség nagy kalandjait, elképzeléseit, tudását a világról naiv eposzokban hagyományozták apáról fiúra az írásbeliség előtt. A második a képirás, a harmadik robbanást a szóírás, a mai írás ősenek felfedezése okozta. Az írásbeliség maradt évezredek át a vezető kommunikációs mód egészen a Gutenberg galaxisig. Ma pedig az információs krízis soha nem képzelte súlyát nyögjük.

Az ember igénye, hogy környezetét maradéktalanul megismerje, először csak a táplálékszerzés kényszerítő kísérő jelensége volt az ősemberről. Ez az igény letelepedése után is megmaradt, másképpen lehetetlen lett volna fennmaradnia. A tudományos világmegismerés már túlmutat a szükségleteken és korunkig talán kissé öncélúnak is tűnik. Ma viszont a túlnépesedés, a Kelet-Nyugat, Észak-Dél szembenállása óriási kényszerítő erő, hajtóerő a tudomány számára. Ma a tudomány záloga, egyben veszélye is lehet fennmaradásunknak.

A tudományos világmegismerésnek fokozatai vannak. Első a jelenség megismerése, melyet a névadás vezet be. Ezután jön a felismerés, amikor az elnevezett jelenséget ismétlődése esetén felismerjük, tudjuk, hogy ezzel már találkozunk, és nevét is felidézhetjük. A jelenség értése, majd megértése a következő cél. Értjük a jelenséget, ha önmagát,

megértjük, ha viszonyait, kapcsolatait is értjük. Megértjük a jelenséget, ha azt minden diszciplína egyértelműen értelmezi.

A világmegismerésnek eszközei vannak, melyeket az ember ma is használ, csak a hangsúlyok változnak. Első a praxis, a legősibb gyűjtögetéstől a már megtervezett munkáig. Egyszerű ténykedések sora, melyben az érzékszervek működésén a hangsúly. Ennél magasabbrendű a világ esztétikai elsajátítása, amikor az érzékszervek által közölteket állítjuk össze valamilyen világgéppé. Részt vesz benne elég súllyal az agy. A kísérlet, mely célratoró praxis, az ember agyát állítja már előtérbe. Kizárólagos agyműködést feltételez a gondolkodás, a kogníció. Két formája van, a *doxikus* ősbibb és az *epistemikus* maibb gondolkodás. Erről később. Egy azonban tény, hogy a sikeres praxis gondolati háttéréből alakult ki a logikus gondolkodás.

A világról szerzett tudásunkat, információinkat funkciójuk szerint oszthatjuk be a társadalmi tudat nagy kategóriáiba. Így a vallások és ideológiák, a művészetek és a tudomány a nagy gyűjtő, rendszerező tudatformák. Köztük ma már nincs éles határvonal, és még csak azt sem mondhatjuk, az osztályozás alapja az igazságtartalmuk. Míg az ember a praxistól eljut a kognícióig, végigjárja a kulturális fejlődést a mítosztól a tételes vallásokon át a tudományig. Mindezeknek a tudatformáknak tartalma nyelven keresztül tudatosul és az írásban, jelekben, képletekben rögzül. Az is tény, hogy minden tudatformának jellegzetes idiómája, nyelve, kifejezőeszköze van, mely sokszor csak a beavatottnak érthető. A nyelv rétegződik még a társadalmi osztályok, alosztályok, rétegek, csoportok szerint is. De változik a nyelv foglalkozás szerint is. Gondoljunk a borbélyra, papra, ügyvédre, vagy akár az orvosra. És mindezt meg is kívánjuk érteni.

Minden tapasztalatunkat nyelvre, vagy képre fordítunk le. Ezáltal manipulálódunk, mert objektivitásukból veszítenek azáltal, hogy a korszellemhez válnak hasonlónak. Ugyanúgy szavakban vagy képekben gondolkodunk és gondolatainkba óhatatlanul beszűrődik a kulturális trend. Egyébként a gondolkodás útja a képítől az elvont fogalmi gondolkodás felé tart. Ezt tükrözi a gondolkodás két fő iránya, a doxikus, vagy köznapi, inkább képi és az epistemikus, vagy tudományos, inkább fogalmi gon-

dolkodás. A két forma mindig együtt élt, vagy egyszerre, vagy egymás után. Ebben a nyelv *synchron* (állapot) és *diachron* (történetiség, fejlődés) dialektikája mutatkozik meg. Azonban tagadhatatlan a doxikus gondolkodás uralma. A gondolkodás ezen formája a legmagasabbra az életbölcességben, irodalmi alkotásokban, művészetekben jutott. A görögség az érdem, hogy az *epistemé*, a logikus gondolkodás tudományos formája megjelent. Célja mindig a pontosság volt, ma a matematika exaktsága az eszmény, másképpen a szigorú denotatív kifejezés, jelölő és jelölt egysége, a jelentés.

A nyelv végeredményben a kultúra letéteményese és vele együtt fejlődik. A doxikus gondolkodásból halad az epistemikus felé, de el nem éri. Ha elérné, meghalna a költészet. Állandóan új eredményeket szív fel, ahogy új jelenségeket ír le, vagy nevez meg az alkotó értelmiség. A kultúrában az létezik, aminek neve van. Az ismeretlen a névadással válik ismertté, mint *Eliot* mondja, a költő feladata nevet adni az ismeretlennek.

Az orvosi nyelv túlnyomóan doxikus, de újabb törekvések az epistemé felé mutatnak. Sajnos ez a tendencia elszigetelőleg hat az orvos-beteg viszonyban. Az orvosi epistemé egyenlő a szakzsargonnal és nomenclatúrával. A jó orvos a két forma között disztingvál esetenként, de mindkét formára szüksége van, mert emberképét csak úgy tudja megragadni. Tudománya matériáját, az embert mint somatikus egységet, a szaknyelv írja le. A psyché azonban inkább a doxikus formával ragadhatja meg, ha az egyedit, az egyszerit, az egyént vizsgálja. *Allport* azt írja, hogy a tudomány az általánost célozza meg, az egyedit csak a művészet és történet-tudomány fogja fel.

Az egyéni psyché megragadása, megismerése, leírása a legnehezebb, mert mélyrétegei tartalmára még szavaink sincsenek. Az egyéni tudat mélyén az éntudat és az egyén által elérni kívánt értékek helyezkednek el. Ez az *axis* és az *ethos*, archetípusok és involvációk világa. Megértése részben talán az *empathia* révén lehetséges, feltéve, ha tartalmát nyelvi kódra tudjuk fordítani. Mindenhol a nyelvbe botlunk, érezzük korlátait.

Itt kezdődik a művészet, mert az *axis* kivetítése, a lelki értékek művészi megjelenítése, műformába öntése az alkotó elme legmagasabbrendű feladata. A mű megértése pedig már a megértés művészete. Ugyanis az újabb művészeti irányzatok valahogy a megértés elé állítanak akadályokat azzal, hogy olyan egyéni nyelvi, szimbolikus kódokat használnak, melyeket a kultúra eddigi dekódolási eljárásaival nem tudunk értelmezni, így megérteni. A másik oldalon, mert a szubjektív oldal ez volt, a mindenároni objektivitásra törekvés a műveket tudománnyá kívánja emelni. Így a klasszikus művészeti egyensúly, az értelem és érzelem egyensúlya hol egyik, hol másik véglet felé tolódik el.

Az ember megismerésének klasszikus útja, a pszichológia is irányt vett a tisztán epistemikus módszerek felé azzal, hogy a számítógépekkel megteremtette az emberi agy gépi modelljét. Ez ma már a gondolkodást veszélyezteti, mert leveszi a gondolkodás „terhét” az egyénről, és áthárítja a mindentudó computerekre. Ezáltal lehet, hogy a jövő emberében *rudimentummá* válik az agy. Egy azonban tény, hogy a tudományos eredmények hallatlan tömegének tárolására a computerizált adatbankok fognak szolgálni, ahonnan a szükséges információ lehívható. Azonban továbbra sem nélkülözheti az emberiség a kreatív elmét, melyet elérni egyre nehezebb feladat az eltömegesedésben. Azonban mindenki elérheti, sőt el kell hogy érje a doxikus gondolkodási forma csúcsát, az életbölcseiséget és az életet szebbé tevő művészetet.

Ennek elérésére, mert ebben van az ember boldogulásának, egyáltalán emberi életének záloga, meg kell mindent tennünk. *Pascal* mondja, hogy az ember az a lény, akinek az a sorsa, hogy önmagát állandóan transcendálja. Ez pedig a megismerés útjával azonos. A modern ember képe nem áll össze az egyes rész tudományok eredményeinek pusztá integrálása révén. Így azokból meg sem érthető. A tudományos emberkép csak az általánosságokat fogja fel, legyen mégoly részletes is. Megértjük a közgazdaságtanból a homo oeconomicust, a játékelméletről a homo ludens-t, a vallásokból a homo religiosust, a biológiából a homo sapiens-t. De képtelenek vagyunk megérteni legjobb barátunkat, ha nem férkőzünk lelkéhez, lelkébe. A teljes ember megismerésének letéteményese az az orvos, aki ismeri a legújabb szakmai eredményeket, otthon van a pszichológiában és a művészi valóság megismerést is állandóan műveli, egyszerűen egy kissé maga is művész.

Erre a magas fokra kívánunk eljutni mi, író orvosok, vagy orvosírók. Azt hiszem, ezen elfoglaltságunk nemcsak embertársaink és a társadalom teljesebb megismerését eredményezheti, hanem önismeretre is tanít. Megismerjük korlátainkat, ezzel feloldunk magunkban teljesíthetetlen vágyakat, boldogabbak leszünk.

A megismerés művészete végeredményben dialektikus egysége az ön és a társadalom megismerésének, a doxikus és epistemikus gondolkodásnak, a tudomány és a művészet egységének, azonban az arányokra ügyelnünk kell.

Sáry Gyula dr.

IRODALOM: 1. G. W. Allport: A személyiség alakulása, Gondolat, Bpest., 1980. — 2. P. Francstel: Művészet és társadalom, Gondolat, Bpest., 1972. — 3. E. T. Hall: Rejtett dimenziók, Gondolat, Bpest., 1975. — 4. Vitányi István: Társadalom, kultúra, szociológia, Kossuth, Bpest., 1981. — 5. Heller Ágnes: Az ösztönök, Gondolat, Bpest., 1978. — 6. Szende Tamás: A szó válsága, Gondolat, Bpest., 1979.

PERIDISOL

Oldatok peritonealis dialízishez

Összetétel:

	Na+	K+	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺ mmol/l	Cl ⁻	Laktát	Glukóz g/l	Szorbit	Ozmola- ritás mOsm/l
PERIDISOL 1-D	140	0	2	0,75	102	43,5	15		374
PERIDISOL 1-DK	140	4	2	0,75	106	43,5	15		382
PERIDISOL 2-D	140	0	2	0,75	102	43,5	70		680
PERIDISOL 2-SK	140	4	2	0,74	106	43,5		70	684

JAVALLATOK

1. Akut vagy idült veseelégtelenség.
2. A folyadék és sav-bázis háztartás súlyos zavarai (különböző eredetű, gyógyszeresen nem befolyásolható ödémák, metabolikus acidózis).
3. Súlyos mérgezések (dializálható mérgek esetén).

ELLENJAVALLATOK

A peritonealis dialízisnek abszolút ellenjavallata nincs. Megvalósításának gátat szabhatnak a technikai keresztülvitel akadályai, illetve nehézségei, mint pl. hasfal sérülése, kiterjedt peritonealis összenövések, külső és belső sérvek stb.

ALKALMAZÁS

A palackokhoz csomagolt kísérőirat szerint.

C SOMAGOLÁS ÉS ÁR

PERIDISOL 1-D	1000 ml	61,10 Ft.
PERIDISOL 1-DK	1000 ml	54,70 Ft.
PERIDISOL 2-D	1000 ml	63,80 Ft.
PERIDISOL 2-SK	1000 ml	58,60 Ft.

Fekvőbeteg-gyógyintézetek közvetlenül a HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézettől szerezhetik be.



Cím: 2101 Gödöllő, Táncsics Mihály út 82.



A dohányzás ártalmai

Folsav, karotin és dohányzás. Witter, F. R. és mtsai (The Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 144, 857.

Sokat vitatták már, hogy a dohányzás befolyásolja-e a tápláltságot. A szerzők 50 dohányzó és 73 nem dohányzó terhes asszonyban megvizsgálták a szérumban és az erythrocyták folsav és karotin tartalmát. A két csoport között nem találtak szignifikáns különbséget a testsúly, magasság, az első mensis időpontja, szülésszám, etnikai hovatartozás és contraceptívumok használata tekintetében. A nem dohányzók azonban idősebbek és magasabb iskolai végzettségűek voltak. A képzettségben mutatkozó különbség szociális és nutricionális különbséget is takarhat és így az adatok értékelését megnehezíti.

A dohányosokban a szérumban és erythrocyták folsav és karotin tartalma is szignifikánsan alacsonyabb volt. Ha a dohányzás foka szerint bontva vizsgálták az erythrocyták folsav és karotin tartalma dózis-hatás összefüggést mutatott.

Adataik magyarázatot adhatnak a szájpadhasadékok gyakoribb előfordulására a dohányos asszonyok magzataiban, mivel mások már kimutatták, hogy koraterhességben adott folsav ezen fejlődési rendellenességek kockázatát csökkenti.

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Anyai passzív dohányzás és magzati tiocianát szint. Bottoms S. F. és mtsai (Cleveland Metropolitan General Hospital Case Western Reserve University Cleveland, Ohio): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 144, 787.

A passzív dohányzásnak ugyanolyan káros cardiovascularis hatásai lehetnek, mint az aktívnek, és ugyanúgy árthat a magzatnak is. Az aktív dohányzás magzati ártalmait már több kutató is bizonyította, míg a passzív dohányzás ártalmait eddig nem vizsgálták. A szerzők ez utóbbi bizonyítására az anyai és magzati vérben található tiocianát (SCN, a dohányzás anyagcsereterméke) mennyiségét vizsgálták közvetlenül a szülés után és összehasonlították az anya által adott anamnesztikus adatokkal. Ezek alapján az anyákat három csoportba osztották dohányzási szokásaik szerint: nem dohányzók, passzív dohányzók (akiknek otthoni környezetében legalább egy dohányos volt) és aktív dohányzók.

A dohányzási adatokat egybevetették a szülészeti és általános anamneszis adataival, illetve a talált anyai és magzati SCN szintekkel. Az anamnesztikus adatokban 3 szignifikáns különbséget találtak: a két dohányzó csoport fiatalabb volt, mint a nem dohányzó, a passzív dohányosok között több volt a hajadon és a nem dohányzók között többen vették igénybe a privát terhesnőorvosi gondozást.

A laboratóriumi eredmények szignifikáns összefüggést mutattak a dohányzási szokások és a magzati SCN szint között (nem dohányzó < passzív < dohányos) és anyai és magzati SCN szint, valamint az anya által elszívott cigaretták száma és a magzati SCN szint között is. Mindezek azt bizonyítják, hogy már a családban levő dohányos is a magzati vér SCN szintjének emelkedését és ezzel a magzat károsodását okozhatja. Ez a veszély egészen reális. Az aktív dohányzástól már régen tudjuk, hogy a születési súly csökkenéséhez és/vagy a magzat pszichoszomatikus fejlődésben való elmaradásához vezet. A jelen vizsgálat adatai szerint ezt a passzív dohányzásra nézve is valószínűsítik. A vizsgálat értéke még az is, hogy a SCN meghatározása mind az aktív, mind a passzív dohányzás mértékének megbízható laboratóriumi mérését teszi lehetővé.

(Ref.: A fenti két közlemény a — hazánkban érthetetlenül megtört — visszásságra, a terhesség alatti dohányzásra hívja fel, ki tudja hányadszor, a figyelmet. Az egyik a dohányzás magzatkárosító hatásának lehetséges mechanizmusát világítja meg, a másik pedig a dohányzás fokát teszi mérhetővé. Érdekes közös vonás a két populációban, hogy a nem dohányzók idősebbek és feltehetőleg jobb körülmények között élnek, amit az egyik közleményben a magasabb iskolai végzettség, a másikban a magánklinikák magasabb látogatási aránya jelez. Ez a két vizsgálatnak értéke és hiányossága is, újból felveti a gondolatot, hogy a dohányos személyiségének is szerepe lehet a dohányzásnak tulajdonított káros hatásokban.) ifj. Zalányi Sámuel dr.

Hörgőreaktivitás, dohányzás és alfa₁-antitrypsin. Kabiraj, M. U. és mtsai (Department of Lung Medicine, Lasaret, Lund): *Amer. Rev. Resp. Dis.* 1982, 126, 864.

Nem számoltak még be eddig a klinikai légútbetegség nélküli dohányzók és nem dohányzók hörgő-

reaktivitásáról. Azt azonban jól tudjuk, hogy az asztmások és főleg a hörgőhurutosok többsége dohányzó. Ismertették azt is, hogy a heterozygota alfa₁-antitrypsin hiányos egyének hörgőreaktivitása fokozott. A szerzők ezért érdekesnek tartották a heterozygota alfa₁-antitrypsin hiányos (Pi-MZ), valamint a normális (Pi-M) 40—50 éves férfin metacholin-próbával megvizsgálni azt, hogy van-e különbség ezek hörgőreaktivitásában, és hogy ez a reaktivitás kapcsolatos-e az egyének dohányzási szokásaival. A légútzagalom különböző formái gyulladást okoznak a hörgő nyálkahártyáján, fokozzák az izgató receptorok ingerlését, csökkentik az ingerlő szerek indukálta hörgőszűkület küszöbét s nem specifikus hörgőszűkületet okoznak. A hisztamin és a metacholin aeroszol emelkedő adagja ugyanis jelzi a hörgőszűkület mértékét, kimutatja a hörgőreaktivitást és feltárja a légutakat érő káros hatásokat. A cigarettafüst hevény expozíciója ingerli az izgató vagy a köhögést okozó receptorokat a központi légutakban. Ez az inger reflex hörgőszűkületet okoz a vagus cholinerger pályán keresztül. A dohányfüst gyulladást hoz létre mind a nagy, mind a kis légutakban. A dohányfüst miatt hörgőhurutos betegek általában hörgő-túlérzékenyek. Lehetséges tehát, hogy a dohányzók hörgőreaktivitása nagyobb, mint a nem dohányzóké. A fiatalok homozygota alfa₁-antitrypsin hiányos egyénekben összefüggés van a dohányzás és a tüdő-tágulat keletkezésében. Közepes fokú alfa₁-antitrypsin-hiány esetén azonban eltérőek a vélemények a dohányzás és a tüdő-tágulat keletkezése kapcsolatáról.

A szerzők kérdőívek alapján megállapították a 20 dohányzóban, a 30 volt dohányzóban és a 18 nem dohányzóban a megfázás, az allergia, a köhögés, a köpetürítés és a nehézlégzés gyakoriságát és azt is, hogy az illeték heterozygota alfa₁-antitrypsin hiányosak voltak-e. Ezután a vizsgálat előtt és utána 4—4 percig 0,001, 0,01 és 0,1 1%-os 2 ml metacholint lélegeztettek velük, majd 2, 5 és 10 perc múlva megmérték a Tiffeneau-értéküket. Az utolsó metacholin belégzés után 2 szippantásnyi 0,5 mg terbutalin aeroszolt inhaláltattak velük, majd ezután 10 perc múlva ismét megmérték Tiffeneau-értéküket, valamint a vitálkapacitás-csökkenés százalékát. A Tiffeneau-érték a kezdeti 100,84-ről a legkisebb töménységű metacholin aeroszol belégzése után 96,41-re, a legnagyobb töménységű metacholinra 80,5-re, a terbutalin aeroszorra 89,35-re csökkent, a vitálkapacitás-csökkenése pedig 9,45% volt a dohányzóknál. A volt dohányzóknál ezek a megfelelő értékek 101,69, 98,59, 92,2, 96,55, ill. 4,75%, a nem dohányzóknál pedig 102,65, 99,36, 92,9, 96,66, ill. 4,25% voltak. Hörgőreaktoroknak azokat minősítették, akikben a

Tiffeneau-érték a metacholinra legalább 15%-kal csökkent.

Nem észlelték jelentős különbséget a kontroll Tiffeneau-érték és a metacholin reaktivitás között a heterozygota alfa₁-antitrypsin hiányos és az egészséges emberek csoportjában. A kontroll Tiffeneau-érték azonos volt a dohányzó, a volt dohányzó és a nem dohányzó egyéneknél. 0,001%-os metacholin aeroszol belégzése után azonban ez az érték lényegesen alacsonyabb volt a dohányzóknál, mint az egészséges embereknél. 0,01%-os metacholin aeroszol belégzése után pedig jelentősen nagyobb volt a különbség a dohányzóknál, mint a volt dohányzóknál. A különbség folyamatosan emelkedett a metacholin töménységének a növekedésével. Egy metacholin töménység esetén sem volt azonban különbség a volt dohányzóknál és a nem dohányzóknál a Tiffeneau-, a terbutalin-értékben és a vitálkapacitás százalékában. Adataik alapján úgy látják, hogy a heterozygota alfa₁-antitrypsin hiány nem okoz hörgőreaktivitást. Ezért kizárólag a dohányzás felelős.

Pongor Ferenc dr.

Mukociliáris tisztítótevékenység. Dohányzókon, nemdohányzókon és légúti betegekben kapott eredmények. Nakhosteen, J. A., Lindemann, L., Vieira, J. (Ruhrlandklinik u. Inst. f. Med. Virologie u. Immunologie, Essen): Dtsch. med. Wschr., 1982, 107, 1713.

Bevezetéként a légutak tisztító és védőrendszerét tekintik át a szerzők, majd rátérnek az egyik fő tényezőnek a mukociliáris tisztítótevékenységnek a vizsgálatára. Az általuk módosított radiológiai teflonrészcsek módszer lényege a következő: az éhgyomorral lévő vizsgálódónak orrát, torkát, hangszalagját maximálisan 6 ml 4%-os porlasztott lidocainnal érzéstelenítik. Ennek megtörténte után 20–30 db bizmutos teflonkorongot (átmérője 1 mm, vastagsága 0,8 mm, súlya 1,76 mg) Olympus bronchofiberoscopen keresztül a vizsgálódónak a tracheájába fújnak, majd a hátán fekvő beteg mellkasa előtt levő röntgenrőpöt fényrekesztéssel úgy állítják be, hogy csak a trachea kapjon sugarat. Kb. 5 perccel a befújás után, percenként 1–1, maximálisan 6 filmfelvételt készítenek a tracheáról. A filmfelvételeken a kis korongok jól láthatók és orális vándorlásuk közvetlenül lemérhető. Az egész vizsgálat kb. 20 percig tart, előkészítéssel együtt és a sugárterhelés nem haladja meg a 20 mrad-ot, ami kb. fele egy mellkasi filmfelvétel sugárterhelésének.

Az általuk vizsgált 36 „normál egyéneket” a tracheális mukociliáris tisztítósebességet átlagban 13,5 ± 4,5 mm/min.-nak találták. Ezek fele dohányzó, fele nemdohányzó volt. A 18 dohányzó átlagos tracheális tisztítósebessége 12,1 ± 5,7 mm/min.,

a 18 nemdohányzóé 15,0 ± 4,2 mm/min. A különbség gyengén szignifikáns (P < 0,1). Egy cigaretta elszívása után egy dohányzón 19-ről 8 mm-re, egy nemdohányzón 20 mm-ről 5 mm-re csökkent a tisztítási sebesség. Vizsgálták 42 krónikus bronchitiszben is, és átlagban 3,6 ± 4,6 mm/min. értéket kaptak. A vizsgált 8 hörgőrákoson 3,0 ± 2,4 mm/min., a 8 hörgőasztmáson 4,2 ± 2,3 mm/min. volt az eredmény. Leg súlyosabb funkciózavart a 8 hörgőtágulatot egyéneknél találtak akiken az eredmény negatív irányú volt: -8,9 ± 10,9 mm/min.

Szövődményük nem volt, és mivel kellő gyakorlattal egyszerű és ártatlan módszernek tartják az eljárást, azt klinikai rutinvizsgálatra is ajánlják. Legfőbb alkalmazási területe azoknak az egyéneknek a kiszűrése lenne, akiknek a mukociliáris tisztítótevékenysége már egy cigaretta elszívására is szinte teljesen leáll, mert ezekben a krónikus bronchitisz kialakulásának igen nagy a veszélye.

Vargha Géza dr.

A légutak kémiai érzékenysége a dohányzóknál. Kawakami, Y. és mtsai (First Department of Medicine, School of Medicine, Hokkaido University, Sapporo, Japan): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 126, 968.

Az eddigi vizsgálatok szerint nagy különbség van az egyének között csökkent oxigén-telítettségű és a fokozott szén-dioxid tartalmú levegővel való lélegeztetés után az egészséges emberek, valamint a szív-tüdőbetegek légútválaszában. Számos élettani tényező: az életkor, a nem, a fizikai állapot, a testi megerőltetés és a genetikai tényezők befolyásolják a légzés kémiai érzékenységének a széles változatát. A dohányzóknál a csökkent oxigén-telítettségű vagy a fokozott szén-dioxid tartalmú levegővel való lélegeztetésnek a légutak kémiai érzékenységére való hatása eddig ismeretlen volt, mert az egészséges dohányzóknál a genetikai háttér bizonytalansága miatt nem volt meghatározható. Erre a célra kizárólag az egypetéjű ikrek alkalmazhatók.

A szerzők 23 egypetéjű ikerpáron vizsgálták ezt a problémát. 8 ikerpár dohányzó, 8 ikerpár nem dohányzó volt, 7 ikerpár közül az egyik dohányzott, a másik pedig nem dohányzott. A Brinkman-index alapján egyértelműen azt az egyént minősítették dohányzóknak, akiknek a naponta elszívott cigarettáinak és a dohányzás éveinek számának a szorzata 20-nál több volt. Valamennyi ikerpár azonos vércsoportú és küllemű, 7 ikerpár közül azonban a dohányzó 2 cm-rel magasabb volt a nem dohányzóhoz. Valamennyi hanyatt fekvő ikerpárt csökkent oxigén, ill. fokozott szén-dioxidot tartalmazó levegővel lélegeztették készüléken át,

amíg az artériás vérük oxigénnyomása legalább 5 percig 40 Hgmm-nél kisebb volt, ill. szén-dioxid nyomásuk 55 Hgmm fölé emelkedett. Ekkor különböző légzésfunkciós vizsgálatot végeztek rajtuk.

Megállapították, hogy a dohányzó egypetéjű ikrekben a csökkent oxigén-telítettségű levegővel való lélegeztetés után a légútválasz, valamint annak a testfelülettel és a fokozott vitálkapacitással való hányadosa ugyanolyan volt, mint a nem dohányzóknál. Abban a 7 ikerpárban azonban, amelyekben az egyik dohányzott, a másik pedig nem, a testmagasság, a csökkent oxigén-telítettségű légútválasz, továbbá ennek a testfelülettel, a fokozott vitálkapacitással való hányadosa, valamint a percutillációnak az artériás vér oxigénnyomásával, a fokozott vitálkapacitással és a testfelülettel való hányadosa lényegesen nagyobb, pH értéke pedig jelentősen kisebb volt, mint a dohányzóknál. A dohányzásban egymástól eltérő ikerpároknál a záróterefogat és a vitálkapacitás hányadosa eltérő, a fokozott szén-dioxid tartalmú levegővel való lélegeztetés után a légútválasz, továbbá ennek a testfelülettel, a fokozott vitálkapacitással való hányadosa azonos volt a nem dohányzókéval.

Mindezek alapján megállapítható volt tehát, hogy a dohányzó egypetéjű ikrekben a csökkent oxigén-telítettségű levegővel való lélegeztetésre a légutak kémiai érzékenysége fokozódott, a nagyobb töménységű szén-dioxiddal való lélegeztetésre viszont mind a dohányzó, mind a nem dohányzó egypetéjű ikrekben azonos maradt. A genetikai tényező tehát kétségtelenül befolyásolta a légutak kémiai érzékenységét.

Pongor Ferenc dr.

A dohányzás hatása az egészségre Ázsiában. WHO Chronicle (World Health Organization, Geneva, Switzerland): 1982, 36, 156.

Az „Egészséget mindenkinek 2000-re” jelszó keretében az Egészségügyi Világszervezet komoly figyelmet fordít a dohányzással összefüggő betegségek leküzdésére is. Munkaértekezleteken vitatják meg az egyes országokban végzett felmérések eredményeit. *Bangladesh*-ben pl. számos széles körű vizsgálat igazolta, hogy a férfiak 71%-a dohányzik, a nők 20%-a hódol ennek a káros szenvedélynek. Az orvosok 39%-a dohányzik és az orvosok 28%-a szintén. Az alacsonyabb társadalmi rétegekben inkább bidist szívnak, mint cigarettát (a bidis ottani dohánynövény). A dohányzás elleni küzdelem minimális, csupán arra korlátozódik, hogy a mozikban és nyilvános előadóterekben a dohányzást tiltják. Az újságokban időnként megjelennek dohányzás elleni cikkek, s a rádióban, televízióban is elhang-

zanak előadások ebben a témakörben. A bidis a legolcsóbb dohánytermék, ezért legtöbbször ezt szívják.

A Kínában végzett felmérések szerint a férfilakosság 56%-a dohányzik, míg a nőknek csak 1 százaléka. A Kínában használt cigaretták nikotintartalma 0,7–1,2 mg darabonként. Kínában a dohányzást tiltják a mozikban, színházakban, könyvtárakban és a kórházakban. A diákok dohányzása is tiltott. Társas összejövetelek keretében ismert orvosok tájékoztatják a lakosságot a dohányzással járó veszélyekről.

India a világ harmadik legnagyobb dohányelőállítója, a dohány 80%-a az országban kerül felhasználásra, főleg hagyományos növényeket (bidis, hookah, chutta stb.) termesztve. Cigarettaikat inkább csak a városokban szívják, vidéken pedig általában bidist. Színházakban, mozikban és autóbuszokon tiltják a dohányzást.

Nepálban a szegényebb vidékeken a férfiak 85%-a, a nők 72%-a dohányzik. Igen gyakori a krónikus bronchitis és cor pulmonale ezeken a területeken. Az országban nincs specifikus rendelet a dohányzás tilítására, de a dohányzás hirdetései újságokban és rádióban tiltott.

Pakisztánban a kormányzat számára jelentős jövedelmet hoz a dohánytermesztés, az évi hozam 70–80 millió kg, s ennek 85%-a az országban belül kerül felhasználásra. A dohányzók több mint 80%-a férfi, nőknél ritka. Széles körű epidemiológiai felmérések igazolták, a rákos megbetegedések előfordulása a dohányzással összefüggésbe hozható. 1973–74 folyamán a férfiak között előforduló tumorok (légeső, tüdő stb.) a daganatos betegségek sorrendjében a negyedik helyet foglalták el, míg négy évvel később már első helyen álltak. A kormányzat által támogatott dohányzás elleni programok keretében intézkedések születtek arra vonatkozóan, hogy 1980. szeptember 1-ig minden csomag cigarettán szerepelnie kell a figyelmeztetésnek, a hivatalos üléseken tiltott a dohányzás, színházakban sem engedélyezett, tájékoztató előadásokat tartanak a dohányzás ártalmairól, az újságokban dohányzás elleni cikkeket közölnek.

A Fülöp-Szigeteken a dohányzás társadalmilag elfogadott, de a nők és fiatal egyetemi tanárok között egyre gyakoribb a dohányzás abbahagyása. A tüdőrák a leggyakoribb a férfiak daganatos betegségei között, de növekvő tendenciát mutat a nőknél is. Igéretes törekvések jelzik, hogy a kormányzat a dohányzás ellen küzdelmet indított.

Srí Lankában a felmérések szerint a férfiak 48, a nők csupán 2%-a dohányzik. Az orvosok 30, a 15–20 év közötti tanulók 12%-a cigarettázik Colombóban. Széles körben szívják a bidist. Az utolsó 5 évben 8%-kal nőtt a dohányzás évente a magas árak ellenére. Ke-

vés vizsgálatot végeztek a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek előfordulására vonatkozóan, de adatok vannak arra, hogy gyakori a tüdőrák és a koszorúér-megbetegedések jelentkezése. Bizonyos nyilvános helyeken tiltják a dohányzást, pl. színházakban és a tömegközlekedési járműveken. Az egészségügyi miniszter szorgalmazza az újabb tiltó intézkedések bevezetését, de a probléma megoldását nehezíti, hogy a kormányzat számára a dohány termelése és a dohánytermékek árusítása komoly hasznot hoz.

Thaiföldön a teljes lakosságnak mintegy ötöde dohányzik a 10 év feletti korosztályban. A férfiak 50–58%-a, a nők 2–4%-a hódol ennek a szenvedélynek. Az elmúlt években jelentősen nőtt a rákos megbetegedések száma (elsősorban a tüdőrák), valamint a szív koszorúér-megbetegedések előfordulása. A dohányzás elleni kampány időszakos, káros hatásainak ismertetése időnként egészségnevelési előadásokon és újságcikkekben lát napvilágot.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Cigarettazás mint a járványos A(H₁N₁) influenza rizikófaktora fiatal férfiaknál. Kark, J. D., Lebiush, M., Rannon, L. (Department of Social Medicine, Hebrew University-Hadassah School of Public Health and Community Medicine, Ein Karem, Jerusalem, Israel): New Engl. J. Med., 1982, 307, 1042.

Egy izraeli katonai táborban lezajlott influenzajárvány adatait a megbetegedettek dohányzási szokásainak figyelembevételével dolgozták fel.

A 163 nem dohányzó közül 47,2% betegedett meg, s csak 30,1% szorult ágynyugalomra, illetve szolgálatmentesre, szemben a 168 dohányos 68,5%-os megbetegedésével, s a súlyosabb klinikai lefolyással 50,6%-os arányával. Az antitesttiter változásában nem találtak különbséget dohányzók és nem dohányzók között. Az A(H₁N₁) altípussal csupán súlyos eseteik 50%-a mutatott 20, vagy annál magasabb titerértéket. Az egészséges és enyhe lefolyású influenzában megbetegedettek titerértékei sem különböztek a dohányzási szokás szerinti csoportosításban.

Adataik alapján a dohányzást jelentős rizikófaktornak minősítik az influenzát illetően mind a megbetegedés gyakoriságát, mind súlyosságát tekintve.

Egy-egy influenzajárvány komoly gazdasági károkat is okoz a kísért munkanapok következtében. Fontos tehát a megelőzést minden eszközzel elősegíteni. A szerzők szerint az immunizálás mellett a dohányzás elleni küzdelem is ezt a célt szolgálja.

Bene Juliánna dr.

A dohányzás és a foglalkozási porexpozíció hatása a perifériás légutak működésére fiatal gabonaraklári munkásokban. Cotton, D. J. és mtsai (College of Medicine, University Hospital, Saskatoon, Saskatchewan, Canada): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 126, 660.

A szerzők 82 sohasem dohányzó átlag 22,7 éves, átlag 2,5 évi porexpozíciónak kitett, valamint 82 dohányzó átlag 22,7 éves és átlag 2,6 évi porexpozíciónak kitett gabonaraklári munkáson a dohányzásnak és a porexpozíciónak a perifériás légutakra való hatását vizsgálták. Ezek adatait összehasonlították 82 nem dohányzó és 82 dohányzó 22,7 éves egészséges lakos leletével.

Nem volt különbség a 164 gabonaraklári munkás és a 164 lakos, valamint a 164 dohányzó és a 164 nem dohányzó Tiffeneau-próba és a fokozott vitálkapacitás értékében. A Tiffeneau-próba és a fokozott vitálkapacitás százalékos aránya azonban lényegesen alacsonyabb volt a dohányzóknak, mint a nem dohányzóknak.

A fokozott vitálkapacitás 25 és 75%-ánál a fokozott kilégzési áramlás, a fokozott vitálkapacitás 25 és 75%-ánál mért maximális áramlás csak enyhén volt alacsonyabb a dohányzóknak, mint a nem dohányzóknak. Az egylégzéses nitrogén-légzéskor az alveoláris plató III. fázishurokja és a maximális kilégzési áramlás százalékos emelkedése 80% hélium és 20%-os oxigén keverékének a légzéskor összehasonlítva a fokozott vitálkapacitás 50%-ának a levegővel való lélegeztetésével nem volt különbség a gabonaraklári munkásokban és a lakosokban. Kölcsönhatás volt azonban a gabonapor expozíció és a dohányzás között.

A nem dohányzó gabonaraklári munkásokban az alveoláris plató III. fázishurokja 10,5%-kal alacsonyabb volt, mint a nem dohányzó lakosokban. Ez az érték azonban 9,7%-kal nagyobb volt a dohányzó gabonaraklári munkásokban, mint a dohányzó lakosokban. Amíg ez az érték csak 7,9%-kal volt nagyobb a dohányzó, mint a nem dohányzó lakosokban, addig ez a dohányzó gabonaraklári munkásokban 28,1%-kal volt nagyobb, mint a nem dohányzó gabonaraklári munkásokban.

A maximális kilégzési áramlás százalékos emelkedése 80% hélium és 20% oxigénkeverék légzéskor összehasonlítva a fokozott vitálkapacitás 50%-ának a levegővel való lélegeztetésével csak 8%-kal volt nagyobb a nem dohányzó gabonaraklári munkásokban, mint a nem dohányzó lakosokban; a dohányzó munkásokban viszont 12,8%-kal volt kisebb, mint a dohányzó lakosokban. Ez az érték csak 3,1%-kal volt nagyobb a dohányzó, mint a nem dohányzó lakosokban, de 18%-kal volt kisebb a dohányzó, mint a

nem dohányzó gabonarakartári munkásokban.

Nem volt különbség az idült hörghurut, a mellkassípólás, a nehézlégzés gyakoriságában a 164 gabonarakartári munkás és a 164 lakos között. Ezzel szemben a dohányzóknak lényegesen gyakoribb volt a mellkassípólás, a nehézlégzés és az idült légső- és hörghurut.

Ezek szerint a gabonarakartári munkásokban a porexpozíciónak és a dohányzásnak egymás hatását fokozó együttes hatása volt.

Pongor Ferenc dr.

Radiologia

Intracardialis daganatok kimutatása digitális videosubtraktív angiográfiával. Lackner, K. és mtsai (Radiologische Klinik der Universität Bonn): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 632.

A szív üregeiben elhelyezkedő daganatok kimutatása korábban csak az invazív angiocardio-graphiával volt lehetséges. Újabb segítséget nyújt ezen a téren az echocardiographia és a computer tomographia, de ezek az eljárások nem helyettesíthették az angiocardio-graphiát. A szerzők két esetben alkalmazták az említettek kivül a digitális videosubtraktív angiográfiát erre a célra. Egyik betegüknek bal pitvari, a másikkal jobb kamrai myxomája volt. A gyanút az echocardiographia vetette fel, a computer tomographia támasztotta alá. Mindkét esetben elvégezték a hagyományos angiocardio-graphiát és a digitális subtraktív angiográfiát is. Az echocardiographia és a CT alkalmas a tumor kimutatására, nem képes azonban annak systolés-dia-stolés mozgását követni és megfelelő mértékben ábrázolni. A digitális angiographia ennek tisztázására kielégítő, nem képes viszont tisztázni a szívizomzat esetleges daganatos beszűrttségét vagy a tumor-nak a pericardiumba terjedését. A felmerülő kérdések tisztázása azonban az echocardiographia, a CT és a digitális subtraktív angiocardio-graphia alapján kielégítően lehetséges. Ahol ezek az eljárások rendelkezésre állnak, a hagyományos angiocardio-graphia végzésére ilyen esetekben nincs szükség.

Laczay András dr.

Cystikus mellékvese-elváltozások radiológiai elkülönítő kórisméje. Georgi, M. és mtsai (Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 637.

Régebben a mellékvese-cysta mű-teti vagy körbontani lelet volt. Kimutatása műtét előtt ritkaságszám-ba ment. Az angiographia, CT és sonographia bevezetése és elterje-dése óta felismerésük egyre gya-

koribb. A szerzők 15 saját esetről számolnak be, ezek közül ötöt részletesen ismertetnek. 10 esetben a kórismét műtét is igazolta. A szövettani kórisme egy esetben cystikus lymphangioma volt, a többiben vérzést követően kialakult pseudo-cystáról vagy cystikus daganatról volt szó. A natív röntgenfelvétél az esetek mintegy negyedében mutatott gyűrű alakú vagy tojás-héjszerű meszesedést a mellékvese területén. A képlet cystás jellegét igazolja az ultrahangvizsgálat vagy a computer tomographia, utóbbi értékes felvilágosítást ad egyúttal falának szerkezetéről, környezetéről és a mellékvese állapotáról. A CT vagy sonographia segítségével végzett célzott punctio felvilágosítást ad annak bennékről, szöveti jellegéről is. Ha az elváltozás jóindulatúnak mutatkozik és különösebb tüneteket nem okoz, további diagnosztikai beavatkozás vagy kezelés nem szükséges. Magas vérnyomás fennállása esetén indokolt elvégezni a venographiát és a célzott hormonszint-meghatározásokat, melynek eredménye meghatározza a további tennivalókat. Rosszindulatú daganatra utaló leletek esetén jön szóba az arteriographia, ami felvilágosítást adhat a tumor jellegére, érellátására, környezetére terjedésére vonatkozóan, és kiegészíti a CT ez irányú adatait. Az angiographiás eljárások tehát valamelyest veszítettek jelentőségükből, de nem váltak feleslegessé. A mellékvese-scintigraphiának nem tulajdonítanak különösebb gyakorlati jelentőséget.

Laczay András dr.

Angiographiák somatikus sugárveszélyessége. Ewen, K. és mtsai (Zentralstelle für Sicherheitstechnik, Strahlenschutz und Kerntechnik der Gewerbeaufsicht des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 704.

Az NSZK-ban elemezték a CT, a hagyományos röntgenfelvételek és átvilágítások, mammographia, rétegfelvételek és fogászati röntgenfelvételek somatikus szignifikáns dózisindexét (SSD). A szerzők ezt végezték el a különböző angiographiákra vonatkozóan. Fantomban thermolumineszens doziméterekkel mérték a vörös csontvelő, a tüdő, a pajzsmirigy, ivarmirigyek és a női emlő sugárterhelését agyi, koszorúér, mellkasi és hasi aortographia, coeliacographia, vesearteriographia és medencei angiographia közben. Ebből kiszámították az egyéni sugárterhelést jelző somatikus dózisindexet és a népesség sugárterhelését jelző SSD értéket. A kapott értékeket összehasonlították a fentebb említett egyéb röntgenvizsgálatok hasonló adataival. Néhány példa a részadatokból: coronarographiánál a női emlő 8 rad, a vörös csontvelő 7,9 rad nagyságren-

dű sugárzást kap. Mellkasi aortographiánál hasonlóak a viszonyok. A különböző angiographiáknál a kritikus szervek 1—8 rad nagyságrendű terhelésével kell számolni. Az ivarmirigyek elsősorban a kismedencei aortographiánál vesélyeztetettek. Az angiographiás vizsgálatok viszonylag kisebb számuk ellenére a népesség sugárterhelésében jelentős arányt képviselnek. Így pl. az angiographiák okozta kollektív sugárterhelés tízszere a CT vizsgálatokénak. Ebből a szempontból is célszerű lenne az angiographiákat a nem invazív és kisebb sugárterheléssel járó eljárásokkal helyettesíteni, pl. a neuroradiológiában computer tomographiával stb.

Laczay András dr.

Kétvitorlás aortabillentyű felismerése a natív röntgenképen látható meszesedés alapján. Spindola-Franco, H. és mtsai (Montefiore Hospital and Medical Center, Bronx): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 867.

Az önállóan előforduló aortaszűkület leggyakoribb oka a veleszületett kétvitorlás aortabillentyű. Ha sikerül ezt a billentyűrendelenséget igazolni, akkor az nagy valószínűséggel az aortaszűkület nem rheumás eredete mellett szól. Ha nincs meszesedés, akkor echocardiographia vagy angiocardio-graphia kimutathatja a kétvitorlás aortabillentyűt. Ha meszes, akkor a szűkület jellege az említett módszerekkel általában nem tisztázható. A szerzők megfigyelték, hogy natív röntgenfelvételen az ilyen esetek egy részében jellegzetes alakú meszesedés látható, ami a normálisan külön fejlődő billentyűvitorlák közti összenövésnek felel meg. Ehhez járul azután a kisebb-nagyobb kiterjedésű kóralakú meszesedés a billentyűk alapi részén. 120 meszes aortaszűkület miatt operált beteg mellkásfelvételét nézték át. A műtét során 40 esetben találtak kétvitorlás aortabillentyűt. Ezeket a natív röntgenfelvételeken 26 esetben helyesen ismerték fel, ugyanakkor csak 10 esetben mutatták ki az aortographia során. A felismerés alapja a meszes vitorlaközti sövény. Ezt bemutatják mellkásfelvételeken, körbontani készítményen és annak röntgenképén. A meszesedés kiterjedése szerint anyagukat 5 típusba csoportosítják. Laczay András dr.

Artéria elzáródások statikus és valós idejű ultrahangvizsgálata. Gooding, G. A. W., D. J. Effney (Veterans Administration Medical Center, San Francisco): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 949.

110 beteg ultrahangvizsgálatát végezték különböző verőérelzáródások vagy művi érátidálások átjár-

hatóságának tisztázása végett. 21 betegben 23 artéria vagy érptótlás elzáródását észlelték, és e körismét minden esetben arteriographiával is megerősítették. Az ép artériák lükettése real-time képen mindig jól megítélhető. Ez a fontos jel a statikus ultrahangvizsgálatnál nem értékelhető. Ugyanakkor az esetek nagyobb részében az elzáródott ér statikus sonogramja a normálissal teljesen megegyező lehet. Ezért bármely érterület ilyen irányú vizsgálatában a real-time módszer nélkülözhetetlen. A 23 elzáródás közül 4-ben az elzáródott ér a sonographiás képen környezetétől nem volt elkülöníthető, ez esetekben régóta fennálló elzáródásokról volt szó. 18 esetben a statikus scan normális képet mutatott jól kirajzolódó ércsatornával és echomentes lumenel, elzáródásra csupán a lükettetés hiánya utalt a real-time vizsgálatnál. Anyagukban szerepel a carotisok nyaki szakasza, hasi aorta, iliaca communis, femoralis és poplitea, illetve ezeknek megfelelő érptótlások. Az említett jeleken túlmenően csak egyetlen esetben ábrázolódott echogen képletként az eret elzáró thrombus. A statikus és real-time vizsgálathoz további kiegészítést ad a Doppler-vizsgálat az áramlás elemzésével.

Laczay András dr.

Portocavalis encephalopathia vesiculae portae-cavae összeköttetés következtében. Kerlan, R. K. és mtsai (University of California School of Medicine, San Francisco): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 1013.

Egy 67 éves nőt betegét észlelték, akinek időnként ataxiával és dysarthriával járó zavart állapota alakult ki, ami órákig-napokig tartott. Neuroradiológiai vizsgálatai nem mutattak kórosat. Mivel fizikális vizsgálata során felhísi vascularis zörejeket halottak, hasi sonographiát végeztek, ami tágult v. mesenterica superiorot mutatott a v. cava inferior májon belüli szakaszának tágulatával. Kórházban észlelt rohama alatt erősen emelkedett véráramlás szintet találtak, orális ammóniaterheléssel rohamát provokálni tudták. Selectiv léparteriographiával összeköttetést sikerült kimutatni a portarendszer és a v. cava inferior között. Feltételezve panaszainak metabolikus eredetét a porta-cava shunt következtében, a shunt műtét elzárását végezték el. A műtét után a betegnek több rohama nem volt, ellenőrző angiographia nem talált kóros összeköttetést a porta-cava rendszer között.

Laczay András dr.

A gyomornyálkahártya komplett eróziójának röntgendiagnosztikája. F. Uhlich és mtsai (Universitätsklinik für Innere Medizin der

Humboldt Universität, Berlin): Dtsch. Ges.-wesen, 1982, 37, 392.

A szerzők kettős kontrasztos módszerrel, képerősítővel, spotfilmkamerával, adagolt kompressziót alkalmazva végezték vizsgálataikat. 180 betegből álló anyagukat elemezték retrospektíve. Minden betegüket endoscoppal is megvizsgálták.

Az eróziók kis, felületes nyálkahártyadefektusok, melyek nem lépik túl a muscularis mucosae-t. Az erózió 3 formáját különböztetik el: a) multiplex haemorrhagiás eróziók (pontoszerű véreszek a nyálkahártyán), b) akut inkomplett erózió (4–5 mm átmérőjű nyálkahártyadefektus körkörös duzzanat nélkül). E két csoportba tartozó elváltozások röntgenvizsgálattal nem mutathatók ki, c) a krónikus komplett erózió.

A krónikus komplett eróziókra jellemző a széles alapú, polipoid elődomborodás, a közepén kisebb-nagyobb bemélyedéssel. Kiterjedése 5–15 mm. Előfordulhat multiplex (csoportos vagy sorba rendezett) és szoliter formában. Lokalizáció: elsősorban az antrum, kevésbé gyakran a corpus, ritkán a fornix területén fordul elő. Gyakoribb fiberoscopiával 2–12%-nak adódik. Az esetek 1/3–1/2 részében más gastro-pathiákkal (ulcus duodeni, ulcus ventriculi, bulbusdeformáltság, polipok) fordul elő. Szövettanilag: foveolaris hyperplasia. Aetiologiája tisztázatlan, autoimmun eredetét vitatják. A klinikai kép nem jellemző, epigastralis panaszok előfordulnak.

Röntgenológiai jellemzők: polipoid nyálkahártya-kiemelkedések, centrálisan tapadó folt, kontúregyenlenség, redőkaliber-ingadozás.

Mivel röntgendiagnosztikai módszerekkel a malignitás biztosan nem zárható ki, a szerzők minden esetben szükségesnek tartják az endoscopos kontrollt, biopsziával egybekötve.

Pásztor Tamás dr.

Az orális bélpaszszás vizsgálat értékelése a racionális röntgendiagnosztikában. R. Fuchs (Zentrale Röntgenabteilung des Städtischen Krankenhaus Berlin-Köpenick): Dt. Gesundh.-wesen, 1982, 37, 726.

A colon vizsgálatának adekvát módszere a kettős kontrasztos irrigoszkópia, rtg képerősítő alkalmazásával. Ez a vizsgálat — magas diagnosztikus értéke mellett — rendkívül időigényes, nagy személyi és gépi kapacitást igényel. Ezért alternatívaként az alapellátásban felmerül az orális bélpaszszás vizsgálat alkalmazása is. (Rövidebb várakozási időt és kisebb megterhelést jelent a beteg számára.)

1978 folyamán 346 betegben (131 férfi, 215 nő) végeztek orális bélpaszszás vizsgálatot a cikkben leírt módszerrel, melynek lényege: 7.00 órákor 500 ml Falibarytot iszik a beteg 30 ml 70%-os szorbitollal. 10.00 órákor a terminális ileumról

és a colon minden szakaszáról állva és fekvő felvételeket készítenek. Utána ismét iszik a beteg 250–500 ml Falibarytot. 14.00 órákor áttekintő hasi felvételt, majd a gyanús elváltozásokról célzott felvételeket készítenek, esetleg retrograd levegőbefúvást is alkalmaznak. A vizsgálat további menetét ezután határozzák meg. (Felvétel 17.00-kor, 24 óras felvétel szükséges-e?)

Optimális esetben 14.00-kor a vizsgálatot be tudták fejezni. E szempontból a betegek 4 csoportra oszthatók: 1. összefüggően ábrázolódott a colon minden szakasza, kóros eltérés nélkül (163 eset = 47%). 2. gyanús elváltozást verifikáltak vagy kizártak célzott felvételekkel. Késői felvétel készült, vagy a vizsgálatot befejezték (97 eset = 28%). 3. A gyanús elváltozás nem volt tisztázható. Azonnali retrograd levegőbefúvást történt, vagy 17.00 órákor felvétel készült (48 eset = 14%). 4. A nem összefüggő telődés, a nem kielégítő tapadás vagy a gyors kiürülés miatt diagnózist felállítani a vizsgálat alapján nem lehet (38 = 11%).

A vizsgált 346 betegből 56-nál találtak kóros eltérést. Ebből 22 diverticulosis gyulladással tünetek nélkül, a többi: összesen 11, tumor 8, stenosis 2, kompresszió 3, funkcionális passzázsavar 4, colitis 1, diverticulosis gyulladással tünetekkel 5 esetben.

Az orális bélpaszszás vizsgálat indikációját a szerző az alábbiakban foglalja össze: 1. tisztázatlan hasi térfoglaló folyamat, mely valószínűleg nem a bélből indul ki; 2. ismeretlen tumor keresése feltűnő klinikai vagy paraklinikai tünetek, colon tumorra utaló jelek nélkül; 3. funkcionális zavarok; olyan stenotizáló folyamatnál, melynek már funkcionális hatása van, a vizsgálat elvégzése mérlegelendő; 4. diverticulumok számának, nagyságának, elrendeződésének vizsgálata; 5. nem jellemző hasi panaszoknál a komplex hasi diagnosztika keretében.

Pásztor Tamás dr.

A digitális intravénás subtractió angiographia alkalmazása az intracranialis erek vizsgálatára. Carmody, R. F. és mtsai (University of Arizona Health Sciences Center, Tucson): Radiology, 1982, 144, 529.

175 beteg digitális subtractió angiographiáját végezték el koponyáúri kórfolyamatok tisztázása végett. A vizsgálathoz 40 ml diatrizoat-típusú kontrasztanyagot adtak intravénásan. Agyi artéria elzáródásos betegségének tisztázására 129 vizsgálatot végeztek, ezek közül 90% eredményezett diagnosztikai értékű információt. Agyi aneurysma miatt 10 esetben alkalmazták az eljárást. Mivel kis aneurysmák kimutatása ily módon az erek egymásra vetülése miatt nehézségekbe ütközhet, e célra elsődleges vizsgálóeljárásként subarachnoidális vagy agyi vérzés esetén inkább a hagyományos angiographiát javallják. Al-

kalmas azonban a subtractiós digitális angiographia CT által felvett aneurysma gyanú megerősítésére, alakulásának követésére, műtét eredményének ellenőrzésére is. 6 arteriovenosus esetük tanulsága hasonló. A DSA itt is inkább szűrőeljárás, műtét előtti teljes átvizsgáláshoz szükséges a hagyományos módszer is. Megfelelő vetület alkalmazásával a DSA alkalmas ér-áthidaló műtétek eredményességének ellenőrzésére és követésére. A hagyományos eljárásoknál alkalmasabb a vénás szakban az agy vénás keringésének, elsősorban a sinusoknak a megítélésére. Agydaganat kimutatására 16 esetben végeztek jó eredménnyel. A CT által felvett tumorgyanú igazolására, a daganat vascularis jellegének, erezettségének, elemzésére alkalmas, de érdaganatok ellátásának anatómiai pontosságú, műtét előtti tisztázására szükséges a hagyományos angiographia. A digitális subtractiós angiographia valószínűleg nem fogja teljesen kiszorítani a közeljövőben a hagyományos módszert, de sok esetben azt helyettesíteni tudja és feleslegessé teszi.

Laczay András dr.

Hasfali gyulladáshoz elváltozások ultrahang és computer tomographiás vizsgálata. Yeh, H.-C., J. G. Rabinowitz (Mount Sinai School of Medicine, New York): Radiology, 1982, 144, 859.

Ultrahangvizsgálattal a hasfal rétegei jól elkülöníthetően ábrázolódnak, és a köztük levő kóros képződmények kimutathatók. Ennek jelentősége, hogy a hasfali elváltozások kórisméje klinikai vizsgálattal nem mindig egyértelmű. A szerzők 24 beteg hasfali gyulladáshoz kapcsolódó ultrahang- és CT-vizsgálatáról számolnak be. A CT-vizsgálathoz a beteggel Gastrografint itattak, ami a telt belek biztos elkülönítéséhez nyújt segítséget. Anyagukban 2 hasfali cellulitis, 1 phlegmone és 21 különböző eredetű és elhelyezkedésű tályog szerepel. A helyes klinikai értékelést nehezíti, hogy gyakran műtét után kialakult folyamatokról van szó, melyek tapintással való megítélése eleve problematikus. A tályog echogenitása változó, de általában kevésbé visszaverő a környező izomzatnál és kötőszövetnél, ezért ultrahangképen jól körülhatárolható. A tályogban levő esetleges gáz erős visszaverése és a mögöttes kialakuló hangárnyék is tályog gyanúját kelti. Ultrahangképen a peritoneum vonala általában élesen ábrázolódik, CT-képen ez nem látható. Ezzel szemben a CT határozottabban rajzolja ki a zsírrétegeket. CT-képen kis izomközi tályog a hasonló denzitás következtében könnyebben elnézhető. Az ultrahangvizsgálat tályogra utaló lelete némely esetben meglepetés volt, kételkedve fogadták, és csak a

computer tomographia után elvégzett beszézi beavatkozás igazolta. A képeken az ép hasfal ultrahang- és CT-képét láthatjuk. A különböző elhelyezkedésű gyulladáshoz kapcsolódó folyamatokat sémák és sonographiás, esetenként CT-felvételek demonstrálják.

Laczay András dr.

Az ultrahangképen kóros elváltozást utánzó echoszegény lobus caudatus. Mitchell, S. E. és mtsai (University of Cincinnati College of Medicine and Medical Center, Cincinnati): Radiology, 1982, 144, 569.

Az egészséges máj ultrahangképen általában egyenletes echoszerkezetet mutat. A szerzők 4 esetről számolnak be, melyben a lobus caudatus környezetéhez képest echoszegény területként ábrázolódt. Computer tomographia a kérdéses területen normális képet mutatott. Ismeretes, hogy a májlebenyek közti résekben levő kötőszövet és zsírszövet következtében ezek a területek fokozottan hangvisszaverők, mögöttük hangárnyék alakulhat ki. Ezt leírták a ligamentum teres és a v. portae területén. A lobus caudatus közvetlenül a ligamentum venosum mögött helyezkedik el, ezért a szerzők az eseteikben észlelt csökkent visszaverést a köteg okozta hangárnyékolással magyarázzák. 33 computer tomographiás vizsgálat anyagát átnézve 16 esetben találtak vaskos ligamentum venosumot. Hasonló volt a CT-kép a fent említett echoszegény lobus caudatus esetekben is. Ultrahangvizsgálat közben megőv a tévedéstől, ha a kérdéses területet más irányból is áttekintjük.

Laczay András dr.

Percutan transhepatikus cineportographiával kimutatott portopulmonalis vénás összeköttetés portális hipertenzióban. Sano, S. és mtsai (Tenri Hospital, Tenri, Japan): Radiology, 1982, 144, 479.

A percutan transhepatikus portographia nemcsak diagnosztikai, hanem kezelési lehetőséget is jelent a portális hipertensio okozta vénatágulatokból eredő vérzésekben. Erre a célra ajánlottak és alkalmaznak különböző embolizáló eljárásokat. A szerzők cine-fluorographiával végeztek portographiás vizsgálatokat a porto-systemás megkerülő keringés változatainak és haemodynamikájának elemzése végett. Ily módon 22 beteg közül négyben sikerült kimutatniuk összeköttetést a tágult gastro-oesophagealis vénák és a bal alsó lebeny pulmonalis vénái között. Ennek a felismerésnek gyakorlati jelentőséget ad, hogy a vérzés csillapítására végzett embolizálás során ezen az úton az alkalmazott anyagok a portális keringésből átjuthatnak a tüdővénákba és a nagy

vérkörbe, ott okoznak nem kívánt emboliát. Ilyen eseteket a közel-múltban valóban közöltek is. A szerzők e veszély csökkentésére a Gelfoam helyett 50% glukóz, thrombin és acélspirális alkalmazását ajánlják embolizálás céljaira.

Laczay András dr.

Mesothelioma és asbestosis összehasonlító vizsgálata computer tomographiával és hagyományos mellkas röntgenfelvétellel. Rabinowitz, J. G. és mtsai (Mount Sinai School of Medicine, New York): Radiology, 1982, 144, 453.

27 mesotheliomás és 13 előrehaladott asbestosisban szenvedő beteg CT és hagyományos mellkas röntgenfelvételének összehasonlítása alapján keresték az elkülönítés lehetőségeit. A computer tomographia mindkét csoportban pontosabban ábrázolta az elváltozásokat. Malignus mesothelioma legfontosabb jele a mellhártya kiterjedt, egyenetlen megvastagodása, ugyanakkor asbestosisban is látható hasonló jellegű és kiterjedésű pleuramegvastagodás. Mindkét kórkép gyakori velejárója a kiterjedt tüdőfibrosis. Mesothelioma mellett szól a pleuraresek területén is kimutatható nodularis elváltozás, a mellüri folyadék, az érintett mellkasfél retraktiója a gátor rögzítettségével. Egyetlen asbestosis esetben sem láttak pleurális folyadékkepződést, ugyanakkor mesotheliomában CT-vel és röntgenfelvételen 16 esetben mutattak ki. Röntgenfelvételen 3 CT 8 asbestosis esetben mutattak ki pleurális meszesedést, ugyanez mesotheliomában ritkán fordult elő. Meszesedés az asbestosis késői szakában, évtizedek során alakul ki. Az asbestosis szövődmények közül a mesotheliomában ritkábban mutatható ki meszesedés, feltehetően a tumor kifejlődése során eltűnik. Az asbestosisban észlelhető pleuraképződmények növekedése önmagában nem megbízható jele a rosszindulatú elfajulásnak, mert az asbestosisban gyulladáshoz kapcsolódó képletek átmeneti növekedését okozhatják anélkül is.

Laczay András dr.

A bal vena intercostalis superior változatos megjelenési formái. Ball, J. B., A. V. Proto (Cincinnati General Hospital, Cincinnati): Radiology, 1982, 144, 445.

A bal második, harmadik és negyedik bordaköz vénás vére a gerinc hosszában húzódozó v. intercostalis superior sinistrába gyűlik. Ez a véna dorsalisán gyakran összeköttetésben áll a v. hemiazygos accessoriával. Ivben előre haladva megkerüli az aortaívet balról, és a bal v. brachiocephalicába torkollik. Lefutása során a véna paraspinalis, aorta mögötti és aorta melletti szakasza a mellkas röntgenfelvételen és rétegfelvételein ábrázolód-

hat. A paraspinalis szakasz a hátsó gátori bal paraspinalis kontúr felső részét alkotja. Az aorta mögötti szakasz vízszintes vagy ferde felé, felfelé húzódnak lágyrészkötegként ábrázolódhat, mely elkülönítendő a lebenyközi rés felső mediális végétől. Az aorta melletti szakasz kis többletárnyként mutatkozhat az aortaív bal kontúrja mentén. Ez összetéveszthető kis nyirokcsomóval. 469 mellkasfelvételen 9,5%-ban találták meg a szerzők ezt a kis kiboltosulást az aortaív kontúrján. A v. cava superior elzáródása esetén a vena intercostalis superioron áthaladó megkerülő keringés következtében az ér kitágul, ekkor akár aortaív aneurysma gyanúját is keltheti. Röntgenanatómiájának ismeretében ez a tévedés elkerülhető. Segít ebben a légzéssel való változása is, belégzéskor átmérője csökken, kilégzéskor nő.

Lacza András dr.

Sonographia versus computertomographia az echinococcus máj-folyamataiban. Otto, R. (Röntgen-diagnostisches Zentralinstitut des Universitätsspitals Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1717.

Még alig néhány évvel ezelőtt a máj echinococcus-megbetegedéseinek morfológiai biztosítására nem volt egyszerű kimutató eljárás a radiológus számára, amennyiben típusos elmeszesedések kimutathatóak nem voltak. A dús vascularizált körcskek pseudomembránok a hydatidacysták angiographiai vizsgálatában jól észlelhetőek. Jól kevésbé specifikus azonban az echinococcus multilocularis kimutatása, ahol a májarteriák kontúrhiányai, a segmentarteriák elzáródásai és a szabálytalan, részben dugóhúzószerűen lefutó kollaterális véredények a malignus tumorokra is emlékeztethetnek.

A modern sonographia és a CT segítségével lehetővé vált az intrahepaticus térfoglaló folyamatokat és az abdominalis szervek körülírt elváltozásait könnyebben lokalizálni, továbbá kiterjedésükben, valamint a dignitásukban is megítélni. A májechinococcus általában típusos sonographiás és CT-kritériumokkal jár, bár a makromorphologia szerint is a megkülönböztető kórismében még egyéb jelentős számú kérdés mérlegelésre vár. 29 máj-echinococcus-betegben megállapították, hogy a sonographia csupán alig kisebb értékű a májparenchyma olyan kis kiterjedésű folyamataiban, amelyek még nem fokalisszerűek. A sonographia tehát elsődleges vizsgálati módszernek ítélték, ha a megkülönböztető kórisme még nyitott, és kiváló eljárás a kezelés alatti és utáni sorozatos ellenőrzések folyamatain. A CT első sorban akkor a választandó eljárás, ha már a májon túlterjedő folyamatnak a műtét előtti dokumentálása szükséges.

ifj. Pastinszky István dr.

Köröm alatti meszesedések. Fischer, E. (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 580.

1000 felnőtt izületi panaszok miatt készített kéz- vagy lábujjfelvételein 16 esetben találtak a köröm alatt meszesedést. A röntgenfelvételek a mammographiához hasonló lagyresztechnikával készültek 3 irányban. Ezek a meszesedések lehetnek elsődlegesek vagy másodlagosak. Az elsődleges meszesedések elsősorban idősebb nőkben fordulnak elő, nagyjából arányban 50 év felett 1% körüli gyakoriságban észlelhetők. Ezeknek kialakulásában a körömgyökér szerkezetének van szerepe, mely idős korban helyi érrelátási zavarokra hajlamosít. Következésképpen meszeslerakódással. Mikrotraumák szerepe ellen szólnak a nőkben való előfordulás és az, hogy erre a kéz- és lábujjakon mindkét oldalon lehet számítani. Az ilyen elsődleges köröm alatti meszesedés általában maradandó, nem fejlődik vissza. Másodlagos meszesedés kialakulhat a köröm alatti sérülés után vagy psoriasis részjelenségeként. Meszanyagszere-zavar 70 és systemás sclerosis 16 esetében keletkezett az elváltozást, de eredménytelenül, holott a betegek némelyikének egyebütt jellegzetes lagyreszmeszesedése volt. Elkülönítendő a hasonló helyzetű röntgenárnyékokat adó idegentestek és a felnőttek 10%-ában észlelhető tuberositas körüli meszesedés.

Lacza András dr.

Daganatot utánzó epesár ultrahang vizsgálata. Fakhry, J. (Westchester County Medical Center, New York Medical College, Valhalla): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 717.

A besűrűsödött epe gyakran rétegesen helyezkedik el az epehólyag alsó részében, és a sonographiás képen kismértékben hangvisszaverő rétegtént ábrázolódik. Az epe besűrűsödése tartós éhezés, májon kívüli epéutlzáródás, az epehólyag különböző betegségei és különféle eredetű haemolysisek következménye lehet. Ha az epesár a nehézkedésnek megfelelő rétegben elkülönülve helyezkedik el az epehólyagon belül, felismerése nem okoz különösebb gondot. Néha azonban az epesár a hígabb epetartalmon belül különálló képletként mutatkozik. Kötől ilyenkor is elkülöníti a mögöttes hangárnyék hiánya, de teljesen hasonló képet mutathat az epehólyagon belüli lagyresz képződés, pl. polypus. Ezt a jelenséget a szerző 5 esetben észlelte, 4 esetben a napokkal később különböző testhelyzetben megismételt ultrahangvizsgálat már normális viszonyokat talált. Mindegyik beteg a vizsgálat előtti napokban koplalt, ezért valószínűleg az éhezés okozta epebesűrűsödés okozta a pseudotumoros képet. Egy beteget az első

sonographiás vizsgálat után megoperáltak, a pathológiai leírás szerint idült epehólyaglobja volt a cholecystában „homokszerű lerakódással”. A valódi daganattól való elkülönítés különböző testhelyzetben végzett ismételt sonographiás vizsgálatokkal lehetséges.

Lacza András dr.

Hasi tályogok ultrahangképe és punctiósi diagnosztikája. Heckemann, R. és mtsai (Radiologisches Zentrum des Universitätsklinikum der GHS Essen): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 517.

32 beteg 35 tályogját kórismézték ultrahangvizsgálattal. Betegeik életkora 9—71 év között volt. Anyagukban 14 máj-, 1 rekesz alatti, 2 hasnyálmirigy-, 4 intraperitoneális, 4 vesekörüli, 7 vese- és 3 retroperitoneális tályog szerepelt. 22 esetben a kórismét sonographiával irányított finomtü punctio igazolta. 5 tályogot sonographiás célzással drenáltak. 7 esetben került sor műtéti megoldásra. Egy beteget gyógyszeresen kezelték sonographiás ellenőrzés mellett.

A hasi tályogok sonographiás képét 5 típusban csoportosítják. Az első echomentes mögöttes hangfelerosődéssel a cystákhoz hasonlóan. A második echoszegény kisebb mértékű mögöttes hangfelerosődéssel. A harmadik típus hangvisszaverő szerkezetű mögöttes felerősődéssel vagy anélkül. A negyedikben echomentes és visszaverő területek egyaránt előfordulnak, ez a kevert forma. Ötödik típusba a felszínén teljesen visszaverő tályogokat sorolják. Ezekben a tályog tartalmával magyarázható az ultrahangkép. Hasonló teljes visszaverést okozhat bégáz, borda, vagy hegesezés. A tályogok echoszerkezete tehát nem egységes. Sonographiával ábrázolhatók, de jellegük megítélése csak a klinikai képpel egybevetve lehetséges. A kórismét biztosítja a finomtü punctio, amely sok esetben gyógyító beavatkozás is egyben. Szövödménye ritkán fordul elő, a szerzők egyetlen betegükön észlelték a punctio után hidegrázást.

Lacza András dr.

Intraoperatív sonographia agydaganat helyének meghatározására és agykamrai shunt bevezetésére. Knake, J. E. és mtsai (University of Michigan Hospitals, Ann Arbor): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 733.

Az újszülöttek agyának vizsgálatára évek óta alkalmazott kutaszon át végzett ultrahangvizsgálat tapasztalatai alapján kézenfekvő volt megkísérlni a sonographia intraoperatív felhasználását agydaganatok helyének pontos meghatározására, így azok műtéti eltávolításának megkönnyítésére. A szerzők az előzetes CT vizsgálat adataira támaszkodva műtét közben sonographiával lokalizáltak és távo-

lítottak el 16 agydaganatot. Ezek között volt ganglioglioma, astrocytoma, endodermális sinus tumor, arteriovenosus malformatio, különböző eredetű agyi metastasisok és közelebről meg nem határozható malignus glioma. 10 daganat átmérője 2,5 cm-nél kisebb volt. Az intraoperatív sonographia minden esetben határozottan mutatta a daganat helyzetét. Mindegyik tumor kissé fokozott hangvisszaverő képzetként ábrázolódott, esetenként cystás részek biztonságga megíthetőek voltak. A vizsgálat időtartama a műtési helyzettől függően 10–45 perc volt. Az eljárás az agydaganatok műtési eltávolítását megkönnyíti, a műtétet biztonságosabbá teszi, birtokában a túlzottan kiterjesztett resectiók mellőzhetőek, az ép agyállomány nagymértékben megkímélhető. Négy esetet részletesen ismertetnek. A sonographiát két esetben alkalmazták újszülött agykamrai shunt-katéter bevezetésének ellenőrzésére is eredménnyel.

Lacza András dr.

Endokrinológia

Paralytikus ileus és vizeletretentio hypothyreosisban. Nathan, A. W., Havard, C. W. H. (Royal Free Hospital, London, Anglia): Brit. med. J. 1982, 285, 744.

A perifériás neuropathia a hypothyreosisnak közismert szövődménye. E hormonzavarban egyaránt érintve van a vázizomzat, a bél, valamint a vizeletvezető rendszer. A szerzők bizonyítottan súlyos hypothyreotikus betegek paralytikus ileusban és vizeletretentióban szenvedett myxoedemás klinikai kép nélkül.

A 67 éves nőt növekvő gyengeség, székrekedés, fáradékonyság és vizeletürítési panaszok miatt vették fel osztályukra. Ekkor a beteg exsiccált volt, puffadt, dobszerű hassal és renyhe bélhangokkal. A húgyhólyagot a köldök felett tapintják s testszerte izomgyengeséget észlelnek. Myxoedemára utaló jel nem található. Normochrom, normocytar, vas- és folsavhiányos anaemia mutatható ki s a serum kreatinin-szintje emelkedett (194 $\mu\text{mol/l}$). A vizeletben vörösvértestek és fehérvérsejtek találhatóak s belőle E. coli tenyészthető ki. Iv. urographia: kétoldali hydronephrosis + erősen tágtult húgyhólyag. Radiológiai vizsgálattal kifejezetten tágtult belek láthatók; az elektromyographia pedig súlyos, dominánsan motoros polyneuropathiát mutat ki. Pajzsmirigvizsgálat: súlyos fokú elsődleges hypothyreosis, 10 nmol/l alatti serum thyroxin-szinttel és emelkedett TSH-értékkel. Kórisme: hypothyreosisos polyneuropathia, mely érinti a bél-, a vizeletvezető rendszer simaizomzatát, valamint a vázizomzatot. Kezelés: vér- és folyadékbevitel, iv. táplálás, katéterezés, valamint trijód-

thyronin. A beteg állapota e terapiára 8 hét alatt teljesen rendeződött, s a továbbiakban napi 200 μg per os thyroxinnal egyensúlya állandósult.

Bár már régebben leírták hypothyreosisban az emésztő- és vizeletvezető rendszer érintettségét, a „belső myxoedema” és a vázizomzat mozgató idegeinek laesiója együttesen még nem került közlésre. Wells (1977) bizonyította be, hogy hypothyreosisban a bél-tünetekért az autonóm polyneuropathia és a Schwann-sejtek elfajulása egyaránt felelős, s ennek hátterében mucopolysaccharida felhalmozódás állhat. Hasonló a helyzet a vázizomzat és a vizeletvezető rendszer beidegzésének érintettségével is.

Legtöbbször eléggé hosszú idő szükséges, míg felismerik a hypothyreosisos beteg perifériás és autonóm neuropathiáját; ugyanakkor, még a súlyos fokú hólyag-atonía és paralytikus ileus is gyakran reversibilis a megfelelő kezelés hatására. Lényeges, hogy erre a lehetőségre akkor is gondolni kell, ha — mint a szerzők által ismertetett esetben — nincsenek meg a jellegzetes myxoedemás tünetek.

Major László dr.

A leányok pubertas praecox-a. Garagorri, J. M., Chaussain, J. L., Job, J. C. (Service de Pédiatrie C, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, F-75674 Paris Cedex 14): Arch. Fr. Pediatr. 1982, 39, 605.

A leányok pubertas praecox-át (l. p. p.) sokat tanulmányozták, ennek ellenére sok a bizonytalanság ezen a téren. Ezért tartják fontosnak a szerzők, hogy az utóbbi tíz év alatt 98 betegükön, a legújabb módszerekkel végzett vizsgálataik tapasztalatairól beszámoljanak.

A szerzők 98 betegén a l. p. p. átlag 6 év 6 hónapos korban jelentkezett, és háromszor gyakoriabb volt az 5 éves és 7 éves kor között, mint 5 éves kor alatt. Leírják az elvégzett vizsgálatokat és az alkalmazott módszereket. Megállapítják, hogy a p. p.-nál csak 28%-ban sikerült az okot kimutatni, míg az esetek 72%-át idiopátiának tekintették.

A szerzők, miután ábrakon és táblázatokon ismertetik eredményeiket: a plazma oestradiol, a plazma gonadotrophin (LH, FSH) szinteket, az etiológiai felosztást, a csontkor és hossz-kor arányát, az oestradiol szint alakulását a medroxyprogesteron-acetát kezelés alatt, megkísérlik azokat analízálni és azokból következtetéseket levonni.

Kiemelik, hogy viszonylag meg-növekedett a neurogén és idiopátiás p. p. esetek száma. Megállapítják azt is, hogy tomodenzitometria segítségével végzett következetes neuroradiológiai vizsgálat révén növekszik azoknak az eseteknek

a száma, ahol kicsiny, intrakraniális léziók állnak a p. p. hátterében.

A szerzők hangsúlyozzák azt is, hogy neurogén, vagy idiopátiás p. p.-ban az elvégzett laparotomiával vagy coelioscopiával olykor nagyobb folliculáris ciszták mutatathatók ki, ezek gyakorisága — a legújabb alkalommal vizsgált pelvikus echotomográfia szerint — sokkal nagyobb, s ezek néhány nap vagy hét alatt el is tűnhetnek.

Ami a plazma-hormonok értékét érinti, a szerzők is, mint mások, úgy találták, hogy az oestradiol szint átlagban kevésbé emelkedett, mint a normális pubertásban, de az értékek nagyon szóróknak. Még nagyobbak a fluktuációk kezelés alatt. Nagy ingadozásokat mutatnak a gonadotrophin szintek és az LH-RH-ra adott válasz is. Értékük főleg abban van, hogy lehetővé teszi a valódi, kialakulóban lévő és a regresszióban levő p. p. elkülönítését, utóbbi esetben az LH nem emelkedett.

A vizsgált p. p.-os anyag megmutatta azt is, hogy milyen nehéz a centrális p. p. és a fibrózus csontdisplázia közötti kapcsolatot meghatározni. A Mac Cune-Albright szindrómában a gonadotrop elválasztás csökkent, vagy szabálytalan. Az adatok mellett szólnak, hogy itt egy kettős fenomenről van szó, ahol is a hypothalamus hiperfunkciójához a perifériás mirigyek fokozott érzékenysége társul.

A kezelésben elért eredmények azt mutatják, hogy a kérdés továbbra is megoldatlan. A szexuális fejlődést medroxyprogesteronnal, cyproteronnal, danazolal, vagy legújabbban LH-RH antagonistákkal meg lehet állítani, gyakran visszafordítást is lehet érni, de a növekedésre, a csontérésre gyakorolt hatás vitatott; ezeket ugyanis hátrányosan befolyásolják. Hosszú távon mellékhatásaik kiszámíthatatlanok. Legújabbban LH-RH analóg alkalmazásával kedvező hatásról számoltak be. Nehezen hozzáférhetőek a p. p. által kiváltott pszichológiai problémák. A betegek ezért is — nemcsak a gyógyszeres kezelés alatt — rendszeres ellenőrzést igényelnek.

Kövér Béla dr.

Eutireotikus golyva-páciensek szuppressziós kezelése különös tekintettel együttműködési (compliance) magatartásukra. Kipnowski, J., Klingmüller, D. (Medizinische Universitätsklinik Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 406.

110, átlag 40 éves, eutireotikus diffúz II-es nagyságú golyvás pácienseket 12–18 hónapig követték napi 100–150 μg tiroxin szedése (rendelése) alatt. Több pajzsmirigy- és arra ható hormon vizsgálata közül a TRH-stimulációs TSH tesztet találták jellemzőnek és eredményes kezelés esetén normalizálódónak.

Egy év után 60 beteg pajzsmirigye megkisebbedett, további 10-é nem nőtt a kezelés alatt; valamennyinek negatívra vált a TRH-TSH vizsgálata. A fennmaradó 40 eredmény nélkül „kezelt” páciensről kiderült, hogy nem vagy rendszertelenül szedte a gyógyszert; TRH-TSH próbájuk pozitív maradt. Közülük 35-öt meggyőzték a kezelés fontosságáról, így fél év alatt 28-nak az állapota és lelete nagyjából úgy alakult, mint a kezdetől fogva gyógyszerelteké.

Az együttműködés hiányra (non-compliance) utal a szerzők szerint: 1. ha a fizikális, ill. a szcintigráfias vizsgálattal nem mutatkozik a pajzsmirigy nagyságának csökkenése; 2. ha a TRH-TSH teszt pozitív marad; 3. ha a beteg beismeri, hogy nem tartja be az orvosi tanácsot.

Compliance elemzés sémájuk lényeges pontjai:

a megállapított betegség tudomásul vétele és megértése: az orvosi rendelés összetett volta, az orvos közlési módja, a beteg figyelme és intellektuális kapacitása;

a betegség jelentőségének belátása, az ajánlottak hasznának-kárának laikus mérlegelése: mennyire van panasza a páciensnek, félelme a műtéttől, felelősségérzet vagy el-kényelmesedés, az eredmény elvárása;

vannak-e támogató tényezők: csökkenő nyakkörfogat, biztatás az orvos és a család részéről, a páciens saját szerepének ösztönző felismerése.

Non-compliance pácienseiknél a következő taktikát alkalmazták: 4 hetenkénti találkozás; a gyógyszer adagjának fokozatos emelése; többszöri felvilágosítás; dokumentálja is a beteg a gyógyszer bevitelét, ellenőrizzék ezeket a házastársa; utalás a szükségessé válható golyva műtetre; biztató elismerése az együttműködésnek; több idő biztosítása a pácienssel való egyéni foglalkozásra.

A szerzők véleménye szerint is az eutireotikus golyva kezelésében lényeges mindaz, amit az idézett irodalom hangsúlyoz: a szedendő gyógyszer és adagja, a kezelés tartama, fizikális és laboratóriumi jelek megfelelő alakulása. Figyelembe véve az eredménynek — a tárgyalat eltérés természetéből adódó — időbeli elhúzódását (amikor a beteg hosszasan nem tapasztalhatja a gyógyszer szedése hasznát — esetükben pedig az orvos csak hónapok múltával tudta meg, mégpedig nem kevesebb, mint páciensei egyharmadáról, hogy az orvosi rendeltetést nem tartotta be), az együttműködés rendszeres ellenőrzésének is nagy a jelentősége.

Fiala Ervin dr.

A praeklinikai hypothyreosis. Staub, J. J. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1787.

A praeklinikai hypothyreosis (pho) eseteiben a basalis és/vagy a

TRH stimulatio utáni TSH-szint magasabb. A TRH-teszt a pajzsmirigyfunkció zavarainak a felismerését már a nagyon korai, tünetmentes stádiumban lehetővé teszi. Még nem teljesen tisztázott, hogy lényegtelen biokémiai leletről, vagy pedig biológiailag jelentős, kezelést igénylő állapotról van-e szó.

A T_4 -értékek a normális tartományban helyezkednek el, de ezen belül szignifikánsan alacsonyabb szinten, mint az euthyreoid kontroll esetekben. Már ez az enyhe lefelé irányuló mozgás is TRH hatásra kiváltja a TSH megemelkedését. A T_3 -koncentráció nem mutat eltérést; ennek az esése csak igen előrehaladott hypothyreosisban következik be. Orális TRH-val való stimulatio után a T_4 és a T_3 emelkedése — vagyis a thyreoidea-reserv-functio — kisebb, mint a kontroll személyekben.

Az oki tényezők ugyanazok, mint manifest hypothyreosisban: előtérben a műtéttel vagy anélkül kezelt hyperthyreosis, az euthyreoid, jóindulatú struma miatt elvégzett strumectomia és lezajlott autoimmun-thyreoiditis áll, de számolnunk kell idiopathiás formákkal is.

A normális pajzsmirigyhormon-értékek ellenére a periférián bekövetkező hormonhatásban eltérések figyelhetők meg, így az Achilles-reflexidő és a sexualhormonkötő globulin hypothyreosis irányba tolódik el, s az összcholesterin és triglyceridek normális értékei mellett a LDL-cholesterin (rizikó faktor) emelkedése és a HDL-cholesterin (védő faktor) csökkenése tapasztalható. E két lipoprotein frakció ellenkező értelmű viselkedése természetesen kedvez az atherosclerosisnak, a coronariasclerosisnak.

A basalis TSH megemelkedése egyes vizsgálok szerint a nők 7,5%-ánál és a férfiak 2,8%-ánál található meg, az esetek 67, ill. 40%-ában pozitív pajzsmirigy-antitestekkel. Említést érdemel, hogy a pho előfordulása gyakoribb a következő betegségekben: atherosclerosis, mamma-carcinoma, cukorbetegség, meddség, depressio — de az oki összefüggés ez ideig még nem bizonyított.

Sajnos nem találkozunk olyan tanulmányokkal, amelyek a pho esetek hosszan tartó, prospektív megfigyelését, s az ennek során szerzett tapasztalatokat ismerttenék. Így keveset tudunk a kórkép lefolyásáról is. Ez nagymértékben az aetiológiától függ. Egy részük manifest hypothyreosisba megy át, irodalmi adatok szerint az emelkedettebb TSH-val járó eseteknek évente 4—5%-a.

A substitútiós kezelés a klinikai körülményektől függően ma a következő állapotokban indikált: 1. ha kívánatos az optimális pajzsmirigyhormon-ellátás: terhesség, pubertás, meddség; 2. ha kívánatos a pathogen TSH kikapcsolása: struma, strumectomia utáni állapot, endocrin ophthalmopathiával

járó pho, strumigén szerek szedése; 3. relatív indikációk: coronaria-sclerosis, perifériás obliteratív arteriosclerosis, hyperlipidaemia, mamma-carcinoma, cukorbetegség, depressio.

Substitútiós kezeléskor leghelyesebb T_4 -praeparatumot adni. A kisebb kezdő adagot fokozatosan emeljük; a fenntartó adag individuálisan változik, kb. 100 μ g körül van. A TRH-teszt hozzásegít az optimális dózis megtalálásához. Idősebb korban a T_4 -szükséglet csökken, az adagással tehát óvatosabban legyünk.

A substitutio többnyire élethossziglan tart, szükséges azonban az időszakos ellenőrzés.

A pho állapota az elmondottak szerint tehát nem csupán jelentéktelen leletet, hanem enyhe fokú, kezdődő hypothyreosist jelent.

Katona András dr.

Epizodikus LH szekréció gyermekekben. Jakacki, R. I. és mtsai (Reproductive Endocrinology Program, Department of Pediatrics, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 48109): J. Clin. Endocrinol. Metab. 1982, 55, 453.

Gyermekekben az LHRH szekréció a központi idegrendszer gátló hatása alatt áll. A szerzők azt vizsgálták, hogy a gátlás következtében az LHRH kibocsátás amplitúdója vagy frekvenciája is csökken-e. Nem közvetlenül az LHRH-t, hanem az LH radioimmunoassay-t tovább finomítva, az LH-t mérték.

A vizsgálatban gyerekek vettek részt: 8 alacsony termetű, de endocrinologiai szempontból eltérés nélküli, 13 izolált GH hiányban szenvedő, és egy leány 45X gonadális dysgenesis diagnózissal. A gyerekeket 2 csoportba osztották csoportok alapján: 3—9,5 évesek (pubertás jelei nincsenek) és 10—11,5 évesek csoportjára. Állandóan külön-külön keresztül 20 percenként vették vért 6 órás periódusban a nappali és éjszakai órák során egyaránt. Gyűjtötték a nappali és éjszakai 12 órás vizeletet. A hormonmegtárolásokat radioimmunoassay-vel végezték.

Mindkét csoportban a vizsgáltak felének a plazma LH szintje szignifikánsan magasabb volt az éjszakai órákban. A plazma és a gyűjtött vizelet LH koncentrációja általában jól korrelált. A 22 vizsgált gyerek közül 12-ben voltak LH-kiugrások éjjel, nappal vagy mindkét napszakban. A kiugrások amplitúdói nagyjából egyenlők voltak, a frekvencia azonban az idősebbek csoportjában nagyobb volt.

Az ember szexuális érését elfogadottan 4 szakaszra osztják: 1. fejlődési szakasz, 2. gátlás szakasza, 3. pubertás és 4. felnőttkor. Az eddigi adatok alapján az az álláspont alakult ki, hogy a pubertás kezdetének az éjszakai LH kiugrások megjelenése tekinthető. A jelen tanulmány alapján ez a véle-



mény nem tartható, mivel a csont-
koruk alapján 8 évesnél is fiatal-
abbakban az epizodikus LH relea-
se már észlelhető. A pubertás kez-
detének inkább az LH kiugrások
amplitúdójának növekedését kell
tekinteni. Megjegyzendő még, hogy
mivel az epizodikus LH releaset
a vizsgáltak csak kb. felében lehe-
tett kimutatni, valószínű, hogy az
epizodikus szekréció ebben az élet-
korban intermittáló.

Dohanics János dr.

**Az endogén opioidok blokádjá-
nak hatása az epizodikus LH szek-
récióra emberben.** Ellingboe, J. és
mtsai (Alcohol and Drug Abuse
Research Center, Department of
Psychiatry, McLean Hospital-Har-
vard Medical School, Belmont,
Massachusetts 02178): J. Clin. En-
docrinol. Metab. 1982, 54, 854.

A vizsgálatban önként jelentkező
egészséges fiatal férfiak vettek
részét. Reggel 8-kor 50 mg naltre-
xont vagy placebo-t kaptak orális-
ban, és ettől kezdve 8 órán keresz-
tül 20 percenként vették vértőlük.
A plazma LH-t radioimmunoassay-
vel mérték.

A vizsgált 8 órás periódusban a
felrajzolt LH görbe alatti terület
jelentősen nagyobb volt a naltre-
xonnal kezeltben, mint a kont-
rollokban. Nagyobb volt még az LH
kidobások frekvenciája és amplitú-
dája is.

Potens és szelektív opiát antago-
nista jelenlétében az epizodikus LH
szekréció lényegesen megváltozik.
Számos kísérlet eredménye szerint
az epizodikus LH release az inter-
mittáló hypothalamikus LHRH fel-
szabadulás következménye. Ezért
feltételezhető, hogy az LH szekréció
jelen kísérletben észlelt változásá-
val párhuzamosan alakult az LHRH
release is. Ez a kísérlet nem zárja
ki azonban a hypophysiben naltre-
xon hatására létrejövő fokozott
LHRH szinthez vezető mechanizmus-
ok szerepét a végzett vizsgálat al-
apján biztonsággal kijelenthetik, hogy
az endogén opioidok fontos fizioló-
giai funkciója az intermittáló hypo-
thalamikus LHRH release szup-
pressziója.

Dohanics János dr.

**A menstruációs ciklus folyamán
az LH, FSH, prolactin, oestradiol
és progesteron szekréciója epizodi-
kus.** Bäckström, C. T. és mtsai
(Department of Obstetrics and Gy-
naecology, University of Edin-
burgh, Centre for Reproductive
Biology, Edinburgh, EH3 9EW,
Skócia): Clin. Endocrinol. 1982, 17,
29.

Az utóbbi időben napvilágot lát-
tott közleményekből nyilvánvalóvá
vált több hormon epizodikus szek-
réciójának jelentősége. A szerzők
jelen közleményükben összefüggést
kerestek az oestradiol, az LH, FSH
és prolactin szekréciós epizódok
között.

A vizsgálatban 11 egészséges 21—
38 éves nő vett részt, akik a vizs-
gálatot megelőző 3 hónapban sem-
miféle gyógyszer nem szedtek;
menstruációjuk szabályos volt. A
vizsgálat alkalmanként 6 órán át
tartott, ezalatt 15 percenként vet-
tek vért. A ciklust a következőképp
osztották fel: korai follicularis (1—
4. nap), közép follicularis (5—9.
nap), késői follicularis (10—14.
nap), korai lutealis (ovuláció utáni
1—4. nap) és közép + késői lutea-
lis fázis (ovuláció utáni 4. naptól).
A kísérletet napjában 9-kor kezd-
ték, a vizsgáltaknak fekdüniük
kellett. Azt a napot tekintették az
ovuláció napjának, amely utáni
napon a 24 órás vizeletben a preg-
nandiol meghaladta az 1 mg-ot. Az
egy-egy hormon koncentrációit ra-
dioimmunoassay-vel mérték.

A follicularis fázisban a bazális
LH-szint emelkedett, és nőtt a ki-
ugrások gyakorisága, de ezek am-
plitúdója nem változott. A lutealis
fázisban a bazális LH, a kiugrások
frekvenciája és amplitúdója sokkal
kisebb volt, mint a follicularis fá-
zisban. Az oestradiol elválasztása
a follicularis fázisban az LH-éhoz
volt hasonló, bár a frekvencia nö-
vekedése nem volt szignifikáns. A
lutealis fázisban a follicularishoz
képest magasabb volt a bazális
szint és az amplitúdó, a frekven-
cia viszont kisebb. A progesteron
bazális szintje a follicularis fázis-
tól a korai lutealisig többszöröse-
re nőtt, de a szekréciós kiugrások
amplitúdója nem volt jelentős. Az
FSH elválasztás lefutása a ciklus
során nagyon hasonló volt az LH-
éhoz, de a follicularis fázis folya-
mán a bazális FSH szint nem
emelkedett. A bazális prolactin
szint a follicularis fázis végén el-
erte maximumát, ettől kezdve csök-
kent, csakúgy, mint a prolactin ki-
ugrások frekvenciája is.

A korai és közép follicularis fá-
zisban az LH kiugrásokat 80%-ban
követte oestradiol kiugrás 100 per-
cen belül, a két hormon kiugrás
között eltelt átlagos idő 36—50 perc
volt. A lutealis fázisban a prog-
esteron sokkal gyorsabban követte
az LH kiugrásait, mint az oestradiol.
Az FSH és prolactin kiugrások
70%-a az LH kiugrást követő 15
percen fordult elő.

A szerzők a 15 percenkénti min-
tavétellel 6 óra alatt kb. 6 LH-
csúcsot tudtak detektálni, de meg-
jegyzik, hogy patkányon végzett
kísérlet során — 2—3 percenkénti
mintavétellel — 16—23 percenként
észleltek kiugrást, ezért lehet, hogy
emberben is nagyobb a frekven-
cia. Az FSH koncentrációja kevés-
bé nyilvánvalóan változott, lehet
azért, mert az FSH fél-életideje
hosszabb, de lehet, hogy ez a kü-
lönbség reprezentálja a két hypo-
physis hormon regulációja közti
különbséget. A szerzőknek e közle-
ményükben sikerült elsőként az
LH és az ovariális steroidok fluk-
tuációja között összefüggést kimu-
tatni. Több más adat mellett az a
megfigyelés is mutatja eme össze-

függés jelentőségét, hogy hypogo-
nadotrop asszonyokban intermittáló
LHRH kezeléssel lehet ovulációt
indukálni, de folyamatos kezelé-
ssel nem. Az, hogy a progesteron
válasz hamarabb követi az LH ki-
ugrást, mint az oestrogéné, lehet
annak a következménye, hogy az
oestradiol messzebb van a metabo-
likus láncban a koleszterintől,
mint a progesteron.

Dohanics János dr.

**A gamma-amino-vajsav az LH
szekréció szabályozásában, ember-
ben játszott szerepéről.** Elias, A.
N. és mtsai (Department of Medi-
cine, Division of Endocrinology
and Metabolism, University of Cal-
ifornia, Irvine Medical Center,
California 92668 U. S. A.): Amer.
J. Obstet. Gynecol. 1982, 144, 72.

Állatkísérletek eredményei arra
mutattak, hogy a gamma-amino-
vajsav (GABA) résztvesz az LH
szekréció szabályozásában. A szer-
zők önként jelentkező nőkön vizs-
gálták a di-n-propylacetát LH-ra
gyakorolt hatását. A di-n-propyl-
acetát a GABA-transaminase inhi-
bitora; ez az enzim a GABA-t in-
aktiválja.

A jelentkezők 26—40 évesek vol-
tak, menstruációs ciklusaik szabá-
lyosak voltak, orális contracepti-
vumot nem szedtek. A kísérletet
a ciklus 8—9. és 21—22. napján
végezték. 100 µg iv. LHRH előtt és
20, 30 és 60 perccel utána vért vet-
tek LH, FSH, 17-béta-oestradiol és
progesteron radioimmunoassay-vel
történő meghatározása céljából.
Ugyanezt megismételték másnap a
GABA-transaminase gátlása után.
A follicularis és lutealis fázisban
végzett kísérlet nem ugyanabban
a ciklusban történt.

A follicularis fázisban az LHRH
indukálta LH válasz a GABA-
transaminase gátlása után szignifi-
kánisan nagyobb volt. A többi pa-
raméterre az enzim gátlása nem
volt hatással. A lutealis fázisban az
enzim bénítása után az LHRH in-
dukálta LH válasz szignifikánisan
kisebb volt, mint a gátlószerez-
vel való kezelés előtt. A kísérlet egész
tartama alatt a 17-béta-oestradiol
és a progesteron koncentrációi nem
korreláltak a szérum LH szintek-
kel.

Mivel a kísérlet során a 17-bé-
ta-oestradiol és a progesteron érté-
kek nem változtak, csaknem bizo-
nyosan kizárható az a feltevés,
hogy e perifériás hormonok LHRH
és LH release-re gyakorolt hatása
GABA útján mediálódna. A lutea-
lis fázisban észlelt csökkent LH vá-
laszt feltehetően a lutealis fázisra
jellemző magas bazális progesteron
szint gátló hatása magyarázza. Ál-
latkísérletekből ismert, hogy a hypo-
thalamus GABA-tartalmának
emelkedése hatására emelkedik az
LHRH tartalom is. Összevetve ezt
azzal az ismertetéssel, miszerint
ismételt LHRH stimulusok hatásá-
ra fokozódik a hypophysis LHRH

érzékenysége, elfogadható magyarázat adódik a follicularis fázisban észlelt fokozott LH válasza. A szerzők végül megjegyzik, hogy nem zárható ki magának a GABA-transzaminase bénító di-n-propyl-acetátnak az LH release-re gyakorolt direkt pharmacologiai hatása.

Dohanic János dr.

Egy új Met-enkephalin analóg csökkenti emberben a plazma vasopressin szintet. Zerbe, R. L., Henry, D. P., Robertson, G. L. (Laboratory of Clinical Science, National Institute of Mental Health, Building 10, Room 2D46, 9000 Rockville Pike, Bethesda, MD, 20205 U. S. A.): Peptides 1982, 3, 199.

Még az endogén opiátok felfedezése előtti kutatások alapján arra következtettek, hogy a morphin anti-diuretikus hatását a vasopressin elválasztás fokozásával fejt ki. Később az endogén opiátokkal végzett kísérletek eredményei is ezt mutatták. Közös hibája volt e kísérleteknek, hogy a vasopressin funkciót indirekt mérték, vagy nem vették figyelembe a tesztanyag okozta mellékhatásokat, amelyek szintén okozhattak anti-diuretikus hatást. A szerzők beszámolnak arról a vizsgálatokról, amelyben kimutatták egy új Met-enkephalin analóg vasopressin releaselet csökkentő direkt hatását.

4, 12 órája éhez, önként jelentkező egészséges férfit lefektettek legalább 30 perc időtartamra, amely elteltével levették tőlük a kiindulási értéket jelentő vérmin-tákat. Majd 75 mg Met-enkephalin analógot, metkephamid-acetátot kaptak im. A metkephamid-acetát főbb tulajdonságai: a peptidase-ok kevéssé bontják, jól penetrál a vér-agy-gáton, kötődik mind a mü, mind a delta típusú opiát-receptorokhoz. Az injekciót követő 240 percig szabályos időközökben vettek vérmintákat és mérték a vérnyomást. Mérték a plazma ozmolalítást fagyáspont-meghatározással, a plazma Na szintet lángfotometriával, a plazma glucoset és a plazma vasopressint, ez utóbbit radioimmunoassay-vel. A jelentkezők végig fekvé maradtak, a kísérlet egész tartama alatt nem ittak semmit.

Az injekciót követően a plazma vasopressin gyorsan és szignifikánsan csökkent és alacsony maradt az egész megfigyelt periódusban. Nem volt szignifikáns változás az ozmolalitás és vérnyomás értékeiben. A plazma Na kezdetben szignifikánsan csökkent, a vércukor pedig nőtt, de mind a két paraméter 90 perc után visszatért a kiindulási értékre, amikor a vasopressin szint még mindig csökkent volt. A kezelés nem okozott károsító vagy szedatív mellékhatást.

Ma még nem lehet megállapítani, hogy a metkephamid-acetát melyik opiát-receptoron fejt ki va-

sopressin releaselet csökkentő hatását, mert jelenleg nincs szelektív mü- vagy delta-receptor agonista vagy antagonist. Mégis, mivel úgy tűnik, hogy a hypothalamusban kizárólag mü-receptorok vannak, és minden opiát, amelyik csökkenti a vasopressin releaselet, kötődik a mü-receptorokhoz, valószínű, hogy ez a hatás a mü-receptorokon mediálódik. A vasopressin releaselet csökkentő opiátoknak terápiás értékük lehet az inadekvát vasopressin elválasztási állapotokban, amelyek jelenlegi kezelése a folyadékbevitel megszorításán és a vasopressin renalis hatásainak megakadályozásán alapszik.

Dohanic János dr.

Naloxon hatása adenohipophysialis hypersecretiós szindrómákban. Tolis, G. és mtsai (Division of Endocrinology and Metabolism, Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec, Kanada): J. Clin. Endocrinol. Metab. 1982, 54, 780.

Ismert, hogy különböző adenohipophysialis hypersecretiós állapotokban a centrális neurotransmitter reguláció is kóros. Mivel az opioid peptidok is befolyásolják az adenohipophysialis hormonjainak elválasztását, a szerzők ezért megvizsgálták a tiszta opiát antagonistá naloxonnak az adenohipophysialis hypersecretiós szindrómákban kifejtett hatását.

A következő csoportokat tanulmányozták: Nelson-szindróma, Addison szindróma, congenitalis adrenalis hyperplasia (21-hydroxylase hiány), acromegalia és hyperprolactinaemia (daganat). A vérmintákat reggel 8-kor vették, a vizsgálatok nem reggeliztek. A naloxont (Narcan) 90 percig tartó infúzióban adták 0,4–0,8 mg/h sebességgel, az infúzió megkezdésétől 15 percenként vettek vért. A GH, prolactin, ACTH és béta-lipotropin plazma koncentrációit radioimmunoassay-vel mérték. A vizsgáltak nem álltak sem glucocorticoid, sem egyéb centrális támadáspontú drog hatása alatt.

Az egészséges kontrollokban semmilyen vizsgált paraméter nem változott naloxon hatására. A Nelson-szindrómás csoportban a kórosan emelkedett ACTH és béta-lipotropin szint látványosan csökkent, egyeseknél a normál tartományig naloxon kezelés után. A prolactin és a GH változatlan maradt. A congenitalis adrenalis hyperplasiásokban naloxon hatására a szérum ACTH koncentráció szintén markánsan csökkent, míg a prolactin és GH szint, amely nem tért el egyébként a kontrolltól, nem változott. Az acromegaliásokban és a prolactinomásokban a naloxon nem okozott észrevehető változást.

Az eredményekből kitűnik, hogy a naloxon nem befolyásolja az ACTH, prolactin és GH bazális elválasztását, viszont szupprimálja a fokozott ACTH releaselet, függetlenül attól, hogy az kóros-e, avagy

egy fiziologiai kompenzáció következménye. Ebből adódik az a következtetés, hogy az opioid peptidok mediálják az ACTH hypersecretiót. E megfigyelések alapján új lehetőségek látszanak az ACTH hypersecretiós állapotok kezelésében.

Dohanic János dr.

Pszichiátria

A schizofrén betegek szüleinek a beteggel eltöltött ideje és a beteg érzelmi elutasításának összefüggése. Freire, M. és mtsai (Clarke Institute of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada): Comprehensive Psychiatry, 1982, 23, 190.

A schizofrénia családi hátterének kutatásában jelentős irányváltozás figyelhető meg a legutóbbi években. Míg korábban a betegség okát keresték a családindamikai jellegzetességeket vizsgálók, ma inkább úgy teszik fel a kérdést, *miért marad fenn a betegség*, mi a család szerepe a kedvező vagy kedvezőtlen prognózis meghatározásában.

A hetvenes években standardizált interjú-módszerekkel sikerült igazolni, hogy a schizofrén beteg hozzátartozóinak negatív érzelmi reakciói és a beteggel eltöltött nagy mennyiségű idő, és különösen a két változó kombinációjával szerkesztett mutató alapján „megjósolható” a pozitív pszichotikus tünetek (téveseszmék és hallucinációk) visszatérése, a kórházi elbocsátás után a visszaesés valószínűsége. A szerzők ebben a vizsgálatban arra kerestek választ, hogy milyen kapcsolat van a családtagok hosztilitása és érzelmi elutasítása, valamint a krónikus schizofrén beteg pszichopatológiai tünetei, illetve a beteggel közvetlen kontaktusban eltöltött idő között.

Megfelelő szelekció után 18 ambuláns betegen és az egyik (a páciens szempontjából kulcsszerepet játszó) szülőn végezték a vizsgálatot. Korábban már kipróbált kérdőívekkel mérték a beteg érzelmi elutasításának mértékét (Patient Rejection Scale), a beteggel töltött idő heti átlagát. Az ambuláns kezelést végző pszichiáterek (akik természetesen nem ismerték az említett kérdőívek eredményeit), 10 héten keresztül regisztrálták a pszichopatológiai tünetek alakulását (Brief Psychiatric Rating Scale). A betegek a megfigyelés során a szokásos mennyiségű fenntartó gyógyszeres kezelést kapták.

Az eredmények feldolgozása során az egyedüli szignifikáns kapcsolatot a páciens érzelmi elutasítását mérő skálán elért pontszámok és a hetente több mint 35 óras szülő-páciens kontaktus között kapták. Minél több tehát a beteggel eltöltött idő, annál nagyobb a beteg érzelmi elutasítása. Fontos negatív eredmény, hogy nem találtak kapcsolatot a pszichopatológiai tünetek mértéke és a páciens eluta-

sítása, illetve a beteggel töltött idő mennyisége között. (Vagyis nem a betegség tüneteinek súlyossága határozza meg a szülők érzelmi reakcióját vagy a beteg „felügyeletére” fordított időt, hanem ezek a családdinamika bizonyos önállósággal bíró változói.)

A közlemény végén a szerzők a kutatás terápiás implikációit tárgyalják. Ha a család vizsgálata azt mutatja, hogy sok időt, méghozzá elutasító, kritikus légkörben töltenek a szülők a szizofrén beteggel, a családorientált kezelésnek érdemes ezeknek a tényezőknél a korrekciójára törekedni. Fontos, hogy a kezelés ne a szülők „patogén szerepére” koncentráljon, ez fokozza a bűntudatot, rontja a terápiás kapcsolatot, másodlagosan növelheti a beteg elutasítását. Alternatív módszerek közül a támogatott alaptónusú edukatív családcsoporthoz, a szülő-gyermek kapcsolatot javító behaviorista módszerek javasolhatók. *Telkes József dr.*

Depressziós betegek felkutatása tömegkommunikációs eszközök segítségével. Hunt, D. D. és mtsai (University of Washington, Seattle, Washington 98195, USA): Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 304.

A depressziós betegek a modern kombinált módszerekkel mind eredményesebben kezelhetők, vagy gyógyíthatók lennének — ha időben megfelelő szakemberhez kerülnének. Epidemiológiai kutatásokból a depressziós tünetek előfordulásának magas gyakorisága mellett az is ismert, hogy a betegek jelentős része nem jut el pszichiáterhez. A szerzők különböző tömegkommunikációs eszközöket próbáltak felhasználni arra, hogy nagy tömegeket informáljanak a depresszióról, és lehetőségeket nyújtsanak arra, hogy „öndiagnosztizált” betegek megfelelő kezelést kapjanak.

Két, együttesen mintegy 650 000 ember által olvasott napilapban hirdetésekkel jelentették meg. Ezekben közzétették a Zung-féle depressziós skálát, valamint egy szorongásmérő skálát. Az olvasókat arra kérték, hogy aki depressziósnak tartja magát és van kedve a kutatásban részt venni, jelentkezzen a szerzők munkahelyén, a Washington Egyetemen. Az újsághirdetésekre összesen 1694 válasz érkezett, közülük — a depressziós skála pontértékei alapján — 30% súlyos, 36% enyhe depressziós tüneteket mutatott. A válaszolók átlagos életkora 33,5 év, 60%-a nő volt. A válaszolók közül 125 olyan egyént találtak, aki teljesítette a kutatási feltételeket, és vállalta, hogy személyesen jelentkeznek vizsgálatra. (A többieket más egészségügyi intézményhez irányították.) Figyelemre méltó, hogy a 125 depressziós tüneteket mutató ember egyike sem állt pszichiátriai kezelés alatt,

bár néhányuk — többnyire háziorvosa tanácsára — szedett már kis adagban antidepresszánt vagy szorongáscsökkentő gyógyszert.

A televízióban egy körülbelül 60 perces beszélgetés alapján készült és egymást követő napokon sugárzott két ötperces interjú jelent meg a depresszió tüneteiről, okairól, a kezelés lehetőségeiről. A vágást a tévések végezték, és a szerzők (valamint az adást néző más mentálhigiénés szakemberek) szerint túlságosan „tablettacentrikusra” sikerült, a gyógyszeres kezelést egyszerű, könnyen elérhető, mindent megoldó eszköznek mutatta be. Az ötperces műsorok végén közölték, hogy jelentkezni lehet vizsgálatra, kezelésre a szerzők munkahelyén. Az adásokat követően 28-an telefonáltak, 16-an kaptak időpontot, végül 8-an jelentek meg a vizsgálaton. Közülük 6 beteget diagnosztizáltak unipoláris depressziósnak, 2 jelentkezőnél pszichofiziológiai rendellenességet állapítottak meg.

A harmadik forma egy két részből álló rádióműsor volt. Az első 30 percben a depresszió tüneteiről, kezeléséről volt szó, a műsor második 30 percében telefonon lehetett kérdéseket feltenni a depresszióval kapcsolatban. Az egyetemen a műsort követően mindössze egy hívás érkezett, egy anya érdeklődött schizofrén lányával kapcsolatban. Néhány hónappal később egy pár jelentkezett utalt arra, hogy hallotta a műsort, de vezetés közben, vagy más ok miatt nem tudott jelentkezni.

A szerzők megállapítása szerint az újságcikk lényegesen hatékonyabb a depressziós betegek azonosítására, mint a televíziós vagy rádiós műsor. Az összehasonlíthatóságot persze sok tényező korlátozza, hiszen nem volt azonos az egyes közlések tartalma, a televíziós műsor végső tartalmát pedig nem a szakemberek határozták meg. A lapokban ingyenes kezelést ígértek, a televízióban és a rádióban ez nem hangzott el.

(*Ref.: A beszámoló előzetes közleményként jelent meg, röviden, vázlatosan ismerteti a kutatást. A media eszközeivel felkutatott depressziós betegek mindegyike úgy nyilatkozott, hogy nem tudott róla, hogy kezelhető érzelmi betegség van, és ha nem találkozik a hirdetéssel, nem keresett volna segítséget. A szerzők nem tárgyalják a módszer dilemmáit: hány, a kezelésre nem jelentkező emberben épített ki a skála alapján történő „öndiagnózis” felesleges betegség-tudatot: hányan kerestek más úton pszichiátriai vagy más orvosi segítséget; mennyire adekvát és mennyire eredményes ezeknek az embereknek a kezelése? Végül: a depressziós skálán önmagán magas pontszámot regisztráló emberek valóban „kezeletlen depressziós betegek” tekinthetők-e?)*

Telkes József dr.

A pszichiátriai osztály nyújtotta konzultáció a beutaló orvosnak. Jacobs, D. H. és mtsai (Faulkner Hospital, Centre Street, Jamaica Plain, Massachusetts 02130, USA): Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 377.

A szerzők egy általános kórházban működő pszichiátriai osztályon dolgoznak és azt tapasztalták, hogy a páciens beutalását nagyon gyakran megelőzik az ambuláns kezelést végző orvos és a beteg közt felerősülő nehézségek. A kórházi kezelés során ezek a problémák törvényszerűen felszínre kerülnek és megoldásuk fontos feladat, amely sikeresebb, ha a korábbi kezelést bevonják a terápiás folyamatba.

A szerzők csoportosítva ismertetik az ambuláns kezelést során felerősülő és kórházi beutaláshoz vezető nehézségeket és azt, hogy a pszichiátriai osztály stábjában tud segíteni ezek megoldásában. Közös vonás, hogy a beutalásban legalább olyan nagy szerepe van a kezelést végző orvos bizonytalanságának, szorongásának, viszontindulatátteles érzéseinek, esetleges nem tudatos elhárításának, mint a beteg „objektív” pszichopatológiai állapotának. Az ismertett esetek jól példázzák, milyen fontos a kórházi és az ambuláns kezelést végzők közötti kommunikáció, és a kórházi kezelés azon lehetőségének kihasználása, hogy bizonyos „rálátással” tekintheti át a korábbi orvosi kapcsolat problémáit.

(*Ref.: A legszerencsésebb megoldás persze az, ha az osztályos és ambuláns kezelést egyidejűleg szervezik, ahol ugyanaz az orvos végzi a beteg ambuláns kezelését, osztályos kezelését, majd az elbocsátás után a gondozást. Amíg a hazai pszichiáterek többségének nem adatik meg ez a lehetőség, és különösen a pszichoterápiás kezelést végzők magukra hagyatottan kénytelenek dolgozni, különösen fontos a szakmai kapcsolattartás, és a betegeknek a szervezeti hibákból adódó kényszerű „átadása-átvétele” legalább a mögöttes történések minél sikeresebb tisztázásával történjenek.)*

Telkes József dr.

Az önszolgáltató csoportok mentálhigiénés szerepe. Gartner, A. J., Riessman, F. (Graduate School and University Center, City University of New York, New York, N. Y., USA): Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 631.

Katz és Bender (1976) meghatározása szerint az önszolgáltató csoport a kölcsönös segítségnyújtás alapján specifikus célok teljesítésére szerveződött önkéntes társulás. Általában egyenrangúak hozzák létre, hogy túljussanak valamely mindannyiukat érintő közös problémán, közös szükségleteiket kielégítsék, és egymás támogatásával kedvező

társadalmi és/vagy személyes változásokat érzékel. Az önszorgító (vagy kölcsönös segítő, kölcsönös támogató) csoportok fontos jellemzői, hogy 1. a csoport működése mindig közvetlen, face-to-face interakciókon alapul, 2. a személyes, tevékeny részvétel rendkívül fontos komponens, 3. a csoport informálisan, bürokrácia mentesen szerveződik, 4. a tagok általában egy nehéz helyzetből, tehetetlen állapotból indulnak, 5. a csoport referenciacsoporttá válik a tagok számára, kapcsolódási, azonosulási lehetőségeket nyújt, az énerősítés forrásává válik.

Az Egyesült Államokban mintegy 500 000 önszorgító csoport működik, együttes tagságuk több mint 15 millió lehet. Szinte nincs olyan betegség a WHO betegségi listáján, amely köré nem szerveződött volna csoport. A pszichiátriai betegeket tömörítő legjelentősebb szervezet, a Recovery Inc. volt páciensek csoportjából alakult ki. Kiemelkedő jelentőségűek, nálunk is jobban ismertek az alkohol és gyógyszerfüggőség problémája köré épülő csoportok (Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous stb. és a csatlakozó, főként hozzátartozókat tömörítő szervezetek), amelyeket ma már a szakemberek is kezelési módszerként ajánlanak. A feminista mozgalom is a kölcsönös támogató csoportok tipikus jegyeit mutatja.

A pszichiátriai betegségek megelőzése szempontjából az önszorgító csoportok két vonása emelhető ki: egyrészt gondoskodó környezet létrehozásával szociális támogatásrendszert építenek ki, másrészt az, hogy kölcsönös információ- és mintanyújtással, vagy akár közvetlen gyakorlati segítséggel növelik a résztvevők problémamegoldó képességét.

A szerző több sikeres, a szakemberek által kezdeményezett szervezet bemutatásával folytatja a cikket. Közülük néhány esetben a programok hatékonyságát is sikerült igazolni. Egy a szülést követő alkalmazkodást vizsgáló kutatás során bebizonyosodott például, hogy a kölcsönös támogató kapcsolatokra épülő ellátások az anyák kevesebb érzelmi feszültségről számoltak be, csecsemőik egészségesebbek maradtak, mint a kontroll csoport tagjai, és a két csoport között még 4–6 év múlva is fennmaradtak a különbségek (a kísérleti csoportban több és jobb egészségi állapotú gyermek született, kevesebb volt a válás és a szexuális probléma, ritkábban betegedtek meg stb.) Kiterjedten vizsgálták a megőrzőgyűlések számára szervezett kölcsönös támogató programokat is.

Gordon és munkatársai (1982) igazolták, hogy a kórházból elbocsátott pszichiátriai betegek számára is hatékony másodlagos megelőzési módszer a kölcsönös támogató betegcsoport szervezése. 10 hónappal az elbocsátás után a kísérleti csoportban szereplő betegek

visszaesési aránya 17,5% volt, a kontroll csoporté 35%. A kísérleti csoportban kétszer annyi páciens volt képes kezelés nélkül élni, mint a kontroll csoportban.

A szerzők végül az önszorgító csoportok hatásmechanizmusát, valamint a szervezési kérdéseket tárgyalják, különös tekintettel a szakemberek szerepére.

Telkes József dr.

Pszichiátriai betegek edukatív szülőcsoportja. McLean, C. S. és mtsai (25 Lincoln Street, Framingham, Massachusetts 01701, USA): Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 564.

Brit kutatócsoportok munkássága nyomán ma már elfogadott, hogy a schizofrénia lefolyását messzemenően meghatározza, hogy milyen a család érzelmi légköre. A kritikus, ellenséges, vagy túlvédő szülőkkel élő beteg visszaesése gyakoribb. A hagyományos családterápiás módszerek mellett a legutóbbi években új típusú, edukatív programokkal próbálkoznak. Az egyszerű, a mentálhigiénés szemlélet szempontjából is jelentős módszer megérdemli e részletes ismertetést.

A kísérletet hattagú, a kórházi elbocsátást követő gondozásért felelős team vezette, pszichológusok, szociális gondozók, nővérek. Az induláskor tájékoztató leveleket küldtek a szülőknek, majd telefonon hívták őket, hogy feltehesék kérdéseiket, elmondhassák kétségeiket. A 32 invitált család közül 25-öt sikerült bevonni. A csoportokat kettős vezetéssel tartották, az első csoport 12 alkalommal, a többi 10-szer találkozott.

Minden csoportorozat egy bevezető ülésel kezdődött, ahol pszichiáter beszélt a schizofrénia természetéről és a kezelési elméleteiről. Az előadás vegyes érzéseket keltett a krónikus pszichiátriai betegek szüleiben. A legtöbben nagyra értékelték, hogy őszinte képet kaptak a betegségről, és lehetőségük van kérdéseket feltenni. Egy 77 éves asszony azt mondta, hogy ez volt az első alkalom, amikor valakivel őszintén tudott beszélni leánya betegségéről. Néhányan fájdalmasan élték meg az ülést, különösen azok, akik elhárították a betegség komolyságát, krónikus természetét, és még gyors, teljes gyógyulásban reménykedtek. A továbbiakban a csoportok kéthetente találkoztak, a csoporttagok javaslata alapján választottak témát és előadót, így került sor az osztály vezetőjével való találkozásra, a gyógyszeres kezeléssel, a rehabilitációval stb. foglalkozó szakemberek előadására. Kéthetente írott anyagokat is adtak a résztvevőknek, többek között a gyógyszeres kezelésről szóló tájékoztatót, később korábbi betegek által írott beszámolókat, a szülők által írott rövid értesítőket.

A csoporttal kapcsolatos elképzeléseket az első alkalommal közölték. Különbséget tettek a terápiás csoportok és az edukatív csoport között, hangsúlyozták, hogy a szülőknek szükségük van helyes információkra, támogatásra, és hogy a mentálhigiénés szakemberek számára is fontos, hogy többet tudjanak a pszichiátriai betegek családjának szükségleteiről, a betegséggel, a kezeléssel kapcsolatos tapasztalataikról.

A csoportüléseken ismertették a pszichiátriai betegségek keletkezésével foglalkozó legfontosabb (genetikus, kémiai, környezeti) elméleteket, kiemelve, hogy a szakemberek között sincs egyetértés ebben a tekintetben. Ismertették a legújabb kutatások eredményeit is. A családdinamikai kutatások kapcsán azt mondták, hogy gyakori — és érthető —, hogy a család fokozott figyelmet szentel a beteg családtagnak, de túlzott törődés ártalmas is lehet. Arra bátorította a szülőket, hogy kevesebb időt töltsenek a beteggel, fordítsanak több energiát, időt egymásra, a betegről függetlenül töltött tevékenységekre. Röviden szóba hozták a család külső és belső határainak, a családtagok autonómiájának kérdését is. A családdal kapcsolatos kutatási eredmények ismertetését követően élénk vita bontakozott ki arról, hogy miként kell helyesen foglalkozni a beteggel, mi a „jó szülő” feladata. A közös beszélgetés hozzásegített ahhoz is, hogy egy sor közös problémával foglalkozzanak: a betegség tényének tagadásával, a szülők szorongásával és büntudatával, a szülőknek a gyermek jövőjére vonatkozó megvalósulatlan álmaival stb.

A beteggel való bánásmód kapcsán felmerült kérdésekre válaszolva konkrét tanácsadásra is vállalkoztak. Azt javasolták például, hogy a beteggel igyekezzenek röviden, tárgyyszerűen, világosan kommunikálni. Elmondták, hogy egy pszichotikus epizód után kb. fél évre van szükség a teljes kompenzálódáshoz, és hogy ez idő alatt a betegeknek több alvásra van szükségük. A zavaró, agresszív viselkedés kezelése kapcsán közvetlen, határozott reakcióra buzdítottak, de azt javasolták, hogy ne vitatkozzanak a téveseszmék megjelenésekor. Erősen hangsúlyozták, hogy a folyamatos, megfelelő adagban szedett gyógyszerek csökkentik a visszaesés veszélyét.

Az első sorozat középtáján a csoportülés befejezése után jól sikerült informális együttlétet rendeztek, ahol közvetlenül beszélgethettek a szülők, ahol kölcsönös támogató érzelmi kapcsolatok alakulhattak ki. A szerzők megfigyelték, hogy még a parkolóban is sokáig beszélgettek, és valószínűleg már ekkor kialakultak a külső informális kapcsolatok.

Az ülések során következetesen bátorították a résztvevőket, hogy

tegyenek javaslatot is a kórházi kezeléssel, ápolással kapcsolatban. A javaslatok mindegyikét igyekeztek megvalósítani, így került sor például egy nyilvános telefon felszerelésére az osztályon, vagy arra, hogy a felvételt követően azonnal tájékoztató levelet küldjenek a szülőknek a kórházi kezeléstről, az osztály szabályairól, az orvossal való találkozás lehetőségeiről.

Már az első, 12 hetes szülőcsoport befejezése után létrejött a szülők önszervező szervezete, amely később csatlakozott az országos szervezethez (National Alliance for the Mentally Ill). A szülők ugyan további csoportüléseket is igényeltek, ezt azonban a szerzők elhárították, részben, hogy újabb csoportok indulhassanak, részben, hogy erősítsék a szülők öntevékenységét. Kompromisszumos megoldásként az érdeklődő szülők, betegek és stábtagnak részvételével havonta nyitott napot rendeznek, kötetlen beszélgetésekkel.

A kísérlet 2 éve alatt 60 családból mintegy 100 szülő vett részt a csoportokban (egy sorozatban kb. 8 család). Objektív méréseket ugyan nem végeztek, azonban minden érintett kedvezően értékelte a programot. A családtagoknak leginkább abban segített, hogy a releváns információk, az érzelmek megosztása, a kölcsönös informális kapcsolatok kialakulása csökkentette a betegség miatti fájdalmat, a szülők önvádolásait és azt, hogy nagyobb önállóságot engedjenek meg a betegeknek. Arra is volt példa, hogy a szülők maguk kérték házaspárterápiát, amelyet korábban elutasítottak. A szerzők értékelése szerint a program sokat segített abban is, hogy

elfogadóbban, kedvezőbbben viszonyuljon a stáb a családtagokhoz, és hogy a szülők bevonásával sikeresebben képviseljék a pszichiátriai betegek és az osztály érdekeit is.

Telkes József dr.

A család és a pszichiátriai diagnózis. Fleck, S. (Department of Psychiatry and Public Health, Yale University, School of Medicine, New Haven, Conn., USA): Amer. J. Social Psychiatry, 1982, 2, 19.

A családkutatók körében ismert és tekintélyes szerző hiányolja, hogy a legújabb amerikai diagnosztikus rendszerben (DSM-III.) is hiányzik a család diagnosztikája, jóllehet nem vitatják már, hogy a család-dinamikai tényezőknek jelentős szerepe van az egyéni pszichopatológia létrejöttében, fennmaradásában, a betegségre adott reakciómintákban stb. Sorra veszi, hogy a DSM-III. egyes tengelyei hogyan kapcsolódhatnak — kimondatlanul is — a családhoz. A beteg tünetei családi patológia megnyilvánulásai lehetnek, vagy a beteg imitálja a szülők viselkedését (I. tengely), a család aktuálisan is szerepet játszhat még a beteg személyiségfejlődésében (II. tengely), a III. tengelyen jelzett testi állapotoknak biológiai családi gyökere lehet, a családok alkotják a beteg aktuális környezetének legfontosabb részét, a családtagokkal való kapcsolat megterhelheti, vagy könnyítheti a páciensekre nehezedő súlyt stb. (IV. és V. tengely). Javasolja, hogy a pszichiátriai betegségek diagnosztikus rendszerének legközelebbi

módosítása során a családi patológiát külön tengelyként vegyék fel (annak ellenére, hogy kidolgozatlan a családokra vonatkozó rendszer-szintű diagnosztikus séma).

A szerző 5 paramétert javasol a családszintű vizsgálathoz: 1. vizsgálni kell a család *vezetésének* módját (a partnerek személyisége, saját szülőről való érzelmi leválásának mértéke, sikere, a házassági koalíció, a szerepmegosztás, konfliktusmegoldási módok), 2. a család *határait* (az egyes családtagok, különösen a gyermek énhatárainak fejlettsége, a generációk közötti határok integrálása, a család és a környezet közötti határok minősége), 3. a család *affektivitását* (a család érzelmi légkörét, a különböző fajtájú, erősségű érzelmek tolerálásának képességét, a családi ünnepek és a család veszteségének kezelési módját), 4. a *kommunikációt* (világosságát, tartalmát, hitelességét, jellegzetes forgatókönyveit), végül 5. a család *feladat- és célteljesítésének* milyenségét, különös tekintettel az egyes életciklusokra jellemző fejlődési feladatok megoldására.

A közlemény végén a szerző bemutatja a család (és más szociális rendszerek) értékelésére a Yale Egyetemen használt sémát, amelyben az említett paramétereket és alcsoportjait 5 pontos skála alapján lehet jellemezni. Egy másik táblázat arról tudósít, hogy négy nagy betegségcsoport esetén (affektív betegségek, neurózis, pszichopátia, schizofrénia) milyen dimenziókban találhatóak jellegzetes családszintű zavarokat.

Telkes József dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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





Mit magyaráz a szülő nő magasabb β -endorfin szintje?

T. Szerkesztőség! Az opioid receptorok és peptidok felfedezését követően nagy lendülettel folytak tovább a vizsgálatok, és szerepük tisztázódni kezdett nemcsak a fájdalom, az analgészia területén, hanem az opiát dependencia, és tolerancia létrejöttében, a viselkedési folyamatokban, bizonyos pszichózisok pathomechanizmusában, stressz állapotokban, de a hormonális és keringési szabályozásban is (4, 6, 12). Az elméleti kutatások után a klinikai felhasználás is megindult, de számos kérdés megválaszolatlanul maradt. E kérdésekkel az Orv. Hetil. is foglalkozott (9).

Mind az endogén opioidok, mind a kívülről bevitt kábító analgetikumok hatásával kapcsolatban egy-egy teóriát szeretnék közölni, ami esetleg részletesebb magyarázatot ad a felvetett problémákhoz.

A farmakológiai eredményekkel számos összegegyeztetetlen és megoldatlan magyarázat látott napvilágot az opioidok hatásáról szülő nőknél. Az endogén opioidok koncentrációja nem magyarázza minden esetben a hatásukat. Terhes, ill. szülő nők véérének a normál állapothoz képest mintegy öt-tízszerelesen megnövekedett a β -endorfin szintje, mégis ez mintegy 2–4 nagyságrenddel (!) alacsonyabb annál az értéknél, mint ami a farmakológiai kísérletekben az analgészia előidézéséhez szükséges (3, 5, 6). Ezekkel az eredményekkel összegegyeztetetlennek tartják azt a magyarázatot, hogy a fokozott β -endorfin elválasztás a szülési fájdalom enyhítését szolgálja (3, 6). Ezt a megállapítást csak megerősíteni látszik az a megfigyelés, hogy a szülés előrehaladásával az anyai vérben emelkedő β -endorfin szint nem a szülés II. részében, hanem már a szülés után éri el a maximális értéket (5).

Mindezek alapján valószínűnek látszik, hogy a terhes, ill. szülő nő véérének emelkedett β -endorfin szintje nem annyira az analgészia létrehozásában, hanem inkább az anyai magatartási változásokban játszana közre. Ismeretes, a szülő nők kicsi eufóriás magatartása. A terhesség és a szülés során emelkedett β -endorfin szint talán az anyagyermekek kapcsolatát is modulálná.

A kutatások az opioidok viselkedésre kifejtett hatására irányítják a figyelmet (12, 13). A probléma megközelítésére nemcsak a terhesek, hanem más betegcsoportok vizsgálatával is próbálkoztak, de az irodalmi adatok ellentmondóak. Egyes szerzők az audiogén hallucinációk gátlását észlelték opiát antagonistá naloxon adásakor szizof-

rén betegeknél, míg mások a megismételt kontrollált kísérletekben ezt nem tapasztalták (13). Előzetes vizsgálatunkban a hipnózisban kiváltott hallucinációt a naloxon nem gátolta (10). Az opioid peptidok magatartási hatásai nem korlátozódnak az analgésziára, egyéb adatok a természetes opioid peptidok viselkedésre kifejtett hatásait megerősíteni látszanak (12, 13).

A szülő nő magasabb β -endorfin szintjének így szerepe lehet az anyai magatartási változásokban, de magyarázatot adhat egy másik tapasztalatra is, a külsőleg bevitt — epiduralisan adott — opiátok hatásaitól való problémákra:

Az epiduralisan adott morfin (Mo) fájdalomcsillapító hatása 1979-től ismert (1). Ennek alkalmazását a gerincvelő hátsó szarvában, a szubstancia gelatinosában, a 2–3. laminában található opiát receptorok felfedezése tette lehetővé. Az opiátok a gerincvelőben direkt analgetikus hatást hoznak létre, a vizsgálatok mind intrathecalisan, mind epiduralisan adott fájdalomcsillapítóknál a morfinhatás spinális támadáspontját bizonyítják. Az epiduralisan adott Mo fájdalomcsillapító hatását széles körű nemzetközi vizsgálatok is igen előnyösnek tartották a posztoperatív, de a krónikus fájdalmak esetén is.

Sajnos, ezekkel a közleményekkel ellentétben epidurális Mo-val nem sikerült kielégítő fájdalomcsillapító hatást elérni szülő nőknél (8). E szerzők a szülésnél alkalmazott epidurális Mo anaesthesia sikertelenségét azzal magyarázzák, hogy terhességben az epidurális rés vaszkularizációja fokozott, így a beadott morfin gyorsan felszívódik és ezért nem tud effektív koncentráció elérni a liquorban és az opiát receptorokon (8). Azok az eredmények, melyek a terhesek és nem terhesek epidurális Mo anaesthesia során a plasma Mo koncentráció mérésén alapultak, sajnos nem teljesen összevethetőek, mivel a két munkacsoport vizsgálatában más szempontok szerepeltek, és így a felszívódás különbségének a mértéke nem ítéhető meg (2, 11).

Meg kell említeni, hogy a Mo-val ellentétben a lokálanesthetikumok (lidokain, bupivakain) esetében ilyen felszívódási és hatásbeli különbségekről nem számoltak be.

Valószínűnek látszik, hogy az epidurális Mo sikertelenségét szülő nőknél nem annyira a megváltozott felszívódással kell magyarázni, hanem egy endogén toleranciát kell feltételeznünk az opioidokkal szemben. Erre éppen a terhesek krónikusan magasabb β -endorfin szintje ad alapot. A régebbi elképzelésekkel ellentétben (7) ma már tudjuk,

hogy az endogén opioidokkal szemben is kialakulhat tolerancia (12, 14).

Az epidurális opiátok kudarcát a szülési fájdalom csillapításában, valamint azt, hogy az opiátok adása után észlelt szövődmények száma eltérő lehet terhesekben és nem terhesekben, talán magyarázná az opioidokkal szemben feltételezett tolerancia.

Véleményem szerint érdemes lenne megpróbálni az említett problémák megoldását a javasolt hipotézisek irányában keresni.

Köszönetnyilvánítás: Az irodalom összegyűjtésében adott segítséget, és a kritikai megjegyzéseket köszönöm Károvi János dr.-nak.

IRODALOM: 1. Behar, M. és mtsai.: Epidural Morphine in Treatment of Pain Lancet, 1979, I, 527. — 2. Chauvin, M. és mtsai.: Plasma Concentration of Morphine after im., Extradural and Intrathecal Administration. Br. J. Anaesth. 1981, 53, 911–913. — 3. Csontos, K. és mtsai.: Elevated plasma β -endorphin levels in pregnant women and their neonates Life Sci. 1979, 25, 835–844. — 4. Farsang Cs.: Adrenerg és opiát mechanizmusok és interakcióik szerepe a vérnyomás szabályozásában és a centrális antihipertenzív szerek hatásmechanizmusában. Orvostudomány, 1982, 33, 521–545. — 5. Fletcher, J. E., Thomas, T. A.: β -endorphine and Parturition. Lancet, 1980, I, 310. — 6. Gráf L.: Az endogén opioidok biokémiája. A Biológia Aktuális Problémái, 1981, 22, 9–73. — 7. Herz, A.: Die Endorphine: ein Schlüssel zum Verständnis von Schmerz, Sucht und psychischen Störungen? Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 371–373. — 8. Husemeyer R. P., O'Connor, M. C., Davenport, M. T.: Failure of Epidural Morphine to Relieve Pain in Labour. Anaesthesia, 1980, 35, 161–163. — 9. Krasznai P.: Császármetszések utáni fájdalomcsillapítás periduralisan adott morfiummal. (Előzetes közlemény). Orv. Hetil. 1981, 122, 321–322. — 10. Migály P., Tagányi K.: Az endogén opioidok és a hipnotikus anaesthesia (Előzetes közlemény). Anaesth. Int. Ther. Közlésre elfogadva. — 11. Nybell-Lindahl, G. és mtsai.: Maternal and Fetal Concentrations of Morphine after Epidural Administration During labor. Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 139, 20–21. — 12. Rónai A.: Az opioid peptidok biológiája. A Biológia Aktuális Problémái, 1981, 22, 75–151. — 13. Székely J. I. és mtsai.: Az endorfinok: új utak a fájdalomcsillapításban? Az Orvostudomány aktuális Problémái, 1978, 31, 160–192. — 14. Székely, J. I. és mtsai.: Cross Tolerance between Morphine and β -endorphin in vivo. Life Sci. 1977, 20, 1259.



KÖNYVISMERTETÉS

John C. Snow: Manual der Anästhesie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1983. 453 oldal, 17 ábra, 12 táblázat. Ára: 68,— DM.

Jól tanítható és tanulható, tényleg felhasználható tananyagot írni nehéz. A megírt és előadott anyag minőségét a szerző/előadó a vizsgáztatókor mérheti le legjobban (és gyakorolhat önkritikát), ha olyan szerencsés, hogy nemcsak írni és előadni, de vizsgáztatni is alkalma nyílik, akár medikusok, szakorvosjelöltek vagy asszisztensek oktatásáról van szó, mert ilyenkor visszahallhatja, hogy mit tanított meg.

Sokkal könnyebb a mások által készített anyagot bírálni, és abban esetleg hiányosságokat találni. A tisztesség azt kívánja, hogy az első kérdés ez legyen: tudnád-e vagy tudnátok-e munkatársaidkal így vagy jobban megcsinálni? A következő: mi az új, jó, követendő ötlet, módszer, megoldás a tananyagban. És csak ezután jöhetnek a kifogások — ha akadnak.

Anaesthesiologiai kompendium az angol és német nyelvű szakirodalomban több is van, klasszikusuk angol, Lee és Atkinson „Synopsis of anaesthesia”-ja, mely 1947 óta angolul 8, olaszul, németül és spanyolul is vagy 4—5 kiadást ért meg. Más angol, német és amerikai kiadványok — legalábbis Európában — kevésbé sikeresek voltak, és kevésbé terjedtek el.

Az ismertettét kötet egy amerikai könyv második kiadásának — irigylésre méltó gyorsasággal kiadott — német verziója. Az eredeti egy évvel korábban jelent meg.

Snow, J. C., a bostoni egyetem anaesthesiológus professzora a kötet szerkesztője és fő szerzője. A 44 fejezetből összesen csak 15-öt írt 8 amerikai és egy görög társszerző. A koncepció, felépítés, szerkezet ezért nagyon egységes. A német fordítást és adaptációt G. Lenz készítette, a tübingeni egyetemen.

„Manual”-ról van szó, tehát kisebb kézikönyv, utánanéző kötet, vezérfonal, nem folyamatos szövegű tankönyv. Ajánlása, „fűlszöveg” szerint jól áttekinthető formában tárgyalja a klinikai anaesthesiologia egészét. Szoros, „strikt” beosztása, komprimált és világos szerkezete révén széles körű felhasználásra szánták, tanulásra is, meg utánanézésre is. Hiánypótlónak ajánlják, a „kis” kompendiumok és a „nagy” tankönyvek közé, klinikai anaesthesiológusoknak, asszisztenseknek és medikusoknak. Ezt a célt a kötet el is éri.

A könyv rendkívüli módon — talán kissé túlságosan is — rendszeres. A beosztás: arab számú fe-

jezet — római szám — nagybetű — arab szám — kisbetű tagolásban katonás rendszerességgel, pontokba foglalva tárgyalja az egyes témákat. Ezen felül a tördelés és tipográfia is az áttekinthetőséget szolgálja, kiválóan. A jó formát használható tartalom tölti meg, a fontosat kiemelve, a lényegtelen lehetőség szerint elhagyva.

A 44 fejezet felsorolásának a recenzióban nem volna értelme: a műtői anaesthesiának és „környékének” egész területét áttekinthetjük „iskolásan” és hasznosan. Nemcsak szakvizsgára, de a mindennapi gyakorlat számára is hasznos, ami e kötetben van.

És most néhány észrevétel, megjegyzés, a teljesség igénye nélkül. Az inhalációs anaesthesiára szolgáló szerek nincsenek didaktikusan súlyozva. Szerepel pl. a gyakorlatból régen kikapott kloroform, klóretil, triklóretilén, ciklopropán és etilén — és nincs kiemelve, hogy melyek a valóban fontos szerek, ti. a dinitrogén-oxid és a halotán.

Az iv. anaestheticumok között még megemlíthetjük, pedig ez 1982-ben elvárható lenne, pl. a propanidid, alfathesin, etomidát, midazolam, disoprofol, és a csak premedikációs szerként említett, pedig narkózis bevezetésre is jól használható diazepam és flunitrazepam.

Az izomrelaxáns fejezetben tárgyalják az évtizedek óta nem használt decamethoniumot, de megemlíthetjük sem kerül a kítűnő alcuronium, és az újabb szerek (vecuronium, atracurium, fazadinium) sem szerepelnek.

Az inhalációs narkózisban alkalmazott légzőrendszereket néhány ábrával jobban lehetett volna bemutatni. Nem említenek itt néhány jelentős változatot: Magill, Mapleson, Bain légzőköreit. Szegényes a narkózis alatti lélegeztetést tárgyaló rész is, a gépi lélegeztetéssel foglalkozó fejezet pedig formális és túl rövid.

Javította volna az áttekinthetőséget néhány más helyen is egypár ábra, pl. az endotrachealis tubus fajták és más eszközök felsorolásánál. Az ábrákkal túlzottan takarékoskodtak.

A bibliográfiáról: fejezetenként 5—25 közlemény van felsorolva, mintegy 90%-ban négy angol nyelvű anaesthesiologiai folyóiratról, legtöbbszörre az 1973—1981. évekből; kivételesen egy-egy monográfiát is megemlítenek.

A szerkesztőségi aprómunkával sokat bíbelődő recenzens megnyugvással észlelte, hogy hiba mindenütt akad, nemcsak nálunk. Sajtóhibák (egyebek közt a 18., 116., 278., 288., 289. oldalon), szedéshi-

bák (18., 247., 389. oldal) is akadnak, s a 295. oldalon a jeles Robertshaw nevű szerzőt Robert-Shaw-nak írták. Az irodalomjegyzék következetlenségei egyebek közt a 162. és 437. oldalon láthatók.

A könyv kiállítása szép, papírja és tipográfiája kítűnő, szedése és tördelése jól áttekinthető, ára magas, de elfogadható.

Figyelemre méltó a kötet elején levő figyelmeztetés: a medicina folyamatosan fejlődik, és bár a szerzők és a kiadó napra kész pontosságra törekedtek, a könyvben említett gyógyszerek adagolására, alkalmazására, interakcióira és ellenjavallataira vonatkozó ismereteink változnak. Olvassuk mindig el a gyógyszerekhez mellékelt utasításokat, tájékoztatókat, különösen ritkábban alkalmazásra kerülő esetében. Megszívlelendő.

A kötet az anaesthesiologiával bármilyen szinten foglalkozók figyelmébe ajánlható, hasznos, praktikus munka. *Giacinto Miklós dr.*

M. Marshall: Angiologia. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1983. 158 oldal. 50 ábra, 14 táblázat. Ára: 36,— DM.

A 15 fejezetből álló monographia korszerű szemlélettel sorolja fel az arteriális és vénás rendszer, valamint a nyirokerek megbetegedéseinek aetiologiai tényezőit, diagnosztikai és terápiási lehetőségeit. Az 1. fejezetben részletesen tárgyalja az arteriális kórkepek diagnosztikáját, a rizikofaktorokat. Felhívja a figyelmet az arteriális betegségek gyakori generalizált jellegére. Törvényszerű, hogy peripheriás érbetegség észlelésekor keresnünk kell egyéb szervek, pl. a szív és az agy vérrellátási területének érbetegségeit is. Az alsóvégtagi ischaemiára utaló claudicatio intermittens pathofiziológiailag a terhelésre jelentkező angina pectoris, vagy az étkezésre fellépő angina abdominalis megfelelője. A szerző rámutat a fizikai vizsgálat fontosságára, mely a peripheriális erek auscultációjával, palpációjával, s egyes functionális próbák végzésével már az első vizsgálatkor is komoly diagnosztikai támpontot nyújt. A *paradox pulsedissociáció* fogalma (a peripherián jól tapintható ér proximalis szakasza nem tapintható) a kialakult kollaterális hálózat jelenlétére utal. A carotisok feletti hallgatódzás praeklinikai stádiumban is felfedheti carotis stenosis jelenlétét. A könyv fontosnak tartja az egyszerű fizikai vizsgáló eljárásokhoz kapcsolódó korszerű eszközös vizsgálatok alkalmazását is. A *mechanikus oscillographia* informatív eszköz, de a nyert adatokat kritikával kell fogadnunk. Gyakorlatlan vizsgáló ezeket könnyen túlértékeli, s nem veszi figyelembe azokat a tényezőket, mint pl.: percvolumen, érfal-sajátságok, melyek az amplitúdót

befolyásolhatják. Az *elektromos oscillographia* görbéinek morfológiai analysisével megközelítő diagnosztikai következtetésre juthatunk. A könyv részletezi a legkorszerűbb, Doppler elven alapuló készülékek működési elvét, előnyeit, értékelési határait. Kitér a carotis-vertebralis rendszer vizsgálatára, a kompressziós tesztek jelentőségére. A munkából kiemelendő a 4. fejezet, melyben részletesen foglalkozik az egyes arteriopathiák klinikai értékelésével, az acut és chronicus arteriás elzáródások keletkezési mechanizmusával. Rámutat az atherogenesis egyes állomásaira, az endothelsérülést követő permeabilitásnövekedésre, a fokozott thrombocytáaggregációra, a simaizomsejtek proliferációjára. Részletesen ismerteti a cerebralis keringési zavarok stadiumait, a diagnosztikai eljárásokat, a conservatív és sebészi kezelés határait. Külön fejezetre foglalkozik a *subclavian steal syndroma* klinikumával, a *kéz ereinek* és a *zsigeri arteriák* betegségeivel, műteti és konzervatív kezelési lehetőségeivel. Részletesen ismerteti az alsó-végtagi érbetegségeket, kiemelve egyes kórformákat, mint pl. *tibialis anterior syndroma*, vagy a *diabeteshez* társuló *angiopathiák*. Az *endoangitis obliterans* (Winiwarter-Buerger-kór) immunpathológiai hátterét az antilastin antitestek kimutatása támasztja alá. A collagen kórképekhez társuló arteritiszes kórformák az angiológiai diagnosztikának és terápiának speciális problémakörét képezik. A könyv tárgyalja a *lupus erythematosus disseminatus*, a *scleroderma*, *dermatomyositis*, *rheumatoid arthritis* legjellemzőbb angiológiai diagnosztikai ismérveit, terápiás lehetőségeit is. Gyakori feladat az angiologus számára a functionális angiopathiák csoportjába sorolható *Raynaud syndroma* primaer vagy secundaer formájának elkülönítése. A szerző szemléletesen részletezi a két kórkép közötti különbséget, rávilágítva a terápiás lehetőségek hatáira is. Az 5. fejezet az arteriopathiák *kezelési elveit* rögzíti. Alapvető fogalmi ismereteket tár fel a mikrocirkuláció, a kollateralis keringés tulajdonságainak, jelentőségének leírásával. Korszerűen mutat rá az eddigekben szokványosan alkalmazott ún. „értágító” kezelés veszélyeire, a haematometakinezia lehetőségére. Fontos szerepe van a rizikófaktorok eliminálásának, mely növeli a gyógyszeres kezelés hatékonyságát. Jól áttekinthető táblázatokkal illusztrálja az anticoagulans kezelés indikációit, contraindikációit. Külön fejezetre foglalkozik a thrombolysis fogalmával, lehetőségeivel, a perkutan katheretrecanalizációval. A 6. fejezetben a *vénás kórképek* epidemi-

ológiáját, rizikófaktorait, a 7-ben a vénás betegségek diagnosztikáját tárgyalja. Közérthetően írja le a mindennapi gyakorlatban alkalmazható diagnosztikai eljárásokat (pl. Perthes próba, Trendelenburg próba, Doppler módszer) s az intézeti felkészültséget igénylő thermographiát, radiofibrinogen tesztet, stb. A korszerű izotópvizsgálatokkal kapcsolatosan felhívja a figyelmet a tüdőembólia diagnosztizálásakor a peripheriás scintigraphiával egybekötött inhalációs scintigraphia fontosságára. A könyv a 11–12–13. fejezetben ábrákkal illusztrálja a *nyirokkeringési zavarok* sajátosságait, megjelenési formáit, differenciáldiagnosztikai lehetőségeit s a terápiát. A 14–15. fejezet az arteriás és vénás kórképek *műteti indikációit*, lehetőségeit, várható következményeit tárgyalja. Utóbbi két fejezet csak tájékoztató jellegű, nem annyira részletező, mint az előzőek.

A könyv szerzője munkájában gazdag poliklinikai tapasztalatait, angiológiai ismereteinek jó megfigyeléssel párosított gyakorlati fontosságú észrevételeit foglalja össze. A felsorolt legkorszerűbb diagnosztikai eljárások, egyéni tapasztalatokkal átszőtt kezelési elvek összeállításával hasznos kézikönyvet ad az olvasó kezébe. A munkának nagy érdeme a jól tagolt, áttekinthető szerkezet, a szemléletes ábrák, táblázatok alkalmazása, a könnyed, olvasható stílus. Az irodalomjegyzék világhírű, kiváló angiologusok alapvető munkáit tartalmazza. Hasznos, mindennapi kézikönyve lehet a klinikumban járatos angiologusnak s a téma iránt érdeklődő tanulmánygyóknak egyaránt.

Meskó Éva dr.

Rudolf Ferlinz: Internistische Differentialdiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York. 1984. 585 oldal, 17 ábra, 84 táblázat. Ára: 39,— DM.

A 10 szerző által megírt könyv 41 fejezetre tagozódik. A több szerző ellenére a könyv egységes szemléletben íródott. A fejezetek címeit (pl. mellkásfájdalom stb.) először definiálták, majd a tünetesoport mögött meghúzódó lehetséges betegségek táblázatszerű felsorolása következik, azok gyakorisági sorrendjében. Az egyes betegségek kimutatásának módjait részletezik az anamnesistől a legmodernebb diagnosztikus eljárások ismertetéséig, illetve ezek értékelését is adják gyakran ugyancsak táblázaton feltüntetve. Az esetleges komplikációk diagnosztikája az egyes fejezetek részeit képezik, mint pl. a szomjazás fejezetben belüli diabetes mellitusban szóba jövő ketoacido-

tikus, hyperosmolaris coma, lactacidosis vagy hypoglykaemiás állapotok. Továbbá összehasonlító táblázatok elég nagy száma segíti az elkülönítést egymáshoz közel álló betegségek vagy tünetcsoportok esetén (pl. colitis ulcerosa versus Morbus Crohn, a szerzett vitiumok között, veleszületett szívhibák között, a dehydratio különböző formái között stb.). A táblázatokat ábrákat — amely a monographia lényegét képezik — színessel kiemelték. A kellemes színösszetételű szerkesztés kitűnő áttekinthetést biztosít a könyvnek, és ebben rejlik egyik nagy előnye. A táblázatokon felsorolt tüneteket, betegségeket, vizsgálati leleteket a fejezeteken belül részletezik, de ha már máshol szó volt róla, ezt a táblázaton oldalszám megjelöléssel közlik.

A 41 fejezetre történt tagolást tünetek, illetve tünetcsoportok alapján végezték. Pl. az emésztőszervek megbetegedéseit felölelő fejezetek a következők: 1. Hasi fájdalom, 2. Nyelési panaszok, csuklás 3. Hányás, 4. Hepato-splenomegalia, 5. Icterus, 6. Obesitas, 7. Hasmenés és 8. Vér a székletben. E csoportosításban minden lehetséges emésztőszervi betegséggel összefüggő differenciáldiagnosztikai megfontolás bentfoglaltatik kielégítő részletességgel. A mellkasi szervek, illetve cardiovascularis betegségek fejezetei: 1. Mellkasi fájdalom, 2. Cyanosis, 3. Köhögés-köpet, 4. Dyspnoe, 5. Szív-rhythmuszavarok, 6. Kóros szívhangok és szívzörejek, 7. Hypertonia, 8. Hypotonia, 9. Arteriás és vénás keringési zavar. Ez a 9 fejezet pl. 150 oldalt foglal el a könyvben, és ebben hiánytalanul megtalálhatók a pulmonologia és cardiologia differenciáldiagnosztikai problémái. A diagnosztika eszközei között utalás történik a legújabb módszerekre is, mint His-köteg EKG, Holter monitor stb.

A további fejezetek is a már vázolt elvek és formák szerint készültek, amelyekből kiemelem a két utolsó, a „Véletlenül felfedezett pathológiai röntgenváltozások” és a „Tisztázatlan eredetű, fokozott vörösvérsejt-süllyedés” fejezeteket. Úgyesen kiragadott, gyakori, valószínű problémákra igyekeznek használható tanácsot nyújtani.

Összefoglalva megállapítható, hogy a csaknem zsebkönyv kiterjedésű differenciáldiagnosztikai monographia rövid, lényegre törő mondat szerkesztéssel kielégítően átfogja a témát. Emiatt akár a betegágy mellett használható, és biztos, hogy az olvasó bármilyen problémájára megkapja a rendbe szedett „pattogó” választ. A könyv feltétlenül ajánlható minden belgyógyász (körzetben dolgozó is) számára.

Széplaki Ferenc dr.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. május 22-én 16 órakor az Oktatási Épületben (Dóm tér 13.) — *Béla Ilona dr.* 10. éves tanszékvezetői munkássága alkalmából — *jubileumi tudományos ülést* rendez.

Prof. Gál György: elnöki megnyitó.

1. *Mécs Imre dr.:* A human alfa interferon előállítás és tisztítása.

2. *Rosztóczy István dr.:* Az interferon priming hatása *in vitro* és *in vivo*.

3. *Tóth Miklós dr.:* A human gamma interferon előállítás és tisztítása.

4. *Pusztai Rozália dr.:* Adenovírusok interferon indukciója *in vitro* és *in vivo*.

5. *Taródi Béla dr.:* Interferon indukcióért felelős adenovírus struktúramelemek vizsgálata.

6. *Mándi Yvette dr.:* NK sejtek aktivitásának fokozása interferonnal.

7. *Bakay Márta dr.:* Adenovírus által okozott immunosuppresszió mediátora csirkében.

8. *Berencsi Klára dr.:* Az adenovírusok immunosuppresszív hatása egerekben.

9. *Mucsi Ilona dr.:* Flavonoidok antivirális hatása.

10. *Molnár József dr.:* A plazmid replikáció kísérletes gátlása.

11. *Miczák András dr.:* Új RNS processing mutások.

12. *Prágai Béla dr.:* T₄ bakteriofág RNS-gazdasejt endoribonukleázok.

A Kossuth Zsuzsanna Ápolónő Továbbképző Kör, a Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Kállai Éva Kórháza 1984. május 23-án (szerda) 14 órakor a Kállai Éva Kórházban (VIII., Kállai É. u. 6-8.) — Kossuth Zsuzsa országos főápolónői kinevezésének 135., halálának 130. évfordulója alkalmából — *emlékülést* rendez.

Balázs Tamás dr.: Megnyitó és üdvözlés.

Somogyi Tamás dr.: Orvostörténelmi értékelés.

Püspöki Jánosné: A továbbképzés értékelése.

A megemlékezést vezeti: *Vértés László dr.*

Résztevők: Kálmán Gyula, Lugosi Árpádné, dr. Kapronczay Károly, Kertész Erzsébet, dr. Pauka Tibor.

Kossuth Zsuzsanna megszemélyesítőjeként közreműködik: *Herceg Csilla.*

A Magyar Angiológiai Társaság 1984. május 18-án pénteken délután 15 órakor a Semmelweis OTE Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.), *tudományos ülést* rendez.

Várkonyi V., Takácsy T., Imreghe E., Terstyánszky E.: Lábszár-fekélyek elektromágneses kezelése.

Vadon G., Kónya A., Engloner L., Soós A.: Gastrointestinalis vérzések angicgráfias diagnosztikája és katéteres terápiája.

Páhoki G., Hetényi A.: USCI EXS grafit hosszú femoro-poplitealis verőér elzáródások áthidalására.

Az előadásokat a jövőben *Jámbor Gyula dr.* főtitkár címére kérjük beküldeni, bejelenteni (Budapest, Semmelweis OTE II. Seb. Klin. Nagyvárad tér 1. 1096, tel.: 143-600).

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciójának, Nyugat-magyarországi Tagozata és a Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet 1984. május 21-én hétfőn 14.00 órakor a Főv. István Kórház előadótermében (IX., Nagyvárad tér 1.) „A pszichiátria kompetenciája az idős betegek ellátásában” címmel *kerekasztal-konferenciát* tart.

Balázs Tamás dr.: Megnyitó és üdvözlés.

Vitavezető: *Simkó Alfréd dr.*

Résztevők: Bognár Ilona dr., Fenyvesi Tamás dr., prof. Keller László, Molnár Gyula dr., Schaab Rezső dr., Vértés László dr.

A Fővárosi Weil Emil Kórház-Rendelőintézet, az intézmény Onkoradiológiai és Sebészeti Osztálya 1984. május 22-én, kedden du. 14 órakor a Kórház kultúrtermében (Uzsoki u. 29.) *rendkívüli tudományos ülést* rendez.

Téma: Konzervatív (emlőmegtartó) kezelés mamma carcinómában.

Vitaindító előadást tart: *Daniel Ash dr. (Leds):* Az emlőrák konzervatív kezelése (angol nyelven).

Felkért hozzászólók: *Csengődy József dr., prof. Németh György.*

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. május 23-án (szerdán) 15 órakor az Akadémiai Bizottság Székház dísztermében (Somogyi u. 7.) *tudományos ülést* rendez.

Prof. Paul A. Radnay (New York): Anaesthesia coronaria bypass műtétekhez.

A Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet 1984. május 24-én 14 órakor a Kórház tanács-termében (VII., Péterfy S. u. 14. IV. em.) *tudományos ülést* tart.

Üléselnök: *Garas Zsuzsa dr.*

Bartók Katalin dr., Hegedűs Csaba dr.: Az elektronmikroszkópia alkalmazása daganatos eseteinek

diagnosztikájában. Csak „korszerű”, vagy hasznos is?

Sátori Mária dr.: Anticoncipienst szedő fiatal nők agyi vascularis történéseinek előfordulása beteganyagunkban.

Molnár Erzsébet dr.: A típusos migraine-esetek.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1984. május 24-én du. 14 órakor a Kórházban *tudományos ülést* rendez.

1. *Janescsó Mária dr., Szabó Zoltánné:* Ergometria a teherbíró-képesség megítélésében.

2. *Tamássy Klára dr.:* Enterohormonok.

3. *Lakatos Ágnes dr., Rosta András dr.:* Retroperitonealis myelolipoma — esetismertetés.

4. *Karlóczy Kristóf dr., Vágfalvy Ilona dr., Miklós György dr.:* Hypereosinophil szindróma.

A Főv. János Kórház Tudományos Bizottsága és KISZ-bizottsága 1984. május 24-én (csütörtökön) és 25-én (pénteken) 13.30 órakor a Kórház tantermében „Fiatal Orvosok Fóruma” címmel *tudományos ülést* rendez.

Sinkovics Mátyás dr.: megnyitó.

Üléselnökök: Andor Miklós dr., Betkó János dr., Götze Árpád dr., Szlamka István dr., Kozma György dr., Spellenberg Sándor dr., prof. Szám István, prof. Lipcsey Áttila, Szabó Károly dr., Harmos Géza dr.

Május 24.

Mártha L., Cserkúti I., Bálint A.: A colorectalis tumorok sebészi kezelésének eredményei (az osztály 10 éves anyaga alapján).

Bálint A., Fazekas T., Ghabri Abdelaziz: Proximalis selectiv vagotómia a vérző duodenalis fekély kezelésében.

Fazekas T., Horkay E., Sült T.: Az obstrukciós icterus sebészi kezelésében szerzett tapasztalataink (az osztály 10 éves anyaga alapján).

Varga P. P.: Sebészi beavatkozás lehetősége a nyaki gerinc elülső felszínén.

Túri A.: Roncsolt kézszerülések primer ellátása a rehabilitációs lehetőségek figyelembevételével.

Lóska A.: Aorta ruptúra által okozott paraplegia (esetismertetés).

Farkas L.: Térdízületi szalagszerülések — a passzív tartóapparátus szerepe az ízület funkciójában.

Köszegi G.: Isosorbid-mononitrat (ISMO).

Marozsán I.: A ventrikularis ritmuszavarok kezelése különös tekintettel a disopyramidra.

Árkus Zs.: Még egyszer a Buschke-Löwenstein-tumorról.

Sárai A.: Acut és chronicus betegek megoszlása reprezentatív beteganyagban.

Piros Á.: Diabetesez betegek gondozásával szerzett tapasztalataink.

Holpert V., Schmidt Zs.: Arcüregműtéten átesett betegek öt-éves utánvizsgálata.

Kamal Ibrahim: Acut mastoiditis gyakorisága (Szudán—Magyarország).

Május 25.

Székely Gy.: Pancreas cysták ultrasonográfiás monitorozása.

Furák A.: A tüdővérzés különleges esete.

Mitrovics K.: Hörgőöntvény esete.

Moser Gy.: A thrombolysis adjuvans kezelése.

Sági S.: Kontrasztanyagok és felhasználási területük.

Somogyi L.: Streptococcus pleuropneumóniák.

Szentkúti A.: Stromatosis maligna uteri.

Sipos S.: Az intrauterin retardáció előfordulása osztályunk anyagában (egy eset részletes ismertetése).

Detky G.: Ritka, sacralis tumor felismerése az ultrahang-vizsgáló módszerrel.

Kovács A., Árpási G.: Patkóvesében előfordult üregrendszeri tumor ritka esete.

Sziller P., Hacsunc M.: Koraszülés-gyakoriság és perinatalis mortalitás.

Glanz J., Juhász L.: Gyermekkori végtag-törések műtéti javaslatai.

Juhász L., Glanz J.: Gyermekkori végtag-törések ellátása.

Fekete L.: Gyermekkori végtag-törések utáni korrekciós műtétek.

Valamennyi előadás időtartama a vetítéssel együtt 55 perc.

A Magyar Dermatológiai Társaság 1984. május 25—26-án Szegeden az Orvostudományi Egyetem Oktatási Épülete tantermében *tudományos ülést* rendez.

Főtémája: Belgyógyászati betegségek bőrtünetei.

Május 25. péntek 8.30 óra.

Megnyitó.

Előadások.

Cormane, R. (Amsterdam): Phenylalanine + UVA a vitiligo kezelésében.

Hornstein, O. P. (Erlangen): Tricholemmalis bőrszaru, tricholemmomaliss bőrszaru, oncholemmaliss bőrszaru. Összehasonlító szövettani vizsgálatok.

Nishiyama, S. (Kitasato): Kísérletes vizsgálatok akantosis nigricansban.

Schubert, H. (Erfurt): Az Ehlers Danlos-szindróma.

Sz ü n e t

Wolff, H. H. (Lübeck): Vasculitis allergica pathogenezis, bőrelváltozások, szervi érintettség.

Rácz I. (Budapest): Paraneoplastikus szindrómák.

Marghescu, S. (Hannover): Vészelek a bőrön.

Husz S. (Szeged): Paraneoplastikus szindróma eseteink.

Simon M., Korom Irma, Szekeres Lenke, Morvay Márta, Kósó F.

(Szeged): Hepatikus porphyria sclerodermás tünetekkel.

Délután 3 óra.

Rassner, G. (Tübingen): A diabetikus láb.

Hulsebosch, H. J. (Amsterdam): Alsóvégtag-rendellenességek diabetusban.

Szölts—Szöcs, J. (Wien): A recidiváló erysipelas epidemiológiája.

Zaun, H. (Hamburg): Diagnosztikus szimptomák a körmökön belgyógyászati betegségekben.

Zaun, H. (Hamburg): A faggyú-elválasztás variációi a menstruációs ciklus függvényében.

Ludwig, E. (Hamburg): Hajelváltozások belbetegségekben.

Jablonski, K., Tronnier, H. (Dortmund): A krónikus vénaelégeltenség kezelése Furosemid retard/Triamteren kombinációval.

Lobanovszkij, G., Goncsarov, Sz. (Odessza): Lichen ruber planus kezelése elektroforézissel, Beroxánnal, dozított vákuummal és utólagos fofóterápiával.

Petres, J. (Kassel): Kombinált lebenyplasztikák a bőr daganatsebészetében.

Lukács, S. (München): Az A-vitaminsav és származékai a dermatológiában.

Seipp, W., Friedrich, R., Haina, D., Seipp, V. (Darmstadt): Első tapasztalatok praxiskomputerrel.

Hunyadi J., Gáspár L., Husz S., Farkas Beatrix (Szeged): A hipotalamikus hGH reguláció vizsgálata és a Parlodel terápia dupla vak kiértékelése psoriasis vulgarisban.

Május 26. szombat reggel 8 óra.

Diaklinika.

Immunológiai témakör.

Tronnier, H., Rüping, K., Székely Irén (Dortmund): A Raynaud-tünetegyüttes és kezelése.

Albrecht-Nebe, Helga, Ziegler, H., Sönnichsen, N. (Berlin): Az anti-ENA antitest diagnosztikus értéke krónikus kötőszöveti megbetegedések eldifferenciálásában.

Göring, H.-D. (Erfurt): A sarkoidosis immunológiája.

Lohrisch, I., Schaller, J., Hausstein, U.-F., Hermann, K. (Leipzig): Pseudo-T-sejt defektus bullosus pemphigoidban.

Rozivalova, Vera (Hradec Králova): Bullosus dermatosisok.

Várkonyi T., F. Kiss Zsuzsa, Szabó Éva, Husz S., Varró V. (Szeged): Funkcionális vékonybélvizsgálatok dermatitis herpetiformisban.

Szabó É., Husz S., Várkonyi T. (Szeged): Immunopathológiai vizsgálatok dermatitis herpetiformisban.

Farkas Beatrix, Balogh E., Kenderessy Sz. Anna, Dobozy A., Krizsa F. (Szeged): Immunológiai és mikológiai vizsgálatok hematológiai betegekben.

Kórház-Rendelőintézetben (Szentpéteri kapu 76.).

Május 23. (szerda) 9.00 óra

„A” terem

Nagyelődóterem

Plenáris ülés

Megnyitás, üdvözlés

Girinyi Margit (Egészségügyi Minisztérium): A falu és a mezőgazdaság egészségügye (referátum).

Sz ü n e t

Elnökök: Molnár György, Szabó István.

1. Burján Ágnes, Azari Lászlóné, Bobkó Piroška, Velkey L. (Miskolc): Az orvos és a védő személyiségének és munkakapcsolatának meghatározó szerepe a falu egészségügyi helyzetének alakulásában.

2. Barna Erika, Szepesi L. (Miskolc): Nagyüzemi mezőgazdaságban dolgozók műszeres szűrővizsgálatának tapasztalatai.

3. Orbán S., Sárady K., Bíró B. (Miskolc): Mezőgazdasági dolgozók komplex szűrése.

4. Szemcsák M., Sarlay B., Tóth I. (Szikszó): Terhesgondozásunk nehézségei és gondjai aprófalvas területünkön.

5. Velkey L. (Miskolc): Konzultációs rendeleteink szerepe a krónikus beteg gyermekek területi gondozásában.

6. Jászberényi Judit (Mezőkövesd): A gyermekgyógyászati MSZSZ feladata, s lehetősége a falu gyermekegészségügyi ellátásában.

7. Fodor Edit (Szerencs): Gyermekgyógyász MSZSZ szerepe a terület preventív gyógyító és gondozási munkájának irányításában.

8. Ditrói S. (Miskolc): Arckoponyasérülések és plasztikai műtéti igények a megyében.

V i t a

Május 23. (szerda) 14.30 óra

„A” terem

Elnökök: Matyi Mária, Majtényi Gábor.

9. Súlyom Enikő, Baranyi Enikő, Fábán Katalin, Kiss Klára, Nagy K., Vámosi Judit (Miskolc): Táplálási mód — tápláltsági állapot — morbiditás összefüggése falvakban és városokban 5 éves beteganyagunk elemzése alapján.

10. Varga T. (Mezőkövesd): Állattenyésztésről.

11. Antal J. (Mezőkövesd): Nővényvédelemről.

12. Szodoray S., Soltész P. (Sátoraljaújhely): Permetezőszer-mérgezők osztályunk 10 éves anyagában.

13. Sedlák Mária, Egry Mariana (Miskolc): A vadontermő gomba, mint táplálkozási rizikofaktor.

14. Szántó J. (Miskolc): Mezőgazdaságban dolgozók bőrdaganatainak jellegzetességei.

15. Hintalan J. (Miskolc): A falusi lakosság egészségügyi ellátásának előnye a városi lakosság ellátásával szemben.

A VIII. Borsodi Orvos- és Gyógyszerésznapi 1984. május 23—24—25-én Miskolcon, a Megyei



Kerekasztal-megbeszélés

„A körzeti orvos lehetőségei és feladatai a hipertonia-betegség felkutatásában, diagnosztikájában, terápiájában és a gondozásban”.

Moderátor: Zeltner György.

Résztvevők: Écsy Zoltán, Kosztura László, Majtényi Gábor, Révész János, Szolnoki Lajos, Varga István.

Május 24. (csütörtök) 8.30 óra

„A” terem

Elnökök: Fekete Tamás, Katona Zoltán.

16. Zeltner Gy., Kaló E., Stefán J., Panyi Mária, Varga T. (Miskolc, Ózd): Eredmények és hibák a miokardiális infarktusz diagnosztikájában és első ellátása során.

17. Csonka Margit, Benke K., Soltész P. (Sátoraljaújhely): Az acut myocardialis infarctussal kórházba került betegek ellátása a praehospitalis szakban — 1 év elemzése.

18. Varga T., Tóth I. (Ózd): Kardiológiai ellátás Ózd város és járás területén.

19. Szigethy J., Sztóczky Mária, Kassay L., Ladányi Erzsébet, Nagy Ágnes (Miskolc): A diabetes mellitus diagnosztikus és terápiás problematikája.

20. Magyar Zsuzsa, Kurucz Lászlóné (Ózd): Vércukor-meghatározás szűrőpapírra vett vérmin-tából Contiflo automatával és manuális reduktív módszerrel.

21. Papp Klára (Miskolc): Az ulcus pepticus gyógyszeres kezelése. Bismuttartalmú szuszpenzió kidolgozása és terápiás alkalmazása hyperacid ulcusos betegeknek.

22. Kónya K. Cs., Török P., Velkey I. (Miskolc): Acut cerebrovascularis megbetegedések kórjós-lata.

23. Kósa Emese, Gál Piroska (Sátoraljaújhely): Csoportos rajzos foglalkozások bevezetése neurosis osztályon.

Vita — Szünet

Elnökök: Polgár József, Prónay Gábor.

24. Keresztury S. (Miskolc): A kórszövet-tani vizsgálati anyagok összetételében az utóbbi 20 évben bekövetkezett változások és az ebből adódó feladatok.

25. Molnár T., Koós Aranka, Panyi Mária, Pohánka L. (Ózd): Recto- és gastroscopos vizsgálatok jelentősége osztályunk diagnosztikus munkájában.

26. Nagy Gy., Prónay G., Újszászy L., Juhász L., Váci I., Csák L. (Miskolc): Heveny gastrointestinalis vérzések panendoscopos diagnosztikájával szerzett tapasztalataink.

27. Zakar G., Degrell P. (Miskolc): A perkután vese-tübiopszia indikációjáról, biopsziázott betegeknek követésének tapasztalatai alapján.

28. Degrell P., Dauda Gy., Sótönyi G., Zakar G. (Miskolc, Nyiregyháza): Vesetübiopsziás vizsgálatok jelentősége, értékelése.

29. Panyi Mária, Klemencsics Ágnes, Nyáradi A., Pohánka L. (Ózd): Vékonytű biopsziával diagnosztizált pajzsmirigybetegségek.

30. Kaáli I., Fekete T. (Miskolc): Pajzsmirigy gondozás Miskolc III. kerületében 5 év alatt.

Vita

Du. 14.30 óra

„A” terem

Elnökök: Jánváry Anna, Sótönyi Gábor.

31. Gutján M., Fábán I., Gergely Gy. (Ózd): Szülésvezetés epidurális anaesthesiában.

32. Hardonyi A., Sándor Cs., Zelena J. (Miskolc): Szülésvezetés osztályunkon lumbalis peridurális anaesthesiában.

32. Csoma B., Barkai L., Zelena J. (Miskolc): Neomagnol kiterjesztett alkalmazása osztályunk szülészeti tevékenységében.

34. Gönczi S., Gergely Gy. (Ózd): Second — look műtéttel nyert tapasztalataink.

35. Váradi J., Kelemen I., Kocsis Zs. (Kazincbarcika): IUE mellett előforduló actinomyosis kimutatásának morfológiai lehetősége kórházunkban.

36. Tóth I., Sarlay B., Szemcsák M. (Szikszó): Területi szervezésünk és eredményeink a portercarcinómák korai felismerésében.

(7. Institoris I., Lázár Erika, Kocsis Zs. (Kazincbarcika): 15 év alatt végzett conisatiók értékelése (CIN szerint).

38. Szigeti L., Nagy-Bozsok J., Kerek Gy. (Sátoraljaújhely): Nőgyógyászati punctatumok oncocytológiai vizsgálatának tapasztalatai 11 éves anyagunkban.

39. Haulik L., Szepesi L. (Miskolc): Hormoncytológia a gyakorlati növédelemben.

Vita — Szünet

Elnökök: Balogh Ernő, Görög Péter.

40. Szüle D., Mezei T., Ruzsvánszky I., Pócsi Gy. (Miskolc): Komplex szülészeti diagnosztikus és terápiás eljárások perinatalis eredményei osztályunkon.

41. Juhász A., Mertus T., Gergely Gy. (Ózd): Szülészeti tevékenységünk két év perinatalis mortalitása és koraszülés kezelésének tükrében.

42. Szüle D., Lakatos Á., Szuchy R., Pócsi Gy. (Miskolc): Progreszív betegellátás neonatológiai vonatkozásai.

43. Szabó B., Györfi Gy. (Miskolc): Perinatalis eredményeink javulását hátráltató tényezők.

Vita

Május 24. (csütörtök) 8.30 óra

„B” terem

Eü Szakiskola előadóterme

Üléselnökök: Herczeg László, Szikoray László.

44. Szunyogh L., Palla Gy., Kiss J. (Miskolc): Általános sebészeti morbiditási adatok elemzése a változások tükrében.

45. Tóth Katalin, Bende S., Popovics R. (Miskolc): Az acut haemorrhagias necroticus pancreatitis az aetiopathogenesis tükrében.

46. Szikorszky L., Szabó J., Vámos J. (Ózd):Klion prophylaxis a postappendectomiás hasfali gennyedéseknel.

47. Gyurkó Gy., Révész Johanna (Miskolc): A primer varicositas sebészeti kezelése és műtéti érzéstelenítése.

48. Révész Johanna, Gyurkó Gy. (Miskolc): Postoperatív epidurális fájdalomcsillapítás.

49. Barabás Cs., Benkő A., Bazsa G., Róde L. (Miskolc): A coxarthrosis műtéti gyógyítása csípőízületi total endoprothesis beültetéssel.

50. Benkő A., Barabás Cs., Bazsa G., Róde L. (Miskolc): A derékfájást okozó csigolyacsúzás megszüntetése csavaros osteosynthesis-sel.

51. Falvassy Gy., Trencsényi Erzsébet, Fedor I. (Kazincbarcika): Gyakorlati tapasztalatok egy új típusú fájdalomcsillapítóval, a Nitralginnal.

Vita — Szünet

Elnökök: Keresztury Sándor, Tóth Imre.

52. Kassay L. (Miskolc): A biológiai tumor markerek jelene és jövője.

53. Ferencz T. (Miskolc): Az emlőrák és a deontológia.

54. Tóth I., Barta Z., Olchváry F., Juhász T. (Sátoraljaújhely): Epehólyag és epeút carcinómák osztályunk 5 éves anyagában.

55. Sallai Zs., Nagy L., Tuka Piroska (Miskolc): Különleges malignus tumorok előfordulása urológiai beteganyagunkban.

56. Bikszádi Ilona (Miskolc): Dermatotumoralis eseteink.

Vita

Du. 14.30 óra

„B” terem

Elnökök: Kraszkó Pál, Sárady Kornél.

57. Gallert F., Minik K., Lesó Ibolya (Edelény, Miskolc): A VKG megbízhatósága a cor pulmonale chr. diagnosztizálásában 158 boncolt eset kapcsán.

58. Nagy L. (Miskolc): Szívelégtelenség diagnosztikus problémái pulmonológián osztályon.

59. Kraszkó P., Angyal I. (Edelény): Van-e „infekt” asthma bronchiale?

60. Nagy Katalin, Madácsy L., Kassay L. (Miskolc): A total IgE meghatározás értéke a gyermekkori asthma bronchiale diagnosztikájában.

61. Barzó P., Molnár L., Csokonay L., Thomázy V., Kollár S.

(Miskolc, Debrecen): Exogen allergiás fibrotisáló alveolitisek foglalkozási vonatkozásai.

62. *Jónás J., Árvai Éva* (Ede-lény): A tüdőembolia diagnosztikus és terápiás problémái.

63. *Kelen G., Minik K.* (Miskolc): Tapasztalataink a Nordenström szerinti perthoracalis tübiopsiával.

64. *Tóth Erzsébet, Barzó P., Molnár L., Minik K., Lázi J.* (Miskolc, Sárospatak): A sarcoidosis diagnoszticus, terápiás és gondozási kérdései.

65. *Jäger Margit, Gondkiewicz Mária, Bordás Márta* (Miskolc): Pleurális folyadékgyülem differenciál diagnosztikai problémái beteganyagunkban.

Vita — Szünet

Elnökök: *Kassay László, Lyócsa János.*

66. *Szilárd Szilvia* (Leninváros): Catergen hatásának vizsgálata kerékpárgométerrel terhelt sportolókön.

67. *Vizi Márta, Balogh M., Sugár Á.* (Miskolc): Bőrérzékenységi próbák a kórházi gyakorlatban, különös tekintettel a Penicillin allergiára.

68. *Schiefner Gy., Csokonay L., Máty J.* (Miskolc): Steroid-kezelés összefüggése az ellenanyag termeléssel

69. *Bende S., Bertók L., Kolláth Z.* (Miskolc, Budapest): Extracorporalis activszeszen haemoperfusio kísérletes endotoxin shockban.

Vita

Május 25. (péntek) 8.30 óra

„A” terem

Elnökök: *Mészáros János, Takács Sándor.*

70. *Tóth Judit* (Miskolc): Új irányzatok az egészségnevelésben.

71. *Lyócsa J., Ditrői S., Barna Erika* (Miskolc): Az LKM-ben dolgozók morbiditási viszonyainak újabb elemzése, számítógépes adatfeldolgozás alapján.

72. *Hintalan J., Somogyi Erzsébet, Borsányi G., Szigethy J.* (Miskolc): Az intézeti kezelés és a területi gondozás összefüggése.

73. *Varga I., Révész J., Zeltner Gy.* (Miskolc): Adatok a hipertonia korszerű kezelésének gyakorlati megvalósulásához megyénk 1982. évi gyógyszerforgalma alapján.

74. *Barczy M., Jakab J., Cs Kiss T., Boánár J., Barna B.* (Kazincbarcika): Az alapellátás problémáiról. A sebészeti ambulancia ügyeleti betegforgalmi adatai alapján.

75. *Mészáros J., Schiefner Gy.* (Miskolc): Reumás dolgozók foglalkozás szerinti megoszlása a progresszív ellátás szintjein.

76. *Karnis Zsuzsa, Rihmer A.* (Sátoraljaújhely): Az epilepsia-gondozás megszervezése és tapasztalataink a sátoraljaújhelyi kórház területén.

77. *Tornallyay Katalin* (Leninváros): Psychovegetatív és neurótikus

zavarok vizsgálata festékgyári dolgozók körében.

78. *Hintalan J.* (Miskolc): Gyógy-szerellátás problémái az alapellátásban.

79. *Szántó B., Szilvásy L.* (Miskolc): Az időskorúak ellátásának néhány sajátossága.

Vita — Szünet

Elnökök: *Burján Ágnes, Velkey László.*

80. *Kórákó Ágnes, Babos Gizella, Fias Ilona, Fegyveres Mária, Mészáros Klára, Velkey L.* (Miskolc): 5 éves korig családban, bölcsődében, ill. óvodában gondozott gyermekek iskolaérettsége és iskolai adaptációja.

81. *Kiss Klára, Vámosi Judit, Velkey Magdolna, Velkey L.* (Miskolc): Az anamnesis, az orvosi beutaló értéke és értékelése az eszméletlen beteg megítélésében.

82. *Ágotai Zsuzsa, Tóth Anna, Borbás Ágnes* (Miskolc): Pacemakeres gyermekeink gondozásával szerzett tapasztalataink.

83. *Kovács Zs., Nagy S., Nagy F., Kovács T., Zsadányi Z.* (Miskolc): A számítógép szerepe a gyermekfogászati szervezésben.

84. *Rénes Margit, Gát Gy., Szücs Ágnes* (Miskolc): Cryopexiával szerzett tapasztalataink fibroplasia retrolentalis eseteiben.

85. *Peja Márta, Abrányi Katalin, Velkey L.* (Miskolc): Gyógytestnevelés helyzete megyénkben.

Vita

Du. 14.30 óra

„A” terem

Poszter vita

Vezeti: *Aszódi Imre, Berkessy Sándor, Fábian Ferenc, Kassay László.*

Szünet

Kerekasztal-megbeszélés
„A rendelkezésünkre álló új vizsgáló eljárások”.

Moderátor: *Zeltner György.*

Résztvevők: *Boda Klára, Degrell Péter, Kassay László, Máti Éva, Sótónyi Gábor, Varga Győző.*

Zárszó

Május 25. (péntek) 8.30 óra

„B” terem

Elnökök: *Ditrői Sándor, Szakács Gábor.*

86. *Tolnay S., Dapsy Edit, Horváth Márta* (Kazincbarcika): Osztályunk 8 éves beteganyagának audiológiai elemzése.

87. *Tolnay S., Varga Gy., Dienes Magdolna, Wolf Z.* (Kazincbarcika): Középfülgyulladás és mastoiditis csecsemőbeteg-anyagunkban.

88. *Csizmás Mária, Sarkady L., Stollmayer Márta* (Ózd): Változások a mandula körüli tályog kezelésében.

89. *Kispál Erzsébet, Bíró Éva, Lombay B.* (Miskolc): Idégentest aspiratio előfordulása gyermekkorban.

Vita — Szünet

Elnökök: *Bárány István, Rácz Sándor.*

90. *Bárány I.* (Miskolc): A phlebographia helye a medialis combnyaktörés kezelésében.

91. *Sinka L., Szücs Gy., Juhász T.* (Storaljaújhely): Áthatoló hasi és mellkasi sérülések osztályunk 5 éves anyagában.

92. *Horváth S., Gilicze T., Barna B.* (Kazincbarcika): Polytraumatizált sérültek ellátásának taktikája osztályunkon három eset bemutatása kapcsán.

93. *Révész L., Kazacsay F.* (Miskolc): Fix szögletű lemezzel retinált törések eredményei és hibái osztályunk hároméves anyagában.

94. *Török B., Tóth J.* (Ózd): A sarokcsont törések újabb műtéti megoldásának módszerével szerzett tapasztalataink.

95. *Nagy F.* (Miskolc): Gondolatok a traumatológiai járóbeteg-ellátásról.

96. *Körmöczy I.* (Miskolc): Traumatológia az idős korban. Idős kor + traumatológia.

Vita

Május 25. (péntek) 10.00 óra

„C” terem

Kiselőadóterem

Elnökök: *Écsy Zoltán, Virágh István.*

97. *Nagyné Panyi Mária* (Miskolc): Az elektro-aeroszolok alkalmazásának lehetőségei.

98. *Koczka G., Márton A.* (Miskolc): Béta-ciklodextrin zárványkomplex felhasználása inhalációs célra.

99. *Gulyásné Rencsi Mária* (Kazincbarcika): Szilárd oldatok — mint a gyógyszerkészítés új lehetőségei.

100. *Jakabné Bori Gizella* (Miskolc): Új lehetőség az ulcus cruris gyógyszeres kezelésében.

101. *Kabayné Fekete Irén, Sólyom Jenőné, Fábian F.* (Miskolc): Nitroglycerin tartalmú kenőcs előállítás és vizsgálata.

102. *Márky G.* (Rice): Az egészségügyi dolgozók társadalmi-politikai tevékenységének szerepe a falusi lakosság egészségügyi fejlődésében.

Vita — Szünet

103. *Gyöngy Istvánné* (Miskolc): Mikrobiológia a gyógyszerészetben, mikrobiológiai gyógyszerellenőrzés.

104. *Sólyom Jenőné, Szelöczey Andrea* (Miskolc): Pyrogen teszttel végzett vizsgálatok intézeti gyógyszerteráiban.

105. *Fodorné Kassai Erika* (Miskolc): Az oxytetracyclin felhasználás és veszélyei a gyermekgyógyászatban.

106. *Porkoláb Györgyné* (Miskolc): Az interferon.

107. *Tantó M.* (Miskolc): Észrevételek az antipiretikum felhasználásáról.

108. **Écsy Z.** (Miskolc): A hypertonia-kezelés módosulása kórházi belgyógyászati osztályok gyógyszerfelhasználási adatai alapján.

Vita

Posztterek

Eü. szakiskola előcsornoka

1. **Kaló E., Minik K., Zeltner Gy.** (Miskolc): Lehet-e patológiás Q-hullám vagy QS komplexus a tranzmurális szívizom-infarktus EKG kritériuma?

2. **Ujzászy L., Nagy Gy., Pró-nay G.** (Miskolc): Vastagbélrák-vizsgálatok Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.

3. **Váradi E., Sallai Zs., Tiba S.** (Miskolc): Vese óriás cysta és tumor együttes előfordulása.

4. **Steierhoffer Gy., Dudás E., Pócsi Gy.** (Miskolc): Hormonalis terápia climacteriumban.

5. **Székely Z., Korondy Mária, Szepesi L.** (Miskolc): Hormonális fogamzásgátlás hatása a szájnyal-kahártya cytológiai képére.

6. **Sólyomvári Mária, Pócsi Gy.** (Miskolc): Anticoncipiens szedése lactatióban.

7. **Szüle D., Imri I., Almási Gy., Pócsi Gy.** (Miskolc): HBsAG-szűrés szülészeti jelentősége 5 éves anyagunk alapján.

8. **Kovács Zs.** (Miskolc): Frontfogak mechanoterápiája teleshóp koronákkal.

9. **Márkus G.** (Leninváros): Csereszömörce hatása a paradentosisra oldószerrel dolgozókon vizsgálva.

10. **Heiner B.** (Miskolc): Percutan transluminális angioplastica (Dot-ter):

11. **Vámosi Ildikó, Kassay L.** (Miskolc): A felnőtt járóbeteg és alapellátás laboratóriumi reper-toárja és racionalizálási lehetőségei.

12. **Pelle Júlia, Benke K., Tóth Attiláné** (Sátoraljaújhely): VIII. R: Ag plazmaszintjének vizsgálata vascularis betegségekben.

13. **Csire B., Fekete T.** (Miskolc):

Vérlipidek változásai antihypertensiv kezelés kapcsán.

14. **Bocsor E.** (Miskolc): A megye ólmos munkahelyeinek morbiditási viszonyai (1970—1983).

15. **Kabayné Fekete Irén, Sólyom Jenőné, Fábán F., Petrassy Klára** (Miskolc): A nyomelem tartalmú infúziós oldat koncentrátum előállítás és klinikai kipróbálása.

16. **Dobó Istvánné, Antal Mária** (Kazincbarcika): Antibiotikum rendelési szokások vizsgálata a kazincbarcikai egészségügyi ellátás különböző szintjein.

17. **Sári Károlyné** (Kazincbarcika): Kenőcsalapanyagok megválasztásának alapvető szempontjai.

18. **Kiss Józsefné** (Miskolc): Egészségnevelés az L. K. M.-ben néhány környezeti, így a gyógyszerártalom megelőzésére.

19. **Székhelyi Zsuzsanna, Molnár Katalin** (Miskolc): Életet veszélyeztető veleszületett fejlődési rendellenességek műtéti megoldása és utókezelése.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(142/c)

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.

Három szobás összkomfortos lakást, garázzsal biztosítunk.

Rendelő a lakással egybeépített.

Csulik György
tanácselnök

(151)

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat Főnöke pályázatot hirdet az újonnan létesítendő győri Katonai Kórházba:

— 1 belgyógyász osztályvezető főorvos

— 1 elmeorvos osztályvezető főorvos

— 1 sebész főorvos

— 1 anesthesiológus főorvos
hivatásos állományú állások betöltésére.

Pályázati feltételek:

— szakorvosi képesítés, 10 éves szakmai gyakorlat

— büntetlen és feddhetetlen előélet

— egészségi alkalmasság.

Bérezés a Honvédelmi Minisztérium 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 kell benyújtani a győri katonai Kórház parancsnokságán keresztül (9002, Győr, Pf.: 428.) Informálódás a győri 16-909/254-es mellék telefonon.

Dr. Hídeg János o. ezredes

(157/b)

A Kisvárdai városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézményei igazgató főorvosa (Kisvárdai, Árpád u. 26.) egyetértésben a felügyeleti szervvel — pályázatot hirdet a kórház gyermekosztályára:

1 osztályvezető főorvos és
2 szakorvosi állás betöltésére.

Ez utóbbi állásokra szakképesítéssel nem rendelkezők is pályázhatnak.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH számú rendelkezés szerint, szakképesít-

tés és szolgálati idő figyelembevételével történik.

Lakás külön megbeszélés tárgyát képezi.

Az állások üresek, így bármikor betölthetők.

Fekete Imre dr.
igazgató főorvos

(163/a)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet (Nyíregyháza, Vörös Hadsereg út 68.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet:

— az újonnan kialakítandó Elmeosztály osztályvezető főorvos,

— az intézet Baktalórántházi telephelyén levő III. Pulmonológiai Osztály osztályvezető főorvos,

— a felvételi részleg osztályvezető főorvos,

— a Vérellátó Alközpontban 1 csoportvezető főorvos,

— a Bőrgyógyászati Osztállyal integrált egységben működő Bőr- és Nemibeteg-gondozóban 1 csoportvezető főorvos állásaira

Az állások azonnal elfoglalhatók.

A különböző állásokra a feltételek, a vonatkozó jogszabályokban foglaltak szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Vágvölgyi János dr.
főigazgató főorvos

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

Terjesztő 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



84.1132 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:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

21. SZÁM

*

1984. MÁJUS 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Ihász Mihály dr.:
Dr. Mester Endre (1903—1984) 1239

Szeverényi Péter dr.:
Terhesség és a szexualitás 1241

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kisfalvi István dr. és Kenderessy István dr.:
Áletetés teszt a proximális selectiv vagotomia
eredményességének az ellenőrzésében 1247

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Bata Géza dr., Hollós Iván dr.,
Tóth Ágnes dr., Hiegl Klára dr.
és Tarján László dr.:
Egy család három csecsemőjének hepatitis
megbetegedése maternális fertőzésből. 1253

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

Keltai Máttyás dr., Bartek Iván dr.
és Farkas Péter dr.:
Intraaorticus ballonpumpa a kardiogén
shock kezelésében 1257

RITKA KÓRKÉPEK

Pásztor András dr., Paraicz Ervin dr.,
Harmat György dr., Dobronyi Ilona dr.
és Kálmánchey Rozália dr.:
Csecsemőkori meningeoma ritka esete
és kezelése 1265

MÓDSZERTANI LEVEL

A progresszív érsebészeti ellátás 1269

Beszámolóok, jegyzőkönyvek 1271

Folyóiratreferátumok 1273

Könyvismertetés 1291

Hírek 1296

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 keringés-zavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgás-zavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficientia, angiospasticus agyi körképek, 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

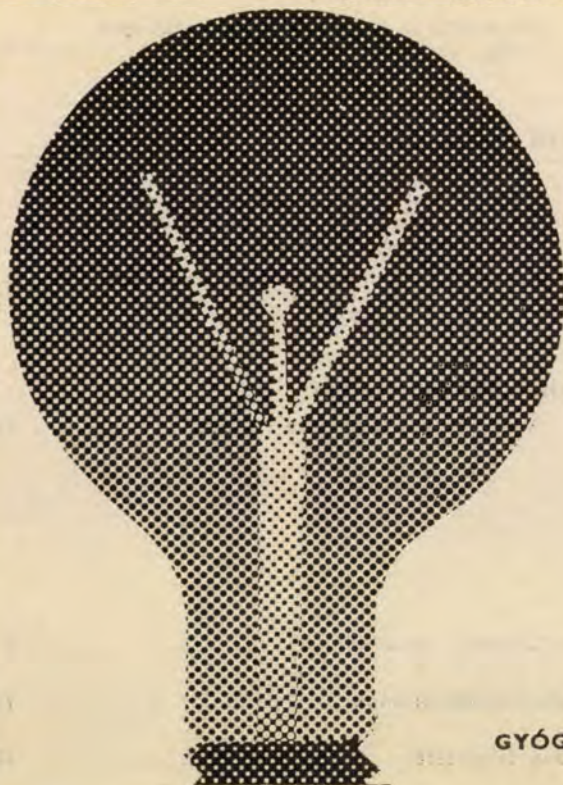
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

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

Dr. Mester Endre (1903–1984)



Ismét temettünk... Eltávozott az élők sorából Dr. Mester Endre nyugalmazott egyetemi tanár, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika igazgatója.

Bár tudtunk betegségéről, nem gondoltuk, hogy ilyen hirtelen végleg búcsút kell vennünk tőle. Nemcsak mi lettünk szegényebbek elvesztésével, de pótolhatatlan veszteség érte a magyar orvostudományt is. Egy világviszonylatban elismert leserkutató orvostudóst gyászolunk.

Nagyívű pálya zárult most le.

Budapesten született 1903-ban, a Baross utcában. Pályaválasztásában meghatározó volt a családi hagyomány — már a nagyapja is orvos volt. Ő maga egy önéletrajzi írásában arról vall, hogy nem is tudta volna elképzelni, hogy más foglalkozást válasszon. A zene szeretetét a Tavaszmező utcai iskolából hozta magával, ahol sokat szerepelt az önképzőkörben.

1927-ben szerzett orvosi diplomát. Már az indulás igazolta, hogy jól választott. 1928-tól a III. sz. Sebészeti Klinikán Ádám Lajos professzor mellett dolgozott, a sebészet mellett a radiológiát is művelte. Ádám professzort tekintette példaképének és tanítómesterének. A vele való találkozást élete legnagyobb szerencséjének tartotta.

Saját szavait idézem: „Ádám nemcsak nagy sebész, hanem kiváló ember is volt, ... két nagy dolgot tanultam meg tőle. Talán — ha szabad mondanom — a sebészetet, és amit még sokkal többre tartok, az emberszeretetet...”

1945–47 között az István Kórház gyermeksebészeti osztályának főorvosaként dolgozott.

1946-ban magántanári képesítést nyert. 1947-től 1963-ig a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban sebész főorvos, ill. sok éven át igazgató-főorvosként működött. 1961-ben lett az orvostudományok kandidátusa. Életének legboldogabb, legharmónikusabb szakasza volt a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban eltöltött 17 év. Sokszor mesélt ezekről a felejthetetlen évekről. Nagyon jól érezte magát az őt körülvevő vele fenntartás nélkül együttműködő, a betegek sorsáért közösen tevékenykedő csapat élén. Itt derült ki, hogy nemcsak sebészként kiváló, zenészként is megállja a helyét. A kórházban alakult vonósnégyes primhegedűseként sok emlékezetes hangversenyt adott. Muzikalitása, zeneesztétikai felkészültsége országos hírű volt, ezt mindnyájan számos rádióműsorban élvezhettük.

1963-ban nevezték ki a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika igazgatójává. Ismét újrakezdés, új körülmények, új munkatársak, de örömteli visszatérés a régi mester, Ádám Lajos volt klinikájára.

Karrier — ahogy akkor barátai mondták — a Baross utcából a Baross utcába.

Pályája csúcspontján állt, jelentős tudományos munkásság volt már mögötte: a gyermeksebészet, a gastroenterológia területén. Nevét orvostársadalmunk elsősorban a korszerű epesebészet megteremtésén keresztül ismerte meg. Ezirányú eredményes munkásságát a Magyar Gastroenterológiai Társaság a Wolf Rózsi alapítvány adományozásával ismerte el. A magyar sebésztársadalom kiemelkedő egyénisége, közismert és elismert szak tekintély, a Sebész Társaság elnöke, számos kitüntetés tulajdonosa.

Kitüntetései közül néhányat említek: Érdemes orvos, Kiváló orvos, Balassa emlékérem, valamint a Munka Érdemrend arany fokozatának kétszeres tulajdonosa.

Személyes ismeretségünk ekkor kezdődött — mint fiatal sebész, Mester professzor tanítványaként tanúja voltam 11 éves tanszékvezetői tevékenységének. Nehéz, de eredményes évtized következett. A nagymúltú intézmény hírneve még patinásabb lett Mester professzor céltudatos tevékenységének következtében. Hamarosan kirajzolódtak előttünk egyéniségének fő vonásai, az orvosi hivatásról vallott nézetei, szakmai elvárásai. Hivatásának megszállottja volt, gyógyító orvos. Amint azt maga is vallotta: „A beteget szeretni kell. A betegnek nemcsak tudományra van szüksége, hanem emberi kapcsolatra is.” A szerénységgel párosult humánus áthatotta minden cselekedetét. Számára a legfontosabb a beteg volt. Az egész ember érdekelt, nemcsak a betegség. Tisztelte betegeiben az embert, egyenrangú félként bánt mindenkivel.

Égész emberi magatartásában őrizte a nagy ideál, Ádám professzor szellemét, így vált ő maga a mi példaképünké. Ajtaja mindig nyitva állt munkatársai előtt. Atyai gondoskodással irányította a rábízottak sorsát, szakmai és tudományos előmenetelét. Gazdag élettapasztalatát, tudását szétosztotta közöttük. Inspirálója volt a tudományos munkáknak. Bizott beosztottjai felkészültségében és emberi helytállásában. Bár érték csalódások, sőt talán kudarcok is, a Baross utcai évtized pályájának betetőzését jelentette. A tehetséges kollektíva alkotó ereje fellendült Mester professzor tanszékvezetői ténykedése alatt. Több mint 300 tudományos közlemény, közel 200 előadás hangzott el a különböző bel- és külföldi tudományos kong-

resszusokon és 14 könyvrészlet jelent meg a klinikáról. Hét munkatársa az orvostudományok kandidátusa, kettő az orvostudományok doktora lett. Mindez örömmel és boldogsággal töltötte el. Sebészeti munkássága mellett fiatalos lendülettel a gyógyítás új területeit kutatja. Így lesz az orvosi leserkutatás hazai megteremtője, nemzetközileg elismert szakteknitely.

Doktori disszertációját e témából írja. 1972-ben az orvostudományok doktora tudományos fokozatot szerezte meg.

Még néhány hónappal ezelőtt Milánó—Barcelona—München és Toulouse kongresszusi teremben ünnepelték sikereit, és választották meg a nemzetközi Soft-Laser Társaság elnökévé... Csak az itthoni elismerés késett. Bár Mester professzor 1974-ben nyugállományba vonult, azóta is megszakítás nélkül dolgozott. Tudományos tanácsadó volt egyetemünkön és az Orvostovábbképző Intézet leserkutató csoportjának vezetője.

A nagyívű életpálya immár lezárult. A halál hirtelen ragadta el körünkől, de őt nem érte készenletlenül. Mindent elrendezett, felkészült a végső utazásra. Régen szokásává vált, hogy minden napot lezár.

Csodálatos életpálya, tökéletes befejezés. Az élet kivételes ajándéka, hogy szinte utolsó percéig teljes emberi méltóságban élt és dolgozott. Ennek az életútnak nem volt hanyatló szakasza. Az élet elmúlik, az életmű megmarad. Mester professzor példája, emberi nagysága tanítványain keresztül nemzedékről nemzedékre száll.

Őrizze emlékét és munkásságát a magyar orvostársadalom, a jelen és jövő sebészeinek ragaszkodó szeretete, tanítványainak mélységes tisztelete.

Ihász Mihály dr.

A szerző munkájában áttekinti a terhesség és a szexualitás kölcsönhatásával foglalkozó irodalmi adatokat. A terhesség ideje alatti szexuális magatartást illetően nem alakult ki egységes, korszerű állásfoglalás. A tisztázatlan kérdések ellenére az újabb megfigyelések azt bizonyítják, hogy a szexuális aktivitás mértéke és a vetélés, koraszülés között nincs általános érvényű oki összefüggés. A terhesség előrehaladtával a szexuális aktivitás a terhesek többségében fokozatosan csökken, növekvő irányú változás csak kis csoportban észlelhető, és az is átmeneti jellegű. A szexuális aktivitás változásában szerepet játszik a terhességet megelőző szexuális magatartás, a terhességgel és a nemiség-gel kapcsolatos beállítódás, személyiségvonások, partnerkapcsolati tényezők, a terhességgel kapcsolatos szomatikus változások, panaszok. Ezek mellett igen lényeges a terhesgondozást végző orvos szerepe is. A gyakran indokolatlan koitusztilalom megronthatja a párkapcsolatot, a születendő gyermekkel szemben negatív érzelmeket válthat ki, és maradandó szexuális funkciózavart idézhet elő.

Pregnancy and sexuality. The author reviews the literary data dealing with the interaction between pregnancy and sexuality. No uniform modern standpoint has been formed concerning the sexual behaviour during pregnancy. Despite of the unelucidated questions, recent observations prove that no causal correlation of general validity exists between the rate of sexual activity and abortion or premature delivery. With the progress of pregnancy the sexual activity decreases gradually in the majority of pregnant women, increase was observed — though only transiently — in a small group. Sexual behaviour before pregnancy, attitude towards pregnancy and sexuality, personality features, partner-relation factors and somatic changes, complaints in connection with pregnancy play a role in the changes of sexual activity. Besides these the role of the physician dealing with prenatal care is also very important. Forbidding coitus often without cause may ruin the connection between the partners, it may provoke negative feelings towards the child to be born and may cause permanent disturbances of the sexual function.

Az utóbbi 2–3 évtizedben egyre nagyobb számban olvashatunk az ember szexuális magatartását, annak változását elemző közleményt, ugyanakkor meglepően kevés tanulmány foglalkozik a szexualitás és a gesztációs periódus kölcsönhatásával. Ezt a területet ma is tabunak tekintik, sok kérdés megválaszolatlan, hiányoznak a tényszerű szexológiai adatok.

Gyakorlati fontosságú a megtartóztatás kérdése. Milyen magas a szexuális aktivitással összefüggésbe hozható vetélés, koraszülés kockázata? Jelent-e veszélyt a koitusz vagy az orgazmus a magzat vagy az anya számára? Mi a helyzet az infekció veszélyével?

Hogyan befolyásolja a terhesség a szexuális vágyat; a nő és a férfi szexuális reakcióját? Milyen implikációi vannak a terhességnek és a szexuális aktivitásnak a férfi-nő kapcsolatra? Hogyan reagál a férfi a terhességre, a nő terhesség alatti pszichés változásaira?

Ezek azok a legfontosabb kérdések, amelyekre az eddigi kutatások nem adtak minden vonatkozásban egyértelmű választ. A kérdések tisztázása további egzakt vizsgálatokat igényel.

Kulcsszavak: terhesség, szexuális aktivitás.

* A női orgazmus fázisai: 1) az ingerlés — 2) a plató — 3) a csúc — és 4) az oldódás szakasza.

A szexuális reakció

A terhesség alatti szexuális aktivitás vizsgálatáról *Masters és Johnson* számolt be elsőként 1966-ban (29). Vizsgálataik alapján a következő megállapításokat közölték. A szexuális reakció a terhesség különböző szakaszaiban eltérő. Az izgalmi fázisban feltűnő a kisajkak vérrel való erőteljes telődése, aminek következtében azok a normál nagyság 2-3-szorosára nőnek. Lényegesen fokozódik a hüvelyváladék mennyisége is. A platófázisban primigravidáknál a hüvely alsó harmadában olyan kifejezett a vénás pangás, hogy a hüvely lumene 75%-kal csökken. Multiparáknál az orgasztikus mandzsetta kialakulása olyan mértékű, hogy a hüvely lumene látszólag teljesen eltűnik. Az orgazmus fázisban az orgasztikus mandzsetta jellemző összehúzódásai az első és második harmadban kimutathatók. A harmadik harmadban a hüvely ödémás duzzanata miatt ez nehezen mérhető, de a ritmikus összehúzódást a nők egyértelműen észlelik. Az orgazmus leszálló ágában a kismencedei pangás kevésbé csökken, mint nem terhes állapotban, és ez azt a szubjektív élményt kelti, hogy a szexuális izgalmi állapot tovább tart.*

A szexuális kapcsolat szülészeti kockázata

A terhesség alatti szexuális aktivitás és bizonyos szülészeti szövődmények (vérzés, vetélés, koraszülés, fertőzés) közötti összefüggést elemző kutatási eredmények igen eltérőek és ellentmondóak.

Elsősorban a korai tanulmányok szerzői tételeznek fel közvetlen, oki kapcsolatot az orgazmus vagy a koitusz és a vetélés, koraszülés között (11, 13, 18, 23, 31, 32, 40, 44).

E tanulmányok egy része kísérleti adatokat nem tartalmaz, más esetben pedig az alkalmazott módszer bírálható.

Masters és Johnson (29) experimentális vizsgálataikban kimutatták, hogy a terhesség utolsó harmadában orgazmus alkalmával az uterus tónusos összehúzódása figyelhető meg. Az orgazmust követően esetenként még kb. egy órán keresztül újabb kontrakciók észlelhetők. A szerzőpár megfigyelése szerint maszturbációval kiváltott orgazmus alkalmával még hevesebb kontrakciók jönnek létre, azaz az önkielégítés még jobban növelné a koraszülés kockázatát, mint a közösülés. Leírtak egy olyan esetet, ahol többszöri, maszturbációval kiváltott orgazmust követően indult meg a szülés. Más beszámolóiból tudjuk, hogy egyes primitív népeknél koitusszal próbálják megindítani a szülést (12).

Más megfigyelés szerint a terhesség késői szakaszában az orgazmus deréktáji és pelvikus diszkomforthoz, idő előtti burokrepedéshez, ill. méh-tevékenységhez és húgyúti fertőzéshez vezethet (14, 15). *Goodlin és mtsai* (16, 17) azt találták, hogy az orgazmus fájáskeltő és idő előtti burokrepedést előidéző veszélye a 32. terhességi hét után 15% körül van. Ha az anamnézisben koraszülés szerepel, a kockázat 21%-ra emelkedik.

Vitatott a prosztaglandinok szerepe. Az ondóban is megtalálható prosztaglandinok méhösszehúzó hatása közismert. Egy finn tanulmány szerzői jelentősen több koraszülést találtak azon nők csoportjában, akiknél a nyakcsatornából levett váladékban spermiumokat tudtak kimutatni (41). Ez az adat ellentmond az azon szerzők adataival (16, 17, 29), akik szerint a maszturbációval kiváltott orgazmus a szülés megindulása szempontjából nagyobb rizikótényezőt jelent, mint a koitusz.

A terhesség alatti szexuális aktivitás és a szülészeti szövődmények kapcsolatát elemezve az utóbbi években több — a korábbiaktól eltérő következtetésre jutó — tanulmány jelent meg. E vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy létezik a nők egy olyan kis csoportja, akiknél egyéb hajlamosító tényező mellett az orgazmus további rizikótényezőt jelent. *Csupán ebben a csoportban tételezhető fel a koraszülés és a többszöri vagy intenzív orgazmus közötti kapcsolat, egyébként a szexuális aktivitás és a koraszülés között nincs oki összefüggés* (8, 9, 19, 21, 38, 40, 44, 48, 49).

Ki kell emelnünk az amerikai *Perkins* tanulmányát, aki nem talált statisztikailag jelentős összefüggést az orgazmus és a koraszülés, a koitusz és a burokrepedés között. Véleménye szerint a méh-tevékenység idő előtti megindulásának veszélye nem a szexuális aktivitásban keresendő. Úgy véli, hogy a jó orgasztikus reakcióval rendelkező nők gyakrabban hordják ki terhességüket panaszok nélkül. Az idő előtti méh-tevékenység inkább egy általános stresszállapot következménye, amelyet többek között a nem kielégítő szexuális

kapcsolat idéz elő. Véleménye szerint hasonló módon kapcsolatba hozható a szülés alatti ellazult magatartás a terhességet megelőző és a terhesség alatti kiegyensúlyozott, kielégülést eredményező szexuális aktivitással (38, 39).

E megállapításokat nyugatnémet szerzők vizsgálati eredményei is megerősítették (8, 9, 19, 21).

A terhesek azon csoportjában, akiknél a fenyegető vetélés és koraszülés klinikai jeleit észlelték, már a kontrakciók kezdete előtt csökkent a nemi vágy, a koitusz gyakorisága és általában a koitust kevésbé találták kielégítőnek. A legtöbb párnál partnerkapcsolati konfliktust, finansiális és egyéb problémákat exploráltak. *Az idő előtti méh-tevékenység és a szexuális aktivitás csökkenése tehát két olyan különböző tünet, amelyet pszichoszociális stresszállapot vált ki.* Az egészséges terhesek pszichoszociális vonatkozásban is alkalmazkodóképesebbek, mint azok, akiknek terhessége szövődményekkel kísért. Feltételezhető, hogy a jobb szociális adaptáció képessé teszi a terhest arra, hogy a terhesség alatt bekövetkező változásokhoz is könnyebben alkalmazkodjon. Ez a terhesség alatti szexuális magatartást is kedvezően befolyásolja (20).

A terhesség hatása a szexuális magatartásra

A szexuális magatartás terhesség alatt bekövetkező változására vonatkozó ismereteink *Masters és Johnson* (29) vizsgálatain alapulnak. A szerzőpár 11 terhessel és 79 férjjel készített interjút. A vizsgálatokat a terhesség 2., 6. és 8. hónapjában, valamint három hónappal a szülést követően végezték. Megállapításuk szerint a szexuális aktivitást elsősorban a paritás és a terhesség kora befolyásolja. Az először szülők szexuális magatartása a terhesség folyamán nagyobb ingadozást mutat, mint a multiparáké. A szexualitás a terhesség mindhárom trimeszterében változik.

A terhesség első harmadában a nemi készletés és a kielégülés jelentősen csökkent primiparáknál. Ez egyrészt a terhesség okozta testi változásokkal, másrészt pszichoszociális tényezőkkel volt összefüggésbe hozható. Multiparáknál a szexuális aktivitás a terhességet megelőző időszakhoz képest nem változott lényegesen. *Masters és Johnson* a terhesség második trimeszterében az esetek 80%-ában a szexuális aktivitás növekedését találták. Emelkedett a közösülések száma, az elért orgazmusok száma és intenzitása. A szexuális reakció intenzitásának emelkedése független volt az előző szülések számától és a nő korától. A szerzők a fenti minőségi változást a kedvező anatómiai-fiziológiai tényezőkkel és a korábbi félelmek neutralizálásával magyarázzák. A harmadik trimeszterben a szexuális vágy és aktivitás újra jelentősen csökkent. Ennek okaként a szerzők az egyre gyakoribbá váló orvosi vizsgálatokat, és az egyre fokozódó testi kimerülést említik.

A későbbi vizsgálatok *Masters és Johnson* megfigyeléseit nem igazolták. Elsősorban az orgazmuskészség 2. trimeszterbeli javulását nem sikerült bizonyítani. *Falicov* megfigyelése szerint csak mul-

típaráknál észlelhető a 2. trimeszterben a szexuális aktivitás relatív emelkedése (10).

Újabb megfigyeléssel gazdagította az irodalmat a *Solberg* (44) és *Wagner* (48) által közölt vizsgálat. Munkáikban a korábbinál sokkal több szempont alapján vizsgálták a szexualitás terheesség alatt bekövetkező változásait. Eredményeik bizonyították azt, hogy a terheesség folyamán a szexuális aktivitás egyenletesen és szignifikánsan csökken. A közölt adatok szerint a szexuális magatartás változását az életkor, a házasság tartama, az iskolai végzettség és egyéb hasonló tényezők nem befolyásolják lényegesen. A leírt viselkedésváltozással kizárólag a szexuális érdeklődés adott szintje volt korrelálható. A koituszpozíciókat elemezve utaltak arra, hogy míg a férfi-felül pozíció gyakorisága csökken, emelkedik a kollaterális és az atergo közösülési mód. A megfigyeléseket több vizsgálat is megerősítette (1, 3, 5, 6, 7, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 33, 35, 36, 37, 39, 43, 46).

Mi az oka annak, hogy a terheesség alatt a szexuális reakció megváltozik? Erre a kérdésre az irodalmi adatok áttekintése során nem kapunk egyértelmű választ. Az egyes szerzők más és más tényezőnek tulajdonítanak lényeges szerepet.

Masters és Johnson a 2. trimeszterben a szexualitás minőségi változását, mégpedig fokozódását figyelték meg. Az aktivitás fokozódását elsősorban a terheesség alatt bekövetkező fiziológiás változásokkal magyarázták (29). Ezzel ellentétben a legtöbb szerző csak a kísérleti személyek kis hányadánál figyelte meg a terheesség 1. vagy 2. harmadában a szexuális reakció és aktivitás emelkedését. Az aktivitás fokozódása inkább partnerkapcsolati tényezőkkel hozható összefüggésbe. A javulás magyarázataként a nők sokkal gyakrabban említik azt, hogy „közelebb kerültünk a férjemmel egymáshoz”. Szexuáléletlen okok, mint pl. „koituszszal elért jobb kielégülés” alig szerepel a nők válaszai között (33).

A bekövetkező változások megítélésekor figyelembe kell venni a terheességet megelőző szexuális aktivitást. Azok a nők, akiknek szexuális kapcsolata a terheességet megelőzően kielégítő volt és gyakrabban éltek házaseletet, inkább hajlamosak a terheesség alatt a szexuális aktivitás fokozására. Ebben a csoportban gyakoribb a nonkoitális aktivitás (kölsönös manuális vagy orogenitális stimulálás) is, és az absztinenciát inkább elutasítják, mint a szexuálisan kevésbé aktív nők (10, 26, 27, 28). *Perkins* a terheesség valamennyi szakában közvetlen összefüggést mutatott ki a gyakoriság és a kielégülés között. Arra a következtetésre jutott, hogy a terhesek egy csoportjában a kielégítő szexuális tapasztalat fokozott aktivitáshoz vezet. A kielégülést biztosító szexuális tapasztalat ugyanis önmagát erősíti, az esetleges ellentétes külső hatásokkal szemben is (39).

Az irodalmi adatok alapján ma már elfogadottnak tekinthető az a megállapítás, hogy a terhesek legnagyobb részénél a szexuális aktivitás a terheesség folyamán fokozatosan csökken. A csökkenés okaként *Masters és Johnson* a testi panaszokat, az egyre gyakoribbá váló orvosi vizsgálatokat,

illetve az orvosi tilalmat említik (29). A szomatikus panaszok jelentőségét a későbbi vizsgálatok is megerősítették (3, 35, 37, 44, 48), bár néhány szerző nem talált szignifikáns összefüggést a szexuális aktivitás csökkenése és a szomatikus panaszok (nagy has, fáradékonyság, fájdalom, émelygés) között (26, 28).

A szexuális magatartás terheesség alatti változása a partnerkapcsolat minőségével (25, 26, 28), a terheességgel és a szexualitással szembeni beállítódással is összefüggésbe hozható (26, 33, 37, 39). A terheesség idején a pszichés kiegyensúlyozottság és jó közérzet pozitíven korrelál a terheességgel szembeni pozitív beállítódással. Ez viszont szorosan összefügg a párkapcsolat stabilitásával és harmóniájával. A partnerkapcsolat minőségét azonban biztosan meghatározza a pár szexuális, erotikus kommunikációja is, amelynek hatása a terheesség idején is érvényesül (25, 26).

További tényező, amely a terheesség alatti nemi aktivitást befolyásolja, a félelem. A nők inkább a penis mechanikai hatása által okozott vetéléstől vagy koraszüléstől, a férfiak pedig a magzatot érő mechanikai sérüléstől félnek (4, 37). Gyakran explorálhatók mágiikus félelmek.

A szexuális aktivitás pszichodinamikai háttere

Pasini és Charbonnier (37) részletesen elemezte a szexuális aktivitás változását a személyiségjegyek függvényében. A pszichésen egészséges, kiegyensúlyozott nők szexuális élete a terheesség alatt alig változik, félelmeiket rendszerint jól feldolgozzák. Az észlelt változásokat általában reális tényezők, pl. a vetéléstől való félelem váltja ki. A terheesség 2. harmadában azonban a kiegyensúlyozott pszichés állapot feltételezése ellenére sem észlelhető a szexualitás minőségi javulása, de ezek a nők sokkal könnyebben találják meg a kielégülést eredményező egyéb, helyettesítő praktikákat.

A fóbiás tendenciájú nők szexuális örömrzését a magzat miatti irreális aggodalom jelentősen korlátozza. A gyakran már a terheesség elején jelentkező és az egész terheesség folyamán fennmaradó túlzott, indokolatlan félelem a szexuális aktivitást korán és lényegesen csökkenti.

A hisztériás nők mutatják a legellentmondásosabb reakciókat, ami valószínűleg kapcsolatba hozható a terheességnek és a magzatnak tulajdonított szimbolikát jelentéssel. Azok, akik számára a terheesség és a gyermek fokozott önmegvalósítást jelent, szexuálisan is „kivirulnak”. A szexuális vágy és a kielégülés növekedése főleg az első harmadban kifejezett. Másoknál a libidó hirtelen változása, csökkenése vagy emelkedése figyelhető meg.

A nárcisztikus nők a szexuális aktivitást korán beszüntetik. Ők inkább magukkal foglalkoznak, érdeklődésük középpontjában saját testük áll, ami a szomatikus panaszok erősödését és esztétikus félelmek sokaságát okozza. Ezek a nők ellenzik a szexuális kapcsolatot, hogy ne kelljen megmutatni hasukat a férjüknek. Néha kifejezett, de csak rövid ideig tartó vágy jelentkezik az önmotogatóra,

de csak azért, hogy megerősítsék önmagukat abban, hogy környezetük szereti őket.

Legnagyobb mértékben a kényszeres típusú nők csoportjában károsodik a szexuális aktivitás. Különösen a szexuális vágy és az együttlétek gyakorisága csökken, míg a kielégülés kevésbé változik. Magatartásukat főleg morális megfontolások befolyásolják. Elsősorban az a gondolat érvényesül, hogy a közösülés önmagában elítélendő, mert a tulajdonképpeni célja a szaporodás. A terhesség bekövetkezése után nincs szükség a szexuális kapcsolatra, emellett a magzatot is respektálni kell. A szexualitás és az anyaság szétválása ebben a csoportban a legkifejezettebb. Az anyaság öröme megsemmisíti a szexualitás örömet, amely feleslegessé és ezáltal bűnössé vált.

A szexualitás és a párkapcsolat

A terhesség alatt megváltozik a férj szexuális magatartása is (4, 29, 37). A terhesség első harmadában a „jó hírek örülve” gyakrabban keresik a szexuális kapcsolatot. A 2. trimeszertől kezdve azonban a szexuális vágy és gyakoriság fokozatosan csökken. Az esetek egy részében az aktivitás csökkenését a magzatmozgás, mint a magzat valós jelenlétének jele eredményezi (4).

Feltételezhető a rivalizáció szerepe is, hiszen a leendő gyermek a férfi függetlenségének korlátozását vagy elvesztését jelentheti (33).

A szexuális aktivitás terhesség alatt bekövetkező csökkenésének nincs szükségszerűen negatív hatása a párkapcsolatra. A férfiak terhességgel szembeni beállítódása általában pozitív. Másrészt a nők nagyobb része a terhesség alatt függőbbnek érzi magát, több figyelmességet, támogatást igényel. Ennek ismerete a férfi számára rendkívül fontos. A házastársak között gyengédséget nemcsak az erotikus kapcsolat közvetít, hanem a védettség, a biztonság érzése is. A szerelem és a szeretet kifejezőmódja más a férfinél és más a nőnél. Történelmi és kulturális hagyományai vannak annak, hogy a férfi egyenlőséget tesz a szexuális aktivitás és a gyengédség, a szeretet közé. Még egy meghitt partnerkapcsolat esetén is frusztrációt okozhat az, ha a nő a férfi szexuális közeledését visszautasítja vagy hidegen fogadja. A nő viszont úgy szocializálódik, hogy szeretetét nemcsak szexuális, hanem más fizikai úton, pl. öleléssel fejezi ki. Tehát a terhesség csökkent szexuális aktivitása és a gyengédségre, szeretetre, egyéb fizikai kontaktusra való fokozott vágyódása közötti ellentmondás nem alapvető. Ha azonban ez az ellentmondás nem tudatosul, és azt nem sikerül megfelelően feldolgozni, a keletkezett konfliktus tönkretetheti a párkapcsolatot (50). Az ismert tényezőkkel hozható összefüggésbe az, hogy a terhesség előrehaladtával a nők egyre kevésbé vágnak a nemi kapcsolat genitális formája után (44, 48), ugyanakkor gyakoribbá válnak a nonkoitális praktikák, de ezek is főleg a férfi szexuális örömeztetését szolgálják (33, 44, 47, 50).

Az orvos szerepe

Bár a népszerűsítő és a tudományos irodalom is egyre nagyobb érdeklődéssel foglalkozik a terhes-

ség alatti szexuális magatartás változásával, úgy tűnik, hogy nemcsak a terhesek, de a terhesekkel foglalkozó orvosok sem rendelkeznek megfelelő mennyiségű és minőségű ismeretanyaggal. A szülészeti és nőgyógyászati tankönyvek eléggé felületesen és elhamarkodottan intézik el a kérdést. A koitusztilalom kérdésében nincs egységes álláspont, a terhesgondozást végző orvosok gyakran írnak elő indokolatlan absztinenciát. Feltételezhető, hogy az orvosok magatartása nem is annyira a fertőzés vagy a koraszülés csökkentésének szándékából fakad, hanem az inkább a társadalom szexualitással szembeni álláspontjának kifejeződése (3, 37).

Általános az a tapasztalat, hogy csupán a betegek kis hányada beszél meg szexuális problémáját az orvossal, a nőgyógyász szükségtelen korlátozásokat ír elő, és az esetek nagy részében nem indokolja meg, miért kell a szexuális kapcsolatot korlátozni (37). Gyakran a terhesgondozóban uralkodó légkör szab gátat az intim kérdések megbeszélésének (46). Ugyanakkor igazoltnak tekinthető az a tény, hogy főleg a terhesség 1. és 3. harmadában a kapott felvilágosítás meghatározhatja a terhesség alatti szexualitást. Míg az elégtelenül felvilágosított nők csoportjában a szexuális kapcsolat minősége egyértelműen romlik, a jól felvilágosítottaknál javul. *Pasini és Charbonnier* szerint a szexuális felvilágosítás a terhesség alatti szexuális magatartás legfontosabb meghatározói közé tartozik (37).

Az orvosok szexológiai ismereteit felmérve *Pacharzina* megállapította, hogy minden harmadik orvos 5–8. hét, minden hetedik pedig 9–35. hét közötti megtartóztatást ír elő. Hét közül csak egynek ismert az, hogy a *terhesség alatti nemi kapcsolatot illetően nincs általános érvényű elvi kontraindikáció* (34). Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a szükségtelen és meg nem indokolt tilalmak, a terhesség alatti szexualitással kapcsolatos meg gondolatlan megnyilvánulások a partnereket érzelmi- leg bizonytalanná teszik, maradandó szexuális zavar alapját képezhetik. Az érzelmi bizonytalanság, ambivalencia egymással és a várt gyermekkel szemben is agressziót ébreszthet (2, 33, 34, 45). A terhesség és a szexualitás kapcsolata individuális jellegű. Ennek megfelelően a *koitusztilalmat az egyéni körülmények megfelelő figyelembevételével kell mérlegelni* (33, 44, 48).

A leírtak alapján talán nem tűnik elfogadhatatlannak az a következtetés, hogy *ideális megoldás az lenne, ha a férj is bekapcsolódna a tanácsadásba*.

A férfi és a nő viszonylag ritkán beszél a szexuális kapcsolatról, az ezzel kapcsolatos aggodalmairól. Fontos lenne az, hogy a férfi megismerkedjen a terhesség élettani és lélektani reakcióival, hogy a pár lehetőséget kapjon arra, hogy vágyaikról, félelmeikről és kimondatlan fantáziáikról beszélhessenek. Így csökkenthető lenne a szexuális területen uralkodó bizonytalanság és a terhesség folyamán is könnyebben találnának mindkettőjük számára elfogadható, örömet szerző kapcsolati formát.

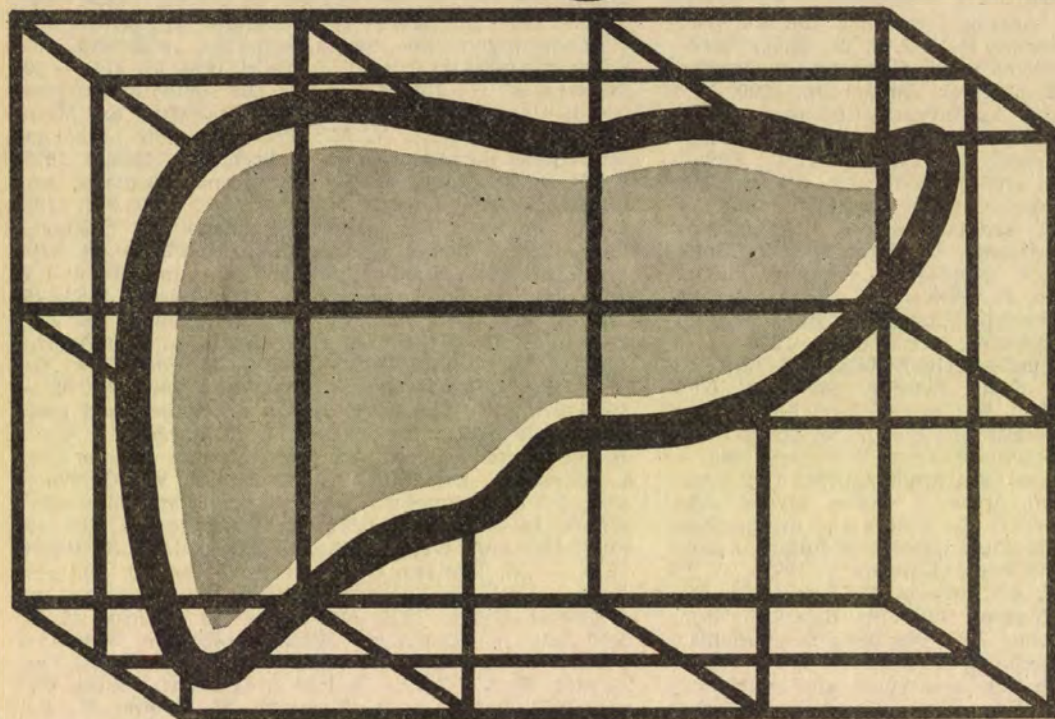
IRODALOM: 1. *Bártová, D. és mtsai*: Sex life during pregnancy. *Cesk. Gynecol.* 1969, 34, 560. — 2. *Brown, W. A.*: Psychological care during pregnancy and the postpartum period. Raven Press, New York, 1979. — 3. *Butler, J. C., Reisner, D. P., Wagner, N. N.*: Sexuality during pregnancy and postpartum. In: Green, R. (Ed.) *Human Sexuality*, Williams and Wilkins, Baltimore, London, 1980. — 4. *Charbonnier, G.*: Sexuality of the male during pregnancy. In: Forleo, H., Pasini, W. (Eds.): *Medical Sexology*. 3d International Congress of Medical Sexology, Rome, 1978, Elsevier, Amsterdam, 1980. — 5. *Christensen, E.*: Sexual activity and attitude during pregnancy and the postpartum period. In: Forleo, R., Pasini, W. (Eds.): *Medical Sexology*. 3d International Congress of Medical Sexology, Rome, 1978, Elsevier, Amsterdam 1980. — 6. *Codispoti, O. és mtsai*: An investigation into the sociopsychological and gynecological factors of women's sexuality during pregnancy. In: Carenza, L. L., Zichella, L. (Eds.): *Emotion and Reproduction*. 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Rome, 1977. Academic Press, London, New York, 1979. — 7. *DeAloysio, D., Codispoti, O., Bottigliani, F.*: Gynecologic aspects of sexuality during pregnancy. In: Forleo, R., Pasini, W. (Eds.): *Medical Sexology*. 3d International Congress of Medical Sexology, Rome, 1978. Elsevier, Amsterdam 1980. — 8. *Eicher, W.*: Die sexuelle Erlebnissfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau. Fischer, Stuttgart, New York, 1977. — 9. *Eicher, W.*: Sexualität während und nach der Schwangerschaft. In: Eicher, W. (Hrsg.): *Sexualmedizin in der Praxis*. Fischer, Stuttgart, 1980. — 10. *Falicov, C. J.*: Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1973, 117, 991. — 11. *Flowers, C. E.*: Coitus and miscarriage. In: Lief, H. I. (Ed.): *Medical aspects of human sexuality*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1975. — 12. *Ford, C. S., Beach, F. A.*: Formen der Sexualität. Das Sexualverhalten bei Mensch und Tier. Rowohlt, Hamburg, 1968. Idézi: *Eicher, W.*: Die sexuelle Erlebnissfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau. — 13. *Fuchs, F.*: Orgasm during pregnancy and premature labour. In: Lief, H. I. (Ed.): *Medical aspects of human sexuality*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1975. — 14. *Goodlin, R. C.*: Orgasm and premature labour. *Lancet*. 1969, 2, 646. — 15. *Goodlin, R. C.*: Sexual activity during pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 1969, 280, 379. — 16. *Goodlin, R. C.*: Coitus during pregnancy. In: Lief, H. I. (Ed.): *Medical aspects of human sexuality*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1975. — 17. *Goodlin, R. C., Keller, D. W., Raffin, M.*: Orgasm during late pregnancy. *Obstet. Gynec.* 1971, 38, 916. — 18. *Goodlin, R. C., Schmidt, W., Creevy, O. C.*: Uterine tension and fetal heart rate during maternal orgasm. *Obstet. Gynec.* 1972, 39, 125. — 19. *Herms, V.*: Sexualverhalten während und nach der Schwangerschaft. In: Eicher, W., Herms, V. (Hrsg.): *Praktische Sexualmedizin*. Medical Tribune Wiesbaden, 1979. — 20. *Herms, V., Gabelmann, J.*: Psychosomatische Aspekte vorzeitiger Wehen. *Z. Geburtsh. u. Perinat.* 1982, 186, 50. — 21. *Herms, V. és mtsai*: Sexual behavior during pregnancy. In: Forleo, H., Pasini, W. (Eds.): *Medical Sexology*. 3d International Congress of Sexology, Rome, 1978. Elsevier, Amsterdam, 1980. — 22. *Holtzman, L. C.*: Sexual practices during pregnancy. *J. Nurse-Midwifery* 1976, 21, 29. — 23. *Javert, C. T.*: Role of the

patient's activities in the occurrence of the spontaneous abortion. *Fertil. Steril.* 1960, 11, 550. — 24. *Kenny, J. A.*: Sexuality of pregnant and breastfeeding women. *Arch. Sex. Behav.* 1973, 2, 215. — 25. *Lukesch, H.*: Sexualverhalten während der Schwangerschaft. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 1976, 36, 1081. — 26. *Lukesch, H., Lukesch, M.*: Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich, 1976. — 27. *Maspfuhl, B.*: Einflussfaktoren auf Persönlichkeitsmerkmale und Einstellung zu Sexualität, Schwangerschaft und Geburt bei Frauen im fertilen Alter. *Zbl. Gynäk.* 1980, 102, 326. — 28. *Maspfuhl, B., Fischer, Ch.*: Veränderungen im Sexualverhalten während der Schwangerschaft. *Z. ärztl. Fortbild.* 1979, 73, 514. — 29. *Masters, W. H., Johnson, V. E.*: Die sexuelle Reaktion. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main, 1967. — 30. *Morris, N. M.*: The frequency of sexual intercourse during pregnancy. *Arch. Sex. Behav.* 1975, 4, 501. — 31. *Naeye, R. L.*: Coitus and associated amnioticfluid infections. *N. Engl. J. Med.* 1979, 301, 1198. — 32. *Naeye, R. L.*: Coitus and antepartum haemorrhage. *Brit. J. Obstet. Gynaec.* 1981, 88, 765. — 33. *Nijs, P., VanDorpe, H.*: Partnerverhältnis und Sexualität während der Schwangerschaft. *Gynäkologe*. 1982, 15, 228. — 34. *Pacharzina, K.*: Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse einer Studie an 100 Ärzten. I-II-III. *Sexualmed.* 1975, 4, 485. — 35. *Pasini, W.*: Sexualität der Schwangeren. *Sexualmed.* 1973, 2, 250. — 36. *Pasini, W.*: Sexuality during pregnancy and postpartum frigidity. In: Money, J., Musaph, H. (Eds.) *Handbook of sexology*. Excerpta Medica, Amsterdam-London-New York, 1977. — 37. *Pasini, W., Charbonnier, G.*: Das sexuelle Leben während der Schwangerschaft. In: Pasini, W. (Hrsg.): *Psychosomatik in Sexualität und Gynäkologie*. Hippokrates, Stuttgart, 1980. — 38. *Perkins, R. P.*: Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 1979, 134, 498. — 39. *Perkins, R. P.*: Sexuality in pregnancy: What determines behavior? *Obstet. Gynec.* 1982, 59, 189. — 40. *Pugh, W. E., Fernandez, F. L.*: Coitus in late pregnancy. *Obstet. Gynec.* 1953, 2, 636. — 41. *Pystynen, P., Nummi, S.*: Beziehung des Koitus zu Beginn der Uteruswehen und der Geburt gegen Ende der Schwangerschaft. *Zbl. Gynäk.* 1974, 96, 430. — 42. *Rayburn, W. F., Wilson, E. A.*: Coital activity and premature delivery. *Am. J. Obstet. Gynec.* 1980, 137, 972. — 43. *Robson, K. M., Brant, H. A., Kumar, R.*: Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Brit. J. Obstet. Gynaec.* 1981, 88, 317. — 44. *Solberg, D. A., Buttler, J., Wagner, N. N.*: Sexual behavior in pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 1973, 288, 1098. — 45. *Steege, J. F., Jelovsek, F. R.*: Sexual behavior during pregnancy. *Obstet. Gynec.* 1982, 60, 163. — 46. *Szeverényi P.*: Terhesség és a szexualitás. Diplomamunka. Budapest, 1983. — 47. *Tolor, A., DiGrazia, P. V.*: Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Arch. Sex. Behav.* 1976, 5, 539. — 48. *Waagner, N. N.*: Intimleben in der Schwangerschaft. *Sexualmed.* 1975, 4, 797. — 49. *Waagner, N. N., Butler, J., Sanders, J. P.*: Prematurity and orgasmic coitus during pregnancy. *Fertil. Steril.* 1976, 27, 911. — 50. *Weagsteen, L. A., Waagner, N. N.*: Psychological aspects of sexuality during pregnancy. *Fertil. Contracep.* 1977, 1, 51.

(Szeverényi Péter dr., Debrecen, Pf. 37., 4012.)

Catergen[®] TABLETTA

mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energiatermelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérumbilirubin és szérum-transzamináz értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immunhaemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS ✖

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

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRITÉSI DIJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

KISFALVI ISTVÁN DR.
ÉS KENDERESSY ISTVÁN DR.

Áletetés teszt a proximális selectiv vagotomia eredményességének az ellenőrzésében

MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Budapest, V. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Kisfalvi István dr.) és
I. Sebészeti Osztály (főorvos: Horváth Lajos dr.)

A szerzők 30 nyombélfekélyes betegen hasonlították össze az áletetéssel nyert savválaszokat proximális selectiv vagotomia műtét előtt közvetlenül és utána 3 hónapra a Hollander teszt által előidézett savsecretióval. Az áletetés a Hollander teszttel azonos 60 perces savürítést eredményezett proximális selectiv vagotomia előtt és után. Szignifikáns pozitív korrelációt találtak az áletetés és Hollander teszt között a savválaszokban proximális vagotomia előtt és után. A kétféle vizsgálat között nem volt szignifikáns különbség a proximális selectiv vagotomia komplettségének a kiértékelésében. Ezek alapján az áletetés tesztet alkalmasnak tartják a proximális selectiv vagotomia eredményességének a kiértékelésére és a potenciálisan veszélyes Hollander teszt helyettesítésére.

Sham feeding as a test for completeness of proximal selective vagotomy. The gastric acid response induced by modified sham feeding technique was compared with that of the Hollander test before and 3 months after the surgery of proximal selective vagotomy in 30 patients with duodenal ulcer. Sham feeding resulted in about the same 60 min acid output as the Hollander test before and after proximal selective vagotomy. Significant positive correlation was found in acid responses caused by sham feeding and by the Hollander test before and after proximal selective vagotomy. There was no significant difference between the two types of examinations in evaluating completeness of proximal selective vagotomy. It was concluded that sham feeding was a satisfactory test for examining completeness of proximal selective vagotomy and it could replace the use of the Hollander test potentially dangerous.

Hollander (9) 1946-ban az insulinnal kiváltott hypoglycaemiát, amely a vagus magok ingerlésével idézi elő a vagalis stimulálást, a vagotomia teljességének az ellenőrzésére ajánlotta. A Hollander teszt azonban a hypoglycaemia miatt potenciálisan veszélyes, ezért nyombélfekélyes betegeinkben azt vizsgáltuk, hogy a veszélytelen áletetés teszt (sham feeding), amely a gyomorsav-secretio kefalikus fázisát beindítva tisztán vagus ingerlés útján fejti ki stimuláló hatását, felhasználható-e a proximális selectiv vagotomia (PSV) eredményességének az ellenőrzésére és képes-e helyettesíteni a Hollander tesztet.

Betegek és módszer

Vizsgálatainkat 30 nyombélfekélyes betegen végeztük, akik PSV műtéten estek át. Átlagos életkoruk 37,4 év, átlagos testsúlyuk 66,2 kg volt.

Rövidítések: PSV=proximalis selectiv vagotomia; BAO=basal acid output=basalis savsecretio

PSV előtt közvetlenül és PSV után 3 hónappal a következő vizsgálatokat értékeltük:

- 1) 1 órás basalis savsecretio (BAO), amelyet minden teszt előtt elvégeztünk.
- 2) Áletetés teszt, amelyet 30 perces „rágás és kiköpés” („chew and spit”) technikával (21) végeztünk.
- 3) Hollander teszt: 0,15 E/kg kristályos insulin iv. bolusban, majd 8x15 perces frakcióban savsecretio gyűjtés.
- 4) Pentagastrin-infúziós teszt: 1,5 µg/kg/óra dosisban (Peptavlon, I. C. I., Anglia), 4x15 perces frakcióban savsecretio gyűjtés.

Az áletetés vizsgálatot a következőképpen végeztük:

A gyomornedvet nasogastrikus szondán át állandó, de időnként megszakított, 50 Hgmm-es szívó háttal, elektromotorral gyűjtöttük össze 2 órán át. 4x15 perces basalis savsecretio összegyűjtése után az ún. „módosított” áletetés tesztet alkalmaztuk 30 perces „rágás és kiköpés” technika szerint (21), eközben és utána még 30 percig az így stimulált gyomornedvet összesen 4x15 perces mintába gyűjtöttük össze. A következő teszt-ételt adtuk: 200 g sertéssült, 250 g burgonya franciásan sütvé, megszóva, borssal fűszerezve és 250 ml víz a száj kiöblítésére. A betegek az ételt láthatóan megszagolhatták, megízlelték, 30 percen át alaposan megrágták, de nem nyelheték le, hanem azt a szájukból kiürítették. A betegek vizsgálatát legalább 3 napos gyógyszermentes időszak után végeztük

1. táblázat. **PSV-re létrejött savsecretio csökkenés 30 nyombélfekélyes betegen**

Vizsgálat	60 perces savürítés: átlag ±SEM mmol/óra PVS		%os csökkenés PVS-re
	előtt	után	
Basalis savsecretio	10,16±0,66	1,98±0,36	80,51
Áletetés teszt	18,35±1,11	2,03±0,32	88,93
Hollander teszt	19,00±1,10	2,22±0,38	88,31
Pentagastrin teszt	42,18±2,15	16,59±1,25	60,66

el és az egyes vizsgálatok között is legalább 3 napos szüneteket tartottunk. A 15 perces gyomornedv mintákat megszürtük, majd pH-mérővel pH 7,0-ig titráljuk, a 60 perces savürítés értékeit mmol/óra értékekben adtuk meg. Fontos, hogy a betegeket az áletetés teszt előtt alaposan kioktassuk arra, hogy rágás közben ne nyeljenek le ételt és a falatok után a szájukat alaposan öblítsék ki. Ezekre a vizsgálatok közben is ismételtel figyelmeztetjük a betegeket. Az előzőleg jól kioktatott és jól kooperáló betegek gyomortartalma csak nyomokban tartalmaz ételrészecskéket.

2. táblázat. **Áletetésre és insulinos hypoglycaemiára kapott 60 perces savsecretiók közötti korreláció PSV előtt, valamint PSV után 30 nyombélfekélyes betegen**

	PVS	
	előtt	után
Korrelációs együttható	r = 0,68	r = 0,77
Korrelációs együttható szignifikanciája	p < 0,001	p < 0,001
Regressziós egyenes egyenlete	Y = 5,05 + 0,759x	Y = 0,29 + 0,951x

Hollander teszt esetében csak akkor értékelhető az eredmény, ha a postinsulinos időszakban a vércukorértékek 2,2 mmol/l alatt vannak. Vizsgálatainkban minden esetben ezen érték alatti, sőt sokkal alacsonyabb értékeket is kaptunk. Hollander tesztnél összehasonlítás céljából az első órai postinsulinos savürítést használtuk.

A pentagastrin-infúziót azért alkalmaztuk 1,5 µg/kg/óra dosisban, mert emellett mellékhatás nem fordult elő és régebbi vizsgálataink (13) szerint nyombélfekélyekben e dosis maximális savválaszt eredményezett. Összehasonlításra itt is a 60 perces savürítést használtuk.

A Hollander teszt és az áletetés teszt kiértékelésénél két kritériumot, *Hollander* (10), valamint *Gillespie és mtsai* (7) kritériumát alkalmaztuk.

3. táblázat. **PSV komplettségének a kiértékelése áletetés és Hollander teszttel 30 nyombélfekélyes betegen**

Vizsgálat	PSV	
	komplett	inkomplett
Áletetés teszt	22	8
Hollander teszt	21	9

$\chi^2 = 0,08$
p < 0,05

Hollander kritérium: pozitív a válasz, ha a postinsulinos 8x15 perces időszakban, vagy az áletetés 4x15 perces frakcióiban a savkoncentráció-növekedés bármelyik frakcióban legalább 20 mmol/l értékkel nagyobb, mint a megfelelő 4x15 perces basalis frakció legmagasabb savkoncentrációjának az értéke.

Gillespie és mtsai kritériuma: pozitív a válasz, ha az insulin adása utáni 2 órában, illetve az áletetés alatti 1 órában bármelyik 15 perces frakció savürítése 3-szor nagyobb, mint az odatarozó átlagos 15 perces BAO értéke (4x15 perces basalis savsecretio gyűjtéséből számolva).

Gillespie és mtsai kritériumát a *Hollander*-féle kritériumok mellett még azért használtuk, mert ez már a savürítés mértékét (térfogat és savkoncentráció szorzata) alkalmazza.

Ha a *Hollander* vagy *Gillespie és mtsai* kritériuma közül bármelyik pozitív volt, a PSV-t inkomplettnek tekintettük.

Az áletetés értékelésénél még figyelembe vettük *Feldman és mtsai* (5) következő formuláját is:

SAO/PAO > 0,10 = inkomplett vagotomia
SAO/PAO < 0,10 = komplett vagotómia utal
SAO = áletetés által indukált 60 perces savürítés (30 perces áletetés alatt és után még 30 percig gyűjtve)
PAO = maximális pentagastrin stimulálásra kapott két egymás utáni legmagasabb 15 perces savürítés × 2.

A *Feldman és mtsai* által javasolt formula alapján kapott válaszok minden esetben összhangban voltak anyagunkban a *Hollander*, valamint *Gillespie és mtsai* kritériuma alapján történt kiértékelés eredményével PSV után áletetés esetében.

Eredmények

Az 1. táblázat mutatja a vizsgált 30 nyombélfekélyes betegen a PSV hatására bekövetkezett savsecretio csökkenést a basalis savsecretio, áletetés, Hollander teszt és pentagastrin teszt esetében. Az áletetés a Hollander teszt PSV előtt és után egymáshoz viszonyítva hasonló nagyságú savsecretio választ eredményezett (1. táblázat).

A 30 nyombélfekélyes betegen szignifikáns pozitív korrelációt kaptunk az áletetés és az insulinos hypoglycaemia által előidézt első órai savválaszok között PSV előtt, valamint PSV után (2. táblázat).

Az áletetés és Hollander teszt között nem volt szignifikáns eltérés (a nullhipotézis nem volt elvethető) a PSV komplettségének a kiértékelésében (3. táblázat).

Hollander teszt esetében 1 esetben észleltünk „késői pozitív” választ, ebben az esetben az áletetés teszt is pozitív volt.

Megbeszélés

A gyomor-resectio és a vagotomia nem adekvát terápia a nyombélfekélynek, mégis az alkalmazható műtétek közül több hazai szerző (6, 11) véleménye szerint is, ha az indikációja fennáll, a PSV látszik jelenleg a legkedvezőbbnek, mert legkisebb a mortalitása, szervmegtartó műtét, pylorus plastikát nem igényel, mivel épen hagyja az antrum és a pylorus funkcióját. Hátránya azonban az, hogy csak a nem komplikált fekélyek esetében végezhető, így pl. kifejezett pylorus-bulbus hegesezésnél önmagában nem elegendő, ezenkívül PSV után a resectiohoz képest a fekély-recidiva gyakrabban fordul elő, átlagban 10% körül van (8), viszont a recidív fekélyek jól kezelhetők gyógyszerekkel. A PSV utáni fekély-recidivák elsősorban a műtét után elvégzett

Hollander teszt pozitívítása, azaz inkomplett vagotomiák esetében várhatók. A Hollander teszt által létrehozott hypoglycaemia azonban potenciálisan veszélyes, súlyos hypoglycaemiás reakciókat, szívritmuszavarokat (3, 4, 17), sőt haláleseteket is közöltek (2, 14, 17, 19, 20). Ezért a Hollander tesztet nem mindenkinél lehet rutinszerűen elvégezni, hanem a betegeket szelektálni kell. Így többszörösen is felmerül az igény, hogy egy olyan funkcionális vizsgálatra van szükség, amely veszélytelen és mégis egyenértékű a Hollander teszttel és azt képes helyettesíteni. Több szerző (5, 12, 15, 16, 18, 23) felveti azt a lehetőséget, hogy az áletetés látszó erre alkalmasnak. Az áletetés ugyanis veszélytelen, és a gyomorsav-secreció kefalikus fázisát beindítva valószínűleg a legfiziológiásabb vagus ingert képviseli a gyomorsav kiválasztására (22), míg az insulinos hypoglycaemia hatásában a vagus magok ingerlésével kiváltott stimulálás mellett még extravagalikus tényezők, pl. adrenalin felszabadulás is szerepet játszik (1).

Ezek alapján hasonlítottuk össze nyombélfekélyes betegeinkben az áletetés és a Hollander teszt eredményeit PSV műtét előtt és után. A matematikai statisztikai értékelés szempontjából szükség volt arra, hogy komplett vagotomia esetek mellett megfelelő számú inkomplett vagotomia műtét esetén is értékeljük a módszerek felhasználhatóságát, ezért használtuk fel az első 15 operált PSV esetünket is, ahol még inkomplett vagotomia is volt. Azóta anyagunkban inkomplett vagotomia csak elvétve fordult elő. Vizsgálatainkban az áletetés jól korrelált a Hollander teszt eredményeivel, ezért az áletetés tesztet alkalmasnak tartjuk a PSV eredményeinek a kiértékelésére, sőt véleményünk szerint az a potenciálisan veszélyes és ezért rutinszerűen nem végezhető Hollander teszt helyett is megbízhatóan alkalmazható a PSV komplettségének a kiértékelésében.

IRODALOM: 1. Brandsborg, O., Brandsborg, M., Christensen, N. J.: Plasma adrenaline and serum gastrin: studies in insulin-induced hypoglycemia and after adrenaline infusions. *Gastroenterology*, 1975, 68, 455. — 2. Decker, G. A. G., Myburgh, J. A.: A fatality during the Hollander insulin test. *S. Afr. Med. J.* 1969, 43, 869. — 3. De Vries, B. C. és mtsai: The insulin

infusion test: a safe procedure? *Brit. J. Surg.* 1978, 65, 121. — 4. Feifel, G. és mtsai: Die Problematik des Insulin-Tests als postoperative Vagotomiekontrolle. *Münch. med. Wschr.* 1974, 116, 995. — 5. Feldman, M., Richardson, C. T., Fordtran, J. S.: Experience with sham feeding as a test for vagotomy. *Gastroenterology*, 1980, 79, 792. — 6. Gergely M., Assefa Abebe J., Csonka Cs.: Szemléletváltozás szükségessége a fekélybetegség sebészi kezelésében (kezdeti tapasztalataink szuperszelektív vagotómiával). *Orv. Hetil.* 1982, 123, 1715. — 7. Gillespie, G. és mtsai: Analysis of basal acid secretion and its relation to the insulin response in normal and duodenal ulcer subjects. New criterion for the insulin test. *Gastroenterology*, 1972, 62, 903. — 8. Harmon, J. W., Jordan, J. R. P. H.: Verdict on vagotomy. *Gastroenterology*, 1981, 81, 801. — 9. Hollander, F.: The insulin test for the presence of intact nerve vagotomy. *Gastroenterology*, 1946, 7, 607. — 10. Hollander, F.: Laboratory procedures in the study of vagotomy (with particular reference to the insulin test). *Gastroenterology*, 1948, 11, 419. — 11. Ihász M.: A peptikus fekélyek sebészi kezelésének modern szemlélete fiziologiai alapjai. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 767. — 12. Isenberg, J. I.: „Vagal tone” in duodenal ulcer and sham feeding as a test for completeness of vagotomy: another point of view. *Gastroenterology*, 1980, 79, 952. — 13. Kisfalvi, I.: Pentagastrin-infúzióval végzett vizsgálatok fekélybetegekben. *Magyar. Belorv. Arch.* 1976, 29, 16. — 14. Kronborg, O.: Methods and results of repeated insulin tests in patients with duodenal ulcer. *Scand. J. Gastroent.* 1970, 5, 577. — 15. Kronborg, O., Andersen, D.: Acid response to sham feeding as a test for completeness of vagotomy. *Scand. J. Gastroent.* 1980, 15, 119. — 16. Kronborg, O.: Completeness of vagotomy; anatomy, pathophysiology and clinical consequences. *Scand. J. Gastroent.* 1981, 16, 577. — 17. Read, R. C., Doherty, J. F.: Cardiovascular effects of induced insulin hypoglycemia in man during the Hollander test. *Am. J. Surg.* 1970, 119, 155. — 18. Richardson, C. T., Feldman, M.: Sham feeding: a safe test for vagotomy. *Gastroenterology*, 1978, 74, 1084. — 19. Stempien, S. J.: Critique of tests of maximal gastric acid secretion including insulin. *Gastroenterology*, 1970, 58, 597. — 20. Stempien, S. J.: A note on the hazards of „maximal” insulin tests. *Gastroenterology*, 1971, 60, 345. — 21. Stenquist, B., Knutson, V., Olbe, L.: Gastric acid response to adequate and modified sham feeding and to insulin hypoglycemia in duodenal ulcer patients. *Scand. J. Gastroent.* 1978, 13, 357. — 22. Stenquist, B. és mtsai: Plasma gastrin concentrations following sham feeding in duodenal ulcer patients. *Scand. J. Gastroent.* 1979, 14, 305. — 23. Stenquist, B., Olbe, L.: Acid response to sham feeding. *Scand. J. Gastroent.* 1980, 15, Suppl. 63, 105.

(Kisfalvi István dr., Budapest, Szántó Béla u. 9/b, 1145.)

SEPTO—DOL



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

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

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

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

GYÁRTJA ÉS FORGALOMBA HOZZA: ORSZÁGOS ERC- ÉS ÁSVÁNYBÁNYÁK

Dunántúli Művei, 2085, Pilisvörösvár, Fő u. 130. Telefon: 336-947, 26 30-017. Tx: 22-5206.



1251

Bemutatjuk Önöknek a

ROLITRON

kardiológiai intenzív

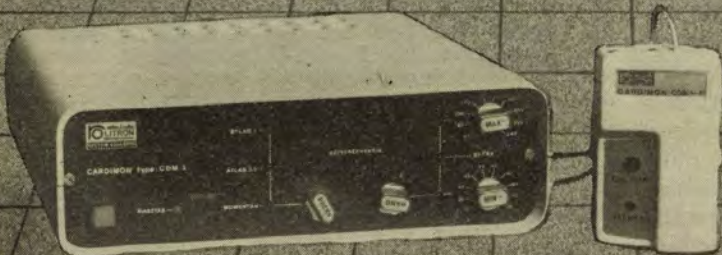
őrzőrendszerének

ágymelletti monitorát.

CARDIMON CDM-1

Alkalmazható:

- intenzív, illetve poszt-intenzív kardiológiai őrzőmonitorként önállóan, illetve ROLITRON őrzőrendszerbe kapcsolva,
- terheléses EKG vizsgálatra, valamint infarktus utáni korai mobilizációnál betegőrzésre.

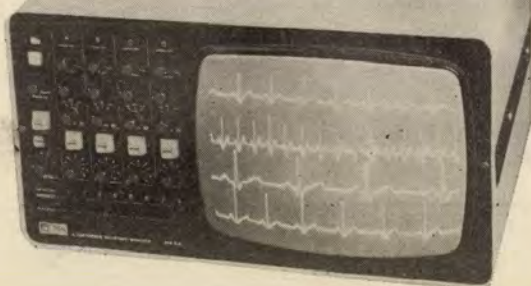


Nagy megbízhatóságú „R” hullám felismerés
Alsó-, felső szívfrekvencia limit állítás
Pillanatnyi vagy átlag szívfrekvencia digitális kijelzése
Mágnesszalagos EKG jeltárolási rendszer
Bármilyen őrzőrendszerbe bekapcsolható

Társaságunk kardiológiai és számítástechnikai termékeiről szakembereink készséggel adnak felvilágosítást a Tavaszi BNV-n 1984. május 23–31-ig (A Pavilon 301/C stand) és az OMKER Nemzetközi Műszerkiállításon 1984. május 29–31-ig (SOTE Elméleti Tömbjében, Nagyvárad tér).

Kísérje figyelemmel hirdetéseinket a Kórház és Orvostechika című folyóiratban.

Az Orvosi Hetilap június 17-i számában bemutatjuk
a MEMOCARE 8 ÁGYAS KARDIOLÓGIAI
ŐRZŐKÖZPONTUNKAT



ROLITRON

Társaság,

1036 Budapest,
Lajos u. 106.

Kupon: Telefon: 685-719.

Bővebb információt szeretnék kapni a

- CARDIMON készülékről
- a ROLITRON Társaság kardiológiai koncepciójáról

Név:

Munkahely:

Cím:

BATA GÉZA DR.,
HOLLÓS IVÁN DR.,
TÓTH ÁGNES DR.,
HIEGL KLÁRA DR.
ÉS TARJÁN LÁSZLÓ DR.

Egy család három csecsemőjének hepatitis megbetegedése maternális fertőzésből

(*A maternális hepatitis fertőzés lehetősége és jelentősége*)

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kaposvár
Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest

Az egészséges anyja mindhárom csecsemője 3,5–4 hónapos korban akut, icterussal járó hepatitissel betegedett meg. Mindhárom csecsemő hepatitise enyhe volt, rövid idő alatt lezajlott és gyógyult. A 3,5–4 hónapos inkubációs idő, az egyformán enyhe lefolyás és gyógyulás, a 100%-os incidencia és az anyja tünetmentes HBsAg hordozása alapján a szerzők perinatális hepatitis fertőzést tételeztek fel. A hepatitis „A” és „B” kizárásával non-A, non-B maternális fertőzést diagnosztizáltak a részletes szerológiai vizsgálat alapján. A perinatális hepatitis fertőzést és megelőzésének lehetőségeit tárgyalják.

Perinatally transmitted acute icteric hepatitis in all the three infants of a family. All the three infants of a healthy mother acquired acute icteric hepatitis when they were 3.5–4 months old. The clinical pictures of the three infants' hepatitis were mild, of short duration, and they recovered completely. On the basis of the 3.5–4 months incubation time, of the same clinical picture, of the 100% incidence of the infants' morbidity and of the mother's HBsAg carrier state, the authors supposed perinatally transmitted hepatitis infection. The exclusion of hepatitis „A” and „B” permitted the diagnosis of maternally transmitted hepatitis non-A, non-B through detailed serological investigations. The perinatally transmitted hepatitis infection and its possible prevention is discussed.

A vírus H. a csecsemőkorban súlyos és nagy letalitással járó betegség. Az Országos Közegészségügyi Intézet évenként kiadott jelentéseiből kiszámítva, az elmúlt 12 évben (1970–81) az első 10 életévben 15,425-en betegedtek meg akut H-ben,

melynek letalitása 0,479% volt. Ebből a csecsemők részvétele 3% volt, 486 megbetegedéssel és 11,7% letalitással. A meghalt 57 csecsemő az első tíz életévben meghaltak 77%-át tette ki. A bejelentési adatokból nem állapítható meg, hogy a három vírus H. milyen arányban vett részt a csecsemők morbiditásának és letalitásának kialakításában.

A fiatal csecsemőkorban a fertőzési lehetőségeket és az immunitási viszonyokat a következőképpen foglalhatjuk össze:

H—A fertőzésen a felnőtt lakosság — és ezen belül a reprodukció korában levő nők — jelentős része már átesett és ellenanyaggal rendelkezik. A terhesség során az IgG típusú ellenanyagok átjutnak a magzatba. *Franzen és Frösner* (1) adatai szerint az ellenanyagok a csecsemők vérében 4–14 hónapig mutathatók ki, és átlagosan 7–8 hónapig védelmet biztosítanak a H—A fertőzéssel szemben.

A H—B vírus fertőzés okozta betegség súlyos lefolyása és kedvezőtlen prognózisa a csecsemőkorban régebben a sorozatban adott kevert plazma okozta fertőzésekből jól ismert. Letalitása elérheti a 60–90%-ot is. Ennek a fertőzésnek a veszélye a

Rövidítések:

- SGOT: szérum glutaminsav-oxalecetsav transaminase
- SGPT: szérum glutaminsav-piroszólósav transaminase
- ALT: alanin aminosztransferase
- Sebi: szérum összbilirubin
- Sebi di: szérum direkt bilirubin
- Anti-HAAg: hepatitis-A ellenanyag
- HBsAg: hepatitis-B felületi antigen
- HBeAg: hepatitis Be antigen
- Anti-HBsAg: hepatitis-B ellenanyag
- non-A, non-B Ag: hepatitis non-A, non-B antigen és Ab.: és ellenanyag
- H: hepatitis
- HSV: herpes simplex vírus
- CMV: citomegalia vírus
- EBV: El-Barr vírus

1. táblázat. H. Á. 3,5 hó csecsemő laboratóriumi vizsgálati megbetegedések és utána

Dátum	SGOT IE	SGPT IE	Sebi umol/l	Sebi.di. umol/l	Thymol E	Gamma glob. g/l
XI. 21.	1480	1070	79	66	3,4	—
XI. 28.	210	220	102	73	11,0	16,0
XII. 9.	68	40	24	15	7,9	11,0
II. 5.	27	12	17	neg.	3,0	5,0

vérkészítmények érzékeny módszerrel történő szűrésének bevezetése óta minimálisra csökkent a csecsemőkorban is. Előfordulhat azonban, hogy a krónikusan HBsAg hordozó anya a szüléskor vagy utána fertőzi meg a csecsemőjét. A neonatalis korban keletkezett masszív fertőzés következtében tartós virushordozás, krónikus persistáló H., vagy akut H. alakulhat ki.

A post-transfúziós H-szek legnagyobb részét az utóbbi években a non-A, non-B H. vírusfertőzés okozza, mivel a donorok szűrése erre nincsen megoldva. Az anya krónikus virushordozása esetén megvan a lehetőség a maternális fertőzésre is. Bizonyított tény, hogy ezt a H-t (2, 3) legalább két vírus okozza.

Az általunk észlelt családban hét év alatt született mindhárom csecsemő 3,5–4 hónapos korban akut H-ben betegedett meg. A 100%-os incidencia alapján vizsgáltuk a maternális fertőzés lehetőségét. A klinikai laboratóriumi vizsgálatokat a MOM receptgyűjteményben (1971) levő módszerek szerint, a H. szerológiai vizsgálatokat az Organon „Hepanosticon” reverz passzív haemagglutinációval és Hollós és mtsai (10) közleményében közölt módszerekkel végeztük.

Egyes vizsgálatok az Abbot cég „Ausria II” és „AusAb” radioimmun kitéjeivel történtek.

Esetismertetés

Az egészséges anyának zavartalan harmadik terhességéből született az a 3200 g-os fiúcssecsemő (jelzése: H. Á. 3,5 hó), akit legutóbb kezeltünk akut H-szel. Anyatej és Robébi táplálás mellett jól fejlődött, 3,5 hónapos koráig súlyát megkétszerezte. Ekkor néhány napig ismételtén hányt, sárgaság lépett fel, vizelete sötét színű lett.

Felvételekor icterusos, nem súlyos beteg, mája 2,5, lépe 1,5 harántujjal (h. u.) haladja meg a bordaívet és mindkét szerv tömöttebb tapintatú. Vizelete bilirubin pozitív. Felvételekor és az észlelése során végzett vizsgálatokat az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Felvételét követően a hányás megszűnt, ápolása 8. napjáig icterusa fokozódott, cholostasis alakult ki, mely a következő héten oldódott.

2. táblázat. Hepatitis szerológiai vizsgálatok

Név	Életkor	Anti-HAAG	HBsAg	HBeAg	Anti-HBsAg	Önkötés	non-A, Ag.	non-B Ab.
H. Gy.	31 év	1:120	neg.					
H. Gy.-né	25 év	1:120	1:20+	neg.	neg.	1:2+	neg.	neg.
H. Gy.	7 év	1:120	neg.		neg.			
H. Á.	4 év	1:120	neg.		neg.			
H. Á.	3,5 hó (43. nap)	1:60	neg.		neg.		neg.	neg.

Ápolása 18. napjára icterusa megszűnt, súlyfejlődése megindult. Megfigyelés után a 23. napon bocsátottuk el. Otthon 6 hét alatt további 2000 g-ot fejlődött. Ellenőrző vizsgálatok mája 2,5, lépe 1 h. u.-nyi volt. Anyagcserehibák (galactosemia, glycogenosis, aminaciduria, sphaerocytosis) és anyatejes sárgaság kizárására végzett vizsgálatok negatívak. Prothrombin aktivitása kezdetben 20%-ra csökkent volt, majd K-vitamin adására javult. HBsAg, HSV, EBV, CMV szerológia negatív. Vércukor 5,8 mmol/l.

A csecsemő felvételét követően a többi családtagot is megvizsgáltuk. Az apának (H. Gy. 31 év) és az anyának (H. Gy.-né 25 év) H-sze még nem volt, tünet- és panaszmentesek. Transaminase és egyéb májfunkciós vizsgálatok negatívak. Az apa HBsAg negatív, az anya HBsAg pozitív, HBe antigén negatív.

7 éves fiúgyermekük (H. Gy. 7 év) 1973 decemberében született. Tünetmentesen, jól fejlődött. 4 hónapos korában H. miatt vettük fel. Laboratóriumi leletei (SGOT 1956 IE, SGPT 1522 IE, Thymol 12 E, Sebi direkt pozitív 7,8 mg%) ezt megerősítették. Állapota gyorsan javult, a 19. napon bocsátottuk el. A jelenlegi vizsgálatok tünet- és panaszmentes, májfunkciós vizsgálatok negatívak. HBsAg negatív.

4 éves leánygyermekük (H. Á. 4 év) 1976 áprilisában született, jól fejlődött. 4 hónapos korában 12 napig akut H-szel kezeltük. Felvételekor mája 2,5, lépe 1 h. u.-nyi, SGOT 1522 IE, SGPT 1952 IE, Sebi direkt pozitív 5,7 mg% volt. A jelenlegi vizsgálatnál tünet- és panaszmentes, fizikális és májfunkció eltérést nem találtunk. HBsAg negatív.

A H. szerológiai vizsgálatok eredményét a 2. táblázatban foglaltuk össze.

Megbeszélés

A rendelkezésre álló adatokat a következőképpen összegezhetjük: mindhárom csecsemő 3,5–4 hónapos korban való megbetegedése, betegségük egyformán enyhe és gyors lefolyása, kedvező kimenetele azonos fertőző forrásból, azonos kórokozóval való fertőzésre utal. Ennek alapján a maternális fertőzés nem lehet kétséges. Egyéb — a neonatalis korban H-t okozó fertőzések — HSV, CMV, EBV — már az újszülött korban jellegzetes tünetekkel járnak. Ezek a három csecsemőnél hiányoztak, a harmadik betegünkénél a szerológia is negatív volt. Az anyagcsere-betegségeket kizártuk.

H—A ellenanyag a család két felnőtt és két nagyobb gyermek tagjánál 1:120 titerben volt kimutatható. Ez a H. krónikus vírusfordozást és ismétlődő maternális fertőzést nem okoz. A 3,5 hónapos korban felvett legutóbbi betegünk felvételekor 1:60 titerű maternális eredetű ellenanyaggal rendelkezett, mely később nem emelkedett. Ennek alapján a H—A-t ennél a csecsemő betegünkönél kizárhatjuk.

H—B fertőzésre gondoltunk elsősorban az anya HBsAg pozitívítása és csecsemőinek 3,5—4 hónapos korban való megbetegedése miatt. Ilyen magas fertőzési arány az anyai infektivitást mutató HBe antigen pozitívítása esetén jön létre. Ebben az esetben a többi családtagnál is ki lehet mutatni a B-antigént, vagy ellenanyagot a lezajlott fertőzés jeleként. *Shiraki* (4) vizsgálatai szerint a HBe antigen pozitív és HBe ellenanyaggal is rendelkező anyák csecsemői betegedtek meg akut H-ben. Ez úgy értelmezhető, hogy a csecsemőbe átkerülő HBe ellenanyag okozta kisebb védelem, vagy a kisebb vírusrészegységgel történő fertőzés teszi lehetővé a csecsemők számára, hogy akut H-szel és immunitás kifejlésztésével védekezzen a fertőzéssel szemben.

Az anya komplement kötéssel 1:20 titerrel HBsAg pozitív ugyan, de HBe negatív volt. Harmadik csecsemője akut megbetegedésekor HBsAg negatív volt reverz passzív haemagglutinációval és radioimmun vizsgálattal egyaránt. H—B ellenanyaga 43 nap múlva és később sem jelent meg. Az apa és a két nagyobb gyermek HBsAg negatív, ellenanyaguk sem volt radioimmun módszerrel. Mindezek alapján a két gyermek és a harmadik csecsemő betegünkönél nem sikerült sem krónikus, sem pedig akut H—B fertőzést igazolnunk, illetve sikerült azt kizárnunk. Mindhárom betegünk akut H-e rövid (19, 12, 18 nap) és enyhe lefolyású volt és gyógyult. *Mollica* (5) hasonló családi H. halmozódásról szóló közleményében leírja, hogy egy HBsAg hordozó anya 22 év alatt szült 6 csecsemőjéből egyik tünetmentes HBsAg hordozó lett, 5 akut H-szel betegedett meg és közülük négy ebben meg is halt. Három betegünk H-szének enyhe klinikai képe ugyancsak H—B ellen szől.

A H—A és —B kizárása után fel kellett vetnünk a non-A, non-B maternális H. fertőzés lehetőségét. Erre egyetlen támpont *Tong* (6) közleménye. Nyolc harmadik trimesonban non-A, non-B H-el megbetegedett terhes nő újszülöttjei közül hat —transaminase (ALT) emelkedéssel kimutatható —enyhe H-el betegedett meg. Az általa észlelt gyakoriság és az enyhe lefolyás hasonló a mi esetünkhöz. Több szerző szerint (7, 8, 9) a felnőttek non-A, non-B H-szének akut fázisa is enyhén zajlik le. Immundiffúziós módszerrel végezve a vizsgálatot, az anya és a harmadik csecsemője non-A non-B antigen és ellenanyag vonatkozásában negatív volt. Ennek egyik oka lehet a módszer alacsonyabb érzékenysége is. *Hollós* (10) az A és B H. kizárása alapján csoportosított non-A, non-B H. beteganyagának két csoportjában 16, illetve 26%-ában negatív volt a szerológiai vizsgálat. Másrészt ismertetes, hogy ennek a betegcsoportnak több kór-

okozója is lehet. *Hollinger* (2) és *Yoshizawa* (3) csimpánz kísérletekkel kimutatta, hogy ebben a betegcsoportban legalább két vírus kórokozó szerepével kell számolni.

A mi eseteinkben ellentmondásos helyzettel állunk szemben. Az anya HBsAg hordozó, a csecsemőkön ezt a fertőzést kimutatni nem tudtuk. Az anyánál és harmadik csecsemőjénél nem tudtunk non-A, non-B H. vírusfordozást, illetve fertőzést bizonyítani. Ennek értelmében számolni lehet azal is, hogy jelenlegi szerológiai módszereinkkel ki nem mutatható ágens is okozhatta az eseteinkben a maternális fertőzést. Tehát az egy antigen és ellenanyag párral kapott negatív szerológiai eredmény ellenére a non-A, non-B H. kórok lehetősége fennmaradt.

A világ H. endémiás területein a 20% arányt is (14, 15) eléri a neonatális H—B fertőzés. Ennek veszélye nálunk Európában sokkal kisebb. A veszélyzettség mértéke függ a népesség fertőzöttségétől (11, 12), endémiás zónából jött emberek bevándorlásától, és főleg a HBsAg hordozó anyák HBe antigen pozitívításától (13).

Hazánkban az egyévesek korcsoportjában a H. megbetegedések száma az elmúlt 12 év alatt (1970—71-ben 26, illetve 31 főről 1980—81-re 2, illetve 3 főre) egytizedére csökkent. Hasonló, de kisebb volt a csökkenés a többi gyermekkorcsoportban is. Ezzel egyidőben a csecsemőkorúak megbetegedésének száma (1970—71-ben 59, illetve 61 főről 1980—81-ben 22, illetve 26 főre) csak felére csökkent. Ez a szám az utóbbi négy évben (1978—81-ben 22, 24, 22, 26 fő) eléggé állandó volt. A csecsemőkorúak H. megbetegedésének száma tehát tízszer nagyobb volt, mint az egyéves korúaké, annak ellenére, hogy a csecsemőkorúak maternális H—A elleni védettsége még nem szűnt meg. Ennek oka lehet maternális H. fertőzés is.

A maternális fertőzések felderítésére a laboratóriumi vizsgálati lehetőségek adva vannak. A felderített maternális H—B fertőzés megelőzését biztosítani lehet (13, 14, 15, 16, 17) a már kipróbált aktív és passzív védelmet biztosító oltóanyagokkal. A non-A, non-B maternális fertőzés megelőzésére nincsen kidolgozott lehetőségünk.

Köszönetünket fejezzük ki az Országos Közegészségügyi Intézet Járványügyi Osztályának a H. epidemiológiai adatok rendelkezésre bocsátásáért, *Koller Miklós dr.* tudományos főmunkatársnak a HSV, CMV és EBV szerológiai vizsgálatok végzéséért és *Horváth Ferencnének* a gondos gépírástért.

IRODALOM: 1. *Franzen C., G. Frösner*: Diaplaszentäre Übertragung mütterlicher Antikörper gegen Hepatitis A-Virus und ihre Persistenz im Säuglingsalter. *Klin. Wochenschr.* 1981, 59—409. — 2. *Hollinger, F. B. et al*: Transfusion transmitted viruses study: Experimental evidence for two non-A, non-B hepatitis agents. *J. Infect. Dis.* 1980, 142:400. — 3. *Yoshizawa, H., et al*: Demonstration of two different types of non-A, non-B hepatitis by reinjection and cross-challenge studies in chimpanzees. *Gastroenterology*, 1981, 81, 107. — 4. *Shiraki, K., et al*: Acute hepatitis B in infants

born to carrier mothers with antibody to hepatitis B antigen. *J. Pediat.* 1980, 79, 769. — 5. *Mollica, F., et al:* Neonatal hepatitis in five children of a hepatitis B surface antigen carrier woman. *J. Pediat.* 1977, 90: 949. — 6. *Tong, M. J., et al:* Studies on the maternal infant transmission of viruses which cause acute hepatitis. *Gastroenterology*, 1981, 80, 999. — 7. *Berman, M., et al:* The chronic sequelae of non-A, non-B hepatitis. *Ann. Int. Med.* 1979, 91, 1. — 8. *Koretz, R. L., et al:* The long-term course of non-A, non-B hepatitis. *Gastroenterology*. 1980, 79, 893. — 9. *Kim, H. C., et al:* Prevalence of type B and non-A, non-B hepatitis in hemophilia: relationship to chronic liver disease. *Gastroenterology*. 1980, 79, 1159. — 10. *Hollós I., László B. és mtsai:* A non-A, non-B vírus hepatitis szerológiai diagnosztikájának kérdései. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 2639. — 11. *Traistaru, B., Chiva, P.:* The immunological significance of the AgHBs. Incidence and antibody HBs in pregnancy (5120 cases) VII. Int. congress of Infect.

Parasit. Dis. Varna, 1978, 273. — 12. *Maier, C. H., Frey-Wettstein, M.:* Hepatitis B Antigen bei hospitalisierten Kindern. *Helv. Paed. Acta*, 1977, 32, 11. — 13. *Willers, H. et al:* Das Risiko der Hepatitis der perinatalen Hepatitis B Infektion in Raum Hannover. *Deutsche Med. Wochenschr.* 1981, 106, 1763. — 14. *Beasley, R. P., et al:* Hepatitis B immune globulin (HBIG) efficacy in the interruption of perinatal transmission of hepatitis B virus carrier state. *Lancet*, 1981, II, 388. — 15. *Maupas, P., et al:* Efficacy of hepatitis B vaccine in prevention of early HBsAg carrier state in children. *Lancet*, 1981, I, 289. — 16. *Barin, F., et al:* Immune response in neonates to hepatitis B vaccine. *Lancet*, 1982, I, 251. — 17. *Beasley, R. P., et al:* Prevention of perinatally transmitted Hepatitis B virus infections with Hepatitis B. immune globulin and Hepatitis B. vaccine. *Lancet*, 1983, II, 1099.

(Bata Géza dr., Kaposvár, Pf.: 120., 7401.)

A közvetlen értékesítés Önnek is előnyös!

Vásároljon a Medicortól!

**A medicor műszerek megvásárolhatók a Mintaboltokban
megrendelhetők a belkereskedelmi osztályon**

A külföldi készülékeket beszerzi az Import főosztály

Mintaboltok: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 186-873, Tx: 22-7231 medib

Győr, Felszabadulás útja 78/a
Tel: 13-641 Tx: 24525 medig

Belkereskedelmi osztály: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 183-061 Tx: 22-7231 medib

Import főosztály: Budapest, Röntgen u. 11-13,
1389, Pf. 150.
Tel: 495-930, Tx: 22-5051 medic

medicor

KELTAI MATVÁS DR.,
BARTEK IVÁN DR.,
ÉS FARKAS PÉTER DR.

Intraaorticus ballonpumpa a kardiogén shock kezelésében

Semmelweis Orvostudományi Egyetem Kardiológiai Tanszék
Országos Kardiológiai Intézet (igazgató: Árvay Attila dr.)

Hat betegben végeztek intraaorticus ballonpumpa kezelést súlyos, posztinfarktusos kardiogén shock leküzdésére. Az átlagosan 57 órás ballonpumpa kezelés alatt sikerült a hemodinamikai paramétereket javítani; az artériás középnyomás 57-ről 69 Hgmm-re nőtt, a bal kamrai töltőnyomás 32-ről 21 Hgmm-re csökkent, a perctérfogat index 1,38 lit/min/m²-ről 2,10 lit/min/m²-re emelkedett. Öt beteget a kezelés közben bekövetkezett szivruptúra, illetve a ballonkatéter extrakcióját követő visszatérő shock miatt elveszítették. Egy betegük gyógyult.

Intraaortic balloon pump in the treatment of cardiogenic shock. Six patients with severe cardiogenic shock were treated by an intraaortic balloon pump for a mean of 57 hours. During balloon pump treatment most hemodynamic parameters improved: mean systemic arterial pressure increased from 57 — to 69 mmHg, left ventricular filling pressure decreased from 32 — to 21 mmHg, cardiac index increased from 1.38 lit/min/m² to 2.10 lit/min/m². Five patients expired either because of cardiac rupture during balloon pump treatment, or after the extraction of the balloon-catheter because of recurring shock. One patient survived.

Kardiogén shock állapotára az alacsony perctérfogat, hypotonia és magas bal kamrai töltőnyomás jellemző. A hemodinamikai zavar következtében a szöveti perfúzió kritikusan csökkent, a szöveti anyagcsere zavart (5, 9, 11). Ebben az állapotban legtöbb gyógyszeres kezelési eljárás eredményessége mérsékelt (6, 19, 20, 27). Bármilyen gyógyszeres kezelés alkalmazása esetén a kardiogén shock halálózása magas, ezért újabb és újabb gyógyszerek kutatása folyik, és az újabb kezelési eljárások között egyre nagyobb teret kap a mechanikus keringéstámogatás (2, 5, 9, 25).

Kantrowitz és mtsai (10) 1968-ban dolgozták ki az IABP használatát, és közölték az első sikeres humán alkalmazást. Az IABP alkalmazásával a kardiogén shock 80—95⁰/₀-os halálózását egyes vizsgálatokban 40—65⁰/₀-ra sikerült szorítani (2, 5). Az első hazai alkalmazás postoperatív alacsony perctérfogat szindrómában sikeres volt (3). Ezt követően kíséreltük meg az IABP kezelés alkalmazását AMI-hoz társuló kardiogén shock néhány esetében. Cé-

lünk minden esetben a kardiogén shock megszűntetése volt. Tudományos igényű megfigyeléseink arra irányultak, hogy elemezzük az IABP kezelés során létrejövő hemodinamikai változásokat, a mechanikus keringéstámogatás hatékonyságának tényezőit.

Betegek és módszerek

Hat betegben végeztünk IABP kezelést. Átlagos életkoruk 56,3 év (47—68 év). Közülük öt férfi, egy nő.

Esetismertetések

M. I. 51 éves férfi előző kórtörténetében hypertonia, diabetes mellitus, két alkalommal anterior, egy alkalommal pedig inferior lokalizációjú szívinfarktus, alsó végtagi mélyvénás thrombosis és tüdőembólia szerepelt. Mindezen betegségek miatt súlyos, krónikus keringési elégtelenség alakult, melynek hátterében bal kamrai aneurysmát feltételeztünk és ezért utalták intézetünkbe. A szívkatéterezésre várva nyugalmi állapotban kamrafibrilláció lépett fel. Sikeres defibrillálás után került a coronaria-örzöbe. Ezt követően mérsékelt enzim-emelkedést tapasztaltunk csupán, így újabb reinfarktust nem lehetett bizonyítani. Három nappal később vérnyomásesés, anuria és mentális confusio lépett fel, mely dopamin kezelés hatására nem változott. Ezt az állapotot lényegében reménytelennek ítéltük, és a gyógyulás egyetlen lehetőségét abban láttuk, hogy ha valóban bal kamrai aneurysma tartja fenn a keringési elégtelenséget, akkor annak műtéti resectiója megkönnyítheti a súlyos hemodinamikai helyzetet.

IABP kezelést kezdtünk, ami a shock tüneteinek megszűnéséhez vezetett. A systolés nyomás 100 Hgmm fölé emelkedett, a beteg tudata feltisztult, diuresise megindult. Húsz órával később a beteget ballonpumpá-

Rövidítések:

- AMI — acut myocardium infarctus
- APDNY — arteria pulmonalis diastoles nyomás
- Ch — Charriere — 1/3 mm
- DPTI — Diastolic Pressure Time Index
- IABP — Intraaorticus ballonpumpa
- PTFI — perctérfogat index
- TTI — Tension Time Index
- BKTNY — bal kamrai töltőnyomás

val együtt a hemodinamikai laboratóriumba szállítottuk. *Működő ballonpumpa, asszisztált keringés mellett* jobbszívfél katéterezést végeztünk. A pneumoangiogram laevogram stádiumában megítélhető volt, hogy a bal kamra igen tág, falainak mozgása diffuze hypokinetikus, rajta azonban sem paradox, sem pedig normális mozgású falrészlet nem látható. Bal kamrai aneurysma tehát nem igazolódott, ezért a retrográd balszívfél katéterezéstől és coronarographiától eltekintettünk.

A szívkatéterezés után még 24 óráig folytattuk az IABP kezelést, fokozatosan „leszoktatva” a beteget a mechanikus keringéstámogatásról; minden második, harmadik, majd minden tizedik revolúciót asszisztálva. A shock állapot ez alatt az idő alatt nem tért vissza. A ballonkatéter eltávolítását követően változatlanul észlelhető volt a jobb alsó végtag artériás keringésének elégtelensége, ezért a ballon eltávolítása után Fogarty katéterrel desobliteráltuk az artéria femoralist és iliacát és egy 3 cm hosszú thrombust távolítottunk el. Ezután a végtag keringése rendeződött. A ballonkatéter eltávolítását követő napon a beteg meghalt. Boncoláskor iatrogen szövődmény nem volt kimutatható.

H. I. 52 éves férfi egy órával első kardiális panaszra; erős retrosternális fájdalom miatt került felvételre. Ekkor mérsékelt tüdőpangáson és tompább szívhangokon kívül egyéb fizikális eltérést nem találtunk. Az EKG extenzív infero-posterior AMI-ra utalt. Néhány perccel felvétele után kamrafibrilláció lépett fel. Sikeres defibrillálás, a sav-bázis anyagcsere zavarának rendezése után is tartósan hypotóniás maradt, ezért dopamin infúziót alkalmaztunk. Az enzimértékek nagy kiterjedésű infarctusra utaltak, a szabaddá vált CPK alapján meghatározott infarctus tömege 76 gramm volt. Dopamin infúzió mellett is 20 ml/óra alá csökkent a vizeletelválasztás, ezért az AMI 30. órájában IABP kezelést indikáltunk. A ballonkatétert a jobb artéria iliaca sebészi feltárása után itt vezettük fel.

Az IABP kezelés hatására a diuresis 100 ml/óra fölé nőtt, a vérnyomás a dopamin adag csökkentése, majd teljes elhagyása után is normális maradt, a beteg soporosus tudata feltisztult. Egy napig végeztünk 1:1 arányú asszisztálást, majd fokozatosan „leszoktattuk” a ballonpumpáról. Miután a keringési paraméterek így is stabilak maradtak, 52 órai kezelés után a ballonkatétert eltávolítottuk. Az eltávolítás során Fogarty katéterrel az érintett végtag artériáiban thrombust nem találtunk.

A késői kórlefolyásban paroxysmalis supraventricularis tachycardia, sporadikus kamrai extrasystolia és elhúzódó sebgyógyulás jelentett szövődményt. Átmenetileg Dressler syndroma tünetei jelentkeztek. Öt évvel az AMI és az IABP kezelés után a beteg önállóan dolgozik, az utolsó évben effort anginás fájdalmait jelentkeztek, ezért anti-anginás gyógyszeres kezelést kap.

Sz. J. 57 éves férfi extenzív anterior AMI miatt került felvételre öt órával mellkasi fájdalmának kezdete után. Már felvételkor kifejezett balszív-elégtelenség tü-

neteit észleltük. Nyolc órával később jobb Tawaraszár block lépett fel és a keringési paraméterek hirtelen romlása alapján is infarctus extenziót tételeztünk fel. Az enzimértékek alapján igen nagy kiterjedésű nekrozist véleményeztünk (SGOTmax. 266, CPK infarctus tömeg 280 gramm). Mentális confusio, anuria és hypotonia miatt határoztuk el az IABP kezelést. A ballonkatétert a jobb artéria femoralis percutan punkciójával *Seldinger* módszere szerint vezettük fel az aortaívbe. Hatvannégy óráig tartó mechanikus keringéstámogatás alatt a diuresis megindult, a zavartság megszűnt, a perctérfogat és a szisztémás vérnyomás emelkedett, a BKTNY csökkent. Ekkor hirtelen halál lépett fel és a reanimatio eredménytelen maradt. Boncoláskor szabad fali bal kamra rupturát és szívtempnade-ot találtunk.

A betegek legfontosabb hemodinamikai paramétereinek változását az IABP kezelés hatására a *táblázatban* tüntettük fel.

A kardiogén shock kezelésében általános rendszabályok (ágynyugalom, sav-bázis anyagcserezavar rendezése, fájdalomcsillapítás stb.) mellett a gyógyszeres kezelés az elsődleges. A perctérfogat acut csökkenését az alapvető hemodinamikai zavar elemzése alapján korrigáljuk: folyadékbevitelt alkalmazunk, ha a BKTNY alacsony, vasodilatátor kezelést, ha a BKTNY kritikus magas, és a perifériás rezisztencia is emelkedett. Ha a perifériás rezisztencia alacsony, akkor dopamin (1–20 $\mu\text{g}/\text{min}/\text{kg}$) vagy noradrenalin (1–2 $\mu\text{g}/\text{min}$) infúziós kezelést alkalmazunk (5, 9, 19, 20, 26). A hemodinamikai paraméterek folyamatos mérésével néhány perc alatt megállapítható, hogy az adott dózisban alkalmazott gyógyszeres kezelés meghozta-e a kívánt változást, vagy sem. Az invazív beavatkozást igénylő és komplikált mechanikus keringéstámogatást csak akkor indikáltuk eseteinkben, ha az ilyen elvek szerint alkalmazott gyógyszeres kezelés nem hozta meg a kívánt eredményt.

A ballonkatéter felvezetése az artéria iliaca retroperitoneális feltárásával történt négy esetben. Sebészi feltárás után vég-az-oldalhoz teflon érprothesist illesztettünk az artéria iliaca externához és az érprothesisen keresztül vezettük fel a ballonkatétert (Vygon). A ballon megfelelő helyzetét elérve a katétert az érprothesishez rögzítettük és így zártuk a sebet. A katéter eltávolítása újabb sebészi feltárást igényelt. A helyi érzéstelenítésben végzett beavatkozások közben egy esetben sem fordult elő jelentős ritmuszavar, vagy a keringési helyzet romlása. Két utóbbi esetünkben percutan bevezethető (Datascop) ballonkatétert alkalmaztunk. 15 Ch. átmérőjű bevezető hüvelyen keresztül vezettük fel a ballonkatétert és a ballon megfelelő helyzetéről valamennyi esetben mellkas rtg. felvétel alapján győződünk meg.

A ballonpumpa kezelés hatékonyságának megítéléséhez, de már az indikáció felállításához is szükséges az artériás vérnyomás véres úton történő regisztrálása és a BKTNY mérése is. Az artériás vérnyomást a bal artéria radialisba helyezett teflon kanülön (Argy-

Intra aorticus ballonpumpa kezelés hatása kardiogén shockban

Név	Nem	Kor (év)	Art.rad.kp. nyomás (Hgmm)		APDNY (Hgmm)		PTF ₁ lit/min/m ²		IABP kezelés tartama (óra)
			IABP előtt	IABP alatt	IABP előtt	IABP alatt	IABP előtt	IABP alatt	
M. I.	♂	51	55	68	34	18	1,2	2,1	44
M. J.	♀	68	60	74	36	17	1,4	2,3	38
H. I.	♂	52	63	73	32	18	1,5	2,2	52
Sz. L.	♂	63	57	70	38	34	1,4	2,0	96
Sz. J.	♂	57	52	64	22	18	1,5	1,9	64
K. G.	♂	47	55	63	28	20	1,3	2,1	48
ÁTLAG		56,3	57,0	68,7	31,7	20,8	1,38	2,10	57,0
SD		7,9	4,0	4,6	5,9	6,5	0,12	0,14	21,0
p <			0,001		0,01		0,001		

le, Medicut) át Statham p23 dB nyomásátalakítóval mértük. Az elektronikus jelet a vezérlő egységbe, ill. regisztrálás végett Hellige MA nyomásmérőn keresztül Hellige hőíró regisztrálóba vezettük. Az artéria pulmonalis nyomását a véna mediana cubitin, vagy a véna subclavián bevezetett 4 Ch Pulmoflex (Vygon), vagy 7 Ch Swan-Ganz thermodilutios katéterrel (Edwards Lab. 93A—131—7F) mértük. A perctérfogat meghatározása Fick elv alapján, egy esetben izotóp dilu-A thermodilutios perctérfogat-meghatározáshoz Ed-tio, három esetben thermodilutio segítségével történt. wards célszámítógépet használtunk.

A statisztikai analízis *Student-féle* egymintás *t* próbával történt.

Megbeszélés

Az IABP kezelés technikája

Az IABP kezelés során az ellenpulzáció elvét alkalmazva támogatjuk a keringést: a diastoleban felfújott ballon az aorta ascendens kezdeti szakaszából méretének megfelelő mennyiségű vért szorít ki és azt nagyrészt a nyaki nagyerek és a koszorúerek felé tereli. Ez a hatás a diastoles áramlásnövelés. Közvetlenül a következő kamrasystole előtt leszívva a ballont, mintegy szívóhatást hozunk létre az aortában. Ezáltal csökken az aorta végdiastoles és korasystoles nyomása és a bal kamra ürülése az aorta felé könnyebbé válik. Ez a hatás a systoles tehermentesítés. A diastoles áramlásnövekedés növeli a coronariák diastoles vérellátását, a systoles tehermentesítés csökkenti a bal kamra munkáját, és ezáltal oxigénigényét. A ballonpumpa működésének hemodinamikai hatását sémás ábrán mutatjuk be (1. ábra).

A kezelés hatékonyságát a nyomásgörbék formaanalízise alapján ítélni lehet meg. A bal kamrai nyomásgörbe systoles részének integrálja; a TTI a bal kamra oxigénigényének megbízható mutatója (7, 22, 23). Az aorta és a bal kamrai nyomásgörbe által határolt diastoles terület a diastoles nyomásindex, a DPTI, ami arányos a myocardium vér-, ill. oxigénellátottságával (8). A DPTI/TTI hányados (*endocardial viability ratio* — Philips (21)) normális oxigénszükséglet és -kínálat esetén 1,0. Ha a TTI csökken, vagy a DPTI nő, akkor az oxigénszükséglet-kínálat arány javul, az ischaemia csökken. Az IABP kezelés a tört számlálóját növeli, nevezőjét csökkenti, tehát a hányados értékét kétféleképpen is növeli (2. ábra).

Az IABP három részből áll: 1) Ballonkatéter
2) Pneumatikus szerkezet
3) Elektronikus vezérlés

1) A ballonkatéter 10—15 Ch külső átmérőjű polietilén katéter, melynek distalis végén 10—30 cm hosszú, 10—40 ml köbtartalmú ballon van. A ballon felfújott állapotban 10—18 mm átmérőjű. A felfújás és a leszívás a katéter proximális végén levő nyíláson át történik. Egyes katéterekben kettős lumen van, ami lehetővé teszi, hogy a katéter bevezetésekor merevítő drótot használjunk és az IABP kezelés közben is folyamatosan mérhessük az aortában uralkodó nyomást. A katéterek típusa és mérete az aktuális szükségleteknek és a beteg méreteinek megfelelően választható ki (4, 5, 25).

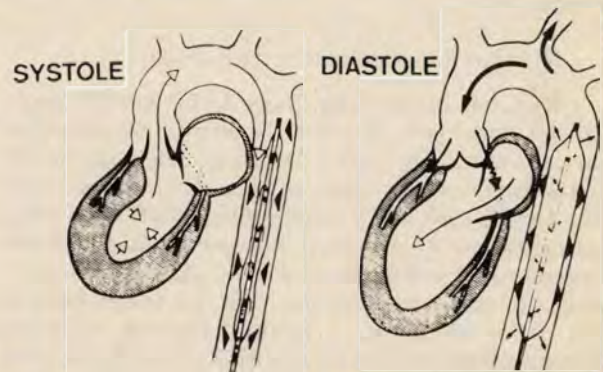
2. Pneumatikus szerkezet. Az általunk használt Hoogstraat (Hoekloos, Schiedam, Hollandia) pumpában a ballon felfújását és leszívását kettős kamra-rend-

szer végzi. A magas nyomású kamrában egy külső, túlnyomásos CO₂ tank 200—450 Hgmm túlnyomást tart fenn, a vákuum-kamrában közel hasonló méretű gázritkítás van. A precíziós szeleprendszer systoleban a vákuum-kamrához kapcsolja a ballont, míg diastoleban a nyomáskamrával alkot egy rendszert a ballon. A ballon felfújási idő 100 ms, a leszívási idő 80 ms.

3. Elektronikus vezérlés a beteg EKG-ja alapján vezérli a ballon felfújását és leszívását. A ballon felfújása a QRS után 280—350 ms-mal, leszívása a következő QRS előtt 120—60 ms-mal történik. Ezen határokon belül az adott esetben optimális felfújási és leszívási időpont manuálisan állítható. A keringéstámogatás optimalizálása érdekében nyomásmérő rendszerek és memória-oscilloscop segítségével nyomonkövethető az artériás nyomás, a ballonnyomás, a bemeneti nyomás és a szelepműködés. Extrasystole esetén az elektronika a pneumatikus szerkezet működését leállítja. Lehetőség van a pumpa működésének gyakoriságát megválasztani. Lehet minden egyes revolutiót asszisztálni, vagy csak minden 2., vagy 3. diastoleban felfújni a ballont. A pumpáról való leszoktatás időszakában 10:1 arányú asszisztálás csak azért történik, hogy a kollabált állapotban levő ballon ráncok között meggátoljuk a thrombus-képződést.

Az IABP kezelés indikációi:

- kardiogén shock AMI következtében
- kardiogén shock egyéb ok miatt. (Természetesen nem jelent indikációt az IABP használatára, ha ritmuszavar okozta a keringés összeomlását.)
- alacsony perctérfogat syndroma (szívsebészeti műtétek után)
- AMI mechanikus szövődményei (septum-perforatio stb.)



1. ábra: Sémás rajz az IABP működési elvéről. A diastole képén a felfújott ballon mellett a nyilak jelzik a diastolés áramlásfokozódás irányát



2. ábra: Sémás rajz az IABP kezelés hemodinamikai hatásáról. A vonalkázott területek a DPTI-t, ill. a TTI-t, az egyenmően satírozott területek a diastolés nyomásnövekedést és a systolés tehermentesítést jelölik

— fenyegető infarctus, instabil angina kezelése. Természetesen ez az indikációs terület is csak az egyéb kezelési eljárásokra rezisztens esetekre érvényes, időnyerés és biztonságfokozás céljából. Egyes intézetekben pl. főtörzs-szűkületes betegek műtéti narkózisának bevezetésekor használják (5).

Eddigi tapasztalataink és az irodalmi adatok alapján az IABP kezelést akkor tartjuk indokoltnak, ha a perctérfogat index $2,0 \text{ lit/min/m}^2$ alá, a BKTNY pedig 25 Hgmm fölé emelkedik. Ha a perctérfogat index $1,4 \text{ lit/min/m}^2$ alá csökken, vagy a BKTNY gyógyszeres kezelés ellenére tartósan 35 Hgmm felett van, akkor a hemodinamikai zavar olyan nagyfokú, hogy aligha valószínű, hogy IABP-val definitív eredményt lehet elérni (9).

Az IABP kezelés kontraindikációi:

- súlyos aorta insufficiencia
- aorta dissectio
- aorta műtét utáni állapot
- obliteratív verőérbetegség (abban az esetben, ha az aorta és/vagy az iliaca rendszer oly mértékben elzáródott, hogy a ballonkatéter felvezetését nem teszi lehetővé)
- sepsis
- egyéb életveszélyes betegség társulása

Magas kamrai frekvenciával járó ritmuszavarok esetében a diastole olyan rövid, hogy hatékony IABP kezelést nem lehet végezni. Mivel az extrasystolek gátolják a készülék működését, gyakori extrasystolék esetén sem lesz hatékony a ballonpumpa (5).

Klinikai tapasztalataink tanulságai

Eseteink bizonyítják, hogy IABP kezelés segítségével kardiogén shockban a súlyos hemodinamikai katasztrófa-helyzetet rendezni lehet. Eseteinkben a perctérfogat átlag 50% -os emelkedését sikerült elérni, úgy, hogy egyidejűleg a BKTNY 30% -kal csökkent. A mérsékelt középnyomás-emelkedés elegendő volt ahhoz, hogy a mentális confusio és az anuria-oliguria megszűnjön. Bár az IABP elsősorban a coronariák és a nyaki nagyerek területén fokozza direkt módon az áramlást, a keringés javulása, a perctérfogat emelkedése a hasi aorta területén is perfúziós javulást eredményez indirekt úton (5, 15, 19, 23). Ezt igazolta minden esetben a diuresis megindulása is.

Hat betegünk közül mindössze egy maradt tartósan életben. Ez nem tekinthető jobb definitív eredménynek, mint amit konzervatív, gyógyszeres kezeléssel el lehet érni. A rossz eredmények valószínű oka, hogy a kardiogén shock kategórián belül is csak a legsúlyosabb, talán már részben elkésett esetekben indikáltuk az IABP kezelést. A döntési idő elhúzódása a kezelés hatékonyságának csökkenését eredményezte. Azok az esetek, ahol eredményesnek tűnő kezelést követően a kardiogén shock visszatért, arra intenek, hogy a keringéstámogatást hosszabb ideig érdemes fenntartani, és az általunk alkalmazott 16–24 órás leszoktatási időt érdemes megnyújtani. A kezelés viszonylagos eredményének tekinthető, hogy M. I. esetében bal-

lonpumpa védelemben megtörténhetett a szívkatéterezés és angiokardiográfia, amit nyilván szív-műtét követett volna, ha annak feltételei adottak lettek volna.

Az IABP alkalmazása számos elméleti előnnyel jár. Az IABP kezelés nem csupán a hemodinamikai helyzet normalizására alkalmasabb, mint bármelyik gyógyszer, vagy gyógyszerkombináció (5, 24), hanem az infarktus nagyságának csökkentésében is sokkal egyértelműbben pozitív a szerepe, mint a kardiogén shock kezelésében alkalmazott gyógyszeres eljárásoké (17, 18, 26). Ballonpumpa kezelés során külső energiaforrást használunk a nyomás és áramlási viszonyok normalizálására, míg a gyógyszeres kezelés bármilyen módszere csak úgy lehet eredményes, hogy a javuláshoz szükséges többletmunkát a szervezet, maga a beteg szív végzi. A külső energia közvetítése ma még műtétet, vagy (percutan bevezethető ballonkatéter esetében) szívkatéterezést igényel. Léteznek azonban már külsőleg alkalmazható ellenpulsációs készülékek, melyek hatékonysága ugyan még nem éri el az IABP hatékonyságát, de kétségtelen előnyük, hogy sebészeti beavatkozás és készenlét nélkül is alkalmazhatók, és így a tartós kezelés sem jár komoly veszéllyel (1).

Ahhoz, hogy az IABP kezeléssel Magyarországon is világszínvonalú eredményeket lehessen elérni és az elméleti előnyök a gyakorlatban is megmutatkozhassanak, arra lenne szükség, hogy minden regionális centrumban legalább egy megbízhatóan működő ballonpumpa álljon rendelkezésre, és a pumpa alkalmazását a shock állapot kialakulásakor, esetleg a fenyegető shock jeleinek észlelésekor indikáljuk.

IRODALOM: 1. Banas, J. S. és mtsai: Evaluation of external counterpulsation for the treatment of severe angina pectoris. (Abstr.) Circul. 1972, 46, Suppl. II, 74. — 2. Bartek I., Békássy Sz., Arvay A.: Veno-arterialis bypassal végzett mechanikus keringéstámogatás klinikai alkalmazása. Orv. Hetil. 1978, 119, 2499. — 3. Békássy Sz. és mtsai: Intraaortális ballonpumpa alkalmazása szív-műtét során kialakult alacsony perctérfogat szindróma kezelésére. Orv. Hetil. 1977, 118, 337. — 4. Bleifeld, W. és mtsai: Improved cardiac assistance with an aortic arch balloon. Cardiovasc. Res. 1973, 7, 115. — 5. Bolooki, H.: Clinical application of intraaortic balloon pump. Futura, Mount Kisco, New York, 1977. — 6. Böszörményi E., Morvay V.: Fájdalomcsillapítás akut myokardiális infarktusbán. Az Orvostudomány Aktuális Problémái, 1981, 32, 165. — 7. Braunwald, E.: Control of myocardial oxygen consumption. Physiologic and clinical considerations. Amer. J. Cardiol. 1971, 27, 416. — 8. Buckberg, G. D. és mtsai: Subendocardial ischaemia after cardiopulmonary bypass. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1972, 64, 669. — 9. Gunnar, R. M., Loeb, H. S., Rahimtoola, S. H.: Shock in myocardial infarction. Grune and Stratton, New York, 1974. — 10. Kantrowitz, A. és mtsai: Initial clinical experience with intraaortic balloon pumping in cardiogenic shock. J. A. M. A. 1969, 203, 113. — 11. Keltai M., Gábor Gy.: Cardiogén shock. Orvosképzés, 1975, 50, Suppl. 16. — 12. Keltai M.: Haemodinamikai megfigyelések akut myocardialis infarktusbán. (Jobbszívfél mikrokatéterezés). Cardiol. Hung. 1976, 5, 189. — 13. Keltai M., Tonelli M., Gábor Gy.: Echocardiográfiai megfigyelések akut myocardialis infarktusbán. Cardiol. Hung. 1977, 6, 203. — 14. Keltai M. és mtsai: Aortic root motion for the assessment of left ventricular function in acute myocardial infarction. Acta Cardiol. 1979, 34, 51. — 15. Keltai M. és mtsai: Intraaorticus ballonpumpa működés közben észlelt phono- és mechanocardiográfiai jelenségek. Cardiol. Hung. 1980, 9, 131. — 16.

Maklári E. és mtsai: A szabaddá vált CPK és CPK/MB isoenzym meghatározása myocardialis infarctusban. Orv. Hetil. 1980, 121, 441. — 17. Maroko, P. R. és mtsai: Factors influencing infarct size following experimental coronary artery occlusions. Circul. 1971, 43, 67. — 18. Maroko, P. R. és mtsai: Effect of glucose-insulin potassium infusion on myocardial infarction following experimental coronary artery occlusion. Circul. 1972, 45, 1160. — 19. Mueller, H. és mtsai: Haemodynamics, coronary blood flow, and myocardial metabolism in coronary shock; response to 1-norepinephrine and isoproterenol. J. Clin. Invest. 1970, 49, 1885. — 20. Mueller, H. és mtsai: The effects of intra-aortic counterpulsation on cardiac performance and metabolism in shock associated with acute myocardial infarction. J. Clin. Invest. 1971, 50, 1885. — 21. Philips, P. A., Marty, A. T., Miyamoto, A. M.: A clinical method for detecting subendocardial ischaemia after cardiopulmonary bypass.

Cardiovasc. Surg. 1975, 69, 30. — 22. Sarnoff, S. J. és mtsai: Haemodynamic determinants of oxygen consumption of the heart with special reference to tension-time index. Amer. J. Physiol. 1958, 192, 148. — 23. Simonyi J.: Noninvasive evaluation of human circulation. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976. — 24. Soroff, H. S. és mtsai: Assisted circulation: II. Effects of counterpulsation on left ventricular oxygen consumption and haemodynamic. Circul. 1963, 27, 722. — 25. Vignola, P. A. és mtsai: Percutaneous intra-aortic balloon pumping: new problems and dilemmas. Cath. Cardiovasc. Diagn. 1984, 9, 117. — 26. Watanabe, T. és mtsai: Effects of increased arterial pressure and positive inotropic agents on the severity of myocardial ischaemia in the acutely depressed heart. Amer. J. Cardiol. 1972, 30, 371.

(Keltai Mátyás dr., Budapest, Pf. 88., 1450.)

Meghívjuk Önt és munkatársait az



ORVOSI MŰSZER ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA

melyet 1984. május 29–31-e között rendezünk a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében Bp. VIII. Nagyváradi tér 4.sz. alatt.

A kiállításon bemutatjuk az OMKER által forgalmazott hazai, demokratikus és tőkés gyártmányú korszerű orvosi műszerek és készülékek széles választékát.

A kiállítás nyitva:

1984. május 29-én 10–17 óráig
30-án 9–17 óráig
31-én 9–17 óráig

MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETettel VÁRUNK

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetéseiben szereplő készítmények rendelkezésére és ára megváltozott.

BETALOC tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 10,- Ft.

GRANDAXIN tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 4,- Ft.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



1263

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 ismereteseek.

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

PÁSZTOR ANDRÁS DR.,
 PARAICZ ERVIN DR.,
 HARMAT GYÖRGY DR.,
 DOBRONYI ILONA DR.
 ÉS
 KALMÁNCHEY ROZÁLIA DR.

Csecsemőkori meningeoma ritka esete és kezelése

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

A szerzők 3 hónapos csecsemő igen ritkán előforduló meningeomájának vizsgálata során az echotomographia és computeres tomographia diagnosztikus megbízhatóságát hangsúlyozzák és ismertetik a kezelési menetét.

An unfrequent case and treatment of infantile meningeoma. The authors describe the unfrequently occurring meningeoma in a 3-month-old infant. In connection with the examinations the diagnostic reliability of echo-tomography and computer-tomography is stressed and the course of treatment is described.

A meningeoma a gyermekkori agydaganatok sorában ritkaságnak számít. Gerlach és mtsai (1967) anyagában 600 agydaganat közül 16 meningeoma volt, de 1 éves kor alatt egy esetet sem észleltek. Raimondi és mtsai (1983) 341 gyermekkori daganatot kezeltek, közülük 39 volt 1 éves kor alatt, de egy sem bizonyult meningeomának. Az OITI gyermekosztályának anyagában 843 gyermekkori agydaganat közül csak egy — ismertető — esetünkben fordult elő csecsemőkori meningeoma (6). Fessard (1968) hatvanhat 2 éves kor alatti gyermek agydaganatot dolgozott fel, de meningeomát nem talált. Farwell és mtsai (1978) 18 hónapos kor alatt 54 intracranialis daganatos gyermeket kezeltek, de meningeomát ők sem fedeztek fel.

Ismeretes, hogy 2 éves kor alatt az agytumrok zöme középvonalas tumor, mint spongioblastoma, astrocytoma, medulloblastoma, esetleg glioma, illetve plexus papilloma (3, 6, 7, 8). A gyermekkortól eltérően a csecsemőkori daganatokban mintegy kétszer olyan gyakori a supratentorialis, mint az infratentorialis localisatio (6, 7, 9).

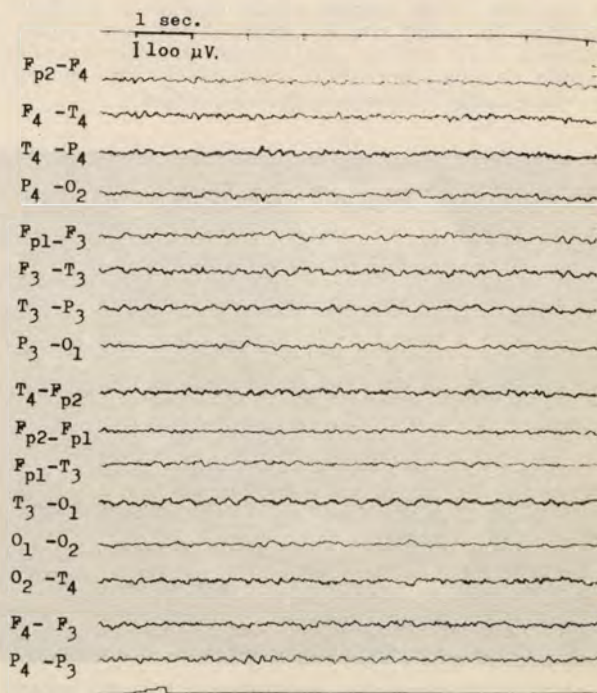
Jelen munkánkban 3 hónapos csecsemőről számolunk be, akit intézetünkben meningeomával operáltunk. Ezzel kapcsolatban a csecsemőkori agydaganatok korszerű kivizsgálását is elemezzük.

Esetismertetés

1983. 02. 03-án született kisleány, első, zavartalan terhességből. 10 hetes korában láztalan állapotban zajlott le az első eszméletvesztéses rosszullét, majd ezek ismétlődtek. Emiatt került felvételre gyermekosztályra, ahonnan intézetünkbe irányították tumor cerebri gyanújával. Ekkor 3 hónapos volt.

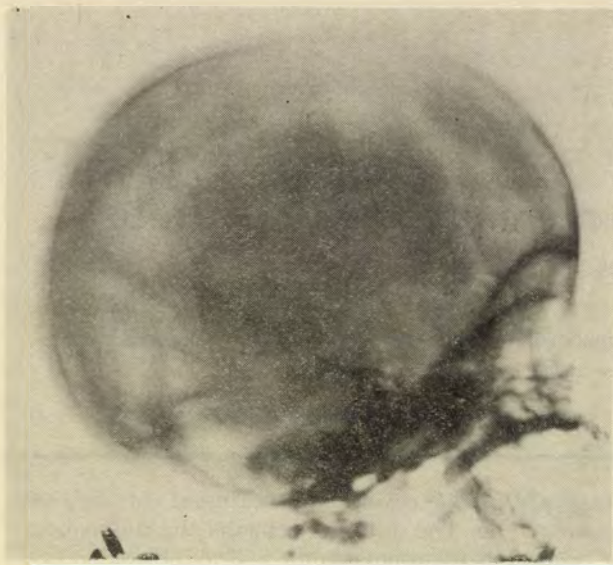
Statusából: Fkf: 39,5 cm. Mkf: 37,5 cm. Nagyku-tacs átmérője 3x4 cm, laza. Tarkó szabad. Pupillák kerek, egyenlők, közepesen tágak, fényre jól reagál-

nak. Szemmozgások szabadok, conjugáltak, nystagmus nem észlelhető. Arcaszimmetria nem észlelhető. Acustico-palpebralis reflex kiváltható. Uvula a középvonalban, kétoldalt közepesen élénk lágyszájpad és garatreflex, nyelés zavartalan. Testszerte közepesen élénk mélyreflexek, a végtagok izmaiban normotonia, antigravitációs mozgások pronalt, supinalt horizontális helyzetben szimmetrikusak. Ülésbe húzásnál fejét kissé hátraejti. Hasrafektetve fejét emeli. Rálépési reakció kiváltható, az elemi járást nem végzi. Fogóref-



B.T. ♀ 3 hónapos

1. ábra: 16 csatornás EEG regisztrátumon kifejezett epileptikus működészavarra utaló eltérés nem látható. A regisztrátumon a standard jelzések láthatók.



2. ábra: Oldalirányú koponyafelvétel jól látható a suturális.

lex kényszermegragadás mindkét oldalt élénk. Moro-reflex kiváltható, szimmetrikus.

Vizsgálati adatok:

EEG: (1. ábra) megtartott háttértevékenység mellett, melyben gócos eltérés nem látható, epileptikus működészavarra utaló elektrokromos jel biztonsággal nem állapítható meg.

Kétirányú koponyafelvétel: (2. ábra) a suturák szétváltak, sella normális nagyságú, ép contourú.

Echo-tomographia: (3. ábra) baloldali parieto-temporalisan lebevezett, solid echogenitászú terime, amely a középvonalat és a kamrákat is dislocalja. A környező agyszövetből jól, esetleg tokkal elhatárolt. A képlet nagysága kb. 5x6x7 cm. A képletben vérzésre, liquorgyülemre utaló eltérés nem látható. Az echovizsgálat alapján baloldali térfoglaló elváltozásra lehet gondolni, vérzés nagy valószínűséggel kizárható.

Computer tomographia: (4. ábra) az oldalkamrák kifejezetten balról-jobbra tolódtak. A rutinfelvételben baloldalon, temporo-parietalis jelentős nagyságú, hypodens terület, mely kontrasztanyag adása után homogen hyperdens területként tűnt fel. Ennek alapján valószínűvé vált, hogy a baloldali temporo-parietalis térfoglaló folyamat tumoros eredetű. Ez a lelet az echo-tomographia által felvetett diagnózist megerősítette, de egyik vizsgálat sem döntötte el egyértelműen, hogy extra vagy intraparenchymalis folyamatról van-e szó. Ezért carotis angiographia elvégzését tartottuk szükségesnek.

Baloldali percutan carotis angiographia: (5. ábra) temporalis-lateralisan elhelyezkedő extracerebralis térfoglaló folyamat.

Vizsgálataink alapján extracerebralis térszűkítő folyamatot állapítottunk meg; 1983. V. 20-án baloldali temporo-parietalis craniotomiát készítettünk és a Sylvius árokban elhelyezkedő meningeomát totalisan eltávolítottuk. Nagysága kb. 5x7 cm volt (6. ábra).

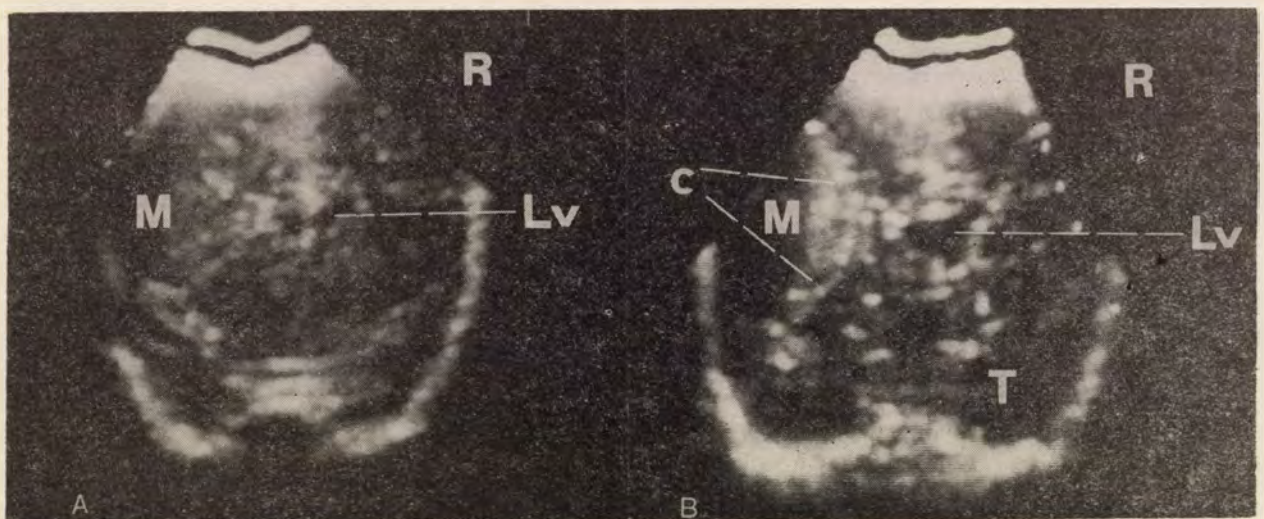
Műtétet követően az agykamrák liquorterében gyulladásos reakció zajlott le, amiért többször végeztünk kamrapunctiót. Egy punctio alkalmával intraventricularis haematoma képződött. Ennek gyógyulása után hiányos liquorfelszívódás miatt hydrocephalus jött létre, amelyet baloldali ventriculo-atrialis shunttel megoldottunk.

A gyermeket intézetünkben jobb oldali hemiparesissel bocsátottuk el műtétet követően, epileptikus roszullétei miatt az anticonvulsiv therápiát folytatjuk. Jelenleg rehabilitációs kezelésben részesül.

Megbeszélés

A diagnosztika fejlődésével párhuzamosan évről évre több gyermekkori agydaganatot diagnosztizálunk. Évente ez a szám hazánkban kb. 70–80-ra tehető (6). A diagnózisra került esetek növekedése különösen érvényes a csecsemőkorra, mert korábban a megterheléssel járó vizsgálati módszerek alkalmazhatóságát a csecsemő szervezetének kisebb teherbírása korlátozta. Az újabb módszerek, így a CT és a nyitott kútcas mellett az echo-tomographia döntő fordulatot hozott.

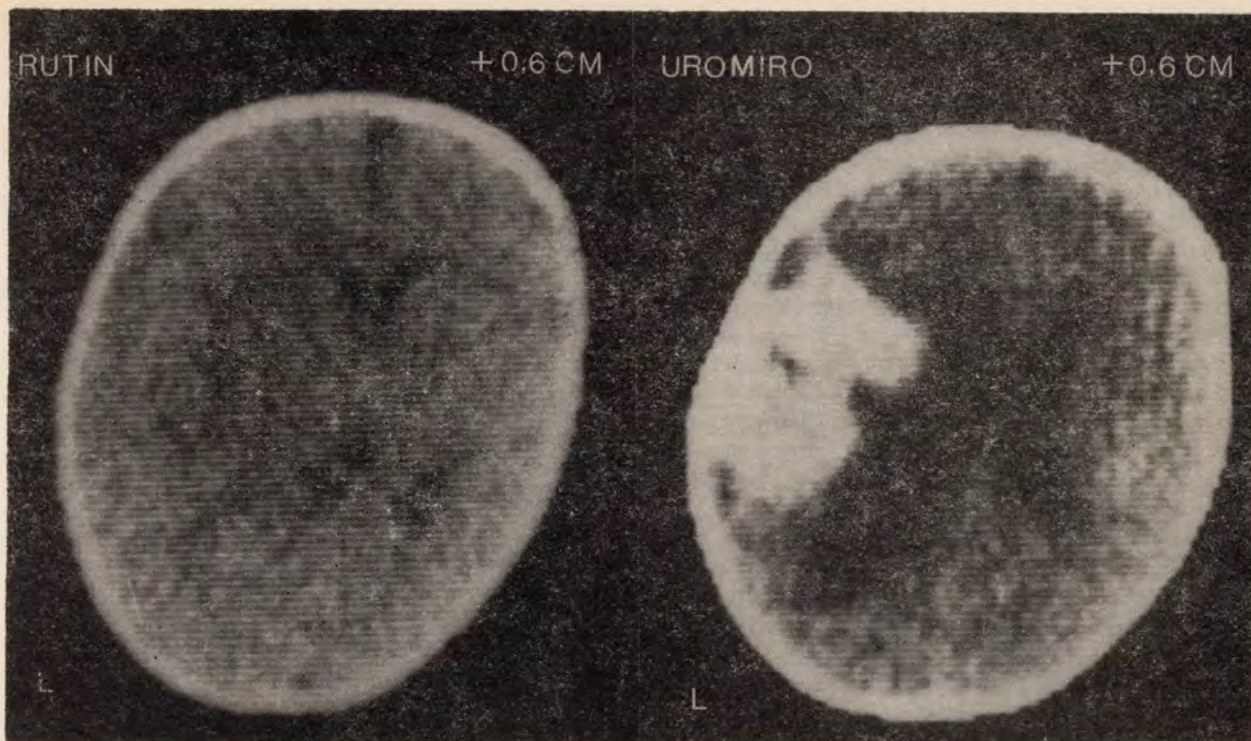
Sok csecsemőkori agydaganat jelentős nagyságra nőhet anélkül, hogy komolyabb neurológiai



3. ábra: Echotomographia: nagykútcason keresztül végzett vizsgálat standard síkban

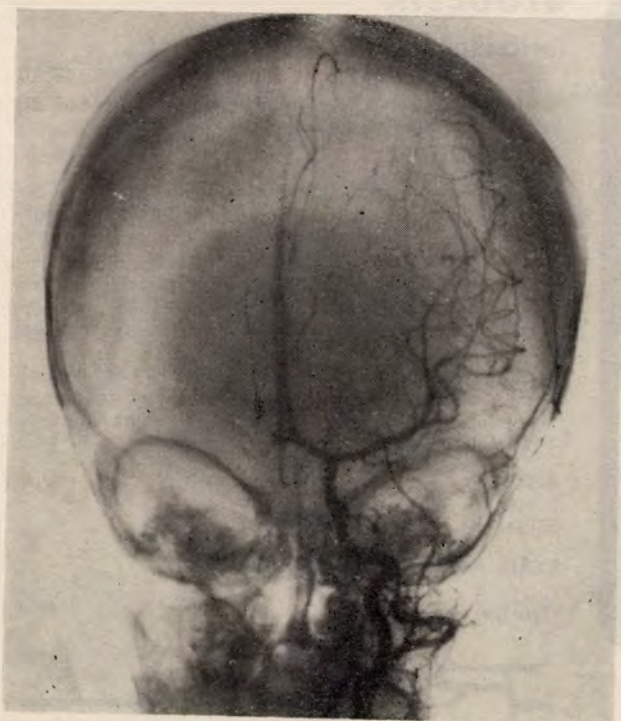
a) A sutura coronaria – külső hallójárat síkjához képest hátrafelé döntött frontális síkmetszet, melyen az oldalkamrák elülső szarvai jól ábrázolhatók – jobb oldal felé diszlokáltak (Lv – lateral ventriculus). A bal oldali körülírt terime a thalamus síkja felett és lateral felé helyezkedik el (M – meningeoma)

b) Coronaria scan – síkjában készült frontális metszet. A bal oldalt parieto-temporalisan elhelyezkedő echogen terület jól elkülönül a környező agyállománytól (M), fokozott echogenitászú vékony capsula (c) is ábrázolható. Az oldalkamra (Lv) diszlokáció itt is megfigyelhető. (T) – Temporális lebeny.



4. ábra: CT felvételen baloldali temporális elhelyezkedésű lebenyezett, kontrasztanyag nélkül hypodensitást mutató, kontrasztanyag adására jelentősebb densitásfokozódást adó térszűkületet látunk, a homogen hyperdens terület feltételezhetően tumor.

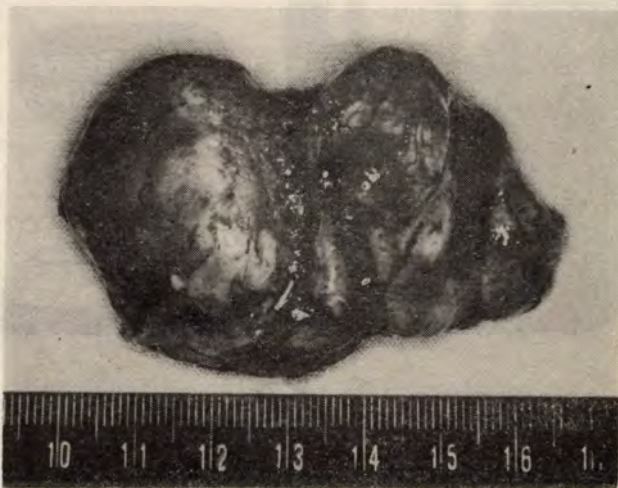
tüneteket okozna. Ennek a nagy compensációs készség a magyarázata (a koponya tágulékonyága, a nyitott kutacs, a szélesebb extracellularis terek, basalis cisternák).



5. ábra: Bal oldali percutan carotis angiographián az arteria cerebri anterior balról-jobbra dislocált, az arteria cerebri media medialis irányba nyomott. 2 cm-es érmentes terület látható a koponyacsont alatt, mely a folyamat extracerebralis elhelyezkedését támasztja alá.

A craniogramot egybevetve az anamnesissel és a csekély jeleket tartalmazó pozitív neurológiai status adataival, felvetődhet ezután az echo-tomographia, illetve a CT elvégzésének a szükségessége. Az echo-tomographia és a CT megbízhatóságát jellemzi, hogy még egy esetben sem fordult elő fals negatív lelet.

A hypertensio hátterében álló tumorról az első megbízható adatot az echo-tomographia szolgáltatta. Esetünkben a CT képek alapján az is felvetődött, hogy az elváltozás néhol intraparenchymalis is terjedhet. Az echo-tomographia extraparenchymalis folyamat mellett szólt ugyan, de ennek közelebbi diagnózisát nem tudtuk meghatározni.



6. ábra: A Sylvius árokából eltávolított meningeoma 5x6x7 cm terjedelmű.

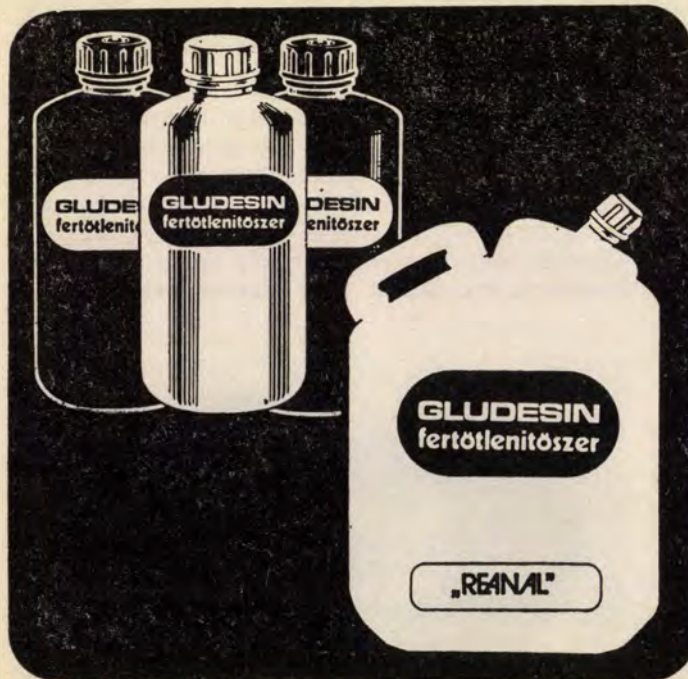
Ezért került sor a napjainkban már ritkábban használatos angiographiás vizsgálat elvégzésére. Ennek eredménye annyiban segített, hogy a továbbiakban nem fért kétség a folyamat extracerebrális voltahoz.

A csecsemőkori agydaganatok kimutatása tehát gyors, non invazív eljárásokkal lehetséges, mert a műtéti feltárás helyét megbízható pontossággal meghatározzák. Ezeknek a vizsgálatoknak az alkalmazása a műtét előtti megterhelést csökkenti, és az eredményes gyógyulást elősegíti. Úgy látszik, hogy a két modern vizsgálóeljárás — a CT és az echotomographia — egybehangelésével és megfelelő értékelésével a térszűkítő folyamat közelebbi diagnózisához is el lehet jutni. Jelen esetben is az extracerebrális daganat feltételezése — ha gondolunk rá, hogy csecsemőkorban is előfordulhat meningeoma — fölöslegessé tehetné volna az invazív CAG-ás vizsgálattal történő kiegészítést.

Csecsemőkorban esetünkhöz hasonló méretű daganatok gyakrabban járnak postoperatív és a műtéttel nem közvetlenül kapcsolatba hozható szövődeményekkel. Ezek korszerű ellátása is hozzájárul a kezeléshez és a gyógyulás nyomonkövetésében is igen jelentős segítséget nyújt az echo. valamint a computer tomographia.

IRODALOM: 1. *Farwell, J. R., Dohrmann, G. J., Flannery, J. T.*: Intracranial Neoplasms in Infants, Arch. Neurol. 1978, 35, 533. — 2. *Fessard, D.*: Cerebral Tumors in Infancy, 66 Clinicoanatomical Case Studies. Amer. J. Dis. Child. 1968, 115, 302. — 3. *Gerlach, J. és mtsai*: Padiatrische Neurochirurgie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1967, 875. — 4. *Harmat, Gy., Paraicz, E.*: Standard echotomographiás vizsgálatok az újszülött és csecsemőkori hydrocephalus diagnosztikájában. Magyar Radiológia, 1982, 56, 321. — 5. *Janisch, W., Schreiber, D., Gerlach, H.*: Tumoren des Zentralnervensystems bei Festen und Säuglingen VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1980, 208. — 6. *Paraicz, E., Szénásy, J.*: Brain tumours in infancy and childhood: a report of 843 treated cases. Acta Paediatr. Acad. Scient. Hung. 1981, 22, 251. — 7. *Raimondi, A. J. T. T.*: Brain Tumors during the First Year of Life Child's Brain. 1983, 10, 193. — 8. *Sunder-Plassmann, M., Jellinger, K.*: Neuroektodermale Hirngeschwülste im ersten Lebensjahr. Acta Neurochir. 1971, 24, 107. — 9. *Szénásy, J., Paraicz, E.*: Zur Diagnostik der Gehirntumoren in Säuglingsalter. Acta Paediatr. Acad. Scient. Hung. 1968, 9, 95. — 10. *Szénásy, J.*: Agydaganat gyermekkorban. Orv. Hetil. 1981, 122. évf. 617. sz. — 11. *Voth, D., Gutjahr, P., Langmaid, C.*: Tumours of the Central Nervous System in Infancy and Childhood, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1982, 438.

(Pásztor András dr., Budapest, Pf. 25., 1426.)



GLUDESIN

fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

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

Ára:

1 liter 58,- Ft

5 liter 264,- Ft

KERJE RESZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.



A progresszív érsebészeti ellátás

Jelen levélben az 1979-ben kiadott (Orvosi Hetilap: 1979, 120, 1141) „Az alapszintű érsebészeti betegellátásról” című módszertani levél alapján határoztuk meg azokat a tennivalókat, amelyek az érbetegek ellátásában szükségesek a progresszív betegellátás különböző szintjein. A leírtakat általános követelményrendszernek tekintjük. Összetevőit az érsebészeti ellátásért felelős szervezeti egységek saját szintjükön a helyi sajátosságok és lehetőségek tükrében fokozatosan érvényesítsék.

Az érbetegellátás alapvető elemei megjelennek az alapellátás orvosának (körzeti, üzemi o.) munkájában. A körzeti/üzemi orvos vizsgálata kiterjed valamennyi nagy értörzsre és a végtagok peripheriás arteriáira. Rögzíti a tapintási és a hallgatósági leletet, a vérnyomás értékét, valamint a vénás/nyirokrendszer statusát. A körzeti/üzemi orvos az érbetegségekre utaló tünetekkel jelentkező beteget a panaszok jellegétől és a fizikális vizsgálat leletétől függően belgyógyászati vagy sebészeti szakrendelésre irányítja.

A városi (fővárosi) rendelőintézet szakrendelés orvosának hatáskörébe tartozik a megyei szintű ellátást biztosító intézmény szakambulanciájára történő irányítás, célszerűen — ahol erre lehetőség van — belgyógyászati angiológiai vizsgálat céljából.

A megyei (fővárosi) angiológiai vagy érsebészeti speciális szakrendelés a vizsgálat eredményétől függően

a) a beteget gyógyszeres kezelési utasítással ellátva visszairányítja a körzetbe (problematikus esetben a regionális szintű ellátást nyújtó intézettől szakvéleményt kér),

b) konzervatív kezelés céljából belosztályon való elhelyezését javasolja,

c) műtéti kezelés szüksége esetén

— acut esetben felvételes érsebészeti osztályon helyezi el,

— felvételre előjegyzi speciális érsebészeti ágyaira,

— nagyobb felkészültséget igénylő esetben (ha pl. percutan transluminális angioplastica is szóba jön), a beteget a regionalis ellátást biztosító intézetben helyezi el.

Az érsebészeti szakvizsgálatot el kell végezni minden

— érsérülés vagy ennek gyanúja,

— acut ischaemiás állapot (embolia, arteriális thrombosis),

— 300 méternél kisebb dysbadiás indexszel járó chronikus ischaemiás syndroma,

— a zsigeri arteriák stenosisára utaló klinikai jelek,

— angiodysplasiák,

— lymphoedemák,

— heveny vénás keringési zavar és minden olyan fokú chron. vénás keringési zavar esetén, amely a beteget életvitelében gátolja, vagy korlátozza, valamint

— minden olyan esetben, amelyben valamely említett kórkép fennállására gyanú merül fel.

Bár a jelenlegi beutalási rendszer az érsebészeti művelését elsősorban a megyei kórházak sebészeti osztályaira alapozza, a városi kórházak bizonyos szintű érsebészeti ténykedése nem nélkülözhető.

A városi kórházaktól az alábbi érsebészeti tevékenységet kell elvárni:

I. Érsérülés ellátása

Elsősorban nyílt sérüléssel, vérzéssel járó esetekben érvarratot kell végezni, ha

— a sérülés éles szélű és a körfogatnak csak egy részére terjed,

— vagy körkörös szakadás esetén, ha a csomók egyesítése feszülés nélkül biztosítható.

Minden egyéb esetben érpótlást kell végezni a saphena felhasználásával. Műanyagot lehetőleg ne használjunk.

Az alkar-, vagy lábszárartériák sérülése abban az esetben látható el lekötéssel, ha csak az egyik arteria sérült. Az a. brachialis és poplitea, illetve ezeknél nagyobb arteria sérülését érműtéttel kell helyreállítani. Ezeknek az artériáknak a lekötése csak akkor engedhető meg, ha

a) polytraumatizált betegnél a klinikai képet más szervek sérülései uralják és a helyreállító érműtetre fordítandó idő a beteg életét veszélyezteti,

b) nincs mód arra, hogy az érvarratot lágyrészekkel megfelelően fedjük,

c) súlyosan nocsolt, szennyezett érsérülés, illetve septikus vérzés esetén, és

d) tömegkatasztrófa esetén időtakarékoság céljából.

Törött végtagok gipszrögzítése előtt a végtag vascularis státusát a kórlapban rögzíteni kell.

Tompa, indirekt érsérüléseknél (ha shoktalanítás után a végtagon a peripheriás pulzus nem jelenik meg) angiographia szükséges, ilyenkor a beteget a megyei kórház sebészeti osztályára kell szállíttatni.

II. Klinikailag biztos embolia

A diagnózist felállító első észlelő orvos (ha ellenjavallat nem áll fenn) a betegnek 2 ml heparint ad i. v. Ebben az esetben az időfaktor jelentősége csökken, a műtét 6 órán túl is elvégezhető, ha a klinikai tünetek alapján a végtag túlélésére remény van.

Embolia mellett szól a cardialis anamnesis, viaszfehér bőr, érzés- és mozgáskiesés, normális tapintási és hallgatósági lelet a többi nagy értörzs felett.

Differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat az arteriosclerosis obliterans progressiójakor fellépő arteriális thrombosis. Ennek ellátása speciális érsebészeti felkészültséget igényel, ezért a beteget kétes esetekben angiographia és érsebészeti ellátás céljából a megyei kórházba, illetve olyan sebészeti osztályra kell küldeni, ahol a megfelelő szakellátás biztosítható. Ugyancsak ez a követendő eljárás olyan acut ischaemiás syndrománál, mint előrement érműtét után fellépő acut elzáródás vagy sikertelen embolectomia, vagy érsérülés ellátás utáni reoperatio szüksége.

III. Lumbalis sympathectomia

Nem igényel érsebészeti előképzettséget vagy műszerezettséget. Indikációja:

a) peripheriás típusú verőérelzáródások, elsősorban angiopathia diabetica, endarteritis obliterans peripheriás localisatiója, különösen, ha a poplitea pulsa-

tiója jól tapintható önálló beavatkozásként is elvégezhető (esetleg szakambulanciával való konzultáció után),

b) helyreállító érműtétek előtt vagy után, azok kiegészítéseképpen,

c) ha helyreállító érműtét localis vagy általános kontraindikáció miatt nem végezhető, és

d) ischaemiás bőrnecrosisok, peripheriás gangraenák esetében, a folyamat localizálása, a distalis amputatio feltételeinek javítása céljából.

IV. Amputatio

A városi kórházakban „nagy” amputatiót csak vitális indikáció alapján lehet végezni. Minden egyéb esetben érsebészeti konziliumot kell kérni. Leszámítva az egyértelműen irreversibilisen károsodott végtagok esetét, minden esetben angiographiával kell kizárni egy esetleges helyreállító érműtét vagy percutan transluminális angioplastica lehetőségét. Amputatio után a megmaradt végtag érsebészeti vizsgálatát minden esetben el kell végezni preventív terápiás beavatkozások mérlegelése céljából.

V. Visszérbetegségek

Városi kórházban látandó el elsősorban a primer varicositas. Az ismert, functionális próbákkal elkülöníthetők azok az esetek, amelyekben a varicectomia minden további nélkül elvégezhető és kiszűrhető az a 10–15%, akiknél érsebészeti konzilium, műszeres vizsgálat, illetve phlebographia szükséges a műtéti indicatio felállításához. A korszerű varix-műtét lényege a *crosssectomia + saphena stripping + a perforans ágak supra- vagy subfascialis ligaturája*.

Javasolt az érsebészeti szakvizsgálat (megyei szinten)

- recidiv varicositas esetén,
- postthromboticus secunder varicositasban,
- súlyos chronikus venás elégtelenségben és
- csak műszeres, illetve phlebographiás vizsgálattal tisztázható esetekben.

Acut varicophlebitis enyhe eseteiben konzervatív kezelés (járatás, kompressziós pólyával, aktív venás torna, atiphlogisticumok, esetleg antibioticumok) javasolt, a súlyos esetek ellátása érsebészeti szakképzettséget igényel.

Az acut mélyvénás thrombosis diagnosztikájának feltételeit minden osztályon (a városi kórházakban is) meg kell teremteni, mert a beteg szállítása veszéllyel jár és a kezelés nem halasztható. Ahol a feltételek adottak, Streptokinase kezelés lehetőségét ajánlatos megteremteni. Ebből következik, hogy a korszerű kezelést is helyben kell biztosítani. Ennek módszerét az Országos Sebészeti Intézet metodikai levele egyértelműen tartalmazza.

Azokat a válogatott betegeket, akiknél venás thrombectomia jön szóba, speciális érsebészeti ágyon kell elhelyezni (pl. Phlegmasia coerulea dolens) a szállításban rejlő veszély ellenére. Megfelelő heparin kezelés beállítása és az óvatossággal járó kisebb kockázattal jár, mint a nem kellő gyakorlattal végzett reconstructiv venaműtét.

A megyei kórházak sebészeti osztályainak feladata elvégezni mindazokat az érsebészeti beavatkozások

kat, amelyeket a városi kórházak feladatának is megjelöltünk, ezenkívül

1. valamennyi helyreállító érműtétet a lágyékszalagtól distalisán levő érszakaszon,
2. érsérülés ellátása után bekövetkező reoperációkat,
3. érműtét utáni acut reobliterációkat, illetve pulsaló haematomákat a femoro-cruralis szakaszon.
4. Itt látandók el azok az acut ischaemiás állapotok, amelyeknek differenciáldiagnosztikája vagy ellátása meghaladja a városi kórházi lehetőségeket, ezenkívül
5. ascendáló acut varicophlebitis, amelynél a v. femoralisba való progressio veszélye áll fenn,
6. az acut mélyvénás thrombosis thrombectomiát igénylő esetei,
7. a chronikus vénás elégtelenség szövődött esetei, amelyek phlebographiát igényelnek,
8. a felső végtagi neurovascularis syndroma miatt végzett műtétek (nyaki borda resectio, I. borda resectio, thoracalis sympathectomia stb.)

Szükséges, hogy valamennyi megyei kórház alakítson ki megfelelő angiológiai, illetve érsebészeti szakrendelést, amelynek feladata a betegek kiválogatása az adequat kezelés céljára, az operáltak időszakos ellenőrzése, gondozása.

A felsorolt műtétek feltételeinek tisztázásakor szükséges radiológiai háttér minden megyei kórházban adott, hiszen az igény legfeljebb phlebographia és percutan femoralis arteriographia.

A regionális szintű érsebészeti osztályok a városi és a megyei kórházak által végzett műtéteken kívül gyakorlatilag valamennyi érsebészeti beavatkozás végzésére alkalmasak kell hogy legyenek. Ezek:

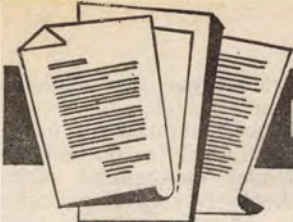
1. Valamennyi helyreállító érműtét az aorto-iliacalis szakaszon, beleértve a hasi aneurysmákat is.
2. Cerebrovascularis syndroma miatt végzett műtétek a supraoorticus értörzsek extracranialis és extrathoracalis szakaszán.
3. A hasi zsigerek műtétei (renovascularis hypertonia, mesenterialis érelzáródások).
4. Valamennyi helyreállító érműtét szövődésméneinek az ellátása.
5. A percutan transluminális angioplasticát igénylő esetek ellátása (angiológus és radiológus szakorvossal való konzultáció alapján).

A regionális központoknak rendelkezniük kell valamennyi radiológiai diagnosztikai lehetőséggel, beleértve a Seldinger-technikát is.

Az Országos Érsebészeti Intézet szakmailag abban különbözik a regionális központoktól, hogy az extracorporalis perfusio technika birtokában a mellkasi aorta sebészetének művelését is végzi.

Fő feladata az érsebészet országos szervezése, fejlesztése, szakemberek képzése, a tudományos munka és általában az érsebészettel kapcsolatos valamennyi feladat és munka végzése és koordinálása.

Országos Érsebészeti Intézet



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A Nemzetközi Sebész Társaság 30. Kongresszusa (Hamburg, 1983. IX. 4—9.).

A hamburgi Kongressz Centrumban rendkívül alapos előkészítő munkával megrendezett kongresszus tulajdonképpen több nemzetközi sebész egyesület (Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae, International Federation of Surgical Colleges, stb.) hivatalos találkozója is volt.

A találkozó fővédnökségét Prof. Dr. Karl Carstens, az NSZK államfője vállalta, aki a résztvevőkhöz intézett levelében ezt írta: A sebészeti területén elért haladás megköveteli a határokon át létrejövő állandó dialógust és a nemzetközi tapasztalatcserét.

A Société Internationale de Chirurgie (SIC) elnökének, M. Mercadiernek és a társaság főtítkárának, M. Allgöwernek bevezető szavai után Dr. Klaus von Dohnanyi, „Hamburg szabad hazaváros” polgármestere üdvözölte angol nyelvű beszédével a 61 országból érkezett 1200 résztvevőt, s tisztelettel említette a város régi híres sebészeit, Max Schedet, H. Kümmelt, P. Sudecket, G. Konjetznit.

Napjaink sebészetének valamennyi lényeges kérdését felölelte a kongresszus. A bőséges témaválaszték ismeretében a résztvevő csak sajnálhatta, hogy nem tud egy időben legalább három helyen jelen lenni, hiszen a találkozó 44 szekcióban, 7 fő szekcióban, 9 film- és 3 poszterszekcióban (91 poszter) végezte munkáját. S hogy az ebéd-időt is kihasználják, 32 luncheonpanelt is szerveztek. Ez azt jelentette, hogy kis termekben ebéd közben és után vitattak meg egy-egy témát, s így talán még közvetlenebb hangnemben fejthette ki véleményét minden résztvevő.

Ebből a hatalmas kongresszusi anyagból természetesen csak részleteket lehet kiragadni.

„Az epekövesség multidiscplináris megközelítése” elnevezésű szimpozionon, L. Debensten (USA) az epekőoldás lehetőségeit elemezve megállapította: ma még csak „résnyire nyitott ablakon” át látjuk a probléma megoldhatóságát, de a kémiai köoldás a betegek 30%-ában már ma is hatásos. Döntő a megfelelő betegek kiválasztása. Kétséget kizáróan az ursodesoxycholsav hatásosabb, mint a chenodesoxycholsav. De terheseknek ma sem ajánlható egyik gyógyszer sem. P. Rossi (Olaszország) a praeparatív diagnosztikus lehetőségeket (konvencionális radiológiai vizsgálatok, sonographia, HIDA-cholescintigraphia, ERCP, PTC, CT) értékelve kiemelte: az egyre finomodó tech-

nikák mellett is nehéz diagnosztizálni a cysticus követ, s amennyire hasznos a CT a májbetegségek, tumorok diagnosztizálásában — ugyanakkor az epeúti elzáródások lokalizálásában csak 80%-os pontosságú.

M. Mercadier (Franciaország) kitűnő filmen demonstrálta az ERCP és az endoscopos papillotomia ma már rutin eljárását. Ez utóbbival kapcsolatban új indikációként említette a heveny cholecystitis cholechoolithiasissal szövődött eseteit. Különösen a „high risk” betegeknek a műtét szorítkozzon az epehólyagkövesség megoldására (esetleg csak cholecystostomiával) — a cholechochus kő eltávolítása később történhet, endoscopos papillotomiával.

P. Tondelli (Svájc) a cholangiomanometria előnyeit tárgyalta. A choledochus kövesség intraoperatív kimutatásának módszere a pressure control cholangiographia, míg a papilla stenosis egzakta kimutatására a flow-mérés szolgál. Ha ez utóbbit farmakológiai tesztel (CCK adása) egyesítjük, ez eldönti, hogy a papilla stenosis organikus, vagy funkcionális eredetű.

L. Hollender (Franciaország) a cholangioscopiát ajánlja rutin eljárásaként a peroperatív cholangiographia után, mert „a látás: tudás”.

B. Sigel (USA) kitűnően demonstrált összefoglalójában a peroperatív sonographia lehetőségeivel foglalkozott. A műtét alatti cholangiographia előnye — szemben a peroperatív sonographiával:

1. Ma már a legtöbb helyen rendelkezésre áll.
2. Használatához már hozzászoktak.
3. Nem jelent problémát gáz az epeutakban vagy a bélcsatornában.
4. Felvilágosítást ad a papilla átjárhatóságáról is.
5. Látótérbe hozza egyszerre az egész epeútrendszer.

A peroperatív sonographia előnye viszont:

1. Kevesebb sebészi dissectiót igényel.
2. Nem kell kontrasztanyag hozza.
3. Nincs rgtg-sugárzás.
4. Olcsó.

Van néhány speciális alkalmazási területe is. Így pl. kontrasztanyag allergia, terhesség esetén is alkalmazható, igen kővér betegnél, valamint szűk, vagy lezárt cysticus esetén is információt ad.

A referátumokat élénk vita követte, hiszen valamennyi referens a saját maga által ismertett eljárást valamennyi, epekövesség miatt végzett műtét nélkülözhetetlen ki-

egésztőjének tartja. De ez nyilvánvalóan túlzás.

Az intrahepatikus epeutak betegségeinek sebészi kezeléséről G. B. Ong (Hongkong) tartott összefoglalót. Eljárása: hepatotomia, köeltávolítás, a szűkület, vagy tágulat intrahepatikus rekonstrukciója, vagy májlebens resectio.

Japán sebészek kitűnő filmekkel demonstrált előadásukban ismertették a májsebészet területén szerzett tapasztalataikat. K. Tabuse mikrohullámú szöveti coagulációs eszközt mutatott be. A 2450 MHz frekvencián működő „kés”-sel 51 májdaganat-műtétet végeztek és véleménye szerint ez az eszköz lehetővé teszi, hogy a hepatektomia csak minimális vérzéssel járjon. S. Yamasaki a cirrhotikus betegek kis májtumorainak, s ezek metastasainak szisztematikus subsegmentomiáját demonstrálta. Ennek lépései a következők. A diagnózis felállítása után a megfelelő a. hepatica ág embolizálása. Laparotomia, melynek során speciálisan erre a műtetre kialakított sonographiásfejet helyeznek a májfelszínre, és többirányban letapogatva, megerősítik a diagnózist, megkeresik a tumort és a metastasist, és az ezeket ellátó vena portae ágat. Ugyancsak sonographiás kontroll mellett ebbe a v. portae ágba festékkoldatot fecskendeznek, s így rövid idő alatt szabad szemmel is látható lesz az operáló sebész számára az elszíneződött májrészlet — ezt kell eltávolítani. A rezekátumok hisztológiai feldolgozása bizonyította, hogy nemcsak a primer tumort, hanem a v. portae mentén ülő metastasistokat, tumor-thrombusokat is eltávolították.

Külön szekció foglalkozott az emlőrák sebészetével. Szembetűnő volt, hogy a radikális megoldásokkal szemben előtérbe kerültek a kevésbé esonkító, ún. „konzervatív” műtétek. Így R. E. Hermann (USA) 1593 operált beteget ismertető előadásából kiderült, hogy az I.—II. stadiumban a „Módosított radikális” (Patey-műtét), a szimpla masztektomia és a partialis masztektomia (sectorialis excisio) műtétek 5, 10 és 15 éves túlélési eredményei közel azonosak.

A SIC kongresszusának ünnepélyes mozzanata volt a Grey Turner emlékelőadás, melyet az alkalommal G. B. Ong hongkongi professzor tartott, az oesophagus carcinoma sebészetéről. Munkássága lenyűgöző: 2074 saját operált beteget alapján ismertethette az egész problémakört! Megkérdeztem tőle később: ilyen gyakori Önöknél a nyelvöcsörák?

— Szó sincs róla — válaszolta. Csakhogy közel és távol senki sem volt hajlandó foglalkozni ezekkel a szerencsétlenekkel, én pedig megpróbáltam. S hogy milyen eredménnyel, azt mutatják a számadatak. Elhelyezkedés szerint 1116 tumor a nyelvöcső középső szakaszára, 610 az alsó szakaszára lokalizálódott, 22 esetben kettős nyelvöcső-



rákot talált. Az összes eset 43⁰/₀-ában a tumor a bronchust vagy a tracheát is infiltrálta, 11⁰/₀-ban pedig már fistulát is képzett. Az összes nyelőcsőrákot tekintve, az 5 éves túlélés, irradiáció nélkül, csak sebészeti beavatkozás esetén, 20⁰/₀-os valószínűségű. Szakaszokként pedig: a nyelőcső felső szakaszán 35⁰/₀-os, a középső szakaszon 28⁰/₀-os, alsó szakaszon 13⁰/₀-os, míg a laryngo-pharyngealis területen csak 7⁰/₀-os.

A „H₂ antagonisták mai szemmel” elnevezésű luncheon-panel ülés vezetői C. G. Clark (Anglia), J. Alexander-Williams (Anglia) és R. Menguy (USA) voltak. Adataik szerint 1981-ben néhány földrajzi területen a műtetre kerülő nyombélfekélyes betegek száma már 50⁰/₀-kal csökkent — a cimetidin alkalmazásának eredményeként. Véleményük szerint a pylorus stenosisos betegek kevésbé reagálnak a H₂ receptor antagonistá terápiaira. A stressz ulceráció kérdésében a megelőzés a legfontosabb (pulmonalis és kardialis kezelés), de nagy stressz után 6—7 nappal szinte 100⁰/₀-osnak vehető a szövődmény felépésének valószínűsége. A H₂ blokkoló kezelés utáni recidív fekélyek fele tünetmentes. A panaszokat is okozó recidívák kezelésében ismételt, legalább fél éves cimetidin kúrát javasolnak, s az esetek 30⁰/₀-ában ez eredményes. A recidív fekélyek konzervatív kezelése nem reagáló eseteiben egyértelműen műtétet javasolnak. Alexander Williams szerint ilyenkor „Rolls Royce-műtétet” kell végezni. (Miért RR. műtétet? Mert ahogy az RR. autóból a legjobb, úgy az adott esetben a truncalis vagotomia + antrektomia + Roux-Y gastrojejunostomia a legjobb, legbiztosabb).

R. Menguy szerint a cimetidin megváltoztatta a sebészi taktikát. Ő pl. vérző és igen rossz állapotban levő nyombélfekélyes betegen csak a vérzés ligálását + pylorus plasztikát + cimetidin medikációt végez — a vagotomiára esetleg később kerül sor.

Nagy érdeklődés és vita követte Szécsény professzor előadását, a krónikus pancreatitis sebészi kezelésében végzett kettős sphincter plasztika késői eredményeiről, valamint Faller J. referátumát a nyomás- és áramlásméréssel kombinált intraoperatív cholangiographiával szerzett 5 éves tapasztalatokról. Jelen referátum szerzője a postoperatív akut cholecystitis diagnosztikus és terápiás lehetőségeit ismertette.

Rendkívül érdekes volt egy orvos-történeti előadás, melyet R. S. Sparkmann (USA) tartott: „Karl Langenbuch és a világ első cholecystectomyja, Berlin 1882. július 15.” címmel.

Meg kell említeni még egy orvos-történeti előadást, de ez már a ma orvostörténelme. R. M. Zollinger (USA) tartotta „30 éves tapasztalat a gastrinoma kezelésében” címmel.

Nagy taps köszöntötte a 80 éves előadót, akinek nevét megőrzi a Zollinger—Ellison-szindróma elnevezés. Megállapítása szerint a hosszúságú túlélők endokrinológiai vizsgálata azt bizonyítja, hogy feltétlenül szükséges nemcsak a gastrin és kalciumszint ellenőrzése a gastrinomas betegeknek, hanem a prolactin, parathormon és a catecholamin kontroll is, mert az idő múlásával egyre valószínűbb, hogy más endokrin tumor is kialakul a betegeknek. A nagy tumor (gastrinoma) hiánya jó prognosztikus jel. A túlélés lehetősége növekszik, ha a soliter tumor eltávolítható, vagy adott esetben hemipancreatectomia, vagy total gastrectomia történik.

Saját 40 betegénél az 5 éves túlélés 62,5⁰/₀, a 10 éves pedig 40⁰/₀.

Ki kell emelnem, hogy a gondosan szervezett és példásan lebonyolított kongresszus mindvégig igen közvetlen, kollegiális hangnemből folyt le, az előadásokhoz mindig számosan hozzászóltak, s egy-egy megjegyzés, válasz, vagy viszontválasz után gyakran felhangzott a nevetés és a taps. A kellemes hangulatú záróbankett pedig lehetőséget adott a sok ország sebészeinek kapcsolataik elmélyítésére.

Sándor József dr.

A klinikai táplálás és anyagcsere első lipcei szimpozionja. (Lipce, 1983. szeptember 15—16.)

Vendégküldötként vettünk részt az NDK Sebész Társaság Kísérleti Sebészeti Szekciója és a Táplálkozástudományi Társaság Betegtáplálási Szekciójának közös rendezésű szimpozionján. A tudományos ülésszakot elsősorban az ottani klinikai mesterséges táplálással és diétetikával foglalkozó orvosok és diétásnővérek számára rendezték. Az előadások tárgyát a gastroenterológia és a sebészet anyagcsere-vonatkozásai, valamint a diétetika és a mesterséges táplálás időszerű kérdései képezték.

A tudományos ülés első napjának előadásai diétetikai kérdésekkel foglalkoztak. R. Reding (Rosstock) és J. Hasik (Poznan, Lengyelország) bevezető referátumai a diétás kezelés sebészeti, ill. belgyógyászati szempontjaira világított rá. A továbbiakban speciális kórkepek diétás kezelését vitatták meg a résztvevők.

A második napi előadások témáját a klinikai mesterséges táplálás, valamint a fehérje- és aminosav-anyagcsere egyes kérdései képezték. A szimpozion szervezője W. Hartig professzor bevezető előadásában a korai postoperatív mesterséges táplálás jelentőségét hangsúlyozta. Majd sorra kerültek azok a gastroenterológiai és sebészeti betegségek, melyek eredményes kezelésében a parenterális és enterális mesterséges táplálásnak helye és jelentősége van. Szovjet előadók, B. V. Biletov és A. V.

Sudjan (Moszkva) az onkológiai betegek műtéti előkészítésében és utókezelésében alkalmazott parenterális táplálással a postoperatív szövődmények csökkenését észlelték. H. Lochs (Ausztria) a Crohn-betegség adjuváns kezeléseket parenterális és enterális mesterséges táplálást alkalmazva nagy beteganyagban jelentős terápiás eredményeket ért el. A parenterális táplálás hatásáról a postoperatív külső vékonybélisipolyok kezelésében szerzett tapasztalatokról Dárdai E. tartott előadást.

A fehérje- és aminosav-anyagcsere tárgykörében kiemeltnék R. Richards (Anglia) „Az esszenciális aminosav-analógok a klinikai táplálásban” c. előadását, mely az esszenciális aminosavak szerepét új szempontok szerint értékeli. Vizsgálatai szerint az aminosavak szénvázainak bevitelével aminósav-szintézis indukálható.

A szimpozion nagy tudományos érdeklődés mellett a pontos szervezés jellemezte. Mindezt méltó környezetben, a Neues Gewandhaus épületében tartották. A tudományos ülés résztvevőit fogadta Lipce város főpolgármestere is.

Az ülésszakot követő napon vendéglátóink intézetlátogatásra hívtak bennünket csehszlovák kollégáinkkal együtt.

Hartig professzor és Schmoz docens vezetésével megtekintettük a St. Georg Kórházat, mely a Karl Marx Egyetem Orvosi Karának oktatókórháza. A meglehetősen idős épület nagyon racionálisan átépített belső terek. A nagy ágyszámú Sebészeti Klinika igen sokrétű feladatot lát el, ezen belül a tápcsatorna sebészet kiemelt szerephez jutott. Külön diagnosztikai részleg vizsgálja a betegek táplálási paramétereit és a műtéti előkészítésben ezeket a szempontokat figyelembe veszik. Itt folyik a műtött gastroenterológiai betegek gondozása és utókezelése. Az intézetlátogatást betegbemutatással tették változatosabb vendéglátóink. Ezután meglátogattuk a klinika kísérleti sebészeti laboratóriumát, ahol elsősorban aminosav- és fehérje-anyagcsere-kutatás folyik.

Gebhardt professzor vezetésével megtekintettük az Állattáplálási Kutató Központot, ahol a kísérleti sebész munkacsoport kollaborációs kutatást végez nagyobb állatokon.

Úgy éreztük, hogy a tudományos ülés jól jellemezte az NDK diétás szakemberei és a klinikusok együttműködését. Az előadásokból és a vitákból kitudt a diétás ellátás és a mesterséges táplálás fokozott jelentősége a betegek gyógykezelésében.

A lipcei St. Georg Kórház Sebészeti Klinika munkatársait a kiváló szervezésért, a gazdag program lebonyolításáért és a mély benyomásokat keltő intézetlátogatásért elismerés illeti.

Varga Péter dr.
Dárdai Ernő dr.



Perinatalis kérdések

A koraszülöttek retinopathiája: a tetemre hívott oxigén dogma. Szerkesztőségi széljegyzet: Arch. Dis. Childh. 1982, 57, 731.

Negyedszázadig tartó ujjongás követte azt az 1954. évi őszi bejelentést, miszerint az újszülöttek retrolentaris fibroplasiája és a levegő magas oxigén tartalma közötti oki kapcsolat most már biztosnak tekinthető. 1954 előtt még szélében-hosszában folyt a vita a lélegeztetésre használt oxigéntöménység hatásairól, aztán mélyeséges csend következett. 1955-ben emlékeztető futott ki New York valamennyi egészségügyi központjába ezekkel a szavakkal: „... a retrolentaris fibroplasiának tulajdonítható vakság teljes egészében megelőzhető, amennyiben a koraszülött csecsemőt távol tartják a nagy töménységű oxigénnel dúsított környezettől.” A gyermekorvosok arról beszéltek, hogy sohasem lenne szabad megengedni a 40%-nál nagyobb töménységgel végzett lélegeztetést; nem történhetik semmi baj, ha ezt is csak a klinikailag szükséges legrövidebb ideig alkalmazzzák.

Ebben a tévedhetetlenségi szendregésben azonban egyre-másra szaporodtak a kérdőjelek. Például: mi az oka annak, hogy a hyperoxiát átélő koraszülötteknek csak egy töredékében alakul ki a szem károsodása?, miért jelenik meg mindez olyan csecsemőben is (ideértve a halvaszülötteket), akik sohasem kaptak megelőzően oxigént? Valamennyi között azonban leginkább zavaró lett az a tapasztalat, hogy látszólag egyre emelkedett a vakok száma akkor, amikor mindinkább tökéletesedtek az oxigén adásának technikai feltételei. Különösen az utóbbi hozta felszínre az újabb és újabb kételkedéseket: 1. az oxigén adásának bármilyen szabályozásával sem lehetett a retinopathiát teljesen felszámolni, 2. retrospektív elemzéssel ma már világosan látjuk, hogy az oxigén-adás megszorításának első évtizedében azért volt kevés a retinopathia, mert a súlyos ártalomban szenvedő újszülöttek már az élet első órájában meghaltak; pyrrhusi volt a győzelem, 3. sohasem találták meg azt a módszert, amellyel meg lehetett volna magyarázni, hogy a koraszülöttek szemének reverzibilis kapilláris változásaiból hogyan lesz visszafordíthatatlan retinopathia.

Ekkor új vizsgálatokat kezdeményeztek, vagy régiakat újítottak fel. Ilyen volt az antioxidáns E-vitamin védőszerepének a tanulmányozása. Tapasztalták, hogy az oxigén elő-

idézte kóros retinavascularisatio csökkenthető tokoferol adásával. Két újabb állatkísérletes eredmény igyekezett új adatokat hozni az oxigén-dogmát körülvevő ellentmondásokban. Megfigyelték ugyanis a csecsemők egy csoportját, akikben súlyos retinopathia fejlődött ki, bár a belégzett levegő oxigén szintje alacsonyabb volt, mint azoké, akik mentesek maradtak a hegesező retinopathiától. Ebből arra következtettek, hogy éppen ellentétben az eddigi elképzelésekkel, az alacsony oxigén-szint lehet a felelős a szem károsodásáért. Jelentősnek látszik a másik állatkísérlet is, amely, ha további megerősítést nyer, számos eddig elfogadott nézet felülvizsgálatára kényszerít. Kutyakölykökben az oxigén adása által kiváltható vasoconstrictiót vizsgálták Aspirin kezelés közben; ez a prostaglandinok bioszintézisének a megváltozásához vezet, s következményes hegesező retinopathiát hoz létre. Ezt az első fázisban követi a retinalis vasoconstrictio, látszólag mintegy meggátlandó az elindult folyamatot. Mai ismereteink szerint ezért az utóbbi úgy tekinthető, mint az elsődleges pathologiai történések a retina megbetegedése felé vezető úton, s tulajdonképpen védekező mechanizmus. Ennek értelmében a retina károsodása is ott és akkor következnék be, ahol és amikor még éretlen a retina vasotoniája, amely a kóros noxiát távol tartani igyekszik a szövetében még éretlen erektektől. Ezek a döntőnek tűnő vizsgálatok olyan lehetőségekre is felhívták a figyelmet — a fejlődő retina érrendszerének bővebb véráramlása és ennek megfelelő fokozott nyomása —, amely akkor is megmagyarázhatja a szem hegesező folyamatát, ha az nincs kitéve a fölös oxigénnek.

Kiss Szabó Antal dr.

A perinatalis hypoxia agyi károsodásainak keletkezése. Karsch, D. (Universitäts-Kinderklinik A. Düsseldorf): Klin. Wschr. 1982, 60, 1427.

Közvetlenül a szülés előtti és utáni időben, a „perinatalis periódusban” a központi idegrendszer (CNS) különös veszélyeztetettségére már Little (1862) figyelmeztetett, mert számos perinatalis agyi károsodás keletkezésében a hypoxia jelentős szerepet játszik, és irreverzibilis károsodásokra vezethet. Az oxigénhiány foka és az agyi vérkeringés változásai a legfontosabb tényezők, amelyek a perinatalis hypoxia folytán kialakuló agyi károsodások kiterjedését és localisatióját meghatározzák. A perinatalis időszakban

a hypoxia nem izolált történés, hanem csupán a láncszeme azon praecés postnatalis szövődményeknek, amelyek erre vezettek (pl. az anya vesebetegsége; a placenta működési zavara; a köldökzsinór összenyomódása; a szülés utáni respiratorikus elégtelenség, továbbá a foetus megbetegedései stb.).

A perinatalis hypoxia agyi károsodásainak mértékét megszabó tényezők: a központi idegrendszer oxigén-toleranciája, a hypoxia oka és az előző megbetegedések, a hypoxia mértéke, az agyi vérkeringés, vizenyő és vérzések, a görcsrohamok, valamint a therapiás beavatkozások. Az akut teljes szívmegegálás mindenekelőtt az agytörzsben, a középagyban és a thalamusban vezet károsodásokra. A még megtartott agyi vérkeringés főleg corticalis laesiókat okoz. Az éretlen újszülötteken a posthypoxiás agyi károsodások főleg periventricularisan (leukomalacia periventricularis), az éretteken pedig corticalisan található; ilyenkor gyakran lép fel a károsodást súlyosbító agyvizenyő. Az agy-oedema veszélye növekedik, ha előtte (állatkísérletben) glucoset adtak, a fokozott laccat-képződés folytán. Az intracerebralis vérzések különösen gyakran mutatkoznak éretlen hypoxiás újszülötteken. A germinális matrix területén, amelynek a normális vérellátása jó, a hajszálerek igen vékony falúak. Az agyi keringési rendszer a posthypoxiás zavart autoregulatója esetén az egész test vérkeringésében nyilvánuló nyomási és térfogatváltozásoknak védtelenül van kiszolgáltatva. Eppen ezért a posthypoxiás keringési elégtelenség vagy a metabolikus acidosis inadequat kezelése az agyi károsodásokat még fokozhatja.

ifj. Pastinszky István dr.

Szokatlan baktérium által okozott septicaemia és arthritis neonatalis. Plasse, M. és mtsai (Clinique Médicale Infantile, C. H. R. G., F-38700 La Tronche): Pédiatrie, 1982, 37, 351.

Az újszülöttkori septicaemia (s. n.) klasszikus szövődménye, mint felnőtteknél is, az arthritis. A szerzők egy olyan betegről számolnak be, akin a csípőízületi arthritist (cs. i. a.) 5-ös biotípusú pasteurella multocida (p. m.) okozta.

Az újszülöttön — akinek a terhesség alatti és anyai anamnézise, a szülés normális volt — már születés után feltűnt a bal csípő fájdalomassága, de csak a 8-ik napon jelentkeztek általános tünetek: súlymegállás, étvágytalanság, láz, a fájdalom is fokozódott, hepato-splenomegalia lépett fel, színe szürkévé vált. A mérsékelt duzzanat gyulladási tünetet nem mutatott. Bár a csípőről készített röntgenfelvétel normális képet adott, punkcióval néhány csepp gennyet nyertek; ebből, valamint a vérből ismételt 5-ös típusú p. m.-t te-

nyésztettek ki, amely számos anti-biotikumra érzékenyek bizonyult. A beteg így főleg penicillin G-t kapott. Látványos klinikai javulás következett be, a hepato-splenomegalia 8—10 nap alatt eltűnt. A kezelést 40 napon át folytatták. A gyermek 2½ hónapos korban klinikailag, radiológiailag normálisnak bizonyult.

A p. m. gazdaállata a kutya és a macska, ezek révén fertőződik az ember. Felvetődik a kérdés, hogy a gyermek ante-, per-, vagy postnatalisan fertőződött-e? A szerzők áttekintik a neonatalis pasteurellosisokat, főleg a pasteurilla által okozott foetomaternalis fertőzéseket megállapítják, hogy esetükben a császármetszés után néhány nappal az anyánál gastroenteritis és hasfali gennyedés lépett fel; ezek miatt ampicillint kapott, s csak 15 nappal később — még antibiotikus ernyőben — történt tenyésztés, így az eredmény nem értékelhető. A háztartásban élő állat nem volt, az anyán sem harapás-, sem karmolásnyomokat nem találtak. Az apát egy évvel korábban kutya harapta meg. A fertőzés szokásos módja a harapás és karmolás, de lehetséges „egészséges hordozó” is, főleg a genitális szervekben. A háziállatokkal rendelkező asszonyoknál ajánlatos a gondosabb bakteriológiai vizsgálat. A kórokozó nagyon érzékeny penicillinre és ampicillinre, az újszülöttkori fertőzésekben klasszikusan használt antibiotikumra.

A szerzők esetüket — bár erre az irodalomban nem találtak adatot — úgy könyvelik el, hogy abban az anya, mint „egészséges hordozó” játszotta a fertőzés átvivőjének szerepét, akinél — éppúgy, mint listeriosisban — a terhesség a többé-kevésbé krónikus fertőzést fellobbantotta.

Kövért Béla dr.

Serratia marcescens fertőzés újszülöttsztyálon. Primavesi, R. és mtsai (Departments of Neonatology and Microbiology, Bristol Maternity Hospital): Lancet, 1982, 24, 1164.

Újszülöttsztyálon ápolt 26 ápolit közül 11 bizonyult *Serratia marcescens* hordozónak. A kórokozót orrból, köldökesonkból, rectumból tenyésztették ki. A fertőzöttek közül 5 újszülött megbetegedett. Négynek haemoculturája pozitív volt, ezek közül 2 beteg meghalt. A halál oka enterocolitis necroticans, ill. meningitis purulenta volt. A másik két septikus újszülött húgyúti fertőzése, ill. sepsise meggyógyult.

Az endemia kezdete egy 26. gestatiós hétre született újszülött fertőzőségével magyarázható. Purulens conjunctivitis, pneumóniája volt. Mind a conjunctivalis váladékból, mind a trachealis váladékból *Serratia marcescens* tenyésztett ki. Az endemia leküzdésére csak az osztály lezárását és fertőtlenítését találják alkalmas mód-

szernek. A kórokozó csak cephalosporinra volt érzékeny. A vérgáz analízáló készülékről ugyan kitenyészett a kórokozó, de serotypusa és antibioticum érzékenysége nem egyezett a betegekben kitenyészett kórokozó jellemző sajátosságaival.

Farkas Éva dr.

Hypophysis-mellékvese és testicularis functio koraszülöttekben antenatalis dexamethason kezelés után. Huhtaniemi, J. és mtsai (Departments of Clinical Chemistry, Paediatrics, and Obstetrics and Gynecology, University of Oulu, Finland): Acta Paediatr. Scand. 1982, 71, 425.

A prenatalis glucocorticoid kezelés kedvező hatása a respiratorikus distress syndroma megelőzésében ma már kellően bizonyított. Kevésbé ismert azonban az, hogy e therapia a foetus és az újszülött endocrin functióit hogyan változtatja meg. A vizsgálatok azt tisztázták eddig, hogy a glucocorticoid kezelés az anya, a foetus és újszülött cortisol, valamint az ACTH szintjét csökkenteti, és feltételezhetően emiatt ő, a szülés alatt, vagy a postnatalis napokban a stressz hatásokkal szemben védtelenebbek.

Normális körülmények között, fiú újszülöttekben a szülést követő hetekben igen élénk hypophysis-testicularis működés zajlik, amelyet az exogen steroidkezelés megakadályozhat. Ez adott okot a vizsgálatok megkezdésére.

A hypophysis-mellékvese functio ellenőrzésére az ACTH, a hypophysis-testicularis functio ellenőrzésére pedig a testosterone (T) koncentráció szinte folyamatos mérést alkalmazták. 3 újszülött csoportot vizsgáltak; kezelt koraszülötteket, kontroll koraszülötteket és időre született egészséges újszülötteket. E három csoport átlagos köldökvér ACTH koncentrációja 62—76 ng/l értékek közé esett, amelyek egy nap múlva 25—38 ng/l lettek és ezek az értékek az első hét végéig lassú csökkenést mutattak, 20—29 ng/l-nél állandósultak. Szignifikáns különbség a három csoport értékei között nem volt.

A koraszülött fiúk köldökvér T koncentrációja a kontroll csoportban $3,0 \pm 0,35$ nmol/l, a kezelt csoportban pedig $2,3 \pm 0,52$ nmol/l volt. Ezek az értékek, a szüléstől számítva egy óra múlva, közel háromszorosra emelkedtek, amelyek egy napos korban indulva fokozatosan csökkentek és az 5—10. napon érték el a mélypontot. Azután 2—3 hónapos korban ismét magas (11,4—8,5 nmol/l) értékeket találtak. A kezelt és a kontroll fiú koraszülöttek T értékei között nem volt szignifikáns különbség. Az időre született újszülöttek köldökvér T koncentrációja szignifikánsan magasabb volt, mint a koraszülötteké ($4,6 \pm 0,33$, ill. $2,7 \pm 0,46$ nmol/l). Ezzel szemben az egyórás korú T csúcs kora-

szülöttekben szignifikánsan lassúbb ütemű csökkenést mutatott az 1—3. életnapokon. 2—3 hónapos korban ismét a koraszülöttek T koncentrációja volt szignifikánsan magasabb.

A szerzők vizsgálatait szerint az ACTH és T koncentrációk némileg alacsonyabbak mások hasonló értékeinél, amit a különböző vizsgálati és számitási módszerekkel lehet magyarázni. Az értékek időbeni alakulása azonban mások korábbi adataival megegyező volt.

Mivel a dexamethasonnal kezelt koraszülöttek ACTH koncentrációja hasonló volt a kontrollokéhoz, megállapítható, hogy a kezelés nincs hatással a hypophysis-mellékvese kapcsolatra annak ellenére, hogy az újszülöttek cortisol-szintje a kezelést követően alacsony lesz. Valószínűleg arról van szó, hogy az alacsonyabb endogén cortisol-szintet a dexamethason-kezelés kiegészíti és így az össz glucocorticoid aktivitás megmarad a normális szinten. Ezt tükrözi a normális ACTH koncentráció.

A koraszülöttek T koncentrációjának viselkedéséből nyert ismeretek alapján úgy tűnik, hogy a dexamethason kezelés a hypophysis-testicularis functióra sincs hatással. A születést követő első órákban talált magas T koncentráció valószínűleg a T termelődést gátló placentalis steroidok eltűnésének, valamint az újszülött keringésben még napokig elegendő mennyiségben megmaradt HCG tevékenységének a következménye. E két ellenkező hatású hormon közötti egyensúlyeltolódás magyarázhatja tovább azt is, hogy az érett újszülöttek köldökvérében miért volt magasabb a T koncentráció. A későbbi életnapokban, valamint a 2—3 hónapos korban viszont a koraszülöttek vérében találtak magasabbnak a T koncentrációt. Ennek oka ma még ismeretlen.

Horváth Imre dr.

Az újszülöttkori fertőzések korai diagnóza C-reaktív protein módszerrel. Wauer, R. R. és mtsai (A Berlini Humboldt Egyetem Gyermek- és Belgyógyászati Klinikája): Kinderärztl. Praxis, 1982, 50, 452.

A szerzők az újszülöttkori fertőzések korai körismézésére olyan módszert kerestek, ami egyszerű, gyors és 24 órán belül eredményt ad. A C-reaktív protein (CrP) vizsgálata Anderson és McCarty módszerével megfelelt ezeknek a kritériumoknak.

Prospektív vizsgálataikat 18 hónapig végezték 362 egészséges újszülöttben. Szülés közben 84 újszülött anyjától vett vérmintában szintet meghatározták a CrP-t. Egyidejűleg vénás és kapillaris vérben (63 újszülött) és az 1—7. napon 46 újszülöttben történt vizsgálat. 103 újszülöttben, akik perinatalis fertőzésre voltak gyanúsak, többször vizsgálták a CrP-t. Egyidejűleg el-

végezték a fertőzés kimutatására az összes szokásos bakteriológiai, haematológiai és immunológiai próbát. Csak ezután kezdtek antibiotikumokat adni.

Eredmények: a köldökvérben 14 pozitív CrP volt (3,9%). A 84 szülő nő között 43 pozitív eset volt (51%). Ezen anyák gyermekeiben csak 2,4%-ban volt pozitív a köldökvérben a CrP.

Az első 36 órában pozitív CrP esetek gyakorisága egészséges újszülöttekben 20%-ra emelkedett, 72 óra múlva 0-ra csökkent. 27 fertőzésre gyanús újszülöttnél a CrP specificitása 88% és a sensitivitás 82% volt. A párhuzamosan elvégzett kvalitatív vérvizsgálattal a CrP sensitivitása kissé alacsonyabb, 78% volt. A két vizsgálat érzékenysége együtt 96%-ra emelkedett.

A fehérvérsejtszám, az IgM-szint és a kórokozó kimutatásának eredménye csak 42%, 55%, ill. 69%-ban volt pozitív.

A CrP jelentőségét az újszülöttkori fertőzésekben már mások is hangsúlyozták, de az összehasonlítást több más fertőzésre utaló vizsgálattal a szerzők tárgyalják először nagyobb számú betegen végzett prospektív vizsgálat alapján.

A CrP fiziológiás szérumprotein, a szérumban 68–8200 ng/ml között ingadozik, középtérte RIA-val meghatározva 1340 ng/ml. A köldökvérben a CrP szintje nagyon alacsony, a felnőttkorinak kb. 1/8 része. Kóros körülmények között, elsősorban gyulladásozó folyamatok kezdetén igen gyorsan emelkedik a CrP szintje, akár 3000-szeres is lehet. Ezért szűrővizsgálatra is ajánlják.

A szerzők különösen jó eredményeket akkor láttak, ha a kvalitatív vérvizsgálattal együtt értékelték és többször ismételték.

Korányi György dr.

A D-vitamin metabolitjainak kontrollja; fetomaternalis összefüggések. Delvin, E. E. és mtsai. (Genetics Unit, Montreal Shriners Hospital, Canada): Arch. Dis. Childh. 1982, 57, 754.

15 terminus előtti újszülött és 3 ikerpár sóhomeostasisát vizsgálták. Összehasonlították az újszülöttek serum-calcium, -magnesium, -phosphor-, -parathormon és D-vit. metabolitjainak koncentrációját az anyai értékekkel. Az anyai 25-hydroxy-cholecalciferol (25-OHD) és 24,25-dihydroxy-cholecalciferol

24,25(OH)₂D-szint szignifikánsan magasabb volt, mint az újszülötteké. Ez a két metabolit passzív transzport révén jut át a placenta barrieren. Az 1,25(OH)₂D szintje valamivel magasabb az anyai vérben, mint a köldökzsinór véreben. A calcium magnesium és a phosphor szintje szignifikánsan magasabb volt az anyákban és a gyermekekben egyaránt. A szerzők kimutatták, hogy az 1,25(OH)₂D szintje kor-

relált legjobban a gyermekek calcium-értékeivel. Mivel a gyermekek kissé alacsonyabb 1,25(OH)₂D szintje nem magyarázza az anyakénál lényegesen magasabb calcium- és phosphor-értékeket, feltételezhető, hogy a fetoplacentaris egység befolyásolja az 1,25(OH)₂D synthesist a fetus sószükséglete szerint. Az anyai 1,25(OH)₂ hozzájárulhat a köldökzsinór vérszintjéhez, hiszen az anyának kísérletesen normál dózisban adott 1,25(OH)₂D emelte a köldökzsinórban is a metabolit vérszintjét. A másik két vizsgált metabolitot az anyai pool biztosítja a fetus számára.

Összefoglalva: 1. A calcium, a magnesiium és a phosphor koncentráció-gradiens ellenében megy át a placenta barrieren aktív transzport révén a 31. gestatiós hét után. 2. A fetus az anyai 25(OH)D és 24,25(OH)₂D-pótlástól függ. 3. A fetoplacentaris egység valószínűleg képes befolyásolni az 1,25(OH)₂D synthesist. Pongrácz Kálmán dr.

Myasthenia congenitalis és arthrogryposis: két újszülöttkorban felismert eset ismertetése. Teysier, G. és mtsai (Service de Pédiatrie, Hôpital Bellevue, Saint-Etienne, F-42023): Pédiatrie 1982, 37, 295.

A szerzők két esetük részletes ismertetésével tárgyalják az újszülöttkorban megmutatkozó arthrogryposis (a.) és a myasthenia congenitalis (m. c.) szindróma kapcsolatát, kiemelve, hogy az újszülötteknél fellépett korlátozott ízületi mozgások (a.) esetén mindig gondolni kell m.c.-ra is, amelynél az anticholinesterase szerekek javulás érhető el.

Az a. congenitalis multiplex (a. c. m.) intrauterin mozgáshiány következménye; mértéke változó, lehet izom- vagy neurogén-eredetű. Szövettanilag könnyen elkülöníthető a jellegzetes myopathia congenitalistól. A neurogén eredetű a. c. m.-t az amyotrophia spinalistól és a radikularis neuropátiától kell elkülöníteni, ezeknél azonban az izomváltozás késve jelentkezik.

Gondolni kell iatrogén okokra is. Az anya terhesség alatti elhúzódozó curare-kezelése is létrehozhatja az a. c. m. klinikai képét. A motoros lemez károsodása is felelős lehet ezért a kórképerért. A korlátozott ízületi mozgathatóság különböző mértékű lehet és valamennyi ízületet érintheti; az izomgyengeség az arc mimikaszegénységében, nyitott szemek és száj, szopási képtelenség, nyelési zavar, mutatkozik meg; ezeket axialis hypotonia kíséri. Az anticholinesterase-teszt (0,125 mg prostigmin) már 15 perc alatt látványos javulást hoz létre: a gyermek aktív mozgásokat végez, az archaikus reflexek is visszatérnek. Az elektromyogram megerősítheti a m. c. szindróma diagnózisát. Az EEG-n meglátható tevékenység észlelhető. A diagnosztikában

igen fontos az acetylcholin antireceptor antitestek kimutatása. Újszülöttkorban a m. c. az a. szindróma képeben is manifesztálódhat, s így ezek kimutatása nemcsak diagnosztikai, hanem terápiás következményekkel is járhat, mert — mint szerzők második esetében — a prostigmin adagolása a bántalom normalizálásához is vezethet.

Kövér Béla dr.

Naloxon csökkenti az újszülöttek foetalis asphyxia okozta depresszióját. Chernick, V., Craig, R. J. (Perinatal Physiology Laboratory, Department of Paediatrics, Children's Hospital, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba R3E 0W1, Kanada): Science, 1982, 216, 1252.

Sokasodó adatok szerint az endogén opiátok fontos szerepet játszanak az asphyxiás vagy hypoxiás újszülöttek légzésének szabályozásában. Az in utero asphyxiással vált újszülöttek által mutatott tünetek közül több utánozható opiátkezeléssel: légzésdepresszió, flacciditás, csökkent reflexválaszok és spontán aktivitás. A szerzők az endogén opiátok szerepét vizsgálták asphyxiában.

Nyulak terhességük 30. napján (a terhességük 31 napig tart) 1 mg/kg naloxont vagy 0,9%-os NaCl-ot kaptak. Az 5. percben olyan kamrába helyezték az állatokat, amelyben nitrogén volt 7% CO₂-dal; a kamra ventilációja kellően gyors volt. A 8–9. percben minden állat elpusztult. A 13. percben kivették a nyulakat és a lehető leggyorsabban császármetszést végeztek, a beavatkozás nem tartott tovább 30–40 másodpercnél. Az újszülötteket számozott ketrecekbe helyezték és melegítőlámpával melegítették. Az újszülöttek alábbi paramétereit vizsgálta egy olyan megfigyelő, aki nem tudta, hogy melyik milyen kezelést kapott: légzés (szabályos, felület, gasping vagy nincs), szín (rózsaszín, halvány, cyanotikus), izomtónus (jó, csökkent, nincs), stimulálásra válasz (jó, csökkent, nincs) és általános aktivitás (jó, csökkent, nincs). A maximális pontszám 10 volt.

Mindegyik magzat túlélte az inzultust; a naloxonnal kezelt pontszáma szignifikánsan több volt, mint a kontrolloké. Az egyes pontátlagok (elől a kontrollok): 1 perc 1,9 és 2,8; 3 p. 4,8 és 6,5; 5 p. 7,0 és 8,5; 10 p. 8,5 és 9,5; 15 p. 9,2 és 9,8. A szerzők kontroll kísérletet is végeztek, amelynél a nitrogén-CO₂ keverék helyett normál levegő volt a kamrában. A sectióval világra hozott újszülöttek pontjai 1 perc után 9–10 között voltak és később sem változtak.

A kísérlet eredménye azt mutatja, hogy az in utero asphyxiás állapotba került újszülöttek rossz állapota legalábbis részben endogén opiát release következménye, a naloxon pedig elég hatásos a resusci-

tatióban. A szerzők azonban megjegyzik, hogy óvatosan kell a következtetést levonni, mert már vannak arra is adatok, hogy a naloxon nem szelektív opiát antagonistá. Nagy adag naloxon csökkenti a diazepam okozta légzésdepressziót, ami vagy azt jelenti, hogy a naloxon kompetitív a diazepam-receptorokon, vagy azt, hogy a diazepam légzésdeprimáló hatása endogén opiátokon keresztül mediálódik. Wardlaw és mtsai terminusközeli humán foetusokban magas béta-endorphin értékeket találtak és negatív korrelációt a köldökzsinórvér béta-endorphin szintje és pH-ja között. Feltehető, hogy hypoxia és acidosis hatására endogén opiátok szabadulnak fel, amelyek tovább rontják az újszülött állapotát, és ez a hatás antagonizálható naloxonnal.

A szerzők megjegyzik még, hogy az American Academy of Pediatrics a témával kapcsolatos állásfoglalásában felhívja a figyelmet arra, hogy elméletileg a naloxon rutinszerű használata fontos endogén opiátok által mediált stresszválaszokkal interferálhat.

Dohanic János dr.

A vena subclavia perkután katéterezésének elsődlegessége az újszülöttek reanimációjában. Berthier, J. C. és mtsai (Service de réanimation néonatale de l'Hôpital Debrousse et Faculté de Médecine Lyon-Nord): Pédiatrie 1982, 37, 337.

A parenterális tápláláshoz centrális vénát kell használni, ha a perifériás fejevénák tönkrementek és az umbilicalis út veszélyes (enteritis necroticans). Újszülöttkorban erre a célra leggyakrabban a vena cava superiorit használják, ez azonban műtöbéli megoldást és általános anesztéziát igényel. A vena subclavia perkután punkciójáról a szigorúan vett újszülöttkorban az irodalomban még kevés szó esett.

A szerzők 28, 2–29 napos újszülöttről számolnak be (gesztációs koruk 30–41 hét, születési súlyuk 780–3150 g), akiknél 23 esetben — emésztési zavarok, elhúzódó súlyos légzési nehézségek, öt esetben pedig cardio-vascularis kollapszus miatt — volt szükség teljes parenterális táplálásra centrális véna segítségével. Táblázaton ismertetik az indikációt; felsorolják a használt katéter paramétereit, valamint azokat az eszközöket, anyagokat, amelyek a beavatkozáshoz szükségesek voltak. Leírják a technikát és ábrán bemutatják a punctio helyét. Hangsúlyozzák, hogy a beavatkozást az inkubátorban el lehet végezni, nem kell abbahagyni a cardio-vascularis légzési és hőmérsékleti adatok folyamatos ellenőrzését, nincs szükség sem helyi, sem általános érzéstelenítésre. A nagyfokú aszepszis természetes. A punctio helye a clavicula és sternum találkozási, jobb

oldalon történik a behatolás, és a katétert Seldinger-módszer szerint helyezik el. A katéter helyét az infúzió előtt röntgenen is ellenőrzik. A mellkasi rgt-t 4 naponként ismétlik. Az infekciók veszélye miatt ismételt vértenyésvizetéseket, valamint a felhasznált eszközökről és a katéterről rendszeres leoltásokat végeztek.

A vena subclavia katéterezése 28 újszülöttről 25-nél volt sikeres (89,3%). A három esetből egyben egyáltalán nem sikerült a punctió, egyszer ismételt a vena jugularis internába jutott a katéter: egy esetben ismételt próbálkozás ellenére sem csúszott kielégítő módon a fémellenőrző a trocardban. A 25 eset közül csak néhányánál (6 esetben) fordult elő kellemetlen esemény (artériapunctió, a katéter későbbi eltömeszelődése — mindezek következmény nélkül maradtak), vagy szövödmény (anaemia, haemohydrothorax egy-egy esetben); fertőzést nem észleltek.

Az elmondottakat figyelembe véve, a szerzők a vena subclaviát ajánlják a katéter bevitelére a vena jugularis interna vagy externa helyett, már csak azért is, mert a thorax kevésbé mobilis, és az inkubátorban fekvő csecsemő ennél oldalról könnyen hozzáférhető. A vena femoralist — a fertőzések és emboliák fokozott veszélye miatt — elvetik. A jobb oldalról az inkubátorban fekvő újszülött, az inkubátor ez oldali nagyobb nyílásai miatt, jobban megközelíthető. A bevezetett katéter helyének ellenőrzésére a radiographia nélkülözhetetlen. A vena subclavia katéterezése az inkubátorban is elvégezhető, így el lehet kerülni a műtöbéli szállítást, ami az endothoracalis szonda kivételével jár, és nagyon kockázatos. Ezen túlmenően, a reanimált újszülöttnél csökkenti a kalóriás veszteséget.

Kövér Béla dr.

Hirschsprung-kórban szenvedő újszülöttnél clostridium perfringens okozta coecalis perforációval, septicaemiával és haemolysissal kísért enterocolitis. Cochat, P. és mtsai (Hôpital Debrousse, Lyon 5e, Faculté de Médecine Lyon-Nord): Pédiatrie, 1982, 37, 355.

A szerzők egy normális terhességéből időre született, érett újszülöttről számolnak be, akin 39 órában korábbi regurgitációk után valódi, epés hányások léptek fel, felfúvódott has kíséretében, amely órákkal ezt követően, magas láz mellett, fájdalmassá is vált. A hasi rgt-felvétel pneumoperitoneumot és pneumatosis intestinalist mutatott, amely főleg a colon transversus nivójában helyezkedett el. Perforált enterocolitis necroticans (ECN) diagnózisát állították fel. Széles spektrumú antibioterápia mellett sebészi beavatkozást határoztak el. A 48 órában elvégzett műtét

egy 3 mm átmérőjű, a coecumban elhelyezkedő nyílást tárt fel. 60 órában a korábban csak enyhe icterus gyorsan mélyült; 66 órában haemoglobinuria lépett fel, és a biológiai paraméterek is heveny intravascularis haemolysissre utaltak. Cseretranszfúzió ellenére a gyermek 83 órában — görcsök, hypothermia, súlyos metabolias acidosis és oligoanuria tünetei közepe — meghalt. Post mortem a haemolytikus komplement alig mérhető értéket mutatott, a cirkuláló immunkomplexek enyhén pozitívnak bizonyultak. A székletből és a vérből clostridium perfringens (C. p.) tenyésztett ki, amit a tünetmentes anya vaginális váladékából is izoláltak. Makroszkóposan a belek — a perforáció környékét kivéve — csaknem normálisak, szövettanilag a colon különböző részeiből készített metszeteken — így a coecumból készültteken is — a ganglionsejtek teljes hiányát, a perforáció környékén mikroabszcesszusokat, a colon gyulladást, az ileum diffúze nekrotizált elváltozásait észlelték. A szövettani diagnózis enterocolitis- és Hirschsprung-kórnak bizonyult.

A szerzők esetük elemzésekor megállapítják, hogy az ECN kialakulásában elősegítő tényezőként szerepelhetett a megacolon, amely a belek motilitását csökkenti, funkcionális elzáródást hozhat létre, hasi feszülést okoz, és kedvez az ischaemia kialakulásának. Ez magyarázza azt is, hogy az ECN nem veszélyeztetett, időre született újszülötteken jön létre. A korai és súlyos kialakulást valószínűen a C. p. a felelős. Ez egy Gram-pozitív, erősen anaerob kórokozó, amely maternális eredetű, és normálisan az újszülöttek székókos kórokozói után átlagban a 20-ik életnapon kolonizálja az újszülöttek beleit, kevesebb mint 10^5 mennyiségben; ilyenkor tüneteket nem okoz. A C. p. alkalikus közegben jobban fejlődik; ez magyarázza, hogy a mesterséges táplálás kedvez a szaporodásának.

Megfigyeléseik szerint a foetomaternalis fertőzést nemcsak a tünetek korai megjelenése támasztja alá, hanem az is, hogy az anyai genitáliákból sikerült a C. p.-t izolálni. A C. p. által okozott ECN-k nagyon súlyosak, az esetek 60%-ában septicaemiát hoznak létre, sajátos biológiai agresszivitásuk miatt. 12 fajta toxinját sikerült kimutatni, amelyek enzim-aktivitással rendelkeznek. Biológiai jellemzőik alapján A, B, C, D, E és F típusokat különítenek el. Gyakran társul a C. p.-fertőzéshez DIC is és haemolysis; csökken a komplement és IgM-szint. A C. p. érett és eddig egészséges újszülötteknél hoz létre ECN-t, amelynek mortalitása kisebb, mint az egyéb kórokozók által kiváltottaké, sebészi szövödmény viszont több. A C. p. a legtöbb antibiotikumra érzékeny, alkalmazásuknál óvatosság ajánlatos.

Nagyon jó hatásának tartják a friss vérrel végzett cseretranszfúziót és a friss plazmát.

Összegzésül, a prevencióban a szerzők ajánlják: 1. a 8-ik terhességi hónapban az anyáknál az aerobokra és anaerobokra a vaginális szűrést; 2. a diagnózishoz a főbb klinikai jellemzők ismeretét: nem rizikós, érett újszülöttek; a betegség röviddel a szülés után jelentkezik, a pneumatosis intestinalis rgt-nel kimutatható, coecalis perforáció gyakori; kifejezett sárgaság, és a haemolysis jeleként haemoglobinuria. 3. Biológiai alátámasztják: a haemolysis haematológiai tünetei, a komplement és IgM csökkenése, a konzumpciós koagulopátia, a kórokozó ismételt izolálása a vérből, székletből. 4. Ha a C. p. szerepe bizonyított, progresszív antibioterápia (béta-lactaminok, metronidazolok), és haladék nélkül cseretranszfúzió alkalmazása.

Kövér Béla dr.

Artériás okklúzió koraszülöttön. Urokinázéval és kis dózisú heparinnal végzett sikeres nem sebészeti kezelés. B. Schmidt és mtsai (University Children's Hospital, Freiburg): *Helv. paediat. Acta* 1982, 37, 483.

Arteria umbilicalis katéterezés után 24–95%-ban aszimptomás artériás thrombosis észlelték prospektív aortográfiák kapcsán. Az idiopathiás újszülöttkori artéria okklúzió oka ismeretlen. Hajlamosító tényezők: anyai diabetes, septicaemia, polycythaemia, dehydratio. Ismertett esetükön, 1000 g-os koraszülöttön 6 napos korban a bal alsó végtag artériás elzáródásának tünetei jelentkeztek: nem volt tapintható az arteria femoralis, poplitea, dorsalis pedis, és az oscillatio véráramlást nem mutatott ki. Köldökartérián át aortográfiát végeztek, és komplett elzáródást észleltek a bal arteria iliácán. Tekintettel a koraszülött igen kicsi súlyára, sebészi embolectomiát nem végeztek, hanem konzervatív kezelést mellett döntöttek. A streptokináze lehetséges vérzéses szövdményei miatt urokinázét adtak (10–12 000 E/kg/óra) és ezt kombinálták kis dózisú heparinnal (10 E/kg/óra). Néhány óras kezelés után a végtag elszíneződése csökkent, másnap tovább javulás volt észlelhető, és egy hét után azonos keringést észleltek, mint a másik végtagon. A kezelést a 3. héten fejezték be.

Füzesi Kristóf dr.

Computer tomographia

A gerinc CT- vizsgálatának jelentősége csontscintigraphiával nem tiposus képet adó daganatáttétekben. Harbin, W. P. (Rome Radiology Group, Róma): *Radiology*, 1982, 145, 105.

Ismeretes, hogy a csontscintigraphia érzékenyebben mutatja a csontrendszer kórfolyamatait, mint a röntgenfelvétel. Ismert rosszindulatú daganat esetén multiplex scintigraphiás elváltozások metastasisra körjelzőnek tekinthetők. Ha azonban daganatos betegben a csont-scintigraphia csak egy vagy két helyen mutat kóros aktivitást, akkor a helyzet korántsem egyszerű, hiszen ez számos, gyakran előforduló jóindulatú csontfolyamat következménye is lehet. Különösen problematikus ez a gerinc területén, ahol nagyon gyakoriak a degeneratív elváltozások, és a rgt-felvétel teljesítőképessége a korai csontdestruktio kimutatásában korlátozott. Ha daganatos beteg csontscintigraphiája a gerincben egy helyen mutat kóros aktivitást, ennek jelentősége gyakran csak biopsiával dönthető el. A szerzők nem invazív alternatívaként alkalmazzák a computer tomographiát. Három esetet ismertet, melyeknek a gerinc CT vizsgálata mutatott a csigolyatestekben olyan destruktív elváltozást, mely a röntgenfelvételeken nem volt ábrázolható, és a kérdést egyértelműen eldöntötte a metastasis irányában. Nem eldöntött kérdés, hogy a CT érzékenyebb-e a csontscintigraphiánál ezen a téren, bár bizonyos adatok az izotópmódszer fölényére utalnak. Ezért diagnosztikai problémát jelent, ha pozitív scintigraphiát mellett a CT-lelet negatív. Ilyenkor még szóba jöhet a biopsia, de talán a CT feloldóképességének további tökéletesítése változtat a helyzeten.

Laczay András dr.

A mellékvese computer tomographiás vizsgálata bronchogen carcinoma műtét előtti kivizsgálásában. Sandler, M. A. és mtsai (Henry Ford Hospital, Detroit): *Radiology*, 1982, 145, 733.

Boncolási anyagban 35–38%-ban észlelhető metastasis a hörgőrákos betegek mellékveséjében. Ezért a szerzők ilyen betegek műtét előtti kivizsgálásában rutinszerűen elvégezték ez irányban a computer tomographiát. 110 igazolt bronchocarcinomás beteg között 11-ben találtak összesen 16 mellékvesetumort, tehát 5 esetben mindkét mellékvesében volt metastasis. Ezek közül 5 betegben másutt kimutatható áttétet nem találtak. Metastasisra utal az érintett mellékvese megnagyobbodása, alakváltozása, nagyobb kiterjedés esetén szerkezetének inhomogenitása. Hörgőrákos betegek mellkasi CT vizsgálata ezért mindig kiegészítendő a mellékvesék computer tomographiájával is, ha a mellkasi elváltozások önmagukban nem utalnak esetleg műtéti ellenjavallatra. A mellékvesében kimutatható esetleges áttét már feleslegessé teheti az értelmetlen thoracotomiát, egyúttal kiinduló do-

kumentuma lehet a chemoterapia hatékonyságát ellenőrző és követő későbbi vizsgálatoknak.

Laczay András dr.

EOE-13 a máj-lép lymphoma kimutatásában. Thomas, J. L. és mtsai (M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston): *Radiology*, 1982, 145, 629.

Különböző típusú lymphoma miatt elhaltak májában több mint 50%-ban található elváltozás, de a betegség kezdeti szakában is 10–16%-ra tehető a máj érintettsége. Még gyakoribb ez a lépben, ahol a betegség kezdeti szakában 30–60% érintettségéről számoltak be. A lymphoma viscerális elváltozásainak kimutatásában a hagyományos CT-vizsgálat eredményei nem voltak kielégítőek, ezért kerestek megfelelő kontrasztanyagot az ép szövetek denzitásának fokozására. E célra alkalmazták a szerzők az EOE-13 jelű jódoilajos emulziót, mely az izotóp scintigraphiánál alkalmazott anyagokhoz hasonló mechanizmussal tárolódik a májban és a lépben. 0,2–0,3 ml/testsúlykg adagban egy óra alatt infúzióban adják be, ezt közvetlenül követi a máj és a lép CT-vizsgálata. Az ép parenchyma denzitása a májban átlag 39, a lépben 67 Hounsfield egységgel nő. Ezen belül természetesen élesen elhatárolva ábrázolódnak a kóros területek, adott esetben a lymphomás beszűrődések.

A szerzők 39 szövettanilag igazolt lymphomás betegben végezték el ily módon a máj és lép vizsgálatát. EOE-13 nélkül a CT-vizsgálat 12 utólag betegnek bizonyult lép közül csak egyben mutatott ki elváltozást. EOE-13 infusio után a CT-lelet 10 esetben pozitív volt. A két téves negatív esetben a lépben levő csomók 0,5 cm-nél kisebb átmérőűek voltak, ami meghaladja a CT feloldóképességét, egyikben az értékelés kezdeti bizonytalansága is közrejátszott. 4 beteg májában hagyományos CT-vizsgálattal is sikerült kimutatni a lymphomás elváltozásokat, de EOE-13 után két esetben kiterjedtebb folyamatot találtak. Tévedési lehetőség a máj zsíros elfajulásának hasonló EOE-13 utáni CT-képe. Az eljárásnak jelentős szerepe lehet a lymphoma stádiumának megállapításában, a kezelés megfelelő irányításában. Tudatában kell lenni annak, hogy a negatív máj- és lépélet nem zárja ki biztonságosan azok mikroszkopos nagyságrendű érintettségét.

Laczay András dr.

Vesecarcinoma angiographiája a CT korszakban. Mauro, M. A. és mtsai (Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis): *Amer. J. Roentgenol* 1982, 139, 1135.

A vesecarcinoma műtét előtti stádiumbeosztásának gyakorlati jelen-

tősége, hogy meghatározza a sebészi beavatkozás irányát és kiterjedését, esetenként elkerülhetővé teszi a már kilátástalan műtétet. Evégett tisztázni kell a daganat helyi kiterjedtségét, a vénákba vagy nyirokutakba való betörését, esetleges távoli áttéteit. Ennek leghatékonyabb módszere az arteriographia és venographia volt. Napjainkban azonban fennáll az a lehetőség, hogy megfelelő CT-technika birtokában a veserák stádiummeghatározása angiographia nélkül is elvégezhető. A szerzők ezt a kérdést elemezték 42 vesecarcinoma esetük alapján. 18 esetben computer tomographia és angiographia is történt, 9 venographia és 11 arteriographia. A 9 venographia közül 7 adott valamelyes többlet felvilágosítást a CT leletéhez viszonyítva, ezzel szemben a 11 arteriographia egy esetben sem mondott többet a computer tomographiánál. 24 esetben nem is végeztek angiographiát, a CT megnyugtató módon tisztázta műtét előtt a viszonyokat. 37 operált betegük közül 24 arteriographia nélkül került műtetre. Angiographiát csak akkor végeznek, ha a CT-lelet valamely téren bizonytalan, így elsősorban venographia jöhet szóba a vénarendszer érintettségének gyanúja esetén. Arteriographiára elsősorban therapiás embolizálás céljából kerülhet sor vagy a ritka arteriovenosus malformatio, esetleg haemangioma kizárására. Az érrendszer műtét előtti feltérképezését a sebészek a CT-leletnek ismeretében már általában nem igénylik. A korábban rutinszerűen végzett praeeoperatív veseangiographia javallati köre ezáltal jelentősen beszűkül.

LacZay András dr.

A computer tomographia megbízhatósága aorto-coronaria vénás áthidalások nyitott vagy elzáródott voltának megítélésében. Heuser, L. és mtsai (Radiologisches Institut der Universität Köln): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 619.

Az aorto-coronaria bypass műtétek eredményességének megítélése klinikai alapon bizonytalan. A döntő kérdés, az áthidalás átjárhatósága vagy elzáródása eredetileg csak coronariographiás ellenőrző vizsgálattal volt lehetséges. Ezt az invazív eljárást többen kísérelték meg CT-vizsgálattal helyettesíteni. Ennek eredményességéről megbízható képet csak nagy anyag elemzése alapján lehet nyerni. Ezért a szerzők a kölni, bonni és genfi egyetemi radiológiai klinika egyesített anyagának értékelésével kerestek erre választ. 328 beteg 611 aortocoronaria áthidalásának CT-vizsgálatát elemezték. 96 beteg 199 áthidalásának angiographiás ellenőrzése is megtörtént, ez szolgált kritikuss összehasonlítási alapul. CT-vizsgálattal nyitottnak minősít-

tették azt a bypassst, melyben a kontrasztfokozás után a natív scan-kezes képest a denzitás az aortáéval összehasonlítható mértékben emelkedett. A 611 áthidalásból a CT nyitottnak mutatott 478-at, elzáródottnak 133-at. A 199 esetben elvégzett angiographia 14 téves negatív és 10 téves pozitív CT-leletet derített ki. 139 esetben szólt a CT-lelet nyitott bypass mellett, ebből 14 angiographiával elzáródottnak bizonyult. A CT alapján elzáródottnak vélt áthidalást az angiographia 60-ból 10 esetben találta nyitottnak. Így a CT szenitivitása e vonatkozásban 92,6%, specificitása 78,1%, validitása 87,9%. A tévedésre okot adhat a kontrasztfokozás elégtelensége, a bypass csökkent átáramlása, műtermékek, összetévesztés bronchialis artériákkal, nem kielégítő tájékoztatás a műteti situsról. A CT alkalmas első vizsgálatként. Ha nyitott bypass mutat, coronariographia általában mellőzhető. Ha elzáródásra utal a CT, újabb therapiás beavatkozás előtt indokolt a coronariographia elvégzése.

LacZay András dr.

Nagy koponyaúri aneurysmák vizsgálata gyors sorozat computer tomographiával. Pinto, R. S. és mtsai (New York Univ. Med. Center, New York): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 973.

A nagy koponyaúri aneurysmák kimutatása korábban csak angiographiával volt lehetséges. A computer tomographia lehetővé tette teljes kiterjedésükben való ábrázolásukat, de a rutin CT-vizsgálat alapján is néha összetéveszthetők egyéb térfoglaló elváltozásokkal, elsősorban erősen erezett meningeomákkal. Ez különösen akkor félrevezető, ha a klinikai kép is daganat gyanúját kelti. A szerzők 5 egyéb vizsgálattal már ismert agyi aneurysma dinamikus CT-vizsgálatát végezték el. Natív scan segítségével állapították meg az elváltozás rétegét, majd 40 ml iv. kontrasztanyag befecskendezés után 1,5 másodperc időközökkel készítették egymás után 8 felvételt 4,8 sec képkapotási idővel. Az aneurysma átáramlásának időbeli lefolyását grafikusán ábrázolva hasonlították össze valamely környező artéria átáramlási görbéjével és az egyéb térfoglaló elváltozásokban észlelt viszonyokkal. Az artériával egyidejűleg kezdődő átáramlás az aneurysma rögződése esetén elhúzódó. Részben rögződött és nyitott aneurysma átáramlási görbéjén egyaránt kimutatható a görbe leszálló szárát követően a recirculációt jelző újabb csipke, ami hypervascularizált meningeoma átáramlási görbéjén hiányzik. A dinamikus computer tomographia eszerint alkalmas agyi aneurysmák egyéb térfoglaló elváltozásokkal való elkülönítésére,

aneurysmák változásának, rögződésének kimutatására, műteti beavatkozások eredményességének ellenőrzésére. Így számos esetben helyettesítheti ezen a téren is az agyi angiographiát.

LacZay András dr.

Arckoponyasérülések computer tomographiája. Zilkha, A. (Nassau County Medical Center, East Meadow): Radiology, 1982, 144, 545.

30 arckoponyasérült töréseinek vizsgálatában hasonlították össze a hagyományos röntgenfelvételek, a hagyományos rétegfelvételek és a computer tomographia teljesítő-képességét. Az anyagban a következő törésféleségek szerepelnek: a medialis orbitafal kiütéses törése 6, az alsó orbitafal kiütéses törése 11, zygomaticomaxillaris törés 5, LeFort III. 2, LeFort II. 1, lamina cribrosa törése 2, sinus maxillaris törése 1, ezenfelül 2 intraorbitális vérömleny. A hagyományos röntgenfelvételek nem mutattak ki 6 törést, ebből 2 medialis orbitafal, 2 alsó orbitafal és 2 lamina cribrosa törés volt. Hagományos rétegfelvételeken nem látszott 1 alsó orbitafal- és vitatható volt egy lamina cribrosa törés. Természetesen nem ábrázolták a hagyományos módszerek az intraorbitális vérömlenyeket sem. CT-felvételek nemcsak a szemgömbi vérömlenyeket mutatták ki, hanem a medialis és alsó orbitafal törésével esetenként szövődő szemizombecsapódás is. Ezt a leletet a műtét előtt igazolta. A coronalis síkban végzett computer tomographiát hasznosabbnak találták az axialisnál, de szükség szerint mindkét síkban elvégezték. Tapasztalataik alapján utóbb a hagyományos röntgenfelvételeket már csak CT-vizsgálattal egészítették ki, mellőzve a hagyományos rétegfelvételek elkészítését.

LacZay András dr.

Steroid okozta mellkasi lipomatosis: paraspinalis előfordulás. Streiter, M. L. és mtsai (University of Cincinnati Hospitals, Cincinnati): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 679.

Steroid-adagolás vagy endogén Cushing-szindróma során a mellkasban kialakuló lipomatosis egyes részjelenségei jól ismertek. Kevésbé ismert azonban, hogy az ilyen esetekben a gerinc körül kialakuló zsírlerakódás paraspinalis tumor vagy gyulladáshoz tartozó folyamatot utánozhatja. A szerzők két Cushing-szindrómás és egy intenzív steroid-kezelésben részesült beteg esetét ismertetik. Közös vonásuk, hogy a mellkas röntgenfelvételén és rétegfelvételeken a háti gerinc első szakasz mentén többlet lágyrészárnyék látszott, ami felvette rejtett tumor gyanúját. A kér-

dést mindegyik esetben megnyugtatóan tisztázta a computer tomographia, mely a zsírszövetre jellemző alacsony denzitást mutatott.

Lacza András dr.

A mellékvese műtét előtti CT vizsgálata nem kissejtes hörgőrák esetekben. Nielsen, M. E. és mtsai (Duke University Medical Center, Durham): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 317.

A hörgőrák pontos stádiumbecslésének prognosztikus jelentősége van, és jelentős mértékben befolyásolja a kezelési tennivalóit. Kórbonctani adatok szerint a gyógyító célú tüdőctsonkolásos műtétek után 1 hónapon belül elhaltakban az áttétek előfordulásának leggyakoribb helye a mellékvese. Ezért kissejtes tüdőrák feltételezett mellékvese-áttéteinek kimutatására korábban ajánlották a computer tomographiát. A szerzők nem kissejtes szerkezetű hörgőrákokban alkalmazták hasonló céllal 84 esetben. 15 betegben mutatott a CT mellékvese-áttétre utaló képet, 3 esetben mindkét oldalon. A 18 áttétre gyanús képlet nagysága 10 esetben 2–5 cm között volt, egy volt 5 cm-nél nagyobb átmérőjű, 5 pedig 2 cm-nél kisebb. 9 esetben egyéb áttétre is utalt a CT különböző elhelyezkedésben. Négy esetben végezték el a mellékveseképlet célzott punkciós biopsziáját, ami annak rosszindulatú áttét jellegét igazolta. Anyagukban CT-vel 21,4% gyakoriságban észleltek mellékvese-áttétet. Ez alacsonyabb, mint a kórbonctani adatok alapján ismert arány. Feltehetően azért, mert az 1 cm-nél kisebb átmérőjű áttétek kimutatása computer tomographiával már bizonytalan. Nem mondják ki határozottan, hogy tüdőrák esetekben rendszeresen elvégzendő a mellékvesék CT vizsgálata, de amennyiben áttétek keresése végett CT-re kerül sor, erre különös figyelmet kell szentelni. Az így kimutatott és tűbiopsziával igazolt mellékvese-áttét ismeretében a kezelés menete jelentősen megváltozik.

Lacza András dr.

Lateralis lumbalis porckorongsérves CT kórisméje. Williams, A. L. és mtsai (Medical College of Wisconsin, Milwaukee): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 345.

A lumbalis porckorongsérves felismerése myelographiával nehéz akkor ha tág a mellősi epiduralis tér, vagy ha a sérv lateralisan helyezkedik el. A szerzők lumbago és ischias esetek vizsgálatára 1523 esetben végeztek computer tomographiát, és 274 betegben találtak porckorongsérvet. Ebben az anyagban 14 lateralis porckorongsérvet találtak, ami vagy a foramen intervertebraleban vagy attól lateralisan helyezkedett el. Mindegyik

esetben kimutatható volt az intervertebralis foramenben lévő zsírszövet dislocatioja, ugyanakkor a durazsák csak egyetlen esetben volt deformált. A foramen szűkített volt 12 betegben, 3 esetben pedig tőle lateralisan többlet lágyrészarányék mutatkozott, 3 esetet ismeretnek. A CT-lelet jelentősége ilyen esetekben kettős. Myelographia pozitív kontrasztanyaggal végezve is teljesen normális képet mutat. Porckorongsérves gyanúja miatt végzett műtétek 80%-ában nem találtak rendellenességet annak ellenére, hogy a klinikai tünetek az ideggyök nyomására utalnak. Ezek a betegek gyakran ismételt műtétre kerülnek. Hasonló CT-képet mutathat néha epiduralis lymphoma és neurofibroma.

Lacza András dr.

A nagy nyálmirigyek computer tomographiája. Bryan, R. N. és mtsai (Methodist Hospital, Houston): Amer. J. Roentgenol. 1962, 139, 547.

76 beteg CT vizsgálatát végezték a nyálmirigyek kóros elváltozásainak tisztázása végett. A feltételezett kórisme tumor volt 43, gyulladásos folyamat elzáródással vagy anélkül 33 esetben. A kórismét műtét és szöveti vizsgálat 33, a klinikai lefolyás 15 esetben megnyugtatóan igazolta, ez a 48 eset képezi az értékelés alapját. A CT-vizsgálatot negyedik generációs scannerrel az axialis és coronalis síkban végezték esetenként kontrasztfokozással kiegészítve. Bemutatják az említett síkokban a parotis, a submandibularis és sublingualis nyálmirigy normális CT anatómiáját. Kóros anyagukban 15 jóindulatú, 12 rosszindulatú elváltozás és 20 gyulladásos folyamat szerepel, ezenkívül 1 traumás eredetű verőmenny. Magának a kóros elváltozásnak a kimutatása a computer tomographiával csaknem 100%-ban sikerült, az igazolt 48 esetben 75%-ban sikerült megállapítaniuk a kóros képletnek az arcideghez való viszonyát, ami jelentős segítség a sebész számára. A klinikai adatok részletes ismerete nélkül a kóros képződmény jóindulatú, rosszindulatú daganatos vagy gyulladásos jellegét az esetek 75%-ában tudták csak helyesen megítélni, de a klinikai adatok és a laboratóriumi leletek ismeretében ez már 90%-ban vált lehetővé.

A sialoadenitis és a rosszindulatú daganat elkülönítésében különösen a mirigy tokjának állapota segít, a tok CT-képen mutakozó áttörése ugyanis malignus folyamat mellett szól. A CT lehetővé teszi a nyálmirigy és a környezetében levő nyirokcsomófolyamat elkülönítését, ami főként a submandibularis területen nem ritka klinikai probléma. A sialographia a CT birtokában általában mellőzhető, jelentőségét megtartotta azonban az elzáró-

dásos gyulladások anatómiai viszonyainak pontosabb ábrázolása révén. A CT sialographiát csak néha tekintik indokoltnak, az esetek többségében nélkülözhető. A nyálmirigyek térfoglaló folyamatának, különösen tumorgyanúnak tisztázására első radiológiai vizsgálatként a nagy feloldóképességű computer tomographiát ajánlják.

Lacza András dr.

Az azygos-ív normális és kóros CT-képe. Smathers, R. L. és mtsai (University of Virginia Medical Center, Charlottesville): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 477.

Az azygos-ív a v. azygos azon szakasza, mely a felfelé haladó törzsből előre hajlik a v. cava superiorba való beszajadásig. Ez képezi a praetrachealis-retrocavalis tér lateralis határát, elkülöníti az adott magasságban a tüdőt a mediastinumtól. Kontrasztfokozásos CT-képeken jól ábrázolódik. Az ív helyzetét, alakját, átmérőjét, kontúrját és benne a véráramlási viszonyokat megváltoztatják normális variációk, veleszületett rendellenességek, vascularis kórképek, daganatok, nyirokcsomó-folyamatok, a mediastinum gyulladásai. A mediastinumból kiinduló térfoglaló folyamatok az ívet lateral felé, a tüdőből kiindulók medial felé tolják el. Az elsődleges vagy másodlagos rosszindulatú daganatok ezenfelül infiltrálhatják, elzárhatják, szűkíthetik. Cava-elzáródásban vagy pericarditisben az azygos-keringés megváltozhat, ez is értékelhető kontrasztfokozásos felvételeken pl. az ív intenzívebb kontrasztja képében. Ezeknek a lehetőségeknek az ismerete alapján értékes adatok nyerhetők a gátori és tüdőfolyamatok CT-képeinek elemzéséből. A szerzők normális azygos-ív, tágult azygos-ív, lobus venae azygos, a v. cava inferior veleszületett elzáródása, aneurysma aortae dissecans, mediastinalis lymphoma, pajzsmirigy-ectopia, mediastinalis tályog, nyelocsőrak, bronchuscarcinoma, sternum-chondrosarcoma, vesecarcinoma gátori áttétei által okozott azygos-ív rendellenesség CT-képeit mutatják be.

Lacza András dr.

A CT hatékonysága intrathoracalis térfoglaló folyamatok kimutatásában. Sones, P. J. és mtsai (Emory University Clinic, Atlanta): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 469.

168 beteg CT-vizsgálatát végezték intrathoracalis térfoglaló folyamat tisztázására GE 8800 scannerrel. 4,8 sec képalkotási idővel 20–24 réteget ábráztoltak, a rétegvastagság 10 mm volt. Betegeik életkora 6 hónaptól 77 évig terjedt. 135 rosszindulatú és 33 jóindulatú elváltozást mutattak ki. 154 esetük szövettanilag igazolt. A hagyományos két-

irányú röntgenfelvétellel összehasonlítva a CT 74 esetben, tehát 44%-ban biztosított jelentős többletinformációt, 65 esetben elvégzett hagyományos rétegfelvételekkel szemben a CT 15 alkalommal adott többletinformációt. A szerzők mások véleményétől eltérően a bronchopulmonalis nyirokcsomók területén is megbízhatóbbnak tartják a CT-vizsgálatot a hagyományos rétegfelvételekkel szemben. A hagyományos eljárások egyetlen esetben sem mutattak többletet a CT-lelethez viszonyítva. A CT többletinformációk segítettek valamely képlet jellegének megítélésében 26 esetben. Ezek között volt thymoma, mediastinalis parathyreoidea-adenoma, carcinoma, tályog, lymphoma, folyadékban belüli mesothelioma stb. 44 esetben az ismereteken túlmenően további rosszindulatú elváltozást mutatott ki a CT, tüdőáttéteket, mediastinalis, paratrachealis és hilusi nyirokcsomó-áttéteket, mellkasfali metastasisokat és extrathoracalis áttéteket. Gyanított kóros elváltozást kizárt 2 esetben, újabb jóindulatút talált egyben. Tapasztalataik alapján úgy vélik, intrathoracalis térfoglaló elváltozás gyanúja esetén a kétirányú mellkasfelvételt nem szükséges hagyományos rétegfelvételekkel kiegészíteni, érdemes azonnal CT-vizsgálatot végezni. A sugárterhelést méréseik alapján elfogadhatónak ítélik.

Laczay András dr.

A has CT vizsgálata Hippel—Lindau-betegségben. Levine, E. és mtsai (University of Kansas College of Health Sciences and Hospital, Kansas City): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 505.

A Hippel—Lindau-kórnak legalább 25 különböző szervi megnyilvánulását írták már le, de ezek közül hat okoz gyakran komoly gondot. Ezek a retina angiomatosisa, cerebellaris, medullaris és spinalis haemangioblastomatosis, phaeochromocytoma és vesecarcinoma. A hasi folyamatok gyakran tünetmentesek, rejtve maradnak, és csak később, előrehaladott szakban derülnek ki. Ezért fontos a nyilvánvaló manifestációk felismerése után a rejtettek kutatása. Különösen jelentős a vesecarcinoma és a phaeochromocytoma korai felismerése. A szerzők 3 család 31 tagjának hasi CT-vizsgálatát végezték el ilyen célból szűrő jelleggel. A 31 közül 17-ben találtak valamely Hippel—Lindau-kór megnyilvánulást, a retina és a kisagy angiomatosisa mellett 13 vesecysta, 4 vesecarcinoma, 5 pancreascysta és 2 phaeochromocytoma fordult elő. A hasi folyamat mindegyik esetben tünetmentes volt, csak a szűrőjellegű CT-vizsgálat eredményeként derült ki. Eredményeik alapján Hippel—Lindau-kóros betegek és családtagjaik szűrővizsgálatára célszerű és indokolt a hasi computer tomographia

alkalmazása. Ez tünetmentes egyének esetében is elvégezendő a második életévtized folyamán, mivel az eddigi adatok szerint ekkor várható az esetek többségében a hasi manifestációk megjelenése. A vizsgálat megismétlése akár évenként is mérlegelendő, mert a sugárterhelés ellenében a szóban forgó kórfolyamatok komoly veszélyei állnak.

Laczay András dr.

Neurológia

A progresszív izomdystrophia. Kuhn, E. (Medizinische Poliklinik der Universität Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 709.

A „progresszív izomdystrophia” kórisma további osztályozás nélkül ma már nem használható. A klaszifikációban különösen az izombiopsziára fámazkodunk, amelynek hisztokémiai, ultrastrukturális és biokémiai feldolgozása is szükséges.

A genetikai tanácsadás központi jelentőségű. Ezért az izomdystrophiákat öröklődési menetük alapján csoportosítja a szerző.

I. X-kromoszomális recesszíven öröklődő izomdystrophiák

I/1. A Duchenne típusú izomdystrophia. A leggyakoribb izomdystrophia típus. 4—5000 fiúszületésre jut egy eset. Patogenezisében az izomsejt plazmamembránjának a károsodása a favorizált elmélet. Kórisméséhez X-kromoszomális recesszív öröklődés kimutatása szükséges. Olyan fiúgyermeken mutatták ki, akinél az elváltozás a medenceövön indult meg, egy olyan családban, ahol valamennyi beteg 16 éves korában már járásképtelen volt. A szövettani leletet izomrost-nekrózis, rostátmérő-variabilitás, centrális magvak és mezenchimális proliferáció jellemzi. Az EMG-vizsgálat és szérum-CPK meghatározás az izombiopszia előtt végzendő el. Megfelelő családi kórelőzmény hiányában az anyán és a leánytestvéreken szérum-CPK vizsgálata javallt.

I/2. Becker—Kiener típusú izomdystrophia. A betegség később manifestálódik és lassúbb lefolyású, mint a Duchenne formában.

I/3. Emery—Dreifuss típusú izomdystrophia. E ritka forma a felkar-, váll- és disztális lábizmokat érinti és igen lassan progrediál. Már a gyermekkorban észlelhetők kontraktúrák a könyvekben és a tarkóizmokban, továbbá szív-ingerületvezetési zavarok.

II. Autoszomális recesszív öröklődésű izomdystrophiák.

II/1. Végtag-, váll-, illetve medenceövi („Gliedergerütel”) izomdystrophia. E forma ritkább, mint korábban gondolták. Kiderült ugyanis, hogy az ide sorolt esetek egy része spinális izomsorvadás,

metabolikus vagy endokrin myopathia, strukturális anomáliákkal járó myopathia vagy polymyositis. E formában az izomelváltozás a medenceöv (Leyden—Möbius-típus), vagy a vállöv izomzatán (Erb-típus) indul meg. A gyermekkorban felépő eset gyorsabban, a később kezdődő lassabban progrediál.

II/2. Kongenitális izomdystrophia. Már a születés után felismerhető a hipotónia, az izomgyengeség és a gyakori izületi kontraktúrák alapján. Gyorsan progrediál, gyakran már az első életévben halált okoz.

III. Autoszomális domináns öröklődésű izomdystrophiák.

III/1. Landouzy—Déjerine-típusú facioscapulohumeralis izomdystrophia. Rendesen az arcizmokon kezdődik: gyengül a szemzárás, a beteg nem tud fütyülni, arcát felfújni. Gyengül a karmelés, lapockái elállnak. A szérum-CPK érték normális, vagy kismértékben emelkedett. Leginkább a serdülő és fiatal felnőttkorban jelentkezik. Súlyossága az egyes családokban igen különböző. Spinalis izomatropia és polymyositis teljesen hasonló klinikai képből mutatkozhat.

III/2. Scapulohumeralis izomdystrophia. Az elváltozás a lapocka körüli és a felkar-izmokat érinti. Elkülönítendő a spinalis izomatropiától, ahol fasciculáció, neurogen EMG és izombiopsziás lelet van jelen.

III/3. Scapulooperonealis izomdystrophia. A vállövi és peronealis izmokat érinti. Spinalis izomatropia is jelentkezik ebben az eloszlásban.

III/4. Ocularis izomdystrophia. A szemizmokon kezdődik és igen lassan progrediál. A szemizmokra körlátózik vagy más izmokra is ráterjed. Bármely életkorban megjelenhet.

III/5. Oculopharyngealis izomdystrophia. Ptosis és nyelészavar jellemzi. A scapulohumeralis izmok is érintve lehetnek. A 40—60 év között lép fel.

III/6. Disztális izomdystrophia. Welander (1951) myopathia distalis tarda hereditaria néven írta le. A késői felnőttkorban a kezek izomzatán kezdődik, amit a lábizmok elváltozása követ. A myopathia igen lassan progrediál. Svédországon kívül ritkán fordul elő.

Kuhn és Schröder (J. Neurol. 1981, 226, 181.) az autoszomális recesszív öröklődésű disztális myopathia egy új típusát írták le. Vérrokon házasságból származó két fiútestvér a korai felnőttkorban betegedett meg. Az elváltozás a korábban inkább hipertrófiás lábszárimozonaton indult meg. A szérum-CK aktivitás a normális harmincszorosa volt. A szérum-CK emelkedés a fiatalabb testvéreknél már a preklinikai szakban mutatkozott.

Bekény György dr.

Epilepsia. Spero, L. (Univ. Toronto, Dept. Pharmacol., Toronto, Ontario, M5S 1A8): *Lancet*, 1982, 2, 1319.

Az epilepszia eredményes gyógyszeres kezelése azért olyan lassú és esetleges, mert a kóros tényezők nem kellő ismerete mellett az anti-epileptikumok hatásmódját sem ismerjük pontosan. A szerző vizsgálja az agy anti-epileptikumot kötő receptor-rendszerét; reméli, hogy farmakológiai alapokon mélyebb betekintést nyerünk az agyi görcskészség élettanába és adalékokat kapunk a különféle epilepsziák el-különítéséhez, kezeléséhez.

A gamma-amino-vajsav (GABA) a központi idegrendszer (KIR) fő gátló transzmittere, az agy ingerelhetőségében bekövetkező gyors változások mediátora. A GABA receptorhoz való kötődése a klorid-permeabilitás növekedése útján a nyugalmi membránpotenciált stabilizálja, izgalmi impulzusok iránti érzékenységét csökkenti. A GABA-receptor-klorid-ionofor komplexhez specifikus kötődést mutat ezenkívül egy pikrotoxinanalóg és egy benzodiazepin-kötő rész, amely az agyban hasonlóan oszlik meg, mint a GABA-klorid-ionofor komplex. A benzodiazepin receptorok újabb adatok szerint nem egységes szerkezetűek, és nincs megbízható adat a hozzájuk kötődő endogén anyag(ok)ról sem. Harmadikként a phenytoin-receptor kapcsolódik a gátló rendszerhez, az ide kapcsolódó endogén komponens (modulátor) az agyban megtalálták. Normálisan e rendszerek valószínűleg együttesen szabályozzák az agyi görcskészséget, de epilepsziás rohamok alatti és utáni biokémiai vizsgálatok is összehangolt működésük mellett szólnak. A GABA rohamot akadályozó hatásával szintetikus, a vér-agyagátont átjutó rokonvegyületei is bírnak, anti-epileptikumként azonban kompenzáló mechanizmusok kifejlődése miatt tartósan nem alkalmazhatók eredményel. Akut hatású benzodiazepin-antagonistákkal nem gátlható. A direkt GABA-mediált gátlást fokozza valószínűleg a régebben GABA-lebontást gátlóként számon tartott Na-valproát (Dépakine) is.

A benzodiazepin nem a GABA-autoreceptorokon hatnak, de hatásukat csak GABA jelenlétében fejtik ki. Az egyes epilepszia-modellekben mutatott hatásuk és a (valószínűleg háromféle) agyi receptorokhoz való kötődésük mértékének vizsgálata egyelőre nem tette lehetővé hatásmodjokról egységes elképzelés kialakítását. Phenytoin eltérő hatást gyakorol, függően a vizsgált epilepszia-modelltől és benzodiazepintől. A barbiturátok közül az altatáshoz használtak erősítik a benzodiazepin-hatást, míg az anti-konvulzív hatásuk nem. Másfelől, a legtöbb, a gyakorlatban használt anti-epileptikum kifejti hatását a benzodiazepin-receptorok blok-

kolása esetében is. A nagyszámú és részben ellentmondó adat úgy összegezhető, hogy az endogén és szintetikus anti-epileptikus vegyületek hatása többek között a benzodiazepin-receptorok rendszere felé konvergál, amely fiziológiásan részt vesz a görcskészség szabályozásában, kóros körülmények között az epilepszia kóros tényezői között szerepelhet.

A kétirányú és részletekben szintén nem tisztázott kölcsönhatások ellenére ettől bizonyos fokban különállónak tűnik a phenytoin-receptorhoz kötődő endogén tényező és gyógyszer görcsgátló hatása. Az agy szinaptoszomális frakcióihoz nanomoláris nagyságrendben kötődő gyógyszer emberben a plazma szabad phenytoin-szintjével arányos. A kötődés kloridion hatására fokozódik és ilyenkor a phenytoin-analógok és antikonvulzív barbiturátok megkötése antikonvulzív hatással arányosan változik. A phenytoin receptor endogén modulátora kb. 500 molekulásúlyú, a vér-agy-gáton átható, valószínűleg peptidtermészetű anyag. A rendszer életani szerepe nem ismert, elképzelhető, hogy normálisan a görcskészség hosszabb távú szabályozásával kapcsolatos, elégtelensége epilepsziára hajlamosít.

Elképzelhető, hogy a jövőben lehetséges lesz a benzodiazepin, GABA és phenytoin receptorok és endogén modulátoraik mennyiségi meghatározása, utóbbiak szintézise és ezáltal nagyhatású, természetes anti-epileptikumok létrehozása.

Clemens Béla dr.

A koponya hallgatózásos kopogtatása. J. R. Guarino (Veterans Administration Centre, Boise and Department of Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington): *Brit. Med. Jour.* 1982, 284, 1075.

A hallgatózásos kopogtatás egyszerűen kivitelezhető fizikális vizsgálat, mely segítségünkre lehet felszínközeli intracranialis térszűkítő folyamatok gyors kiszűréséhez, neuroradiológiai vizsgálatok indikációjának felállításához. Különösen hasznos lehet ez a gyors, non-invasív vizsgálat koponyatrauma vérzéses szövődményeinek: epiduralis, akut és krónikus subduralis haematoma gyanújának felállításában.

A vizsgálat gyakorlati kivitelezése: a vizsgáló ujjbeggyel folyamatos, egyenletes ütögetést alkalmaz a homlok középvonalában, a sinus frontalist meghaladó magasságban (a szemöldök felett legalább 3 cm-rel); eközben phonendoscoppal hallgatózik a két koponyafél szimmetrikus pontjain, figyelve a két oldal közötti tompaságbeli különbsége. A homloktól az occiputig vízszintes síkban végigmenve a fülkagylók felső szélének megfelelően,

majd ennél magasabban fekvő síkban is — mindig a phonendoscopp harangrésze átmérőjével továbbmenve — a koponya mintegy 5 perc alatt módszeresen meghallgatható.

A közlemény a módszer érzékenységet, megbízhatóságát taglalja 89, intracranialis térszűkítő folyamat irányában vizsgált beteg kapcsán, a computerizált tomographia eredményével egybevetve. Minden beteget legalább 2 személy vizsgált, egymástól függetlenül; a vizsgálok a betegek kórtörténetét és CT-leletét nem ismerték. 20 személyen (8 egészséges és 12 beteg) phonoscopyt is végeztek: ennek kapcsán a kopogtatást elektromos vibrátor standardizálva alkalmazza, a hanghullámokat echograph segítségével regisztrálják. Utóbbi módszer nehezebb, klinikai használhatósága nem jobb.

Eredmények: A 89 beteg közül 51-nek volt pozitív CT-lelete. Közülük 44-nél a hallgatózásos kopogtatás is kóros leletet adott. A 7 álnegatív leletet adó beteg közül 2 szenvedett viszonylag kis, középvonali, ill. agytörzsi tumorban, a többi 5-nél a CT pozitívítást nem térszűkítő folyamat okozta.

38 beteg CT-lelete negatív volt. Közülük 11 cerebrovasculáris icust (stroke-ot) szenvedett, a hallgatózásos kopogtatás valamennyiüknél kóros eredményt mutatott. A többi 27 személy egészséges volt, közülük 2-nek volt kóros a hallgatózásos kopogtatás eredménye (álpozitív lelet).

A vizsgált betegcsoportból 2, a szerzők által a későbbiekben kezelték közül 3 betegnek volt subduralis haematómája: a hallgatózásos kopogtatás mind az öt esetben pozitív leletet adott. Külön figyelmet érdemel a vizsgált betegcsoport csaknem felét kitevő (40) stroke-os beteg, akik közül 11-nél a CT csak diffúz cerebrális atrophiat mutatott, 11-nél pedig negatív volt. 1 kivételével valamennyi stroke-os beteg hallgatózásos kopogtatás lelete pozitív volt, e tekintetben tehát a módszer érzékenyebb a CT-nál.

Az ismertetett eredmények tükrében a könnyen elsajátítható, műszerezettséget nem igénylő, gyorsan elvégezhető hallgatózásos kopogtatás értékes kiegészítő vizsgálat a koponya intracranialis térszűkítő folyamatok kiszűrésében

Bácsy Zsolt dr.

Szerk. megjegyzés: Tudomásunk szerint a koponya kopogtatását már sok évtizeddel ezelőtt Benedek professzor még debreceni működése alatt alkalmazta.

Vírus izolálása három sclerosis multiplexben és egy amyotrophiás lateralsclerosisban szenvedő beteg liquorából. J. L. Melnick és mtsai *Lancet*, 1982, 1, 830.

PH

Fltrálható, hőre érzékeny, vírusnak tartható agens izoláltak a szerzők a címben szereplő négy houstoni beteg liquorából. 27, más degeneratív idegrendszeri megbetegedésben szenvedő beteg liquorából nem tudtak hasonló vírust izolálni. A négy izolált vírussal szemben mind a négy beteg séréuma tartalmazott neutralizáló ellenanyagokat. Ezek a neutralizáló ellenanyagok alig fordultak elő olyan betegek vérében, akikből a vírus kimutatása sikertelen volt. Az izolált vírus antigenitásában rokon azzal a „vírussal agenssel”, amit Japánban izoláltak egy subcutis myeloptico-neuropathiában szenvedő betegből.

(Ref.: A cikk látszólag a sclerosis multiplex, ill. az amyotrophias lateralsclerosis vírusaetiológiáját erősítené meg, azonban ha figyelembe vesszük, hogy a korábbi években milyen nagyszámú hasonló közlemény jelent meg, amelyek arról számoltak be, hogy spirochaetákat, mycoplasmákat, protozoonokat, különböző vírusokat, így pl. veszett-ségvírust, herpes simplex-vírust, parainfluenzavírust és koronavírust izoláltak sclerosis multiplexes betegek liquorából anélkül, hogy ezeknek a mikroorganizmusoknak az aetiologiai szerepét bizonyítani sikerült volna, akkor a most ismert cikk eredményeit is nagy fenntartással kell fogadnunk. Valószínűtlennek látszik továbbá, hogy két, a központi idegrendszert teljesen eltérő módon károsító betegség kiváltásában azonos kórokozó játszana szerepet.)

Komoly Sámuel dr.

Dermatológia — venerológia

Malathion a Pediculus humanus var. capitis fertőzés kezelésében. Taplin, D. és mtsai (Depts. of Dermatology, Pediatrics, Family Medicine, Miami, San Diego and Ministry of Health, Panama): JAMA, 1982, 247, 3103.

1976-ban 6 millió fejtetvesség került észlelésre egyedül az Egyesült Államokban. Az általa okozott egészségügyi probléma növekvőben van. A pediculid anyagoknak jelentős szerep jut a kezelésben.

A korábban eredményesen alkalmazott Lindane-ről kiderült, hogy neurotoxikus. A pyrethrinek szintén széles körben alkalmazott pediculid hatású anyagok, de ovidid hatásuk csak részleges. 1954-ben, mint mezőgazdasági és ipari insectid, egy organikus foszfát került bevezetésre, a malathion. A vegyület acetylcholinesterase bénító, de az emberre és meleg vérvű állatokra a májban történő gyors lebomlás miatt nem káros. 1971-ben Maun-der 0,25%, 0,5% és 1% diethylene glycol oldatát alkalmazta fejtetvességben. A 0,5%-os oldatot hatásosnak találták DDT és Lindane re-

sistens tetvek ellen is. A Prioderm oldat 0,5% malathion izopropil alkoholban oldva. 150 egyénen próbálták ki a Prioderm oldatot kettős vak próbában és hasonlítták össze az alkoholos oldószert hatásával fejtetvességben. A vizsgálatban részt vevő személyek átlagos életkora 9 év volt, régóta fennálló fejtetvességben szenvedtek és legalább 20 élő serke volt fejükön található.

Az oldatot 12 óráig hagyták hatni. Az ovidid és pediculid hatás szignifikánsan magas volt a malathion tartalmazó oldat esetén. Egyetlen mellékhatást észleltek csak, a pyodermás bőrlaesiók erős égését, melyet az alkoholos oldatnak tulajdonítottak. A Lindane shampoo mellett, mint alternatív kezelési módot, a szerzők feltétlenül ajánlják a Prioderm oldatot annál is inkább, mivel káros mellékhatás nélkül alkalmazható.

Szekeres Lenke dr.

A psoriasis előfordulása Kínában. Li Hong-jiang (Department of Dermatology, Capital Hospital, Beijing, People's Republic of China): Chinese Medical Journal, 1982, 95, 245.

A psoriasist igen régóta ismerik Kínában, de ennek az elterjedt bőrbetegségnek az etiológiája még napjainkban sem teljesen tisztázott. Bizonyos területeken, pl. Anhuiban nőknél és férfiaknál közel azonos mértékben fordul elő, míg máshol lényegesen nagyobb számban jelentkezik férfiakon. A statisztikai adatok szerint városokban gyakoribb a megbetegedés, mint vidéken.

A pikkelysömör jelentkezésére ható szezonális befolyás vizsgálatkor megállapították, hogy 2700 esetből 2030 télen következett be, ez az összes megbetegedés 75,18%-át jelentette, míg a nyáron fellépő megbetegedések az esetek 8,63%-át tették ki összesen. A betegség 8,70%-a nem függött az évszakoktól.

Kínában leggyakrabban a psoriasis vulgaris fordul elő. Ritkábban jelentkezik a pustularis psoriasis, a kínai irodalom összesen 34 ilyen esetről számolt be eddig. Az arthropathiás psoriasis 45, az erythrodermás pedig 23 esetben jelentkezett eddig. A pikkelysömörre vonatkozó laboratóriumi vizsgálatokat általában az orvosi egyetemek bőrgyógyászati tanszékeinek laboratóriumaiban végzik.

259 psoriasisos esetből végeztek vércémiái, májfunkciós és mellékvesekéreg-funkcióra vonatkozó vizsgálatokat. Ennek eredményeként megállapították, hogy az esetek 61,3%-ában károsodott a májfunkció, 58%-ban alacsony volt a szérum albumin-szint, 28,5%-ban a vérben levő összfehérjesszint, 13,8%-ban volt hepatomegalia, 27,2%-ban abnormális hullámok voltak az ultrahangos májvizsgálatnál. A szer-

zők megállapították, hogy a pikkelysömör valamilyen módon károsítja a májat.

Az immunológiai vizsgálatok során azt tapasztalták, hogy a celluláris immunitást károsítja a betegség. Az immunglobulinokra vonatkozó meghatározások eredményei egymásnak ellentmondóak voltak. A teljes komplementben nem találtak változást, de a C₃-as faktorban jelentős csökkenés mutatkozott.

A betegség kezelését nehezíti az a tény, hogy az etiológiája még nem teljesen tisztázott. Helyi kezelést alkalmaznak kétránykészítményekkel. Ezzel a kezeléssel egyidejűleg gyakran alkalmaznak balneoterápiát és ibolyántúli besugárzást. A szisztémás terápiában nincs egyetlen, specifikus, megfelelő kezelési mód. Kínában 1965 előtt széles körben alkalmazták az aminopterin, azóta ezt methotrexattal helyettesítik. 1973—1979 között gyakran használták a bleomycint, de a kedvezőtlen mellékhatások miatt abbahagyták. Ethylimint alkalmaznak széles körben, ez olyan antimetabolit, amely a DNA-szintézist gátolja. A pikkelysömör gyógykezelésének eredménye 3—4 nap múlva már jelentkezik, a teljes gyógyulás 4—5 hetes kezelést igényel. Fotokémiai kezelést is alkalmaznak Kínában 1977 óta.

Igen nagy erőfeszítéseket tesznek abban az irányban, hogy olyan gyógynövényeket találjanak, amelyek a betegség gyógyítására alkalmasak. Eddig a Tripterygium wilfordii, Hook-f. látszik a legjobbnak, ez gyógyítja a pustularis, arthropathiás és erythrodermás pikkelysömört. A klinikai vizsgálatok azt mutatják, hogy a gyökereiből készített kivonatokkal lényegesen nagyobb hatás érhető el, mint az egyéb gyógyszerekkel. A növény külső és belső héját, a bennük lévő erősen toxikus anyagok miatt gondosan el kell távolítani. A különböző eljárásokkal készült kivonatot 10—20 ml mennyiségben naponta kétszer adják orálisan a betegeknek. Előfordulhat, hogy hányinger, hányás és hasmenés jelentkezik a kezelteknél, de a megfigyelések szerint ez igen kis százalékban fordul elő. A kezelt személyeknél a rutin vér-, vizelet- és májvizsgálatok a legtöbb esetben normál eredményeket adnak. Ritkán, de előfordulhat leukopenia. Nőknél a hosszán tartó kezelés fennakadásokat okozhat a havi ciklusban. A szerző megállapítja, hogy a számos forgalomban lévő, s kezelésre használt szer mellett további vizsgálatok folynak, megfelelőbb anyagok klinikai ellenőrzésével a psoriasis gyógyítására.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

A benoxaprofen hatása a psoriasis bőrtünetreire. Allen, B. R., Littlewood, S. M.: Brit. Med. J. 1982, 285, 1241.

A benoxaprofen a fenilbutazonnal és az indometacinnal azonos erősségű gyulladásgátló, amely a prostaglandin-képzést alig befolyásolja, de a lipoxigenáz-rendszert gátolja, és csökkenti a gyulladásos sejtek aktivitását.

A szerzők nyílt vizsgálatok keretében 4–8 héten keresztül 13, a hagyományos kezelésre nem reagáló psoriasisban szenvedő beteget kezelték napi 600 mg benoxaprofennel. A betegek közül 4 tünetmentes lett, 4 jelentősen javult, 5-nek pedig nem változott az állapota.

A psoriasis egyik jellemző, állandó tünete a granulociták bőrbé, ill. hámba vándorlása. Ennek jól ismert hisztológiai jele a Monro abszcesszus. A granulociták aktív lipoxigenáz rendszerrel rendelkeznek és leukotrieneket képeznek. A leukotrien B₄ a ma ismert leghatékonyabb kemotaktikus anyag. A szerzők feltételezik, hogy a benoxaprofen a lipoxigenáz rendszer gátlása révén a leukociták bőrbé történő vándorlását gátolja. A leukociták psoriasisban betöltött patológiai szerepe valószínűleg azon alapul, hogy hidrolázaik révén stimulálják az epidermopoézist.

A vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a benoxaprofen alkalmas lehet egyes esetekben a súlyos psoriasis kezelésére.

Dobozy Attila dr.

Cinkhiányos bőrbetegségek. Weismann, K., Hoyer, H. (Dermat. Abt., Rigshospital, Univ. Kopenhagen): Hautarzt, 1982, 33, 405.

Cinkhiányos állapotokban a szérumban hypocinkaemia és az alkalikus foszfatáz csökkent aktivitása áll fenn. Klinikailag a beteg rossz általános állapotát, jellegzetes ekcémaszerű bőrelváltozásokat, főként a kezek, lábak, arc akráin és anogenitálisan lehet észlelni. A cinkhiány heveny eseteiben a bőrtünetek hólyagsás-hólyagos, idült lefolyás alkalmával parakeratikus-psoriasisszerű formát öltenek. Májcirrhosisos esetekben és szerzett cinkhiányokban (elégtelen cinkkiadást vizelettel vagy verejtékkel történő fokozott kiválasztás miatt, vagy rossz felszívódás, rossz táplálkozás stb. miatt) a bőrijelenségek eczème craquelée-re emlékeztetnek és társulhat hozzá alopecia, hajelváltozás és a körmökön Beau-barázdák. Súlyos cinkhiány esetében a kezelést infúzióval lehet kezdeni (10–20 mg ZnSO₄·7H₂O naponta). A per os cinkkezelést nagy adaggal (145–150 mg naponta) célszerű kezdeni. Mivel a nagyadagú hosszán tartó cinkkezelés a rézanyagcserét befolyásolhatja, csupán akrodermatitis enteropathica (veleszületett autoszomalisan recesszív örökletes bélből történő cinkfelszívódás hiánya) eseteiben javallt.

Korossy Sándor dr.

Bullusos pemphigoid. Autoantitestek, keringő immunkomplexek és dermoepidermális lerakódások korrelatív tanulmánya. Gomes, M. A. és mtsai (Hôp. E. Herriot, Lyon): Brit. J. Derm. 1982, 107, 43.

A szerzők 20 bullusos pemphigoidban (BP) szenvedő beteg esetében a szabad membrana basalis zóna elleni antitestek, a keringő immunkomplexek és a dermoepidermális lerakódások viszonyát tanulmányozták. Mind a 20 betegben a membrana basalis zónában IgG és ill. vagy C₃ lerakódást találtak. Abban a 8 betegben, akiknél nem volt szabad membrana basalis zóna elleni antitest kimutatható, in vivo a C₃ és ill. vagy C_{1q} festődés volt pozitív és a keringő immunkomplexek magas titerben fordultak elő. Másrésztől szabad membrana basalis zóna elleni antitest mellett csupán egy esetben volt kimutatható keringő immunkomplex. Szabad basalis zóna elleni antitest általában a C₁ és ill. vagy C₃ lerakódás és kimutatható immunkomplex hiányával járt együtt. Másrésztől, ha szabad membrana basalis elleni antitest nem volt kimutatható, magas titerben fordult elő immunkomplex és C₃ és ill. vagy C₁ lerakódás kíséretében. A leletek magyarázata a szerzők feltételezik, hogy a károsodott szövetből felszabaduló membrana basalis zóna antigének a szabad antitestekkel kombinálódnak, a vérben komplexek képződnek és így elhasználódik a szabad antitest. Ez lehet továbbá annak a magyarázata is, hogy a betegség aktív szakában miért nem lehet minden esetben kimutatni szabad membrana basalis zóna elleni antitestet.

Korossy Sándor dr.

Pemphigus előidézése passzív átvitel útján újszülött egerekben. Anhalt, G. J. és mtsai: N. Engl. Jour. Med. 1982, 306, 1189.

A pemphigus vulgaris (P.) bőrön és nyálkahártyákon jelentkező, gyakran végzetes kimenetelű hólyagos megbetegedés. Az intraepithelialis történés: akantolízis. Immunfluorescens technikával IgG ellenanyagok mutathatók ki, melyek részben a megbetegedett epitélium sejtjeihez kötődnek. A betegség mindeddig nem volt laboratóriumi állatokon reprodukálható. A szerzők pemphigusos betegek szérumának IgG frakcióját újszülött egereknek fecskendezték be intraperitoneálisan. 55 egerből 39 esetben léptek fel bőrtünetek, míg a kontroll csoportban, melyben normál IgG-t alkalmaztak, egyetlen esetben sem. 18–72 óra múlva jelentkeztek az első hólyagos jelenségek, pozitív Nikolsky-tünettől. Szövettenileg a kép különböző volt attól függően, hogy 12 mg/g/napnál kevesebb, vagy több volt az egernek beadott IgG mennyisége. Kisebb adag esetén intraepidermalis

hólyagok jelentkeztek suprabazális akantolízissel. Nagyobb adag után keratinocita nekrozis jelezte a súlyos epidermális károsodást. A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy a keringő ellenanyagoknak patogenezisük szerepük van a betegségben. Humán immunglobulinok passzív átvitelle útján más autoimmun folyamatokat is lehet állatokon előidézni, pl. Goodpasture-szindróma, myasthenia gravis, bullusos pemphigoid. A szerzők úgy vélik, hogy a p. vulgaris is egy példája az emberi autoimmun betegségeknek laboratóriumi állatokra való átvitelére.

Domonkos Róbert dr.

Pemphigus. Provost, Th. T. (Szerk. közl.): N. Engl. Jour. Med. 1982, 306, 1224.

Pemphigus (p.) a bőrbetegségek egy csoportjának általános neve, melyet a sejtek közti normál adhézió elvesztéséből adódó intraepidermális hólyagképződés jellemez (akantolízis). Négy formája ismeretes: p. vulgaris, p. vegetans, p. foliaceus és p. erythematosus.

1964-ben Beutner és Jordan kimutatták, hogy a p. betegek széruma és bőre IgG autoellenanyagot tartalmaz, mely mintegy feloldja az epidermis intercellularis cementjét. 1977-ben Michel és Ko emberi bőr szervkulturát p. beteg szérumával inkubáltak, s. p. szerű intraepidermalis hólyagok keletkezését figyelték meg. Úgy tűnik, hogy a p. vulgarisban ellenanyag által kiváltott proteolitikus enzimek oldják fel a sejtek közti kötődést. Anhalt és munkatársai egyenes összefüggést találtak az akantolízis foka és a p. ellenanyag titere között.

Fentiek klinikai jelentőségét mutatja, hogy az ellenanyag szint követése hasznos irányítója lehet a terápiának. Ha nem mutatható ki a szérumban v. a bőrben, a kezelés csökkenthető, ill. átmenetileg elhagyható. A betegség kezelésében az immunoszuppresszív, ill. kortikoszteroid terápia bevált, bár az öt éven túli mortalitás 8–10%, és nagyrészt a kezeléssel függ össze. Új vizsgálatok szükségesek a p. ellenanyag célzott eliminálására.

Domonkos Róbert dr.

D-penicillamin által provokált pemphigus. Kísérleti megközelítés szövettenyészetben. Ruocco, V. és mtsai (Clin. Dermat., I. Faculta di Medicina, Napoli): Dermatologica, 1982, 164, 236.

A szerzők annak vizsgálatára, hogy D-penicillamin hogyan provokál pemphigust, egészséges emberi bőr szövettenyészetéhez különböző töménységben D-penicillamint adtak. Ily módon sikerült a pemphigusos szérum által provokált akantolízis hasadáshoz hasonló elváltozást kiváltani. Ebből arra

következtetnek, hogy a D-penicillamin által provokált pemphigus biokémiai mechanizmus alapján jött létre s nem volt szükség antitestek jelenlétére. *Korossy Sándor dr.*

Hosszan tartó dialízis kezelésben részesülőknél fellépő bőrelváltozások. Altmeyer, P. és mtsai (Zentrum der Dermat. u. Vener., Klinikum der J.-W.-Goethe-Universität, Frankfurt a. M.): Hautarzt 1982, 33, 303.

A szerzők az idült veseelégtelenség miatt hosszan tartó dialízis kezelésben részesülőknél jelentkező bőrtüneteket dolgozták fel. Régebbi megfigyelések: viszketés, száraz sebotatikus bőr, haj- és körömelváltozások, porphyria cutanea tarda szerű bőrtünetek, aktinikus elasztosis. A szerzők 51 beteg adatait foglalták össze. Ebből 23 legalább 2–3 éve (I. csoport), 28 legalább 8 éve (II. csoport) állott intermittáló haemodialysis kezelés alatt. Legjellemzőbb lelet a bőr főként aktinikus elasztosisra emlékeztető idő előtti előregedése volt, melynek foka a kezelés időtartamától függött. Hasonlóképpen összhangban volt a kezelési idővel a pigmentálódási hajlam felerősödése. Mindkét csoportban előfordult, de a II. csoportban gyakoribb volt a xeroderma, a faggyú- és verejtékmirigy kiválasztás csökkenése, a Raynaud-jel. Generalizált viszketés főként az I. csoportban fordult elő (78%), a II. csoportban lényegesen ritkább volt (43%). Ezenkívül a II. csoportban előfordult carpal-tunnel-szindróma, Dupuytren-kontraktúra (szisztémás kollagénanyagcsere-zavarra vezethető vissza) és az ujjak bőrnek sklerotizálódása. Megemlítenődő még a bőr sérülékenysége, a kézfejen és alkaron atrófiás depigmentált hegek fellépése, az akrok hidegérzékenysége.

Korossy Sándor dr.

Három nikkelt dermatitisben szenvedő beteg diszulfiram kezelése. Christensen, J. D. (Hvidovre Hosp., Univ. of Copenhagen): Contact Derm. 1982, 8, 105.

A tetraetiltiurámdiszulfid vagy diszulfiram (Antabuse) az emberi szervezetben abszorpció után 2 dietilditiokarbamat molekulává hasad és ez a 2 molekula kombinálódik a nikkellel. A keletkező komplex vízzel együtt a szervezetből és nem képes nikkellel allergiás egyéneknek dermatitist kiváltani. A szerző 3 nikkellel allergiás beteget részesített diszulfiram-kezelésben és 2–5 hét alatt tünetmentességet ért el. Első 7 napon 50, majd a második héten naponta 100 s ha szükséges a harmadik héttől 2 × 100 mg adását javasolja. Felhívja a figyelmet, hogy előzetes bőrpróbával kizárandó a diszulfiram allergia lehetősége s a máj-

funkció rendszeresen ellenőrzendő, mert a diszulfiram toxikus hepatitist okozhat.

Korossy Sándor dr.

Allergológia

Az ételallergia diagnózisa és terápiaja. Fahrlander, H. (Department Innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie der Universitätsklinik, Basel): Dtsch. Med. Wschr. 1982, 107, 1890, 1891, 1892.

Az utóbbi években a vizsgálati módszerek tökéletesítésével az ételallergiát biztosabban el lehet különíteni a pseudoallergiától és az ételintoleranciától. Gyermekkori ételallergia előfordulásával azokban a családokban kell számolni, amelyekben az allergiás hajlam (atópia) jelen van.

A gyermekkori ételallergia a születés utáni első három hónapban jön létre. Az antigén forrásul szolgáló ételek (elsősorban tehéntej) ismételt fogyasztása után fellépő allergiás jelenségeket (hányás, hasmenés, hasi görcsök, bőr-, ill. légúti tünetekkel vagy ezek nélkül) a vékonybél nyálkahártya IgE immunoglobulinnal érzékenyített hízósejtjeinek a degranulációja hozza létre. A korai típusú allergiás reakció kialakulásában a helper, ill. szupresszor T limfociták reguláló szerepe érvényesül. Ehhez járul a reakció helyén megjelenő eozinofil granulociták gátló hatása. Ezek következtében ételallergia klinikai tünetei különböző intenzitással jelentkezhetnek, adott esetben hiányozhatnak is.

A felnőttkorban kezdődő ételallergia előzményeként, az esetek egy részében, vírusfertőzést, ill. IgA hiányállapotot lehetett kimutatni. A felnőttkori esetekben csaknem kivétel nélkül bőr-, ill. felsőlégúti tünetek kísérik a gastrointestinalis jelenségeket, szemben a gyermekkori esetekkel, amelyek többségében csak gastrointestinalis tüneteket észleltek.

Az ételallergia kórisméjének felállításában a kettős vak elrendezésben végzett orális antigén expozíciót, a tisztított allergénnel készült bőrpróbát és a szérumban IgE-szint meghatározását tartják célravezetőnek. A bőrpróba pozitivitása főleg azokban a betegekben várható, akikben a gastrointestinalis tünetek bőr és/vagy felsőlégúti tünetek kísérik.

Az ételallergiától az ún. pseudoallergia csak a hízósejt degranuláció létrejöttének a mikéntjében különbözik. Ezekben az esetekben ugyanis a korai típusú allergiás reakciót bizonyos élelmiszer adalékanyagok, pl. benzooesav és tartarazin festék, direkt hízósejt hatásával hozzák összefüggésbe. Fontos ismerve az ételadalek okozta pseudoallergiának, hogy csak olyan egyénekben fordul elő, akik acetilszalicilsavra vagy indometacinra

érzékenyek. Ezzel szemben pl. a földieper fogyasztása után létrejövő pseudoallergia független a szalicilsav-érzékenységtől.

Az ételallergia gyógykezelésében a legfontosabb az allergiát létrehozó antigén kiiktatása az étrendből. Ez azonban több esetben nem sikerül. Ilyenkor jó hatású lehet a hízósejt membránját stabilizáló kromoglikát (Intal)-kezelés, napi 3 × 20 mg dózisban. Antihisztaminok hatása bizonytalan, prosztaglandin szintézis gátlók jó hatásúak kevés számú megfigyelés támasztja alá. Kortikoszteroidokat csak akkor adnak, ha minden egyéb terápiás próbálkozás csődöt mond.

Varga László dr.

A tojásérzékenység alakulása. Ford, R. P. K., Taylor, B. (Christchurch Hospital, New Zealand): Arch. Dis. Child. 1982, 57, 649.

A gyermekpopulációban 0,5%-os gyakorisággal fordul elő tojásérzékenység, atópiás gyermekek között viszont 5%-ban. Az első leírások egyike 1912-ből származik.

Kettős vak terheléssel 25 gyermeknél észleltek tojásérzékenységet, átlagos életkoruk 17 hónap volt. 2–2,5 év elteltével újra megvizsgálták őket.

Társ tünetek: egy kivétellel valamennyinél ekzéma, 80%-ban asztma vagy allergiás rhinitis. Nagy többségüknél legalább egy inhalatív allergénre pozitív volt a prick teszt, 64%-uknál tejérzékenységet is találtak. 11 gyermeknél megszűnt a tojásérzékenység, 14 gyermeknél perzisztált (44, ill. 56%). A „megszűnt” csoportban a tünetek egy szervre lokalizálódtak (bőr- vagy gastrointestinalis traktus), míg a „megmaradt” csoportban több szervet érintettek (főként angioderma és légútiak). Kezdetben 23 gyermeknél volt pozitív a prick teszt tojásallergénnel. A prick pozitívitás a perzisztáló csoportban perzisztált, 2 kivétellel a megszünt csoportban elmúlt. Két gyermek volt prick negatív, dacára a perzisztáló allergiának. A specifikus antitest kimutathatóság (RAST) eredménye egyezett a prick teszttel.

Általában a táplálék allergiában elvetik a bőrpróbák használhatóságát, ugyanakkor a bőrpróba nem feltétlenül jelent klinikai érzékenységet. Hosszabb megfigyelés szükséges annak eldöntésére, a tojásallergia megszűnése végleges-e? Tojásallergia esetén kanyaró oltás biztonságos adható, ezzel szemben influenzavakcina súlyos reakciót válthat ki.

Csikós János dr.

A hörgőasztma a gyermek- és az ifjúkorban. Debelic, M. (Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde, Asthma und Allergie Auguste-Viktoria- und Cecilienstift, Bad Lippspringe): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1982, 36, 49.

A hörgőasztma az alsó légutak obstruktív betegsége, ami az egyéves gyermekkorától az aggkorig előfordulhat. Bár az asztma kóreléti mechanizmusa alapján véve gyermekben és felnőttben azonos, mégis e két életcsoportban az asztma tünetei eltérőek lehetnek: minél fiatalabb a gyermek, annál nagyobb a különbség. Az asztmára a klasszikus triász: a hörgők sima izmainak a görcse, a nyálkahártya gyulladása és a fokozott váladék-képződés jellemző. A gyermek- és az ifjúkori asztmának van allergiás, (atopiás, extrinsic), nem atopiás (intrinsic, endogen, fertőzéstől függő, továbbá e kettőnek a vegyes, valamint a terheléssel indukált és végül az egyéb: nem specifikus, izgató, fájdalomcsillapító szer okozta formája. Ezeket az asztma-féleségeket elsősorban gyermekben főleg az obstructív heveny bronchiolitistól, a kiújuló asztmás hörgőhuruttól, az idült kiújuló gennyos hörgőhuruttól és a cystikus mucoviscidosisistól kell elkülöníteni.

A gyermek- és az ifjúkorban a hörgőasztma a leggyakoribb idült betegség. Az Egyesült Államokban 17 éves életkorig valamennyi idült beteg közül 11,8%, szénelázzal és egyéb allergiás kórképpel együtt 32,8%, valamennyi gyermek közül a világon 0,2—11%, a felnőttek közül pedig 9,9% volt asztmás. A fiú és a leány gyermekekben az asztma aránya 3:2, ami a fiatal korban kiegyenlítődik. Gyermekkorban az asztma ritkán, 100 000 beteg közül 1—35 esetben okozott halált. Az asztma szociális-orvosi jelentősége nagy: az Egyesült Államokban a tanulók 22,9%-a az iskolából asztma miatt hiányzott.

Az asztma kóroktana még nem egészen világos. Annyi bizonyos, hogy az asztmát egyrészt immunológiai szempontból specifikus antigén-antitest reakció és azonnali allergiás reakciót kiváltó mediátorok kiszabadulása, másrészt fizikokémiai, hő, mechanikai behatások, vírusok, baktériumok, ún. nem specifikus külső és belső ingerek okozzák a hörgők fokozott túlérzékenysége következményeként. Főleg a gyermekekben ez a két mechanizmus egymással párosulhat is. A leggyakoribb az anaphylaxiás, a reagin vagy az IgE által közvetített I. típusú, ritkább a III. típusú Arthus-reakció, ill. a kettő kombinációja. Az immunallergiás asztma kóroktanában genetikusan fixált családi predispositio szerepel. A hörgő-túlérzékenység típusos tulajdonsága az asztmának, amit acetylcholin, hisztamin, metacholin vagy carbachol és egyéb aeroszol provokációs próbával ki lehet váltani. A hörgőszűkületet a vagus-reflexív nem specifikus ingere váltja ki. A hörgőszűkületet a levegő fokozott áramlás ellenállása követi, amit a különböző légzésfunkciók próbákval ki lehet mutatni.

Az asztma klinikai képét nehéz-légzés, mellkasspólás jellemzi. Kór-

jóslata gyermekkorban nem kedvezőtlen: az asztma tüneteit felnőttkorára 12—68%, átlag minden harmadik asztmás gyermek elveszti. Az asztmát a gyermekkorban 70—90%-ban, a felnőttben viszont csak 20—50%-ban okozza allergia. A 2—3 éves gyermekek hörgőiben még kevés a simaizom, ezért náluk a hörgőtágító szerek kevésbé hatásosak. A gyermekekben viszont — a felnőttekkel ellentétben — a terheléssel indukált asztma igen gyakran, 60—95%-ban fordul elő. A gyermekekben az asztma szövődésményei: a tüdőtágulat, a tüdőhypertonia és a cor pulmonale — a felnőttekkel szemben — ritkák. A gyermekkori asztma kórismézésében nagy a jelentősége a körelőzménynek, a fizikális, a laboratóriumi, a bronchológiai, a légzésfunkciós és az allergológiai vizsgálatoknak.

A gyermekkori asztma kezelésében nagy a szerepe az izgató és az allergogen tényezők kikapcsolásának és a specifikus hyposensibilizálásnak. Gyógyszerként dinatrium cromoglicicum (Intal vagy Lomudal), ketotifen (Zaditen); tüneti kezeléséknél hörgőgörcs-oldó gyógyszerek: béta₂-sympathomimetikumok (Berotec, Bricanyl, Bronchospasmin, Etoscol, Spiropent, Sultanol); xanthin-származékok: (aminophyllin, Euphyllin, Euspirac, Neobiphyllin, Phyllotemp, Spantin); parasympathicolitikumok (atropin, Atrovent); váladékoldók és köptetők: (Bisolvon, Fluimucil, Gujaphepyl, Kalium jodatum, Místabronco, Mucosolvan, Ozothin, Tacholiquin, Transbronchin); corticosteroidok: (prednison, prednisonol stb.); baktérium-felülfertőzéskor antibiotikumok; megnyugtató alkatrészt tartalmazó antihistaminok (promethazin, Imakol, Mereprine, Theralene, Tavegyl); végezetül kiegészítő eljárásaként fizioterápia, klíma- és kúrakezelés, valamint pszichoterápia jöhet szóba. *Pongor Ferenc dr.*

A hörgő hiperreaktivitás csökkenése tartós allergénmentesség hatására. Platts-Mills, T. A. E. és mtsai (Clin. Res. Centre, Northwick Park Hosp., Harrow): Lancet, 1982, 2, 675.

Tisztázatlan, hogy a stabil asztmában van-e összefüggés az allergénhatás és az aspecifikus ingerekkel provokálható hörgő hiperaktivitás között.

Háziporatkára (Dermatophagoides pteronyssinus) bizonyítottan allergiás 9 asztmás beteget legalább 2 hónapig teljesen por-, azaz allergénmentes kórházi környezetben tartottak. Valamennyi beteg tünete mérséklődtek, javult a kora reggeli csúcsáramlásuk. 7 beteg gyógyszerigénye jelentősen csökkent. Náluk ismételt elvégezhető volt a hisztamin provokáció, s 5 esetben emelkedett legalább nyolcszorosára az a hisztamin-koncentráció, mely-

lyel a FEV₁-érték 30%-os csökkenése provokálható. (PD₃₀). Az allergén hatásának tartós kiküszöbölése tehát nemcsak a klinikai tünetek mérséklődését, a gyógyszerigény csökkenését eredményezi, hanem szignifikánsan csökkenti a hörgők aspecifikus hiperreaktivitását is. Mindezt az eredeti környezetbe való visszatérést követően 3 hónappal elvégzett kontroll vizsgálatok eredménye is alátámasztja, amennyiben a 4 ellenőrzött beteg közül a hörgő hiperreaktivitása kifejezetten nőtt a klinikai állapot romlásával és a gyógyszerigény emelkedésével párhuzamosan.

Tapasztalataikra hivatkozva a szerzők hangsúlyozzák a lakások adekvát portalanításának fontosságát.

Horváth Tibor dr.

Allergiás foglalkozási asthma pektolytikus (pektinase) enzim kapcsán. Hartmann, A. L. és mtsai (Allergiestation der Universitätsklinik Klinik Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 265.

Ismeretes, hogy a proteolytikus enzimek (trypsinok) inhalációs allergénként szerepelnek. A mosóporokban is széles körű alkalmazást nyertek a bacillus subtilisből származó proteasek, amelyek „protease-asthma” sajátos epidémiát okoztak, míg az ipar és a kutatás gyors együttműködésével sikerült ezeket megelőzni; így ma már az enzim gyártásánál ritkán, a fogyasztóknál pedig alig fordul elő.

A szerzők a gyümölcsfeldolgozásában használatos pektolytikus enzim, a pektinase belégzésével kapcsolatos két asthma-estét ismertettek. A pektinase enzimet az Aspergillus niger-ből nyerik. Az allergológiai vizsgálatok szerint az inhalatív pektinose agresszív allergénnek bizonyult. A vizsgálataik igazolják, hogy nemcsak a mosószerek proteínasei, de egyéb potenciálisan inhalálásra kerülő egyéb ipari proteínasek is allergén hatásúak lehetnek, ezért inkább ajánlatos ezeknek szemcsés vagy folyadék formában történő alkalmazása.

ifj. Pastinszky István dr.

A háziporallergiát megelőző rendszabályok. Korsgaard, J. (Institute of Hygiene, University of Aarhus, Denmark, and the Chest Clinic, Aarhus Municipal Hospital, Denmark): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 125, 80.

A háziporban levő atkák belégzése asztmát és orrgyulladást okoz. Ellenük a legjobban úgy védekezhetünk, ha főleg a hálószobában gyakrabban takarítunk, csökkentjük a porfogó tárgyakat, főleg a szőnyeget és az ágyból eltávolítjuk a tollal töltött takarókat és párnákat és helyükbe műanyagból készített takarókat és párnákat helyezünk. A szerző megállapította,



hogy 23, átlag 23 éves betegének az asztmáját és orrgyulladását a házipor atkái okozták. Ugyanis valamennyi betegnek a radioallergosorbens bőrpróbája kizárólag dermatophagoides pteronyssimus kivonatra volt pozitív. A szerző azt ajánlotta a betegeknek, hogy a tollal bélelt paplanokat és párnákat műanyagból készíttettekre cserélik ki, a hálószobából a szőnyeget távolítsák el, a lepedőket hetenként váltsák, a parkettát naponta mosásuk fel és takarításuk porszívóval használjanak. Az ellenőrző csoportban levő 75 személy átlag 22 éves volt és csak 3 volt asztmás. Meglátogatta mind az egészséges, mind a beteg egyének lakását. Porszívóval port gyűjtött a háló- és egy másik szobából és a porban sztereomikroszkóppal megszámlolta az intakt atkák számát. Minden lakás szobájában a levegő hőmérséklete azonos, a hálószobák páratartalma azonban lényegesen nagyobb volt, ami kedvezett az atkák szaporodásának. A 23 beteg közül 6 hónappal a tanácsadás után műanyag paplant és párnát használt 22 beteg, műanyag matracot 10 beteg és eltávolította a szőnyeget a hálószobából 5 beteg. A betegek, ill. a kontroll egyének közül hetente lepedőt cserélt 30, ill. 24, kitisztította a matracokat 52, ill. 6, kitakarította a hálószobát és a másik szobát 104, ill. 52 alkalommal. 15 beteg a megelőzésnek jótékony hatását érezte, 4 beteg annak nem érezte a kedvező hatását, 4 beteg pedig a kedvező eredményt a véletlennek tulajdonította. A porszívóval a matracokból összegyűjtött porban intakt atkákat találtak az egészségesek és betegek hálószobájában 1,2, ill. 0,6, a hálószoba szőnyegében 0,9, ill. 0,6, a másik szoba padlóján 12, a hálószoba padlóján 16%-ban. Az egész lakás 0,10 g porában a hálószoba matracából 62%, a hálószoba padlója porából 16% és a másik szoba padlójának a porából 12% atkát talált. A hálószoba matracából vett 0,10 g porban 0–666, a hálószoba szőnyege porában 0–116, a másik szoba porában pedig 0–64 atkát számlált meg. Pozitív összefüggést talált az atkák száma és a lakások levegőjének a páratartalma között. Újabban Dániában is szorgalmazták az energiával való takarékoskosságot. Amióta szigetelték a lakások zárónyílásait, főleg a hálószobákban emelkedett a levegő abszolút páratartalma, ami 20–21 °C szoba-hőmérséklet esetén 45%, azaz 7,0 g/kg alatt van. Ennek az értéknek az emelkedésével arányosan növekedett főleg a hálószobákban az atkák száma is. Az atkák 92%-a a pyroglyphiaeák csoportjába tartozott.

Pongor Ferenc dr.

Magasság és háziporatkák. Vervloet, D., Penaud, A., Razzouk, H. (Hosp. St-Marguerite, P. B. 23, F-13277, Marseille): J. Allergy Clin. Immunol. 1982, 69, 290.

Régóta ismert a magaslati levegő kedvező hatása az asztmás betegek kezelésében. A magaslati hatás azonban inkább tapasztalati, mert meggyőző, egyértelmű adatok erre nincsenek. Ezzel szemben inkább a környezetváltozásnak van jelentősége, nevezetesen az antigén hatás a magasan fekvő helységeket kevéssé kifejezett. Rendszerint kevesebb — más okok miatt — a por, így a házipor mennyisége is, s ebben kevesebb atka fordul elő, valamint csökkennek az egyénnél, legyen az allergiás, vagy allergiamentes az IgE értékek, amelyeknek az allergiában jelentőségük van.

A kedvező hatás végeredményben másodlagos, de létezik.

Nikodemusz István dr.

Atopiás ekzema. Ring, J. (Dermatol. Klinik der Universität, D-8000 München 2): Dtsch. Med. Wschr. 1982, 107, 483.

A leggyakoribb bőrbetegség, melynek előfordulási aránya 2–5%. Csecsemő- és kisdedkorban az exudatív forma, iskolás gyermekekben a hajlati bőrlélsége és lichenifikáció, felnőttekben a kéz ekzema, vagy prurigo a jellemző megjelenési formája. Régóta ismert a betegek hajlama a felülferőzésre (pl. Kaposi-f. ekzema vaccinatium). Az utóbbi évtizedben vált ismertté a betegségre jellemző igen magas IgE-szint. A bakteriális antigénnel végzett intracutan bőrpróba csökkenti szenzibilizálást, a lymphocytá stimuláció alacsonyabb értéket mutat, mint a kontroll egyénekben mért hasonló adatok. Singl és mtsai vizsgálatai szerint a szupresszor (T) lymphocyták Concavalin A stimulálás után kevesebb gátló jelzést adnak a B-lymphocyták felé, ezért termelődik a sok IgE. A T-sejtek funkcionális károsodása kevéssé befolyásolható transfer faktorról és Decarisszal. A sejtek H₂ histamin receptoraihoz kötődő histamin az intracellularis cAMP növekedését idézi elő és ezáltal az immunreaktivitás csökken. A H₂ receptorokkal rendelkező lymphocyták túlnyomóan a szupresszor T kategóriához tartoznak. Így az allergiás reakció létrejötte gátolja a celluláris immunreaktivitást. A hízósejtek könnyebben adják le ekzémásokban nem immunológiai behatásra is a mediátorokat. Fokozott az ilyen betegekben a cholinergiás és alfa adrenergiás reaktivitás, míg a béta adrenergiás reakció csökkent. Így tehát ekzémásokban az

immunapparátus és a vegetatív idegrendszer dysregulációja egyaránt fennáll.

(Ref.: Nem tér ki a szerző arra, hogy miért sokkal elhúzódóbb ekzémában az IgE által kiváltott I. típusú allergiás reakció, ami urticariában 1 óra alatt lezajlik. A hámréteg ichthyosis szerű elváltozása arra utal, hogy az epidermisben is kell genetikailag meghatározott elváltozást feltételezni.)

Osváth Pál dr.

Rovarallergia. Megoldott és megoldatlan problémák. Urbanek, R., Forster, J., Kuhn, W. (Univers. Kinderklinik, D-7800 Freiburg): Dtsch. Med. Wschr. 1982, 107, 506.

1978 óta lehetséges rovarok (méhek és darazsak) tisztított mérgevel hiposzzenzibilizálás végzése. A korábbi teljes testből készült kivonatokkal valójában csak placebo hatást lehetett elérni. A szerzők 70 beteg kezelése során szerzett tapasztalatokról számolnak be.

A rovarcsípés után fellépő anaphylaxiában 3 súlyossági fokozatot különítenek el. 1. A lokális oedémán és erythemán kívül két szomszédos ízület duzzanata. 2. Bőrpír, viszketés, gyengeség érzése, rekedtség, conjunctivitis, nátha. 3. Légszomj, eszméletvesztés, shock.

A liofilezett méhmérget bőrpróba maximalisan 1 µg/ml koncentrációban használják intracutan vizsgálat, 100 µg/ml koncentrációban scarificatio végzése esetén. A pozitív bőrpróba jó korrelációban volt az anamnézissel és 80%-ban az in vitro specifikus IgE-meghatározás (RAST) is megerősítette. Enzimhez kötött (ELISA) immunoassay-vel az IgG típusú protektív méhmérge ellenes antitestek szintjét vizsgálták. Ez hiposzzenzibilizálás során együtt emelkedik az IgE-vel, majd az 1. hó után szinten marad, míg az IgE antitest szint csökken. 1/25-ös IgG titer darázscsípés esetében védelmet biztosít az anaphylaxiás shock ellen. Egyes esetekben csípés után is van IgG-szint emelkedés (spontán hiposzzenzibilizálódás). A pozitív anamnézis és negatív bőrpróba, RAST esetén elvégzett szándékos csípés-expozíció nem váltott ki reakciót. A 2-es és 3-as súlyossági fokú anaphylaxia esetén indikált a beteg kezelése tisztított méhmérgevel. A hiposzzenzibilizálást a hagyományos módszerrel végzik, a maximális adag (100 µg) elérése után ezt adják tovább 4 hetes időközökben. Kezelés közben enyhe, szimpatomimetikumokkal könnyen leküzdhető allergiás reakció felléphet. A kezelést a bőrpróba, illetve RAST negatívvá válása után lehet elhagyni.

Osváth Pál dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Claus C. Schnorrenberger: Lehrbuch der Chinesischen Medizin für Westliche Ärzte. Hippokrates kiadó, Stuttgart, 1983.

A német Akupunktúrási Orvosi Társaság elnökének 636 oldalas tankönyve, az első (1979-es) kiadás átdolgozott változata. A második kiadás szerzői előszava szerint az átdolgozás mindössze a kínai kifejezések Pin-jin-rendszer szerinti átírására szorítkozott. (A külföldiek számára a kínai szavak értelmezését 3 fő rendszerben adják meg: a franciák az EFEO, az angolok a WADE, a modern kínai nyelvészek a Pin-jint használják). A kínai idiomák Pin-jin szerinti értelmezésének, kiejtésének általános elfogadásáról a WHO 1982-ben határozott, így ennek alkalmazása helyes. Azok számára azonban, akik már más nyelvű tankönyveket is olvastak, igen hasznos lett volna a fontosabb kifejezések összevetése mindhárom rendszerrel.

Az előszóban megfogalmazott szerzői véleményt, mely szerint a könyvben azért nem volt szükség egyéb változás végrehajtására, mert ebben a formában is „a nyugati orvosok gyakorlati munkájában módfelett jónak bizonyult” — nem tudjuk osztani. Az akupunktúra ugyanis az európaiól alapvetően különböző életfilozófia vetülete az orvostudományban. Önmagában nem jelenti a kínai orvostudományt, de nem redukálható le bizonyos pontokra, azok egyszerű megszurására, a reflexterápia szintjére.

Ennek a bonyolult élettani-energetikai rendszernek az európai koponyákba való „becsempészése” igen nagy körülményt és — egy tankönyv esetében — rendkívül gondos szerkesztést igényelt volna. Mert a bekövetkezett ellenkező esetben az érdeklődő olvasó — „ez nekem kínai” felkiáltással hamar leteszi a könyvet.

A könyv rövid bevezetőjéből megtudtuk, hogy a kínai orvoslás — melyet sokkal helyesebb volna távol-keleti medicinának nevezni, — olyan jelenség orientált gyógy mód, amely az emberi szervezetnek mint egységnek, egésznek elfogadásából indul ki, funkcióját és azok zavarait dialektikusan értelmezi, s emellett a kvalitatív megállapításokat helyezi előtérbe. Ez így nem egészen igaz, mert ez esetben Hippokrates, Galenus, Paracelsus „tudományelötti” gyógyító szemléletének túlélő modellje lenne a jelenlegi távol-keleti orvoslás. Ennél azonban lényegesen több. Mindenekelőtt a természet egységének tanításában és a külső (kozmosz, meteorológiai, társadalmi

stb.) behatásoknak az emberi szervezetre gyakorolt hatásának tanulmányozásában előzte meg évezredekkel az európai szemléletet. Sajnos ez a fontos „külvilág” különös módon elcsúszott a könyvben.

A kínai orvoslás leginkább energetikai felfogásnak, tevékenységnek tartható, szemben az európai, főként materiális és kvantitatív tényezőket vizsgáló orvostudomány. Ez nem nagyon derül ki a könyvből (később sem, pedig a diagnózis megállapítása és a terápia végrehajtása, a külső-belső tényezők által kiváltott energiaszint-változások ismerete nélkül, eredményesen alig lehetséges. Éppen ezért elengedhetetlenül hozzátartozna a könyv anyagához.

Az energetikai áramlások a külvilág és az emberi szervezet között a bőrön, mint határon keresztül történnek, a megfelelő jelenségek a megfelelő meridiánokat és szerveket befolyásolják. A befolyásolás fő helyei az energetikai zsilipként felfogható akupunktúrási pontok, amelyek szintén különös módon alig léteznek a szerző számára. (Egy lábjegyzetből később ugyan megtudhatjuk, hogy ezekről egy atlasz jelent meg, ez azonban csak topográfiai útmutató lehet.)

A könyvben a pontok tulajdonságairól, funkciójáról sem történik említés, és arról sem, hogy ezek, kapuk, határok, melyeknek a szűrő és egyéb kezelésével a meridián energiátartalmát, ill. a csi, az „életenergia” áramlását sokoldalúan lehet befolyásolni. Az említett hiányszágok érzékeltetésére megemlítjük, hogy egy 1982-ben kiadott francia tankönyv — jelentőségüknek megfelelően — a kozmosz és az időjárás, valamint a biológiai ritmusok témakörének 91 oldalt, a pontok taglalásának pedig 244 oldalt szentel!

Nem lehet kritika nélkül hagyni a szerzőnek azt a megállapítást sem, miszerint „... Franz Hübotter 1929-es úttörő munkája után, ez a könyv az első nyugati orvos által, nyugati nyelven írt átfogó és autentikus ábrázolása a kínai orvostudomány elméleti alapjainak”. Mert az első európai összefoglalást erről a témáról 1671-ben XIV. Lajos egyik hittérítője, Harvieu jezsuita apát írta (Les secrets de la médecine des Chinois consistant en la parfaite connaissance du poul, en voyés de la Chine par un francais, homme de grand mérite). Azóta számtalan átfogó, és kevésbé átfogó mű jelent meg e témában nyugati és keleti nyelven. A történeti áttekintésből semmiképpen nem lehet kihagyni az európai akupunk-

túra legnagyobb egyéniségét, Soulié de Morant, aki 1907—27 között francia konzul volt Kínában. Számos összefoglaló művet írt a kínai orvostudományról, munkásságáért 1950-ben a Svéd Akadémia élettani Nobel-díjra jelölte.

A könyv történeti részének végén a szerző az akupunktúra és a gyógyszerrendelés mellett felsorolja a jelenleg Kínában használatos gyógymódokat, összesen 14-et. Megmagyarázhatatlanul kimaradt a felsorolásból (és a későbbiekben is alig történik említés) a diétás rendszabályokról, az étetési gyógymódról (moxibustióról), a meditációról. A modern eljárások sorából is kimarad a si-csen pontingerlés, az elektro-sono és a lézerpunktúra.

Az első fejezet a kínai gyógyítás lényegének kifejtését kezdi meg. Beszél a tároló (Zang) és üregek (Fu) szervekről, megemlíti a Yin és a Yangot, mint a valóság két különböző aspektusát. Elmondja, hogy a betegségek okai a Yin és a Yang egyensúlyának megbomlásában, belső rendellenességekben, vagy abban keresendők, hogy a külső betegségek okozói erők és a test védekező ereje közti harc, az előbbiek javára dől el.

Itt esik szó először a Csi-ről, amelyet a szerző funkcionális, aktivitásnak és helyenként energiának nevez. A világ szakirodalmában ezt az alapfogalmat energiának, életenergiának, legújában pedig — az európai orvosok számára is megfoghatóan és a lényegét jobban megközelítően — energetikai információknak szokták fordítani, mondani.

A sinológusok (Kína kutatók) egyébként arra a megállapításra jutottak, hogy a Csi jelentését leginkább a „fuvallatok” fordítás közelebbé hozza. A szerzőtől az alapfogalmak részletesebb megmagyarázása helyett, az emberi szervezet kínai fogalmak szerinti felépítéséről, az ember és a természet kapcsolatáról, a dialektikus szindróma-diagnosztikából és terápiából kapunk ízelítőt. Az itt szereplő rengeteg ismeretlen fogalom (zárójelben mindenütt a megfelelő kínai kifejezéssel) alaposan próbára teszi az érdeklődő ember, de még a valamit értő orvos türeklenségét is. A fejezet további részében viszont jó összehasonlítható olvasható a kínai és az európai orvostudomány vizsgáló eljárásairól, azok hibáiról és eredményeiről. A modern orvostudomány által megkívtat szigorú kritériumokkal szemben a hagyományos kínai gyógyítási teóriának kétségkívül vannak hézagai (ezt Kínában is belátják), de az akupunktúra alapjainak modern eszközökkel történő intenzív kutatása ezeket a réseket egyre jobban kitölti. A nyilvánvaló eredményesség igazolja a valóban páratlan megfigyelőképességgel kialakított tüntetési rendszer, és az egész gyógyítási elmélet életrevalóságát.

Azt is világosan láttatja az olvasóval a szerző, hogy a két módszer mindig csak egymást kiegészítően, más és más betegségek esetén alkalmazandó, szigorúan szem előtt tartva a nil nocere alapelvet, a diagnosztikus és terápiás biztonságát.

A második fejezet az igazi elméleti alapmodellekként foglalkozik: ezek a Yin és a Yang, valamint az öt elem tana. Az ősi dialektikus, végső soron a számítógépek bineáris rendszeréhez hasonló módon, két fogalom segítségével magyarázza meg a világegyetemet és benne az ember jelenségeit. A Yan jelenti például az eget, a tüzet, mindent ami fent van, ami aktív, ami világos, férfias; életerős. Ezzel szemben a Yin szimbolizálja a földet, a vizet, mindent, ami lent van, mindent ami passzív, gyengült, nőies stb. A két fogalom egymást feltételezi, egymás nélkül nem léteznek, egymást kölcsönösen befolyásolják, egymásba átalakulhatnak. Kár, hogy ez a jól megírt fejezet nem él később lehetőségeivel, amikor a hetedik fejezetben viszontlátjuk a Yin és Yang rendellenességek által okozott betegségeket.

Mindezt követi az öt elem tana. Az ősi kínaiak számára a fa, a tűz, a föld, a fém és a víz volt az élethez nélkülözhetetlen öt elem. Ezeket később anyaguktól elvonatkoztatva és a dolgok egymás közötti kölcsönhatásának megmagyarázására használták fel. Mind az öt elemhez különböző szerveket és tulajdonságokat rendeltek egy ún. nemzési (shen-g) és egy legyőzési (ko) ciklusban. Ahogy pl. a fa táplálja a tüzet, úgy lehet alkalmasint a fához tartozó máj meridián megsűrésével támogatni a tűzhöz rendelt szívet stb.

Mivel a könyvben az elemekhez rendelt pontokról és az egyes elemekhez csatlakozó meridiánok egymásközi szabályairól, a kozmikus és időbeli összefüggésekről alig esik szó, a sok szépen kifejtett elméleti anyag a gyakorlat számára kevés haszonnal járhat.

A harmadik fejezet további része a „testfolyadékokról”, a Shen-ről (életszellem), majd a tároló és üreges szervekről szól. Bőséges és élvezetes leírást kapunk az egyes szervek funkcióiról, feladatairól, energiamozgásairól. Itt lényegében csak az kifogásolható, hogy a szerző megtartotta a Shou. Jue-Yin meridián Bachmann által is használt helytelen „pericardium” elnevezést. Fő szerepe a véredények szabályozásában, a keringés módosításában van, ezért az „erek ura”, vagy a „szív ura” illenék hozzá. (Maga a szív a kínaiaknál sok egyéb energetikai-pszichológiai tényezőt is hordoz magában.)

Sajnálatos ezenkívül, hogy anyagcseréről, folyadék- és táplálékforgalomról (amely talán mondanunk sem kell más, mint az európai fogalmak szerint) csak az egyes szerveknél, apró részenként lehet tájé-

koztatást kapni. Így az ún. hármas melegítő energiatermelést az olvasó nem tudja megfelelően áttekinteni. Ez a hármas egyébként több ízben is említésre kerül, de tárgyalása, a mibenlétére vonatkozó kíváncsiságot csak a negyedik fejezetben elégíti ki.

Ez a fejezet taglalja a 12 fő meridiánt is, de igen sematikus és röviden. Csak egy táblázat alján esik szó arról, hogy léteznek még Luo, összekötő és In meridiánok is. Ezekről leírást nem kapunk, holott lényeges gyakorlati jelentőségük van.

A fejezet végén a meridián rendszer „nyugati” értelmezését adja a szerző. Rövid említést tesz a pontok csökkent elektromos ellenállásáról, de nem ír környezetüktől eltérő anyagcseréjükéről, anatómiájukról. Említi az idegrendszeri és humorális tényezőket is. Nagy kár, hogy e tudomány eredmények ismeretése 1976 táján bezáródik és az azóta történt jelentős felfedezések nem kerültek be a könyvbe.

Az ötödik fejezet szól a betegségek keletkezésének értelmezéséről: külső tényezőkről (szél, hideg, nedvesség, szárazság, hő), lelki rendellenességekről, „fertőző tényezőkről” (a baktériumok elméleti létezését már a XVI. században felvetették!), táplálkozási hibákról, a nyák, a vér betegségeiről, valamint a parazitás megbetegedésekről.

A fejezet végén a kínai patológia néhány alapszabályának magyarázatát kapjuk igen jól. Ezek: a betegség-hordozó erők és a szervezet védekezőképességének harca, a Yin és a Yang kiegyensúlyozatlansága, valamint a Csi mozgásának zavarai. Sem itt, sem a következő — egyébként nagyon színvonalas — diagnosztikai fejezetben nem tér ki a szerző a Yinnek és Yangnak az egyes testrészekben való mozgására és annak rendellenességeire. Enélkül pedig a végtagok fájdalmai, keringési zavarai, a fejfájások, hasi kórképek nem érthetők meg.

A diagnózissal foglalkozó hatodik fejezet nagyon jól rendszerezi mindazokat, amit a sok évezredes megfigyelés létrehozott. A bőrszín, a szemek, az ajkak, a fogak, a torok, a fej, a szőrzet, köröm, a viselkedés, a légzés, köhögés, hányás, a széklet, vizelet megítélése mellett részletesen foglalkozik a két kiemelkedően legfontosabb diagnosztikus tényezővel: a nyelv és a pulzus vizsgálatával. Ez utóbbinak még modern kiértékelését is megkapjuk.

A régi kínaiaknál mindezek a módszerek azért finomulhattak ki ennyire, mert a betegeknek (főként a nőknek) évezredek során nem volt szabad, vagy nem illett levétközni orvosuk előtt, így a ruházaton keresztül kellett eljutni a pontos diagnózishoz.

A fejezet második felében a leggyakoribb betegségek differenciál-

diagnózisával foglalkozik a könyv, igen részletesen. Az olvasó számára itt és a következő fejezetben is nagy próbatétel következik, mert a Yin és a Yang mozgásának néhány aspektusát nem ismerve, mondhatni „biflázásra” szorul. Kitértása eredményeként azért hasznos ismeretanyagra tehet szert.

A hetedik fejezetben különböző betegség-szindrómák kerülnek megbeszélésre. Ez az a fejezet, mely valóban újat hozott az európai akupunktúrás irodalomba. Először a 8 vezető alapelv szerinti betegséggel megállapítással ismerkedhetünk meg: a felületes, belső, hideg, hő, hiány, teltség, Yin és Yangnak különböző változásairól, rendellenes mozgásáról, mennyiségéről, eloszlásáról kapunk jó áttekintést.

A következőkben a Csi (fuvallatok, életenergia), a vér és a testnedvek rendellenességeivel járó kórképeket ismerhetjük meg. A vér a kínaiaknál nemcsak az általunk ismert folyadékot jelenti, hanem szerintük energetikai komponense is van, és számos európai értelemben nem haematológiai betegség okozójának is gondolják.

A hetedik fejezet foglalkozik a tároló és üreges szervek megbetegedéseivel is. A szervrendellenességek mai Kínában kultivált felfogásának megfelelő ecsetelést, hasonló részletességgel az európai irodalomban nem találhatjuk meg. Az egyes „elenséges energiák” — pl. belső szél, belső hőség, vagy külső nedvesség — okozta szervi bajok leírása után, azok magyarázata, majd terápiás útmutatás szerepel. Ez azonban bármennyire részletes is, alig használható a gyakorlatban. Ennek igazolására íme a következő idézet: „A víz blokkolja a tiszta Yangot és így a Yang a Shao Yinben elégtelen lesz, Az In meridiánok táplálása és melegítése sem lesz kielégítő.” ... Az egész könyvben nincs magyarázat arra, hogy a Shao Yin mely energetikai rétegben van, és mik a pontos kapcsolatai, mikor van energia maximuma, minimuma. Nem derül ki, hogy a Shao Yin-hez tartozó vesének egyáltalán van olyan pontja, amely a vízzel kapcsolatos, így az sem, hogy azt, tegyük fel a tüdő fém pontján gátolni lehetne. Emellett semmit nem tudunk meg az In-meridiánokról, nemhogy melegíteni tudnánk őket.

A nyolcadik fejezetet a szerző a betegség megelőzésnek és a betegségek általános kezelési szabályainak szenteli. Ebben a részben a tonizálás-szedálás, a meleg-hideg kezelés, az egyes tünetek analízisének általános szabályait, a betegek egyedi kezelésének fontosságát, a beteggel való szoros együttműködés szükségességét írja le, ill. hangsúlyozza. Mint minden fejezet végén, helyes módon itt is összefoglalóval zárja a tárgyalást.

A kilencedik, egyben utolsó fejezet ismét újszerű és érdekes,

ugyanis a nyugati diagnózisokat veti össze a hasonló tüneteket produkáló kínai megfelelőikkel.

Összefoglalva, az ismertett könyvről elmondható, hogy a szerző dicséretesen nagy tudásanyagot halmozott fel benne, ezek közt Európában először leírt adatok is szerepelnek. Mindez azonban nem kellően áttekinthető szerkesztéssel kerül az olvasó elé. Nem didaktikusan, lépésről lépésre haladva, pontos dinamikájában adja elő a kínai életfilozófia és ezen keresztül az orvoslás alapjait. A könyvet átragva igen nagy sinológiai és orvostani tudásra lehet szert tenni, de ahhoz, hogy az olvasó a kapott szemléletet valóban világosan át tudja tekinteni, vagy a gyakorlatban hozzá merjen kezdeni valamilyen akupunktúrás kezeléshez, előbb el kell olvasnia egy másik érthetőbb, gyakorlatiasabb ismeretét.

Mindentől függetlenül — elsősorban hazai megítélésre gondolva — nem ártott volna, ha a szerző a „hivókat” továbbképző szándékán túlmenően, a „hitetlenek” meggyőzésére is törekedett volna némi képpen.

Takács Tibor dr.
Simoncsics Péter dr.

(A szerkesztőség megjegyzése:

A szokatlanul hosszú könyvismertetést kivételesen tesszük közzé ebben a terjedelemben, nem csupán azért, mert jól megírt, alapos munka, hanem azért is, mert világos, jól érthető áttekintést ad e sokat vitatott módszer kultúrtörténeti és orvostörténeti háttéréről, sajátos elméleti alapjairól. A szerkesztőség — mint ez olvasóink számára remélhetően közismert — nagyon kritikus az akupunktúrával szemben, nem tartja elfogadható gyógymódnak. Hacsak nem szuggesztív, placebobeavatkozásokkal operáló terápiás eljárásaként alkalmazzák, meghatározott, indikált esetekben hozzávetőlegesen olyan mértékben, amilyenben a *Medicina* gondozásában megjelent (1976) Bozsóki S. dr. és Irányi J. dr. *Physiotherapia c. munkája* azt néhány sorban interpretálja (182. old.): „... A bőrről kiváltható cutaneo-viscerális reflex előnyös hatásait kelet-ázsiai népek régóta ismerik és alkalmazzák a gyógyításban (acupunctura).” Ezt az álláspontunkat sokszor kifejtettük. Ennek ellenére szívesen recenzáltatuk ezt a könyvet, amelyet ismeretetésre kaptunk a kiadótól. Az ala-

pos, érdekes recenzió sem változtatta meg a szerkesztőség véleményét.)

H.-W. Delank: Neurologie. F. Enke Verlag, Stuttgart, 1983. 317 old., 86 ábra, 18 tábl. Ára: 24,80 DM.

Delank professzor könyvének harmadik, bővített és átdolgozott kiadása 1983-ban jelent meg az Enke kiadó gondozásában. A 317 oldalas, 86 ábrát tartalmazó könyvet öröm kézbe venni. Ízletes, de nem hivalkodó küllemén kívül a nagyon szép papírra nyomott, a szemnek kellemes nagyságú és szép betűtípus teszi vonzóvá. Az ábrák egyszerűek, a lényegét tükrözik, áttekinthetők, jól olvashatóak.

Mint az előszóban a szerző hangsúlyozza, a könyv orvostanhallgatók számára készült, célja az, hogy megismertesse a hallgatót a neurologia alapjaival.

Jól használható neurologiai tankönyvet írni nagyon nehéz. Ennek oka az, hogy az egyes betegségek aetiologiai, tünettani, terápiás tárgyalásán túlmenően topikai diagnosztikai ismereteket is nyújtani kell, anélkül, hogy felesleges ismétlésekbe vagy más fejezetekre történő hivatkozásokba bocsátkozna az író. Ez utóbbi nagyon nehézkessé teszi egy könyv használatát. Benyomásom szerint Delank professzor kitűnően oldotta meg ezt a nagyon nehéz didaktikai feladatot. Ennek megfelelően a könyv 3 fő részre tagolódik.

Az első részben a neurologiai vizsgálómódszereket tárgyalja a klasszikus módon: az agyidegek, a motorium, a reflexek, az érzékszavarok, a vegetatív funkciók és a lelki működések vizsgálata után az eszközös vizsgálatok kerülnek sorra.

Furcsa, hogy az alsó végtagi reflexvizsgálatnál a szerző kóros reflexként csupán a plantarflexiós reflexeket tárgyalja és a dorsalflexiós reflexekről nem tesz említést.

Az eszközös vizsgálatok tárgyalása során az EEG, EMG-ENG, liquor vizsgálat, EchoEG, PEG, myelographia, angiographia mellett helyet kap a Doppler-f. ultrasonographia, a CT, a pozitron emissió tomographia és a visualisan, somatosensorosan és acusticusan kiváltott corticalis potenciálok (VEP, SSEP, AEP) ismertetése is.

A második rész, amely 10 fejezetre oszlik, a *neurologiai szindrómák-*

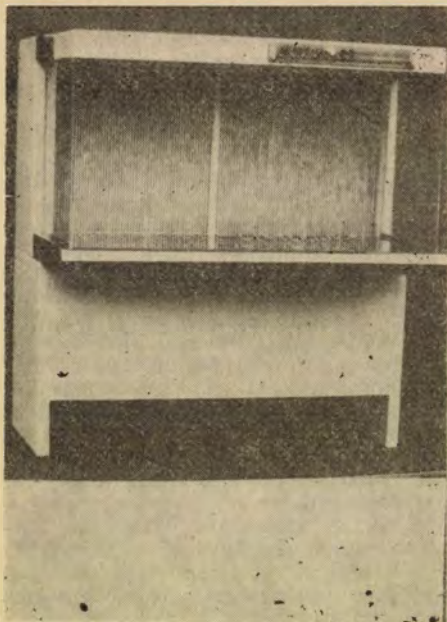
kal foglalkozik. Ezek a következők: 1. a peripheriás idegrendszer szindrómái, 2. cerebrális szindrómák, 3. gerincvelői szindrómák, 4. neuroophthalmológiai szindrómák, 5. szédülés és neurootológiai szindrómák, 6. a meningealis szindrómák és az agygyulladás fokozódás, 7. fejfájás, arcfájdalmak és neuralgiák, 8. liquor szindrómák, 9. vertebrogen szindrómák, 10. neuropsychológiai szindrómák. Ez a 10 fejezet, mindössze 60 oldalon tökéletesen összefoglalja azokat az alapvető tudnivalókat, amelyek alapján a topikai diagnózis felállítható. A könyv korszerűségét jól illusztrálja az, hogy ebben a részben helyet kapott egy rövidke fejezet is, amely az agyhalál címet viseli.

Ezt követi a 3. rész, amely az *idegrendszer betegségeivel* foglalkozik. A klasszikus tárgyalási sorrendben (az agyvelő és burkainak betegségei, a peripheriás idegrendszer betegségei, izombetegségek stb.) olvashatók az egyes betegségek aetiologiai, pathomechanikai, tünettani és terápiás leírása 160 oldalon keresztül. Kiemelkedő érdeme ennek a résznek, hogy külön rövid fejezetet szentel a szerző a gyermek- és ifjúkor speciális neurologiai betegségeinek. Szintén elvitathatatlan előnye a műnek, hogy ebben a részben utolsó fejezetként a szerző a *neurologiai betegségek általános gyógykezelésével* foglalkozik. E fejezetben szó esik az intenzív kezelés indikációjáról és módjáról, a fájdalom kezeléséről, a rehabilitáció kérdéséről, valamint a gyakoribb neurologiai szindrómák, mint pl. a harántlaesio, az extrapyramidalis zavarok, cerebrális és peripheriás bénulások általános kezeléseiről.

A könyvet nagyon gondosan összeállított tárgymutató teszi könnyen használhatóvá.

Összefoglalva: feldolgozásában, tárgyalási módjában és beosztásában olyan korszerű könyv került ki Delank professzor tolla alól, amely sem kevesebbet, sem többet nem nyújt annál, ami az orvostanhallgató számára szükséges a kellő ismeretanyag és neurologiai gondolkodásmód elsajátításához.

Elolvassván a könyvet a recenzor vágyakozva felsóhajt: bárcsak a magyar medikusok kezében is lenne egy ilyen neurologiai tankönyv, amelyből a klinikai neurologiát meg is lehet tanulni! Kómár József dr.



FELHASZNÁLÁSI TERÜLET

Mindazonon a helyeken alkalmazható, ahol a munkatérben nem szabadulnak fel egészségre ártalmas melléktermékek és a munka jellege olyan, hogy az vízszintes irányú áramlást igényel, például kritikus műveleteknél, vékony filmek kezelése során, szövetkultúrák, gyógyszerek prepelásakor stb.

A megrendelő külön kívánságára UV-lámpát, víz-, gáz-, illetve elektromos csatlakozásokat építünk be.

FELÉPÍTÉSE, MŰKÖDÉSE

A BL-1200 típusú lamináris box hajlított acéllemez vázra épült, egy oldalról nyitott munkatér, amelyben a ventilátor által szállított levegő az előszűrőn és a finomszűrőn (HEPA) keresztül vízszintes irányban a dolgozó felé túlnomással, laminárisan áramlik. Ezáltal kizárt annak a le-

BL-1200 típusú lamináris box

hetősége, hogy tárgyak, kéz vagy ruha útján külső szennyeződés kerüljön a munkatérbe.

A ventilátor levegőszállítása szabályozható, így a levegősebesség 0,1–0,5 m/s között fokozatmentesen állítható. A munkatér megvilágítását fénycsővek biztosítják.

MŰSZAKI ADATOK

Befoglaló méretei: 1260x1435x870 mm

Munkatér méretei: 1130x460x565 mm

Világítás: 2000 lux

Munkatértisztaság: US 209/A szerint 100-as osztálynak felel meg. (Részecskeszám-lálóval ellenőrizve.)

A 0,5–5 μm nagyságú részecskék száma max. 100/köbláb (3500/ m^3).

Előszűrő: 95%-os porleválasztás ϕ 5 μm -nél nagyobb porszemeknél.

Mérete: 490x490x54+8 mm

Főszűrő: 99,95%-os porleválasztás ϕ 0,3 μm -nél nagyobb porszemeknél.

Mérete: 1220x610x150+8 mm

Üzemi feszültség: 220 V, 50 Hz

Teljesítményfelvétel: 0,6 kW

Alaptípusokon kívül speciális kialakítású boxok gyártását is vállaljuk.

Ez a típus asztali kivitelben is megrendelhető (BA-900-as típus).

Megtekinthető a Tavaszi BNV területén.

BPV-1200 típusú lamináris box

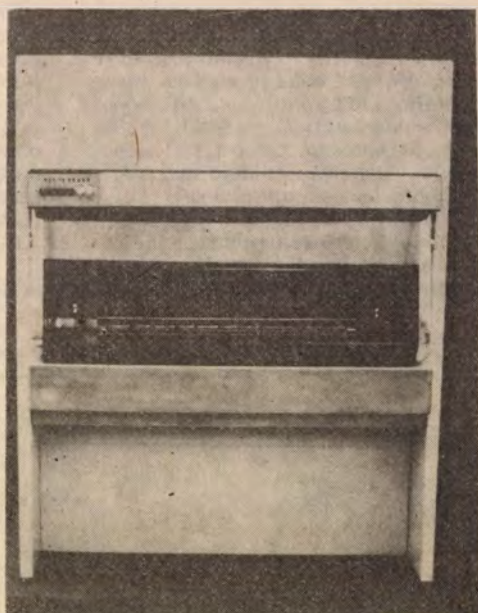
FELHASZNÁLÁSI TERÜLET

Alkalmazható patogén és nem patogén szennyező mikroorganizmusokkal történő kísérleteknél, illetve olyan munkák végzésénél, ahol egészségre ártalmas melléktermékek szabadulnak fel. A működési elvből adódóan a berendezés nem akadályozza meg külső szennyeződés tárgyak, kéz vagy ruha útján történő munkatérbe való bejutását.

FELÉPÍTÉSE, MŰKÖDÉSE

A BPV-1200 típusú lamináris box hajlított acéllemez vázra épült nyitott munkatér, amelyben a ventilátor által szállított szűrt levegő függőleges irányban cirkulál. A munkatér korrózió- és saválló acéllemezéből készül.

A cirkuláló levegő kb. 10%-a szűrt réslevegő formájában a szabadba jut, ami biztosítja, hogy a rendszerből szennyezett levegő (ill. anyagrézecske) nem kerül ki.

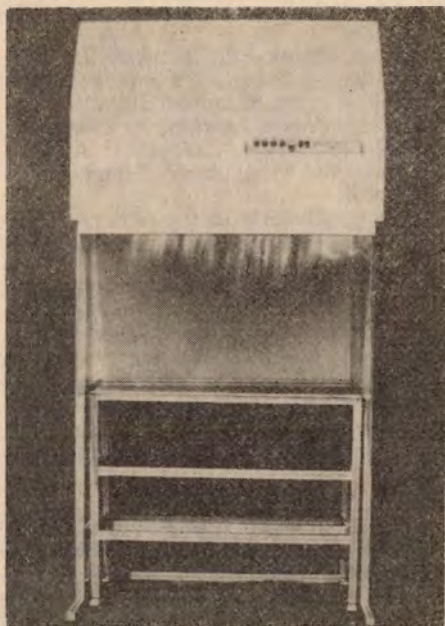


MUSZAKI ADATOK

Befoglaló méretek: 1300x960x1930 mm
Munkatér méretei: 1180x650x800 mm
Világítás: 2000 lux
Munkatértisztaság: Az US 209/A szerint 100-as osztálynak felel meg. (Részecskeszámlálóval ellenőrizve.) A 0,5–5 µm nagyságú részecskék száma max. 100/köb-láb (3500/m³).

Előszűrő: 95%-os porleválasztás az ø 5 µm-nél nagyobb porszemeknél.
Méretei: 490x490x54+8 mm
Főszűrő: 99,95%-os porleválasztás a ø 0,3 µm-nél nagyobb porszemeknél.
Méretei: 1220x610x150+8 mm
Üzemi feszültség: 220 V, 50 Hz
Teljesítményfelvétel: 0,6 kW

Az alaptípusokon kívül speciális kialakítású boxok gyártását is vállaljuk.
Megtekinthető a Tavaszi BNV területén.



BV-1200 típusú lamináris box

(HEPA) keresztül függőleges irányban áramlik át a perforált asztallapon keresztül. A ventilátor levegőszállítása szabályozható, így a levegősebesség 0,1–0,6 m/s között fokozatmentesen állítható.

MUSZAKI ADATOK

Befoglaló méretek: 1260x730x2070 mm
Munkatér méretei: 1200x650x550 mm
Világítás: 2000 lux
Munkatértisztaság: Az US 209/A szabvány szerint 100-as osztálynak felel meg. (Részecskeszámlálóval ellenőrizve.) A 0,5–5 µm nagyságú részecskék száma max. 100/köb-láb (3500/m³).

Előszűrő: 95%-os porleválasztás az ø 5 µm-nél nagyobb porszemeknél.
Méretei: 490x490x54+8 mm
Főszűrő: 99,95%-os porleválasztás a ø 0,3 µm-nél nagyobb porszemeknél.
Méretei: 1220x610x150+8 mm
Üzemi feszültség: 220 V, 50 Hz
Teljesítményfelvétel: 0,6 kW

Az alaptípusokon kívül speciális kialakítású boxok gyártását is vállaljuk.
Megtekinthető a Tavaszi BNV területén.

FELHASZNÁLÁSI TERÜLET

Mindazokon a helyeken alkalmazható, ahol a munkatérben nem szabadulnak fel egészségre ártalmas melléktermékek, és a munka jellege függőleges áramlást igényel. A függőleges áramlás folytán a légtérbe kerülő szennyeződések a perforált kivitelű asztallapon keresztül távoznak a munkatérből. A működési elvből adódóan a berendezés nem akadályozza meg külső szennyeződés, tárgyak, kéz vagy ruha útján történő munkatérbe való bejutását.

FELÉPÍTÉSE, MŰKÖDÉSE

A BV-1200 típusú lamináris box zárt szelvényű vázra építhető, egy oldalról nyitott munkatér, amelyben a ventilátor által szállított levegő az előszűrőn és a főszűrőn



Gyártja és forgalmazza:

DEBRECENI FINOMMECHANIKAI VÁLLALAT

Debrecen, Szabadság útja 92. Telefon: 17-777 Telex: 72-312

Exportálja: **METRIMPEX, INDUSTRIALEXPORT**





A Budai Gyermekórház-Rendelőintézet 1984. május 22-én, 14 órakor Budapesten, a Távközlési Kutató Intézet előadótermében (II., Gábor Aron u. 65. III. kapu) **tudományos ülést** rendez.

Harmath Ágnes dr.: A világ gyermekeinek helyzete az UNESCO főigazgatójának jelentése alapján.

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1984. május 24-én (csütörtök) 14 órakor, a Kórház tanácstermében **tudományos ülést** tart.

Üléselnök: **Preisz József.**

Buday Géza: Iatrogénia a kardiológiában.

Palócz Erzsébet: Verapamil a kardiológiai gyakorlatban.

Balázs Péter, Péntes Tamás: Appendix carcinoma.

A Magyar Reumatológusok Egyesülete 1984. május 25-én, pénteken, du. 14 órakor Budapesten, az Orsz. Reuma- és Fizioterápiás Intézet Lukács-klubjában (II., Frankel L. u. 25.) **kerekasztal-konferenciát** tart.

Téma: A mikrobiológiai diagnosztika jelentősége a reumatológiai gyakorlatban.

Moderátor: **Géher Pál dr.**

Résztvevők: Ujváry György dr. (baktériumok), prof. Szabó István (mycobacterium, gomba) Simon Miklós dr. (vírusok), valamint esetiismertetésekkel a felkért hozzászólók.

A Magyar Ortopéd Társaság 1984. május 28-án, du. 18.00 órakor, a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagytermében (XI., Karolina út 27.) **tudományos ülést** tart.

1. **Havelka Stanislav:** Ízületi gyulladások modern kezelése (angol nyelven).

2. **Lénárt György:** Dorsum és regio lumbalis. Irodalmi és művészeti vonatkozások.

3. **Esetbemutatók.**

17.00 óra

a klinika könyvtárában

Bossányi Ada: A csonttrikuláz korszzerű kezelése.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága, a Debreceni Akadémiai Bizottság Orvosi és Biológiai Szakbizottsága, a Bőrclinika közreműködésével 1984. május 28-án, hétfőn, 19 órakor, az Akadémiai Bizottság Szék-

házában (Thomas M. u. 49.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Ladányi É. dr., Mészáros Cs. dr., Debreczeni M. dr., Nagy E. dr.:** Scleroderma laboratóriumi vizsgálatai és terápiája 1973—1983 között a debreceni bőrklinikán.

2. **Szabolcsi M. dr., Bodolay E. dr., Sonkoly I. dr.:** Összehasonlító direkt IF vizsgálatok SLE-s és MCTD-s betegekben.

3. **Horkay I. dr., Debreczeni M. dr., Bodolay E. dr., Misz M. dr., Kósa Á. dr.:** Immunológiai vizsgálatok fotodermatózisokban.

4. **Remenyik É. dr., Mészáros Cs. dr., Debreczeni M. dr.:** Krónikus urtikáriás betegek vizsgálata és gyógykezelési eredményei.

5. **Mészáros Cs. dr., Debreczeni M. dr., Remenyik É. dr.:** Gyógyszerallergiás bőrtünetek.

6. **Nagy E. dr., Mészáros Cs. dr., Debreczeni M. dr.:** DNA és ENA elleni antitestek vizsgálata lupus erythematosesben.

7. **Balogh É. dr., Debreczeni M. dr.:** A gyomor-bél traktus Candida fertőzöttségének jelentősége néhány dermatológiai körképben.

8. **Vezekényi K. dr., Nagy E. dr., Teherani D. dr., Altmann H. dr.:** Vitiligo.

9. **Kovács T. dr.:** Evalgan sprayvel szerzett tapasztalatok ulcus crurisban.

10. **Bégány Á. dr., Vezekényi K. dr.:** Katamnesztikus vizsgálatok melanomában.

11. **Tamás A. dr.:** Tatu kezelés eredményei.

A Ceglédi Kórház-Rendelőintézet 1984. május 29-én, 14 órakor, a Kórház tanácstermében **tudományos ülést** tart.

Gaszner Péter (Budapest): A psychopharmakologia mai szemlélete.

Az Országos Traumatológiai Intézet 1984. május 29-én (kedd) 15 órakor, az Intézet tantermében (VIII., Baross u. 23—25.) **tudományos ülést** rendez.

Téma: Az agyoedema és terápiájának mai szemlélete.

Felkért előadó: **prof. Csanda Endre.**

A Szegedi Akadémiai Bizottság, a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. május 29-én, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház Dísztermében (Somogyi u. 7.) **tudományos ülést** tart, a Központi Klinikai Mikrobiológiai Laboratórium munkatársal részére.

1. **Nagy Erzsébet dr., Herczegh Otília dr., Hulesch Helga dr.:** Gyorsdiagnosztikai módszerek a bakteriológiában: vizsgálati anyag direkt immunfluoreszcenciás és gázkromatográfias vizsgálatának

jelentősége anaerob fertőzések kimutatásában.

2. **Herczegh Otília dr., Nagy Erzsébet dr., Hajdú Edit dr.:** Vizsgálati anyagokból izolált baktériumok antibiotikum rezisztenciája és genetikai vizsgálata, különös tekintettel a Penicillin rezisztencia eredetére.

3. **Deák Judit dr., Varga Károly:** Az immunfluoreszcencia jelentősége a Rotavírus- és cytomegalovírus diagnosztikában.

4. **Deák Judit dr., Hulesch Helga dr., Vetró Ágnes dr.:** LCM fertőzés laboratóriumi diagnózisa.

5. **Szénási Zsuzsanna dr., Deák Judit dr.:** Az antigén kimutatás lehetőségei a szerológiai gyakorlatban.

6. **Hajdú Edit dr.:** Számítástechnika alkalmazása a mikrobiológiai laboratórium munkájában.

7. **Mojzes Lászlóné dr., Deák Judit dr., Nagy Erzsébet dr.:** A mycoplasma vizsgálatok jelene és jövője.

8. **Medzibrodsky Endréné dr.:** Patogén és apatogén amoebák filogenetikai vizsgálata.

9. **Zsibrita Ágnes dr.:** A toxoplasmosis szerológiai diagnosztikája. Összehasonlító vizsgálatok.

10. **Rózsa József dr.:** A human toxoplasmosis közti-gazdájának vizsgálata. Kis- és nagyüzemi sertés- és juhállományok toxoplasma fertőzöttsége Csongrád megyében.

A Magyar Gerontológiai Társaság, a Szolnoki Városi Egészségügyi Osztály, a Szolnoki Egyesített Szociális Intézmény 1984. május 31-én (csütörtök) Szolnokon, az Egyesített Szociális Intézményben (Eötvös tér 7.) „A szociális gerontológia és a geriatría eredményei” címmel **tudományos ülést** rendez.

Délelőtt 9.00 óra

Üléselnök: **Juhász Irma.**

Balázs Tamás: Megnyitó.

Baki Magda: Üdvözlés.

A szociális gondozottak műsora 9.15 óra

Üléselnökök: **Balázs Tamás, Vértés László.**

Lengyel Éva: Új módszerek az idősök egészségnevelésében.

Juhász Irma: A belső környezet kialakításának gondolatai az idős korúak szociális otthonában.

Somogyi Tamás: Psychosomatikus medicina és dermatológia.

Ménesi László, Szalai István: Égési sérülések az időskorban.

Czakó László: Cukorbetegség időskorban.

Sulyok László, Seres Zoltán: Gyomorfekély időskorban.

Vita — Szünet

Üléselnökök: **Lengyel Éva, Juhász Irma.**

Fügi Sarolta: Idősök depressív tüneteinek néhány szociálpszichiátriai szempontja.

Timmer Margit, Vértés László: Kezdeti gerodermatológiai vizsgálataink.

Matuz Dezső, Bereczki Erzsébet, Prágai Géza, Simon Gyula: Obliteráló verőér-betegségek előfordulása, gyakorisága és jelentősége idősekben.

Vértés László: Az időseket gondozó kórházi osztályok helyzete a progressív ellátásban.

Maródi Antal, Hámori Rezső: Az idősek nappali otthonaiban gondozottak egészségügyi ellátása.

Steinhacker Rozália, Vértés László: Egészségnevelés az időseket ellátó kórházi osztályon.

László János: A körzetben élő idősek szociális gerontológiai gondjai. A körzeti egészségügyi szolgálat és az Egyesített Szociális Intézmény kapcsolatrendszere.

Vita

Tudnivalók

Az előadások időtartama 10 perc. 50 × 50 mm-es diaposzitivok vetíthetők. Kedvezményes térítés ellenében ebéd igényelhető. További felvilágosítást **Juhász Irma dr.** főorvos nyújt (Szolnok, Eötvös tér 7. 5000).

A **Semmelweis Orvostudományi Egyetem**, a II. Belklinika szervezésében 1984 május 31-én csütörtökön, du. 14–18 óra között az Elméleti Tömbben (VIII., Nagyvárad tér 4.) „Prolactin dependens állapotok gyógyszeres és idegsebészeti kezelés” címen — a hazai belgyógyász, nőgyógyász endokrin és andrológus centrumok felkért részvételével — **tudományos ülést** rendez.

Üléselnök: **prof. Gláz Edit.**

Az előadásokat nyílt vita követi, melyben előzetes bejelentés nélkül minden érdeklődő részt vehet.

A **„Korányi Frigyes” TBC és Tüdőgyógyász Társaság**, a Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Társasággal, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületével, a Magyar Belgyógyász Társasággal, a Magyar Kardiológusok Társaságával, a Magyar Onkológusok Társaságával együttműködve 1984. jún. 6–7–8-án, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb dísztermében és Zöld-termében (VIII., Nagyvárad tér 4.) rendezi **XLIV. naggyűlését**.

1984. június 6., szerda, 8.30 óra
Díszterem

Megnyitó — Üdvözlések

„Korányi-emlékérem” átadása

Tiszteletbeli tagoknak díszoklevél átadása

1983. évi „nívódíjak” átadása

S z ü n e t

1984. június 6. (szerda) 10.00 óra
„A” sectio

Díszterem

Légzési és keringési elégtelenség
Referátumok

Üléselnök: **prof. Kertes István.**

1. **Prof. Hutás Imre:** Újabb eredmények és vitatott kérdések a heveny és az idült cardiorespiratorikus elégtelenség terápiájában.

2. **Prof. Miskovits Gusztáv, Magyar Pál:** A légzés cirkadián ritmusa.

3. **Prof. Mihóczy László:** Jobb kamra mechanika, a pulmonális hypertonia diagnosztikai kérdései.

4. **Szell Kálmán:** A légzési elégtelenség intenzív kezelése.

Üléselnök: **Kerkovits Gyula.**

5. **Prof. Naszlady Attila:** Szivritmuszavarok ellátási gondjai.

6. **Matos Lajos:** Új gyógyszerek és lehetőségek a keringési elégtelenség kezelésében.

7. **Prof. Romoda Tibor:** Az akut légzési elégtelenség keringési vonatkozásai és kezelésének kardiális szempontjai.

8. **Prof. Szám István:** A cor pulmonale pathomorphosisa.

S z ü n e t

15.00 óra

Előadások

Üléselnök: **prof. Jakab Tivadar.**

9. **Virsik, K., Kristúfek, P., Sameková, E., Slavkovská, K., Lito-merický, St.** (Pozsonypüspöki, CSSR): A mellkasi fizioterápia idült kardiorespirációs elégtelenségű és annak hatása a légzés-funkcióra és a tüdőcirkulációra.

10. **Sitkei Éva, Perger László:** Hemodinamikai vizsgálatok idült obstruktív tüdőbetegségeknél.

11. **Gondos Tibor, Péntes István, Bede Antal, Szabadi Gabriella, prof. Kulka Frigyes:** Haemodinamikai monitorozás jelentősége a kardiorespiratorikus elégtelenség gyógyszeres kezelésében.

12. **Pásztor József, Mécs János, Radezki Gábor, Incze Dénes, Böjthe Lajos:** A respirátorok kezelésé mindennapi gyakorlatunkban.

13. **Zoltán Róbert, Forrai Ágnes, Hajduk István, Urbán Veronika:** Globális légzési elégtelenségben szenvedő betegek kezelése respirátorral nem rendelkező tüdőosztályon.

Hozzászólás — Vita

Üléselnök: **Romics László.**

14. **Böszörményi Nagy György, Kotor György, Falus Ferenc:** A centrális légzésszabályozás krónikus obstruktív tüdőbetegség következtében kialakult akut légzési elégtelenségben.

15. **Péntes István, Zubovits Kornélia, Soltész Ibolya, Szabadi Gabriella, Gál Zsuzsa:** Légzési elégtelenséget okozó pneumóniák.

16. **Falus Ferenc, Turczkányuk Katalin, Gaál Inez:** Súlyos lefolyású fiatalkori tüdőgyulladások.

17. **Pálkövi Erzsébet, Kántor Erzsébet, prof. Mihóczy László:** Enzymbeltérések légzési elégtelenségben szenvedő betegeken.

18. **Szabadi Gabriella, Gál Zsuzsa, Gondos Tibor, Péntes István:** Légzési elégtelenséghez vezető postoperatív légúti szövődésmények.

19. **Krémer Ildikó, Mészáros István, Boross Judit:** A postoperatív légzési elégtelenség okai és kezelése.

20. **Kotsis Lajos, Péntes István, Zubovits Kornélia, Szabadi Gabriella:** Gastrointestinalis műtétek kockázatáról légzésekárosult betegeken.

Hozzászólás — Vita

17.00 óra

Clinico-pharmacológiai témák

Üléselnök: **Vastag Endre.**

21. **Schilling, W.** (Berlin-Buch, NDK): A cor pulmonale kezelése inotrop hatású készítményekkel (német nyelven).

22. **Costello, J.** (London, U. K.): A mediátorok szerepe bronchoconstrictióban (angol nyelven).

23. **Vastag Endre:** Béta-2-mimetikumok és béta-blokkolók hatása a bronchiális mukusztranszportra.

24. **Zeltner György, Panyi Mária, Kalo Emil, Klemencsics Ágnes:** Pozitív inotrop hatású gyógyszerek a dekompenzált cor pulmonale kezelésében.

25. **Erdélyi Kálmán, Horváth Mihály, Pekó Edit:** A calcium-antagonista nifedipin, verapamil és diltiazem kisvérkőri hatásának vizsgálata ¹³³Xenonnal.

26. **Falus Ferenc, Böszörményi Nagy György, Debreczeni Loránd, Urai Klára:** A pulmonális hipertónia befolyásolása nifedipinnel krónikus légzési elégtelenségben.

27. **Tóth Levente, Teleki Kálmán, Holló János:** A betaloc hatása idült obstruktív légzési betegségben.

28. **Major Katalin, Urai Klára:** A stresszon alkalmazása légzési betegségekhez társuló béta-adrenolytikus kezelést igénylő betegségeknél.

29. **Czuriga István, Voith László, prof. Mihóczy László:** Néhány farmakon kisvérkőri nyomásnövelő hatásának klinikai vizsgálata pulmonális hipertóniában.

Hozzászólás — Vita

Június 7. (csütörtök) 8.30 óra

Időszerű kérdések a mediastinális nyirokcsomó-betegségek és daganatok diagnosztikájában és terápiájában

Referátumok

Üléselnök: **prof. Keszler Pál.**

30. **Prof. Szende Béla:** A mediastinum daganatainak patológiája.

31. **Prof. Schweiger Ottó:** A hilus és mediastinum betegségeinek egyes klinikai kérdései.

32. *Gürtler, K. F.* (Hamburg, NSZK): Computer tomografia a mediastinalis betegségek és daganatok diagnosztikájában (német nyelven).

Üléselnök: *prof. Gyenes György.*

33. *Prof. Eckhardt Sándor:* A mediastinalis nyirokcsomó-betegségek cytostatikus kezelése.

34. *Prof. Kuhn Endre:* A mediastinum sugaras kezelése számítógépes rétegvizsgálat adatainak figyelembevételével.

35. *Besznyák István:* A sebész szerepe a mediastinum tumorainak és pseudotumorainak diagnosztikájában és terápiájában.

Szünet

11.00 óra

Előadások

Üléselnök: *Szüle Péter.*

36. *Varga Győző:* Hilusi röntgen-árnyékok esetén végzett perfúziós tüdőszcintigráfias vizsgálatok nyomán szerzett tapasztalatok.

37. *Faragó Eszter, Orosi Piroska:* A mediastinalis nyirokcsomók intraoperatív citodiagnosztikájának értéke.

38. *Pálinkási Szvetlana, Hankovszky Mária, Dévai Ágnes:* Mediastinoscopia szerepe mediastinalis nyirokcsomó-megbetegedések differenciáldiagnosztikájában.

39. *Incze Dénes, Radeczki Gábor, Valyon Éva, Fontos Gyula:* Mediastinoscopiaival és thoracotomiaival szerzett tapasztalataink a mediastinalis nyirokcsomó-betegségeiben.

40. *Tóth László, Balogh Ádám, Rahóty Pál, Besznyák István:* A mediastinalis cystákról.

41. *Rahóty Pál, Balogh Ádám, Tóth László, Besznyák István:* Synchron és metachron mediastinalis tumorok.

Hozzászólás — Vita

Üléselnök: *Mészáros Lajos.*

42. *Kosztic Szilárd, Szarvas Ilona, Pálffy Gyula, Forrai István:* Collaris mediastinoscopia szövődményei.

43. *Prof. Szűcs Sándor, Keke Dimitra:* A mediastinalis nyirokcsomó-betegségek elkülönítő kórismézésében alkalmazott új szempontok.

44. *Vezendi Sándor, prof. Mándi László:* A mellkasi sarcoidosis I. stádiumának kórismézési és elkülönítő kórismézési kérdései.

45. *Gévai Emil, Nyiredy Géza, prof. Szűcs Sándor, Furdák Antal, Molnár Kornélia, Tessényi Ildikó:* Mediastinalis sarcoidosis.

46. *Jäger Margit, Gondkiewicz Mária, Bordás Márta:* Mediastinalis nyirokcsomó-betegségek és -daganatok 10 éves beteganyagunkban.

47. *Gautier Barna, Bartha Miklós, Fodor Domonkos, István Lajos:* Szövődmények mediastinalis lokalizációjú malignus lymphomában.

48. *Csekeő Attila, prof. Kulka Frigyes:* Malignus mediastinalis tumorok sebészi kezelésének lehetőségei.

49. *Prof. Keszler Pál, Vass György:* A sebészet lehetőségei a mediastinalis nyirokcsomó-betegségek diagnosztikájában és terápiájában.

Hozzászólás — Vita

15.00 óra

Szimpozium a légzési elégtelenségben szenvedő betegek otthoni oxigénkezeléséről.

Üléselnök: *Vadász Imre.*

50. *Matthys, H.* (Freiburg, NSZK): A tartós oxigén kezelés összehasonlítása az intermittáló pozitív nyomású lélegeztetéssel (IPPB) (angol nyelven).

51. *Keller, R.* (Aarau, Svájc): Krónikus légzési elégtelenségben szenvedő betegek tartós otthoni oxigénkezelésével szerzett tapasztalatok (német nyelven).

52. *Pálkövi Erzsébet, Kántor Erzsébet:* Házi oxigén-terápiával szerzett tapasztalataink Hajdú-Bihar megyében.

53. *Solymosi Péter, prof. Schweiger Ottó:* Első klinikai tapasztalataink az O₂ koncentrátorral.

54. *Horváth Lajos, prof. Szűcs Sándor, Kunszenti Tamás:* Oxigénkezelés a beteg otthonában.

Hozzászólás — Vita

Június 8. (péntek) 8.30 óra

Az alapellátás és a tüdőgondozó együttműködése
Referátumok

Üléselnök: *Botta Ádám.*

55. *Prof. Schweiger Ottó, Andor Miklós:* Tapasztalataink az alapellátás és a tüdőgyógyász hálózat kapcsolatáról.

56. *Fodor Miklós:* A körzeti orvos lehetőségei az idült hörghurutban szenvedők felkutatására, különös tekintettel a gondozás további folyamatára.

57. *Horváth Rózsa, Szilasi Anna:* Az információs rendszer szerepe a progresszív megelőzés és gondozás megvalósításában.

Szünet

10.00 óra

Előadások

Üléselnök: *prof. Böszörményi Miklós.*

58. *Németh Tibor, Nyárády Iván, Vadász Imre:* A pulmonológiai betegek céltartó és integrált gondozása.

59. *Scharkoff, H.* (Cottbus, NDK): Krónikus nem specifikus tüdőbetegségben szenvedő betegek gondozói ellenőrzésének tapasztalatai az NDK-ban (német nyelven).

60. *Trnka, L.* (Prága, CSSR): A pneumológia integrációja az általános egészségügyi ellátási rendszerbe — a jelenlegi Csehszlovákiai helyzet (angol nyelven).

61. *Hegedüs István, Tatár Albert:* Az alapellátás és tüdőgondozó munkájának célszerű összehangolása az integráció adta lehetőségen belül.

62. *Pusztai János, Tóth Sándor:* Módszerek az aspecifikus tüdőbeteg gondozásának megszervezésére.

63. *Várady Tamás, Borókai Ferenc:* Pulmonológiai konziliáriusi tevékenység számítógépes elemzése.

Hozzászólás — Vita

Üléselnök: *Szűk Béla.*

64. *Prof. Levendel László:* A pszichoszociális betegvezetés és alapellátás és tüdőgondozó együttműködése révén.

65. *Bálint András, Répay Judit:* Az alapellátás és a tüdőgondozó egymásroutaltsága a pulmonális megbetegedések diagnosztikája, terápiája és gondozása során.

66. *Juhász Gábor, Kovács András:* Alapellátás és tüdőgondozó kapcsolatának tapasztalatai 10 év alatt a nagykanizsai tüdőgondozó intézetben.

67. *Törő Imre, Czina Géza:* Az alapellátás és a tüdőgondozó együttműködésének tapasztalatai 10 év gyakorlat alapján.

68. *Muzsaj József, Dudás István, Nemes Mária, Szilágyi Ernő:* A tüdőgondozó és a körzeti orvosi szolgálat együttműködése Szécsény városi jogú nagyközségben.

69. *Fehérpataky József, Nyiredy Géza, Gévai Emil, Mitrovics Katalin:* Kórház-gondozói egység és alapellátás.

Hozzászólás — Vita

15.00 óra

Üléselnök: *Nemes János.*

70. *Szepesvári Elemér:* Gondozás egy új személyiségelmélet tükrében.

71. *Bođ Sarolta, Laczkó Erzsébet, Nagybalai Júlia, Nagy Béla, Kürti Sándor, Radeczki Gábor:* A tüdőgondozók és az alapellátás szak-konziliáriumi együttműködése Szolnok megyében.

72. *Hankovszky Mária, Úveges Jenő, Domokos Klára:* Az alapellátás-tüdőgondozó és tüdőgyógyászati egységének bemutatása az asztma bronchiale kapcsán.

73. *Szereday Ildikó, Szelezki Róza, Simon Emil, Gyuricza Sándor, Gohér Ilona, Kovács Ilona:* A tüdőgondozók és az alapellátás együttműködésének jelentősége az asthmás betegek gondozásában.

Hozzászólás — Vita

Üléselnök: *Kozma Dezső.*

74. *Szalay György, Tóth Mária, Huzián Ida, Vecsey Zsuzsanna:* A hörgőrák felismerésének problémái az alapellátásban.

75. *Pálffy Gyula, Forrai István, Kosztic Szilárd:* A hálózati együttműködés jelentősége az 1983-ban operált hörgőrákos betegek amnéziájának tükrében.

76. Kovács Árpád: Hogyan segítették az ernyőképszűrővel egybekapcsolt vizeletszűrőket a cukorbeteg felkutatását Vas megyében.

77. Pordán Edit, Hidas István: A cor pulmonale chronicum a tüdőgondozói ellátásban.

78. Helf László sen., Hámory Károly, Novák László: A tbc-s és aspecifikus tüdőbetegek gondozásának ellenőrző vizsgálata a pécsi TEK ellátási területén 1983-ban.

79. Ruzsáti Endre: Légzési és keringési elégtelenség diagnosztizálása és kezelése a tüdőgondozói intézetekben.

Hozzászólás — Vita

Június 7. (csütörtök) 11.00 óra

„B” sectio

Zöld-terem

Poster-vita

Vitavezető: Böszörményi Nagy György, Debreczeni Loránd.

101. Barzó Pál, Molnár Lajos, Csokonay László, Thomázy Vilmos, Kollár Sándor: Gombaspórák és organikus porok belégzése következtében kialakult exogén allergiás alveolitisek.

102. Barzó Pál, Tóth Erzsébet, Molnár Lajos, Minik Károly, Lázi János: A sarcoidosis diagnosztikus, terápiás és gondozási kérdései.

103. Bede Antal, Soltész Ibolya, Zubovits Kornélia, Gál Zsuzsa, Péntes István: Pancreatitis következtében fellépő tüdőelváltozásokról.

104. Brethner, L. (Lipsee, NDK): Carlens-féle kettős tubussal végzett intubációt követő mediastinitis ritka esete.

105. Debreczeni Loránd, Vértes Krisztina, Böszörményi Nagy György, Bihámi János: Testplethymographias vizsgálatok patkányokon.

106. Debreczeni Loránd, Vértes Krisztina, Ungváry György: Szilikotikus patkányok légzése.

107. Gohér Ilona, Csépanyi Attila, Radezcki Gábor: Az alapellátás és a tüdőgondozó kapcsolatának alakulása a Szolnok megyei komplex szűrések során.

108. Hanáček J., Turcan J., Korpás J. (Turócszentmárton, CSSR): A tüdőinflációs nyomás nagysága és a kilégzési reflex erőssége közötti kapcsolat.

109. Herjavec Irén, Huszár Éva, Serfőző Péter, Debreczeni Loránd: A cAMP mennyisége asthmás betegek lymphocitáiban.

110. Juhász Erzsébet, Major Judit, Böcskei Csaba, Károlyi Alice: A primer hörgőrákos betegek CAP kezelésével szerzett tapasztalataink.

111. Kaucsek Ferenc: A kisablakú és a nem nyitható ablakú, szellőzetlen lakások összefüggése a gümőkóros megbetegedésekkel — 40 évvel ezelőtt — a bükkaljai községekben.

112. Prof. Kelemen Sándor, Cséri Teréz: A dohányzásról nyilvánított

orvosi vélemények — igazságértékük és hátterük.

113. Prof. Kelemen Sándor, Cséri Teréz: Az akaratlagos köhögés fiziológiai fonetikája kóros esetekben.

114. Prof. Kelemen Sándor, Mohácsi Edit, Raffai Irén, Ungor Károly, Lichtenberger György: Orr-polyposis és angio-oedemás rhinopathiás betegek orrlégzésének jellegzetességei.

115. Kocz András: Bronchoszkópos vizsgálatok jelentősége a nyelőcsőrák operabilitásának megítélésében.

116. Korpás J., Salát D., Sadlonová J. (Turócszentmárton, CSSR): A tusszifonogram jellege megváltoztatásának a lehetősége.

117. Kovács Ilona: Elhanyagolt állapotban, frissen felfedezett tüdőgümőkóros betegek Szolnok városában, 1978—1983.

118. Kovács László, Lehotská V., Lichardus B. (Pozsony, CSSR): Célszerűtlen vazopresszin-szekerációs szindróma gyermekkorú mellkasi megbetegedésekben.

119. Kwakye-Marton Piroška (Wassenaar, Hollandia): A lézerkezelés jelentősége tüdőgyógyászatban.

120. Mészáros Lajos, Beke Márta, Nagy Lajos, Vizner Eszter, Szakonyi Margit, Steierlein Mária: Retard aminophyllin terápia és a szérumszint monitorozása obstruktív betegekben.

121. Mészáros Lajos, Percs Erika, Steierlein Mária, Szakonyi Margit, Beke Márta, Nagy Tamás, Bérces István, Tompa Mihály, Paréj Vilmos, Papp Zoltán: Pirem (carbuterol — egy új béta-2 izgató) prompt és elhúzódo hatása obstruktív betegekben.

122. Mészáros Lajos, Edlinger Jenő, Szilvás Rudolf, Nyers Ágnes, Kiss Ilona: ZALA-MEDAT (megyei egészségügyi adatbázis) kialakításának szakmai és számítástechnikai koncepciója, mint az egészségügyi szolgálatok integrációjának egyik eszköze.

123. Prof. Mihóczy László, Szűk Béla, Winkler Ilona: Kísérletes vizsgálatok Sinecoddal (Butamirát-citrát) acetylcholin provokációban és status asthmaticusban.

124. Mohácsi Edit, prof. Kelemen Sándor: Az orrlégzés súlyos ventilációs zavar esetén.

16.00 óra

Vitavezető: Faragó Eszter, Magyar Pál.

125. Mucsi Imre, Dénes Lenke, Czifra Mária, Mértz József, Rajkay Katalin, Zabulik László: Tüdőbiopsia ultravékonytűvel.

126. Perger László, Sitkei Éva: A paradox pulzus vizsgálata idült obstruktív tüdőbetegekben.

127. Perger László, Sitkei Éva: A Valsalva-manőver hemodinamikai hatásai idült obstruktív tüdőbetegekben.

128. Péntes István, Szende Béla, Guba Tamás, Bede Antal: Adatok az „Urémias-tüdő” kialakulásához.

129. Prugberger Emil, Hegyi Pál, Drinóczy Mária: Inoperabilis primer hörgőrákos betegek BCG immunoadjuvans kezelésével szerzett tapasztalataink.

130. Prugberger Emil, Hegyi Pál, Drinóczy Mária: Kután-tesetek, perifériás vér facocita aktivitás, Se protein és immunglobulin szintek változása inoperabilis primer hörgőrákos betegekben BCG immunkezelés alatt.

131. Radezcki Gábor, Boros Ferenc, Gohér Ilona, Nagy Ferenc, Katona Irén, Terbe Ferenc, Kürti Sándor: Szolnok megye 1970—1981 közötti tüdődaganatos betegek elemzése.

132. Radezcki Gábor: Thoracotomia nélküli nyelőcsőpótlás.

133. Radezcki Gábor, Kürti Sándor, Simon Emil: Cysplatinnal (FARMITALIA-MONTEDISON) nyert előzetes eredményeink.

134. Sadlonová J., Korpás J., Buchancová J. (Turócszentmárton, CSSR): A légutak gyulladásainak elkülönítése tusszifonogram alapján.

135. Soltész Ibolya, Péntes István, Vincze Egon: A halálos kimenetelű fiatalkori pneumonia eseteink pathomorfológiai elemzése.

136. Suba Ilona, Kovács Gábor: Az 1982-es év országos tbc-s halálozási adatainak elemzése.

137. Szász Károly, Fráter Lóránd, Bali Ilona, Nizsei István, Högye Márta, Csanády Miklós: Ernyőkép-felvételek jelentősége a congestív cardiomyopiában.

138. Szeniczey Kornélia: Gyermekepulmonológiai beteganyag tanulmányai, 1983. jan. 1.—1984. ápr. 30.

139. Tahy Ádám, Rigó László, Görgey Judit, Berta Gyula, Antal Károly, Kis-Király Lajosné: A légzésfrekvencia vizsgálata terhelés közben.

140. Tomori Z. (Turócszentmárton, CSSR): A köhögés és az expectoratio mechanizmusa.

141. Zabulik László, Máté Júlia, Nagy Ferenc, Kürti Sándor, Gohér Ilona, Radezcki Gábor, Csépanyi Attila: Epidemiológiailag veszélyeztetett területek szűrése köpet Koch tenyésztéssel.

142. Zubovits Kornélia, Péntes István, Szarvas Ilona, Soltész Ibolya, Szabadi Gabriella: Heveny légzési elégtelenséget okozó disseminált tüdőelváltozások differenciáldiagnosztikájáról.

143. Zsámboki Gabriella, Magyar Pál: A Cimetidin hatásának vizsgálata krónikus obstruktív tüdőbetegek légzésfunkciós értékeire.

144. Várady Tamás, prof. Nasz-lady Attila: Szűrővizsgálaton középárnyék eltérés miatt kiemelt utóvizsgálata.

145. Várady Tamás, Böszörményi Nagy György, Jeszenszky Sándor, Kónya László: Az átlagos transit



időmérés eredményeinek értékelése.

146. *Váli Ferenc, prof. Szücs Sándor, Tessényi Ildikó*: Új rendszerű porlasztási mód, INTAL inhaláltatására.

147. *Vértes Krisztina, Debreczeni Loránd*: Asthma-modell patkányokon.

148. *Vértes Krisztina, Strausz János, Debreczeni Loránd*: Bleomycin-fibrótikus patkányok légzése.

149. *Visnovsky P.* (Túrócszentmárton, CSSR): A bronchialis hyperreaktivitás farmakológiai szempontjai.

Tájékoztató

A kongresszusra benyújtott szabad témájú (a főtémához nem csatlakozó) munkák a „Poszter szekció” keretében kerülnek bemutatásra. A poszttereket a program-

ban feltüntetett sorszámokkal megjelölve, azok sorrendjében állítjuk ki, a kongresszus teljes időtartama alatt.

A posztterek személyes megvitatása céljából a szerzők június 6-án (szerdán) 14.30-tól a poszternél tartózkodnak.

Az előadás időtartama maximum 10 perc, melyben a vetítési idő is benne foglaltatik (3 ritkán gépelt oldal = 1000 szó, 1 dia = 50 szó). Mivel minden előadás megtartását biztosítanunk kell, az ülés elnöke a megadott idő elteltével megvonja a szót.

A hozzászólás tartama 3 perc.

Vetítésre 5 × 5 cm-es diaposzitivval van lehetőség. A diaposzitivokat jobb felső sarkában sorszámozva, a vetítés sorrendjébe rakva, dobozban elhelyezve, az ülés kezdete

előtt szíveskedjék a vetítőnek átadni. Kérjük a dobozon feltüntetni az első előadó nevét és az előadás programfüzet szerinti sorszámát.

A kongresszus *részvételi díja* a MOTESZ tagjainak 300,— Ft (nem tagoknak 500,— Ft). Társaságunk nyugdíjas tagjainak, a nem orvos kísérőknek és középkadereknek nem kell részvételi díjat fizetni. A kongresszusi névkártyát kérjük a ruhára kitűzve viselni, ez egyben a részvételi díj befizetését is jelzi.

Állófogadás június 7-én (csütörtökön) 19.30 órakor, a Hotel FÓRUM-ban (V., Apáczai Csere J. u. 12. Részvételi díj 350,— Ft.

Kongresszusi iroda: az Elméleti Tömb halljában június 6—7—8-án, 8—17 óra között.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

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



84.1123 Tipográfika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

22. SZÁM

*

1984. MÁJUS 27.

TARTALOMJEGYZÉK

Endrőczy Elemér dr. és Németh Mária dr.:
Klinikai kémiai vizsgálatok diagnosztikai
kérdései 1303

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Korányi László dr., Burger Zsuzsanna dr.,
Guoth János dr., Guoth Mária dr.,
Péterfy Ferenc dr. és Tamás Gyula dr.:*
A humán foetalis agyglukagon receptor-
kötődése és lipolitikus hatása 1309

KLINIKOPATOLÓGIAI TANULMÁNYOK

*Brittig Ferenc dr., Pócza Károly dr.
és István Lajos dr.:*
Tüdőszövődmények leukaemiás és malignus
lymphomás betegekben 1315

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

*Marosi Irén dr., Balogh Gabriella dr.
és Cseplák György dr.:*
A psoriasis vulgaris „perckezelésével”
szerzett tapasztalatainkról 1323

KAZUISZTIKA

Scultéty Sándor dr.:
Enuresis risoria 1327

HORUS

Hetényi Géza emlékezete 1329
Forradalmi átalakulás a medicinában a XIX.
század elején 1330
Talmud-tradíciók magyarul 1323

Folyóiratreferátumok 1337

Könyvismertetés 1353

Hírek 1355

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

10 mg prednisolonum caproicum, 400 mg lidocainum hydrichloricum, 400 mg dexpanthelolum 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 túlادagolás 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 kezelésről.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

A klinikai laboratóriumi diagnosztikában az analízis megbízhatóságát (a mért érték helyességét és pontosságát) alapvető követelménynek kell tekinteni. A lelet diagnosztikai hatékonysága szorosan kapcsolódik a vizsgálati módszer diagnosztikai specifikálásához és érzékenységéhez, amelyek alapján a lelet diagnosztikai előrejelzési értéke kiszámítható. A diagnosztikai előrejelzési érték segítséget nyújt a feltételezett diagnózis valószínűségének megítéléséhez. A szerzők elemzik a tájékoztató (profil-jellegű) és a célzott laboratóriumi kivizsgálás szakmai kérdéseit. Az alap- és a kísérőbetegségek feltárása csak a kettő helyes alkalmazásával vezethet kielégítő eredményre.

A klinikai kémiai vizsgálatok száma világviszonylatban évente 6–8 százalékkal emelkedik és a mért értékek helyességének és pontosságának ellenőrzése fokozott figyelmet igényel. Az analízis helyességét mutatja, hogy a mért érték milyen mértékben közelíti meg a legvalószínűbb értéket („valódi” vagy „kell” érték). A mérés pontosságát statisztikai szórással jellemezhetjük. Az analitikai teljesítmény ellenőrzése a laboratóriumon belüli és a laboratóriumok közötti minőségi ellenőrzés feladata.

A klinikai laboratóriumi diagnosztikában a vizsgálatok diagnosztikai teljesítményét vagy megbízhatóságát csak a gyógyító-megelőző ellátásból fakadó követelményekkel szerves összhangban lehet értékelni. A gyógyító-megelőző ellátás szempontjait tekintve a laboratóriumi vizsgálatokat a következő módon csoportosíthatjuk:

- 1) szűrőjellegű vizsgálatok,
- 2) a klinikai tünetek alapján igényelt és a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok,
- 3) a beteg állapotának ellenőrzésére, a terápia követésére utaló vizsgálatok (trend analízis).

Számos laboratóriumon belüli és kívüli tényező befolyásolhatja az analízis megbízhatóságát (véletlen hiba, szisztémás hiba), amelyeknek rendszeres ellenőrzését és következetes feltárását a laboratóriumon belüli minőségi ellenőrzés biztosítja.

Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagyni a mért értékek biológiai szórását, amely alapvetően befolyásolja a normál vagy referens értéktartományt. Ennek különös jelentősége van a szűrőjellegű vizsgálatokban, amikor az egészséges és a beteg értéktartománya a diszkriminációs értékkel van elválasztva (más szóval referens érték) és a té-

Diagnostical problems of the clinico-chemical examinations. Reliability of analysis (accuracy of values measured) should be regarded as a primary requirement in clinical laboratory diagnostics. The diagnostic efficiency of the findings is in close relation with the diagnostic specificity and sensitivity of the method used. Taking this into account the prognostic value of the findings in the diagnosis can be calculated, which may help in the right judgement of the supposed diagnosis. The problems of the exploratory and aimed laboratory examinations are thoroughly discussed and it is established that the revealing of the primary and secondary diseases is only possible if both methods are applied in the right way.

ves negatív, ill. téves pozitív válaszok száma miatt a betegség jelenlétéről vagy hiányáról csak bizonyos valószínűséggel kapunk tájékoztatást.

A laboratóriumi vizsgálat információ tartalma

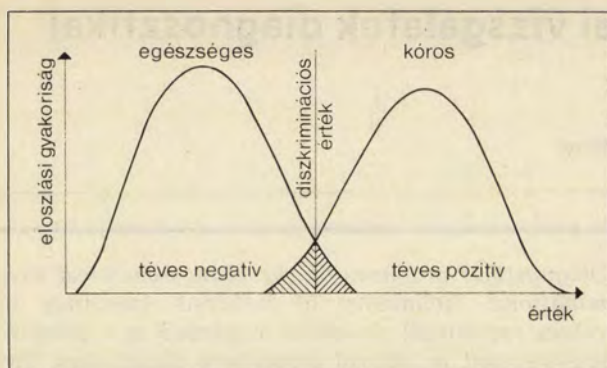
Mindenekelőtt különbséget kell tenni az *analitikai* és a *biológiai* variancia között. Az analízis során nyert érték helyességét és pontosságát a laboratóriumon belüli minőségi ellenőrzés jellemzi. A biológiai tényezők befolyását két csoportra oszthatjuk: az *intraindividualis* variancia az ugyanazon egyeden mért értékek időbeli statisztikus eloszlása. Az *interindividualis* variancia oka a különböző egyedekben mért értékek statisztikus eloszlása. A biológiai varianciát befolyásolja az egyedek neme, kora, táplálkozása, szociális környezete, amelyek különösen a szűrőjellegű vizsgálatokhoz felvett referens tartomány megállapításánál játszanak fontos szerepet.

Ideális az lenne, ha az analitikai variancia mértéke mindig kisebb lenne, mint a biológiai (elsősorban az intraindividualis), de ez nem mindig érvényesül (1). Az Aspen Konferencia, amely a laboratóriumi vizsgálatokkal szemben támasztott követelményekkel foglalkozott és az alábbi megállapításokat fogalmazta meg:

$$VK_b = 1/2 \sqrt{(VK_{intraind.})^2 + (VK_{interind.})^2}$$
$$SD^2_{analitikai} \leq 1/4 SD^2_{biológiai}, \text{ illetve}$$
$$VK_a \leq 1/2 VK_{interind.}$$

amelyben a VK_a megfelel az analitikai, a VK_b a biológiai variációs koefficiensnek. Az Aspen konferencia (2) a figyelmet elsősorban az analízis pontosságára fordította, mivel eleve feltételezi azt, hogy az analízis során a laboratórium a mért érték helyességét is folyamatosan ellenőrzi.

A biológiai variancia mértékének meghatározása előfeltétele a szűrőjellegű vizsgálatoknak. Az



Eloszlási gyakoriság téves negatív, illetve téves pozitív értéktartományal (sátozott rész)

intraindividuális variancia mértékét befolyásolhatja a napszaki ingadozás, tápanyagfelvétel. Az inter-individuális variancia sokkal több tényező hatásából tevődik össze, a variancia mértékét befolyásolja többek között a nem, kor, életmód, foglalkozás stb. Amíg az analízis pontosságát a vizsgáló módszerek korszerűsítésével, az analízis rendszeres ellenőrzésével fokozatosan javítani lehet, addig a biológiai variancia mértéke csak a mintavétel (reprezentatív felmérés) feltételeinek korlátozásával csökkenthető. Ez utóbbi viszont maga után vonja azt a tényt, hogy a meghatározott biológiai variancia csak egy szűk, reprezentatív mintára érvényes és ilyen értelemben korlátozza a szűrőjellegű vizsgálatok biológiai jelentőségét. Ez nem ritkán téves következtetésekhez vezet a gyógyító-megelőző ellátásban (3).

A normál vagy referens értéktartomány meghatározása rendkívül összetett feladat. A normál értékek eloszlása számos biokémiai paraméter esetében nem Gauss-típusú, amelyet napjainkban ma még gyakran nem vesznek figyelembe (4). Továbbá, annak ellenére, hogy a követelmények között jelentkezik azon általános elv érvényesülése, amely szerint az analitikai variancia kisebb legyen, mint a biológiai, több klinikai kémiai állandó meghatározásánál ezt még nem sikerült teljesíteni (így, például a nátrium, kreatinin, kalcium, magnézium, LDH, SGPT stb.) (5, 6, 7). Ezek a tények arra utalnak, hogy a referens és a kóros tartomány között felállított határérték nem tekinthető az „igen” és a

1. táblázat. „Négy-mezős” statisztikai értékelése

Lelet	Beteg	Egészséges
pozitív	a	b
negatív	c	d

a, b, c, d = relatív gyakoriság

$$\text{Jouden index, } J = \frac{a \cdot d - b \cdot c}{(a+b) \cdot (c+d)}$$

$$J \text{ szórása, } s_J = \sqrt{\frac{ab}{(a+b)^3} + \frac{cd}{(c+d)^3}}$$

95%-os megbízhatósági szint: $J \pm 1,96 s_J$

„nem” leletek választóvonalának, hanem a biológiai eredetű téves „igen” és téves „nem” válaszok mellett számolni kell az analízis pontatlanságával is.

A laboratóriumi vizsgálatok diagnosztikai értéke

Amennyiben egy mért érték a referens tartományon kívül esik, akkor feltételezhető, hogy a betegség jelen van. Ez csak bizonyos valószínűséggel mondható, még abban az esetben is, ha meggyőződünk az analízis megbízhatóságáról. A laboratóriumi lelet esetében beszélhetünk

- diagnosztikai specifitásról,
- diagnosztikai érzékenységről,
- a vizsgálati módszer, illetve a lelet előrejelzési értékéről, mint valószínűségi szintről.

A diagnosztikai *specifitás* az a valószínűség, amellyel a „valóban egészségest” meg tudjuk különböztetni a betegtől. A diagnosztikai *érzékenység* viszont az a valószínűség, amellyel a klinikai vagy „valóban beteg” egyént megkülönböztethetjük az egészségestől. A specifitás és érzékenység között fordított arány áll fenn, a kettő közötti arányt alapvetően befolyásolja a diszkriminációs érték (ábra). A diszkriminációs érték meghatározása a matematikai statisztikai eljárások felhasználásával optimálisan kialakítható és ezzel számos szerző foglalkozott az elmúlt évtizedben (8, 9, 10, 11, 12, 13). A diagnosztikai érzékenység és specifitás valószínűségi szintjei a „négy-mezős” statisztikai eljárással kiszámíthatók (1. táblázat). A Jouden index csak egyik változata az értékelésnek és a legegyszerűbbek között említhető. Mivel a leletek „igen” és „nem” értelemben kerülnek felhasználásra és a diagnosztikai szemlélet gyakran határértéken mozgó igen és nem válaszok mérlegelését is felveti, a „több-mezős” statisztikai értékelés is ajánlásra került, amely a bizonytalan válaszokat is számításba veszi (14).

A laboratóriumi vizsgálat diagnosztikai előrejelzési értéke az a valószínűség, amellyel a betegség jelenlétére vagy hiányára következtethetünk. A Bayes feltételes valószínűségi tétel alkalmazása a laboratóriumi diagnosztikában mindinkább tért hódított:

$$p^+ = \frac{pSé}{pSs(1-P) + (1-Sé) \cdot P}$$

amelyben a p^+ = a pozitív leletek előrejelzési értéke,

$pSé$ = a módszer diagnosztikai érzékenysége,

pSs = a módszer diagnosztikai specifitása,

P = a betegség gyakoriságának valószínűsége.

A negatív leletek előrejelzési értéke hasonló módon kiszámítható:

$$p^- = \frac{pSs(1-P)}{pSé + (1-pSs) \cdot (1-P)}$$

A P érték meghatározása természetesen az adott populációra vonatkozó tapasztalati értékre támaszkodhat (prevalencia).

Az analitikában általánosan elterjedt a 95%-os valószínűségi tartomány használata, amely megközelítően a középérték ± 2 (SD) határtértéknek felel

meg. Ez azt jelenti, hogy minden 1000 mért érték közül 23 a határértéken kívül esik. Érthető, hogy a téves pozitív, illetve téves negatív leletek számát ezen valószínűségi eloszlás is meghatározza. A diagnosztikai munkában természetesen sokkal nagyobb jelentőségű, hogy az anyagcsere-folyamatok vagy -szervek működésének zavarát egy-egy laboratóriumi vizsgálat lelete milyen valószínűségi szinten jelzi és ezt a diagnózis során mennyiben lehet hasznosítani. Mindenekelőtt szükséges megjegyezni, hogy az egymástól függetlenül értékelt paraméterek adatai, a matematikai statisztika szempontjából, csökkentik annak a valószínűségét, hogy az egészségest és a beteget megkülönböztessük. *Murphy* (15) fogalmazta meg, hogy a vizsgálati paraméterek számának növelése csökkenti azok diagnosztikai értékét. Így, ha az egyes paramétereket 95⁰/₀-os valószínűségi tartományban határozzuk meg, akkor $P=0,95^N$ és ennek megfelelően

N=paraméterek száma	0,95 ¹	95 ⁰ / ₀
	0,95 ³	85 ⁰ / ₀
	0,95 ⁶	73 ⁰ / ₀
	0,95 ¹²	54 ⁰ / ₀
	0,95 ²⁴	29 ⁰ / ₀

Ebből vonta le *Murphy* azt a paradox következtetést, hogy „egészségesnek csak az tekinthető, akit nem vizsgáltak ki kellően”, amely természetesen a matematikai statisztikai megközelítése az egészség fogalmának.

Ugyancsak matematikai statisztikai megközelítés teszi lehetővé, hogy a funkcionálisan kapcsolódó, azonos időpontban mért paraméterek értékei közötti összefüggés alapján a diagnosztikai előrejelzés valószínűségét biztonságosabban értékelhetjük. Amíg az egyszempontos analízis (univariate analysis) elsősorban a szűrőjellegű vizsgálatok eredményeinek értékelésében nyújt segítséget, de csak korlátozott a felhasználása a betegség diagnózisának felállításában, addig a többszempontos statisztikai analízis (multivariate, diskriminancia, faktoranalízis stb.) számos változata alkalmazható a legvalószínűbb diagnózis kialakításában (16, 17, 18, 19). Ennek néhány példáját mutatja a 2. és 3. táblázat, amelyeket napjainkban már mindinkább többen alkalmaznak a laboratóriumi diagnosztikában (20, 21, 22, 23).

A laboratóriumi diagnosztika hatékonysága

A diagnosztikai vizsgálatok hatékonyságának értékelése rendkívül összetett feladat és csak a gyógyító-megelőző ellátásban betöltött szerepével együtt értékelhető. A kölni egyetemi klinikákon 5000 betegen végeztek gondos felmérést és kimutatták, hogy a klinikai kémiai vizsgálatok hatékonysága 50⁰/₀, a radiológiai vizsgálatok 40, a szerológiai-immunológiai vizsgálatok 8, a mikrobiológiai vizsgálatok 22, a biopsziás vizsgálatok 63 és az endoszkópos vizsgálatok hatékonysága 48 százalékának tekinthető (24). A klinikai kémiai vizsgálatok 12–18 kémiai állandó profil-jellegű meghatározását jelentették.

A diagnosztikai munka hatékonyságát elsősorban a kórbonctani jegyzőkönyv és a klinikai diagnózis összehasonlításával lehet értékelni. A frei-

2. táblázat. Szérum enzimvizsgálatok diagnosztikai érzékenysége hepato-biliaris kórképekben (9)

	Diszkriminációs érték	Érzékenység %
SGOT	17 U/l	79,9
SGPT	17 U/l	75,9
AAP	36 U/l	78,4
gGT	5 U/l	67,0
LAP	3 U/l	65,6
ú-GC	0,8 U/l	48,1
Timol	3,6 E	37,8

burgi belgyógyászati és sebészeti klinikák kétéves betegforgalmának elemzése azt mutatta, hogy az alap-, a kísérőbetegséget és a halálokat alig 40 százalékban állapították meg teljesen helyesen a klinikákon. A fontos kísérőbetegséget vagy a halálokat közel 16 százalékban nem ismerték fel és a teljesen téves (sem az alap- sem a kísérőbetegséget nem ismerték fel) diagnózisok aránya mintegy 2,6⁰/₀ volt. Természetesen ezek az adatok a morbiditási struktúrát tekintve jelentősen különböznek az átlagtól. Nyilvánvaló, hogy a téves diagnózisok száma a gyógyító-megelőző ellátásban nagyobb és ennek objektív felmérése csak becsléssel és gondos utánvizsgálatokkal lenne lehetséges. Mindenesetre elgondolkoztató, hogy az említett felmérés szerint közel 3⁰/₀ teljesen téves diagnózis volt, ahol sem az alap- és kísérőbetegséget, sem a halálokat nem sikerült a klinikai diagnózis keretében tisztázni (25). Hasonló diagnosztikai hatékonyságról számoltak be más szerzők is (27, 28, 29). Figyelemre méltó, hogy a daganatos betegségek esetében a téves diagnózis igen jelentős számú.

A laboratóriumi lelet a szakorvosi konzílium tárgya és hozzájárul a diagnózis felállításához. A vizsgálati igények elrendelésében döntő szerepet játszik a klinikai tünet, az anamnézis és az orvos által feltételezett diagnózis. Hangsúlyozni kell, hogy az orvos által feltételezett diagnózis valószínűségi szintje gyakran messze áll a 100⁰/₀-tól, és a diagnosztikai igények elsősorban tájékozódó jellegűek. Jogosan vetődik fel az a kérdés, hogy milyen mértékben törekedjen az orvos a „célzott” laboratóriumi vizsgálatokra. A „célzott vizsgálatok” elrendelése abból a feltevésből indul ki, hogy a klinikai tünetek bizonyos kórképet közel 95⁰/₀-os valószínűséggel jeleznek és a laboratóriumi vizsgálat-

3. táblázat. Szérum enzimvizsgálatok diagnosztikai érzékenysége többszempontos statisztikai analízis alapján (9)

	Diszkriminációs érték	Érzékenység %
SGOT	17 U/l	79
SGPT	17 U/l	76
gGT	5 U/l	67
AAP	36 U/l	78
gGT+SGPT		86
gGT+SGOT		88
SGOT+AAP		93

tal ezt kívánják alátámasztani. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az esetek tekintélyes százalékában a kísérőbetegség feltáratlan marad (30, 31, 32, 33). A tájékoztató jellegű laboratóriumi kivizsgálásnál, amikor 10–12 klinikai kémiai állandó meghatározására kerül sor, mind az alapbetegség, mind a kísérőbetegség feltáratására nagyobb a valószínűség. A tájékoztató vizsgálatok előnye, hogy egy vérmintából gyorsabban és több biológiai információt nyer az orvos, kevesebb az utánvizsgálatok száma. Ugyanakkor kétségtelen, hogy több a redundans és irrelevans információ is. Ha a funkcionálisan kapcsolódó paraméterek értékeinek többváltozós statisztikai analizését is szolgáltatja a laboratórium, amely az orvos számára bizonyos diagnosztikai előrejelzési valószínűségi szinteket jelent, akkor mind az alapbetegség, mind a rejtett kísérőbetegségek feltáratása valószínűbb. Természetesen a célzott és a szélesebb értelemben vett tájékoztató vizsgálatok igénye alapvetően függ a beteg klinikai állapotától és más diagnosztikai vizsgálatok adataitól.

A funkcionálisan kapcsolódó paraméterek értékeinek aránya bizonyos kórképekben jelentősen változik és diagnosztikai információt szolgáltat (pl. kreatinin és karbamid, SGOT+SGPT+gGT és bilirubin, LDH₁₋₂ és total LDH stb.). Egyes paraméterek aránya viszont meglehetősen állandó és alkalmas rejtett analitikai hibák feltáratására (34, 35).

A differenciáldiagnosztikai algoritmus a célzott kivizsgálás sajátos formája, amely magas valószínűségi szinten vezet a feltételezhető diagnózishoz (36, 37, 38). A téves negatív és a téves pozitív leletek száma gyakorlatilag elhanyagolható, mivel a diszkriminációs értékek meglehetősen nagymértékben eltérnek egymástól (4. táblázat). Természetesen a párhuzamos tájékoztató vizsgálatok elvégzése nem nélkülözhető, mivel a differenciáldiag-

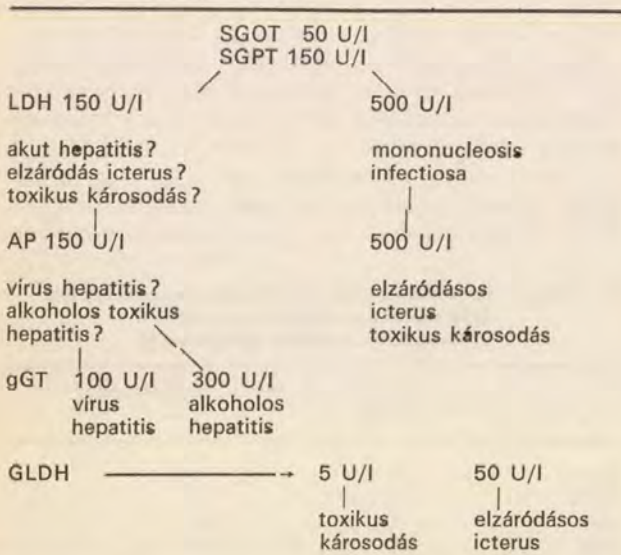
nosztikai algoritmus vertikális információt nyújt és a kísérőbetegségeket nem tárja fel.

Az elmúlt évtizedben fokozott figyelmet fordítottak az epidemiológiai szempontból fontos, nem fertőző betegségek rizikótényezőinek feltáratására. A szérumban triglicerid és koleszterin frakciók arányainak rizikó jelentőségét az atherosclerosisban és a koronária betegségben a Framingham-tanulmány óta számos szerző tankönyvi szinten elfogadta. A Framingham tanulmány előtt, kezdve *Wirchow*-tól már ismert volt, hogy a szérumban lipidtartalom és az atherosclerosis között összefüggés áll fenn (39, 40, 41, 42). A magas HDL-koleszterin tartalom és a szívinfarktus gyakorisága között fordított összefüggésre utalt a Framingham tanulmány, míg a magas LDL-koleszterin és triglicerid tartalom rizikó tényezőként az atherosclerosis és a szívizom-infarktus gyakoriságával egyenes arányban áll. Az elmúlt években végzett utánvizsgálatok a szérumban lipidfrakciók rizikó-előrejelzési értékeinek jelentőségét elemezve bizonyos aggályokat vetettek fel (43, 44).

A HDL-koleszterin rizikó-határértékét számos szerző 35, mások 45 mg/dl-nek tekinti. A 35 mg/dl határérték esetében a Framingham tanulmány adatai szerint csak minden 8. egyénnél várható infarktus, azok közül, akiknek szérumban HDL-koleszterin tartalma az értékhatár alatt van. *Harders és Helger* (45, 46, 47, 48) az értékhatárt 45 mg/dl-nek véve, a szérumban HDL-koleszterin rizikó előrejelzési értékét csak 16%-nak állapította meg. Ha azt is figyelembe vesszük, hogy a HDL-koleszterin tartalom meghatározását az USA minőségi ellenőrzés alapján 9–38%, más felmérések szerint 6–10% hibával végzik a laboratóriumok, akkor nyilvánvaló a rizikótényező meghatározásának a bizonytalansága.

Ma már fokozódó követelmény, hogy az orvos ismerje a vizsgálati módszerek diagnosztikai érzékenységét, speciticitását és előrejelzési értékét, és ezt csak a laboratóriummal való szoros szakmai együttműködés teszi lehetővé. A laboratóriumi vizsgálatok igénylésénél mindig a beteg klinikai tünetei és az anamnézis az irányadó és az orvos feltételezett diagnózisból indul ki, amikor célzottan kéri a vizsgálatokat. A mindennapi gyakorlatban a célzott vizsgálatok mellett 8–10 olyan vizsgálati igény is szerepel, amelyek tájékoztató jellegűek. Ennek egyik oka, hogy az orvos által feltételezett diagnózis is csak korlátozott valószínűségi szinten mozog, más oldalról a tájékoztató laboratóriumi vizsgálatok az esetleges kísérőbetegségekre hívják fel a figyelmet. A nemzetközi gyakorlatban 12–18 paraméterből álló „profil” programot használnak. Kimutatták, hogy a célzott laboratóriumi vizsgálatokon kívül végzett tájékoztató vizsgálatok az esetek 39 százalékában váratlan, addig rejtett betegséget tárnak fel (49). A hazai gyakorlatban az osztály vagy szakrendelés általában 8–12 paraméter meghatározását kéri, amely az esetek többségében tartalmazza mind a célzott, mind a tájékoztató vizsgálati igényeket. A laboratóriumi leletekből kiolvasható diagnosztikai mintázat, amely a feltételezett diagnózist alátámasztja, vagy további vizsgálati igényekhez vezet, gyakran intuitív megítélésen alapszik. Fontos, hogy az orvos a főbetegség diag-

4. táblázat. Szérumban enzimvizsgálatok algoritmusát a hepatobiliaris kórképekben (11)



SGOT/SGPT = aszpartat/alanin transzamináz, LDH = tejsavdehidrogenáz, AP = alkalikus foszfatáz, gGT = gamma-glutamil-transzpeptidáz, GLDH = glutamát dehidrogenáz.

nóza mellett figyelmet fordítson a kísérőbetegségre, amelyet a rendelkezésre álló leletek mutatnak. Kerülve a „de facto” felesleges vizsgálatokat, a „profil” összeállításánál törekedni kell arra, hogy minél több információt nyerjen az orvos és minél kevesebb legyen a redundans, irreleváns elem, amely valóban a „felesleges” és gazdaságtalan kategóriába tartozik.

Magyarországon mintegy 85,7 millió laboratóriumi vizsgálatot végeztek a gyógyító-megelőző ellátás szolgálatában az elmúlt évben. Tízmillió lakosra számítva ez a vizsgálati szám kevesebb, mint számos környező és európai országé, de ez nincs összhangban az egészségügyi ellátás színvonalával, annak szervezetségével és intézményhálózatának sűrűségével. Általánosságban mondható, hogy nem a vizsgálati szám, hanem annak összetétele és megbízhatósága tekinthető hatékony tényezőnek az egészségügyi ellátásban.

IRODALOM: 1. *Elevitch, F. R.*: Proceedings of the Aspen conference on analytical goals in clinical chemistry. CAP, Skokie, 1977, I, 11. — 2. *Elevitch, F. R.*: Amer. J. clin. Pathol. 1979, 71, 624—630. — 3. *Galen, R. S., Gambino, S. R.*: Beyond normality: The predictive value and efficiency of medical diagnoses. New York, John Wiley & Sons, 1975. — 4. *Büttner, J.*: J. clin. Chem. Clin. Biochem. 1977, 15, 1—12. — 5. *Statland, B. E., Winkel, P.*: Proceedings of the Aspen conference on analytical goals in clinical chemistry. CAP, Skokie, 1977, I, 11. — 6. *Van Steirteghem, A. C., Robertson, E. A., Young, D. S.*: Clin. Chem. 1978, 42, 212—222. — 7. *Williams, G. Z., Widdowson, G. M., Penton, J.*: Clin. Chem., 1978, 24, 313—320. — 8. *Büttner, J.*: J. clin. Chem. Clin. Biochem. 1978, 17, 20—28. — 9. *Nilius, R. és mtsai*: Z. med. Labor-Diagn. 1977, 18, 219—252. — 10. *Solberg, H. E., Skrede, S., Blomhoff, J. P.*: Scand. J. clin. Lab. Invest., 1975, 35, 713—731. — 11. *Schmidt, E., Schmidt, W.*: Diagnostik, 1977, 10, 348—351. — 12. *Friedel, R.*: Advances in clinical enzymology. Karger, Basel-New York, 1979. — 13. *Kubale, R. és mtsai*: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med., 1977, 83, 566—568. — 14. *Sapenfield, R. W. és mtsai*: Amer. J. clin. Pathol. 1981, 76, 127—132. — 15. *Murphy, E. A.*: The logic of medicine. Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, 1976. — 16. *Archer, P. G.*: Amer. J. clin. Pathol., 1978, 69, 32—35. — 17. *Grams,*

R. R., Johnson, E. A., Benson, E. S.: Amer. J. clin. Pathol., 1972, 58, 177—219. — 18. *Sunderman, F. W. jr.*: Clin. Chem., 1975, 21, 1873—1877. — 19. *Horvath, B. M.*: Amer. J. clin. Pathol. 1978, 69, 398—404. — 20. *Button, K. F., Gambino, S. R.*: Comput. Biol. Med. 1973, 3, 131—136. — 21. *Reece, R. L., Hobbie, R. K.*: Amer. J. clin. Pathol., 1972, 57, 664—675. — 22. *Toren, E. C. jr., Mohr, S. A., Busby, M. G.*: Clin. Chem., 1973, 19, 1122—1127. — 23. *Siemaszko, F.*: Computing in clinical laboratories. Pitman Medical, 1978. — 24. *Wymer, T.*: Statistische Erhebungen an 5000 Fällen der Medizin. Inaug. Diss. Univ. Klinik, Köln. — 25. *Dexler, H., Staeudinger, M., Sandritter, W.*: Med. Welt, 1980, 33, 1177—1183. — 26. *Gross, R., Wichmann, E.*: Med. Welt, 1979, 30, 2—6. — 27. *Solberg, H. E.*: Scand. J. clin. Lab. Invest., 1975, 35, 705—710. — 28. *Hunya, S., Kiss, G., Iványi, J.*: Med. Univ. 1983, XVI. 6., 295—299. — 29. *Hamilton, J. M.*: J. clin. Pathol., 1977, 30, 454—459. — 30. *Gross, R.*: Medizin: Diagnostik-Grundlagen und Praxis. Springer Verl., Heidelberg, 1978. — 31. *Ebel, B.*: Statistische Erhebungen an 5000 Aufnahmen der Medizinischen Universitätsklinik Köln. Inaug. Diss. Köln, 1974. — 32. *Haeckel, R.*: Dtsch. Arzteblatt, 1979, 76, 713—717. — 33. *Harm, K. és mtsai*: 4th Colloque International „Biologie Prospective”. Pont-a-Mousson, CNRS, 1978. — 34. *Kanno, T., Takeuchi, I., Sudo, K.*: Amer. J. clin. Pathol. 1981, 76, 782—786. — 35. *Goldberg, D. M., Spooner, R. J., Ellis, F., Ward, A. M.*: Amer. J. clin. Pathol. 1979, 71, 557—563. — 36. *Neef, L., Nilius, R., Haschen, R. J.*: Advances in clinical enzymology. (Friedel, R.) Karger, Basel-New York, 299—233, 1979. — 37. *Schmidt, E., Schmidt, W.*: Diagnostik 1975, 8, 427—432. — 38. *Werner, M.*: Med. Welt, 1977, 28, 1254—1259. — 39. *Dawber, T. R.*: Amer. J. Med. 1977, 62, 707—713. — 40. *Gofman, J. W. és mtsai*: Science, III., 1950, 166—171. — 41. *Brunner, D., Lobl, K.*: Ann. Intern. Med. 1958, 49, 732—750. — 42. *Slack, J.*: Lancet, 1969, 2, 1380—1382. — 43. *Wieland, H., Seidel, D.*: Arztl. Lab., 1981, 27, 141—154. — 44. *Castelli, P. W.*: In: Atherosclerosis. (Gotto, V., Smith, A. M., Allen, B.) Springer Verl., New York, 1980, 479—4893. — 45. *Warnick, G. R., Mayfield, C., Albers, J. J.*: Clin. Chem. 1981, 27, 116—123. — 46. U. S. Department of Health and Human (Lang, H., Rick, W., Büttner, H.) Springer Verl., Berlin. Services. CDC Survey of high density lipoprotein cholesterol measurement. Atlanta, Georgia, 1980. — 47. *Warnick, G. R., Cheung, M. C., Teng Leary, E.*: Clin. Chem., 1980, 26, 169—170. — 48. *Harders, H. D., Helger, R.*: Proc. Congr. Lab. Med., Berlin, 1979. — 49. *Haelin-Heidelberg-New York, 1980.*

(Endrőczy Elemér dr., Budapest, Pf. 112., 1389.)

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, 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 egységpróbaanyagként 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.



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;
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



KORÁNYI LÁSZLÓ DR.,
BURGER ZSUZSANNA DR.,
GUOTH JÁNOS DR.,
GUOTH MÁRIA DR.,
PÉTERFY FERENC DR.
ÉS TAMÁS GYULA DR.

A humán foetalis agyglukagon receptor- kötődése és lipolitikus hatása

Aarhus, Amtssygehus, Medical Department III., Dánia
(osztályvezető: Niels Schwartz Sørensen dr.)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Holló István dr.) és II. Női Klinika (igazgató: Zsolnai Béla dr.)
Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Immunkémiai Osztály, Gödöllő
(osztályvezető: Péterfy Ferenc dr.)

A szerzők vetélemből származó 15–25 hetes embriók agyában glukagon immunaktivitást mutató peptideket mutattak ki, ezek döntően a gyomor- és béltraktus glukagonszerű anyagával mutattak immunológiai hasonlóságot ($8,4 \pm 5,7 \times 10^{-8}$ M/mg fehérje), de pankreász glukagonnal egyező anyagot is találtak ($3,4 \pm 2,9 \times 10^{-10}$ M/mg fehérje). A magzat érettségével csökkent az agyak glukagon tartalma, de nőtt a pankreász típusú glukagon relatív mennyisége. A glukagonszerű peptideket immunológiai tulajdonságuk alapján „kettős affinitás-kromatográfiával” elkülönítették egymástól. A peptidek kötődését vizsgálták izolált sertésmájsejtek glukagon receptoraihoz és lipolitikus hatásukat izolált patkány-zsírsejt készítményben. Megállapították, hogy a szabad C-terminális glukagonvégű peptidek eltávolítása után az extraktum nem kötődik a májsejtek glukagon receptoraihoz és nem okoz lipolízist a zsírsejtekben. Azt gondolják, ha az agyban található glukagonszerű peptidek a glukagon előanyag még nem teljesen lebontott formái, így a lipolitikus hatás és a receptorhoz történő kötődés az enzimatis bontás során előbukkanó szabad C-terminális glukagonvéghez kötött.

Receptor-binding, and lipolytic activity of human, fetal brain-glucagon. The authors detected the presence in the brains of embryos, obtained from abortions between the 15th and 25th week of pregnancy. The peptides revealed immunoreactivity of glucagon, and immunological similarity to the glucagonlike substances of the gastroenteric system ($8,4 \pm 5,7 \times 10^{-8}$ M/mg protein), nevertheless, substance identical with pancreatic glucagon has been detected, too ($3,4 \pm 2,9 \times 10^{-10}$ M/mg protein). Glucagon content of the brains decreased with the age of the embryos, but the relative amount of pancreatic-type glucagon increased. Glucagonlike peptides were separated using „double-affinity-chromatography” on the basis of different immunological properties. Binding of the polypeptides to glucagon-receptors of isolated swine-liver cells, and their lipolytic activity were tested using isolated lipocyte preparation of rat. It has been found, that the extracts failed to bind to glucagon receptors of liver cells, and to cause lipolysis of lipocytes after the removal of peptides of glucagon-like C-termini. The authors suggest, that the lipolytic effect and receptor binding would be dependent on the enzymatically released free C-terminal glucagon-ends, if the glucagon-like peptides of the brain were partially processed forms of the glucagon-precursor.

A klasszikus endokrinológiai és a neuro-, ill. gasztrointesztinális endokrinológia határait már el-

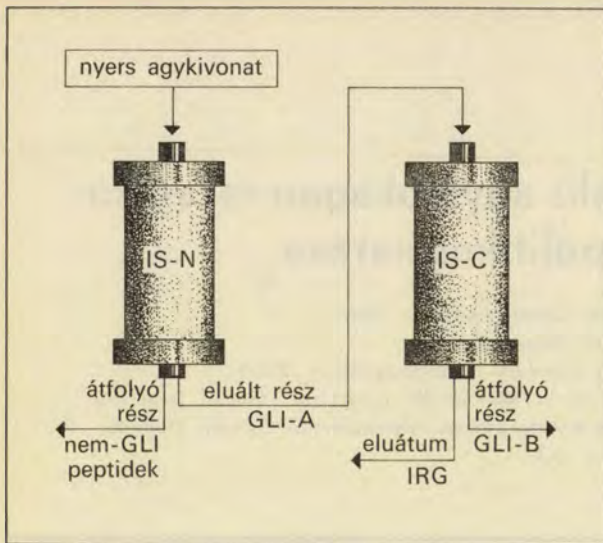
Rövidítések:

IRG=a pankreász glukagonnal immunológiailag azonos peptid; ImmunReactive Glucagon; GLI=Glucagon-Like Immunreactivity, glukagon-szerű peptid. A molekula N-terminális vége azonos a pankreász glukagonéval.

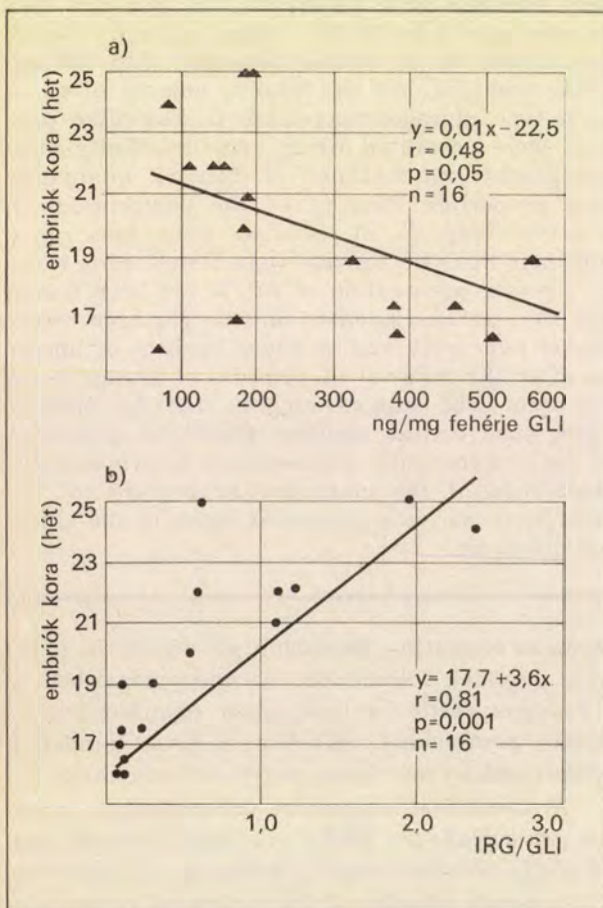
* Az OÖT ösztöndíjasaként dolgozott 1981. októberé és 1982. októberé között az Aarhus-i egyetemhez tartozó kórház kutató laboratóriumában. A munka egy része az EASD 18. kongresszusán (Budapest, 1982. szeptember) poszterformában bemutatásra került.

mosta az endokrin-, parakrin-, sőt neurokrin funkciójú peptidek felfedezése. Az idegrendszerben és a gasztrointesztinális traktusban egyaránt megtalálható peptidekből 1978-ban a Kroc Foundation konferenciáján már közel negyvenet ismertettek (1).

A szénhidrát-anyagcsere irányításában szerepet játszó glukagon (IRG) és a glukagonszerű peptid (GLI) 1979-ben került a közös agy- és béleredeti hormonok listájára (2, 3). A rovarok neuroendokrin szöveteiben már 1975-ben megtalálták (4), a kutya-, patkányagy után (2, 3, 5, 6) 1981-ben humán emberi cadaverben is és embrióagyban is sikerül jelenlétét kimutatni (7, 8).



1. ábra: A kétlépcsős immunaffinitás-kromatográfia. Az immunszorbens (IS-N), mely a glukagon molekula N-terminális végét kötő immunsavóból készült, megköti a IRG és GLI molekulákat is (GLI-A). Az eluált anyagból a molekula C-terminális végét kötő antitestekből készült immunszorbensen (IS-C) eltávolíthatók azok a peptidok, melyeknek a glukagon molekulával egyező C-terminális vége már szabad. Az oszlopon átfolyó anyag (GLI-B) tehát az IRG molekuláktól mentes tiszta GLI.



2. ábra: Összefüggés az embriók kora és a GLI-tartalom között (A. ábra), illetve az IRG/GLI hányados között (B. ábra). Az agyak érettségével csökken a GLI koncentráció, de növekszik az agy relatív IRG tartalma, több bennük az „érett” glukagon,

A 29 aminosavból álló IRG megtalálható a glukagonszerű peptidekben is úgy, hogy a molekula C-, illetve N-terminális végén hosszabb-rövidebb aminosavlánc függ (9, 10, 11). A bioszintézis közös előanyagából, a pre-glukagonból aszerint, hogy a molekula N- vagy C-terminális részén indul meg az enzimatis bontás az IRG vagy GLI molekulák vérkeringésben fellelhető különböző molekulatömegű frakciói alakulnak ki. Amíg a hasnyálmirigy és a gyomor-fundus „A” sejtjeiben olyan enzimek van, amely rögtön szabaddá teszi a pankréaszglukagon jellegzetes C-terminális végét, addig a többi extrapancreatikus glukagont termelő sejtben először az N-terminális láncot bontják az enzimek, a végsőtermék azonban mindkét úton a 3485 dalton molekulású pankréasz-glukagon, melynek szerkezete a tengerimalac kivételével azonos az emlősökben (12). A molekula minimális változása már a biológiai hatás elvesztésével jár. Az N-terminális hisztidin lehasítása után a peptid kötődik a receptorokhoz és az antitestekhez, de biológiai hatása már nincs. Az 1—21 vagy a C-terminális 20—29 fragmens már nem kötődik a májsejtekhez (13). A szövetek extrakciója után, a molekulaméretük alapján történő tisztítás során azonban nem különíthetők el a csaknem azonos molekulatömegű, az IRG vagy a GLI sorhoz tartozó glukagonszerű anyagok. Így az sem eldönthető, vajon az észlelt biológiai hatás az N-, vagy a C-terminális molekulavéghez kötött tulajdonság (9).

Vizsgálataink során emberi magzatok központi idegrendszerében vizsgáltuk a glukagonszerű peptidek jelenlétét és kerestük az összefüggést koncentrációjuk és az embriók érettsége között.

Vizsgáltuk, hogy miként változik az embrionális agyból extrahálható glukagonszerű anyagok receptor-kötődése és biológiai hatása, ha az elkülönítés a különböző típusú molekulák között immunológiai tulajdonságuk, az antitest kötődéshez rendelkezésre álló, C-, illetve N-terminális végek szerint történik.

Anyagok és módszerek

Az agyglukagon tisztítása:

A 16—25 hetes embriók (n=16) spontán vetélésből és prosztata glandinnal indított abortuszokból származtak. Az agyakat egyenként történt feldolgozásukig -20°C -on tartottuk, majd a peptideket sósavas alkohollal extraháltuk (2, 14). Az így nyert anyagot két különböző immunszorbens segítségével kétlépcsős immunaffinitás kromatográfiával tisztítottuk (15, 16). Az első immunszorbens olyan glukagonkötő antitestekből készült, amelyek a molekula N-terminális végéhez (IS-N), tehát az IRG és GLI peptidekhez egyaránt kapcsolódnak, míg a második immunszorbens antitestjei a molekula C-terminális részével szemben specifikusak (IS-C) és így csak az IRG molekulákat kötik (16, 17). A nyers extraktum tisztításakor az IRG és GLI peptideket összegyűjtöttük az IS-N szorbensen, majd az antitestekhez kötött molekulákat eluáltuk (GLI-A anyag). Az eluátum IRG és GLI tartalmát radioimmun-eljárással határoztuk meg (15, 17), melynek során pankréasz-glukagon standardot használtunk, így a koncentráció értékek pankréasz-glukagon ekvivalenst jelölnek. A mintákat összeöntöttük, liofilizáltuk, majd az anyag egy részét tovább tisztítottuk az IS-C oszlopon. Az immunszorbensen megkötötte a szabad C-terminális glukagonvéggel rendelke-

ző peptideket, míg az átfolyó rész a IRG mentes GLI frakció volt (GLI—B anyag) (1. ábra).

Az ily módon koncentrált GLI—B anyag ellenőrzésekor sem mutatott IRG aktivitást a radioimmunoassay (mérhetőség határa: átlag \pm SD: $3.6 \pm 1.2 \times 10^{-12}$ M, interassay variációs együttható: 6,8%).

Májsejt izolálás:

A sejteket fiatal sertések májából izoláltuk (dán sertés 30—40 kg). A laparotomia során eltávolított májleibent Seglen módszere szerint 0,8 mg/ml kollagenáz (CLS—II Worthington, USA) tartalmú pufferrel, folyadék recirkulációval emésztettük (18).

A sejtuszuspenziót Percoll (Pharmacia, Svédország) lineáris gradiensen (1.005—1.110 kg/l tisztítottuk). Centrifugálás után az élő sejtek jól elkülönülő réteget alkottak (1,07 kg/l) (19, 23). A sejtek 95%-a élt, kizárta a tripánkék szemcséket. A sejt koncentrációt 10^6 sejt/ml-re állítottuk.

A receptorkötés mérése:

A vizsgálat során 250 μ l sejtuszuspenzióban mértük a $2,5 \times 10^{-11}$ M 125-I-glukagon (Novo, Dánia) kötődését növekvő mennyiségű pankréasz-glukagon ($0—2,8 \times 10^{-5}$ M), vagy GLI—A, illetve GLI—B anyag ($0—2,3 \times 10^{-7}$ M) jelenlétében. A sejtekhez kötött és a felülúszóban maradt 125-I-glukagont centrifugával különítettük el, mindkét frakció radioaktivitását mértük. A $2,8 \times 10^{-5}$ M jelöletlen glukagon jelenlétében mért ún. aspecifikus kötés a teljes kötés $8,5 \pm 2,8\%$ -a volt.

Zsírsejtek izolálása:

Patkányok (ad libidum táplált, 150—200 g Wistar állatok) epididimális zsírszövetéből 0,5 mg/ml kollagenázt (CLS—I. Worthington, USA) tartalmazó pufferrel izoláltuk a zsírsejteket. A sejt koncentrációt 5 térfogat%-ra állítottuk be, majd az átlag sejt volumen mérése után az adatokat 10^8 sejtre vonatkoztattuk (20). A sejtek életképessége minden esetben 97%-ot felelt meg.

A lipolitikus hatás vizsgálata izolált patkány zsírsejten:

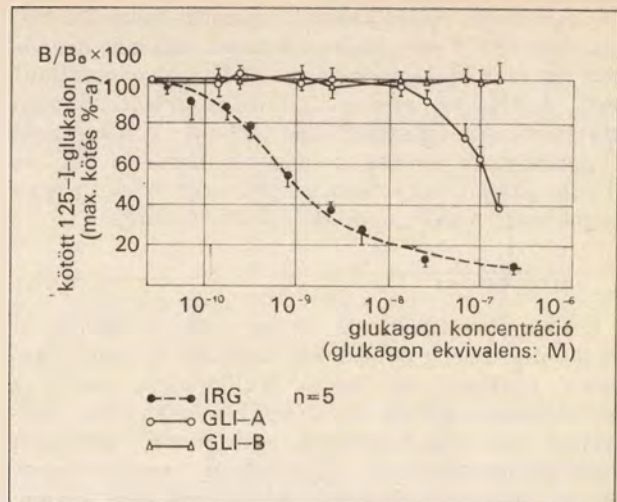
A zsírsejteket (175 μ l, 30 térfogatszázalékos sejtuszuspenzió) 1 órán át inkubáltuk 37°C-on, növekvő mennyiségű glukagon ($0—10^{-5}$ M) és GLI—A, ill. GLI—B ($0—2,3 \times 10^{-7}$ M) jelenlétében. Az inkubáció végén a sejteket szilikonolajon át centrifugáltuk, és az infranátás glicerol-koncentrációját határoztuk meg, mint a lipolízise jellemző paramétert. A mérés enzimatisz módszerrel a Peridochrom-Triglicerides-KIT-el (Boehringer, Mannheim, NSZK) történt.

Matematikai analízis:

Az eredmények értékelésekor az átlagot (x) és a szórást (SD) adjuk meg, az adatok összehasonlításakor a kétmintás-t tesztet, illetve a lineáris regresszió számítását végeztük.

Eredmények

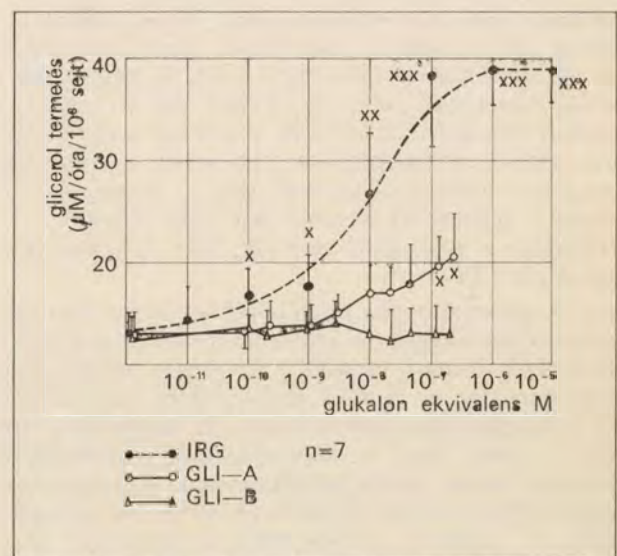
Az embrióagyak GLI tartalma $2,1 \times 10^{-8}$ és $1,6 \times 10^{-7}$ M/mg fehérje között volt ($8,4 \pm 5,7 \times 10^{-8}$ M azaz 294 ± 199 ng/mg fehérje). Az extrahált peptidok $0,05—2,41\%$ -a ($3,4 \pm 2,9 \times 10^{-10}$ M azaz: $1,2 \pm 1,04$ ng/mg fehérje) IRG volt. Gyenge, csak éppen szignifikáns összefüggést találtunk az embrióagyak kora és a GLI tartalom között ($p=0,05$), a kor előrehaladásával csökken a GLI koncentráció, míg az IRG tartalom növekszik. Az IRG/GLI hányados erősen szignifikáns korrelációt mutatott a magzatok életkorával ($p<0,001$). Minél öregebb volt a foetus, annál nagyobb volt a GLI-re vonatkoztatott



3. ábra: Izolált sertés májsejtek (10^6 sejt/ml) 125-I-glukagon ($2,5 \times 10^{-11}$ M) kötése pankréasz-glukagon (IRG), GLI-A és GLI-B anyag jelenlétében (1 óra, 21°C). A függőleges tengelyen a 125-I-glukagon kötését a maximális specifikus kötés százalékában ábrázoltuk. Az értékek 5 állatból származó májsejteken külön végzett triplicát vizsgálatok eredményét tükrözik ($\bar{x} \pm SD$).

IRG tartalom, vagyis érettebb magzatokban az alacsonyabb GLI tartalom mellett relatív több IRG található (2. ábra a és b).

A GLI—A preparátum leszorítja a 125-I-glukagon a májsejtek receptorairól, de hatása két nagyságrenddel gyengébb, mint a pankréasz-glukagoné (félmaximális leszorítás GLI—A: $1,34 \pm 0,2 \times 10^{-7}$ M; glukagon: $1,29 \pm 0,1 \times 10^{-9}$ M). A második immunszorbensen (IS—C) átfolyó anyag, amelyből az IRG típusú molekulákat eltávolítottuk (GLI—B) egyáltalán nem szorítja le a glukagont a receptorokról (23) (3. ábra).



4. ábra: Az izolált patkány zsírsejtek (10^8 sejt) glicerol termelése (1 óra, 37°C) glukagon, GLI-A és GLI-B anyag hatására. A stimulált és bazális glicerol termelés közötti különbség szignifikancia szintjei: $x=p<0,05$, $xx=p<0,00$, és $xxx=p<0,005$.

Az izolált zsírszöveteken a glicerol termelés növekedése 10^{-10} M glukagonkoncentrációnál kezdődött és 10^{-6} M koncentrációnál érte el a maximumot. A GLI—B anyag lipolitikus aktivitást nem mutatott. Az $1,15 \times 10^{-7}$ M GLI—A koncentráció szignifikánsan emelte a glicerol hozamot, de az anyag vizsgált végkoncentrációja sem érte el a glukagonhatás maximumának a felét (4. ábra).

Megbeszélés

Vizsgálataink során immunreaktív glukagont és glukagonszerű peptideket találtunk emberi magzatok agyában. Az agyak külön-külön kerültek feldolgozásra, így az anyagigényes extrakciós módszerrel nem végezhetjük el a különböző agyrégiók glukagontartalmának elkülönített meghatározását, és immunhisztokémiai feldolgozás sem történt. Így nem tudunk választ adni arra, hogy melyik struktúrák és milyen arányban tartalmazzák a glukagon immunreaktivitást, valamint azt sem tudjuk kizárni, hogy e peptidek passzív úton a magzati keringésből kerültek az agyszövetbe.

A vizsgált magzatok vérének glukagon koncentrációját, a mintanyerés megoldatlansága miatt nem mértük, előzetes vizsgálataink során azonban az érett magzatok köldökzsinór vérében az azonos antitestekkel mért glukagontartalom a pmol (10^{-12} M) nagyságrendben mozgott (21). A fenti koncentráció különbségek és az eddig közölt immunhisztokémiai adatok alapján valószínű, hogy a glukagonszerű peptidek nem a vérkeringésből kerültek az agyszövetbe (5).

A foetális agyszövetben mért glukagonszint esetünkben mintegy százszorosa a felnőtt agyban talált adatoknak (7). Az összehasonlítást csaknem lehetetlenné teszi a magzati és felnőtt agyak különböző proteolitikus aktivitása és az az ellenőrizhetetlen enzimatis bomlás, mely a halál és a szekció közötti, biztosan nem néhány perces időben következik be. Az embriók kora és az IRG/GLI arány között észlelt szignifikáns korreláció lehet az agy fejlődésével összefüggő adat. A magzat érésével összefüggő jelenség mellett szól az észlelésünket támogató, az emberi magzatok pankreaszával kapcsolatos megfigyelés, miszerint a fiatalabb magzatok hasnyálmirigyében több a glukagon-előanyagot (glicentin) termelő sejt, míg idősebb foetusokban a glukagont termelő érett A-sejtek domináltak (22).

A glukagonszerű peptidek kimutatása az agyban tovább növelte az extrapankreatikus glukagon lelőhelyek számát, de a GLI fiziológiai jelentőségét fedő homályt is. A GLI molekulában megtalálható a teljes glukagon-peptidlánc, de kevesebbet tudunk arról, hogy a takarópeptidek enzimatis bontása során mikor jelenik meg a glukagon receptorokhoz történő kötődés és mikor válik hatásossá a molekula. Emlősökben a pankreasz glukagon azonos szerkezetű. Ez lehetővé teszi, hogy a „szerkezet-hatás” kutatásokat különböző emlősökből származó célsejteken végezzük. Nem biztos azonban, hogy hasonló szabadságuk van a nagyobb molekulájú GLI vizsgálatok. Olyan sejt, amelyen

az embrióagyból extrahált glukagon kötése és hatása egyaránt vizsgálható csak az emberi májsejt, ami gyakorlatilag hozzáférhetetlen. Az inzulinkötés és hatás vizsgálatára széles körben használt humán monocitákon és zsírszöveteken nem tudtuk a glukagonkötő receptorokat vizsgálni. Az inzulin analógiája alapján — ahol a sertésinzulin csak egy aminosavban különbözik az emberi inzulintól —, arra gondoltunk, hogy izolált sertésmájsejteken vizsgáljuk az embrióagy-glukagon kötődését. Miután a glukagon biológiai hatásának májsejteken történő mérésére megfelelő rendszer laboratóriumunkban nem áll rendelkezésünkre, az izolált sertés-zsírszöveteken pedig glukagonkötést vagy -hatást nem tudunk kimutatni, patkányok izolált zsírszövetjein is vizsgáltuk a receptorkötést és a biológiai hatást. A patkány-zsírszöveteken a maximális ($0,28 \pm 0,08\%$) kötés 28% -a volt az aspecifikus kötés ($0,08 \pm 0,02\%$), ami nagyon kedvezőtlen. Így a receptor-vizsgálatok eredményeit csak a sertésmájsejteken értékeltük. A biológiai hatás vizsgálatára az izolált patkány zsírszövetek alkalmasak voltak.

Vizsgálataink során a foetális agyból extrahálható peptideket csak immunológiai tulajdonságaik alapján csoportosítottuk. Az anyag tisztításakor használt kettős immunaffinitás-kromatográfia lehetővé tette, hogy a tiszta — szabad C-terminális glukagon-végvel rendelkező IRG-től mentes — GLI molekulák tulajdonságát vizsgáljuk tekintet nélkül a molekula méretére. Az izolált sertésmájsejteken és patkány-zsírszöveteken végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy míg a GLI—A anyag leszorítja a 125-I-glukagont a receptorokról (bár hatása két nagyságrenddel kisebb, mint a pankreasz-glukagoné) és lipolízist indukál a zsírszöveteken, addig a GLI—B anyag már teljesen hatástalan. Vagyis GLI—A anyag kötődése a receptorokhoz és biológiai hatása arányos a benne levő szabad C-terminális molekulavégvel rendelkező peptidek mennyiségével. Azok eltávolítása után receptorkötést vagy lipolízist — a vizsgált koncentráció-tartományban — nem észleltünk.

Természetesen vizsgálataink értékelésekor figyelembe kell venni, hogy idegen fajból származó peptidláncokat vizsgáltunk egy másik faj receptorain. Így csak azt mondhatjuk, hogy a humán foetális agyglukagon csak akkor kötődik a sertésmájsejtekhez, vagy patkány-zsírszövetekhez és fejti ki biológiai hatását, ha enzimatis bontása során szabaddá válik a molekulában addig rejtett pankreasz-glukagon C-terminális vége.

IRODALOM: 1. Zimmermann, F. G.: Fed. Proc. 1979, 38, 2286. — 2. Conlon, J. M. és mtsai: Diabetes. 1979, 28, 700. — 3. Lorén, I. és mtsai: Histochem. 1979, 61, 335. — 4. Tager, H. S. és mtsai: Biochem. J.: 1975, 156, 575. — 5. Dorn, A. és mtsai: Acta histochem. 1980, 66, 269. — 6. Tager, H. és mtsai: Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1980, 77, 6229. — 7. Tominaga, M. és mtsai: Life Sci. 1981, 29, 1577. — 8. Korányi L. és mtsai: Diabetológia. 1981, 21, 293. — 9. Conlon, J. M.: Molecular forms of glucagon-like polypeptides (IRG and GLI) in tissues and plasma. in: Glucagon. Amsterdam. Elsevier North Holland Inc. 1981, 55. old. — 10. Moody, A. J. és mtsai: Nature, 1981, 289, 514. — 11. Conlon, J. M.: Diabetológia. 1980, 18, 85. — 12. Sund-

by, F.: Metabolism. 1976, 25. Suppl. 1. 1319. — 13. Faloona, G. R.: The structure-function relationships of pancreatic glucagon. in: Glucagon. Oxford. Pergamon Press. 1972, 201. old. — 14. Kenny, A. J. és Say, R. R.: J. Clin. Endocrinol. 1962, 25, 1. — 15. Korányi, L. és mtsai: Diabetes. 1981, 30, 792. — 16. Korányi, L.: A plazma glukagon és a glukagonkötő receptorok tulajdonsága és klinikai jelentőségük. Kandidátusi disszertáció. Budapest. 1981. — 17. Korányi L. és mtsai: Horm. Metab. Res. 1977, 9, 434. — 18. Seglen, P. O. és

mtsai: Exp. Cell. Res. 1973, 76, 25. — 19. Sonne, O. és mtsai: Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem. 1982, 363, 95. — 20. Pedersen, O. és mtsai: Diabetológia. 1981, 20, 636. — 21. Guoth J. és mtsai: M. Nőorvosok Lapja: 1981, 44, 315. — 22. Stephan, Y. és mtsai: Endocrinology: 1982, 110, 218. — 23. Korányi L. és mtsai: Diabetológia. 1981, 23, 181.

(Korányi László dr., Budapest, Korányi Sándor u. 2/a 1083).

Meghívjuk Önt és munkatársait az



ORVOSI MŰSZER ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA

melyet 1984. május 29–31-e között rendezünk a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbjében Bp. VIII. Nagyváradi tér 4.sz. alatt.

A kiállításon bemutatjuk az OMKER által forgalmazott hazai, demokratikus és tőkés gyártmányú korszerű orvosi műszerek és készülékek széles választékát.

A kiállítás nyitva:

1984. május 29-én 10–17 óráig
30-án 9–17 óráig
31-én 9–17 óráig

MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK

A közvetlen értékesítés Önnek is előnyös!

Vásároljon a Medicortól!

A medicor műszerek megvásárolhatók a Mintaboltokban
megrendelhetők a belkereskedelmi osztályon

A külföldi készülékeket beszerzi az Import főosztály

Mintaboltok: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 186-873, Tx: 22-7231 medib

Győr, Felszabadulás útja 78/a
Tel: 13-641 Tx: 24525 medig

Belkereskedelmi osztály: Budapest, Aranykéz u. 2.
Tel: 183-061 Tx: 22-7231 medib

Import főosztály: Budapest, Röntgen u. 11–13,
1389, Pf. 150.
Tel: 495-930, Tx: 22-5051 medic

medicor



1313



BRADOSEPT[®]

sebészeti kézfertőtlenítőszer (bemosakodószer)

Korszerű, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező készítmény műtéti beavatkozások előtti hatásos kézfertőtlenítéshez.
Bőrkímélő hatóanyag-tartalma folyamatos használat esetén is megakadályozza a bőr kiszáradását.

HATÓANYAG: Benzil-dodecil-bis(2-hidroxietyl)-ammónium klorid (Bradophen[®] Ciba-Geigy, Basel)

Cetil-piridinium bromid
különböző alkoholokat tartalmazó, enyhén illatosított közegben.

ALKALMAZÁS: töményen, hígítatlanul kell alkalmazni.

Bemosakodáshoz: Szappannal, folyó, meleg vízzel végzett kézmosás, körömtölettel után:
5×1 perces bemosakodás, percenként 5 ml készítménnyel.

Bemosakodási idő: 5 perc.

Bradosept szükséglet: 25 ml.

Műtétek közötti átmosakodáshoz: 3×1 perces, percenként 5 ml készítménnyel.

Átmosakodási idő: 3 perc.

Bradosept szükséglet: 15 ml.

A készítmény nem keverhető szappannal vagy más anionaktív tisztítószerekkel!

CSOMAGOLÁS: 1 literes műanyag flakonban.

ÁR: 65 Ft/l.

Gyártja: *UNIVERSAL Szövetkezet, Szeged*

Forgalomba hozza: *Gyógyért, Budapest*



BRADOSAN[®]

higiénés kézfertőtlenítőszer

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobiális spektrumú kézfertőtlenítő szer fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményekben a vizsgálatok, kisebb beavatkozások, a betegápolás, beteggondozás során szükséges kézfertőtlenítéshez.
Bőrkímélő hatóanyag-tartalma folyamatos használat esetén is megakadályozza a bőr kiszáradását.

HATÓANYAG: Benzil-dodecil-bis(2-hidroxietyl)-ammónium klorid (Bradophen[®], Ciba-Geigy, Basel)
alkoholos közegben

ALKALMAZÁS: töményen, hígítatlanul kell felhasználni.

5 ml készítménnyel a kéz, illetve az alkar bőrét be kell dörzsölni.

Behatási idő: 30 másodperc.

A készítmény nem keverhető szappannal, vagy más anionaktív tisztítószerekkel!

CSOMAGOLÁS: 1 literes műanyag flakonban.

ÁR: 60 Ft/l.

Gyártja: *UNIVERSAL Szövetkezet, Szeged*

Forgalomba hozza: *Gyógyért, Budapest*

BRITTIG FERENC DR.,
PÓCZA KÁROLY DR.
ÉS ISTVÁN LAJOS DR.

Tüdőszövődmények leukaemiás és malignus lymphomás betegekben

Markusovszky Kórház, Szombathely, Patológiai Osztály (főorvos: Brittig Ferenc dr.),
Haematológiai Osztály (főorvos: István Lajos dr.)

A szombathelyi Megyei Kórház Patológiai Osztályán az elmúlt 3 év (1980—82) alatt 5031 kórboncolást végeztek, ebből 141 (a boncolások 2,8⁰/₀-a) esetben volt leukaemia, ill. malignus lymphoma az alapbetegség. Retrospektív histopathológiai vizsgálatokkal elemzik a betegek tüdőelváltozásainak kóroki megoszlását. 70 esetben (49,6⁰/₀) találtak súlyos tüdőszövődményeket, amelyek nagy valószínűséggel közvetlen haláloknak tekinthetők. Ezek között leggyakoribbak a különböző eredetű infectiók, az alapbetegség okozta tüdőinfiltratio, vérzések, de jelentős a kezelés által indukált (toxicus, v. radiations) pneumonitisek száma és ún. második malignoma is előfordul.* A tüdőszövődmények természete a hagyományos klinikai vizsgálatokkal többnyire nem tisztázható. Vizsgálataik és az irodalmi adatok alapján az intenzív chemotherapiás kezelésben részesült betegek tüdőszövődményeinek megállapítására, akikben ez a klinikai lefolyás alapján és a nem invazív eljárásokkal nem tisztázható és a betegség kimenetelét döntően befolyásolja, mikrobiológiai vizsgálatokkal kiegészített tüdő-biopsia végzését javasolják.

Pulmonary complications in patients with leukaemia and malignant lymphoma (A retrospective pathological evaluation). In the Pathology Department at the County Hospital of Szombathely 5031 autopsies were performed during 3 years (1980—82) of which in 141 cases (2,8⁰/₀) leukaemia or malignant lymphoma was found to be the primary disease. The aetiological distribution of the pulmonary complications is analyzed with retrospective histopathological examinations. In 70 cases (49,6⁰/₀) severe pulmonary complications were detected which were — by all probability — the direct causes of death, the most frequent being infections of different origin, pulmonary infiltration caused by the primary disease, bleeding, pneumonitis (toxic or radiation) induced by the treatment and so-called second malignoma. The nature of pulmonary complications can hardly be identified with traditional clinical examinations. Therefore investigations and literary data suggest to perform pulmonary biopsy combined with microbiological examinations in order to detect pulmonary complications in patients who have got intensive chemotherapy and the disease cannot be diagnosed with certainty on the basis of the clinical course or with non-invasive methods.

A leukaemiában és a malignus lymphomákban szenvedő betegek helyzete az utolsó 10—15 évben a korábbi — teljesen reménytelennek tűnő — állapottal szemben döntően megváltozott. Az egyes betegségek prognózisa jelentősen javult, a betegek egy részének életkilátásai ma már nem reménytelenek. Hosszú, tünetmentes periódusok érhetők el, egyes kórformákban (pl. gyermekkori acut lymphoid leukaemiában) pedig már gyógyulásról is beszélnek (6, 11, 12, 24.)

Ezek a reménykeltő eredmények elsősorban az intenzív polychemotherapia bevezetésének, al-

kalmazásának köszönhetőek. Az intenzív kezelés során azonban gyakran nemcsak a burjánzó malignus sejtek pusztulnak, hanem egyéb sejtek, szövetek is károsodnak. Az alapbetegség eredményes kezelése igen gyakran — szinte törvényszerűen — mellékhatások, ill. az esetek jelentős részében szövődmények kialakulásához vezet. A polychemotherapia kialakulásával párhuzamosan a szövődmények megelőzésére és kezelésére törekvő új kezelési mód, a supportív therapia jött létre. Az ún. „totális” kezelés során a klinikus rendkívül nehéz helyzetben van. A polychemotherapia és supportív therapia mai lehetőségei mellett kell megtalálnia azt a kezelési eljárást, mellyel a betegség már legyőzhető, de a szövődmények még nem károsítják a beteget (6, 11, 22, 24, 28).

E betegek jelentős része ma még nem gyógyítható. Az elvesztett betegek halála azonban ma már nagyon sokszor nem az alapbetegség, hanem

* A szerzők a dolgozatban — a szerkesztőség kérdésére adott válaszukban — a leírt tüdőelváltozásokat az alapbetegség, vagy a kezelés vagy a kettő együttes szövődményének tekintették és elkülönítéssükre nem törekedtek (A szerk.).

szövődmények következménye és az alapbetegség a boncolás alkalmával morfológiailag már nem mutatható ki (4, 23).

A halálhoz vezető szövődmények között kiemelkedő jelentőségű a tüdő k megbetegedése (2, 7, 9, 16, 19, 22, 25, 28). Klinikailag rendszerint láz kíséretében, rtg. vizsgálattal nem mindig kimutatható tüdő-infiltratum alakul ki. A megbetegedés kóreredete klinikailag nehezen, vagy egyáltalán nem állapítható meg. A tüdőelváltozás oka lehet: 1) az alapbetegség okozta tumoros jellegű infiltratio (pl. leukaemiás beszűrődés); 2) infectio (bacteriális, gombás, vírusos pneumonia, tuberculosis, protozoonok); 3) toxicus hatás (drogok által indukált pneumonitis); 4) radiációs pneumonitis; 5) ún. második malignoma.

A tüdőfolyamatok pontos elkülönítése csak szövettani, vagy mikrobiológiai eljárásokkal kiegészített szövettani vizsgálatokkal lehetséges.

A chemoterapiában részesült betegek szövődményeinek fontosságára egy 7 éves, acut lymphoid leukaemiás gyermek boncolásakor figyeltünk fel. Halálát cytostaticus kezelés és vírusfertőzés együttes hatásának tulajdonítható tüdőelváltozás okozta. Alapbetegsége teljes remissióban volt, annak nyomait morfológiailag sem lehetett kimutatni (4). Az eset elemzése során merült fel annak szükségessége, hogy megvizsgáljuk boncolási anyagunkon: 1. a leukaemiás, lymphomás immunosuppressív kezelésben részesült betegek tüdejében észlelt morfológiai elváltozások gyakoriságát, 2. ezen elváltozások természetét, 3. ezek megoszlását alapbetegségek szerint.

Anyag és módszer

A szombathelyi Markusovszky Kórház Patológiai Osztálya által 3 év (1980–82) alatt végzett boncolások szolgálták vizsgálataink alapjául. Ezen idő alatt — mint a megye egyetlen ilyen osztálya — Vas megye területén 5031 kórboncolást végeztünk. Az alapbetegség 141 esetben (a boncolások 2,8%-ában) volt leukaemia, vagy a malignus lymphoma csoportba tartozó kórkép. A boncoltak zömét halála előtt a szombathelyi Haematológiai Osztályon, kisebb részét a Gyermekosztályon, néhány esetben kórházunk vagy a megye más osztályain kezelték. A betegségek csoportosítását a jelenlegi klinikai haematológiai gyakorlat alapján végeztük. A malignus lymphomákat a „kieli nomenklatura” szerint osztályoztuk (14). Minden

esetben igénybe vettük a pécsi Malignus Lymphoma Referencia Centrum, ill. a Magyar Gyermekleukémia Munkacsoport konzultáns közreműködését. A sectiós anyagok szövettani feldolgozását vizsgálatainkkal párhuzamosan a POTE Kórbonctani Intézetében is elvégezték. A tüdőszövődmények elemzése során a 141 boncjegyzőkönyv tanulmányozásán kívül a tüdőkből ismételt szövettani vizsgálatot végeztünk. A készített metszeteket haematoxylin-eosin, van Gieson, PAS, Giemsa festés után vizsgáltuk. Eseteink egy részében methenamin-ezüst festéssel megkíséreltük pneumocystis carinii kimutatását is. A boncolások alkalmával rendszeres mikrobiológiai vizsgálatok nem történtek.

Retrospektív kórsvettani vizsgálataink

Az elhalt betegek életkora nem jellemző, a legfiatalabb 1 éves, a legidősebb 82 éves volt (átlag 50,7 év). A klinikai epicrisisek és a boncleletek vizsgálata során 70 betegben (49,6%) találtunk súlyos tüdőszövődményeket, amelyek nagy valószínűséggel közvetlen haláloknak tekinthetők. Intenzív chemoterapiával kezelt betegeink tehát az esetek felében tüdőelváltozások miatt haltak meg!

A 141 boncolt esetben észlelt tüdőszövődményeket alapbetegség szerinti csoportosításban az 1. táblázat mutatja.

Első megtekintésre szembetűnő az alapbetegség okozta infiltratio (leukaemiás, Hodgkin-kóros beszűrődés) és a gyulladásozó folyamatok gyakorisága. Az egyes elváltozások gyakran kombinálódtak egymással. Egy betegben egyszerre többféle tüdőelváltozás (pl. vérzés, necrosis, gyulladás) is előfordult. Ez magyarázza, hogy az észlelt szövődmények száma magasabb a vizsgált esetszámmal.

A 2. és a 3. táblázat részletes bontásban mutatja az egyes kórformákban előforduló tüdőelváltozásokat.

Táblázataink adatait vizsgálva megállapítható, hogy a leukaemiás betegekben a tüdőszövődmények szélesebb skálája fordul elő, mint a lymphomások között.

Az alapbetegség okozta infiltratio (52 eset, a boncolt esetek 36,8%-a) mindkét fő betegségcsoportban gyakori, de egyáltalán nem fordult elő myeloma multiplex és magas malignitású non-Hodgkin lymphomás eseteinkben. A leukaemiások minden csoportjában, de a Hodgkin-kórosok közel felében és a non-Hodgkin lymphomások között

1. táblázat. A tüdőszövődmények megoszlása az alapbetegség szerint

Sz ö v ő d m é n y	Leukaemia (n=94)	Hodgkin-kór (n=11)	nH ML* (n=21)	Egyéb (n=15)	Szövődmények száma	%-a
Alapbetegség okozta infiltratio	37	5	8	2	52	36,8
Vérzés és/vagy necrosis	25	—	6	1	32	22,6
Pneumonia	27	4	10	8	49	34,75
Tuberculosis	4	—	1	—	5	3,54
Gomba	2	—	—	—	1	1,41
Víruszárvány	2	—	—	—	2	1,41
Hyalin membran	4	—	—	1	5	3,54
Interstitialis fibrosis	11	2	3	1	17	11,34
Érkárosodás	2	1	1	—	4	2,8
Hámelváltozás	1	2	1	—	4	2,8
Második tumor	4	—	—	—	4	2,8

* nH ML = non-Hodgkin malignus lymphoma

2. táblázat. Leukaemiások tüdőszövődményei

S z ö v ő d m é n y	AML (n=43)	ALL (n=17)	CML (n=9)	CML BC (n=13)	CLL* (n=12)	Szövődmények száma
Alapbetegség okozta infiltratio	17	6	6	5	3	37
Vérzés és/vagy necrosis	11	8	1	4	1	25
Pneumónia	12	4	4	3	4	27
Tuberculosis	2	—	—	1	1	4
Gomba	1	1	—	—	—	2
Víruszárvány	—	2	—	—	—	2
Hyalin-membran	2	2	—	—	—	4
Interstitialis fibrosis	6	—	3	—	2	11
Érkárosodás	1	1	—	—	—	2
Hámelváltozás	—	1	—	—	—	1
Második tumor	—	—	1	—	3	4

* AML = acut myeloid leukaemia

ALL = acut lymphoid leukaemia

CML = chronicus myeloid leukaemia

CML BC = chronicus myeloid leukaemia blastos krízis

CLL = chronicus lymphoid leukaemia

is találtunk változó intenzitású és kiterjedésű tumorszerű tüdőinfiltratumokat.

Generalizált szervi infiltratiók esetén a kiterjedt tüdőinfiltratumokat sem tekintettük haláloknak, ilyen esetekben az alapbetegséget jelöltük meg halálokként. A tüdőszövődményt minősítettük azonban a halál közvetlen okának, ha az alapbetegség által infiltrált tüdőben egyéb megjelölt szövődmények valamelyike, esetleg több elváltozás együttesen fordul elő. A leukaemiás infiltratumokhoz gyakran társult tüdővérzés, míg a Hodgkin-kóros tüdőbeszűrődést pneumonia, két esetben rendkívül súlyos fibrosis kísérte, esetenként érkárosodással, hámproliferációval együtt.

Vérzés és/vagy necrosis (32 eset, 22,6%), főleg leukaemiások között fordult elő, gyakran az általános vérzékenység részjelenségeként, máskor pneumoniával együtt. Két aspergillus pneumoniás esetünkhöz kiterjedt vérzés és necrosis társult.

Pneumoniát (49 eset, a boncolt esetek 34,75%-a) minden csoportban gyakran észleltünk. Ezek ún. „szokványos bronchopneumóniák”, acut vagy a

szervülés különböző stádiumait mutató, chronicus-sá vált, gyakran jelentős kiterjedésű gyulladások voltak különösebb morfológiai jellegzetességek nélkül. A nem specifikus morfológiai kép alapján bakteriális pneumoniáknak voltak tekinthetők, de tenyésztéses vizsgálatokat ezen esetekből nem végeztünk rendszeresen. A bronchopneumonia gyakran más tüdőelváltozások kíséretében fordult elő, de nagy kiterjedése esetén többször önmagában is a beteg halálát okozta.

Tuberculosis 5 esetben (a boncolt esetek 3,54%-ában) találtunk. Itt miliaris tüdőgümőkór okozta a betegek halálát. *Tüdőmycosis* a vártnál jóval ritkábban, mindössze 2 esetben (az összes boncolások 1,41%-ában) fordult elő. Mindkét esetben aspergillosist láttunk és ez volt a halál oka is. Az egyik ún. „invasiv aspergillosis” volt a gombák érfalra terjedésével, rögösödéssel, kiterjedt tüdő-necrosissal, vérzéssel (1. ábra).

A gombás tüdőfolyamatok gyakorisága jóval kisebb volt, mint azt a gyakori szájüregi mycosisok alapján vártuk. Ezt a korai localis, enterális és pa-

3. táblázat. Lymphomások tüdőszövődményei

S z ö v ő d m é n y	Hodgkin-kór (n=11)	nH ML mérsékelt malignitás (n=13)	nH ML magas malignitás (n=8)	MM (n=10)	MH* (n=5)	Szövődmények száma
Alapbetegség okozta infiltratio	5	8	—	—	2	15
Vérzés és/vagy necrosis	—	2	4	1	—	7
Pneumónia	4	7	3	5	3	22
Tuberculosis	—	1	—	—	—	1
Gomba	—	—	—	—	—	—
Víruszárvány	—	—	—	—	—	—
Hyalin-membran	—	—	—	—	1	1
Interstitialis fibrosis	2	2	1	—	1	6
Érkárosodás	1	1	—	—	—	2
Hámelváltozás	2	1	—	—	—	3
Második tumor	—	—	—	—	—	—

* nH ML = non-Hodgkin malignus lymphoma

MM = myeloma multiplex

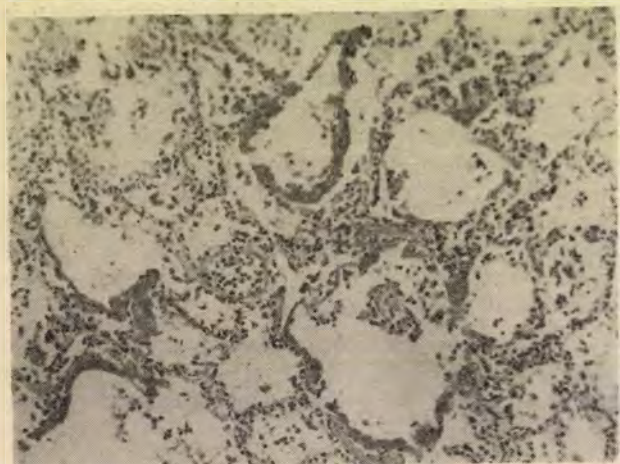
MH = malignus histiocytosis



1. ábra: Ün. „invasiv aspergillosis” érfalra terjedéssel, rögsődéssel (H-E 200 x).
Kinagyított részlet elágazódó hyphákkal (H-E 400 x).

renterális antimycoticus kezelés magyarázhatja. Ugyanez vonatkozik a tuberculosus megbetegedések kicsiny számára is (gyakran alkalmazott antituberculosus kezelés).

Viruszárványok (2 eset, 1,41%). Ezek remissióban levő ALL-s gyermekek tüdejében fordultak



2. ábra: Hyalin-membran képződés (H-E 100 x).



3. ábra: Diffus interstitialis fibrosis (H-E 100 x).

elő. Az egyik generalizált cytomegalovírus-fertőzés, a másik varicella részjelensége volt. A *hyalinmembrán* képződést és az *interstitiális fibrosist* (esetenkénti érkárosodással, hámproliferációval) azonos tüdőfolyamat különböző fázisainak tekintettük (együtt 22 eset, 15,6%). A „diffuse alveolar damage”, chronicus interstitialis pneumonia, fibrotizáló alveolitis, idiopathiás pulmonális fibrosis, felnőttkori „respiratory distress” syndroma néven ismert tüdőelváltozás különböző behatásokra létrejövő morfológiai reactio (13, 15, 16, 17, 19, 20, 29, 30). Ennek korai, exsudatív fázisában interstitialis oedema és hyalinmembran képződés, míg késői, proliferatív fázisában az alveolaris hám proliferációja, majd fibrosis kialakulása jellemző (10, 16, 17, 19, 20, 21). Az elváltozás tehát nem specifikus, de az előzmények ismeretében nagy valószínűséggel következtetni lehet a tüdőfolyamat kiváltó okára (cytotoxicus gyógyszerek, sugárkezelés, vírusfertőzés, oxigén-hatás, vagy ezek kombinációi). Eseteink közül a hyalin-membran képződés és az alveolaris hám-proliferatio egy betegben gyógyszerhatás és/vagy vírusfertőzés, míg a többi 4-ben egyedüli cytotoxicus gyógyszerhatás következménynek volt tekinthető (2. ábra).

Az interstitiális fibrosis, érkárosodás és hámproliferatio cytotoxicus gyógyszerhatás és/vagy megavoltos radiotherapia mellékhatásaként jött létre (3. ábra).

„Második tumor” (4 eset, a vizsgált esetek 2,8%-a). A 4 „második” tumor 3 betegben jelentkezett. Az elsőben a tüdő laphámcarcinómája, a másodikban laphámcarcinoma és benignus tüdő-tumor (chondroma), a harmadik betegben ugyancsak chondroma alakult ki a leukaemiás beteg tüdejében. A tüdőrák kialakulása megpecsételte a 2 leukaemiás beteg sorsát, a benignus tüdő-tumor azonban diagnosztikus nehézségek miatt zavarta meg a beteg kezelését.

Megbeszélés

Kórházi körülményeink között az intenzív polychemoterapiát igénylő malignus haematologiai betegségekben a vezető halálok az infectio, leggyakrabban a tüdők érintettségével. A nem infectiosus tüdőelváltozások ezen betegségekben: az alapbetegség infiltrációja, tüdővérzés, cytostaticus szerek toxicus hatása, irradiációs pneumonitis (7, 9, 16, 22, 25, 26, 28). A tüdőszövődmények egyes formái közismertek, ezeket a pathológiai kézikönyvek tárgyalják (1, 21). A cytostaticus gyógyszerek okozta tüdőelváltozásokról azonban mind a külföldi (8, 17, 19, 20), mind a hazai (4, 15, 23) irodalomban főleg esetközlésekkel találkozhatunk, az összefoglaló jellegű pathológiai elemzések ritkák (10, 16, 20, 30, 31). Immunsuppressiv kezelés melletti vírusos tüdőelváltozásokkal is zömmel esetismertetések foglalkoznak (5, 8).

Nash (16) irodalmi adatok alapján — részletekre is kiterjedő — átfogó pathológiai elemzést ad az immunsuppressiv kezelésben részesült betegek tüdőszövődményeiről. Nagyobb boncolási anyag ilyen jellegű pathológiai értékeléséről a számunkra hozzáférhető irodalomban csak kevés adatot talál-

tunk. *Bodey és mtsai* (2) 50 acut leukaemiás boncolása során 58⁰/₀-ban találtak pneumoniát. Leukaemiás, lymphomás betegek tüdőszövődményeinek biopsziás vizsgálatairól az újabb irodalomban viszont figyelemre méltó eredményeket olvashatunk (7, 9, 19, 26). A hazai irodalomban *Sitkei és Solymosi* számoltak be leukaemiás betegben végzett tüdőbiopsziáról (27). *Greenman és mtsai* (9) 78, immunosuppressív kezelésben részesült betegen 95 tüdőbiopsziát végeztek. Ha a diagnosis kezelhető betegséget jelentett, 70⁰/₀-os gyógyulást értek el, míg ha nem jutottak pontos diagnosishoz, csak 25⁰/₀ gyógyult. A mortalitás a tüdőlaesio okától függött. Ha a tüdőelváltozást az alapbetegség okozta, csak 20⁰/₀-os mortalitást találtak, ugyanakkor „kezelhető fertőzés” esetén 43⁰/₀ volt a mortalitás. Akiken nem sikerült pontos etiológiai diagnosist megállapítani, a halálozás 75⁰/₀-os volt. *Singer és mtsai* (26) 76 beteg 30 „pneumoniás epizód”-ját vizsgálták. Negyvennégy esetben „nyílt tüdőbiopsziára” került sor. A boncolásra került esetekkel együtt 56 alkalommal végezték el a tüdők szövettani vizsgálatát. A tüdőbiopszia 61,4⁰/₀-ban igazolt specifikus diagnosist (50⁰/₀-ban infectiót). A serológiai vizsgálatokkal kiegészített tüdőbiopsziát tartják a legjobb diagnosticus módszernek. *Feldman és mtsai* (7) 38 betegen végzett transbronchiális tüdőbiopszia során 76⁰/₀-ban jutottak pontos diagnózishoz. A szövettani vizsgálatokat minden esetben mikrobiológiai vizsgálatokkal egészítették ki. Tizenhárom esetben a biopsziás diagnosis azonnali specifikus terapiát tett lehetővé. *Pennington és Feldman* (19) 43 beteg 47 lázas pulmonalis folyamata során 21 esetben végzett tüdőbiopsziát. A mikrobiológiai módszerekkel kiegészített histológiai vizsgálatokkal 57⁰/₀-ban jutottak pontos diagnosishoz. Azon esetekben, ahol pontos diagnosist nem sikerült megállapítani, a mortalitás 60⁰/₀, míg a pontos diagnosis esetén csak 33⁰/₀ volt!

141 boncolt esetünk tüdőszövődményeinek kórsvözettni vizsgálatából nyert adatok feldolgozása szintén alkalmas következtetések levonására. Hasonló jellegű hazai feldolgozásról nincs tudomásunk. A vizsgált esetek egy egész megye kórboncolási anyagának 2,8⁰/₀-át adják. A lymphomás, ill. a leukaemiás betegek azonban egy megyénél jelentősen nagyobb területről, a kórházunkhoz tartozó régióból származnak.

Adataink az irodalmi állásfoglalásoknak megfelelően megerősítik, hogy a cytostaticus kezelésben részesített malignus lymphomás, ill. leukaemiás betegek halálhoz vezető szövődményei között: 1) *kiemelkedő jelentőségű a tüdők megbetegedése — 70 betegben (49,6⁰/₀) súlyos tüdőelváltozás okozta a beteg halálát — nagy valószínűséggel,* 2) első sorban az alapbetegség okozta infiltrációkkal és infectiókkal kell számolnunk, 3) A tüdőszövődmények a leukaemiás csoportban gyakoribbak, az infectiók minden csoportban jelentősek, 4) specifikus infectiók (az irodalmi adatok alapján vártnál) kisebb számban fordultak elő, 5) toxicus gyógyszerhatás lehetősége leukaemiásoknál, irradiációs pneumonitis pedig Hodgkin-kórban gyakoribb. A feldolgozás tárgyát képező időszakban élőben

végzett tüdőbiopsziás, ill. autopsziás anyagon nem volt módunk tenyésztéssel bizonyítani vagy kizárni *pneumocystis carinii pneumonia* lehetőségét. Az észlelt tüdőelváltozások nagy része jellemző klinikai tünetek nélkül zajlott le, a hagyományos radiológiai és köpet bacteriológiai vizsgálatok alapján pontosan nem volt meghatározható. A jelenleginél hatásosabb kezeléshez részletesebb információk szükségesek, a kezelést meghatározó diagnosis csak élőben végzett tüdőbiopsziától várható. Az esetek jelentős részében a szövettani vizsgálatokat további mikrobiológiai vizsgálatokkal szükséges kiegészíteni. Elemzésünk hiányossága, hogy a tüdőelváltozások kórsvözettni vizsgálatát nem kapcsoltuk össze rendszeres bacteriológiai vizsgálatokkal.

Következtetések

A retrospektív pathológiai vizsgálatokat klinikai elemzéssel, a sectiós szövettani vizsgálatokat pedig mikrobiológiai vizsgálatokkal kell kiegészíteni.

Az irodalmi adatok alapján a prognosztikus jelentőségű és a kezelést meghatározó tüdőelváltozások természetének a tisztázása élőben is leginkább a szövettani vizsgálatoktól várható. A chemotherapiában részesült betegek tüdőszövődményeinek tisztázására, akikben ez a hagyományos eljárásokkal és a klinikai lefolyás alapján nem lehetséges, mikrobiológiai vizsgálatokkal kiegészített tüdőbiopszia végzését javasoljuk.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is köszönjük a Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézete, a Malignus Lymphoma Referencia Centrum, a Magyar Gyermekleukémia Munkacsoport és Kórházunk Gyermekosztálya munkánkhoz nyújtott segítségét.

IRODALOM: 1. *Anderson, W. A. D., Kissane, J. M.*: Pathology Mosby Company, St. Louis, 1977. 482. és 1107. old. — 2. *Bodey, G. P. és mtsai*: Pulmonary complications of acute leukemia. Cancer, 1966, 19, 781. — 3. *Börzsönyi, M., Kapper, L.*: Radiatis pneumonitis. Morph. Ig. Orv. Szle. 1967, 7, 260. — 4. *Brittig, F., Masát P., Pócza K.*: Cytomegalovirus-fertőzés és hyalinmembran tüdő acut lymphoid leukaemiás gyermekben. Orv. Hetil. 1982, 123, 1741. — 5. *Craft, A. W. és mtsai*: Fatal dissemination of cytomegalovirus after bone marrow transplantation. J. Clin. Pathol. 1981, 34, 1047. — 6. *Eckhardt, S.*: A daganatos betegségek gyógyszeres kezelésének jelene és jövője. Orv. Hetil. 1981, 122, 3187. — 7. *Feldman, N. T., Pennington, J. E., Ehrie, M. G.*: Transbronchial lung biopsy in the compromised host. JAMA, 1977, 238, 1377. — 8. *Gerard, I. és mtsai*: Busulfan lung complicated by pneumocystis carinii and cytomegalovirus infection. Med. Ann. D. C. 1974, 43, 124. — 9. *Greenman, R. L., Goddall, P. T., King, D.*: Lung biopsy in immunocompromised Hosts. Am. J. Med. 1975, 59, 488. — 10. *Heard, B. E.*: Pathologie einiger chronisch fibrosierender Lungenerkrankungen. Internist. 1974, 15, 346. — 11. *István L.*: A polycemotherapia lehetőségei és határai a haematológiában. Orv. Hetil. 1982, 123, 2879. — 12. *István L.*: Supportív terapia az onko-haematológiában. Orvosképzés (Szombathelyi Suppl.) 1982, 57, 23. — 13. *Katzenstein, A. L. és mtsai*: Diffuse alveolar damage — The role of oxygen, shock, and related factors. Am. J. Path. 1976, 85, 210. — 14. *Kelényi G.*: A nem-Hodgkin típusú malignus lymphomák kórsvözettni osztályozásáról. Orv. Hetil. 1977, 118, 2567. — 15. *Kuntár L.*: Bleomycin pneumonitis. Orv. Hetil. 1979, 120, 903. — 16. *Nash, G.*: Pathologic features of

the lung in the immunocompromised host. Human Pathology 1982, 13, 841. — 17. *Oakhill, A. és mtsai*: Busulfan lung in childhood. J. Clin. Pathol. 1981, 34, 495. — 18. *Oliner, H. és mtsai*: Interstitial pulmonary fibrosis following busulfan therapy. Am. J. Med. 1961, 31, 134. — 19. *Pennington, J. E., Feldman, N. T.*: Pulmonary infiltrates and fever in patients with haematologic malignancy. Am. J. Med. 1977, 62, 581. — 20. *Rodin, A. E. és mtsai*: Lung changes and chemotherapeutic agents in childhood. Amer. J. Dis. Child. 1970, 120, 337. — 21. *Symmers, W. St. C.*: Systemic Pathology Livingstone Edinburgh, London, New York, 1976, 1, 366. és 378. old. — 22. *Szerk. Közl.*: Pneumonia during the treatment of acute leukemia. Brit. Med. J. 1980, 281, 1235. — 23. *Schuler D. és mtsai*: Teljes haematológiai remissióban levő akut leukaemiás gyermekek ritka pulmonalis szövődémei. Orv. Hetil. 1973, 114, 2107. — 24. *Schuler D. és mtsai*: Eredmények és problémák a gyermekkori leukaemia kezelé-

sében. Magy. Onk. 1977, 21, 179. — 25. *Sickles, E. A. és mtsai*: Pneumonia in acute leukaemia. Ann. Int. Med. 1973, 79, 528. — 26. *Singer, C. és mtsai*: Diffuse pulmonary infiltrates in immunosuppressed patients. Prospective study of 80 cases. Am. J. Med. 1979, 66, 110. — 27. *Sitkei E., Solymosi P.*: Tüdőtumor képében jelentkező leukaemiás infiltratum. Pneumol. Hung. 1983, 36, 226. — 28. *Slevin, M. és mtsai*: Pneumonia during treatment of acute leukemia. Brit. Med. J. 1981, 282, 473. — 29. *Szél K.*: A felnőttkori „respiratory” distress syndroma kliniko-pathológiája. Kandidátusi értekezés, Szombathely, 1980. — 30. *Tallósy I.*: Alveolitis és tüdőfibrosis. Pneumol. Hung. 1978, 31, 520. — 31. *Weiss, R. B. és Muggia, F. M.*: Cytotoxic drug-induced pulmonary disease. Amer. J. Med. 1980, 68, 259.

(Brittig Ferenc dr., Szombathely, Hámán Kató u. 28. 9701.)

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 élőknek a kombinált fogamzásgátló tablettá szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK:

Máj- és epeutak betegségei, a körelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS:

Egyszeri vagy megismételt közöszülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni. Tartósabb együttlétet (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 szabályozzák.

CSOMAGOLÁS:

10 db tablettá



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

MAROSI IRÉN DR.,
BALOGH GABRIELLA DR.
ÉS CSEPLÁK GYÖRGY DR.

A psoriasis vulgaris „perckezelésével” szerzett tapasztalatainkról

Madzsar József Megyei Kórház-Rendelőintézet, Salgótarján, Bőrgyógyászati Osztály
(főorvos: Cseplák György dr.)

A szerzők a psoriasis vulgarisnak úgynevezett perckezelésével kapcsolatos tapasztalataikat írják le. 78 beteget kezeltek dithranol-salicyl kenőccsel, a rövid kezelés különböző módozatait kipróbálták és leírták azt a sémát, amit tapasztalataik szerint legeredményesebben és veszély nélkül alkalmazni lehet a gyakorlatban. A kezeléssel az átlagos ápolási napok számát is sikerült csökkenteniük. A kezelés rövid ideje miatt a beteg végezheti munkáját, élheti társadalmi életét. A kezelés anyagi vetületei is kedvezőek, mivel a munkából való kieséssel nem kell számolni, a felhasznált gyógyszerek értéke sem magas.

Experiences in the "minute treatment" of psoriasis vulgaris. The authors report on their experiences gained during the so-called minute treatment of psoriasis vulgaris. 78 patients were treated with dithranol-salicylic ointment and having applied different short-term methods the scheme was described which proved to be the most effective and the least harmful. With this kind of therapy also the number of nursing days could significantly be decreased. Since the treatment takes only a short time, patients can work and follow their usual way of life. As to the financial side of the therapy, it can be regarded as favourable, too, because patients should not be absent from work and the value of drugs used in treatment is not high, either.

A dithranol (továbbiakban d.) pályafutását 1916-ban kezdte, ekkor használta fel először *Galewsky és Unna* a psoriasis kezelésére (2). Egészen az elmúlt évekig egész napos kezelés formájában alkalmazták.

Schaefer és mtsai 1980-ban számoltak be a psoriasisnak rövid ideig tartó d. kezeléséről (6). Előzőleg tisztázták a d. penetrációs képességét, a penetráció gyorsaságát (7). Megállapították, hogy nem szükséges egész napos d. expozíciónak kitenni a bőrt, mivel az ép bőrben 30–100 perc alatt is maximális koncentrációt ér el a szer. Azt is megállapították, hogy a kóros bőrbe, így a psoriasisos területekre is, azonos ideig tartó expozíció mellett az ép bőrhöz képest 30–50-szer gyorsabban hatol be a gyógyszer.

A rövid kezelés előnyeivel *Puschmann és mtsai* is foglalkozott (4).

A közismertté vált sémák közül *Runne* és *mtsai* sémája a legismertebb (5). 0,5–3% d.-t és 3% salicyl (továbbiakban s.) tartalmazó kenőcsüket

10–20 percig hagyták a bőrön, majd fürdés után közömbös kenőcsöt alkalmaztak.

Hazánkban elsőnek *Simon és mtsai* számoltak be a módszerrel kapcsolatos tapasztalataikról (1). Megállapították, hogy a kezelést előnyösnek tartják és a psoriasis vulgaris ambuláns kezelésére is javasolják.

Osztályunkon 1981-ben használtuk először a d. s. kombinációjú rövid kezelést. Néhány hónap alatt meggyőződöttünk a módszer hasznosságáról, 1982. áprilisa óta pedig csak ezzel a módszerrel kezeljük betegeinket.

Betegek és módszerek

Az elmúlt közel két év alatt 78 beteget gyógyítottunk az új módszerrel. Eseteink 24,3%-a (19 beteg) volt nő, 75,7%-a (59 beteg) volt férfi. Betegeink közül 39 beteget, eseteink 50%-át először kezeltük osztályunkon, a másik 50%-ával már találkoztunk előzőleg is. 18 olyan betegünk is volt, akiknek betegsége egy évben belül kezdődött (23%).

Kontrollcsoportnak az osztályunkon 1973. és 1978. között kezelt 205 férfibeteget (70,7%) és 85 nőbeteget (29,3%) használtuk fel. Ezekben a belső kezelés gerincét a B-12 vitamin inj., Fólsav tbl, C-vitamin drg, Diaphyllin tbl, Milurit tbl kúra alkotta, külső kezelésül pedig az 1–5%-os d. kenőcsöt, az 1%-os d. ecsetelőt, a Hg. amidochloratum kenőcsöt, a Lorinden-T, -A és -C kenőcsöket, az 5–10%-os s. kenőcsöt használtuk. Mindig kezeltük a betegek más betegségeit is, amelyekről tudomást szereztünk.

Kezelési módszerünk kezdetben abban állt, hogy betegeinket kálicsappanos kádfürdő után egy órára

Kulcsszavak: Psoriasis — perckezelés, dithranol — salicyl.

Rövidítések:

d.: dithranol
s.: salicyl
ps.: psoriasis

5⁰/₀-os d. — 5⁰/₀-os s. kenőccsel kentük be. Ezután ismét kádfürdő következett, majd Ung. emolliens FoNo kenőcsözés. Érzékeny bőrűeken, vagy erősebb gyulladás után a d. koncentrációját 1⁰/₀-ra csökkentettük, a s.-t változatlanul hagytuk.

A kívánnál erősebb gyulladás esetén a kezelés után, vagy helyette Ung. alum. acet. tart. FoNo kenőccsel csökkentettük a gyulladást. Nagyon erős gyulladás esetén a kezelést néhány napra fel is függesztettük.

Napjainkban a kúrát a kezelés előtti fürdésel, 0,25⁰/₀ d.-t és 3⁰/₀ s.-t tartalmazó vaselinum cholesterinatummal kezdjük el, 15 perces kezelés utáni fürdőzéssel kiegészítve. A d. teljes eltávolítása céljából ezt a második fürdést is fontosnak tartjuk. Ha nem alakul ki a vártnál erősebb gyulladás, vagy ha a kezelésnek naponkénti ismétlése után a gyulladási készség csökken („hózzászokás”), először 30'-re emeljük a behatási időt, majd a kenőcs d. koncentrációját 0,5⁰/₀-ra, majd később 1, 2, 3, 4, esetleg 5⁰/₀-ra emeljük, miközben a s. koncentrációja változatlanul 3⁰/₀. Mindegyik d. koncentrációját először 15, később 30 percig hagyjuk a bőrön. A plaque-ok környékének gyulladását úgy igyekszünk megelőzni, hogy a kenőcsből nagyon keveset kenünk a kóros részre, azt jól bedörzsöljük, a felesleges mennyiséget papírvatával felitatjuk. Így kezeltük legutóbbi 10 betegünket, eseteink 12,8⁰/₀-át.

Nem alkalmaztunk „antipsoriasisos” belső kezelést. Nem használunk d.-s. kenőcsöt a fejen, a hajlathatokban, a genitáliákon. Ezekre Lorinden-T, vagy más Lorinden kenőcsöt kenünk.

Az expozíció idejét a kezelés befejezése után kezdjük mérni. Mivel a kezelés is időigényes, az először kezelt testrészt hosszabb ideig kezelnénk, ha a kezelést mindig ugyanott kezdenénk. A behatási időt úgy egyenlítettük ki, hogy naponta más helyen kezdjük a gyógyszernek a bőrre juttatását. Így néhány hetes kezelés során a kenési idő minden testrészen nagyjából azonos.

Irodalmi adatok nyomán (2) megkíséreltük a kezelést kvarcfényvel és heliotherapiával kombinálni. Mivel eseteink tekintélyes részében kis fényexpozícióval is kifejezett dermatitist váltottunk ki, gyakran bullosus reakciót, a fénykombinációról lemondtunk.

Betegeinket részletes kivizsgálásnak vetjük alá. Minden esetben keressük a psoriasist negatívan befolyásoló betegségek lehetőségét (diabetes, májműködési zavarok, gyomor-bélbetegségek, vesebetegségek, anyagcserebetegségek, bakteriális góccok stb), laboratóriumi vizsgálatokat végzünk, értékeljük az idegrendszer állapotát, pszichológiai explorációt végzünk, és a talált betegséget kezeljük, befolyásoljuk.

Eredmények, megbeszélés

Kezdetben beteganyagunk 14⁰/₀-ában (11 beteg) alakult ki a kívánnál nagyobb mértékű gyulladás a psoriasisos területen és környékén. Emiatt 8 esetben (10⁰/₀) a d. koncentrációját 1⁰/₀-ra csökkentettük és így folytattuk a kezelést. Eseteinknek csupán 3,8⁰/₀-ában (3 esetben) kellett a kezelést átmenetileg felfüggeszteni és a d. helyett, néhány napra hűtőkenőcsöt alkalmaznunk. A gyulladás megszűnte után ezekben az esetekben is folytatni tudtuk az 5⁰/₀-os d. kenőcsös kezelést.

Az irodalmi közlések és saját tapasztalataink alapján csökkentettük kezdetben 1⁰/₀-ra, majd később 0,25⁰/₀-ra a d. kezdő koncentrációját. Ennek következtében a kezelést akadályozó gyulladások száma szinte a nullára csökkent, a plaqueok gyógyulása folyamatossá vált.

Ami az átlagos ápolási napok számának alakulását illeti: 78 betegünket átlagosan 24,4 napig kezeltük. A kontrollnak használt, hat év alatt kezelt betegeink ápolási átlaga 28,1 nap volt.

Laum és mtsa 1972-ben, 510 beteg adatait elemelve az átlagos ápolási napok számát férfiaknál 30 napnak, nőknél 34 napnak találta (3). Az átlagos ápolási napok 13,2⁰/₀-os csökkenését sikerült elérnünk. Simon és mtsainak közleménye is csökkenő tendenciát rögzített.

Az átlagos ápolási napok további elemzésekor megállapíthatjuk, hogy átlagunkat eléggé szélsőséges értékekből számíthattuk ki. A kevésbé parakeratotikus, eruptív eseteinkben csak 1⁰/₀-os d. kenőcsöt használtunk. Ezekben az esetekben az átlagos ápolási napok száma 16 nap volt. Kiterjedtebb elváltozású és inveterált betegeinket 5⁰/₀-os d. kenőccsel kezeltük. Ezeknél az átlagos ápolási napok számát 21,6 napnak találtuk. Nagyon megnyúlt a kezelés ideje, ha a kezelés következtében kialakult gyulladás miatt bőnyugtatásra szorultunk. Ilyen esetekben az átlagos ápolási napok száma 30,5 napra nyúlt. De megnyúlt a kezelés ideje akkor is, ha 1⁰/₀-os d.-lal kezdtük el a kezelést és a kezelési gyulladással reakció csökkenése után késlekedve emeltük meg a d. koncentrációját, illetve a kezelés időtartamát. Ilyen eseteinket átlagosan 33,2 napig kezeltük.

Szembetűnően jó eredményt értünk el a legutóbb bevezetett kezeléssel, ahol a gyógyítást 0,25⁰/₀-os d. kenőccsel kezdtük el és a koncentrációt, valamint a kezelési időt rugalmasan változtattuk. Így tíz beteget kezeltünk, a gyógyításukra fordított átlagos ápolási napok száma 21,8 napra rövidült.

Egy esetben sem észleltünk szóródást, Köbner tünetet. Az irodalmi adatokkal ellentétben, ahol kb. 10⁰/₀-ra teszik a terápiarezisztensek arányát (5), két betegnek (2,6⁰/₀) az állapotát nem tudtuk kellően befolyásolni. Az egyik ps. rupoides-es beteg volt, a másik betegségét exsudatív jellegűnek találtuk. Mindkét betegben eredményt értünk el a perckezelésnek más kezelésekkal történt kombinálásával.

A kezelés előnyét az átlagos ápolási napok számának rövidülésén kívül abban látjuk, hogy a kórházon kívül, ambuláner, sőt a beteg otthonában is elvégezhető. Előnyös a kezelés, mert kevés időráfordítást igényel, ezzel a beteget mentesíthetjük az egész napos kezelés nyomasztó és kisebbségi érzést fokozó hatásától. Nem veszélyeztetjük a szervezetet a d. felszívódásával, nem színeződik a beteg ruházata, kevesebb belső kezelést igényel, kötszert pedig egyáltalán nem. Pontosán beállítható az egyedi kezelés, megelőzhető a környező bőrtérlet gyulladása.

A fentiekből következik, hogy a bőr-nemibeteg gondozók fontos szerepet játszanak a betegek felkutatásában, gondozásában, ellátásában és kezelésük irányításában.

A kezelés eredményessége nagy mértékben függ a beteg együttműködési készségétől. A kezelésre a beteget fel kell készíteni, meg kell tanítani a kezelés fogásait.

Ezért indokolt bizonyos esetekben a kórházi kivizsgálással együtt a kórházi kezelésbeállítást megszervezni.

IRODALOM: 1. Csató M. és mtsai: A psoriasis vulgaris „rövid” dithranol kezelése. Bőrgyógy. Venerol. Szle. 1983, 59, 181. — 2. Elbracht, Ch., Landes, E.: Untersuchung über die Wirksamkeit einer kombinierten Psoriasis-Behandlung mit Dithranol und UV-B (SUP). Z. Hautkr. 1982, 58, 387. — 3. Laum, J. H., Steigleder, G. K.: Behandlungsdauer bei kombinierter Cignolin — Salicylsäure — Vaseline — Behandlung bei Psoriasis. Hautarzt. 1972, 23, 204. — 4. Puschmann, M., Schmersahl, P.: Untersuchungen zur Frage der Nebenwirkungen von Antralin und seinen beiden Hauptverunreinigungen an der gesunden Haut. Z. Haut-

kr. 1982, 58, 410. — 5. Runne, U., Kunze, J.: Psoriasis: Die Praxis der „Minuten-Therapie” mit Cignolin. Z. Hautkr. 1982, 58, 219. — 6. Schaefer, H. és mtsai: Limited application period for dithranol in psoriasis. Brit. J. Derm. 1980, 102, 571. — 7. Schalla, W. és mtsai: Penetration studies in short-term therapy with dithranol. Arch. Dermatol. Res. 1979, 267, 203. — 8. Schauder, S., Mahrle, G.: Kombinierte Einstundentherapie der Psoriasis mit Anthralin und UV-Licht. Hautarzt. 1982, 33, 206.

(Marosi Irén dr., Salgótarján, Pf. 138., 3101.)

ORAP tableta 1 mg és 4 mg



ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 1 mg, ill. 4 mg pimozid-ot tartalmaz.

JAVALLAT: Schizophreniás betegek tartós utókezelése — elsősorban kórházi elbocsátásukat követően rehabilitációjuk idején (ún. fenntartó kezelés). Enyhe tünetekkel zajló akut schizophreniás betegek egy részében az Orap alkalmazása a kórházi felvételt elkerülhetővé teheti és önmagában is remissiót eredményezhet. Súlyosabb izgalmi állapotok és produktív tünetek fennállásakor az Orapot erősebb psychosedatív hatású nem fluorozott neuroleptikumokkal kell kombinálni.

ELLENJAVALLAT: Extrapyramidalis kórképek, depressív állapotok.

ADAGOLÁS: A kezdő adag általában napi 2–6 mg, amely szükség szerint 8, legfeljebb 10 mg-ig emelhető. A gyógyszert legcélszerűbb reggel, egy adagban beadni. Minthogy a készítmény íztelen és szagtalan, szükség esetén a beteg ételbe keverve is beadható. Ha az Orap alkalmazását erősebb „potens” neurolepticum adagolás után kezdjük el, akkor a szükséges adag beállítása mellett az előző gyógyszer adagját fokozatosan kell csökkenteni. Az optimális hatás elérése után az Orap adagját lassan és fokozatosan csökkentjük az egyénileg megállapítandó optimális fenntartó adagra, amely a legtöbb esetben 2–3 mg. A kúra időtartama 3–12 hónap.

KOMBINÁLT KEZELÉS: Nem fluorozott neurolepticumokkal és szükség esetén néhány relaxációban végzett elektrokokk kezeléssel jól kombinálható.

MELLEKHATÁS: Enyhébb extrapyramidalis tünetek (akathisia, tremor) a kezelés megszakítását soha nem teszik szükségessé; Parkan, Pipolphen hatására, de rövid idő alatt spontán is megszűnnek. Tartós kezelés néhány esetben gyengeséget, fáradékonyságot, étvágytalanságot és enyhe hangulati nyomottságot okoz. E mellékhatások thymoleptikus szerekekkel és roborszerekkel jól befolyásolhatók. Előfordulhat továbbá bőrkiütés, nagyon ritkán hypotensio.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Csak óvatosan adható: — központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel: barbitálokkal, ópiátokkal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszer szedésekor fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra folyamán járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani tilos.

RENDELHETŐSÉG: ✱✱ Az 1 mg-os tablettát az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondzó) szakorvosa javasolja. A 4 mg-os tablettát az a szakrendelés (gondzó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatala szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerrendelésére területileg és szakmailag illetékes. — Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető. Az illetékes mentálhigiénés (ideg-) gondzó szakorvosa térítésmentesen rendel.

C SOMAGOLÁS: 50 × 1 mg tabl.
20 × 4 mg tabl.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

PH
1325

Teronac

TABLETTA

A Teronac tableta az étvágycsökkentő gyógyszerek csoportjának új típusú képviselője. Hatóanyaga triciklikus imidazo-izindol vegyület, mely a többi anorexián hatású készítménytől eltérően nem tartalmaz fenil-etil-amin vázát. 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 fogyókúra diétáját betartsa. A kezelés időtartama általában 3 hónapos, de rövidebb ideig tartó kúra is hatásos lehet.

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

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

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

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

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

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

TILOS EGYÜTT ADNI:

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

ÓVATOSAN ADHATÓ

— antidiabetikumokkal, egyéb vérnyomáscsökkentőkkel (hatásuk módosulhat).

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

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

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

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

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



SCULTÉTY SÁNDOR DR.

Enuresis risoria**(Diagnózis és differenciáldiagnózis)**

Városi Kórház, Szeged, Urológiai Osztály

A mindennapi élettel ellentétben klinikailag ritkán észlelt jelenség a nevetéssel egyidőben létrejövő bevizelés. Beteg megfigyelése kapcsán a szerző az urodinamiás módszereknek ad hangsúlyt e különleges incontinentia-forma differenciáldiagnosztikájában, ill. klinikai értékelésében.

„Olyan jót nevettem, hogy bepisiltem” („I laughed so much that I wet my pants”) — jellemzi a szólásmód a szakirodalomban enuresis risoria (giggle incontinence) névvel jelölt kórállapotot. Magyarul talán a nevetés vagy kacagás okozta vizelet-elcseppenés, bevizelés lehetne a neve. A szak kifejezés olyan akarattól független, ellenőrizhetetlen és teljes hólyagürítést jelent, mely a szívből jövő nevetés, kacagás nyomán keletkezik. A vizelet-csepegés e fajtája nem tartozik a gyakran megfigyelt és leírt jelenségek közé, ezért indokoltnak tűnik, hogy egy eset észlelése kapcsán felhívjuk a figyelmet a vizelet incontinentia e ritka etiológiai tényezőjére, diagnosztikájára, differenciáldiagnosztikájára és terápiás megfontolásokra.

Betegismertetés

K. E.-né 26 éves üzemvezető vizeletcsepegés miatt kereste fel osztályunkat. Elmondása szerint kb. 8 év óta változó gyakorisággal, főleg társaságban való tartózkodáskor, ellenállhatatlan vizelési ingere támad, majd bevizel. Egyébként mikciós panaszai, imperatív jellegű vizelési ingerei nincsenek. Egy élő, egészséges gyermeket szült, kórelőzményében említésre méltó adatot nem találtunk. Vizsgálataink során urológiai, nőgyógyászati, idegyógyászati eltérést nem találtunk. Vizelete tiszta, kémiaileg normális, kórokozó nincs benne. Urogrammja, mikciós és laterális cisztográfiai képe ép viszonyokat mutat. Az urodinamiás vizsgálatok során vizeletfolyási (uroflowmetriás) adatait a normális tartományon belül találjuk. Feltöltéses folyadék ciszto-manometria normoaktív, normokontraktilis detrusort mutat, instabil hólyagra utaló jelek nincsenek. Akaratlagosan képes a mikciót megindítani, elnyomni, megszakítani. Bulbocavernosus reflexe megtartott, anus tónusa ép, érzékszavara nincsen. Húgycső-profilja nem kóros. Kombinált, szinkron nyomás (pressure-flow) mikciometriás vizsgálata sem adott kórielőz eredményt. Ily módon az urodinamiás vizsgálatokkal a vizelési zavar funkcionális okait nem sikerült felfedni, az alsó húgyutak organikus elváltozása a hasyománvos vizsgálatok alapján ugyancsak kizárható volt. Egyszer a vizsgálatok során valami

Enuresis risoria (Diagnosis and differential diagnosis). In contrast of everyday life enuresis is a clinically infrequent phenomenon while laughing. In differential diagnosis and clinical evaluation of this special form of incontinentia attention is called to urodynamic methods of investigation.

miatt nevetnékje támadt a betegnek, ezt követően hirtelen erős vizelési ingere lépett fel, majd ezt mikturáció követte. A jelenséget többször is reprodukálni lehetett: józú kacagás nyomán hólyagját akarattól függetlenül, el nem nyomhatóan és teljes mértékben kiürítette. Ez vezetett az enuresis risoria, a „giggle incontinence” diagnózisához.

Megbeszélés

Klinikai szempontból elkülönítendő ez a jelenség az inkontinencia más formáitól, mindenek előtt a stressz inkontinenciától, amely nevetés közben szintén felléphet. Stressz inkontinenciánál azonban, legalább is az első és második súlyossági fokozatban, a stresszel szinkron adagokban csorog ki a vizelet, míg a „giggle incontinence” esetében egyszerre, teljesen, nem kormányozhatóan ürül ki az egész hólyag. Klinikailag és urodinamikailag hiányoznak a hólyag zárómechanizmusának elégtelenségére, a stressz inkontinenciára utaló jelek. Lényegében a „giggle incontinence” a késztezéses, aktív (urge) inkontinenciák csoportjába tartozna, de eltérőleg a más típusú urge késztezéses inkontinenciáktól, ilyenkor normális hólyag és húgycsőfunkciók jeleznek az urodinamiás vizsgálatok, természetesen anatómiaileg is ép viszonyok mellett. Jellemzője a nevetésre, mégpedig ennek is egy intenzívebb formájára, a kacagásra jelentkező elnyomhatatlan inger, amely közvetlenül mikcióba megy át. A diagnózist a gondosan felvett anamnézis és a nevetés kiváltotta provokációs kísérlet biztosítja.

Williams (6) írta le először ezt a jelenséget 1958-ban és megállapította, hogy bizonyos családokban nem ritka. Mindkét nemben előfordulhat, de gyakoribb nőkben. Típusosan az 5. és 7. életévek körül kezdődik, leggyakoribb az iskolás évek alatt. A későbbiek során javul vagy eltűnik, de megmaradhat a felnőtt korban is, mint esetünkben. Nem valószínű, hogy messze járnánk az igazságtól, feltételezvé, hogy előfordulása enyhébb vagy súlyo-

sabb formában nem is tartozik a nagy ritkaságok közé fiatal lányokban és asszonyokban. Nyilvánvaló, hogy sokkal gyakoribb, mint ahogy az orvosok realizálják, mert az érintettek közül csak kevesen jelentkeznek ezzel a problémával az orvosnál szegényből vagy félelemből. *Glahn* (1) beszámol 99 ápolónövendék körében kérdőív segítségével végzett vizsgálatairól és megállapítja, hogy 25%-ban fordult elő náluk életük folyamán az enuresis risoria, 10%-ban a második évtized végén is. Gyakoriságára utalnak a különböző nyelvekben erre meghonosodott szólások, sőt ezek változatossága is. A fent idézettek ugyanis ismeretesek mindkét nyelvben a „majd”, illetve a „nearly” szócska közbeiktatásával is. („Olyan jót nevettem, hogy *majd* bepisiltem”. „I laughed so much I *nearly* wet myself”). Ezek valószínűleg közel járnak így is a történésnek jellemzéséhez, nevezetesen azt fejezik ki, hogy maga a vizelet sürgősségének érzése, az erre való készletelés lehet egyedül is válasz a nevetésre, reprezentálva a küszöbön álló hólyagürítést, amely ennek nyomán könnyen bekövetkezhet. Mindezek alapján azt is feltételezhetjük, hogy ennek a zavarának különböző fokozatai lehetnek, és elsősorban arról van szó, hogy a nevetésre létrejövő válasz normál kontrollja quantitative változik meg.

MacKeith (3) a „giggle micturition” elnevezést javasolta a stressz inkontinenciától való elkülönítés miatt. *De Jonge* (2) honosította meg az „enuresis risoria” elnevezést, kifejezésre akarván juttatni a normális mikturiciótól való különbözőséget, illetve a nevetéssel összefüggő jelleget. *MacKeith* és *Millard* (3, 4) pszichológiai aspektusokat valószínűsítettek az etiológiában, a legtöbb szerző azonban a

központi idegrendszer ismeretlen zavarát okolja ezért a különleges vizelet zavarért. *Glahn* (1) feltételezi, hogy a nevetésre „beugrik” ilyenkor a hólyagürítéshez vezető trigger mechanizmus és a sensibilitás, valamint a speciális hólyagkontroll fiziológiai variációi idézik elő a vizelet kiürítését. *Pauer* és *Maderspracher* (5) elképzelése szerint a hólyagot a nevetés során ritmikusan érintő kompressio afferens impulsusokat indukál, amelyek a detrusor központi gátlásának zavara következtében, rövidre zárt kapcsolódásokon keresztül az efferens rostokra tevődnek át, és felelősek a kontrakcióért.

A spontán gyógyulás tendenciái a therapiás törekvések eredményeit homályossá teszik. Szoktak adni görcsoldókat, nem sok sikerrel. Saját esetünkben időszakos melipramin adagolás után két éve tünetmentességet észlelünk. Ebben szerepet tulajdonítunk a szer centrális hatása mellett a detrusor tevékenységét mérséklő tulajdonságának is. Sokan biznak a spontán gyógyulásban és nem ajánlanak gyógyszert. Ismét mások a megelőzés hívei: ajánlják a lehetséges ominózus szituációk előtti előzetes hólyagürítést, vagy tanácsolják a harsány kacagás intenzitásának mérséklését.

IRODALOM: 1. *Glahn, B. E.*: Brit. J. Urol. 1979, 51, 363. — 2. *De Jonge, G. A.*: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 1975, 199, 1335. — 3. *MacKeith, R. C.*: Guys Hospital Report. 1964, 113, 250. — 4. *Millard, D. W.*: Brit. Med. J. 1965, 1, 1674. — 5. *Pauer, W., Maderspracher, H.*: Urologe B. 1981, 21, 280. — 6. *Williams, D. I.*: Urol. in Childhood: Encycl. of Urol, XV. P 120. Springer. Berlin.

(Sculptéy Sándor dr., Szeged, Pf. 455., 6701.)

METASEPT®

tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer koncentrátum

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobális hatásspektrummal rendelkező felület-fertőtlenítőszer koncentrátum.

HATÓANYAG: alkil-dimetil-benzil-ammoniumklorid (Lutersit-K-LC-80, BASF, Ludwigshafen).
HATÁSSPEKTRUM: Baktericid-fungicid, algicid.

ALKALMAZÁSI TERÜLET: Gyógyító-megelőző intézmények mosható padló- és falburkolatainak, felszerelési és berendezési tárgyainak tisztító hatású fertőtlenítő takarítására.

ALKALMAZÁSI KONCENTRÁCIÓ: 1 térfogat⁰/₀.

Az 1⁰/₀-os METASEPT oldatot a fertőtlenítendő felületre való felvitel után rá kell hagyni száradni, azt leöblíteni vagy letörölni nem szabad.

A METASEPT sűrű-, takarítógépekhez is alkalmazható.

A készítmény nem keverhető szappannal vagy más mosó-, illetve tisztítószerral.

Kellemes illat, jó közérzet, kézkímélő, kézvédő adalékot tartalmazó tisztító hatású felület-fertőtlenítőszer.

METASEPT!

Gyártja: a Körösladányi METAKÉMIA Ipari Szövetkezet.

Forgalmazza: AZUR Kereskedelmi Vállalat, Budapest.



Hetényi Géza emlékezete

Huszonöt év telt el azóta, hogy Hetényi Géza, a szegedi I. sz. Belklinika igazgatója, a nagy magyar belgyógyász elhunyt. Iratai közt találta fia Hetényi István azokat a feljegyzéseket, melyeket atyja részben tanársága tízéves évfordulóján, részben pedig hatvanadik születésnapjának ünneplése kapcsán vetett papírra. E feljegyzések főleg az öregedéssel kapcsolatosak. Közlésük méltó megemlékezés az évfordulón.

Magyar Imre

Szokás a 40 év felettiek kríziséről (ez a krízis sokszor még hamarabb is jelentkezik) beszélni. Az ötödik és hatodik évtizedben észrevétlenül változások kezdődnek, amelyek physikailag a haj megszőrkülésében és a rugalmasság csökkenésében mutatkoznak és előbb vagy utóbb elérnek egyeseket durva, feltűnő, másokat alig felismerhető módon. De van ennek a változásnak mentális aequivalense is, amely a receptivitásnak és az adaptationak csökkenésében jelentkezik, bár ugyanakkor nem érinti szükségképpen az alkalmasság és ítélőképesség kvalitásait, sőt ezek érett korban sokszor még fokozódnak is.

Az a tanár, aki 25 éve adja elő tárgyát, nem képes a változtatás szükségességét felismerni, főleg nem saját szakmájában. Fennáll a veszély, hogy szüntelenül ellenkezésbe kerül az újjal szemben. Az idősebbnek vigyázni kell, ne kerüljön — Matthew Arnold Empedoklese „szüntelen ellenzés”-be.

Bársonyléptekkel, észrevétlenül, lágyan közeledik az intellektuális laposságok fenyegető réme. A tanárnak könnyebb ugyanazt előadni, amit tavaly adott elő: dogmatikussá válik. Aki pedig még hosszabb ideje tanít, az szükségszerűleg kiesik a versenyből: dolgozik ugyan, sokszor igen keményen, de nem veszi észre, hogy „a lovak már régen elhagyták a célt”. Hogy ezek ellen védekezhessék, a tanárnak egyetlen fegyvere van és ez az, hogy együtt éljen a fiatalabbakkal, azokkal, akiknek felfogóképessége frissebb az övéénél és akik progresszív gondolkodásúak.

Óvakodni kell a (szakmai) sovinizmustól, a szellemnek ettől a tűrhetetlen magatartásától, amely nem vesz tudomást mindarról, ami az illető saját körén és saját iskoláján kívül van.

Az elfoglalt gyakorlóorvos napi munkájában gyakran fejlődik ki igen intenzív egoizmus, amelynek nincs antidotuma. A néhány kudarcot elfelejti, a tévedéseket elássa és tíz év sikeres munka oda

vezethet, hogy az orvos érzékeny, dogmatikus, a korrekcióval szemben intoleráns és rettenetesen önző lesz. A védekezés: orvosi társaságok vitája és kritikája.

Az orvos, ha birtokolja is Harvey tudományát és Sydenham művészetét, hiányoznak belőle a szívnek és a fejnek azok a finomabb kvalitásai, amelyek oly sokat számítanak az életben. Az orvostudomány ott virágozik legjobban, ahol a hivatásbeli nagy tudást harmónikus és magas kultúra kíséri. Az ilyen emberek emelik fel hivatásuk szintjét.

Olvassatok: olvassátok el a legjobb könyveket, mert nemcsak az számít, hogy mit tudtok, hanem tudástok kvalitása is.

A belgyógyász nem lehet specialista, látókörének és tudásának széles alapúnak kell lennie. Utazunk egyik oldalunkon Epikurosszal, a másikon Epiktétósszal, ne saját korú és generációnkból valókkal, hanem 25 és 40 év közöttiekkel.

A betegség jelenségeit könyvek nélkül tanulmányozni olyan, mint térkép nélkül hajózni a tengeren; míg könyveket tanulmányozni betegek nélkül olyan, mint egyáltalán nem szállni tengerre.

Az orvosnak hitre is szüksége van. Ez éltető itala, próbaköve orvosi sikerének. Hinnie kell önmagában, gyógyszerében és methodusaiban. Már Galenus mondotta: „legeredményesebben az gyógyít, akiben legtöbbet bíznak”. Ugyanezen a nézeten volt Paracelsus is, a filozófusnak és a sarlatánnak ez a furcsa vegyülete. Persze a hit terén nincs monopóliumunk. Az orvosnak az az előnye, hogy tudja, hogy a hitnek határai vannak. Sohasem fogja azt hinni, hogy hittal képes halottakat feltámasztani, vagy rákbetegséget meggyógyítani, de az is biztos, hogy nélküle mi is rosszul állnánk gyógyító törekvéseinkben.

Hogy egy intézet hogyan dolgozik, nem költségvetésének nagyságától, nem felszerelésének gazdagságától függ: az inhaerens vitális elem, amely túllépi az anyagi érdekeket, amely egy iskolának dicsőséget és hírt ad, amelynek hiányában minden dicsekvés és gőg hiábavaló, az emberekben van, akik benne dolgoznak és azokban a közös ideálokban, amelyeket ápolnak és tanítanak.

Ápoljátok a lélek békéjét, a derűt, Marcus Aurelius filozófiáját. Ne gondoljatok túl sokat a holnapra, figyelmeteket összpontosítsátok a mai nap munkájára: arra, amely közvetlenül előttetek áll. Ha a viszony, ami az orvos és a szenvedő között áll fenn, a legszélesebb körökre kiterjedne, beteljesednék Ámon fiának a vágyakozása, hogy „egyik nemzet ne emeljen kardot a másikra és ne tanulják a háború mesterségét!”.

Amikor 1959 februárjában Julesz Miklós — az azóta eltávozott tanszéki utód — az Orvosi Hétlap hasábjain búcsúztatta, életművének méltatására Dante sorait idézte: „Szoros rend van és bölcs művészet a dolgok viszonyában...” Ezt a művészi rendet és bölcsességet tükrözték most közzétett gondolatai, tanácsai, maximái is. Talán a leggyakrabban visszatérő, szinte kínzó képzet a szüntelen önfelmérés, önkritika, a viszonyulás a kor függvényében a hivatáshoz, a munkához, a teljesítményhez, a tanítványokhoz. A súlyos teherként reá nehezedő öregedés számára a meglevő magas morálnál is emelkedettebb étosz forrásává vált. Ő, akinek alfa és omega volt az emberméltóság szüntelenül kereste az antidotumot, a vezetői elfogultságok, a fokozott önbecsülés, a szakmai kevélység ellen. Szerénységre, mások megbecsülésére nevelt. Gyakran hangoztatta: elmúltak azok az idők — az univerzális klinikus korszaka —, amikor a főnök legalább is azt a látszatot kelthette, hogy mindent jobban tud, mint munkatársai. Amikor tanársága tizedik évfordulóján köszöntötték őt tanítványai, elmesélte, hogy Sauerbruch professzor, azt kérdezte a klinikájára pályázó orvostól: „mit tud Ön, amit én nem tudok?” Ezt a kevély magabiztosságot Hetényi Géza érdekesen értékelte. Azt mondotta, hogy ez nem zárja ki azt, hogy a főnök összes tudása és főleg gondolati képessége ne legyen nagyobb, mint egyik vagy másik munkatársáé. És Hetényi professzor ennek lehetőségét soha nem zárta ki, tanítványaitól is tudott tanulni. Valotta, hogy mindenkinek igaza lehet és mindenki véleményét tisztelni kell.

Egész élete cáfolata annak a tudományos irányzatnak — mondotta róla Julesz Miklós —, amely csak az állatkísérleteket tartja tudománynak. A betegágytól indult ki és kísérleti eredményeit aszerint értékelte, amint azokat a gyógyítás céljaira felhasználhatta. A specializálódást — mint arra Magyar Imre rámutatott —, a haladás elkerülhetetlen következményének tartotta, de mindig kiállt a tudomány és ezen belül a belgyógyászat egységéért. Ezen az egységen belül sokrétű, sokprofilú, komplex belorvostant művelt. Említett válaszbeszédében, amit tanársága tizedik évfordulóján mondott, hangoztatta: „...láthatjátok azt az igyekeze-

temet, hogy olyan embereket neveljünk, akik egyformán járatosak a betegágy mellett és az elméleti orvostudomány valamelyik ágában. Így vannak klinikus physiologusaink, klinikus pathophysiologusaink, klinikus kórboncnokaink, klinikus mikrobiológusaink és nem kétlem, hogy ezek a jövőben eredményesebb orvosok lesznek, mint azok, akiknek a működési köre csak a betegellátásra, vagy valamely elméleti diszciplínára szorítkozik”. Itt jegezzük meg vonzalmát a másik nagy klinikai szak, a sebészet iránt. Az ötvenes évek második felében szegedi klinikáján helyet biztosított a szívsebészeti osztály számára.

Apró megnyilatkozásain, maximáin is átüt ki egyensúlyozott, méltóságot sugárzó, halk egyénisége, annak az embernek a személyisége, aki — mint tanítványa, Varró Vince megfogalmazta — nemcsak tudásával, hanem egész lényével, megértő, sokszor elnéző mosolyával gyógyított. Hiúság nem volt benne. Nem érdekelt, hány hallgató gyűlt össze előadására, rendületlen hittel, ügyszeretettel nevelt és oktatott. Egyénisége az élet szeretetére inspirált, de kedves Epikuroszában nem a hedonizmus vonzotta — amit különben is torz módon asszociálnak a filozófussal —, hanem a legfőbb erénynek tartott mérlegelő tudás, mint ahogy Epiktétosz is, a boldogság és az elmélyedés, a tiszta iudicium prófétája volt számára; „Légy boldog, de mások kára nélkül”. Jellemének palettáján ott ragyogott a humor, az önironia, amivel olykor nyomasztó gondolatait enyhítette. Ez tükröződik tréfas pályareceptjében: „25 évig tanulás, 40-ig kutatás, 60-ig hivatás, ezután visszavonulás dupla nyugdíjjal”. Gyakorta emlegette, hogy „az ókor egyes bölcs államaiban” a 60 év felettieket a mélységbe vetették. Ehelyett Ti — mondotta elérékenyűlten a tanársága decenniumán előtte tisztelgő tanítványainak — az ünneplést választottátok. Ez számomra mindenesetre kedvezőbb megoldás... Ha tévedtem Veletek szemben... az mindig a fejnek, nem a szívnek a tévedése volt”.

Huszonöt évvel halála után még mindig nem ébredtünk a veszteség nagyságának tudatára. Igaza van Magyar Imrének. A szomorú, hogy nincs már közöttünk, hogy vissza kell nézni, hogy már csak emlékezni lehet rá.

Forradalmi átalakulás a medicinában a XIX. század elején

E szavakkal jellemezte egy közelmúltban megjelent cikk azt a folyamatot, amelyet Magendie indított el, s amely a kórházi medicinába (Spitalsmedizin) torkollott.

François *Magendie* egy seborvos fiaként 1783. okt. 15-én született Bordeaux-ban. A nagy francia forradalom adta lehetőségekkel élve tanulmányait a párizsi L'École de Santé-ben végezte és 1798 után, vagyis 15 éves korában már mint externe a párizsi

kórházakban dolgozott. 18 éves korában már interne, majd professzor lett. A *Boyer* (1757—1833) mellett. Boyer borbélysegédként kezdte egészségügyi tevékenységét. Napóleon udvari sebészeként vett részt a háborúban, és Napóleon uralmának megdöntése után is tanácsadó maradt a királyi udvarban. Magendie Boyer irányítása mellett 1803-ban már anatómiát adott elő.

Növendék lett az *École Pratique*-ben és kisegí-

tő a párizsi kórházakban. 1808-ban promovált. Doktori disszertációja címe: „Sur les usages du voile du palais et la fracture des cotes”. Ezután az orvosi fakultás professzora lett, előadásaiiban azonban nem csak az anatómiával, hanem fizioiogiával is foglalkozott. Szerencsés körülmény Magendie szellemi fejlődésében: az Académie des Sciences (nem azonos a 40 tagot számláló „zöld frakkos” testülettel az Académie Française-zel) hetenként tartotta üléseit. A szellemi vezér, P. S. Laplace (1749—1827) ezeken felfedezte Magendie ambícióit és teljes mértékben támogatta. Magendie 1810-től rendszeresen részt vett az üléseken, és 1821-ben maga is tagja lett a testületnek. De nem csak ez a megtiszteltetés érte, hanem tagja lett a néhány évvel azelőtt alapított Académie de Médecinnek is.

1816 után teljes munkaidejét a kísérletes fizioiogiának szentelte. Élő állatokon kísérletezett. Egy ideig a Bureau central des Hôpitaux orvosa volt, 1826. után adjunktus lett a patinás Salpêtrière kórházban. Magendie szemléletének kialakulása szempontjából fontos tényező volt, hogy nemcsak experimentált, de kórházi és magángyakorlatot is folytatott. 1836-ban I. C. A. Récamier (1714—1836) halála után őt nevezték ki a Collège de France-ban a fizioiogia és általános patológia professzorává és még ugyanabban az évben a francia tud. akadémia és orvosi akadémia tagjává választják. Egyidejűleg az Hôtel Dieu orvosa. A gyógyszeres terápiát illetően azonban nézetei hasonlóak voltak a bécsi klinikusok „nihilista” beállítottságához. Ő a megalapítója a legutóbbi évtizedekig modern szemléletűnek számító fizioiogiának, patológiának és gyógyszerertannak. Kitartóan és meggyőzően vallotta: a megismerés kizárólagos forrása: a kísérlet. A kortársak véleménye szerint Magendie érdemei felmérhetetlenek; a fizioiogiának szinte minden ágát gazdagította, sőt átfőrmálta. Főbb munkái — élő állatban — a felszívódás, a szív, az állati hő, az emésztés és az idegfizioiogia terén a legkiemelkedőbbek.

Mielőtt Magendie forradalmi eszméivel részletesebben megismerkednénk, vegyük szemügyre, hogy azok milyen körülmények között születtek? Miért került korának hivatalos orvosi szemléletével ellentétbe? Milyen volt ez a szemlélet? Magendie felléptekor a francia vitalisták nézete, melyet többek között Xavier Bichat (1771—1802) is képviselt, abban csúcsondott ki, hogy az élőlény egy, vagy több életerőt termel, ezeket szabályozza és igyekszik megőrizni. Bichat nem mikroszkopizált, az ő szövetelmélete elméleti spekuláción alapult, mégis igen nagy fejlődést jelent az a megállapítása, hogy az élet az általa osztályozott szövetekben megy végbe. Magendie első cikkében már hevesen támadta a néhány évvel korábban elhunyt Bichat nézeteit. Az ő szemében Bichat-nak megbocsáthatatlan bűne: hogy vitalista volt. Bichat szerint a fizika és kémia törvényei csak a *szervetlen* világra érvényesek. 1809-ben a fiatal Magendie ezzel szemben hirdeti, hogy a fizika és kémia törvényeit alkalmazni kell az *élővilágban* is, valamint hogy a fizioiogiának és a patológiának a jövőben kísérletes tudománnyá kell válnia.



Magendie 175 évvel ezelőtt vallott forradalmi kihatásainak tézisei:

1) A fizioiogia és a medicina még nem tekinthető tudománynak, mert szemléletét az empirizmus és különböző rendszerek uralják.

2. A fizika és kémia már valódi tudományok, mert az újabb megismerések, kísérletek eredményei.

3) A kísérletes kémia és fizika nemcsak példaképei a fizioiogiának, hanem eredményei, egyben utóbbi fő támaszai is.

4) A fizioiogiának újjá kell születnie, mégpedig kizárólag kísérletek segítségével, a természettudományokra: a fizikára és kémiára támaszkodva.

5) Sohasem szabad azonban arról megfeledkezni, hogy a fizika és kémia mellett a fizioiogia egyben önálló, sajátos tudományág.

6) A patológia tulajdonképpen patológiai fizioiogia.

Az utolsó tézissel Magendie elveti az akkorigiban burjánzó, sőt túlbujánzó rendszereket, szisztémákat, elsősorban azokat, amelyek Linné nyomán a betegségeket is különböző osztályokba kívánták besorolni. Itt az ugyancsak halhatatlan Ph. Pinelre (1745—1826) gondol, aki szintén vitalista nézeteket hirdetett, sőt a kétségtelenül haladást jelentő patológiai-anatómiai-klinikai iskolát (R. Laennec 1781—1826) is támadja — mai szemmel joggal. Magendie szerint ugyanis a pusztán klinikai megfigyelés és a makroszkópos diagnózis *steril* tudomány, mert megelégszik a leírással és nem törekszik a *kiváltó ok* felderítésére, valamint azt sem igyekszik

feltárni, hogy az elváltozások milyen módon jönnek létre, mai szóhasználattal, mi a patomechanizmus. Ez a medicinát zsákutcába vezette, mert kétségtelen, hogy a funkcionális zavarok megelőzik a szervi elváltozásokat és nem fordítva zajlanak le a folyamatok. Magendie érdemeit Wunderlich K. (1815—77) lipcsei klinikus a következőkben látja:

I. A kezdeményezés a kísérletes fiziológiára. (Más irányú kísérletezést egyes adatok szerint abban az időben Párizsban 120 (!) intézetben folytattak.) Ő személyesen is számos kísérletet végzett a célból, hogy mesterségesen kóros állapotot idézzen elő. Az első ilyen tárgyú kísérletei a hányással kapcsolatosak és teljes mértékben úttörőnek számítanak.

II. A Bell-törvény lényegét ő pontosította és ő tette a neurofiziológia egyik alaptörvényévé.

III. A humoralpatológia körébe vág egyik munkatársának azon kísérlete, amelyben állat vénájába putrid anyagot fecskendezett be. Bár a kísérlet célját — a kísérletes tífusz előidézését — nem érte el, azonban több új patológiai fogalom: a pyaemia, ichorrhámia és metasztázis felfedezéséhez vezetett. Magendie egyik munkatársa azt is leírta, hogy hasonló tüneteket a phlebitis is kivált hat.

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE

DE

PHYSIOLOGIE,

PAR F. MAGENDIE,

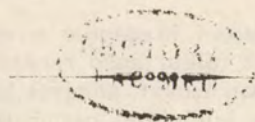
MEMBRE DE L'INSTITUT DE FRANCE,

Titulaire de l'Académie Royale de Médecine, Médecin du Bureau central d'admission aux Hôpitaux et Hospices civils de Paris, des Sociétés Philomatique et médicale d'émulation, des Sociétés de Médecine de Stockholm, Copenhague, Wilna, Philadelphie, Dublin, Édimbourg, de l'Académie des Sciences de Turin, etc.

DEUXIÈME ÉDITION,

CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.

TOME SECOND.



A PARIS,

CHEZ MÉQUIGNON-MARVIS, LIBRAIRE ÉDITEUR,

BUE DU JARDINET, N° 15,

QUARTIER DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1825.

IV. A materia medica-t illetően Magendie kísérletei korszakalkotóak. Nemcsak az ismert kemikáliák és nehéz fémek hatását vizsgálta, hanem a P. Pelletier (1788—1842) laboratóriumában azokban az években előállított *alkaloidákat* is. Különösen a *chinin*, *veratrin*, *strychnin*, *piperin* (különböző borsfélék alkaloidája), morfium és emetin hatásával foglalkozott, illetve vezette be ezeket a terápiába. Elismerő nézetei mellett ugyanakkor Wunderlich Magendie szemére veti, hogy nem volt *méregtelen* kísérletező, ellentétben németországi kortársaival, elsősorban K. Ludwiggal (1816—1895).

A *Bell-Magendie törvényről*. E törvény ugyan kiszorult az új élettan tankönyvekből, azonban néhány anatómiai felfedezése mellett ez tette több mint egy évszázadon át fogalomná a Magendie nevet, ezért ehelyütt részletesebben ismertetjük. Charles Bell (1774—1842) londoni, majd edinburghi sebésznek és fiziológusnak 1811-ben jelent meg egy munkája, melyet csak szűk körben terjesztett, és amely az agy újszemléletű anatómiájával foglalkozott. Ez volt az első beszámoló nagy felfedezéséről, melynek lényege: a gerincvelőből kiinduló idegeknek különböző funkciói vannak, aszerint, hogy mellső, vagy hátsó gyökökből indulnak el. Hasonló gondolatokat már *Erazisztatosz* (i. e. 330—250) alexandriai orvos is felvetett. Magendie felfogása szerint a hátsó gyökök főleg az érzékeléssel, az elülsők inkább a mozgással állnak kapcsolatban. Magendie megállapítása, mely 1823-ban, *12 évvel Bell közlése után* jelent meg az általa alapított *Journal de physiologie expérimentale* hátsójain: a mellső gyökök motoros funkciójáról, — nem jelent fejlődést, azonban a *hátsó gyökök működésének feltárása Magendie érdeme*. Magendie állítása, hogy nem tudott Bell zseniális kísérleteiről, tehát teljes mértékben elfogadható.

Néhány kísérletes megállapítása, ami nem avult el, sőt!

A fehérjeszükséglettel kapcsolatban is előremutató kísérletei voltak. J. Müller (1801—1858) a német fiziológia egyik előfutára 1834-ben még azon a véleményen volt, hogy minden tápanyag átalakulhat fehérjévé, azonban Magendie néhány évvel később, 1841-ben határozottan megkülönböztette a nitrogén tartalmú tápanyagokat a nitrogénmentesektől és kísérletesen bizonyította, hogy nitrogénmentes táplálékon elpusztul az állat, sőt, a nitrogéntartalmú zselatin *sem elegendő az élethez*. Lényegében a vitamin-elmélet előhírnökeként Magendie már első megjelent munkájában leírta, hogy átfűrődő szaruhártyafekély képződik a kizárólag cukorral, dextrinnel és sóval táplált kutyákban. Ebből azonban nem vont le — és nem is vonhatott le — helyes következtetést.

Néhány adat Bernard Cl. (1813—1878) és Magendie kapcsolatáról.

1838-ban került Cl. Bernard (a fiziológia egyik legnagyobbja) Magendie mellé, mint internista. 29 pályázó közül ő volt a huszonhatodik helyezett, Magendie jó ítélőképességére vall, hogy mégis őt választotta ki és a továbbiakban is mindent elkövetett tanítványa érvényesülése érdekében. 1841-ben már mint preparátor működik a Collège de

France-ban. Érdemes e gyakran emlegetett, mégis kevésbé ismert intézményről részletesebben szólni. Ez tudományos intézet volt, melyet I. Ferenc alapított Párizsban 1530-ban. Cl. Bernard a következőképpen jellemezte:

A Collège de France nem orvosi fakultás, amelyben a klasszikus medicina valamennyi ágával rendszeresen foglalkozni kell. Alapításától kezdve arra volt hivatott, hogy a tudomány előharcosa legyen és a legújabb kutatási irányokat testesítse meg. Az itt tartott előadások részben rögzíteni hivatottak az addig elért eredményeket, de be kell mutatni azokat fejlődését is. Elő kell segíteniük, hogy az azokon jelen levő fiatal orvosok kötelességüknek tekintsék részvételüket a tudományos és kísérletes medicina fejlesztésében. Bernard-t 1847-ben Magendie helyettesévé nevezik ki a Collège de France-ban. 1849-ben Magendie javaslatára Cl. Bernard magas kitüntetést kap elismerésül a pankreasznedvvel folytatott kísérleteiért. 1855-ben, Magendie halála után III. Napoleon Claude Bernard-t nevezi ki utódnak.

Magendie műveinek bibliográfiáját a hálás tanítvány, Bernard állította össze.

Magendie főbb művei:

1809-ben megjelent egy nagyobb áttekintő munkája az élő szervezetben észlelhető elváltozásokról: „*Quelques idées générales sur les phénomènes particuliers aux corps vivants*” címen. Kétkötetes fiziológiai összefoglaló munkája: „*Précis élémentaire de physiologie*”, melynek első kiadása 1816-ban, második 1825-ben jelent meg (*l. ábra*). (A címlapról leolvasható, hogy már 1825-ben milyen külföldi megbecsülés övezte Magendie munkásságát.) 1820-ban lefordították németre és minden újabb kiadása német fordításban is hozzáfér-

hető volt. 1818-ban olaszul Nápolyban, 1828-ban Edinburgh-ban angolul látott napvilágot. 1818-ban jelent meg egy munkája a vesehomokról (gravelle), 4 év után ezt is lefordították németre. Egy igen fontos farmakológiai munkája a strychninnel, morfiummal, kéksavval, nux vomicaival, veratrinál, kininalkaloidákkal és jódvegyületekkel foglalkozik. Ez a munka 1821-ben első és 1829-ben már a hatodik kiadásban jelent meg. Ezt 2 év után szintén lefordították németre, és 1836-ban a hatodik kiadás német fordítása is megjelent. 1821-ben megalapította Párizsban a *Journal de physiol. expérimentale c. folyóiratot*, ennek 3. kötetében 1823-ban jelent meg „*Expériences sur les fonctions des racines des nerfs qui naissent de la moëlle épinière*” c. munkája.

1831-ben az első nagy kolerajárványt Angliában élte át és tapasztalatait már 1832-ben közzétette. Néhány év elteltével Lipcsében ez is kapható volt.

François Magendie 1855. október 7-én Párizs mellett hunyt el, 72 esztendőskorában. Hogy milyen arányokban lendítette fel a kísérletezést, azt nemcsak nagy tanítványa, Cl. Bernard és annak iskolája mutatja, hanem a korabeli medicina állapota is, amelyből teljesítménye kiemelkedett. J. Ch. Reil, a kiváló német anatómus és klinikus a 18. sz. alkonyán joggal állapíthatta meg, hogy a fiziológia *fejlődésben elmaradt* „és nem áll egyébből, mint egy halmaz alaptalan, sőt teljesen oktalan hipotézis.” Magendie hatalmas munkássága hozzájárult ahhoz, hogy ez az elmaradottság a fiziológiában megszűnjék. A kétszáz éve született tudós valóban forradalmi átalakulás kezdeményezője volt az orvostudományban.

Kenéz János dr.

Talmud-tradíciók magyarul

Több mint 40 éve jelent meg Magyarországon *Luzsenszky Alfonz* fordításában és kiadásában „A Talmud magyarul”.

Az a könyv, melynek eredetijét tíz pápa tette indexre és amelynek kinyomtatását már a tridenti zsinat is megtiltotta. Mint ismert, *Juda* rabbi i. u. 150-ben állított össze egy munkát *Misna* címmel, melyet később Palesztina és Babylon iskoláiban különböző magyarázatokkal bővítették, s ezekkel együttesen *Gemara* néven vált ismertté, de gyakran a Misnával együtt és magában is Talmud nevezet alatt idézték, mint a zsidó hit- és erkölcsstan könyvét.

Az ún. kommentár-fóliáns, amelyet i. u. 230 körül Palesztinában állítottak össze, képezte a Jeruzsálemi Talmudot, míg a Babylonban összeállított Gemarák saját Misnáikkal együtt alkották a Babyloni Talmudot. A talmudi traktátusok nagy száma és a tárgyalási mód rendszertelensége szükségessé tette egy compendium megírását, amelyet

Jizchak ben Jakob *Alphasi* 1032-ben adott ki „*Halakhoth*” (Konstrukciók) címmel.

Mózes ben *Maimon*, aki a mór királyok és az egyiptomi kalifa udvarában dolgozott 1180-ban becsájtotta közre a „*Misne Tóra*”-t („A Törvény ismételése”), amely „*Jad chasak*” („Erős kéz”) címen ismeretes és 14 könyvében a Talmud egész anyagát felöleli. „Talmudi anyagot foglal össze, de elszakad a Talmud arám nyelvétől. Klasszikus héber-séggel fogalmaz. Ez a középkor legtisztább héber prózája. Írói célkitűzése és kényessége tudatos...” — írta róla *Scheiber* Sándor.

Mózes ben Maimont egyik kollegája „*Az orvosi tudomány phönixének*” nevezte. A megélhetési gondok miatt orvosi gyakorlatot folytató tudós azt tanította, hogy: „aki betegségben nem tudományosan képzett orvosra, hanem csak afféle praktikus kuruzslóra bízta magát, az úgy tesz, mint aki vihar idején rozoga hajóval nyílt tengerre indul; néha célt ér, de többnyire vesztét leli”.

„Az a hagyomány, mely a zsidóság legbölcsebb fejedelmét Salamont az első nagy orvosi könyv megírójának tartja, a Talmud Sanhedrin részének az a meghagyása, hogy jóra való zsidó ember oly városokban ne telepedjék meg, melyekben orvos nincsen: azt bizonyítja, hogy a zsidó népben és zsidó vallásban egyaránt nagy volt az orvosi foglalkozás és tudás megbecsülése.” — írta 1901-ben Dr. Schächter Miksa. Lássuk mennyiben támasztja ezt alá a magyar nyelvű Talmud! Az Exodus 17. No. 24. Deuter. 35. rész kitétele így szól: „A legjobb orvos a pokolba való, s a legjobb mészáros Amalek barátja”. De a nyomaték kedvéért a *Bába kamma* c. fejezetben így szól az Írás: „A tanítók, mészárosok, fürdősök, sebészek, városi írások és ványolók olyanoknak tekintendők, akiktől *óvakodni* kell, és ha kárt okoznak, minden további nélkül el lehet őket bocsájtani, mert az általuk okozott kárt nem lehet jóvá tenni”.

A gyógyítás alapelve tekintetében érdekes gondolatot találhatunk a *Berakhoth* (Áldások könyve) c. fejezetben: „Ha valaki megbetegszik, akkor ezt ne tudassa az első napon, hogy szerencsecsillaga ne legyen veszélyben”. Sajátságos a következő tanács is: „Ne igyál semmi orvosságot, ne húzasd ki a fogad”. Az orvosok tevékenységét a *Pesachim* (Húsvét) c. fejezet így határozza be: „Mindenkit lehet gyógyítani, kivéve a bálványimádókat, a fajtalanokat és vérontókat”. A betegségek sokféleségét a *Bába kamma* így definiálja: „Betegség alatt az epét érteni, mégpedig azért, mert az 83 betegségnek van kitéve: a „betegség” szó ugyanis ezt a számot adja”. Az általános tudománytörténeti ismeretek tanúságai szerint fejletlenek voltak mondhatók az egyes „ragálymegelőző” intézkedések, a Talmud viszont meglehetősen különös módon definiálja: „Ha kutyák nyúzsógnak, akkor a halál anyyala érkezett a városba; ha a kutyák vígan vannak, akkor *Elijahu* (Illés próféta) érkezett a városba, vagy nőstény kutya van közöttük.”

A *Taanith* (Böjtnap) című részben az ó- és középkor elterjedt betegségének a pestisnek különleges meghatározását találjuk: „Ha egy városból, mely 500 férfi lakost számlál, 3 nap alatt egymás után 3 halottat visznek ki, az *pestisnek* tekintendő, ha kevesebbet, akkor az nem pestis”. Az *Erubin* (Keverések) című rész „szavatos” járványvédelmi meghatározást ad lepra esetén: „Ha valaki kiütéses (bélpoklos) házához megy s a ruháit a vállán, saruját és gyűrűit pedig kezében tartja, akkor Ő és azok a tárgyak azonnal tisztátalanná lesznek; *ha azonban mindezeket magán viseli, akkor csak Ő maga lesz tisztátalan, de holmijai nem*”. Különleges kezelési mód is ismert: „A rossz asszony a férfi bélpoklossága; az ember kergesse ki a házból, s akkor meggyógyul a bélpoklosságtól”. Egyébiránt a zsidó vallás elveinek megfelelően meglehetősen lekicsinyülő vélemények hangzanak el a női nemet illetően: *Semuel* rabbi mondja (Isa. 54, 5): „Az asszony egy *alaktalan csomó*, s azzal köt szövetséget, aki belőle kész eszközt csinál, mert az mondatik: A te férjed a te teremőd”. Azonban ez még mindig hízelgőbb, mint a Sabbath-ban leírt kitétel, mely szerint: „Az asszony egy *zsák*, amely tele van

szennyel, nyílása csupa vér és mégis mindenki fut utána”. Mindezek ellenére viszont a menstruáló, valamint a különböző vérszavarokban szenvedő nők *tisztasági szabályait igen részletesen* tárgyalja az eredeti Talmud, viszont a Lukszénszky-féle fordításból e részek sok más egyébvel együtt kimaradtak.

Egy elvülhetetlen kérdéssel, a *masturbációval* foglalkozik a *Jabmuth* (Sógorházasság) c. fejezet: *Bebaj* rabbi mondja: „Háromféle nőnek szabad... (sic!) vattával végezni, a kiskorúnak, a terhesnek és szoptatósna; ... a többi rendes módon végezze, mert az Úr az egyszerűek (együgyűek) őrzője. Figyelemre méltóak viszont a magyar fordítás empirikus-eugenetikai vonatkozásai: „Egy magas ember ne vegyen el egy magas nőt, mert valami ár-bócot találnak nemzeni; törpe ember ne vegyen el törpe nőt, mert valami hüvelyket találnak nemzeni...” „Ha valaki nőszülni akar, meg kell vizsgálnia a nő *fiútestvéreit is*, mert a fiúk legtöbbször az *asszony fiútestvéreire hasonlítanak*”.

Színvonalához mérten a Talmud alaposan tárgyalja a korabeli *neonatólogia* alapkérdéseit is: „Ha egy gyermek nem szopik, akkor vegyen az ember egy edényt szénnel, tegye azt a szája mellé, amíg felmelegszik. Ha a gyermek nem lélegzik, akkor rostába kell tenni és megrázni; ha nem akar hangot adni, akkor meg kell kenni *placentával*...” Sajnos az újszülöttekkel kapcsolatban sem tud mentesülni az írás nőkről alkotott véleményétől: „Az asszonyi tej tisztátalanná tesz még akkor is, ha akaratlanul csöppen valamire”.

A kor gyógyszerzetének jellegzetességeit vountatja fel a *Talmud*. Betegségek esetén előszerezettettel rendel datolyát, liliomot, fokhagymát, köményt, rutát, repkényt, cédrust, de pásztortáska gyökerét, állati testrészeket, valamint varázsigéket is. Érdekes a bűvös számok (7; 5) jelentőségébe vetett hit is. Pl. a *Sabbath*-ban az alábbi receptet találhatjuk: „Harmadnapos láz ellen vegyen az ember 7 ágacskát, 7 datolyapálmárról, 7 forgácsot 7 tuskóról, 7 éket 7 hídról, 7 db. szenet 7 kályhából, 7 rögöt 7 földesládából, 7 szurokdarabot 7 hajóról, 7 szórt 7 vén kutyáról és kösse a nyakára egy hajfonattal”. Az 5-ös szám is előszerezettettel kerül a receptek közé: „Mire használják a pásztortáska gyökerét? Ha az ember nyitva állt vizet ivott, amelyből egy mérges-kigyó is ihatott. Ha ezt nem, akkor vegyen az ember 5 liliomot és 5 pohár méhsört, főzze össze és igya meg”.

A kor többi népeinek gyógyító kultúrájában is gyakran fellelhetők a különböző állatok, állati testrészek és állati eredetű szerek használata, s a Talmud sem tér el e hagyományoktól: „A *tücsök* nagyon jó *fülzúgás* ellen (zaj — zaj ellen — a szerző megj.), az élő *róka foga álomkórság* ellen (*éjjeli ragadozó — a szerző megj.*), a *döglött róka foga álmatlanság* ellen (örökre elaludt? — a szerző kérdése). Érdekesség számba mehet a kígyómarás terápiaja is — bár hatása felettlőbb kétséges: „Ha valakit kígyó harapott meg, vegye egy nőstény számár embrióját, aprítsa föl és tegye a sebre.” A sárgaság ellen jó a sáska, vagy apró madarak marása, de a betegét vagy fürdőszobájában kell vele be-

kenni, vagy a kályha és a fal közé állítani. Jó továbbá a fiatal szamar vére is, amit a beteg leborotvált fejére kell tenni”.

A sokféle, de hatásában egyaránt vitatható gyógymódokat lezárhatja a Talmudnak az az állásfoglalása, mely szerint, ha kétséges, hogy a beteg életben marad, nem szabad őt idegen orvosra bízni, ha azonban bizonyos, hogy meg kell halnia, akkor szabad. Azonban, ha meg kell is halnia — úgymond — felmerül, vajon élhet-e még egy rövid ideig? A

Talmud ugyanis, a rövid ideig tartó életet csak esetleges életnek tartja.

Egri Borisz dr.

IRODALOM: 1. *Ackèrknecht, E. H.:* Geschichte der Medizin, Enke Verlag Stuttgart, 1979; — 2. A Talmud magyarul. Fordította és kiadja Luzsénszky Alfonz, Budapest, 1942. — 3. *Graves, R.—Patai R.:* Héber mitoszok, Gondolat, Budapest, 1969. — 4. *Dr. Schächter Miksa:* Zsidó orvosokról, Budapest, 1901. — 5. *Scheiber Sándor:* A Májmoni-kódex, Magyar Hírlap, 1980, 13. évf. 302. sz. dec. 25. — 6. A Szent Biblia. Fordította Károli Gáspár, XXIII. kiadás, Pesten 1837.

VINCRISTIN injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg 0,5 mg liofilizált vincristin sulf.-ot; az oldószerampulla 10 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Gyermekek és felnőttkori akut leukaemia, lymphogranulomatosis, Wilms-tumor. Bármely solid tumor kombinált kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Csontvelő-elégtelenség, idegrendszeri megbetegedések.

ADAGOLÁS: Az üveg liofilizált hatóanyagát az oldószerampulla tartalmával feloldjuk. Az így elkészített oldat 1 ml-enként 0,05 mg hatóanyagot tartalmaz. A Vincristin frissen elkészítve intravénásan injekció vagy infúzió formájában hetenként egy alkalommal alkalmazható. Az adag nagyságát a beteg testsúlyának és egyéni tűrőképességének figyelembevételével kell meghatározni.

Felnőtteknek: akut leukaemia gyógykezelésére testsúlykilogrammonként 0,05–0,10 mg adható hetenként.

Gyermekeknek: célszerű az adagot a testfelszínre számítani, amely a kezdeti 4–6 hetes kezelés folyamán testfelszín-négyzetméterenként és hetenként 1,5 mg. Fenntartó kezelés esetén testfelszín-négyzetméterenként 1 mg adható hetenként mind akut leukaemiában, mind egyéb malignus tumorokban.

Egyéb megbetegedésekben: az egyéni tűrőképesség megszemenő figyelembevételével általában a következő adagok adhatók:

első héten: 0,025 mg/testsúlykg,

második héten: 0,05 mg/testsúlykg,

harmadik héten: 0,1 mg/testsúlykg,

negyedik héten: 0,125 mg/testsúlykg,

továbbiakban

hetenként max. 0,15 mg/testsúlykg.

Miután a remissio kialakult, fenntartó adagként testsúlykilogrammonként 0,025–0,05 mg adható hetenként.

KOMBINÁCIÓS TERAPIA: Egyéb cytostaticumokkal együtt jól adható.

MELLÉKHATÁSOK: Alopecia, obstipatio, álmatlanság, paraesthesia, ataxia, izomgyengeség, idegfájdalmak, leukopenia, láz.

FIGYELMEZTETÉS: A kezelés előtt már fennálló granulocytopenia, illetve thrombocytopenia nem kontraindikálja a Vincristin-kezelést; ilyenkor azonban fokozott körültekintésre van szükség. Abban az esetben, ha a fehérvérsejt-

szám 2000 alatt van, a dózist felére kell csökkenteni, míg 1000 alatti fehérvérsejtszám esetén a kezelés nem ajánlható. A paravénásan adott injekció fájdalmas localis reakciót okozhat. Vincristin-kezelés után akut urikaemiás nephropathia léphet fel, ezért a szérum húgysavszint ellenőrzése, megfelelő folyadékmennyiség bevitel, illetve a vizeletürítés biztosítása szükséges. A vérképet rendszeresen — de legalább minden injekció beadása előtt — ellenőrizni kell. Láz esetén a kezelést meg kell szakítani.

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

CSOMAGOLÁS: 25 × 0,5 mg + 25 × 10 ml oldószer

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH
1335

FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleinicum tablettánként.

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

ELLENJAVALLATOK

Felülleg 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-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

- altatókkal, nyugtatókkal, trankvillánsokkal, anticholinergikumokkal (hatásuk fokozódhat),
- triciklikus antidepresszívumokkal (anticholinerg hatás fokozódhat, együttes adások glaucomás betegekben 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



Szülészet és nőgyógyászat

Az EPH gestosis új klinikai aspektusa. Gille, J. (Universitäts-Frauenklinik, Würzburg): Med. Klin. 1982, 77, 644.

A terhesség utolsó trimeszterében kialakuló, majd a gyermekágyban normalizálódó hypertonia etiológiája pontosan még ma sem ismert. Proteinúriával és oedemával szövődve az EPH gestosis elnevezést kapta.

A gestosis diagnózisához a hypertonia és/vagy a proteinuria fennállása mindig elengedhetetlen. Az oedema egymagában nem körjelző. Hypertóniának a 140/90 Hgmm feletti értéket, proteinuriának pedig a napi 0,3 g-ot meghaladó fehérjeürítést kell tekinteni. Együttes jelentkezésük az intrauterin fejlődő magzatra fokozottabb veszélyt jelent.

A gestosisok gyakorisága irodalmi adatok alapján az 1950–71. közötti időszakban 9,4%-ról 6,1%-ra csökkent. Egy 1979. évi közlés szerint 7,31%. A gestosisok 5,1%-a jár eclamsziával. A perinatális mortalitás 2,46–13,1% között mozog. Az utóbbi években a lényeges haladás nem a kezelésben, hanem a gestosis-hajlam időben történő felismerésében történt. Erre szolgálnak a különböző gestosis-előrejelző tesztek (artériás középnyomás vizsgálata a második trimeszterben; „roll-over teszt”; angiotensin-II. érzékenység vizsgálata; szérumsav koncentráció mérése). Az irodalmi adatok alapján pl. a „roll-over teszt” pozitívítása esetén 49–94%-ban kell később gestosis kialakulásával számolni.

Kezelésre 140/90 Hgmm feletti vérnyomásérték és/vagy proteinuria fennállása esetén van szükség. Első lépés az azonnali nyugalomba helyezés, mely önmagában az uterinus vérellátást kb. 30%-kal javítja. Ha így a diastolés érték nem csökken 90 Hgmm alá, antihypertenzív szerek adása szükséges (methyldopa, dihydralazin, béta-receptor blokkolók, reserpin). A diazoxidot és a clonidint csak a magzat állandó szigorú ellenőrzése mellett szabad adni, nehogy a hirtelen vérnyomáscsökkenés intrauterin elhalást okozzon. A 100 Hgmm feletti diastolés vérnyomás minden esetben intenzív kezelést igényel. A diétás előírások háttérbe szorultak, bár a napi 3 g-os konyhasó adagot nem ajánlatos túllépni.

Diuretikumok adása tilos. Közismert, hogy gestosisban haemokoncentráció áll fenn, a nátrium-kálium szint további csökkenése miatt emelkedik a plazma renin-szint, ami egy bizonyos határ felett vérnyomásemelő mechanizmusokat

léptet működésbe. A plazmaex-panderek és a humán albumin adása jó hatású, csökkentik az artériás középnyomást és fokozzák a diurézist. Fenyegető eclampsia esetén magnéziumszulfát vagy clomethiazol adása ajánlatos.

A terhesség befejezése többnyire megoldja a problémákat, a gyermekágyban eclampsia ritkán lép fel. A terhesség időben történő befejezéséhez a legtöbb segítséget két vizsgálati módszertől várhatunk: az ultrahangvizsgálattól, mely a magzat fejlettségéről ad felvilágosítást; és a kardiokardiográfiától, mely a magzat intrauterin állapotának ellenőrzésére jelenleg az egyetlen megbízható módszernek tekinthető.

Mosonyi Tamás dr.

Magzati rendellenességek szűrése ultrahanggal és az anyai szérumsav AFP mérésével. Persson, P. H. és mtsai (University of Lund, Malmö Allmänna Sjukhus, Malmö): Br. Med. J. 1983, 286, 747.

A szerzők a rutin terhességi ultrahangvizsgálat és az anyai szérumsav AFP-szint mérésének hatékonyságát hasonlították össze a velőcsőzáródási rendellenességek és az omphalocele prenatalis szűrésében. A vizsgált populáció az említett fejlődési rendellenességek szempontjából alacsony kockázatúnak tekinthető, mivel Svédországban az anencephalia és a spina bifida születéskori gyakorisága 0,7 ezrelék.

Kizárólag rutin terhességi ultrahangvizsgálat segítségével 10 rendellenességből négyet sikerült felderíteniük, az emelkedett anyai szérumsav AFP-szint önmagában hét rendellenességre hívta fel a figyelmet, míg a két módszert együttesen alkalmazva a hatások 80%-ra emelkedett. Az AFP szűrés előtt elvégzett rutin szülészeti ultrahangvizsgálat — amellett, hogy a durvább rendellenességek (pl. anencephalia) felismerésére önmagában is alkalmas — azért is fontos, mert a terhességi kor pontosításával elkerülhetők a terminus elszámolásból adódó álpozitív eredmények, így csökkenthető a szűrésben részt vevők pszichés terhelése. Nagy felbontó képességű készülékkel történő részletes magzati ultrahangvizsgálatokat csak emelkedett szérumsav AFP-szint mellett végeznek, ezáltal viszont jelentősen csökkenthető az amniocentesisek aránya. Véleményük szerint a velőcsőzáródási zavarok szűrésében az ultrahang vizsgálat kombinált szérumsav AFP szűrés adja a legjobb eredményt.

(Ref.: Az irodalomban vita tárgyát képezi, hogy a két módszer közül melyik alkalmazható hatékonyabban a velőcsőzáródási rendellenességek szűrésére. Kétségtelen, hogy a nagy felbontó képességű készülékekkel végzett vizsgálatok határfoka eléri, sőt meg is haladhatja a szérumsav AFP szűrés határfokát. Az ultrahang emellett számos más, AFP vizsgálattal fel nem deríthető magzati rendellenesség kimutatására is alkalmas. Az ehhez szükséges rendkívül költséges készülékek beszerzése, valamint a megfelelő szakember gárda kiképzése azonban még a leggazdagabb országokban is nehézségekbe ütközik. A rutin szülészeti ultrahangvizsgálatok feltételei viszont lényegesen könnyebben megteremthetők, így az ezzel kombinált szérumsav AFP szűrés látszik jelenleg hazánkban is a járható útnak.)

Gardó Sándor dr.

Emelkedett anyai szérumsav alfa-fetoprotein-szinttel járó lepényi elváltozások a második trimeszterben. Perkes, E. A. és mtsai (Department of Radiology, University Hospital, State University of New York): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 144, 935.

Az anyai szérumsav alfa-fetoprotein (AFP)-szint meghatározása a második trimeszterben hatékony szűrő-módszer a velőcsőzáródási rendellenességek felderítésére. Az emelkedett értékek hátterében azonban nemcsak a velőcsőzáródási zavarok, hanem egész sor más magzati patológiás állapot (omphalocele, congenitalis nephrosis, fenyegető magzati elhalás) állhatnak, de előfordulhat egészséges terhességekben is (pl. ikerterhesség). Sok esetben nem tisztázható a magasabb AFP-koncentráció oka.

A szerzők 121 terhesben végeztek részletes magzati ultrahangvizsgálatokat ismételt emelkedett szérumsav AFP-értékek miatt a gestatio 17–22. hetében. Nyitott spina bifidát két esetben, magzati elhalást ugyancsak két esetben, míg ikerterhességet kilenc esetben diagnosztizáltak. A fennmaradó terheseknek 18,5%-ában észleltek — egyébként normális magzati sonogram mellett — a lepényben jól körülrít, cystikus üreget. Hasonló elváltozások a kontroll csoport terheseinek csupán 2,3%-ában fordultak elő. Az intraplacentaris cysták minden bizonnyal vascularis eredetűek és vérrrel telítettek. Feltételezik, hogy ezeken át a magzati vér könnyebben átjuthat az anyai keringésbe és ez okozza a szérumsav AFP-szint növekedését. Nincs kizárva, hogy az észlelt elváltozások a lepényi elégtelenség korai jelei és ez magyarázná azt az összefüggést, amelyet az emelkedett szérumsav AFP-szint és az intrauterin magzati retardatio között korábban már többen megfigyeltek.

Gardó Sándor dr.

Az alfa-fetoprotein-szint ingadozása az anyai szérumban. Houghton, D. J. és mtsai (Department of Reproductive Physiology, St. Bartholomew's Hospital Medical College, London): Br. J. Obstet. Gynaecol. 1983, 90, 235.

A szerzők harmadik trimeszterben lévő terhesek szérumban AFP-szintjét vizsgálták óránként, 24 órás perióduson keresztül. Eredményeik szerint az AFP-koncentráció az anyai szérumban rövid időn belül is jelentős ($\pm 20\%$) ingadozást mutat. Az egyszeri meghatározás tehát nem tükrözi feltétlenül a valódi AFP-szintet, annak pontos megállapításához legalább három-négy egymást követő vérminta vizsgálatára lenne szükség. Fentiek alapján érthetővé válik, hogy az enyhén emelkedett AFP-szintet követő ismételt vizsgálat során az esetek jelentős részében miért kapunk normális értékeket. *Gardó Sándor dr.*

A puerperális laktáció megakadályozásában: bromocriptin vagy metergolin? Scapin, F és mtsai. (Istituto Regina Elena, Milano, Olaszország): Eur. J. Clin. Pharmacol. 1982, 22, 181.

Hypophyseális prolactin szekréció hiányában nincs gyermekágyi tejelválasztás. A legtöbb irodalmi adat szerint a prolactin elválasztás tónusos hypothalamikus gátlás alatt áll, a hatást a dopamin fejt ki. Ugyanakkor arra is vannak adatok, hogy a serotonin fokozza a prolactin szekréciót. A szerzők két, széles körben használt laktációt gátló anyag, a dopaminerg bromocriptin és az antiserotoninerg metergolin hatását hasonlították össze.

A vizsgálatban 40 gyermekágyas vett részt, akik személyes okból nem kívánták szoptatni újszülöttjüket. Mindannyian előző gyermeküket több-kevesebb ideig szoptatták. A vizsgálat 8–32 órával a vaginális szülés után kezdődött, reggel 8-kor. A résztvevők randomizáltan kerültek a bromocriptin (2,5 mg/die) vagy a metergolin (4 mg/die) csoportba. A kezelést mindkét csoportban 7 napig tartott, de ha ez idő után még lehetett észlelni az emlőaktivitás valamely tünetét, akkor a kezelést azok teljes elmúlta után még 72 óráig folytatták. Az uterus involutio érdekében az aszszonyok a szülés után 7 napon keresztül 0,2 mg ergometrint kaptak, más gyógyszert nem szedtek.

A metergolin csoportban 20-ból 16 esetben (80%) 7 nap alatt megszűntek az emlőaktivitás jelei. A többieket még 3–14 napig kellett kezelni. A bromocriptin csoportban csak 7 anyánál szűntek meg az első 7 napon az emlőaktivitás tünetei (35%). A többieket még 3–14 napig kellett kezelni. A két csoportot tekintve az első 7 nap eredménye közti különbség szignifikáns. A kezelés megkezdésétől számítva az

emlőaktivitás tüneteinek megszűntetéséhez átlagosan a metergolin csoportban 8,2 nap, a bromocriptin csoportban 11,3 nap kellett.

A két csoport összetételében semmilyen fiziológiai paraméter tekintve sem volt jelentős eltérés. A szerzők a két drog farmakológiai-egyenlőnek ítélt dózist a szérumban prolactin szint csökkentő hatásuk alapján irodalmi adatok után választották meg. A szerzők a kapott eredmény alapján kézenfekvőnek tartják a következtetést, miszerint a két vizsgált anyag más-más mechanizmussal hat, nem zárva ki ugyanakkor annak a lehetőségét sem, hogy az alkalmazott dózisok mégsem egyenlők.

Dohanics János dr.

A terhességi akut lipid-hepatosis. Martinov, K. A., Farber, N. A. („Ivanovszkij” Víruskutató Intézet): Akusersztvo i ginekologia, 1982, (3), 6.

A terhességi akut lipid-hepatosis ritka, súlyos, nem eléggé tanulmányozott betegség, melynek anyai letalitása 80–85%. Az első közlés 1940-ben történt.

A szerzők 1969–80 között 15 beteget kezeltek zsírmájjal (valamennyi icterusos terhes 1,91%-a). Tapasztalataik alapján foglalkoznak az etiopatogenezissel, a klinikai képpel és a gyógykezelés kérdéseivel. Valamennyi beteg vírushepatitis feltételezett diagnózissal került fertőző osztályra. Valamennyiüket kezelték a terhesség második felének elején enyhe terhességi toxemiával.

A 16 magzat közül 5 antenatalisan, 2 intranatalisan elhalt (4 magzatban zsírmájat észleltek). A betegség *etiológiája* nem tisztázott. A korábbi feltételezésekkel (klóroform, tetraciklin, klóramfenikol) szemben a szerzők a feto-maternális rendszer immunreakcióinak zavarában látják az okot. Ezt támasztja alá, hogy a betegség mindig a 32–35. terhességi héten kezdődik. A *patogenezisre* jellemző a máj egészére kiterjedő zsíros elváltozás, a máj parenchyma nekrozisának jelei nélkül. Feltételezik, hogy a zsíryanagycsere felborulása másodlagos a fehéranyagcsere zavarához képest. *Klinikai lefolyás:* a betegség első stádiumára (icterus előtti) jellemző a gyengeség, émelygés, bőrvizketés, valamint az EPH-gestosis tünetei. Legjellegzetesebb az egyre fokozódó és semmiféle gyógyszerrel nem befolyásolható gyomorégés. A második stádiumban (icterusos) az eddigiekhez élénk sárga bőrtakaró (1–2 héttel az első panaszok jelentkezése után), hányás, epigastriális-substernális fájdalom és nyelöcső égés társul. A máj-intoxikáció fokozódik és 1–2 nappal az icterus megjelenése után súlyos májelégtelenség tünetei alakulnak ki a májkómára és prekómára jellemző encephalopathia és öntudatvesztés nélkül. A tudat a

terminális állapotig megmarad. Ez időben — ha eddig a szülést nem indították meg — a szülés spontán megindul, ill. bekövetkezik a magzat intrauterin elhalása (16-ból 6). Ebben a stádiumban a szérumban összefehérje a felére csökken. A betegség kezdetétől megtalálhatók a DIC tünetei. Jellemző a peripartalis fokozott vérzékenység. Az 5 meghalt terhes halálát DIC okozta. A nyelöcső és gyomor számtalan eróziója és fekélye (klinikai megjelenési formája a gyomorégés) a mikrocirkuláció zavaraként értékelendő. A *terápiás* teendők között legfontosabb a gyors és óvatos szülemegoldás (amniotomia, oxytocin infúzió, forceps, sectio caes.), aminosav tartalmú infúziók adása, friss vér transfúziója, dezintoxikáció.

Orosz András dr.

Krónikus salpingoophoritisisek beteg fizioterápiával és levamisollal kiegészített komplex kezelése. Geraszimovics, G. I., Pereszada, O. A. (Minszki Orvostudományi Egyetem): Akusersztvo i ginekologia, 1982, (4), 31.

A szerzők 89 krónikus salpingoophoritisisek (főleg adhaesiók a kismencedében) exacerbatio esetén vizsgálták az aspecifikus immunológiai reaktivitást. 39 beteg a korábban is szokásos komplex kezelésben részesült (szérumkezelés, aloe, lidase, vitaminok, autohaemoterápia, cink és réz elektroforézis stb.), míg 50 beteg ezeken kívül ultrahang és levamisol alkalmazásával kezelték (levamisolum 150 mg/die dózisban másnaponta 12 alkalommal, ultrahang tízszer, másnaponta). A második betegcsoport immunológiai reaktivitása már a kezelés elején a normalizálódás tendenciáját mutatta. A betegek általános állapota, nőgyógyászati státusza lényegesen gyorsabban javult, mint az első betegcsoportban. A kórházban töltött napok száma jelentősen megrövidült az első betegcsoporthoz képest. Az aspecifikus immunitás fokozását elősegítő ultrahang és levamisol alkalmazásával az ismételt exacerbatiók száma gyakorlatilag nulla csökkent. *Orosz András dr.*

A tubasterilizálás új módszere. Jahvjajevna — Urunova, M. H. (Taskenti Orvostudományi Egyetem): Akusersztvo i ginekologia, 1982, (11), 25.

A Madlener szerinti tubasterilizálás nem mindig hatásos. A szerző az általa ajánlott sterilizálási műtétet először állatkísérletek során, majd 20 ivarérett korú nőn végezte el. Az utánvizsgálatokkal (metrorosalpingographia, vasographia, graviditás) a módszert megbízhatónak, mellékhatásoktól mentesnek találta. Az eljárás előnye, hogy az így végzett tubasterilizálás reverzibilis.

A műtét lényege: A tuba ampularis részén a fimbriak végétől 0,5 cm-re proximálisan dohányzacskó varratot helyeznek fel a serosára. Az öltés csomózása közben a tuba lumenébe buktatják a fimbriak szabad végeit. A beavatkozáshoz monolitikus polimer fonalat használnak atraumatikus tűvel.

Orosz András dr.

Aspecifikus immunitást stimuláló szerek alkalmazása krónikus nőgyógyászati gyulladásokban. Zsukova, O. Sz. (Vinnyicai Orvostudományi Egyetem): Akusersztvo i ginekologia, 1982, (11), 47.

Idült nőgyógyászati gyulladásokban a kórokozó szerepe csökken. A patogenezisben a neuro-endocrin- és immunrendszer diszfunkciójának van a legnagyobb jelentősége. A gyulladási folyamat kimenetele a szervezet védekező erőinek állapotától függ. Ilyen megfontolások alapján a gyógyításban helyet kell kapniuk az immunitás aspecifikus tényezőinek.

A szerző a cellularis immunitás stimulációjának lehetőségét tanulmányozta levamisol (Decaris) és B₆-vitamin alkalmazásával.

A hatásosság kiértékelésénél a klinikai állapot ellenőrzése mellett egy sor immunológiai tényező ismételt meghatározását is elvégezte. 20 akut és 73 krónikus adnexitis exacerbatiója miatt hospitalizált beteg vizsgálata alapján összegzi az eredményeket. A krónikus adnexitis fellángolása során talált lymphocyt- és phagocytaktivitás csökkenését az immunrendszer zavaraként értékeli, ami a gyulladási folyamat hatására fejlődött ki. Az exacerbatio bekövetkezésében jelentős szerepet játszik az autoszenzibilizáció. Ezzel magyarázható az a közismert tény, hogy az idült függelékgyulladás antibakteriális kezelése nem elég hatásos és gyakori a recidiva.

A krónikus adnexitis fellángolásának antibakteriális és dezintoxicációs kezelése után a szövődményes és B₆-vitamin kúrát végzett 53 betegen (a 20 kontroll placebót kapott).

A levamisol a T-lymphocyták aktivitását fokozza és regenerálja a „gazda védekező mechanizmusát”, ha az elégtelen, B₆-vitamin deficit esetén csökkent a T-lymphocyták aktivitása és mennyisége.

Az aspecifikus immunitás fokozását elősegítő kezelés hatására a gyulladásos elváltozások és az autoszenzibilizáció jelenségei gyorsabban csökkennek, a betegek előbb láztalanodtak le, gyorsabban normalizálódtak a vér gyulladásos reakciói.

Orosz András dr.

Perforatiót okozó és beágyazódott intrauterin eszközök. Zakin, D., Stern, W. Z., Rosenblatt, R.: JAMA, 1982, 247, 2144.

Az IUD által okozott méh-perforatio lehet teljes vagy részleges. A teljes perforatióval az eszköz a hasüregben van, ahol elhelyezkedhet szabadon (gyakran a Douglasban), ill. a méhhez, adnexumokhoz vagy a hashártyához tapadva, néha a csepleszbe beágyazódva. Ezekben az esetekben a perforatio ténye könnyen megállapítható, és az eszköz eltávolítható laparotomiával, laparoscopiával vagy kolpotomiával.

Részleges perforatióval az IUD a méhfal különböző részeivel és eltérő fokon érintkezhet. Az érintett szakaszok szerint osztályozzuk, ahol 1. a méhür, 2. a myometrium, 3. a hasüreg. Így az 1–2. típusú perforatióval az IUD részben a méhürben, részben a myometriumban van, 2. típusnál csak a myometriumban, 2–3. típusnál a myometriumban és a hasüregben, 3. típusnál a hasüregben (komplett!). 1–2–3. típusról akkor beszélünk, ha az IUD a méhürben-myometriumban-hasüregben helyezkedik el. Az IUD ritkán perforálhatja a környező szerveket is, a rectumot, vékonybelet, coecumot, appendixet és kivételes esetekben a húgyhólyagot. Ezek a komplikált perforatiók alkották a 4. típust.

A méhüregben történt felületes beágyazódás normálisnak tekinthető, mert nem jelent problémát az eltávolításnál. Mély beágyazódásnál, ami csaknem hasonló az 1–2 típusú perforatióhoz, az eltávolításnál nehézségek jelentkezhetnek. A szerzők 3 esetet ismertettek. Egy 2–3. típusú perforatio diagnosztizálási nehézségeit, egy 1–2. típusú perforatio igazolását hystero-graphiával és egy részleges perforatióra emlékeztető mély beágyazódás esetét.

A következő klinikai tüneteknél kell perforatióra gondolni: a jelzőszál eltűnik (1), habár ennek lehet spontán lelékődés, felhúzóds vagy normálisan elhelyezkedő IUD mellett terhesség is az oka. Ha a jelzőszál meghúzásával történő eltávolítási kísérlet eredménytelen vagy a szál elszakad (2) és ha alhasi fájdalommal és vérzetéssel jelentkezik a beteg (3). Ezen esetek eldöntéséhez nyújt segítséget a kismedence röntgenképe, ill. a hystero-graphia. A hystero-graphia az az eljárás, ami kimutatja a teljes perforatiót, a részleges perforatio helyét és típusát, és megállapítja a mély beágyazódást. Terhesség gyanúja esetén ultrasonographia az ajánlott módszer, de ezzel pontos dg.-t nem lehet felállítani, csak azt eldönteni, hogy az IUD a méh üregében van-e még.

Ezen vizsgálóeljárások segítségével határozható meg a leginkább ajánlott eltávolítási módszer, anélkül, hogy a beteget felesleges, rossz szul megválasztott és eredménytelen eltávolítási kísérletekkel terhelnék.

Kusnyerik György dr.

A magzati növekedés késése fenyegető vetélésekben. Mantoni, M., Pedersen, J. F. (Department of Obstetrics and Gynecology, Rigshospitalet, Copenhagen): Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1982, 89, 525.

Fenyegető vetélések miatt végzett ultrahang vizsgálatok során gyakran észlelhető, hogy a magzat nagysága jelentősen elmarad a várttól. Hasonló megfigyelésekről számoltak be diabeteszes anyák korai terhességeiben is.

A szerzők szabályos ciklusú, utolsó menzesük időpontját biztosan tudó, fenyegető vetéléssel kezelt terhesek magzatainak nagyságát (ülőmagasság) hasonlították össze azonos gestációs korú panaszmentes terhesekével. A fenyegető vetéléssel kezelték egyegyedében az ultrahanggal megállapított terhességi kor több mint 5 nappal elmaradt a Naegele szerint számított kortól. Ezeknek a magzatoknak a 25⁰/₀-a a későbbiekben spontán vetélés áldozata lett. Akik viszont kihordták a terhességüket, átlagosan 286 napra születtek, és a magzatok születési súlyának átlaga 3460 g volt. Ezzel szemben azon terhesek, akikben nem volt eltérés a két terhességi kor között, csupán 8⁰/₀-ban vetéltek el a későbbiek során. Terhességük átlagos időtartama viszont csak 273 nap volt, a születési súly pedig 3360 g.

A sikeresen kihordott terhességekben a növekedési lemaradás tehát csak az első trimeszterre vonatkozik, a későbbiekben ez kiegyenlítődik, sőt az átlagnál valamivel nagyobb magzatok születnek. A jelenség oka egyelőre tisztázatlan. Feltételezik, hogy a fenyegető vetélésekben észlelt korai növekedésbeli lemaradás a magzatot ért stresszhatások következménye. Egyébként a szerzők adatai szerint, amennyiben fenyegető vetélés miatt végzett ultrahang vizsgálat során élő magzatot diagnosztizálnak, az esetek 88–90⁰/₀-ában lehet számítani a terhesség sikeres kihordására. A korai növekedési lemaradás rossz prognosztikai jel, ezekben az esetekben lényegesen nagyobb a spontán vetélés bekövetkeztének valószínűsége.

Gardó Sándor dr.

Elülső duplikációs fejlődési rendellenesség (diencephalus diauchenos) prenatalis diagnózisa ultrahang vizsgálattal. Hahmann, K., Issel, E. P., Steinbach, C. (Department of Obstetrics and Gynecology, Martin Luther University Halle-Wittenberg): J. Perinat. Med. 1982, 10, 93.

Egy 29 éves terhes a 32. terhességi héten ultrahang vizsgálatra került ikerterhesség gyanúja miatt. A vizsgálat a magzat részleges duplikációját mutatta két párhuzamos állású fejvel és közös mellüreggel. Az amnionális folyadék csökkent mennyiségű volt és csökkent

kentek a magzati mozgások is. A medence radiogram igazolta az első magzati duplikáció gyanúját és két felső és alsó végtagot mutatott. Az amniotográfia nem volt sikeres, a kontrasztanyag a közös peritonealis üregbe került.

A 36. héten császármetszés történt. A szíami ikrek közös súlya 3210 g., a két magzat független légzőmozgásokat mutatott. Látható volt egy scapula maradvány és egy csőkevényes láb a fartájékon. Két óra múlva a magzatok elhaláloztak. A boncolás igazolta a prenatalis diagnózist.

Duplikációs fejlődési rendellenesség diagnózisa esetén császármetszést javasolnak. Később bizonyos esetekben felmerül a magzatok sebészi szétválasztásának lehetősége. Ha a diagnózis a 24. terhességi hét előtt történik, szóba jön a terhesség megszakítása.

Molnár Dénes dr.

A magzati szív működés frekvenciaváltozásainak szülés előtti analízise abdominális elektrocardiográfia segítségével. Kariniemi, V., Siimes, A., Ammala, P. (Departments of Obstetrics and Gynecology, Helsinki University Central Hospital, Haartmanink. Helsinki): J. Perinat. Med 1982, 10, 114.

80 normál és 554 veszélyeztetett terhesnél vizsgálták a szülés előtt egyes metodikai tényezők befolyásoló szerepét és az eredményesség mérésének mértékét a magzati szív működés frekvenciaváltozásainak (FHRV) analízisére. A magzati szív működés regisztrálása abdominális elvezetésű EKG-val történt. A FHRV analízisének eredményessége függ a terhesség idejétől: a 20–25. hét között és a 40–41. héten 100%-ban eredményes, a 30. terhességi héten a legkevésbé eredményes (50%). Az anya hanyatt fekvő helyzetében és 15 fokos oldalfekvésben a vizsgálat ugyanolyan eredményes volt, míg a 90 fokos oldalfekvés kevésbé kedvező. A FHRV analízise sokkal eredményesebb volt elektrodasztá használata esetén, mint amikor csapvizet alkalmaztak, vagy szárazon használták az elektrodokat. A vizsgálat eredményességét befolyásoló fontos tényező az egyes szív működések közötti intervallumkülönbségek maximális határértékének meghatározása az analízisből való kizárás szempontjából. Csak ugyanazon kizárási határértékek mellett hasonlíthatók össze a variációs mutatók. A vizsgálat időtartama is fontos az analízis szempontjából.

Molnár Dénes dr.

Kávéfogyasztás hatása a terhesség alakulására. Linn, S. és mtsai (Med. Distr. Boston/Mass. USA.): N. Engl. J. Med. 1982, 306, 141.

A kávéfogyasztás az első világháború óta állandóan emelkedik, különösen az utóbbi évtizedekben növekedett erőteljesebb ütemben. Tekintettel arra, hogy számos élvezeti cikk károsan befolyásolja a terhességet, kihat a magzat fejlődésére, nem ártott a kávé, ill. annak fogyasztását alapos ellenőrzés alá venni.

A munkacsoport 12 505 asszony terhességét vizsgálta folyamatosan. A vizsgálatból eredetileg kizárták a cukorbetegség és asztmában szenvedő nőket, ill. azokat is, akiknél a fenti két rendellenesség a terhességük folyamán alakult ki, vagy vált kimutathatóvá.

Tanulmányozták az újszülöttek súlyát, az esetlegesen fellelhető fejlődési rendellenességeket, valamint a terhesség időtartamát, azaz a koraszülöttséget, s megállapítást nyert, hogy a kávéfogyasztás egyik paraméterrel sem hozható összefüggésbe.

Kétségtelen, hogy nem kedvező a kávéfogyasztás, de amit a szerzők nyomatékosan hangsúlyoznak, az az, hogy nem káros.

Nikodemusz István dr.

Haematológia

Allogen csontvelő transzplantáció krónikus granulocytás leukaemia krónikus fázisában. Clift, R. A. és mtsai (Fred Hutchinson Cancer Research Center and the University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington, USA): Lancet, 1982, II, 621.

A krónikus granulocytás leukaemia (CGL) valójában nem tekinthető krónikus betegségnek, miután az átlagos túlélési idő mindössze három évre tehető. A halálok többnyire a myeloblastos transformáció, mely stádiumban a kombinált chemoterápia már rendszerint hatástalan. A CGL blastos, illetve accelerált fázisában korábban is próbálkoztak csontvelő-átültetéssel, azonban tartós remissiót csak 15%-ban sikerült elérni. A szerzők allogen csontvelő transzplantációval próbálkoztak a betegség krónikus fázisában. Tíz beteg esetét ismertetik.

A transzplantáció előtt két napig 60 mg/kg/nap cyclophosphamid-előkezelést alkalmaztak, amelyet teljesest Co-irradiáció követett. Ezt követően került sor a csontvelő átültetésre. A graft-versus-host betegség megelőzésére három beteg cyclosporin-A-t kapott 15,5 mg/kg/nap dózisban 50 napig, majd csökkentett adagban 180 napig. A többi hét beteget iv. methotrexattal kezelték. A transzplantációt öt beteg esetében splenectomia előzte meg. A tíz betegből kilenc volt Philadelphia kromoszóma pozitív, a transzplantációt követően valamennyi beteg Philadelphia kromoszó-

ma negatívvá vált. Négy beteget veszítettek el a transzplantációt követő 100 napon belül, három betegben intersticiális pneumonitis lépett fel, egy betegben pedig a graft-versus-host betegség bizonyult fatálisnak. Hat betegük él a transzplantációt követően 13–37 hónappal klinikai remissióban. Elsősorban a 30 évnél idősebb betegeiket veszítették el, 15 év alatt az eredmények sokkal jobbak. A szerzők reménykeltőnek tartják, hogy a hat életben maradt betegükből a transzplantációt követően egy évvel valamennyi, egy betegük pedig három évvel a transzplantáció után is teljes klinikai, cytogenetikai és haematologiai remissióban van.

Boda Zoltán dr.

Csontvelő transzplantáció CGL krónikus fázisában. Goldman, J. M. és mtsai (Medical Research Council Leukaemia Unit and the Departments of Haematology, Immunology and Radiotherapy, Hammersmith Hospital and Royal Postgraduate Medical School, London): Lancet, 1982, II, 623.

A szerzők 1979-ben két Philadelphia kromoszóma pozitív CGL-es beteget kezeltek csontvelő transzplantációval. A donorok HLA-identikus testvérek voltak. Ezt követően 12 Philadelphia pozitív GGL-es beteget transzplantáltak a betegség krónikus fázisában. Két beteget veszítettek el a transzplantációt követő komplikációk miatt, az életben maradt 12 beteg azonban remissióban van: cytogenetikailag negatívak, a követési idő 97–1112 nap között van. Főleg azon fiatal CGL-es betegek eredményei jók, akik megfelelő donorral rendelkeznek. A transzplantáció sikerét az átültetést követő 8–10. napon növekedő számban megjelent granulocyták és thrombocyták igazolták. Egy beteg (a donor ABO-incompatibilis testvér volt) igényelt transfúziót mintegy 200 napig a transzplantáció után. Akut graft-versus-host betegség nyolc betegben fejlődött ki, általában a transzplantációt követő 12. nap körül. A két halálos szövődés közül az egyik oka akut graft-versus-host betegség és masszív tüdőembólia volt, míg a másik esetben az akut graft-versus-host betegség cytomegalovírus-pneumonissal szövődött. A két korai transzplantált beteg közül az egyik 34, a másik 37 hónappal a transzplantációt követően teljes klinikai és haematologiai remissióban van. A szerzők véleménye szerint a CGL krónikus fázisában a transzplantációs eredmények jobbak, mint az akut leukaemia esetében. A transzplantációt követően a mortalitás 10–20% között van, akik azonban sikerrel átvészelik ezt a periódust, évekig mentesek a leukaemiától, számosan közülük gyógyultnak tekinthetők.

Boda Zoltán dr.

Sikerese allogen csontvelő transzplantáció CGL accelerált fázisában. McGlave, P. B. és mtsai (Departments of Medicine, Pediatrics, Radiation Therapy, and Laboratory Medicine, University of Minnesota Medical Center, Minneapolis, Minnesota, USA): *Lancet*, 1982, II, 625.

A szerzők kilenc betegről számolnak be, akiket a CGL accelerált fázisában allogen csontvelő transzplantációban részesítettek. Valamennyi transzplantáció sikeresnek volt tartható, a leukaemiás sejtek eltűntek. Egy betegben — a transzplantációt követően — a súlyos myelofibrosis és osteosclerosis is megszűnt. Két beteg vesztette el akut graft-versus-host betegséget követő fertőzésben, de a CGL relapsusára utaló jeleket ezen betegekben sem észlelték. Hat betegük nem igényelt transfúziót, normál csontvelői képet mutatott, komplett cytogenetikai, klinikai és haematológiai remissióban volt. Egy betegben észlelték haematológiailag és cytogenetikailag is a CGL relapsusát, ezen betegük jelenleg a betegség krónikus fázisában van.

Boda Zoltán dr.

Autoimmun thrombocytopenia kialakulása allogen csontvelő transzplantációt követően. Minchinton, R. M. és mtsai (Department of Haematology, St Bartholomew's Hospital and Medical College and Department of Haematology, Westminster Hospital Medical School, London): *Lancet*, 1982, II, 627.

Egy 40 éves nőbeteg esetét ismertetik, akin AML-je miatt, annak első remissiójában csontvelő-átültetésre került sor, a donor HLA-compatibilis férfi volt. A beteg seruma a transzplantáció előtt nem tartalmazott thrombocytá-ellenes antitestet. A transzplantációt követő 12., 33. és 45. napon vett serum azonban egy IgM típusú antitestet tartalmazott, amely mind a saját és a donor, mind idegen thrombocytákkal reagált. Nem volt reakció kimutatható a donor granulocytáival, lymphocytáival szemben, így thrombocytá specifikusnak tartható az ellenanyag. Ekkor Sandoglobulin alkalmazására került sor, ezt követően nem tudtak reakciót kimutatni sem a beteg, sem a donor thrombocytáival. A transzplantációt követő 328. napon vett serum ismét IgM típusú thrombocytá ellenes antitestet tartalmazott, amely ismét reagált mind a beteg, mind a donor thrombocytáival, a betegben azonban thrombocytopenia nem alakult ki. A donor thrombocytaszáma normális volt, a serumából azonban egy olyan IgM típusú antitestet tudtak kimutatni, amely mind a saját, mind a beteg thrombocytáival reagált. Ennek alapján a donort komponált stádiumban levő autoimmun

thrombocytopeniás betegnek tekintik.

A szerzők nagy dózisu immunoglobulint sikerrel alkalmaztak ITP-s betegek is. A hatás lényegének a phagocytá-mononuclearis rendszer Fc-receptor blokádját tekintik. Az immun-defektus lényege ITP-ben még ismeretlen. A T-suppressor funkciók gyengeségét említik a szerzők, bár a B-sejt-vel abnormalitásait is leírták, de kevés a biztos adat. Ez az eset azt bizonyítja, hogy az immun-defektus „transzplantálható”, de azt pontosan megmondani, hogy ezért melyik sejt a felelős, még nem tudják.

Boda Zoltán dr.

A myeloma protein kinetikája kemoterápiát követően. McLaughlin, P., R. Alexanian (University of Texas and Tumor Institute, Houston): *Blood*, 1982, 60, 851.

Myelomás betegekben a kemoterápia eredményeként bekövetkező sejtmassza csökkenés a serum myelomaprotein tartalmának csökkenéséből jól megítélhető. A vizelettel ürülő Bence Jones protein (BJP) hasonló körülmények között bekövetkező változásait ez ideig nem vették kellőképpen figyelembe. A szerzők a BJP kemoterápiára bekövetkező változásait vizsgálták 11 év alatt észlelt és kezelt 525 myelomás betegükben. Ezek között 43 olyan beteg találtak, akik BJP-t ürítettek és azt quantitative is vizsgálni lehetett. Megfigyelési idejük legkevesebb 6 hónap volt. Azt tapasztalták, hogy a BJP ürítés változásai alapján betegeiket 3 nagy csoportra lehetett osztani. A responderek csoportjában 2 hónapon belül több mint 50%-kal csökkent, vagy teljesen megszűnt a BJP ürítés. A javuló betegek csoportjában ez a csökkenés nem haladta meg az 50%-ot, a non-responderek BJP ürítése pedig 2 hónapon belül semmit sem változott. A klinikailag terápiá rezisztens esetekre az is jellemző volt, hogy a nehézlánc szintézis a kezelés során inkább fokozódott.

A BJP exkréció mellel nemcsak a szintézis függvénye, hanem a renális katabolizmus is, ezért a BJP ürítés változásai a katabolizmus változásaiból is származhatnak.

Berkessy Sándor dr.

Nehezen felismerhető megaloblasztos anémiák. Spivak, J. L. (Division of Hematology, Dept. of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore): *Arch. Int. Med.* 1982, 142, 2111.

A makrocitás anémia abban az esetben, ha egyéb betegségek nem változtatják meg a tüneteit, könnyen felismerhető az erythrocytá volumen (MCV), ill. a perifériás vér és a csontvelő jellegzetes cytológiai képe alapján. A szerzők 6

olyan beteg esetét ismertetik, akikben különböző komplikáló tényezők megnehezítették a makrocitózis felismerését. Két esetben súlyos vashiány, két esetben thalassémia, 1 esetben súlyos veseelégtelenség, ill. krónikus alkoholizmus eredményezte azt, hogy a típusos makroblasztos anémia legbiztosabb jeleként csak a neutrofil prekursorok közt fellelhető óriás metamielocyták utaltak a folát, ill. B₁₂-vitamin deficienciára. Rámutatnak arra, hogy ilyen esetekben a hematológiai automaták nem jelzik az MCV megnövekedését, ezért a vérkép kvalitatív elemzése nélkül a valódi betegség rejtve marad. A vérkeneteket és a csontvelő elemzésekor azonban a Howell-Jolly testek jelenléte, ill. a perifériás granulocyták hiperszegmentációja többnyire fennáll és diagnosztikus értékű. Külön kiemelésre érdemes az a tény, hogy a maszkírozott makrocitózis anémiában a folát és B₁₂-hiány legjobban a granulocyták sorban manifesztálódik.

Berkessy Sándor dr.

T-sejtes krónikus limfoid leukémia. Aisenberg, A. C. és mtsai (Oncology Unit of Dept. of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston): *Amer. J. Med.* 1982, 72, 695.

A krónikus limfoid leukémia tipikusan a B-limfocytá betegségé, T-sejtes formája Japán kivételével az egész világon igen ritka. A T-sejtes malignus (kután) limfómák viszonylag gyakoribb formái a Sézary szindróma és a mycosis fungoides. A T-sejtes CLL-t képező limfocytá többnyire helper-sejtek. Fénymikroszkóppal gyűrifikált magjuk alapján már felismerhetők lehetnek, a pontos diagnózis felállítása azonban cyto- és immunkémiailag módszerekkel, valamint az elektronmikroszkópos szerkezet alapján, végül a nyirokesomók és a bőr szöveti vizsgálata révén lehetséges. A közleményben egy 74 éves T-sejtes CLL-ben szenvedő nőbeteg esetét ismertetik, akin a kóros sejtek T-sejtes mivoltát a citokémiai és morfológiai vizsgálatok mellett hybridoma antiszérummal mint specifikus monoklonális antitesttel is bizonyítani sikerült. Kezeléseként CHOP polikemoterápiás protokollt alkalmaztak, amire a beteg kezdetben nagy mértékű javulást mutatott, azonban a hamarosan bekövetkező relapsust már nem lehetett uralni. A beteg mindössze nyolc hónapot élt a diagnózis felállítását követően. Hangsúlyozzák a monoklonális antitest-markerek diagnosztikai jelentőségét.

Berkessy Sándor dr.

Az AMSA nevű cytostatikummal szerzett tapasztalatok 109 akut leukémiás felnőtt betegben. Legha, S. S. és mtsai (Dept. of

Developmental Therapeutics, University of Texas System Cancer Center, Houston): Blood, 1982, 60, 484.

AMSA néven került forgalomba 1977-ben egy új cytostatikum a 4'-(9-acridinylamino) methansulfonm-anisidide, amit intravénásan 120–150 mg/m² adagban — 3 hetes szünetekkel — 3 napos kúrákban adagolnak. Hatásosnak találták emlő carcinoma és malignus melanoma kezelésére. Myeloszuppresszív hatása miatt kísérelték meg akut leukémiák és malignus limfómák kezelésére. A szerzők 109 leukémiás (82 AML, 17 ALL, 3 CGL blasztos krízis) beteg kezeléséről számolnak be. Napi 30–40 mg/m² adagot adtak 5 napos sorozatokban, 4 hetes szünetekkel. A 82 AML-es betegből 23 (28%), a 17 ALL-es betegből egy került komplett remisszióba. A remissziók átlagos tartama 12 hónap volt. A szer előnyét abban látják, hogy akkor is alkalmazható, amikor adriamycint, ill. rubomycint már nem kaphat a beteg, vagy ezek cardiotoxicitásuk miatt nem alkalmazhatók. Első szerként is szerepelhet a leukémiák kezelésében cytarabinnal, vincristinnel és prednisonnal (AMSA — OAP protokoll).

Mellékhatásai között a legjelenebbek: hányinger, hányás, stomatitis, phlebitis, alopecia.

Berkessy Sándor dr.

Akut myelosclerosis szerzett sideroblastos anaemiában. Butler, W. és mtsai (Haematol. Onkol. Service, Walter Reed Army Med. Center, Washington): Cancer, 1982, 49, 2497.

Az akut myelosclerosisist Lewis és Szur írták le 1963-ban mint perifériás pancytopeniával, gyors progressziójú csontvelői fibrózissal, megakariocytá prolifrációval, masszív hepatosplenomegáliával járó kórkepet. 1977-ben Yeung és Trowbridge ismertették olyan esetét, amely korábban sideroblastos anaemiában szenvedő betegen alakult ki. A szerzők hasonló esetet ismertettek. A 74 éves férfi anémiájának kivizsgálása során sideroblastos anémiát diagnosztizáltak és folsavval + B₆-vitaminnal kezelték. Másfél évvel később a beteg pancytopeniássá vált, csontvelőt ismételt punkcióval sem tudták aspirálni, ezért kétoldali crista biopsziát végeztek. A csontvelőben atipikus megakariocyták proliferációját és reticulinn szaporulatot találtak. Csak transzfúziókkal kezelték, majd splenectomiát végeztek. A lépszövetben is bizarr megakariocyták sokaságát találták. Úgy vélik, hogy esetükben a sideroblastos anémia volt az akut myelosclerosis „preleukémiás” fázisa. Mint ilyen, esetük a második az irodalomban.

Berkessy Sándor dr.

Masszív pulmonális hemorrágia akut leukémiában. Smith, L. J. és mtsai (Pulmonary Section, Dept. of Medicine, Northwestern University Med. Center, Chicago): Arch. Int. Med. 1982, 142, 2149.

Akut leukémiában elhunytak boncolásakor gyakori lelet a fokális intraalveoláris hemorrágia, amely nem mindig társul pneumóniával és diffúz pulmonális vérzéssel. Az akut leukémiás betegek 2–3%-ában a masszív pulmonális hemorrágia a halál oka. Klinikailag nehézlégzés, láz, hypoxia és bronchopneumoniára jellegzetes rgt-lelet jellemzi. A szerzők 3 masszív pulmonális haemorrhagiában meghalt akut leukémiás betegük tüdőszövetét dolgozták fel, fény-, ill. elektronmikroszkópos módszerekkel. Fénymikroszkóppal extenzív, fokális intraalveoláris vérzés és hyalinmembrán képződés volt jellemző. Elektronmikroszkóppal vizsgálva a kapilláris és az alveoláris endothel, valamint a bazalmembrán megvastagodása volt jellemző. A legtöbb alveoláris kapillárisban thrombusokat lehetett látni. Az alveoláris septumok oedemásak voltak és számos lymphocytát, vvt-t és fibrint találtak az interstitiumban.

A leirtakhoz hasonló diffúz alveoláris károsodás magán az alapbetegségen kívül a gyógyszerek (cyclophosphamid, cytosar, rubomycin) az irradiáció, valamint a szepszis és a terápiás leukocytá transzfúziók is okozhatják. Megelőzése csaknem lehetetlen, de a hemosztázis korrekciójára minden esetben érdemes gondot fordítani.

Berkessy Sándor dr.

Részleges lépembolizáció Gaucher-kórt kísérő hypersplenia kezelésére. R. D. Thanopaulus, C. A. Frimas (Department of Pediatrics and the Pediatric Cardiovascular Laboratory, Nikea General Hospital): J. Pediatrics, 1982, 101, 740.

A splenectomia után kialakuló sepsis komoly kockázatot jelent különösen 5 éves kor alatt és a RES-t érintő betegségek eseteiben (Cooley anaemia, Hodgkin-kór, M. Boeck, histiocytosis, Gaucher-kór). Teljes lépembolizáció után felnőtteken kiábrándító szövödmények léptek fel, mint léptályog, septicaemia, lépruptúra. Embolizáció után fájdalom, mellúri folyadékgyülem és pneumónia jelentkezhet. A részleges lépembolizáció előnye, hogy megmarad a lépszövet egy része, így annak immunfunkciója is, és védettséget biztosít focalis és szisztémás infekciók ellen.

Egy 4 éves Gaucher-kóros gyermekben végeztek a szerzők részleges lépembolizációt. Orrvérzés, lép-megnagyobbodás, leukopenia, thrombocytopenia szerepelt a leletek között. Percutan angiográfiával lokalizálták a katéter helyét és Gelfoam-mal részleges lépembolizációt végeztek (a lép 25%-a infar-

cerálódott). A thrombocytaszám 100 000-re emelkedett, orrvérzése megszűnt és 3 hónappal később készült scan szerint a lép szignifikánsan megkisebbedett. Részleges lépembolizációval sikerült a hyperspleniás tüneteket megszüntetni. A beavatkozást javasolják mert: könnyen kivihető, morbiditása alacsony, megismételhető és a megmaradt lépszövet immunológiai funkcióját megtartja, csökkenti a sepsis veszélyét. Füzesi Kristóf dr.

A krónikus limfocitás leukémia stádiumbeosztása. Baccarani, M. és mtsai (Institute of Hematology, „Lorenzo e Ariosto Seragnoli”, University of Bologna): Blood, 1982, 59, 1191.

Az utóbbi évek klinikai és morfológiai tapasztalatai azt mutatják, hogy a Rai-féle (1975) klinikai stádiumbeosztás nem mindig elegendő a CLL pontos klinikai megítélésére, ezért többen törekednek arra, hogy jobb klinikai és morfológiai beosztást dolgozzanak ki. A szerzők új stádiumbeosztást nem alkotnak, azonban 188 CLL-es beteg Rai szerinti csoportosítását vizsgálták elsősorban prognosztikai szempontok szerint. Arra a következtetésre jutottak, hogy az esetek 50%-át képező első és második csoportba tartozó betegek prognosztikailag nem képeznek egységes csoportot. Nevezetesen a splenomegáliával rendelkező, de alacsony sejtszámú második csoportba tartozó betegek prognózisa épp oly jó, mint a nulla csoportbelieké. Az első és második csoportba tartozó és 40 G/l sejtszám feletti betegek prognózisa viszont hasonlóan rossz, mint a harmadik-negyedik stádiumba tartozóké. Ez azt jelenti, hogy a Rai beosztás szerinti I–II. csoport olyan intermedier csoportot jelent, amelynek prognosztikai megítéléséhez a Rai-féle kritériumok nem elégségesek.

(Az eredeti Rai klasszifikáció a következő: 0-stádium: 15 G/l feletti perifériás ly-szám, 40% feletti csontvelői ly-cytosis; I-stádium: fentiek + nycs. megnagyobbodások; II-stádium: fenti vérkép és csontvelő lelet mellett splenomegalia (esetleg hepatomegalia) nycs. megnagyobbodásokkal vagy anélkül; III-stádium: fenti vérkép és csontvelő lelet mellett a hemoglobin 11 g/dl alatti (hepatosplenomegáliával és nycs. megnagyobbodással vagy anélkül); IV-stádium: vérkép és csontvelői ly-cytosis 100 G/l alatti thrombocytaszámmal — hepatosplenomegáliával, nycs. megnagyobbodással és hemoglobinnal csökkenéssel vagy anélkül).

Berkessy Sándor dr.

Immun thrombocitopenia és terhesség. Cines, D. B. és mtsai (Haematol./Oncol. Section, Dept. of Medicine, University of Pennsylvania

School of Medicine, Philadelphia): New Engl. J. Med. 1982, 306, 826.

Az immun thrombocitopéniát (ITP) IgG típusú antithrombociter antitestek következményének lehet tartani, amely antitestek a placéntán keresztül az anyai keringésből a magzati keringésbe is átterülnek. Thrombocitolitikus hatásukat a magzati thrombocitákra is kifejtik, minek következtében az újszülött súlyos thrombopéniával születik meg. Az anyai vér thrombocita ellenes ellenanyag titere többnyire magasabb a magzaténál. Kifejezett thrombopénia esetén az újszülött súlyosan vérzékeny, bár ez a vérzékenység viszonylag hamar megszűnik. Ha az anya a terhesség alatt nincs remisszióban, a szülés előtti hetekben feltétlen corticosteroid kezelésre szorul, de úgy tűnik, hogy az anya a remisszió ellenére bírhat akkora antitest mennyiséggel, ami az újszülöttnél thrombopéniát idézhet elő, ezért az újszülött érdekében remisszió esetén is hasznos lehet az anya szülés előtti corticosteroid kezelése, ill. a szülés olyképpen történő vezetése, mintha a magzat biztosan thrombopéniás lenne. A kérdéssel kapcsolatban két szülő nő esetét ismertetik részletesen.

Berkessy Sándor dr.

Kemoterápiában részesült leukémiás fiatalok gonádjainak histomorfológiája. Kuhajda, F. P. és mtsai (Dept. of Pathology, The John Hopkins Medical Institutions, Baltimore): Amer. J. Med. 1982, 72, 759.

A szerzők 183 akut leukémiá miatt kezelt és remisszióba került, tartósan túlélő leukémiás gyermek here, illetve ovárium szöveteit vizsgálták kórszövettanilag. Kimutatható volt, hogy fiúkon a germinális sejtek mennyisége jelentősen csökkent, és kifejezett volt a kötőszövet felszaporodása, míg leányokon a germinális sejtek jelentős csökkenést nem mutattak, a primer folliculusok normálisak voltak. A fiúk 25%-ában észlelték a herékben leukémiás sejteket. Az ováriumok infiltrációjáról nem tesznek említést. A gonádalis recidiva veszélye az egyébként teljesen „leukémiamentes” túlélőkön azért ilyen nagy, mert a citostatikumok a vér-gonád barrieren nem tudnak átjutni. Ellentétben a központi idegrendszer sugárkezelésével, a gonádokat nem szokás irradiációban részesíteni, bár meglehet, hogy az igazi gyógyulás érdekében erre szükség volna.

Berkessy Sándor dr.

A primer trombocitémia és akut leukémiá kapcsolata. Geller, S. A., Shapiro, E. (Dept. of Pathology, Mount Sinai School of Medicine, City University, New York): Amer. J. Clin. Pathol. 1982, 77, 353.

A primer trombocitémia 1920-ban *Guglielmo* írta le, egy erithro-leukémiás beteg kapcsán. Ma primer trombocitémian a myeloproliferatív kórképek egyikét értjük, ahol egyéb hematológiai megbetegedés nem áll a trombocitémia hátterében. „Valódi trombocitémianban” Ph¹ kromoszóma nem található, a csontvelői képre igen kifejezett megakariocita szaporulat jellemző. Elssősorban citostatikumokkal kezelt trombocitémia kimene-teleként akut leukémiá fellépését lehet észlelni. A szerzők egy 70 éves trombocitémias nőt beteget tartottak 3 évig megfigyelés alatt, de citostatikus kezelést nem kellett alkalmazniuk. A harmadik évben akut limfoblasztos leukémiá kialakulását észlelték, amely TdT pozitívással járt. Mivel a beteg légzési elégtelenség miatt meghalt, citostatikus kezelésre ekkor sem került sor. Esetük azt bizonyíthatja, hogy a trombocitémia természetes következménye is lehet akut leukémiá kialakulása, s nem bizonyos, hogy citostatikummal kezelt esetekben mindig a citostatikum felelős a leukémiá fellépéséért.

Berkessy Sándor dr.

Hipocelluláris akut leukémiá kezelésével szerzett tapasztalatok. Howe, R. B. és mtsai (Section of Hematology and Medical Oncology, University of Minnesota School of Medicine, Minneapolis): Amer. J. Med. 1982, 72, 391.

A modern citostatikus kemoterápia az akut leukémiák többségében komplett remisszió elérését teszi lehetővé. Az általános tapasztalat szerint a remissziós ráta (és a terápia túlélése!) időskori hipocelluláris leukémiában lényegesen kisebb. Ennek oka — mint feltételezik — a csontvelő csökkent regenerációs képességében rejlik. A szerzők 29 (50 évnél idősebb) hipocelluláris akut leukémiában (azaz hipocelluláris csontvelővel rendelkezőkön) azt tapasztalták, hogy a csontvelői hipocelluláritás ellenére 73%-ban komplett remissziót lehetett elérni teljes dózisú gyógyszereléssel. Betegeik átlagos túlélési ideje 40 hónap volt. Maguk is úgy vélik, hogy az ún. „smoldering” leukémiákban nem szabad agresszív kemoterápiát végezni, ezért a kezelés elkezdése előtt a diagnózist különös gondossággal kell minden esetben felállítani.

Berkessy Sándor dr.

AB0-vércsoport, sarlósejt hajlandóság és vérsavó cholesterolin. Ikpendu, C. Q., Oguike, S. O. (Dept. Biochem. Univ. Nigeria, Nsukka): Clin. Chem. News, 1982, 2, 47.

A szerzők 82 egészséges egyént tanulmányoztak (53 férfi, 29 nő), ezek közül 55-nek normális volt a haemoglobinja, azaz HbAA típusú,

és 27-nek sarlósejtes hajlama volt, a haemoglobinja HbAS volt. A férfiak közül 33, a nők közül 20 rendelkezett HbAA-val. A vizsgált egyének között 21 „A”, újabb 21 „B”, 2 „AB” és 38 „0” típusú volt, az A-típusúak között 6, a B-sek közül 8, s a 0-sok közül 14-nek volt rendellenes haemoglobinja. A vérsavó cholesterolin értékeit tekintve az A típusúaknak magasabb volt az értéke, mint másoknak. Mind a cholesterolin értékek magas-sága, mind a HbAS gyakorisága a nőknél fordult inkább elő, mint a férfiaknál.

(Ref.: kérdés, hogy 82 esetből lehet-e ilyen következtetéseket levonni?)

Nikodemusz István dr.

Primer kongenitális neutropenia és a Crohn-betegség két gyermekkori megfigyelés kapcsán. Vannier, J. P. és mtsai (Unité d'Immunohématologie, Hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75730 Paris Cedex 15): Arch. Fr. Pédiat. 1982, 39, 367.

A primer és kongenitális neutropeniák (p. k. n.) gyakori gyermekkori megbetegedések, négy aspektusáról számoltak már be: 1. a csontvelői granulocytaképzés hipopláziája, amikor is ezek szaporodása a myelocyta vagy a promyelocyta stádiumban megreked; 2. nagyon kevés a polinukleáris neutrophilek száma; 3. a myelogram gazdag granulocyta-vonalat mutat, számos polinukleárisal; 4. a lefolyást ismétlődő fertőzések jellemzik. Ezen kórkép keretén belül Crohn-betegségről (C. b.) még nem számoltak be. Két ilyen esetük lehetővé tette, hogy a C. b. és az immunitás közötti kapcsolatrol irjanak.

A szerzők részletesen közlik két esetüket. Az elsőnél, de a másodiknál is, a családi anamnézis szerint a szülők — német származású — ikertestvérek voltak. Mindkét gyermeknél már az élet első időszakában ismételt bőr-, emésztőrendszeri, légúti fertőzések különböző kórokozókkal, fordultak elő. A nagyon gyakran elvégzett vérvizsgálatok legjellemzőbb a neutropenia volt, amely mérsékelt, a csontvelő gazdag képet mutatott neutrophil praecursorokban. Ritkán figyeltek meg cirkuláló eosinophileket, a csontvelőben pedig ezek hiányoztak. Tehát kettős granulopeniáról volt szó, míg a monocyták száma közel normálisnak mutatkozott. Mindkét gyermek hematológiai képe a granulocyták érési zavarát mutatta. A C. b. mindkét esetben korán kezdődött: 6—7 éves kor körül. Ennek diagnózisát a klinikai, biológiai, radiológiai és szövettani leletek megerősítették. — A klinikai lefolyás a szokásos volt, a kortikoidok schub-szerű javulást hoztak, a második betegnél immunoszuppresszív terápia is sor került. A C. b. recidívái és javulásai, és a polinukleáris neutrophilek száma

között kapcsolatot megállapítani nem tudtak. A kortikoid-kezelés alatt a granulocyták száma mérsékelten emelkedett, de a dózis csökkentésével még az emésztési zavarok kiújulása előtt ez megszűnt. Nem találtak időbeli kapcsolatot a neutropenia okozta gyakori, de mérsékelt infekciós tünetek és az emésztési zavar alakulása között sem.

A két betegség egyidejű előfordulása felveti a C. b. és a polynuclearis neutrophilek immunológiai funkciója közötti viszont. A C. b.-ben már számos immunológiai anomáliát leírtak anélkül, hogy azok specifikusak, vagy szabályszerűek lettek volna, úgy a T- és B-sejt vonalon, mint szerológiaiilag, de a belekben lokálisan is két betegüknl az NBT-teszt kissé csökkent. A neutropenia folyamán fellépő C. b.-ről még nem számolt be az irodalom. Lehetséges, hogy a neutropenia elősegíti a fertőző folyamatot, s ez — leginkább valamilyen vírus — a maga részéről serkenti a C. b. kialakulását. A kérdés megválaszolásához a szerzők immunológiai vizsgálatai (celluláris és szerológiai) sem vittek közelebb.

Kövér Béla dr.

Felnőttkori akut lymphoblastos leukémia kezelése MOAD gyógyszerkombinációval. Esterhay, R. J. és mtsai (Clinical Oncology Branch, Baltimore Cancer Res. Center, University of Maryland): Blood, 1982, 59, 334.

A felnőttkori akut lymphoblastos leukémia kezelése általában nem kecsegtet olyan jó eredményekkel, mint a gyermekkori, ezért indokolt az eddignél megfelelőbb terápiás protokollok kidolgozása. A szerzők által alkalmazott MOAD protokoll a kezelés első napján adott 100 mg/m² methotrexat, a második napon adott 2,0 mg vincristin+500 E/kg asparaginase és az 1—10. napokon adott 6 mg/m² dexamethasonból áll. Ezen indukciós kúra hatására a korábban nem kezelt ALL-ás betegek 75%-ában, a korábban már kezelték 79%-ában észleltek komplett remissziót, amit methotrexat+asparaginase kombinációval konszolidáltak (1. napon 100 mg MTX/m², 2. napon 500 E/kg asparaginase 10 napos ciklusokban). A remisszió tartam 7,5—17,2 hónap volt. A relapsusok kezelésére a fenti protokoll ugyancsak eredményesnek bizonyult. Hét tartós remisszióban levő betegük közül egy 4,5 éve, egy másik 2 éve van teljes remisszióban. Az asparaginase im. adása során kevesebb és enyhébb hypersensitivitási reakciót észleltek, mint az iv. infúziók során (amelyek adrenalin adására minden esetben reverzibilisek voltak). Terápiás beavatkozásait 24 esetben első kezelésként, 14 esetben már korábban más kombinációval kezelték alkalmazták.

Berkessy Sándor dr.

Az erythroleukémiáról 15 eset elemzése kapcsán. Roggli, V. L., Saleem, A. (Dept. of Pathology, Baylor College of Medicine and the Methodist Hospital, Houston): Cancer, 1982, 49, 101.

Az erythroleukémiát (szinonimák: erythromatosis, erythromyelosis, chronikus erythroblastosis, di Guglielmo syndroma) 1912-ben *Copelli*, majd 1917-ben *di Guglielmo* írták le. *Moeschlin*, *Dameshek* és *Gunz* három stádiumát különböztetik meg; az erythroid sorra kiterjedő myeloproliferatív erythremiás fázisát, a myelopoiesisre is kiterjedő erythro-myeloblastos fázisát és az utolsó myeloblastos fázisát, amit az akut myeloblastos leukémiától morfológiailag már nem lehet elkülöníteni. Fénymikroszkópos vizsgálat során már kezdetben is jellegzetes az erythroblastok PAS pozitívítása (paraerythroblastok), a perifériás erythropenia (anémia), thrombopénia és leukopénia. A csontvelői erythroblastok megaloblastoid vonásokat mutatnak. Később a csontvelőben megemelkedik a myeloblastok aránya és a myeloid sor egyre jobban balratolttá válik, míg a myeloblastos leukémiára jellemző kép válik uralkodóvá. Jellegzetesek még a csontvelőben a dyserythropetikus vonások jelentkezése, bizarr erythroblastok, kétmagvú alakok megjelenése, erythrophagocytosis jelentkezése a kóros erythroblastok által, ill. a sideroblastok sajátos megjelenése. Specifikus chromosoma aberrációk nincsenek, de aneuploiditás, polyploiditás, chromosoma töredezés is ismerhető fel leggyakrabban.

A FAB klasszifikáció szerint M₆-os típusként besorolt erythroleukémia az összes leukémiák 3,3—13%-ában fordul elő, és általában a 65—71. életévek között gyakori. Okát illetően semmit nem tudunk. Preleukémiás fázisában a CGL-t, a PRV-t és a paroxysmalis nocturnalis hemoglobinuriát látjuk leggyakrabban. Benzol, sugárexpozíció, kemoterápia okozhat olykor létrejöttéért. Kemoterápiával általában nem befolyásolható: a daunorubicin és prednisonol hozhat remissziót. Bizonyos, hogy a stemsejtek betegsége és egyike a myeloproliferatív kórképeknek, melynek diagnózisa olykor elkésve, nemritkán csak a terminális myeloblastos-leukémiás fázisban merül fel és retrospektíve többnyire csak valószínűsíthető.

Berkessy Sándor dr.

Radiologia

A láb mélyvénás rendszerének phlebographiája gyermekekben. Gorenstein, A. és mtsai (Hadassah University Medical Center, Jerusalem): Radiology 1982, 144, 519.

Direkt kanülálás útján 74 gyermek 79 lábának mélyvénás rend-

szert vizsgálták. A következő elváltozások miatt végezték el a vizsgálatokat: felületes vénák tágulata és varicositása, angiomák, a láb elongációja és megvastagodása. A direkt punkcióval elkerülték a felületes vénás rendszer rávetülését. Tanulmányozták a mélyvénás rendszer anatómiai és funkcionális állapotát. 15 láb kóros elváltozást nem mutatott. 64 esetben az összekötő vénák megbetegedését találták. Ebben a csoportban 33 esetben fordult elő mélyvénás megbetegedés is. 4 különböző mélyvénás megbetegedést találtak. Congenitális aplasia esetében a mélyvénás elvezetés a persistáló embryonális vénákon keresztül történik. A mélyvénák veleszületett ectasiája eléggé gyakori elváltozás. A vénafal intrinsic gyengesége okozza. Billentyű aplasia egyetlen vénán és az egész lábon egyaránt előfordulhat. Ilyen esetekben korán jelennek meg a vénás decompensatio tünetei. A post-thrombotikus elzáródás lehet teljes vagy részleges. Ha a mélyvénás rendszer elzáródik vagy insufficientis, a vér az összekötő vénákon keresztül a felületes vénás rendszerbe jut. Az összekötő vénákat típusos és atipikus csoportba sorolják. A vénás insufficientiát három stádiumba osztják. 1. A kontrasztanyag kevesebb, mint 50%-ának retentiója az egyik vénás rendszerben. 2. A kontrasztanyag több, mint 50%-a pang az egyik rendszerben. 3. Nagyméretű vénás insufficientia: mindkét rendszerben egyidejű retenciós van.

Varga Pál Ibolya dr.

Lágyrészesedés subcutan emphysemát követően újszülöttnél. Howard, J. és mtsai (Hahnemann Medical College and Hospital, Philadelphia): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 374.

Subcutan emphysemát követően kialakult kétoldali, teljesen szimmetrikus megjelenésű lágyrészesedés esetét mutatják be. Az ikerpár egyik tagja 1200 g súllyal született. Az első napon hyalin membrán megbetegedés alakult ki, melyet kétoldali légmell, subcutan emphysema és necrotizáló enterocolitis súlyosbított. A subcutan emphysema a 11. napon alakult ki, ezután 9 nappal a mellkas röntgenfelvételén finom subcutan meszesedést találtak. A meszesedés a 30. napon volt a legfeltűnőbb; semmiféle speciális kezelést nem igényelt és a felfedezését követő 8. héten eltűnt. A legvalószínűbb, hogy a károsodott subcutan szövetben dystrophiás meszesedés jött létre. A calcium megoszlása megfelel annak a területnek, ahová a subcutan emphysema ráterjedt.

Tárgyalták az elkülönítő kórisme szempontjából szóba jövő elváltozásokat. Dystrophiás meszesedés időnként csecsemőkori zsírnecrosis után fordul elő. A meszes-

dés ilyen esetekben is eltűnik néhány hét vagy egy hónap alatt. A zsírnecrosis neonatalis asphyxia, hypothermia, anyai diabetes mellitus és szülési trauma következtében jöhet létre. Időnként az okát nem sikerül megtalálni. Egyéb szóba jövő meszesedések klinikai és radiológiai megjelenésük alapján könnyen elkülöníthetők. Ilyenek lehetnek: calcimucosát tartalmazó infúziók paravasálódása, parazitás fertőzés, myositis ossificans circumscripta stb. A szerzők esetében a subcutan emphysema megszűnését követő 9. napon jött létre meszesedés a szövetszerűsítés területén. Semmi más etiológiai tényezőt nem találtak.

Varga Pál Ibolya dr.

Bőséges periostealis csontújdonképződés ulceratív colitisben. Arlart, P. I. és mtsai (Ulm University, Ulm): Radiology 1982, 144, 507.

A hypertrophiás osteoarthropathia számos megbetegedésben előfordul, a gastroenterológusok számára azonban gyakran ismeretlen elváltozás. A következő emésztőrendszeri megbetegedések esetében írták le: sprue, emésztőrendszeri tumorok, Crohn-betegség és colitis ulcerosa. A szerzők 14 éves, colitis ulcerosában szenvedő betegük esetét ismertetik. 4 évvel ezelőtt kezdődött betegsége véres hasmenéssel és 7 kg-os súlyvesztéssel. Irrigoscopiával, colonoscopiával és biopsziával állították fel a colitis ulcerosa diagnózisát. A colitises panaszok mellett rheumatoid fájdalmak alakultak ki, valamint tenyér- és talpveritékezés. A 3. relapsus alkalmával a colitises panaszok 1 hónappal a gyógyszeres kezelés után megszűntek, de a csontfájdalmak megmaradtak. Az előzőleg készített röntgenfelvételeken a diffúz porosison kívül egyéb elváltozás nem volt. Ezt a nagy mennyiségű steroid következményének tartották. A 3., legsúlyosabb relapsus alkalmával a hosszú csontok meta-diaphysise körül periostealis csontfelrakódást láttak, mely különösen bőséges volt a metacarpusokon. Az epiphysis nem volt érintett. A remissio késői fázisában a periostealis felrakódás beépült a megvastagodott compactába. Az ujjak megvastagodását a colitis ulcerosás betegeknél sokszor megfigyelték, az irodalomban azonban csak két colitis ulcerosás betegnél írták le ilyen elváltozást. Mindkét beteg a colitis ulcerosa chronicus, pseudopolyposos formájában szenvedett. A szerzők betegénél a hosszú ideig tartó diffúz porosisat követően a legsúlyosabb relapsus során alakult ki az elváltozás.

Varga Pál Ibolya dr.

Pulmonalis angiographia digitális subtractióval. Goodman, P. C., M. Brant-Zawadzki (San Francisco General Hospital): Amer. J. Roentgenol. 1982, 139, 305.

A subtractió képkalkotási módszerek a mozgó szervek területén problematikusak, hiszen a kontrasztöltéses képek a mozgás miatt változnak a subtractio alapjául szolgáló maszkokhoz képest. Ennek ellenére a szerzők hasznosnak találták pulmonalis angiographia céljaira a digitális subtractió eljárást. 14 betegen alkalmazták az eljárást feltételezett tüdőembolia tisztázására. 5 esetben a kontrasztanyagot a súlyos betegek monitorozása céljából eleve a tüdőartériába vezetett katéteren át adták be, a többiben pedig vénakatéteren át valamelyik centrális vénába vagy a jobb pitvarba. 9 esetben elvégezték a hagyományos pulmonalis angiographiát is. Ettől egy ízben azért tekintettek el, mert digitális angiographia lelete is egyértelmű volt, 4 esetben pedig súlyos állapot miatt nem végezték el. 4 esetben mutatott ki a digitális angiographia embolust valamely pulmonalis ágban. Ezt a hagyományos módszer háromban megerősítette, a negyedikben ezt már nem tartották szükségesnek. A légzési és szívmozgások zavaró hatását a légzés akaratlagos vagy gépi szüneteltetésével lehet kiküszöbölni a szükséges 10 másodperc időtartamra, de enélkül is eredményes lehet a vizsgálat. Ennek a gondnak a megoldása a technika tökéletesítésével a gyorsabb képkalkotástól remélhető. A szerzők anyagában csak 1 vizsgálat volt értékelhetetlen a zavaró mozgás miatt, 13 teljes értékű sikerült. A kórisme klinikai alapon bizonytalan, a legmegbízhatóbb módszer igazolására az angiographia. Ettől veszélyei miatt különösen a súlyos betegekben idegenkedtek, és inkább feltételezett kórisme alapján kezelték a betegeket. A digitális angiographia egyszerűbb és biztonságosabb eljárás, ez irányú további alkalmazása indokolt.

Laczaq András dr.

Prostata-adenoma és carcinoma transrectalis sonographiás képe. Frenzel-Beyme, B. és mtsai (Krankenhaus Spandau-Nord, Berlin): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 261.

A Brühl és Kjaer cég forgó transduceres készülékével 492 beteg transrectalis sonographiás vizsgálatát végezték prostatatáblalom tisztázása végett. A sonographiás kórismét 367 esetben tudták a szövettani lelettel egyeztetni. Az eljárás alkalmas a prostata nagyságának, állománya szerkezetének, tokja állapotának és környezetének vizsgálatára. A kóros megnagyobbodás okának tisztázásában főként az alakváltozás, a belső echoszerkezet és a tok állapotának megítélése nyújt segítséget. Adenoma és gyulladások esetén a kép általában szimmetrikus, carcinoma aszimmetrikussá teszi. Adenoma és heveny gyulladás echoszerkezete ál-

talában homogén, a carcinoma és idült lob inhomogén képet mutat. A tok adenomában és carcinomában vasos, adenomában élesen elhatárolható, de rákban életlen, a környezet beszűrése esetén teljesen elmosódott, nem ábrázolódik. Ezeknek a kritériumoknak a figyelembevételével sonographiával 268 adenoma közül 259-et helyesen ismertek fel, ugyanakkor a tapintási lelet alapján kialakított vélemény 246 esetben igazolódott. 9 sonographiás téves kórisme között 8 carcinoma és 1 idült prostatitis volt. 89 szövettanilag igazolt rák közül sonographiával helyesen ismertek fel 75-öt, tapintással 69-et. 14 sonographiás téves kórisme között 7 esetben a tapintási lelet is semmitmondó volt, tehát kezdődő carcinomáról volt szó. 4 esetben véleményeztek rákot idült prostatitisnek. A sonographia hasznos kiegészítője a tapintási leletnek, de azt nem helyettesítheti. A végleges kórisme továbbra is csak szövettani vizsgálattal dönthető el. A daganat kiterjedésének meghatározása, a kezelés eredményességének ellenőrzése megbízhatóbb. A kiterjedés pontos felmérése segít a műtéti terv kidolgozásában.

Laczaq András dr.

Az uretercsontk radiológiai vizsgálata. Pollack, H. M. és mtsai (University of Pennsylvania School of Medicine and Hospital, Philadelphia): Radiology 1982, 144, 225.

Nephrectomia során nem szokás rutinszerűen eltávolítani az azonos oldali teljes uretert. A benthagyott uretercsontkban néha különféle kórfolyamatok alakulnak ki. Ilyenkor erre a lehetőségre általában nem gondolnak, és a beteg panaszainak okát másutt keresik, természetesen hiába és feleslegesen. Ha végeznek is kiválasztásos urographiát, az a csontkba irányuló vesicoureteralis reflux hiányában semmi támpontot nem nyújt. A szerzők 25 év alatt 3 általános kórházban észlelt 14 olyan beteg kóradatait tekintik át, kiknek nephrectomia után a benthagyott uretercsontkban alakult ki jelentékeny kóros elváltozás. 6 betegüknek 3–44 évvel vesekő okozta szövődmény miatt végzett nephrectomia után az uretercsontkban követ találtak, mely abban empyemat, idült gyulladást vagy hydroureret okozott. 3 beteg gyulladós veselváltozások miatt végzett nephrectomiája után 5,5–10 évvel az uretercsontkban gyulladós folyamatot észleltek, egy esetben vaginalis ectopiával, egy esetben masszív refluxszal. 3 átmeneti sejtes rák miatt operált betegük uretercsontkjában ugyanilyen típusú tumort fedeztek fel a műtét után 9 hónap — 3 év közötti idővel. 2 beteg veséjét carcinoma miatt távolították el, az uretercsontkban 9 és 15 hónappal később találtak ugyanolyan szerkezetű daganatot. Mindezen uretercsontk-el-

változások kimutatására legalkalmasabbnak a retrograd ureterografiát tartják, melyet a katéter cystoscopiás felvezetése után gondos fluoroscopiás ellenőrzés mellett végeznek.

Laczay András dr.

Intraductalis epeúti daganatok kimutatása ultrahanggal. Schnur, M. J. és mtsai (Albert Einstein College of Medicine, New York): J. Clin. Ultrasound 1982, 10, 246.

A tágult epeutakban sonographiával kimutatható képletek leggyakrabban epekövek, melyek elkülönítendő a ritkábban észlelhető intraductalis tumoroktól. Ezek lehetnek elsődleges epeúti carcinómák, intraductalis terjedő hepatómák vagy elsődleges epehólyagrakok, végül ritkábban előforduló különböző jóindulatú elváltozások. A cholangiocarcinoma leggyakrabban az epeutak szűkületének képében jelentkezik, csak az esetek alig 5%-ában papillaris vagy polypoid daganat. Utóbbiak azok, melyek sonographiával kimutathatók a tágult epeutakban echoszegény képződmények formájában. Tőlük distalisán az epeutak nem tágultak. Kövektől elkülöníti őket kisebb echogenitásuk és a hangárnyék hiánya. Hasonló képet mutat az intraductalis terjedő epehólyagrak, melynek előfordulási gyakorisága mindössze 4%. A szerzők három esetet ismertettek. A sonographiás kép alapján az intraductalis képlet jó- vagy rosszindulatú jellege nem ítélhető meg, ebben segít az esetleges májbeli áttétek egyidejű kimutatása.

Laczay András dr.

A felső gyomor-bélrendszeri perforatio kimutatására alkalmazott kontrasztanyagok újraértékelése. Foley, M. J. és mtsai (Evanston Hospital, Northwestern University, Evanston): Radiology 1982, 144, 231.

A báriummal végzett vizsgálat perforatio esetén előfordult szövődményei vezettek a vízdékony kontrasztanyagok, a Gastrografin alkalmazásához erre gyanús betegekben. Idővel azonban kiderült, hogy a Gastrografin sem teljesen veszélytelen, a víz- és elektrolitházartás zavarát okozhatja, aspiratiója esetén tüdőviznyót, bélelzáródásban néha bélelhalást is. Hátránya a báriummal szemben, hogy gyorsan elfolyik, felhigul, nem tapad a nyálkahártyán és sipolyjartok belfelületén, ezért a nyelőcső, gyomor és bél átfúródásának pontos kimutatására annál kevésbé megbízható. Újabb állatkísérletek arra is utalnak, hogy a bárium veszélyességével kapcsolatosan elterjedt nézetek kissé túlzottak. A szerzők nyelőcsőátfúródás, nyelőcsődissectio, gyomor- és duodenumperforatio 6 esetében tapasztalták, hogy a vízdékony kontraszt-

anyaggal végzett vizsgálat nem vezetett kielégítő eredményhez, és az azt követően alkalmazott bárium segítségével sikerült tisztázni a helyzetet. Egyetértenek abban, hogy gyomor-bélrendszeri átfúródás gyanúja esetén elsőként Gastrografinnal célszerű próbálkozni, mert a durva elváltozások így is kimutathatók. Kis szakadások, sipolyok, penetráló fekélyek azonban Gastrografinnal gyakran nem ismerhetők fel. Ilyenkor második vizsgálatként nem kell tartózkodni bárium alkalmazásától.

Laczay András dr.

A hasnyálmirigy kis szigetsejtes daganatainak kimutatása ultrahanggal. Kuhn, F. P. és mtsai (Universität Mainz): J. Clin. Ultrasound 1982, 10, 173.

Az insulinomák műtét előtti pontos lokalizálása nagyon fontos, mert a műtét során néha nem tapinthatók, és emiatt a betegek jelentős részében ismételt sebészi beavatkozás válik szükségessé. Az általában kicsi, 0,5–3,0 cm méretű daganatok kimutatására eddig alkalmazott angiographia, computer tomographia és transhepatikusan vett vénás vérminták elemzése mellett nem invazív lehetőségként kínálkozik az ultrahangvizsgálat. A szerzők három esetben sikerrel alkalmazták erre a célra a sonographiát. A pancreasfejen lévő 8 mm és 17 mm, a pancreasestben lévő 7 mm átmérőjű insulinomát tudták kimutatni echoszegény képlet formájában. Erre alkalmasabbnak találták a real-time módszert a statikus compound technikánál. Műtét során mindhárom betegben megtalálták a daganatot a jelzett helyen, egyszerű enucleatióval eltávolították, a betegek meggyógyultak. Hyperinsulinismus klinikai megállapítása esetén insulinoma kimutatására első vizsgálatként a sonographiát javasolják. Ha ennek eredménye negatív vagy bizonytalan, következnek a computer tomographia, és csak ennek eredménytelensége után az angiographia, legvégsőként esetleg a transhepatikus vénás vérmintavétel.

Laczay András dr.

Az ultrahang szerepe a polycystás petefészek vizsgálatában. Parisi, L. és mtsai (Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze): J. Clin. Ultrasound 1982, 10, 167.

78 beteg ultrahangvizsgálatát végeztek el a klinikai és laboratóriumi vizsgálatok alapján felmerült polycystás petefészek gyanú tisztázására. 9 esetben igazolták a polycystás ovarium kórisméjét, a többi 69 beteg egyéb endokrin kórképben szenvedett. Klinikai vizsgálat 5 betegben észlelték mindkét petefészek megnagyobbodását, egyben csak a jobb oldalt tapintották

nagyobbak. 75 esetben a petefészek az ultrahangvizsgálattal könnyen ábrázolódtak, ez csak 3 betegben nem sikerült. A 9 polycystás petefészekkel rendelkező beteg közül négyet megoperáltak, a műtét igazolta a sonographia leletét. Az ultrahangvizsgálat mindegyikükben jelentősen megnagyobbodott petefészeket talált, melyekben különböző nagyságú, általában 1 cm-nél kisebb átmérőjű, kerek echomentes területek voltak. A méh normális nagyságú volt. A korábban alkalmazott medencei pneumographia, laparoscopia és exploratív laparotomia az ultrahangvizsgálat birtokában feleslegessé vált. A sonographia megbízhatóan képes a petefészek alakját, nagyságát, belső szerkezetét ábrázolni, és alkalmas a betegek műtét utáni ellenőrző vizsgálatára is.

Laczay András dr.

Májbeteg mediastinalis térfoglaló folyamata. Dunn, V., Miller, F. J.: JAMA, 1982, 247, 1873.

Egy 12 éve aktív chronikus hepatitis 20 éves nőbeteg három alkalommal vérzett nyelőcső-varixából. Jelen felvételére vért aranyerei, peptikus fekélye miatt került sor. Átnézeti mellkasfelvételen retrocardialisan térfoglaló folyamatot találtak. Rétegfelvételeket, valamint CT-t követő arteria mesenterica superior selectiv angiographia során késői fázisban kontrasztanyag jelent meg a paraoesophagealisan elhelyezkedő enormisan tágult vénás collateralis tömegben. A rekeszek alatt is nagy varixok telődtek. Thoracolaparotomiára került sor: a megnagyobbodott lépet eltávolították, a varixokat leköttették.

A retrocardialis pseudotumorokat (vena azygos, hemiazygos táulatok, paraoesophagealis varixok) malignus tumorokkal lehet összetéveszteni. A leggyakoribb retrocardialis mediastinalis pseudotumor a hiatus hernia, ezért első vizsgálatként a nyelőcső kontrasztanyagfeltöltése ajánlatos. Hernia hiányában, megfelelő anamnesis esetén gondolni kell vénás collateralisok jelenlétének lehetőségére is.

Papp Zsuzsanna dr.

A prostatarék ultrahangképe. Greenberg, M. és mtsai (Northwestern Medical School, Chicago): J. Clin. Ultrasound 1982, 10, 307.

Az ultrahangvizsgálat szürke skálájú technikájának tökéletesedését követték a vele kimutatható elváltozások szöveti szerkezetének elemzésére irányuló törekvések. A szerzők 93 beteg prostatáját vizsgálták kitöltött hólyag mellett suprapubikus transabdominalis sonographiával. Anyagukban 19 szövettanilag igazolt prostatarék fordult elő, közülük egy recidiva mű-

tét után. A végleges kórisme ismeretében 3 radiológus utólag elemezte a sonographiás anyagokat. Vizsgálták az elváltozás hangviszszaverését, elhelyezkedését, alakját és elhatároltságát, a tok esetleges érintettségét. Négy esetben a sonographia eredményét összehasonlították a rendelkezésre álló CT-vizsgálat leleteivel. Az ultrahangvizsgálat 16 prostatarákot mutatott ki a 19-ből, főként a szerv hátsó területén elhelyezkedő, körülírt elváltozás formájában. A rák az esetek kétharmadában echogen volt, egyharmadában echo-szegény. Ezt a szerzők az egyes daganatok kollagéntartalmával magyarázzák. A dorsalis elhelyezkedés is segít a jóindulatú hypertrophiától való elkülönítésben. A tok szabálytalansága a sonographiás képen nem ad megbízható támpontot az elkülönítésre. A transrectalis scannerekkel végzett vizsgálat ugyan jobb hatásfokú, de eredményeit a transabdominalis suprapubikus eljárás erősen megközelíti. Ehhez nincs szükség speciális készülékre, minden ultrahanglaboratóriumban elvégezhető, a betegnek nem kellemetlen. A környezethez való viszony, a daganat stádiumbeosztása jobban meghatározható computer tomographiával.

Laczay András dr.

Az a. carotis megbetegedéseinek diagnózisa: összehasonlítás a direkcionális Doppler, a Duplex scanner és az angiográfiás módszer között. Zbornikova, V., Akesson, J. A., Lassvik, C. (Departments of Neurology, and Clinical Physiology, University Hospital Linköping Sweden): Acta neurol. scandinav. 1982, 65, 328.

51 átmeneti ischaemiás rohamban, kisebb agyvérzésben szenvedő beteg 100 artériáján végeztek direkcionális Doppler (DD) és Duplex scanner (Ds) módszerrel vizsgálatokat az angiográfia előtt. A céljuk az volt, hogy értékeljék a két ultrahangos módszer pontosságát az elzáródás és a stenosis elkülönítésében. Pontos volt a diagnózis a DD-módszerrel 92 artéria, míg Ds-módszerrel 98 artéria esetén a vizsgált 100-ból. Mind a 9 elzáródás esetén a Ds-módszer pontos diagnózist adott, de csak 5 esetben mutatott elzáródást a DD-módszer, míg a fennmaradó 4 esetben 50%-osnál nagyobb stenosisot mutatott. A 15 50%-osnál nagyobb fokban stenosisos artériából 14-et ismertek fel a Ds-módszerrel és 11-et a DD-módszer segítségével. Egy betegnél, akinek carotisa kanyargós lefutású volt, de nem volt stenosisa, a Ds-módszer 50%-nál nagyobb stenosisot mutatott és egy 1 mm-es lumenű carotis a DD- és Ds-módszerrel is elzáródást mutatott. Megállapítják, hogy a Ds-módszer eredményesebb a nagyfokú stenosisok és elzáródások elkülönítésében a korábbi non-invasiv technikákkal szemben.

Molnár Dénes dr.

Psychiatria

A larvált depresszió kategóriájának kritikája. I. Modai, A. Bleich, G. Cygielman (Geha Psychiatric Hospital, Beilinson Medical Center, Petah Tiqva 49 100, Izrael): Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 37, 235.

A larvált depresszió fogalmát és annak különféle szinonimáit (pl. rejtett depresszió, depressio sine depressione stb.) régen használják a pszichiátriában. Olyan állapotokat jelölnek vele, amelyekben a depresszív hangulatot különféle szomatizációs tünetek fedik el. A legkülönbözőbb tüneteket szoktak említeni mint depressziót fedőket, pl. alvászavart, fejfájást, szívétáji nyomásérzést, izomfájdalmakat, emésztési zavarokat, dizuriát, impotenciát, súlyvesztést vagy súlynövekedést stb. Sokan azonban viselkedési tüneteket is számba vesznek, mint depressziót takaró jelenségeket, pl. gyermekek esetében motorikus túlaktiválódást, ágybavizelést, tanulási nehézségeket, antiszociális viselkedést, vagy felnőttek esetében szexuális devianciát, agorafóbiát, anorexiát vagy hisztériás viselkedést.

Pöldinger szerint a gyakorló orvoshoz fordulók 5–10%-a szenved larvált depresszióban. Hasonló nagyságrendű előfordulásról mások is beszámolnak.

Ugyanakkor a betegségkategória sok kritikát is kap az utóbbi időkben. Nagyon hanyagul definiált a fogalom. Nem világos, ki számára rejtett a depresszió. Az orvos vagy a beteg számára rejtett, ill. azt jelenti-e, hogy a beteg nem érzi a depresszió tüneteit, vagy pedig azt, hogy érzi, de nem panaszodik rólok? Számos pszichiáter kiemeli, hogy megfelelő vizsgálattal mindig meg lehet állapítani, ha szomatizációs tünetek mögött van depresszió, azért nem szükséges külön kategóriát alkotni. A külön kategória inkább eltereli az orvos figyelmét arról, hogy miért kerül előtérbe a szomatizáció, miért próbálja a beteg eltakarni depresszív állapotát, tüneteit. Legfeljebb akkor van értelme rejtett depresszióról beszélni, ha a beteg egyáltalán nem érez depressziós tüneteket, mert ezeket elfojtja, ill. elszigeteli magában.

Nem véletlen, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének harmadik kiadásába nem került bele a depresszió larvált formájának kategóriája. A szerzők szerint nem érdemes önálló kategóriának kezelni, csak azokat az eseteket érdemes megjelölni vele, amelyekben a depresszív élmény az említett módon teljesen elfojtódik. Még így sem önálló entitásról van szó, általában a depresszív folyamat egyik állomása vagy fázisa lehet ilyen. Nincs megbízható tünetlista, aminek alapján a larvált depressziót kórismézni lehetne. Így tehát

a gyakorló orvos számára a fogalomból több zavar ered, mint amennyi haszon. Nem érdemes tehát használni.

(Ref.: A larvált depresszió fogalmának kritikai halmozódna az utóbbi évek szakirodalmában. Nálunk még nagyon erős a kategória befolyása, főleg Kielholz nyomán, ezért az elmúlt évben nagy ellenállást váltott ki, amikor az Orvosi Hetilap szerkesztősege — a depresszióval kapcsolatos viták során — kifejezte kételyét a fogalom érvényességében, használatának értelmében. Ez a közlemény is mutatja, hogy a kétely nem volt alaptalan.)

Buda Béla dr.

Függőség és önkritika, mint a depresszió lélektani dimenziói. Blatt, S. J. és mtsai (Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut 06519, USA): Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, 50, 113.

A depressziók osztályozását eddig főleg a tüneti kép alapján szokták elvégezni. Az így előálló kategóriák meglehetősen heterogének és ellentmondásosak. Eppen ezért sokan megpróbálkoztak azzal, hogy a depressziókban jelentkező típusos érzelmi állapotok és pszichológiai folyamatok alapján osztályozzák. Ilyen kísérletet tett a szerzőcsoport is. A vezető szerző már 1974-ben proponálta, hogy két fő depressziós csoportot kell elkülöníteni, az egyik az ún. *anacitikus*, a másik pedig az ún. *introjektív*. Az anacitikus jelző függőt, támaszkodót jelent, és ezt olyan depressziósokra alkalmazták, akikre az érzelmi függés a jellemző, és ennek elveszése vagy veszélybe kerülése váltja ki a depressziót, és a tüneteknek az a célja, hogy szertettet és törődést váltson ki a környezetéből. Az introjektív depresszióban a személyiség nem tudott megfelelni egy beépült követelményrendszernek, és ezért teli van bűntudattal, kisebbségi érzéssel, önértékelési negatívummal. Ehhez hasonló tipológiát javasolt 1980-ban Arieti és Bemporad, akik szerint az egyik fő típusban az „*uralkodó másik*”, a másikban az „*uralkodó cél*” a jellemző. Az „uralkodó másik” típus egy másik személytől van függőségben, míg a másik típus félrehúzó, agresszióteli, gyakran kényszeres.

A szerzők anacitikus és az introjektív depresszió kimutatását saját készítésű kérdőíves skálával, a *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) végezték. Ezzel a skálával három fő faktort lehet mérni, a *függőséget*, az *önkritikusság fokát* és a *hatékonyaságot*. A skálával vizsgálva a depresszió, amit klinikai adatok, MMPI, Beck és Zung skála és megfigyelésből szármított mennyiségi faktorok segítségével a skálától függetlenül vizs-

gáltak és minősítettek, szorosan korrelál a függőséggel és az önkritikussággal, mégpedig olyan módon, hogy az elkülönített csoportok pszichopathológiai képe eltérő konstellációt mutat. A szerzők nagyobb esetszámon, melyek között egészséges egyetemi hallgatók és betegek egyaránt voltak, kimutatták, hogy négy csoport különíthető el: *dependens, önkritikus, vegyes és nem-depresszív*. A dependens csoportban előtérben voltak különféle orális szenvedélyek, az anamnézisben megtalálható volt szeretett személyek elvesztése vagy azoktól való megfosztottság és általában ezek sokat foglalkoztak a magánnyal és elhagyatottsággal. Az önkritikus csoportban nagyfokú szociális izoláció volt megfigyelhető, az anamnézisben kritikusan és a beteg által igen nagybecsült szülő volt található, erős volt a szorongás, sok volt a kényszeres és paranoid vonás. Az ide tartozó súlyosabb eseteket klinikailag „depresszió, paranoid vonásokkal” diagnózissal látták el a kezelőorvosok. A vegyes csoportban mindkét dinamizmus megvolt. Ha mindkét faktor erősen jelen volt, általában nagyon súlyos, veszélyes depressziók voltak megfigyelhetők, „unipoláris depresszió borderline vonásokkal” diagnózissal.

A szerzők részletesen tárgyalják vizsgálatuk módszertani kérdéseit. Összevetették vizsgálati anyagukat az ún. Feighner kritériumokkal, a Spitzer és munkatársai által bevezetett kutatási diagnosztikai kritériumokkal (1975) és az amerikai pszichiátriai társaság III. kiadású diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének (DSM—III) ismerveivel (1980). Elismerik, hogy ezek a tüneti leírásra irányuló kategória-rendszerek a kutatás számára hasznosak, azonban a depresszió klinikai lényegét szerintük ezek nem képesek megragadni. A szerzők vizsgálati e kategóriákkal kevésbé korrelálnak.

(Ref.: Az utóbbi években nagy előrehaladás történt a depresszió pszichológiai és pszichopathológiai kutatásában is, számos vizsgálat, pl. a szerzőcsoport immár sok éve következetesen folytatott vizsgálata érdekes eredményeket hozott. Sajnálatos, hogy ezekkel a vizsgálati eredményekkel alig foglalkozik a depresszió irodalmának ma legdinamikusabban fejlődő és legnagyobb volumenű, divatosan elismert ága, a biológiai pszichiátriai depressziókutatás.) Buda Béla dr.

A depresszív betegek kezelésének értékelése. Keller, M. B. és mtsai (Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA 02114, USA): JAMA, 1982, 248, 1848.

A szerzők az amerikai elmeegészségügyi intézet egyik kollaboratív programjának keretében (Col-

laborative Program on the Psychobiology of Depression) 217 depressziós beteg előzetes kezelését vizsgálták meg, öt nagy amerikai kórház új felvételei alapján. Vizsgálatukat azért kezdték, mert a depressziót súlyos egészségügyi problémának tartják, újabb adatok szerint úgy vélik, hogy a férfiak 8-12%-ában megjelenik a betegség az élet folyamán, a nők között viszont 20-26%-ban. Ugyanakkor úgy tapasztalták, hogy a depressziók nem részesülnek a korszerű biológiai kezelésmódokban, tehát a megfelelő dózisu, összetételű és időtartamú antidepresszív terápiában vagy az elektroshock kezelésben. Ezt akarták felülvizsgálni, és a 217 beteg előzetes kezelésének alapos feldolgozása nyomán (a JAMA-ban szokatlanul terjedelmes cikk nagy részét a betegek vonatkozó adatai töltik ki) gyanújuk be is igazolódott. A betegek nagy többsége nem kapott megfelelő biológiai kezelést, legtöbbször szorongásoldó szereket adtak az előző — főleg területi, járóbeteg-ellátó — kezelőorvosok az antidepresszánsok helyett. A szerzők szerint ez azért van, mert a depresszió biológiai gyógykezeléséről kellő ismerettel. Speciális továbbképzésekkel kellene biztosítani, hogy a depressziót korán fel tudják ismerni, és a megfelelő nagy dózisu gyógyszeres kezelést be tudják állítani, vagy az elektrokonvulzív kezelést indikálni tudják.

(Ref.: A vizsgálat nagyon alapos, csak egy gyengéje van: retrospektív elemzés, és azt nem tudja megjelölni bizonyítani, hogy a beteg korábbi orvoshoz fordulási idején a depresszió annyira kifejezett, nyilvánvaló volt-e, mint a kórházi felvétel esetében. Gyakran tapasztalható, hogy először nem depresszív panaszok állnak előtérben. Sokak szerint az sem biztos, hogy a depresszió feltétlenül valamilyen biológiai entitás, és sem kizárt, hogy egy diffúz pszichopathológiai reakció vagy állapot fokozatosan ölti a depresszió formáját. Mindenesetre utólag visszakövetkeztetve nem eléggé meggyőző az illusztris szerzőcsoport — olyan nevek vannak a társszerzők sorában, mint G. L. Klerman, J. A. Fawcett vagy J. Endicott — álláspontja. Lényegében a biológiai kezelésmódok hangsúlyozásáról van szó. Általában érdemes óvatosan bánni a betegek jelen állapotának elemzése alapján a korábbi orvosi munka kritikai megítélésével.) Buda Béla dr.

A depressziók, az orvosok és az antidepresszív szerek. E. H. Uhlenhuth (Szerkesztőségi közlemény.) (The University of Chicago): JAMA, 1982, 248, 1879.

A cikk Keller és munkatársai tanulmányához csatlakozik, szer-

kesztőségi közleményként. A szerző nem ért egyet a közlemény mondanivalójával. Utal arra, hogy a vizsgálat mintavétele kétségesé teszi az eredmények általánosíthatóságát. Különösen azzal nem ért egyet, hogy a szerzőcsoport elmarasztalja a korábbi kezelőorvosokat. Utal arra, hogy a depresszív betegek nem működnek jól együtt. Nem hiszi, hogy a különböző kezelőorvosok ne tudták volna, hogy mi a „megfelelő” antidepresszív terápia. A szerzőcsoport hangsúlyozza, hogy a nagy dózisu antidepresszáns kezelés helyett a betegek főleg szorongásoldó szereket kaptak. Igen valószínű, hogy ez nem az orvosok tudatlansága miatt volt. A depresszív esetekben is gyakran a szorongás áll előtérben, és ezt gyorsan oldani kell. Az orvosok tudják, hogy az antidepresszív gyógyszerelést egyénileg adaptált módon, de nagy dózissal kell beállítani. Csak a kúra szerű adás hozza eredményt. A mellékhatások jóval előbb jelentkeznek, mint a hatások. Néhány mellékhatás a betegek egy részében nagyon veszélyes. Sok beteg annyira nehezen tűri a mellékhatásokat, hogy ez az orvos-beteg kapcsolatot és a kezelés alapfeltételeit fenyegeti. Nem csoda hát, ha a gyakorló orvosok inkább szorongásoldót adnak. Még arról is értesülhetünk, hogy egyes vizsgálatok szerint szorongásoldókkal ugyanúgy lehet sikeresen kezelni a depressziót, mint antidepresszánsokkal, legfeljebb a gyógyulási idő valamivel hosszabb. Inkább azt a következtetést kellene levonni a vizsgálati adatokból, hogy új antidepresszív szerek kellenének, amelyek gyorsan hatnak és kevesebb a mellékhatásuk.

(Ref.: A szerzővel egyet lehet érteni, bár ugyanaz a biológiai szemlélet jelentkezik itt másik szélsőségekben, mint Keller és munkatársai írásában. A kérdés helyes megítéléséhez a diagnosztikai kategóriák kritikus elemzése kellene. Egyszerű logikai és tapasztalati szempontok alapján is nyilvánvalónak vehető, hogy a Keller és munkatársai által írt cikkekben megadott magas — élettávú — előfordulási százalékok túlzottak. Ez így egyszerűen elképzelhetetlen, és ha ez így van, akkor a depresszió ellen jóval nagyobb egészségügyi kampányt kellene szervezni, mint amit egykor a tuberkulózis ellen hoztak létre.) Buda Béla dr.

Pszichoterápia: egyik illúzióból a másikba? J. W. Osborne, J. R. Baldwin: Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 1982, 19, 266.

Ha a pszichoterápia lényege a személy valóságképzésének a megváltoztatása (Watzlawick), akkor joggal merül fel a kérdés: mi a valóság? Legtöbb pszichoterápiás szemlélet azt a nézetet implikálja, hogy

a realitás az adott társadalom által elfogadott konszenzuális realitáskép. A dolgozat alapvetése, hogy a pszichoterápia során nem a beteg valóságképe mélységi, lényegi változása következik be, hanem csak egy oldalirányú (azonos mélységi szintű), aminek során egy kellemetlen elképzelésből, illúzióból egy kellemesebbre tér át. A kérdéshez tartozó alaprobléma: honnan tudhatja a terapeuta, hogy az ő valóságképe realisabb, mint a páciensé?

A dolgozat fő koncepciója szerint a keleti és ezoterikus tanítások önismereti kultúrája, valamint a legújabb agykutatások és kozmológia eredményei alapján lehetőség van arra, hogy a pszichoterápia a létező valóság közvetlenebb megismerésével foglalkozhasson. A szerzők a misztikusok állítását, hogy a 3 dimenziós tér-idő szemléletű világszélésünk mögött kapcsolatba léptek élményi szinten valamivel, ami számukra rendkívüli jelentőségű volt, összehangba hozhatónak érzik az agyműködés holografikus szemléletével. (Pl. holografikus memóriatárolás.) Pribram gondolatát, hogy az agy egy hologram lehet egy holografikus világegyetemben, összehangban levőnek találják a keleti misztikus tradícióknak a világ végső egységére vonatkozó megállapításait. Bohm ugyanígy az univerzum alapidimenzóját a magábanfoglalásban és a kölcsönös áthatásban látja.

A valóságnak a téridő relációi és az érzékek által megragadható része a megnyilvánult, vagy explicit rendszer, ami része a meg nem nyilvánult, vagy implicit rendszernek. Levezetik, hogy az emberi gondolkodás is része a manifeszt rendszernek. Mindennek pszichoterápiás konzekvenciája az, hogy az implicit valóságrendszerrel kapcsolatba lépni kizárólag a kognitív funkciókra alapuló verbális interakciókkal lehetetlen. A nem manifesztálódottat a manifeszt terminusaival leírni teljességgel nem lehet. A pszichoterápiák nagy része verbalizációra és intellektuális elemekre, elméletképzésre épül. Egyre több olyan törekvés jelenik meg azonban, melyek a verbalizáció és a beteg kognitív rendszerének korlátait igyekeznek kikerülni. Említik Ashen eidetikus analízisét, ami az imaginatív technikán keresztül, Reich módszerét, aki a lelki zavar testi manifesztációját át igyekszik hatni. Legjelentősebbnek azonban ezen a téren Perls gestalt terápias munkásságát tekintik.

A pszichoterápiás gyakorlatban és elméletképzésben is érvényesül a nyugati kultúránk akeió, interakció orientáltsága, szemben a keletiek passzív, receptív beállítottságával és ez a két beállítottság az önismereti kultúra különbözőségeiben is megnyilvánul. A keleti, ezoterikus önismereti meditációban nem kell semmit tennie az illetőnek — hacsak azt nem, hogy igyek-

szik megszabadulni attól a szemlélettől, hogy minden probléma megoldásához valamit tennie kell, hanem belsőleg nyitott várakozással igyekszik kész lenni a spontán megjelenő élmény befogadására. Ezen az úton egy magasabb szintű tudatossághoz lehet eljutni, mely a személyiség igazi belső fejlődése szempontjából igen nagy jelentőségű. Ez azonban csak élményi úton ismerhető meg. Ahogy az eszméletlen ember nem tud arról, hogy ő eszméletlen, csak ha már magához tért, ugyanígy van az előzőekkel is.

Számos pszichoterápiás irányzat, így a „change school”: Bandler, Grindler, de Watzlawick, Jung, Rogers, Maslow, Kelly munkáikban ezt közelítik meg. Hasonlóan a Zen nonintellektuális útjához, a „tudást” ezek az irányzatok is a közvetlen átélés, mintsem a teoretikus továbbépítéses valamilyen formájával érik el. Sőt, egész világszemléletünk megváltozása szükséges ahhoz, hogy kognitív korlátainkat félre tudjuk tenni ahhoz, hogy a valóságot lélektani területen is közvetlen tapasztalaton át, és ne elméleteink prizmáján keresztül ismerjük meg.

Az önismereti tudás nem intellektuális útjainak tárgyalásakor a szerzők a buddhista, a zen, a sufi tanítások egyes elemeit is érintik. Nem tagadják a pszichoterápia jelen formáinak létjogosultságát, főleg rövid kezeléseket esetében, de hosszabb terápiaik esetében a személyiségfejlődés lényeges dimenzióját a fenti keleti szemlélettel való ötvöződésben látják. Úgy látják, hogy az emberi fejlődés fő útja lélektani területeken inkább a tudatossági szint növekedésében fog haladni, mintsem speciális viselkedési célok elérésében.

(Ref.: A rendkívül bonyolult problémát tárgyaló cikk referálását jelentőségére való tekintet miatt érzem szükségesnek. Korunk a különböző kultúrák konfrontációjának és szintéziskeresésének is ideje. A pszichoterápia területén is megindult az ilyen irányú munka, és lényeges fejlődést hozó, de viharokat is okozó hatás várható tőle.)

Süle Ferenc dr.

Az érintés értéke a pszichoterápiában. J. M. W. Wilson: Amer. J. Orthopsychiat. 1982, 52, 65.

A szerző megállapítja, hogy általában a lelki egészség tárgykörében dolgozók a test jelentőségét elhanyagolják pácienseik lelki, érzelmi stabilitásának vizsgálatakor. Nem történik így eleendő vizsgálat az érintés kérdésében sem, noha az egész életlen át a fizikai kontaktus a legintimebb kapcsolatok alapvető kommunikációs területe. A legkorábbi életkorban az egész léttel kapcsolatos alapvető bizalom, viszonyulás kialakulásának korában a testi érintésen ke-

resztül szerveződik a személyiség számos alapvető sajátossága, és a későbbiekben is az érintés alapvető intimitásbarriererek mögé jutást jelent.

Bár egy időben Freud is megérintette a betegeit (elsősorban fejüket és nyakukat, stimulatív céllal), mégis a pszichoanalízis és más mélylélektani terápiaiban az érintés tabuvá vált, ugyanis a terápiás kapcsolat tisztaságát, egyértelműségét féltették tőle. A szerző saját tapasztalataira és kísérleti vizsgálatokra hivatkozva kifejti álláspontját, mely szerint az érintés megfelelően alkalmazva a lélektani kezelés hasznos segítőeszköze lehet. Haszna elsősorban a beteg önfeltérésének fokozásában és a kapcsolat bensőségessé válásának segítésében mutatkozik. Különösen pszichotikus esetekben mutatkozik jelentősége igen lényegesnek. Alkalmazásához a terapeutának fel kell dolgoznia saját idegenkedését az érintés problémájával kapcsolatban. Az alkalmazás természetesen ritkán és „takarékosan” történhet, és vannak kiemelt testtájai, melyek területén elsősorban számításba jöhetnek. Ilyenek: kezek, vállak, a hát felső területei. Az érintés ideje rövid, néhány másodpercig tarthat, ez még a „meleg” kézfogásra is vonatkozik. Az érintést a terápia három fázisában alkalmazzuk, különböző jelentőséggel: a bevezető fázisban csak a már létrejött stabil terápiás kapcsolat esetén ajánlatos. Egy kontrollvesztéstől féltő, össze-zavarodott beteg esetén szorongást és konfúziót fokozóvá válhat. Egy kivétel van, a krízisintervenció esete: ahol szinte a gyerekkori gondoskodásra jellemző reláció alakul ki, és az érintés a gondoskodás, a biztonságnyújtás kifejezője lehet.

Célszerű, ha a terapeuta a krízishelyzet elmúltával már tartózkodik az érintéstől. Az átdolgozási fázisban, ahol a beteg új érzelmi viszonyulások kialakítását tanulja önmagával és másokkal szemben, a terápiás kapcsolat modellként is szerepelhet új kapcsolati minták és intim kapcsolati formák kialakításában. A terápia befejező fázisában is alkalmazásra kerülhet sor, amennyiben a terápiás munka már elérte kitűzött célját.

Az érintés kommunikatív értelmével kapcsolatban egyesek, pl. Satir úgy vélik, hogy a verbális kommunikáció is lehet a kontextusa vagy metakommunikációja a nonverbális viselkedésnek. Általában a verbális kommunikációnak ad azonban az érintés nagyobb hangsúlyt. Tartalma elsősorban az érzelmi melegség és gondozás, gondoskodás kifejezése.

A dolgozat foglalkozik az érintés veszélyeivel. Fejtegetéseiben elsősorban a nem ártás orvosi elvének figyelembevételét javasolja: több visszaélés és ártalom következett be már ezen a területen. A beteg múltbeli tapasztalatai

alapján az érintést az orvosi helyzetben is félreértheti, és lerohanásnak, szexuális csábításnak foghatja fel. Bár az indulatáttétel értelmezése nagy lendületet adhat ilyenkor is a kezelésnek, az óvatosság inkább ajánlott. Egy külön súlyos probléma az az eset, amikor a terapeuta saját kontrollját átlépve áthágja a terápiás határokat, s ez rendszerint nyílt sexualis acting outhoz vezet. E törvényekbe ütköző cselekedet a résztvevő terapeuta minden érvelése ellenére is a beteg kihasználását, kizsákmányolását jelenti, és etikailag elfogadhatatlan. Egyébként ilyen esemény szinte kivétel nélkül fiatal, vonzó nőkkel fordul elő, és sohasem időse vagy csúnya, vagy nyomorék emberekkel, a szerző tapasztalatai szerint.

A szerző végül foglalkozik a téma kutatásának néhány konkrét lehetőségével és aktualitásával.

Süle Ferenc dr.

A hipnózis klinikai alkalmazása.
T. A. Wadden, C. H. Anderton:
Psychological Bulletin, 1982, 91,
215.

A szerzők a több mint 160, legnagyobb részben az utóbbi években született közlemény áttekintése során arra vállalkoznak, hogy a hipnózis klinikai alkalmazásával kapcsolatban általános következtetéseket vonjanak le, megoldatlan problémákra hívják fel a figyelmet és a további kutatásokra javasla-

tokat tegyenek. Áttekintenek egy sor vizsgálatot és kísérleti eredményt közreadó munkát, amelyek olyan betegségek, illetve állapotok hipnoterápiás eredményeivel foglalkoznak, amelyeknél a hipnózis gyakran alkalmazott kezelési mód.

Munkájuk során arra a következtetésre jutottak, hogy a tudományosság követelményeinek megfelelő klinikai kísérletek eredményei egybecsengenek Perry és munkatársai korábbi következtetéseivel (The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. J. Abnormal Psych. 1979, 88, 592), miszerint a hipnóziskezelés hatása más azoknál a betegségek-nél és állapotoknál, amelyek a személy akarati tényezőitől nem függetlenek (self initiated) — például obesitas, alkoholizmus vagy dohányzás —, és más azoknál, ahol ettől függetlenek — például bizonyos bőrgyógyászati betegségek, algesiák vagy asztma. Azt találták, hogy bár a hipnózis gyakran alkalmazott módszer az akarati tényezőktől nem független állapotok kezelésére, a hatása nem specifikus tényezőkön alapul, és a hipnabilitás mértékétől is független. Más a helyzet az akarati tényezőktől független állapotok hipnóziskezelésével. Ezeknél a hipnózis hatékony módszernek bizonyult, és a kezelés hatékonysága korrelációt mutatott a hipnabilitás mértékével. Magyaránként a következőket fűzik hozzá: a fenti állapotok, betegségek kétféle csoportja lényegesen különbözik egymástól

abban, hogy míg az egyik esetben (alkoholizmus, kábítószer-élvezet, dohányzás, obesitas) a tüneti visszelkedés közvetlen jutalmazás jellegű, a másik esetben averzív. Az első esetben a páciens a kezelés során konfliktust él át a rövid távú, illetve hosszú távú nyereség között, ugyanis egyiket fel kéne adnia a másik kedvéért. A második esetben a rövid távú nyereség egybeesik a hosszabb távú nyereséggel, így egymást erősítik és a beteg számára megkönnyítik a szugesztiók követését.

Rámutatnak arra, hogy a kísérleti metodika elég sok kívánnivalót hagy maga után — például erősen kérdéses, hogy a random módszer a kísérleti személyek kiválasztásánál helyénvaló eljárás-e. Hangsúlyozzák, hogy sokkal több ismeretre van szükség a különböző betegségek és állapotok etiológiájára, természetére, és a beavatkozás kontextuális tényezőire vonatkozóan, és további kutatást javasol ezek tisztázására.

A tanulmány nem vállalkozik arra, hogy a pszichológiai rendelkezések nagyobb körét is áttekintse, és ez teljesen érthető, hiszen az egy-két változóra leszűkített vizsgálat alkalmatlan lenne ezek megközelítésére és szélesebb érvényű következtetések levonására.

Mindazonáltal hasznos olvasmány mindenki számára, aki a hipnózist kísérletileg vagy terápiásan alkalmazza.

Flaskay Gábor dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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





KÖNYVISMERTETÉS

**Walter Becker, Hans Heinz Nau-
mann, Carl Rudolf Pfaltz: Hals-
Nasen-Ohren-Heilkunde** (Fül-orr-
gégegyógyászat). Georg Thieme
Verlag, Stuttgart—New York, 1983.
2. átdolgozott kiadás. 678 oldal, 95
színes felvétel, 356 kétszínű rajz, 81
táblázat és 250 vizsgakérdés. Ára:
39,— DM.

A zsebkönyvek sorozatban meg-
jelent tankönyv igen jó és alapos
áttekinztet ad a fül-orr-gégészetről,
részletesen kiegészítve a fej-arc-
nyak területén felmerülő traumatolo-
giai, daganatsebészeti és helyre-
állító, plasztikai sebészeti kérdé-
sekkel, valamint a szakma körébe
tartozó érzékszervi funkciók (hallás,
egyensúlyszerv, szaglás, ízézés)
utóbbi időben sokat fejlődött diag-
nosztikus lehetőségeivel.

A könyv az ismeretanyagot, a
diagnosztikus, terápiás kérdéseket
általában a legmodernebb szem-
pontok szerint tárgyalja, mindig
súlyt fektetve a határszaktákkal
közösen megoldandó feladatokra is.
Szinte vezérfonalszerűen közli a
tudnivalókat, ahol a szövegben min-
den szónak jelentősége van. Didak-
tikai szempontból igen dicséretre
méltó az anyag felépítése. Az ismer-
etanyag nagy részét pontokba fog-
lalja, ez az áttekinthetőséget és a
tanulást nagyon megkönnyíti. Normál
betűkkel nyomtatták az alap-
tudnivalókat, apró betűkkel a ki-
egészítendő információkat. Minden
résznél a legfontosabb irányelvekre
más szintű nyomással hívják fel
a figyelmet. A jó megérthetősé-
get számos sematikus ábrával és
rajzzal segítik elő. A differenciál-
diagnosztikát és az indikáció fel-
állítását ügyesen összeállított, jól
áttekinthető táblázatok könnyítik
meg. A könyvet közel 100 színes
fénykép egészíti ki. A nagyon jó mi-
nőségű fotók a legfontosabb elvál-
tozásokról pontos élethű képet ad-
nak.

A könyv 14 részre tagozódik:

1. Fül. Jó ábrák egészítik ki a
részletes anatómiai és élettani részt.
A könyv terjedelméhez mérten kie-
legítően foglalja össze a vizsgálat
eljárásokat, beleértve az audiomet-
riát is, ahol a fizikai egységeket
már SI rendszerben is ismerteti. A
fejezet, de egyben az egész könyv
egyedül kifogásolható része az idült
középfülgyulladásról foglalkozó
rész. Már a krónikus otitis media
csupán két részre, idült nyálkahár-
tya-gennyedésre és cholesteatomás
fülfolyamatokra való felosztása sem
felel meg a modern elveknek. E
mellett nem veszélytelen az általuk
idült nyálkahártya-gennyedéssel
járó középfülgyulladásnak nevezett
esetekben a konzervatív kezelési

módok (a dobüreg különböző szárí-
tó anyagokkal való kezelése, poly-
pok eltávolítása) propagálása. Bár
alább kitér a korai műtétek, tym-
panoplastika lehetőségére, a kiemelt
részben mégis a következőket írja:
„Az idült nyálkahártya-gennyedés
a krónikus otitis media egy formá-
ja, melynél a gyulladós folyamat
főleg a nyálkahártyára korlátozó-
dik, általában nem okoz progrediáló
csontleépülést, ezért szövődmény-
mentes, de elhúzódó a lefolyása”.
Ez a megállapítás a megbetegedés
banális voltának érzetét kelti az
olvasóban. A fejezet többi része
(cholesteatomás fülfolyamat, tym-
panoplastika, traumatologia, coch-
leovestibularis zavarok és kezelé-
sük stb.) modern elveket vall, jól
súlypontozott és a megértést szá-
mos táblázat és ábra segíti elő. Ezt
a részt rövid, a nervus facialisal
foglalkozó összefoglaló rész egészí-
ti ki.

2. Orr, orrmelléküregek és arc.
Jól felépített fejezet, mely a leg-
modernebb vizsgálati eljárások (si-
nuscopia, műtéti mikroszkóp) adta
lehetőségeket is ismerteti. Röviden,
1—2 sorban a ritka kórképeket is
összefoglalja. Bővebb teret szentel
a fizikális gyógymódoknak (aero-
sol, gőzölés, fizioterápiás módok,
balneo- és klímatherápia). Jól hasz-
nosítható az arc- és fejfájások el-
különítésére szolgáló, az orrvérzé-
sek és arcduzzanatok okait össze-
foglaló táblázat. A plasztikai el-
járásokat ismertető rész, a könyv
méréthez képest túl terjedelmes.

3. Szájüreg és garat. A témához
tartozó kérdéseket jól áttekinthe-
tően tárgyalja. Világos táblázatban
foglalja össze, de a szövegben is
részletezi a szájnyálkahártya kü-
lönböző elváltozásait és ezek okait.
Külön részben foglalkozik a glossi-
tisekkel. Részletesen kitér a ton-
silla góc szerepére. A tonsillecto-
miánál korrekt indikációkat állít
fel. Kitér a műtét kapcsán a hoz-
zártartozók által felvetett kérdésekre
(tonsilla védő szerepe, életkor,
műtét utáni gyakoribb meghülés
lehetősége stb.) adandó válaszra is.
Mandulakörüli tályog esetén az
abszcessionsillectomiát javasolja.
Mandula- és orrmandula-műtétek-
nél az intubációs narcosis mellett
tör lándzsát. Részletesen ismerteti
a száj-nyak területén fellépő neu-
ralgiákat, ami általában elhanya-
golt terület. Éppen csak érinti az
ajak- és szájpadhasadékokkal kap-
csolatos tudnivalókat. Behatóbban
foglalkozik a száj- és garatdaganat-
aival.

4. Gége és légcső. Jó anatómiai és
élettani ábrákkal bevezetett, a
többi részhez képest szűkre szabot-

tabb fejezet, melyben röviden, de
megfelelően foglalkozik a sérülé-
sekkel és gyulladós folyamatok-
kal is, de aminek nyomatókos hely-
lyét képezi a gége rosszindulatú
daganataival foglalkozó rész. Szem-
léletesek a műtéti típusok főbb el-
veit ismertető rajzok. Részletesen
tárgyalja és táblázatokkal, ábrák-
kal is szemléletesen teszi a légső-
metszés és intubáció indikációit,
technikáját.

5. Oesophagus. Rövidebbre fogott
fejezet, de a legfontosabb tudniva-
lókat tartalmazza. Jó táblázatban
foglalja össze a merev és flexibilis
csővel végzendő oesophagoscopia
indikációit. Megfelelően kihangsú-
lyozza a nyelőcső-idegentestek ve-
szélyességét. Kitér az oesophagus
motilitas zavaraira, varixokra, fis-
tulákra is.

6. Nyak. 16 oldalon keresztül
részletesen foglalkozik az anató-
miai és élettani ismeretekkel, na-
gyon jó ábrákkal segítve a megér-
tést. A modern vizsgálati eljárások
ismertetése mellett kihangsúlyozza
a nyak tapintásának fontosságát,
aminek menetét ábrán is bemu-
tatja. A bevezető részhez képest
szűkre szabottabb a nyirokcsomó-
megbetegedések ismertetése, de a
legfontosabb tudnivalók, ha csak
1—1 mondatban is, itt is megtalál-
hatók. A nyakon található egyéb
megbetegedések és tumorok rövid
ismertetése után néhány sorban ki-
tér a Daniels biopsziára és a me-
diastinoscopia-ra. E fejezet utolsó
részét a pajzsmirigy és fül-orr-gé-
gészlet összefüggésének szenteli,
alaposan megvilágítva a határterü-
leti kérdéseket.

7. Nyálmirigyek. Rövid anatómia,
élettani és vizsgálati módszereket
bemutató bevezető rész után rész-
letesen tárgyalja a gyulladós
megbetegedéseket, csak néhány sor-
ban foglalkozik a sialoadenosisok-
kal. A nyálmirigy-tumorok sebé-
szetében korszerű elveket ismert,
kihangsúlyozva a nervus facialis
megkímélését, ill. rekonstrukció-
ját.

8. Hangképzési- és beszédzavarok.
A könyv lehetőségeihez szabott rö-
vid fejezet, csak a legszükségesebb
tudnivalók ismertetésével. A feje-
zet bevezető soraiban kifejti, hogy
a foniátria speciális terület, szoros
kapcsolatban van más tudományok-
kal is, így céljuk a legáltalánosabb
tudnivalók összefoglalása.

9. Szakvéleményezés. A legfon-
tosabb károsodások NSZK-ban al-
kalmazott munkaképesség csökken-
tési százalékait adja meg.

A további rövid fejezetekben az
elsősegélyt igénylő megbetegedések
fellelhetőségi helyét ismerteti a
könyvben tartalomjegyzék szerint
(10.) majd az irodalomként fel-
használt könyvek jegyzékét adja
meg (11.). Ezután következnek az
önkontrollt elősegítő nagyon jó,
teszt módszer szerint összeállított
ellenőrző kérdések a megfajts kul-
csával (12—13.). A könyvet ponto-

san összeállított tárgymutató zárja (14.).

Összességében nagyon jól összeállított, korszerű és jól rendszerezett ismereteket tartalmazó, a szemléletességre és érthetőségre sokat adó tankönyvet ismerhettünk meg, a Thieme kiadót jellemző szép kivitelben. A művet a fül-orr-gégészetet tanuló egyetemi hallgatókon és szakorvosjelölteken kívül a szakma mindennapos gyakorlóit is rendszeresen és hasznosan forgathatják.

Tolnay Sándor dr.

Volker Faust, Günter Hole (hrsg.): **Psychiatrie und Massenmedien. Presse — Funk — Fernsehen** — Film. 1983. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 112 old. (Compendium Psychiatricum sorozat).

A weissenauai területi elmekórház 1983 elején másodikban rendezett szimpoziumot a pszichiátria és a tömegkommunikáció viszonyáról. Közismert, hogy ez a viszony feszült és problematikus. A pszichiátria úgy érzi, hogy a hírközlő eszközök hamis és egyoldalú képet adnak munkájáról a közvélemény számára, míg a tömegkommunikációs szakemberek elégtelenek a pszichiátria együttműködésével. A weissenauai szimpoziumon pszichiáterek találkoztak újságírókkal, filmesekkel, rádiósokkal, a televízió képviselőivel. Az előadók többsége kommunikációs szakember volt. A kötetben közreadott előadások igen érdekes módon járják körül a témát, és lényegében minden nézőpont, álláspont hangot kap. Mindkét oldal igen belátó a másikkal szemben, elismeri a másik fontosságát, érdekeit. Így az újságírók maguk bírálják a szenzációkereső, torzító híradásokat, és a pszichiáterek fejezik ki, hogy szükség van a társadalom tájékoztatására a pszichiátria gondjairól és mindennapi életéről.

A szerkesztők a közreadott előadásokat két nagy csoportba osztják. A nagyobb csoportban az általános kérdésfeltevésű írások kapnak helyet, a másikban a speciális érdekességűek. Az előadások némelyike egyszerűen csak magas színvonalon áttekint egy-egy problémavetületet, pl. a titoktartás érvényesülését a tömegkommunikációs munkában, stb. Néhány azonban igen mélyrehatóan elemzi tárgyát. Ilyen pl. Staehr írása, aki szerint a tömegkommunikációs szakembernek szociálterápiás felelőssége van, ha a medicina, de különösen ha a pszichiátria területéről ad hírt. A betegek érdekeit figyelembe kell vennie. Mint a pszichiáterek elmondották, ha az újságíró vagy a televíziós ezt teszi, sokat segíthet. Különösen a helyi sajtó lehet szövetségese a pszichiátriának. Erre F. Reimer hoz jó példákat, a sajtó megvédeheti a pszichiátriát betegeit a hátrányos társadalmi diszkriminációtól és hozzájárulhat a pszichiátri-

riai intézményes helyes társadalmi fejlesztéséhez. Az országos napisajtóval szemben már sok kifogása volt a résztvevőknek, ezek főleg a pszichiátria egyes hibáit nagyítják fel és tüntetik fel mint általánost. Különösen a pszichiátriát ápolók nehezményezik, hogy a tömegkommunikáció negatív képet alakított ki róluk a köztudatban, mivel egyes ápolók ellen bűnvádi eljárások indultak, és ezek túl nagy publicitást kaptak.

Egészében azonban a tömegkommunikáció segítette a pszichiátria fejlődésében, legalábbis Németországban (NSZK). A speciális tanulmányok is erre mutatnak. Egy igen érdekes előadás (F. Tretter munkája) a pszichiátriát betegekről és a pszichiáterekről készített filmeket vizsgálja meg. Bár sok filmmel szemben kritikussá (bizonyára magyar pszichiáterek számára nagyon népszerű lenne kritikus állásfoglalása a „Száll a kakukk fészkére...” című filmmel kapcsolatosan, hiszen ez a film nálunk is a pszichiáterek ellenszenvét vonta magára, a recenzens szerint nem jogosan), általában a filmeket a pszichiátriát ismeretterjesztés jó eszközeként tartja. Hasonlóan vitatkozó és kritikus, de sok pozitívumot is találó fejtegetés elemzi a pszichiátriáról szóló televíziós adásokat. Ehhez egy tartalomelemzésről beszámoló előadás is csatlakozik, ez a bajor televízió pszichiátriával foglalkozó műsorait vizsgálta. A kép itt is vegyes, de inkább pozitív. Végül a tömegkommunikáció előnyös hatásait két felmérés bizonyítja leginkább. A kötetnek ez a két legfigyelemre méltóbb, leginkább újat közlő tanulmánya. A részletesebb, Korczak és Pfefferkorn munkája a közvélemény attitűdjeit mérte fel a pszichiátriát betegekkel és az intézményekkel kapcsolatosan. Összehasonlítva korábbi felmérések adataival a közvélemény nagyarányú fejlődését lehetett kimutatni, és több jel valószínűsíti, hogy ez a tömegkommunikáció hatására is jött létre. Sokkal kevesebb az előítélet a betegekkel szemben, a pszichiátriát az emberek értékelik, gyógyító effektusát elismerik, és a pszichiátriában dolgozó szakembereket megfelelően látják, pl. elkötelezettségüket, szaktudásukat kiemelten becsülik. Jó helyen van a társadalmi tudatban a pszichiátriát ápoló is. A másik tanulmányban a két szerkesztő, Faust és Hole a betegek között végzett közvéleménykutatást, őket kérdezte meg, hogy mennyire értenek egyet a betegekről alkotott tömegkommunikációs képpel. Érdekes módon a betegek általában jó véleménnyel voltak a tömegkommunikációs műsorok pszichiátriái részéről, bár egy jelentékeny kisebbség kritikusan foglalt állást és voltak kifogásai műsorok ellen.

A kis kötet nagyon tanulságos, a pszichiátereken kívül a tömegkommunikációs szakemberek is haszonnal forgathatják. Meg kell

említeni, hogy a téma iránt van hazai érdeklődés is, hiszen a szerzői egyetemi klinika ugyanerről a témáról 1982-ben sikeres ankétot tartott. Sajnos a pszichiáterek és a tömegkommunikációs szakemberek találkozásának folytatását nem sikerült megszervezni, ennek azonban csupán technikai okai voltak, nem pedig a szándék és az együttműködési készség hiányzott. A kis könyv méginkább aláhúzza, milyen fontos az ilyenfajta párbeszéd.

Buda Béla dr.

Miriszlai Ernő: Hearing Impairment and the Labyrinthine Perilymphatic System. Akadémiai Kiadó, Budapest 1983. ISBN 963 05 3153 4.

Ritka örömet és élményt jelentett a recenzens számára a 134 oldalas, 77 fekete-fehér ábrával és 15 táblázattal illusztrált könyv elolvasása. A valaha a világ élvonalában számon tartott magyar fül-orr-gégészeti alapkutatás újra jelentkezésére már régen vártunk. Miriszlai sokéves céltudatos, tervszerű, szorgalmas és sikeres kutatásait foglalta össze e műben. A perilympa jelentőségét csak napjainkban kezdtük igazán felismerni s a világszerte most folyó kutatások között Miriszlai eredményei fontos helyet foglalnak el. A korábbi ismereteket röviden vázolván a legújabb megismeréseket tárgyalja. Korszerű — részben általa kidolgozott — módszerekkel a perilympa számos tulajdonságát, valódi szerepét sikerült tisztázni. Külön fejezetben tárgyalja az alig 15 éve felismert perilympa-sipoly és kerekablak-ruptura kérdését.

A könyv szövege a klinikus számára is rendkívül olvasható. Lebilincselően, izgalmasan írja le az állatkísérleteken, klinikai megfigyeléseken alapuló kutatások logikus menetét, anélkül, hogy tudományos hitelességéből, meggyőző erejéből veszítene. A könyvből nemcsak a hallás és az egyensúly-érzés zavarai (pl. a Menière-syndromával), azok konzervatív és műtéti gyógyításával foglalkozó fülész és idegsebész tanul sokat, de az általános gyakorlatot folytató belgyógyász, az üzemorvos, repülőorvos és sportorvos is haszonnal forgathatja lapjait. Számos kérdésben új szemlélet, értékes ismereteket szerez.

A kötetet a teljesség igényével összeállított (1983-ig terjedő!) irodalmi hivatkozás és jó tárgymutató egészíti ki. Külön megemlítendő a kitűnő, szakszerű fordítás, Gosztorny Éva munkája. Néhány esetben a laikus olvasó számára érdekes jobban szembeötlő lett volna az eredeti, hiteles görbék nagyobb léptékű ábrázolása. A nyomdai kivitel egyébként kifogástalan, de ez a könyv jobb kivitelű, tartósabb kötést érdemelt volna.

Götte Árpád dr.

1984. április 20-án, délelőtt ünnepélyes keretek között került sor a Weil-teremben — immáron huszonharmadszor — az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Elnöksége, az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat Igazgatósága, valamint az Orvosi Hetilap Szerkesztő Bizottsága és Szerkesztősége által alapított „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-aknak kiosztására, kiemelkedő referenseink jutalmazására és az „Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékérem” átadására.

Az ünnepséget Trencsényi Tibor dr. felelős szerkesztő nyitotta meg, majd az emlékeőadást Petrányi Gyula dr. akadémikus, a Szerkesztő Bizottság tagja tartotta „Markusovszky szellemének idézése a 3. évezred küszöbén” címmel.

Az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-akat és a jutalmakat Fízi István dr., az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete főtítkára nyújtotta át.

„Orvosi Hetilap „Markusovszky-díj”-ban részesültek:

1. Szobor Albert dr. (Fővárosi Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Organicus Idegosztály): az Orv. Hetil. 1983. évi 25. számában megjelent „A látóideggyulladás viszonya a sclerosis multiplexhez” c. közleményéért.

2. Kecskeméti Valéria dr. (Simmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszertani Intézet): az Orv. Hetil. 1983. évi 49. számában megjelent „Prosztanoidok (prostaglandinok, tromboxánok, prosztaciklin) és leukotriének” c. közleményéért.

3. Dávid Károly dr. és Halmy László dr. (BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei, I. Belgyógyászati Osztály): az Orv. Hetil. 1983. évi 15. számában megjelent „A hepatitis B mag antigén elleni antitest (anti-HBc) előfordulásának vizsgálata idült, diffúz májbetegségekben” c. közleményükért.

4. Környei Vilmos dr. (Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kaposvár, Gyermekkardiológiai Gondozó): az Orv. Hetil. 1983. évi 7. számában megjelent „Az ischaemiás szívbetegség primaer megelőzéséről. Lehetséges és indokolt teendők gyermekkorban” c. közleményéért.

5. Dobos Matild dr., Román Hajnalka dr. és Szakmáry Éva dr. (Simmelweis Orvostudományi Egyetem II. Gyermekklinika): az Orv. Hetil. 1983. évi 30. számában megjelent „Citogenetikai vizsgálatok citotoxikus szerekekkel kezelt gyermekek limfocita tenyésztésében” c. közleményükért.

6. Endres Mária dr. (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet): az Orv. Hetil. 1983. évi 37. számában megjelent „Elmélet és gyakorlat összefüggései a hemiplegiások rehabilitációjában” c. közleményéért.

7. Varga Lajos dr. (Városi Kórház-Rendelőintézet, Szentes): az Orv. Hetil. 1983. évi 18. számában megjelent „Az exanthema subitum jelentősége a körzeti gyermekorvosi gyakorlatban” c. közleményéért.

8. Vilmon Gyuláné (Simmelweis Orvostudományi Egyetem Könyvtára): az Orv. Hetil. 1983. évi 6. számában megjelent „Orvosi közművelődésünk — és könyvtáraink — hőskora” c. orvostörténelmi közleményéért.

9. ifj. Mennner Ödön (gyógyszertárvezető, Vásárosnamény): az Orv. Hetil. 1983. évi 24. számában megjelent „Mennner Adolf dr. (1824—1901),” c. orvostörténelmi közleményéért.

10. Szállási Árpád dr. (körzeti főorvos, Esztergom): az Orv. Hetil. 1983. évi 44. számában megjelent „Högyes Endre pesti kinevezésének centenáriuma” c. orvostörténelmi közleményéért.

Kiemelkedő referensi munkájukért jutalomban részesültek: Angeli István dr., Aszódi Imre dr., Berkessy Sándor dr., Laczay András dr., ifj. Pastinszky István dr., Viczián Antal dr.

Az „Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékérem”-t Rózsashegyi István dr. kapta azért a szoros, kiemelkedő együttműködésért, amelyvel évtizedek óta szerkesztőségi munkánkban közreműködött.

Az ünnepség keretében a Medicina Könyvkiadó igazgatója, Arky István dr. bevezetője után, Brencsán János dr. szaktanácsadó főszerkesztő osztotta ki, ill. adta át a nívójutalmakat.

A Medicina Könyvkiadó 1983-ban megjelent könyvei közül nívójutalomban részesültek:

Barta Ottó (szerk.): Az ortopédia tankönyve.

Antalóczy Zoltán: Kardiológia. Lozsádi Károly: Veszületek szívbetegségek klinikopatológiája.

Donáth Tibor: Anatómiai atlasz. Hárđi István: A dinamikus rajzvizsgálat.

Goldschmidt Dénes—Halász Péter: Alvás, álm, álmatlanság. de Chatel Rudolf: Hipertónia.

Magyar Imre: Az orvos és a beteg.

Buga László: Orvosnaplómat még mindig írom.

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Fialat Orvosok Tudományos Fóruma 1984. május 29-én (kedden) 14 órakor, a Kórház kultúrtermében tudományos ülést tart.

1. Bocskai Tamás dr., Sziđjártó Ferenc dr.: Szokatlan nagyságú húgycsőkö operált esete.

2. Gara Ildikó dr., Hidasi Zsuzsa dr.: Az otitis externa malignáról, eseteink kapcsán.

3. Szűcs Gábor dr.: Líbiai tapasztalatok.

A Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Bizottsága 1984. május 30-án, du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) tudományos ülést tart.

A Tüdőosztály tudományos előadásai

Üléselnök: Fiala Ervin dr.

Hankovszky Mária dr.: Tapasztalataink a tüdődaganatok sugárkezeléséről.

S. Tóth Mária dr.: Hasúri folyamatokhoz társuló mellkasi elváltozások.

Dévai Ágnes dr.: Mellkasi folyadékok differentialdiagnosztikája.

Berki Lucia dr.: Spontán pneumothorax, mint specifikus tüdőmegbetegedés első tünete.

Pálinkási Szvetlána dr.: Alveolarsejtes rák, mint differentialdiagnosztikai probléma.

A Fővárosi Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1984. június 7-én (csütörtökön) 14 órakor, a Kórház Tanácstermében („B” ép.) tudományos ülést tart.

Faragó János dr., Barna István dr., Barna János dr.: Metronidazol (Flagyl) szerepe a szülészeti-nőgyógyászati műtétek profilaxisában.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója 1984. június 6—8. között Tatán, a budapesti KISZ-Továbbképző Intézetben (Fáklya u. 4.) rendezi XXXI. vándorgyűlését.

Június 6. (szerda) 9.00 óra

Prof. Burger Tibor, a Társaság elnöke: Megnyitó.

Süle T. (Pécs): A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseiről.

Sz ü n e t

Plenáris ülés.

Üléselnökök: Süle T., Boros Gy.

Prof. Burger T. (Pécs): Chronicus vesebetegséghez társuló neuroendocrin zavarok (referátum).

2. Süle T. (Pécs): A glomerulonephritisek terapiája (referátum).

3. Sámik J., Nagy J. és mtsai (Pécs): Ólommérgezés.

4. Végh G., Törő M. és mtsai (Székesfehérvár): Renalis tubuláris acidosis különös megjelenési formája.

5. Boros Gy., Mágel F., Szabó Z. (Kaposvár): Az interstitialis (phenacetin) nephritis klinikai jellemzői.

6. Orbán I. (Kaposvár): Analgeticum abusos és vesekő-képződés összefüggései.

Sz ü n e t

Cardiológia

Üléselnökök: Böszörményi E., Brenner F.

7. *Varga J., Gajda J. és mtsai* (Tata): Nitrogen-oxydul-analgesia acut myocardialis infarctusban és ISZB-ben.

8. *Buzási Gy., Böszörményi E. és mtsai* (Balatonfüred): A mitrális billentyű prolapszus és az isemiás szívbetegség kapcsolata.

9. *Veress G., Böszörményi E. és mtsai* (Balatonfüred): Repetitiv kamrai tachycardia elektrofiziológiai vizsgálata.

10. *Radnai B., Bódis L. (Pécs):* A carotis sinus reflex klinikai jelentőségéről.

11. *Horváth M., Németh L. és mtsai* (Balatonfüred): A radiociklogramtól a parametrikus amplitudofázis scanig.

12. *Andréka B., Háfenschér I. és mtsai* (Győr): Nukleárkardiológiai és EKG-vizsgálatok összehasonlítása a szívinfarktus rehabilitációjában.

Szűnet

15.00 óra

Nephrologia

1. terem

Üléselnökök: *Gofman L., Karátson A.*

13. *Kulcsár I., Varga J. és mtsai* (Szombathely): A szérum kis- és közép molekulasúlyú anyagainak változása haemodialízissel (HD) és peritoneális dialízissel (PD) kezelt betegekben.

14. *Gofman L., Hock A. és mtsai* (Pécs): Tapasztalataink a chronicus veseelégtelenség kezelésében intermittáló peritoneális dialízissel.

15. *Karátson A., Rácz L. és mtsai* (Pécs, Kaposvár): Cserélhető peritoneális dialízis katéterrel (Replacath) szerzett tapasztalataink.

16. *Rácz L., Karátson A. és mtsai* (Pécs): A Gramoxon intoxikáció kezelésének lehetőségei és korlátai (36 beteg körlefeljárásának elemzése).

17. *Németh L. (Győr):* Peritoneális dialízis tartós alkalmazásának lehetőségei és korlátai.

18. *Székely J., Rácz L. és mtsai* (Pécs): A hemoperfúzió javallata, technikája és mellékhatásai.

Szűnet

Endocrinologia

Üléselnökök: *Láng L., Tremmel O.*

19. *Varga I., Kenderesi P. és mtsai* (Kaposvár): Az időskori hyperthyreosisról.

20. *Horváth O., Andréka B. és mtsai* (Győr): A pajzsmirigy hideg göbök differenciáldiagnosztikája.

21. *Andréka B., Háfenschér I. és mtsai* (Győr): A pajzsmirigybetegségek kezelése alatti nukleárkardiológiai paraméterek változása.

22. *Sipos E., Andréka B., Háfenschér I. (Győr):* Pajzsmirigybetegségek ambuláns kezelése Győr-Sopron megyében.

23. *Wenczl M., Varga J. és mtsai* (Szombathely): Cerebrális meszes-

dés strumipriv hypoparathyreosisban.

24. *Petz A., Szekeres Gy. és mtsai* (Pécs): A pajzsmirigy vékonytű-biopsiával szerzett tapasztalataink.

Szűnet

15.00 óra

Cardiologia

2. terem

Üléselnökök: *Bohenszky Gy., Tarján J.*

25. *Veress G. Böszörményi E. és mtsai* (Balatonfüred): Sinus csomó dysfunctióhoz társuló akcelerált idionodalis- és idioventricularis rhythmus.

26. *Brenner F., Kocsis J., Szentcsiki M. (Tatabánya):* A bypass pálya vezetésének gyógyszeres gátlása WPW típusú kamrai praexcitációban.

27. *Herr Gy., Tunyogi Cs. és mtsai* (Nagyatád): Koponyaúri nyomásfokozódás hatása a szív ritmusára.

28. *Szelier A., Baltás E. és mtsai* (Székesfehérvár): Intracavitális EKG-görbék elemzésével szerzett tapasztalataink.

29. *Deák Gy., Martos J. és mtsai* (Sopron): Systolés időintervallumok emelkedett gamma-GT esetén.

30. *Szlávi J. (Ajka):* Ritmuszavarok képében zajló myocarditis.

Szűnet

Üléselnökök: *Horváth M., Herr Gy.*

31. *Mézes P., Varga J. és mtsai* (Győr): Szokatlan formában jelentkező endokarditiszek.

32. *Erényi O., Rohonyi B. (Sopron):* III.-fokú atrioventricularis blockkal társult aortagyöki granuloma rheumatoid arthritisben.

33. *Szabó P., Badics A. és mtsai* (Székesfehérvár): Tapasztalataink a parenterális Nitroglycerin alkalmazásával ischaemiás szívbetegségekben.

34. *Ludvig K. L.-né, Szegfalvi E. és mtsai* (Balatonfüred): Az öregkori EKG (IV.) Longitudiális vizsgálatok tapasztalatai.

35. *Gulyás J., Rednik A. és mtsai* (Veszprém): EKG monitorozás felső panendoscopus vizsgálatok alatt.

36. *Erdősi A., Laki M. (Sárvár):* Ritmuszavarok előfordulása osztályunk anyagában.

Szűnet

15.00 óra

Diabetes mellitus

3. terem

Üléselnökök: *Zulik R., Csermely F.*

37. *Bereczki Z., Pátkay J. (Dunaújváros):* Specifikus szövődmények 25 évet meghaladó diabetes-tartam után (52 eset elemzése).

38. *Petrányi Gy., Bojta J., Németh Cs. (Budapest):* Cukorbeteg-gondozás otthoni vércukorprofilok

és glikozilált hemoglobin-vizsgálat párhuzamos alkalmazásával.

39. *Matoltsy A., Gilicz A., Csermely F. (Nagykanizsa):* Numerikus modellre épülő oGTT klinikai alkalmazása.

40. *Nagy Á., Fendler K., Hazafi K. (Pécs):* Vaszkuláris szövődmények rizikófaktoraik időszerű diabetes mellitusban szenvedőkön.

41. *Tornóczky J., Ruzsa Cs. és mtsai* (Nagykanizsa): A cukorbetegség helyzete a Dél-Dunántúlon 1983-ban.

Szűnet

Üléselnökök: *Petrányi Gy., Szontágh Cs.*

42. *Tarnai E. (Szombathely):* Lehet-e hatása a Zinknek, mint nyomelemnek a diabetes mellitusban?

43. *Andits T., Kiss G. (Szombathely):* A glukoztolerancia változása uraemiában.

44. *Tóth A., Tornóczky J. és mtsai* (Szekszárd): Élesztősejt fagocitózis vizsgálata diabetes mellitusban.

45. *Bakos J., Gyimesi J.-né és mtsai* (Székesfehérvár): A cukorbetegnek nevelésével szerzett gyakorlati eredményeink.

46. *Maros É., Hajós K. és mtsai* (Pincehely): Munkahelyi szűrés kiterjesztése cukorbetegség irányában.

Szűnet

Június 7. (csütörtök) 9.00 óra

Haematologia

1. terem

Üléselnökök: *István L., Bán A.*

47. *Nagy I. (Pécs):* Az antithrombin III. kutatás jelene, klinikai jelentősége (referátum).

48. *Oláh K., Kerényi M. és mtsai* (Zalaegerszeg): Von Willebrand-betegség előfordulása, diagnosztikája és a szövődmények kezelése: Praeoperatív profilaxis.

49. *Dolgos J., Patakfalvi A. (Zalaegerszeg):* Disseminált intravasalis coagulopathia (DIC) ritka esete.

50. *Losonczy H., Nagy I. és mtsai* (Pécs): Véralvadási vizsgálatok CLL-ben.

51. *Balogh J., Manton É. és mtsai* (Hegyfalu, Szombathely): Dopegyt okozta autoimmun haemolytikus anaemia esetek tanulságai.

52. *Bariska I., Rácz P. és mtsai* (Szombathely): Haemostaseológiai vizsgálatok retinopathia diabeti-caban.

Szűnet

Üléselnökök: *Burger T., Nagy I.*

53. *István L. (Szombathely):* Referátum: AIDS — új fertőző betegség? Adatok, érvek, ellenérvek.

54. *Bodnár M., Göblyös P. és mtsai* (Szombathely): Sonographia és computertomografia együttes alkalmazásának tapasztalatai malignus lymphomás betegek stagingjében és restagingjében.

55. *Marton É., Bokor N. és mtsai* (Szombathely): Gastrointestinalis

lokalisatiójú non-Hodgkin malignus lymphomák beteganyagunkban.

56. *Tóth T., Egyed M. és mtsai* (Kaposvár): Malignus lymphomát imitáló reaktív nyirokcsomó-folyamatok.

57. *Molnár L., Burger T. és mtsai* (Pécs): Cytogenetikai vizsgálatok non-Hodgkin malignus lymphomában.

58. *Schmelcz M., Burger T. és mtsai* (Pécs): Szérum béta-2-microglobulin vizsgálata krónikus lymphoid leukaemiás betegeinknél.

Sz ü n e t

Üléselnökök: *Patakfalvi A., Losonczy H.*

59. *Miszlai Zs., Füst Gy. és mtsai* (Pécs): CI esterase inhibitor, néhány komplement faktor, immunkomplex koncentráció változásának prognosztikai jelentősége malignus haematológiai kórképekben.

60. *Várbíró M., Alcis S. és mtsai* (Szombathely, Wien): A CHOP-polychemoterapiás protokoll alkalmazása malignus lymphomákban.

61. *Szabó K., Cserháti I. és mtsai* (Szombathely, Pécs): Splenektómia hatása alacsony malignitású non-Hodgkin malignus lymphomákban.

62. *Werling K., Kilár F. és mtsai* (Pécs): Paraproteinaemiás betegek szérumának ultracentrifugás analízise.

63. *Bencze K., Patakfalvi A. és mtsai* (Nagyatád, Marcali, Zalaegerszeg): Malignus és benignus monoclonalis gammopathiában észlelt ritka komplikációk, ill. szervi manifestációk.

64. *Farkas J., Ferenczy S. és mtsai* (Zalaegerszeg): Extramedullaris myeloma szokatlan lokalizációjú, ritka esete.

Sz ü n e t

Június 7. (csütörtök) 9.00 óra

Gastroenterologia

2. terem

Üléselnökök: *Simon L., Rumi Gy.*

65. *Rumi Gy., Németh Á. és mtsai* (Pécs): Ulcusyanu miatt végzett endoscopos vizsgálatok vesebetegyekben.

66. *Sziládi E., Tornóczky J. és mtsai* (Szekszárd): A nyelvcső functionális vizsgálata cukorbetegyekben.

67. *Rácz I., Téri N. és mtsai* (Győr): A chronicus nonspecificus bulbitis endoscopos diagnosizálásáról.

68. *Sinka L., Lakatos L.* (Veszprém): A reflux-oesophagitisről az endoscopia tükrében.

69. *Kubinyi K., Csók I. és mtsai* (Kaposvár): Oesophagus varixek sclerotizálása.

70. *Küronya P., Mészáros S.* (Ajka): Időskori óriás gyomorfekély endoszkópos vizsgálatával szerzett tapasztalataink.

Sz ü n e t

Üléselnökök: *Nemes T., Zsembery D.*

71. *Pák G., Zsembery D. és mtsai* (Dorog): Egyszerűsített színes videotechnika alkalmazása osztályunk gastroenterológiai gyakorlatában.

72. *Mátai I., Schmidt I. és mtsai* (Szekszárd): A Ranitidin terápiás hatásának vizsgálata nyombélfekélyes betegekben.

73. *Bokor N.* (Szombathely): A gyomor-lymphomák praeeoperatív diagnosztikája és ennek nehézségei.

74. *Balázs P., Metzl J. és mtsai* (Sopron): A gyomor magas malignitású non-Hodgkin lymphomája.

75. *Solt J., Kádas I., Stephen R.* (Pécs, London): Hormonmeghatározások jelentősége a gyomor apudoma felismerésében és kezelésében.

Sz ü n e t

Üléselnökök: *Kelle L., Rednik A.*

76. *Wenczl M.* (Szombathely): Ftorafur, Adriamycin, Mitomycin-C (FAM) kezelés értékelése előrehaladott gyomor és pancreas neoplasmában.

77. *Horváth Á., Nemes T. és mtsai* (Kaposvár): Többcsörri melaenát okozó jóindulatú vékonybél-daganat.

78. *Székely I., Solt I. és mtsai* (Székesfehérvár): Gyomor/nyombél perforált betegek 2 éves utánvizsgálata.

79. *Lakatos L., Vándorfi Gy. és mtsai* (Veszprém): Adatok a diabetes mellitusban előforduló gastrointestinalis motilitási zavarokhoz.

Sz ü n e t

Június 7. (csütörtök) 15.00 óra

Haematologia

1. terem

Üléselnökök: *Tornóczky J., Várbíró M.*

80. *Patakfalvi A.* (Zalaegerszeg): Tuberkulózis okozta haematológiai kórformák megjelenési formái és a diagnózis lehetősége 24 eset ismertetése kapcsán.

81. *Lovász E., Balikó Z. és mtsai* (Szekszárd): Klinikai megfigyelések non-lymphoid acut leukaemiákban.

82. *Fodor D., Gautier B. és mtsai* (Szombathely, Hegyfalú): Korszerűen kezelt haemoblastosisos betegek tüdőszövődmiyelnek retrospektív elemzése.

83. *Gelencsér É., Patakfalvi A. és mtsai* (Zalaegerszeg): Emlőrák FAC protokoll szerinti kezelése kapcsán jelentkező gyógyszeres cholestatis.

84. *Paálka I.* (Pécs): A citosztatikus kezeléshez társuló hányinger csökkentése motiliummal.

85. *Szilágyi O., Pál K. és mtsai* (Székesfehérvár): A toxoplasmosis gyakorisága nyirokcsomó megnagyobbodás miatt osztályunkra került betegeinknél.

86. *Hamvas J., Hambach J. és mtsai* (Esztergom): Familiáris előfordulású immunglobulin-hiányos állapotok esetismertetése.

87. *Hazafi K., Reményi J. és mtsai* (Pécs): Időskorúak szérumvizsgálata szérum ferritin és szérum béta₂-mikroglobulin szintek alakulása.

Sz ü n e t

Június 7. (csütörtök) 15.00 óra

Érbetegségek

2. terem

Üléselnökök: *Horváth T., Mészáros I.*

88. *Szokola J., Bohenszky Gy. és mtsai* (Pécs): Non invazív módszerek alkalmazása a perifériás érbetegségek diagnosztikájában.

89. *Nemes T., Horváth L. és mtsai* (Pécs): Tartós eredmények a vese arteria stenosis okozta hypertonia Dotter-féle kezelése után.

90. *Tábor I., Horváth F.* (Marcali): Ischaemiás szívbetegséget utánzó arteria pulmonalis obstructio.

91. *Varga L., Tóth M. és mtsai* (Győr): Congenitalis ér-hypoplasias eset ismertetése.

92. *Tihanyi L., Török M. és mtsai* (Balatonfüred): A dohányzás, a cholesterolin és béta-lipoprotein kockázati tényező szerepe az obliteratív verőérbetegség kialakulásában.

Sz ü n e t

93. *Pfizer Tudományos Központ* (USA, Bpest.): Haemodynamika; betekintés az antihypertensív terápiába. Filmvetítés.

Sz ü n e t

Varia

Üléselnökök: *Zsámbéky P., Ablonczy P.*

94. *Zsembery D., Pák G.* (Dorog): Vegyi anyagok okozta acut mérgezések gyógyult esetel.

95. *Szabó T., Lutor I. és mtsai* (Székesfehérvár): A Nizoral (Ketoconazole) hatékonysága gombapneumoniában, szájjüregi mycosisban.

96. *Palaczki A., Csapó G.* (Dunaújváros): TBC belgyógyászati osztályon.

97. *Schlittné Csrnók Á.* (Pécs): A gyógytornász szerepe időskorú betegek rehabilitációjában.

Sz ü n e t

Június 7. (csütörtök) 15.00 óra

Cardiologia

3. terem

Üléselnökök: *Erdélyi K., Bokor Zs.*

98. *Erdélyi K., Böszörményi E. és mtsai* (Balatonfüred): A Sensit haemodinamikai hatása ischaemiás szívbetegyekben.

99. *Szabó Zs.* (Tatabánya): Kezdeti tapasztalatok echocardiográfiával cardiológiai profilú belgyógyászati osztályon.

100. Józán M., Muth L. és mtsai (Szekszárd): A diabetes mellitus és szívinfarktus.

101. Nagy L., Tóth A. és mtsai (Tatabánya): Az ún. „néma” szívizom infarctus eseteink tanulságai.

102. Lukácsy A., Gasztonyi Z. (Győr): Intravénás vagy intracoronáriás Streptokinase kezelést acut myocardialis infarctusban?

103. Tarján J., Wágner Gy. és mtsai (Szekszárd): Az acut myocardialis infarctus fibrinolyticus kezelése Tolna megyében.

104. Dinnyés J., Szontagh Cs. (Esztergom): Pacemaker terápiával szerzett tapasztalataink.

S z ü n e t

Üléselelnökök: Ludvigh K., Hazafi K.

105. Völgyi K., Kretzer A. (Zalaegerszeg): Szabályos EKG, kóros szív.

106. Laki M., Erdősi A. (Sárvár): A szívbetegség ellátása a sárvári kórház vonzáskörzetében.

107. Hepp Cs., Szűcs I. (Tatabánya): Endobronchialis és bal pitvari hamartoma.

108. Császár T., Patakfalvi A. és mtsai (Zalaegerszeg): Disszekáló aorta aneurysma élőben felismert, szokatlan lokalizációjú és lefolyású esete.

109. Pelyhe J., Herr Gy., és mtsai (Nagyatád): A digitalis intoxicációról egy eset kapcsán.

110. Mészáros I. (Tapolca): A hipertónia Betaloc (metoprolol) kezeléséről.

111. Czinszky L., Zulik R. (Tatabánya): A nifedipin (Corinfar) hatása hipertóniás krízisben.

112. Bors J., Szabados Gy. és mtsai (Veszprém): Tapasztalataink systemás thrombolitikus kezeléssel acut myocardialis infarctusban és végtagi thrombosisban.

S z ü n e t

Június 8. (péntek) 9.00 óra

Hepatológia

1. terem

Üléselelnökök: Pár A., Gogl Á.

113. Horváth T., Pár A. és mtsai (Pécs): Gyógyszeres interakciók elvi lehetőségei májbetegség Catergen-kezelése során.

114. Pár A., Pácsa S. és mtsai (Pécs, Bpest.): Serum alfa-foetoprotein -s béta₂-microglobulin vizsgálatok ELISA technikával krónikus hepatitisekben.

115. Tóth Gy., Mátyai I. és mtsai (Szekszárd): A biliaris „sump”

(szifon) syndroma és belgyógyászati kezelése.

116. Illés M., Gazdag R. és mtsai (Nagykanizsa): Gyors tesztek az acut pancreatitisek diagnózisában.

117. Bende M., Tóth Gy. és mtsai (Szekszárd): Az ERCP szerepe az epehólyag változásainak megítélésében.

118. Térei N., Rácz I. és mtsai (Győr): Krónikus pancreatitis és pancreas carcinoma ERCP vizsgálatunkban.

S z ü n e t

Üléselelnökök: Solt I., Simon K.

119. Kelle L., Verkmán S. és mtsai (Nagyatád): Endoszkópos retrograd cholangio-pancreatographia jelentősége biliodigestív anastomosisokban.

120. Kiss H., Illyés T. és mtsai (Komlód, Pécs): Májbiopsziás és szkleroterápiával kiegészített gasztroszkópos párhuzamos vizsgálatunk eredményei és problémái.

121. Benyő I., Róna Gy. és mtsai (Ajka): Ultrahang célzással végzett vékonytű punctio.

122. Dávid D., Pák G. és mtsai (Esztergom, Dorog): Tenckhoff catheter alkalmazása nem vesebetegségben szenvedőkön.

123. Vizer Gy., Jilek Zs. (Pápa): Részleges véna mesenterica és véna portae thrombosis okozó mesenterialis panniculitishoz társult proteus sepsis gyógyult esete.

124. Vezekényi Zs., Anyal P. és mtsai (Pécs): Az új összetételű Kálium-R tableta belgyógyászati alkalmazása.

125. Ablonczy P., Pisztora F. és mtsai (Szekszárd): Egyes táplálkozási és anyagcserebetegségek, valamint hipertensio előfordulása pszichiátriai osztály beteganyagában.

S z ü n e t

Június 8. (péntek) 9.00 óra

Poszterterem

Üléselelnökök: Varga L., Varga J.

126. Ambrusics A., Bán A. (Zalaegerszeg): Súlyos pancreatitis Calcitonin-kezelése.

127. Pintér Gy., Bán A. (Zalaegerszeg): Nagy adag DI-ADRESON F aqnosum antiemetikus hatása a citosztatikus terápiában.

128. Novothny Gy., Fenyőházi L. és mtsai (Szekszárd): A rheumatoid arthritis diagnosztikájának lehetőségei xerodiagnóziával és izotóp módszerrel.

129. Hambach J., Hamvas J. (Esztergom): Polycythaemia vera

és anaemia perniciosa együttes fennállása egy betegnél.

130. Balogh I., Ruttner P. és mtsai (Nagykanizsa): „Acut pancreatitis Q-T-syndromával”.

131. Pál K., Solt I. és mtsai (Székesfehérvár, Bpest.): Alkalikus reflux talaján kialakult krónikus vérzést okozó erozív gasztritisz műtéti kezelése.

132. Pap Zs. (Győr): Májmetastasisok ultrahangtechnikával.

133. Gödölle Z., Brenner F. és mtsai (Tatabánya): Kísérletes modell a koronáriabetegség és a szívinfarctus primér prevenciójához.

134. Szitter Á., Tremmel O. és mtsai (Sopron): Carcinoid-syndroma.

135. Udvardi E., Varga J. és mtsai (Tata): Benignus symmetrius generalisált lipomatosis.

136. Eigner Gy., Varga J. és mtsai (Tata): Morbus Schamberg.

S z ü n e t

Június 8. (péntek) 9.00 óra

Rheuma

3. terem

Üléselelnökök: Vértes P., Balogh I.

137. Vértes P. (Bpest.): A polymyositis klinikuma és etiológiája az újabb kutatások tükrében (referátum).

138. Bálint G., Domján J. és mtsai (Bpest.): Fénylukkártyarendszer alkalmazása a diagnosztikában és terápiában.

139. Gaál M., Szatmári I. és mtsai (Bpest.): Leym-arthritis esete.

140. Róna Gy., Masszi J. (Ajka): Arthropathia psoriatica és amyloidosis.

141. Tantó Zs., Molnár L. és mtsai (Harkány): Calcitonin (SANDOZ) alkalmazása alsóvégtagi algodystrophiában.

142. Úrmösi A. (Tatabánya): A postlaminectomias syndroma a rheuma-szakrendelés anyagában.

143. Molnár É., Sik M. és mtsai (Harkány): Osmiumtetraoxidallal történő kémiai synovectomia klinikai tapasztalatai.

144. Filmvetítés. Pfizer Tudományos Központ (USA, Bpest.): Az ízületi betegségek gyógyszeres kezelése.

Tudnivalók

Hozzászólás 2 perc, előadások időtartama 8 perc.

Vetítési lehetőség: 5×5 cm-es diaposzitiv és írásvetítő.

Felvilágosítást ad: Varga József dr. főorvos, Tata, Pf.: 13., 2891.

Recenzióra érkezett külföldi szakkönyvek

(Ismertetésük folyamatban)

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Beérk.	Könyv szerzői	A könyv címe, megjelent.		Ára: DM
I. 9.	Thurn, P Friedmann, G	Computertomographie der Wirbelsäule und des Spinalkanals. Bd. 38	1983	85,—
II. 22	Schweisguth, O	Solide Tumoren im Kindesalter	1984	148,—
II. 22	Hepp, W. R	Radiologie des Femoro-Patellargelenkes Bd. 37	1983	55,—
II. 22	(szerk) Dannecker, M Sigusch, V	Sexualtheorie und Sexualpolitik Bd. 59	1983	36,—
II. 22	Treumer, H	Silikon-Permanent-Kontaktlinsen zur optischen Korrektion der Aphakie Bd. 1	1983	78,—
II. 22	(szerk) Lund, O-E. Waubke, Th. N.	Degenerative Erkrankungen des Auges Heft 97	1983	55,—
II. 22	Palitzsch, D	Pädiatrie	1983	49,80
II. 22	Schwinger, E Froster-Iskenius, U.	Das Marker-X-Syndrom	1983	29,80
II. 22	Wilhelm, D	Verantwortung und Vertrauen bei Arbeitsteilung in der Medizin	1984	44,—

Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Beérk	Könyv szerz.	A könyv címe, megjelent:		Ára: DM
II. 7.	(szerk) Kaulhausen, H Schneider, J	Schwangerschaftsbedingte Hypertonie	1983	48,—
II. 7	Schrör, K	Prostaglandine und verwandte Verbindungen	1984	68,—

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Beérk	Könyv szerz.	A könyv címe, megjelent;		Ára: DM
II. 14	Seelig H. P.	Antikörper gegen Zellkernantigene	1983	48,—
II. 14	Knoepfel, H-K.	Einführung in die analytische Psychotherapie	1983	29,—

Hippokrates Verlag, Stuttgart

Beérk	Könyv szerz.	A könyv címe, megjelent:		Ára: DM
I 10	Kissel, D	Von der Pädagogik in der Medizin	1983	29,80
I. 10	(szerk) Wittern, R	Jahrbuch des Institutes für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Bd. 1	1984	27,—
I. 10	Gotved, H	Beckenboden und Sexualität	1983	14,80



Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1984. március havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül az előző hónaphoz képest lényegesen emelkedett a salmonellosis bejelentések száma. Az esetek közel egyharmadát Pécs városból jelentették, ahol területi járvány alakult ki. Kevesebb dysenteria fordult elő, mint az előző hónapban, az esetek száma alatta maradt a mediánnak. A dyspepsia coli és hepatitis infectiosa bejelentések számában lényeges változás nem volt.

A cseppfertőzéssel terjedő betegségek közül jelentősen emelkedett a rubeola bejelentések száma az előző hónaphoz képest, a mediánnak több, mint hétszerese volt. A parotitis epidemica megbetegedések száma kissé több volt, mint februárban. A scarlatina és morbilli előfordulása az előző hónaphoz képest lényegesen nem változott.

Tárgyhónapban egy importált malária megbetegedést diagnosztizáltak.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény

Február közepétől kezdődően az ország különböző területein észlelték influenzás megbetegedések gócos halmozódását. 16 megye és a főváros területéről április első hetéig összesen 300 513 megbetegedést jelentettek, 100 lakosra számítva 2,8 esetet. A betegek fele 14 éven aluli gyermek volt. Szövődmény kialakulását a betegek 3,2⁰/₀-ánál jelezték. 507 beteg került influenza diagnózissal kórházba. 55 637 személyt (22,5⁰/₀) vettek influenza diagnózissal táppénzes állományba. 14 beteg halt meg influenza következtében, 9-en közülük 60 évesnél idősebb korúak voltak. A főváros

és 10 megye területéről összesen 39 beteg vizsgálati anyagából H1N1, az előzőekkel azonos 4 megye területén élő egy-egy beteg vizsgálati anyagából pedig influenza B vírus törzset izoláltak.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1984. március hó*

Betegség	Március		Január 1—március 31.		31. Medián 1978 —82.
	1984	1983	1978 Medián —82.	1983	
Typhus abdominalis	—	—	1	—	3
Paratyphus	—	—	—	—	—
Salmonellosis	640	307	412	1 604	1 244
Dysenteria	249	281	359	911	825
Dyspepsia coli	30	20	49	77	89
Hepatitis inf.	310	367	425	1 069	1 050
Poliomyelitis	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—
Scarlatina	1466	1713	1772	4 188	5 471
Morbilli	28	34	59	79	106
Rubeola	8900	3810	1252	17 157	8 562
Parotitis epid.	7165	4144	5708	19 784	12 748
Pertussis	2	1	3	2	4
Meningitis epid.	10	6	7	27	21
Meningitis serosa	36	26	25	90	71
Encephalitis inf.	12	22	12	39	44
Mononucleosis inf.	76	58	58	224	208
Keratoconj. epid.	2	—	2	3	5
Malaria	1*	1*	—	3*	2*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—
Staphylococcus	17	16	16	44	63
Tetanus	2	3	2	3	6
Anthrax	—	—	—	—	—
Brucellosis	1	—	3	4	1
Leptospirosis	4	1	3	9	1
Tularemia	3	2	2	3	4
Ornithosis	—	—	—	2	—
Q-láz	—	—	1	1	—
Lyssa	—	—	—	—	—
Taeniasis	2	5	3	9	22
Toxoplasmosis	13	11	4	28	40
Trichinellosis	—	—	1	1	—
Lyssa f. gy. sér.	202	178	195	579	481

* Előzetes, részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

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



84.1124 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030-6002