

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

36. SZÁM

*

1984. SZEPTEMBER 2.

TARTALOMJEGYZÉK

Jelenik Zsuzsanna dr., Káli Gábor dr.,
Timár László dr. és Budai József dr.:
Neuroinfekciók gyermekkorban 2171

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szücs György dr., Kende Miklós dr.
és Uj Mária dr.:
Rotavírus-fertőzés igazolása a vírus-RNS
székletből történő kimutatásával 2177

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Fábián Erzsébet dr., Balázs György dr.,
Csáky Gergely dr. és Lukács Géza dr.:
Thyreoiditisek műtét előtti cytodiagnózisa 2181

KLINIKOPATOLOGIAI TANULMÁNYOK

Berkessy Sándor dr., Radványi Gáspár dr.,
Keresztury Sándor dr., István Lajos dr.,
Marton Éva dr., Brittig Ferenc dr.,
Tornóczky János dr., Balikó Zoltán dr.,
Horgász János dr., Baranyay Ilona dr.,
Benkó Gábor dr., Villányi Erzsébet dr.
és Kelényi Gábor dr.:
T-sejtes chronicus lymphocytás leukaemia 2185

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Láng István dr., Feuer László dr.,
Nékám Kristóf dr., Perl András dr.,
Szigeti Ágnes dr., Gergely Péter dr.
és Fehér János dr.:
Litoralon kezelés hatása rosszindulatú
daganatos betegek lymphocitotoxicitására ... 2193

RITKA KÓRKÉPEK

Károlyi Alice dr., Juhász Erzsébet dr.,
Molnár Sándor dr.
és Ungrischpek Györgyi dr.:
Chylascitessel szövődött bilaterális
chylothorax 2197

HORUS

Hollós József levele Ady Endréhez
és Jászi Oszkárhoz 2201
Toldy Ferenc ceglédi iskolaéveiről 2203
Nendtvich Károly orvosvegyész amerikai
utazása 1855-ben 2205

Folyóiratreferátumok 2211
Könyvismertetés 2225
Hírek 2227
Pályázati hírdetmények 2199

SEDUXEN[®]

szuszpenzió

ÖSSZETÉTEL

1 ml szuszpenzió 0,4 mg diazepam.-ot tartalmaz.

Egy adagolókanál (4 ml) szuszpenzió) 1,6 mg hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Gyermekgyógyászat: Neuropatiás tünetek (szorongás, „ideges” fejfájás, alvászavarok, pavor nocturnus, dacreációk, tic), idegen környezethez szoktatás, rossz szokások, fájdalmas beavatkozások, műtétek előtti nyugtalanság. Epilepszia adjuváns kezelése, Little-kór és más fokozott izomtónussal, spasticitással, vagy hiperkinezissel járó megbetegedések) chorea minor, tetanusz, gerincvelősérülés stb.).

Felnőttek: Neurózisok bármely formájának kezelése – főként előtérben álló szorongás esetén.

Pszichosomatikus megbetegedésekben a feszültség, szorongás oldása.

Epilepszia adjuváns kezelése.

Belgyógyászati kórképeket kísérő nyugtalan állapotok.

Fokozott izomtónusok és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések.

ELLENJAVALLAT

Myasthenia gravis. Glaucomás betegnek óvatosan adandó.

Koraszülöttek Seduxen-kezelése a hiányos Seduxen-metabolizmus miatt mérlegelendő. Adását a terhesség első harmadában nem ajánljuk.

ADAGOLÁS

Gyermekgyógyászat: Egyéni, átlagos gyermekgyógyászati adagja 0,15 mg/tskg naponta. Az adagolást ajánlatos a napi féladaggal kezdeni, fokozatosan emelve a napi teljes adagig.

Felnőtteknek: Átlagos napi adag 4,8–16 mg (3–10 adagolókanál).

MELLEKHATÁS

A kúra kezdetén esetleg jelentkező fáradékonyság, álomosság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

Mivel a Seduxent igen gyakran adják gyógyszerkombinációban, a **nem kívánatos gyógyszerinterakciók** elkerülésére lehetőleg ne alkalmazzunk Seduxent együttesen:

- hypnoticumokkal és analgeticumokkal (hatásfokozás),
- antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás csökkenése)
- fenitoinnal (a Seduxen gátolja a fenitoin metabolizmusát)
- triciklikus antidepresszánsokkal (szedatív és atropinszerű hatás),
- izomrelaxánsokkal (kiszámíthatatlan hatás az izomtónusra, esetleg apnoe!)

FIGYELMEZTETÉS

A gyógyszer alkalmazása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges! Szoptató anya Seduxen-kezeléskor a tejbe átjutó gyógyszer miatt fokozott figyelemmel kell kísérni a szoptatott csecsemőt!

(Aluszékonyság, szopási gyengeség). A gyógyszer alkalmazása után 8–10 órán belül, vagy folyamatos használata esetén a kúra alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának időtartama alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

MEGJEGYZÉS: ☞ Vényre csak egyszer kiadható.

CSOMAGOLÁS: 1 üveg (120 ml)

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

A szerzők 236 neuroinfekcióban megbetegedett gyermek kezelésében szerzett tapasztalataikat ismertetik, különös tekintettel a kóroki diagnózis felállításának lehetőségeire és az egyes kórképek kórjóslatára. A kóroki diagnózist a meningitis purulenta esetekben 22/32 arányban, a 108 meningitis serosában 73/0-ban, a 87 encephalitisben pedig 78/0-ban sikerült tisztázni. A bakteriális infekciók közül leggyakoribb a *N. meningitidis* (15/32) fertőzés volt. Az egyéb eredetű purulens meningitisekben többször találtak otogén gócot (8/17). A vírusfertőzések között a mumpszvírus kóroki szerepe igazolódott leggyakrabban (meningitisben 71/108, encephalitisben 11/87); jelentős volt az enterovírusok aránya is (40/195). Betegeik közül mindössze három halt meg: egy herpes encephalitisben, egy másik varicella encephalitisben, a harmadik pedig septicus endocarditisből eredő, multiplex agytályogban.

Neuroinfections in childhood. The authors report on their experiences regarding possibilities of the establishment of aetiological diagnosis, and prognosis of the individual clinical pictures, in connection with the treatment of 236 children suffering from neuroinfections. The proportion of aetiological diagnoses was 22 from 32 purulent meningitis, 73 per cent from 108 aseptic meningitis, and 78 per cent in the case of 87 patients suffering from encephalitis. *N. meningitidis* was the most frequent (15/32) among bacterial infections. Otogenic foci were frequently detected (8/17) in cases of purulent meningitis of other aetiology. The aetiological role of mumps virus has been verified most frequently (71 from 108 meningitis, and 11 from 87 encephalitis) among virus-infections, nevertheless, the contribution of enteroviruses (40 from 195) proved to be important, too. Three of the patients died: one from herpetic encephalitis, a second due to varicella-encephalitis, and the third suffering from multiple cerebral abscesses, which originated from septic endocarditis.

Az idegrendszer akut gyulladással járó betegségei a legsúlyosabb infekciós kórképek közé tartoznak. A halálozás még a modern terápiás lehetőségek birtokában is magas: gennyes meningitisekben 5–15% (3, 29), encephalitisekben — a kóroktól függően — 5–50% is lehet (15, 16, 30). A túlélők között nagy számban marad vissza idegrendszeri károsodás. Legrosszabb a prognózis a fiatal csecsemők és az idős emberek között, de gyermekkorban sem ritka a súlyos lefolyás. A betegség kimenetele szempontjából döntő jelentőségű a korai diagnózis, valamint a kórokozónak megfelelő, célzott terápia azonnali megkezdése. Ez a feltétel a legutóbbi időkhöz elsősorban arra vonatkozott, hogy a kezelhető bakteriális meningitiseket elkülönítsük a terápiát nem igénylő vagy kóroki szempontból befolyásolhatatlan vírusmeningitisektől és encephalitisektől. Újabban, a néhány hatásosnak tűnő antivirális szer birtokában, a virális encephalitisek gyors differenciáldiagnóza is életfontosságú lehet (12).

Jelen munkánkban a kóroki diagnózis felállítására való törekvés eredményességét, valamint a gyermekkori akut idegrendszeri gyulladással járó betegségek kórjóslatát kívántuk felmérni, a hazai diagnosztikus és terápiás lehetőségek között.

Beteganyag és módszerek

1976. január 1. és 1982. december 31. között 236 neuroinfekcióban szenvedő gyermeket áptunk. Be-

tegyanyagunkban szerepel további 15 gyermek, akiknek súlyos idegrendszeri betegsége — a gyanú ellenére — nem bizonyult infekciós eredetűnek. A betegek életkora 1–13 év volt, mindössze egy volt 1 évnél fiatalabb (7 hónapos).

Diagnosztikus vizsgálatok: A klinikai kép, a neurológiai státusz rögzítése mellett valamennyi betegben történt liquorvizsgálat: Pándy-reakció, összfehérje- és cukorkoncentráció mérése, a sejtszám, az üledék kvalitatív vizsgálata, esetenként benzoe-görbe felvétele. Encephalitisre utaló gyanújel fennállásakor elektroencephalogram (EEG) is készült. A felsoroltakat szükség esetén radiológiai vizsgálat (mellkas-, orrmelléküreg-, fül-, koponyaröntgen, ritkán computertomographia), valamint szemészeti és orr-fül-gégészeti konzilium egészítette ki.

Kóroki vizsgálatok: Bakteriológiai vizsgálat történt valamennyi liquormintából: tenyésztés és az üledék mikroszkópos vizsgálata. A liquort levétele után azonnal a mikrobiológiai laboratóriumba továbbítottuk. Ha ennek bármilyen akadálya volt, a mintát bouillonba vettük le és a táptalajra történő leoltásáig 37 °C-on termosztátban tartottuk. Esetenként haemocultura, torokváladék, arcüregpunctátum, fülmütéti váladék bakteriológiai vizsgálata is történt.

Vírusvizsgálatot végeztünk minden olyan betegben, akinek liquora nem volt makroszkóposan purulens. Vírusizolálásra liquormintát, székletet és torokmosó folyadékot vettünk, a vírus-serológiai vizsgálatok savópárból történtek. A vírus kóroki szerepét valószínűsítettük, ha a megfelelő klinikai kép mellett az adott vírussal történt infekció laboratóriumi vizsgálatban is igazolódott: sikeres lett a vírusizolálás, a savóban specifikus IgM szaporulat, illetve a savópárban legalább négyszeres titeremelkedés mutatkozott.

A mikrobiológiai vizsgálatokat a László Kórház Mikrobiológiai Laboratóriuma, illetve az Országos Közegészségügyi Intézet Vírusosztálya végezte.

* Ideggyógyász Konziliárius

1. táblázat. Neuroinfekció gyanújával felvett betegek megoszlása kórformák szerint

I. Akut idegrendszeri gyulladás:	
Meningitis purulenta	32
Meningitis serosa	108
Encephalitis	87
Polyradiculitis	3
Perifériás neuritis	5
Abscessus cerebri	1
Összesen: 236	
II. Egyéb idegrendszeri megbetegedés:	
Tumor cerebri	6
Gyógyszeres encephalopathia	8
Vascularis károsodás	1
Összesen: 15	
Együtt: 251	

2. táblázat. Meningitis purulenta kóroki diagnózisa és a betegség kimenetele

Kórokozó	Esetszám (*)	Gyógyult
<i>N. meningitidis</i>	15 (0)	15
<i>Str. pneumoniae</i>	4 (2)	4**
<i>Str. pyogenes</i>	2 (2)	2
<i>H. influenzae</i>	1 (1)	1
Bakteriológiailag nem identifikálható	10 (3)	10
Összesen:	32 (8)	32

* A zárójelbe tett számok az otogén eredetűnek bizonyult eseteket jelölik.

** 1 esetben perifériás típusú j. o. facialis paresis maradt vissza.

3. táblázat. Meningitis serosa esetek kóroki diagnózisa és kimenetele

Kórokozó	Esetszám	Gyógyult
mumpszvírus	71	71
Enterovirus — 71	5	5
Echo — 6 vírus	1	1
Lymphocytás choriomeningitis v. (LCM)	2	2
Ismeretlen	29	29
Összesen:	108	108

Eredmények

Betegeink kórformák szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja.

Az egyes kórformákon belül a kóroki diagnózist és a betegség kiemenetelét a 2—4. táblázatban tüntettük fel és az alábbiakban tárgyaljuk.

1. Meningitis purulenta

Valamennyi beteg fejfájás, hányás és láz miatt került felvételre. A kórelőzmény 1-6 napos volt. Négyen kaptak otthon előzetesen antibiotikus kezelést,

4. táblázat. Az encephaliti sek kóroki diagnózisa és a betegség kimenetele

Kórokozó	Esetszám	Kimenetel	
		Gyógyult*	Meghalt
Mumpszvírus	11	11	0
Varicella-zoster v.	8	7 (1)	1
Rubeolavírus	5**	5 (1)	0
Morbillivírus	2	2	0
Enterovirus — 71	29	29 (1)	0
Echo — 6 vírus	3	3 (2)	0
Coxsackie A ₄	1	1	0
Coxsackie A ₅	1	1	0
Kullancsvírus	7	7	0
Herpes simplex v. (HSV)	1	0	1
Ismeretlen	19	19 (3)	0
Összesen:	87	85 (8)	2

*A zárójelbe tett számok a maradandó károsodással gyógyult esetek számát jelölik.

** Egyik beteg nem akut rubeola encephalitisben, hanem rubeolát követő progressív panencephalitisben szenvedett; az esetet másutt ismertettük

közülük háromban a kórokozót nem sikerült identifikálni. Felvételkor minden esetben kifejezett meningeális izgalmi jeleket találtunk. Négy beteg bőrén láttunk kisebb-nagyobb vérzéseket, mikroembolusokat. Közülük kettőben perifériás keringési elégtelenség tünetei is kialakultak. E négy gyermek liquorából és hármójuk haemoculturájából *N. meningitidis* tenyésztett. Egyéb kórokozó esetén bőrvérzés nem észleltünk.

A liquorban fehérjeszaporulatot (0,5—6,5 g/l), egy eset kivételével alacsony cukorkoncentrációt (0,3—1,3 mmol/l) és általában igen magas sejtszámot találtunk (>5000 mm³). Az üledékben 70—100%-ban granulocytákat láttunk. Alacsonyabb volt a gennysejtek aránya három, más kórházból átvett, előzetesen antibiotikummal kezelt beteg liquorában; itt a kórokozót nem sikerült tisztázni.

Purulens liquor esetén valamennyi betegen fölérszeti vizsgálat is történt, a 32 gennyes meningitis közül 8 bizonyult otogén eredetűnek. A műtétkor vett váladékból 5 esetben a liquoréval azonos kórokozó tenyésztett ki: 2 betegben *Streptococcus pneumoniae*, 2-ben *Streptococcus pyogenes* (!), 1 esetben pedig *Haemophilus influenzae*. Egyik *Streptococcus pneumoniae* okozta meningitisben szenvedő gyermeknek eredetileg pleuropneumóniája volt.

Purulens meningitisben rutinszerűen penicillin (0,5 millió E/kg/die) + ampicillin (250—400 mg/kg/die) kezelést kezdtünk, amelyet a kórokozó ismeretében szükség szerint módosítottunk. *N. meningitidis* és *Str. pyogenes* esetén penicillin monoterápiát alkalmaztunk. *Str. pneumoniae* meningitisben penicillint és ampicillint adtunk, *H. influenzae* meningitisben pedig ampicillint. Utóbbi két kórokozó esetében 4 alkalommal volt szükség antibioticum-váltásra, ugyanis a kellő javulás — a liquorfehérje és a sejtszám csökkenése, az üledékből a granulocyták eltűnése, a liquor sterilé válása — késett. Ezért az 5—6. napon chloramphenicol kezelésre váltottunk. Az antibioticumokat 5—7 napig i.v. adtuk cseppinfúzió mellett, ezután a kezelést a liquor normalizálódásáig, de legalább 12 napig i. m. folytattuk.

Meningococcus meningitisben szenvedő betegek felvételük után 14—18 nappal gyógyultan tá-

voztak. Egyéb kórokozó esetén a gyógyulás tovább tartott, 16—30, átlagban 21 napig. Egyik otogén eredetű *Str. pneumoniae* meningitis után jobb oldali facialis paresis maradt vissza.

2. Meningitis serosa

Túlnyomó többségben *mumpszvírus* volt a kórokozó. Itt az egyidejűleg fennálló vagy éppen elmúlt parotitiszes tünetek alapján az aetiológiai diagnózis felállítása nem okozott nehézséget, mindössze 2 betegben alakult ki parotiduszban nélkül mumpszvírus okozta meningitis. A liquorban általában mérsékelt fehérjeshaporulatot (0,4—1,1 g/l), kifejezett pleocytosist (500—3000 sejt/mm³), az üledékben túlnyomórészt lymphocytákat találtunk, bár a granulocyták aránya az első liquorvizsgálatban a 70%-ot (!) is elérhette. A lumbálpunkció után a betegek 1-2 napon belül tünet- és panaszmentessé váltak; mindössze 5 esetben volt szükség az elhúzódó panaszok miatt néhány napig dehidrááló kezelésre, illetve 2-nél rövid időn belül a lumbálpunkció megismétlésére. A liquor általában 14—21 nap után, egy betegnél csak a 30. nap után vált normálissá. Megjegyezzük, hogy parotitis epidemica alatti fejfájás, hányás esetén csak akkor végeztünk lumbálpunkciót, ha a betegnek kifejezett meningeális izgalomra utaló neurológiai tünetei is voltak. Egyébként diuretikus kezeléssel csökkentettük az agynyomás-fokozódás okozta panaszokat.

Az egyéb aetiológiájú serosus meningitisben a meningeális izgalmi tüneteket 1-4 napos, hőemelkedéssel, lázzal járó prodromum előzte meg. A liquorban csak mérsékelt fehérjeemelkedést (<1,0 g/l) és csekély sejtszámzaporulatot (50—300/mm³) találtunk. A liquor-üledékben általában a lymphocyták voltak túlsúlyban, kivéve két enterovírus—71 okozta esetben, ahol a víz-tiszta liquor üledékében átmenetileg magasabb volt a granulocyták aránya. A betegek, az első napokban szükséges lázcsillapításon kívül, egyéb kezelést nem kaptak, a 8—10. napon valamennyien gyógyultan távoztak.

Eltérő lefolyást csak vidékről felvett két betegben láttunk, ezek betegségét *lymphocytás choriomeningitis virus* okozta. Egyikükben a tartósan fennálló fejfájás, a rossz közérzet, az egyre emelkedő liquorfehérje (6,6 g/l-ig) miatt a meningitis basilaris tbc gyanúja is felmerült. A diagnózist a vírusvizsgálat eredménye, illetve a steroid kezelésre bekövetkező gyors javulás tisztázta.

3. Encephalitis

Encephalitist diagnosztizáltunk, ha meningeális izgalmi tünetek mellett, vagy azok hiányában, akut idegrendszeri tüneteket találtunk (eszmélet-, tudat-, érzés-, mozgászavar, göctünetek) és az EEG-vizsgálatban gyulladásra utaló jeleket észleltünk. Kóros liquorlelet alátámaszthatta, de negatív lelet nem zárta ki a diagnózist. Az encephalitisek csoportjában tárgyaljuk a varicellát kísérő akut cerebelláris ataxiát (cerebellitis) is, habár itt az EEG-vizsgálat normális cerebrális tevékenységet mutatott.

Az encephalitis kórosi diagnózisának felállítása nem okozott nehézséget, ha az idegrendszeri tünetek ismert vírusfertőzéssel kapcsolatban léptek fel.

Parotitis meningoencephalitisben leggyakrabban az aluszékonyság, fejfájás, nyomott sensorium volt a jellemző tünet, egy esetben észleltünk ataxiát. A meningeális izgalmi jelek nem voltak kifejezettek. A liquor-sejtszám általában alacsonyabb volt, mint a parotitis meningitisben, két betegben kifejezetten emelkedett liquorfehérje-értéket (1,64, ill. 1,82 g/l) találtunk. A kli-

nikai gyógyulás gyors volt, bár a panaszok néhány nappal tovább tartottak, mint a kizárólag meningitiszes formában. Az EEG 4 esetben csak egy hónapnál hosszabb idő alatt vált normálissá.

Varicella során az idegrendszeri tünetek a kiütés megjelenése után 3—15 nappal alakultak ki. A vezető tünet 6 betegnél cerebelláris ataxia volt, amely miatt a súlyosabbak az ágyban felülni sem tudtak. Két beteg görcsrohamban, eszméletlen állapotban került felvételre. Egyikük coma, agyoedema tünetei között néhány órán belül meghalt, a másik átmenetileg gépi lélegeztetésre szorult, majd gyógyult. A liquorvizsgálat mind a nyolc betegben negatív eredményt adott, az EEG-n 3/7 esetben mutatkozott gyulladással eredetű funkciózavar. Ez utóbbiakban a cerebelláris tünetek mellett egyéb idegrendszeri eltéréseket is találtunk: eszméletzavart, hosszúpályatüneteket stb. Közülük egy gyermek maradandó károsodással gyógyult, leépülés és epilepsia betegség maradt vissza.

Rubeola encephalitisre a gyorsan kialakuló, súlyos idegrendszeri tünetek voltak jellemzők: „grand mal” típusú görcsrohamok, tudatzavar, göctünetek. Két esetben ezt néhány nap alatt gyors és maradványtünet nélküli gyógyulás követte, harmadik betegünk állapota csak 5 nap múlva kezdett javulni. A negyedik gyermek 15 napig volt eszméletlen, majd tudata feltisztult, de átmenetileg corticális vakság alakult ki; gyógyult, de leépülés és hypothalamicus elhízás maradt vissza.

Két morbilli encephalitis betegünk közepes fokú tudatzavarral került felvételre. A kiütés 5. napján göctüneteket, mérsékelt liquoreltérést, gyulladásra utaló EEG-elváltozást találtunk. Coma nem alakult ki. Négy héten belül mindketten maradandó károsodás nélkül gyógyultak.

Encephalitises betegeinkben leggyakrabban az *enterovírusok* kórokozó szerepét sikerült bizonyítani. Ezt az magyarázza, hogy a vizsgálati időszakra esett a másutt már ismertetett (1, 14, 24) 1978-as és 1981-es enterovírus—71, valamint az 1982-es echo—6 járvány. A 34 enterovírus aetiológiájú encephalitis közül 25 akut cerebelláris ataxia formájában zajlott le, 9 pedig meningoencephalitis képében. Poliomyelitishez hasonló bénulásos forma osztályunk beteganyagában nem szerepelt. Maradandó károsodást 3 betegünkben figyeltünk meg: kettőben epilepsia és psyches zavarok, egyben labilis EEG mellett határozott magatartászavar (agresszivitás) maradt visszazsa.

*Kullancsencephalitis*es betegeink a kullancscsípés után a 8—10. napon kerültek felvételre. Két gyermekben súlyos eszméletzavar és görcsök alakultak ki. Egyikük esetében a három napig tartó tudatzavar, az ismétlődő fokális görcsroham és a kifejezett oldalkülönbséget mutató EEG-elváltozás miatt az intracraniális térszűkítő folyamat gyanúja is felmerült, amit computertomographia segítségével zártunk ki. További két gyermekben ataxia és beszédzavar volt a fő tünet. A többiekben láz, fejfájás, aluszékonyság volt a panasz. Kétfázisú lefolyás — az idegrendszeri jelek előtt néhány nappal jelentkező, 2-3 napig tartó „grippés” tünetekkel — csupán két esetben alakult ki. Mind a hét beteg maradványtünetek nélkül gyógyult.

*Herpes encephalitis*es betegünket rövid időn belül elvesztettük. Esetét részletesebben ismertetjük.

R. Á. 7 éves leányt 1 napja tartó láz, hányás, „grand mal” típusú görcsroham miatt szállították kórházba, ahol aluszékonyságot, b. o. végtag és facialis paresist észleltek. A szemfenékvizsgálatban és a koponyaröntgenen eltérést nem találtak. Encephalitis diagnózissal osztályunkra helyezték. Átvételekor feje jobb

oldalalon fájt; ugyan aluszékony volt, de még fent járt. Neurológiai tünetei órák alatt súlyosbodtak: mélyülő tudatzavar mellett j. o. palmomentális, szopó és corneomentális reflex jelent meg. EEG-görbéjén kifejezett gyulladási funkciózavar látszott, j. o. temporalis túlsúllyal, görcskészség jeleivel. Liquorvizsgálat: sejtszám: 335/mm³; fehérje 0,54 g/l; cukor 3,1 mmol/l. Üledék: 90%-a lymphocyta, 10%-a granulocyta. Az igen gyors progresszió és az EEG-eltérés alapján a herpes encephalitis gyanúja merült fel. A 24 órás időközzel elvégzett vírusserológiai vizsgálat eredménye: HSV IgG 1:40, illetve 1:160, IgM 1:10, illetve 1:30, a liquorban HSV IgG 1:4.

Az aetiológia ismeretében — az átvételt követő napon — acyclovir (Zovirax, Wellcome) kezelést kezdtünk. A beteg állapota ennek ellenére tovább romlott. J. o.-i tónusfokozódás, hyperpyrexia, befolyásolhatatlan tachycardia, majd légzészavar alakult ki, ezért respirációs osztályra helyeztük. Az EEG-vizsgálattal a jobb félteke felett már nem volt kimutatható tevékenység. Boncoláskor heveny, nekrotizáló encephalitist találtunk. A jobb temporalis lebenyből vett szövetmintából herpes simplex vírust sikerült kimutatni.

Az encephalitis kórokát 19 esetben nem sikerült tisztázni. Köztük volt legfiatalabb (7 hónapos) betegünk is, akit 4 napja fennálló idegrendszeri tünetek miatt, egy vidéki kórházból vettünk át; görcsök, comatosus állapot miatt respirációs kezelésre szorult. 40 nappal ápolás után gyógyult; később a folyamatos ellenőrzések során azonban kiderült, hogy corticalis vakság, szellemi károsodottság és epilepsia maradt vissza. További két közepsúlyos esetben az encephalitis következményeként szintén epilepsia alakult ki.

4. Polyradiculitis (Guillain—Barré szindróma)

A három beteg járászavar, izomgyengeség miatt került felvételre. Anamnézisükben 1-2 héttel korábban, tisztázatlan eredetű lázas betegség szerepelt. A diagnózist a jellegzetes klinikai kép (progrediáló, ascendáló, szimmetrikus izomgyengeség és érzészavar) és a típusos liquorelváltozás (normális sejtszám, emelkedett fehérjekoncentráció) alapján állítottuk fel. Légzésbénulás veszélye két beteget fenyegetett, de gépi lélegeztetésre nem lett szükség. Mindhárom gyógyult, két esetben peroneus típusú paresis maradt vissza.

5. Perifériás paresisek

Négy beteg hirtelen kialakuló, féloldali facialis paresis miatt került felvételre, egyéb idegrendszeri tünet nem volt. Egyikükben a külső hallójáratban látható típusos herpeses hólyagok alapján *Hunt szindrómát* állapítottunk meg. Mindegyik maradék-tünet nélkül gyógyult. Egy további betegünkben parotitis kapcsán maradandó halláskárosodás alakult ki, az esetet másutt részletesen ismertettük (11).

6. Septicus agytályog

S. A. 6 éves leányt 3 napja tartó szédülés, fejfájás, 1 napos láz miatt, zavart sensoriummal vettük fel. Vizsgálata közben „grand mal” típusú görcsroham lépett fel, amely Seduxen adására oldódott. Liquor: steril; sejtszám: 100/mm³, fehérje: 0,8 g/l, cukor: 2,5 mmol/l; üledékben 80% granulocyta. EEG: diffúz gyulladási funkciózavar. Normális vérszejtszám és fehérjehatóanyag. Balra tolt vércső. Belgyógyászatilag fizikális vizsgálattal eltérés nem volt észlelhető. A kli-

nikai kép encephalitisnek felelt meg. A balra tolt vércsővet a röntgenvizsgálattal kimutatott bronchopneumoniával magyaráztuk. Felvétele után 5 nappal az intenzív kezelés ellenére meghalt, anélkül, hogy közben sensoriuma felisztult volna. A boncoláskor acut endocarditist, lépben, vesékben septicus embolusokat, az agyban több, kisebb-nagyobb, szórásból eredő abszcessust találtunk. A kórokozó *Staphylococcus aureus* volt.

Egyéb idegrendszeri megbetegedések

A hét év alatt 15 olyan gyermek került osztályunkra, akiknek súlyos idegrendszeri tünetei neuroinfekció gyanúját kellették ugyan, de utóbb betegségük más eredetűnek bizonyult. Encephalitis vagy meningoencephalitis volt a beküldő diagnózis. Hat esetben találtunk *agytumort*, közülük hármat 7—15 napos kezelés után, más kórházakból vettünk át.

A diagnózis felállításáig a felvétel után 4, 7, 10, 13, 15, ill. 33 nap telt el.

Gyógyszeres encephalopathia gyanúját rendszerint az idegrendszeri tüneteknek a neuroinfekcióhoz képest eltérő, szokatlan csoportosulása kellette fel. A céltalan felvett anamnesis 6 esetben Torecan, 1-1-ben pedig Etovalletta, illetve scopolamin oki szerepét valószínűsítette. Utóbbi tévedésből tízszeres koncentrációjú szemcsepp alkalmazása miatt alakult ki. Torecan encephalopathia eseteinket másutt részletesen ismertettük (6). E csoportban liquorvizsgálatot nem végeztünk, a gyermekek 1-2 napon belül tünetmentessé váltak.

Diagnosztikus nehézséget okozott az *agyi vascularis laesio* is. A láztalan állapotban, hirtelen fellépő göctünetek, a progresszió hiánya, az EEG körülírt károsodási jele és a gyors javulás bizonyították az átmeneti cerebrális vascularis ischémiát.

Megbeszélés

A neuroinfekciók aetiológiai diagnózisát még bakteriális kórokozók esetén sem mindig könnyű felállítani. Purulens meningitisben *Kaiser* 30%-ban, *Nyerges* 50%-ban, *Meggyessy* 60%-ban ismeretlennek jelöli a kórokozót (13, 21, 25). Saját beteganyagunkban 32 esetből 22-ben sikerült az aetiológiát tisztázni. A fennmaradó 10 beteg közül 3 otthonában kapott antibiotikumot, további három pedig más kórházból, előzetes kezelés után került osztályunkra, így a kórokozó kitenyésztésének esélyei jelentősen csökkentek. Betegeink közel felének liquorából *N. meningitidis* tenyésztett ki; ez Magyarországon a gyermekkori purulens meningitisek leggyakoribb kórokozója (19). Az egyéb aetiológiájú gennyes agyhártyagyulladásokban gyakori volt az otogén góc.

A *purulens meningitisek* kórjósolata megfelelő kezelés mellett sem mondható kedvezőnek (7, 29). A letalitás 5-10% a meningococcus és a *H. influenzae* meningitisekben; 30-40%, ha pneumococcus a kórokozó, és még ennél is magasabb az egyéb Streptococcus okozta meningitisekben (19).

Saját betegeink közül egyet sem veszítettünk el. Ebben a következő tényezők is szerepet játszhattak: 1. Kedvező volt betegeink kormegoszlása. 2. Beteganyagunkban nem fordult elő fulmináns sepsis jelenségeként kialakuló gennyes meningitis. 3. A kóroki diagnózis az esetek 70%-ában 24—48 órán belül rendelkezésünkre állt. 4. Az esetleges otogén gócot minden esetben 12 órán belül sikerült eltávolítani. Ez utóbbi therápiás jelentőségére mások is felhívták a figyelmet (27).

A *Serosus meningitisek* általában jóindulatú lefolyásúak. Tapasztalataink szerint gyermekkorban kiemelkedő gyakorisággal — 71/108 — a mumpszvírus a kórokozó. Az egyéb esetek $\frac{1}{4}$ -ében tudtuk csak valamely vírus szerepét igazolni. A pontos kór-oki diagnózis felállítása — epidemiológiai jelentősége mellett — elsősorban az elkülönítő kórisme szempontjából kívánatos. *Malcolm* (20) említést tesz egy felmérésről, amelyben 713 vírusmeningitisnek tartott eset közül 10 utóbb mycobacterialis meningitisnek bizonyult. E korábban gyakori, jelenleg — gyermekkorban — már csak elenyészően kis valószínűségű tévedés réme időről időre mégis felmerül. Egy később lymphocytás choriomeningitisnek bizonyult esetben magunk is antituberculosicum adására kényszerültünk átmenetileg, az aetiológia tisztázásáig.

Az *encephalitis* vírusaetiológiája valószínűsíthető, ha a klinikai tünetek fennállása idején akut vírusfertőzést igazolunk. Magunk 68/87 esetben tudunk nagy valószínűséggel aetiológiai diagnózist felállítani, mely arány magasabb az irodalomban közölt 50% körüli értéknél (15, 16). E viszonylag jó eredményt az magyarázhatja, hogy betegeink $\frac{1}{3}$ -ánál ismert vírusfertőzéshez csatlakozott a neuroinfekció folyamata, másik harmada pedig enterovírus—71 járvány során került osztályunkra, így célzott vírusvizsgálatra volt lehetőség. Bizonyos esetekben specifikus IgM meghatározásra is mód volt, utóbbinak elsősorban herpes encephalitisben van jelentősége, ahol a gyors diagnózis a célzott terápia korai elkezdésében döntő.

Az encephalitisek prognózisa nagymértékben függ a kórokozótól, illetve a kórfolyamat jellegétől. Parotitis meningoencephalitisben halálozás alig fordul elő, és maradványtünet is ritkaságnak számít (2, 10). Jóindulatú a varicellát kísérő cerebelláris ataxia is, ezzel szemben az akut agyoedemával, comával kezdődő varicella encephalitis halálozása 5—35%, és a túlélők közt gyakori a maradandó károsodás (3, 17). A rubeola és a morbilli encephalitis halálozását 20% körülre becsülik, de míg az előbbiben a maradványtünet ritka, utóbbi 20%-ban vezethet defektállapothoz (3, 5, 18, 26, 31). Az enterovírusok okozta encephalitisek általában jóindulatúak, ritka a fatális kimenetel, a „polio like disease” után azonban végleges bénulások maradhatnak vissza (1, 3). A kullancsencephalitis jó prognózisúnak tartják ugyan (4, 8, 22), de a súlyosabb lefolyás sem ritka, és halálos kimenetel is előfordulhat. A herpes encephalitis viszont köztudottan igen veszélyes kór-kép. Bár enyhébb esetekről is beszámolnak (9), a halálozás általában 50-70%, a túlélők között súlyos defektusok maradhatnak vissza (3, 12, 15, 29). A korán elkezdett cytosin-arabinosid, vagy a kevésbé toxicus Vidarabin terápia javítani látszik a prognózist, újabban az acyclovir kezeléstől remélnék kedvező hatást (12, 29, 30, 33).

A neuroinfekciók eredményes kezelésének egyik leglényegesebb feltétele az aetiológiai kórisme mielőbbi felállítása. Mivel pedig ez kizárólag korszerű diagnosztikai felszereltség és kellő tapasztalat birtokában várható el, szükséges, hogy a be-

tegek mihamarabb olyan intézetbe kerüljenek, ahol a modern ellátás személyi és tárgyi feltételei megvannak. Így elkerülhetővé válnának a terápiában időnként és helyenként észlelhető hibák: a bakteriális folyamatok szuboptimális kezelése, illetve a vírusok okozta kórképekben az antibiotikumok felesleges adása.

Köszönetnyilvánítás. Szerzők köszönetet mondanak a *László Kórház Bakteriológiai és Víruslaboratóriuma*, az *OKI Vírusosztálya*, a *László Kórház III. sz. Gyermek- és Respirációs Osztálya* és az *Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet* dolgozóinak a kóroki diagnózis felállításában, illetve a betegek kezelésében nyújtott segítségért.

IRODALOM: 1. *Baranyai E., Káli G.:* Enterovírus—71 okozta meningitis-meningoencephalitis járvány gyermekek között 1978-ban. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 1175. — 2. *Baranyai E., Ujhelyi O.:* Tapasztalataink a mumpsz-fertőzés idegrendszeri tüneteiről és kórjóslatáról gyermekkorban. *Gyermekgyógyászat*, 1979, 30, 173. — 3. *Bell, W. E., McCormick, W. F.:* Neurologic infections in children. W. B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1975. 165, 168, 193, 217. és 266. old. — 4. *Böcs G.:* Adatok a kullancsencephalitis hazai előfordulásához és klinikumához. *Orv. Hetil.* 1963, 104, 2368. — 5. *Budai J.:* Morbilli. Fertőző betegségek. Medicina, Budapest, 1981, 249 old. — 6. *Budai J., Jelenik Zs.:* Torecan ártalom gyermekkorban neuroinfekció jeleivel. *Gyermekgyógyászat*, 1981, 32, 425. — 7. *Christie, A. B.:* Infectious diseases — 3-rd ed. 1980, 622 old. — 8. *Falk, W., Lazarini, W.:* TBE in childhood. Tick-Borne Encephalitis. International Symposium Baden/Vienna 19th—20th October 1979. Facultas-Verlag. Wien, 1981, p. 20. — 9. *Ferencz A. és mtsai:* Herpes simplex vírus okozta neuroinfekciók felnőttkorban. *Orv. Hetil.* 1976, 117, 2163. — 10. *Horváth Z., Tóth P.:* Mumpsz meningoencephalitis eseteink elemzése. *Gyermekgyógyászat*, 1982, 33, 344. — 11. *Jelenik Zs., Farkas Zs.:* Mumpszvírus okozta halláskárosodás. *Gyermekgyógyászat*, 1979, 30, 382. — 12. *Johnson, R. T.:* Current concepts in neurology. The contribution of virologic research to clinical neurology. *N. Engl. J. Med.* 1982, 307, 660. — 13. *Kaiser É., Fülöp T., Szabó K.:* Purulent meningitis in infancy and childhood. *Acta paediat. Acad. Sci. Hung.* 1975, 16, 13. — 14. *Káli G. és mtsai:* Gyulladásoos idegrendszeri megbetegedések halmozódása echovírus fertőzések következtében (Előadás). Magyar Infektológiai Társaság Vándorgyűlése. Nyíregyháza, 1983. szept. 15—16. — 15. *Kennerd, C., Swash, M.:* Acute viral encephalitis. Its diagnosis and outcome. *Brain*, 1981, 104, 129. — 16. *Koskineni, M. és mtsai:* Acute encephalitis. *Acta med. Scand.* 1981, 209, 115. — 17. *Kovács F., Dudás P., Sárközi K.:* Gyermekkori vírusencephalitisek. *Gyermekgyógyászat*, 1961, 17, 257. — 18. *Kovács F. és mtsai:* A rubeola idegrendszeri szövödményei. *Orv. Hetil.* 1970, 111, 369. — 19. *Kovács F., Nyerges G.:* Meningitis purulenta. Fertőző betegségek (Szerk.: Binder L., Budai J., Kátay A., Nyerges G.) Medicina, Budapest, 1981, 227 old. — 20. *Malcolm, B. S., Eiden, J. J., Hendley, J. O.:* ECHO Virus type 9 meningitis stimulating tuberculous meningitis. *Pediatrics*, 1980, 65, 725. — 21. *Meggyessy V., Ostorharics-Horváth Gy.:* Csecsemőkori gennyés meningitisen átesett gyermekek utánvizsgálata. *Gyermekgyógyászat*, 1977, 28, 246. — 22. *Messner, H.:* Pedi-

detric Problems of TBE. Tick-Borne Encephalitis — International Symposium Baden/Vienna 19th—20th October 1979. Facultas-Verlag, Wien, 1981. p. 25. — 23. *Miller, J. D., Ross, C. A. C.*: Encephalitis. A four-year study. *Lancet*, 1968, 1, 1121. — 24. *Nagy G. és mtsai*: Echovírus—6 típus okozta meningitis és encephalitis esetek halmozódása Magyarországon 1982-ben (Előadás). Magyar Infektológiai Társaság Vándorgyűlése, Nyíregyháza, 1983. szept. 15—16. — 25. *Nyerges G. és mtsai*: A gennyes meningitisek aetiológiai diagnosztikai problémái. *Orv. Hetil.* 1974, 115, 2352. — 26. *Nyuli L. és mtsai*: Adatok a rubeolához társuló encephalitis klinikumához és pathológiájához. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 1635. — 27. *Réti Cs.*: Az otogén meningitisek határterületi kérdései. *Magy. Pediat.* 1980, 14, 156. — 28. *Simon L.,*

Medek S., Tóth L.: Acut encephalitisek intenzív ellátása. *Magy. Pediat.* 1982, 16, 224. — 29. *Smith, C. C.*: Diseases of the central nervous system. Meningitis and encephalitis. *Brit. med. J.* 1975, 4, 335. — 30. *Smith, H.*: Acute viral encephalitis. *Brit. med. J.* 1981, 238, 935. — 31. *Steen, E., Torp, K. H.*: Encephalitis and thrombocytopenic purpura after rubella. *Arch. Dis. Child.* 1956, 31, 470. — 32. *Timár L., Káli G., Budai J.*: Rubeolát követő progresszív panencephalitis. *Orv. Hetil.* (közlésre elfogadva) — 33. *Whitley, R. J. és mtsai*: Herpes simplex encephalitis: vidarabine therapy and diagnostic problems. *N. Engl. J. Med.* 1981, 304, 313.

(Jelenik Zsuzsanna dr., Budapest, Gyáli út 5—7. 1097)

SOMBREVIN[®]
injekció



Kőbányai
Gyógyszerárugyár
Budapest X.



ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravenásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó eszközös diagnosztikus és therapiás beavatkozások esetén. Narcosis bevezetésére használható.

ELLENJAVALLATOK: Fokozott görckészséggel járó megbetegedések. Haemolytikus anaemia, shock, súlyos szív-, vese- és májbetegségek, heveny alkoholmérgezés, hypertonia.

MELLÉKHATÁS: A narcosis kezdetén rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventilatio előfordulhat.

ALKALMAZÁS: A készítmény kizárólag lassan, intravenásan alkalmazható. 4 éven aluli gyermekek esetében a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ☒ Orvosi rendelő részére rendelhető.

SZUCS GYÖRGY DR.,
KENDE MIKLÓS DR.
ÉS UJ Mária DR.

Rotavírus-fertőzés igazolása a vírus-RNS székletből történő kimutatásával

Baranya megyei Közegészségügyi és Járványügyi Állomás, Pécs,
(főigazgató: Kishonti Tibor dr.)
Virologiai Laboratórium

A szerzők székletmintákból közvetlenül izolálták a rotavírus duplafonalú ribonukleinsavát (RNS) elektroforézissel történő analízishez. A 18 vizsgálati minta közül, melyeket 1982–83-ban akut gastroenteritisben megbetegedett csecsemőktől és kisgyermektől gyűjtöttek, 12 tartalmazott rotavírus-RNS-t. A polyacrylamid gélben végzett elektroforézis lehetővé tette a rotavírus duplafonalú RNS-szegmentjeinek elkülönítését és a törzsek közötti különbségek kimutatását. Az egyszerűsített RNS kivonási technika gyors, egyszerű és reprodukálható módszernek bizonyult a human rotavírus-fertőzés igazolására.

Diagnosis of rotavirus infection by detecting viral RNA from faeces. Rotaviral double stranded ribonucleic acid (RNA) extracted directly from faecal specimens were used for electrophoretic analysis. Of 18 samples collected from infants and young children with acute gastroenteritis in 1982–83, 12 contained rotaviral RNA. Polyacrylamide gel electrophoresis permitted the separation of rotaviral double stranded RNA segments and made it possible to distinguish different isolates. The simplified technique for RNA extraction provides a rapid, simple and reproducible method for diagnosing of human rotavirus infection.

A reovírus családba tartozó human rotavírust elektronmikroszkópos vizsgálatokkal 1973–74-ben fedezték fel (3, 12, 13, 22). Akik a vírust a duodenum biopsiás anyagaiban látták, „orbivírusszerűnek”, míg, akik a székletből készült kivonatok negatív festésével észlelték, „reovírusszerűnek” írták le. A „duovírus” (5) és az „infantile gastroenteritis vírus” (24) elnevezést is használták, míg végül a „rotavírus” (13) megjelölés lett a hivatalos és általános (10). Számos vizsgálat bizonyította, hogy mind a mérsékelt, mind a trópusi zónában a human rotavírus a csecsemők és kisgyermek akut gastroenteritisének a fő oka (1, 4, 8, 16, 19, 20).

A rotavírus-fertőzés igazolása elsősorban elektronmikroszkópos vizsgálatokkal történik (6, 16, 27), mivel a vírus szövettenyésztése ma még körülményes (2, 28, 29). Specifikus antiszérumokat igénylő módszereket („counter-immunoelectroosmophoresis”, komplementkötés, immunfluoreszcenciás vizsgálat, RIA, ELISA stb.) is kidolgozták a vírus kimutatására, de ezek nem teszik lehetővé a legújabbban felfedezett, az ismert közös antigént nem tartalmazó törzsek felismerését (7). Új lehetőséget biztosított a rotavírus-fertőzés kimutatására az a felismerés, hogy a vírus duplafonalú, szegmentált ribonukleinsavát (RNS-ét) közvetlenül a székletből is izolálni lehet. A vírus (és különböző törzsei) kimutathatók, illetve megkülönböztethetők a genom-szegmentek migrációs rátájának különbsége alapján, amikor az extrahált vírus-RNS-t polyacrylamid gélben elektroforétizáljuk (17, 18, 23).

Közleményünkben beszámolunk a rotavírus-RNS kimutatásáról székletmintákból, utalunk a módszer előnyeire a klinikai gyakorlatban, értékelve helyét a többi vizsgálati módszer között.

Anyag és módszer

Vizsgálatunk céljára 1982–83. évben a laboratóriumunkba érkező, rutinvirológiai vizsgálatokkal negatívnak bizonyuló székletmintákból 18-at megőriztünk. Ezek a minták fél–3 éves csecsemőktől, illetve kisgyermekektől származtak, akik akut gastroenteritis tüneteivel — hányás, hasmenés, láz (esetleg pharyngealis tünetek is) —, kerültek észlelésre. Elektronmikroszkópos vizsgálatokkal igazolt, rotavírust tartalmazó székletmintákat is vizsgáltunk. Ezeket az OKI Víruskutató Osztálya és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriuma bocsátotta rendelkezésünkre. A vizsgálati anyagokat feldolgozásig —70 °C-on tároltuk.

A székletből a rotavírus-RNS kivonását *Roger és mtsai* (26), valamint *Nicolas és mtsai* (23) módszere alapján, kisebb módosításokkal végeztük: A székletmintából foszfátpufferrel (pH: 7,2) kb. 10%-osra készített szuszpenziót kétszer azonos térfogatú trichlorotrifluorethannal (Genetron 113, Fluka, Svájc) extraháltuk. A vizes fázisban levő részlegesen tisztított vírustól 1% nátriumlaurilszulfát- (SDS) kezeléssel az RNS-t kiszabadítottuk, majd a mintából a fehérjéket fenol-kloroform-izoamilalkohol (25:24:1) keverékkel

Kulcsszavak: rotavírus, RNS, elektroforézis.

Rövidítések:

RNS = ribonukleinsav

RIA = radioimmunoassay

ELISA = enzyme-linked immunosorbent assay

extraháltak. Az RNS-t abszolút alkohollal kicsaptuk, és az ülepitő centrifugálást követően liofilizációval beszárazítottuk, végül pedig 50–200 μ l Laemmli-féle mintapufferben (21) oldottuk fel. Az RNS-minták vizsgálatát 10%-os polyacrylamid lapgékben végeztük a Laemmli-féle Tris-glicin (pH: 8,3) puffer alkalmazásával (21), konstans 15 mA áramerősség mellett. Húsz órán át szobahőn futtattuk a mintákat, majd ethidium-bromiddal történő festés után a géleket ultravioletfényt (254 nm) adó lámpa alatt értékeltük, illetve fényképeztük. — Az elektronmikroszkóppal ellenőrzött pozitív mintákon felül, belső standardként még simian rotavírusból (SA11) izolált RNS-t is futtattunk a genom-szegmentek migrációjának összehasonlíthatósága érdekében.

Eredmények

A betegek nemét, korát, a mintavétel dátumát és a kapott eredményeket táblázatban foglaltuk össze.

A 18 székletminta 11 fiútól és 7 leánytól származott. Összesen 12 esetben sikerült a rotavírus RNS-szegmentjeit kimutatnunk: 5 leány és 7 fiú székletében. A pozitív esetekben az átlagéletkor 1,5 év volt 3,5 hónapos és 3 éves szélső értékekkel.

A gélekről készült ábrán tüntettük fel a Hu/Pécs/592/83 vírus RNS-képét, amelyik tökéletesen elkülönítve mutatja a 11 genom-szegmentet. Jól megfigyelhető, hogy a szegmentek — amelyeknek elfogadott számozását is ábrázoltuk — a rotavírusra jellemző négy csoportban (I–IV.) helyezkednek el.

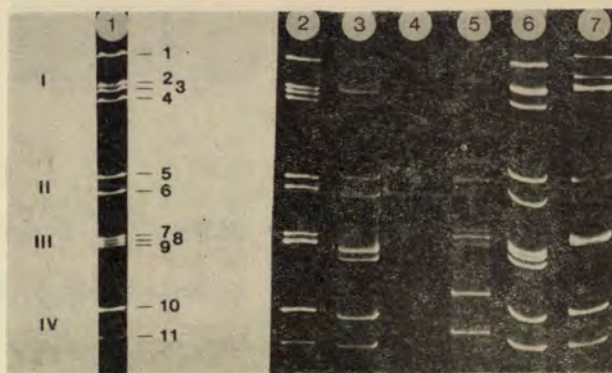
Az ábra másik fele négy izolátum, valamint az SA11 pozitív kontrollminta RNS-képén keresztül érzékelteti a törzsek közötti, genom-szinten jelentkező különbségeket. — A Hu/Pécs/571/83 human rotavírusnál a 8–9. szegment nem vált szét, míg a Hu/Pécs/703/83 törzsnél a 7. és 8. szegment vándorolt együtt. A 2. és 3. szegment a human törzsek közül háromnál együtt, illetve nagyon közel futott, szemben az SA11 vírusra jellemzőnek leírt 3–4. szegmentek

A beteganyagban a rotavírus-RNS előfordulása a mintavétel időpontja, az életkor és a nem szerint

Mintavétel időpontja	Életkor (hónap)	Nem	Rotavírus-RNS	Vírusjelzése
82. 03. 10.	12	nő	—	
82. 03. 10.	18	nő	+	Hu/Pécs/163/82
82. 03. 15.	5	ffi	—	
82. 03. 22.	(?)	ffi	+	Hu/Pécs/184/82
83. 10. 21.	16	ffi	+	Hu/Pécs/557/83
83. 10. 24.	5	ffi	—	
83. 10. 27.	24	ffi	+	Hu/Pécs/571/83
83. 11. 01.	36	nő	—	
83. 11. 09.	3,5	nő	+	Hu/Pécs/592/83
83. 11. 23.	4	ffi	—	
83. 11. 23.	7	ffi	+	Hu/Pécs/640/83
83. 11. 23.	18	nő	+	Hu/Pécs/645/83
83. 11. 28.	9	nő	+	Hu/Pécs/659/83
83. 12. 08.	24	nő	+	Hu/Pécs/703/83
83. 12. 12.	5	ffi	—	
83. 12. 12.	36	ffi	+	Hu/Pécs/708/83
83. 12. 12.	15	ffi	+	Hu/Pécs/709/83
83. 12. 13.	28	ffi	+	Hu/Pécs/711/83

■ A mintában, a polyacrylamid gélben végzett elektroforézist követően, a rotavírusra jellemző RNS-szegmentek jelen vannak (+) vagy hiányoznak (—).

□ Rodger és Holmes (25) után



Rotavírusok RNS-szegmentjeinek képei a vizsgálati anyagok polyacrylamid gélben végzett elektroforézise után, ethidium bromid festést követően.

1. Hu/Pécs/592/83 törzs, jelölve a négy csoportban elhelyezkedő 11 szegment, 2. Hu/Pécs/571/83 törzs, 3. Hu/Pécs/703/83 törzs, 4. negatív (83. 12. 12., 5 hónapos), 5. Hu/Pécs/708/83 törzs, 6. Hu/Pécs/709/83 törzs, 7. SA11 kontrollminta

közeli vagy együttvándorlásával. Az azonos kísérleti körülmények ellenére észrevehető, hogy a 10–11. szegmentek vándorlási sebességében is különbség van; elsősorban a Hu/Pécs/708/83 törzs 10–11. szegmentje futott lassabban a gélben. A beteganyagokból izolált preparátumok képe, az ismert különbségeket figyelembe véve, megegyezik a simian rotavírusból kivont RNS-minta szegmentképeivel. Azonos szegmenteloszlást észleltünk az elektronmikroszkóppal rotavírust tartalmazó minták futtatásakor is (nem mutatott adat).

Megbeszélés

A rotavírus okozta gastroenteritis az egész világot érintő probléma. A betegség elsősorban a csecsemőket, fiatal gyermekeket érinti, de rotavírusok fertőzhetik az emlősök és madarak fiatal példányainak jelentős részét is (10). A fertőzéssel járó magas morbiditás és mortalitás csak fokozza azt a törekvést, hogy olyan módszerek álljanak rendelkezésünkre, melyekkel ez a vírusfertőzés hamar kimutatható.

A molekuláris módszerek előretörésével a rotavírus-fertőzés diagnosztizálása a virális RNS székletből történő kimutatásával az elmúlt 3–4 esztendőben fokozottan előtérbe került (1, 9, 17, 18, 27). Különösen hasznosnak bizonyult ez a módszer a vírus gyermekközösségekben, kórházi egységekben való szóródásának követésére (14, 27). Mivel az eljárás már a nukleinsav-szinten jelentkező különbségeket jelzi, finomabb differenciálási lehetőséget biztosít az egyes törzsek között, mint a szerológiai módszerek, ahol csak fehérje szinten jelentkező bizonyos módosulások felismerése válik lehetővé. Ez pedig nem mindig követi a genomban már bekövetkezett változásokat.

Napjainkban négy szerológiai csoport létezik a human rotavírusokon belül (29), de az intenzív vizsgálatok biztosan újabb csoportokat fognak feltárni. Erre utal, hogy újabban, éppen az elektronmikroszkópos és az RNS-kimutatás segítségével, olyan human rotavírusokat találtak a kutatók, melyek az ismert szerológiai csoportokba nem tartoznak, hiány-

zik a már ismert típusokban megtalálható — emberi vagy állati eredetűtől függetlenül meglévő — közös antigénjük, és így a szerológiai eljárásokban reakciót nem adnak (7). Noha a reovírus családba tartozó vírusok mind duplafonalú RNS-t tartalmaznak, és nukleinsavuk szegmentált, a gyakorlatban problémát nem jelentenek a rotavírus-RNS kimutatásban. A rotavírus 11 szegmentje, és főleg, hogy ezek elektroforézis követően jellegzetes elhelyezkedéssel négy csoportban láthatók a gélben, szinte probléma nélküli vírus-azonosítást biztosít. A szegmentek egymáshoz való viszonya — egybesése, relatív vándorlási sebességük stb. —, a vírustörzsek közötti finom különbségekre utal (elektroforetípusok) (25). Ez teszi lehetővé, hogy a törzsek szóródását, új vírustörzs megjelenését stb. követhessük, vagyis molekuláris szinten végezhesünk epidemiológiai vizsgálatokat (11, 15).

Beteganyagunkban a 12 vírustörzs kimutatása igazolta a módszer alkalmazhatóságát. Az RNS-szegmentek jól felismerhetők voltak, elhelyezkedésük pedig jellegzetesnek bizonyult. A vizsgálatokba bevont rotavírust tartalmazó mintákból készült RNS-preparátumok képei megerősítették, hogy rotavírusokat izoláltunk. A 12 vírustörzs kisebb, néha csak a minták együttfutása esetén felismerhető különbségeket mutatott. Ez nem is meglepő, hiszen eseteink térben és időben izoláltak voltak. Az észlelt különbségek valódiaknak mondhatók, hiszen azok a minták azonos gélben történt futtatásánál is fennálltak. Mivel szerológiai vizsgálatokat nem végeztünk, nem tudjuk, hogy törzseink közös vagy különböző szerocsoportba tartoztak-e eltérő elektroforetípusuk ellenére.

A vizsgálatok legolcsóbb — általunk is használt — egyszerű formájában kb. 1 g székletmennyiség az optimális kiindulási anyag. Ilyen esetben a módszer érzékenysége, főleg ha az ethidium bromid festés helyett az egyre jobban terjedő ezüstfestési eljárást alkalmazzuk, megközelíti az elektronmikroszkópos vizsgálattal elérhető (14). Az ismertetett módszer mégsem a klinikai diagnosztika terén nyújt újat, hiszen itt az elektronmikroszkópos vizsgálatok vagy az ELISA-eljárás (különösen monoklonális ellenanyagok használatával) egyszerűbben kielégítheti az igényeket, hanem járványügyi szempontból biztosít új lehetőséget. Alkalmazása lehetővé teszi, hogy egy adott járványban, egy adott közösségben a vírustörzsek szóródását, az új törzsek megjelenését nyomon követhessük, és ezzel elősegítsük az epidemiológiai preventív intézkedéseket.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki Deák Judit dr.-nak (Szegedi OTE, Klinikai Mikrobiológiai Laboratórium) és Koller Miklós dr.-nak (OKI, Víruskutató Osztály) a rotavírust tartalmazó székletmintáért.

IRODALOM: 1. Arista, S. és mtsai: Electrophoretotypes of human rotaviruses isolated in Palermo, Italy. *Ann. Virol. (Inst. Pasteur)*, 1983, 134E, 549. — 2. Birch, C. J. és mtsai: Replication of human rotavirus in cell culture. *J. Med. Virol.* 1983, 11, 241. — 3. Bishop, R. F.

és mtsai: Virus particles in epithelial cells of duodenal mucosa from children with acute non-bacterial gastroenteritis. *Lancet*, 1973, II, 1281. — 4. Bryden, A. S. és mtsai: Rotavirus enteritis in the West Midlands during 1974. *Lancet*, 1975, II, 241. — 5. Davidson, G. P. és mtsai: Importance of a new virus in acute sporadic enteritis in children. *Lancet*, 1975, I, 242. — 6. Deák J., Nagy E. és Nagy A.: Koraszülöttek rotavírus okozta gastroenteritise. *Magyar Pédiaetr (közlés alatt)*. — 7. Dimitrov, D. H. és mtsai: Detection of antigenically distinct rotaviruses from infants. *Infect. Immun.* 1983, 41, 523. — 8. Espejo, R. T., Calderon, E., Gonzalez, N.: Distinct reovirus-like agents associated with acute infantile gastroenteritis. *J. clin. Microbiol.* 1977, 6, 502. — 9. Espejo, R. T. és mtsai: Comparison of human rotaviruses isolated in Mexico City and in Santiago, Chile, by electrophoretic migration of their double-stranded ribonucleic acid genome segments. *Infect. Immun.* 1980, 30, 342. — 10. Estes, M. K., Palmer, E. L., Obijeski, J. F.: Rotaviruses: A review. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.* 1983, 105, 123. — 11. Estes, M. K., Graham, D. Y., Dimitrov, D. H.: The molecular epidemiology of rotavirus gastroenteritis. *Prog. med. Virol.* 1984, 29, 1. — 12. Flewett, T. H. és mtsai: Virus particles in gastroenteritis. *Lancet*, 1973, II, 1497. — 13. Flewett, T. H. és mtsai: Relation between viruses from acute gastroenteritis of children and newborn calves. *Lancet*, 1974, II, 61. — 14. Follett, E. A. C., Desselberger, U.: Cocirculation of different rotavirus strains in a local outbreak of infantile gastroenteritis: monitoring by rapid and sensitive nucleic acid analysis. *J. Med. Virol.* 1983, 11, 39. — 15. Forster, J., Pastor, S.: Epidemiology of human rotaviruses as determined by electrophoresis of genome RNA. *Eur. J. Clin. Microbiol.* 1983, 2, 141. — 16. Földes J., Nagy E. és Menyhart É.: A bakteriális csecsemőkori akut gastroenteritisek etiológiai vizsgálata. *Gyermekgyógyászat*, 1982, 33, 220. — 17. Kalica, A. R. és mtsai: Differentiation of human and calf reovirus-like agents associated with diarrhea using polyacrylamide gel electrophoresis of RNA. *Virology*, 1976, 74, 86. — 18. Kalica, A. R. és mtsai: Comparison of human and animal rotavirus strains by gel electrophoresis of viral RNA. *Virology*, 1978, 87, 247. — 19. Kapikian, A. Z. és mtsai: Human reovirus-like agent associated with 'winter' gastroenteritis. *New Engl. J. Med.* 1976, 294, 965. — 20. Konno, T. és mtsai: Reovirus-like agent in acute epidemic gastroenteritis in Japanese infants: fecal shedding and serologic response. *J. Infect. Dis.* 1977, 135, 259. — 21. Laemmli, U. K.: Cleavage of structural proteins during the assembly of the head of bacteriophage T4. *Nature (Lond.)* 1970, 227, 680. — 22. Middleton, P. J. és mtsai: Orbivirus acute gastroenteritis of infancy. *Lancet*, 1974, I, 1241. — 23. Nicolas, J. C. és mtsai: Comparison of 4 different rapid techniques of rotavirus dsRNA extraction. *Ann. Virol. (Inst. Pasteur)* 1983, 134E, 135. — 24. Petric, M., Szymanski, M. T. és Middleton, P. J.: Purification and preliminary characterization of infantile gastroenteritis virus (orbivirus group). *Intervirology*, 1975, 5, 233. — 25. Rodger, S. M., Holmes, I. H.: Comparison of the genomes of simian, bovine, and human rotaviruses by gel electrophoresis and detection of genomic variation among bovine isolates. *J. Virol.* 1979, 30, 839. — 26. Rodger, S. M. és mtsai: Molecular epidemiology of human rotaviruses in Melbourne, Australia, from 1973 to 1979, as determined by electrophoresis of genome ribonucleic acid. *J. clin. Microbiol.* 1981, 13, 272. — 27. Rodriguez, W. J. és mtsai: Use of electrophoresis of RNA from human rotavirus to establish the identity of strains involved in outbreaks in a tertiary care nursery. *J. Infect. Dis.* 1983, 148, 34. — 28. Sato, K. és mtsai: Isolation of human rotavirus in cell culture. *Arch. Virol.* 1981, 69, 155. — 29. Wyatt, R. G. és mtsai: Direct isolation in cell culture of human rotaviruses and their characterization into four serotypes. *J. clin. Microbiol.* 1983, 18, 310.

(Szücs György dr., Pécs, Pf. 47., 7601.)



BALANSOL S 5

infúziós oldat

ÖSSZETÉTEL:

Na ⁺	K ⁺	CA ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	Acetát ⁻	Malát ⁻	Sorbit
68	25	1,5	1	68	20	10	275 mmol/l
(68	25	3,0	2,0	68	20	10	mval/l)

azaz,

Natrium chloratum	2,22 g
Kalium chloratum	1,86 g
Calcium chloratum cryst.	0,327 g
Magnesium chloratum cryst.	0,204 g
Natrium aceticum cryst.	2,721 g
Natrium hydroxidat.	0,40 g
Natrium maleicum	1,33 g
Sorbitolum	50,0 g
Aqua dest pro inj. ad	1000 ml
Osmolaritás:	471 mosm/l
Kalóriatartalom	837 KJ/l (=200 Kcal/l)

JAVALLATOK: A Balansol S5 infúziós oldat viszonylag magas káliumion- és élettani szabad víztartalmú oldat. Ép veseműködés esetén a szervezet napi só- és vízszükségletének fedezésére alkalmas, minden olyan esetben, amikor a só- és vízszükséglet enterális úton részben vagy teljesen gátolt, vagy ellenjavallt (pl. nagyobb műtétek, trauma után stb.).
– Hypertóniás dehydratio (vízhiányos exsiccosis)
– Isotóniás dehydratio (só- vízhiány)

ELLENJAVALLATOK: Beszűkült veseműködés esetén
Hyperkalaemiával járó állapotok
Hypotóniás dehydratio (nátriumhiányos exsiccosis)
Hypotóniás hyperhydratio (vízmérgezés)
Sóvesztéses nephrophathiák

ALKALMAZÁSA: Intravénásan

ADAGOLÁS: A beadásra kerülő mennyiség a beteg állapotától, illetve a só- és vízház- tartás zavarának súlyosságától függ. A napi úgynevezett **egyensúlyt fenntartó** vízszükség- let felnőtteknél 30–40 ml/tskg, ami általában 2500 ml Balansol S5-nek felel meg. Ezt a mennyiséget 180–360 ml/óra (60–120 csepp/perc) sebességgel lehet beadni.

Kiigazítást igénylő dehydratio eseteiben a Balansol S5 mennyisége, a centrális vérnyomás folyamatos ellenőrzése mellett fokozatosan napi 6000 ml-ig emelhető. Ezt a mennyiséget nem tanácsos meghaladni.

KISZERELÉS: 500 ml-es infúziós palackban.

LEJÁRATI IDŐ: 3 év.

ARA: 29,30 Ft.

Fekvőbeteg gyógyintézetek közvetlenül az előállítótól szerezhetik be.



HUMAN oltóanyagtermelő és Kutató Intézet
Gödöllő – Budapest

FABIÁN ERZSÉBET DR.,
BALÁZS GYÖRGY DR.,
CSÁKY GERGELY DR.
ÉS LUKÁCS GÉZA DR.

Thyreoiditisek műtét előtti cytodiagnózisa

Debreceni Orvostudományi Egyetem, I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Balázs György dr.)

Histologiailag igazolt három subacut pajzsmirigygyulladás mindegyikében, 59 krónikus lymphocytás thyreoiditis közül 51-ben (85%) helyes preoperatív diagnózist adott a cytológiai vizsgálat. Három aspiratum nem volt értékelhető, négy esetben pedig tévesen pozitív volt a cytológiai diagnózis. Az öt, malignus tumorról társult gyulladásból négyben igazolták a daganatot cytológiával, ami a műtét időpontjának megválasztásában jelentős volt. Egy betegben a follicularis carcinoma nem került felismerésre. Kellő tapasztalattal mind az anyagnyerés technikája, mind a cytológiai értékelés tovább javítható. Az eddigi eredmények elemzése alapján a vékonytű-aspiráció jól hasznosítható eljárásnak látszik a „hideg” göbökkel jelentkező thyreoiditisek betegek műtét előtti kiválogatására. Összefoglalják a leggyakrabban előforduló thyreoiditis formák cytomorfológiai jellemzőit.

Preoperative cytodiagnostics of thyroidites. Cytology provided correct preoperative diagnoses in the case of all three subacute thyroiditis, which have been verified by histology, and in 51 cases (85 per cent) of 59 chronic lymphocytic thyroiditis. The aspirate could not be evaluated in three cases, and four cytodiagnostics gave false-positive results. Five thyroidites were associated with malignant tumours, and cytology verified malignancy in 4 cases, which proved to be important for the selection of the time of surgery. Follicular cancer had not been recognized in one patient. Experiences in the technique may improve both sampling results, and reliability of cytologic evaluation. On the basis of the results thin-needle aspiration seems to be useful for the preoperative selection of patients suffering from thyroidites beginning with „cold” nodules. Cytomorphologic characteristics of the most frequent forms of thyroidites are summarised, too.

A pajzsmirigy gyulladásos megbetegedése az esetek egy részében — elsősorban daganatgyanú miatt — sebészi kezelést igényel. Ismert a thyreoiditis és pajzsmirigy carcinoma együttes előfordulása is, amely rendszerint csak a végleges szövettani feldolgozás során derül ki (2, 3).

A gyulladások klinikai diagnózisa sok összetevőből áll. Minthogy azonban a vizsgálati módszerek egyike sem tekinthető a betegségre nézve specifikusnak, az elkülönítő kórismében — a hormon és antitest titer-meghatározás, illetve az izotóp-diagnosztika mellett —, jelentős szerepe lehet az újabban alkalmazott vékonytű aspirációs cytológiának (1, 11, 20).

Anyagunk elemzésével azt vizsgáltuk, hogy milyen segítséget jelent a preoperatív cytológiai vizsgálat a sebészi beavatkozás eldöntése szempontjából, illetve milyen sejtmorfológiai eltérések vezethetnek téves diagnózishoz a thyreoiditisek különböző formáiban.

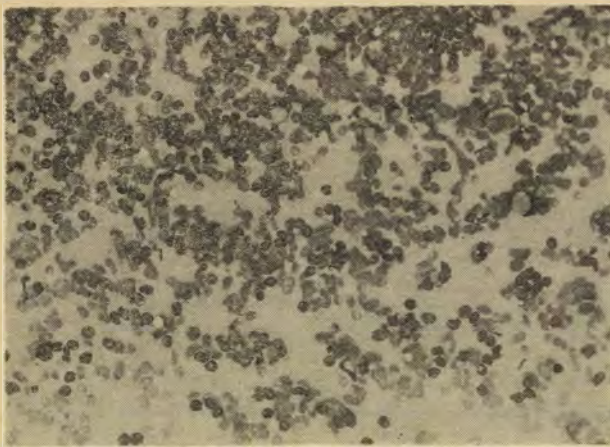
Anyag, eredmények

A Debreceni I. sz. Sebészeti Klinikán 1979. júli. 1. óta 756 vékonytű pajzsmirigy-aspiratumot vizsgáltunk. Műtét 272 esetben történt. A végleges szö-

vettani vizsgálat szerint 65 pajzsmirigyben rosszindulatú daganat volt — három közülük malignus lymphoma — 207-ben pedig jóindulatú elváltozás. Három betegnek subacut (de Quervain), 59-nek krónikus lymphoid thyreoiditise volt. Ez utóbbi elváltozások egyötöde (12 beteg) diffus, 47 nodularis, multinodularis vagy aszimmetrikus forma volt. A göbös formák közül négy euthyreoid, három „meleg” göb, 40 beteg pedig „hideg” göb miatt került műtétre. Öt betegben a lymphocytás thyreoiditis rosszindulatú daganattal együtt fordult elő, közülük egyben cytológiai vizsgálatnál nem sikerült igazolni a malignus tumort. Az 54, daganattal nem társult lymphocytás thyreoiditisekből viszont négy esetben (7,4%) tévesen pozitív volt a cytológiai diagnózis. A tévedés oka a kellő tapasztalat hiánya, másrészt a krónikus lymphocytás thyreoiditisek igen változatos megjelenési formája. Három esetben malignus lymphoma, egyben pedig follicularis carcinoma diagnózist adtunk. Három aspiratumot nem lehetett értékelni.

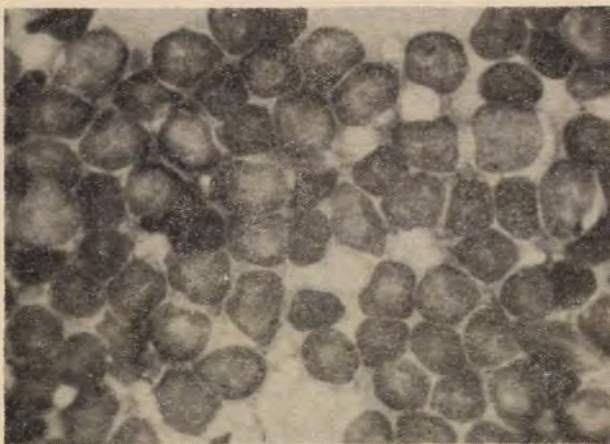
Megbeszélés

A pajzsmirigygyulladások morfológiai képe jelentős mértékben függ attól, hogy a thyreoiditis melyik formájáról, vagy milyen stádiumáról van szó. Persson (18) 1968-ban részletes leírást közölt



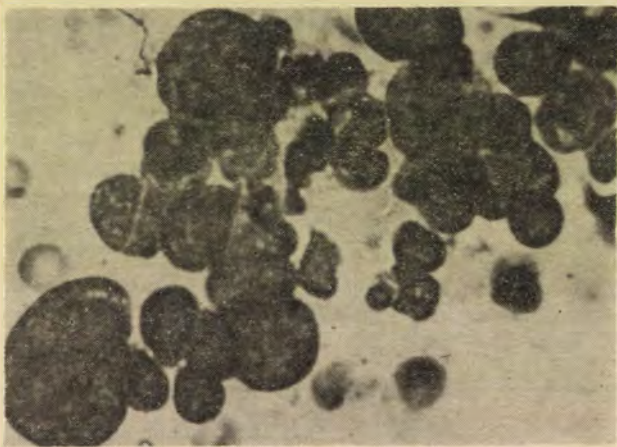
1. ábra: Tévesen malignus lymphomának tartott krónikus fibrosus thyreoiditis. Giemsa 160x.

a különböző formákban megtalálható sejtek cytomorfológiai képéről. Azt is felvetette, hogy amíg az akut suppuratív, a subacut granulomatosus (de Quervain) és a krónikus fibrosus (Riedel) thyreoiditis kliniko-pathologiailag jól körülhatárolt körkép, lymphoid thyreoiditisben a histológiai definíció változó. Véleménye szerint a krónikus pajzsmirigygyulladás valamennyi leírt formája — tehát az atrófiás forma is — a Hashimoto thyreoiditis synonymájának tekinthető. *Doniach és Roitt* (5) 1969-ben az autoimmun körképnek tartott lymphocytás thyreoiditisnek diffus és multifocalis formáját írta le. A diffus struma lymphomatosának hypercellularis és fibrosus variánsát különítették el, az előbit oxyphil-sejt túlsúllyal, vagy anélkül. A diffus alcsoportba sorolták az enyhe és súlyos atrófiás formákat is. A Hashimoto thyreoiditis elnevezést a hypercellularis forma két alcsoportjára, valamint a fibrosus variánsra alkalmazták. Hangsúlyozták, hogy mind a hypercellularis, mind a fibrosus formában egyénekenként nagymértékben változó lehet a különböző sejtek aránya. *Lietz* (14) 1974-ben olyan klasszifikációt javasolt a thyreoiditisek jelölésére, amely a morfológiai jellegzetességek mellett figyelembe vette a funkciót, aetiológiát és pathogenezist egyaránt. Ezt az osztályozást alkalmazták



2. ábra: Lymphoid elemek monomorf sejtképe. Cytol. dg.: mal. lymphoma, Hist. dg.: krónikus lymphocytás thyreoiditis. Giemsa 400x.

Droese és mtsai (7) 1979-ben 49 thyreoiditis esetük cytológiai diagnózisának értékelésekor. Az akut, a nem specifikus granulomatosus, illetve invasív sclerotizáló thyreoiditisek mellett a lymphocytás formának hipertrófiás, atrófiás és fokális alcsoportját különítették el. Cytológiai vizsgálattal 19 diffus lymphocytás thyreoiditisből 17-et kórisméztek, 19 betegben de Quervain thyreoiditist, egyben pedig invasív sclerotizáló (Riedel) formát igazoltak. *Löw-hagen és mtsai* (15) ugyancsak 1979-ben a thyreoiditisek akut, subacut és krónikus formáját különböztették meg. Az egyes formákra jellemző sejteket 18 000 vékonytű biopsia cytológiai vizsgálatával szerzett tapasztalatuk alapján írták le. Téves pozitív diagnózisuk nem volt. Az aspirációs cytológiát alkalmasnak találták a betegek műtét előtti kiválogatásához. *Klein és mtsai* (13) a pajzsmirigybetegségek diagnosztikai irányelveit körvonalazó közleményükben szintén fontos szerepet tulajdonítottak a preoperatív cytológiai vizsgálatnak a thyreoiditisek egyes formáinak elkülönítésében.

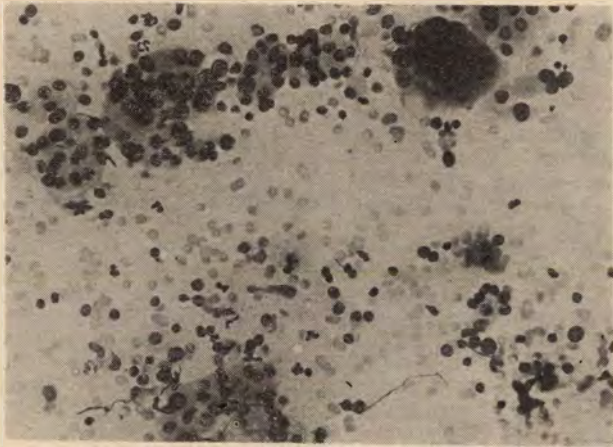


3. ábra: A folliculushám súlyos atypiája miatt tévesen follicularis carcinómának kórismézett thyreoiditis. Giemsa 400x.

A szerzők többsége azonban arról is beszámolt, hogy a lymphocytás thyreoiditisek vékonytű aspirátumában igen sokféle sejt előfordul, amelyek cytomorfológiai képe téves diagnózishoz vezethet. Legnagyobb differenciál-diagnosztikai gondot a malignus lymphomától való elkülönítés okoz (6, 10, 23). *Wang és mtsai* (24) vastagtű-biopsia és annak szövettani értékelése során is hasonló tapasztalatról számoltak be. *Galvan és mtsai* (9) hat Hashimoto-thyreoiditis mellett két subacut formában is a malignitás gyanúját vetették fel a cytológiai preparátumban látott sejtatypia alapján. Az ő gyakorlatukban azonban a felvétel tisztázására nem műtétet, hanem ismételt punkciót végeztek. *Kini és mtsai* (12) 47 thyreoiditis cytológiai vizsgálata során egy krónikus lymphocytás formát malignus lymphomának kórisméztek, három esetben pedig a malignus lymphomát véleményezték thyreoiditisnek. Ez utóbbi esetekben azonban a két körkép együttes előfordulásáról volt szó. Hasonló tapasztalatról *Maurer és mtsai* (17) is beszámoltak histológiai vizsgálat során. *Söderström* (19) arra hívta fel a figyelmet, hogy a Hashimoto-thyreoiditis le-

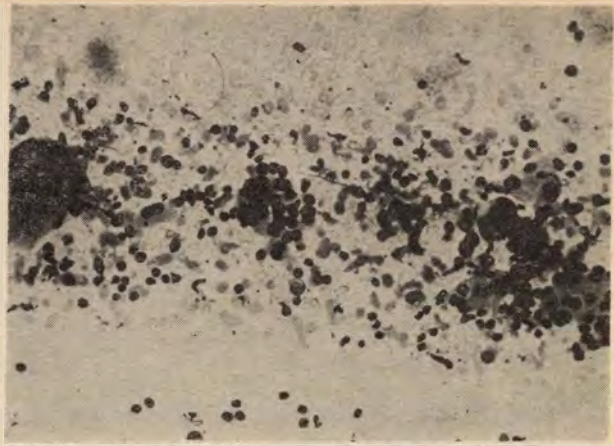
het teljesen Hürthle-sejt, illetve epithel- és plasma-sejt mentes is. Ilyen esetekben különösen nehéz a malignus lymphomától való elkülönítés. Voeth (21) a lymphocytás thyreoiditisek felismerésében fontos szerepet tulajdonított a thyreoidea ellenes antitest titer-meghatározásnak. Ezzel szemben Crockford és Bain (4), Persson (18) korábbi megállapításával összhangban nem talált korrelációt a sejtmorfológiai elváltozás súlyossága és az antitest titer-emelkedés között. Azt is leírták, hogy az általuk vizsgált krónikus fibrosus thyreoiditisekben a gyulladásozó sejtek zöme érett lymphocytá volt, szemben a Hashimoto-thyreoiditisekben talált éretlen lymphoid alakokkal és plasmasejtekkel.

Anyagunkban — elsősorban megfelelő cytológiai ismeret hiánya miatt — egy histológiai vizsgálattal krónikus fibrosus thyreoiditisnek kórismézett elváltozást is tévesen malignus lymphomának ítéltünk (1. ábra). A további két non Hodgkin-lymphomának tartott eset szövettani diagnózisa Hashimoto-thyreoiditis volt. Ezeket az eseteket a lymphoid elemek monomorf sejt képe jellemezte (2.



4. ábra: De Quervain thyreoiditisre jellemző cytológiai kép. Giemsa 160x.

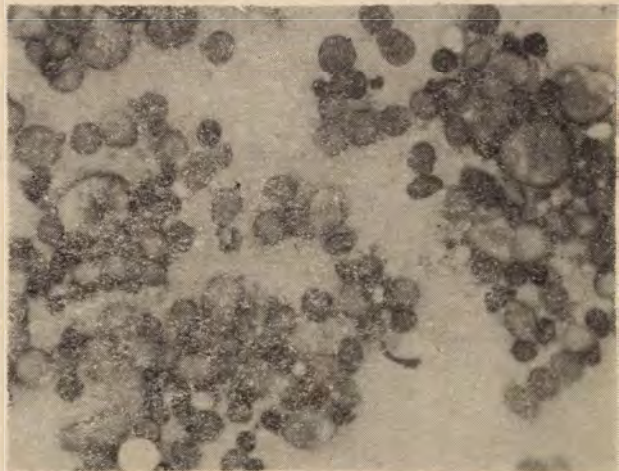
ábra). Friedman és mtsai (8) pedig bőséges képanyaggal illusztrálva hangsúlyozták a Hashimoto-thyreoiditis kevert sejtjes megjelenési formáját. Walfish és mtsai (22) szerint is a folliculus epithel átalakulása, lymphocyták és Hürthle-sejtek együttese jellemzi a kór képet. Friedman és mtsai (8) az aspirációs cytológiát elsősorban a krónikus thyreoiditis korai stádiumában alkalmazták jó eredménnyel. Amint az elváltozás a fibrotikus forma felé haladt, az epithel-sejtek degeneratív elváltozása lépett előtérbe, csökkent a kenetek sejt dúsága. Löwhagen és mtsai (16), valamint Galvan és mtsai (9) viszont éppen az előrehaladott Hashimoto-thyreoiditisben találtak nagy számban lymphocytákat, follicularis és Hürthle-, valamint plasma-sejteket. Saját betegeink között korai és előrehaladott eset egyaránt előfordult, de azokban cellularitás tekintetében nem találtunk lényeges különbséget. A sejtösszetétel a folyamat fennállásának időtartamával összefüggésben némiképp változott, a lymphoid elemek háttérbe szorulását észleltük. Lietz (14) a microfollicularis parenchyma proliferációt és dysplasiát különösen idős korban találta kifejezettnek.



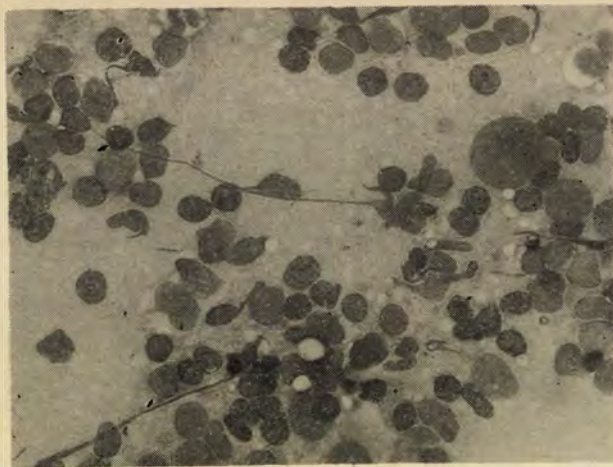
5. ábra: Oxyphil-sejtek, sokmagvú óriássejt Hashimoto thyreoiditisben. Giemsa 160x.

Anyagunkban is egy idős nőbeteg sok év óta fennálló diffus, aszimmetrikus thyreoiditisében olyan mértékű volt a folliculus-hám polimorfia, hogy azt cytológiai vizsgálattal follicularis carcinomának véleményeztük (3. ábra). A cytológiai kenetben észlelt lymphoid sejtek egyidejű jelenléte alapján tumor és gyulladás együttes előfordulására gondoltunk. Kini és mtsai (12) 47 szövettannal igazolt thyreoiditisből hat esetben adenoma, hétben pedig szintén follicularis carcinoma gyanúját vetették fel a sejtatypia alapján. Ezen eseteikben a lymphocytás infiltráció csekély volt. Ők arra is felhívták a figyelmet, hogy a nagyszámú oxyphil sejt tévesen Hürthle-sejtes tumor diagnózishoz vezethet. Tapasztalatuk szerint azonban a Hürthle-sejtes tumorból származó oxyphil sejtek laza kohézióban, vagy izoláltan helyezkednek el, szemben a Hashimoto thyreoiditisben észlelt csoportos, szövet-fragmentum-szerű sejt képpel. Saját anyagunkban is észleltük a Hürthle-sejtek csoportos megjelenését és a szerzők többségével ellentétben gyakran találtunk sokmagvú óriás sejteket Hashimoto-thyreoiditisben is.

Malignus-tumor és krónikus lymphocytás thyreoiditis együttes előfordulása irodalmi adatok szerint 5—25% között van (2, 3, 12). Saját 59 esetünk-



6. kép: Hashimoto thyreoiditis, oxyphil sejt nélküli hypercellularis forma oszló alakkal. Giemsa 250x.



7. ábra: Sejttypia thyreoiditis fibrosus formájában. Giemsa 250x.

ből ötben fordult elő (8,5%). Ezek közül egy follicularis carcinoma esetben cytológiai vizsgálattal csak thyreoiditist kórisméztünk. A négy további rosszindulatú daganat közül kettő follicularis, részben szolid, kettő pedig papillaris pajzsmirigy carcinoma volt.

A három de Quervain thyreoiditis felismerése nem jelentett diagnosztikus problémát.

A pajzsmirigy-megnagyobbással járó — főleg göbös megjelenésű — thyreoiditisek cytológiai vizsgálata alapján az alábbi morfológiai formákat különítettük el:

1. De Quervain-thyreoiditis

Sokmagvú óriás sejtek, Hürthle-sejt csoportok és plasmasejtek mellett a granulocyták enyhe fokú megszorodása jellemző (4. ábra);

2. Hashimoto-thyreoiditis

Hypercellularis forma

a) oxyphil-sejttel: számos oxyphil-sejtcsoport, a folliculus epithel atypiája, plasmasejtek, nem ritkán óriássejtek (5. ábra);

b) oxyphil-sejt nélkül: lymphocyták és lymphoblastok uralják a képet, nem ritka az oszló alak (6. ábra);

3. Fibrosus forma

Anyagunkban zömmel multinodularis, ill. aszimmetrikus megjelenéssel: lymphoid sejtekben

viszonylag szegény kenetek, szabálytalan folliculushám, sejtfragmentumok, fibrinszálak (7. ábra).

IRODALOM: 1. Bain, G. O., Crockford, P. M.: Invited commentary. World J. Surg. 1978, 2, 324. — 2. Balázs Gy. és mtsai: A krónikus, nem specifikus thyreoiditisek sebészi vonatkozásai. Magy. Seb. 1975, 28, 3. — 3. Balázs Gy. és mtsai: A krónikus, nem specifikus thyreoiditisek sebészeti vonatkozásai. Magy. Seb. 1975, 28, 9. — 4. Crockford, P. M., Bain, G. O.: Fine needle aspiration biopsy of the thyroid. Can. Med. Assoc. J. 1974, 110, 1029. — 5. Doniach, D., Roitt, I. M.: Autoimmun thyroid disease in: Textbook of immunopathology. Vol. II., Ed. Miescher, P. A. and Müller—Eberhard, H. J., Grune Stratton, London, 1976, 715. — 6. Droese, M., Kempken, K.: Die Feinnadelpunktion in der Schilddrüsendiagnostik. Med. Klin. 1976, 71, 229. — 7. Droese, M. és mtsai: Zytologische Diagnose der Schilddrüsenentzündungen. Dtsch. med. Wschr. 1979, 104, 875. — 8. Friedman, M. és mtsai: Diagnosis of chronic lymphocytic thyroiditis (nodular presentation) by needle aspiration. Acta Cytol. 1981, 25, 513. — 9. Galvan, G. és mtsai: Die Feinnadelpunktion „Kalter“ Strumaknoten bei 4555 Patienten eines Strumaendemiegebiets. Schw. med. Wschr. 1976, 106, 1247. — 10. Goldfarb, W. B. és mtsai: Needle biopsy in the assessment and management of hypofunctioning thyroid nodules. Am. J. Surg. 1982, 143, 409. — 11. Hedinger, C.: Peripheres, disseminiertes endokrines Zellsystem (APUD System) — Schilddrüse. Fischer, G. V., Stuttgart, 1978, 186. — 12. Kini, S. R. és mtsai: Problems in the cytologic diagnosis of the cold thyroid nodule in patients with lymphocytic thyroiditis. Acta Cytol. 1981, 25, 506. — 13. Klein, E. és mtsai: Praxis der Schilddrüsendiagnostik. Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2362. — 14. Lietz, H.: Die Formen der Thyreoiditis. Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1659. — 15. Löwhagen, T. és mtsai: Aspiration biopsy cytology (ABC) in nodules of the thyroid gland suspected to be malignant. Surg. Clin. N. Am. 1979, 59, 3. — 16. Löwhagen, T. és mtsai: Aspiration biopsy cytology in diagnosis of thyroid cancer. W. J. Surg. 1981, 5, 61. — 17. Maurer, R. és mtsai: Non Hodgkin lymphomas of the thyroid. Virch. Arch. Path. Anat. Hist. 1979, 383, 293. — 18. Persson, P. S.: Cyto-diagnosis of thyroiditis. Acta med. Scand. Suppl. 1968, 483. — 19. Söderström, N.: Invited commentary. W. J. Surg. 1980, 4, 742. — 20. Sztojka I. és mtsai: A vékonytű-biopsia diagnosztikus jelentősége pajzsmirigygyulladásokban. Orv. Hetil. 1981, 122, 1701. — 21. Voeth, C.: Die Zytologie in der Diagnostik von Schilddrüsenenerkrankungen. Med. Klin. 1982, 77, 446. — 22. Walfish, P. G. és mtsai: Application of special diagnostic techniques in the management of nodular goitre. Can. Med. J. 1976, 115, 35. — 23. Walfish, P. G., Rosen, I. B.: Invited commentary. World J. Surg. 1980, 4, 742. — 24. Wang, C. és mtsai: Needle biopsy of the thyroid. Surg. Gynec. Obst. 1973, 143, 365.

(Fábián Erzsébet dr., Debrecen, Pf. 27., 4012.)

BERKESSY SÁNDOR DR.,
RADVÁNYI GÁSPÁR DR.,
KERESZTURY SÁNDOR DR.,
ISTVÁN LAJOS DR.,
MARTON ÉVA DR.,
BRITTIG FERENC DR.,
TORNÓCZKY JÁNOS DR.,
BALIKÓ ZOLTÁN DR.,
HORGÁSZ JÁNOS DR.,
BARANYAY ILONA DR.,
BENKÓ GÁBOR DR.,
VILLÁNYI ERZSÉBET DR.,
ÉS KELENYI GÁBOR DR.

T-sejtes chronicus lymphocytás leukaemia

Semmelweis Kórház, Miskolc
II. Belgyógyászati és Pathológiai Osztály
Megyei Kórház, Szombathely
Haematológiai és Pathológiai Osztály
Megyei Kórház, Szekszárd
IV. Belgyógyászati és Pathológiai Osztály
Városi Kórház, Szentes
I. Belgyógyászati és Pathológiai Osztály
Pécsi Orvostudományi Egyetem
Kórbonctani Intézet

Szerzők 5 T-sejtes chronicus lymphocytás, ill. prolymphocytás leukaemiás (T—CLL, ill. T—PLL) esetet ismertetnek, melyekben a klinikai kép egyes jellegzetességei (bőrinfiltratio, eosinophilia, enyhe fokú csontvelői infiltratio) és cytológiai-cytochemiai-immuncytológiai leletek vezettek a megfelelő diagnosishoz. A vizsgálatok alapján 3 eset helper/inducer phenotypusúnak tűnt, amit egy esetben monoclonalis antitestekkel is igazolni lehetett. A T—CLL helper/inducer phenotypusú formája előnytelenebb prognosissal a B—CLL-nél, a változatos therapiás törekvések átmeneti javulást (részleges remissiót) eredményeztek. A T—CLL az összes, a Malignus Lymphoma Referencia Centrumban regisztrált CLL-es esetnek közel 10%-át adja.

T-cell chronic lymphocytic leukaemia. The authors describe 5 cases of T-cell chronic lymphocytic and prolymphocytic leukaemia (T—CLL, T—PLL). In addition to some clinical signs (skin infiltrates, eosinophilia, moderate bone marrow infiltration) the cytological-cytochemical and immunocytological findings led to diagnosis. Three of the cases were of the helper/inducer phenotype, in one case this was proved by means of monoclonal antibodies. The prognosis of the helper/inducer type of T—CLL is less favorable than that of B—CLL. Various cytostatic regimens only resulted in partial remission. The 5 T—CLL cases represent about 10% of all CLL cases registered at the Malignant Lymphoma Reference Centre.

A nem-Hodgkin malignus lymphomák (nHml) újabb osztályozásai (1, 17, 18, 19, 22, 28) elkülönítik a lymphocytás lymphomát, melyre a kis lymphocyták túlsúlya jellemző. Ebbe a csoportba tartoznak

a chronicus lymphocytás leukaemia (CLL) egyes típusai, a B-sejtes diffus, pseudofollicularis, a tumorképző és a prolymphocytás leukaemia, a ritka nem leukaemiás lymphocytás lymphoma, a T-sejtes chronicus lymphocytás és prolymphocytás leukaemia (T—CLL és T—PLL), a Sézary-syndroma, mycosis fungoides, a T-zóna lymphoma és a tüskés-sejtes leukaemia.

Rövidítések:

ALL = acut lymphoblastos leukaemia,
CLL = chronicus lymphocytás leukaemia,
HTLV = human T-sejtes lymphoma-leukaemia vírus,
ly = lymphocytá,
ml = malignus lymphoma,
nHml = nem-Hodgkin malignus lymphoma,
PLL = prolymphocytás leukaemia,
ABVD = Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbazin,
BVPP = Bleomycin, Vincristin, Prednisolon, Procarbazine,
CHOP = Cyclophosphamid, Adriamycin, Vincristin (Oncovin), Prednisolon,
MTX = Methotrexat.
VEP = Vincristin, Endoxan (Cyclophosphamid), Prednisolon.

Kulcsszavak: B—CLL, T—CLL, T-prolymphocytás leukaemia, differenciáldiagnosis.

A T—CLL az egyéb T-sejtes folyamatoktól (T-lymphoblastoma, T-immunoblastoma, T—ALL, pleomorph ml, adult T-sejtes leukaemia-lymphoma, T-zóna ml, mycosis fungoides, Sézary-syndroma, multilobulált ml) pathomorphológiailag és immunocytológiailag elkülöníthetők. A T—CLL az érettebb peripheriás T-sejteknek megfelelő sajátosságokat mutat. Ami gyakoriságát illeti, a B—CLL-es esetekhez viszonyítva ritka, 20—70 B-sejtes esetre jut egy T-sejtes CLL (5, 14). Ez a gyakoriság Európára és Észak-Amerikára jellemző, Japánban, ahol a B—CLL ritkaság, a T-sejtes malignus lymphomák, így valószínűleg a T—CLL is gyakoribbak (15,31). Bár az esetek többsége idősebb korban, a 6—7. évtizedben fordul elő, leírtak fiatalabbkori eseteket is. A

No.	Kor, nem	Fvsz. (x10 ⁹ /l)	Csontvelő	Nycs.	Bőr	Tüdő	Hepatosplenomegalia	Vér ly. E-rozetta (%)	T _M	T _G	Cytochemia, histologia	Monoclon. anti-test	Egyéb	Túlélés (dg.-tól) (kezelés)
(1)	56 é. ffi	12—40 (kis ly-s túlsúly, ly. 90%)	minimális ly-s infiltratio	gen. (biopsia)	+++ (biopsia)	—	++ (máj-biopsia)	83, 54, 58	+	—	jellegzetes	—	Herpes zoster	17 hó (PR) (Knospe, ABVD, CHOP, VEP+MTX, Cysplatil)
(2)	61 é. ffi	10—28 (kis ly-s túlsúly, ly. 50%, eos. 45%)	50% ly.	gen. (biopsia)	—	—	+++	84, 50	+	—	jellegzetes	—	Eosinophilia	4 hó (PR) (VEP)
(3)	54 é.	21—140 (kis ly-s túlsúly, ly. 84%)	eredménytelen sternum punctio	gen. (biopsia)	—	+	+++	—	—	—	jellegzetes	—	Herpes zoster	18 hó (VEP, BVPP, CHOP)
(4)	65 é. nő	13—150 (proly-s túlsúly, 70%)	kisgócos infiltr.	—	+++ (biopsia)	—	++	24, 74	+	—	jellegzetes	OKT3: 31%, OKT4: 66%	Prolymphocytás CLL	9 hó (PR) (LP, VEP, CHOP)
(5)	90 é. ffi	60—65 (eosinophília)	kisgócos infiltr.	+ gen. (biopsia)	+	—	++	—	—	—	jellegzetes	—	Eosinophilia	1 hó

ly=lymphocytá, PR=részleges remissio, gen. = generalizált

férfi:nő arány közel azonos. A klinikai kép nem mindig jellegzetes, azonban gyakori a jelentősebb hepatosplenomegalia, a bőrinfiltrátumok jelenléte, ami a T-lymphocyták epidermotropizmusával magyarázható. Mediastinalis térfoglaló folyamat ritka. Az immunglobulin-szint gyakran normális. A lymphocytaszám általában $100 \times 10^9/l$ alatt van. A csontvelői lymphocytosis sokszor szerény mértékű (5, 9, 14, 24, 25, 27). Cytogenetikailag eléggé komplex abnormalitásokat észleltek (11, 29). A T-CLL prognosisa változó, sok esetben rosszabb a B-CLL-énél.

Az alábbiakban 4 T-CLL-es és egy T-PLL-es esetet ismertetünk, melyek kapcsán lehetőség nyílik az immuncytológiai és klinikai-pathológiai diagnosztikai, valamint a therapiás kérdések megbeszélésére.

Esetismertetés

Az esetekkel kapcsolatos legfontosabb klinikopathológiai adatokat a táblázat tartalmazza.

1. sz. eset: Halála előtt 3 és fél évvel kezdődött bőrvizketése, látható bőrelváltozások nélkül. Halála előtt másfél évvel került először felvételre, bőrelváltozásai, az egyre fokozódó pruritus ellenére még ekkor sem voltak. A nyecs biopsia T-sejtes CLL-re utalt, a bőr- és májbiopsiában is T-sejtes infiltratio volt megállapítható. A fehérvérsejtek marker vizsgálata 83% T-sejtet mutatott. Knospe-protokoll szerinti cytostaticus kezelést kapott, melyre javult. A betegség kezdete után 6 hónappal csaknem fatális kimenetelű herpes zoster zajlott le. Egy hónappal később bőre generalisaltan erythrodermiásan hyperpigmentálttá vált, exfoliatív jelleggel. A bőrelváltozások ekkor Sézary-szindrómára emlékeztettek, 3 hónappal később testszerte a bőrben borsónyi-szilványi tumorosus képletek jelentek meg, nyecs-i növekedtek, hepatosplenomegalia fokozódott. A bőr rebiopsia megerősítette a korábban észlelt T-sejtes bőrinfiltratio jelenlétét, azonban cytológiaiag éretlenebb területek is megfigyelhetők voltak. Ekkor két alkalommal VEP és MTX kezelést kapott, ami az általános állapot és bőrtünetek javulását eredményezte. Később therapia resistentia miatt három alkalommal ABVD, ill. CHOP kezelést alkalmaztunk. Ezek, valamint a Cysplatin kezelés is eredménytelenek voltak. Bár a bőrelváltozások regrediáltak, a hepatosplenomegalia mérséklődött és a nyecs-k is megkisebbedtek, a beteg állapota rohamosan romlott, kachexia alakult ki és a diagnosis felállításától számított 17 hónap múlva meghalt.

A sectio során észleltek a korábbi klinikopathológiai leleteket erősítették meg.

2. sz. eset: Gyorsan növekvő inguinalis és cervicalis nyecs megnagyobbodással, kínzó bőrvizketéssel, nehézlégzéssel került felvételre. Észlelés alatt rövidesen diónyira növe nyecs-k fejlődtek ki, valamint hypertrophiás tonsillák és mindkétoldali hilusi nyecs-megnagyobbodás. A nyecs szövettani vizsgálata T-sejtes CLL gyanúját vetette fel. 4 hónapos kórházi észlelés alatt a kezdeti bronchopneumonia rendeződése után VEP cytostaticus kezelést kapott, fvsz esőkkent, az eosinophilia megszűnt. A kezelés szünetében újabb bronchopneumonia jelentkezett, ehhez meningitis és feltehetően gyógyszer okozta exanthémák társultak, eosinophilája, lymphocytosisa újra jelentkezett. A sectio kiterjedt szervi infiltrátumokat mutatott, valamint bronchopneumoniát, a csontvelőben néhány granulomatousus gócot, eosinophilekkel.

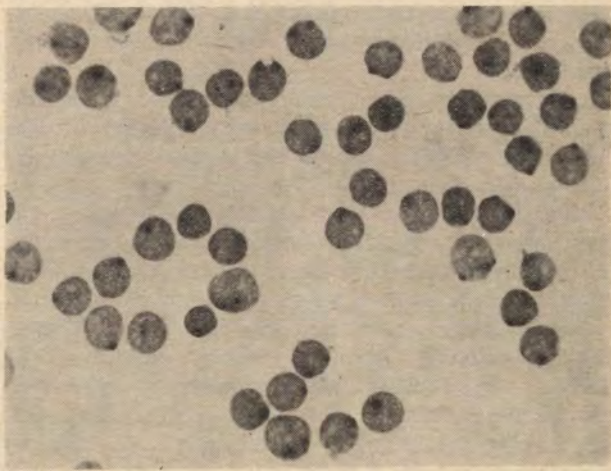
3. sz. eset: Korábban fertőző osztályon diarrhoea miatt állt kezelés alatt, itt észlelték a nyecs-megnagyobbodást, mérsékelt lymphocytosist. Ekkor Prednisolon kezelést kapott. A leukocytaszám fokozatosan emelkedett, hepato- és splenomegalia jelent meg. Az első kórházi észlelést követően 33 hónappal, a T-CLL diagnózisát követően 18 hónappal otthonában meghalt.

4. sz. eset: Súlyos thrombopeniával, bőrvérzések és melaena tünetei közepette került felvételre, acut haemoblastosis nem volt igazolható. A cytochemical vizsgálatok vetették fel T-CLL gyanúját. Intenzív thrombocytopenia történt, biopsiára alkalmas nyirokcsomó a betegség során nem mutatkozott. Thrombocytopenia nem jelentkezett újra, therapia nem tűnt szükségessé, klinikailag Rai I. stadiumba soroltuk. Ezt követően 6 hónappal progressio következett be, bőrinfiltrátumokkal, jelentős hepatosplenomegalival. Ekkor Knospe protokollt alkalmaztunk, azonban a fvsz tovább emelkedett ($150 \times 10^9/l$). VEP protokoll elégtelenségét követően CHOP kezelést rövid átmeneti javulást hozott. Az első tünetek jelentkezését követően 10 hónappal pneumonia tünetei között meghalt.

5. sz. eset: Egy éve észlelt megnagyobbodott nyecs, 3 hónapos étvágytalanság, 15 kg fogyás, kínzó bőrvizketés miatt került felvételre. Két éve főleg terhelésre cardiovascularis panaszok. Immunglobulin-szint normális, paraprotein nem mutatható ki. EKG: bal Tawara-szár block, pitvarfibrillatio. Cardialis decompensatio az alkalmazott kezelésre jelentősen javult, azonban lázas lett, bronchitis, bronchopneumonia alakult ki és átmeneti javulás után keringési-légzési elégtelenségben meghalt. Halála előtt 12 nappal nyecs-biopsia történt. Cytostaticus kezelésben nem részesült. A sectio során észleltek összhangban álltak a korábbi klinikai-laboratóriumi-pathológiai leletekkel.

Haematocytológiai és histopathológiai leletek

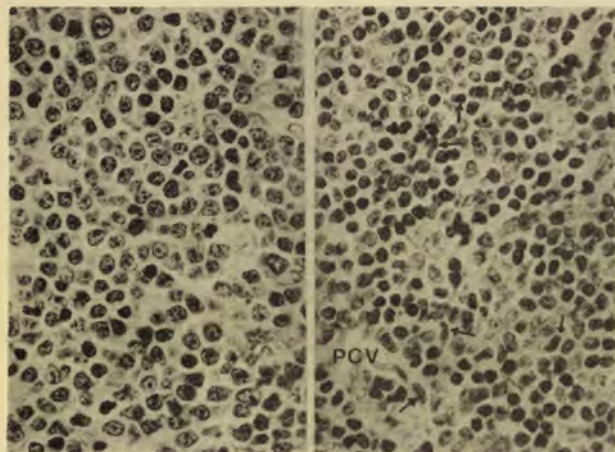
A vizsgált 5 esetben a vérkenetek, ill. 4 esetben a nyecs-k vizsgálata nagy fokban hasonló leleteket szolgáltatott. A vérkenetekben mutatkozó sejtek általában kis, részben kerek, részben kissé szabálytalan magvú lymphocyták voltak, amelyek keskeny cytoplasma szegéllyel rendelkeztek. A viszonylag csekélyebb számban mutatkozó indentált-lebenyezett jellegű sejtek elsősorban a „buffy coat” félvékony metszeteiben tűntek szembe (4. ábra). A sejtek jelentős többsége focalis savi phosphatase, savi esterase, valamint diaminopeptidase IV. reactiót adott (1. ábra). Elsősorban az utóbbi selektívnek tekinthető T-sejtekre, esetleg T-helper-sejtekre (10). A nyecs-kimetszésekben elmosott alapszerkezet mellett a legszembetűnőbb a postcapillaris venulák jelentős proliferációjára volt, mely önmagában is gyanút keltő T-sejtes ml-ra, bár más típusoknál is előfordul (immunocytás ml). Emellett a kis lymphocyták a B-CLL-ben észlelhetőnél jóval szabálytala-



1. ábra:

5. sz. eset, vér, diaminopeptidase IV. reactio (mintegy $650 \times$). Csaknem minden sejtben unifocalis (paranuclearis) pozitivitás (fekete).

nabb magkontúrja tűnt szembe. A gyriiform magok száma általában csekélynek tűnt, a sejtek jelentős része sajátos körte alakú („knobby”, „gombos”) maggal bíró, kis lymphocytá volt, tömör (heterochromatinizált) magszerkezettel (2. ábra). Ez a folyamat jellegzetes vonása, legfeljebb centrocytás ml lehetősége merülhetne fel, itt azonban a postcapillaris venulák szaporulata nem fordul elő. A nycs lenyomati készítményekben savi phosphatase, savi esterase és diaminopeptidase IV. unifocalis (paranuclearis) pozitív sejtek voltak többségben. A bőrkimetszésekben hasonló elemekből felépülő infiltra-

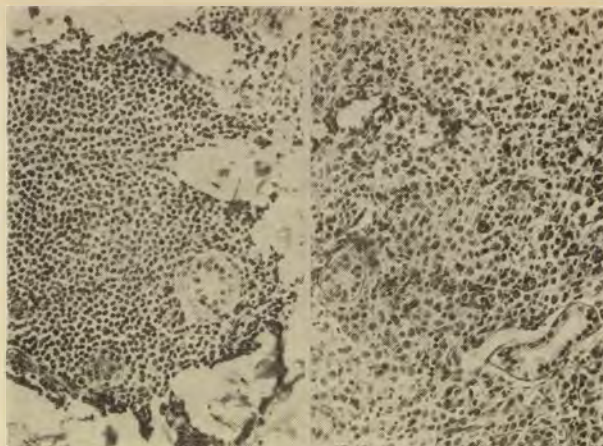


2/a-b) ábrák:

(a) B-CLL, (b) T-CLL, nyirokcsomó, Giemsa, mintegy 600 \times . (a) B-CLL esetében a sejtmagok többsége kerek, a nucleolusok kicsinyek, azonban szembetűnőek. (b) T-CLL-ben a sejtek változatos, szabálytalan alakúak, részben indentáltak, lebonyozottak, „knobby” típusú magok is láthatóak (nyíl). PCV: postcapillaris venula.

tumok mutatkoztak, epidermotropizmus jeleivel, az 1. és 4. sz. esetben Pautrier-tályog szerű képletekkel („pseudo-Pautrier-tályog”). Az 1. sz. esetben a bőr rebiopsiakor (3. a.—b. ábrák) a sejtek jelentős része már éretlen, blast jellegű sejt volt (T-immunoblast). A 4. sz. esetben a betegség kezdetétől a kis lymphocytáknál valamivel nagyobb, lazább magszerkezetű elemek voltak túlsúlyban, részben szabálytalan magindentációkkal (4. a.—b. ábrák). A cytochemiai reakciók megegyeztek az előbbi esetben észleltekkkel.

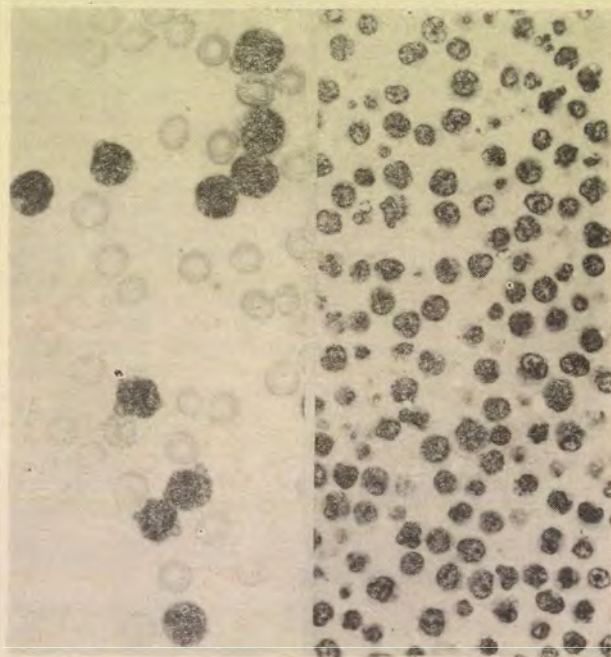
Immuncytológiai leletek: Az öt eset közül háromban a vérben mutatkozó sejtek jelentős része (50—83%) Erozettát adott, sejt felszíni immunoglobulinokat nem tudunk kimutatni. Három esetben elvégeztük a T_M és T_G rozettát képző sejtek meghatározását, mindhárom esetben a T sejtek jelentős túlsúlyát észleltük. Ezen adatok arra utalnak, hogy e három esetben a helper-phenotipusú sejtek voltak túlsúlyban. Ezt támasztják alá a 4. sz. esetben monoclonalis savókkal végzett vizsgálatok is (OKT4: 86% pozitívitas). A leukaemiás sejtek helper phenotipusára a morfológiai megjelenés (kis kerek plasmaszegélyű ly-k) mellett a cytochemiai reakciók is utaltak (focalis savi phosphatase, savi esterase és diaminopeptidase IV. pozitívitas). Itt említjük meg, hogy a suppressor/cytotoxicus sejtek jelentős része nagyobb, azurophil szemcsézetségű



3/a-b) ábrák:

1. sz. eset, bőrbíopsiák (a) első, (b) második biopsia (haematoxylin-eosin, mintegy 220 \times). A második biopsiában a korábbi kissejtes kép nagysejtes (blastos) átalakulást mutat.

sejt, ún. large granular lymphocytá (2, 26). 4. sz. esetünkhöz hasonló helper phenotipusú PLL-ről Chan és mtsai (8) is beszámoltak.



4/a-b) ábrák:

4. sz. eset (a) vérkenet, MGG, mintegy 650 \times . (b) fvs.-concentratum, félvékony metszet, toluidinkék (mintegy 520 \times). (a) A sejtek magjaiban halványan festődő nucleolusok, magindentációk. (b) A félvékony metszetben a változatos alakú magok (lebonyozottság, felszínesebb, mélyebb indentációk) és prominens nucleolusok.

Megbeszélés

A nem Hodgkin-malignus lymphomák (nHml) pathomorphológiai típusainak jobb megismerése az egyes típusok klinikai megjelenésének határozottabb jellemzését eredményezte. Napjainkban a klinikus az észlelt különleges tünetek-leletek alapján egy ml típus fennálltának lehetőségét gyaníthatja a diagnoszt bizonyító pathomorphológiai-im-

muncyológiai vizsgálatokat megelőzően. A mérsékelt malignitású lymphocytás lymphomák körébe tartozó T-sejtes chronicus lymphocytás leukaemia (T-CLL) esetében is ez a helyzet: a jellegzetes pathomorphológiai, immuncyológiai leletek többé-kevésbé jellegzetes klinikai képpel járhatnak együtt. Említésre méltó, hogy az itt közölt öt eset közül 2 egy osztályról származott, a második esetben a T-CLL gyanúja már a klinikai tünetek alapján felmerült.

Az emberi T-sejtes chronicus lymphocytás leukaemia mai ismereteink szerint peripheriás „érett-sejtes” folyamat. Erre utal egyebek mellett, hogy az esetek többsége TdT (terminalis deoxynucleotidyltransferase) negatív, szemben az éretlen T-sejtes folyamatokkal (12, 16, 20, 24, 25, 27). Mint minden ml csoportban, határesetek is előfordulnak (7).

A T-CLL etiológiájáról alig tudunk valamit. A Japánban, a Kyushu tartományban endemiásan előforduló (a Karib-tenger környékén is észlelt) HTLV („human T-cell lymphoma-leukaemia vírus”) pozitív ml szövettani kép eltérő (pleomorph, általában nagysejtes). A Japánban észlelt T-CLL-s esetek általában HTVL-negatívak, bár nem jellegzetes eseteket is észleltek (*kissejtes* pleomorph HTVL pozitív esetek).

A T-CLL kórszövettani képe eléggé sajátos: sok postcapillaris venula, szabálytalan magkontúrú kis lymphocyták viszonylag homogen sejtpopulációja diffus elrendeződésben. A T-sejtes jelleg, bár histológiailag-cytológiailag is gyanítható, E-rozetta technikával (vagy az ennek megfelelő OKT 11 vagy Leu 5 monoclonalis savó pozitívítással), pan-T-antitestekkel, valamint cytochemiai reakciókkal általában bizonyítható. A határozott morphológiai diagnoszt a histológiai-cytológiai-cytochemiai és immuncyológiai vizsgálatok összessége biztosítja. A subpopulációk tekintetében a cytochemiai kép (focalis pozitívítás többé-kevésbé a helper/inducer sejtekre jellemző), hasonlóan a T_H és T_G rozetta értékek (helper/inducer és cytotoxicus/suppressor sejtek), a OKT4 és OKT8 pozitívítás mérvadó. Önmagában a cytológiai kép is tájékoztató, a helper-lymphocyták többsége a kis kerek magvú, keskeny plasmazegélyű sejt, a „large granular lymphocytes” inkább a suppressor és natural killer sejteknek felelnek meg. Ez utóbbiakra a Leu 7 monoclonalis antitest pozitívítás jellemző (26).

Differenciál-diagnosztikailag elsősorban B-CLL, Sézary-szindróma, mycosis fungoides jönnek szóba. B-CLL esetében a klinikai kép, a pathomorphológiai és immuncyológiai leletek mérvadóak (pl. M-rozetta pozitívítás B-CLL-ben). Sézary-szindróma, mycosis fungoides és T-CLL között a klinikai kép dönt. Így az a körülmény, hogy az 1. sz. esetben a megbetegedés első felében Sézary-szindrómára, mycosis fungoidesre jellemző bőrelváltozások nem voltak jelen, az adott leletek mellett T-CLL-re utalt. Bár a bőrben észlelt, a hámrá is ráterjedő infiltrátumok mycosis fungoidesre is jellemzőek, mégis a japán HTVL-pozitív pleomorph lymphomás esetekhez hasonlóan csak pseudo-Pautrier-tályogokról beszélhetünk. Magyarországon a T-CLL semmiképpen sem mondható gyakornak, bár bizonyos, hogy a módszertani lehetőségek fejlődése,

az entitás szélesebb körű megismerése az esetek számának növekedését eredményezheti. A Malignus Lymphoma Referentia Centrum 1978—1983 között összesen 508 CLL-es esetet regisztrált (pseudofollicularis 378, diffus 89, nem osztályozható 41), azaz a T-CLL gyakorisága a CLL-es esetek mintegy 10%-ának felelhet meg.

Figyelemre méltó, hogy az eddig észlelt T-CLL-es esetek között közel egyenlő számban voltak helper/inducer, ill. suppressor/cytotoxicus phenotipusúak (14, 30), előfordulnak azonban kevert jellegűek is. Az itt ismertetett 5 eset közül 4 helper/inducer típusúnak tűnt. A Sézary-szindrómás és mycosis fungoides esetek többsége helper/inducer phenotipusú (4, 13), *Graeves* és *mtsai* (13) 6 T-CLL-s esetekből 4 suppressor/cytotoxicus phenotipusú volt. A T-CLL-es sejtek phenotipusának megállapítása prognosztikus jelentőségű, a helper/inducer típusúak kórjósolata jóval előnytelenebb a suppressor/cytotoxicus típusúakénál (3, 30).

Ami a T-CLL klinikai megjelenését illeti, eseteink életkora nem tért el lényegesen a B-CLL-es betegek életkorától. Egyes tünetek, pl. a bőrinfiltratio, eosinophilia, tüdőinfiltratio jelenléte gyanútelőzők lehetnek és nem megszokott kísérői a B-CLL-nek. T-sejtes ml-k (pl. T-sejtes ALL, 6) esetén az eosinophiliát a lymphoid elemek termelte lymphokinek vezetik vissza. A csontvelő infiltratio szerény mértéke is hozzájárulhat a T-CLL gyanújának felmerüléséhez. Figyelemre méltó, hogy suppressor T-CLL esetében vvt-aplasiát, hypogammaglobulinaemiát írtak le (21). Míg B-CLL-ben jól ismert a folyamat B-immunoblastomás átalakulásának lehetősége („Richter-szindróma”), T-CLL-ben egy ilyen közlést találtunk (23). Említésre méltó ezzel kapcsolatban, hogy az 1. sz. esetünkben a bőrben a második biopsia során T-immunoblastos transformatio volt jelen.

Ami a terapiát illeti, öt eset alapján aligha lehetséges határozottabb állásfoglalás. A változatos cytostaticus-kezelések egyike sem hozott tartósabb remissiót, mégis úgy tűnik, hogy a hosszabb túlélést mutató esetekben az aggresszívebb kezelés bizonyult hatékonyabbnak. A korai szakaszban a kevésbé aggresszív protokollok is tartósabb javulást eredményeztek.

IRODALOM: 1. *Berard, C. W.*: A multidisciplinary approach to non-Hodgkin's lymphomas. *Ann. Int. Med.* 1981, 94, 218. — 2. *Boesen, A. M., Hokland, P.*: Ultrastructure of normal human blood T lymphocyte subsets isolated by cell sorting using monoclonal antibodies. *Virch. Arch. (Cell Path.)* 1982, 41, 107. — 3. *Brisbane, J. U. és mtsai*: T8 chronic lymphocytic leukemia: a distinctive disorder related to T8 lymphocytosis. *Am. J. Clin. Path. (in press.)* — 4. *Broder, S. és mtsai*: The Sézary-szindróma. A malignant proliferation of helper T cells. *J. clin. Invest.* 1976, 58, 1297. — 5. *Brouet, J. C. és mtsai*: Chronic lymphocytic leukemia a T-cell origin: Immunological and clinical evaluation on eleven cases. *Lancet*, 1975, II, 890. — 6. *Catovsky, D. és mtsai*: The association of eosinophilia with lymphoblastic leukaemia or lymphoma: a study of seven patients. *Brit. J. Haemat.* 1980, 45, 523. — 7. *Chan, J. K. és mtsai*: Pre-T chronic lymphocytic leukemia with common acute lymphoblastic leukemia antigen. *Am. J. Clin. Path.* 1981, 76, 837. — 8. *Chan, W. C. és mtsai*: Prolymphocytic leukemia of helper cell phenotype: Report of a case and review of the scientific literature. *Am. J. Clin. Path.*

1982, 77, 643. — 9. Costello, C. és mtsai: Chronic T-cell leukemias. I. Morphology, cytochemistry and ultrastructural. Leuk. Res. 1980, 4, 463. — 10. Feller, A. Ch. és mtsai: Emerge cytochemical heterogeneity of human chronic T-lymphocytic leukemia as demonstrated by reactivity to dipeptidylaminopeptidase IV (DAP IV.; EC 3., 4., 14., 4.). Leuk. Res. 1982, 6, 80. — 11. Gaeke, M. E. és mtsai: Human T-cell lymphoma with suppressor effect on the mixed lymphocyte reaction (MLR). I. Morphological and cytogenetic analysis. Blood, 1981, 57, 634. — 12. Gramatzki, M. és mtsai: Immunologic characterization of helper T-cell lymphoma. Blood, 1982, 59, 702. — 13. Greaves, M. és mtsai: Phenotypic heterogeneity and cellular origins of T cell malignancies. Leuk. Res. 1981, 5, 281. — 14. Huhn, D. és mtsai: Subtypes of T cell chronic lymphocytic leukaemia. Blood, 1983, 51, 1434. — 15. Ichimaru, M. és mtsai: T-cell malignant lymphoma in Nagasaki district and its problem. Jpn. J. Clin. Oncol. 1979, 9 (Suppl.), 337. — 16. Knowles, D. M. és mtsai: The phenotypic heterogeneity of T cell malignancies: demonstration by monoclonal antibodies and enzyme histochemistry. Lab. Invest. 1981, 44, 35A. — 17. Lenner, K., Stein, H., Kaiserling, E.: Cytological and functional criteria for the classification of malignant lymphoma. Brit. J. Canc. 1975, 31, Suppl. II., 29. — 18. Lenner, K.: Malignant Lymphomas. Hdb. d. spez. path. Anat. u. Histol., I. Bd. 3 Teil, Bandteil B., Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1978, p. 399. — 19. Lukes, R. J., Collins, R. D.: Immunologic characterizations of human malignant lymphomas. Cancer 1974, 34, 1488. — 20. Marks, S. M. és mtsai: Multimarker analysis of T-cell chronic lymphocytic leukemia. Blood, 1978, 51, 435. — 21. Nagasawa, T., Abe, T., Nakagawa, T.: Pure

red cell aplasia and hypogammaglobulinemia associated with T-cell chronic lymphocytic leukemia. Blood, 1981, 57, 1025. — 22. National Cancer Institute Sponsored Study of Classifications of Non-Hodgkin's Lymphomas. Summary and description of a Working Formulation for clinical usage. Cancer, 1982, 49, 2112. — 23. Nowell, P. és mtsai: Cytogenetic evidence for the clonal nature of Richter's syndrome. Blood, 1981, 58, 183. — 24. Pandolfi, F. és mtsai: Immunologic evaluation of T chronic lymphocyte leukemia cells: correlation among phenotype, functional activities and morphology. Blood, 1982 (a), 59, 688. — 25. Pandolfi, F. és mtsai: Heterogeneity of T-CLL defined by monoclonal antibodies in nine patients. Clin. Immunol. Immunopath. 1982 (b), 24, 330. — 26. Pandolfi, F. és mtsai: HNK-1 monoclonal antibody (Leu-7) in the identification of abnormal expansions of large granular lymphocytes. Clin. exp. Immunol. 1983, 52, 641. — 27. Reinherz, E. L. és mtsai: T-cell subset characterization of human T-CLL. Blood, 1979, 63, 1066. — 28. Robb-Smith, A. H. T.: U. S. National Cancer Institute Working Formulation of non-Hodgkin's Lymphomas for Clinical Use. Lancet, 1982, II, 432. — 29. Rochon, M., Vaillancourt, L., Masse, S.: Cytogenetic characterisation of an adult T cell leukemia, knobby type. Internat. Congr. ISH—ISBT, Budapest, 1982. — 30. Singh, A. K., Lewis, P., Wetherley-Mein, G.: Heterogeneity of T-cell chronic lymphatic leukaemia (CLL). Brit. J. Haemat. 1983, 55, 180. — 31. Uchiyama, T. és mtsai: Adult T-cell leukemia: Clinical and hematologic features of 16 cases. Blood, 1977, 50, 481.

(Berkessy Sándor dr., Miskolc, Iván u. 37., 3534)

PHLOGOSAM hab

ÖSSZETÉTEL:

2,80 g natrium samarium disulfosalicylicum-tetrahydricium,
(2,5 g natrium samarium disulfosalicylicum anhydricum alakban.)
2,08 g lidocainum, 0,82 g dexpanthenolum, 90 g-os flakonban.

JAVALLATOK:

I. fokú és felületes II. fokú égési sérülések nyílt seb kezelése, dermatitis solaris, kontakt ekcéma, dermatitis arteficialls, toxicoderma, ulcus crurishoz társuló ekcéma, felületes thrombophlebitis adjuváns kezelése. A habkezelés előnye a kenőcs alkalmazásával szemben, hogy a fájdalmas felületet nem szükséges érinteni. Ennek főleg az égési sérüléseknél van jelentősége.

ELLENJAVALLAT:

A törzs és a végtagok körkörös sérüléssel (ilyenkor ugyanis a nyílt seb kezelése nem megoldható).

ALKALMAZÁS:

Az I. fokú égési seb egyszeri befújása elegendő, a II. fokú égési sérülést 6–7 napon keresztül szükséges 3 óránként befújni. Egyéb esetekben naponta 2–4-szeri alkalmazása szükséges. Használat előtt felrázandó! A flakont lehetőleg függőleges helyzetben a szeleppel felfelé tartjuk és a habot 3–4 cm távolságból a kezelendő felületre juttatjuk.

MEGJEGYZÉS: ✖

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

1 flakon (90 g)

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

LÁNG ISTVÁN DR.,
† FEUER LÁSZLÓ DR.,*
NÉKÁM KRISTÓF DR.,
PERL ANDRÁS DR.,
SZIGETI AGNES DR.,
GERGELY PÉTER DR.
ÉS FEHÉR JÁNOS DR.

Litoralon kezelés hatása rosszindulatú daganatos betegek lymphocitotoxicitására

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Fehér János dr.)
CHINOIN* Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

A szerzők *in vivo* és *in vitro* Litoralon^R kezelés hatását vizsgálták emberi lymphocyták ellenanyagától függő (ADCC) és természetes (NK) cytotoxicitására. A rosszindulatú daganatos betegek csökkent lymphocytotoxicitását mind az *in vivo*, mind az *in vitro* Litoralon^R kezelés szignifikánsan fokozta, ugyanakkor az eredetileg „normális” lymphocytotoxicitást nem befolyásolta. Ez a megfigyelés újabb adat a mellékpajzsmirigy eredetű hormonszerű hatású Litoralon^R immunostimulatív aktivitásához.

Effect of Litoralon^R treatment on lymphocytotoxicity of patients suffering from malignant tumours. The authors examined the effect of Litoralon^R treatment to the antibody dependent (ADCC) and natural (NK) cytotoxicity of human lymphocytes in both *in vivo* and *in vitro* systems. Impaired lymphocytotoxicity of the patients suffering from malignancies was significantly increased by both *in vivo* and *in vitro* treatment with Litoralon^R, but the originally „normal” degree of cytotoxicity was not influenced. This observation is a novel fact concerning the immunostimulant activity of Litoralon^R which is of parathyroidal origin with hormon-like effect.

A rosszindulatú daganatok elleni immunvédekezésben az ellenanyagától függő (ADCC) és a természetes (NK) lymphocytotoxicitás feltételezett szerepére számos adat utal (18, 22, 29). A tumorok kezelésében széles körben alkalmazott immunostimulánsok (5, 21, 25, 30, 31) hatásukat részben az ADCC- és NK-aktivitás fokozása révén fejthetik ki. Az ADCC- és NK-aktivitás többféle immunostimulánssal is fokozható (4, 18, 26, 27). Mivel ennek a daganatok adjuváns kezelésében szerepe lehet, a citotoxicitást fokozó újabb gyógyszerek kutatása célszerűnek látszik. Ezért megvizsgáltuk, hogy a szarvasmarha mellékpajzsmirigyből az utóbbi évtizedben előállított immunostimuláns, hormonszerű hatású anyag, a Litoralon^R (glutaurine, 7–10) befolyásolja-e az emberi lymphocyták ellenanyagától függő és természetes cytotoxicitását.

Anyag és módszer

A Litoralon^R-t (gamma-L-glutamyl-taurine, glutaurine, 7–10) a CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. az *in vitro* adagoláshoz tisztta (>99%) szintetikus vízdékony fehér por, az *in vivo* kezelés céljára pedig 10 µg hatóanyag-tartalmú tabletták formájában bocsátotta rendelkezésünkre. *In vitro* a gyógyszert 0,1–100,0 µg/ml koncentráció tartományban adagoltuk. A gyógyszer a teljes inkubációs idő alatt jelen volt a rendszerben. Az *in vivo* kezelés során a betegek és az egészséges önkéntesek napi 60 µg-ot szedtek szájon át. (A Litoralon^R a gyomorból a ³⁵S izotóppal jelölt glutaurinnal végzett előzetes vizsgálatok alapján kitűnően felszívódik.)

Kulcsszavak: Litoralon^R, ADCC, NK, cytotoxicitás.
Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 36. szám

Tápfolyadék

Valamennyi kísérletben TC 199 tápfolyadékot használtunk. A cytotoxicitási tesztekben a tápfolyadék 10% dekomplementált (56 °C 60 perc) borjú savót tartalmazott.

Az effektorsejtek szeparálása

A daganatos betegektől és az egészséges donoroktól vett heparinos vérből a mononukleáris sejteket Ficoll (Pharmacia, Uppsala) — Uromiro (Bracco, Milano) gradiensen szeparáltuk Bøyum módszerével (3). A cytotoxicitási tesztekhez a fagocytáló sejteket vasporos-mágneses kezeléssel távolítottuk el. A monocyták aránya nem érte el az 1%-ot (Latex fagocytózis, Dow Latex, Serva). A sejtek életképessége tripánkék-próbával 90% fölötti volt.

Cytotoxicitási tesztek

Az ADCC aktivitást csirke vörös vérsejt célsejteken mértük Perlmann és Perlmann módszerével (28). Az inkubációs idő 4 óra volt, és 20:1, 10:1, illetve 5:1 effektorsejt: célsejtarányokat használtunk.

Az NK-aktivitást K-562 célsejteken Jondal és Pross módszerével mértük (20). 50:1, 25:1 és 12,5:1 effektorsejt: célsejtarányokat használtunk, az inkubációs idő itt is 4 óra volt.

A cytotoxicitási tesztek metodikai részleteit illetően korábbi közleményeinkre utalunk (22–24).

Lymphocyta marker vizsgálatok

A T-sejteket E-rozetta képzéssel vizsgáltuk Jondal és mtsai szerint (19).

Az aktív T-sejteket azonnali E-rozetta képzéssel tanulmányoztuk Yu módszerével (32).

A komplement-receptoros B-lymphocytákat EAC-rozetta képzéssel határoztuk meg Bianco és mtsai szerint (2).

Az Fc-receptoros sejteket EA-rozetta képzéssel vizsgáltuk Hallberg és mtsai módszerével (17).

Betegek

Szövetteni vizsgálattal bizonyítottan rosszindulatú gastrointestinalis daganatban szenvedő 27 beteg (11 férfi, 16 nő, átlagéletkor 58 év) és 10 egészséges önkéntes donor (4 férfi, 6 nő, átlagéletkor 56 év) lymphocytáinak a cytotoxikus aktivitását és markereit vizsgáltuk *in vivo* és *in vitro* végzett Litoralon^R kezelés előtt és után. Öt beteg gyomorrákban, három májrákban, három epehólyagrákban, négy hasnyálmirigy-rákban, nyolc vastagbélrákban és négy végbélrákban szenvedett. A vizsgálat idején kettő kivételével valamennyiüknek kimutatható áttéte volt. Tizenhárom beteg korábban műtéti, közülük hat beteg műtéti és sugár, két beteg műtéti, sugár és cytostaticus, öt beteg pedig csak cytostaticus terápiában részesült, de a vizsgálatokat megelőző legalább 1 hónap alatt az immunrendszer befolyásoló kezelést nem kaptak. A vizsgálatban részt vevő valamennyi beteget és egészséges önkéntes donort részletesen tájékoztattuk a tervezett Litoralon^R kezelésről, melyhez előzetesen hozzájárultak. Az *in vivo* kezelés során a betegek és az egészséges kontrollok napi 60 µg (3x2 tbl.) Litoralon^R-t szedtek 14 egymást követő napon át 840 µg összedagban. A cytotoxicitási tesztek és a marker-vizsgálatokat közvetlenül a gyógyszer szedését megelőzően és a 14. napon végeztük, így minden kezelt egyén önmaga kontrollja volt. Előzetesen megállapítottuk, hogy a betegek és az egészséges kontrollok Litoralon^R kezelés előtt mért lymphocytotoxicitása ismételt vizsgálatok során lényegesen nem változott. Negatív kontrollcsoportként 11 beteg és 4 egészséges donor azonos körülmények között a CHINOIN által rendelkezésünkre bocsátott placebo-tablettát szedett. A Litoralon^R kezelés során mellékhatást nem észleltünk, és a betegek általános klinikai állapota sem változott. Valamennyi beteget a Litoralon^R kezelést követően legalább 1 hónapon át ellenőriztük.

Az *in vitro* Litoralon^R kezelés hatását tanulmányozó vizsgálatokban a betegek és az egészséges kontrollok gyógyszer-szedés előtt vett vérből szeparált lymphocytáit a 4 órás inkubációs idő alatt 0,1–100,0 µg/ml végkoncentrációjú Litoralon^R-nal inkubáltuk együtt. Az NK-kísérletekben pozitív kontrollként interferont használtunk 1000 E/ml végkon-

centrációban. A tisztított humán leukocytá interferont (C, Cantell, Helsinki) dr. Onody Klára bocsátotta rendelkezésünkre, amiért ezúton is köszönetet mondunk.

Eredmények

Az *in vivo* Litoralon^R kezelés hatása az ADCC- és NK-aktivitásra.

Az egészséges kontrollcsoport átlagos lymphocytotoxicitásához viszonyítva a tumoros betegek két csoportba voltak sorolhatók: Tizennégy beteg lymphocytáinak az ADCC és az NK aktivitása az *in vivo* Litoralon^R kezelést megelőzően valamennyi vizsgált effektorsejt: célsejt arányban legalább 50%-kal kisebb volt az egészséges kontrollcsoport átlagánál, míg tizenhárom beteg lymphocytotoxicitása ettől nem tért el szignifikánsan (1. és 2. ábra „a” oszlopai). Az I. csoportban kéthetes *in vivo* Litoralon^R kezelés után mind az ADCC-, mind az NK-aktivitás szignifikánsan fokozódott (1. és 2. ábra „c” oszlopai), míg a II. csoportban a lymphocytotoxicitás nem változott (1. és 2. ábra II. „c” oszlopai). Placebo-kezelés sem az I., sem a II. csoportban nem befolyásolta a cytotoxicitást (1. és 2. ábra „d” oszlopai). Az 1. ábrán a 20:1, a 2. ábrán az 50:1 effektorsejt: célsejt aránynál kapott értékeket tüntettük fel. Mindkét betegcsoportban a többi vizsgált effektorsejt: célsejt aránynál is hasonló változásokat észleltünk. Az egészséges kontrollcsoport lymphocytotoxicitását az *in vivo* Litoralon^R kezelés nem befolyásolta (1. és 2. ábra III. „c” oszlopok).

Az *in vitro* Litoralon^R kezelés hatása az ADCC- és NK-aktivitásra

Az 1 µg/ml végkoncentrációjú *in vitro* Litoralon^R kezelés hatását a tumoros betegek és az egészséges kontrollegyének lymphocytotoxicitására az 1. és a 2. ábra „b” oszlopai demonstrálják. Az eredmények lényegében megegyeztek az *in vivo* kezeléssel kapott eredményekkel; az eredetileg csökkent ADCC- és NK-aktivitású betegek lymphocytotoxicitása szignifikánsan fokozódott az *in vitro* inkubálás hatására (1. és 2. ábra I. „b” oszlopok), míg a már eredetileg is „normális” lymphocytotoxicitás nem változott (1. és 2. ábra II. „b” oszlopok). Az eredetileg csökkent ADCC- és NK-aktivitású betegek lymphocytotoxicitását az *in vitro* Litoralon^R kezelés dózis-dependens módon fokozta (az adatokat nem tün-

Litoralon^R kezelés hatása az emberi lymphocytá szubpopulációkra

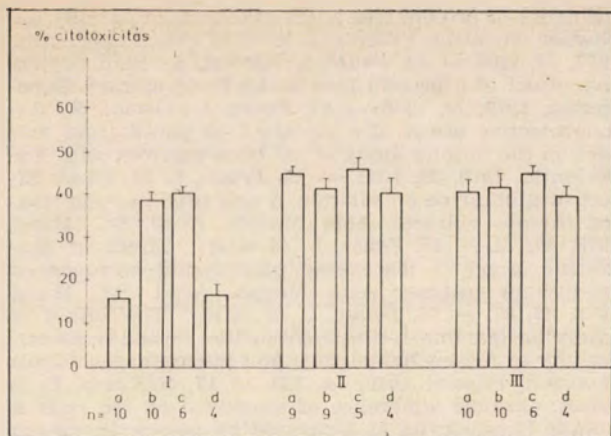
Kezelés	Lymphocytá szubpopuláció* %			Fc
	T	aktív T	B	
a	61,9±5,4	21,1±1,5	11,1±2,5	13,9±1,9
b	63,7±5,1	19,6±2,2	12,7±3,4	14,7±1,8
c	65,3±6,1	20,4±2,4	10,8±3,1	14,0±1,6

a: Litoralon^R kezelés előtt.

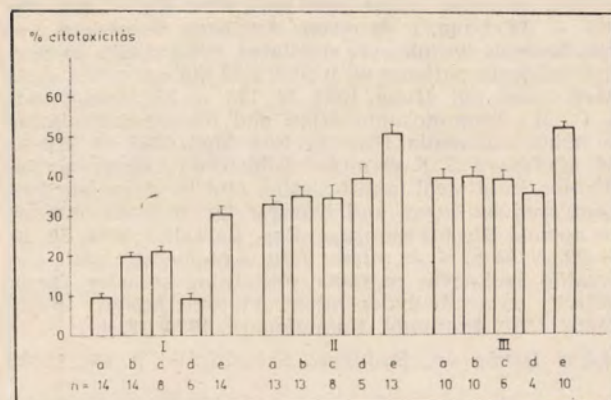
b: 1 µg/ml *in vitro* Litoralon^R kezelés után.

c: 2 hetes *in vivo* Litoralon^R kezelés után (60 µg/nap).

* Mivel a betegcsoportok és az egészséges kontroll csoport kezelés előtti értékei nem különböztek szignifikánsan egymástól, a táblázatban az összes vizsgált egyén átlagértékeit tüntettük fel (átlag ±SE, n = 30).



1. ábra: Litoralon^R kezelés hatása emberi lymphocyták ellenanyagtól függő cytotoxicitására.
I.: Eredetileg csökkent ADCC aktivitású tumoros betegek
II.: Eredetileg normális ADCC aktivitású tumoros betegek
III.: Egészséges kontroll csoport
a: Litoralon^R kezelés előtt
b: 1 µg/ml in vitro Lit^R kezelés után
c: 2 hetes in vivo Lit^R kezelés után (60 µg/nap)
d: 2 hetes placebo kezelés után
p<0,01: Ia a IIa és IIIa-hoz képest
Ib és Ic az Ia-hoz képest
effektorsejt: célsejt=20:1



2. ábra: Litoralon^R kezelés hatása emberi lymphocyták természetes cytotoxicitására
I.: Eredetileg csökkent NK aktivitású tumoros betegek
II.: Eredetileg normális NK aktivitású tumoros betegek
III.: Egészséges kontroll csoport
a: Litoralon^R kezelés előtt
b: 1 µg/ml in vitro Lit^R kezelés után
c: 2 hetes in vivo Lit^R kezelés után (60 µg/nap)
d: 2 hetes placebo kezelés után
e: 1000 E/ml in vitro interferon kezelés után
Effektorsejt:célsejt=50:1
p<0,001: Ie az Ia-hoz képest,
IIa a IIIa-hoz képest
p<0,01: Ib és Ic az Ia-hoz képest
p<0,001: Ib és Ic az Ia-hoz képest
IIIe a IIIa-hoz képest

tették fel). A többi vizsgált effektorsejt: célsejt arányánál itt is lényegében azonos változásokat észleltünk. Az egészséges kontrollcsoport lymphocytotoxicitását az *in vitro* Litoralon^R kezelés sem befolyásolta (1. és 2. ábra III. „b” oszlopok). *In vitro* adagolt 1000 E/ml humán leukocytá interferon az

NK-aktivitást mindkét betegcsoportban és az egészséges kontrollcsoportban egyaránt szignifikánsan fokozta (2. ábra „e” oszlopok). Az interferont az ADCC-rendszerben nem használtuk, mert korábbi vizsgálatainkban ebben a tesztszisztemben hatástalan volt (6).

Litoralon^R kezelés hatása a lymphocytá szubpopulációkra

Az *in vivo* és az *in vitro* Litoralon^R kezelés lymphocytá szubpopulációkra gyakorolt hatását a táblázat demonstrálja. Mivel a betegcsoportok és az egészséges kontrollcsoport kezelés előtti értékei nem különböztek szignifikánsan egymástól, a táblázatban az összes vizsgált egyén átlagértékeit tüntettük fel. Sem az *in vivo*, sem az *in vitro* Litoralon^R kezelés nem befolyásolta értékelhetően a T-, aktív T-, B- és Fc-receptoros sejtek arányát (táblázat). Ugyanaz érvényes az abszolút sejtszámokra is (az adatokat nem tüntettük fel).

Megbeszélés

A tumorsejtek ellenanyagtól függő K-sejtes és direkt NK-sejtes elpusztításának a fokozása megfelelő adjuváns terápiával előnyösnek tekinthető. Ezért az immunrendszerre ható újabb gyógyszerek lymphocytotoxicitást fokozó hatásának a kutatása célszerűnek látszik.

A ma már szintetikus formában is rendelkezésre álló (7—9 hormonszerű hatású Litoralon^R-t eredetileg szarvasmarha mellékpajzsmirigyből állították elő. Sokrétű — részben A-vitaminszerű — hatásai közül immunostimuláló aktivitása különösen figyelemreméltó (10). Megakadályozza patkány csontvelő sejtek mitotikus indexének a besugárzást követő csökkenését, timusz szövet- és sejtenyészetekben fokozza a makrofág termelést és ezek lizoszomális enzim aktivitását, fokozza egér lépsejtek ³H-timidin felvételét, egerekben kivédi egyes immunosuppresszív szerek hatását, fokozza a patkány hízósejtek számát és degranulációját, a graft-kilökődést, a lectin-indukálta blasztos transzformációt, valamint a fibroblastok proliferációját, és állatkísérletekben cortison-antagonista hatású (1, 11—16). Az ADCC- és NK-aktivitásra gyakorolt esetleges hatását eddig nem tanulmányozták.

Kísérleteinkben napi 60 µg-os kéthetes *in vivo* Litoralon^R kezelés és 0,1—100 µg/ml végkoncentrációjú *in vitro* inkubálás hatását vizsgáltuk rosszindulatú daganatban szenvedő betegek és egészséges kontrollcsoport ellenanyagtól függő és természetes lymphocytotoxicitására, valamint lymphocytá szubpopulációira. Megállapítottuk, hogy mind az *in vivo*, mind az *in vitro* kezelést követően az eredetileg csökkent ADCC- és NK-aktivitású betegek lymphocytotoxicitása szignifikánsan fokozódott, míg a már eredetileg is „normális” lymphocytotoxicitás nem változott sem a tumoros betegek között, sem az egészséges kontrollcsoportban. A primer tumor lokalizációja, az áttétek száma és lokalizációja, valamint a kezelés előtti ADCC- és NK-aktivitás között nem találtunk szoros korrelációt. Ez a viszonylag kisszámú, heterogén beteganyag következménye is lehet. Az irodalomban különböző tumoros betegke-

nek mind csökkent, mind normális lymphocytotoxicitását leírták (18), és korábban magunk is ilyen megfigyeléseket tettünk (23, 24, 27). Nem találtunk korrelációt a daganat korábbi kezelésmódja és a Litoralon^R terápia előtt mért ADCC- és NK-aktivitás között sem. Ez azzal magyarázható, hogy betegekink a vizsgálatokat megelőző legalább 1 hónap alatt az immunrendszert befolyásoló kezelést nem kaptak. A lymphocytá szubpopulációkat a Litoralon^R kezelés egyik csoportban sem befolyásolta számottevően. Mivel a T-, B-, „null”- (nonT-, nonB-) és Fc-receptoros sejtek aránya és abszolút száma nem változott a kezelés során, a Litoralon^R csökkent lymphocytotoxicitást fokozó hatását az effektorsejtek számának a növekedése nem magyarázhatja. Ez az *in vitro* kísérletekben a 4 órás inkubációs idő alatt amúgy is valószínűtlen lenne. Feltételezhető, hogy a Litoralon^R az ADCC- és NK-effektorsejtekre nem közvetlenül, hanem összetett szabályozó mechanizmus útján hat. Ez a mechanizmus az *in vivo* és *in vitro* kezelés során nem szükségképpen azonos. A Litoralon^R kezelést követő cytotoxicitás-fokozódás hatásmechanizmusának és esetleges gyakorlati értékének a felderítése további vizsgálatokat igényel.

IRODALOM: 1. *Antoni, F. és mtsai*: The effect of carrageenan and glutaurine on DNA synthesis of spleen cells in CFLB mice. *Biochem. Med.* 1979, 22, 238. — 2. *Bianco, C. és mtsai*: A population of lymphocytes bearing a membrane receptor for antigen antibody-complement complexes. *J. exp. Med.* 1970, 132, 702. — 3. *Böyum, A.*: Separation of leucocytes from blood and bone marrow. *Scand. J. clin. Lab. Invest.* 1968, 21 (Suppl. 97), 77. — 4. *Campbell, A. C., MacLennan, I. M.*: Stimulation of K cells by immunotherapy. *Lancet*, 1976, I, 856. — 5. *Carter, S. K.*: Immunotherapy of cancer in man. *Amer. Sci.* 1976, 64, 418. — 6. *Chen Shao-hsien és mtsai*: Effect of *in vitro* cyclosporin A treatment on human natural and antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity. *Transplantation*, 1983, 35, 127. — 7. *Feuer, L. és mtsai*: U. S. Pat. 1978, 4.110. 441. — 8. *Feuer, L.*: *Brit. Pat.* 1975, 1.404, 225. — 9. *Feuer, L. és mtsai*: *Brit. Pat.* 1978, 1.503, 674. — 10. *Feuer, L.*: Egy mellékpajzsmirigyből izolált új bioaktív anyag, a Litoralon felismerésének elméleti háttere. További elméleti megfontolások. *Biológia*, 1977, 25, 3. — 11. *Feuer, L. és mtsai*:

Influence of protein free aqueous extract of parathyroid powder on serum vitamin A level in rats. *Experientia*, 1977, 33, 1005. — 12. *Feuer, L., Ormai, S.*: Radioprotective effect of a protein free parathyroid extract. *Experientia*, 1978, 34, 1356. — 13. *Feuer, L., Ormai, S.*: Radioprotective effect of a protein free parathyroid extract on the mitotic index of rat bone marrow cells. *Experientia*, 1979, 35, 1091. — 14. *Feuer, L. és mtsai*: Effect of glutaurine on vitamin A and prednisolone treated thymus cultures. *Acta Morph. Acad. Sci. Hung.* 1978, 26, 75. — 15. *Feuer, L. és mtsai*: Effect of glutaurine, a newly discovered parathyroid hormone on rat thymus cultures. *Acta Morph. Acad. Sci. Hung.* 1978, 26, 87. — 16. *Feuer, L. és mtsai*: The effect of Litoralon (gamma-L-glutamyltaurine) on the lysosomal activity of mesenchymal cells and macrophages. *Comp. Biochem. Physiol.* 1979, 64, 229. — 17. *Hallberg, T. és mtsai*: Opsonic adherence of sensitized ox red cells to human lymphocytes as measured by rosette formation. *Int. Arch. Allergy*, 1973, 44, 500. — 18. *Herberman, R. B.* (ed.): NK cells and other natural effector cells. Academic Press, London, 1982. — 19. *Jondal, M. és mtsai*: Surface markers on human B and T lymphocytes. I. A large population of lymphocytes forming non-immune rosettes with SRBC. *J. exp. Med.* 1972, 136, 207. — 20. *Jondal, M., Pross, H.*: Surface markers on human B and T lymphocytes. VI. Cytotoxicity against cell lines as a functional marker for lymphocyte subpopulations. *Int. J. Cancer*, 1975, 15, 596. — 21. *Kirkpatrick, C. H., Gallin, J. I.*: Treatment of infectious and neoplastic diseases with transfer factor. *Oncology*, 1974, 29, 46. — 22. *Láng I. és mtsai*: Az antitest-dependens celluláris cytotoxicitás (ADCC) és klinikai vonatkozásai. *Orv. Hetil.* 1977, 118, 1585. — 23. *Láng I. és mtsai*: Tumoros betegek csökkent természetes limfocitotoxicitásának fokozása transzfer faktor kezeléssel. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 807. — 24. *Láng, I. és mtsai*: Antibody dependent and spontaneous lymphocyte mediated cytotoxicity in normal subjects, patients with SLE and malignancies. *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 1977, 34, 123. — 25. *MacLennan, I. C. M.*: Immunosuppression and immunostimulation in acute leukaemia. *Proc. ry. Soc. Med.* 1975, 68, 216. — 26. *Maddison, S. E. és mtsai*: Schistosoma mansoni: Reduction in clinical manifestation and in worm burdens conferred by serum and transfer factor from immune or normal Rhesus monkeys. *Exp. Parasitol.* 1976, 39, 29. — 27. *Nékám, K. és mtsai*: Effects of therapy with dialyzable leukocyte extracts containing transfer factor activity on antibodydependent cytotoxic activity in humans. *Clin. Immunol. Immunopath.* 1979, 13, 407.

(Láng István dr., Budapest, Szentkirályi u. 46., 1088.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

KÁROLYI ALICE DR.,
 JUHÁSZ ERZSÉBET DR.,
 MOLNÁR SÁNDOR DR. ÉS
 UNGRISCHPEK GYÖRGYI DR.

Chylascitessel szövődött bilaterális chylothorax

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
 (főigazgató-főorvos: Schweiger Ottó dr.)
 és Megyei Kórház-Rendelőintézet, Győr
 (főigazgató főorvos: Horváth Ottó dr.)

A szerzők a nyirokrendszer generalizált fejlődési rendellenessége, hypoplasiája következtében kialakuló bilaterális chylothorax chylascitessel szövődött esetét ismertetik. A három testüregbe egyidejűleg történő nyirokvesztés ritkasága miatt az irodalmat és az esetet a szokottnál részletesebben ismertetik.

Bilateral chylothorax complicated with chylascites.
 The authors report on a case of bilateral chylothorax complicated with chylascites which has been developed due to the generalized malformation of the lymphatic system. Because of the scarcity of the simultaneous leakage of lymph into three cavities the literature is discussed in more details as usual.

Kulka (15) 1966-ban írt összefoglaló közleménye óta chylothoraxszal (CHT) foglalkozó magyar cikkről nem tudunk. Ezért a témával foglalkozó irodalmat a szokottnál részletesebben ismertetjük.

A szerzők általában összegyűjtik az irodalomban fellelhető eseteket, és ennek alapján, néhány száz beteg ismeretében készítik el a kóroktani csoportosítást (9, 12, 15, 16, 20, 22, 23). A legnagyobb esetszámú anyagot 1981-ben Schinz rendszerezte (23). Csoportosítása:

1. Congenitális vagy idiopatiás CHT — születés után egy hónapon belül keletkezik.
2. Traumás vagy postoperatív CHT, melynek manifesztálódásához nem ritkán mikrotrauma (pl. köhögés) is elegendő.
3. Spontán CHT:
 - a) Nyirokrendszer anomáliája;
 - b) Tumor okozta obstrukció vagy destrukció;
 - c) Gyulladásos vagy parazitás eredet;
 - d) A vena subclavia thrombosisát követően kialakuló CHT.

A fentiekén kívül Földi (6) szerint idegrendszeri eredetű lymphangioparalaxis vagy spasmus következtében is létrejöhet.

Az előidéző okok gyakorisága az elmúlt 10-15 évben megváltozott. Régebben a tumoros és a gyulladásos, ma a traumás és a postoperatív CHT a gyakoribb (23).

A CHT általában egyoldali, de bilaterális is lehet, és szövődhet chylascitessel (10, 20, 23). A chylusvesztés lokalizációjából — főleg többszörös manifesztáció esetén — a nyirokrendszer kóros elváltozása-

sának helyére, esetleg etiológiájára lehet következtetni (1, 17, 23).

A diagnózis felállításának első feltétele a mellkascsapolás. Tejszerű folyadék észlelése nem bizonyítja egyértelműen a chylusvesztést. A punkció laboratóriumi (a plazmához viszonyított fehérje- és zsírtartalom) és citológiai vizsgálata (mikroszkóposan látható zsírszemcsék és az üledékben lymphocytá dominancia) teszik lehetővé a szabad szemmel hasonló külsejű chylus, pseudochylus és chyloform folyadék elkülönítését (7, 16, 17, 20). A nyirokrendszer anatómiai és funkcionális állapotát, a chylus kilépésének helyét és a nyirokrendszer kóros elváltozásának kiterjedését lymphographiával határozzuk meg, amely a tárolási képekkel együtt a kóros diagnózis felállításában és a terápia megválasztásában is döntő jelentőségű lehet (3, 10, 13, 16, 18, 23). A lymphoscintigraphia a nyirokrendszer más szempontból való megítélését segíti elő (5).

A terápia először konzervatív. A folyadékgyülem okozta tünetek megszüntetése céljából ismételt mellkaspunkciót, illetve tartós szívást végeznek (1, 2, 7, 14, 16, 20, 21, 22). Egyidejűleg parenterális fehérje- és szénhidrát-dús, valamint zsírszentes táplálással a nyirok mennyiségét igyekeznek csökkenteni, illetve a fehérje- és kalóriavesztésüket pótolni (1, 16, 19, 21). Ha így 1-2 hét alatt a chylusvesztést nem lehet megszüntetni, általános vélemény szerint műtéti megoldás indokolt. Ez a ruptura fedése, illetve lekötése, a ductus thoracicus ligatúrája vagy rezekciója, esetleg lymphatikovenosus shunt készítése lehet (2, 15, 16, 20, 21). Malignus alapbetegség, illetve a lymphás rendszer diffúz anomáliája esetén a szerzők egy része nem ajánl műtétet (8, 21), mások az operatív megoldást ilyenkor is indokoltnak tartják (15, 16). Malignus folyamat esetén a radio-

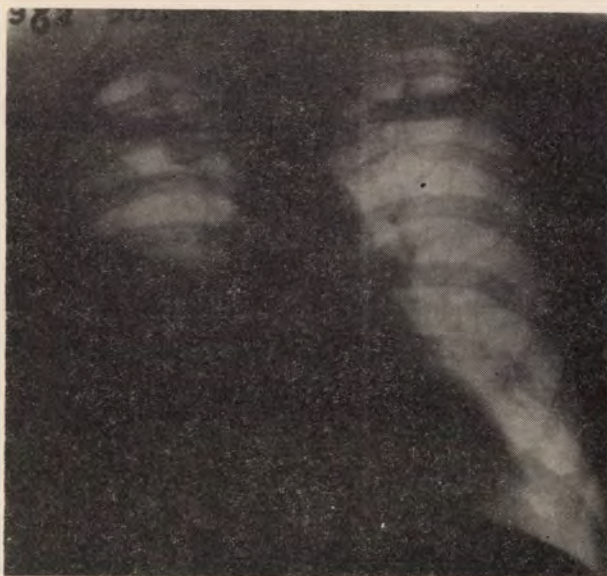
Kulcsszavak: bilaterális chylothorax, chylascites, nyirokkeringési zavar.

terápia sikeres lehet a chylusvesztés felszámolásában (7, 16, 22).

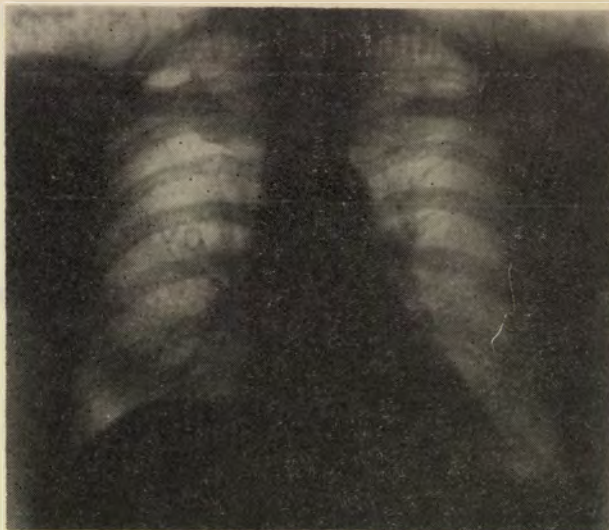
Esetismertetés

56 éves férfibetegünk kórelőzményében említésre méltó betegség nem szerepel. Panaszai 1982 júniusában kezdődtek; kezdetben csak terhelésre, később már nyugalomban is nehézlégzése volt. Röntgenvizsgálat alkalmával jobb oldali mellkasi folyadékgyülemet észleltek, ezért került kórházba kivizsgálásra.

Felvételekor statusában a mellkasi folyadékgyülem okozta eltérésen kívül egyéb kóros nem szerepel. Rutin labor leletei normális értékeket mutatnak. Köpet cytológia: normális légúti sejtek. Átnézeti felvételen a jobb mellkasfélben jelentős mennyiségű folyadék van, a bal laterális sinus kitöltött, egyéb kóros nem látható (1. ábra). Jobb oldali mellkascsapolás alkalmával 1500 ml tejszerű folyadékot nyertünk. A punktátum cytológiai lelete: rendkívül sok lipophag és lymphocytá, kevés vörösvérsejt (Gyenei dr.). A mellkaspunkció után készült átnézeti felvételen a tüdőparenchymában és a mediastinumban kóros nem látható, de a bal laterális sinusban az előzőekben leírt árnyék nagyobb (2. ábra). Bal oldali mellkaspunkció: 200 ml tejfehér folyadék, ami szintén chylusnak bizonyult. Képerősítozott mellkasátvilágítás és kétirányú rétegfelvételek kórost nem mutatnak. Mellkasi computertomographia: a jobb mellkasfélben jelenleg is nagy mennyiségű nivót alkotó folyadék látható. Csekély folyadék a bal mellkasfélben is van. A mediastinumban kóros elváltozást a jelen vizsgálattal kimutatni nem lehetett (Göblyös dr.). Lymphographia: Telődési képek: Lábszáraikon, combokon csak egy-két vékony nyirokér látszik. Iliacalisán, lumbálisán viszonylag kevés nyirokér látszik, ezek mentén számos 7–15 mm-es cysta telődött, melyekben álló helyzetben a kontrasztanyag nivót képez. Tárolási képek: A kontrasztanyag most is zömmel a cystákban van. Az inguinalis nyirokesomók épek, retroperitoneálisan csak néhány inkomplett nyirokesomó telődés látszik. Billentyűelégtelenség révén a kontrasztanyag egy része a mesenterialis és az iliaca interna nyirokutakba is bejutott, ahol szintén cystosus tágulatok vannak. Radiológiai vélemény: A nyirokrendszer generalizált fejlődési rendellenessége, hypoplasziája. Billentyűelégtelenség miatt reflux. A kontrasztanyagot a cysták felvették, a mellkasba nem jutott be. A CHT oka nagy valószínűséggel meggyengült mellkasi nyirokér, cysta, vagy ductus thoracicus rupturája. Diagnózis: Dysplasia



1. ábra: A beteg felvételekor készült mellkasröntgen kép, amelyen nagy mennyiségű jobb oldali folyadék, és bal sinus kitöltöttsége látható.



2. ábra: Mellkaspunkció után készült röntgen felvétel, a bal laterális sinusban az árnyék megnőtt, a mediastinumban és a tüdő parenchymában kóros nem látható.

sia lymphica (Lengyel dr.). A kivizsgálás ideje alatt a betegnél hasi panaszok léptek fel, a próbapunkció chylascitist bizonyított.

A három lokalizációban észlelt nyirokvesztést a lymphographiás vélemény alapján a nyirokrendszerfejlődési rendellenessége talaján keletkezett kisebb-nagyobb rupturák következményének tartottuk. Mivel a beteg legfőbb panaszja a nehézlégzés volt, amelyet ismételt mellkaspunkciókkal csak átmenetileg lehetett csökkenteni, sebészeti osztályunkon mindkét mellkasfelet becsövezték, és állandó szívást alkalmaztak. Közben per os táplálását megszüntették, és intravenásan bőséges fehérje-, kalória-, vitamin- és folyadékbevitelben részesítették. A kezelés hatására a chylusvesztés fokozatosan megszűnt, és a beteget visszahelyezték osztályunkra. Néhány nap múlva a jobb mellkasfélben újra folyadékot észleltünk, és próbapunkcióval ismét chylust nyertünk. A bal mellkasfélben és a hasban számottevő mennyiségű nyirok nem volt. Ezután sebészeti osztályunkon jobb oldali thorakotomia történt, és a ductus thoracicus perforációjának feltételezett helyét a rekesszel fedték (op.: Kostic dr.). A postoperatív szakban a nyirokvesztés megszűnt, azonban a per os táplálásra való visszatéréskor ismét fellépett. A megismételt lymphographia lelete az előző vizsgálathoz képest újat nem mutatott.

Műtét után a chylusvesztés üteme lelassult, nehézlégzése 3-4 hetenként végzett mellkascsapolással elviselhető, és bár lassan kachektizálódik, másfél éve otthonában él és önmagát ellátja.

Megbeszélés

Schinz (23) 900 kazuisztikai feldolgozása során csupán az esetek 3%-ában észlelte bilaterális CHT és chylascites együttes előfordulását. A többszörös nyirokvesztés általában a nyirokrendszer diffúz anomáliájára utal, előfordulhat azonban anatómiailag ép ductus thoracicus esetében is (4). Ebben az esetben a kialakulási mechanizmus nem ismert, de elképzelhető, hogy a hasüregből a hiatus oesophagein át a mediastinumba, innen pedig a perforációs nyíláson át a pleura üregbe kerülhet a nyirok. Ezenkívül leírták még olyan esetekben, amikor a ductus thoracicus felső szakaszát megnagyobbodott — nem tumoros — nyirokesomó zárta el. Ilyenkor a mellkasi nyirokvezeték fala a megnövekedett nyo-

más miatt a kollaterálisok kialakulásáig ideiglenesen átértesztővé válik (11, 24).

Ismertetett esetünkben a nyirokrendszer diffúz fejlődési rendellenességét igazoltuk. Nem tudunk választ adni arra, hogy az 56 éves, évtizedek óta nehéz fizikai munkát végző betegünkön miért éppen ebben az időpontban lépett fel a chylosusértés, bár leírják, hogy a nyirokrendszer falának elvékonyodása esetén már mikrotrauma — köhögés, tüsszenítés — következtében is kialakulhat a lymphás rendszer rupturája. A konzervatív és sebészi terápia, valamint az alkalmazott diéta a nyirokvesztést jelentősen csökkentette, és a beteg élete otthonában elvisehető.

IRODALOM: 1. *Althaus, U., Fuchs, W. A.:* Chylothorax nach kardiovaskulären Eingriffen. Schweiz. Med. Wschr. 1972, 102, 44. — 2. *Balázs A.:* A tüdőresectio utókezelése és szövödményei. Magyar Sebészet, 1955, 8, 13. — 3. *Camiel, M., Benninghoff, D., Alexander, L.:* Chylous effusions, extravasation of lymphographic contrast material, hypoplasia of lymphnodes and lymphocytopenia. Chest. 1971, 59, 107. — 4. *Crofton, J., Douglas, A.:* Respiratory Diseases. Blackwell scientific publications Oxford and Edinburgh, 1969. — 5. *Diaconis, J. N., Weoner, C. I., White, D. W.:* Primary subclavian vein thrombosis and bilateral chylothorax documented by lymphography and venography. Radiology, 1976, 119, 557. — 6. *Földi M.:* Diseases of lymphatics and lymph circulation. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1969. — 7. *Freundlich, I. M.:* The role of lymphangiography in chylothorax: a report of six non-traumatic cases. Amer. J. Roentgenol. 1975, 125, 617. —

8. *Grandval, C. M., Olmedo, G.:* Diffuse lymphangiomyomatosis. Chest. 1971, 59, 96. — 9. *Gruwez, J., Caroen, G., Dive, C., Beart, A.:* Chylothorax. Prog. Lymphol. 1967, 1, 30. — 10. *Guenther, C. A.:* Pulmonary Medicine. Lippincott J. B. Co. Philadelphia, 1982. — 11. *Heilmann, R. W., Collins, V. P.:* Identification of laceration of the thoracic duct by lymphangiography. Radiology, 1963, 81, 470. — 12. *Kelley, M. L., Butt, H. R.:* Chylous ascites: an analysis of its etiology. Gastroenterology. 1960, 39, 161. — 13. *Kinmonth, J., Taylor, G.:* Lymphatic circulation in lymphoedema. Ann. Surg. 1954, 139, 129. — 14. *Kónya L. és Nagy M.:* Chylothorax és chyloedema tüdőresectio után. Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 1969, 22, 355. — 15. *Kulka F. és Pepó J.:* A chylothorax műtéti kezeléséről. Orv. Hetil. 1966, 107, 114. — 16. *Kuntz, E.:* Der Chylothorax. Eine Übersicht über die Schriften von 1945 bis 1965 mit 297 Fällen und Bericht über 3 einige Beobachtungen. Beitr. Klin. Tuberk. 1966, 133, 98. — 17. *Kuntz, E.:* Die Pleuraergüsse. Urban Schwarzenberg, München, 1968. — 18. *Lowell, J. R.:* Pleural effusions. University Park. Press. Baltimore, 1977. — 19. *Menge A. és mtsai:* Idiopathiásnak tűnő masszív újszülöttkori chylothorax gyógyulása középlancú triglycerideket tartalmazó diéta segítségével. Pédiatrie, 1979, 34, 737. — 20. *Nix, J. T. és mtsai:* Chylothorax and chylous ascites: a study of 302 selected cases. Amer. J. Gastroent. 1957, 28, 40. — 21. *Ross, J. K.:* A review of the surgery of the thoracic duct. Thorax. 1961, 16, 12. — 22. *Roy, P. H., Carr, D. T., Payne, W. S.:* The Problem of chylothorax. Mayo Clin. Proc. 1967, 42, 457. — 23. *Schnicz, H. R. és mtsai:* Chylothorax. Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1981. — 24. *Zsámbéky P.:* A chylosus folyadékgyülemekről. Polysarcitis chylosa. Orv. Hetil. 1958, 99, 1346.

(Károlyi Alice dr., Budapest, Pihenő út 1., 1529.)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(228/a)
Várpalota városi Tanács Kórház-Rendelőintézetének igazgató főorvosa (Várpalota, Honvéd u. 2. 8100) pályázatot hirdet: a Péti Nitrogénművek üzem egészségügyi szolgálatához **üzem-orvosi állásra,**

a veszprémi Szénbányák V. várpalotai üzeméhez **üzem-orvosi állásra** (bányauzemorvosi gyakorlattal rendelkezők előnyben), a kórház-rendelőintézeti egységben **szülés-nőgyógyász szakorvosi állásra,**

közveti orvosi állásra és iskolaorvosi állásra.
Az alapellátásban évente 10 000 Ft-ig terjedő iparvidéki jutalom adható. Mellékállás vállalására mindegyik munkakörben lehetőség van.

Az állásokhoz a tanács, illetőleg az üzemek összkomfortos lakást biztosítanak.

Tóth Ferenc dr.
kórház-rendelőintézet igazgató főorvosa

(242)
Csongrád városi Tanács Egyesített Egységügyi Intézmény igazgató főorvosa (Csongrád, Gyöngyvirág u. 5. 6640) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

1 főállású szemész szakorvosi állásra,
1 főállású sebész szakorvosi állásra,
1 főállású onkológiai szakorvosi állásra.

Az állások azonnal elfoglalhatók, bérezés kulcsszám szerint.

A lakás megbeszélés tárgyát képezi.
Lehoczky Gábor dr.
igazgató főorvos
egyesített eü. int.

(243)
A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Nagyváradi tér 1. 1096) pályázatot hirdet:

1 **üzem-orvosi,**
1 **égés- és plasztikai sebészi állásra.**
Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állások azonnal betölthetők.
Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos-h.

(244)
A Magyar Néphadsereg Egységügyi Szolgálat főnöke pályázatot hirdet az újonnan létesített Győri Katonai Kórházba:

— 1 **elmeorvószakosztályvezető főorvosi és**
— 1 **fül-orr-gégész szakrendelő főorvosi** hivatásos állományú állás betöltésére.

Pályázati feltételek:
— szakorvosi képesítés, 10 éves szakmai gyakorlat,
— büntetlen és feddhetetlen előélet,
— egészségügyi 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. Egységügyi Szolgálat főnökéhez kell benyújtani a Győri Katonai Kórház parancsnokságán keresztül (Győr, Pf.: 428. 9002).

Informálódás a győri 13-649-es és a 15-170-es telefonon.

Hídeg János dr.
orvosezredes
MN. Egységügyi Szolgálat főnöke

(245)
A Magyar Néphadsereg 6. Katonai Kórházának parancsnoka pályázatot hirdet az újonnan létesített Győri Katonai Kórházba:

— 1 **pszichiátriai szakrendelő főorvosi és**
— 1 **pszichiátriai osztály adjunktusi,** valamint

— 1 **pszichiátriai osztály alorvosi** kinevezett polgári alkalmazotti beosztásokra:

Pályázati feltételek:
— Főorvosi és adjunktusi állás esetében szakorvosi képesítés, megfelelő szakmai gyakorlat.
— Alorvosi állás betöltésére jelentkezhetnek szakvizsga előtt állók is.

— Büntetlen és feddhetetlen előélet. Bérezés a Honvédelmi Minisztérium bérkategóriái illetménykategóriái szerint. Lakás biztosítása az igényjogosultság függvényében megoldható.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül a Győri Katonai Kórház parancsnokságára kell benyújtani (Győr, Pf.: 428. 9002).

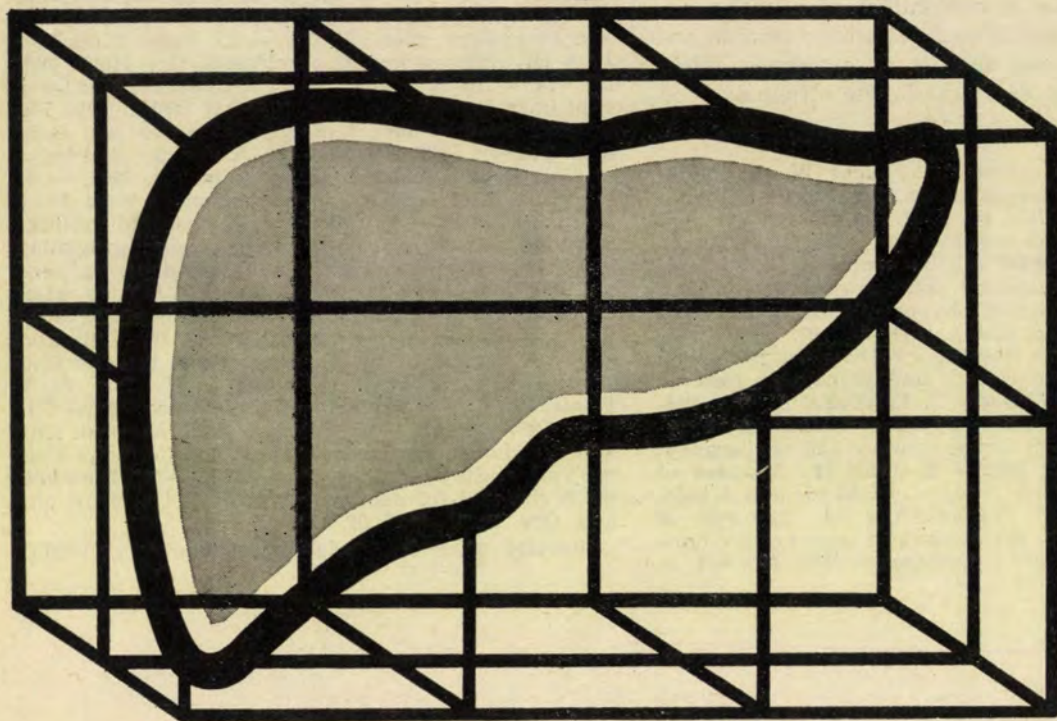
Informálódás a 13-649-es és a 15-170-es győri telefonon.

Onodi István dr.
o. alezredes
Kórházparancsnok



Catergen[®]

TABLETTA
mM 990 Hepatoprotectiva



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

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immunhaemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS ✕

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

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRITÉSI DIJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Hollós József levele Ady Endréhez és Jászi Oszkárhoz

(Ady kapcsolata a szegedi radikálisokkal)

Hollós Józsefnek (1876—1947), a század eleji progresszió fáradhatatlan orvos harcosa munkásságával és szerepével már több cikk foglalkozott e lap hasábjain. Emlékeztetőül utalok Péter László 1962-ben és 1977-ben megjelent írásaira és Honti József két cikkére, melyek Hollós József centenáriusmának évében jelentek meg (3/a). Ezért eltekintek attól, hogy ismétlésekbe bocsátkozzam Hollós méltatásával kapcsolatban. Az itt közölt két levelet még évekkkel ezelőtt találtam az Országos Széchényi Könyvtár Kézirattárában. Az Adyhoz írt levélnek egy része megtalálható Ady prózai műveinek gyűjteményes kiadása jegyzetében (1). Minthogy a levél második része a fontosabb, mert orvosilag és emberileg is megkapó formában Ady gyógykezelésére tesz javaslatot, ezért úgy gondolom, érdemes az egész levelet közrebocsátani.

Hollós József Ady Endréhez.

Igen tisztelt Barátom, Uram!

Nagyon köszönöm kedves levelét s igazán végtelenül sajnáljuk, hogy nem üdvözölhetjük Önt körünkben, különösen távolmaradásának oka miatt. Reméljük azonban, hogy valamennyiünk előtt becses egészsége teljesen helyre fog állni, s ha nem is pár hónap múlva, de a jövő ősszel mégiscsak lerándul hozzánk. (Azért tolom ki a terminust egy évvel, mert januárban 10 hónapra külföldre távozom, s van bennem annyi önzés, hogy visszajövetelemre tartogatom az ilyen ritka kultúreseményeket.)

Mindazonáltal az Ady matinét meg fogjuk tartani és pedig olyképpen, hogy felkértem Reinitz urat szíves közreműködésre a mellékelt levélben (címét ui. nem tudom, s így Önt kérem meg a levél szíves továbbítására), rajta kívül Nyáray Antal helybeli színművész fog Ady-verseket szavalni, s Domokos László Ady forradalmi költészete címmel tart fölolvast. Ha Reinitz úrnak nem lesz ellene kifogása, úgy a matinét nov. 20. (vasárnap) de tartjuk meg.

Ahelyett, hogy drága szanatóriumba vonul, nem volna-e helyesebb, ha januárban kijönne velem Davosba egy kis téli sportot üzni? Én ugyan nem ebből a célból utazom, de naponta déltől kezdve szabadon rendelkezem az időmmel, s azt az Ön egészségének restaurálására szentelném. Február

vagy márciusban a Genfi-tó partján akarok időzni, főképpen azért, hogy megtanulhassak franciául, mielőtt 3-4 hónapra Párizsba megyek. Ha a davosi terv nem tetszik Önnek, azt ajánlhatom, jöjjön el velem (avagy nélkülem is) Forelhez*, aki Montreux közelében kies faluban lakik, s maradjon nála annyi ideig, ameddig szanatóriumban akart tartózkodni; ez sem kerülne többre, s azt hiszem, olyan nagy szellemű s szívű ember, mint Forel, jobban vissza tudná adni az Ön egészségét bárkinél.

Ne vegye tőlem rossz néven, hogy orvosi tanácsokat adok Önnek hivatlanul és távolból, mint valami kuruzsló, de hisz kuruzslóknak néha több a sikerük, mint az orvosoknak.

Abban a reményben, hogy vagy itthon, vagy külföldön nemsokára lesz szerencsém Önnel találkozhatni, vagyok igaz tisztelettel készsége híve

Hollós József

1910. nov. 5-én.

A másik levél:

Dr. Hollós József honvédegyorvos
(22. honvédegyorvos)

Jászi Oszkárnak, Bp. II., Pasaréti út 79.

Kedves Barátom!

Mégcsak két hete hogy eljöttem, de már szívesen megkötném az örök békét. Állandóan ütköztetben vagyok, párszor voltam életveszélyben, 5 nap óta nem vetkőztem le s a hegyek között való menekülésben, már egész szakértő vagyok. Biztosíthatlak, hogy a szalma a világ legjobb ágya és subámat, csizmámat el nem cserélném egy tele Wertheim szekrényel. A Karácsonyestét a lövészárkokban töltöttem, a mai Szilveszter estét azonban már egy polyák kunyhójában fogom megülni, ha addig el nem kergetnek. Enyhe idő van és így nem panaszkodhatom sár hiányában. Azt is elárulhatom, hogy a selyem alsóruha nem biztos óvszer a tetűk ellen, miként ezt otthon velem elhitették. Egyébként teljesen jól vagyok, egészségem elsőrangú. A háború még nem fajult el nagyon, még mindig vannak lőtt sebek, amelyeket nem robbanó golyók ütöttek.

Boldog újévet kívánok, kedves Feleségnek kezeit ezerszer csókolom, bajtársaimat Veled együtt melegen üdvözli szerető barátod

Hollós Józsi

Nyugatgalícia, 1914. dec. 31.

Hollósnak Jászi Oszkárhoz írt levele tudomásom szerint még nem került közlésre. E rövid kis írás az

* August Henri Forel (1848—1931) svájci ideg- és elmeorvos, zürichi egyetemi tanár.

akkori idők háborús hisztériájától mentes, józan, sőt antimilitarista, jó humorú embert állít elénk. Hollós, Madzsar József révén, még a század elején ismerte meg Jászit és vált elkötelezett hívévé a századforduló progresszív reformnemzedéke törekvéseinek. Ő is elmondhatta akkor, amit Ady vallott 1912-ben, az *Új versek* megszületése idején: „Alig nyolc évvel ezelőtt, éppen a *Huszdik Század* és a *Társadalomtudományi Társaság* embereitől várhatam mindent, ami megértésben kapható s nekem okvetlenül halálosan kellett.” (3)

Hollós József 1905 őszén érkezik Szegedre és mint boncolóorvos vállal állást a városi kórházban. Odaérkezése után szinte néhány hónap alatt megbolydul körülötte a szegedi haladó szelleműek tábora. Mint a helyi *Társadalomtudományi Társaság* titkára, a város legjobbait serkenti aktív munkára. Alkoholelles agitációjának eredményeként Szegeden két alkoholelles csoport is létrejön és megalakul a szegedi *Alkoholelles Munkásegylet*. Bizonyára része van abban is, hogy szabadkőműves kezdeményezésre 1907-ben megindul az *Új Élet* c. folyóirat, melyben időnként Ady-versek is megjelennek.

Hollós azok közé az értelmiségiek közé tartozott, akik korán felismerték Ady nem mindennapi költészetének gyökeresen új életérzéseit, a magyar líra nagy megújítóját és az eljövendő magyar forradalom vátesztét. Péter László, aki elsőként idézte meg tanulmányában Hollós József rokonszenves alakját, így ír Ady-rajongásáról: „Lelkemet teljesen Ady csodálatos költészete töltötte be. Ilyen még nem volt a magyar irodalomban, költő még soha ilyen hatást nem gyakorolt rám. Úgy éreztem, életem legnagyobb élménye: találkozás Ady költészetével. Igaza van Szőrinek*, állapítottam meg, Ady nagyobb költő még Petőfinél is.” (2) Egy alkalommal, amikor Aradon egy tanítógyűlésen vett részt, alkoholelles előadást tartott. A helyzet adta lehetőséget kihasználva az ebéd idején felolvasta Ady forradalmas versét, A magyar tanítókhöz. A botrány a levegőben lógott. Hollós felemelt hangjára szinte egyszerre halt el a kések, villák kedélyes, ütemes zaja.

„Bús ébredők, a Naphoz az arccal,
Pusztul ez ország s az idő repül
S kik hivatatok vezérül a népnek,
Ne maradjatok gyáva csöcseléknek:
Úri gaszágok jobbágy öréül.”

Természetesen a siker nem maradt el, de a tanfelügyelőnek nagyon-nagyon nem tetszett ez a váratlan közjáték.

Ady, Hollós meghívása idején, 1910 őszén, betegen Mindszenten tartózkodik. „*Hetek óta szülőfalumban próbálgatok egy kis egészségre szert tenni, s ez még mindig a legfontosabb irodalmi tervem.*” (4) 1911. január elején jön fel Pestre, hogy fogtályogját — ami miatt eléggé nyomott a hangulata

— kezeltesse *Madzsarral*. Még e hónapban Párizsba utazik. Hollós kérését nem fogadta meg. Svájci gyógykezeltetése a nagy hírű Forel professzorral elmaradt.

Ady és az orvosok kapcsolata — bár orvosai tanácsait eleregette a füle mellett — mégis bensőséges, baráti volt. 1909-ben, a kolozsvári *Lechner*-klinikán való gyógykezelése után írja: „*Sokszor csúfoltam ki már doktorokat, holott mindig szerettem őket... De tetszik nekem ez a poétáknál poétább hadsereg, az Egészség rajongó svájci testőrsége: a doktorság... Az orvosok sokkal inkább a halhatatlanság kiméráinak lovagjai és rabjai, mint akármely filozófus, vagy költő.*” (4) Ady 1905. február 26-án járt Szegeden. Akkor Hollóssal nem találkozhatott, mert ő még Pesten volt és éppen ezen a napon, egy angyalföldi népgyűlésen nagy alkoholelles beszédet tartott. Ady ekkor *Tömörkény* Istvánnal vett részt a *Dugonics Társaság* felolvasóülésén. Erről az útvjáról kedves emléket őrzött magában. „*Voltam már a Dugonics Társaságnak, Lázár Györgynek** s az irodalmi felolvasások legkedvesebb vidéki publikumának vendége.*” (5) Bár az irodalmi felolvasásokért nem nagyon lelkesedett. Erre utal a Nyugat nagyváradi matinéjáról írt véleménye: „...*utáltam halálosan magam, mert én voltam a primadonna... ujjal mutogatnom magamat, cirkuszosdit játszani.*” (4)

Egy évvel Hollós levele előtt is kapott meghívást Ady Szegedre, amikor is Lázár György újból szívélyesen invitálja őt a Dugonics Társaság felolvasóülésére. Van olyan feltevés is, hogy Hollós az itt közölt, Adyhoz intézett meghívását is a Dugonics Társaság nevében írta. (4) Ezt a feltételezést nem lehet megerősíteni, mert a szerző ezt nem indokolja.

Hollós és Ady kapcsolatának levélanyaga, fájdalom, elveszett, amikor Hollós pesti lakását 1919 őszén kifosztották. Személyes okmányai és Ady négy hozzá írt levele is ekkor tűnt el. (3) Ami még maradt, az *Göndör Ferenc* hagyatékában veszett el. Erről tesz említést Göndör Hollósról írt nekrológiájában: „*Azt hagyta rám örökségbe, ami neki a legdrágább volt: Ady Endre minden könyvét, fényképét és leveleit.*” (5)

Még egy emlék Ady és Hollós kapcsolatáról, bár ez inkább Csinszkáról szól és „*Az Ember*” 1946. okt. 26-i számában jelent meg. Hollós egy visszaemlékezést közöl, melyben beszámol a szegedi *Tömörkény*-emlékünnepeletről, melyet 1917. szeptember 30-án tartottak, s ahol Ady és Csinszka is részt vett. „...*Ady Endre eljött, hogy jóvátége hibáját — mint mondta — Tömörkénnyel szemben, akit egyszer még életében megbántott. Csinszkával feleségem mindjárt szoros barátságba került. Nem volt nehéz, egy melegszívű fiatallal, az egész szép lelkét nagy égszínkép szemében hordta... Kitűnő humora, csillogó szelleme szinte meghazudtolta fiatalágát. Alig lehetett több húsz évesnél. Bár semmi szüksége sem lett volna rá, erősen pirosított arcát, ami akkor még szokatlan volt. „Bandi úgy kívánja”, mentette magát. Másnap délelőttre tüzték ki a matinét. „Tisztafejű költőt akarok adni a közönség-*

* Szőri József (1878—1914) festőművész, Ady költészetének lelkes híve.

** Lázár György (1857—1915) Szeged polgármestere, a Dugonics Társaság alapítója.

nek”, mondta Csinszka, és erősen vigyázott, hogy férje lehetőleg kevés bort fogyasszon. Vacsora után a literátus és kéziratgyűjtő Szalay József társaságára bízta, aki a *Dugonics Társaság* elnöke volt, mellékesen rendőr-főkapitány; mi hármán színházba mentünk operaelőadásra. De nem volt türelme. „Mégis visszamegyek Bandihoz.” Már elkésett. Bandi és Szalay (ő maga is jó ivó volt) közben erősen a pohár fenekére néztek.

A nagy Korzó mozi zsúfolásig megtelt. Csinszka velünk ült a páholyban és izgatottan figyelte férjét. A nagy költő szomorú látványt nyújtott. Arcának régi szépsége eltűnt, elmosódott vonásain erősen meglátszottak az álmatlan éjszakák és Bacchus nyoma, kissé ingatagul járt és nyelve nehezen mozgott. Mégis, amikor befejezte egyik versét, „Különös, különös nyáréjszaka volt”, többen sirtak a pad-sorokban.” (7)

Utoljára 1918 májusában látta Hollós Adyt, amikor a nagy beteg költőt felkereste lakásán és kérésére még is vizsgálta. Amerikai emigrációja alatt is megmaradt Ady lelkes hívének, forradalmi költészete propagátorának. Kedves költője nevét írta zászlajára az általa alapított Ady Társaság.

Ady és Hollós neve még két esetben kerül egymás mellé a forradalom felé tartó Magyarországon. Az 1913 márciusára meghirdetett nagy sztrájkra való felkészülés idején, a szervezőmunkában való részvétel miatt a kormány letartóztatja a *Népszava* szerkesztőségét. Ekkor a haladó írók, újságírók felajánlják segítségüket az SZDP vezetőségének, és magukra vállalják a *Népszava* szerkesztési munkáját. A sztrájkot segítő bizottságban a haladó Magyarország legjobbjainak neveivel találkozunk. A 32 tagú bizottságnak tagja volt Ady, Jászi, Madzsar és Hollós is. (5)

Az *Országos Polgári Radikális Párt* 1914. május végén megalakuló nagygyűlést hirdet. Felhívást bocsátanak ki a Világban „Magyarország dolgozó polgáraihoz” címmel. A párt megalakulását előkészítő

szervező bizottságnak Ady, Hollós és Madzsar is tagja. (4) Nem véletlen az sem, hogy a Radikális Párt első vidéki szervezete éppen Szegeden alakult meg.

1918. december 1-én tartotta a szegedi Radikális Párt nagygyűlését, melynek szónoka Polányi Károly ügyvéd, a Galilei Kör egyik szervezője és első elnöke volt. A beszédet egy füzetes kiadvány ismerteti *A radikalizmus programja és célja* címmel, és hozzá Hollós József írt előszót: „Két hónappal a magyar forradalom után tartotta második nyilvános gyűlését a Szegedi Radikális Párt. Első gyűlése közvetlenül a világháború előtt volt, mely egyúttal az országos párt első vidéki zászlóbontását képezte, amelyen maga Jászi Oszkár fejtegette a Radikális Párt főbb programpontjait: a demokráciát, a birtokreformot, a nemzetiségekkel való megegyezést. Emberöltökre szóló programot nyújtott a párt vezére... A szegedi párté marad a dicsőség, hogy az új irány zászlóbontása a mi gyűlésünkön történt, mert Polányi Károly előadását új zászlóbontásnak, a radikalizmus új megnyilatkozásának tekintjük.” (8)

Kárpáti Endre

IRODALOM: 1. *Ady Endre Összes Próza Művei*, X. k. 331. Bp. 1973. (Szerk. Láng József és Vezér Erzsébet) — 2. *Id. Varga József: Adytól máig*. Budapest, 1970, 97. l. — 3. *Péter László: Hollós József 1876—1947*. Forrás: Hollós József: Egy orvos élete, New York, 1944, 98. l. — 3/a *Honti József dr.: Orv. Hetil.* 1976, 117, 1347, 2436. — 4. *Ady Endre*, Életem nyitott könyve — Fellapozta Kovalovszky Miklós, Budapest, 1977, 367. l. — 5. *Ady Endre Összes Művei*, XI. k. 231. l. (Szerk. Láng József), Budapest, 1982. — 6. *Göndör Ferenc: Hollós József fejfájára*. Az Ember, 1947. okt. 11. Id.: Péter László, in: Hollós J. 61. l. — 7. *Hollós József: Csinszka*, Az Ember, 1946. okt. 26. — 8. A radikalizmus programja és célja. Dr. Polányi Károly beszéde, dr. Hollós József előszavával. Szeged, é. n.

A *Bács-Kiskun megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet (Kecskemét) Hollós József nevét vette fel 1984. július 2-án. Hollós József Kecskeméten született. — A szerk.*

Toldy Ferenc ceglédi iskolaéveiről

Életútjának hazai és külföldi városai, egyetemei és barátai mind ismertek, kivéve gyermekkorának legjelentősebb esztendejét, a ceglédi 1813—1814-es tanévet. Ismeretlenek a nevelőszülők, az iskolatársak, nem ismert a nemzeti iskola. Ez az írás arra vállalkozik, hogy bemutassa mindazokat, akik hatottak az idegen ajkú kisfiúra, és a környezetet, amelyben észjárása magyarrá vált. Toldy önéletrajzi írásában (1) az 1879-es Budapesti Szemlében beszél ugyan ceglédi éve szereplőiről, de hogy ki kicsoda, arra igen szűkszavúan utal, így részletesebb bemutatásukra a következőkben térek ki.

„1813-ban valamely októberi nap esélyén, vacsora után anyám magához intvén a pamlagra, egy engem nem csekély mértékben megdöbbenítő kinyilatkoztatást tett: kedves fiam, atyád elhatározta, hogy a hónap végén az 'első deákba' Ceglédre visz, hogy ott megtanulj magyarul.”

Az 1777-ben kibocsátott Ratio Educationis hatására Pest megyében csupán négy városban állítottak föl nemzetközi iskolát, Pesten, Vácon, Félégyházán és Ceglédén. (2) A következő évben már működött a ceglédi iskola három osztállyal, Déts György, Kraupner András és Henpi István nevelőkkel. Ha eltekintünk a pesti intézettől, hiszen itt végezte az első két osztályt a kis Feri, akkor a közeli Vác és Cegléd jöhetett csak számításba. Ezen megfontoláson kívül föltehető a nevelőszülőkkel való

A ceglédi kórház Toldy Ferenc születésének száznyolcvanadik évfordulóján, 1984-ben veszi föl nevét.

ismeretség. A budai Reinfuszoknak baráti, talán rokoni kapcsolatuk lehetett a Schédel, illetve a Thalherr familiával.

„Oktober 31-én sirva búcsúztam ugyan anyámtól, de egész egészséggel, bizonyos ünnepélyes hangulatban ültem be a kocsiba, melyben atyám maga vitt a kíváncsian várt új világba.”

A gyorskocsi éppen leendő szállása előtt állt meg a ceglédi piactéren a fallal kerített gótikus templom, a lóváltó postaállomás és a vele szomszédos iskolánál, a nagy vakáció utolsó napján. Az iskolai év a Mária Terézia által kibocsátott Ratio értelmében november elsején kezdődött. (3)

„Lakásom Bischof (!) Józsefnél volt, a ceglédi fő nemzeti iskola igazgatójánál, ki a harmadik osztálynak, melyet első deáknak híttak, tanára is volt.”

A szkolát, teljes néven Czeglédi Királyi Politico Foundationális Fő Oskolát a klarissza földesasszonyok alapították, rendjük fölösztatása és birtokaiknak államosítása után a közalapítványi uradalom tartotta fenn. Igazgatója a tisztartó volt, Bischoff az ügyvezető, aki magát számos aláírásán „legöregebbik tanító”-nak mondja. A nevelők komencióban szolgálati lakást, kétszerest, búzát, árpát, kölest, szalmát, tűzifát és vörös bort kaptak, negyedévenként kimérve. (4) Kézpénzfizetésük évente 147 forint volt, az ügyvezetőé 167 forint (5). A két alsó osztályos tanító átellenben lakott a Professor Wohnungban, míg a harmadik klasszis tanára az iskola emeletén. Konyhájából nyílt a grammatikai osztály, mely befogadta a kis Ferkót. A többi tanuló a másik ajtón a tornáról lépett be a tanterembe. A földszinten volt az első és a második osztály. (6) Az egyik földszinti tanterem félköríves dongaboltozattal és csúcsíves ablakaival középkori eredetű volt, a régi rektorok által vezetett plébánia-, később városi iskola, s a reformációban 1550-től a kálomista schola, melyben számos prédikátor, köztük Szegedi Kis István is tanított. Az 1750-es években perelték vissza a katolikusok. A Rátio végrehajtásakor toldották meg és emeltek rá egy másik szintet. A jelen század első éveiben bontották el a mai Kossuth tér szabályozásakor. (7)

„Az úron és asszonyon kívül, kiket papának és mamának kellett hívnom, feltétlenül engedelmessé kezdtem. Két leányuk is volt új szüleimnek, kiket tehát nővéreimnek volt szabad tekintenem s akik velem igazán testvériesen is bántak. Szerettek s atyjoknál buzgó közbenjáróim voltak. Rozália és Mari — jól tudom, 19 és 17 éves — szorgalmas és szépviselőtű lányok voltak, az ifjabbik szép is. A német szó tiltva lévén, szerencsétlen voltam volna, ha Rozália, ki jól tudott németül, titkon nem tanít, hogy ezt így meg úgy mondjam. Náluk nélkül dehogyan lettem volna húsvét körül már oly meglehetősen magyar gyerek. Pajtásaim közül különösen jól voltam a két Bobory fiúval.”

A ceglédi tágas piactéren, az iskola és a plébánia során állt az uradalmi kasznár szolgálati lakása. Bobory János frumentátor, a helyi vallásalapítványi birtok harmadik tisztviselője volt a tisztartó és a számtartó után. Már a XVIII. század végén találkozunk nevével az anyakönyvekben és az uradalmi irásokban. Felesége Fórián Antal tisztartó nővére

volt; Cegléden nyolc gyermekük született. Schédel Ferkó a vele egyidős Györggyel és a két évvel fiatalabb Károllyal barátkozott. A Boboryak közül két honvédtiszt halt hősi halált a szabadságharcban. Bobory Károly Cegléden végezte a fő nemzeti iskolát, közbülső és egyetemi tanulmányait Vácon, Pesten és Bécsben. A pesti egyetemen a keleti nyelvek professzora volt, később ceglédi plébános. Forradalmi magatartásáért és a Makk-féle összeesküvésben való részvételéért (8), leginkább azonban a ceglédi zsinat összehívásáért ítélte el a reakció tizenöt évi várfogságra. A magyar polgári forradalom idején betöltetlen volt a püspöki szék Vácon, a kormányzó főpap körleveleiben a forradalom és a honvédség ellen kényszerítette a híveket és a papságot. A Bobory által összehívott ceglédi zsinat száz káplánja és plébánosa hűséget fogadott a forradalomnak, megtagadta az engedelmeséget Vácnak, és Boboryt választotta meg püspöki hatáskörű egyházmegyei kormányzónak. Járt a harcon is. A bukás után hat évet töltött vasban a hírhedt császári várbörtönben, Josefstadtban.

„Nagy-Sándor Józsi pajtásom szüleinél töltöttem Abonyban a húsvéti fériákat, aki — szegény magyar tábornok a vesztőhelyen végezte 35 évvel utóbb — életét.”

Szorgos kutatásaim ellenére sem sikerült Abonyban föllelnem a Nagy-Sándor családra vonatkozó legcsekélyebb nyomot sem. Az ottani helytörténészek postamesternek vagy gazdatisztnek vélik az apját.

„A tavasz és nyár éppen boldoggá tettek. Úti tapasztalataimat gazdagította Palik ceglédi káplán, ki Törtelen plébánossá lévén, egyszer oda kihozott, s ott csodáltam Vida László kastélyát. Palik több úri házhoz elmenvén tisztelkedni, s magamat is elvivén, nem akarták neki hinni, hogy félév előtt még amolyan német fiú voltam.”

Pálik István is megszenvedett a magyar polgári forradalomhoz való ragaszkodásáért. A szabadságharc bukását követő császári megszállás emberei a templomban a forradalomért lelkesítő imára akadtak, s ezért az idős Pálikot megkötözött kézzel, gyalog hajtották föl a budai helyőrségi fogházba kardos-puskás osztrák lovas katonák (9).

Vida László történelmi nemes földbirtokos, a második magyar színtársulat igazgatója, drámaírója volt. 1809-ben vette át a pesti Hacker-házban működő színtársulatot, birtoka jövedelméből alakította át az addig báli mulatságokra használt tánctermet színházzá. Felfedezettje volt, a többek között Széppataki Róza, a magyar vándorszínezet felejthetetlen művésze, a mindmáig emlegetett Déryné. Vida kedvese Bárány Katica színésznő volt, szerették egymást meleg szerelemmel, s mikor megszületett kisfiuk, kiköltöztek Törtelre. A kis grammatista Ferkó láthatta az akkor java korában levő Vidát családi boldogságában. (10)

„Gyakran mentünk ki egy nagy kertbe, mely — gondolom — Bischofé (!) volt.”

Cegléd egyik tizede a kertváros, a XVIII. század végén keletkezett, két-háromszáz négyszögöles parcellákkal. Zsellér, honorácior és kézműves fogott itt magának konyhára való zöldségtermesztő helyet.

Minden tanítónak — közöttük Bischoffnak is — volt itt veteményes kertje, a városmagtól délre mintegy nyolc-kilencszáz méterre. (11)

„1814. augusztus 31-én apám értem jött. (A tanév szeptember 21-én fejeződött be, vagy hamarabb vitték el, vagy Toldy nem emlékezett az időpontra, évtizedekkel később). Elbúcsúztam a mogyorva ceglédi apától és a zsémbes mamától is, ami már könnyebben ment, de annál nehezebb volt az elválás fogadott nővéreimtől. Szerettek, szerettem, megsirattam őket.”

Bischoff József 1788-ban került Ceglédre tanítónak, valahol a Délvidéken születhetett 1760-ban — sejteti a zombori előző tanárkodása. A budai Reinfusz Annával föltehetően a Vizivárosban kötött házasságot a kilencvenes években. Három gyermekük volt, Rozália, Mária és József. Az utóbbiról a keresztelei bejegyzésen kívül semmit sem tudok. (12) Reinfusz Anna hosszú életet élt, dajkálta dédunokáit. Nyolcvanhét évesen halt meg kolerában, Cegléden, túlélve Rózát, férjét és tán fiát is, sőt unokája első feleségét is. Toldy írja, hogy az ötvenes években Cegléden járt, megnézte a régi iskolát, de ha kereste volna, még találkozhatott volna nevelőanyjával. A nevelőapa 1830-ban ment nyugdíjba, ünnepélyesen búcsúztatták hetvenéves korában. (13) Még három évet élt, 1833. április 28-án halt meg. (14)

A szép Bischoff Mária 1816. december 15-én ment férjhez. Valami oknál fogva sürgősen, mert a püspök engedélyével fölmentették az adventi vigasági tilalom és a kétszeri templomi kihirdetés alól. Ez akkor nagy dolog volt, bizonyítja a matricula, mert december havában csak ez az egy esküvő volt. (15) Vőlegénye, Barta Pál tószegi nótárius elvitte magával. Egy fiukról tudok, Barta Ferencről, aki visszaszármazott Ceglédre, itt kötött házasságot 1848-ban. Első felesége meghalt, megnősült másodszor is. Geiger Máriát vette el. Sógora, ifjabb Geiger József városi tisztviselő negyvennyolcban a lovas nemzetőrök választott parancsnoka volt, ő vezette föl a ceglédi lovasokat a pákozdi csatára.

Barta Ferenc honorácior tanácsstag volt, jelentős szerepe volt a megyei törvényszéknek Ceglédre helyezésével, majd a polgári iskola szervezésében.

Egyszer már föl is ajánlották neki a polgármesteri széket, de nem fogadta el. Másodszor már igen, 1872-ben. Polgármestersége idejére esett a várfogságból szabadult, állásától megfosztott Bobory Károly országgyűlési követsége, Kossuth Lajos mandátuma és a turini zárandoklat megszerzése. Száz ceglédi polgárt vezetett Itáliába az agg kormányzóhoz. Legifjabb leányai, Berta és Mari osztálytársai voltak a ceglédi polgáriában Martinovich Ilonának, Kodolányi János anyjának, Kárpáti Aurél legidősebb nővérének, Vilmának. (16)

Hidvégi Lajos

IRODALOM: 1. *Toldy Ferenc*: Ekkor lettem magyarrá. Budapesti Szemle, 1879. — 2. *Fináczy E.*: A magyarországi közoktatás története Mária Terézia korában I—II. k. 1899—1902. — 3. *Magyar Pedagógiai Lexikon*. Révai Nyomda, 1935/I. r. 563. l. — 4. Tabella a ceglédi vallásalapítványi uradalom alkalmazottjainak természetbeni járandóságairól. 1791—1792. ápr. 30. Eredetije Cegléd város levéltárában, uradalmi iratok. — 5. A ceglédi uradalomnak 19 fizetéses alkalmazottja volt, élén a tiszttartóval, végezve az erdőkerülőkkel. A természetbeni járandóságon kívül évi pénzeket is kaptak. Eredeti kimutatás 1828-ból, Cegléd város lt. uradalmi iratok. — 6. Ceglédi Rom. Cath. Oskolának Rajza. Felmérte és rajzolta 1840-ben Giba Antal mérnök. Eredetije a ceglédi Kossuth Múzeumban. — 7. *Hübner Emil*: A ceglédi iskola: Borovszky Samu: Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye Monográfiája, Bp. 1910. II. k. 213—214. l. — 8. *Magyar Antal*: Bobory Károly, Cegléd, 1977. Kézirat a Ceglédi Kossuth Múzeumban. — 9. Borovszky i. m. I. k. 153. l. — 10. *Magyar Életrajzi Lexikon*. — 11. *Hidvégi Lajos*: Kertváros, Pest megyei Hírlap, 1977. jún. 19. — 12. Bischoff Mária és József keresztelei adatai 1796. ill. 1798-ból. Ceglédi Ó-plébánia keresztelei anyakönyve. — 13. Bischoff József nyugdíjazás iránti kérelme, 1830. július 10. Eredetije a Ceglédi Városi Levéltárban, uradalmi iratok. — 14. Bischoff Rozália halotti bejegyzése a ceglédi Ó-plébánia anyakönyvében, 1831. aug. 24. — Bischoff József halotti bejegyzése uo. 1833. április 28. Bischoff Józsefné Reinfusz Anna halotti bejegyzése uo. 1855. szeptember 6. — 15. Bischoff Mária és Barta Pál házassági bejegyzése uo. 1816. december 15. — 16. A Ceglédi Áll. Polgári Fiú- és Leányiskola értesítői.

Nendtvich Károly orvosvegyész amerikai utazása 1855-ben

Bölöni Farkas Sándor 1834-es kiadású úttörő útleírása óta könyvtárnyi könyv jelent meg az Újvilágról, az *Utazás Északamerikában* azonban a magyar nyelvű panoráma művek archimédeszi pontja marad. Kevésbé közismert, de hasonlóképp érdekes Nendtvich Károly orvos végzettségű vegyésztanár kétkötetes könyve, amely 1858-ban került ki Heckenast Gusztáv pesti nyomdájából. Nálunk az első szakszerű tudósítás a mérőföldes iramban haladó, és nem az európai után kullogó ameri-

kai életről. Az Észak—Dél háborúja küszöbén, amikor a dinamikus gazdasági erők a gyors gazdagodás, a primer politikai premisszák a rabszolga-fel szabadítás köré sűrűsödnek. Az önkéntes egyesülés lobogóján még kevés a csillag, a Mississippi szeszélyes és veszélyes medrétől nyugatra gözmozdonyok helyett még bölénycsordák fűjtatnak, az iparosodással járó polgárosodás csak az északkeleti partvidékre szorítkozik. A bátor pionírok hőskora, akik romantikátlan elvadulás közepette szívesebben ke-

reskednek, mint verekednek az egyre nyugatabbra szoruló indián törzsekkel, a Dél ültetvényeiről elszökött feketéket és az Európából menekült emigránsokat egyaránt szívesen befogadják. A Szentszövetség és a cári pogromok üldözöttjeinek aziluma: Amerika. Korlátlan lehetőségeinek tudatában növekvő kamaszkorú államszövetség, szorgos farmerek földje, kalandorok eldorádója — valamint egy vajúdva születő világhatalom.

A magyar szabadságharc elbukása után a pesti orvosi fakultáson Győry Tibor kartörténete szerint a „három legsúlyosabban vádolt” vezető: Bugát Pál, Schöpf és Nendtvich. Ez utóbbi egy német nevű, erősen magyar érzelmű pécsi gyógyszerészfi, aki 1848 tavaszán került a kémiai tanszék élére, előbb a medikusokat, majd a harcba induló ifjakat okította ékes magyar nyelven a vegytan legszükségesebb elemeire. Korszerű kémia nélkül nincs korszerű harcászat, jól tudta ezt a honvédek zseniális hadvezére; Görgey Arthur, az egykori kémikus. Ha valaki, hát ő igazán bírta értékelni Nendtvich Károly ténykedését és (ellenkező előjellel) Virozsil, aki megfosztotta katedrájától a rebellis náció rebellis professzorát. Egy évig tengődött állás nélkül, priuszát nem törölték, a medicinán persona non grata maradt. Az ipartanoda viszont tanerő hiányában kénytelen volt alkalmazni a múltjára mindig bízszke szakembert, akit míg magyarul adhatott elő, a medikusok titokban jártak hallgatni. Később is, mert Sangaletti tanárnál szakmailag lényegesen többre taksálták a puskaport már szagolt, fojtott lelkű egyetemi fiatalok.

1855 a nagy oldódás esztendejének tekinthető, Semmelweis megkapja a szülészeti katedrát, Korányi Frigyes ekkor jut ki először Párizsba, ahol Trousseau elegáns előadásainak bővületébe esik, itthon Markusovszky, aki már korábban járt Nyugat-Európában tervezi-szervezi orvostársaival a Hétlapot, Nendtvich Károly pedig Kárász Imre és Csernovics Arzén társaságában Liverpool kikötőjében hajóra száll, hogy tudósítást hozzon az óceánon túlról. A Liverpool és a Halifax közötti távolságot, azt a 2934 tengeri mérföldet 11 nap alatt tették meg, minden különösebb zavar nélkül, mindnyájuk örömeire. Boston volt az első város, ahova ellátogatott, valóságos amerikai Athén, a Harvard híre a legjobb európai egyetemekével vetekszik. Egyidős a nagyszombati univerzitással, csak John Harvard bostoni polgár gazdagabb volt, mint Magyarország bíborosa. Bostonból New York felé haladva meglátogatta Connecticut állam fővárosát, azt a New Haven nevű helyiséget, ahol a Yale College öregbíti az Újvilág tudományos hírét. New York (Nendtvich szavaival Új-York) összesen öt orvosi tanintézettel rendelkezik, egyelőre inkább a tömegképzés céljából, szinte valamennyi magánalapítvány eredménye, híven Washington szelleméhez. Vegytudorunk, a gyógyvizek nagy értője meglátogatta Albany mellett Saragota forrását, amelyet Észak-Amerika leg-híresebb gyógyfürdőjének tartanak. Különösen a „Kongresszus-kút” (Congress Springs) vize emlékezteti „alkatrúszéi és ízére nézve” a balatonfüredi forrására. Albany városától nyugatra fordulva Utica és Albion útirányában a Niagara vizesést nézte meg,

közölve Lyell számítását, amely szerint 35 ezer év szükséges ahhoz, hogy a zuhatag elérje az Erie-tó szélét, ez viszont már geológiai katasztrófa lenne, amitől szerencsére még sokáig nem kell tartani az amerikaiaknak. Az Erie-tó partján Buffalo, Cleveland, majd Toledo érintésével elértek látogatásuk legnyugatibb célpontjához, a Mississippin partján fekvő Davenport városához. Eghajlata emlékeztet a hazaira, ahol „ugyanazon uralkodó nyavalyákat találjuk, melyek Magyarország lapályos vidékein, nevezetesen a Tisza mellett otthonosak, mint például a makacs váltóláz és a vérhas”, ezért a „Mississippi mellett tartózkodásom ideje alatt csaknem szüntelenül hasbajokban szenvedtem” — panaszkodik Nendtvich professzor. Társairól nem tesz említést, ezért az egyes szám első személy. Bevált amerikai szokás szerint az Óvilágból érkező minden hová ajánlólevéllel megy, a baráti protezsáló írás szent az amerikai szemében, a mindenről való gondoskodás aranyfedezete, amely az európaiak szerencsésjére máig tartó hagyománnyá nemesült. Új-Buda túlságosan nyugatra esik, orvosvegyésznünk oda már nem látogatott el. Egyrészt, mert amerikai mértékkel is messze van, másrészt Ujházy László részéről, noha többen figyelmeztették, nem bizonyult sikeresnek a helykiválasztás. Vasútja nincs, gazdasági felvirágzásra nem számíthat, már akkor fenyegette az elnéptelenedés veszélye.

A további útvonal Chicago, majd Milwaukee. Chicago még nem az igazi, 36 ezer lakosával kis-közepes kereskedőváros a Michigan-tó déli csücskén. Nyugalmát egyelőre csak a gőzösök túlkölése zavarja. Milwaukee, Wisconsin legnépesebb városa tipikus német település, német zenei egyesület, német nemzeti színház, német rend és német merevség, amely gyakran összeütkezik a hallatlanul rugalmas amerikai mentalitással, s rendszerint a rigid húzza a rövidebbet. Milwaukee után Madison az irány, mert minden állam fővárosa lehetőleg a geometriai középpontban van, olykor jelentéktelen városka, de a törvény biztosítja, hogy minden polgár minél előbb elérhesse. Minden fővárosban Capitolium és Washington-szobor, az államiság kettős szimbóluma. Az amerikai ólomtermelés központja Galena, Davenport városától északra a Mississippin partján, amely „sokat hasonlít e tekintetben a Dunának Komárom vagy Gönyön felőli kietlen tájához”. A hajógép monoton hangja hazai képeket csal elő az emlékezetből. Még délebbre St. Louis, amelyet a franciák 1763-ban alapítottak, s 1855-ben már meghaladta a százezer lélekszámot. A gallok Kanada felé húzódtak, az indiánok nyugatra. A pionír jenki hallatlan szívóssággal hódítja művelhetővé a földet, telepíti az ipart, találékonysága kifogyhatatlan. Az indiánokat jobban irtja a pálinka, mint a puska. A „tüzes víz” (fire water) fogyasztásának szenvedélye vadít vagy szelídít, de mindenképp pusztít. Az európai filantrópok okkal-joggal horkannak fel. De milyen jögon is? — kérdezi Nendtvich professzor. Az amerikaiak Texas úgy hódították el Mexikótól, hogy az önként kívánt az Egyesült Államok tagja lenni. És mit csinálnak az európai nagyhatalmak? Az angolok Afrikában, a franciák ugyanott Algírban, s a cári Oroszország a Kaukázus hegyei között!

Mit vehet Európa Amerika szemére, kérdezi a semleges magyar tudós. Ami a rabszolgakérdést illeti, „nem a szabad és független amerikaiak, hanem az angol, francia és spanyol kormány alatt vitetett be az egyesült-államokba, tehát tisztán európai ültetvény. A déli államokban minden viszony csupán arra van fektetve, és ezen államok anyagi léte jelenleg legszorosabban összefügg a rabszolgaság fennállásával.” Csak az a kérdés: meddig? Mert a rabszolgamunka az önkéntes szabad munkával soha nem versenyezhet, fenntartói a déli államokban konzervatív spanyol ültetvényesek, akik önként soha nem fognak lemondani születettnek vélt előjogaikról.

A diszkrimináció sem amerikai találmány. „Milyen furcsa jelenet lenne látni, ha finom érzelmű hölgyeket paraszttal, vagy épen cigányokkal egy vagonba zsúfolnák. Van-e Európában társaság, mely a zsidót kebeléből ki nem zárja? Holott az képzettség s műveltségre nézve a keresztyénnel nemcsak egy vonalon áll, hanem azt sokszor felül is múlja.” Pedig Nendtvich nem volt filozemita. Csak az Ó- és Újvilág morális konfrontációjában kíván elfogulatlan lenni.

St. Louis városában Engelmann dr. a mentora, megmutatta az orvosi tanintézetet, amely John O'Fallou alapítványából épült, köralakú boncterme a rengeteg mulázkészítménnyel akár Párizs vagy London becsületére válna. A másik, a „Medical department of Kemper College” Dowel tanár ügybuzgalmát dicséri, oktatói Heidelberg és Tübingen egyeteméről jöttek. Nyár lévén Nendtvich víz helyett áttért a borital mértékletes fogyasztására, így „teste alműszerei sértetlenek maradtak”. Következő állomása az Ohio-folyó partján fekvő Louisville, ahova ugyan nem volt ajánlólevele, ám Gross dr. nevét már otthon ismerte, és ez elegendőnek bizonyult. Az urológia nemzetközi szaktekintélye, a bécsi iskola nagy ismerője és tisztelője, dolgozószobáját „a bécsi orvosi kar tanárainak ismert összes képlapja díszesíti”. Ezek után nem meglepő, ha „kérdősködött a legkitűnőbb pesti orvosok neve, a pesti egyetem szervezése, s rendezése felől... egyúttal megkért, hogy némi megbízásokkal egy levélkét a pesti orvosi társulatnak, s egyet B. tanárnak adjak át.” Az utóbbi alatt Balassa értendő, aki mint később kiderül, Amerikában sem ismeretlen. Gross dr. szenvedélyes érvelése szerint „az amerikai alkotmány épen az európai történet tanulmányozásának eredménye”, hogy ne ismétlődhessen meg a spanyol inkvizíció, a németországi vallásháború, ezért államvallás az Egyesült Államokban nincs, a religió magánügy, ha úgy tetszik, magánvállalkozás. Ez a nyitott szellemű és pénztárcájú orvosdoktor volt Nendtvich Károly talán legönzetelebb tengeren túli patrónusa. Cincinnati és Philadelphia városába több ajánlólevelet írt, megvette hajójegyét, hogy az Ohio-folyón érjen Cincinnati kikötőjébe. Ez a város, amelyet először a sertéshizlalás tett híressé (Porcville), több neves orvosképző intézettel rendelkezik, köztük a „medical college of Ohio” és a „Miami medical college” már minőségével tűnik ki. Dr. Blakmann, az Ohio orvosi intézet sebésze Londonban és Párizsban szerezte képesítését, hozzá Gross dr.



ajánlólevelével ment. Az elméleti rész pompás és praktikus amerikai építmény. Cincinnati városából vasúton Ohio állam törvénytestületi székhelyére utazott, amely az Újvilág felfedezőjének nevét viseli. Columbus-Ohio lakossága révén még nem számít nagy településnek, intézetei elhanyagolhatók, de nem elhanyagoltak. Különösen a vakok intézete és a tébolyda. Állomásáról a vonat Pittsburg felé robbogott, az „amerikai Birmingham” igazi gyárváros, különösen hajógőzöseiről híres, tudományos élete nem számottevő. Majd Harrisburg, illetve Baltimore következett, tőle délre a főváros, Washington. A fővárosok fővárosa, amely nem nehezedik súlyával az új birodalomra. A *Smithsonian Institution* és a *Columbia-College* képviseli a tudományos életet. Aztán fel Philadelphia intézeteibe, a félmillió város Amerika legszebb és legrendezettebb települése. Itteni mentora Isaac *Lea*, a neves geológus, aki a bécsi Haidinger professzornak levelező barátja. Nendtvich Károlyt beültette abba a székbe, ahol egykor *Franklin* Benjámint elnökölt. Az *American Philosophical Society* könyvtára csodálatosan gazdag, amikor a könyvtáros magyar vendég érkezéséről értesült, megmutatta a „Magyar tudós társaság évkönyveit”. A *Pennsylvanian medical College* falai közé dr. Gross ajánló soraival lépett, ahol dr. Leydei vette pártfogásba. A jeles doktor Bécsben *Hyrtl* tanár tanítványa volt, ő az Újvilágban született, csak tanulni jött a híres európai egyetemre. Philadelphia hat orvosi egyetem birtokosa, ezért „the medical Metropolis of United States”, vagyis az Egyesült Államok orvosi fővárosa, oly különlegességekkel, mint a „homoeopathic medical College”, avagy a „female medical College”, tehát a női orvosi egyetem, „ez egyetlen ilyenmű intézet az egész világon, 1849-ben alapított”. A *Pennsylvania* orvosi egyetem sebész tanára név szerint Balassa Jánosnak küldte el Gross dr. egyik művét, a másikat a pesti egyetem orvosi fakultásának szánta. Gyakran vádolják az amerikaiakat, hogy dollársóvár nép, önző és pimaszul praktikus. Igen, ám az éremnek ez csak az egyik oldala. A másik: sehol nem tapasztalható, hogy az olyannyira kedves magánvagyon elé mindig a közvagyon helyezik. „Hogy az amerikai szereti a dollárt, nem lehet tagadni. Úgy hiszem, az európai sem irtózik tőle” — állapítja meg szellemesen Nendtvich tanár. Továbbá: sehol ennyi magánérből fenntartott „orvosi ta-

nodák, nevelőintézet, árva-, szegényház, a kór vagy betegség által elnyomorodottak, siketek, vakok ápol-dája", mint ebben az individualista társadalomban. „Amerika története még nem nagy, de naggyá fog lenni, majd ha Európa népei többnyire ággastyánokká töpörödvé, s kályha mellé kuczorodva, fogatlan inyükkal a múlt csontjain rágódnak: akkor kell Amerika történetéről kérdezősködni.” Kettő és fél hónapos körútjának élményeit így összegezte Nendtvich Károly professzor, amelybe belétöltődtek nyilván szubjektív szempontok is. Pl. ahogy a Szent-szövetség elfojtotta Európa forradalmait, és ahogy Kossuth Lajost Amerikában fogadták, ahogy az emigránsoknak otthont biztosítottak. Ahogy ké-

szülnek Dél ellen a rabszolgák felszabadítására. Ahogy a tudományok évtizedek alatt hozzák be év-százados hátrányukat, s látható, hogy rövidesen előzni fognak. Ennyit látott egy magyar tudós a múlt század Amerikájából, ahova később „kitántor-gott... másfél millió emberünk”.

Bölöni Farkas Sándor útikönyve azóta újra megjelent, angolra is lefordították, Nendtvich műve körül mélységes csend. Pedig nem egy a sok közül, amit az Újvilágról írtak.

Magyarul semmiképp, tudománytörténeti szem-pontból mindenképp Bölöni Farkas művével egyen-értékű. Ha a tudománytörténet még nem is vette tudomásul.

Szállási Árpád dr.

GYÓGYKESERŰVIZEK



A gyomor és a bélrendszer számos káros hatásnak van kitéve. Gyakorik a táplálék mennyiségi és minőségi összetételében történő változások következményeként fellépő károsodások – gyulladás, fekély és a bélműködés egyéb zavarai.

Az orvostudomány feladata a szervezetre ható károsító tényezők távoltartása, ill. következményeik megszüntetése. Gyógykezelésükre a gyógyszer-gyészeti gyárak kiváló készítményeket állítanak elő. Ennek ellenére sem nélkülözhetők a GYÓGY-KESERŰVIZEK, amelyek ivókúra formájában értékes segítséget jelentenek az orvosnak a gyomor és a bélrendszer különböző betegségeinek kezelésében.

A GYÓGYKESERŰVIZEK hatását a múltban tapasztalati tények bizonyították. Ma már klinikai megfigyelések és laboratóriumi vizsgálatok támasztják alá terápiás értéküket.

Keserősós gyógyvizeink literenként kb. 20 ezer mg oldott szilárd anyagot: keserűsót ($MgSO_4$), glau-bersót (Na_2SO_4) és kis mennyiségű konyhasót tartalmaznak. Hatásukat a szulfát élettani hatása határozza meg. A belekbe került hipertóniás keserűv vizet vesz fel, felhígul és izotóniássá válik. A nehezen felszívódó ionok által megkötött folyadék a bélfalat végigöblíti, közben baktériumokat és toxinokat visz magával. Javítja a bélrendszer erjedés és bomlásos folyamatait, csökkenti a káros bomlástermékek felszívódását.

Világhírűek a HUNYADI JÁNOS

az IGMÁNDI

és a FERENCZ JÓZSEF keserűvizek



Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Csecsemők hirtelen, váratlanul halál szindrómája. Dearnqueez, J. L. Paty, J. (Unité de Néonatalogie et de Réanimation pédiatrique, Hôpital des Enfants, 168, F—33077): Arch. Fr. Pédiatr. 1983, 40, 51.

A csecsemőkori hirtelen, váratlanul halál szindrómájáról (cs. h. v. h.) akkor beszélünk, ha a halál egy megelőzően látszólag egészséges csecsemőn hirtelen következik be. Lényeges halálokat sem a körelőzményben, sem biológiai és anatómiai vizsgálatokkal kimutatni nem sikerül. A cs. h. v. h. gyakoriságát a fejlett országokban az elveszületettek között 2–2,5‰-ra teszik, az újszülöttkorot kivéve az 1 éven aluli gyermekek leggyakoribb halál oka. Az utóbbi évek sokirányú vizsgálatai ellenére a valódi okot ma sem ismerjük; ezt a családi drámát megoldani nem sikerült.

A kérdést érintő legújabb vizsgálatok eredményeit *Naeye* és *Valdes-Dapena* közleménye foglalja össze. A szerzők végigvezetik az olvasót azokon a körülményeken, amelyek között a dráma játszódik, amelyek az irodalomból jól ismertek, mégis külön kiemelik azt a tényt, hogy a cs. h. v. h. gyakoribb volt koraszülötteknél. Így talán jelentősége lehet a kezdetben gyenge fiziológiai reflexeknek, amelyek az érettségükkel jelentenek. Az a tény, hogy 12–18 hónapos kor után a veszély megszűnik, ugyancsak jelezheti a dizmaturitást jelentőségét a cs. h. v. h. genézisében.

Számos közlemény foglalkozott a cs. h. v. h. anatómiai elváltozásával, ezek azonban legtöbbször diszkrét, nehezen mutathatók ki, de nagy figyelmet érdemelnek a hipoxiás stresszre és a krónikus alveoláris hipoventilációra utaló elváltozások, a vegetatív idegrendszer diszfunkcióját előidéző finom léziók.

A különböző kutatók nagy figyelmet szenteltek a légzés vizsgálatának a cs. h. v. h. megmagyarázásában, különösen *Steinschneider* megállapítása óta, aki szerint egyes csecsemők az alvás alatt bekövetkező megnyúlt apnoe alatt váratlanul meghaltak. Az eredmények ellentmondásosak, csak annyit tudtak igazolni, hogy a kevert és obstruktív apnoe perzisztálása a cs. h. v. h. rizikóját, egyúttal a dizmaturitást is jelzi.

Több közlemény foglalkozik a szívritmus- és az intrakardialis vezetési zavarok, a levegőnyelés, az oesophagus-reflex hiányosságainak kóroki jelentőségével, a gastro-

oesophagealis reflux-szal. A „majdnem” hirtelen meghalt csecsemők-nél több szerző által végzett széleskörű vizsgálatok azt a hipotézist valószínűsítik, hogy ezeknél a nagy vitális funkciókban, a biológiai ritmusban olyan finom anomáliák észlelhetők, amelyek a vago-vagal reflex-íven keresztül szerephez juthatnak a cs. h. v. h.-ban; ez kiemeli a vegetatív kontroll éretlenségét, az agytörzsben egyesek által talált finom anatómiai elváltozások jelentőségét. Ezek alapján felvetődött a vegetatív diszfunkció familiáris lehetősége is. Családvizsgálatok, ikerkutatások arra utalnak, hogy ezeknél az előfordulási rizikó nagyobb, mint olyanoknál, ahol nem fordult elő cs. h. v. h.

Egyéb hipotézisek értékelése a már említett összefoglaló közleményekben fellelhető. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a cs. h. v. h. diagnózisának megbízhatóságához nagy fontosságot kell fordítani az intrauterin élet és az anyai tényezők tanulmányozására (húgyúti, amnion-fertőzések, anémiák, toxinok, abortuszok stb.). Az újszülöttkor, az élet első heteinek negatív történései fokozhatják a rizikót.

Végezetül a szerzők összefoglalják a cs. h. v. h. bekövetkezése előtti lehetséges preventív magatartás legfontosabb eszközeit: 1. az ún. „near miss” csecsemők otthoni respirációs monitorozása; 2. első gyanú esetén kórházi elhelyezés, alvás, légzés szívritmus 24–28 órás monitorozása, speciális laboratóriumi vizsgálatok; 3. speciálisan képzett személyzet, mind az otthoni, mind a kórházi ellenőrzésben; 4. kerülni kell a hipnotikumok és trankvillánsok alkalmazását; 5. a gesztációs időszak és az újszülöttek gondozásának javítása; 6. a szociális-gazdasági viszonyok kívánatos feltételeinek biztosítása.

(Ref.: *A probléma hazánkban is időszzerű, amint azt az utóbbi évek hazai irodalma is bizonyítja. Legutóbb Kiss-Szabó foglalkozott a kérdéssel a Gyermekorvosok Társasága 1983 augusztusi nagygyűlésén elhangzott előadásában.*)

Kövér Béla dr.

Coxsackie-fertőzés folyamán fel lépett rhabdomyolysis és heveny encephalitis. Bompard, Y. és mtsai (Service de Réanimation Pédiatrique, de la Clinique de Pédiatrie Xavier—Bichat, Hôpital Bretonneau, F—75018 Paris): Arch. Fr. Pédiatr. 1983, 40, 29.

Bywaters 1941-ben tett alapvető megfigyelése óta heveny rhabdo-

myolysisekről (h. r.) főleg felnőtteknél számoltak be. Etiológiája sokrétű, gyermekeknél ritka. Leggyakoribb és legsúlyosabb szövődésénye tubuláris nekrozissal kísért heveny veseelégtelenség, ami megszabja a prognózist. Ezzel szemben az idegrendszeri és véralvadási zavarok szokatlanok.

A szerzők egy 6 éves gyermekről számolnak be, akinél a fenti tünetek jelentkeztek, valószínűleg egy Coxsackie B₅-vírus fertőzés következményeként. A gyermek betegsége 40 °C lázzal, az alsó végtagokon, fenekén makulás kiütésekkel kezdődött. Egy nappal később fájdalmas, kemény ödéma lépett fel az alszárazakon, diffúz myalgiaival. A gyermek képtelen volt lábra állni. Három nappal később, kórházi felvételekor, még mindig lázas, ködös, fáradékony. Keringése normális, de oliguriás vizelete sötét, fehérréje pozitív. Az Addiszám sem leukocitúrát, sem hematuritát nem mutat. A vizelet steril. Urea: 19,4 mmol/l, Na: 119 mmol/l, K: 4,8 mmol/l, Cl: 85 mmol/l, fehérje: 57 g/l, vvs: 5 600 000, Hb: 14,9 g/100 ml, Ca: 1,66 mmol/l, vércukor: 6,3 mmol/l. Lumbálpunkció normális. Gentamycin-cefalotin terápia mellett a veseelégtelenség progrediált. Nagyon súlyos állapotban intenzív osztályra került. A végtagok szimmetriásan cianotikusak, fájdalmasak, ödémásak, ez már a combok egy részét is érintette. A gyermek 40 °C-os láz mellett teljes kollapszusban van. A veseelégtelenséget a biológiai paraméterek is bizonyították. A gyermek ködös állapotát időnként izgatottság szakította meg. EEG-n kifejezetten lassú hullámok, diffúze főleg az agy hátsó részén. A szemfenéken j. o. prepapilláris ödéma, az artériák szűkek, a vénák normálisak. A képhez hemosztázis társult — trombotóziával, fibrinopéniával, fibrin degradációs termékekkel.

Plazma-transzfúzióra a keringése gyorsan rendeződött. Miután a szepitkémia bizonyítani nem tudták, izom-enzim vizsgálatokat (CPK, aldolase, SGOT, SGPT) végeztek; ezek erősen emelkedett szintje a h. r. diagnózist vetette fel, amit az izom szövettani vizsgálata is megerősített. Kortikoterápiára, peritoneális dialízisre és cseretranszfúzióra, heparinra a veseelégtelenség és a véralvadási zavar megszűnt, a neurológiai státus is normalizálódott. Lassan, hetekkel később a végtagok funkciója is helyreállt. A virológiai vizsgálatok a Coxsackie B₅ ellenes antitestek kifejezett szintnövekedését bizonyították.

A megbeszélésben a szerzők kiemelik, hogy bár a h. r. gyermekeken ritka, a klinikai és biológiai tünetek jórészt megegyeztek a felnőtteken megszokottakkal, így a heveny veseelégtelenség is. Szokatlan volt az alsó végtagi lokalizáció, az alvadási zavar és az encephalitis. Ez utóbbiakat azzal magyaráz-

zák, hogy a h. r. heveny virális fertőzés — jelen esetben Coxsackie B₅ — kapcsán, annak lefolyásában lépett fel.

Kövér Béla dr.

A Na-valproat farmakokinetikája. Alkalmazása csecsemők hiperpirexiás görcseinél. Perignon, F. és mtsai (Clinique de Maladies des Enfants et INSERM U 30, Hôpital des Enfants—Malades, F—75015 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1983, 40, 47.

A csecsemők hiperpirexiás görcseinek (cs. h. g.) folyamatos profilaxisa ellentmondásokkal terhelt. A recidívák kivédésére — hatásossága, ártalmatlansága miatt — jelenleg a Na-valproat, Na-dipropylacetat (DPA), kereskedelmi nevén Depakin, látszik a legalkalmasabbnak. Miután újabban az irodalom, hosszú ideig tartó alkalmazása után, májkárosodásról számolt be, etikai megfontolásból hét hónappal az első görcs jelentkezése után a DPA adagolását abbahagyták.

A szerzők 11, 8 hónap és 5 év közötti korú gyermekek, az első cs. h. g. után a DPA-val farmakokinetikai tanulmányt végeztek. A DPA-t a gyermekek Depakin formájában, mégpedig 18 hónapos kor alatt oldatban (1 ml = 200 mg), az idősebbek tablettákban (1 tbl. = 200 mg) kapták, a reggeli étkezéssel, testsúlykg-onként 20 mg adagban. Ezt követően a gyermektől a 0–30–90-ik percen, majd 3, 5, 8, 12, 24 és 36 órával később vért vettek. A 11 gyermekből kilenc 2 éven aluli, kettő pedig 5 éves volt. A méréseket gázkromatográfiával végezték. Az eredményeket táblázaton, ill. ábrákon is ismertetik.

Az eredmények értékelésekor a szerzők a következő főbb megállapításokat teszik: 1. Nincs összefüggés a plazma felezési idő és a gyógyszer hatásossága között. A plazma felezési idő a 2 év 18 hónapos gyermekek csoportjában 7 és 22,5 óra, újszülötteknél és csecsemőknél 9 és 67 óra között ingadozott. 2. Legmagasabb a plazmaszint a gyógyszer adagolása után 0,5–4 órával, a maximális DPA-érték 50–119 µg/ml között van. 3. A DPA abszorpciója gyermekeknél lassúbb, mint felnőtteknél. Lehet, hogy ezt a táplálék okozta. 4. A DPA farmakokinetikájának főbb paramétereiben nincs lényeges különbség fiatalabb és idősebb gyermekek között. 5. Egy-négy hónapig, vagy tovább is DPA-kezelésben részesült gyermeknél recidívát nem észleltek, de felhívják a figyelmet a DPA és egyéb gyógyszerek közötti kölcsönhatásokra (a szalicil-sav a plazmaszintet csökkenti). 6. A gyógyszeradagolás kapcsán remegés, pszichés zavarok, gyomor-bélpanaszok, alopecia átmenetileg felléphetnek. 7. A szerzők hepatitisszel nem találkoztak.

Kövér Béla dr.

13 karácsonyi sütemény. Wilson-kór váratlan jelentkezése. Betend, B. és mtsai (Service de Pédiatrie, Pavillon S bis, Hôpital Edouard-Herriot, 69374 Lyon Cedex 2): Arch. Fr. Pediatr. 1983, 40, 101.

A ritka Wilson-kór (W. k.) változó tünetekkel jelentkezik, ezek egyike a hemolitikus krízis. Egyik, ebben a korban szenvedő betegük módot adott a szerzőknek arra, hogy a betegség fizio-patológiai mechanizmusát megvitassák.

Betegük egy 9 1/2 éves leánygyermek, akinél — bár megelőzően semmi kórosat nem észleltek — váratlanul egy hemolitikus szindróma lépett fel, a megfelelő klinikai és biológiai tünetekkel. A hemolízis okát kezdetben, bár sokirányú vizsgálatot végeztek, felismerniük nem sikerült. A hemolízis megszüntetésére a beteg klinikai tartózkodásának első hetében négyszer kapott 500–500 ml mosott vvs.-et. A 19. kezelési napon ödéma, aszcitész, súlygyarapodás, palpebrális ödéma, szabad hasúri folyadék, szubikterusz, hepatomegália, splenomegália, oliguria lépett fel. A biológiai vizsgálatok alátámasztották a hepatocelluláris elégtelenséget. Ez utóbbi, együttesen a hemolízissel, a Wilson-kór gyanúját vetette fel, amit a klinikai, paraklinikai és biológiai adatok megerősítettek, és a szemfenékvizsgálat (Kayser—Fleischer-gyűrű) alátámasztott.

A beteg családjának a vizsgálata nyomán kiderült, hogy a családban több olyan beteg szerepelt, akinek cirrózisában nem volt kimutatható az alkoholos etiológia.

A beteget D-penicillamin kelátos terápiában részesítették, amellel pyridoxint is kapott, és rézben szegény táplálékra állították be. Az eredmény vitathatatlan volt.

A megbeszélésben az alábbi lényeges szempontokra hívják fel a figyelmet a szerzők: 1. Cirrózis hepatisznál a hemolízis teljesen váratlanul, hirtelen jelentkezhet; 2. a Wilson-kórnál a hemolízis gyakoriságát valószínűleg alábecsüli az irodalom; 3. a hemolízis létrejöttének mechanizmusa ma még nem tisztázott. Ez annak a következménye lehet, hogy sok réz kerül a keringésbe, ez egyébként a májban raktározódik és különleges feltelemek mellett jut a keringésbe; 4. úgy tűnik, hogy a „primus movens”, a felszabadult réz nagy mennyisége kerül a keringésbe.

A réz szerepe vitathatatlan. Ezt kísérletes adatok is igazolták. A W. k. esetében, úgy tűnik, egy tényező mégis gyakori: a különböző mandula, dió, mogyoró, kakaós készítmények gyakoribb és nagyobb mennyiségű fogyasztása, amikoris ezekből a rézben gazdag készítményekből nagy mennyiségű réz szívódhat fel.

Kövér Béla dr.

Rheumatoid purpurában fellépő idegrendszeri elváltozások. Brunod, R., Arthuis, M. (Clinique de Pédiatrie et Puériculture, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, F—75674 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1983, 40, 33.

A szerzők egy 6 1/2 éves purpura rheumatica (Schönlein—Henoch) — (p. r.)-ban szenvedő gyermekről számolnak be, akinsél a jellemző tünetek gyorsan megszűntek, de már a 4. betegségi napon — még minden neurológiai elváltozás nélkül — nyugtalanság lépett fel. Az ezt követő napokon a beszédét és az étkezést megtagadta, s ekkor már az orvos a alsó végtagok piramis tüneteivel jobb oldali hemiparézist észlelt s kórházba utalta.

A kórházban az izgatott, szorongó, székletét maga alá ürítő gyermeknél a jobb oldali hemiplegia miatt járásképtelenséget, kétoldali piramis szindrómát állapítottak meg, a p. r. minden klinikai jele nélkül. A koponyagt, szemfenékvizsgálat negatív, az EEG jobb oldali elülső góca utalt; alvás alatt perzisztáló igen lassú hullámokkal. A cerebrális tomodenzitometria normális képet adott. Az idegrendszeri elváltozást a p. r. szövődményeként fogták fel, annál is inkább, mert az immunológiai vizsgálatok hiperalfa-2-globulinémiát, IgA-szint emelkedést és keringő immunkomplexet mutattak. — Átmeneti bal oldali faciális parézis és az EEG-jelek rosszabbodása után fokozatos javulás következett be a klinikai állapotban, de a megismételt tomodenzitometria a hemiszfériumok fehérállománya denzitásának, főleg a frontális régióban, a csökkenését mutatta, ami diffúz demielinizációra utalt. Végül is klinikailag csak a jobb oldali Babinski-pozitivitás sejtette a lezajlott folyamatot.

A megbeszélésben hangsúlyozzák a szerzők, hogy betegüknél a p. r. kapcsán fellépett idegrendszeri elváltozás több — az irodalomban találtaktól — eltérő sajátosságot mutatott: 1. a folyamat benignus volt; 2. a mások által gyakorinak tartott görcsöket nem tapasztalták; 3. az elváltozások nem hirtelen, hanem lassan, fokozatosan alakultak ki; 4. a fehérállomány demielinizációjáról eddig mások nem számoltak be; 5. keringő immunkomplexeket eddig csak a szerzők mutattak ki.

Végezetül hangsúlyozzák, hogy a p. r. folyamán fellépő neurológiai elváltozások létrejöttének mechanizmusa sokrétű: anyagcsere, tenziós, hemorrágiás, sőt terápiai okok egyaránt szerepelhetnek a tünetek kibontakozásában.

Kövér Béla dr.

A gyermekorvosok morbiditási és mortalitási vizsgálatáról. Lorenz K. és mtsai („Gyermek- és fiatal-kori morbiditási és mortalitási

munkacsoport", NDK): Kinder-ärztliche Praxis 1983, 51, 96.

Az NDK Egészségügyi Minisztériuma irányításával 1971-ben „Gyermek- és fiatalkori morbiditási és mortalitási munkacsoport” alakult, melyhez a gyermekgyógyászati szakterületek kutatói, illetve egyes szakterület szociálhygiénikusai tartoznak.

Az elmúlt 10 év munkáját elemezve külön kiemelik a csecsemőhalálozás, a csecsemőkori hirtelen halál, a légúti betegségek, a gyermekkardiológia, a gyermekreumatológia és a gyermekendokrinológia terén elért eredményeiket.

Az elkövetkező években kívánatosnak tartják, hogy az epidemiológiai vizsgálatokat meghatározott kutatási program keretében, országos szinten végezzék, szemben az eddigi gyakorlattal, amikor is egyes gyermekgyógyászok vagy kisebb munkacsoportok, spontán, kisebb földrajzi területeken végeztek vizsgálatokat. Schmidt Péter dr.

Kingella (Moraxella) kingae fertőzések gyermekekben. Bosworth, D. E. (Dep. of Pediatrics, Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City): Am. J. Dis. Child. 1983, 137, 650.

3 beteg kórtörténetét közlik — közös sajátosságuk a Kingella kingae fertőzöttség.

Egy 10 hónapos csecsemőbeteg coxitis klinikai tüneteivel került kórházba. A radiológiai vizsgálat subluxatio pathologica coxae tanúsított. A punctatumból Kingella kingae tenyésztett ki. Sebészi drainage és 5 heti ampicillin és oxacillin kezelés után gyógyult.

21 hónapos betegük gonitise a röntgenképen a distalis femoralis epiphysis osteolytikus laesióját mutatta. Az ízület punctiójánál purulens váladékot nyertek, amelyből ugyancsak Kingella kingae tenyésztett ki. Antibiógram alapján 6 heti penicillin kezelésben részesült a beteg és meggyógyult.

4 éves congenitalis vitiumos betegük 4 hete volt lázas. 6 héttel a felvétele előtt diagnosztikus céllal szívkatéterezést végeztek nála. Haemoculturájából kitenyésztett a Kingella kingae. 6 hetes penicillin kezelés a heveny betegségét meggyógyította.

A Kingella kingae aerob, gram negatív coccobacillus, amelyet a normális torokflóra tagjának tartanak. Izolálták felső légúti fertőzések során a torokváladékból. A bőr felületéről, átmeneti, vagy tartós szennyeződésként nem izolálták.

Az ismertetett esetek fertőzésének forrását nem sikerült kideríteni. A szívkatéteres vizsgálatot nem tekintik iatrogen fertőzés előidézőjének. Ha a kórokozó kitenyészik, ne tekintsek szennyeződésként, egyeztetni kell a mikrobiológiai eredményt a klinikai tünetekkel.

Farkas Éva dr.

A gyermekkori elhízás rizikófaktora. Jimenez Rodriguez, J. A., Gonzalez Sevaine, F., Peña Alonso, L. (Policlin. „Ch. Gomez” Santa Clara, Kuba): Rev. Cuba Pédiat. 1983, 54, 538.

A szerzők 168 elhízott gyermek (83 leány, 85 fiú) adatait tanulmányozták. E csoport a Santa Clara-i „Ch. Gomez” városi poliklinika gondozására bízott gyermekpopuláció mintegy 25%-át képezte. Az elhízottság 35 esetben csekély, 48 esetben közepes és 85 esetben súlyos volt. A szülők között 119 esetben volt elhízott, 9 esetben cukorbeteg és 8 esetben mindkettő együtt. Az elhízás mindhárom csoportban az esetek túlnyomó többségében még az első életévben elkezdődött. A születési súlynak az obezitás kialakulásában nem volt jelentősége a súlyosan elhízottak közül 41 születési súlya 2,5–3,4 kg volt s csak 34-é esett 3,5–4,4 kg közé. Az elhízás legfontosabb okai a rendezetlen táplálékfelvétel és már a gyermekkorban kialakult ülő életmód. A legnagyobb jelentősége annak volt, hogy viszonylag korán elkezdtek a mesterséges táplálást, beépítettek szilárd táplálékokat az étkezésbe, valamint az, hogy aránylag hamar cukorozták a gyermekeknek szánt tejet. A korai cukorfogyasztás egyébként, amire már adatok vannak, Kubában a diabetes korai kialakulásában is fontos tényező. A szociális helyzet is lehetőséget teremt az elhízásra. Az elhízás megelőzése, ami rendkívül fontos, az okok ismeretében válik hatékonyabbá.

Nikodemusz István dr.

Kizárólag parenterálisan táplált csecsemőkön fellépett hyperammonaemia. Morali, A. és mtsai (Service de Gastroentérologie Pédiatrique et de Nutrition, Hôpital des Enfants—Malades, F—75730 Paris, Cedex 15): Arch. Fr. Pédiat. 1983, 40, 91.

A kazein és fibrin hidrolizátumainak, a szintetikus aminosav-oldatoknak a parenterális táplálásra való felhasználása számos anyagcsere-szövődést hozott felszínre. Ezek között szerepel a hyperammonaemia (h. a.), aminek a genezisében az oldatban bevitt szabad ammóniát szerepeltetik.

A kérdés tanulmányozására a szerzők 21 proteinhiányos, 31%-os súlyvesztésű, malnutritióban szenvedő csecsemőt, ill. kisdetét választottak ki, akiknél a súlyos hasmenés miatt is, kizárólag centrális vénán keresztül, parenterális táplálást kellett alkalmazni. A fehérjebevitelt az 1–24. napig fokozatosan emelték, s ezt 19, ill. 42%-os koncentrációjú aminosav-oldattal biztosították. A betegeket kétszempontú (10, ill. 11 beteg) osztották; az elsőben a betegek 1–12 napig a 19%-os, a 13–24. napig a 42%-os, míg a második csoportban

1–12 napig a 42%-os, 13–24. napig a 19%-os aminosav koncentrációjú oldatot kapták. Az 1., 6., 12., 18. és 24. napon a betegek vérében meghatározták az ionogramot, a savbázis egyensúlyt, a kreatinint, az ureát, az ammóniát és az alvadási proteinek, a vizeletben az ureát, ammóniát, a kreatinint és az orot-sav mennyiséget. Az eredményeket a Student-teszttel elemezték és tanulmányozták a korrelációs koeficiens is. Eredményeiket táblázatokon és görbékben is bemutatják.

Vizsgálataikból kiderült, hogy — ellentétben a patkánykísérletekkel — a 42%-os koncentrációjú aminosav-oldattal parenterálisan táplált gyermekeknek olyan anyagcsere-zavarok léptek fel, amik a 19%-os oldattal történt táplálásnál nem jelentkeztek: az ammóniák anyagcsere-zavarára, ami hyperammonaemiához, fokozott vizeletammónia-ürítéshez vezetett.

A szerzők úgy vélik, hogy a túlzott aminosav-bevitel folytán kialakult anyagcsere-zavar multifaktoriális; szerepet játszhat ebben az adaptáció hiányossága is. Mindenestre a vizelettel eltávozott N-fokozott volta, a plazma proacelerin csökkenése, a plazma és izom eszenciális aminosav tartós deficitje valószínűsíthető, hogy a protein-szintézis alterált. Ezek alapján a táplálkozási zavarban szenvedő gyermek kizárólagos parenterális táplálására a 42%-os aminosav-oldat alkalmatlan. Kövér Béla dr.

Aspergillosis és mucoviscidosis. Baculard, A. és mtsai (Service de Pédiatrie et Pneumologie de l'enfant, Hôpital Trousseau, 26, 75012 Paris): Arch. Fr. Pédiat. 1983, 40, 109.

A mucoviscidosis (m.) és broncho-pulmonaris aspergillosis (bp. a.) társulása nem kivételes jelenség. Ez utóbbi mindig erőlyes és következetes kezelést igényel, mert a m. prognózisát jelentősen rontja.

A szerzők részletesen beszámólnak egy 8 éves m.-os betegükről, akinél görcsös köhögés, hipotrófiás állapot mellett szubakut bronchopneumóniát észleltek, bőséges mukopurulens köpet ürítéssel. A verejtékteszt — 112–95 mmol/l Cl⁻, a radiográfia megerősítette a m. gyanúját. Részletes immunológiai vizsgálat hipergammaglobulinémiát mutatott; a különböző börtesztek közül Aspergillus fumigatusra (A. f.) végzett is pozitívnek bizonyult, aminek gyakoriságát az irodalom 39–58%-ra teszi. Betegüknél az A. f.-t a bronchiális váladékból kimutatták, pozitívítást mutatott az anti-aspergillin precipitin teszt is.

Foglalkoznak a szerzők azzal a kérdéssel is, melyek azok a tényezők, amelyek a m.-os betegeket aspergillosisra (bp. a.-ra) diszponálják. Kiemelik, hogy rheológiai tényezők a m. folyamán kedveznek a

bronchialis obstrukciónak és a sztázisnak; a ciliáris diszkinézis ezt a jelenséget súlyosbíthatja, de sokan az immunanomáliákat marasztalják el, a komplementaktivitás, a celluláris immunitás, a szekretoros IgA esetenként hiányos lehet, míg máskor a fagocita funkciója a polinukleáris sejtekben lehet zavart. Ez utóbbi azonban, éppúgy az alveoláris makrofágok diszfunkciója is, inkább másodlagos, a fertőzések következménye. A szerzők betegénél főleg a celluláris immunitás volt zavart. A további diszponáló tényezők: a broncho-pulmonális elváltozások súlyossága, az ismételt adott masszív antibiotikus terápia, a m. kezelésében alkalmazott aerosolos nedvesítés, a hosszú kortikoid kezelés — mindezek betegükönél együttesen elősegítették az asp. fertőzést. Ez a szerzők betegénél az a broncho-pulmonaris allergia képét mutatta; ezt erősítette meg a kezelés előtti magas szérum IgE-szint, a kifejezett eosinophilia és két aspergillus antigénnel szembeni precipitin szint.

A kezelésben masszív antifungális terápia jön szóba. A szerzők betegükönél az irodalom által ajánlott szerek közül az 5-fluorocytosin-miconazol, főleg pedig az 5-fluorocytosin-ampoterecin B kombinációját találták a leghatásosabbnak. A lokális kezelés nélkülözhetetlen, főleg a bronchopulmonális amphoterecin B öblítések formájában, amihez acetylcysteint is ajánlatos kapcsolni a m. miatt. A kortikoidokat — halálos pseudomonas szuperinfekciók veszélye miatt — elvetik.

Kövr Béla dr.

Mellkasebészet

Plouropulmonalis sebészeti beavatkozások szövödményeinek műtéti kezelése. Jatszoszinszki Ju. D. és mtsai (Krimi Orvosi Int. Tüdősebész. Centr, Szimferopol): Probl. Tuberk. (Moszk.), 1983, 10, 37.

A szerzők 410 különböző súlyos gümőkóros megbetegedésben és súlyos nem-specifikus gyulladásban szenvedő beteg (tbc. pulmon. diss., fibrocavern. tbc., cavern. tbc., empyema és abscess. tuberculosa valamint bronchiectasia műtéti kezelése kapcsán ezeket a következőket vonták le:

A súlyos gümőkóros és nem-specifikus purulens tüdőbetegségek miatt végzett műtéti beavatkozások számának emelésére emelkedik a műtét utáni szövödmények száma és aránya is. Különösen a kombinált resectiók, a lobectomiák járnak ilyen következményekkel. Az ismételt műtétek, amelyek célja az előző műtétek során keletkezett szövödmények felszámolása, ill. megszüntetése, alapos megfontolás tárgyát kell hogy képezze s minden esetet egyénileg kell elbírálni. Azokat a módszereket kell előny-

ben részesíteni, amelyek lehetővé teszik, hogy a szövödményt egy fázisban meg lehessen szüntetni. A többlépcsős műtétek, amelyek során az üregek zárásához izomplasztikára van szükség, általában nem megfelelő határfokúak, mert ezek után még maradhatnak vissza gümőkóros vagy egyéb üregek, változtatásra várnak, vagy korszerűbb eljárásokkal kell a régiókat felcserélni.

Sipos Attila dr.

A tüdő plasmasejt granulomája (gyulladásos pseudotumor). Präuer, H. W. (Chir. Klinik, Abt. f. Thoraxchir, Institut f. Röntgendiagnostik, Institut f. Path. Anatomie, Univ. München): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 850.

1939-ben Brunn közölt egy ritka tüdőtumort, melyet 5 éves gyermeknél lobectomiával távolítottak el. Később plasmasejt granulomának diagnosztizálták. A továbbiakban több hasonló eset közölték. Mikroszkóposan érett plasmasejtek kívül lymphocytákat, vacuolus histiocytákat, xanthomsejteket, macrophagokat, reticuloendothelialis sejteket, fibroblastokat, újonnan képződött capillariseket találtak. A „gyulladásos pseudotumor” elnevezés abból a feltételezésből származik, hogy ismeretlen eredetű krónikus granulációs gyulladásról, és nem valódi neoplasmáról van szó. Bahadori és Liebow 40 eset alapján javasolták a „plasmasejt granuloma” elnevezést. Később több szerző szinonimaként gyulladásos pseudotomornak nevezte.

Klinikai jelentősége abban rejlik, hogy differenciáldiagnosztikai szempontból jöhet számításba gyermekeknél és fiataloknál betegknél a tüdőben észlelhető kerek képlet megjelenésekor.

A szerzők 1967 és 1982 között 6 esetet észleltek, melyeket részletesen ismertetnek.

Gyakorisága a szinonimák miatt nehezen határozható meg, de irodalmi adatok szerint az összes tüdő- és bronchusdaganatok 0,7%-át teszik ki. Főleg fiatalabb korban fordul elő. A betegek 30%-a 20 év alatti és 2/3-a 30 évesnél fiatalabb.

A daganat pathogenesise ismeretlen. Egyesek nem specifikus krónikus-granulációs gyulladás residuumaként, körülírt pneumóniának fogják fel. Erősen vitatott a víruseredet. Lehetséges, hogy ismeretlen mechanizmusú immunológiai folyamatról van szó, melyhez bizonyos dispositóra is szükség van.

Legtöbb esetben tünetmentesen alakul ki, és véletlenül, szűrővizsgálatkor kerül felfedezésre. Az esetek 10%-ában, ha intrabronchiálisan növekszik, láz és dyspnoe is kísérelheti.

Homogén, sima kontúrú, kerek képlet, 1–12 cm átmérővel. Némi koros meszes göcök és központi beolvadások is észlelhetők benne.

Mivel nincs tokja, így külső határa nem olyan éles, mint más, jóindulatú daganatoké, sőt némelykor környéki nyúlványai is észlelhetők. Ritkán multiplex megjelenésű. Lassan növekszik. Jellemző radiológiai jelei nincsenek. Differenciáldiagnosztikai szempontból fiataloknál specifikus granuloma és jóindulatú daganat jöhet számításba. Biopszával nehezen diagnosztizálható, mert a carcinomát is granulációs szövet veheti körül.

Az eltávolított tumor kerek, tömör masszát alkot. Szürke, vagy sárgás, elefántcsont színű. A histológiai kép nem egységes, igen változatos. Jellemzőek a fibrocyták, fibroblastok, plasmasejtek és a gyulladásos sejtek.

Therápiája műtét. Malignus el-fajulását nem észlelték. Előfordul, hogy visszafejlődik, ezért egyes szerzők csupán excíziót végeznek és várakozó álláspontra helyezkednek. A követendő eljárás azonban a tumor teljes eltávolítása.

Viczián Antal dr.

Endocrinológia

Katacalcín: egy új, plasma calcium-szintet csökkentő hormon. — Hillyard, C. J. és mtsai (Endocrine Unit, Royal Postgrad. Med. School, Hammersmith Hosp., Ducane Road, London W12 OHS, England): Lancet, 1983, 1, 846.

Miként a calcitonin is lehasadt egy nagy polypeptid praecursorról, ugyanígy találtak e közös praecursoron a calcitoninnal szomszédos oldalon egy másik 21 aminosavtartalmú peptidet is (a calcitonin 32 aminosavat tartalmaz), melyet katacalcín-nak neveztek el. Ezt a hormont előbb sikerült géntechnológiai módszerrel előállítani, mint extractiókkal és tisztításokkal.

Állatkísérletes adatok szerint a calcitonin és katacalcín hatása additív, a katacalcín feltehetően különböző receptorokra hat. A szerzők RIA-módszert dolgoztak ki az új peptid-hormon vizsgálatára és extractív módszer alkalmazásával lehetővé tették a hormon vizsgálatát, mérését emberi plasmában is.

Önként vállalkozó 57 egyéneknél éhgyomorra történt vérvétel után 5 vizsgálatba bevont személynek 2 mg/kg adagban 1 perc alatt calciuminfúziót adtak, majd 15 percen át több alkalommal ismét vért vettek. Az egészségesnek tartott kontroll egyének után 20, szövetileg igazolt medulláris thyreoidea carcinomás betegen is meghatározták a plasma calcitonin és katacalcín szintjét.

Az egészséges önkéntes vállalkozókon a plasma katacalcín szintje a calcitoninhoz hasonlóan a férfiakon magasabb volt (64 ng per l), mint a nőké (25,8 ng per liter), az orális anticoncipienst szedő nők katacalcín szintje megközelítette a férfiakét. 5 perccel a calcium in-

fusió után a plasma katalcalcin és calcitonin-koncentrációja az alapérték duplájára emelkedett.

A 20 medulláris thyreoida carcinomás beteg plasma katalcalcin-szintje a normális értékekhez viszonyítva igen nagy mértékben, μg -os értékekben emelkedett meg, s alkalmasnak látszik részben a tumor diagnosztizálására és a folyamat nyomonkövetésére. A calcitoninhoz hasonlóan a katalcalcin egyformán részt vesz a plasma calcium-szintjének szabályozásában és a mézanyagcsere egyensúlyi állapotának fenntartásában és alkalmasnak látszik a csontok betegségek ellenőrzésére is.

Iványi János dr.

Hypothyreosis magasabb életkorban. Schemmel, K., Müller, G. Franke, H. (Medizinische Klinik des Kreiskrankenhauses Heide, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Kiel): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1833.

Az időskori hypothyreosisra vonatkozóan rendszeres szűrővizsgálatokat még nem végeztek. A szerzők célja, hogy akut felvételes kórházukban epidemiológiai adatokat gyűjtsenek. 1979 decemberétől 1980 márciusáig 258 (58%) nő és 187 (42%) férfi, összesen 445 beteg pajzsmirigyműködésének adatait gyűjtötték. Azon betegeket vonták a vizsgálatba, akik valamilyen belgyógyászati betegség miatt kerültek a kórházba és 60. életévüket meghaladták. Kizárták azokat, akik rosszindulatú betegségekben szenvedtek, gyógyíthatatlan betegek voltak, heveny életveszély állt fenn, mérgezés miatt kerültek a kórházba és azokat is, akiknek már ismert volt hypothyreosisa, vagy kezelt hyperthyreosisa volt.

Laboratóriumi vizsgálatok: THS—RIA meghatározás 200 μg TRH iv. adása előtt és 25–30 perccel utána. A stimulált TSH normális értéktartománya: 8–25 $\mu\text{U/ml}$. A T4—RIA normális értéke: 5–13 $\mu\text{g/dl}$.

Eredmények: TRH teszt. A 445 beteg között 15 manifeszt hypothyreosist (3,4%) és 23 határesetet (5,2%) találtak. Az utóbbiak közé azokat sorolták, akik emelkedett TSH alapszint ellenére normális stimulációs választ adtak (7 eset), vagy akiken az alapérték normális volt, de TRH adása után a kóros tartományba került a TSH-szint emelkedése (16 eset).

T₄—RIA: manifeszt hypothyreosis esetén 13 esetben alacsony értékű volt, 2 esetben még a normális tartományban volt. A 23 határeset közül 19 esetben normális szintet mértek, 4 esetben alacsonyabb értéket. A nem hypothyreotikus és nem határeset betegek — tehát 407 eset — közül 7-ben alacsonyabb tiroxin szintet mértek.

Nem szerinti megoszlás. A 15, manifeszt hypothyreosisos betegből

11 nő, 4 férfi volt (a vizsgált nők 4,2, a férfiak 2,1%-a). A 23 határesetben 11 nő és 12 férfi volt. A szerzők szerint ezekből az adatokból — különösen a manifeszt hypothyreosis vonatkozásában — a nők jelentősen nagyobb aránya igazolható. Speciális matematikai számítás alapján azonban nincs szignifikáns különbség a nemek között.

Életkor szerinti megoszlás. A betegek 3,7%-a 60–69 év, 2,6%-a 70–79 év, 4,9%-a 80–89 év közötti volt. (Az Orvosi Hetilap szerkesztőségében mi kértük volna az abszolút számokat is. Ugyanis az egész közleményből nem derül ki a betegek életkor szerinti megoszlása. Csupán annyit közölnek, hogy a betegek elmúltak 60 évesek; a 10 évenkénti életkorbeosztás pedig az Egészségügyi Világszervezet ajánlásának nem felel meg. Eszerint ugyanis a 60–74 éveseket idősedőknek, a 75–89 éveseket időseknek, a 90 éveseket és afeletti korúakat aggoknak nevezzük. Ref.)

A klinikai tünetek és a laboratóriumi leletek. A manifeszt hypothyreosisos betegekben egyértelmű tünetek csak ritkán fordulnak elő. A myxoedema teljes képe, mentális retardációval csak két esetben látszott. Néhány klinikai ill. laboratóriumi adat manifeszt hypothyreosis esetén (zárójelben a határesetekre vonatkoztatva): hypotonia 5 (2), hypothermia 2 (0), tésztaszterú bőr 2 (1), érdes hang 2 (0), bradycardia 5 (5), anaemia 6 (1), alacsonyabb éhgyomri vércukorérték (közelebbit sajnos nem közölnek — ref.) 2 (0), magas serum cholesterinszint 6 (7). A szerzők néhány megjegyzése: a manifeszt hypothyreosis csoportban szereplő 5 bradycardia esetből 1 tachycardia-bradycardia syndroma volt, 2 beteg digitális kezelést alatt állt. A 6 anaemia esetből 1 anaemia perniciososa volt. A határesetek sorában feltüntetett 5 bradycardiás beteg digitális szedett. (Csupán az a ref. kérdése, hogy a 'gyógyszer miatt' — vagy legyünk elnézőbbek: amiatt is — bradycardiás esetek hogyan kerültek a „hypothyreosis tünetei és leletei” című táblázatba?)

A discussio megállapítja, hogy a manifeszt hypothyreosis esetek nagy aránya — 3,4% — meglepő gyakoriságot jelent akut felvételes kórházban. Ügyszintén sok — 5,2% — a határeset. A szerzők irodalmi adatokat sorolnak fel, pl. szociális otthon 2000 lakója között 58 esetben (2,9%), mások hasonló csoportban 1,7%-ban mutattak ki hypothyreosist. A Német Endocrinológiai Társaság Pajzsmirigy Sectiójának tanulmánya szerint 1%-ban manifeszt, 3,8%-ban latens hypothyreosist észleltek. A vizsgáltak: 2579 idős beteg általános kórházból 748 geropsychiatriai beteg, 248 ágyban fekvő és 128 járóképes beteg szociális otthonból. A szerzők szerint az alacsony előfordulási arány talán magyarázható a más vizsgálati módszerrel: T₄-RIA és basal

TSH-meghatározáson alapultak az eredmények. TRH-tesztet csak mintegy 30%-ban végeztek.

A szerzők a TRH-teszt előnyeit emelik ki. Figyelembe kell azonban venni a befolyásoló tényezőket a TSH-válaszban: levodopa, acetylsalicilsav, cyproheptadin, nagy adagú glucocorticoidok jönnek szóba.

Vértés László dr.

Immunogen és nem immunogen hyperthyreosis. H. Schicha és D. Emrich. (Nuklearmedizinische Abteilung, Zentrum Radiologie, Universität Göttingen): Dtsch. Med. Wschr. 1983, 108, 6.

A szerzők olyan diagnosztikus jegeket keresnek, amelyekkel a valószínű immunogen (i.) és nem immunogen (n. i.) pathogenesisű hyperthyreosis elkülöníthető.

Thyreoglobulin és microsomal antigen ellenes antitestet határoztak meg 326 hyperthyreotikus betegekben a terapia kezdete előtt, néhány nappal utána, a thyreostikus therapia alatt és az effektív kezelés után. Differenciálással a következő kritériumokat vették figyelembe: i. eredetűnél endocrin orbitopathia jelenléte, n. i.-nél ennek, valamint pajzsmirigy antitestek hiánya. Ezen primer kritériumok alapján három betegcsoport adódott: 1. 105 beteg endocrin orbitopathiával az i. eredetűekhez sorolható. 2. 121 beteg endocrin orbitopathia és emelkedett pajzsmirigy antitesttiter nélkül n. i. pathogenesisűek tekinthető. 3. 100 páciensen emelkedett antitest titer ellenére endocrin orbitopathia nem volt észlelhető — ez a „különleges hyperthyreotikus”-ok csoportja.

A primer kritériumok mellett figyelték az életkort, struma hiányát, göbös struma előfordulását hideg zónával és a hyperthyreosis kialakulásával időbeli összefüggést mutató jódkontaminációt. Ezen sekunder kritériumok szignifikánsan eltértek az i. és n. i. csoportokban. A „különleges hyperthyreotikus”-ok a sekunder jegekben közti értéket foglaltak el, ezen kritériumok alapján a harmadik csoport i. és n. i. betegek közül állt össze. A sekunder jegek pontozási sémáját is felhasználva a primer kritériumok mellett betegek 50%-a volt i. és 45%-a n. i. A sekunder jegek figyelembevétele a valószínű pathogenetikai osztályozásnál akkor nyújt segítséget, ha a primer kritériumokhoz sorolható endocrin orbitopathia és pajzsmirigy ellenes antitestek egyértelműen nem differenciálhatók. Megfigyeléseik további adatokat szolgáltatnak a sekunder kritériumok alkalmazásához:

1. Idős strumás betegekben gyakrabban észleltek negatív TRH teszt mellett göbös strumát hideg zónával.

2. Régen fennálló strumában a disszeminált autonómia gyakoribbá feltételezi a struma oki szere-

pét az átalakulásban. Az autoimmun folyamatot nem kíséri feltétlenül pajzsmirigy-megnagyobbodás — ez inkább következménye a fokozott pajzsmirigyműködésnek. Következésképp a pajzsmirigy-megnagyobbodás a n. i. folyamatnak inkább velejárója, mint az i. eredetűnek.

3. A jódbevitelt differenciáló jelentőségét a szerzők abban látják, hogy jódszegény vidékeken díszseminált autonómiás strumásokon gyakoribb a TRH teszt negativitása, és a T_3 , T_4 koncentrációja ezen betegekben arányos a jódbevitel mértékével.

Gyakorlati következtetések: Beteganyagukban az először megbetegedettek száma 267, a recidiváltaké 59 volt. A leírt séma szerint osztályozva valószínűen i. eredetűnek tekintették az első csoport 73%-át és a második csoport 53%-át, annak a várakozásnak megfelelően, hogy az i. hyperthyreosis nagyobb valószínűséggel recidivál.

A n. i. hátterű betegeken a hyperthyreosis kialakulása és az akcidentálisan magas jódbevitel közötti összefüggés 82%-osnak adódott, míg a jódkontamináció szerepe a valószínűen i. csoportban csak 16%-os volt. Utóbbi euthyroid egyedek jódkontaminációs gyakoriságának felel meg, egyben jelenti az i. hyperthyreotikusok kisebb fokú veszélyeztetettségét.

Kulcsár András dr.

Endokrin orbitopathia. Horster, F. A., W. Wildmeister (Med. Klin. der Universität Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 413.

A szerzők 140 euthyretikus endokrin orbitopathiában vizsgálták a jelenleg használatos kezelési eljárások értékét az új pathogenetikai szemléletek tekintetbe vételével. Az endokrin orbitopathiákat hat stádiumra osztották fel, hogy a megkülönböztető kórismét helyesen állíthassák fel, illetve a kezelési eljárásokat kellően értékelhessék: 1. panasz nélküli tünetek (pl. szemhéj-retractio); 2. szemhéjduzzanatok; 3. látható és mérhető protrusio bulbi; 4. a szemgolyó korlátozott motilitása („kettős látás”); 5. szaruhártyaelváltozások; 6. látóidegszövődmények. Basis terapeutikumnak a levothyroxint alkalmazták a strumaműtét vagy a radiojódtérápia után az euthyreosis biztosítására. Kiegészítőleg ezenkívül prednison is használtak, eleinte egyetlen masszív lökés-dózisban, majd circadian napi alternatív adagolásban. 21 betegüket kiegészítőleg még retrobulbaris röntgensugárzásban is részesítették. 47 betegüknél továbbá lymphokinetikus gyógyszert (Venalot Depot) vetettek be, azzal az elgondolással, hogy az endokrin szemtünetek „lokális myxoedemát” megnyilvánulások. Véleményük szerint a jó körjósálat feltétele a hyperthyreosis re-

missiója vagy a hypothyreosis substitúciója, továbbá a strumaműtét vagy a radiojódtérápia után a terapiai mialóbbi bevezetése. A tapasztalataikból az a végkövetkeztetés vonható le, hogy egyetlen eljárás sem részesíthető előnyben, csak a therapiás lehetőségek helyesen összeválogatott kombinációja eredményes, de csak akkor, ha a szemtünetek jelentkezése és a kezelés kezdete közti időszak két évnél nem több.

ifj. Pastinszky István dr.

Graves-kórral szövődött terhesség és a LATS—P. Hardisty, C. A., Munro, D. S. (Department of Medicine, Clinical Sciences Centre, Northern General Hospital S5 7AU): Brit. Med. J. 1983, 286, 934.

9 asszonytól végeztek szérumszintet long acting thyroid stimulator protector (LATS—P) meghatározást a fogamzásuk előtt (12 héttel vagy korábban), a terhességük alatt (a 12. és a 32. terhességi héten) és a szülés után (12—24 héttel).

8 terhes Graves-kóros volt, egy pedig korábban sikeres műtéten esett át és eutyroid állapotban volt. A nyolc Graves-kórosból 7 carbimazol-kezelésben részesült a terhessége előtt átlagosan 28 héten át (12—56 hétig). Az átlagos napi dózis 13 mg volt (5—15 mg/nap). Őt esetben a kezelést felfüggesztették a fogamzás után 12—32 hétig. Egy betegnél szubtotális thyreoidectomia történt.

Vizsgálataik során a következő eredményeket kapták:

— 2 betegnél, akik gyógyszeres kezelést kaptak, a terhesség alatt a LATS—P értékek változatlanok voltak és klinikailag is hyperthyreosis állt fenn.

— 5 esetben a terhesség alatt a LATS—P aktivitás megszűnt, betegségeük klinikailag remisszióba jutott.

3 asszonytól ezek közül a szülés után ismét magas LATS—P értékeket mértek, hyperthyreozisuk jelentkezett. A két operált esetben a LATS—P aktivitás a terhesség alatt megszűnt, szülés után ismét jelentkezett. A kilenc terhességből származó újszülött egészséges volt. Első ízben mutat rá, hogy a terhesség alatt a LATS—P eltűnt és a terhesség után hónapokkal ismét jelentkezhet.

Szuchy Róbert dr.

Hiperprolaktinémia tartós kezelése pergolid meziláttal. Franks, S. és mtsai (Departments of Medicine and Endocrinology, Queen Elizabeth Hospital, and Birmingham and Midland Hospital for Women, Birmingham): Brit. Med. J. 1983, 286, 1177.

A pergolid mezilát szintetikus ergolin származék, mely hatásos dopamin receptor agonista, gátol-

ja a prolaktin szekrécióját hiperprolaktinémia és normális prolaktin koncentráció mellett.

25 hiperprolaktinémias betegen (17 nő és 8 férfi) vizsgálták a gyógyszer hatását a szérumszintet prolaktin koncentrációra tartós szedés esetén (6—20 hónap). A nőbetegek amenorrhoeásak (1 oligomenorrhoeás), 8 közülük galaktorrhoeás volt. A férfiak közül hétnek hipofízis daganata volt (5 korábban műtéten esett át, de szérumszintet prolaktin-szintjük magas volt). Négy műtött beteg a szubsztitúciós tesztoszteron-kezelés és normális szérumszintet tesztoszteron koncentráció mellett az arcszövet növekedés hiányáról panaszkodott. Két beteg oligospermias és infertilis volt. Egy hiperprolaktinémias férfinnél látótér-kiesést okozó kromofób adenóma radikális kezelése előtt alkalmaztak pergolid-kezelést.

A kezdeti gyógyszeradag 25 µg volt napi egyszeri adagban, melyet két hét alatt emeltek (ha szükséges volt) a hatásos szintre. Az átlagos gyógyszeradag a nők kezelése során 108 µg/nap (25—600 µg) volt, a férfiaknál 156 µg/nap (50—500 µg).

A szérumszintet prolaktin értékeit a kezelés előtt (25 beteg) és a kezelés alatt (24 beteg) határozták meg. 21 esetben jelentős, 1000 µg/l érték alá csökkenést észleltek, 16 betegnél a szérumszintet prolaktin-koncentráció normál tartományba került. 14 amenorrhoeás nőből (akik folyamatosan szedték a gyógyszert legalább 6 hónapon át), 12-nél menstruáció jelentkezett, 11-nél ovulációt igazoltak. A kezelt férfiaknál 3 esetben, a gyógyszereszedés ideje alatt kedvező arcszövet növekedést tapasztaltak (oka ismeretlen). A két oligospermias beteg spermalelete nem változott. Három betegnél a daganatos szövet tömeg megkisebbedését mutatták ki komputer-tomográfal.

A mellékhatások hasonlóak voltak, mint amiket a bromokriptin-kezelés során észleltek (hányinger, orrdugulás, szédülés, székrekedés, fáradtság érzés, depresszió).

A nyolc korábban bromokriptinnel kezelt beteg közül (akik a mellékhatások vagy a prolaktin-szekréció eredménytelen gátlása miatt kényszerültek a gyógyszereszedés abbahagyására) 4 jól viselte el a tartós pergolid-kezelést. A pergolid mellék hatásai miatt 6 esetben kellett a kezelést felfüggeszteni (3 esetben 1 hónapon belül). 22 beteg tartósan, 6—20 hónap időtartamban szedte a gyógyszert.

Összességében a pergolid mezilát tartósan adagolható, jól tolerálható, napi egyszeri adagban adagolható, „első vonalbeli” szer lehet a hiperprolaktinémia kezelésében.

Szuchy Róbert dr.

Hyperprolactinaemia és az akromegalia gyógyszeres kezelése. Staub, J. és mtsai (Abt. f. Endokrinologie und Neurochirurgische Klinik, Univ. Basel): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 133.

A hypophysis legalább hat elülső lebeny hormont termel; négy hormonja endocrin szerveket kormányoz: ACTH a mellékvesét, TSH a pajzsmirigyet és a két gonadotropin IH és a FSH a gonadokat vezérli. Két hormonja *nem endocrin célszervekre* hat: a prolactin (PRL) a mellmirigyre és a *növekedési hormon* (HGH) pedig az anyagcserére és a csontokra. A hypophysis még további peptideket is képez (lipotrop hormon: LPH; endomorphinok), amelyeknek a kutatása még folyamatban van.

A hypophysis-tumorkok leggyakrabban két hormont: a prolactint és *növekedési hormont* termelnek; ennek megfelelően az idegsebészeti statisztikákban a prolactinomák állnak leggyakrabban az élen (46%), azután az akromegaliát okozók következnek; az ACTH-t termelők ritkábbak (13%), hasonlóan az igen érdekes TSH-t, LH-t vagy FSH-t képző daganatok.

A PRL polypeptid hormon; molekulásúlya (ún. „big prolactin”) kb. 40,000. A PRL-secretiót *gátló* és *serkentő* hypothalamus-hormonok szabályozzák; a gátló hormon (PRL inhibiting factor: PIF) az uralkodó, ezért ennek a kiesésekor (hypophysis-tumor, hypophysisnyél átmetszés) a PRL-szint emelkedik. Az oestrogenek a hypophysissejtekben serkentik a PRL-termelést és feltehető, hogy az oestrogen-tartalmú ovulatio-gátlók a prolactinoma kifejlődését elősegítik.

A prolactinomák klinikai *symptomatikája* a következő: *nőnél*: másodlagos amenorrhoea (70%), elsődleges amenorrhoea (6%), szabálytalan menses (15%), galactorrhoea (57%), infertilitas (szabályos menses, corpus luteum insufficiensia (4%); *férfinél*: impotencia, libido hiánya, galactorrhoea és/vagy gynaecomastia, látótérkiesések. A hyperprolactinaemia aetiologiájában és a megkülönböztetett kórisméjében a következő tényezők szerepelhetnek: 1. élettani (pl. stress, étkezés stb.); 2. afferens neurogen impulzusok (mamillák stimulációja); 3. endocrin okok (pl. hypothyreosis); 4. gyógyszeres tényezők (l. lentebb); 5. egyéb belgyógyászati betegségek (pl. uraemia, ectopiás hormontermelés); 6. idiopathiás.

A hyperprolactinaemia *gyógyszeres okai* a következők: A) dopamin-antagonisták (dopaminreceptor-blokkolók): phenothazinok, outyrophonon, tricyclikus antidepressív szerek; B) dopamin-tárolók irritése: α -methyl dopa, reserpin; C) oestrogenek (pl. ovulatio-gátlók); D) TRH.

A gyógyszeres kezelésben a bro-

mocriptin (= Ergocriptin, Parlolel) fél-szintetikus ergot-alkaloid „*cytostatikus hatású*” a hypophysis-tumorkokra; a gyomorbelhuzamban felszívódik (40–90%), főleg a székellettel és az epével ürül ki. A hypophysis-tumorkok bromocriptin-terápiája már néhány napon belül meglepő visszafejlődést eredményez, amit CT-val az „empty sella”, továbbá a látótér normalizálódása objektiválnak. A bromocriptin kezdeti mellékhatásai gyakoriak (nausea, vomitus, vertigo, orthostatikus hypotonia); későbbben gyomorpanaszok, obstipatio, Raynaud-syndroma, apathia, nyugtalanság jelentkezhetnek. A bromocriptint lassan, „belopózdva” fokozatosan kell adagolni. A kezelés alatt évente gynaecologiai vizsgálat szükséges, noha embernél eddig méhrákot még nem észleltek. A szerzők 3 makroadenoma esetükben a tumor regressióját észlelték, egy esetükben azonban a bromocriptin-therapia alatti tumor-progressio miatt transphenoidalis adenomectomiát végeztek.

Az akromegalia-kezelésben a bromocriptint hasonlóan sikeresen alkalmazták, amit a saját eseteikben az akra-növekedés visszafejlődése, valamint a növekedési hormonszint normalizálódása igazolt. Bizonyos esetekben azonban a gyógyszeres kezelés nem hozta meg a kívánt eredményt; az ilyen esetekben transphenoidalis adenomectomia vagy a hypophysis külső besugárzása a választandó eljárás.

ifj. Pastinszky István dr.

A mellékvese sebészete. A gyakorlat mai helyzete. B. H. Stewart (Department of Urology, Division of Surgery, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio): J. Urol. 1983, 129, 1.

A mellékvese különféle elváltozásainak diagnosztikája és sebészete sokat változott. A sebészi kezelést igénylő mellékvese-megbetegedések lehetnek metabolikusan aktívak és nem aktívak. A veséhez való közelség és a retroperitonealis helyzet miatt gyakran az urológus foglalkozik a kérdéssel.

Primer aldosteronizmus:

Mellékvesekéreg hyperplasia vagy kéregadenoma okozza. Hypertensio és hypokaliemiás alkalosis jellemzi. A distalis tubulusokban K-vesztés és Na-retenció jön létre, ami vízvisszatartással jár. Legjobb diagnosztikus teszt a 3 napos sóterhelés után végzett aldosteron-produkció mérés. (aldosteron excretiós rata határértéke: 14,0 μ g/24 óra). A szelektív vénakáterezés aldosteron meghatározásra és phlebographiára is alkalmas. A lokalizációban jó segítséget a radioizotóp scan. 0,5 cm átmérőjű daganatok is kimutathatók CT-vel.

Terápia: a tumor eltávolítása hátsó retroperitoneális behatolásból.

Cushing-syndroma:

Excessív cortisol-produkció jellemzi. A hypophysis eredetű (centrális) forma dexamethasonnal gátolható. Ami nem gátolható, azt mellékvese tumor vagy ektopiás ACTH-hatás okozza (ez utóbbi igen ritka). Hypophysis eredetű transspheoidalis hypophysectomia végzendő. 80%-ban az eredmények jók, de 20%-ban később bilaterális adrenalectomia végzése szükséges. Serdülőknél vagy reprodukciókorú fiatal nőknél sem végezhető hypophysectomia, csak bilaterális adrenalectomia.

Műteti előkészítés: 4×250 mg metyrapon és 250 mg aminogluthimid, mely úgy lecsökkenti a cortisol-termelést, hogy $3 \times 0,5$ mg dexamethason substitúcióra is szükség lehet. A műtét hátsó retroperitoneális behatolásból végzendő a 11. vagy 12. borda rezekciójával. A benignus tumor prognózisa jó, a malignusé még jó operabilitási viszonyok mellett is rossz. Nagy tumoroknál elülső transperitoneális behatolás vagy thoracoabdominalis feltárás szükséges. Gyakran a vesét is el kell távolítani a tumorról együtt.

Adrenogenitalis syndroma:

Jól meghatározott klinikai entitás. A kórisme és kezelés terén kevés az új. Steroid és elektrolyt-kezelés életmentő. Később a hypertrophiás clitoris és a vaginaképzés miatt találkozhat a kórképpel az urológus.

Pheochromocytoma:

Hypertensio, palpitatio és fejfájás a legjellemzőbb tünetek. Évente 800 halálesetet jelent az USA-ban, de ezek nem műteti halálesetek, inkább elnézett, fel nem ismert tumorkok.

A kórismében a plasma katecholamin-szint meghatározás, CT (sector scanning technika), angiográfia, radioizotóp scan szerepe jelentős. Rendkívül fontos a betegnek műteti előkészítése. Alfa és béta adrenerg blokkolókat adnak (phenoxybenzamin, ill. propranolol) per os. Az eljárásnak hátrányai is vannak, ezért a szerző saját gyakorlatában műtét előtt csak vértranszfúziót alkalmaz. Műtét alatti vérnyomásmegfigyelésnél nitroprussid vagy alfa-béta blokkoló adandó. Tapasztalt és jó anaesthesiológusra van szükség. Ciklopropán vagy halotán adása nem javasolt. A behatolás elülső transperitoneális ún. chevron metszésből történik, mely orthotop és ectop tumorhoz egyaránt jó. Nagy jobb oldali tumornál thoracoabdominalis megközelítés is szóba jöhet.

Neuroblastoma:

Ha lehetséges, sebészi eltávolítást kell végezni, melyet irradiáció és/vagy kemoterápia követ. A bőrmetasztázisok, — ennek oka nem ismert.

Metabolikus inaktív mellékvese-megbetegedések:

Az újszülöttkori mellékvesevérzés ritkán jelent sebészi problémát. Myolipoma, lymphoma CT-vel kórismézhető, műtétet igényel. Egyéb malignus vagy nem malignus elsődleges tumor, ill. áttéti tumor esetén transperitonealis feltárás, tumoreltávolítás és szövettani vizsgálat szükséges.

Mellékvese tumort utánozhat retroperitonealis abscessus vagy felső pólus vesetumor. Ezek is sebészi kezelést igényelnek.

Stokoly Viktor dr.

Multiplex endocrin neoplasia syndroma. II. B típus: gyomorbélrendszeri elváltozások. Demos, T. C. és mtsai (Loyola University Medical Center, Maywood): *Amer. J. Roentgenol.* 1983, 140, 73.

A pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy és a pancreas daganatainak egyidejű előfordulására már a századforduló táján felfigyeltek. Később felismerték, hogy öröklött betegségről van szó, és bevezették a multiplex endocrin neoplasia (MEN) elnevezést. Ennek *Wermer* által ismertetett I. típusa pancreas, pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy, valamint mellékvesekéreg adenomából áll, amihez néha bronchuscarcinoid társul. A *Sipple*-syndromának is nevezett II. típus jellemzője medullaris pajzsmirigy-rák, phaeochromocytoma és mellékpajzsmirigy-tumor együttese. Később elkülönítettek egy további, MEN III. vagy II. B típusnak jelzett változatot, amire phaeochromocytoma, medullaris pajzsmirigy-rák és multiplex nyálkahártya neuromatosis jellemző. E csoportban a mellékpajzsmirigy érintettsége ritka. Az angol irodalomban ismertetett 62 eset legfontosabb vonása a gyomor-bélrendszer kiterjedt ganglio-neuromatosisa, mely minden esetben előfordul, fizikális vizsgálattal is észlelhető az ajkak, a nyelv és a szájnálkahártya területén. Ez legtöbb esetben megelőzi az egyéb daganatok kialakulását. Az elváltozások kiterjedhetnek a teljes gyomor-bélcsatornára, appendixre, anusra, májba, epehólyagra, pancreasra. Szóvettanilag a bélfali idegelemek megvastagodását találják. A betegeknek a legkülönbözőbb emésztőszervi panaszai lehetnek, gyakori a székrekedés, némelykor hasmenéssel váltakozva. Röntgenvizsgálattal elsősorban működési rendellenességek mutathatók ki, a nyelvcső, gyomor és vékonybél mozgási zavarai, tágulata, ürülésének elhúzódása vagy éppen gyorsulása, a vastagbélben szabálytalan nyálkahártyaképzés, megacolonnak megfelelő tágulat, diverticulumok. A szerzők 5 esetet ismertettek, a legfiatalabb 3 éves, a legidősebb 38 éves.

Lacazy András dr.

Endokrin pancreastumörök. Aeberhard, P. König, P. M. (Univ. Klinik f. Viszerale Chir. u. Endocrin. Abt. d. Med. Univ. Klinik Inselspital Bern): *Chirurg*, 1983, 54, 65.

A pancreasban található „amine precursor uptake and decarboxylation” (APUD) systema sejtjei termelik a glucagont (A sejt), az insulint (B sejt), a somatostatint (D sejt), a pancreas polypeptidet (PP sejt) és a vasoactív intestinális polypeptidet (VIP). A gastrin képező G sejtek biztosan nem mutathatók ki a pancreasban. Az APUD-systema sejtjeiből kiinduló tumörök fokozott hormonkiválasztás útján tipikus kórképeket hoznak létre. A szerzők ezek közül az insulinomával, a gastrinomával, a glucagonomával és a Verner-Morrison-syndromával foglalkoznak.

Insulinoma a pancreas leggyakoribb endocrin daganata. Többnyire soliter, de 10%-ban multiplex formában jelentkeznek. A B sejtek diffúz hyperplasiája újszülött- és csecsemőkorban fordul elő. Felnőtteknél daganat formájában mutatkozik. Általában jóindulatú, csupán 10%-ban észlelték malignus elfajulását. Annak ellenére, hogy a hyperinsulinizmus illetve a hypoglycaemia tipikus klinikai képe alakul ki, az eseteknek csupán egyharmadában diagnosztizálják egy éven belül. A tünetek elégtelen táplakozással, vagy fokozott testi megerőltetéssel összefüggésben jelentkeznek. A symptoma alatt 50 mg/dl körüli hypoglycaemia lép fel, amit glucose beadása azonnal megszüntet. Szigetsejt carcinomára hívja fel a figyelmet a vérben észlelhető magas proinsulin érték. A műtét előtti, a lokalizációra irányuló diagnosztikában első helyen az angiographia áll. Az ultrahang és computertomographia a tumor kicsinyége miatt csak korlátozott jelentőségű. Negatív angiogram indokoltá teheti a vena portae percután transhepatikus katéterezését és az így nyert vérből insulin-meghatározást. Ez a vizsgálat intraoperatív is elvégezhető, a vena mesenterica superiorból, vagy a vena linealisból vett vérről. Az insulinomák 75–80%-ban a műtét alkalmával felismerhetők. Ha az exploratio eredménytelen — annak ellenére, hogy a tünetek és a vizsgálati adatok insulinomára utalnak —, második műtét jöhet számításba, amikor már észrevehető nagyságúvá növekszik a tumor. Másik megoldás a pancreas vak resectiója. Rendszerint subtotalis pancreatectomiára van szükség. Inoperabilis, metastatizáló malignus insulinománál streptozotocin (cytostaticum) és diazoxid-kezelés javallt.

Gastrinoma. Az APUD-sejtek nem termelnek gastrint, mégis a pancreasban elhelyezkedő gastrinoma Zollinger-Ellison-syndro-

mát okozhat, fokozott gastrin-termelés következtében. A soliter tumörök 60–70%-a, a multiplex tumörök 90%-a malignus. A Zollinger-Elison-syndroma prognózisa nem elsősorban a tumor progressiójától, hanem inkább a fekély szövődéséitől függ. Sebészi kezelésként a gastrint termelő daganat eltávolítása, vagy a gastrectomia jön számításba. Gyakran a gastrinoma teljes eltávolítása nem végezhető e, ezért H₂ blokkolók alkalmazása szükséges. Gastrectomia csak akkor indokolt, ha a tumor inoperabilis és a H₂ blokkolók sem hoztak eredményt. Végül is cytostaticumokra lehet szükség.

Glucagonoma a pancreas glucagont kiválasztó alfa sejt-carcinomája, amely jellemző (necrotic migratory erythema) bőrelváltozásokkal jár. Ezek szimmetrikusan az inguinalis, genitális, fartájékon, valamint az alsó végtagokon erythemák formájában fordulnak elő. További tünete a kóros glucose tolerancia, lesóványodás, hypoaemia, anaemia, thromboemboliára való hajlam. Sebészi kezelése a tumor eltávolítása. Általában soliter tumorként észlelhető, de gyakran válik malignussá. A diagnózist alátámasztja a plasma glucagon szintjének emelkedése. Inoperabilis esetben cytostaticus kezelés, streptozotocinnal jöhet számításba.

A *Verner-Morrison-syndromát* 1958-ban írták le. Tünetei: vízszűrű hasmenés, hypokalaemia, achlorhydria. A tumorsejtek vasoactív intestinális polypeptidet (VIP) produkálnak, ami fokozott intestinális secretiót idéz elő. A tumor általában 3 cm-nél nagyobb átmérőjű, ezért műtét alkalmával könnyen felismerhető. Eltávolítása a syndromát megszünteti. Gyakran malignus. Ha inoperabilis, corticosteroidok, indomethacin, streptozotocin javíthatja a beteg állapotát.

Viczián Antal dr.

Gynaecomastia: elhúzódo percután dihidrotesztoszteron-kezelés hatásossága. Kuhn, J. M. és mtsai (Centre de recherches endocrinologiques, Hôpital Cochin, F 75014 Paris): *Presse Méd.* 1983, 12, 21.

Új és egyszerű, mellékhatásoktól mentes kezelést ajánlanak *idiopátiás és hypogonadismushoz társuló gynaecomastiában*. A mell bőrére 5 g *Andractim gélt* (Laboratoire Besins-Iscovesco) kennek 1–2 alkalommal naponta, amit legalább 6 óráig rajta hagynak. Csupán három betegüknek adtak nagyobb napi adagot. A készítmény 5 grammos kiszerelésben 125 mg dihidrotesztoszteront (DHT) tartalmaz.

Az idiopátiás csoport 30 beteg közül 22-n érték el jó eredményt, 5-ön teljes tünetmentességet. 10 volt a serdülőkori eset akiknek a jelentős mellduzzanat legalább 16 hónapja állt fenn. A

legjobb eredmények a hypogonád csoportban születtek, ahol 17 beteg közül 14-en következtek bejavulás, ebből 10-en teljes gyógyulás; nem változott viszont 3 gonád dysgenesis-ben (XXY) szenvedő beteg állapota.

Az esetleges fájdalom néhány napon belül szűnik, a mell állománya 2–3 hét alatt felpuhul, 1–2 hónapig tartó naponkénti kezeléssel pedig a mellduzzanat jelentősen csökken vagy eltűnik. Csupán egy esetben kényszerültek 2 hónapnál hosszabb kezelésre. Megfigyelték, hogy minél régebbi a gynaecomastia, annál nehezebben javul (a mell fibrosisa miatt?). A javulás szempontjából a kezelés tartama és nem a napi dózis a fontos. Csupán a 2 hónapos kezelés hatástalansága után folyamodnak műtéthez. Naponta 250 mg-os adagot javasolnak. *Célszerű a kezelést minden műtétre szánt esetben megkísérelni.*

A kezelés befejezésétől a közlésig eltelt 9 hónap alatt recidívát nem láttak.

Nézték a plazma tesztoszteron, DHT, östradiol, FSH, LH és prolactin szintjét. Vizsgálták a tesztoszteron/östradiol hányados alakulását. A napi 250 mg-os adag fluktuációktól mentes stabil plazma androgén-szintet biztosított, képes volt korrigálni a relatív androgénhiányt. *Idiopátiás esetekben* 10 napos kezelés után szignifikánsan csökkent az egyébként normális tesztoszteron és östradiol-szint, mi több, utóbbi mérhetetlen értékre esett vissza. A kórosan alacsony androgén/östradiol hányados pedig normális tartományba emelkedett.

A DHT-kenőcs valószínűleg lokálisan és/vagy szisztémásan hat. Így megemlítik a *herék östradiol szintézisének gátlását*, a LH szekréció befolyásolását és a tesztoszteron, illetve östradiol leszorítását a transzportfehérjékről.

Wenczl Miklós dr.

Radiologia

Szövet differenciálás mag spin tomográfiával. Első klinikai tapasztalatok. W. Heinde, W. Huk (Neurosurgical Clinic of the University, Erlangen—Nürnberg): *Electromedica*, 1983, 51, 2.

Az utóbbi évtizedben alapvetően új képeket adó eljárások — mint a szonográfia és a computer tomográfia — oly mértékben előre vittek az orvosi diagnosztikát, hogy sok esetben nélkülözhetetlenekké váltak. Az elmúlt év során a figyelem egy újabb, szintén képet adó eljárásra irányult: a mag spin tomográfiára, angol nevén a Nuclear Magnetic Resonance (NMR) tomográfia. Ezzel az eljárással az emberi testről átmetszeti képet kapunk horizontális, frontális és sagittális síkban ionizálható sugárzás nélkül.

A módszertani leírást követően szerzők beszámolnak 35 betegen végzett vizsgálataikról. Megállapítják, hogy a módszerrel jól elkülöníthetők a normál és kóros elváltozások, a lágyszövetek, a differenciálás sokkal tisztább és éleesebb, mint a röntgen tomográfiával, azonkívül a csontárnyék nem okoz artefaktumokat, kontrasztanyag beadása nélkül jól elkülöníthetők egymástól a cysták és tumorkok, de kvantitatív kiértékeléssel a lipomák és spongioblastomák is. Kiemeli, hogy különösen a gerincvelő területén olyan elváltozások is kórismézhetők, amelyek myelografiával vagy egyéb módszerekkel nem mutathatók ki. Hátrányuk tűnik, hogy kis kóros elváltozásokat a kísérő oedema miatt nem lehet felismerni.

Az NMR klinikai kipróbálásának kezdetén tart. A különböző képzetek és mérési paraméterek optimalizálása a jövőben remélhetőleg még teljesebb információt fog adni.

[*Ref.: Figyelmet érdemel ez a dolgozat, mert a korszerű medicina rohamos léptekkel való fejlődését demonstrálja. Hazánkban, ahol még a világszerte elterjedt computer tomográfias eljárások (CT) lehetősége is nagyon minimális és nagyon behatárolt, kiemelten kell figyelni a korszerű és új metodikákra, mert lemaradunk a nemzetközi szinttől, és ez a lemaradás sajnos fokozódhat! Hiába a magyar orvosok áldozatvállalása és az átlagosnál biztosan magasabb képzettsége, bizonyos technikai kérdésekben előre kell lépniük. Egészségügyünk szervezőinek tudomásul kell venni a tényeket.*]

Lipcsy Attila dr.

Intraabdominális megbetegedések praeoperatív diagnosztikája. Reckenbrecht, J. és mtsai (Med. Klinik d. Univ. Düsseldorf): *u. Dtsch. med. Wschr.* 1983, 108, 581.

A szerzők a hasi megbetegedések praeoperatív diagnosztikájában a sonographián és a computer tomographia megbízhatóságát vizsgálták.

111 betegen előbb sonographiát, majd computer tomographiát végeztek. A diagnózist 14 napon belül műtéttel kontrollálták. A sonographia 72%-ban, a computer tomographia 85%-ban adott helyes diagnózist. Általában tumor, aneurysma, epekő szerepelt kórokként. A sonographia az eperendszer megbetegedéseinél bizonyult megbízhatóbbnak, míg a gyomor-béltraktus daganatainál a computer tomographia volt a jobb.

Arra a következtetésre jutnak, hogy ha epekőre van gyanú, a sonographia, ha a máj, pancreas, mellékvese, gyomor-bél traktus daganatának gyanúja merül fel, computer tomographia részesítendő előnyben.

A sonographia olcsóbb, veszély-

telen és a betegágnál is alkalmazható.

Viczián Antal dr.

Hasfekvésben készített oldalirányú felvétel, lehetőség anus imperforatus kimutatására invertogram helyett. Narasimharao, K. L. és mtsai (Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India): *Amer. J. Roentgenol.* 1983, 140, 227.

Anus imperforatus kimutatására újszülöttekben régi és bevált eljárás az invertogram, a néhány perccig fejjel lefelé látogat csecsemőről készített röntgenfelvétel. E helyzetben a bélgáz a legmagasabb elhelyezkedésre törekszik és így megközelíti a tényleges elzáródás szintjét. Ez a helyzet azonban a csecsemőnek sem kellemes és a vizsgálónak sem. A szerzők helyette hasfekvésben horizontális sugáriránnyal készítenek felvételt a csecsemőről, kinek közben combjait a csípőzúletben behajlítva a hasa alá felhúzza tartják „genupectoralis” helyzetben. Így könnyebb megtartani, és a csecsemőnek kevésbé kellemetlen. 45 imperforált anus esetben készítették el azt a felvételt és az invertogramot. A hasfekvésben készült felvételeken egyetlen esetben sem helyezkedett el cranialisabban a gázsínt mint az invertogramokon, sőt 8 esetben caudalisabban rajzolódott ki az elzáródás. 15 esetben a rectum hasfekvésben jobban kitágult és értékelhetőbben rajzolódott ki, mint invertogramon. A hasfekvésben készített oldalirányú felvétel tehát nemcsak kényelmesebben és könnyebben elkészíthető, hanem pontosabb felvilágosítást is ad.

Laczay András dr.

Intraarteriális befecskendezéssel végzett agyi digitális subtraciós angiographia összehasonlítása a hagyományos angiographiával. Brant-Zawadzki, M. és mtsai (San Francisco General Hospital, San Francisco): *Amer. J. Roentgenol.* 1983, 140, 347.

A digitális subtraciós angiographia elfogadott vizsgálómódszer az extra- és intracranialis erek diagnosztikájában. Hátránya a beteg mozgásának zavaró hatása, sok ér egymásravelése, a kontrasztanyag-terhelés és a tökéletlen feloldóképesség. Ezek kiküszöbölésére ajánlották intraarteriális kontrasztanyag befecskendezéssel való kombinálását. A szerzők 12 esetben elvégezték a hagyományos agyi angiographiát és intraarteriális befecskendezéssel a digitális subtraciós angiographiát is, további 38 esetben pedig csak utóbbit. DSA alkalmával a hagyományos alkalmazott kontrasztanyag-mennyiségnek 60–80%-át fecskendezték be. Anyagukban szerepel tumor, arteriosclerosis,

vertebrobasilaris oclusio, trauma, aneurysma, kamrai vérzés, arteriovenosus malformatio, carotico-cavernosus sipoly. A hagyományos angiographia és az ily módon végzett DSA diagnosztikus teljesítménye azonos értékűnek bizonyult, a különböző kóros elváltozásokat mindkét eljárással teljes mértékben sikerült ábrázolni. Ugyanakkor a DSA kisebb kontrasztanyag-terhelést igényel és jelentős film-megtakarítással jár a hagyományos módszerrel szemben. A DSA eredménye mágnesszalagon tárolható, ami az egyes vizsgálatoknál 30–200 dollár értékű film-megtakarítást tesz lehetővé. További előnye, hogy a vizsgálat rövidebb idő alatt elvégezhető. Az eddigi szerény tapasztalatok arra utalnak, hogy a digitális subtractiósi technika nem sokára a legtöbb területen ki fogja szorítani a hagyományos angiographiás eljárásokat.

Laczay András dr.

Digitalis intravénás és intraarteriális subtractiósi angiographia alkalmazása a koponyaúri érrendszer vizsgálatára. Wilms, G. és mtsai (University Hospital St. Raffail, K. U. Leuven): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 140.

A szerzők 600 beteg 1600 digitális subtractiósi angiographiáját végezték el az érrendszer különböző területein. A koponyaúri érrendszer vizsgálatára 52 betegben végeztek DSA-vizsgálatokat 40 esetben intravénás, 20 esetben intraarteriális kontrasztanyag befecskendezéssel. 8 beteg vizsgálatát mindkét módon elvégezték, így az eljárás két módozatát ugyanazon elváltozások kimutatásában objektíven összehasonlíthatták. Anyagukban szerepel aneurysma, arteriovenosus malformatio, különféle intracranialis daganatok, arteriaelzáródások vénarögösödés. A vizsgálatához szükséges mozdulatlanlanság egyszerű műanyag fej-támaszsal biztosítható. Az iv. kontrasztanyag-beadásos változat ismert hátránya a perifériás ér-szerkezet elégtelen ábrázolása a korlátozott feloldóképesség miatt. Ezért DSA képeken kis aneurysmák, malformatiók és egyéb kis kiterjedésű kóros képződmények elnézhetők. Ez bizonyos mértékig kivédhető több célirányos terület alkalmazásával. A vénás sinusok ábrázolásában a DSA fölünyben van a hagyományos módszerekkel szemben. Az intraarteriális kontrasztanyag befecskendezéssel végzett DSA lehetőségeiről eddig kevés szó esett. Kézenfekvő a gondolat, hogy az arteriába bevezetett katéter már eleve biztosítja a jobb feloldású hagyományos angiographia lehetőségét. A DSA bizonyos előnyökkel e téren is rendelkezik. Érábrázolása tökéletesebb, mint az iv. módszerrel, finomabb részletek is értékelhetők.

A beteg számára pedig nem közböbös, hogy jelentősen kisebb mennyiségű kontrasztanyag is elegendő, röntgenfilmre pedig mincs szükség. Kézenfekvő lehetőség intracranialis körfolyamat gyanúja esetén első vizsgálatként a DSA alkalmazása. A további tennivalók a DSA-eredmények ismeretében mérlegelhetők. DSA és computer tomographia feltehetően az esetek nagy részében definitív kórisméhez fog vezetni.

Laczay András dr.

Digitális subtractiósi angiographia (DSA). Aorto-coronaria vénaösszeköttetések ábrázolása. Kempter, H. és mtsai (Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 137.

A digitális subtractiósi angiographia (DSA) napjainkban már klinikai rutineljárásá érett. Sikeresen alkalmazzák már mozgó szervek ereinek ábrázolására is. A szerzők 10 beteg 24 aorta-coronaria vénabypassának vizsgálatára végezték. A Siemens Angiotron készülék folyamatos és meghatározott időközökben történő sorozatok felvételére egyaránt alkalmas. A különböző mozgási szakaszok subtractiósi lehetőségét úgy érik el, hogy natív sorozatot készítenek a szív teljes mozgási periódusában is. Ily módon betegekben 24 bypass közül 18 volt ábrázolható és értékelhető. A sikertelenség oka elsősorban nem a DSA-technika elégtelenségében keresendő, mert ezenkívül az ábrázolhatóságot jelentősen befolyásolja a bypass minősége és átjárhatósága, a tőle distalis keringés elfolyásának esetleges akadályozottsága, a heges szívizomterület elégtelen erezettsége. A DSA-ábrázolás sikertelensége ezért önmagában az átáramlás elégtelensége mellett áll, és nem a vizsgálati technika alkalmatlanságát mutatja. A DSA tehát mint nem invazív eljárás alkalmas az aorto-coronaria vénabypass műtétek eredményének ellenőrzésére és követésére, az esetek többségében nélkülözhetővé teszi a veszélyesebb és bonyolultabb hagyományos coronariographiát.

Laczay András dr.

Digitális subtractiósi angiographia gyermekekben. Wagner, M. L. és mtsai (Texas Children's Hospital, Houston): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 127.

Az elmúlt években egyre szélesebb körben alkalmazták a kevésbé invazív digitális subtractiósi angiographiát felnőtteken az érrendszer egyes szakaszainak ábrázolására a hagyományos angiographiás eljárások helyett, kedvező eredményekkel. Ugyanakkor gyermekek vizsgálatában a tapasztala-

tok még gyérek. A szerzők 60 gyermekben alkalmazták az eljárást az aortaív és ágai, az agyi erek, a tüdőarteriák, a hasi aorta és ágai, valamint perifériás erek vizsgálatára. Betegeik életkora néhány naptól 15 évig terjedt. Az alkalmazott kontrasztanyag-mennyiség nem haladta meg a 2 ml/testsúlykg mértékét. Philips DVI-készülékkel dolgoztak, mely folyamatos és sorozatfelvételekre egyaránt alkalmas. A kontrasztanyag beadására általában megfelelő volt a könyökvenába helyezett kanül, centrális vénakatétre csak ritkán volt szükség. A gyermekeket mindig megfelelő mértékben gyógyszeresen bódítani kellett a vizsgálatához szükséges mozdulatlanlanság biztosítása végett. Hasznosnak bizonyult az eljárás a veseartériák, a nagy agyi értörzsek, a pulmonalis érrendszer, perifériás érelváltozások vizsgálatára és angiocardiographia céljaira. Ugyan akkor nem találtak kielégítőnek hasi tumorok vizsgálatára, mert a kiskaliberű daganatok és a tumorfestődés ábrázolása nem megfelelő. A sugárterhelés nagyjából megfelel a hagyományos angiographiának, de ezen a téren a technika további tökéletesítésétől javulás remélhető. Hét esetet bemutatnak.

Laczay András dr.

Röntgen-kontrasztanyagok reakciója immunglobulinokkal. Bauer, K. (Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik der Universität Wien): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 190.

Immunglobulinok különböző képpen reagálhatnak kontrasztanyagokkal. Nem-specifikus a reakció, ha a kötődés nem az immunglobulin antigénkötd helyén történik, specifikus, ha ott. Bekövetkezhet ilyen reakció a szervezet normális immunglobulinjaival és az esetenként jelenlévő rendellenes paraproteinekkel egyaránt. Normál immunglobulinok és kontrasztanyagok közötti nem specifikus reakciók a szövődmények okai között nem szerepelnek. Normál immunglobulin és kontrasztanyag specifikus reakciója ritkán okoz szövődményt, ilyenkor a beteg vérében a kontrasztanyag elleni specifikus ellenanyagok kimutathatók. Gyakoribbak a szövődmények paraproteinek esetében. Nem-specifikus kötődés esetén ennek mechanizmusa a viscositás fokozódása, a kryoprecipitációs hajlam növekedése, a rendellenes fehérjéknek a vesetubulusokban való kicsapódása lehet. A gyakorlatban ismert, hogy utóbbit elősegíti a beteg dehidrált állapota. A kontrasztanyagok kémiai szerkezetének döntő szerepe van a paraproteinekkel való reagálás formájában. Urographiás típusú, monovalens molekulák az immunfehérje antigénkötd helyéhez csatlakoz-

va további kötődésre nem képesek.

A *bivalens, cholegraphiás típusú kontrasztanyagok* ezzel szemben egyszerre két antigénkötő helyhez csatlakozhatnak, további kötődésekkel hosszú fehérjeláncok kialakulásához, konglomeratum képződéséhez vezethetnek. Ezt figyelembe véve a paraproteinek esetén az *iv. cholegraphia* súlyos szövődésével fokozott mértékben kell számolnunk. Célszerű az *iv. cholegraphia* előtt a vérfehérjék összetételéről tájékozódni.

Lacza András dr.

Gyomorrák stádiumbeosztása sonographiával. Derchi, L. E. és mtsai (Istituto di Radiologia, Università di Genova): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 273.

A gyomorrák kiterjedésének ismerete fontos a kezelés módjának megválasztásában. Erre a célra a gyomor hagyományos röntgen és endoscopos vizsgálata használatos, kiegészítve a máj izotóp vagy ultrahang-vizsgálatával. A szerzők ezen túlmenően real time, compound és sector-scanner segítségével igyekeztek felvilágosítást szerezni a daganat hasüregei, környezeti és nyirokcservi kiterjedésére vonatkozóan. 32 gyomorrákos beteg kiterjesztett ultrahangvizsgálatát végezték el ilyen értelemben, közülük 21 esetben hasonlítható össze leletüket a műtét eredményével. Ascites kimutatása mindig eredményes volt. 15 nyirokcservi áttételezés közül helyesen ismertek fel 12 esetet. 12 daganat környezetre terjedését 9 esetben sikerült kimutatni. 7 betegnek volt távoli áttéte a májban, hashártyán, vékonybélben, vesében, ovariumban. Ezek részleges kimutatása 5 esetben járt sikerrel. Egy esetben véleményeztek téves pozitív eredménnyel nyirokcsomóáttéteket. A gyomorrák kiterjedésének megítélésében a CT teljesítőképesége vitathatatlanul jobb, azt az ultrahang nem helyettesítheti. Ahol azonban CT nem áll rendelkezésre, a sonographia is értékes felvilágosítással szolgálhat. Érdemes ezért ilyen esetekben elvégezni a has és medence gondos ultrahangvizsgálatát már csak ez irányú tapasztalatok gyűjtése végett is.

Lacza András dr.

Az emlő fibroadenomája. Sonomammographia egyzetése a patológiai lelettel 122 esetben. Cole-Beuglet, C. és mtsai (Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 369.

Fiatal nők emlőjében tapintható csomók vizsgálatára a sugárerelés miatt a mammographia alkalmazása megfontolandó. Hevete veszélytelen másik lehető-

ségként kínálkozik az ultrahangvizsgálat. A szerzők 2000 ultrahang mammographiát végeztek Octoson vagy speciális real time készülékekkel. Ebben az anyagban 122 betegben összesen 140 biopsiával igazolt fibroadenomát észleltek. A sonomammographia 100 beteg 118 fibroadenomáját mutatta ki. Leggyakoribb megjelenési forma a kerek vagy ovális, éles kontúrú, belsejében gyengén hangvisszaverődő képlet kiskokú mögöttes hanggyengüléssel. Ugyanakkor nem jelentéktelen számban mutatkozott a fibroadenoma karélyos kontúrral, szabálytalan alakban és eloszlásban. Ezek a formák a sonographiás képen nem különíthetők el rosszindulatú elváltozásoktól. A daganat meszesedése csak akkor ábrázolódik, ha nagysága meghaladja a transducer 2 mm feloldóképességét. Nem ritkán a belső echók teljesen hiányoznak, a kép cystához hasonló. Egy betegük fibroadenomájában *kis in situ* lobularis rákot találtak, a sonomammographiás kép malignitásra gyanús szerkezetet mutatott. Mivel a jó- és rosszindulatú daganatok ultrahangképi megjelenése sok esetben fedl egymást, a sonographiával kimutatott képletekből minden esetben szövettani vizsgálatot kell végezni.

Lacza András dr.

Sérülés utáni májbeli epegyülem sonographiás kórisméje. Esenstein, M. és mtsai (University of Southern California School of Medicine, Los Angeles): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 303.

Áthatoló és tompa sérülés után egyaránt kialakulhat a májban körülrít epegyülem, úgynevezett biloma. Ezt korábban ritka elváltozásnak vélték, de az újabb diagnosztikai lehetőségek birtokában gyakrabban észlelik. Tüneteket akkor okoz, ha nagyra nő, fertőződik vagy epeúti vérzéssel szövődik. Lehet tünetmentes beteg vizsgálatakor véletlen melléklelet is. A biloma által okozott tünetek a sérülés után nagyon különböző időtartammal jelentkezhetnek. A szerzők anyagában ez az idő 12 nap-6 hét volt, de az irodalmi adatok 2,5 évvel a sérülés után tünetet okozó bilomáról is tudnak. Ultrahangképeken hangáteresztő kerek képlet ábrázolódik mögöttes hangfelerősődéssel. Ez traumás előzmény ismeretében már felveti biloma gyanúját, amit azután megerősíthet a dinamikus epe-scintigraphia. Utóbbi a korai szakban kiesést mutat az érintett területen, amit később helyileg fokozódó aktivitás vált fel. Sonographiával a hangvisszaverő belvilágú vérömleny és tályog elkülöníthető, legfeljebb az esetleges egyszerű májycysta okozhat nehézséget. Szükség esetén célszerű punctio biztosíthatja a kórismét. A szerzők 5 saját esetüket ismer-

tetik. Négy beteget konzervatíván kezeltek, egyben végeztek percutan katéteres szárlást jó eredménnyel.

Lacza András dr.

Enthesis és entesopathia. Resnick, D., G. Niwayama (Dep. of Radiology of the University of California): Radiology 1983, 146, 1.

Az *enthesis*, mint terminológiai fogalom kevésbé ismert, mind a radiológiai, mind a reumatológiai irodalomban, noha a radiológusok észlelik éppen először. Enthesis tágabb értelemben az inaknak, szalagoknak vagy az ízületi toknak a csontozat való insertiójának a helye. Ezen a területen fellépő minden kóros elváltozást (traumas, degeneratív, gyulladási, endokrin, metabolikus stb.) *entesopathia* gyűjtőfogalom keretében csoportosítjuk.

Az entesopathiák fogalmaköre felőleli tehát az összes szóba jöhető kóroktani és körbonctani mechanizmusokat. A leggyakoribb lokalizációs helyei a pelvis, trochanter femoris, tuberositas humeralis, patella, olecranon és a calcaneus, valamint a columna vertebralis. A specifikus radiológiai elváltozások (csont-erosiók, hyperostosis, fragmentatio, ásványi kristályos anyaglerakódás) lehetővé teszik a pontos radiológiai kórismézést.

ifj. Pastinszky István dr.

Tüdőbeli jóindulatú képletek problémája cytotoxikus kezelésben lévő gyerekekben. Hidalgo, H. és mtsai (Duke University Medical Center, Durham): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 21.

A gyermekkori csontsarcomák kezelésének megválasztásában fontos szerepe van a tüdőben lévő áttételek kimutatásának. Erre a célra a hagyományos röntgenfelvételnél megbízhatóbban alkalmazható a CT. A tüdő CT-képén látható göccokat általában a csontsarcoma áttéteiként értékelik, és ha ezek a cytotoxikus kezelés ellenére fennállnak, akkor a kezelés eredménytelenségére utalnak. A szerzők 3 esetben észleltek csontsarcoma miatt kezelt gyermek tüdejében CT-vel kimutatható göccokat, melyek műtéti eltávolítás után végzett szövettani vizsgálattal hegesedésnek vagy idült gyulladási elváltozásnak bizonyultak, daganatsejteket nem tartalmaztak. Egyik betegük tüdejében az első műtét után egy évvel ismét göccot találtak, ezt is kivették, szövettanilag csontsarcomaáttétnek találták. További cytostatikus kezelésre újabb recidivát nem észleltek. Úgy vélik, hogy a csontsarcoma cytostatikus kezelése során a tüdőben talált ilyen heges göccok eredményesen kezelt metastasisok maradványai lehetnek. Megfelelő kezelés után a csontsarcomás gyermekek

tüdejében kimutatható gócot tehát nem szabad fenntartás nélkül metastasisnak tekinteni. A CT nagyon hasznos eljárás ezen a téren, de ismerni kell korlátait: nem mutat ki minden gócot, a kimutatott gócot nem feltétlenül malignus elváltozások, tartós fennállásuk nem jelenti biztosan a kezelés eredménytelenségét.

Laczay András dr.

Az ureterdaganatok computer tomographiája és sonographiája. Crone—Münzbrock, W. és mtsai (Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 19.

A CT és a sonographia teljesítő-képességéről az ureterdaganatok kóriszálásában még csak szórva-nyos adatok állnak rendelkezésre. Ezért tartották érdemesnek a szerzők 8 computer tomographiával és 5 esetben ultrahanggal is vizsgált ureterdaganatos betegükkel nyert tapasztalataik ismertetését. CT mindegyik esetben kimutatta az elváltozást natív képen, 2 esetben kontrasztanyag adása után a daganat a maradék ureterlumenen belül ábrázolódt, 6 esetben az elzáródás teljes volt. Megítélhették a környezethez való viszonyt. Megnagyobbodott nyirokcsomót egy esetben sem láttak, ez megfelelt a későbbi műtét leletének. A kiválasztásos vagy retrograd urographia 6 esetben már felvetette az ureterdaganat gyanúját, így a CT-lelet csak 2 esetben mutatott elsőként erre a lehetőségre. A vizsgált 5 betegben a sonographia egyenértékűnek bizonyult, mindegyikben kimutatta az ureter daganatát, mely a kép alapján elkülöníthető volt véralvadéktól az ureterlumen-nél nagyobb átmérője figyelembevételével. Elméletileg a sonographia kevésbé értékes a középső harmad daganatainak kimutatásában, de eseteik között ilyen nem akadt. Az alapvizsgálat változatlanul a kiválasztásos és a retrograd pyelographia marad, a CT csak a környezethez való viszony pontosabb tisztázására és a kórisma pontosítására szolgál második vizsgálatként szükség esetén.

Laczay András dr.

A cava-katéter látszólag hibás helyzete vena cava superior sinistra persistens esetén. Jantsch, H. és mtsai (I. Chirurgische Klinik der Universität, Wien): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 41.

A szív- és nagyerek fejlődési rendellenességei között ismeretes a v. cava superior sinistra tartós fennmaradása (VCSSP) az ébrényi állapotnak megfelelően. Ilyenkor a nem záródó v. cardinalis superior sinistra leggyakrabban a sinus coronariusba szájadzik, ritkábban a bal pitvarba. Utóbbi változat első-

sorban többszörös fejlődési rendellenesség részeként észlelhető, amennyiben a VCSSP önálló rendellenesség, gyakoribb a sinus coronariusba való szájadzás. A cava-katéterek alkalmazásának elterjedésével egyre gyakrabban lehet számolni azzal, hogy a katéter ilyen rendellenes érbe jut. Baloldali felvezetés esetén a természetes irány ilyenkor a VCSSP, de jobboldalról is idejuthat a katéter akkor, ha a jobb v. cardinalis superior záródott, és csak bal oldalon van a cava superior. Ilyenkor az ellenőrzésként készített röntgenfelvételen a katéter helyzete rendellenes. Ennek azonban jelentősége nincs, mert a VCSSP tágassága általában megfelelő, a bele vezetett katéter hyperosmolaris oldatok bejuttatására is nyugodtan felhasználható. Ezért csak látszólag hibás katéterhelyzetről van szó, melynek változtatása nem szükséges. A szerzők 270 katéterezés során 1 esetben észlelték ezt a rendellenességet. Ugyanakkor 870 veleszületett szívhiba miatt vizsgált gyermekekben 2,5% gyakoriságban észlelték VCSSP fennállását. A lehetőséggel tehát 0,37—2,5% gyakoriságban számolhatunk.

Laczay András dr.

Véralvadás, thrombosis

Familiáris antithrombin—III hiány. (Szerkesztőségi közlemény): Lancet, 1983, 1, 1021.

Az antithrombinok, mint a thrombin és más véralvadási tényezők fiziológiás inhibitorai közül az antithrombin—III (AT—III) a legfontosabb. Az AT—III (heparin cofaktor) alfa globulin, inaktíválja a thrombint és a Xa faktort. Ezen hatása nagymértékben gyorsult és kifejezettebb heparin jelenlétében. Szerzett AT—III hiányos állapot észlelhető nephrosissal, s. y. ban, idült májbetegségekben, DIC-ben, súlyosabb thromboembóliás kórfolyamatokban és nagyobb műtéti beavatkozások után. Több mint 3 napon át alkalmazott iv. heparin hatására csökken a plazma AT—III koncentrációja, hasonlóan az ösztrogén tartalmú anticoncipienst szedőkhöz. Magasabb AT—III szint észlelhető myocardialis infarctus és vénás thrombosisok után, valamint a hypertóniásoknál. A visszterő vénás thrombosisok és az AT—III hiány közötti kapcsolatot Egeberg írta le 1965-ben, s azóta több mint 100 esetben közölték az AT—III familiáris előfordulását. Mindkét nemből előfordul, autosomális, domináns jelleggel. Nem minden familiáris AT—III hiányos betegnél jelentkeznek thrombotikus epizódok, kb. 45% mentes thrombostól, de az 50 éves korosztályban már csak mintegy 10% tünetmentes. Típusosan a thrombosisok predisponáló tényezők jelenlétében fordulnak elő, mint trauma, műtéti beavatkozások, terhesség, szülés,

contraceptívumok szedése. Thrombosisok leginkább az alsóvégtagi mélyvénákban és az iliacalis vénákban alakulnak ki, s ezen betegek közel 40%-ánál jelentkezik tüdőembólia is. Gyakori lokalizáció a v. cava inferior, a v. renalis, a hepaticus és portalis vénák, a brachialis és axillaris vénás hálózat. A terhesség és AT—III hiányállapot különleges veszélyhelyzet, mivel ezen gravidák közel 75%-ában vannak thrombotikus komplikációk. Gyakrabban a terhesség korai szakában, ritkábban a puerperiumban jelentkezik thrombosis. Sikeresen alkalmaztak preventív s. c. heparint az AT—III hiányos terheseknél. Az újszülötteknél a perinatális periódusban súlyos thromboembóliák és respirációs problémák alakulhatnak ki az AT—III hiányállapot következtében. Az AT—III hiányállapotokban szükségesnek látszik életen át tartó per os anticoagulans kezelés, amely véd a thrombosisoktól. Akut thromboembóliák esetén iv. heparin és AT—III koncentrárum együttes adása célszerű, mert AT—III hiányban, cofaktor nélkül a heparin nem képes anticoagulans hatását kifejteni.

Bozóky Géza dr.

Az aszpirin mint antitrombotikus gyógyszer. (Retrospektív szerkesztőségi közlemény.) Marcus, A. J. (New York Veterans Adm. Med. Center and Cornell Univ. Med. College): New Engl. J. Med. 1983, 309, 1515.

Az aszpirin — továbbiakban ASA — védő hatása artériás trombozásokban eléggé ismert, hatása a vérelemek aggregációjának a gátlása révén a prosztaciklin — PGI₂ — felszabadulásának a serkentésével érvényesül; vénás trombozásokban hatása legfeljebb másodlagos. Ezért volt meglepő Harris és mtsainak az a közleménye, mely szerint az ortopéd sebészetben kitűnő hatása volt a postoperatív tromboembóliák megelőzésében; ez az effektus elsősorban nöknél volt jó, míg férfiaknál hatástalannak mutatkozott. Az ASA protektív hatását azzal magyarázták, hogy a prosztaciklin szintézi egyik enzimjét, a ciklooxigenaset irreverzibilisen gátolva, kevesebb tromboxán-A₂ szabadul fel a trombocitákból és nincs aggregáló anyag, ADP. Ez a hatás dóziszfüggő mivel nagy adag a PGI₂-t is gátolja; ezért javasolták a 150 mg-os adagot ami csak az előbbi reakció gátolná; ma is ez az alapja az ún. „aszpirin dilemmának”. Aztán kiderült, hogy a dolog korántsem ilyen egyszerű és az ASA adag jelentőségét túlbecsülték, mivel 1 g-ot meghaladó napi dózis is kivételesen hatott tromboembóliás betegségekben. A jó klinikai hatást biokémiai vizsgálatok is megerősítették amit azzal magyaráztak, hogy az ASA-val stimulált trombocitákból arachidonsav szabadul fel

ami a granulociták közreműködésével leukotriéneké konvertálódik és — leukotrien B₄, C₄, D₄ — lyso-somalis enzimek felszabadulásához vezet, amelyek protektíven hatnak.

A kérdést tovább bonyolítja, hogy a különböző trombocitagátlók, az ASA, sulfinpirazon és dipiridamol sokszor valóban hatásosak, máskor viszont semmilyen hatásuk sincs. Az eicosanoid anyagcsere és az ASA-nak ebben betöltött szerepe korántsem tisztázott; pl. nem tudják a magyarázatát a két nemben észlelt különbségnek, azon kívül a trombocitagátlók mellékhatásait sem ismerik kellőképpen.

A szerző azt javasolja, hogy okkluzív arteriális betegségekben a betegek 325 mg aszpirint és 3×75,0 mg dipiridamolt kapjanak naponta, elsősorban akkor, ha a családi anamnézis pozitív.

Bán András dr.

Toxicomania

Az ellenőrzött disulfiram-kezelés a megrögzött iszákos bűnözők terápiajában, mint a feltételes szabadlábra-helyezés feltétele: egy pilot study eredményei. Brewer, C., Smith, J.: Brit. med. Jour. 1983, 287, 1282.

A Londonban készült vizsgálat azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy lehet-e alternatívája a kezelés a

börtönbüntetésnek bűnöző alkoholistáknál.

A szerzők abból indultak ki, hogy a börtönbüntetés után gyakoriak a visszaesések mind az alkoholizmust, mind a bűnözést illetően. Ugyanakkor az amúgy is kérdéses hatékonyságú kezelések eredményessége különösen rossz az alkoholista bűnözők esetében, akik többsége otthontalan, munkanélküli, izolált; terápiás motivációjuk egyáltalán nincsen. Az ellenőrzés nélkül folytatott disulfiram-kezelések eredményessége csekély vagy esetleg nulla, míg az ellenőrzött disulfiram-kezelések hatékonysága jelentősnek bizonyult az elmúlt 10 év tapasztalatai alapján.

A vizsgálatra 18 alkoholista bűnözőt választottak ki, akikkel közölték, hogy szabadlábra helyezhető, ha az egyéb feltételek betartása mellett vállalják a disulfiram-kezelést. Ketten elutasították a vizsgálatban való részvételt, a többiek vállalták, hogy egy évig ellenőrzés mellett veszik be rendszeresen a feloldott disulfiramot. A 16 résztvevő, kivétel nélkül súlyos alkoholista volt, korábbi sikertelen kezelési kísérletsorozattal a hátuk mögött.

A vizsgálat befejezésekor a 16-ból 12 sikeresnek volt véleményezhető, a páciensek absztinens időszaka hosszabb volt (30 hét), mint az elmúlt két évben észlelt leg-

hosszabb absztinens időszak. Rövid és viszonylag ártatlan visszaesések előfordultak.

A betegek önként vállalták a kezelést, semmilyen nyomást nem gyakoroltak rájuk sem a kezelés felvállalására, sem folytatására; az „autoriter” módszer alkalmazásába a beleegyezésüket nem kevésbé adták szabadon, mint ahogy a szabadlábra-helyezés egyéb feltételeit elfogadják.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a páciensek korábbi súlyos anamnesztikus adataikkal önkontrollis csoportnak foghatók fel, nem feltétlenül szükséges a kezelés eredményességének igazolására külön kontroll csoport.

Az ellenőrzött disulfiram-terápia jogilag elfogadható, humánusabb és olcsóbb megoldás, mint a börtönbüntetés. A rehabilitációnak azonban csak a kezdeti lépése és nem helyettesítője.

(Ref.: A disulfiram-kezelés — mint minden kezelés — esetében alapvető, hogy a páciens kellő tájékoztatás után az averzív kezelést elfogadja. Az alkohol elvonása nem azonos az averziós kezeléssel, és alkalmazása beleegyezés nélkül nemcsak rendkívül eredménytelen, hanem etikai problémákat is felvet: beleegyezés nélküli alkalmazása egyértelműen büntető szankció és nem terápiás beavatkozás.)

Bitter István dr

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

PH

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), rovarcípés, kontakt bőrgyulladások, ekcémák.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS

Óvatosan adagolható:

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

FIGYELMEZTETÉS

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

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

Gyógyszerészi kémia I—II. kötet, szerkesztette: Szász György. 3. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983. Ára: 348,— Ft.

Egy tankönyv és továbbképzés jellegű segédkönyv hasznosságát, sikerét az bizonyítja a legjobban, hogy aránylag rövid idő alatt több kiadást ért meg. Az I. kötet általános gyógyszerészeti analitikai kérdésekkel foglalkozik 559 oldal terjedelemben, 9 fejezetben. Az egyes fejezeteket a szakma kiváló hazai szakemberei írták. Ezek közül leglényegesebbek a spektroszkópiás, az elektroanalitikai, valamint a kromatográfiai módszerekkel foglalkozó fejezetek. A szerkesztő okosan választotta meg a szükséges fejezeteket, azok tárgyalási mélységét, korszerű módszereket, de a hallgatók és a gyakorló szakemberek részére könnyen elsajátítható módon. Ebben a könyvben talán a 6. fejezet (tömegspektrometria) tűnik túlméretezettnek, hiszen ezt a módszert hazánkban alig néhány helyen tudják használni. Ugyanakkor a NMR-spektroszkópia bővebb terjedelmű lehetne, hiszen ez a módszer lényegesen több információt nyújt és széles körben ma már hozzáférhető a műszer.

A II. kötet gyógyszerhatástani csoportosításban tárgyalja a hazánkban legismertebb gyógyszereket. Elsősorban ezek kémiai-fizikai tulajdonságait tárgyalja, kitér az előállításukra, a farmakológiai hatásokra és természetesen a gyógyszerészeti vonatkozású kémiai részletekre. Nyugodtan állítható, hogy ebben a kötetben minden lényeges adat megtalálható, amit a gyógyszerész-hallgatóknak ismerniük kell, de a szakemberek számára is fontos információkat tartalmaz. A hatás-szerkezet összefüggések közérthetően vannak tárgyalva, szerencsés a könyv beosztása olyan szempontból, hogy a hatástani csoportokon belül a gyógyszerek kémiai csoportosításban kerültek tárgyalásra, ami az áttekinthetőséget, tanulhatóságot nagyon megkönnyíti.

A könyv hézagpótló a magyar szakirodalomban, jól áttekinthető, könnyen olvasható és nyugodtan

ajánlhatom mindazoknak, akik gyógyszerekkel foglalkoznak.

A könyv említett erényei mellett nem lenne helyes azonban elhallgatni néhány nem túl jelentős, de később korrigálható negatívumot. A sajtóhibák száma elenyésző, de akad, pl. 737. oldalon hioszciamin helyett bioszciamin. A tropánvázas alkaloidok térbeli szerkezete helytelenül van megadva. Igaz, e sorok írója vett részt ennek a vegyület térszerkezetének felderítésében és akkor az N-metilcsoportot axiális állásúnak gondoltuk, de azóta mi is és mások bebizonyítottuk ennek ekvatoriális térállását. Ez kb. 20 éve ismert az irodalomban. Nem korszak az, hogy az optikailag aktív vegyületeket a régies: D, ill. L betűkkel jelölik, ma a Chan—Ingold—Prelog némenklatúra teljes polgárjogot nyert nemcsak a tudományos irodalomban, és a korszakos irodalomban, hanem a korszakos tankönyvekben is. Vitatható a benzolgyűrűnek Kekulé-féle írásmódja is. Kétségtelen, hogy az irodalom e tekintetben még megosztott, de a korszakos könyvek ma egyre inkább elektronszextett jelölésére a körrel való szimbólumot használják, még heteroaromás vegyületek esetében is. Sajnálatos, hogy a könyvben több helyen (pl. 944. oldal) a gyök kifejezés fordul elő atomcsoport helyett. Ez régen túlhaladott kifejezés, a modern szerves kémia szerint a gyökök páratlan elektronnal rendelkező semleges és rövid élettartamú részecskék.

Ezzel a megjegyzéssel egyáltalában nem kívánom a könyv értékét csökkenteni, nagyon jó könyvnek tartom, de úgy vélem, hogy a jövőt illetően a fentiekre rá kellett mutatnom.

Nádor Károly dr.

Jürgen Ott (hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. 1983, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 99 oldal (P+G 5 = Psychotherapie Grenzgebiete, Bd. 5. hrg. von Kurt Höck, Jürgen Ott, Manfred Vorweg).

A sorozat ötödik kötetének tematikus szerkesztője, J. Ott nyolc fejezetet ad közre a kórházi pszichoterápia problémáiról. A sorozat ismét nemzetközi szerzőgárda munkáit közli, svájci, finn és osztrák szerzők is írtak a könyvben tanulmányokat. A szerkesztés ismét igen áttekinthető, egységes, láthatóan a szerkesztő az egyes fejezeteket formailag átdolgozta. A kötet nem törekszik a címben ígért témakör teljes áttekintésére, inkább egyes kérdéseket ragad ki. Viszonylag általános és így kevésbé figyelemre méltó a krízisintervencióval foglalkozó két fejezet, a berlini Kullawik és a finn Achté írása. Jó áttekintés Ott tanulmánya a határ- eset (borderline) szindrómáról és német szerzőcsoporté az alkoholisták pszichoterápiás megközelítéséről. Igen figyelemreméltó viszont a német Kirchner fejezete, amely párkapcsolati zavarokban szenvedők csoportpszichoterápiás kezeléséről szól. Nagyon érdekes és tanulságos a svájci Benedetti összefoglalója a schizophrénia pszichoterápiájáról. Az ismert szakember e tanulmányában régi írásaihoz képest kevés újat mond, de a szocialista országok szakirodalmában a schizophrénia pszichoterápiás lehetőségeiről nagyon kevés közlemény van, ezért az írás fontos tájékoztató funkciót tölthet be. Két fejezettel szerepel a kötetben a svájci Buddeberg, aki Willi klinikájának munkatársa. Egyik tanulmánya a konzultációs („liazon”) pszichoterápiáról pszichoszomatikus betegek kezelésében eléggé általános szinten megfogalmazott, és értékét ugyancsak abban lehet megállapítani, hogy a szocialista országok szakirodalmában ritkán tárgyalt kérdést tekint át, viszont másik írása, amely gyermekkori pszichózisban az egyéni és a családterápia kombinációját elemzi, egy részletesen bemutatott eset kapcsán, nagyon tanulságos, érdekes és modern szemléletű.

Bár a tanulmányok különleges érdemekkel nem bírnak, a kötet a pszichiáterek és klinikai pszichológusok széles rétege számára ajánlható, segítséget nyújthat a mindennapi klinikai pszichoterápiás munkában. Az érdeklődőt a további tájékozódásban elég nagy, gondosan megválogatott szakirodalmi apparátus segíti.

Buda Béla dr.

NAPROSYN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tableta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis — mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa — hasonlóan más gyulladásgátlókéhoz — nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogén hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszer nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbágo, egyéb myalgia, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis epicondylitis humeri stb.).

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

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalokorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2×250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tablettá is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalom napszakos jellege szerint: 2 tableta reggel, 1 tableta este, illetve 1 tableta reggel és 2 tableta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határok között változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettség érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás

— magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását)

Csak óvatosan adagolható:

— orális anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás fokozódik);

— szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);

— difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);

— szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicil-érzékeny egyéneknél utikáriát, asztmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazáskor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel. Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tableta térítési díja: 10,- Ft

FORGALOMBA HOZZA: ALKALÓIDA VEGYÉSZETI GYÁR Tiszavasvári, Syntex licencia alapján

 SYNTEX



A Magyar Pathologusok Társasága 1984. szeptember 13–14-én Budapesten, az Állatorvostudományi Egyetem aulájában (VII., Bethlen Gábor u. 20–24.) tudományos ülést rendez.

Szeptember 13. (csütörtök) 8.30 óra

A tudományos ülést megnyitja *prof. Lusztig Gábor*, a Társaság elnöke.

A résztvevőket üdvözli *prof. Kovács Ferenc* akadémikus, az Állatorvostudományi Egyetem rektora.

A „Baló József” és a „Pro pathologia” emlékérmek átadása.

9.15 óra

A zoonosisok patológiája

Üléselnök: *Jellinek Harry, Kapp Pál.*

Előadások (15 perc)

1. *Szent-Iványi T.* (Bp.): A zoonosisok hazai állatorvos-járványtani szempontjai.

2. *Ferencz A.* (Bp.): A zoonosisok aktuális orvosi problémái hazánkban.

3. *Kendrey G.* (Bp.): Zoonosis a humán patológiai gyakorlatban.

4. *Röse, I.* (Magdeburg): A veleszületett toxoplasmosis patomorfológiája.

5. *Dominok, B.* (Cottbus): A veletség immunprophylaxisa.

S z ü n e t

Hozzászólások (3 perc)

Üléselnök: *Kardeván Andor, Kendrey Gábor.*

1. *Berencsi Gy.* (Szeged): Az állatokkal kísérletezők munkavédelme.

2. *Kövecz Gy.* (Kiskunhalas): „Bölcső-halál” képében jelentkező Toxocara-fertőzés.

3. *Honti J., Németh Gy.* (Bp.): Klinikailag is észlelt echinococcus a májban.

4. *Rázt F.* (Bp.): Parapox vírus kimutatása generalizált vesicularis dermatitis humán esetéből.

Posterek vitája

1. *Szemenyei K., Póka G.* (Bp.): Humán betegségek kenguruban.

S z ü n e t

14.00 óra

A kísérleti állatok patológiája, genetikája, ökológiája és tartásának módszertana

Üléselnök: *Gomba Szabolcs, Suga János.*

Előadások (15 perc)

1. *Kertai P.* (Debrecen): A kísérleti állatok genetikája és ökológiája.

2. *Sólyom F.* (Bp.): SPF kísérleti

állatok tenyésztése és tartása.

3. *Kapp P.* (Bp.): A kísérleti állatok egyes vírusos betegségei.

4. *Vetési F.* (Bp.): A kísérleti állatok egyes baktériumos betegségei.

S z ü n e t

Üléselnök: *Kertai Pál, Ormos Jenő.*

Hozzászólások (5 perc)

1. *Ritlop B.* (Bp.): Kísérleti állatok tartási és tenyésztési követelményei a kardiológiában.

2. *Gáti É.* (Bp.): Swiss egerekben előforduló hepatocellularis tumorok morfológiai osztályozásáról.

3. *Tóth K., Gál F., Gábor Zs.* (Bp.): Swiss egerek és Wistar patkányok spontán tumorincidenciája.

4. *Johannsen, U.* (Leipzig): Az állatok enterális rotavírus-fertőzése.

5. *Schönbauer, M.* (Wien): A kutya és a macska comedo-carcinómája.

6. *Dobos-Kovács M., Kardeván A., Varga I.* (Bp.): A toxoplasmosis patológiája kutyában.

Posterek vitája

1. *Kapp P.* (Bp.): Vírusos állatbetegségek kórokozóinak elektronmikroszkópos képe.

2. *Tátrai E.* (Bp.): A szöveti savanyú foszfatáz-aktivitás változásának diagnosztikus jelentősége kísérletes pneumokoniosisokban.

3. *Kapp P., Sólyom F.* (Bp.): A fertőző laryngotracheitis vírus szaporodó-képességének és cytopathogen hatásának vizsgálata tyúokban.

4. *Vetési F.* (Bp.): Tyzzer-féle betegség házinyúlban.

5. *Vetési F., Kajtár J., Felkai F.* (Bp.): A macskák fertőző peritonitise.

6. *Dobos-Kovács M., Kardeván A.* (Bp.): Generalizált toxoplasmosis előfordulása kutyában.

7. *Dobos-Kovács M., Szekeres T.* (Bp.): Membranosus glomerulopathia kutyában.

8. *Dobos-Kovács M.* (Bp.): Szopornyicazárványok kórjelző értéke kutyában.

9. *Dobos-Kovács M., Deák Gy., Bartalits L.* (Pécs, Bp.): Szekunder veseamyloidosis és következményei kutyában.

10. *Dobos-Kovács M.* (Bp.): Glomerulus-lipidosis kutyában.

11. *Kasay A.* (Székesfehérvár): A glomerulus dugattyús pumpa mechanizmusa az emlősök veséjében és annak patológiai jelentősége.

12. *Mészáros J., Varga I.* (Bp.): Az állatok Capillaria hepatica fertőzőképességének patológiai jelentősége.

13. *Mucsi I., Török I.* (Hódmezővásárhely): Juhok genitalis involúciója.

14. *Glávits R.* (Bp.): Reticuloendotheliosus vírus okozta átoltható malignus lymphoma fácánban.

15. *Sári I.* (Debrecen): Pasteu-

rella anatipestifer és haemolytica fertőzőtség okozta kórképek liba- és tyúkállományokban.

19.00 óra

Közös vacsora az egyetem pinceklubjában.

Szeptember 14. (péntek) 9.00 óra

Az emberi betegségek modellkísérletei állatokon

Üléselnök: *Kádár Anna, Szende Béla.*

Előadások (15 perc)

1. *Jellinek H.* (Bp.): Az arteriosclerosis állati modellezésének a lehetőségei és határai.

2. *Csonka É.* (Bp.): A szövettan mint arteriosclerosis modell.

3. *Schultz, L. Cl.* (Hannover): A reumatikus folyamatok modellezésének lehetőségei és határai állatokon.

4. *Sugár J.* (Bp.): Kísérletes daganatok mint az emberi tumorok modelljei.

S z ü n e t

Üléselnök: *Balázs Márta, Bartók István.*

Hozzászólások (3 perc)

1. *Lusztig G.* (Kecskemét): Kísérletes atherosclerosis-modellek.

2. *Bergmann, V., Reetz, J.* (Berlin): A koszorúartériák elváltozásai sertésben.

3. *Bak M.* (Bp.): Humán lap-hámsejtes bronchuscarcinoma xenograftok.

4. *Vértesi Cs.* (Bp.): Isoprenalinál előidézett szívinfartusmodell patkányon.

5. *Végh A.* (Bp.): A fogszuvasodás körfolyamatának létrehozása és modellezése patkányban.

6. *Glávits R.* (Bp.): Kísérletes vírusfertőzés immunpatológiája em- lős- és madárembrióban.

Posterek vitája

1. *Nagy P., Kopper L., Magyarosy E., Rajnai J., Lapis K.* (Bp.): Human tumor xenograft mint kísérleti modell.

2. *Rajnai J., Kopper L., Lapis K.* (Bp.): Kemoterápiás vizsgálatok vesetok alá ültetett human tumor xenograftokon.

3. *Zalatnai A.* (Bp.): Májcarcinogenesis-modellek összehasonlító értékelése laboratóriumi patkányon.

4. *Pál K., Timár F., Kopper L., Lapis K.* (Bp.): Kemoterápiás vizsgálatok metasztatizáló tumorokon in vivo és in vitro.

5. *Harmathy I., Jeney A., Lapis K.* (Bp.): A gamma-glutamil transzpeptidáz aktivitásának változása emberi daganatokban.

6. *Simon K.* (Bp.): Carcinogenesis-vizsgálatok halakon.

7. *Karácsony G., Náfrádi J.* (Szeged): A duodenum-mucosa praeulcerosus változásai cysteamin felkelymodellen patkányban.

8. *Herke P., Karácsony G., Bá-*

lint G. A., Varró V. (Szeged): Prostacyclin és colchicin kölcsönhatása kísérletes fekélymodellekben a gyomormucosára patkányban.

9. Csikos M., Karácsony G., Nagy E., Fráter L. (Szeged): A báriumszulfát okozta kísérletes mediastinitis kórszövettani és bakteriológiai vizsgálata kutyában.

10. Tarján E., Appel J., Pető L. (Bp.): Pulmonalis emphysema állatkísérletes modellje.

11. Karasszon D., Ormai L. (Bp.): Mesterségesen létrehozott neuroinfekciók komparatív liquorcytologiai vizsgálata hyperimmunizált (szérum) és laboratóriumi állatokon.

Sz ü n e t

14.00 óra

*Toxikomorfológiai vizsgálatok
kísérleti állatokon*

Üléselnök: Kádas István, Tanka Dezső.

Előadások (15 perc)

1. Cholnoky E. (Bp.): A kórszövettani vizsgálatok szerepe a toxikológiában.

2. Szende B. (Bp.): Toxikomorfológiai vizsgálatok során nyert tapasztalatok.

Hozzászólások (3 perc)

1. Kendrey G. (Bp.): Néhány gondolat a toxikomorfológiai vizsgálatok értékelésének objektív és szubjektív feltételeiről.

Posterek vitája

1. Osváth Zs., Virágh Sz. (Bp.): Gyógyszerkutatás értékelését zavaró elváltozások kontroll állatok májában.

2. Oláh L-né, Divald A., Vajta G., Jeney A. (Bp.): Hepatotoxinok hatásának vizsgálata in vitro.

3. Timár F., Kopper L., Jeney A., Lapis K. (Bp.): Gyógyszerhatás vizsgálata emberi daganatokon in vitro.

4. Németh Á. (Pécs): Kongenikus és rekombináns egértörzsek Gramoxone (Paraquat) érzékenységének genetikai háttere.

5. Józsa L., Demel Zs., Réffy A., Veress R. (Bp.): Szilikongumi protézisek okozta szöveti reakció.

6. Réffy A., Demel Zs., Kalas L., Józsa L. (Bp.): Az intraossealisan

beültetett Gentamicin PMMA golyók okozta szöveti elváltozások.

7. Oberna M., Balogh I., Szilágyi M., Szentmihályi S., Suri A. (Bp., Herceghalom): Toxikomorfológiai és patobiokémiai vizsgálatok lithiummal etetett malacokon.

8. Vetési F., Osváth Zs., Németh L. (Bp.): Toxikológiai vizsgálatok során észlelt bőrembólia.

A találkozót bezárja prof. Lusztig Gábor.

T á j é k o z t a t ó

Posterek kiállítása az egyetem aulája melletti hosszú folyosón (A posterek elhelyezhetők 1984. szeptember 13-án 7 órától és azok a találkozó végéig ott maradhatnak.)

Közös vacsora 1984. szeptember 13-án, 19 órakor az egyetemen a pinceklubban.

Kollégiumi szállás helye az egyetem Marek József Kollégiumában (XIV., Mogyoródi út 59—63.)

Szervezőiroda az aula melletti büfé folyosóján 1984. szeptember 13-án 7 órától a tudományos ülés végéig működik.

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)

átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámlára, közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/125

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



84.2098 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.

*

Felcélós 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

*

37. SZÁM

*

1984. SZEPTEMBER 9.

TARTALOMJEGYZEK

Balás Béla dr., Nagy András dr.,
Garas Ferenc dr., Fráter Lóránd dr.,
Döbrönte Zoltán dr. és Karácsonyi Sándor dr.:

Superselectiv vagotomiával szerzett
korai tapasztalataink
a duodenalis ulcus kezelésében 2231

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kaplonyi György dr., Zimmermann István dr.,
Farkas Tamás dr. és Viola Tamás dr.:

Porcsérülés és osteochondralis törés
ragasztása fibrinnel 2237

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kapu Emília dr., Daróczy Judit dr.
és Walcz Erzsébet:

Erythema dyschondrium perstans
(Ashy dermatosis) 2245

KAZUISZTIKA

Füzi Miklós dr. és Bognár Ágota dr.:

Penicillináz-termelő Neisseria gonorrhoeae
izolálása külföldi férfitetegből 2253

Kiss Zoltán dr. és Fazekas Tamás dr.:

EKG eltérések hyperosmolaris diabeteses
kómában 2257

RÖVID EXPERIMENTÁLIS KÖZLEMÉNYEK

Papp Miklós dr., Varga Gábor,
Fodor István dr., Tóth E. Ida dr.
és Folly Gábor:

Caerulein szub-, illetve szupramaximalis
adagjainak paradox hatása a hasnyálmirigyre 2261

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2265

Folyóiratreferátumok 2271

Levelek a szerkesztőhöz 2285

Könyvismertetés 2288

Megjelent 2260 2291

Hírek 2289

Cavinton[®] tablettá

ÖSSZETÉTEL

1 tablettá 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 keringés-zavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgás-zavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

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

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

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

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

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

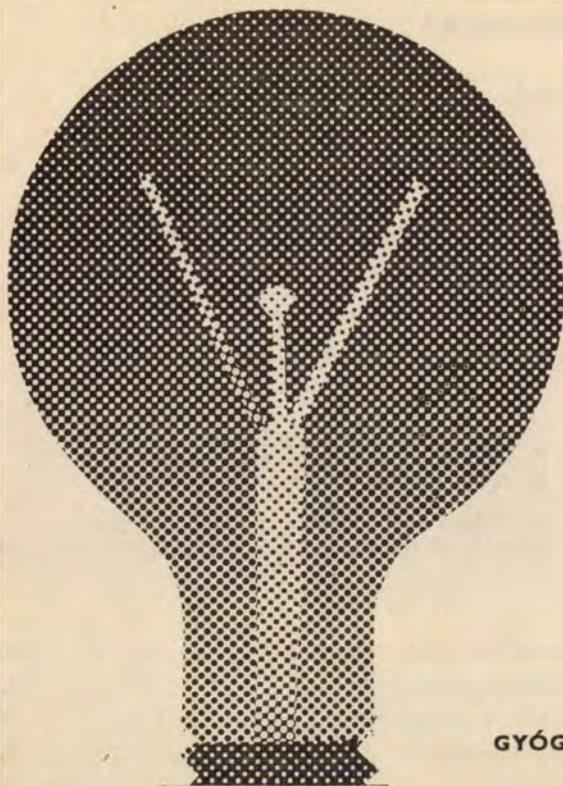
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

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

Superselectiv vagotomiával szerzett korai tapasztalataink a duodenalis ulcus kezelésében

Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinika

(igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)

I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Varró Vince dr.)

Radiológiai Klinika (igazgató: Kelemen János dr.)

A szerzők ismertetik a superselectiv vagotomiával (SSV) szerzett tapasztalataikat krónikus duodenalis ulcus kezelésében. 63 esetben végeztek SSV-t elektív műtéti beavatkozásként. Mortalitásuk nem volt, 3 betegen (4,8%) észlelték recidív ulcus kialakulását 6–21 (átlag 12,8) hónappal a műtét elvégzése után. A recidív ulcusokat minden esetben konzervatíván kezelték. 20 betegen enyhe nyelési panaszok jelentkeztek, amelyek minden esetben spontán megszűntek. Vizsgálataik szerint a BAO értéke 89%-kal, az insulinra adott válasz (PAO_I) 96%-kal és a pentagastrinra (PAO_{pg}) létrejövő savszekréció fokozódás 58%-kal csökkent a megfelelő preoperatív értékekhez viszonyítva. A szerzők a SSV-t megfelelő műtéti eljárásnak tartják a duodenalis ulcus kezelésében, mivel az észlelt utánkövetési időszakban betegek 92%-a a Visick I. és II. csoportba sorolható.

Early experience with superselective vagotomy in the treatment of chronic duodenal ulcer. The authors give account about the experience with superselective vagotomy (SSV) obtained in the treatment of chronic duodenal ulcer. There was no operative death, three patients (4,8%) have developed recurrent ulceration during the 6–21 (mean 12,8) months follow-up period. Patients with recurrent ulceration were successfully treated in each case with conservative treatment. Twenty patients exhibited mild dysphagia in the early postoperative course, which ceased spontaneously. According to their data basal acid output (BAO) was reduced by 89%, 96% and 58% reduction of gastric acid secretion has been achieved after insulin (PAO_I) and pentagastrin (PAO_{pg}) stimulation comparing the preoperative and postoperative values. Superselective vagotomy has been judged to be as a convenient operative procedure in the treatment of chronic duodenal ulcer because 92% of the patients can be classified into Visick I. and II. group.

Az elmúlt évek során a superselectiv vagotómia (továbbiakban SSV) elterjedt műtétté vált az egész világon a duodenalis ulcus kezelésében (2, 4, 8, 9, 11, 12, 15, 20, 23, 31, 36, 40, 45). E műtét mortalitása alacsony, a nemkívánatos mellékhatások száma elenyésző és megfelelő műtéti technikát alkalmazva a recidív ulcusok aránya is elfogadható szinten belül tartható (6, 9, 22, 33, 36).

Tanulmányunk célja, hogy ismertessük a SSV-val szerzett korai tapasztalatainkat.

Betegek és módszer

Anyagunk az 1981. szept. 1. és 1982. dec. 31. között klinikánkon krónikus duodenalis ulcus miatt operált eseteket öleli fel, akikben a SSV-át elektív műtétként alkalmaztuk. A krónikus duodenalis ulcus jelenlétét minden esetben gyomorröntgennel és/vagy endoscopos vizsgálattal igazoltuk. A műtét előtt savszekréciós vizsgálatokat végeztünk, amelyek a basalis savtermelés (BAO) mérésén kívül az insulin (PAO_I) és a pentagastrin (PAO_{pg}) stimulációs tesztekkel állottak.

A savszekréciós vizsgálatokat Baron (3) által kidolgozott módszer szerint végeztük. A betegek a vizs-

gálat előtti éjszaka éheztek, majd kétlumenű nasogastri-
cus szondát (Salem-szonda) vezetünk a gyomorba. A szonda helyzetéről a folyadék visszanyerési próbával győződünk meg. A gyomornedv folyamatos aspirációját állandó szívással biztosítottuk egy Frickar-féle szívómotorral (–5–8 Hgmm). A betegek főként a b. oldalon feküdtek, de helyzetüket 5–10 percenként változtatták, elősegítve ezzel a gyomornedv minél tökéletesebb leszívását. Az éhgyomri szekréciót legalább 30 perccel keresztül gyűjtöttük. Ezután négy 15 perces mintában a basalis szekréciót szívtuk le, majd kristályos insulint adtunk i. v. 0,2 E/kg dosisban és a gyomornedvet nyolc 15 perces mintában gyűjtöttük össze. Az insulin beadása után 30, illetve 45 perccel meghatároztuk a vércukorszintet. A pentagastrint (Acignost Berlin-Chemie) a műtét előtt 6, illetve a műtét után 10 µg/kg dosisban alkalmaztuk és hat 10 perces frakcióban szívtuk le a gyomortartalmat. A minták összaciditását 0,1 NaOH-val határoztuk meg, kézi titrálással Töpfer reagens jelenlétében. A négy basalis minta savmennyiségének összege adta a BAO-értéket mmol/ó-ban. Az insulin és pentagastrin stimulációs tesztekben kalkulált maximumokat számítottunk: a két, egymás után következő legnagyobb savmennyiséget tartalmazó mintát összeadtuk és ennek értékét az insulin esetén kettővel, illetve a pentagastrin esetén hárommal megszorozva kiszámítottuk az 1 órára eső savmennyiséget (PAO_I, PAO_{pg}mmol/ó).

Az insulin-próbát Hollander (19) eredeti kritériumai szerint tekintettük pozitívnak; korai pozitívnak, ha az insulin beadását követő első órában következett be a koncentrációnövekedés, míg késői pozitívitásról beszélünk, ha a koncentrációnövekedés a második órában zajlik le. Az insulin-próbát ellenjavalltnak tekintettük,

Rövidítések:

- SSV = superselectiv vagotómia
- BAO = basal acid output
- PAO_I = peak acid output_I
- PAO_{pg} = peak acid output_{pg}

ha a beteg idősebb volt mint 65 éves, továbbá akkor, ha a beteg diabéteses, epilepsiás volt, illetve anginás panaszai voltak. Az insulin-próba kezdetekor a beteg vénájába pillangós-tűt helyeztünk, amelyen keresztül bármikor hypertoniás glukóz oldatot lehetett befecskendezni, ha a beteg állapota ezt megkívánta.

Postoperatív vizsgálatok:

A savszekréciós vizsgálatokat 7—10 nappal a műtét után megismételtük, 6 hét múlva pedig gyomorröntgen vizsgálatot végeztünk az esetleges ürülési zavarok kimutatására.

A betegek műtét előtti és utáni állapotát a *Visick*- (46) féle beosztás alapján értékeltük. E beosztás szerint a betegeket — a klinikai panaszok alapján — I—IV csoportba soroljuk. I. Kötő: a beteg teljesen panaszmentes, nem diétázik; II. Jó: a betegnek lényeges gastrointestinalis panaszja nincs, de időnként bizonyos étellek elfogyasztása után átmenetileg enyhébb panaszai vannak (puffadás); III. Megfelelő: enyhe vagy közepes fokú gastrointestinalis panaszok (puffadás, hányás, diarrhoea, dumping stb.) jelentkezik, amelyek nem érintik súlyosan a beteg életét, illetve munkáját; IV. Közepes vagy súlyos gastrointestinalis panaszok, amelyek a beteg munkáját, szociális életét jelentősen befolyásolják. Ezen kívül ebbe a csoportba soroljuk a recidív ulcusokat, valamint, akiknél újabb műtétet kellett végezni. E vizsgálatokat a műtét után 6, illetve 12 hónappal megismételtük. Panaszok esetén gyomorröntgennel és endoscopos vizsgálattal győződünk meg az esetleges recidiva jelenlétéről.

A statisztikai analízisben az egymintás Student-féle t-próbát használtuk fel a szignifikáns eltérések kimutatására.

Eredmények

A fenti időszak alatt 63 esetben végeztünk SSV-át krónikus duodenalis ulcus miatt elektív műtét beavatkozásként. Betegeink fontosabb adatait az 1. táblázatban dolgoztuk fel.

Eseteinkben a műtét javallatot a konzervatív kezelésre nem gyógyuló vagy kiújuló ulcus, illetve a fekélybetegség ismert szövődményeinek a kialakulása (vérzés, perforáció, pylorus-stenosis) jelentették.

A műtét javallat megoszlását mutatjuk be a 2. táblázatban.

Egy műtét beavatkozást indokló okot találtunk 5 esetben, két okot 30 betegen és három vagy ennél több javallatot észleltünk 28 esetben.

A preoperatív és postoperatív savszekréciós értékek változását a 3. táblázatban tüntettük fel.

Az insulin-próba alapján 6 beteg adott Hollander kritériumai szerint pozitív választ. Ebből 1 korai, 5 késői pozitív válasznak bizonyult.

1 táblázat. Betegeink fontosabb adatai

Operált betegek száma: 63
Anamnezis hossza: 3—25 (átlag 11,2) év
Korábbi fekélyszövődmények előfordulása:
vérzés 19
a) 8 beteg esetében 1
b) 6 beteg esetében 2
c) 5 beteg esetében 3 vagy több vérzés
perforáció 12
stenosis 11
Nem: férfi 50
nő 13
Kor (átlag): 39,9 (22—64) év

2. táblázat. A műtét javallat megoszlása

6 évnél hosszabb anamnezis: 54 eset
Befolyásolhatatlan fájdalom: 52 eset
Korábbi vérzés: 19 eset
Korábbi perforáció: 12 eset
Pylorus-stenosis: 11 eset

Műtét halálozásunk nem volt. A vagotómia ismert intraoperatív szövődményei (lép, májsérülés, oesophagus, illetve gyomorperforáció, vérzés, kisgömbületes necrosis) nem fordultak elő. A korai postoperatív szakban (1—10 nap) 4 esetben észleltünk gyomoratóniát elhúzódó ürüléssel, 2 betegen bronchopneumonia alakult ki. Sebgyógyulást egyetlen esetben sem észleltünk. A betegek átlagosan 10,9 (7—16) napot töltöttek a klinikán.

A késői postoperatív-szak (2—6 hét) szövődményei közül a dysphagia volt a vezető tünet. 4 betegen (6,3%) 1—2 hétig, 12 betegen (19%) 2—4 hétig és 4 esetben (6,3%) 4—12 hétig is elhúzódott a nyelési nehezítettség, amely ezután spontán megszűnt.

A postoperatív szakban végzett gyomorröntgen vizsgálat során egyik betegünkön az *ábrán* bemutatott elváltozást találtuk. A kép röntgen-morphologiailag kiterjedt neoplasmának, esetleg sarcomának látszott. A többszöri gastroscopos-biopsiás vizsgálat a gyomor nyálkahártyáját épnek találta, a röntgennel jelzett helyen külső benyomatot észlelt. A betegnek műtétet ajánlottunk malignus-folyamat lehetősége miatt, ezt azonban a beteg többszöri rábeszélésünk ellenére visszautasította. E röntgenvizsgálat óta a beteget több ízben ellenőriztük: klinikailag teljesen panaszmentes, a röntgen-morphologiai kép változatlan. Az első röntgenvizsgálat óta 10 hónap telt el.

A műtét után 6, illetve 12 hónappal ellenőrzött vizsgálatokat végeztünk a betegek klinikai panaszaira vonatkozóan. A leggyakrabban előforduló panaszokat a 4. táblázatban dolgoztuk fel. E panaszokat 20 betegen észleltük, a többi 43 beteg teljesen panaszmentes volt.

Összehasonlítást végeztünk a betegek széküri-

3. táblázat. Savszekréciós értékek változása a műtét előtt és után 7—10 nappal

Preoperatív értékek (mmol/ó) (átlag ± SE)	A vizsgálat száma		
BAO:	9,42 ± 0,86*	62	
PAO _I :	36,83 ± 2,23*	43	
PAO _{pg} :	48,87 ± 1,88*	62	
PAO _I —BAO:	26,98 ± 1,87*	43	
Postoperatív értékek (mmol/ó) (átlag + SE)	A vizsgálat száma	Csökkenés %-ban	
BAO:	0,89 ± 0,15*	60	88,61
PAO _{pg} :	1,74 ± 0,33*	56	95,64
PAO _I :	19,29 ± 1,04*	57	57,81
PAO _I —BAO:	1,01 ± 0,25*	56	92,70

Student-féle egymintás t-próba
*p < 0,0001

4. táblázat. **A postoperatív szakban leggyakrabban előforduló panaszok megoszlása**

	Esetszám	%-os előfordulás
Epigastriális teltség	13	20,6
Időszakos fájdalom	7	11,1
Hányinger	6	9,5
Hányás	3	4,7
Étvágytalanság	4	6,3
Dumping sy. (enyhe)	1	1,5
Retrosternalis égés (enyhe)	2	3,17
Dysphagia	20	31,7
Diarrhoea	1	1,5

tésére vonatkozóan is. Azt találtuk, hogy 44 esetben (69,8%) a székürítés változatlanul jó maradt, 18 beteg (28,5%) a székürítés javulásáról számolt be, 1 beteg esetében (1,58%) pedig romlott, mivel diarrhoea kifejlődését észlelte. Ez utóbbi beteg napi 3–4 alkalommal ürített hasmenéses székletet.

Az észlelt utánkövetési periódusban [6–21 (átlag 12,8) hó] 62 (98,4%) beteget tudtunk nyomon követni, mivel 1 beteg időközben meghalt interkurrens megbetegedés miatt. A sectio recidiv ulcust nem mutatott, a beteg halálát pulmonalis és cerebrialis szövődmények okozták. A 62 beteg közül 3 esetben (4,8%) észleltük recidiv ulcus kialakulását. A recidiv ulcus 2 esetben gastrointestinalis vérzés formájában jelentkezett, 1 betegen pedig ventricularis ulcus kialakulását észleltük. A recidivákat mindhárom esetben gastroscopiával és gyomorröntgennel is igazoltuk. A vérzés mindkét esetben duodenalis ulcusból származott és a műtét után 7, illetve 17 hónappal jelentkezett. A betegek konzervatív kezelésben részesültek (vér, haemostipticumok, Tagamet) és a vérzés 1–2 napon belül megállt. Ezután a konzervatív kezelést még 4 hónapig folytattuk H₂-receptor blockolóval, és azóta a betegek teljesen panaszmentesek. A recidiv ventricularis fekély kifejlődését 8 hónappal a műtét után észleltük. A beteg konzervatív kezelésre (H₂-receptor blockoló) teljesen panaszmentessé vált.

A klinikai panaszok alapján betegeinket Visick ismert beosztása szerint csoportosítottuk. A Visick-féle beosztás adatait az 5. táblázatban tüntettük fel.

52 betegen SSV-át, 11 betegen a SSV-át pylorusplasticával (10 esetben Jaboulay-féle és 1 esetben Heineke—Mikulicz-féle) egészítettük ki. Két esetben a meglévő hiatus hernia miatt Nissen—Rosetti-féle funduplicatiót végeztünk, 1 betegen a kimutatott cholelithiasis miatt cholecystectomiát is végeztünk.

Megbeszélés

Minden új műtéti eljárásnak legalább 3 követelménynek kell megfelelni, hogy sikerre vezessen. Nevezetesen,

5. táblázat.

Klinikai eredményeink a Visick beosztás alapján

	Beteg	%
Kitűnő	46	74,1
Jó	11	17,7
Megfelelő	2	3,2
Ro ssz	3	4,8

1. legyen kicsi a műtéti mortalitása és morbiditása;

2. a recidivák aránya legyen csekély;

3. a műtét által okozott nemkívánatos mellékhatások száma legyen elenyésző.

Ami a mortalitást illeti, a SSV messze a legbiztonságosabb sebészi beavatkozásnak tekinthető a duodenalis ulcus kezelésében. Johnston (25) 1975-ben az egész világra kiterjedő felmérést végzett a SSV-val kapcsolatban és megállapította, hogy e műtét mortalitása 0,31% volt, több mint 5000 operált betegre vonatkoztatva. Hasonló nagyságrendű gyűjtőstatisztikák szerint a fekélybetegség kezelésében alkalmazott műtéti eljárások mortalitása nagyobb. Így a truncalis vagotómia + drainage műtéti halálozása 0,5–1,5% között változik (1, 21, 38, 39, 41, 43), míg a már hagyományosnak tekinthető gyomor-resectiók mortalitása átlagosan 1–2% között mozog (38, 40, 44), bár vannak ennél sikeresebb (13, 34) és kevésbé eredményes sorozatok is (18, 48).

A saját beteganyagunkban műtéti halálozásunk nem volt, ami ezen eljárás biztonságos voltát húzza alá. A SSV irodalomból ismert műtéti szövődményeit (5, 21, 25) sikerült minden esetben elkerülni. Négy esetben észleltünk átmeneti gyomorürülési zavart, amikor 4 napon keresztül parenteralis folyadékbevitelre, illetve nasogastricus szonda levezetésére kényszerültünk. Ezekben az esetekben a passage az 5. napon spontán megindult. A pylorus-stenosis szövődményeinket kivéve — ahol pylorus-plasticát is kellett végezni —, a gyomorszondát már a műtét napján eltávolítottuk és a következő napon a beteg megkezdte a per os folyadékfelvételt.

Ami a műtéti technikát illeti, a Johnston és mtsa (23) által leírt eljárást alkalmaztuk és csupán anatómiai határokat vettünk figyelembe a SSV elvégzésénél. Az antrumon 5–7 cm-es szakaszt hagytunk meg innerváltan és az oesophagus distalis 7 cm-es szakaszát minden esetben denerváltuk, az a gastroepiploica árkádját nem szakítottuk meg.

A vagotómia sikerének kulcsa a vagotómia komplexitásával rejlik. Ezért számos gastroenterológiai centrumban különböző kiegészítő intraoperatív eljárásokat alkalmaznak a vagotómia tökéletességének biztosításához (4, 7, 14, 31). A vagotómia komplexitésének eldöntésére ma még nélkülözük a minden szempontot kielégítő, megbízható eljárást.

Klinikánkon a korai postoperatív szakban elvégzett savszekréciós vizsgálatokat használtuk fel a vagotómia komplexitésének ellenőrzésére.

Adataink szerint a BAO értéke 89%-kal, az insulinra adott válasz 96%-kal és a pentagastrinra létrejövő savszekréció-fokozódás 58%-kal csökkent a megfelelő preoperatív értékekhez viszonyítva. Ezek az eredmények összhangban vannak mások (6, 8, 11, 33, 36) tapasztalataival. Hat esetben észleltünk Hollander pozitív választ, ami megfelel a nemzetközileg elfogadható átlagnak (kb. 10% pozitív válasz). Úgy véljük: eredményeink azt mutatják, hogy megfelelő pontos műtéti technikával, csupán az anatómiai határok figyelembevételével a parietalis sejtek denerválása elérhető.

A pylorus-stenosis szövődményeinkben Jaboulay-, illetve Heineke—Mikulicz-féle pylorus-

plasticát végeztünk. A pylorusplasticát biztonságosabbnak tartjuk, mint a digitalis- vagy Hegar-sorozattal történő tágitást (35, 36). Betegeinken a Jaboulay-féle pylorusplasticát részesítettük előnyben, mivel azt tapasztaltuk, hogy ez technikailag könnyebben elvégezhető.

Két esetben egészítettük ki a SSV-át refluxgátló műtéttel, akiken hiatus herniát is diagnosztizáltunk. A SSV után két betegen észleltünk enyhe retrosternalis égést, amely a műtét következményének tartható, és valószínűleg a His-szög megbontása miatt alakult ki. Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy a rutinszerűen alkalmazott funduplicatióra nincs szükség. Bár ennek a kérdésnek az eldöntése még további mélyreható funkcionális vizsgálatokat igényel.

A késői postoperatív szakban (2—6 hét) előforduló szövődmények közül leggyakrabban a dysphagiával és a korai teltségérzéssel találkoztunk. Előbbi betegeink 31⁰/₀-ában, az utóbbiak 21⁰/₀-ában fordultak elő.

A dysphagia a betegek táplálkozását nem akadályozta, csupán nehezítette, és ennek röntgenmorphologiai jelét sohasem észleltük. A nyelési nehezítettség a 2. postoperatív héten jelentkezett és minél tovább tartott, annál enyhébb formában nyilvánult meg. Valószínűnek tartjuk, hogy a dysphagiáért a hasi oesophagus-szakasz viszonylag magasra kiterjesztett denervációja, illetve perioesophagealis vérzés tehető felelőssé. Mindezek ellenére a hasi oesophagus 5—7 cm-es szakaszának denervációját feltétlenül szükségesnek tartjuk a vagotómia komplettégének biztosításához (8, 11, 17, 30).

A másik leggyakrabban előforduló panasz a korai teltségérzés volt, ami talán azért tűnik meglepőnek, mivel nem csokoló beavatkozást végeztünk. Az idevágó élettani megfigyelések (8, 29, 42) azt mutatják, hogy a vagotómia következtében elvesz a gyomor receptív relaxációs képessége. A gyomornak ez a tulajdonsága azt jelenti, hogy — élettani körülmények között — alkalmazkodni tud nagyobb mennyiségű táplálék befogadására a benne uralkodó intragastricus nyomás megváltozása nélkül. A receptív relaxáció megszűnése abban nyilvánul meg, hogy a beteg már néhány falat elfogyasztása után teltségérzésről számol be. Az idő múlásával ez a panasz fokozatosan csökken, szilárd táplálék esetén a gyomor ürülése a normális élettani viszonyokat megközelíti (32). Folyadék elfogyasztása esetén a gyomor ürülése gyorsabb és talán ez lehet a magyarázata annak, hogy nagyon ritkán dumping-syndroma, illetve hasmenés alakul ki. Egy betegen észleltünk enyhe dumping-syndromát és hasmenés kialakulását. Ebben az esetben pylorus-stenosis miatt Heineke—Mikulicz-féle plasticát is végeztünk.

A postoperatív-szakban végzett gyomorröntgen vizsgálatok során ürülési akadályt egyetlen esetben sem észleltünk. Mégis figyelemre méltónak tartjuk az ábrán bemutatott betegünk röntgenmorphologiai eltérését. Bár e jelenség pontos okát nem tudjuk, valószínűnek látszik, hogy ezen jellegzetes képet perigastricus adhaesiók kifejlődése hozta létre.

A vagotómia egyik legkellemetlenebb szövődménye a hasmenés (21). A hasmenés gyakorisága és

súlyossága meglehetősen tág határok között változik az irodalmi adatok szerint (21, 24, 27). Éppen ezért különös gonddal figyeltük betegeink székürítési habitusának változásait. Eseteink közül 70⁰/₀-ban a székürítés változatlanul jó maradt, 28,5⁰/₀-ban javult és csupán egy betegen (1,5⁰/₀) rosszabbodott a műtét előtti felméréshez viszonyítva.

Adataink összhangban vannak mások (26, 28, 43) észlelésével, miszerint a SSV érinti legkevésbé hátrányosan a székürítést.

Minden újabb műtéti eljárással szemben egyik alapvető követelmény, hogy legyen csekély a recidivák aránya. Saját beteganyagunkban 63 eset közül 3 betegen (4,8⁰/₀) észleltünk recidiv ulcust 6—21 (átlag 12,8) hónapos utánkövetési periódus alatt. 2 betegen vérző duodenalis ulcus formájában, 1 betegen pedig ventricularis ulcus alakjában jelentkezett a recidiva. Mindhárom esetben a konzervatív kezelés a fekélyek tartós gyógyulásához vezetett. Az irodalmi adatok tanúsága szerint SSV után a recidiv ulcusok aránya 7—10⁰/₀ között változik az észlelt utánkövetési periódus hosszúságától, a műtéti technikától függően (6, 9, 22, 33, 36). Az idézett tanulmányokból megállapítható, hogy az utánkövetési periódusok hosszával párhuzamosan növekszik a recidiv ulcusok aránya. A műtét elvégzése után 10 évvel kb. 10⁰/₀-ban fordul elő recidiv ulcus kifejlődése (6, 22). *Johnston* (26) véleménye szerint annál magasabb a recidiv ulcusok aránya, minél több inkomplett vagotómia szerepelt a csoportban. Ezt támasztja alá, hogy *Kronborg és mtsa* (30) anyagában — ahol a *Hollander* pozitív esetek aránya 58⁰/₀-ot tett ki —, a recidiv ulcusok száma elérte a 22⁰/₀-ot is. Ezzel szemben *Kennedy és mtsai* (28) hasonló észlelési idő alatt csupán 2⁰/₀-ban figyeltek meg recidiv ulcust abban az esetben, ha a *Hollander* pozitív esetek aránya 10⁰/₀ alatt volt. Saját anyagunkban 6 esetben észleltünk *Hollander* pozitív savszekréciós választ (9,5⁰/₀). A *Hollander* pozitív eseteink közül az utánkövetési periódus alatt nem alakult ki recidiv fekély. Mind a három recidiv ulcusos betegünkön a *Hollander*-próba negatív eredményt mutatott, így a vagotómia komplettnek látszott. Ez az észlelés talán azt a tényt húzza alá, hogy a fekélyképződés folyamatában más, eddig még kevésbé tisztázott mechanizmusok is szerepet játszhatnak (16).

Betegeink klinikai állapotát *Visick* beosztása alapján értékeltük. A klinikai panaszok szerint betegeink közel 92⁰/₀-a az első két kategóriába sorolható, mivel klinikailag csaknem teljesen panaszmentesek. Két beteg (3,2⁰/₀) állapota megfelelő, mert közepes fokú gastrointestinalis panaszai vannak, recidiv fekélyt azonban nem sikerült kimutatni. Három esetben (4,8⁰/₀) az eredményt elégtelennek tartjuk, mivel az észlelési periódus alatt recidiv ulcusok alakultak ki. A recidiv ulcusok aránya meg egyezik mások (9, 22, 26) tapasztalatával.

Úgy gondoljuk, hogy vizsgálatainkból azt a következtetést lehet levonni, hogy a SSV biztonságos műtéti eljárás a duodenalis fekély kezelésében. A nemkívánatos mellékhatások száma messze alacsonyabb, mint a fekélybetegség kezelésében alkalmazott korábbi műtéti eljárásoknál. Bár a recidiv ulcusok aránya magasabb, mint a hagyományos re-



K. J. 39 éves férfi műtét előtti röntgenképén (a) csak bulbus-deformitás látszik, a gyomor ép. Műtét után 9 hónappal (b) a gyomor nagygörbületén félárnyékos telődés és kifejezett kontúregyenetlenség észlelhető. Újabb 1 hónap múlva (c) kétszülte felvételen az árnyékkiesés még nagyobb lett és tumorra emlékeztet. További 5 hónap múlva végzett ellenőrző vizsgálat során lényegében változatlan képet láttunk.

sectiós műtéti típusoknál, megfelelő pontos műtéti technikát alkalmazva e recidiva-arány elfogadható szinten tartható. Recidiv ulcusok esetén a konzervatív-kezelés vagy az újabb sebészi beavatkozás még mindig sikerrel alkalmazható.

Úgy véljük, igazat kell adnunk Dragstedtnek (10), aki egy késői munkájában azt írja: „A halál a legrosszabb, amely bekövetkezhet egy fekélybetegségben szenvedő beteggel. Nem tűnik bölcs dolognak az összes beteget nagyobb sebészi beavatkozásnak alávetni, mint, amit valójában igényelnek, csupán azért, hogy megakadályozzuk néhány betegen a fekélybetegség recidíváját. Ez utóbbiak még mindig élnek és további kezelésben részesülhetnek.”

IRODALOM: 1. *Alexander-Williams, J.*: The complications of vagotomy and pyloroplasty. Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Company, Boston, 1977, 272. — 2. *Amdrup, E., Jensen, H. E.*: Selective vagotomy of the parietal cell mass preserving innervation of the undrained antrum. Gastroenterology, 1970, 59, 522. — 3. *Baron, J. H.*: Gastric secretion tests. Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Company, Boston, 1977, 133. — 4. *Bátorfi J. és mtsai*: Proximalis szelektív vagotómiával szerzett korai tapasztalataink a krónikus és a szövődmenyes fekélybetegség gyógyításában. Magy. Seb. 1981, 34, 367. — 5. *Bátorfi J. és mtsai*: A proximalis szelektív vagotómia speciális szövődmenye: a kisgörbületi ischaemiás necrosis. Magy. Seb. 1982, 35, 251. — 6. *Blackett, R. L., Johnston, D.*: Recurrent ulceration after highly selective vagotomy for duodenal ulcer. Br. J. Surg. 1981, 68, 705. — 7. *Burge, H., Frohn, M. J.*: The technique of bilateral selective vagotomy with the electrical stimulation test. Br. J. Surg. 1969, 56, 452. — 8. *Civalero, L., A.*: Selective proximal vagotomy in duodenal ulcer. Acta Chir. Scand. 1979, Suppl. 491, 5. — 9. *De Miguel, J.*: Late results of proximal gastric vagotomy without drainage for duodenal ulcer: 5–9 year follow-up. Br. J. Surg. 1982, 69, 7. — 10. *Dragstedt, L. R.*: Mistakes in peptic ulcer in the early years: A physiologic analysis. Ann. Surg. 1968, 167, 886. — 11. *Faxen, A. és mtsai*: Gastric emptying and acid secretion during the first postoperative year after parietal cell vagotomy. Scand. J. Gastroenterology, 1978, 13, 551. — 12. *Gergely M. és mtsai*: Szemléletváltás szükségessége a fekélybetegség sebészi kezelésében (kezdeti tapasztalataink super-

szelektív vagotómiával). Orv. Hetil. 1982, 123, 17, 15. — 13. *Goligher, J. C., Pulvertaft, C. N.*: After vagotomy. Butterworth, London, 1969. — 14. *Grassi, G.*: New test for complete nerve section during vagotomy. Br. J. Surg. 1971, 58, 117. — 15. *Grassi, G., Orechia, C.*: A comparison of intraoperative tests of completeness of vagal section. Surg. 1974, 75, 155. — 16. *Grossman, M. I.*: Peptic ulcer: the pathophysiological background. Scand. J. Gastroenterology, 1980, 15, 7. — 17. *Hallenbeck, G. A. és mtsai*: Effects of two operative techniques on clinical and gastric secretory results. Ann. Surg. 1976, 184, 435. — 18. *Herrington, J. L.*: Current operation for duodenal ulcer. Year Book. Medical Publ. Inc. Chicago, 1972. — 19. *Hollander, F.*: Laboratory procedures in the study of vagotomy (with particular reference to the insulin test). Gastroenterology, 1948, 11, 419. — 20. *Holle, F., Hart, W.*: Neue Wege der Chirurgie des Gastroduodenalulkus. Med. Klin. 1967, 62, 441. — 21. *Ihász M.*: Vagotómia. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1980. — 22. *Jensen, H.-E., Amdrup, E.*: Follow-up of 100 patients five to eight years after parietal cell vagotomy. World. J. Surg. 1978, 2, 525. — 23. *Johnston, D., Wilkinson, A. R.*: Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br. J. Surg. 1970, 57, 289. — 24. *Johnston, D. és mtsai*: Vagotomy without diarrhoea. Br. Med. J. 1972, 3, 188. — 25. *Johnston, D.*: Highly selective vagotomy for duodenal ulcer and for gastric ulcer. Thesis, 1975. — 26. *Johnston, D.*: Surgical options for the treatment of duodenal ulcer disease. Advances in ulcer disease. Excerpta Medica. Amsterdam, Oxford, Princeton, 1980, 493. — 27. *Kasper, F.*: Klinische Erfahrungen mit der Vagotomie. Med. Klinik. 1971, 66, 915. — 28. *Kennedy, T. és mtsai*: Proximal gastric vagotomy. Interim results of a randomized controlled trial. Br. Med. J. 1975, 2, 301. — 29. *Kouturek, S. J.*: Gastric secretion: physiological aspects. Scientific basis of gastroenterology. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1979, 133. — 30. *Kronborg, O., Madsen, P.*: A controlled randomized trial of highly selective vagotomy versus selective vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulcer. GUT. 1975, 16, 268. — 31. *Kuzin, M. I. és mtsai*: Technika raszsisennoj szelektivnoj proksimalnoj vagotómii. Hirurgija, 1980, 2, 3. — 32. *Lavigne, M. E. és mtsai*: A study of gastric pancreatic and biliary secretion and the rate of gastric emptying following parietal cell vagotomy. Am. J. Surg. 1979, 133, 644. — 33. *Liavag, I., Roland, M.*: A seven year follow-up of proximal gastric vagotomy. Scand. J. Gastroenterology, 1979, 14, 409. — 34. *McKeown, K. C.*: A prospective study of the immediate and long term results

of Pólya gastrectomy for duodenal ulcer. Br. J. Surg. 1972, 58, 849. — 35. *McMahon, M. J. és mtsai*: Highly selective vagotomy plus dilatation of the stenosis compared with truncal vagotomy and drainage in the treatment of pyloric stenosis secondary to duodenal ulceration. GUT. 1976, 17, 471. — 36. *Moreno-Gonzalez, E. és mtsai*: Proximal gastric vagotomy. Acta Chir. Scand. 1983, 149, 69. — 37. *Nilsell, K.*: Five to nine years' results of selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty for duodenal ulcer. Acta Chir. Scand. 1979, 145, 251. — 38. *Postlethwait, R. W.*: Five year follow up results of operations for duodenal ulcer. Surg. Gynecol. Obstet. 1973, 137, 387. — 39. *Powis, S. J. A. és mtsai*: Mortality after vagotomy and pyloroplasty for duodenal ulcer. Br. Med. J. 1972, 1, 142. — 40. *Sawyers, J. L., Herrington, J. L.*: Vagotomy and antrectomy. Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Company, Boston, 1977, 343. — 41. *Schreiber, H. W. és mtsai*: Nicht resezierende Operationen beim Magen- und Zwölffingerdarm geschwür. Chirurg. 1968, 39, 449. —

42. *Stadaas, J., Aune, S.*: Intra-gastric pressure volume relationship before and after vagotomy. Acta Chir. Scand. 1970, 16, 611. — 43. *Stoddard, C. J. és mtsai*: Highly selective vagotomy or truncal vagotomy and pyloroplasty for chronic duodenal ulceration: a randomized prospective clinical study. Br. J. Surg. 1978, 65, 793. — 44. *Tanner, N. C.*: Gastrectomy for chronic duodenal ulcer. Westminster Hospital Symposium on chronic duodenal ulcer. Butterworth. London, 1974. — 45. *Van Heerden, J. A. és mtsai*: Proximal gastric vagotomy. Mayo Clin. Proc. 1980, 55, 10. — 46. *Visick, A. H.*: A study of the failures after gastrectomy. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1948, 3, 266. — 47. *Wastell, C.*: Chronic duodenal ulcer. Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Company. Boston, 1977, 235. — 48. *Zenker, R. és mtsai*: Indikation zur klassischen Resektion und Vagotomie beim peptischen Ulcus. Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1968, 320, 233.

(Balás Béla dr., Szeged, Pf. 464., 6701.)

HISTODIL tabletta

200 mg cimetidint tartalmaz tablettánként.

HATÁS:

A cimetidin specifikusan ható kompetitív hisztamin H₂-receptor antagonistá. Hatásmechanizmusát tekintve különbözik az eddig alkalmazott ulcus-ellenes szerektől. Hatékonyan gátolja a gyomorsav szekréciót, elősegíti az akut és krónikus peptikus fekélyek, valamint az eróziós gasztritis okozta akut vérzések gyógyulását, szabályozza és ellensúlyozni képes a hiperszekréciós folyamatokat.

JAVALLATOK:

Endoszkóposan vagy röntgenfelvétellel igazolt benignus, peptikus, gyomor — nyombél — és/vagy jejunális ulcus betegség, reflux oesophagitis, eróziós gastritis, Zollinger—Ellison-szindróma kezelése. Sztteroid és nem sztteroid antiflogisztikumok mellékhatásaként kialakult eróziós adjuváns terápiája.

ELLENJAVALLATOK:

Abszolút ellenjavallata nem ismert.

Alkalmazását meg kell fontolni graviditásban és a laktáció időszakában.

Súlyos máj-, keringési, vesebetegségben csak csökkentett dózisok adhatók, kellő körültekintés mellett.

Gyermekek részére adása nem javallt.

ADAGOLÁS:

Átlagos adagja fekélybetegségben napközben 3×1 tabl. az étkezésekkel együtt, és az esti lefekvéskor további 2 tabl. Ezt a kúraszerű adagolást 4—6 héten át kell folytatni. Ha a hatás nem kielégítő, a napi dózist átlagosan 4×2 tablettára (reggel, délelőtt, vacsorakor és lefekvéskor 2—2 tablettá) lehet emelni, fekvőbeteg-gyógyintézetben, fokozott ellenőrzés mellett.

A napi 2 g (10 tablettá) maximálisnak tekintendő!

A fenntartó kezelés általában naponta 2 tablettá, amelyet lefekvéskor kell bevenni.

A fenntartó adagolás több hónapig is tarthat. Számolni kell az adagolás megszüntetése után a recidiva megjelenésével, a panaszok felújulásával.

MELLEKHATÁSOK:

Fejfájás, fáradtságérzés, myalgia, diarrhoea, somnolentia, kisebb fokú pruritis. Tartós kúra folyamán gynecomastia, mentális konfúzió, depresszió, ritkán csontvelőártalom, szérumerterek változása jelentkezhethet. Befolyásolja az immunválaszt. Súlyosabb mellékhatások a kezelés megszakítását indokolják.

GYÓGYSZER-KÜLCSÖNHATÁSOK:

Ovatosan adandó: — orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedése);
— benzodiazepinekkel (ezek hatását megnyújtja).



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

KAPLONYI GYÖRGY DR.,
ZIMMERMANN ISTVAN DR.,
FARKAS TAMÁS DR.
ÉS VIOLA TAMÁS DR.

Porcsérülés és osteochondralis törés ragasztása fibrinnel

Országos Traumatológiai Intézet, Budapest (főigazgató: Manninger Jenő dr.)

A humán fibrinragasztó bevezetésével a porcsebzészet egy fiziológiás és technikailag egyszerű lehetőséget talált a sérült ízfelszín helyreállítására. A fémimplantátumokkal szemben alkalmazása nem okoz további porckárosodást, a kisebb fragmentumok is visszaragaszthatók, és nincs szükség, mint fémeltávolításnál, második műtetre. A fibrinragasztó a replantátumnak csak adaptációs stabilitást biztosít, ezért 3 hétig külső rögzítést igényel. Intézetünkben 2 év alatt 10 friss sérültön 14 fragmentum ragasztását végeztük el fibrinnel. Betegeink utánvizsgálataánál kedvező tapasztalatokat szereztünk, és azt mondhatjuk, hogy a fibrinragasztó a jövőben a porcsebzészetben eredményesen használható.

Repair of osteochondral and chondral lesions with fibrin glue. The introduction of human fibrin glue meant for the surgeon dealing with cartilage lesions a physiological and technically sound appliance in reconstructing the injured cartilage surfaces. Contrary to the metal implants the use of fibrin glue is not causing further cartilage damage, small pieces can be reattached and in contrast to the metal implant-removal there is no need for a second operation. The fibrin glueing of the fragments results only in adaptational stability, therefore an external stabilising for 3 weeks is necessary. In our Institute during the last 2 years 14 fragments of 10 fresh injured were retained with fibrin glue. On reviewing our patients the experiences gained were favorable and it is our conclusion that the fibrin glue is a useful means in the treatment of cartilage injuries for the future.

A porcsérülés vagy osteochondralis törés szerepe a posttraumás arthrosisok kialakulásában jól ismert, és számos kísérletes és klinikai munkában bizonyított (1, 3, 4, 5).

A kedvezőtlen következmények elkerülését csak a sérült ízfelszín kongruenciájának műtéti helyreállításától várhatjuk. A nehézséget sok esetben nem az ízfelszín anatómiai felépítése, hanem a visszahelyezett darab kielégítő rögzítése jelenti, ami a teljes beépüléshez elengedhetetlenül szükséges (10, 13, 14, 15, 21).

A fémimplantátumok, amelyek az operatív töréskezelésben kitűnően alkalmazhatók, a porcsebzészetben nem mindig használhatók jó eredménnyel. Nem ritka, hogy minicsavarral vagy tűződróttal a kis fragmentumok stabilizálása technikailag nem lehetséges, míg más esetekben a porc további károsodását okozhatják mind a refixált darabon, mind a szemközi porcfelszínen. Ugyanakkor mindig szükség van a fémek eltávolítására, második műtetre.

Előnyösnek látszott a szövetragasztók bevezetése ezen a területen is. Különböző anyagokat vizsgáltak, mindenekelőtt a sebészet különböző területein már sikerrel alkalmazott histoakrylt, ami a porcragasztásban nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A sebészek a közelmúltban a humán fibrinben találták meg azt a ragasztóanyagot, ami

a porcsebzészetben is a legjobb eredményeket igéri.

A fibrinragasztó előnyei: 1. Alkalmazása technikailag egyszerű. 2. A kis vagy több kisebb darab is visszaragasztható. 3. Nem okoz további porckárosodást. 4. Nincs szükség, mint fémeltávolításnál, ismételt műtetre.

Hátrányaként említhető: 1. Csekély mechanikai szilárdsága miatt külső rögzítést igényel. 2. Nem hoz létre kompressziót. 3. Drága.

Pathophysiologia

Ez a fiziológiás szövetragasztó bár csekély mechanikai szilárdságot képvisel, de lehetővé teszi a fragmentum gyors revascularisatióját, amit a csontos gyógyulás követ. A vékony rétegben felvitt fibrin a fibrinolitikus folyamat ugyan hamarosan lebontja, de ezzel párhuzamosan a megnyílt subchondralis térből fibroblastokban és erekben gazdag kötőszövet benövését segíti elő, ami továbbra is biztosítja a replantátum finom lehorgonyzását (20, 21). Az erek mentén megindult osteogenesis eredményeként három hét után már megjelennek az első csontos hidak, és a teljes beépülés a hatodik hét után fejeződik be (2). A fibrinnek direkt hatása a csontosodási folyamatra nincs (20).

A replantált túlélő sejtek osteogenetikus képessége az idő múlásával fokozatosan csökken, ezért osteochondralis törésnél a műtéti ellátást a lehető

leggyorsabban el kell végezni (11). A csontos gyógyulás alapvető feltétele a replantátum mechanikai nyugalmanak biztosítása, ezért fibrinragasztás után 3 hétig külső rögzítés szükséges (2).

A rosszabb prognózis és más terápiás lehetőségei miatt fontos az osteochondralis töréstől megkülönböztetnünk a tiszta porcsebélyt. A hyalin porc csekély regenerációs képessége folytán a tiszta chondralis fragmentum beépülése problematikus.

A porcdefektust, ha az a subchondralis spongiósát is eléri, burjánzó kötőszövet tölti ki, ami biomechanikai ingerekre rostos porcszövetté alakul (4). A regenerációnak ezt a formáját használjuk fel a jól ismert Pridie felfúrással is. A felnőtt szervezet nem képes a defektust differenciált hyalin porccal pótolni (3, 4, 5).

Replantációnál a porcdarab beépülésének feltétele, hogy megnyíljon a subchondralis réteg, és abból fibroblastok a visszahelyezett porc bázisára juszanak (6, 21). Az így kialakult kötőszövetes kapcsolat elcsontosodása után a fragmentum stabilan rögzül. Ennek megfelelően a bázisán lenyíródott porcdarabot, ha az még vitális, refixálhatjuk.

A porcsejtek táplálkozása diffúzió útján történik a synovialis folyadékból, de két hét után a levált fragmentumban már olyan degeneratív folyamatok figyelhetők meg, amik a replantáció sikerét kétségessé teszik. Necrosis, dissectio következhet be, ami az ízületben már megindult patológiai változások progressziójához vezet (15, 19). Ezért két héten túl a szabad ízületi testként talált porcdarabot a porcseb megfelelő ellátása mellett eltávolítjuk.

Az „intrinsic” porcsebgyógyulás a növekedés befejezése után az irodalmi adatok szerint nem lehetséges (3, 4, 16, 18). Ezzel szemben intézetünk munkacsoportja állatkísérletben igazolt olyan elképzelést, hogy a fibrinnel ragasztott friss porcseb a csontgyógyulásból vett részgyógyulás analógiájára meggyógyulhat (22). A fibrin megakadályozza a sebszélek túlzott retrakcióját, és az így visszamaradt keskeny rést a chondrocyták aktív tevékenysége következtében előbb alapállomány tölti ki, majd kollagén rostok hidalják át, és végül abban cluster formációt utánzó sejtek is megjelennek (1. ábra).

A ragasztás technikája

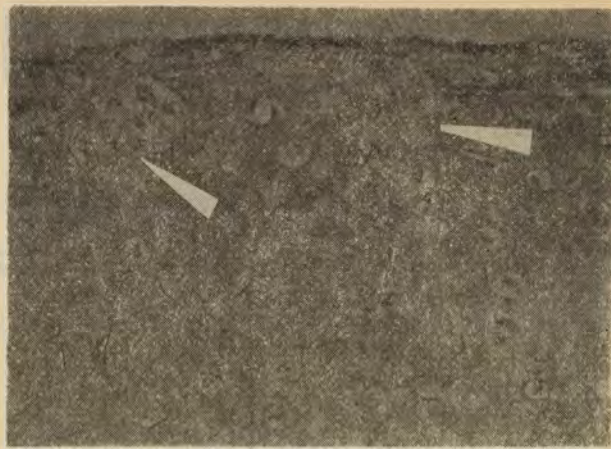
A fibrinragasztó* lényege a véralvadás mechanizmusából jól ismert utolsó lépcső, amikor a fibrinogén thrombin hatására Ca ion és XIII-as faktor jelenlétében fibrinné alakul.

A gyárilag kisserelt készítmény alapvetően két komponensből áll. A liofilizált magas koncentrációjú (75 mg/ml) natív fibrinogénből és bovin liofilizált thrombinből, amelyet calciumchloridban feloldva 500 IE/ml thrombint és 40 mMol/l calciumchloridot tartalmazó oldatot készítünk. A liofilizált fibrinogént az alvadás bekövetkeztével azonnal meginduló fibrinolitikus folyamat befolyásolására egy enzim inhibitor, az aprotinin különböző hígítású oldatával (100–3000 KIE/ml)** oldjuk fel, és azt 37°C-on inkubátorban a ragasztáshoz előmelegítjük.

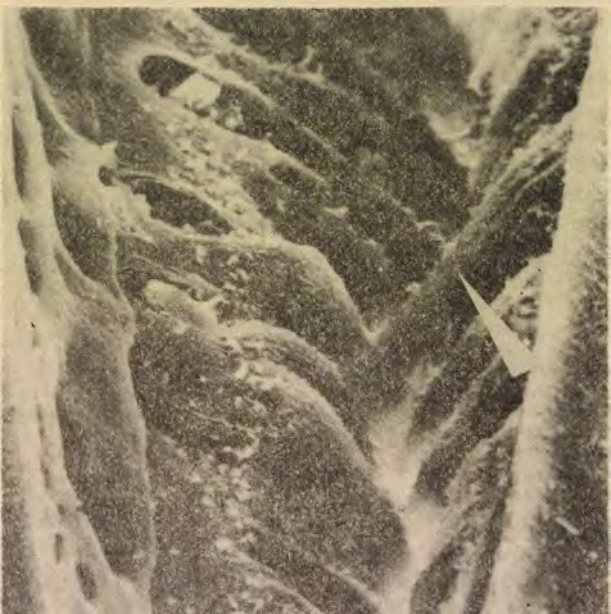
Az így nyert két oldatból külön-külön fecskendőbe egyenlő mennyiséget szívunk fel, és azokat egyenlő arányban, egyszerre csepegtetjük a ragasztandó felü-

* Mi a Tissucol^R, Immuno AG. Wien készítményt használtuk.

** Kallidinogenase Inaktivator Egység megfelelő 3333 Trypsin Inhibitor Egységnek.



1. ábra
a) „Intrinsic” porcsebgyógyulás. Felnőtt nyúl élesen ejtett, tiszta porcsebe 12 héttel a fibrinragasztás után.



b) Pásztázó elektronmikroszkópos felvételen jól látható, hogy a kollagén rostok a sebszéleket ismét áthidalják (1350:1).

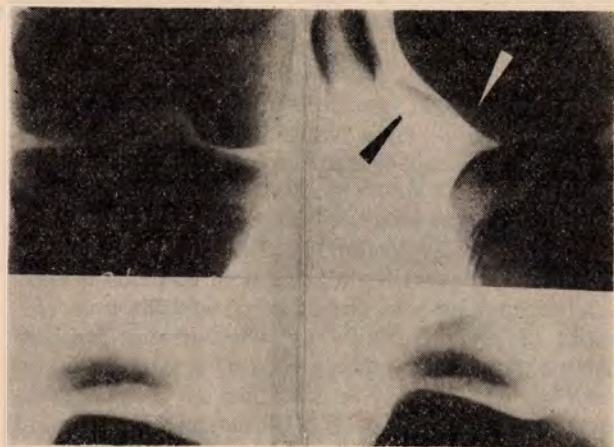
letre. 1 ml fibrin 8 cm² felület ragasztására elegendő. Az alvadás a két komponens elegyítésével azonnal bekövetkezik, ezért fontos, hogy a porcsebet jól előkészítsük, és a replantátumot még a ragasztás előtt az ágyába próbáljuk. A ragasztást gyorsan végezzük, és a visszahelyezett darabot legalább 3 percig kézzel fixáljuk. A kesztyűhöz történő tapadás elkerülésére célszerű azt benedvesíteni. A fibrin végleges szilárdságát mintegy 2 óra múlva éri el, de 10 perc után már elegendő mértékben kötődik, a sebzárás megkezdhető.

Klinikai alkalmazás

Az első irodalmi eredmények és saját kedvező kísérleti tapasztalataink alapján a fibrinragasztó alkalmazását az Országos Traumatológiai Intézetben, hazánkban elsőként, 1982 májusában kezdtük el.

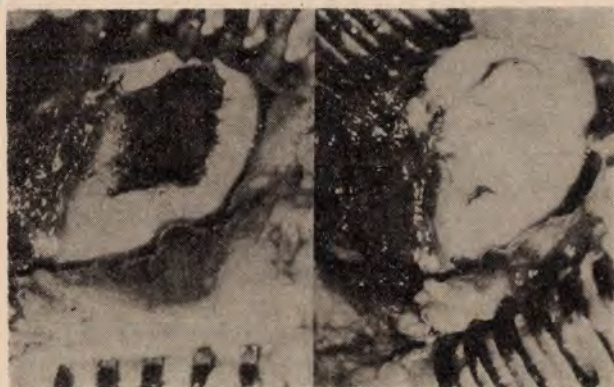
Az azóta eltelt 2 év alatt 32 friss sérültön 36 osteochondralis és porcsebélyt láttunk el, és ebből 10 esetben 14 fragmentum refixációjához használtunk fibrinragasztót.

	Esetszám	Fragmentumok száma
Femur lateralis condylus	4	5
Patella ízfelszín	2	2
Trochlea tali	1	1
Capitulum radii	2	5
Capitulum humeri	1	1
Összesen	10	14



2. ábra

a) A femur lateralis condylus terhelő felszínéről a patella traumás ficama következtében $2 \times 1,5$ cm-es osteochondralis fragmentum nyíródott le. A 60 és 90 fokos axialis felvételek a patella sublaxált helyzetét mutatják a repozíció után is.



b) Intraoperatív képen a porcseb ragasztás előtt és után.

A nagyobb osteochondralis darabokat, arra alkalmas esetekben kis csavarral vagy tűződróttal stabilizáltuk. A keskeny spongiosa héjat tartalmazó, de kiterjedt porcrésszel bíró vagy a bázisán tisztán lenyíródott porcdarabokat és a kisebb fragmentumokat is fibrinnel ragasztottuk vissza. A fibrinragasztó korlátozott mechanikai szilárdsága, és nyíróerők jelenléte miatt egy esetben a két módszer kombinációjára kényszerültünk. A replantátumot ragasztás után még tűződróttal is stabilizáltuk. Ilyen esetekben javasolja *Bandi* corticalis csapok használatát fémimplantátum helyett, hogy az ismételt feltárást elkerüljük.

Minden esetben a műtét korai elvégzésére törekedtünk, de annak időpontját meghatározta az esetünk egy részében késve felállított diagnózis. Így a



c) 5 hónappal a sérülés után teljes radiológiai konszolidáció, kongruens ízfelszín. A medialis retinaculum sérülés el látás eredményeként a patella a trochleában jól ül.



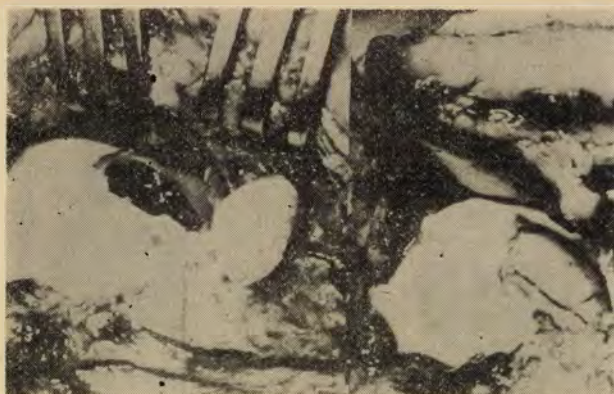
d) Az arthroscopia is kifogástalan porcsebgógyulást mutat.



3. ábra

a) Talus ventro-lateralis perem lemezes („flake”) törés.

baleset napján 3, az első héten 5, a második és harmadik héten 1-1 betegnél végeztük el a műtétet.



b) A sérülés helye és a lenyíródott darab fibrinragasztás előtt és után.

A lokalizáció szerinti megoszlást és a fragmentumok számát *táblázatunk* mutatja.

A könyök-, térd- és bokaizületben az osteochondralis és porcsérülés gyakran az ízület szalagsérüléseihez vagy ficamos töréséhez társul. Az ritkán izolált, ezért ilyen esetekben mindig gondolkunk kísérő porcsérülésre (7, 8, 12, 14, 23).

A sérülés mechanizmusának pontos ismerete nemcsak a diagnosztikát segíti, hanem befolyásolja a választandó műtéti módszert is.

A lateralis femurcondyluson észlelt 4 osteochondralis törésünk közül egy volt izolált, amely kompressziós-rotációs erőhatásra jött létre, míg a másik három a patella traumás ficamához szövődött (2. *ábra*).

A talus anterolateralis lemezes („flake”) töréséhez, mely esetünkben is típusos szupinációs traumára következett be, a ligamentum fibulo-talare anterius és a ventralis tokrés szakadása társult (3. *ábra*).

A könyökizületben észlelt eseteink közül egyben a radius fejecs véső törésénél a capitulum humeriról nyíródott le egy 1,5×1 cm-es porcdarab, míg a másikban a radialis-collateralis szalag sérülését kísérte a radius fejecs kiterjedt porcsérülése.

Fiatal sérültön a capitulum radii darabos törésénél is megkíséréljük a rekonstrukciót. Esetünkben a fődarabok osteosynthesise után az ízfelszínen porcdefektus maradt vissza, melyet az olecranonból vett spongiosával töltöttünk ki, majd a kis porcdarabok visszaragasztásával állítottuk helyre az ízfelszín kongruenciáját.

Eredményeink

10 betegnél 14 fragmentum ragasztását végeztük fibrinnel. Minden betegünket utánvizsgáltunk. Ennek átlagos ideje 11 hónap. Legrövidebb idő 2, leghosszabb 22 hónap volt. 6 eset utánvizsgálati ideje több mint 1 év.

Terhelésre jelentkező közepes fájdalomról 2 betegünk panaszkodott. Egyiken a lateralis femurcondyluson visszaragasztott osteochondralis fragmentum teljesen beépült, de az ellátatlanul hagyott medialis retinaculum sérülés az egyébként is hypoplasias patella subluxációjához vezetett, és emiatt ismételt műtétet tervezünk.

A másikon a talus lemezes („flake”) törés konzolidációja kis elbillenés mellett következett be, bár arthrosisra utaló jel 16 hónappal a sérülés után nem látható, de az panaszait mindenképpen magyarázza.

Mozgásbeszűkülést egy betegen észleltünk, aki 20 hónappal a sérülés után a könyökizületben még 20 fokos extenziós elmaradása van, a pro- és supinatio teljes. A rekonstruált darabos radiusfejecs konzolidációja után a subchondralis kontúr finom egyenetlenségeit praearthrosis jeleként értékeltük, bár a fiatal beteg jelenleg panaszmentes.

A radiológiai kép a többi esetben jó beépülést és kongruens ízfelszín mutatott.

Ízületi folyadékgyülemet vagy chondropathiára utaló klinikai jelet nem találtunk.

Egy esetünkben a capitulum humeriról következett be a visszaragasztott porcdarab teljes leválása. Ennek okát elsősorban a nem megfelelő, a replantátum teljes mechanikai nyugalmát nem biztosító külső rögzítésben feltételezzük. A dorsalis derékszögű gipszsin az alkar finom rotációs mozgásait megengedte. Azt csak a sebgyógyulás után cseréltük ki körkörösre, és így lehetővé vált a fibrin biztosította finom adhesio oldása, a porcdarab rediszlokációja. Miután az ízületben az mozgási akadályt nem képezett, csak a radius fejecsből történt fémeltávolítás kapcsán észleltük, ekkor már az avitális fragmentumot eltávolítottuk.

Utókezelés

A fibrinragasztó a replantált fragmentumnak csak adaptációs stabilitást biztosít, ezért az első csontos hidak megjelenéséig külső rögzítés is szükséges. Az izolált osteochondralis vagy porcsérülés esetén ennek időtartama 3 hét, majd elkezdjük a sérült ízület aktív tornáját. A statikailag is igénybe vett térd- vagy bokaizületet a sérülés helyétől és mértékétől függően 6–12 hétig tehermentesítjük. Kísérő sérülés az immobilizáció időtartamát meghosszabbíthatja.

Nem nagy esetszámunk mellett is és az említett szövődmények ellenére azt mondhatjuk, hogy a fibrinragasztóval jó tapasztalatokat szereztünk. Ezt megerősíteni látszik négy arthroscoppal ellenőrzött esetünk is, amikor hiánytalan beépülést találtunk. Hat betegünk maradéktalan restitúcióval gyógyult, és kilencnek a funkciója teljes.

IRODALOM: 1. *Bandi, W.*: Die retropatellaren Kniegelenkschäden. Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie. 1977, 4, 12, 61. — 2. *Braun, A., Heine, W. D., Schumacher, G.*: Die Bedeutung des subchondralen Knochens für die Behandlung osteochondraler Frakturen. H. Unfallheilk. 1983, 165, 82. — 3. *Burri, C., Mutschler, W.*: Das Knie. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1982. — 4. *Cotta, H., Puhl, W.*: Pathophysiologie des Knorpelschadens. H. Unfallheilk. 1967, 127, 1. — 5. *Farkas T.*: Az ízület porcsérülésének szerepe a posttraumás arthrosis kialakulásában. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1977. — 6. *Ganz, R.*: Isolierte Knorpelabscherungen am Kniegelenk. H. Unfallheilk. 1976, 127, 79. — 7. *Gaudernak, T.*: Der posttraumatische Haemarthros des Kniegelenkes — arthroscopische Abklärung der Ursachen. Unfallchirurgie, 1982, 8, 159. —

8. Glötzer, W., Benedetto, K. P.: Therapie der frischen osteochondralen Fraktur H. Unfallheilk. 1983, 165, 154.
9. Hesse, W., Hesse, I.: Kriterien zur Beurteilung des transplantationsbiologischen Erfolges bei der Knorpeltransplantation. H. Unfallheilk. 1983, 165, 40. — 10. Kaplonyi Gy., Fekete Gy., Salacz T.: A térdizület porc-sérülése. Előadás. 1982, Pécs. — 11. Kennedy, I. C., Grainger, E. W., McGraw, R. W.: Osteochondral Fractures from the femoral Condyles. J. Bone Joint Surg. 1966, 48 B, 436. — 12. Lies, A., Scheuer, I.: Therapie und Ergebnisse von traumatischen Knorpel-Knochenlasionen der Talusrolle. Akt. Traumatol. 1982, 12, 23. — 13. Muhr, G.: Der frische Knorpelschaden. H. Unfallheilk. 1976, 127, 59. — 14. Paar, O. és mtsai: Fibrinklebung frischer Knorpelverletzungen am Talus Akt. Traumatol. 1982, 12, 19. — 15. Paar, O., Strübig, W., Bennett, P.: Die Knorpelklebung am Kniegelenk. Eine klinische Nachuntersuchung Akt. Traumatol. 1984, 14, 15. — 16. Rorabeck, C. H., Bobeck, W. P.: Acute Dislocation of the Patella with Osteochondral Fracture.

J. Bone Joint Surg. 1976, 58 B, 237. — 17. Rupp G., Stemberger, A.: Fibrinklebung in der Orthopädie Med. Welt, 1978, 29, 766. — 18. Wagner, H.: Traumatische Knorpelschäden des Kniegelenkes. Orthopäde 1974, 3, 208. — 19. Wannske, M., Hesse, W., Rogge, D., Hesse, I.: Experimentelle Untersuchungen zur Frage des Zeitpunktes der Replantation osteochondraler Fragmente. H. Unfallheilk. 1976, 129, 365. — 20. Zilch, H., Friedebold, G.: Klebung osteochondraler Fragmente mit dem Fibrinkleber. Akt. Traumatol. 1981, 11, 136. — 21. Zilch, H., Friedebold, G.: Diagnostik und Therapie chondraler und osteochondraler Frakturen im Bereich oberen Sprunggelenkes. Unfallheilkunde. 1983, 86, 153. — 22. Zimmermann, I., Renner, A., Farkas, T.: Über die Möglichkeit einer primären „intrinsic“ Knorpelheilung. Előadás. Lausanne, 1983. — 23. Zwick, H., Oestern, H. J.: Die Knorpelläsion am oberen Sprunggelenk — Eine häufig verkannte Verletzung? H. Unfallheilk. 1983, 165, 241.

(Kaplonyi György dr., Budapest, Baross u. 23—25. 1088)

PHLOGOSAM hab

ÖSSZETÉTEL:

2,80 g natrium samarium disulfosalicylicum-tetrahydricum,
(2,5 g natrium samarium disulfosalicylicum anhydricum alakban.)
2,08 g lidocainum, 0,82 g dexpanthenolum, 90 g-os flakonban.

JAVALLATOK:

I. fokú és felületes II. fokú égési sérülések nyílt seb kezelése, dermatitis solaris, kontakt ekcéma, dermatitis artificialis, toxicoderma, ulcus crurishoz társuló ekcéma, felületes thrombophlebitis adjuváns kezelése. A habkezelés előnye a kenőcs alkalmazásával szemben, hogy a fájdalmas felületet nem szükséges érinteni. Ennek főleg az égési sérüléseknél van jelentősége.

ELLENJAVALLAT:

A törzs és a végtagok körkörös sérülései (ilyenkor ugyanis a nyílt seb kezelése nem megoldható).

ALKALMAZÁS:

Az I. fokú égési seb egyszerű befújása elegendő, a II. fokú égési sérülést 6—7 napon keresztül szükséges 3 óránként befújni. Egyéb esetekben naponta 2—4-szeri alkalmazása szükséges. Használat előtt felrázandó! A flakont lehetőleg függőleges helyzetben a szeleppel felfelé tartjuk és a habot 3—4 cm távolságból a kezelendő felületre juttatjuk.

MEGJEGYZÉS: ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

1 flakon (90 g)

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

QH

2243

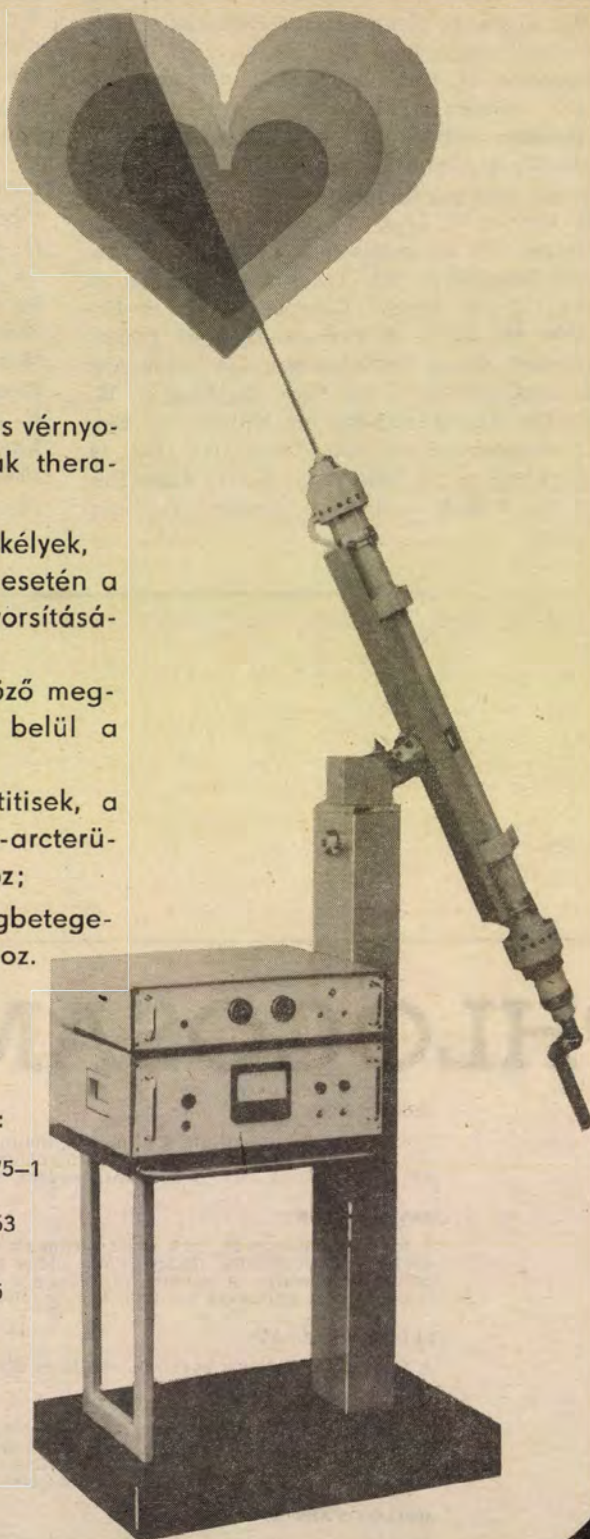
A LÉZERSUGÁR – MINT TOBB MEGBETEGEDÉS GYÓGYMÓDJA

A „Jagoda” és az LG-75-1 típusú 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

KAPU EMILIA DR.,
DARÓCZY JUDIT DR.
ÉS WALCZ ERZSÉBET

Erythema dyschromicum perstans (Ashy dermatosis)

Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet
(főigazgató-főorvos: Gorács Gyula dr.)
Bőrgyógyászati Osztály (főorvos: Török Éva dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Rácz István dr.)
II. Gyermekklinika (igazgató: Schuler Dezső dr.)

A szerzők tíz, részben szövettani és elektronmikroszkópos vizsgálattal igazolt gyermekkori erythema dyschromicum perstans esetet ismertetnek. Két betegben lineáris elrendeződést mutattak a hamuszürke léziók. Négy gyermeknél gyakori urticaria, egy-nél asthma bronchiale szerepel az anamnézisben. Egy esetben diabetes mellitus manifesztációjával egy időben jelentkeztek a bőrtünetek. Vizsgálataik során csökkent lymphocyta-funkciót találtak. Az alkalmazott immunstimuláns kezelés kedvező hatása alapján a betegség kialakulásában és fenntartásában szerepet tulajdonítanak a csökkent lymphocyta-funkciónak. Öt betegük spontán gyógyult. Magyarországon az első erythema dyschromicum perstans eseteket ismertető közlemény.

Erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis). The authors describe 10 cases of erythema dyschromicum perstans in childhood. The disease was confirmed partly by histological and electron microscopic examinations. Ash-coloured lesions showed linear array in 2 patients. In 4 children urticaria was frequent and bronchial asthma was found in the history of 1 child. In 1 case the skin symptoms appeared simultaneously with the manifestation of diabetes mellitus. Decreased lymphocyte function was observed. On the basis of the favourable effect of immune stimulant therapy the decreased lymphocyte function is considered to play a role in the development and maintenance of the disease. Five patients recovered spontaneously. This is the first publication in Hungary dealing with erythema dyschromicum perstans cases.

Ramirez 1957-ben „los cenicientos” néven írta le a kórképet (cit.: 3, 6, 9, 10, 18, 20). Az elnevezés (los cenicientos, dermatosis cenicienta, ashy dermatosis) utal a bőrelváltozások jellegzetes hamuszürke színére. 1961-ben *Convit, Sulzberger* nyomán az Erythema dyschromicum perstans (továbbiakban EDP) elnevezést javasolta, és ez vált általánossá (1).

Az EDP klinikailag igen jellegzetes betegség (1. ábra). A léziók mint hamuszürke foltok jelentkeznek, melyeket gyakran 1–2 mm széles, kissé kiemelkedő, oedémás, erythemás szegély határol (1, 3, 6, 9, 17, 19). Ez a szegély — ha jelen van — néhány hónap múlva eltűnik. Kezdetben enyhe viszketés kísérheti a bőrjelenségeket (3, 9). A bőrön oválistól szabálytalan polycyklikus alakig lassan, periferián növekvő léziók láthatók (6), melyek az egész testfelszínt érinthetik, kivéve a tenyereket, talpakat, hajas fejbőrt, körmöket (9, 13, 17). Leggyakrabban lokalizáció a törzs, karok, nyak, arc. Ritkán lineáris elrendeződést mutatnak a foltok (11). Nincs különbség a fénynek kitett és fénytől védett területek között (9). A jelenségek számban és nagyságban fokozatosan növekednek, gyulladáshoz shubok nélkül. Nem társul semmilyen kimutatható belső-

szervi eltéréshez, de a bőrtünetek megjelenése riasztó (19). Mindkét nemet érinti, életkortól független (6, 10). Gyakoribb a latin-amerikai populációban, bár eseteket az egész világ területéről közölnek, az utóbbi években szaporodó számban (8, 19).

A szövettani és ultrastrukturális kép jellegzetes, de nem kórjelző (6). Az első elektronmikroszkópos vizsgálatokat 1969-ben (16), az első immunfluorescens eredményeket 1980-ban közölték (5).

A betegség etiológiája ismeretlen (6, 9, 13). Hatásos kezelés a közlemények szerint nem ismert (3, 6, 13, 14). Az esetek egy részében spontán gyógyulás tapasztalható (2, 11, 12).

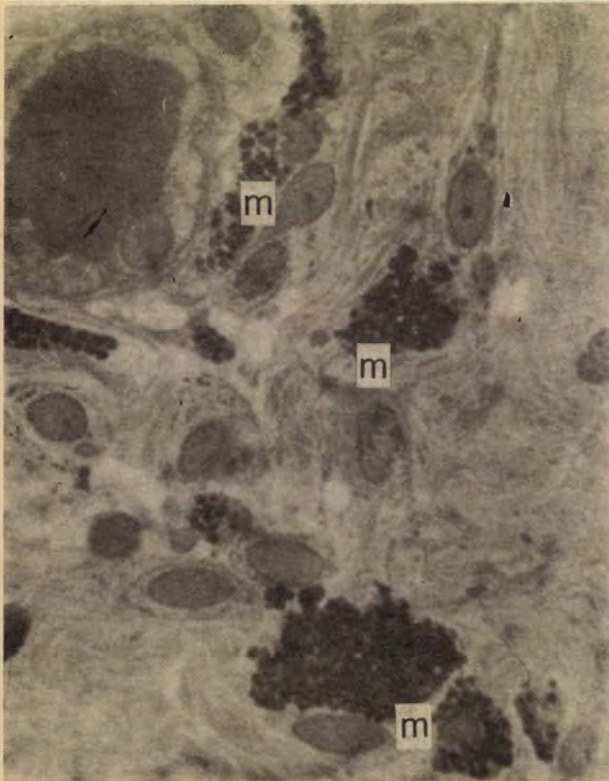
Jelen munkánkban tíz EDP-ben szenvedő gyermek megfigyeléséről és az alkalmazott immunstimuláns kezelés kedvező hatásáról számolunk be, és szeretnénk felhívni a figyelmet erre a viszonylag ritka kórképre.

Eseteink

Kezelésünk alatt 10 beteg állt: 6 fiú, 4 leány. A bőrtünetek megjelenésekor a legfiatalabb beteg 2 éves leány volt (5. eset), a legidősebb 12 éves fiú (7. eset). Két fiúnál (4., 6. eset), lineáris elrendeződést mutattak a hamuszürke foltok. Négy beteg (1., 2., 3., 4. eset)



1. ábra: A bőrön különböző nagyságú ovális hamuszürke foltok.

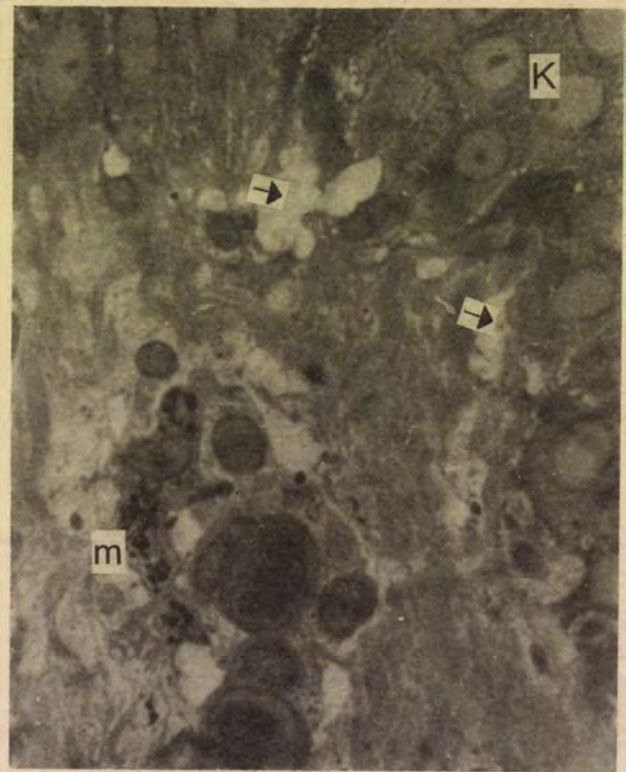


2. ábra: Dermális kapillaris körül pigmentzemcsével zsúfolásig telt melanophagok (m) láthatók. (Eponba ágyazott, félvékony metszet. Toluidinkék festés, 1000 \times .)

anamnézisében gyakori urticaria, egynél (10. eset) asthma bronchiale szerepel. Hét gyermeknél kisdedkorban gyakran zajlott tonsillitis és otitis. Egy leánynál a bőrtünetek megjelenésekor manifesztálódott diabetes mellitus, mely diétával egyensúlyban tartható (8. eset). Két gyermek (2., 9. eset) a hamuszürke foltok miatt haemorrhagiás diathesis gyanújával haematológiai osztályra került. A helyes diagnózist a bőrgyógyászati konzílium állította fel, melyet a negatív laboratóriumi leletek alátámasztottak.

Szövetteni vizsgálatok: Hét gyermeknél történt szövettani vizsgálat (1., 2., 3., 4., 6., 7., 10. eset), hat gyermeknél (1., 2., 3., 4., 6., 7. eset) elektronmikroszkópos vizsgálat is. **Fénymikroszkópos vizsgálati eredmények:** A hám bazális rétege vacuolus degenerációt mutat. A papillaris rétegben és az irha felső harmadában a véreerek kissé tágultak, körülöttük néhány lymphocita és nagy mennyiségű melanin-pigmentet tartalmazó melanophag látható (2., 3. ábra).

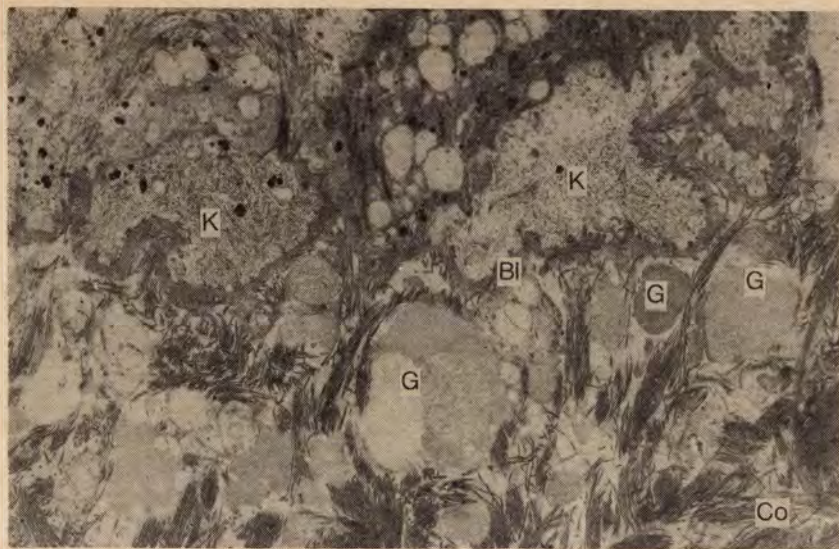
Elektronmikroszkópos vizsgálati eredmények: A str. Malpighi alsó rétegeiben és a bazális keratinocytákban a cytoplasma oedémás, a desmosomák száma megkevesbedett. A hámsejtekben számos különböző



3. ábra: A bazális keratinocyták (K) hydropikus degenerációja (nyilak) látható. A dermális kapillaris körül melanophag (m) észlelhető. (Eponba ágyazott, félvékony metszet. Toluidinkék festés, 1000 \times .)

nagyságú, membránnal határolt vacuolum. A bazális lamina anyaga kiszélesedett, alatta szalagszerűen elhelyezkedő globulusok láthatók, melyek az oedémásan kissé fellazult kötőszövet kollagén rostjai között helyezkednek el. A globulusokban helyenként pigmentzemcsék is fellelhetők. Az irha felső és középső harmadában fibrillaris, pigmentet tartalmazó colloid testek is megfigyelhetők (4., 5. ábra).

A pigmentált foltokból 6 betegnél (1., 2., 3., 4., 5., 6. eset) végeztük el rutinmódszerrel a bőr *direkt immunfluorescens* vizsgálatát. Vizsgáltuk az IgA, IgG, IgM és a komplement esetleges jelenlétét. Egy betegnél (6. eset) negatív eredményt kaptunk. Öt esetben az epidermis alatt élénken fluoreszkáló IgM pozitív rögöket észleltünk, melyek a degenerált keratinocytáknak feleltek meg. Eseteinkben az IgM pozitivitás mértéke a pigmentáció intenzitásával mutatott párhuzamot.



4. ábra: A bazális keratinocyták (K) plazmája kissé oedemás, vacuolizált. A bosalis lamina (Bl) kiszélesedett, alatta a keratinocyták degenerációjából származó globulusok (G) láthatók a kötőszövet kollagén (Co) rostjai között. (Nagyítás: 2500x).

Laboratóriumi vizsgálatok: (teljes vérkép, süllyedés, vizelet, májfunkció, SGOT, SGPT, elfo, immunelfo, ANF) kóros eltérést nem mutattak. Férgeességet többszöri vizsgálattal sem tudtunk kimutatni. Gócvizsgálatok negatív eredményt adtak. Esetleges környezeti ártalmat sem tudtunk igazolni. Betegeinknél *lymphocytá funkciós vizsgálatokat* végeztünk (táblázat). A „Gyógyultak” (8., 9., 10. eset) vizsgálata a bőrtünetek elmúlása után 3, ill. 8 évvel történt.

A tuberculin-próba (5IE-vel végezve) őt — a vizsgálat idején még beteg — gyermeknél elvégezve negatív, míg az egy gyógyult esetén pozitív volt.

DNCB-vel három betegnél nem tudtunk szenzibilizációt elérni, három beteg pedig csak magas dózisu DNCB-vel volt szenzibilizálható. A negatív tuberculin-próba és a DNCB szenzibilizáció hiánya csökkent lymphocytá-funkcióra utal.

In vitro vizsgálatok: A „B” és a „T” lymphocyták



5. ábra: Dermális melanophag magja (N) körül a teljes cytoplazmát és a sejt nyúlványát is kitöltő pigmentrögök. (Nagyítás: 4800 x)

száma normális. Az aktív „T” lymphocytá-szám a vizsgálat idején még beteg gyermekeknel kifejezetten csökkent, szemben a gyógyult gyermekeknel. Egy — a legkiterjedtebb és legmakacsabb esetünkben (1. eset) — a helper „T”-szám is csökkent. In vitro lymphoblastos transformatió mitogénekkal $^3\text{H-TdR}$ -felvétel alapján kapott eredmények: Betegeinknél a jelzett mitogénekekkel szemben jelentősen csökkent reaktivitást találtunk. A gyógyult betegeknél ezen vizsgálatok közel normális eredményt adtak, az immunstatus lényeges javulását találtuk.

Kezelés: Az immunológiai vizsgálatok eredménye alapján 5 beteg (1., 2., 3., 4., 5. eset) immunstimulálás céljából Decaris kezelésben részesült (5 héten keresztül hetenként 2×50 , ill. 100 mg). Helyileg hydroquinon-RetinA-steroid tartalmú kenőcsöt használtak. Három hónap múlva 3 gyermek (2., 3., 4. eset) gyógyultan jelentkezett kontrollvizsgálaton (betegségük 3, 1 1/2, ill. 1 éve állt fenn). Egy beteg (5. eset) jelentősen javult. Egy fiú (1. eset), a legintenzívebb és legkiterjedtebb bőrtüneteket mutató beteg (1. ábra), csak mérsékelten javult, ezért 12 napon keresztül napi 4×2 tbl. Isoprinosin szedését javasoltuk, a lokális kezelés folytatása mellett. Újabb 3 hónap elteltével a foltok számban és kiterjedésben csökkentek, színük halványodott, különösen a felső testfelen.

Megbeszélés

Az EDP a hamuszürke foltok alapján klinikailag is könnyen felismerhető betegség. Jellegzetes a hamuszürke szín, ritka a barnás árnyalat. A színt ugyanis a dermis felső harmadában megrekedt és ismeretlen ok miatt persistáló melanin-rögöket tartalmazó melanophagok okozzák (14, 19). A folyamat lényege a bazális epiderma-sejteket érő károsodás, ún. immun-attack. Valamilyen ismeretlen faktor hatására a bazális keratinocyták jellegzetes vacuolá degenerációt szenvednek, ill. rapid degeneráció következtében a dermisbe „csöpögnek vagy hullanak” (apoptosis) (14). A dermis felső harmadában érköri minimális lymphocytá, histiocytá, ill. macrophag beszűrődés észlelhető. Ennek a bazális sejteket érintő történésnek az elnevezése: lichenoid reakció (9, 12, 19).

A lymphocita funkciós vizsgálatok eredménye

	PPD DNCB szenzibilizáció (ug)						B-ly. és T-ly. (%)	T-lymphocita			PHA (ug/ml)		PWM Con-A (ug/ml)			
	(5 IE)	20	10	5	2,5	1,25		0,625	Aktív	Helper	Suppr.	1,67	5	25	12,5	25
1. B. Zs. neg. ♂	—	—	—	—	—	—	norm.	csökkent	csökkent	norm.	—		↓			
2. O. I. neg. ♂	+	—	—	—	—	—	norm.	csökkent	norm.	norm.			↓			
3. T. M. neg. ♂	—	—	—	—	—	—	norm.	norm.	norm.	norm.			↓			
4. P. A. neg. ♂	—	—	—	—	—	—	norm.	csökkent	norm.	norm.		↓	↓			
5. K. É. neg. ♀	+	+	+	—	—	—	norm.	csökkent	norm.	norm.	—		↓		—	
6. B. A. ♂							norm.	csökkent	norm.	norm.	↓					
7. B. J. ♂							norm.	norm.	norm.	norm.	—	—	—	—		
G Y Ó G Y U L T A K																
8. B. Sz. ♀								norm.			—	—	—	↓		
9. S. T. ♀								csökkent			↓	—	↓	—	—	
10. T. K. poz. ♀	+	—	—	—	—	—		norm.			↓	—	—	—	—	

Jelölések:
 DNCB-vel szenzibilizálható: +
 DNCB-vel nem szenzibilizálható: —
 Stimulációs index: 1 alatt: |||
 1–5-ig: || 5,1–10-ig: + 10 felett: — (norm. érték)

Norm. értékek:
 B-lymphocita arány: 9% ± 3%
 T-lymphocita arány: 65% ± 16%
 Aktív T-lymphocita arány: 25% ± 5%
 Helper T-lymphocita arány: 45% ± 10%
 Suppressor T-lymphocita arány: 28% ± 8%
 A hiányzó jelöléseknél vizsgálat nem történt.

A betegség etiológiája ismeretlen. A szerzők feltételeznek endokrin-zavart (6, 9, 15, 20), infekciót (6), toxikus gyógyszerhatást, felvetik nutritív allergén szerepét (8). Leírták *Trichiuris trichiura* fertőzéshez társulva (18). Észlelték gócfertőzés, immunizálás után (6), ammonium-nitrát evése során (4). Feltételeznek különböző, eddig még nem identifikált környezeti ártalmat, mely a predisponált személyek ilyen sajátos elváltozását eredményezi (12). A felsorolt kóroki tényezőket saját betegeinknél nem tudtuk bizonyítani, bár egy gyermek (2. eset) bőrtüneteinek megjelenését lázas betegség előzte meg, másik gyermeknél (8. eset) az EDP kialakulásával egy időben manifesztálódott diabetes mellitusa.

Figyelmet érdemel, hogy 10 betegünk közül 4-nél (1., 2., 3., 4. eset) szerepel az anamnézisben gyakori urticaria, egy betegnél (10. eset) asthma bronchiale. *Person* (10) említi urticaria és allergiás rhinitis társulását. Hét gyermeknél kisedekorban gyakran zajlott tonsillitis, otitis.

A laboratóriumi vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak, megegyezően az irodalmi közlésekkel (1, 4, 9, 10, 11, 13, 19, 20).

Betegeinknél az elvégzett lymphocita-funkciós vizsgálatok meglévő bőrtünetek esetén csökkent funkcióra utalnak, gyógyult betegeinknél közel normális eredményt adtak (lásd táblázat). *Köstler* (7) egy betegnél végzett hasonló vizsgálatot, eltérést nem észlelt.

Fenti eredményeink alapján az alkalmazott immunstimulans-kezelés hatására három betegünk-nél (2., 3., 4. eset), a már évek óta fennálló bőrtüne-

tek 3 hónap alatt gyógyultak, két beteg jelentősen javult (1., 5. eset).

Öt gyermek EDP-je aránylag rövid (1/2—1 1/2 év) fennállás után spontán gyógyult, közülük egynek (6. eset) linearis léziói voltak, hasonlóan *Paltsi* (11) közléséhez.

A diagnózis — ha gondolunk a betegségre — nem nehéz. A hamuszürke foltok azonban számos differenciáldiagnosztikai problémát vehetnek fel. Szóba jön fix gyógyszerexanthema (gyulladásos shubok ismétlődnek), pityriasis rosea (hyperaemiás, hámló plakkok), urticaria pigmentosa (Darier-jel), lichen ruber planus (viszketés, nyálkahártya-tünetek). Linearis elrendeződés esetén linearis naevustól vagy lichen striatustól különítendő el. Két betegünk beküldő diagnózisa haemorrhagiás diathesis volt (nem szürke foltok, más lokalizáció).

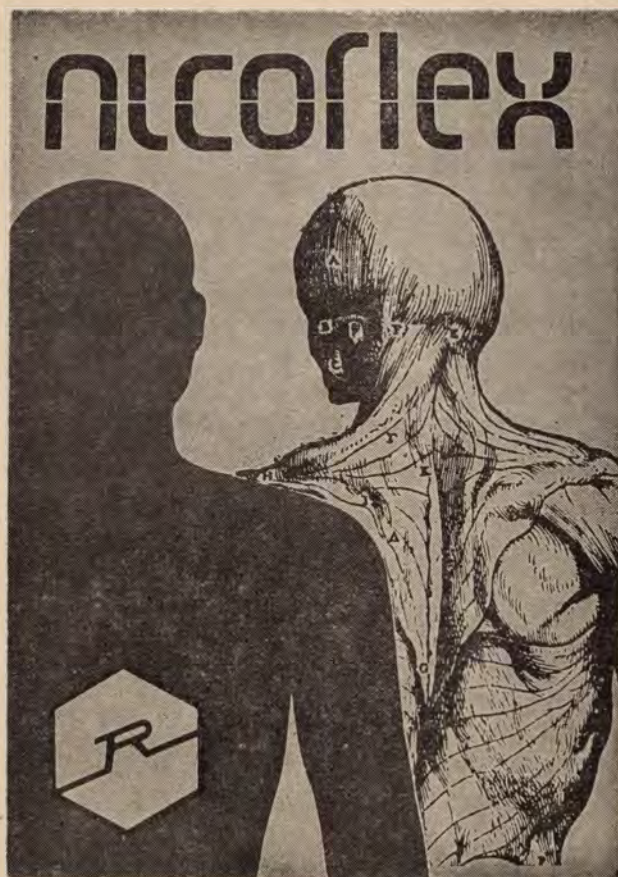
Hazánkban tudomásunk szerint EDP-vel foglalkozó közlemény még nem jelent meg. Munkánkkal felhívjuk a figyelmet erre a viszonylag ritka kórképre, mely az irodalmi közlések szerint világszerte egyre szaporodó számban jelentkezik. Az észlelt cellularis immunitás-csökkenésnek szerepet tulajdonítunk a betegség kialakulásában és fenntartásában, melyet alátámaszt az alkalmazott immunstimulans-kezelés kedvező hatása is.

IRODALOM: 1. *Convit, J. és mtsai:* Erythema dyschromicum perstans. *J. Invest. Dermatol.* 1961, 36, 457—462. — 2. *Drobnitsch, I., Schmidt, G.:* Ashy dermatosis. Magyar Dermatológiai Társulat tudományos ülése. Budapest, 1983. október 28. Betegbemutató. — 3. *Inoue, S. és mtsai:* Erythema dyschromicum perstans. *J. Dermatol.* 1981, 8, 487—492. — 4. *Jablonska, S.:* In-

gestion of Ammonium Nitrate as a Possible Cause of Erythema dyschromicum perstans (Ashy Dermatitis). *Dermatologica*, 1975, 150, 287—291. — 5. Kark, E., Litt, J.: Ashy Dermatitis — A Variant of Lichen Planus? *Cutis*, 1980, 25, 631—633. — 6. Knox, J. M., Dodge, B. G., Freeman, R. G.: Erythema dyschromicum perstans. *Arch. Dermatol.* 1968, 97, 262—272. — 7. Köstler, E.: Erythema dyschromicum perstans. *Derm. Mschr.* 1983, 169, 322—327. — 8. Möller-Vietheer, M., Goss, M.: Erythema dyschromicum perstans. *Hautarzt*. 1977, 28, 539—541. — 9. Naidorf, K. F., Cohen, S. R.: Erythema Dyschromicum Perstans and Lichen Planus. *Arch. Dermatol.* 1982, 118, 683—685. — 10. Person, J. R., Rogers, R. S.: Ashy dermatosis. *Arch. Dermatol.* 1981, 117, 701—704. — 11. Palatsi, R.: Erythema dyschromicum perstans. *Dermatologica*. 1977, 155, 40—44. — 12. Pinkus, H.: Lichenoid Tissue Reactions. *Arch. Dermatol.* 1973, 107, 840—846. — 13. Ramirez, O.: The Ashy Dermatitis (Erythema Dyschromicum Perstans) — Epidemiological Study and Report of 139 Cases. *Cutis*. 1967, 3, 244—247. — 14.

Sanchez, N. P. és mtsai: Circumscribed Dermal Melanoses: Classification Light, Histochemical, and Elektron Microscopic Studies on Three Patients with the Erythema Dyschromicum Perstans type. *Int. J. Dermatol.* 1982, 21, 25—31. — 15. Schneider, I. és mtsai: Ashy-Dermatose — ein Fall mit spontaner Involution der Hauterscheinungen. *Z. Hautkr.* 1983, 58, 113—120. — 16. Soter, N. A., Wand, Ch., Freeman, R. G.: Ultrastructural pathology of Erythema dyschromicum perstans. *J. Invest. Dermatol.* 1969, 52, 155—162. — 17. Spottsville, F., Jacobs, P. H., Moss, E.: Dermatitis ceciciencia. *Cutis*. 1975, 15, 697—699. — 18. Stevenson, J. R., Miura, M.: Erythema dyschromicum perstans (Ashy Dermatitis). *Arch. Dermatol.* 1966, 94, 196—199. — 19. Tschen, J. A. és mtsai: Erythema dyschromicum perstans. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1980, 2, 295—305. — 20. Varga M., Endrődi K., Nagy É.: Az erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis) klinikuma és patológiája. Magyar Dermatológiai Társulat tudományos ülése (előadás). *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1982, 58, 132.

(Kapu Emília dr., Budapest, Üllői út 86., 1958.)



kenőcs

V OOO Antirheumatica
mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulac-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishoz csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthrit (rheumatoid arthrit), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladásos aktív szaka.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4—5 cm csíkot a sportoló gyűrűsakar a bőrbe dörzsölünk.

MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csipős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kapható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus

TÉRÍTÉSI DÍJ:

5,— Ft/tubus

Gyártja: „REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest



FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleicum tablettánként.

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

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

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

MELLEKHATASOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYOGYSZER-KOLCSONHATÁS

Ovatosan 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

FUZI MIKLÓS DR.
ÉS BOGNAR ÁGOTA DR.

Penicillináz-termelő *Neisseria gonorrhoeae* izolálása külföldi férfibetegből

Országos Bőr-Nemikórtani Intézet (igazgató: Rác István dr.)
Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet, Dermatológiai Szakfelügyelet
(főorvos: Kovács László dr.)

Egy külföldi férfibeteg gonorrhoeás húgycsőgyulladásából penicillináz-termelő *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) törzset tenyésztettek. A beteg előzőleg a Közel-Keleten tartózkodott, a fertőzés helyét és forrását nem sikerült megállapítani. A törzs rezisztens volt penicillinre és ampicillinre, mérsékelt érzékenységet mutatott methicillinre és oxacillinre, de érzékeny volt spectinomycinre, tetracyclinre, chloramphenicolra, erythromycinre, oleandomycinre, cephaloridinre, streptomycinre, kanamycinre, neomycinre, gentamicinre, nalidixsavra és rosoxacinra. A beteg Trobicinre (Spectinomycin hidroklorid) gyógyult. Tudomásunk szerint ez az első megfigyelt penicillináz-termelő gonococcus előfordulásáról Magyarországon

Isolation of penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae in a foreign male patient. From the gonorrhoeal urethritis of a foreign male patient penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) strain was cultured. The patient has stayed previously in the Near East, however, the site and source of the infection could not be established. The strain was resistant to penicillin and ampicillin. It showed moderate sensitivity to methicillin and oxacillin but a pronounced sensitivity was detected to spectinomycin, tetracycline, chloramphenicol, erythromycin, oleandomycin, cephaloridine, streptomycin, kanamycin, neomycin, gentamicin, nalidixic acid and rosoxacin. On Trobicin (Spectinomycin hydrochloride) treatment the patient has recovered. As far as we know this was the first PPNG occurrence in Hungary.

A *Neisseria gonorrhoeae* hosszabb időn át a penicillinre igen érzékeny baktériumok közé tartozott, de újabban egyre gyakoribb a kromozómás és plazmidos típusú rezisztencia (19). A plazmidos rezisztencia penicillináz (beta-laktamáz) termeléssel jár.

Az első penicillináz-termelő gonococcusokat (PPNG) 1975-ben tenyésztették a Fülöp-szigeteken és 1976-ban már az USA-ban és Angliában is megjelentek. Azóta minden kontinensen megfigyeltek beta-laktamáz pozitív törzsek által okozott sporadikus vagy járványos gonorrhoea-eseteket és Kelet-Ázsiában, Nyugat-Afrikában, Észak-Amerikában, Angliában és Hollandiában endémiás göcök alakultak ki (1–4, 9, 10, 12, 13, 15–22). A rezisztencia jelentőségét jól tükrözi, hogy a Kelet-Ázsiából hazatérő amerikai katonák gonorrhoeájában a PPNG gyakorisága elérte az 59%-ot és a Fülöp-szigeteken prostituáltakból 20–44%-ban tenyésztettek penicillint bontó törzseket (20).

A hazai gonococcusok között eddig nem észleltünk penicillináz-termelést, csupán kromozómás típusú toleranciafokozódást (5, 6, 7). 1983 őszén azonban egy átutazó külföldi férfi gonorrhoeás

urethritiséből beta-laktamáz termelő törzset izoláltunk, és erről számolunk be a következőkben.

Esetismertetés

R. N. 28 éves férfi, külföldi állampolgár, 1983. szeptember 2-án érkezett Budapestre a Közel-Keletről. Szeptember 20-án gennyes húgycsőfolyással jelentkezett az ügyeletes orvosnál, aki urethritis gonorrhoeica-t diagnosztizált és 3 ME Retardillint (benzylpenicillin-procainum) fecskendezett be intramuscularisan. Másnap újra felkereste az ambulanciát, és mivel tünetei nem csökkentek és a húgycsőváladék gonococcus-pozitív volt, ismét penicillin-kezelésben részesült. Intramuscularisan 3 ME Retardillint és per os 1 g Benemid (probenecid) tablettát kapott. Szeptember 22-én jelent meg ellenőrző vizsgálaton, azonban az erősen purulens váladék változatlanul nagyszámú gonococcust tartalmazott.

A mikrobiológiai vizsgálat szeptember 22-én történt. A húgycsőváladékból szintenyészetben *Neisseria gonorrhoeae* nőtt ki *Amies-Garabedian* táptalajon, amelyet lincomycin és colistin korongokkal tettünk szelektívvé (8). Az inkubálást 37 °C-on 5% CO₂ atmoszférában végeztük 48 óráig. Véres agaron, csokoládé agaron, *Klimmer*-táptalajon és *Roiron*-trichomonas táptalajon más baktérium, sarjadzó gomba vagy *Trichomonas vaginalis* nem fejlődött és mikroszkóposan sem volt látható a váladékból készült natív készítményben és Gram szerint festett kenetben. A törzset a következő

Antibiotikum korong	gátlási zóna átmérő mm-ben	Antibiotikum korong	gátlási zóna átmérő mm-ben
penicillin 3 IE	—	chloramphenicol 30 µg	42
ampicillin 20 µg	—	tetracyclin 30 µg	31
methicillin 20 µg	17	cephaloridin 10 µg	28
oxacillin 10 µg	13	erythromycin 10 µg	42
streptomycin 30 µg	24	oleandomycin 30 µg	38
kanamycin 30 µg	25	nalidixsav 30 µg	26
neomycin 100 µg	30	rosoxacin 5 µg	24
gentamicin 20 µg	27		

módszerekkel identifikáltak: Gram-festés, szaporodóképesség agar, véres agar lemezekon, *Amies*—*Garabedian*-táptalajon és bouillonban szobahőn, 37 °C-on, aerob és 5% CO₂ atmoszférában, oxidáz- és katalázteszt, cukorbontás és Phadebact Gonococcus Test. A törzs típusos volt és néhány átoltás után aerob is fejlődött *Amies*—*Garabedian*-táptalajon.

Az antibiotikum-érzékenységet Resistest papírkorong módszerrel (Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Budapest) határoztuk meg. A törzs 48 órás szilárd táptalajon nőtt telepeiből bouillonban kb. 10⁸ csíra/ml sűrűségű szuszpenziót készítettünk, és ebből szélesztettünk vattapálcával *Amies*—*Garabedian*-táptalaj felszínére. Az eredményt 48 órás 37 °C-os inkubáció után olvastuk le (*l. táblázat*). Látható, hogy a törzs penicillinre és ampicillinre rezisztens, oxacillinre és methicillinre mérsékelten érzékeny volt, de érzékenynek bizonyult tetracyclinre, chloramphenicolra, erythromycinre, oleandomycinre, cephaloridinre, streptomycinre, kanamycinre, neomycinre, gentamicinre, valamint nalidixsavra és rosoxacinra.

A spectinomycin hidroklorid és penicillin minimális gátló koncentrációit lemezhegítős módszerrel vizsgáltuk. Az antibiotikumokat steril deszt. vízben oldottuk fel és *Amies*—*Garabedian*-táptalajban felező hígítási sori készítettünk. A beoltás kb. 10⁶ csíra/ml sűrűségű gonococcus szuszpenzióból történt kaccsal szektorszerűen és az eredményt 48 órás aerob inkubáció után olvastuk le. A spectinomycin hidroklorid minimális gátló koncentrációja 2,5 µg/ml volt, ami nagyfokú érzékenységnek felel meg. A penicillin minimális gátló koncentrációja viszont 10 IE/ml volt, ami klinikai szempontból rezisztenciát jelent.

A penicillináz (beta-laktamáz) aktivitást *Ødegaard* és *Jensen* biológiai módszerével, valamint *Jorgensen*, *Lee* és *Alexander* kémiai eljárásával vizsgáltuk (11, 16). A törzs mindkét technikával penicillináz-aktivitást mutatott.

A beteg a mikrobiológiai váladékvétel után rögtön 2g Trobicint (spectinomycin hidroklorid) kapott intramuscularisan és tünetmentes lett. Ez összhangban áll a későbbiekben elvégzett in vitro rezisztencia vizsgálat eredményével, amely spectinomycin-érzékenynek mutatta a kórokozót. Ellenőrző mikrobiológiai vizsgálatra azonban már nem nyílt lehetőség, mert rögtön tovább utazott külföldre.

Megbeszélés

A penicillináz-termelő gonococcusok terjedése egyre több területen jelent problémát. Európában eleinte csak behurcolt sporadikus fertőzéseket vagy kisebb járványokat észleltek, de ezeket sikerült lokalizálni. A fertőzést általában Nyugat-Afrikából vagy Kelet-Ázsiából az endémiás területekről érkező vagy hazatérő férfiak hozták be (1, 4, 13, 14, 17, 18, 19, 21). Újabb azonban Angliában és Hollandiában az időközben bevezetett gonorrhoea-felügyelet (surveillance) kimutatta, hogy a hazai in-

fekciók száma elérte a behurcolt esetek gyakoriságát (1, 13, 21). Ez annyit jelent, hogy a rezisztencia helyenként endémiássá vált. Más területekről egyelőre keveset tudunk, részben azért, mert ritkán történik tenyésztés, részben, mert a penicillináz-termelésre, illetve az antibiotikum rezisztenciára vonatkozó adatok hiányoznak. A sporadikus PPNG-izolálásról szóló közlések alapján azonban valószínűnek látszik, hogy a rezisztencia gyorsan terjed.

Ismertetett esetünkben nem lehetett pontosan meghatározni a fertőződéshelyét és forrását. Acut férfi urethritis gonorrhoea-ban az inkubációs idő általában 2—5 nap, ezért feltételezhető, hogy Budapesten fertőződött. Előfordulnak azonban hosszabb inkubációs idők is, különösen gyógyszeresedés esetén és latens-fertőzés későbbi exacerbációját sem lehet kizárni. Ezért az is lehetséges, hogy behurcolt fertőzésről volt szó. A beteg sexualis kapcsolatairól nem nyilatkozott, de a Közlet-Keleten több országban is megfordult. A PPNG-t Kisázsziában már 1981-ben leírták és Szaúd-Arábiában a törzsek 12%₀-a penicillináz-termelő volt (2).

A megbetegedés felhívja a figyelmet, hogy hazánkban is számolnunk kell PPNG-törzsek behurcolásával, sőt lehetséges, hogy már itt is vannak. Ezért célszerűnek látszik a gonorrhoea-felügyelet bevezetése és a terápiás irányelvek kidolgozása.

A gonorrhoea-felügyelet feladata a PPNG-törzsek és általában a rezisztens törzsek behurcolásának vagy megjelenésének és terjedésének kimutatása, és a megfelelő prevenció megvalósítása. Törekedni kell a tenyésztéses vizsgálatok széles körű alkalmazására és különösen a rizikócsoportok rendszeres ellenőrzésére. Ezek a következők: külföldi átutazók, külföldről hazatérők, továbbá a szálloda, vendéglátóipar és idegenforgalom területén dolgozók és a prostituáltak, illetve promiscuáló személyek. Fontos a kitenyésztett törzsek pontos identifikálása, mert mint korábbi munkáinkban kimutattuk, az orális Neisseriák genitális váladékokban összetéveszthetők az antibiotikum rezisztens gonococussal. Epidemiológiai célra a törzsek auxotípusát, szerotípusát és plazmidtípusát szokás meghatározni. Különösen jelentős a tenyésztés olyan hazai betegeknel, akiknek belföldön, ismeretlen vagy eltávozott külföldi személlyel volt sexualis kapcsolata.

A terápiás teendők aszerint módosulnak, hogy alkalmi behurcolásról vagy endémiás területről van szó. Alkalmi PPNG-törzs által okozott infekcióban

vagy annak gyanúja esetén a fertőzés származási helyén uralkodó rezisztencia-helyzet alapján kell megkezdeni a kezelést. Egyes területeken csupán a penicillin-rezisztencia jellemző, másutt nem ritka a kettős rezisztencia, sőt multiplex-rezisztencia is előfordul. Endémiás góccokban a terápiának a gonococcus-felügyelet által kimutatott aktuális rezisztencia-helyzethez kell igazodnia. Alapelvnek tekinthető, hogy minden, antibiotikumra nem reagáló gonorrhoea-esetben törekedni kell az in vitro rezisztencia meghatározásra és az eredmény alapján folytatni a beteg, illetve a kontakt személyek kezelését.

IRODALOM: 1. *Assink-Schipper, M. C. és mtsai:* Epidemiology of PPNG infections in Amsterdam. *Br. J. Vener. Dis.* 1984, 60, 23. — 2. *Chowdhury, M. N. H., Pareek, S. S., Mahgoub, E. S.:* Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in Riyadh, Saudi-Arabia. *Br. J. Vener. Dis.* 1981, 57, 256. — 3. *Fantasia, M. és mtsai:* Beta-lactamase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in Rome, Italy. *Br. J. Vener. Dis.* 1983, 59, 342. — 4. *Földes I.:* A penicillin-rezisztens gonococcusok feltűnése. Megjelenésük klinikai, genetikai és epidemiológiai problémái. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 1593. — 5. *Füzi M.:* A *Neisseria gonorrhoeae* cephaloridin érzékenysége. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1982, 58, 247. — 6. *Füzi M.:* A *Neisseria gonorrhoeae* penicillin érzékenységének és betalaktamáz termelésének vizsgálata. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1984, 60. — 7. *Füzi M.:* *Neisseria gonorrhoeae* törzsek acroloxacin (rosoxacin) érzékenysége. *Orv. Hetil.* 1984, 125, 1005. — 8. *Füzi M.:* Egyszerű módszer a *Neisseria gonorrhoeae* szelektív tenyésztésére. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1981, 57, 161. — 9. *Handsfeld, H. és mtsai:* Epidemiology of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* infections. Analysis by auxotyping and serogrouping. *N. Engl. J. Med.* 1982, 306, 950. — 10. *Jaffe, H. W. és mtsai:* Infections due to penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in the USA 1976–80. *J. Infect. Dis.* 1981, 144, 191. — 11. *Jorgensen, J. H., Lee, J. C., Alexander, G. A.:* Rapid penicillinase paper strip test for the detection of beta-lactamase-producing *Haemophilus influenzae* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Antimicrob. Ag. Chemother.* 1977, 11, 1087. — 12. *Mc Cormack, W. M.:* Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* — a retrospective. *N. Engl. J. Med.* 1982, 307, 438. — 13. *Mc Cutchan, J. A., Adler, M. W., Berrie, J. R. H.:* Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in Great-Britain 1977–81, alarming increase in incidence and recent development of endemic transmission. *Brit. Med. J.* 1982, 285, 537. — 14. *Odugbemi, T. O. és mtsai:* Plasmid profile, serogrouping and auxotyping of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Africa. *Br. J. Vener. Dis.* 1983, 59, 41. — 15. *Osoba, A. O.:* STD in tropical Africa. *Brit. J. Vener. Dis.* 1981, 57, 89. — 16. *Ødegaard, K., Solberg, O.:* Isolation of a penicillinase-producing strain of *Neisseria gonorrhoeae*. *Acta pathol. microbiol. scand.* 1976, 84, 458. — 17. *Petzoldt, D., Gründer, K., Neubert, U.:* Sensitivity of *Neisseria gonorrhoeae* to penicillin in West-Germany. *Brit. J. Vener. Dis.* 1979, 55, 80. — 18. *Piot, P.:* Resistant gonococcus from the Ivory Coast. *Lancet*, 1977, 1, 857. — 19. *Report of a WHO Scientific Group:* *Neisseria gonorrhoeae* and gonococcal infections, WHO Techn. Rep. Series 616, Geneva, 1978. — 20. *Sparling, P. F. és mtsai:* Summary of the conference on the problem of penicillin-resistant gonococci. *J. Infect. Dis.* 1977, 135, 865. — 21. *Thin, R. N. és mtsai:* Imported penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* becomes endemic in London. *Brit. J. Vener. Dis.* 1983, 59, 364. — 22. *Yoshida, S. I., Urabe, S., Mizuguchi, Y.:* Antibiotic sensitivity patterns of penicillinase-positive and penicillinase-negative strains of *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Fukuoka, Japan. *Brit. J. Vener. Dis.* 1982, 58, 305.

(Füzi Miklós dr., Budapest, Mária u. 41., 1085)

SEPTO—DOL



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

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

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

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



BRULAMYCIN[®]

injekció

S 730 Antibiotica cum
spectro lato

ÖSSZETÉTEL: 40 mg, ill. 80 mg tobramycinum, 1 ml-es, ill. 2 ml-es ampullánként, szulfátsó formájában.

JAVALLATOK: Súlyos bakteriális infekciók, amelyek kórokozója tobramicinre érzékeny.

A tobramicin hatékony a következő kórokozókra: *E. coli*, proteusok, *Pseudomonas aeruginosa*, klebsiella, enterobacter, serratia, providencia, citrobacter specíesek, továbbá staphylococcusok.

A kezelés indikált a felsorolt kórokozók által kiváltott **alsó légúti fertőzésekben** (pneumonia, bronchiolitis, súlyos bronchitis);

Bőr-, csont-, lágyrészfertőzésekben, beleértve az égéseket; **urogenitális fertőzésekben** (pyelitis, pyelonephritis, epididymitis, prostatitis, adnexitis, a méh és méhkörülő szövetek gyulladása);

gasztrointesztinális fertőzésekben, beleértve a peritonitist, **a központi idegrendszer fertőzéseiben** (meningitis) és **septicaemiában**.

Endocarditisben nagyadagú parenterális penicillinnel vagy cefalosporinnal kombinációban.

A terápia lehetőleg mikrobiológiai vizsgálat és az antibiotikum érzékenységi meghatározása után történjék; sürgős esetben a kezelés megkezdhető bakteriológiai eredmény nélkül is.

ELLENJAVALLAT: Ismert allergiás túlérzékenység tobramicinnel szemben.

ADAGOLÁS: Intravénásan vagy intramuszkulárisan adható, általában 7–10 napig. Szükség esetén (pl. endocarditisben) 3–6 hétig is adható, folyamatos ellenőrzéssel.

Szokásos egyszeri adagja **felnötteknek** 1,0–1,5 mg/kg, 8–12 óránként, a fertőzés súlyossága szerint.

Csecsemőknek és gyermekeknek 3–5 mg/kg/die, **újszülötteknek** 2–3 mg/kg/die 2–3 egyenlő részletben.

Csökkent vesefunkcióban az adag 1 mg/kg legyen, az egyes adagok közötti időtartamot a vesefunkció szerint szabjuk meg, az alábbiak szerint;

Szérum kreatinin mg% μmol/l	Kreatinin clearance ml/min	Adagolási időköz óra
1,3 110	80	8
1,4–1,9 110–168	40–80	12
2,0–2,8 176–247	25–40	18
2,9–3,7 256–327	15–25	24
3,8–5,3 335–468	10–15	36
5,4–7,2 477–636	5–10	48
7,2 636	5	72

Mivel az egyéni ingadozás jelentős lehet, ha mód van rá, ajánlatos a tobramicin szérumszintet ellenőrizni; a maximális érték (1 órával az im. inj. után) 7–10 mg/l, a minimális 2 mg/l alatt legyen.

Ha a tobramicin szérumszint a szokványos adagolás mellett nem éri el a hatásos értéket, úgy az adag – további monitorozás mellett – emelendő; ha viszont a szint túl magas, akkor a kezelés kisebb adaggal folytatandó.

Infúziós adagolás esetén az egyszeri adagot 0,9%-os NaCl vagy 5%-os szőlőcukor oldatban (100–200 ml) hígítva, gyermekek esetében arányosan kisebb volumenben alkal-

mazzuk. A hatóanyag koncentrációja lehetőség szerint 1 mg/ml alatt legyen.

MELLÉKHATÁSOK: A vesefunkció változása (a karbamid-N, maradék-N, se-kreatinin értékek emelkedése, oliguria, cylindruria, fokozódó proteinuria) – elsősorban a vesekárosodott betegekben az ajánlottól nagyobb adagok alkalmazásakor fordulhat elő.

Ototoxikus hatás: vesetibularis károsodás (szédülés, fülzúgás, fülszengés), halláskárosodás – főként nagyobb adagok, ill. tartós alkalmazás esetén várható.

A nephro- és ototoxicitás kockázata kisebb ép vesefunkciójú betegekben, továbbá az előírt adagolás és kezelési időtartam betartása mellett.

Esetenként megfigyelhető volt a kezelés alatt a transzamináz-értékek (SGOT, SGPT) pozitívvá válása és a szérum-bilirubin-szint emelkedése, anaemia, leuko- és thrombocytopenia, láz, bőrkiütések, urticaria, viszketés, fejfájás, báyadtság, hányás.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az egyttadása:

– egyéb neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, pl. aminoglikozid és polipeptid antibiotikumokkal, Ceporinnal (neuro- és nephrotoxicitás fokozódás);

– Furosemiddel és Uregyttel (ototoxicitás fokozódás). Neuromuskuláris blokkolókkal pl. tubokurarinnal, szukcinilkolinnal történő egyttadásakor fennáll az izomrelaxáns hatás fokozódásának lehetősége (légzésbénulás veszélye). Az aminoglikozidok a béta-laktám antibiotikumokkal komplexet alkotva hatáscsökkentő interakcióban léphetnek (tobramicin elsősorban a karbenicillinnel, tikarcellinnel), ezért a gyógyszereket azonos fecskendőbe vagy azonos infúziós oldatba összeszívní nem szabad.

In vivo a kölcsönhatás csak beszűkült vesefunkciónál, magas szérumkoncentrációk esetén jön létre.

FIGYELMEZTETÉS: Az aminoglikozidokra jellemző potenciális toxicitás miatt a betegek gondos klinikai megfigyelése szükséges. Kimutatható vagy feltételezhető vesekárosodás esetén, ill. ha a kezelés során a kezdetben ép vesefunkció romlásának jelei mutatkoznak, különös óvatosság ajánlott és rendszeresen ellenőrizni kell a vese és a VIII. agyideg működését.

Renális, vestibularis vagy acusticus funkcióromlás észlelésekor a kezelést abba kell hagyni, illetve az adagolást megfelelően módosítani kell.

Koraszülötteknek és újszülötteknek a veseműködés éretlensége miatt csak különös óvatossággal adható.

Túladagolás vagy toxikus tünetek esetén pritenális vagy hemodialízissel gyorsítható kiürülése a vérből.

A kezelés alatt nem érzékeny mikroorganizmusok előretérése előfordulhat.

TERHESSÉGBEN az aminoglikozidok alkalmazását marandandó magzati károsodás veszélye miatt csak az anya életveszélyes és atoxikus antibiotikummal nem kezelhető bakteriális infekciója indokolhatja.

CSOMAGOLÁS: 10 db 1 ml-es ampulla; 10 db 2 ml-es ampulla



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

EKG eltérések hyperosmolaris diabeteses kómában

Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Varró Vince dr.)

A szerzők 87 éves nőbetegben hyperosmolaris diabeteses kóma idején az R hullám leszálló szárára eső kamrai postexcitációt és terminális T-hullám negativitást figyeltek meg a 12 elvezetéses EKG-n. Az EKG eltérések mérséklődtek, miközben a hyperosmosis paraméterei közül csupán a hypernatraemia csökkent számottevően. Áttekintik a hyperosmosis *in vitro* és *in vivo* szívhatásait. Véleményük szerint a hyperosmolaris hyperglycaemias kómában észlelhető szokatlan de- és repolarisációs zavart a hyperosmosis, hypoxia, hypokalaemia és agyoedema együttesen hozza létre.

ECG-abnormalities in hyperosmolar diabetic coma. Ventricular postexcitation of the descending limb of R wave and terminal T wave negativity were observed in a 87 year-old lady's 12-lead electrocardiogram with hyperosmolar diabetic coma by the authors. The ECG abnormalities have diminished while laboratory parameters were unchanged except for mild lowering of hypernatraemia. The authors survey *in vitro* and *in vivo* cardiac effect of the hyperosmolar state. According to their opinion, the unusual depolarization and repolarization abnormalities observed in hyperosmolar diabetic coma are jointly caused by hyperosmosis hypoxia, hypokalaemia and cerebral edema.

A vér fiziológiás ion összetétele a normalis szív működés egyik alapja, s az extracelluláris folyadék elektrolyt-tartalmának megváltozása kóros irányban befolyásolhatja a szívizom elektromos és mechanikai aktivitását.

A közelmúltban egy hyperosmolaris diabeteses kómában szenvedő beteg észlelése során szokatlan EKG eltéréseket figyeltünk meg. A bizarr de- és repolarisációs zavar a vér osmolalitásának csökkenésével mérséklődött, ezért a furcsa EKG-képet a hyperosmolaris állapotnak tulajdonítottuk (10).

Esetünk kapcsán röviden összefoglaljuk a hyperosmosis *in vivo* és *in vitro* szívhatásait. Megemlítjük, hogy a tartós vércukorszint ingadozás (9, 18), az inzulin (4, 9), a hypernatraemia (19) és a hyperosmosis (12, 13, 14, 15) EKG-ra és szív működésre kifejtett hatásával hazai szerzők is foglalkoztak.

Esetismertetés

B. A. 87 éves nőt beteg eszméletlen állapotban, perifériás keringési elégtelenség tünetei között szállították a klinikára. Kórelőzményi adatok heteroanemiasis formájában sem álltak rendelkezésre. Felvételkor vércukor 55,6 mmol/l (1002 mg%), UN-je 24,0 mmol/l (67,2 mg%), a szérum Na 182,0, a K 3,4, az alkáli tartalék 21,0 mmol/l, SGOT: 16 E/l értékű volt; az ezen értékekből számított szérum osmolalitás 418 mosmol/kg. A súlyosan exsiccált beteg vizeletében ketontestet nem találtunk, légzése felületes volt. Ketoacidosis nélküli, hyperosmolaris diabeteses kómát diagnosztizáltunk. A 12 elvezetéses EKG-n 48/min sinusritmus, az R-hullám leszálló szárára eső postexcitatio, terminális T-hullám negativitás volt megfigyelhető (1. ábra). Izotóniás NaCl-oldat, kristályos inzulin adása mellett vérnyomása emelkedett (70/0—100/70 Hgmm, a se-Na érték valamelyest csökkent (170 mmol/l). Egyéb paraméterei: vércukor 52,7 mmol/l (949 mg dl), UN: 26,1 mmol/l (73,1 mg%), se-K 2,8, alkáli tartalék 19,0 mmol/l, a szérum osmolalitás 395 mosmol/kg. EKG-ján ekkor 60/min sinus-ritmus, mérséklődő post-

excitatio és részben (I-aVL-V₃ kivételével) megszűnő terminális T-negativitás, csökkenő repolarisációs zavar látszott (2. ábra).

Ezután rövidesen, összesen mintegy kilenc óras észlelés után centrális és perifériás keringési elégtelenségben meghalt. Boncolásnál általános arteriosclerosis mellett a jobb oldali vena femoralisból származó pulmonális embóliát és agyoedemat találtak, a vesékben idült pyelonephritis és akut papilla necrosis jeleit. A szív 310 g súlyú volt, a koszorúerek behártyáján számos sclerotikus plaque látszott. A szívizomban zsíros degeneratio volt megfigyelhető, focalis elváltozás, infarktus azonban nem.

Megbeszélés

Izolált szívizomrészletek *in vitro* elektrofiziológiai vizsgálatakor lehetőség van a perfúziós folyadék ion-koncentrációjának tetszőleges megválasztására. Az ilyen körülmények között nyert akciós potenciálok paraméter-változásainak összevetése az elektrolitzavar idején *in vivo* regisztrált felületi EKG-val csak megszorításokkal lehetséges (22). Ennek ellenére az *in vivo* és *in vitro* elektrofiziológiai adatok összehasonlítása hasznos és tanulságos lehet.

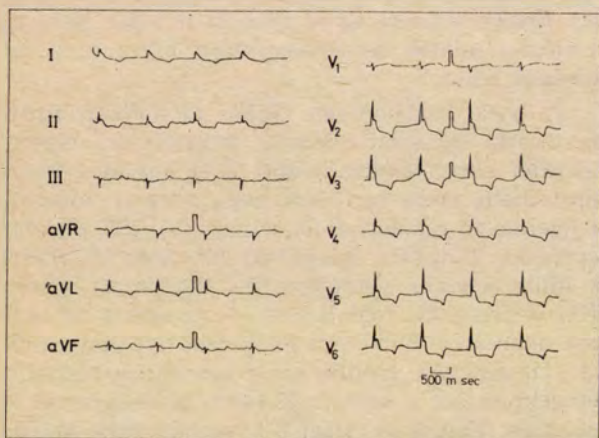
A hazai irodalomban Gábor és Solti az inzulin okozta hypokalaemiával kapcsolatos experimentális körülmények között KCl adásával megszüntethető, emberben csak nagy adag iv. inzulinra jelentkező repolarizációs zavarokkal (ST-szakasz depressio, T-hullám lelapulás) (4), Solti és Hedri az idült jelentős vércukorszint ingadozást kísérő EKG eltérésekkel foglalkozott és az észlelt ST-szakasz depressiót, T-hullám lelapulást hypokalaemiával magyarázták. Inzulin sok kezelésben részesült betegekben ezt a szérum-K-szint csökkenésével is igazolták. Váradí és mtsai 3 hyperosmolaris kómás betegből kettőben transmuralis necrosis EKG-jeleit, a harmadikban átmeneti subendocardialis ischaemia jeleit észlelték (24). A kálium-szint változást kísérő, ellentétes irányú Na-koncentráció

változásoknak is szerepet tulajdonítanak (18). A plazma Na-szint emelkedéssel kapcsolatos EKG és keringési változásokat *Solti és mtsai* vizsgálták (19). A diabéteses EKG eltérések (3) kérdése összetett, hiszen a repolarisációs zavar kialakulásában — cukorbetegségről lévén szó — a hypoglykaemiát követő reaktív szimpatoadrenális túlsúly már egyébként is érintett szívizomra és koszorúerekre gyakorolt hatásán kívül a hypokalaemiának is szerepe van.

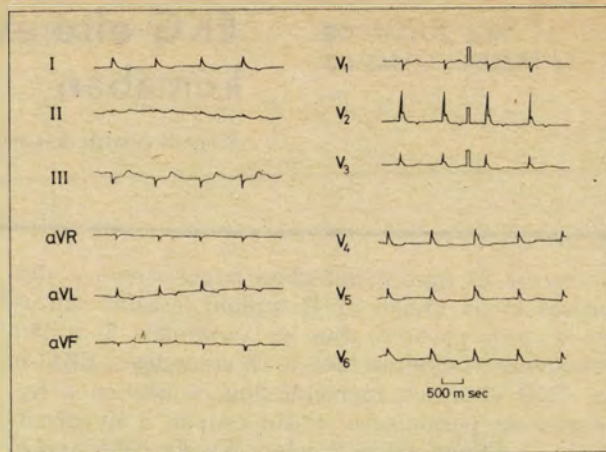
Sperelakis és mtsai béka kamraizmtól hipertóniás oldatokkal (mannitol 545 mmol, NaCl 270 mmol) perfundálva az akciós potenciál 2. (plátó) fázisának eltűnését, tüsképotenciál sorozatok megjelenését észlelték (20). Egyes készítményekben az akciós potenciál szétvált kezdeti gyors tüskére és egy második lassú depolarisációs hullámra. Ez a depolarisációt is frakcionálva, magyarázhatja betegünkben az R-hullám leszálló szárára eső postexcitációt és a kezdeti T-negativitás megjelenését, ill. mérséklődését. Megjelenésüket a *szívizomsejtek zsugorodásával*, az interkaláris discusok „szétválásával” és megnőtt ellenállásával magyarázták (8). *Goto és mtsai* béka kamraizomzatban hipertóniás oldatok hatására a plátó eltűnését és kamrafibrillációt észleltek (6). Ugyanők a tüskétől független kicsiny depolarisációs hullámot is leírták (5).

Az extracelluláris Na⁺-csatorna elmélet alapján várt nyugalmi potenciál csökkenéssel szemben mérsékelt hyperpolarisáció jelentkezik (2). Tovább csökkentve a Na⁺ koncentrációt, az elektromos aktivitás megszűnik. Nyúl sinus-csomó készítmény vizsgálatakor hasonló jelenség figyelhető meg: 153-ról 16 mmol/l-re csökkentve a Na⁺ töménységét, átmeneti hyperpolarisatio és kisülési gyakoriság csökkenés után sinus-megállás következik be (23). Esetünkben a sinus bradycardiát hyperpolarisatio magyarázhatja.

A hyperosmolaris oldatok diagnosztikus vagy terápiás célú alkalmazásakor *szíviritmuszavarok* is jelentkezhetnek. *Abe* a bal koszorúér mellső leszálló ágába adott hyperosmolaris oldattal (30% NaCl, 50% glukóz, 10% NaHCO₃) kamrai tachycardiát és fibrillációt tudott kutyában előidézni (1). Mivel mindegyik oldat ritmuszavart okozott, érthetően azok hyperosmolaritását tartotta aritmogén tényezőnek. *Solti és mtsai* izolált fej-átáramoltatás segítségével keresztezett kutya kísérletben a 10%-os NaCl centrális és szisztémás hatását egyidejűleg vizsgálták. Az ST-T eltérések, pitvari és kamrai



1. ábra: A beszállításkor készült EKG. 48/min sinus-ritmus, az R-hullám leszálló szárán postexcitációs hullám és terminális T-hullám negativitás. QT=0,70", QT=0,44".



2. ábra: Néhány órával később 60/min sinus-ritmus, csökkentő postexcitációs hullám és I-aVL-V₃ kivételével megszűnő terminális T hullám negativitás. A hyperosmosis paramétereitől leginkább a hypernatraemia mérséklődött (182–170 mmol/l). QT=0,50", QT_c=0,39".

extrasystolék, egy esetben a pitvarfibrillatio — véleményünk szerint — részben a központi idegrendszer közvetítésével, a keringésváltozás (vérnyomás-emelkedés) pedig centrális hatás eredményeként jön létre. Hypokalaemiát nem észleltek, szerepét kizárták (19). A hyperosmolaris coronarographiás kontrasztanyagok sinus-csomó lassulást, AV-blokkot okozó hatása jól ismert a haemodinamikai laboratóriumok mindennapi munkájában és *Higgins* ezen anyagok kardiodepresszivitását kutyakísérletben is igazolta (7). A hipertóniás oldatok (NaCl, mannit) jelentősen megnövelik az elektromos ingerléssel kutyaszíven kiváltott pitvarfibrillatio időtartamát (21).

A hyperosmolaritás cerebrális dehydráló hatása miatt a koponyaúri nyomásváltozások EKG-ra — elsősorban a repolarisációra — gyakorolt hatását is figyelembe kell venni. A várható dehydrációval szemben agyoedemára akkor lehet számítani, ha jelentős társuló hypoxia van jelen. Az agyoedemán kívül a szívizom ischaemia is módosítja a repolarisációt (17, 22). Ami a szív mechanikai működését illeti, *Pogátsa és Dubecz* tisztázták, hogy a hipertóniás glukóz és mannit oldattal előidézett hyperosmosis — a vér normál értékét 20%-kal meghaladó osmolalitás fokozódása esetén — fokozza a balkamrafal diastolés feszeségét (12, 13, 15). Megállapítják, hogy a diagnosztikus vagy terápiás célból adott hyperosmolaris oldatok — a cukorbeteg hyperosmolaris, hyperglykaemiás állapothoz hasonlóan — a balkamrafal zavarát és a perctérfogat csökkenését idézhetik elő (14).

A hipertóniás cukoroldatok (glukóz, mannit) antiischaemiás hatása régóta ismert. A hyperosmolaris mannit infúzió fokozza a koszorúerek és kollaterálisok átáramlását, csökkenti az ischaemiás sejtduzzadást és a myocardium O₂ szükségletét; ily módon mérsékli az ischaemiás szívizomterület kiterjedését, javítja a szív contractilitását (16). A hyperosmolaris cukoroldatoknak tehát terápiás értéke van akut szívizominfarktusból (11, 16).

Ezen oldatok nemkívánatos szívhatásai azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy a hyperosmolaris oldatok adása nemcsak előnyös, hanem káros is lehet. *Powell és mtsai* szerint a mannit in-

fúzió heveny szívizom ischaemiában csak akkor jó-tékony hatású, ha az oldat osmolalitása legfeljebb 30–90 mosmol/-rel haladja meg a szérum normális értékét (16). *Opie* a szívizom infarktusz glukóz-inzulin-kálium (GIK) oldattal történő kezelésekor gyakori vércukorellenőrzést tanácsol és a 15 mmol/l (270mg%) feletti értékeket már nem tartja kívánatosnak (11).

Valószínű, hogy az általunk diabeteses hyperglycaemiás kómában megfigyelt szokatlan de- és repolarisációs zavart a hyperosmolaris állapothoz társuló komplex szívizom-anyagszere-zavar okozta. Feltételezhető, hogy a hyperosmosis, hypernatraemia és hypokalaemia együttesen decrementális vezetési révén késői akciós potenciálok keletkezéséhez, valamint elhúzódó inhomogén repolarisációhoz vezetett. Betegünkben a hyperosmosis paraméterei közül a hypernatraemia csökkenésének tendenciája volt megfigyelhető. Ez azt a feltételezést is megengedi, hogy a mért extracellularis Na-érték csökkenése idején az intracellularis ionváltások még kifejezettebbek is lehetnek. Analógon erre a serum normokalaemia ellenére kifejezett, EKG-val kimutatható myocardium hypokalaemia. A frequentia és a tensióváltozás nem volt olyan fokú, hogy az EKG változását okozhatta. A késői akciós potenciálok a QRS komplexust és az ST-szakaszt egyaránt deformálhatták. A sinus-bradycardiát a pacemaker-sejtek hyperpolarisációja is okozhatta. Az elektrolytzavarhoz társuló szívizom hypoxia és az agyoedema szintén szerepet játszhatott a bizarr EKG-kép létrejöttében.

IRODALOM: 1. *Abe, S.*: Ventricular tachycardia produced by hyperosmotic solutions injected into the left main coronary artery in dogs. *Am. Heart J.* 1979, 97, 351. — 2. *Coraboef, E., Otsuka, N.*: L'action de solutions hyposodique sur le potentials cellulaires des tissu cardiaque de mammiferes. *C. R. Acad. Sci. Paris* 1956, 243, 441. — 3. *Flügelman, M. Y. és mtsai*: Electrocardiographic patterns in diabetics without clinical ischemic heart disease. *Israel, J. Med. Sci.* 1983, 19, 252. — 4. *Gábor Gy., Solti F.*: Insulin által okozott elektrokardiographiai elváltozások keletkezéséről. *Magy. Belorv. Arch.* 1953, 6, 68. — 5. *Goto, M., Abe, Y., Kawata, H.*: An analysis of the intracellular action potential of the cardiac muscle. II. Separation of plateau from the spike component. *Kyushu, J. Med. Sci.*

1961, 12, 187. — 6. *Goto, M. és mtsai*: An analysis of the intracellular action potential of the cardiac muscle. I. The intracellular functional connection and the characteristic small potential. *Kyushu, J. Med. Sci.* 1961, 12, 177. — 7. *Higgins, Ch. B.*: Effects of contrast media on the conducting system of the heart. *Radiology*, 1977, 124, 599. — 8. *Hoshiko, T., Sperelakis, N.*: Components of the cardiac action potential. *Am. J. Physiol.* 1962, 203, 258. — 9. *Kenedi, I.*: Cukorbetegesen észlelhető kóros EKG változása dextrose és insulin együttes adása után. *Orv. Hetil.* 1951, 92, 1403. — 10. *Kiss Z., Fazekas T.*: EKG eltérések hiperosmoláris diabeteses kómában. *Magyar Kardiológusok Társasága 1983. évi tudományos ülése, Balatonfüred, Előadaskivonatok* 159. — 11. *Opie, L. H.*: Myocardial infarct size. Part 2. Comparison of anti-infarct effects of beta-blockade, glucose-insulin-potassium, nitrates, and hyaluronidase. *Am. Heart J.* 1980, 100, 531. — 12. *Pogátsa G., Dubecz E.*: Glucose és mannit okozta hyperosmosis hatása a szív működésre. *Cardiol. Hung.* 1978, 7, 15. — 13. *Pogátsa G., Dubecz E.*: The influence of hyperosmolality on heart function. *Experientia* 1978, 34, 1600. — 14. *Pogátsa G., Dubecz E.*: The effect of hyperosmotic mannitol and glucose on heart function. *Endokrinologie* 1979, 73, 328–335. — 15. *Pogátsa G., Dubecz E.*: Effect of hyperglycaemia-induced hyperosmolality on heart function in the dog. *Europ. J. Clin. Invest.* 1979, 9, 147. — 16. *Powell, W. J. és mtsai*: Effects of hyperosmotic mannitol in deducing ischemic cell swelling and minimizing myocardial necrosis. *Circulation* 1976, 53, (Suppl. I), 45. — 17. *Riederich, K. W. és mtsai*: Neurogene Endstrecken-Veränderungen im EKG. *Med. Klin.* 1982, 77, 411. — 18. *Solti F., Hedri E.*: Tartós vércukor-ingadozásokat követő EKG elváltozások. *Magy. Belorv. Arch.* 1957, 10, 164. — 19. *Solti F. és mtsai*: A serum natriumszint emelését követő EKG és keringésváltozások és keletkezési mechanizmusuk. *Kísér. Orvostud.* 1960, 12, 165. — 20. *Sperelakis, N. és mtsai*: Intracellular and external recording from frog ventricular fibers during hypertonic perfusion. *Am. J. Physiol.* 1960, 198, 135. — 21. *Swain, H. H., Curtis, G. P.*: The use of hypertonic solutions to produce atrial fibrillation in the dog heart-lung preparation. *J. Pharmac. Exp. Therap.* 1966, 151, 438. — 22. *Szekeres, L.*: A pharmacological evaluation of electrical events in the myocardium. *In: Advances in myocardiology*. 3. kötet, 223. Szerk.: Chazov, E., Smirnov, V., Dhalla, N. S. Plenum Publishing Corp., 1982. — 23. *Trautwein, W., Kassebaum, D. G.*: On the mechanism of spontaneous impulse generation in the pacemaker of the heart. *J. Gen. Physiol.* 1961, 45, 317. — 24. *Váradi A., Petrányi Gy. jr., Tamás Gy. jr.*: A heveny diabeteses anyagcserezavart kísérő myocardialis ischaemia. *Magy. Belorv. Arch.* 1978, 31. Suppl. 15, 147.

(Kiss Zoltán dr., Szeged, Pf. 469., 6701.)

Helyreigazítás!

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy az e szám színes hirdetésében szereplő Jumex-készítményünk rendelkezésére és térítési díja megváltozott.

TÉRÍTÉS: 4,- Ft.

MEGJEGYZÉS: ✖✖ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Parkinson-kórban és szindrómában szenvedő betegnek a kezelőorvos (a körzeti, üzemi orvos, az ideg-, elmeszakrendelés (gondozó) szakorvosa) térítésmentesen rendelheti.

- Takács Sándor dr., Barkai László dr., Tatár Albert dr. és Hardonyi András dr.: Mikroelemek a placentában, az anyai és köldökvérben.
- Gaal József dr. és Vojček László dr.: Reobázis(rb) vizsgálatok — programozott szülés.
- Doszpod József dr., Török Miklós dr., Csákány György dr., Gátai Katalin, Tankó Dezső dr. és Gáti István dr.: A lepényi enzimek aktivitásának és a terhesség endokrin paramétereinek összefüggése intrauterin retardatio eseteiben.
- Bolodár Alajos dr., Takács István dr., Bazsáné Kassai Zsuzsa dr.: Béta-endorfin koncentrációk változása a gestációs periódusban.
- Bártfal György dr. és Sas Mihály dr.: Prolactin-szint alakulása a terhesség második és harmadik trimeszterében anyai szérumban és magzatvizben.
- Pár Attila dr., Resch Béla dr., Gyöngyösi József dr.: A fejtégű és medencevégű fekvés arányának alakulása és kapcsolata a magzatmozgás szám változásával a terhesség második felében.
- Váczi László dr., Vereskezy Gábor dr., Fang Márton dr., és Kovács Sándor dr.: A béta-2 mikroglobulin meghatározás jelentősége a nőgyógyászati rák korai diagnózisában.
- Gerő György dr., Markó Iván dr., Demeter János dr., Rákóczi István dr., Oriovics József dr. és Gáti István dr.: A méhenbelüli fogamzásgátló eszközök helyzetmegváltozásának lehetőségeiről.
- Kinészes László dr., Daru József dr. és Apró György dr.: Clomiphennel kezelt oligomenorrhoeás lányok későbbi fertilitási viszonyai.
- László János dr., Paraciz Ervin dr., Intódy Zoltán dr., Pásztor András dr., Harmat György dr. és Dobos Anna dr.: Praenatalisan felismert magzati hydracephalus aktív transzabdominalis kezelését követő hüvelyi szülés.
- Tóth Emil dr.: Balneoterápia a gyermeknőgyógyászatban.
- Patay Kálmán dr. és Berényi Mihály dr.: Kapcsolat az intrauterin eszközök incrustálódása és a viselési idő között.
- Borsos Antal dr., Csoknyay Judit dr., Gódy Sándor dr., Horváth Zoltán dr. és Székely Péter dr.: Tizenéves lányok egészségvédelme.
- Rex-Kiss Béla dr. és Szabó Raffael dr.: Az élveszülések alakulása a különböző gestációs korban, tekintettel a születési súlyra és sorrendre, valamint az anyai életkorra.
- Sziray Zoltán dr. és Szűts Ágnes dr.: Prenatalisan felismert pulmonalis cysta.

SZEMESZET

1984. 2. szám

- Follmann Piroska: D-epifrin szemcsepp a glaucoma kezelésében.
- Örményi Imre: A földmágnesség változásának hatása a glk mfwy xxxxxá posztirritációs panaszok előfordulására.
- Dózsa György, Bausz Mária: Fakomulificatio különleges esetekben.
- Sziklai Pál, Nyíri Sándor, Farkas Zoltán: Pseudoexfoliativ syndromás lencsék scanning elektronmikroszkopos vizsgálata.
- Rigó Gyula: Relief képek a fundusról computer nélkül.
- Bausz Mária, Fehér János: Sclerán áttört kisméretű intraokuláris melanoma.
- Juhos Piroska: Penalisatio alkalmazása az amblyopia kezelésében iskolás korú beteganyagban.
- Kuhn Ferenc: A kötő- és inhartha fluorescein angiographiája.
- Prókay Edit, Odor Judit: Beiskolázás előtti szemészeti szűrővizsgálatok tapasztalatai.

MAGYAR RADIOLOGIA

1984. 3. szám

- Lengyel Mária dr.: Az echocardiográfia szerepe ischaemiás szívbetegségekben.
- Hajós Endre dr.: Térfigyelő folyamat vagy anomália?
- Kovács Katalin, Sugár István, Forgón Judit: Vékonybél szonda okozta mechanikus ileus kettős kontrasztos vizsgálat során.
- Varga János, Marik József, Riss Éva, Szelei Éva: Műtét előtt röntgen-vizsgálattal igazolt vékonybél tumor esete.
- Harsányi László, Tóth András: Idegentest eltávolítása a rectumból Foley katheterrel.
- Bertus Mihály, Nagy Gábor: Spontan stigma ruptura.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1984. 4. szám

- Wittmann Tibor, Pollák Richárd, Várkonyi Tibor, Varró Vince: Adaptációs jelenségek vizsgálata patkányban jejunum izoperisztaltikus kirekesztése során.
- Sallai János, Turi Sándor, Falkay György: Escherichia coli fertőzés hatása a posztobstruktív patkányvese prosztlandin szintetizáló kapacitására.
- Kalmár László, YLáng István, Gergely Péter: Arachidonsav származékok hatása a cellularis cytotoxicitásra (ADCC, NK).
- Zsolnai Béla, Varga Bertalan, Horváth Edit, Folly Gábor: A ptefészkek progeszteron termelésének növelése béta-adrenerg stimulációval terhességben.
- Varró Andrea, Hajnal Ferenc, Lonovics János, Cseh Ibolya, Somogyi János: A kolecisztokinin (CCK) szubcelluláris eloszlása patkány agykéregében.
- Intner Ferenc, Zsolnai Béla, Tóth Miklós: Prostaglandin F₂-alfa receptorok lokalizációja patkány myometriumban.
- Tarján, E., Tolnay Pál, Patthy András: Söze hasonlító vizsgálatok egészséges, illetve mphysemás egyének és patkányok tüdejének elasztin-tartalma és aminosavösszetétele között.
- Tóth István, Faredin Imre: Androgének és C19-szulfatok koncentrációja egészséges nők és férfiak hasbőrszövetében.
- Kubászova Tamara, Kovács Lajos, Somogyi Zoltán, Unk Péter, Kókai András: He-Ne lézersugárzás biológiai hatásai: a sejtleület funkcionális és mikromorfológiai változásainak in vitro vizsgálata.
- Láng István, P. Hutchings, P. E. R. Tatham, J. P., Banga, H., Gunn, A., Cooke, I. M. Rolt: A szőzös bükköny lektin-receptor hordozó aktívált egér T-sejt funkcionális vizsgálata.

- Gyarmati János, jr., Földes István, Varga Sándor, Kiss Imre, Kern Mária, Gyarmati János: Krónikus D-vitaminhiány hatása az izfészzi porcra.

- Fazekas Tamás, Csáti Sándor, Udvary Éva, Szekeres László: Glukokortikoid kezelés heveny szívizom ischaemiában.

- Horváth Magdolna, Fekete Béla: A humorális leukocita adherencia gátlás módszerének specifikitása a tüdő- és emlőrák diagnosztikájában.

- Varró Vince: A reguláló peptidekről.

MAGYAR SEBÉSZET

1984. 3. szám

- Dzsinich Csaba, Dlustus Béla, Entz László, Makláry Erzsébet, Szilágyi László, Lengyel Imre, Nagy Gabriella: Mesenterialis embolia székrel operált esettel.
- Mogán István, Nemes Attila, Acsády György, Hüttl Kálmán: Az a. vertebralis transposztioja az a. carotis communisba: a vertebralis insufficiencia műtéti kezelésének egyik lehetősége.
- Márkus Béla, Nagy István, Lazáry György: A vénás rendszeren végzett beavatkozásaink 10 év alatt.

- Szabó László, Mezey Károly: Sürgős relaparotomia.
- Tóth András, Görög Dénes, Tulassay Zsolt, Papp János: Endoscopus sphincterotomiák sebészeti ellátást igénylő heveny szövődményeiről.
- Csikós Ferenc, Thaisz Erzsébet, Papp János: Endoscopus papillotomia után kialakult retroperitoneális duodenum sipoly.

- Papp Zoltán, Czákó Tamás, Csipő László, Gergely Mihály: Epekövesség ritka szövődménye: a cholecystocollicus sipoly.

- Vadon Gábor, Arató Mihály: Epeűtprotézis elzáródásának ballonkatéteres megoldása.

- Kovács Vendel, Hajdu Jenő: Új módszer mikrosebészeti choledochusanasztomózisok mechanikus lumen-szűkületének mérésére.

DEMOGRÁFIA

1983. 4. szám

- Kovacsics József dr.: Thirring Lajos dr. emlékére.

- Valkovics Emil dr.: Az általános kor-specifikus termékenységi arányszabok néhány direkt módon illeszthető modelljéről.

- Zhongshen, Zhang: Kína népesedése és a népességtudomány fejlődése a felsőoktatási intézményekben.

- Órsi Júlianna: Exogámia és endogámia Magyarországon XVIII–XX. században.

ORVOSKÉPZÉS

1983. 6. szám

- Sironovits István 75 éves életútjának főbb szakaszai.

- A szerkesztőség bevezetője.

- Donhoffor Szilárd dr.: Dogmák, fél-igazságok és tévedések a termoregulációs kutatásban.

- Hollán Zsuzsa dr.: A hemoglobin szintézis genetikai regulációja.

- Váczi Lajos dr.: A vírusok és a rák.

- Petrányi Gyula dr.: A daganatos betegségek immunoterápiája.

- Maygar Imre dr.: Gondolatok beteg-látásunk mai helyzetéről.

- Wittmann István dr.: Az emésztőszervi endoscopia kialakulása és jelenlegi helyzete Magyarországon.

- Boda Domokos dr.: Alapvető változások szükségessége a csecsemők szoptatásának elősegítésére.

- Sas Mihály dr.: A hyperprolactinaemia nőgyógyászati vonatkozásai.

- Méhes Károly dr.: A csecsemők és gyermekek fizikális vizsgálata.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1984. 7. szám

- Pethő Bertalan dr.: A körleflyás dimenzionális felmérése az endogén pszichozisok kutatásából kiindulva.

- Perényi András dr., Szűcs Rozália dr., Arató Mihály dr., Bagdy György dr.: Tiopride alkalmazása tardiv dyskensiában.

- Virga Agnes dr., Diószeghy Péter dr., Vámosi Bertalan dr., Mechler Ferenc dr.: Tubularis aggregatumok nem differenciált „metabolikus” myopathiában szenvedő testvérek izmában.

- Bodosi Mihály dr. és Mérei F. Tibor dr.: Agyi mikro-é-ranastomosisok szöveti szerkezetéről és annak változásairól.

- Demeter Erzsébet dr., Rihmer Zoltán dr., Révai Katalin dr. és György Sándor dr.: A depresszió elleni gyógyszeres kezelés hatékonyságának előrejelzése a színekre adott asszociációk alapján endogén depressziós betegek-nél.

- Rihmer Zoltán dr., Bagdy György dr. és Arató Mihály dr.: A szérumban dopamin-béta hidroxiláz aktivitás vizsgálata mániás-depressziós nöbetegek-nél.

- Diószeghy Péter, Mechler Ferenc, Fekete István, Luise Nicholson: A serum CK és myoglobin meghatározás szerepe a Duchenne-típusú izomdistrophia carrier vizsgálatában.

PAPP MIKLÓS DR.,
VARGA GABOR,
FODOR ISTVÁN DR.*,
TÓTH E. IDA DR.
ÉS FOLLY GABOR

Caerulein szub-, illetve szupramaximalis adagjainak paradox hatása a hasnyálmirigyre

A Magyar Tudományos Akadémia Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézete
(igazgató: Stark Ervin dr.)
Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet* (igazgató Korondi István dr.)

A szerzők megvizsgálták fehér patkányokon, hogy caerulein szub ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) —, illetve szupramaximalis ($5, 10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) dózisaival egy ízben — vagy 7 napon át naponta háromszor a hasüregbe adva, hogyan befolyásolják a hasnyálmirigy szekrécióját, továbbá növekedését és szöveti összetételét. Mérték a hasnyál mennyiségét, abban a fehérje és a bikarbonát ürítést, továbbá a mirigy növekedését (súlyát), az egész pancreas fehérje, emésztőenzim (tripszin, lipáz, amiláz), DNS- és RNS-tartalmát. Egy-öt $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ caerulein egyszeri adagjai megnövelték a hasnyál mennyiségét, a hasnyálban a protein és bikarbonát ürítést, de a $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag a hasnyál mennyiségére és a bikarbonátürítésre hatástalan volt. Az $1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ caerulein dózissal végzett kezelés pancreas hipertrófiát és hiperpláziát okozott; megnőtt a mirigy súlya, DNS, valamint RNS, fehérje- és emésztőenzim tartalma. A $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag nem növelte meg a pancreas súlyát, annak DNS-, fehérje- és emésztőenzim tartalmát, sőt a mirigy RNS-tartalma a kontrollénál is kisebb értékre csökkent. Az acinusokban az enzimeket tároló zimogen szemcsék alakváltozását lehetett kimutatni.

Következtetés: Míg caerulein szubmaximalis adagja trofikus hatású a pancreasra, szupramaximalis adagjai nem fejtenek ki trofikus hatást a mirigyre.

The paradox effect of caerulein on the pancreas: submaximal doses induce, supramaximal doses fail to induce pancreatic hypertrophy. Authors investigated the dose-dependent pancreatic secretion and trophic response induced by caerulein in male CFY rats anesthetized with urethane. In a series of experiments submaximal ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) or supramaximal ($5, 10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) single doses of caerulein were given intraperitoneally (i. p.) and pancreatic juice was collected for 60 min and analyzed for protein and bicarbonate. In another series, the same doses of caerulein were given for 7 days i. p. three times/day. Pancreatic growth and tissue composition were investigated. Saline treated rats served as controls. Both 1 and $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ single doses increased the volume of pancreatic juice and the protein and bicarbonate output. The $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ dose, however did not affect the flow of juice and the output of bicarbonate. Treatment with $1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ dose of caerulein increased pancreatic weight, total pancreatic DNA, RNA, protein content, trypsin, lipase and amylase activity. When 5 or $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ doses of the drug were given, pancreatic weight and tissue composition did not differ from those of saline treated control. In the acinar cells treated with supramaximal doses, zymogen granules with inhomogenous content were demonstrated by electron microscopy.

Conclusion: For the first time it is demonstrated that while submaximal doses of caerulein induce, supramaximal doses of caerulein fail to induce pancreatic hypertrophy.

Az utóbbi években a pancreas szekréciójára és trofikájára ható peptidekkel foglalkozó irodalomban két, a figyelmet különösen felkeltő megfigyelést közöltek. Az egyik szerint caerulein szupramaximalis adagjaival a hasnyálmirigyben a heveny pancreatitisre — vagy legalábbis pancreasoedemára — jellegzetes károsodás hozható létre (10, 11); a másik megfigyelés szerint cholecystokinin ismételt adott maximális adagjai kisebb növekedést okoznak a pancreas DNS tartalmában, mint a szer szubmaximalis adagjai (7). Mind a cholecystokinin (12, 13), mind a kétélűtűk bőréből előállított decapeptid a caerulein (2, 14) szubmaximalis dózisaival megnövelik a hasnyálban az emésztőenzimek elválasztását és trofiás hatást fejtenek ki a pancreasra.

Megvizsgáltuk tehát, hogy caerulein szub-, illetve szupramaximalis dózisaival, hogyan befolyásolják a mirigy szekrécióját, növekedését és szöveti összetételét.

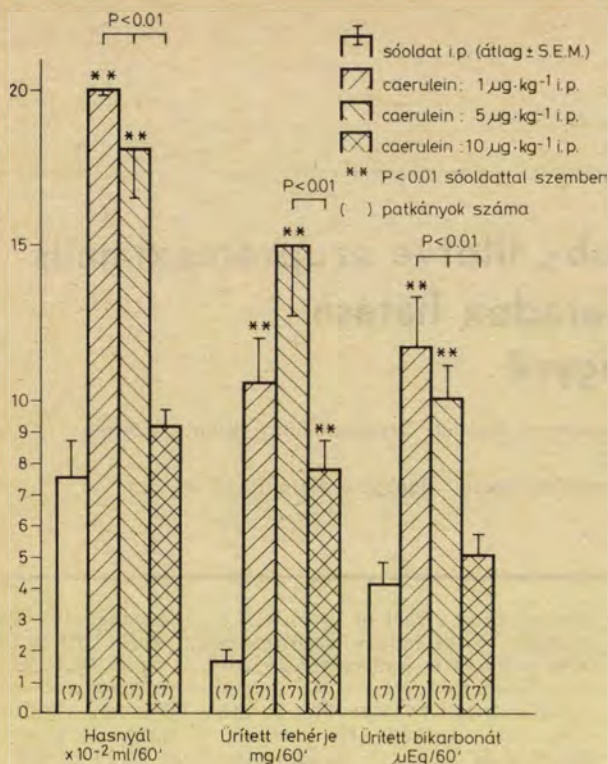
Kulcsszavak: caerulein, dózis-függés, pancreas, szekréció, trofika.

Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 37. szám

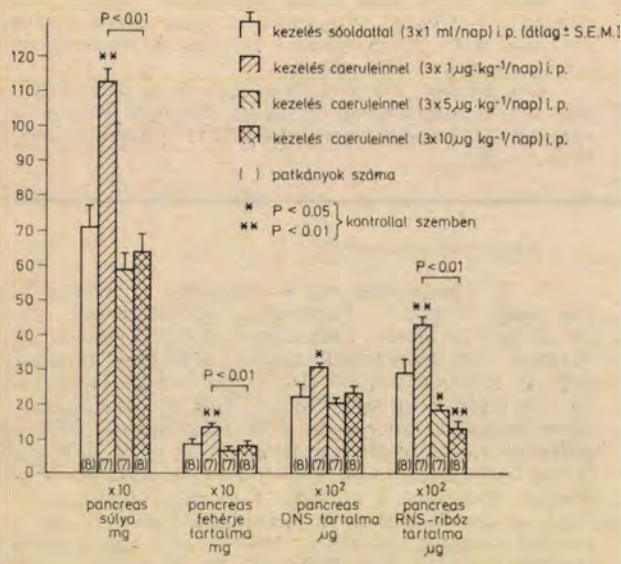
Anyag és módszerek

1. A vizsgálatok egyik részében meghatároztuk caerulein (Takus^R, Farmitalia, Carlo Erba) szub-, ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$), illetve szupramaximalis ($5, 10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) egyszeri i. p. adagjainak hatását a hasnyál mennyiségére, és abban a protein (16) és bikarbonát (4) ürítésre. (A caerulein $2 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagja fejt ki maximális trofikus hatást a pancreasra) (17). Huszonnyolc CFY hím patkányt (testsúly $260 \text{ g} \pm 10 \text{ g}$) (átlag \pm S. E. M.) uretánnal altattunk, majd 4 csoportba soroltunk: 7 állat élettani sóoldatot, 7 patkány $1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagban, 7 állat $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagban és ugyancsak 7 állat $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ dózissal kapott caeruleint. Hasnyálát a choledochusba vezetett kanülön át gyűjtöttünk 60 percig; a d. choledochust a májkapuban leköttöttük. Megmértük a hasnyál mennyiségét és abban a protein, a bikarbonát ürítést.

2. A vizsgálatok másik részében meghatároztuk caerulein szub-, ill. szupramaximalis adagjainak a hatását 7 napos kezelés során, napi háromszor i. p. alkalmazva



1. ábra: Caerulein egyszeri i.p. szub- ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$), illetve szupramaximális ($5, 10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) adagjainak hatása a 60 percig gyűjtött hasnyál mennyiségére és abban a protein- és bikarbonát-ürítésre patkányban.



2. ábra: 7 napos caerulein kezelés (napi háromszori adás a hasüregbe) hatása a pancreas súlyára, az egész mirigy protein-, DNS- és RNS-tartalmára, patkányban. Jól látható a szubmaximális dózis ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) kifejezett trofikus hatása a mirigyre; a szupramaximális dózisoknak nincs ilyen hatása.

a hasnyálmirigy növekedésére (súlyára) és szöveti összetételére, valamint a mirigy szöveti és finomszerkezeti elváltozásaira. Harmincnyolc CFY him patkány (testsúly $190 \pm 5 \text{ g}$) 4 csoportba soroltunk: 10 állat kapott élettani sóoldatot a hasüregébe, 9–9 állat $1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$, ill. $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagban kapott caeruleint, 10 állatnak pedig $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagban adtuk a szert. A 8. napon az állatokat elvéreztettük, pancreasukat kivettük, megmértük; a hasnyálmirigy szöveti összetételét biokémiai módszerekkel vizsgáltuk. Minden egyes csoportból 2–2 állat pancreasát vizsgáltuk szövettani és elektronmikroszkopos módszerekkel. Kellő előkészítés, ill. extrahálás után meghatároztuk a pancreas tripszin (8), lipáz (15), amiláz (1) aktivitását, protein (16), DNS (3), RNS-ribóz (5) tartalmát. Szövettani vizsgálatra 4% formalinban fixált, paraffinba ágyazott pancreasból készített $4-5 \mu\text{m}$ vastag, H. E.-vel festett metszeteket használtunk; finomszerkezeti vizsgálatra Karnovsky (9) oldatban fixált, OsO₄-ben utófixált, alkohol sorozatban dehidrált, Durcupan ACM-be ágyazott, uranilacetáttal és ólomcitráttal kontrasztosított ultravékony metszeteket használtunk és azokat JEOL TEMSCAN-1000 elektronmikroszkóppal vizsgáltuk. Az eredményeket varianciaanalízis után a Dunn-tesztel (6) hasonlítottuk össze. Az átlagot és az átlag standard hibáját (S. E. M.) tüntetjük fel az ábrákon.

Eredmények és megbeszélés

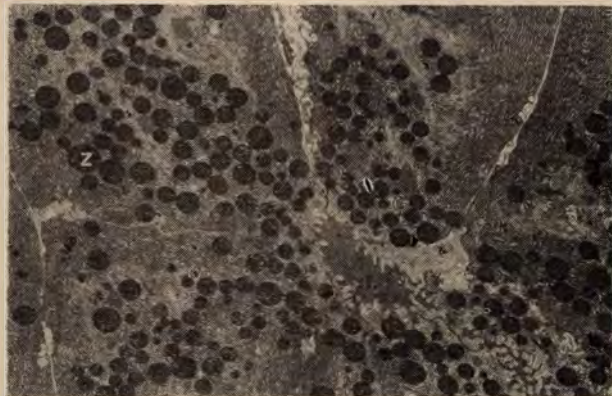
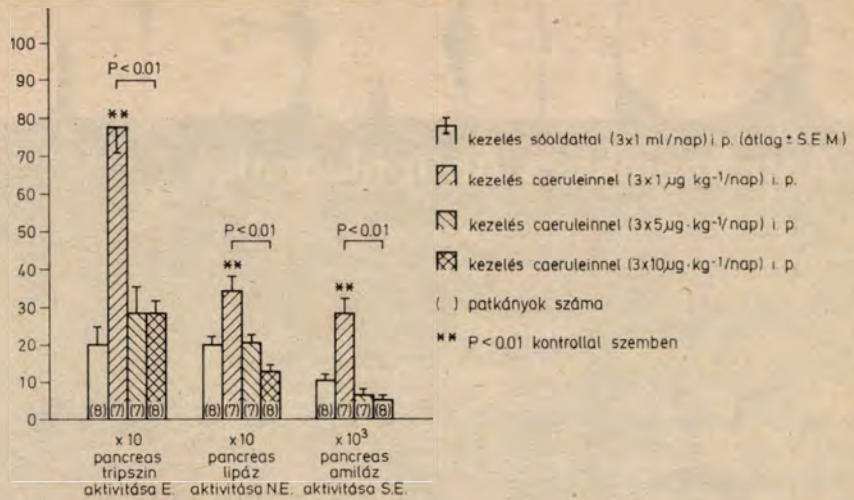
1. Mind 1 és $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ egyszeri adagban adva a caeruleint, azok megnövelték a hasnyál mennyiségét, abban a protein és a bikarbonát ürítést. A $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag nem hatott sem a hasnyál mennyiségére, sem abban a bikarbonát ürítésre; a protein ürítést ugyan megnövelte, de ez a növekedés elmaradt az $5 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag ilyen hatásától (1. ábra).

2. A 7 napos kezelés során caerulein $1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adagja egyértelmű pancreas hipertrofiát és hiperpláziát okozott: megnőtt a pancreas súlya, DNS, protein, RNS tartalma, tripszin, lipáz és amiláz aktivitása (2–3. ábrák). A $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag pancreasra nem fejtett ki trofikus hatást, nem nőtt sem a pancreas súlya, sem annak DNS, protein, emésztőenzim tartalma, sőt az RNS tartalma kisebb lett a kontrollértéknél (2. és 3. ábrák). Szövettani vizsgálattal kimutatható volt, hogy mindhárom caerulein adag megnövelte az acinussejtekben a szekréciós szemcsék számát, de a $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ adag hatására már az acinussejtek magjai károsodtak (pyknosis). Elektronmikroszkóppal a normálistól (4/a. ábra) eltérő összetételű zimogén szemcséket lehetett demonstrálni: a szekréciós szemcséknek csak a centruma volt elektrodenz (elektronszóró) és ezt elektrolucens (elektron áteresztő) halo (udvar) vette körül (4/b. ábra).

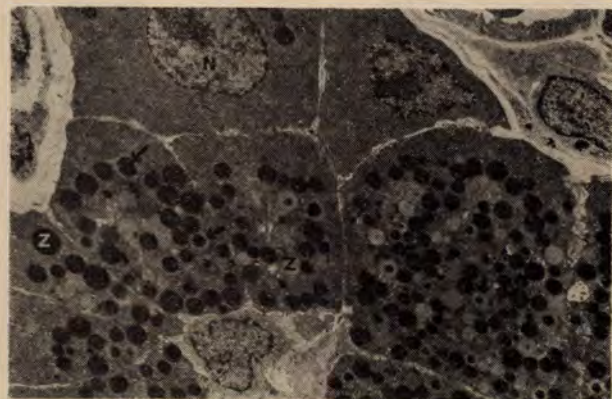
Elsőnek sikerült kimutatnunk, hogy caerulein szupramaximális adagja nem fejt ki trofikus hatást a pancreasra, jóllehet szubmaximális adagja trofikus hatású a mirigyre. A pancreas szöveti károsodását, melyet a caerulein szupramaximális adagja okoz, egyesek (17) alkalmasnak tartják a heveny pancreatitisben lezajló folyamatok tanulmányozására. Leírták azt is, hogy caerulein szupramaximális adagjának hatására a pancreas protein, emésztőenzim és DNS tartalma csökken (17). Magunk ilyen szöveti, ill. biokémiai változásokat a mirigyben a 7 napos kezelés során a szupramaximális adagtól nem láttunk: a pancreas protein, emésztőenzim és DNS tartalma a kontrollértékeknek felelt meg. Elektronmikroszkóppal viszont olyan elváltozásokat tudtunk demonstrálni, amelyek az enzimfehérjék megzavart szintézisére utalnak; legalábbis ennek jele lehet a normálistól eltérő, elektrondenitálásában inhomogén összetételű, nem csekély számban kimutatható zimogén szemcse.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők ezúton is megköszönik Travis Solomon dr.-nak (Columbia, USA) és Carmelo Scarpignato dr.-nak (Parma, Olaszország), a caerulein ajándékozását, Pálffy Mária-nak, Turcsányi Sándor-nak, Ulicska János-nak és Vörös Attila-nak pedig kiváló segítségüket.

3. ábra: 7 napos caerulein kezelés (napi háromszori adás a hasüregbe) hatása az egész hasnyálmirigy tripszin-, lipáz- és amiláz-aktivitására. Jól látható, hogy a szubmaximális adag megnöveli, a szupramaximális adagok pedig nem növelik a pancreas emésztőenzim-tartalmát.



4/a ábra: Kontroll, exokrin hasnyálmirigy-részlet elektronmikroszkópos felvétele. Számos elektronszóró zimogén szemcse látható a szupranukleáris régióban, ill. durva felszínű endoplazmás retikulum és hosszú, keskeny krisztás mitokondriumok a sejtek bazális és laterális részén. A lumen felé eső sejtfelszínen mikrobolyhok figyelhetők meg, a lumenben pedig közepesen elektronszóró anyag: mirigyváladék.
Nagyítás = 6000
Z = zimogén szemcse L = lumen



4/b ábra: 10 µg/kg caeruleinnel kezelt patkány exokrin hasnyálmirigyének részlete. Heterogén zimogén szemcsék figyelhetők meg: a tipikus elektronszóró zimogén szemcsék mellett nagyon kevésbé elektronszóró zimogén szemcsék és elektronszóró maggal, ill. elektronáteresztő külső gyűrűvel körülvett zimogén szemcsék láthatók (†).
Nagyítás = 6000
N = nucleus Z = zimogén szemcse

IRODALOM: 1. *Bernfield, P.*: Alpha-amylase in Colowick, and Kaplan Methods in enzymology, Academic Press, New York, 1955, 1. kötet, 149—158. — 2. *Bertaccini, G.*: Peptides of the amphibian skin active on the gut. in Glass G. B. J.: Gastrointestinal hormones, Raven Press, New York, 1980, 332—334. — 3. *Burton, K.*: A study of the conditions and mechanism of the colorimetric estimation of deoxiribonucleic acid. *Biochem. J.* 1956, 62, 315—323. — 4. *Chariot, J., Rozé, C.*: Détermination automatisée de très faibles concentrations de bicarbonates. Application de suc pancréatique. *Ann. Biol. clin.* 1976, 34, 243—248. — 5. *Drury, H. F.*: Identification and estimation of pentoses in the presence of glucose. *Arc. Biochem.* 1948, 19, 455—466. — 6. *Dunn, J. O.*: Multiple comparisons among means. *J. Am. Statist. Assoc.* 1961, 56, 52—64. — 7. *Fölsch, U. R., Winckler, K., Wormsley, K. G.*: Influence of repeated administration of cholecystokinin and secretin on the pancreas of the rat. *Scand. J. Gastroent.* 1978, 13, 663—671. — 8. *Hummel, B. C.*: A modified spectrophotometric determination of chymotrypsin, trypsin and thrombin. *Canad. J. Biochem. Physiol.* 1959, 37, 1393—1399. — 9. *Karnovsky, M. J.*: A formaldehyde-glutaraldehyde fixative of high osmolarity for use in electron microscopy. *J. Cell Biol.* 1965, 27, 137A. — 10. *Kern, H. F. és mtsai*: Morphologische und biokemische Untersuchungen zur Wirkung von Caerulein auf das exokrine Pankreas der Ratte, in *Intestinale Hormone*, Kiadó: Wannagat, L., G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1979, 161—172. — 11. *Lampel, M., Kern, H. F.*: Acute interstitial pancreatitis in the rat induced by excessive doses of a pancreatic secretagogue. *Virchows Arch.* 1977, 373, 97—117. — 12. *Mutt, V.*: Cholecystokinin: isolation, structure and functions in Glass G. B. J.: Gastrointestinal hormones, Raven Press, New York, 1980, 175—178. — 13. *Solomon, T. E.*: Regulation of exocrine pancreatic cell proliferation and enzyme synthesis, in Johnson, L. R.: Physiology of the gastrointestinal tract, Raven Press, New York, 1981, 2. kötet, 882—884. — 14. *Varga G. és mtsai*: Pancreas polypeptid kivédi a caeruleinnek a pancreasra kifejtett trofikus hatását patkányon. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 1511—1514. — 15. *Weber, H.*: Mikromethode zur Bestimmung der Pancreas-lipase im Serum. *Dtsch. med. Wschr.* 1965, 90, 1170—1174. — 16. *Weichselbaum, T. E.*: Accurate and rapid method for determination of proteins in small amounts of blood serum and plasma. *Am. J. Clin. Pathol.* 1946, 10, 40—49. — 17. *Wood, J., García, R., Solomon, T. E.*: A simple model for acute pancreatitis: high dose caerulein injection in rats. *Gastroenterology*, 1982, 82, 1213.

(Papp Miklós dr. Budapest, Pf. 67. 1450)

Prolixan 300

nV 200 Antirheumatica Antiphlogistica

KAPSZULA

összetétel:

1 kapszula 300 azapropazonumot.
Tartalmaz:

hatás:

szerepe, nem szteroid jellegű gyulladásgátló gyógyszer. Hatóanyagának, az azapropazonnak specifikus fizikai-élettani tulajdonsága, hogy a gyulladási ödémás szövetekben feldúsul. Elszívása lényegében az extracelluláris térre és a sejtmembránra korlátozódik. Gátolja a lysosomális enzimek felszabadításának szintjén, melynek alapvető szerepe van a gyulladás fenntartásában. Gátolja továbbá a kinin-felszabadítás és az ezt követő túlfokozott prosztaglandin-szintén effektusait a gyulladási mesenchimareakció körüli szakaszához csatlakozva. Ezzel együtt gátolja a mediátorok felszabadulásával kiváltott gyulladási fájdalmat is.

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

javallatok:

degeneratív ízületi megbetegedések: osteoarthritis, spondylarthritis, spondylosis. Gyulladási ízületi és gerincbetegségek: rheumatoid arthritis, spondylarthritis ankylopoetica. Lágyrész-rheumatizmusok: periarthritis humeroscapularis, tendovaginitis, periostitis. Posttraumás fájdalmak és duzzanatok: rángulás, torzió, distorsio, zúzódás, luxatio, fractura. Postoperatív fájdalmak és duzzanatok.

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

szerveletbe hozza:

**ALKALOIDA
GYÁR,
Tiszavasvári,**

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) ismételhető.

csomagolás:

30 db kapszula térítési díja: 10,- Ft.®

ROBAPHARM
ROBAPHARM

Robapharm A. G.
– Basel licencia alapján



ményeket és a szükséges műszereket.

A tanácskozás háromféle fő toxikológiai irányt különböztetett meg: elméleti toxikológiát, amely magában foglalja a kutató, a megelőző, az ipari és a törvényszéki toxikológiát; a klinikai toxikológiát, amely mérgezetek gyógyítását végzi és a kémiai vagy analitikai toxikológiát, amelynek keretében erre a feladatra képzett vegyészek megfelelő, modern, érzékeny műszerek segítségével biológiai, illetőleg környezeti mintákból mérgezések esetén vagy engedélyezési eljárások, kutatómunka során a kémiai anyagok kimutatását végzik. Az analitika feladata, az értekezlet javaslata alapján, arra felelni, van-e egyáltalán xenobiotikum a szervezetben, ha igen, ezt kvantitatíve kimutatni a beteg ember vagy a kísérleti állat véréből, illetve szerveiből. A klinikai toxikológia témakörébe utalták nemcsak az akut mérgezetek gyógyítását, hanem a krónikus, egy ideig rejtett mérgezésekkel való foglalkozást is.

Különösen felhívta a figyelmet az értekezlet a toxikus anyagok okozta különböző betegségekre, valamint a szervezet immunrendszerére gyakorolt hatása vizsgálatának a fontosságára.

A toxikológusképzést illetően jelenleg két iskola nézete áll szemben egymással. Az első, klasszikus iskola szerint az illető először legyen általában jó kutató, utána nyerjen speciális toxikológiai képzést. A modernebb felfogás nézete, hogy egyszerre tanulja a hallgató az alaptudományokat és a toxikológiát és mindezek elsajátítása után kezdje a gyakorlati munkát.

Beszámolómban ismertették egyrészt a nyugat-európai országok toxikológiai képzési programját, másrészt a szocialista országok képzési és toxikológiai intézményrendszerét, valamint az Egyesült Államok képzési és továbbképzési szisztémáját. Kiderült, hogy a jelenlegi programok nemcsak országoként, de egyetemenként is nagyon különbözőek. Több nyugati intézet toxikológusi diplomát is ad, amelyhez doktorátus, majd a toxikológiai tudományos fokozat (Ph.D. tox.) is szerzhető. Máshol már egyetemet végzettek a doktorátust speciális kurzusok elvégzésével nyerhetik, pl. a higiénés, az analitikai toxikológia, az ipari toxikológia, vagy a törvényszéki toxikológia területén.

A nyugati országokban megszerzhető képesítéseket illetően, 20 országban 25 olyan intézmény működik, amely kísérleti toxikológusi kiképzést ad, olyanok számára, akik már más területről doktorátussal rendelkeznek. Az említett 25 intézet 30-féle, különböző időtartamú tanulmányi programlehetőséget kínál. Klinikai toxikológiai alapképzést összesen 6 —

toxikológiai intézetének igazgatója látták el.

A résztvevők: orvosok, állatorvosok, kémikusok, valamint egyéb természettudományi végzettségűek voltak. A megbeszélések előadásainak és felszólalásainak megértését angol, francia, német, orosz, spanyol szimultán tolmácsolás biztosította. A szocialista országokat a WHO által meghívott szakértőkként 1 cseh küldött, a prágai Higiénés Központ munkahigiénés intézetének igazgatóhelyettese; 1 bolgár, a szófiai Higiénés Intézet igazgatóhelyettese; 2 lengyel, a lódzi intézet igazgatója és helyettese, valamint 1 magyar küldött, az OKI higiénés-toxikológiai főosztályának a vezetője képviselte.

Az értekezlet egyik célja a toxikológusok kiképzésének, illetve folyamatos továbbképzésének nemzetközi szintű megszervezése, egyeztetése volt, hogy azonos tudásanyag és elvek birtokában az egyes országokban a kémiai anyagok biztonsági ellenőrzését lehetőleg mindenütt hasonló módon elvégzett toxikológiai vizsgálatok segítségével valósítsák meg, illetve ezeket a vizsgálatokat képzett toxikológusok révén egyáltalán lehetővé tegyék.

További célul tűzte ki az értekezlet, hogy a toxikológus képzéssel rendelkezőknek olyan, szakmailag megfelelő karrierlehetőségeket lehessen biztosítani (tudományos fokozat, ranglétrán való emelkedés), amely a fiatalok számára vonzóvá teszi az erre a pályára való lépést, és hogy a toxikológus végzettséget, illetőleg tudományos minősítést az egyes országok kölcsönösen elismerjék. Feladatának tekintette a konferencia annak az elérését, hogy a mérgezéseket lehetőség szerint, nemzetközi szinten is egységes elvek szerint kezeljék, továbbá, hogy az egységes elvek és módszerek alapján végzett toxicitási biztonsági vizsgálatokat az országok kölcsönösen fogadják el.

A vázolt célok eléréséhez a toxikológiával foglalkozó, minden szintű szakember számára oktatási és továbbképzési követelményeket és programokat dolgoztak ki. A kémiai anyagok minősítéséhez ugyanis még sok országban, elsősorban a fejlődőkben, hiányoznak a megfelelő szinten képzett személyek.

Elvként nyert elfogadást, hogy a toxikológia területén dolgozó vegyészeknek, fizikusoknak és egyéb nem orvos szakembereknek is ismerniük kell a toxikológia alapjait, továbbá minden országnak biztosítani kell a megfelelő intéz-

WHO-konferencia a toxikológusképzés (továbbképzés előmozdítására) (Luxemburg, 1983. november 28—december 3.).

Az Egészségügyi Világszervezet nagyszabású konferenciát rendezett Luxemburgban. Az értekezlet a toxikológus szakemberek kiképzésével, az ezen a területen már dolgozók továbbképzésével, a szakvizsga-lehetőségekkel, valamint a szakmai karrierjük kilátásaival foglalkozott. Nemcsak az orvosok, hanem a toxikológiával foglalkozó valamennyi szakember, gyógyszerész, biológus, vegyész, állatorvos képzésére, szakképzésére vonatkozó tervek és lehetőségek tárgyalásra kerültek.

A megbeszélés folytatása és befejezése volt a Brüsszelben 1980 decemberében rendezett „Szakembereképzés a kémiai anyagok ellenőrzésére” című WHO szakértői értekezletnek, amelyen mint Magyarország képviselője, e beszámoló szerzője szintén részt vett, és tapasztalatairól a Hetilapban is beszámolt (Orv. Hetil. 1981, 122, 1025.).

A két értekezlet közötti különbség, hogy a brüsszeliin kizárólag európai országokból egy-egy szakértő vett részt, összesen kb. 20 fő, a luxemburgi pedig az egész világról érkeztek meghívottak, mintegy százötvenen. Emiatt a viták sokkal inkább elnyúltak, az egységes állásfoglalás és határozathozatal nehezebbé vált. A szakembereképzés hangsúlyja bizonyos mértékig eltolódott a fejlődő afrikai, ázsiai és dél-amerikai országok szükségleteinek az irányába.

Az értekezletet a WHO európai irodája rendezte, együttműködésben a genfi központtal, az UNEP-pel és az ILO-val. Szerepet vállalt a megszervezésben az Európai Közösségek Bizottsága (CEC). Utóbbi hívta meg részben a nyugat-európai és főleg a fejlődő országokbeli küldötteket. Részt vett a konferencia munkájában a genfi WHO központból prof. Mercier, a Nemzetközi Kémiai Biztonsági Program (IPCS) igazgatója; a WHO Európai Irodája környezet-egészségügyi részlegének az igazgatója; Tarkowski dr., a részleg osztályvezetője és a CEC egészségügyi igazgatóság egyik vezető munkatársa.

A megnyitót Luxemburg egészségügyi minisztere, majd a CEC Egészségügyi Igazgatóságának igazgatója tartotta. Az egyes ülészakok elnöki tisztét prof. Lafontaine, a brüsszeli közegészségügyi intézet igazgatója, prof. Indulski, a lódzi intézet igazgatója és prof. Bababumni, a nigériai egyetem

francia, angol és olasz — intézet ad.

A beszámoló készítői 30 nyugat-európai intézetnek küldtek ki kérdőívet az utolsó tíz évben toxikológiát végeztek sorsáról tudakozódva. 14 egyetem válaszolt, 500 volt hallgatójáról, akik túlnyomó része kísérleti, kisebb részük klinikai toxikológusi diplomát kapott. Jelenleg 24 szálalékuk az iparban helyezkedett el, a többiek kutatóintézetekben, egyetemi kórházakban és mérlegközpontokban dolgoznak.

Az NSZK küldöttei ismertették, hogy Münchenben a posztgraduális képzés céljára Toxikológiai Akadémiát állítottak fel, a legkülönbözőbb szűk toxikológiai diszciplínákban, mint pl. állatkísérletes toxikológia, oktatási idő: 20 nap; a xenobiotikumok metabolizmusának biokémiája és a hatás molekuláris mechanizmusa, időtartam: 16 nap; kísérleti állatok kórbontani és kórszövettani vizsgálata, 6 hét; mutagenézis és carcinogenezis, 20 nap; klinikai toxikológia, 2 hét; epidemológia, 3,5 nap stb. A tanfolyamon, amelynek teljes oktatási ideje 6 hónap, olyan orvosok, állatorvosok és valamelyik természettudományi diplomával rendelkezők vehetnek részt, akik már legalább négy évig toxikológiai laboratóriumban dolgoztak. A tanfolyamok hallgatását vizsga követi, ahol a felsoroltak közül egy szakot kiválóan, két diszciplínát jól kell ismerni, és valamennyi témáról valamit kell tudni, azonkívül legalább 3 toxikológiai közleménnyel szükséges rendelkezni. A sikeres vizsga a „szaktoxikológus” cím megszerzésével jár.

Az NSZK-ban — mint elmondták — akut mérgezésben évente 6000 ember hal meg, a krónikus mérgezésekkel együtt pedig 9000/év, ez több, mint a fertőző betegségekben vagy közúti balesetekben meghaltak száma. Kb. ugyanannyi mérgezett, mint infarktusos beteget kezelnek, minden belosztály betegének 7 százaléka mérgezés, ezeknek a fele gyerek. Ezeket az adatokat saját országukra nézve a svájci, francia és angol küldött is megerősítette.

A holland delegátus beszámolója szerint, az országban két toxikológiai tanszék működik, ezek analitikai toxikológiával és környezettoxikológiával foglalkoznak. A tanszékeken négyéves „toxikológus” képesítéshez vezető képzést szerveztek. Az oktatási anyag a következő: Első év: analitikai kémia, biológia, fizika, élettan, mikrobiológia. Második év: gyógyszer-tan, klinikai kémia, a biológiai anyagok analitikája, peszticid analitika, orvosi kémia. Harmadik év: kórélettan, a mérgek ismerete, analitikai toxikológiai módszerek, szövettan, radiokémia. Negyedik év: specializáció valamelyik analitikai kémiai ágazatban és az

utolsó 6 hónapban gyakorlati munka egy toxikológiai laboratóriumban.

Hollandia az egyetlen nyugat-európai ország, ahol az Egészségügyi Minisztérium toxikológus szakértőket alkalmaz, a saját szervezetén belül.

Franciaországban a klinikai toxikológusi képesítés megszerzéséhez az orvosegyetem elvégzése, majd 4-5 évi speciális képzés szükséges.

Az NSZK-küldött összefoglalta a nyugat-európai klinikai toxikológiai analitikai laboratóriumok jelenlegi helyzetét és javaslatot tett a fejlesztés irányára. E szerint Nyugat-Európában két szélső megoldás az angol, illetve a holland típusú szervezés. Az előbbi centralizáltan az egész országra kiterjedően 2-3 nagy laboratóriumban végzi valamennyi kémiai-toxikológiai vizsgálatot. Ez feleslegessé teszi sok nagy műszer ismételt beszerzését, a személyzet is jobban foglalkoztatható. Hátránya a vizsgálandó anyag szállításának nehézsége és időigényessége, a kezelő orvos és az analitikus közötti közvetlen kapcsolat hiánya.

A másik véglet Hollandia, ahol az országot 64 toxikológiai laboratórium hálózza be, amelyek nagy része 24 órán át dolgozik, akut mérgezések kémiai analitikai vizsgálatán.

Optimális az, ha a vizsgálandó biológiai minta laboratóriumba érkezéséig legfeljebb 60-90 perc telik el. Ezért, bár ez drágább, a német küldött a decentralizált, de lépcsőzetes laboratóriumi felépítést javasolta, amelyik jórészt az NSZK-ban már működik is. Ennek a lényege 3 laboratórium fokozat működése. Az „A” szint kis kórházakban található, ahol egyszerű eszközökkel, olcsó, de specifikus analitikai eljárások végezhetőek: spektrofotometriás mérések, egyszerű enzím immuno-esszé, vékonyréteg kromatográfia. A „B” laboratóriumok a nagyobb városi kórházakban működnek, már gáz-kromatográffal, magas nyomású folyadék-kromatográffal, atomabszorpciós spektrofotométerrel, fluoriméterrel, az értékeléshez számítógéppel felszerelve. Itt már gyakorlatilag minden gyakoribb mérgezés kvalitatív vizsgálatát el tudják végezni.

A legmagasabb, „C” szintű laboratórium — a rendszer teljes kiépülése után — mintegy tíz működik az országban. Ezek képesek ritkán előforduló mérgezések analizálására, nyomelemek kimutatására is, azonkívül kutatómunkát is végeznek. A felszerelésükhöz az előbb felsorolt nagy műszerek mellett gáz-kromatográf-tömegspektrométer is tartozik, megfelelő technikai személyzettel együtt.

A KGST-országok toxikológiai oktatása felmérésének keretében prof. Indulsky (Lódz) 7 ország 162 intézetének írt, amelyben adato-

kat kért. 29 intézet válaszolt, köztülve, hogy foglalkoznak toxikológusképzéssel. Ezekben felül vannak a Szovjetunió posztgraduális képzést nyújtó intézetei. Utóbbiakban a különböző továbbképzési formák ideje 5 héttől 6 évig terjed, és ezeken a legkülönbözőbb diplomákkal rendelkezők vehetnek részt, így pl. 3-féle továbbképzési programjuk van csak a toxikológia területén dolgozó fizikusok számára. Ezen kívül az ipari, az élelmiszer, a környezet szennyezési toxikológus területén képeznek tovább orvosokat, gyógyszerészeket. Tanfolyamokat szerveznek toxikológiai szubdiszciplínákban is, mint pl. szerves oldószerek környezetszennyező hatása.

Lengyelországban 112 intézetben nyújtanak — Indulsky beszámolója szerint — toxikológiai továbbképzést, toxikológus „dr.” cím is szereshető. A nem orvosok közül a biológus, gyógyszerész, kémikus, mezőgazdász hallgatók számára kötelezően oktatnak toxikológiai ismereteket, hogy a mérgezéseket felismerjék. Ennek keretében 45 óra elméleti, 6 óra gyakorlati képzésben részesülnek.

Az orvosképzés során Lengyelországban a hallgatók az egyetemeken 30 órában végeznek toxikológiai gyakorlatokat, és 60 órát kell mérlegközpontban eltölteniük, majd kollokválniuk kell toxikológiából. Szakvizsgázás esetében az üzemorvosi, a bel- és a gyermekgyógyász szakvizsga letételéhez három hónap, toxikológiai osztályon eltöltött gyakorlati idő is szükséges. Minden más szakorvosi vizsgához 3 hét hasonló toxikológiai képzést kívánnak meg. A klinikai toxikológusi képzés, amelyre belgyógyászok jelentkezhetnek, 3 év. Ebből 3 hónapot mérlegközpontban és toxikológiai klinikán kell eltölteni. Jelenleg 6 toxikológiai klinika és 200 toxikológus szakorvos dolgozik az országban. Az orvosi fakultáson azonban nincsen önálló toxikológiai tanszék Lengyelországban, csak a gyógyszerész karon. A toxikológia szét van szórva más — közegészségtani, gyógyszer-tani stb. tanszékek özt. Önálló toxikológiai társaság viszont működik, 300 taggal.

Bulgáriában a referátum szerint 30 évvel ezelőtt kezdték a szervezett toxikológusképzést. Akkor 3 toxikológus működött, akik közül 2 orvos és 1 kémikus végzettséggel rendelkezett. Jelenleg 97 toxikológus dolgozik az országban, közülük 41 tudományosan minősített. A toxikológiai laboratóriumok közül kettő kísérletes toxikológiával foglalkozik, egy az élelmiszerek ellenőrzésével, azonkívül működik víz- és környezettoxikológiai laboratórium is. Klinikai részlegük 35 ágyas, az akut mérgezetek mellett a krónikus mérgezések kezelésével is foglalkozik.

Az Egyesült Államokban igen szerteágazó, hatósági és magánintézmények által végzett, toxiko-

lógiai képzés folyik. A hatósági képzési feladatokat is elsősorban az EPA és az FDA látja el. A tudományos képzés központja a National Institutes of Health-hez tartozó, a National Institute of Environmental Health Sciences részét képező Institute of Environmental Toxicology, Research Triangle Parkban, Észak-Karolinában. Elsősorban környezettoxikológiai oktatással foglalkoznak az említett intézetben, továbbá klinikai toxikológiával, kísérletes toxikológiával, toxikológiai előrejelzéssel (predektív toxikológia) és törvényszéki toxikológiával. Egyik fő érdeklődési körük, ami oktatási tervükben is szerepel, a társadalmi tevékenység által okozott mérgezések vizsgálata, valamint a kutatási adatoknak az ember veszélyeztetettségére való extrapolálási lehetősége.

Az Egyesült Államokban 10 testület, illetve akadémia, társaság működik, amelyek különböző toxikológiai diplomákat adnak. Egyesek közülük véglegesen adják ki a diplomát, másoké 3-5 évre szól, ennek elteltével ismét vizsgázni kell a legújabb ismeretekből. A vizsga írásbeli teszt, három önálló részből áll. Az American Board of Medical Toxicology külföldiek részére is ad sikeres vizsga esetén diplomát, ez határidő nélkül érvényes. Az Egyesült Államokban 57 egyetem is ad toxikológusi diplomát, közülük hétnél szerezhető ez meg alapképesítésnél, a többinél csak posztgraduálisan.

Sok szó esett a nemzetközi mérgeközpontokról is. E központok szakértői nemcsak orvosoknak adnak felvilágosítást (mint nálunk), hanem a nagyközönség kérdéseire is feleletet, tanácsokat nyújtanak. A központok toxikológiai kezelést, valamint az orvosok és az ápolószemélyzet toxikológiai alap- és továbbképzését végzik. A klinikai toxikológusok gyakorlati kiképzése is általában a mérgeközpontokban történik. Ugyanitt nyernek gyakorlati toxikológiai ismereteket leendő aneszteziológus, gyermekgyógyász, üzemorvos és igazságügyi szakértő szakorvosok is.

Lyonban állatorvosi toxikológiai központot is szerveztek. A Karib-tengeri országok mindegyikében pedig több toxikológiai központ működik, amelyek egymással rádiótelefon-összeköttetésben állnak, akut és krónikus mérgezettek kezelését végzik és toxikológiai információkat adnak.

A Pánamerikai Toxikológiai Ellenőrző Központ székhelye Mexikó, amely egész Latin-Amerikában egyetemi és posztgraduális toxikológiai képzést vezet. Ezen kívül az egyes dél-amerikai államok saját toxikológiai tanszékekkel is rendelkeznek. Számos országban működik toxikológiai tudományos társaság, amely továbbképzésről, elhelyezkedési lehetőségről gondoskodik.

Az értekezleten javaslat hangozott el, hogy az egyetemi orvosi karokon kívül, amelyeken a legtöbb ország már rendelkezik toxikológiai tanszékkel, toxikológiai tanszékeket állítsanak fel a gyógyszerész, állatorvosi és mezőgazdasági (peszticidek!) karokon is.

Nyugat-Európában több vegyi gyár megköveteli tudományos dolgozóitól a toxikológus képesítés megszerzését. Amennyiben valamilyen toxikológiai probléma vagy mérgezési eset bírósági ügyvé válik, a törvényszék is felteszi a kérdést, hogy a szakértő, illetőleg a tanú diplomás toxikológus-e. A vallomást ettől függően értékelik.

A svéd küldött hangoztatta, hogy az üzemi dolgozók biztonsága érdekében szükséges toxikológiai képzésük. A skandináv államok nagy súlyt helyeznek az ipari dolgozók és főleg a szakszervezeti bizalmiak toxikológiai képzésére. Egy-egy ilyen tanfolyam időtartama 1-2 hét.

Felvetették, hogy az iskolai oktatás keretében is kellene időt találni a kémiai toxikológiai biztonsági ismeretek tanítására, különösen a technikumokban, a kémia oktatásának pedig minden szinten toxikológiai ismereteket is kell tartalmaznia.

Az értekezleteken kidolgozott javaslatokban először is definiálásra került a toxikológus fogalma. E szerint: a toxikológus az, aki orvostudományi, vagy megfelelő természettudományi ágból egyetemi oklevelet szerzett, általános toxikológiai elméleti és gyakorlati ismeretekkel rendelkezik, és a toxikológia egy vagy több területén speciális ismeretekkel és gyakorlati tapasztalatokkal bír. Leszögezték továbbá, hogy a toxikológia többféle alaptudományon nyugszik, ezért sikeres műveléséhez különböző szakterületeken járatos szakemberekből álló team szükséges.

A kormányokat a „Javaslatok”-ban felkérjük, hogy teremtsék meg, amennyire csak lehetséges, az alapvető feltételeket ahhoz, hogy a toxikológia önálló tudományá fejlődhesse. Ennek eléréséhez az országok alapítsanak toxikológiai tanszékeket az orvostudományi, gyógyszerész, állatorvostudományi, természettudományi és mezőgazdasági fakultásokon. Ez egyben elősegítené a toxikológiai tudományos karrier lehetőségét is. Ugyancsak javasolják toxikológiai társaságok létrehozását.

A toxikológiai kutatás alapvető a toxikológusok képzésében és a toxikológiának mint tudománynak a fejlődésében, ezért az ilyen tevékenység anyagi és erkölcsi támogatása javasolt.

A további javaslatok szerint: a toxikológiát mint önálló diszciplínát kell elismerni az egyetemi szintű képzésben, majd a kémia oktatásának minden szintjén is. A kémiai anyagok toxikus hatásá-

nak korai diagnosztizálására szükséges az orvosok tanmenetébe a toxikológiát beiktatni. Az orvostudományban a toxikológiát szakvizsgatárgyként kell elismerni.

A toxikológia feladatainak meghatározása során jelentős súlyt kell helyezni a megelőzésre, a krónikus hatások diagnosztizálására, és a praeklinikus toxikus állapotok megállapítására. A humán toxikológiával kapcsolatosan feltétlenül epidemiológiai vizsgálatokat kell folytatni. A javaslatok további része szerint: az IPCS és a CEC végezzen felméréseket annak megállapítására, hogy a különböző országokban milyen képesítések szükségesek a toxikológia területén különböző kormányzati, ipari, egyetemi állások betöltéséhez. Ezek alapján dolgozzák ki különböző pozíciók betöltésének általános kritériumait.

A képesítések elismerése során szükséges, hogy azok a szakemberek, akik e területen már hosszú ideje magas színvonalú munkát végeznek, utólag megfelelő képesítést nyerjenek.

Meg kell állapítani a toxikológus szakemberek iránti igényt, hogy ennek alapján lehessen megszervezni a toxikológusképző tanfolyamokat.

Fejlesztetni kell a mérgeközpontok szerepét az orvosok toxikológiai irányításában és a lakosság kémiai biztonsággal kapcsolatos ismereteinek növelésében.

A javaslatok közé került, nemzetközi szemináriumok szervezése az IPCS és a CEC és egyéb szervezetek rendezésében, gyakorlati programokkal és különböző idejű kurzusokkal. Ezekhez megfelelő oktatási anyagokat kell készíteni és a szükséges tájékoztatásokat minél szélesebb körben terjeszteni.

Végül: az IPCS kezdeményezze egy bizonyos napnak a kijelölését, amelyet nemzetközi szinten, a kémiai biztonság ügyének, valamint a kémiai anyagok által az ember egészségére és a környezetre gyakorolt káros befolyások elhárításának szentelnének. Az ismertett javaslatokat a résztvevők vita és kiegészítések után egyhangúan elfogadták.

Az értekezleten ismertettem a környezet-, élelmiszer- és ipari toxikológiával foglalkozók képzését és továbbképzését Magyarországon. Összefoglaltam az OTKI Főiskolai Karának Közegészségügyi-Járványügyi Ellenőrképző Szakán folyó toxikológiai alapkutatást, a Higiénikus Orvosképző és a Toxikológus Szakgyógyász tanfolyamon végzett posztgraduális toxikológiai képzést, valamint, a Varga professzor által rendelkezésre bocsátott anyag alapján, a Magyar Farmakológusok Társasága által szervezett ipari ellenőrző toxikológus képzést.

A bolgár küldöttel közös írásos javaslatot nyújtottunk be a szerkesztő bizottsághoz, ebben hangsúlyoztuk, szükséges a majd meg-

jelenő záróközleményben annak a kidomborítása, hogy a toxikológusok egyik legfőbb feladata a különböző eredetű toxikus anyagok akut, krónikus és késői hatásainak a kutatása és felderítése és a káros hatások elleni megelőző rendszabályok kidolgozása.

A különböző országok delegátusainak beszámolói, valamint az összefoglaló referátumokat (A toxikológia helyzete a nyugat-európai országokban; a KGST-országokban) hallgatva, úgy tűnik, hogy Magyarország ebben a tekintetben — még a többi szocialista országhoz viszonyítva is — meglehetősen hátul áll. Nincsen hazánkban — ellentétben a legtöbb, még nálunk szegényebb és kisebb országokkal is — sem az orvosi egyetemeken, sem az OTKI-ban toxikológiai tanszék, úgyszintén nincsen országos toxikológiai intézet, így nem is folyik szervezeten, egyetemi szinten toxikológusképzés. Postgraduálisan néhány tanfolyam keretén belül történik ugyan toxikológiai oktatás, de ez mennyiségében kevés (így pl. a higiénikus orvosképző tanfolyam időtartamának redukálása miatt a toxikológiai oktatás óraszámát az amúgy is kevés 29-ről 15-re kellett csökkenteni). Azonkívül a toxikológiai képzés más orvosi szakmák továbbképzése keretében történik (pl. higiénikusok). Szervezett toxikológusképzés, illetve továbbképzés (az ipari ellenőrző toxikológusok jelenleg folyó tanfolyamán kívül) Magyarországon nincsen.

Az Egészségügyi Főiskola Közegészségtan-Járványtan Ellenőr-képző Szakának diákjai egy fél év általános toxikológiát hallgatnak 15 óra elmélettel és 39 óra gyakorlattal, azonban végzésük után e hallgatók sem toxikológiai munkakörben helyezkednek el. Szükségesnek látszik az ez irányú, egyre növekvő társadalmi igény kiélegítésére hazánkban is minél sürgősebben foglalkozni az orvosok és az egészségügy területén dolgozó egyéb diplomások egyetemi szintű toxikológiai alap-, valamint postgraduális képzésével.

A konferencián szétosztott, igen nagy mennyiségű írásos anyag feldolgozását most végezzük. Ezek az anyagok tartalmazzák a különböző országokban folyó toxikológusképzési, továbbképzési formák, vizsgák leírását. E dokumentumok összegzése alapján lehetséges lesz annak kiválasztása, hogy hazai körülményeink között milyen oktatási formákat, témaköröket vehetnénk át, melyik az a képzési forma és szakanyag, amit mások

lapasztalata alapján a siker reményében bevezethetünk.

Végül köszönetet mondok mind hazánk, mind a WHO illetékeseinek, hogy a szakmai szempontból igen szükséges, érdekes és hasznos értekezleten részt vehettem.

Dési Illés dr.

A Japán Plasztikai Sebészeti Társaság kongresszusáról. (Yokohama, 1984. ápr. 4—7.)

Mint jelenleg a tokiói Keio Egyetem plasztikai sebészeti tanszékén másfél évig tartózkodó ösztöndíjasnak, alkalmam nyílt arra, hogy a Japán Plasztikai Sebészeti Társaság (Nippon Keiszeigeka Gakkai) ez évi, 27. országos kongresszusán, részt vehessek. A kongresszusnak minden évben más a rendező házigazdája, az idén a szagamiharai Kitaszato Egyetem Orvosi Kara volt. Az, hogy az időpont hétvégével esett egybe nem befolyásolta kedvezőtlenül a látogatottságot. A mintegy 700 résztvevő (amiből a gyengébb nem tíz százalékot sem tett ki!) feltűnő aktivitással és figyelemmel vett részt, a naponta reggel kezdődő, de a programnak megfelelően estig húzódó 225 előadáson.

A rendezvény színhelye Kana-gava prefektúra kultúrközpontja volt, Yokohama szívében, a kikötőtől nem messze. Fogadás és társasági program nem volt, mivel a japán gondolkodás szerint az ilyesmi nem feltétlenül szerves része egy „tudományos” rendezvénynek. Természetesen, a program után bárki élvezhette a híres yokohamai kínai negyed gasztronómiai csodáit is.

Az előadások egy időben két nagy előadóteremben folytak, kifogástalan technikai körülmények között. (Vetítési hiba, hanghiba miatt nem volt kényszerszünet egyetlen alkalommal sem.) Az előadók a kiszabott időtartamot (előadásonként öt perc), amit egyébként jeleztek is, pontosan betartották. Ezzel párhuzamosan, különteremben videelőadások és poszterszekció is gazdagította a programot. Japánban a plasztikai sebészet teljes joggal elismert önálló szakma, amit az egyetemi oktatásban a független tanszékek is garantálnak. Az egyetemeken és a kórházakban is a sebészetet három szakterületre osztják, általános sebészet, orthopaed és baleseti sebészet és a plasztikai-rekonstrukciós sebészet. A kongresszusnak külön kiemelt témája nem volt, így az előadások a mai japán plasztikai sebészet teljes egészét mutathatták be. Az érintett té-

mák pusztá felsorolása is mutatja, milyen széles területet fog ez át:

Fül, orr és a szem plasztikai, égés kezelése, bőrátültetés, lebe-nyek, sebgyógyulás, kézsebészet peripheriás idegek, arcidegbénulás, hasadéksébeszet, fej-nyaki sebészet, maxillofacialis és craniofacialis műtétek és onkológia.

Mivel a kongresszus csak japán nemzeti kongresszus volt, az előadások is japán nyelven folytak, tolmácsolás nélkül.

Három meghívott külföldi előadó szerepelt: Prof. Ti-seng Csang (Sanghai), Prof. Lars Vistner (Stanford University U. S. A.) és Prof. Charles Horton (East Virginia University U. S. A.). Az ő részvételükkel, japánokkal közös (de angol nyelvű) kerekasztal-konferencia követte a felkért előadásait.

Minden területen a rekonstrukcióval foglalkozó előadások voltak túlsúlyban az esztétikaiakkal szemben. Ennek az egyik oka (nem tekintve az eltérő társadalmi szokásokat és igényt), a lakosság morbiditási jellemzőinek a különbözősége.

Bár tudott dolog, mégis igen meglepő volt látni, hogy a napi gyakorlatban mit jelent a fehér és a sárga emberek bőrének a nagyfokú biológiai különbözősége. A gondot okozó ráncosodás, petyhüdség vagy a hypertrophias mamma szintje ismeretlen fogalom Japánban, amivel szemben sokkal súlyosabb gondot jelent a lakosság nagy részét érintő és igen kifejezett ke-loid-hajlam.

Túlzás nélkül mondható, hogy bármelyik témában, világszínvonalú összeállítást csodálhattam meg. Különösen mély benyomást keltezt, hogy amit mi modern vagy új technikának nevezünk, az itt milyen rövid idő alatt terjed el és válik valóban a mindennapok gyakorlatává, méghozzá széles körben. A közhiedelemmel szemben, Japán nem túlzottan gazdag ország, a sikerek nem az anyagi gazdagsággal magyarázhatók. A munkafegyelem, szervezethez és fegyelem a kórházakban is magas színvonalú és talán már önmagában sok mindenre magyarázatot ad.

Különösen érdekes előadásokat hallhattunk a mikrosebészetben, a különböző musculocutan és szabad (ér-ideg anastomósisal átültetett) lebe-nyek ma már korlátlan alkalmazásáról.

Végezetül, köszönetemet fejezem ki mindazon magyar és japán hivatalos szerveknek és munkatársaknak, akiknek a segítségével lehetővé tette a részvételemet.

Kárász Imre dr.



Orvostudomány

Ismételt publikációk. — Pazarlás, amit meg kell szüntetni. Lock, S. (Szerkesztőségi közlemény): Br. med. J. 1984, 288, 661.

A szerkesztőségi közleményt a lap főszerkesztője írta. Abból indul ki, hogy gyakran találkoznak olyan esetekkel, amikor a laphoz benyújtott cikkeket másutt is közreadják, vagy pedig a lapban már közölt cikkeket küldik be máshová. Néha a szöveg változatlan, legtöbbször van azonban valami kis módosítás, de a leírt vizsgálat ugyanaz.

Ezt a gyakorlatot a szerkesztőség egyértelműen károsnak tartja. Ebből csak pazarlás fakad. Az ilyen közlemény kisoríthat más, hasznos cikket, vagy annak megjelenését késlelteti, feleslegesen dolgoztatja a szerkesztőségeket (a szerkesztőségi munkának is jelentősek lehetnek a költségvonzatai), zavarja a referáló lapok tevékenységét, mert a visszakeresésnél sok lesz az ismétlődő írás.

A British Medical Journal nemrég öt ismételt közléssel találkozott, de a probléma fennáll más lapokban is, amerikai szerkesztőknek is gondot okoz a jelenség. Pedig szinte minden lap kiköti, hogy a beküldött kéziratnak eredetinek kell lennie, másutt nem jelenhetett, ill. jelenhet meg. Ez a nemrégiben létrejött vancouveri szerkesztői értekezlet egyezményének egyik alapszabálya is, és ez a British Medical Journal elve is.

A New England Journal of Medicine 1969 óta az ún. „Ingelfinger szabályt” alkalmazza (az akkori főszerkesztő neve alapján nevezték el). Eszerint csak olyan cikkeket fogadhatók el közlésre, amelyek nemcsak nem jelentek meg másutt, de tartalmuk, lényegük sem került közlésre másutt (kivéve rövid kongresszusi összefoglalást vagy sajtóközlést, ami előadás alapján készült.) Még a korlátozott terjesztésű belső kiadványok, sokszorosítványok esetében sem fogadható el a lapban a már megjelent kézirat.

A British Medical Journal tapasztalata szerint ennek a szabálynak értelmezése néhol bizonytalan. Gyakoriak a terjedelmes kivonatok, mint összefoglalások, amelyekben módszerleírás, adat is van, ezek gyakorlatilag közleménynek tekinthetők, amelyek a későbbi publikációt kizárhatják. A szerkesztőhöz írt levél viszont (ref.: — *ami Angliában nagyon divatos és gyakori közlésforma*) nem akadály, hogy a témáról később cikk jelenjen meg.

Hiba és üldözendő viszont a „szalámi” típusú közlés. Ilyenkor előbb előzetes közlemény jelenik meg, majd ahogy gyűlik az anyag, ugyanarról nagyobb, majd még nagyobb anyagra támaszkodó cikkek. Ez az eljárás nem csupán felesleges ismétlést jelent, hanem a különböző nagyságú mintán változhatnak az eredmények is. A szerkesztőknek ragaszkodniuk kellene ahhoz, hogy (különösen előzetes közlemény után) ne fogadjanak el kis mintán végzett vizsgálatleírást, a szerzők gyűjtsenek megfelelően nagy anyagot.

Az ismételt publikáción kapott szerzők gyakran azzal érvelnek, hogy szűkebb szaklapban is közreadták munkájukat, és általánosabb olvasókörnekek szülő lapban is. Ez csak ritka esetben engedhető meg, a szerkesztőkkel való előzetes konzultáció alapján. Más nyelven való közlés megengedhető lehet, különösen nem angol nyelvű szerzők esetében, ill. ha az egyik nyelv nem világnyelv. Ilyenkor azonban lábjegyzetben meg kellene adni, hogy a cikk előzetesen hol jelent meg, ill. hol fog megjelenni.

Itt az ideje, hogy az ismételt publikációkat meg kell állítani. Helyes lenne, ha az olvasók is visszajeleznének, ha ismételt publikációkat észlelnek, de a különböző kinevező bizottságok felelőssége igen nagy, nekik kellene észlelni és hátrányra tenni a publikációk hígulását. Néhány neves brit szakember már jó példát szolgáltatott, különféle bizottságokban alaposan tanulmányozta a kinevezés jelentkező munkáit, és az ismételt publikációkat „elkövetőket” nevéseges tette, hátra sorolta. A szakmák felelős vezetőinek ilyenfajta tevékenysége sokkal hasznosabb lenne, mint a szerkesztőségek különféle ellenlépései, hiszen az ismételt publikációk nyilván azért készülnek ilyen nagy számban, mert a szakmai előrehaladásnak a közlemények mennyisége a feltétele.

A különböző szerkesztőségek más és más módon „büntetik” az ismételt publikációkat. A Cell és a Proceedings of the National Academy of Sciences három évig nem fogad el kéziratot attól a szerzőtől, akit ismételt publikáción „kap rajta”. Más amerikai lapok tájékoztatják az intézet vezetőségét, ahol a szerző dolgozik, továbbá azokat az alapítványokat, amelyekről kutatásaihoz támogatást kap. A British Medical Journal a jövőben az ismételt közlésekről tájékoztatja az Index Medicust és a lapban feltűnő helyen, bekeretezve hírt közöl róla. Ebben megírja, hogy „X.” szerző

„Y.” cikke hol másutt is megjelent, a British Medical Journal erről nem tudva közölte a cikket, ezért tehát a teljes felelősség a szerzőt illeti, hiszen ez nyilvánvaló megsértése az érvényes tudományos etikai szabályoknak, és ezt a lap irányelvei határozottan tiltják.

[Ref.: A tudományos publikációk felhígulását valóban jó lenne megállítani. Ennek a problémának csak egy, és talán nem is nagy jelentőségű része az ismételt közlés, ennél nagyobb baj az alaptalan, hibás publikáció, ami ugyancsak nagyon gyakori. A legnagyobb felelőssége — mert legnagyobb lehetőségére van a megelőzésre — ebben az intézetvezetőknek, osztályvezetőknek van. Ezt az Orvosi Hetilap régóta és mindig hangsúlyozza. Ez a probléma a szerkesztőségek szintjén nehezen ragadható meg, márcsak a folyóiratok nagy száma és a szaklapok közötti elégtelen kommunikáció miatt is.) Ennek ellenére az O. H. szerkesztősége számos esetben észlelte a kettős közlést, ill. a közléseknek a szerk-i cikkben említett más formái.]

Buda Béla dr.

Belgyógyászat:

Kezeljük-e a „mérésékelt” magas vérnyomást? McAlister, N. H.: JAMA, 1983, 249, 379.

Mérésékelt magas vérnyomásnak nevezik a szerzők a normális és essenciális hypertensio közti értékeket. Bár a 90 Hgmm-es diastolés vérnyomásértéket felnőtten általában normálisnak tartják, tanulmányok utalnak a cardiovascularis megbetegedések és a 60 Hgmm-es diastolés érték feletti magas vérnyomás összefüggésére.

A szerzők egybehangzóan úgy vélik, hogy a 105 Hgmm-nél magasabb diastolés értékkel járó vérnyomásbetegség gyógykezelést igényel.

Betegeik vérnyomása 90—100 Hgmm-közt volt, ezt nevezték a mérésékelt magas vérnyomás kategóriának. Az összes magas vérnyomásos beteg 70—80%-ának van ilyen diastolés érték. Ez az Amerikai Egyesült Államok összlakosságának 15%-a. Fontos társadalmi és gazdasági következménnyel járó kérdés, hogy kell-e kezelni a mérésékelt magas vérnyomást?

Vizsgálataikat kórházi beteganyagban, ambuláns betegeken és otthoni anyagban végezték el. A kórházi vizsgálati anyag diastolés vérnyomása 90-től 114 Hgmm volt, súlyos betegség, ill. szövődmény (uraemia, retina károsodás, szív elégtelenség stb.) nélkül.

További csoportosításokat végeztek faj, nem, vérnyomásérték, aktuális szív, vese állapotoknál megfelelően. Több mint 3 éven át követték nyomon az anyagukat, az aktív

gyógyszeres kezelésben részesült személyek állapotát vetették egybe a placebo kezelésben részesült csoporttal. További különbséget tettek korábban teljesen egészséges, illetve korábban már „érintett” betegek között. A gyógyszeres kezelés során a 104–114 Hgmm-es csoportban 75%-os rizikócsökkenést észleltek, a 90–104 Hgmm-es tartományban 35%-osat. Ha megelőző betegség szerepelt a rizikócsökkenés 52%-os volt, még a többieknél 21%-os. A megfigyelések szerint, ha megelőző betegségek voltak a páciensek jól javultak a gyógyszeres kezelésre, még a másik csoportban ez nem volt észlelhető. Az ambuláns anyagot is a fenti szempontok szerint csoportosították, kivizsgálást követően 3 hónapos placebo kezelést alkalmaztak. A gyógyszeres kezelést követően 15%-os volt a hipertóniás szövődmény fellépése, szemben a placeboval kezelték 30%-ával. Külön vizsgálták az ischaemiás attackon átesett betegcsoportot. Az ischaemiás jelenségek visszatérése szempontjából nem volt lényeges különbség a kontrollcsoporttal egybevetve. Ebből még természetesen nem következik, hogy a valóságban nincs klinikai előnye a gyógyszeres kezelésnek a visszatérő attackok leküzdésében.

A fenti szempontok szerint szűrték meg több mint 150 000 személyt otthonukban. Több mint 10 000 beteget sikerült további együttműködésre bírni. A kezelés ingyenes volt, a vizitek berendelésre történtek. Az ötéves tanulmány eredménye az volt, hogy a gondozásba vett betegek több mint $\frac{2}{3}$ -a megmaradt az aktív kezelési csoportban. Az ischaemiás attackok előfordulásában és a mortalitásban lényeges csökkenést észleltek az aktívan kezelt betegcsoport javára. Ez a beteganyag természetesen inhomogénebb volt módszertanilag a hospitalizált anyaggal szemben. Biztonsággal lehetett következtetni arra, hogy kisebb lett a mortalitás aktív gyógyszeres kezelés esetén, csökkentek az ismétlődő ischaemiás szövődmények. A szerzők eredményeiket egybevetik az ausztráliai és oslói hasonló megfigyelésekkel.

Ezzel szemben nem volt lényeges különbség a nem szövődményes hipertóniás csoportban, összehasonlítva a kontrollcsoporttal.

Nincs elég meggyőző érv, hogy a gyógyszeres kezelés megelőzi-e a szövődményeket. A gyógyszeres mellékhatások jól ismertek, ezenkívül gondot okozhat, hogy panaszmentes betegekkel közölni kell, hogy betegségük tartós, költséges, gyógykezelést igényel. Hogy eddig lényeges eredményre nem jutottak még, abból nem következik, hogy ilyesmi nem is létezik.

A mérsékelt magas vérnyomásos személyek kezelése továbbra is a családi orvosok megtételén múlik.

Szodoray Péter dr.

A mérsékelt magas vérnyomás kezelése és a cardiovascularis halálozás csökkenése. Pickering, Th. G. M. D.: JAMA, 1983, 249. 399.

A magas vérnyomást nyomon követő program eredményei nagy fontosságúak, ha a kezelés majdnem 20%-os mortalitáscsökkenést eredményez. Hasonló eredményre jutottak a béta blokkoló preventívál szívinfarktus után. Mindkét esetben a tünetmentesítésből előlép a gyógykezelés, mikor megelőzi a megbetegedett tünetmentes személyeknél. Habár ajánlották a személyezettett kezelést, egy óvatosabb álláspontot tanácsos elfogadni, amelyről beszámolt McAlister. Alapvető kérdés az, hogy aláveszünk-e nagyszámú személyt egy hosszan tartó kezelésnek, potenciálisan káros gyógyszer-mellékhatásoknak, ha kicsi az esély, hogy mindenki számára előnyös jár. Ez az Egyesült Államokban kb. 25 millió személyt érint, akiknek mérsékelt magas vérnyomásuk van. Mi a valószínűsége, hogy ez a vérnyomásmátszint betegséget eredményez? Másodszor milyen fokú védeltséget nyújt a javasolt kezelés? Végül mi magának a kezelésnek a rizikója a jó hatása mellett?

Ha a magas vérnyomás minden melléktünete teljesen megszűnne, a systolés értéknek 165-ről 135 Hgmm-re való csökkentésével, több mint 60%-kal csökkenne a megbetegedés, ez szépen hangzik. A kóros történések azonban csak jóval kisebb mértékben szűnnek a valóságban. 100 beteg közül, 4 betegen értek el tünetmentességet, 96 esetben a kezelést hatástalannak tűnik, ami már kevésbé impresszionáló. Az Egyesült Államok programjában elért 20%-os mortalitáscsökkenés megfelel egy 1,3%-os abszolút csökkenésnek, vagyis minden 100 kezelt betegből „1,3” javul jótékonyan, míg „98,7” nem.

Az a tény, hogy a betegek zöme, akiket mérsékelt vérnyomással kezelnek, nem javul a kezelésre, nagy jelentőségűvé emeli a kezelés mellékhatását, tekintve, hogy ennek alapja a húgyhajtás, amely finom anyagcsere-változásokat eredményez. Bár az emelkedett vérnyomásról tudott, hogy növeli a szívinfarktus rizikóját, nem ismeretes, hogy a csökkent vérnyomás mennyiben csökkenti ezt a rizikót? A logikus megoldás az individuális mérlegelés lenne (gondos vérnyomásellenőrzés, EKG, többi cardiovascularis rizikófaktorok figyelembevétele).

Sürgető szükségük van az orvosoknak egy gyakorlati irányvonalra, hogy mikor tanácsos elkezdni a kezelést a mérsékelt magas vérnyomásos pácienseken.

1. A cardiovascularis rizikófaktorokat figyelembe kell venni a vérnyomáson kívül, mert a magas rizikócsoportban a várható eredmény jobb.

2. A gyógyszeres kezelésnek a

cerebrovascularis kóros események megelőzése terén még nagyobb jelentősége van, mint szívkoronária-betegségben.

3. Kétséges esetben a gyógyszeres kezelés elhalasztásával nem veszünk semmit. Az orvosoknak meg kell tanulni érzékelni a statisztikai valószínűséget éppúgy, mint a tüneteket.

Szodoray Péter dr.

Járó betegek vérnyomásának prognosztikai értéke. Perloff, D., Sokolow, M., Cowan, R. (Dep. med. Cardiovasc. Research Inst. és Computercenter, San Francisco, University of California): JAMA, 1983, 249, 2792.

Az orvosi rendelőben mért vérnyomásérték nem ad elegendő támpontot sem a betegség kezelésére, sem a prognózisra. Ezért hipertóniás betegeket ellátták elektronikus portábilis, a betegek által aktiválható szemiautomatikus indirekt vérnyomásmérővel. Az 1–2 napon keresztül félóránként mért vérnyomásokat (max. napi 40 mérés) átlagolták, és összevetették a rendelőben mértékekkel. Az összehasonlító vizsgálatok 1962–1966-ig folytak, összesen 1076 betegen, akiket átlagban 5 éven keresztül követték. A 15 év alatt újabb antihipertóniás gyógyszerek jelentek meg, és ennek megfelelően változott a betegek gyógyszeres kezelése is. Itt azt vették célul, hogy a vérnyomás ne haladja meg a 150/90 Hgmm értéket. A betegek 66%-a 50 évesnél fiatalabb volt. 225 betegnek már az experimentumba való belépése előtt volt valamilyen cardiovascularis komplikációja. Ebben az alcsoportban háromszor gyakoribb volt a nem fatális, és tízszer gyakoribb a fatális kimenetelű cardiovascularis esemény. (Gyakorisági sorrendben: koronária-elégtelenség, agyi ictusz, renális és perifériás artériás elégtelenség, szívmegelégtelenség). A követési idő alatt 75 esetben lépett fel fatális (7%) és 153 esetben nem-fatális (14%) cardiovascularis komplikáció. A betegek közel 80%-ában az ambulánsan mért vérnyomás alacsonyabb volt, mint a rendelőben mért. A kétféle érték lineáris regressziójától való eltérés a hypertonia prognózisát illetően meghatározó volt. Azoknak a betegeknek, akiknek az ambulánsan mért vérnyomása 6/10 Hgmm-rel nagyobb volt, mint a regressziós egyenlet alapján várt érték, azoknál a 10 éves fatális és nem fatális szív-ér szövődmény szignifikánsan gyakoribb volt, és fordítva, a lefele való eltérés lényegesen jobb prognózist jelentett.

Fiatal emberek határérték hypertóniájánál mindig kérdés, hogy kezelésre szorulnak-, vagy nem. A szerzők szerint, ha az ambulánsan mért vérnyomás magasabb volt, mint a rendelői — ez mindenképpen indokolt. (50 éves kor felett

eredményeikből ilyen prognosztikai következtetés már nem volt levonható.)

Wessely János dr.

Genetika, környezet és magas vérnyomás. Szerkesztőségi közlemény: *Lancet*, 1983, 1, 681.

Az esszenciális hypertonia kutatása során az elmúlt években sokan beszámoltak arról, hogy a hypertonia (H) kifejlődése a környezeti behatásokkal szembeni megnövekedett genetikai érzékenységgel függ össze. Ez az összefüggés egy tendenciában nyilvánul meg: azoknál a normotoniás egyéneknél, akiknek kifejezett H-s családi anamnéziséük van, a különböző manőverekre adott válasz során nagyobb vérnyomás-emelkedés észlelhető, mint az anélküli normotoniásoknál. Ezek a közlemények és a sejt Na-transzportjára vonatkozó új adatok tették szükségessé, hogy újra megvizsgálják az esszenciális H öröklésének módját.

Az 1960-as években Platt azt állította, hogy a H öröklése egy öröklődési faktoral magyarázható és a populációban kétféleképpen oszlik meg. A fő vonalat a normotoniás egyének alkotják, a másik vonalat a hypertoniások és a genetikailag predisponált normotoniások. Pickering viszont azt állította, hogy a vérnyomás a populációban egyfajta, enyhén pozitív aszimmetriával oszlik el. Pickering nem tagadta, hogy a H-ban szerepe van az öröklésnek, de azt mennyiségének és polygénnek hitte. Később fejlettebb technikával újra értékelték a kérdést. Úgy tűnt, hogy a hypertoniásoknak külön subpopulációja van, de ezt a vérnyomás-eloszlás pozitív aszimmetriája elrejti. Amikor a vérnyomásokat újra megmérték a populációban, kifejezett tendenciát észleltek a szélsőségesek — a magas, vagy alacsony nyomások — felé. A kezdetben magas vérnyomású alcsoport nyomása csökkent, de nem a népesség átlagára, hanem egy külön H-s átlagra. Ezek után meg kellett vizsgálni azokat a genetikai hatásokat, melyek magas vérnyomást okoznak.

Bianchi vizsgálatai állatokon bizonyították, hogy H-s patkányok öröklődési faktorát a vese közvetíti. Ha genetikusan H-s patkányok veséit transzplantálták normotoniás állatokba, vérnyomásuk emelkedett, ha normotoniás patkányok veséit ültették át genetikusan H-s állatokba, vérnyomásuk csökkent. Mivel a normotoniás és H-s patkányok főleg a konyhasóval szembeni érzékenységen különböznek, elképzelhető, hogy az emberben is hasonlóan van; genetikusan meghatározott az érzékenység az étkezéssel felvett Na-, és K-ra. Luft és mtsai közölték, hogy fekete normotoniás egyének nagyobb presszorválással reagáltak Na-terhelésre, mint a fehérek, noha nem lehetett összefüggést találni a családi anam-

nézissel. Ugyanakkor Skrabal és mtsai orvostanhallgatókat vizsgálva azt találták, hogy az alacsony Na-, magas K-tartalmú diéta hatásosabban csökkenti azok vérnyomását, akiknek magasabb vérnyomású szülőjük volt. Egy következő tanulmányban nem észleltek szignifikáns változást a vérnyomásban a diétás elektrolit-változtatásra. Ezen vizsgálatok alapján valószínű, hogy a Na-terhelés és vesztés, vagy a K-terhelés presszor és hypotensív hatása nem jelentős.

A sejt Na-transzportjára vonatkozó legtöbb megfigyelés arra utal, hogy a Na-transzport különbözők a H-s családi anamnézisé és az anélküli normotoniás embereknél. A sejten belüli Na-tartalom magasabb a családi anamnézissel bíró normotoniásoknál, mint azoknál, akiknek nincs anamnéziséük.

Szerepe van még a H kifejlődésében a környezeti stressznek is. Problémát jelent az, hogy nincs elfogadott standard a mérésére. A környezeti tényezőknek a vérnyomásra gyakorolt hatásait még nem értjük teljesen. Lehetséges, hogy a H-s családi anamnézisé normotoniások nagyobb cardiovascularis válasszal reagálnak a környezeti változásokra, mint az ilyen anamnézis nélküliek. A vérnyomás emelkedését inkább a perifériás ellenállás növekedése hozza létre, semmint a verőtér fogat változása. Azt tételezik fel, hogy az esszenciális H kezdeti rendellenessége az emelkedett verőtér fogat, a megnövekedett perifériás ellenállást ezt követi. Mind a fejszámolás, mind az izometriás feladat jobban emeli azoknak a normotoniásoknak a vérnyomását, akiknek H-s családi anamnéziséük van.

A cikk végső következtetései a következők: Érdemes foglalkozni a H-s és nem H-s családi anamnézisé normotoniás csoportok összehasonlításával, bár az esetek többségében gondot okoz a vizsgált egyének kis száma és az alapvérnyomásukban észlelhető különbség. A pozitív családi anamnézisé normotoniásoknak magasabb a vérnyomásuk és hamarabb válhatnak klinikailag hypertoniássá. Az artériás H kifejlődése kifejezett genetikai hatás eredménye, s mint néhányan megállapították, a mendeli domináns öröklést követi, de összetettebb öröklődésűnek látszik. A H kiváltásában genetikai, diétás és környezeti hatások egyaránt szerepelhetnek, ezért szükség van ezek együttes vizsgálatára a Na-pumpa aktivitás kutatásával együtt.

Tóth Levente dr.

Az alacsony nátriumtartalmú étrend hatásának értékelése az enyhe és a mérsékelt súlyosságú hypertonia kezelésében. — Silman, A. J. és mtsai. (Dept. of Epidemiol., London Hospital Med. Coll., Tur-

ner Street, London E1 2AD, England): *Lancet*, 1983, 1, 1179.

Kempner rizsdiéta még emlékeztetőben él az idősebbeknek, s újabban ismét vannak közlések arról, hogy az étrendi sómegszorítás kedvező hatással van a magas vérnyomás csökkentésére. A rövid távú kísérletekből azonban nem lehet egyértelműen arra következtetni, hogy a vérnyomás csökkentésében kizárólag a sóbevitel megszorítása a döntő, ezért a londoni szerzők korábban megkezdett sómegszorításos kísérleteiket tovább folytatták, s 1 éves megfigyelés után közlik eredményeiket.

Olyan 50–64 év közötti egyéneket vontak be a terápiás kísérletbe, melynek lényegéről előzetesen felvilágosították őket, akiknek a systolés vérnyomása 165 Hgmm körüli volt, a diastolés nyomás 95–104 Hgmm érték között ingadozott. 28 beteg került be a vizsgálati csoportba, legalább 13 hónappal a terápiás kísérlet megkezdése előtt már nem kaptak antihypertensív kezelést. A kísérlet indításakor 12 egyén (beteg?) étrendjét úgy állították össze, hogy abban a nátriumbevitel naponta 100 mmol volt. A másik 16 főből álló csoport étrendjében nem korlátozták a nátriumbevitelt. Mindkét csoport figyelmét felhívták arra, hogy „mértékletesen” étkezzenek, kerüljék az excessivitásokat, stresszeket.

Az ellenőrzéseket az első 3 hónap után 6 és 12 hónap múlva végezték, ekkor a vérnyomás regisztrálása mellett megmérték az illetők testsúlyát, a 24 órás vizelet nátrium- és káliumtartalmát és statisztikai számításokat is végeztek.

A testsúly egyik csoportban sem változott jelentősebben, s bár a 24 órás nátriumürítés különbsége a két csoport között szignifikáns volt a káliumürítés jelentéktelen változása mellett, a systolés és diastolés vérnyomás mindkét csoportban csaknem azonos mértékben csökkent, mégpedig a kiindulási értékhez viszonyítva szignifikánsan. Az eredmények arra utalnak, hogy a vérnyomás csökkentésében a sóbevitel önmagában nem játszott döntő szerepet, hanem inkább a hypertoniásokkal való fokozottabb törődés és vérnyomásuk, életmódjuk rendszeres ellenőrzése.

Iványi János dr.

A vérnyomás csökkentése fiatal felnőtteken calcium bevitellel. Belizan, J. M. és mtsai. (School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins Univ., Baltimore, MD 21205, USA): *JAMA*, 1983, 249, 1161.

Ismert az összefüggés a magas calciumtartalmú ivóvizet fogyasztók és a cardiovascularis betegségek ritkább előfordulása között. Ezt az összefüggést az alacsonyabb vérnyomással is kapcsolatba hozzák,

bár arra is vannak adatok, hogy az ivóvízben levő calcium csak 10–15%-a a szájón át bevitt összes calciumnak. Van viszont olyan állatkísérletes megfigyelés is, mely szerint spontán hypertoniás patkányok vérnyomása csökkenthető, ha táplálékukban a calcium mennyiségét növelik. Az ellentmondásos adatok ismeretében a jórészt guatemalai szerzők Közép-Amerikában önkéntes egészséges egyéneknek vizsgálták standard calcium hatását a vérnyomásra placebót használó csoporttal szemben. 57 egyén képezte a vizsgált csoportot azonos nem szerinti eloszlásban, életkoruk 18–35 év között volt, a vizsgálat tartalma alatt semmiféle gyógyszert nem szedtek. Az elővizsgálatok 8 héten át tartottak, ebben a nőknél két menstruációs ciklusa is benne volt, miután a menstruális hormonváltozásoknak a calcium anyagcseréjére ismert a hatásuk. A vizsgált nők vérnyomása a menstruációs fázisban nem mutatott eltérést. A laboratóriumi paraméterek közül a serum összcium tartalmát, a magnesium, anorganikus foszphat, azz albumin, az összfehérje szintjét és a calcium-magnesium hányadosát vizsgálták.

A kísérletben szereplőket randomizálták nem és életkor szerint (18–23, illetve 24–35 évesek), az egyik csoport 22 héten át napi 1 g elemi calciumot kapott, a másik placebót. Az érend és a bevitt calcium mennyisége azonos volt a vizsgálat tartalma alatt, a 13–23-ik hét között a standard calciumot szedő férfiakon szignifikáns módon korlátozták a placebót szedőkhöz viszonyítva az egyéb calcium-bevitelt. A vérnyomásokat 3 különböző pozícióban mérték azonos módon és végtagon. A kiindulási értékek valamennyi egyéneknél normálisak voltak, a testsúlyok is megegyeztek.

Az elemi calciumot szedők diastolés vérnyomása a kiindulási értékhez viszonyítva szignifikánsan csökkent, ez a csökkenés nőknél 9 héttel a calciumszedés után már beállt és 5,6%-os volt. Férfiakon már 6 hét múlva stabilizálódott a diastolés vérnyomás csökkenése, a kiindulási értékhez viszonyítva 9%-kal. A vizsgált paraméterek sem a kísérlet alatt, sem a végén nem mutattak a kezdetitől eltérést.

A calciumnak a vérnyomásra való csökkentő hatására biztos magyarázatot nem tudnak adni a szerzők (a calcium hatása a vascularis sima izomzatra? parathyreoidea hatás? összefüggés a calcium és natrium renális clearance között? calcium szerepe a prostaglandin synthesisben?), s további vizsgálatokat tartanak szükségesnek az általuk észlelt hatás más oldalról való megközelítésére is.

Iványi János dr.

G., R. Erbel (Inn. Med. I der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, D—5100 Aachen, NSZK): Med. Welt, 1983, 34, 529.

A calcium-antagonista verapamil 1970-ben alkalmazta először hypertoniás krízis kezelésére *Bender F.* (Drug. Res., 1970, 20, 1310). Az újabban felfedezett nifedipin (Adalat, Corinvar) is calcium-antagonista, relaxáló hatása van a sima izomzatra és alfa-receptor blokkoló hatását is megfigyelték.

Az aacheni szerzők *Magomet-schnigg* kiváló eredményeire hivatkoznak (Dtsch. med. Wschr., 1982, 107, 1423), aki hypertoniás krízisben szenvedő betegeken 100%-os jó eredménnyel alkalmazta a szert, a kitűnő eredmények hatására próbálták ki maguk is a szert (Adalat) 30 hypertoniás krízisben szenvedő beteg akút kezelésére. 26 nő és 4 férfi képezte a vizsgált beteganyagot, átlagos életkoruk 66 év volt, a hypertonia eredetét, időtartamát nem közlik. Hypertoniás krízisen a hirtelen fellépő 220/120 Hgmm feletti vérnyomással járó rosszullétet értették. A betegek közül 16 korábban még egyáltalán nem részesült semmiféle antihypertensív kezelésben. A betegek beállítását után általános vizsgálat, EKG, pulzus- és vérnyomás-regisztrálás történt a fekvő állapotban levő betegeken, majd 5 perc múlva ugyanezeket a vizsgálatokat megismételték. Ezután a betegek 20 mg nifedipint vettek be sublingualisan, vérnyomásukat és pulzusszámukat 2 percnként mérték 10 alkalommal. Már 5 perc múlva csökkent az átlagos vérnyomás 235/123 Hgmm értékről 210/110 Hgmm-re 26 betegen (86%). 20 perc elteltével további vérnyomáscsökkenést figyeltek meg ugyanezen a betegeken. 4 beteg vérnyomása nem reagált nifedipinre. 6 jól reagáló beteg az akút terápiás kísérlet befejeztével tovább is vizsgálták a vérnyomás viselkedését 1–4 órán át. 1 beteg kivételével az akutn elért vérnyomáscsökkenés továbbra is változatlan maradt. A szívfrekvencia 95-ről 83/min. értékre csökkent.

Mellékhatásként arc- és bőrpírulást figyelt meg 3 beteg, ez a vasodilatator-hatás rövidesen elmúlt minden különösebb terápia nélkül. 1 beteg systolés vérnyomása esett több mint 100 Hgmm-t a nifedipin bevétele után.

A jó terápiás effektus és a kevés mellékhatás miatt a szerzők a sublingualis nifedipin kezelést első szerként ajánlják ambuláns betegeken is.

Iványi János dr.

Ismétlődő féloldali sensoros és/vagy motoros tüneteket ritkán hoznak összefüggésbe az ún. hyperventilációs szindrómával. A szerzők — figyelve e lehetőségre — a legutóbbi 2 évben 12 ilyen esetet észleltek. Betegeik életkora 19–66 év közötti volt, s e tünetek zömmel fiatalokon jelentkeztek. Nemegyszer a nyelv, az arc és az ajkak is érintve voltak. Az esetek többségében a panaszokat szédülés, fejfájás, hányinger, palpitatio, gyengeség vagy visualis sensatio is kíséerte. Ezek az időnként jelentkező rohamok 4 hónap—2 év óta gyötörték betegeiket. Felismerésük előtt a következő feltételezett kórméket állapították meg: cerebrovascularis insufficiencia, migraine, epilepsia, sclerosis multiplex, arteriovenosus malformatio, brachialis neuritis, angina stb. Ezek az epizódok általában 2–20 percig tartottak, s a betegeknek miattuk szorongásérzésük volt. Érdekes a baloldali gyakoribb érintettsége. Vizsgálattal nem tudtak kórosat kimutatni, de akaratlagos hyperventilációval minden betegen ki lehetett váltani 1/2–3 perc alatt a jellegzetes panaszokat. Ennek tudatosításával és megfelelő psychotherápiával betegeik tünetmentessé váltak.

Egyik jellegzetes esetük ismertetése: 19 éves nő, aki elvégezte iskoláit, de nem tudott elhelyezkedni, mert 1/2 éve időnként elyengült a bal felső végtagja. Ezek az epizódok néhány percig tartottak, szédüléssel, szorongással és olyan érzéssel jártak, hogy közben nem tudott „elég mélyen lélegezni”. Akaratlagos hyperventilációval a tüneteket bármikor ki lehetett váltani, s az egyébként egészséges beteg kellő felvilágosítás után tartósan tünetmentessé vált.

Először *Tavel* (1964) írta le az erőltetett légzés kapcsán fellépő féloldali tünetcsoportot, de közlése nem keltett nagy érdeklődést, holott érdemes felfigyelni e szindrómára mind az elkülönítő kórismerés, mind a hatásos terápiás lehetőség miatt. A pathomechanizmus valószínűleg kevert, mert perifériás hatásra utal az a közismert tapasztalat, hogy az erőltetett légzés okozta respirációs alkalosis fokozza a környéki ideg ingerlékenységet mind az ionizált calciumszint csökkentésével, mind a vas nervorum vasoconstrictiójával. Ugyanakkor az egyidejűleg jelentkező gyakori szédülés centrális okra vezethető vissza, melynek hátterében a hyperventilációs hypokapnia okozta csökkent agyi véráramlás áll.

Major László dr.

Hyperventilatio okozta egyoldali szomatikus tünetek. Blau, J. N. és mtsai. (National Hospital, London and Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex, Anglia): Brit. med. J. 1983, 286, 1108.

Vagalissyncope ismétlődő tüdőembolisatióban. Simpson, R. J. és mtsai (Departments of Medicine and Pathology, University of North Carolina, Chapel Hill, USA): JAMA, 1983, 249, 390.



Tüdőembolisatióban több mint 10¹⁰-ban lép fel syncope, főleg a masszív szórással járó esetekben. E jelenség régebbi magyarázata: a vérrögök elzárják a tüdőverőeret s így másodlagosan csaknem teljesen felfüggesztik a keringést a bal szívfélben is, lehetetlenné téve ezzel a systemás circuliót, előidézve a syncopét. Bár pulmonalis embolisatio kapcsán ritkán írják le bradycardiát, a szerzők a közelmúltban 2 ilyen esetet észleltek, s ezek tanulmányozása után az a véleményük, hogy egészen más a pathomechanizmus.

Egyik betegük kórrajza: az 56 éves nőt ismétlődő syncope miatt veszik át egy másik kórházból. Első ilyen epizódja 9 nappal azelőtt lépett fel. Távlabbi kórelőzményében hypertónia, cukorbeteg és varixműtét szerepel. Vizsgálatok kifejezett elhízást, normális vérnyomást, emelkedett vércukorszintet és kisfokú környéki vízenyőt észlelnek. EKG: 80-as sinus-rhythmus, jobb nyálábblock + bal anterior hemiblock. Az előző intézetben fellépett 4 syncope közül egy esetben a légzés is leállt; 2 alkalommal sikerült az attackok alatt EKG-t készíteni: először lassuló sinus-rhythmust + AV-blockot, másodsor II. fokú AV-blockot, sinus bradycardiát, majd 36/min. szaporaságú „escape”-rhythmust észleltek. Míg a beteg visszanyerte eszméletét, keringésének jellemzői: 120-as sinus tachycardia, 200/90-es vérnyomás. Egyébként az epizódok között a beteg passzív volt, 72–100/min. szaporaságú érveréssel.

Az átvétel utáni napon helyi érzéstelenítésben pacemakert ültetnek a betegbe, aki e beavatkozás alatt rosszul lesz, sinus bradycardia felléptével eszméletét veszti; ekkor AV-block, majd légzésleállás utáni eredménytelen resuscitatio kapcsán meghal. Boncolás: friss, masszív, valamint régebbi multiplex tüdőembolisatio.

Második észlelésük 64 éves férfi-beteg, kinek kórlefolyása mind a klinikai kép, mind a boncolási lelet szempontjából nagyon hasonlít az előző betegéhez.

E két eset pathomechanizmusa alapján az a szerzők véleménye, hogy a tüdőembolisatiohoz társuló syncope és bradyarrhythmia hátterében parasympathikus reflex áll, vagyis az egyre kifejezettebb sinus bradycardia + a vele egy időben fellépő AV-block okozója a fokozott vagus-tonus. Így bizonyítottnak vehető, hogy az ismétlődő tüdőembolisatiohoz társuló syncopék egy része így keletkezik, s ilyenkor a szerzők hypothesis szerint a sympathikus rendszer nem képes ellen-súlyozni a parasympathikus túlsúlyt. Ez általában akkor áll fenn, ha hosszabb időn keresztül fokozott a jobb pitvari nyomás.

Major László dr.

Az oesophagus varicositas ritkább okai. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. Jour. 1983, 286, 826.

Az oesophagus varicositas legtöbb esetben májbetegségben és/vagy vena portae thrombosisban szenvedő betegen fejlődik ki. Nagyon ritkán azonban találkozhatunk olyan nyelőcső visszeres szemelvényekkel, akiknél kizárhatók a fenti okok. Ezeket a lehetőségeket tekinti át J. L. Dawson, a londoni King's College Hospital sebésze.

Néha a pancreasban lassan növekvő tumorok (cystadenoma vagy malignus endokrin daganatok) okozhatnak oesophagus varix kifejlődéshez és vérzéshez vezető lépvéna obstrukciót. Kiterjedt panceas — test carcinomáknál is kifejlődhetnek varixok, azonban a folyamat gyors progressiója miatt vérzés nem szokott jelentkezni.

Portalis hypertensio ritka oka a portalis arterio — venosus fistula. A közölt esetek többsége traumás eredetű volt és általában 4 évig is fennállt, mielőtt splenomegáliát vagy varicositást hozott volna létre.

Banti syndromában is leírtak varixokat. Idiopathiás mediastinalis fibrosis okozta vena cava superior elzáródás is hozott már létre varix vérzést. Az irodalomban 1971-ben közölték egy homozygota ikerpár esetét, akiknél portalis hypertensio nélküli nyelőcső-visszereket fedeztek fel. A nyelőcső alsó szakasz vele feltehetőleg gyengégségének tartották az elváltozást.

A bemutatott esetek az oesophagus varix vérzés ritka okai, akkor kell rájuk gondolni, ha nem találjuk a májbetegség, a vena portae vagy vena cava elzáródás klinikai jeleit.

Szalóki Tibor dr.

Myeloma multiplex-házak és házastársak. Kyle, R. A., Ph. R. Greipp (Mayo Clinic, Rochester, MN 55905, USA): Cancer, 1983, 51, 735.

A több száz myeloma multiplex-es beteget összegyűjtött Mayo-klinikai kutató munkatársával együtt a myeloma multiplex különös előfordulását ismerteti közleményében.

Az első két nőbeteg ugyanakkor a férfinak volt egymást követően a felesége, mindketten ugyanabban a házban laktak férjükkel házasságuk alatt. Az első feleség myeloma multiplex hátfájdalmak tisztázása során derült ki, amikor a thoracalis gerincen pathológiás fracturát találtak. A fracturák röntgen irradációs terápia ellenére ismétlődtek, chemotherapeuticumok sem tudták a folyamatot jelentősen felfertőztetni, mely végül is 4 év múlva végződött halállal. A következő feleség családjában több colon carcinoma és egy idült leukaemia fordult elő, férjhez menetelég kozme-

tikusként dolgozott. Ennek az asz-szonynak általános vizsgálata során terelődött a gyanú myeloma multiplex-re típusosnak mondható panceas nélkül. A részletes vizsgálatok kappá-típusú, enyhe lefolyású myeloma multiplexet igazoltak. Az asz-szony a diagnózis megállapításától számítva 8 éve még életben van.

Egyik asszonynak sem volt gyermeke, kedvenc háziállata, a ház, amelyben laktak, favázás épület volt deszkaborítású téglafalakkal. A megbetegedések után az illetékes közegészségügyi intézet részletesen átvizsgálta a házat, abnormális radioaktivitást nem észleltek.

A második családban két egymást követő férjnek lett myeloma multiplex betegsége, mindketten mechanikusok voltak, szerszámaik tisztítására benzint használtak több éven át. A ház, amelyben egymást követően laktak, ugyancsak favázás épület volt téglafalakkal és deszkaborítással. Az első férjnek 6 gyermeke volt, a másodiknak 1. Mindkét férj csak 1–1 évet élt a betegség megállapítása után, a másodiknak fracturái voltak. A házat átvizsgálva ugyancsak nem találtak gamma sugárzásra utaló jeleket vagy egyéb környezeti ártalmat, de más olyan faktort sem, amelyik felelős lehetett a betegség átvitelében. A különös előfordulás további epidemiológiai, radiológiai, virológiai és környezeti kutatásra ösztönözheti a myeloma multiplex-szel foglalkozókat hasonlóan halmozott esetek újabb előfordulásakor.

Iványi János dr.

Pneumococcus pneumonia kórházban fekvő betegeken. Ort. S. és mtsai (Medical Service, 111B, Veterans Administration Medical Center, West Haven, CT 06516, USA): JAMA, 1983, 249, 214.

A kórházban ápolat betegek megbetegedésében és halálozásában a baktérium okozta pneumonia a főok, és a legtöbb kórházban a bakteriális pneumoniaiban a pneumococcus pneumonia a vezető megbetegedés.

A szerzők 94 kórházban fekvő beteg pneumococcus pneumoniajának klinikai és radiológiai jellemzőit vizsgálták. 57 betegnek (61%) bronchopneumoniája, míg 37 betegnek (39%) lobaris pneumoniaja volt. 82 betegnek (87%) mindkét radiológiai csoportban egy vagy több alapbetegsége volt.

Nem volt különbség a két radiológiai csoport között a szívbetegség, diabetes, krónikus tüdő vagy malignus betegség gyakoriságában. A köpet Gram törzs mindkét csoportban szintén hasonló volt. A 37 lobaris pneumoniais beteg közül 20 (54%) bacteriaemiás volt, összehasonlítva az 57 bronchopneumoniás beteggel, akik közül csak 5 (9%) volt bacteriaemiás; mind az öt bronchopneumoniás bacteriaemiás betegnek malignus folyamata volt.

Bár a pneumococcus pneumoniaiban rendszerint lobaris kép jelenik meg, ez a tanulmány azt mutatta, hogy a kórházban ápolat pneumococcus pneumoniais betegek többségének a röntgen elváltozása inkább bronchopneumoniás jellegű volt, mint lobaris típusú. Így, a bronchopneumoniás típusú pneumococcus pneumoniais beteget nehezebb kórismézni.

A felismerés mind a kezelés, mind az epidemiológiai adatok miatt fontos, ezeket az adatokat a pneumococcus típusú profilaktikus oltások kiválasztásában használják fel.

Vezedi Sándor dr

Gastroenterologia

A nyelőső vírus- és candida fertőzöttsége; 500 oesophagoscopia kapcsán nyert prospektív vizsgálatok. Giger, M. és mtsai (Med. Klin. f. Gastroenterologie und Inst. f. Pathologie, Universitätsklinik Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 576.

A virális eredetű nyelősőgyulladásokat eddig még alig vizsgálták. A szerzők ilyen irányú bevezető kutatásai szerint ezek incidenciája mintegy 1%-ra tehető. Nyitott még azonban a kérdés, hogy a kimutatott vírusoknak milyen szerepe van az egyes oesophagus-laesiók kórokozójában. Tisztázatlan továbbá, hogy van-e egyáltalán összefüggés a nyelőső vírus- és candida-kórokozók kimutathatósága között.

A szerzők 500 sorozatos fiberoptikus oesophagoscopiás vizsgálatban 431 betegen rendszeresen kuttattak vírus és candida előfordulása után: kenet-cytologia, víruskultúra, sőt, biopsia, ha ellenjavallat (alvadási zavar, nyelőső-varix) nem volt. A vírusos eredetű a fibroplast tenyésztésben való cytopathogen effektusok, a cytológiai készítmények sejtmagzárványai igazolták. A candidiasis kórisméjét a cytológiai és a szövettani készítményben a candidahyphák támasztották alá. Az eredmények számszerű megoszlásában 120 reflux-oesophagitisben virális 11 (9,20%), candida 14 (11,7%), vírus + candida 1 (0,8%), egyéb laesiókban vírus 3 (9,1%), candida 2 (6,1%); normális (347): vírus 5 (1,4%), candida 8 (2,3%).

Végeredményeik alapján: 1. vírus- és candida-település nyelőső-laesióval vagy anélkül is található; 2. a reflux-oesophagitisben a vírus- és candida előfordulása szignifikánsan halmozottabb; 3. nincs összefüggés a vírus- és candida előfordulása között.

ifj. Pastinszky István dr.

Gyomornyálkahártya-szigetek a nyaki nyelősőben. Ottenjann, R. és mtsai (I. Med. Abt. und Path. Abt. des Städt. Krankenhauses

München-Neuperlach): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 246.

Rendszeres autopsiás vizsgálatok kapcsán már régebb óta (Schridde, 1904), ismeretes, hogy a nyaki nyelősőben gyakran gyomornyálkahártya-szigetek is előfordulhatnak, azonban ezeknek a HCl- és pepsin-elváltató corpus-nyálkahártyának potenciális pathogenetikai jelentőségét nem méltatták, noha analog szigetek a Meckel-gurdélyban vagy bél-duplicatiókban is megtalálhatóak. A szerzők nem kiválasztott, járó és kórházi betegeken endoszkópos vizsgálatot kutatták a gyomornyálkahártya-szigetek előfordulását. Mintegy 1000 oesophago-gastro-duodenoscopia kapcsán 40 esetben találtak néhány cm-rel az oesophagus-szájadjás alatt ilyen mucosa-szigeteket. A szövettani vizsgálat 24 esetben talált „tisztá” corpus-nyálkahártyát, fundusmirigyek keverékét (fedő- és fősejtekkel), továbbá 9 esetben mucoid-mirigyekkel; a többiekben csak mucoid-mirigyek (3 eset), vagy felületes gyomornyálkahártya-részek (2 eset) voltak kimutathatóak. Két esetükben a szigetbiopsia nem volt céleredményes. Egy esetben a pentagastrin-stimulatio után a kongó-vörös lokális endoszkópos alkalmazásával sikerült a sósavelváltást a corpus-mucosa-szigeten bizonyítaniuk. A cervicalis oesophagusban a HCl-elváltató gyomor-mucosa-szigetek pathogenetikai jelentősége elsősorban a következményes lepedék- és hártaképződéssel járó peptikus fekélyek indukciójának lehetőségében mutatkozik.

ifj. Pastinszky István dr.

Gastro-oesophagealis refluxbetegség kombinált cimetidin és metoclopramid kezelése. Temple, J. G. és mtsai: Brit. Med. J. 1983, 286, 1863.

A szerzők a két önmagában is hatékony szer kombinációjának gyakorlati használhatóságát próbálták ki refluxos betegeiken. A metoclopramid emeli az alsó oesophagus sphincter nyomását, gyorsítja a gyomorürülést. Savcsökkentő cimetidinnel történő együttes alkalmazása ésszerűnek tűnt.

Gastro-oesophagealis refluxbetegségben szenvedő betegeiket 2 csoportba osztották: 40 csak cimetidint (3×400 mg + este 400 mg), 33 pedig cimetidint és metoclopramidot (3×10 mg naponta) szedett a 12 hétig tartó randomizált, kettős vak kísérletben. Antacidát szükség szerint fogyaszthattak. Betegeiket 2 hetente számoltatták be a tünetekről és mellékhatásokról. A kezelés előtt és után endoszkopos vizsgálatot végeztek. Mindkét kezelés hatására már az első héten csökkent a pyrosis, sőt, betegek kétharmada tünetmentessé vált. A két csoport között sem a tünetek enyhülésében, ill. megszűnésében, sem az antacid-

fogyasztás mértékében nem észleltek szignifikáns különbséget. A kombinált kezelésben részesülők kevesebb antacidát fogyasztottak ugyan, de ez nem volt szignifikáns, csakúgy, mint a cimetidinnel kezelt endoszkopos jobbnak ítélt gyógyulása. A cimetidint és metoclopramidot kombinációban szedőknél gyakoribban voltak a mellékhatások, sőt, az esetek egyharmadában a kezelést meg kellett szakítani miattuk.

A szerzők következtetése: a tetzetős elmélet ellenére nem előnyös a cimetidin + metoclopramid kombináció a gastro-oesophagealis refluxbetegség kezelésében.

Szalóki Tibor dr.

Henoch-Schönlein-purpura gyomor-bélrendszeri megnyilvánulásai. Urban, Ph., E. Loizeau (Div. de gastro-enterologie, Dép. de médecine, Hôpital cantonal, Genève): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 593.

A szerzők 1978–1982 között észlelt hét purpura Henoch-Schönlein (PHS); öt férfi, 2 nő; 29–82, átlag 51 éves) gyomorbél-szövődményeinek klinikai, kórszövettani, endoszkópos és radiológiai jellegzetességeit tárgyalják. A PHS nem thrombocytopeniás, jellegzetes eloszlású, petechia-jellegű, göbcsés, vascularis purpura, amelyhez lokalizált subcutan oedema, polyarthrit és gyomorbél-szövődmények társulhatnak. A kórszövettani elsősorban a klinikai tünetek irányítják. Kórszövettanilag a purpura polynuclearis leukocyták és erythrocyták öveze vasculitis leukocytoclasica. A túlérzékenységi vasculitisben a keringő immunkomplexek, leggyakrabban az IgA mutatható ki az erek falzatában; az antigén stimulus ritkán azonosítható (streptococcon, grippés légúti fertőzés, gyógyszer, táplálék, daganatos eredet, atopia).

A betegek gyomor-bél jelenségei a következőképpen oszlottak meg: öt esetben hasi fájdalmak, négy esetben hasmenés, öt esetben különböző erősségű bélvérzés (egy esetben transfusio vált szükségesé), négy esetben kisebb fokú végbélvérzés. A négy esetben végzett rectoscopiás vizsgálat három betegnél petechialis elváltozásokat, a gastroscopiás vizsgálat pedig három esetben ulceratiókat igazolt. Egy esetben ileus gyanúja miatt végzett laparotomia a vékonybél subserosáján focalis vérzéseket mutatott ki.

Kórszövettanilag a PHS az emésztő csatorna teljes hosszában manifesztálódhat, amely kórszövettanilag azonos a bőrelváltozásokkal (vasculitis focalis partim thrombotisans et necrotisans); az endoszkóposan nyert biopsiás anyag capillarisaiban IgA-depositumok találhatóak. A PHS gyakorisága 19–74% között váltakozik; leggyakrabban a hasi fájdalom (19–74%)

és a gyomor-bél-vérzés (20—60%). A vérvesztéses foka igen ingadozó; a haematemesis ritka. Transfusio csak ritkán szükséges. Endoszkópia az intramucosus petechiákat vagy ulceratiókat jól mutatja, de önmagukban nem specifikusak. Hasonlóan a radiológiai lelet sem fajlagos, vizényő, ischaemia, intussusceptio okozhatnak.

A gyomor-bél szövödmények prognóza általában jó, még ha több hullámban is ismétlődnek. Ritka (4—6%) az intussusceptio, perforatio, enteropathia, pancreatitis, malabsorptio. A prognózist rendszerint a súlyos veselaesio rontja. A PHS kezelése rendszerint tüneti. A legtöbb szerző szerint a steroid, immunsuppressív (azathioprin, cyclophosphamid) kezelés mellett javult az ágynyugalom, szükség esetén transfusio, esetleg antacid szerek, entererális és parenteralis mesterséges táplálás.

ifj. Pastinszky István dr.

A gastrointestinalis megbetegedések diagnosztikája — mikor röntgenvizsgálat, mikor endoscopia? H. J. Goldberg (Univ. of California, School of Medicine, Dep. of Rad.): Röntgenpraxis, 1983, 36, 88.

Az utóbbi időben megfigyelhetjük, hogy a gyomor-bél-rendszer röntgenvizsgálatainak száma csökken, az endoscopos vizsgálatok száma pedig növekszik. A flexibilis endoscopok fejlődésével az endoscopia érzékenysége és találati biztonsága nagyobb az esetek többségében a megfelelő rtg-vizsgálaténál. A nyálkahártya közvetlen szemlélésén túl a biopszia — s ezáltal a szövettani diagnózis felállításának a lehetősége is adott. A hagyományos rtg-vizsgálatok jelentősége és gyakorisága csökkent — ezek biztonságának nem kielégítő volta miatt. (Bár az esetek jelentős részében a két vizsgálatot egymás kiegészítéseként végzik.) Másrésztől szóba jön a CT és az ultrahang megfelelő alkalmazása is.

A szerző összehasonlítja az endoscopos és a radiológiai vizsgálómódszereket érzékenységük és találati biztonságuk szempontjából, s röviden összefoglalva a következőket állítja:

Az oesophagus endoscopos vizsgálata indokolt, ha 1. a jól elvégzett rtg-vizsgálatnál semmi kórosat nem észleltünk és a tünetek progressívnak; 2. biopszia szükséges. Egyébként a (kettős kontrasztos) rtg-vizsgálat az elsődleges.

A gyomor vizsgálatánál az endoscopia az első.

A vékonybél vizsgálatára endoscopos lehetőség nincs. A megfelelően kivitelezett rtg-vizsgálat, mint szűrő módszer alkalmas, de a diagnosztikus értéke elég csekély.

A vastagbél vizsgálatánál első a megfelelően végzett kettős kontrasztos irrigoscopia, és azt követi a

colonoscopia. Elsőként colonoscopia akkor végzendő, ha az adaequat rtg-vizsgálat nem kivitelezhető.

A szerző a két módszer több szempontból történő összehasonlítását így foglalja össze: 1. Jelenleg az rtg-vizsgálat a leginkább rendelkezésünkre álló lehetőség. 2. Az endoscopia viszonylag kellemetlen vizsgálat, és gyógyszerek alkalmazását is szükségessé teszi; a rtg-vizsgálat kevésbé megterhelő. 3. A rtg-vizsgálat sugarerheléssel jár (3—6 rad). 4. Komplikációk. (Endoscopiánál nyálkahártya-sérülés, aspiratio lehetséges.) 5. Költségek közt jelentős különbség nincs. 6. Az ulcus pepticus gyakorisága csökkent, rtg-vizsgálatnál kevesebbszer találkozzunk vele. 7. A cimetidin preparátumok alkalmazása az ulceroterápiában eredményes, ezért az ulcusok lefolyásának követésére végzett rtg-vizsgálatok száma csökken. 8. Az endoscopiával biztos szövettani diagnózis is felállítható. (biopszia).

Pásztor Tamás dr.

Különböző cimetidin kezelési módok összehasonlítása nyombél-fekélyes betegeken. Lance, P., Gazzard, B. G. (Dept. Gastroenterol., Westminster Hops, London): Brit. Med. J. 1983, I, 937.

A népesség több mint 10%-a szenved élete során nyombélfekélyben, s napjainkban cimetidin (Ci) kezelésben részesül. A Ci-t többnyire rövid időre ajánlják, a betegek azonban általában a panaszok megszűnése után 1—2 héttel hagyják abba szedését.

A szerzők összehasonlították a hathetes kezelést a panaszmentesség bekövetkeztéig alkalmazott Ci-adagolás eredményességével. Harminc beteget vizsgáltak, a fekély aktivitását endoszkópos vizsgálatokkal igazolták. Tizenhat beteg kapta a gyógyszert 6 hétig, 14 a panaszmentesség jelentkezéséig, átlag 14,8 nappal. A Ci adagja napi 1,0 g volt. Az antacid szerek szedését nem korlátozták. A két betegcsoport életkora, a nemek megoszlása, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásai hasonlóak voltak.

A 3 hónap után megismételt endoszkópos vizsgálatnál mindkét csoportban azonos gyakorisággal találtak aktív és gyógyult fekélyt. A panaszok 3 hónapon belüli recidívája és az aktív, de tünetmentes fekélyek előfordulási aránya sem különbözött.

A panaszok és a fekély kiújulása a 6 hetes kezelés után átlagosan 33 nappal, a másik, rövidebb ideig kezelt csoportban 48 nap múlva következett be.

A Ci-kezelésről kezdetben feltételezték, hogy megváltoztatja a nyombélfekélyes kórlefolását. Bebizonyosodott azonban, hogy a gyógyulás utáni havonkénti kiújulás gyakorisága 8,5%, azonos a placeboval kezelt betegekével. A recidi-

va aránya 2,5%-ra csökkenthető 400 mg Ci esti adagolásával, de az így kezelt betegeken a tünetmentes kiújulás veszélye növekszik. Egy másik vizsgálat szerint az elalvás előtt Ci-t szedő betegek 9,6%-ában található tünetmentes duodenum-fekély.

A szerzők megállapítják, hogy a Ci-adagolás időtartama nem befolyásolja a nyombélfekély gyógyulási arányát. Elegendőnek tartják a panaszok megszűnéséig, ill. az ellenőrző vizsgálat megtörténteig alkalmazott kezelést.

[Ref.: érdemes lenne a terápiás ajánlást több beteg kipróbálni. Hazánkban a cimetidint (Histodil) hosszabb időtartamra rendelik, ami részben a gyógyszer-mellékhatások ismeretében, részben gazdasági okokból is megfontolandó. Célzott, rövid tartamú adagolás mellett több beteg is kaphatná a nyombélfekélyes panaszokra kedvező hatású szert.]

Holländer Erzsébet dr.

Serum-amylase és serum-lipase diagnosztikus értéke heveny vagy idült pancreatitis akut fellángolásának gyanúja esetén. Haffler, D. és mtsai (Dép. inn. Med. der Univ. Basel): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 184.

A pancreas-diagnosztika keretében a vérsavó-amylase meghatározása nem megnyugtatóan specifikus, ezért több próbálkozás történt a serum- és vizeletenzym kombinált meghatározásával az akut pancreatitis-hullámok diagnosztizálására. A szerzők a prospektív tanulmányukban 19 akut és krónikus pancreatitis heveny fellobbanásiban, továbbá 19 pancreatitis nélküli „akut abdomenes” betegen vizsgálták a serum-amylase és a serum-lipase diagnosztikus értékét. Meghatározták továbbá a vizelet amylase-koncentrációját, a spontán vizelet, valamint a kétórás gyűjtési periódus utáni amylase-ürítést. A normálértékeket 21 egészséges önkéntesen állapították meg. Az akut pancreatitis kórismézésében a vérsavó-amylase jó sensitivitást mutat, a specificitása viszont a serum-lipase alatt van. A vizeletvizsgálatok az összes variánsokban lényeges nyereséget nem nyújtottak. A serum-amylasenak a serum-lipaseval való kombinációján kívül, amely a diagnózist jól kiegészítette, az egyéb kombinációs próbálkozások semmi további eredményt nem adtak. A spontán vizelet vizsgálata a kétórás gyűjtött vizelettel szemben nem alacsonyabb értékű. Jelenleg a legjobban bevált eljárás a rurindiagnosztikára a serum-lipase és a serum-amylase kombinált meghatározása.

ifj. Pastinszky István dr.

Somatostatin heveny pancreatitisben. Jost, J. O. és mtsai (Chir. Univ. — Klinik, D—4400 Münster,

A heveny pancreatitis rétegetti szövődménye a necrosis, melynek letalitása minden próbálkozás — legyen az belgyógyászati vagy sebészeti — ellenére ma is magas. A betegség kezdetekor nem lehet mindig előre megítélni a kórjóslatot, s éppen ezért a bázisterápia (intenzív megfigyelés, teljes táplálék-megvonás szájon át, gyomor-nyedv leszívása, fájdalomcsillapítás, folyadék- és elektrolitpótlás) mellett számos egyéb terápiás próbálkozás is történik (kallikreininhibitor alkalmazása, calcitonin, carboanhydrase-bénítők, glukagon stb.) az életvesélyessé válható betegség leküzdésére. Ha mindezen próbálkozások ellenére a beteg általános állapota romlik, akut has képe alakul ki, az esetleges sárgaság fokozódik, sokan a 48 órán belüli tehermentesítő műtétek elvégzését javasolják (decompressio, az epeutak szanálása, necrektomia, drainage, átöblítés).

A münsteri sebészeti klinika munkacsoportja a kétféle terápiát összekapcsolta. 16 betegből álló súlyos pancreatitisben szenvedő betegek betegségi fokáról a számos laboratóriumi adat és a klinikai kép mellett műtéttel vagy boncolással is meggyőződtek.

Amint az említett műtétek mellett döntöttek, annak a 16 nagyon súlyos betegnek, akik a bázisterápián kívül egyéb konzervatív kezelésben nem részesültek, a műtéttel egyidejűleg tartós cseppinfúzió formájában óránként 250 µg somatostatint juttattak be legalább 6 napon át (6 mg-ot 1 nap alatt). A betegek amylase-szintje meredeken zuhant a kórosan emelkedett értékről, a fájdalomcsillapító-igény is feltűnően csökkent. Volt egy olyan betegük is, akinek műtét előtt már ismert volt diabeteze is. Ennek vércukra is csökkent a somatostatint-infúzió alatt. A beteg korábban per os antidiabeticumot kapott, a műtét során a somatostatinton kívül egyéb cukorháztartást befolyásoló gyógyszert nem kapott. Az infúzió a calcium-anyagcserét nem befolyásolta.

Annak ellenére, hogy a szerzők mindkét terápiás móddal egyidőben próbálkoztak, a halálozás még mindig 37,5% volt, s ez azt bizonyította, hogy betegek tényleg a leg-súlyosabb csoportba tartoztak. A somatostatinnak semmiféle mellékhatása nem volt, ezért a szerzők még kontroll csoport beállítására is javasolják alkalmazását a klinikailag súlyosnak ítélt esetekben.

Iványi János dr.

Spontán bakteriális peritonitis és pneumoperitoneum. Woelfel, G. F., Hansbrough, J. F. Univ. Colorado Med. School, Denver): JAMA, 1983, 249, 921.

A primer vagy spontán bakteriális peritonitis (SBP) a hashártyának nem sebészi betegségét kísérő infekciója. Többnyire ascites-sel szövődött májcirrhosisban és nephrosis syndromában észlelték.

A szerzők egy 63 éves, veselécsióban és nagy ascitissal kísért májcirrhosisban szenvedő beteg kórtörténetét ismertetik. A májbetegség nyelőcső varicositással, gyomorfekélyvel és proteinuriával társult. Utóbbi oka membrán proliferatív glomerulonephritis volt. Romló vesefunkciók miatt rendszeres dialysis végeztek. Ismétlődő portalis encephalopathia során hasi fájdalom lépett föl, az ascites folyadékban nagy számú gennysejtet találtak. A Gram-festés negatív volt, a tenyésztés eredménye félszintetikus penicillinre reagáló enterococcus.

Néhány hónappal később a heveny hasi tünetek megismétlődtek, hányás, láz, leukocytosis kíséretében. A rtg a rekesz alatt szabad levegőt jelzett. Laparotomia történt, gennyes hasi exsudátumot, a belek serosáján fibrin kicsapódást észleltek. Perforációs nyílást nem találtak, a hasüreget kiöblítették. A beteg 4 órával a műtét után meghalt. A hasi folyadékgyülem post mortem bakteriológiai vizsgálata során Clostridium perfringens tenyésztett ki. Gastrointestinalis perforációt a kórboncolás sem igazolt, csak a korábbi ismert gyomorfekélyt és mikronoduláris májcirrhosist.

Gram negatív bakteremia és peritonitis gyakrabban észlelhető májcirrhosisban, mint azt régebben feltételezték. Egyes szerzők a SBP előfordulását ascitissal kísért májcirrhosisban 10%-ra becsülik. A kórkép tünetei: láz, hasi fájdalom és izomvédekezés. A rtg-jelek aspecifikusak, pneumoperitoneumot a szerzők esetén kívül még két betegen ismertettek. Utóbbiakban a kórokozók gázképző baktériumok voltak. Májcirrhosisban a kórokozók a zsigeri pangás miatt könnyebben jutnak át a bél falán, bakteremiaiát és az ascites másodlagos infekcióját okozzák. A súlyos szövődmény keletkezésében szerepe lehet a hiányos immunmechanizmusoknak is. Pneumoperitoneum kialakulása esetében a has explorációja alig elkerülhető. A rossz állapotú betegek a műtétet ritkán élik túl. A SBP antibiotikumra általában gyógyul, a fulmináns lefolyású esetek azonban így sem kezelhetők.

Holländer Erzsébet dr.

A felső emésztőtraktus Crohn-betegsége. F. E. Bauer és mtsai (Klinikum Charlottenburg der FU, Berlin): Med. Welt, 1983, 34, 67.

A szerzők egy betegük esete kapcsán áttekintik a felső emésztőtraktus Crohn-betegségének diagnosztikáját és terápiáját. A betegségek a felső emésztőtraktusra

(oesophagus-gyomor-duodenum) lokalizált izolált alakja rendkívül ritka, s ez magyarázza, hogy viszonylag későn történik meg a biztos diagnózis felállítása. (A cikkben szereplő beteg is először antiulcusos terápiában részesült — minden eredmény nélkül.)

Kezdeti panaszként 3 évvel a műtétet megelőzően a betegnek recidiváló, étkezéstől független, görcsös epigastrialis fájdalmak voltak, puffadással. Utóbbi évben a beteg naponta 2—4-szer ürített kását, nem véres székletet. A betegség kezdete óta 20 kg-ot fogyott. Endoscoposan először multiplex duodenális ulcusi diagnosztizáltak. Néhány hónapos cimetidin terápiára javulás nem következett be.

Kórházi felvételekor a 188 cm magas beteg 65 kg volt. Fizikálisan exsiccosis jeleit észlelték, ezenkívül kiskökű epigastrialis nyomási fájdalmat.

Oesophago-gastroscoopia: Nagyfokú gyomortágulat, bőséges sárgás gyomortartalom, pylorusstenosis. Fehéres nyálkahártyafoltok az antrum multiplex erosiójával és ulcerációjával. A pylorus az eszközzel nem volt átjárható. Az antrum aboralis része beszűkült. Corpus, fornix, oesophagus elváltozás nélkül. Szövettan: az antrum nyálkahártyájának nem specifikus, erős antrumgastritisre utaló elváltozásai a crypták cystikus transformációjával. Florid granulációs szövet az ulcus körüli területről. Spec. gyulladásra, tumorra utaló jel nincs.

Gyomor-bél passage: A gyomor kifejezett dilatációja, nagyfokú pylorusstenosis, passage-akadály. Az antrum praepylorikus része beszűkült, multiplex fekélyképződést mutat. A pylorus környéke deformált. A duodenum és a jejunum felső szakaszának nyálkahártyája durva, konturmegtöretések, redőkiesések, továbbá segmentalis stenosisok praestenotikus tárgulatokkal és normális szakaszok váltokozva láthatók. Helyenként „utca-kövezetre” emlékeztető redőkép.

Ultrahang, CT, rectosigmoidoscopus vizsgálat eredménye negatív.

A fentiek alapján a Crohn-betegség diagnosztizálható volt. Parenterális táplálást alkalmaztak, majd a stenosis miatt műtétet végeztek (Billroth II. szerint resectio+Roux (anastomosis). Szövettanilag a biopszia eredményével megegyező lelet. Kontroll röntgenvizsgálattal normális műtét utáni képet láttak. 2 hét alatt a gyulladási tünetek visszafejlődtek. (Rövid ideig azathioprin és prednison terápiát is alkalmaztak.) 4 hónap alatt a beteg eredeti testsúlyát visszanyerte, panaszmentessé és munkaképesé vált.

A szerzők az eset kapcsán — irodalmi adatokkal is összevetve — leszögezik, hogy a Crohn-betegség műtéti kezelése az esetek többségében jó terápiás eredményt ad,

egyéb biztos megelőzése a recidívának nincs.

Pásztor Tamás dr.

Amyloidosis Crohn-betegségben. (Áttekintés.) Schmidt, H. Reimann, J. F. (Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 795.

A Crohn-betegséghez társuló amyloidosis előfordulási gyakoriságát 1%-ra becsülik. A szövődmény rendszerint veseelváltozásra utaló tünetekkel, proteinuriával, nephrosis syndroma képében jelentkeznek. Eddig 49 esetet — főleg kazuisztikai formájában — közöltek. A szerzők 38 beteg dokumentációját találták megfelelőnek. Két saját esetük ismertetése után összesen 40 amyloidosis szövődményű Crohn-beteg adatait elemezték.

A férfi-nő arány 25/15. Két betegben a Crohn-betegség és amyloidosis egyidőben jelentkezett. Átlagban azonban 9 évvel az alapbetegség diagnózisát követően lép fel. 38 esetben találtak biopsziával vagy a boncolásnál a vesében amyloidosiszt. 35 betegben mutattak ki nephrosist syndromát. Az amyloidosis felismerésétől számított túlélés átlaga 1,9 év, de van 10 éves is. 15 beteg a felmérés időpontjában is életben volt. 13 beteg nem kapott specifikus kezelést, ezek átlag túlélése csak 0,9 év. A halál fő oka a veseelégtelenség. 25 beteg került az amyloidosis időpontjában műtetre. 4 esetben kizárólag ez utóbbi volt a műtéti indikáció. 16 betegben lépett fel veseelégtelenség az operáció után és ezek közül ismét csak 13 halt meg fél éven belül.

8 beteg dialízisben részesült, ezek közül 4 átlag 9 hónapig élt. Kettőn veseátültetést végeztek. Azathioprint 5, colchicint 1 beteg kapott. Az így kezelt betegek átlagosan még 1,3 évig éltek.

4 immunosuppressív és/vagy műtétrel kezelt betegben a nephrosis syndroma részleges, vagy teljes remissziója következett be. Átlagos túlélésük 4 év volt.

A Crohn-betegség lokalizációja, fennállásának ideje, aktivitása nem játszik szerepet az amyloidosis kialakulásában. Nem kötelező genyres folyamat jelenléte. Nincs jelentősége annak sem, hogy a beteg az alapbetegséget illetően konzervatív, vagy operatív kezelésben részesült. Cortison kezelés biztosan nem hat amyloidosisban. A gyuladt góc resectiója kizárólag az amyloidosis remissziójának, vagy progressziójának megállítása érdekében csak relatív javallat lehet, sőt néhány szerző a veseelégtelenség nagy letalitása miatt ellene van a beavatkozásnak. Egyesek műtét után, mások konzervatív kezelésre az amyloidosis remisszióját írják le, de ezt hisztológiailag nem bizonyították kellően. Dialízis, veseátültetés kézenfekvő beavatkozások, de az eredmények rosszabbak, mint

egyéb eredetű vesebetegségekben. Az azathioprin és colchicin kedvező hatása néhány esetben figyelemreméltó. Az, hogy az amyloidosisban szenvedő Crohn-betegek prognózisa az utóbbi években javult, annak tulajdonítható, hogy a szövődményt korábban diagnosztizálják és a fentiekben ismertetett terápiás eljárásokat individuálisan és komplex módon alkalmazzák.

Preisich Péter dr.

Reticularis mozaik (urticariális) rajzolat Yersinia colitis vastagbél-nyálkahártyán. Miller, V. és mtsai (Dept. of Radiology, Univ. of Alabama): Radiology 1983, 146, 307.

A Yersinia enterocolitica okozta emberi fertőzésekről gyakoriak az európai beszámolók, de újabban (1961) az Egyesült Államokban is egyre gyakrabban észlelik. Az emberi fertőzés forrása a vizelettel vagy az ürülékkel fertőzött víz, táplálék. A könnyű fertőzések gyakran észrevétlenül maradnak, vagy idültté válnak, ha az antibiotikus kezelést nem vezetik be. A klinikai tünetek függenek a beteg korától: gastroenteritis jelei, diarrhoea, hasi fájdalmak, esetleg még polyarthritist, erythema nodosum is társulhatnak. A diagnózist a vér-, vizelet-, székletből történő tenyésztés és a szerológiai vizsgálatok erősítik meg. A sigmoidoszkópos lelet nem specifikus: az oedemás megvastagodott nyálkahártyán elsősorban az ileumon esetlegesen a Crohn-betegséghez hasonló aphthoid fekélyek. A szerzők 56 éves Yersinia colitises betegükön a colon-mucosán kettős kontraszt vizsgálatban *reticularis mozaik rajzolatot* észleltek; ezen elváltozást a vascularis permeabilitás folytán kialakuló *submucosa oedema* idézi elő. Ezen elváltozás nem specifikus jellegű, mert hasonló pathomechanizmus alapján más betegségekben (urticaria, coecalis volvulus, colitis ischaemica, Crohn-betegség, h. zoster) is előfordulhat.

Ifj. Pastinszky István dr.

Psychiatria

Hogyan látják az analitikusok a pszichoanalízis társadalmi helyzetét? Pulver, S. E. (111 North 49th Street, Philadelphia, Pa. 19139, USA): Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 1984, 38, 63.

A cikk egy 1976-ban tartott kerekasztal kivonata, amely először 1977-ben jelent meg egy amerikai pszichoanalitikus lapban, innen vette át a Psyche másodközlésre. A kerekasztal az amerikai pszichoanalitikus társaság egy vizsgálatáról szól, amit tagjai körében végeztek.

Az amerikai analitikusok társasága már többször próbált felmé-

rest készíteni tagjainak tevékenységéről. Először 1952-ben kezdett egy nagyszabású vizsgálatba (részben Eysenck akkor megjelent kritikája hatására, amely szerint a pszichoanalitikus kezelés, mint a verbális pszichoterápia más formái is, hatástalan, ill. placebo jellegű). Ez a vizsgálat 10 000 kezelt esetre terjedt volna ki. Az adatokat nem sikerült azonban összegyűjteni, így a hatvanas évek közepén a vizsgálatot felhagytak. Egy újabb vizsgálatot 1966-ban kezdtek, ezt két év alatt befejezték, ebben azonban az analitikusok tevékenységét vizsgálták. Ez a felmérés már rámutatott, hogy csökken a kizárólag pszichoanalízisből élő analitikusok száma, mind többen vállalnak részállásokat az elmeegészségügyben, és csak részidőben praktizálnak, csökken az analízisre jelentkező betegek száma is. A jelenlegi vizsgálat nagyjából ennek az előzőnek nyomdokán haladt, 1976-ban benyolódott le.

A vizsgálat gondosan ügyelt a mintavételre, így reprezentatívnak tekinthető, legalábbis a társaság tagjaira nézve (jelentős számú analitikus ugyanis nem tagja a társaságnak). Kb. 1600 analitikusról kaptak adatot, és a vizsgálatban kb. 7000 beteg kezelésére vonatkozóan nyertek áttekintést.

Az adatok szerint tovább csökken az analízisben levő betegek száma. A hatvanas években az analitikusoknak csak 20%-a kezelt 3 vagy ennél kevesebb beteget összesen és egyidejűleg, most ez az arány 40%. Korábban az analitikusok betegsége 3-7 volt az analitikusok kb. felének esetében, most csak 40%-a van ebben a helyzetben. Az analitikusok növekvő hányada dolgozik intézményes állásban, kb. negyed részük praxisának mindössze kb. 10%-át teszi ki az analitikus praxis. Egyre többen adnak gyógyszert is a kezelés során, ill. használnak más, nem analitikus módszereket is.

Az analitikusok véleménye szerint az analitikus praxis visszaesésének oka a többi pszichoterápiás módszer konkurenciájában, a gyógyszeres kezelések fejlődésében, ill. gazdasági körülményekben keresendő. A fő gazdasági ok, hogy a betegbiztosítók nem akarják fedezni az analitikus kezelés költségeit. Az analitikusok túlnyomó többsége tart attól, hogy a betegbiztosítók fokozódó elzárkózása tovább fogja csökkenteni az analitikusok praxisát. A változó körülmények hatására változik az analitikusok munkamódja, ez nem csupán a gyógyszerhasználatban, ill. más terápiás módszerekkel (pl. a praxisok 17%-ában családterápiával) való kombinációban mutatkozik meg, hanem az ülések számának csökkentésében is. Az analitikus praxis visszaesésének egyik okát abban látják, hogy egyre kevesebb a klasszikus neurózis, mind több az analízisre alkalmatlan eset. Az analitikusok többségének szí-

lárd az identitása, és szemlélete továbbra is pszichoanalízis elméleti talaján áll, de jelentős és növekvő kisebbség távolodik az analízistól a jól képzett, analitikus pályaindítású szakemberek közül is.

Az analitikusok jelentős hányada kritizálja az analitikus társaság és intézmények munkamódját (18% szerint ezek bürokratikus szervezésűek, klubszerűek, klikkszellemet tartanak fenn, a problémák elhárítása a legfőbb céljuk, nem a megoldása, nagykétség, önelégültség uralkodik stb.). Az analitikusok 39%-a véli úgy, hogy intézményeik nem képviselik őket megfelelően a nyilvánosság előtt.

Általában az analitikusok nem érzik megfelelőnek viszonyukat a társadalommal. Egyelőre még az analízisek 55%-át a betegbiztosítók fizetik. Nem tartják jónak, hogy az analitikus kezelésben részesülők között nincsenek jelen a kisebbség tagjai (98%-ban a betegek fehérek), 60%-a a betegeknek férfi, és főleg magasabb társadalmi rétegbe tartozó. Sok az elégtelenség a képzőintézetek munkájával, problematikussá a kontrollanalízis, ill. a szupervízió. Sok analitikus nem tartja jónak azt az elzárkózást, ahogyan az analitikusok többsége a beteggel való „elszámolás” viszonyul, pl. betegbiztosítóval szemben.

[Ref.: A cikk még sok érdekes adatot közöl a pszichoanalitikusok amerikai helyzetéről, véleményeiről, munkájáról. A felmérésnek sok a tanúsága más pszichoterápiás irányzat szempontjából is. Mint 1983-ból származó személyes közlések (pl. Jay Haley közlése a National Institute of Mental Health adatairól) szerint a pszichoanalitikus praxis az utóbbi években tovább szűgödött, 1983-ban az összes analízisben levő eset 60%-a kiképző analízis volt. Mint a cikkben kifejeződik, az ismertett kerekasztal több tagja is azt a következtetést vonta le a felmérésből, hogy az analitikus szervezeteknek és szemléleteknek meg kell újulnia, és változásokkal kell reagálnia az említett társadalmi körülményekre, változásokra.]

Buda Béla dr.

Szexuális kapcsolat a pszichoterapeuta és a páciens között. Bouthous, J. és mtsai (California State Psychological Association, 2100 Sawtelle Boulevard, Suite 201, Los Angeles, California, 90025, U. S. A.): Professional Psychology, 1983, 14, 185.

A pszichoterapeuta és a páciens között létrejövő szexuális kapcsolatot a kezdetektől károsnak, tiltandónak tartották; a hivatalos amerikai szervezetek etikai kódexeibe azonban csak a hetvenes években került be ez a tiltás.

A terapeuta és a páciens közötti szexuális kapcsolat gyakoriságának, hatásának kutatása bármilyen

fontos is lenne, érthetően nagyon nehéz. A szerzők névtelenül kitöltendő kérdőívet küldtek California összes (N=4385) pszichológusának. Ebben információkat kértek azokról a pácienseikről, akik előző terapeútáikkal szexuális kapcsolatban voltak.

Mindössze 704 pszichológus küldte vissza a kérdőívet, ezekben összesen 559 betegről szolgáltatott adatokat. A teljes mintából összesen 23 válaszoló pszichológus jelezte, hogy volt vagy van szexuális kapcsolata pácienssel. A betegével szexuális kapcsolatba kerülő terapeuták nagy többsége férfi, ez megegyezik a korábbi vizsgálatok eredményeivel. A megkérdezettekkel terápiás kapcsolatba kerülő betegek korábbi kezelője szintén leggyakrabban (96%-ban) férfi volt. A szexuális kapcsolat az esetek csaknem egyharmadában a kezelés elején indult, és leggyakrabban a terápia be is fejeződött a szexuális kapcsolat kezdetekor. A betegek 52%-a tudatában volt annak, hogy a terapeuta etikátlanul, jogellenesen járt el, ám csak elenyésző számban fordultak bírósághoz vagy szakmai etikai fórumokhoz.

A vizsgálat egyértelműen bebizonyította, hogy a terapeuta és a páciens közötti szexuális kapcsolat kártékony a páciensre nézve. (Az irodalomban ismerünk néhány olyan közlést, amely előnyös hatáskorról számol be.) A később ismét kezelésbe kerülő betegeknek csupán 10%-a jelezte, hogy sérülés nélkül került ki a terápiás kapcsolatból. (A kérdőív szerkesztésekor nem határozták meg, mit értenek „szexuális kapcsolat” alatt, a válaszok több mint felében a pszichológusok közösként értelmezték azt.) Az esetek többségében a terapeuta kezdeményezte a kapcsolatot, és a terápia elején jött létre a szexuális viszony. Ezekben az esetekben különösen káros volt a hatás. A betegükkel szexuális kapcsolatba került korábbi pszichológusok döntő többsége magángyakorlatban dolgozott.

A vizsgálat alapján egyértelműen megerősíthető, hogy a pszichoterápiás kapcsolat összeegyeztethetetlen a szexuális kapcsolattal; a tilalom betartásáról, a betegek védelméről etikai szabályozás és jogi eszközök segítségével egyaránt gondoskodni kell.

Telkes József dr.

A pszichoterápia hatása — a terapeútára. Farber, B. A. (Dept. of Psychology, Columbia University, New York, N. Y. 10027, U. S. A.): Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 1983, 20, 174.

A pszichoterápia hatása, eredményessége mind szélesebb kutatások tárgya, miközben meglepően elhanyagolt terület az, ahol a szerző most úttörő munkát végzett. Milyen hatással van a pszichoterápiás praxis magára a szakemberre, vál-

tozik-e maga is a munka során, hogyan befolyásolja személyes életét a pszichoterápiás gyakorlat?

A szerző egy 350 000 nagyságú városban 95 véletlenül kiválasztott és pszichoterápiás gyakorlatot folytató mentálhigiénés szakembert (pszichiátert, pszichológust, szociális gondozót) keresett meg levélben, majd telefonon. Közülük hatvanan (63,2%) vállalták, hogy részt vesznek a vizsgálatban.

A demográfiai adatok felvétele után két félig strukturált, egyórás interjú készült, a hangszalagra rögzített beszélgetéseket utólag független, erre a célra kiképzett értékelő páros pontozta. A pszichoterapeutákat arra is megkérték, hogy egy kérdőívben jelezzék, megítélésük szerint milyen irányban változtak a terápiás praxis kezdete óta és a változásokban mekkora lehet a szerepe munkájuknak. A legérdekesebb eredmények a következők.

A terapeuták nagy többsége jelezte, hogy gondolkodott már a pszichoterápiás munka és személyes élete kapcsolatán, 52% úgy nyilatkozott, hogy sokat töprengett ezen. A terapeuták szerint munkájuk három jelentős következménnyel jár. 1. A terápiás szerep áthatja egész életüket, hatására másokkal való viszonyukban is a „psychologically mindedness” a jellemző (60,4%), 2. a terápiás munka fokozott önmegfigyelésre, befelé fordulásra sarkall (58,5%), végül a pszichoterápia növeli önértékelésüket és önbizalmukat (20,8%).

A „pszichológiai gondolkodás” alapján jobban megértik mások viselkedését nem-terápiás helyzetekben is (45,3%), és fokozott önismertetet nyújt (32,1%). Azzal is egyetértett azonban a terapeuták 42,4%-a, hogy ez a beállítódás akadályozhatja a szociális kapcsolatokban a természetes és hiteles érzelmi kapcsolódást, és a spontaneitás elvesztéséhez vezethet (30,2%). A terapeuták nagy többsége (71,9%-a) ismerte el, hogy hajlamosak arra, hogy a rendelón kívül is terápiásan viszonyuljanak az emberekhez, 39,5% azt mondta, hogy ez az elemző vagy terápiás beállítódás saját családjukra is kiterjed.

A terapeutákat megkérdezték, mi a véleményük arról a hiedelemlről, hogy a pszichoterapeuták gyermekei „örültebbek” mint a többi gyerek. Meglepetésre a terapeuták fele (51,1%) egyetértett ezzel az állítással, és különböző módon meg is magyarázta azt.

A terapeuták 64,3%-a szerint a társas helyzetekben fokozott önfeltárást tapasztalnak, és gyakran kérnek tanácsot, sőt álemelemzést tőlük; 52,6% úgy vélte, hogy a jelenlétében az emberek inkább félnek és kevésbé önfeltárázóak lesznek. A megkérdezettek többsége úgy nyilatkozott, munkája nyomán megértőbb az emberekkel, toleránsabb a különféle viselkedésekkel, elfogadóbb az emberi bajokkal.

A kulturális kisebbségnek nyújtott pszichoterápia dilemmái. Hall, G. C. N., Malony, H. N. (Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, ZA-31, University of Washington, Seattle, WA 98195, U. S. A.): *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1983, 20, 131.

A szerzők keréken 100 közlemény adatainak felhasználásával igyekeznek végiggondolni a pszichoterápia régi dilemmáját; vagyis hogy mit tud tenni a különböző kisebbségekhez tartozó, eltérő kultúrájú betegek számára. A kisebbségi csoportokra kiterjedő epidemiológiai, attitűdkutatási, valamint a tanácsadási és pszichoterápiás hatékonyságot vizsgáló kutatások eredményei alapján a szerző megállapítja, hogy az említett betegek hátrányos helyzetben vannak a domináns kultúra által meghatározott mentálhigiénés ellátási rendszerben. Az eltérő kultúrájú (tehát az Egyesült Államokban a nem fehér, és nem közép- vagy felső osztályhoz tartozó) páciens nehezebben jut el a pszichoterápiás rendelésekig, és ha igen, valószínűbb, hogy nem fejezi be a kezelést. Mindez legelső sorban azt tükrözi, hogy a jelenleg hozzáférhető kezelési módok egyszerűen nem illeszkednek a szubkultúrák értékeihez, elvárásaihoz, szükségleteihez. A pszichoterápiás kezelések hatékonyságát illetően azonban — a vizsgálatok viszonylag kis száma és módszertani korlátai miatt — jelenleg semmilyen következtetést nem lehet levonni; az elmondottak is inkább a klinikai tapasztalatokon alapulnak.

A szerző véleménye szerint a hagyományos értelemben vett pszichoterápiát sajátos szociális kontrollformának is felfoghatjuk. Az a kérdés is felvethető, hogy a pszichoterápia azzal, hogy a domináns kultúra értékeit közvetíti és erősíti meg a betegben, nem okoz-e több bajt, mint hasznát a minoritás számára (pl. a domináns kultúrára jellemző eltérő aspirációs igények felkeltésével, amelyet azután az objektív társadalmi lehetőségek hiányában nem tud elérni).

A szerző sürgeti a kérdés szisztematikus kutatását, és javasolja, hogy a mentálhigiénés ellátási rendszerbe nagyobb arányban vonják be a kisebbségi kultúrákhoz tartozó embereket, képezzenek több, a különböző népcsoportok szükségleteit hatékonyabban kielégítő, az adott kultúrából származó erapeuta, és a mentálhigiénés szakemberek képzésében is nagyobb hangsúllyal szerepeljen a kulturális különbségek szerepének hangsúlyozása, a képzés legyen kulturálisan pluralisztikus.

Telkes József dr.

Pszichoterápia és farmakoterápia: Az integráció lehetősége. Goldhamer, P. M. (Institute of Community & Family Psychiatry,

Sir Mortimer B. Davis — Jewish General Hospital, Montreal, Quebec H3T 1E2, Canada): *Canadian Journal of Psychiatry*, 1983, 28, 173.

A pszichoterápia és a farmakoterápia kombinációja elhanyagolt kutatási terület. Pedig itt rendkívül fontos problémákör nyílna meg. Valószínűleg lehetetlen pszichiátriai gyógyszerterápiát folytatni anélkül, hogy pszichoterápiás erők is ne kezdenének el hatni, hiszen óhatatlanul kialakul valamilyen érzelmi kapcsolat az orvos és a beteg között, indulatáttétel és viszontindulatáttétel nyilvánul meg. A helyes kombináció jelentősen növelheti a terápiás hatékonyságot, míg a hibák ronthatják azt.

Klerman és mtsai depressziós betegek kezelése során kimutatták, hogy a pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kombinációja volt a legeredményesebb. Ezt más körkékben is sikerült kimutatni. E vizsgálatok a pszichológiai összefüggések természetét nem tárták fel, és nem adtak választ, hogyan lehet értelmezni az egyes esetek kezelése során megfigyelhető törtenéseket, és hogy vannak-e negatív effektusok.

Marmor a pszichoterápia hatásait vizsgáló kutatásaiban a gyógyszerterápiának csak annyi szerepet tulajdonít, hogy ezzel lehet a beteg tüneteit csökkenteni, főleg rövid távra, és ez megkönnyítheti a beteg hozzáférhetőségét a pszichoterápia számára. Ostow szerint a gyógyszerek pszichoanalízisben is felhasználhatók, ha az a cél, hogy a beteg önkontrollját fokozni kell, és ezáltal a pszichoanalitikus kezelés indikációját tágítani lehet. Sarwer-Foner hívta fel a figyelmet először arra, hogy a gyógyszerek adása indulatáttétellel és viszontindulatáttétellel kapcsolatos hatásokat is kivált. A gyógyszerek a betegben sajátos jelentéssel bíró élményeket keltenek. Sarwer-Foner leírt eseteket, amikor a gyógyszer okozta élmény rontotta a beteg pszichikus egyensúlyát.

A gyakorlatban valószínűleg azért nem vizsgálták behatóbban a gyógyszer és a pszichoterápia kapcsolatát, mert a kétféle megközelítés különböző szemléletet és beállítódást igényel, és a kognitív összhang kedvéért a terapeuták egyik vagy másik módszert alkalmazták inkább. Jól ismertek a módszertani purizmust előíró elméletek, „ideológiák”. Leginkább a pszichoterapeuták vonakodnak gyógyszert adni, mert az regreszív, mágikus beállítódást vált ki szerintük a betegben, passzívvá teszi azt. A gyógyszeres kezelésekre híveik viszont azt állítják, hogy a pszichoterápia inkább káros a gyógyszerek adása mellett, mert a beteg ennek hatására lebecsülheti a gyógyszereket, és nem szedi pontosan azokat, és különben is hátrányos, ha konfliktusokkal, zavaros tudati problémákkal foglalko-

zik. Az „ideológiákat” a képzés során szerzik meg az orvosok, és azután nem szívesen szabadulnak meg tőlük.

A szerző Sarwer-Foner gondolati vonalát viszi tovább. Szerinte meg kell vizsgálni, hogyan éli meg a beteg a gyógyszerek és a pszichoterápia kombinációját, és a keletkezett indulatáttételes vagy viszontindulatáttételes hatás szerint kell dönteni a kombináció folytatása, ill. megfelelő aránya mellett. Ezeket a hatásokat fel kell tehát használni. Erre saját tapasztalataiból hoz példákat. Egyik betege a domináns anyjának manipulatív befolyását érezte a gyógyszerelés nyomán, nagyon sok mellékhatást élt meg, állapota folyamatosan romlott... A pszichoterápiás kezelés önmagában jól hatott, egy bizonyos pontig, a maradék tünetek — már a gyógyszerhatáshoz való indulatáttételes viszonyulás átdolgozása után — jól kezelhetők voltak ugyanazzal a medikációval, amit korábban nem bírt.

A szerző megfigyelései szerint ilyenfajta hátrányos „interakció” különösen schizophrének kezelése során gyakori. A járóbeteg schizophrének között a hagyományos gyógyszereléssel megfigyelt 25–50%-os gyógyszereszedési mulasztások jórészt ezzel függenek össze. Hosszú hatású neuroleptikumok az együttműködési zavarokat kiküszöbölik, de negatív pszichés hatások gyakran megfigyelhetők alkalmazásukkor. A szerző szerint e szerek erőszakolt együttműködést érnek el, és ezáltal negatív indulatáttétel jön létre, és ez csökkenti a gyógyszer effektusát. Krónikus schizophrének különösen érzékenyek a kényszerre és a túlvédésre. *Hogarty* ki is mutatta, hogy a fluphenazin szedése mellett visszaeső schizophrének a szer beadására deprimált hangulattal és szorongásfokozódással reagálnak, kevésbé a tipikus schizophrén tünetekkel. Ilyen esetekben a gyógyszerelés pszichoterápiás előkészítést igényel, esetleg a család bevonásával.

Az indulatáttétel elsősorban a fantáziában jelentkezik, az orvost omnipotentnek vagy veszélyesnek élik meg a betegek. A gyógyszert mérlegnek érezhetik, úgy érzik, az orvos nem foglalkozik velük. Az orvosnak érdemes vizsgálnia önmagát, nem türelmetlenség adhatja-e vele a gyógyszert, nincs-e neki magának omnipotenciáiénye, nem védekezésből veszi-e fel a gyógyszeradás autoritatív szerepét. Erre vonatkozóan több esetet ír le, rámutatva a tipikus indulatáttételes és viszontindulatáttételes problémákra, amiket a terapeuta nem tudott jól kézbe tartani. Eseteiben a betegek az automatikusan adott gyógyszert nárcisztikus sérülésként élték meg, ill. a gyógyszerhatást saját énjük, felelőségük csökkenéseként értékelték.

Megfelelő pszichoterápiás vezetéssel e problémák könnyen meg-

oldhatók. Éppen ezért a szerző azt ajánlja, hogy a pszichoterapeuták pszichoterápiás lépésként viszonyuljanak a gyógyszeradáshoz, ugyanúgy, mint az orvos-beteg kapcsolat más reális elemeihez, pl. a terapeuta szabadság miatti távozásához, az elmulasztott ülésekhez vagy a kezelés befejezéséhez viszonyulnak. Kutatni kell tehát ezt a problémát, hogy a kombináció előnyei maximálisan érvényesíthetők legyenek.

(Ref.: *A viszonylag rövid, 19 irodalmi hivatkozásra támaszkodó cikket jelentősége miatt ismertetem részletesebben. A fontos probléma valóban nagyon keveset vizsgált, és a téren a gyakorlatban sok hiba történik. A terápiás reláció finom vizsgálata ad támpontokat a viszonyok megértéséhez, ez teszi lehetővé, hogy az orvos ügyesen mozogjon a hagyományos orvosszerep és a pszichoterápiához szükséges egyenrangú szerepvizonyulás formái között. Különösen a gyakorló orvos szempontjából lényeges ez, és ha a leírtakat nem a pszichoterápia szemszögéből nézzük, hanem úgy, hogy a gyógyszeres kezelés mellett hogyan kell kombinálni némi pszichoterápiát, akkor a gyakorló orvos, ill. a szomatikus specialista praktikus orvosi lélektanának legfontosabb kérdései lennének megfogalmazhatók.)*

Buda Béla dr.

Schizophrenia és sclerosis multiplex. Awad, A. G. (Department of Psychiatry, University of Toronto, Ontario, Canada, M5T 2S8): *J. Nerv. Mental Dis.* 1983, 171, 323.

A szerző egy sclerosis multiplex esetet ismertet, melynek tíz éve fennálló diagnózisa schizophrenia paranoides. A schizophreniás zavar szinte változatlanul állt fenn tíz éven át adekvát gyógyszeres terápiá ellenére.

Psychés elváltozások gyakoriak sclerosis multiplexben szenvedő betegeknek: kóros labilitás, euphoria, depresszió, intellektuális romlás. *Davinson és Bagley* schizophrenia-hoz hasonló psychosissal tár-

sult sclerosis multiplexes eseteket ismertetett. Kétéves periódus alatt a két évet megelőző első abnormális neurológiai történések után psychosis lépett fel 24 betegben. A neurológiai betegség lefolyásában az esetek 61,5%-ában (39 esete közül) jelentkezett a psychosis mint korai jelenség.

A szerző ismertetésre kerülő esetében a schizophrenia paranoides diagnózis fennáll majdnem tíz éve, az első neurológiai abnormalitás detektálása előtt. A beteg, Mrs. C., 41 éves férjzett háziasszony bizarr viselkedésmóddal, rohamszerű nevetgélésekkel, téves eszmékkel megszállott gondolkodásmóddal és hallási hallucinációkkal került felvételre. Mrs. C. beteg, miután pszichiátriai rohamai elmúltak, elmondta, hogy 13 évvel korábban pánikreakciók és félelemérzet miatt három hétig kezelték. Három évvel később, 31 éves korában, egy évvel első gyermeke születését követően egy floridai paranoid psychosis képpel vették fel. Típusos paranoid téves eszmék, hallási hallucinációk megléte és az organikus eredet kizárása alapján lett a diagnózis schizophrenia paranoides. Antipszichotikus gyógyszereket: klórpromazint, perphenazint és haloperidolt kapott, a kezelésre azonban nem javult. Bár általános viselkedése, önellátása normalizálódott, de téves eszméi, hallási hallucinációi folyamatosan megmaradtak.

Ezt követő tíz év alatt a páciens látogatott el gondozásra vagy a napi gondozási program után váltokozva.

Személyi történetéből: mint félnék serdülő nőtt fel, nevelkedése egyetemi szintű. Orvosi anamnesise: kisebb sebészi beavatkozástól eltekintve negatív. Egyéni kórelőzményében gyógyszer- vagy alkoholabúzus nem volt, a páciens erős dohányos.

Felvételekor fizikális vizsgálatánál figyelemreméltó a nehézkes járásmódja, melynek a beteg velejáró zavaró hangokat tulajdonít. További kérdezősködésre derül ki, hogy Mrs. C. jelen felvételét megelőzően már egy éve nehezen jár, váltokozva érez mindkét lábában gyengeséget, annyira, hogy kapasz-

kodnia kell, hogy az elesést elkerülje.

A neurológiai konzultáció kiderítette ataxiás járását, enyhe bal oldali pyramidális és cerebrális defectussal. A sclerosis multiplex diagnózist megerősítette az axialis computer tomographia: az agytörzs, a superior vermis, a cortex cerebri focalis atrophíája; továbbá a CSP elektroforézis pozitív oligoclonális sávja.

A bemutatott esetben a sclerosis multiplex diagnózissal összeegyeztethető neurológiai abnormalitás detektálása előtt tíz évvel korábban jelentkezett egy paranoid psychosis kép, nem megkülönböztetve az anorganikus schizophrenia paranoidestól. A neurológiai és pszichiátriai zavar incidenciája mintegy tíz év alatt derült ki, pedig ebben az esetben a schizophrenia semmiféle familiáris előfordulását nem lehetett kimutatni, továbbá a psychosis többnyire nem remittens lefolyása, a változatos antipszichotikus gyógyszeres terápiára való válaszképtelenség és a fenntartott gondozás ellenére a mentális és intellektuális funkciók gyengülésével a psychotikus tünetegyüttesben fennálló rosszabbodás mutat rá a korai neurológiai abnormalitásra észlelhetőségére, jelezve, hogy a két rendellenesség nem független egymástól.

A vermis cerebelli strukturális abnormalitása a computer tomographia-kutatások által bizonyított schizophreniások egy részében, amit boncolási anyag igazol. A pathogenesisében szerepe lehet a limbikus prosencephalon kötődésnek a vermis cerebellihez. Néhány schizophrenia-ban a vermis elektromos stimulációja terápiás hatású. Mint neurokémiai változás a vermis laesióját eredményezi a limbikus prosencephalonban a dopamin szint emelkedése patkányokban.

A psychosis krónikus, nem remittens fenállása, mely antipszichotikumokra nem reagál, vagy alig, összefügg a CAT scan során detektálható agyi károsodással.

A szerző hangsúlyozza az állandó és gondos fizikális vizsgálatok fontosságát krónikus schizophrenia-ban.

Egri Piroska dr.



A parciális tömeges multifázisos lakosságszűrés kritikája. (Racionális javaslat optimális megoldásra.)

T. Szerkesztőség! Az országban igen sok tüdőszűrő (SEF) állomás munkájával párhuzamosan végeznek ún. multifázisos (MF) szűrővizsgálatokat, pl. hipertonia, diabetes stb felkutatására. Ezen MF szűrések ráépülése a SEF állomások munkájára az eddig meghirdetett elvek szerint fakultatív és módszertani jellegű volt, valamint csak úgy ajánlott, ha mind a lebonyolítás, mind az utánvizsgálatok feltételei adottak. Az így elért eredményekről igen értékes epidemiológiai beszámolók születtek, de a közben felszínre került negatív tapasztalatok és ellentmondások korántsem kerültek kívánatos mértékben az orvosi közvélemény elé. A kritikai visszacsatolás hiánya sajnos nem tette lehetővé a kipróbált módszer adekvát értékelését további reális funkciójának megítélése érdekében.

Egészségügyünk fejlődésére ma egy bizonyos jó szándékú voluntarizmus jellemző, annak a korlátozott lehetőségekkel szembeni minden ellentmondásosságával. Mint-ha nem kellő taktikai érzékkel törekednénk a reális feladatok megoldására. Ez vonatkozik a *parciális* tömegszűrésekre is, melyek céljai, feltételei és módszerei nem teljesen kidolgozottak és egymással sincsenek összhangban. A SEF állomások ilyen tevékenysége mögött gyakorlatilag az az agyik alapvető probléma, hogy ezek az objektumok nem a MF szűrések feladataira létesültek, ilyen igényű korszerűsítésüknek sincsenek meg a gazdasági feltételei. Ellentmondás van az egészségügyi intézetek szűkös kapacitása, a betegek indokolatlan táppénzre és leszázalékolásra való törekvése és a tömeges „betegtoborzás” át nem gondolt módoszatai között. A problémában „érdekeltté tett” tüdőgyógyászok, akikhez a szűrőbázisnak nyilvánított SEF állomások tartoznak, joggal igénylik a kérdés revízióját és szerencsésebb megoldását.

Gondolom, a tömeges lakosságszűrés célja a preventív felkutatás, arra alkalmas módszerekkel, melyeknek effektusa szignifikáns és az elért eredményeket nem semlegesítik az esetleg jelentkező hátrányok. A meg nem felelő módszerek már a hátrányok dominanciáját eredményezhetik! A felkutatásnak pedig nem szabad öncélúnak lenni, pl. nincsen értelme a lakosság 10–20%-át kitevő szövődménymentes idült bronchitisek intézményesített „gondozására”, ha ezek nagy száma miatt a feladat úgyis irreális. Természete-

sen elsősorban a körzeti és üzemorvosok, de a közegészségügy megfelelő ágazatai a maguk munkaterületén különböző szervezeti feltételek nélkül is hatékonyan tevékenykedhetnek a betegség-kategóriában. De ha a dohányzás és alkoholfogyasztás mértékére gondolunk, nyilvánvalóan nem önmagában egészségügyi, hanem messzeemenően társadalmi problémáról van itt szó.

A MF szűrések jelenleg gyakorolt fakultatív módszere, a SEF állomások kis vonzóköre és kapacitása e szűrési forma parciális jellegét eredményezik, csak növelik a falu és város egészségügyi látottságának különbségét, ez a módszer népegészségügyileg in-adekvát!

A jelenlegi MF szűrések szerénynek mondható „effektusa” mellett jelentős problémák sorakoznak fel, mint például a MF szűrések gazda szerepét betöltő tüdőgyógyászat hiányszakma jellege. Az 1981-es adatok szerint a tüdőgyógyászok mindössze 14⁰/₀-a 35 év alatti, ezzel szemben 48⁰/₀-a 50 év feletti volt. (Országos átlagban ezek 32⁰/₀ és 20⁰/₀!) Ugyanakkor az élet megmutatta, hogy a tbc népbetegség felszámolásával szó sincsen a szakág tartalmi elsorvadásáról. Ellenkezőleg a populáció 20–25⁰/₀-ának vannak tüdő, légzési betegségei, a mellkasi szervek komplexitetasáról nem is beszélve. Természetesen igény volna a tüdőgondozók szakmai tudására és kapacitására a mindennapok rutin mellkasi röntgen diagnosztikájában. Előtünk áll egy terra incognita, a cardio-pulmonologia egysége. Hídat kell építenünk mind a radiológia, mind a belgyógyászat felé, miközben saját újra- és átképzésén túlmenően saját utódnak kiképzéséről is sürgősen gondoskodnunk kell. Ilyen körülmények közt szűkös munkaerőnk nem saját szakmai minőségünkben kamatoztatni — enyhén szólva pazarlás. Gyakorlatilag arról van szó, hogy már a jelenben is csak saját szakmai tevékenységünk rovására tudnánk „megoldani” a hibás elképzelésükön alapuló, ezért szükségképpen rossz effektusú *parciális* MF szűréseket. A helyzet azonban ennél is rosszabb, hiszen az 1981-ben 48⁰/₀-ot kitevő 50 év feletti korosztályok öt év múlva 60–70 évesek lesznek — ha egyáltalában és munkaképesen. Legfőbb ideje tehát a MF szűrés problémáját úgy rendezni, hogy az ne terheljen egy, a maga léteért küzdő szakágat és ugyanakkor valóságos megoldás legyen a MF szűrés számára is.

MF szűrési állomás-rendszer kiépítése gazdaságilag is megoldhatatlan, szerencsére nincs is rá

szükség, mint arról még szó lesz. Mindenesetre a jelenlegi, ilyen funkciót ellátó szűrőállomások zsúfoltsága, esetenként kulturálatlansága részben ellenpropaganda, másrészt iatrogénia forrása lehet, ha nem vesszük idejében észre, hogy nem ez a preventív felkutatás megfelelő formája. És mindez mennyibe kerül az államnak, ezen belül az egészségügynek és nem kevésbé a szűrődőnek pénzben, időben és fáradságban. És mindez csak azért, mert a mindenáron való szűrési túlbuzgóságunkban mennyiségi mutatókat hajszolunk, miközben *nem vesszük észre, hogy a felsorolt hátrányok mindegyikétől mentes egyetlen jó megoldás teljes egészében rendelkezésünkre áll!*

Magam az OTKI által képviselt elvként hallottam róla, tudok kollégáról, aki évtizedekkel ezelőtt már írt róla, körzeti orvos kolléga is beszámolt hasonlóról a szaksajtóban. Nehéz megérteni, hogy miért nem az alább vázolt egyszerű, olcsó és hatásos módszert propagáljuk?

Az újból felfedezett és most javasolt komplex lakosságszűrési modell a feladat lakóhely-lakhely szintig történő decentralizálásán alapszik. Az ehhez-szükséges szervezet az *egészségügyi alapellátás formájában* mindenütt rendelkezésre áll. Vidéki viszonylatban egy körzeti orvos ellátási köre átlag 2500 fő. Ebből a 40 éven felüli lakosság éppen 40⁰/₀, tehát mindössze 1000 fő, akiknek az ötéves forgóval történő szűréséről van szó. Ez évente 200 személy, azaz munkanaponként egyetlenegy szűrővizsgálatról van szó, a szűrődő lakhelyén, számára nem munkaidőben, de a körzeti orvos rendelési idején belül, ahol ez az egy szűrés semmiféle munkatöbbletet nem jelenthet. Idézni sem kell, mert az egészségügyi dolgozók naponta személyesen invitálnak be valakit a faluból, végső soron utca és házrend szerint. Az 1000 fő szűrődőből azonban öt év alatt legalább a fele úgyis kivizsgálásra kerül, ezeket hívni sem kell. A körzeti orvos lakosság-kataszterében egyébként minden anamnesztikus adat rendelkezésre áll, helyesebben ennél sokkal több is, hiszen helyben jól ismerik, ki dohányos, ki iszákos, ki és milyen rizikófaktoros stb. Ha kiegészítő vizsgálat szükséges, elküldik — most már *célzottan* — a legközelebbi rendelőintézetben történő szakvizsgálatra az illetőt. Ezek száma egy-egy napon járási szinten sem lesz több, mint 5–6, ami a rendelőintézetben különböző osztályok közt megosztva sehol sem jelentenek munkatöbbletet (mint kampányszerű szűrések esetében). Az egyetlen adminisztráció a lakosságkataszter felkeltetése, amire a körzeti orvosnak amúgy is szüksége lesz előbb-utóbb, ha még nincs meg. Az ellenőrzésnek is

csak egyetlen módját szabad alkalmazni, nem jelentés, nem statisztika formájában, hanem időnként szűrőpróbaszerűen megnézni a kataszterben, hogy hogyan halad a szűrés. Amint befejeződött, máris újra lehet kezdeni.

Mindenkit előnyösen érintő, az orvos munkáját alapvetően segítő költségtöbbletet, munkaterhelést sehol sem okozó, preventív jellegű általános szociális gondoskodás alapvető módszere ez, melynek megvalósítása ezen írás megértése után azonnal elkezdhető!

Balogh Oszkár dr.

Balogh Oszkár dr. kritikai levelet az arra legilletékesebbnek, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet főigazgató főorvosának, Schweiger Ottó professzornak juttattuk el válaszával céljából.

T. Szerkesztőség! Balogh Oszkár dr. levelében részben az általános egészségügyet, részben a tüdőgyógyászatot érintő kérdéseken kívül elsősorban a lakosság-szűrés kérdésével foglalkozik. A válaszban — a kérdés fontossága miatt — is csak ezzel foglalkozom.

Alapvető kérdés, amelyet a szűréssel kapcsolatban felvet, hogy miért történik a multifázisos szűrés a SEF, MEF állomások bázisán és miért nem a körzeti orvos végzi azt. Levelében azt a következtetést vonja le, hogy a multifázisos szűrés a körzeti orvosnak kellene végeznie.

A kérdés fenti módon való felvetése — véleményem szerint — hibás. Hibás azért, mert a többfázisos vagy célzott lakosság-szűrés stb. — függetlenül attól, hogy ki a kezdeményező — interdisciplináris teammunka. Ha a szűrés többféle betegség irányában történik, akkor azt több szakma együttesen kell, hogy végezze. A szűrés és gondozás egységes rendszerében kell gondolkodnunk. Csak szűréssel foglalkozni (a beteg egyéneket kiemelni és kivizsgálásukról, ellátásukról nem gondoskodni), hibás.

A szűrés-gondozás legalább három alrendszer tartalmaz:

1. A szűrésre alkalmas lakosság kiválasztását, behívását, majd a szűrés és kivizsgálás után a lakosság csoportosítását egészséges, beteg és veszélyeztetett csoportokra.

Ez azért fontos, mert az egyes lakosság-csoportokban a szűrés ritmus más és más (kit mikor, milyen betegségre kell szűrni, az különböző).

2. Tartósan meg kell határozni a szűrés módszereket a vizsgálati eljárások specifikusait, sensitivitását, a kiemelt további vizsgálatának módját stb. Ez több betegség irányában történő szűrés kör interdisciplináris feladat.

3. A kiemelés és kivizsgálás után gondoskodni kell az ismeretlen betegek megfelelő ellátásáról. Ez is több szakterületet, mind a járó-, mind a fekvőbeteg-ellátást érinti.

A fentiekből következik, hogy ha a szűrés a tüdőhálózat, a MEF, SEP kezdeményezi, azt csak úgy végezheti, hogy a feladatokat az egyes szakterületek között megosztják (belgyógyászok, kardiológusok, onkológusok, általános orvosok stb.). Ha a szűrés a körzeti orvos kezdeményezi, az említett megosztás szintén érvényesül.

Az Eü. Min. III. Főosztályának kezdeményezésére négy megyében végeztünk célzott egészségügyi lakosság-szűrést (CEL). A közel 100 000 egyén szűrésének adatait részben már feldolgoztuk, részben feldolgozása folyik. Ezekből az adatokból meg tudjuk határozni, hogy a CEL-szűrés esetén mennyi egyént szűrnek ki továbbvizsgálatra — ez betegségenként változó százalék — mennyi új ismeretlen beteget találnak, illetve milyen megterhelést jelent a szűrés és ellátás a rendelőintézetekre, illetve a kórházakra. Ennek alapján javaslatot dolgoztunk ki és felterjesztettük az Eü. Min. általános szűrés rendszer bevezetésére. A javaslat szervezési, ellátási, szakmai kérdésekkel foglalkozik.

A „ki szűrjön” kérdésen túl, fontosnak tartjuk a szűrés tényét, amely interdisciplináris megosztott, integrált tevékenység kell, hogy legyen. *Schweiger Ottó dr.*

A házasságon kívüli születések jelentőségéről.

T. Szerkesztőség! Bodnár Lóránt dr. „Házasságon kívüli születések cigányokban” c. közleményéhez (O. H. 1984. 23. sz.) lenne néhány észrevételünk. A házasságon kívüli (h. k.) születés arányainak vizsgálatánál és a h. k. születéseknél megfigyelt nagyobb perinatális- és csecsemőhalálozás, kislúlyúság stb. megítélésénél eddig nem szenteltünk kellő figyelmet annak a körülménynek, hogy a h. k. szülöttek kb. 40-45%-a cigány. Bodnár dr. közleménye erre hívja fel a figyelmet. Szabolcs-Szatmár megyei vizsgálati szerinti a cigány újszülöttek 39,3%-a, a nem cigányoké 2,4%-a született házasságon kívül. (Vagyis, a h. k. születések gyakorisága a cigányok között 16-szor nagyobb, mint a nem cigányok között.) Ismeretes, hogy a cigány terhesek nagyobb arányban szülnék kis súlyú (koraszülött) magzatokat és nagyobb közöttük a csecsemőhalandóság is. Így természetes, hogy a h. k. születettek között is nagyobb arányban találkoznak ugyanezekkel a negatív jelenségekkel.

A h. k. születések arányszámának növekedése hazánkban (1975-ben 5,6%, 1982-ben 7,7%) az utóbbi

években, szerintünk is arra vezethető vissza, hogy a nem cigány születések száma csökken, míg a cigány születéseké stagnál, ill. az utóbbiaknál még emelkedik is a h. k. születések száma. Így pl. az 1971. évi 43%-ról 1980-ra 53%-ra emelkedett. Saját, a ráckevei járásban végzett vizsgálataink szerint is a cigány lakosság születésszám-emelkedése megállt, de a h. k. születéseké nem.

Helyesen állapítja meg Bodnár dr., hogy a cigány szemlélet nem tesz különbséget a házastársi és a csak cigány szokás szerint létesített együttélési kapcsolat között. Ebből kifolyólag a h. k. születés tényének jelentősége eltörpül a cigány családok hátrányos gazdasági-szociális stb. helyzete mellett.

De levonhatunk még más következtetéseket is: a) az adatok azt mutatják, hogy a nem cigányok között a h. k. születések arányainak növekedéséről alig lehet beszélni; b) a h. k. terhességek hátrányos kimenetele sokkal inkább függ az etnikai hovatarozástól és a hátrányos környezeti tényezőktől, mint a családi állapottól.

Közismert megállapítás, hogy a házasságban szülő anya gyermek-megtartó képessége általában jobb. Ebből kiindulva jogosnak tűnik a h. k. születések arányának csökkentésére irányuló törekvés. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy egyes országokban (pl. a skandináv államokban) a perinatális- és csecsemőhalálozási arány világvilágszónyalban a legalacsonyabbak közé tartozik, annak ellenére, hogy a h. k. születések aránya rendkívül magas, akkor arra a következtetésre kell jutnunk, hogy nem a h. k. születésekben kell az okot keresni, hanem a h. k. szülő nők rosszabb (hátrányos) szociális-kulturális helyzetében (ami esetenként összefüggésben lehet az etnikai hovatarozással), valamint a többszöri szüléssel járó rizikófaktorokban, amelyek a házasságból történő szülés esetén is azonos eredményhez vezetnek.

Nézetünk szerint akkor kapnánk valós és következtetések levonására alkalmas adatokat, ha a h. k. születéseket külön-külön vizsgálnánk cigány és nem cigány populációban. Az így kapott adatokból megtudhatnánk, hogy a negatív következményekből, milyen részt írhatunk tisztán a h. k. születés rovására.

*Szabó Raffael dr.
Rex-Kiss Béla dr.*

T. Szerkesztőség! Megköszönöm Szabó Raffael dr. és Rex-Kiss Béla dr. hozzászólását „Házasságon kívüli születések cigányokban” című közleményemhez. A tisztelt hozzászólók újabb adatai is azt erősítik meg, hogy a házasságon kívüli (h. k.) születések aránya cigányokban hazánk más területein is igen magas. Am a körünkben tapasztalt kedvezőtlen magzati fejlődésért, nagyobb csecsemőhalálozásért stb.

elsősorban komplex, szociális-kulturális okok felelősek.

Ismeretes, hogy a házasságon kívüli születések tipikus csoportjainak szociális háttere olykor élesen különbözik. A házasságon kívül szülő nőket hazánkban sem lehet homogén csoportnak tekinteni. E

csoport egy — számarányban valószínűleg legjelentősebb — részével kívántam közleményemben foglalkozni anélkül, hogy a h. k. születések okait, következményeit összességében részletesen elemezzem. Magam is egyetértek azonban azzal a véleménnyel, hogy —

figyelembe véve a cigány szülések jelentős részarányát, amelyek egyes alcsoportok jellemző sajátosságait elfedhetik — a h. k. születések rétegzett vizsgálata mindenképpen ismereteink bővülését, számos szociológiai kérdés megválaszolását segíthetné elő.

Bodnár Lóránt dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

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

PH



KÖNYVISMERTETÉS

Claus Overzier: Systematik der Inneren Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 1983. 7. kiadás, 393 oldal, 93 ábra, 38 táblázat, 3 színes tábla. Ára: 44,— DM.

Overzier kölni belgyógyász professzor, a radiológia és a sugárterápia szakorvosa, rendhagyó belgyógyászati tankönyvét 1966-ban jelentette meg először. A mostani a 7. kiadás, a legutóbbi, 1980-as alapsan átdolgozott és bővített munka változatlan utányomása. Megjelent már spanyolul, olaszul és holland nyelven is, a sok és nagy példányszámú kiadás népszerűségét bizonyítja. Érthetően sok medikus forgatja, mert kitűnően alkalmas a belgyógyászat aránylag gyors áttekintésére (de nem „rövid” belgyógyászat); nyoma sincs a nagy kézikönyvek megszokott leíró stílusának, nem is csak differenciális diagnosztika, bár ahhoz áll közelebb. Szerzője a bevezetésben írja:

a klinikumot az ágy melletti bemutatásokból lehet megtanulni. A tankönyvek ezt a folyamatot megkönnyíthetik. Szükség van olyan rendszertanra, vázra (systematisches Gerüst) is, mely az áttekintést és az anyag részleteiben való további elmélyedést lehetővé teszi. A Systematik lényeges elemei a felsorolások, az egységes jelzéssel kiemelt ún. fontos sorok, az ultrahang-, a röntgen-diagnosztika lényegének az összefoglalása, a differenciális diagnosztika pontokba sűrítve, a rövid terápiás utalások. Sok-sok szöveg közötti rajzzal, vázlatokkal (laboratóriumi értékek) a munka végén. Némi gyakorlat-szerzés után a könyv — feltételezem — a hazai olvasóknak, köztük a medikusoknak is hasznos segéd-eszköz lehet, segítheti a mindennapi beteglátót, főleg a diagnosztikai munkát, s megkönnyítheti a felkészülést. Ismét egy olyan kiadvány, melynek nincs hazai megfelelője. Félős, hogy hallgatónk igényessége és német nyelvtudása nem elégséges ahhoz, hogy ez vagy más hasonló kiadvány akár csak eljusson hozzájuk, tehát tudomást szerezzenek róla. Az pedig — úgy tűnik — nem vagy ritkán gyakorlat ma már, hogy arra érdemes műveket magyarra ültessenek át.

Csak ízelítőknek az első nagy fejezetről (65 oldal), a szív és ér betegségeinek tárgyalásmódjáról, az alcímek alapján: fonokardiográfia, mechanokardiográfia, echokardiográfia, gyulladásoz szívbetegségek, angina pectoris és szívinfarktus, szívhibák, szívelégtelenség, digitális-kezelés, illetve hipertonia, hypotonia, shock, arteriosclerosis, véna-betegségek és nyirokér-betegségek. Közel 30 kitűnő, szemléltető

ábra világítja meg az egyébként bonyolult haemodinamikai viszonyokat, a gáz-analitikai változásokat, az elektro- és mechanogramokat. A rubeosis faciei (piros arc) 15 féle okát adja, melyek szóba jöhetnek a hipertonia elkülönítő kórisméjében alig fél oldalon, vezérszavakban. A Prizmetal angináról írt tíz fél sor didaktikailag több és jobb, mint egy hosszú tanulmány. Minden lényeges benne van, könnyen fellelhető (nem utolsó szempont), tehát jó. Ugyanez elmondható — csak példákat kiragadva — a Pancoast-tumorokról, a Paget-kórról vagy a myotrophiás lateralsclerosisról, mert neurológiai fejezete is van a könyvnek. Foglalkozik a fertőző betegségekkel is, röviden, velősen. A mérgezésekkel is, hat oldalon. Abból is egy oldal az altatószereké, a diagnózis és a kezelés áttekintése az állapot súlyossági foka szerint, természetesen táblázatban.

A könyv sikerének köszönhető, hogy már a hetvenes években megjelent a német könyvpiacra a gyermekgyógyászat (Palitzsch) és a sebészet (Zittel) Systematik-ja is.

A könyv gyakorló orvosoknak, belgyógyászoknak, orvostanhallgatóknak, szakvizsgára készülőknek a legmelegebben ajánlható. Ma már nem lehet olyan gondja senkinek, hogy nélkülözni kénytelen jó tankönyveket vagy szakkönyveket. A gond sokkal inkább a bőségből fakad. A rendelkezésre álló idő véges. Jó lenne, ha ki-ki rátalálna az igényének leginkább megfelelő forrásmunkákra. A válogatáskor méltán számon tarthatjuk Overzier munkáját is.

Középformátumú, megbízható Thieme-kiadás. Egyfajta vademecum.

Rák Kálmán dr.

H.-K. Knoepfel: Einführung in die analytische Psychotherapie. 1984. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart — New York, 92 oldal, (Patientenbezogene Medizin, Bd. 7.) Ára: 29,— DM.

A Patientenbezogene Medizin sorozat Enid Balint és Boris Luban-Plozza által szerkesztett kötetei eddig a Bálint-csoport módszerének kutatási adatairól, és főleg különféle alkalmazási lehetőségeiről szöveltek. A hetedik kötet eltér ettől a hagyománytól, mintegy új kezdetet jelez. Koepfel könyve ugyanis szemléleti bevezetést kíván nyújtani az analitikus pszichoterápiáról, gyakorló orvosok számára. A szerző több évtizedes gyakorlattal rendelkezik a pszichoanalitikus pszichoterápia terén, főleg általános egészségügyi keretben. Tapasztalata szerint az analitikus pszichote-

rápia hasznos, jó eljárás, amit a gyakorló orvosok maguk is alkalmazhatnak. A pszichológiai problémák megértéséhez a módszer szinte elengedhetetlen. A szerző azt is tapasztalta, hogy az analitikus pszichoterápia hagyományos módon megtanulható. A tanulmányi pszichoterápia, az ún. „saját-élmény” nem szükségszerű. Ha megszerzhető jó, és ha valaki az analitikus pszichoterápiában specialista, akkor a megszerzés ajánlatos. Akkor is célszerű saját analízisen átéssni, ha komolyabb személyiségzavarban vagy neurozisan szenved az orvos. Átlagos személyiségű orvos azonban könyvekből és a saját tapasztalatából megtanulhatja azt, ami hatékony és szakszerű pszichoterápiás munkájához kell. A szupervízió nagyon lényeges, vagyis az, hogy benyomásait meg tudja beszélni, hogy tapasztaltabb kontrollálja, esetleg segítsen neki. Ideális a csoportos szupervízió, és ennek lehetőségét megadják a Bálint-csoportok. A szerző rövid áttekintést ad a pszichoanalízis fejlődéséről, ismerteti a személyiségfejlődés pszichoanalitikus elméletét, az indulattételeit és a viszont indulattételeit, az elhárítási mechanizmusokat, továbbá a neurotikus tünetképzés elméletét. Majd hasznos klinikai tanácsokat ad, és közli egy pszichoterápiás ülés protokollját, magyarázatokat fűzve hozzá, mit hogyan kell érteni, mit miért mondott.

A kis kötet egyike a jól használható bevezetéseknek, amit gyakorló orvosoknak valóban melegen lehet ajánlani. A szerző olvasmány-algoritmust is ajánl az érdeklődőknek a továbbképzéshez. Ebben főleg az utóbbi 10 év német kiadványait említi, ezek már csak hozzáférhetőségük nehézsége miatt sem látszanak használhatónak nálunk. Viszont ad a szerző egy nagyon praktikus ötletet: a kezdőnek, aki e könyvön túl akar lépni, első olvasmányá Anna Freud Das Ich und die Abwehrmechanismen (Az én és az elhárítási mechanizmusok) című, 1936-ban megjelent könyve legyen, mert ez segíti legjobban a tünetképzés dinamikájának és folyamatainak megértését. Ebben valószínűleg igaz van. A recenzensnek nyomban eszébe jutott, hogy ezt a könyvet több fiatal orvoscsoporthoz lefordította magának, az analitikus pszichoterápiában való belső továbbképzéshez (két pécsi kolléga kitűnő, nyomdakész fordításával) a recenzens maga is házalt több kiadónál, eredménytelenül. Valószínű, hogy a fordításoknak hasonló meggyőződés, szemléleti jelentőség-tulajdonítás lehetett az alapja, mint ami Knoepfel leírásából tükröződik.

A kis könyv érdemei között kell említeni a világos, jól érthető fogalmazásmódot és az áttekinthető, jól tagolt szerkezeti felépítést, ami azt is lehetővé teszi, hogy az olvasó bizonyos témáknak könnyen utána keressen.

Buda Béla dr.

Pest megyei Flór Ferenc Kórház Tudományos Köre (Kerepestarcsa) 1984. szeptember 13-án, csütörtökön, délután, 14 órakor, a Kórház nagytanácsstermében tudományos ülést tart.

A Pszichiatriai Osztály orvosainak előadásai

1. Szabados Pál dr., Fodor Miklós dr., Horváth Attila dr.: Pszichiatriai irányzatok: Szociálpszichiatria.

2. Szendéné Veres Ilona dr.: Az empátia jelentősége a gyógyító munkában.

3. Molnár István dr., Hoser Ildikó dr.: Liaison — pszichiatria.

4. Hárdi Lilla dr.: Psychotherápia a nagy pszichiatriai gyakorlatban.

5. Tar Zsuzsanna dr.: Egy kórkép dinamikája — esetismertetés.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományi Bizottsága, a Debreceni Akadémiai Bizottság Orvosi és Biológiai Szakbizottsága, a Debreceni OTE Urológiai Klinika 1984. szeptember 17-én (hétfőn) 19 órakor, az Akadémiai Bizottság Székházában (Thomas Mann u. 49.) tudományos ülést rendez.

1. Prof. Pintér József: A világos sejtes veserák prognózisát befolyásoló tényezők.

2. Varga Attila dr., Korányi László dr.: Vizelet deviációk megválasztása cystektomia után.

3. Fehér Miklós dr.: Retroperitonealis lymphadenektomia értéke a heredaganatok gyógykezelésében.

4. Szokoly Viktor dr.: A vesemenede plasztikai műtéteiről.

5. Szabó Zoltán dr.: A hypothermia indikációja és jelentősége a vese szervmegtartó műtéteiben.

6. Kéry Sándor dr.: Varicocele és csökkent fertilitás.

7. Soltész István dr.: Vesekömvételek és a kőprofilaxis lehetőségei.

A Magyar Infektológiai Társaság, a Dunaujvárosi Kórház-Rendelőintézet 1984. szeptember 20-án Dunaujvárosban, a városi tanács színháztermében vándorgyűlést rendez.

9.00 óra

Csák Endre kórházigazgató főorvos: Megnyitó.

Plenáris ülés.

Üléselnök: prof. Várnai Ferenc, prof. Budai József.

Jákics J. (Dunaujváros): Az antibakteriális terápia aktuális kérdései (referátum).

Prof. Budai J., prof. Nyerges G. (Budapest): A vírusfertőzések kemoterápiája (referátum).

Prof. Várnai F. (Budapest): Az antiparazitás terápia aktuális kérdései (referátum).

Szűnet

Üléselnök: prof. Nyerges Gábor.

Bán E., Konkoly-Thege M. (Budapest): A fontosabb Gram-pozitív és Gram-negatív baktériumok antibiotikum érzékenységének országos alakulása az antibiotikum-fogyasztás tükrében.

Korányi Gy., Kisbán G., Závodi E. (Budapest): Netromycin-kezelés súlyos csecsemő- és gyermekkori bakteriális fertőzésekben.

Varsányi O., Gyarmati E., Nyerges G. (Budapest): Gennyves meningitisek ceftriaxon (Rocephine) kezelésével szerzett tapasztalataink.

Bodor Gy., Ferencz A., Bíró L., Mándoky F. (Budapest): Endocarditis infectiosa kezelése során szerzett tapasztalataink.

Ludwig E., Graber H., Deutsch T. (Budapest): Farmakokinetikai lehetőségek az aminoglikozid terápia javítására.

Szalka A., Ferencz A., Bán E., Prinz Gy. (Budapest): Streptococcus pneumoniae fertőzések aktualitása és terápiaja.

Simon L., Medek S., Tóth L. (Budapest): Az antivirális kezelés veszélyei az intenzív osztályon.

Kertész A., Rödler M., Müller Pálné, Barna M. (Budapest): Erythromycin szirup és kúp alkalmazása csecsemő- és kisdedkori légúti megbetegedések kezelésében.

Szűnet

15.00 óra

„A” szekció

Üléselnök: Barna Kornél.

Breitner V. (Dunaujváros): Megfigyeléseink akut húgyúti infekciók antibiotikus kezelése során.

Somorác Gy. (Dunaujváros): Bakteriális cholangitisek kezelése osztályunk beteganyagában.

Horváth M. (Dunaujváros): Légúti megbetegedések célzott antibiotikus terápiajának dilemmája.

Kazinczy K. (Dunaujváros): Szeptikus betegek antibiotikus terápiaja kórházunk intenzív osztályán.

Hernádi E. (Dunaujváros): A kórházi epidemiológia szerepe a fertőzések oki terápiajában.

Szűnet

Üléselnök: prof. Binder László.

Szerdahelyi F., Vermes R., Kissik I. (Eger): Tapasztalataink toxoplazmosis Sumetrolim monoterápiájával.

Aradi M., Kajtsa E., Sipos J. (Zalaegerszeg): A diffúz, progresszív pulmonális fibrózis etiológiai és kezelési problémái.

Münnich D. (Debrecen): Nagy kiterjedésű kétoldali tüdőgyulladásal járó felnőttkori varicella progresszív esetünk sikeres intravenás Zovirax kezelése.

Mikola I., Ferencz A., Nagy A. (Ajka, Budapest, Veszprém): Adatok a Q-láz járványtanához, kórismézéséhez és kezeléséhez.

Kollár L., Nagymáténé (Tököl): Hasúri fertőzés idegentestnyelés kapcsán és annak kezelése.

Turos E., Péntes I., Ruttner E. (Budapest): Perioperatív fertőzések és azok oki, illetve profilaktikus antibiotikum kezelése mellkassebészeti profilú intenzív osztályon.

Marton A., Szirmai Zs., Szever Zs., László V. (Budapest): Chlamydia trachomatis okozta csecsemőkori atípusos pneumóniák.

15.00 óra

Üléselnök: László Barnabás.

Méhesfalvi E., Gál Cs., László B. (Budapest): Jelent-e haladást a cyanodanol-3 az akut vírushepatitisek terápiajában?

Szöcs M., Várhegyi K., László B. (Budapest): Catergen-kezelés során észlelt szövődmények.

Tóth I. (Kiskunhalas): Vírusmarker vizsgálatok jelentősége a májbetegek gondozásában.

Sipos J., Gábor V., Tóth Z., Ribiczey P. (Zalaegerszeg): Immunglobulinok a májsejtek felszínén.

Telegdy L., Bodor Gy., Kozma D., Kendrey G., Kovács M. (Budapest): Tuberculostaticus chemotherápia során fellépő ieterus diagnosztikus problémái.

Ternák G. (Szekszárd): Delta antitestek vizsgálata HBsAg pozitív májbetegekben.

Szűnet

Üléselnök: Korányi György.

Tolnai Á., Barcs I., Nagy E., Káli G. (Budapest): Aminoglykosid-kezelés szövődménye: akut psychosis és veseelegtelenség.

Bende S., Kolláth Z., Bertók L. (Miskolc, Budapest): Extracorporalis aktív szüves haemoperfusio kísérletes endotoxin shockban.

Mihály I., Kukán E. (Budapest): Mumps- és parainfluenza-vírus immunofluorescens teszt ellenanyag-vizsgálatok parotitisek és egyéb serosus meningitisek betegknél.

Szeness Á., Pető I. (Győr): Campylobacter enteritisek eseteink elemzése.

Csiszár K., Barna M., Molnár Gy. (Budapest): A Mycoplasma pneumoniae előfordulási gyakorisága a gyermekkori sinusitisekben.

Pusztai E., Nika M., Mikola I. (Ajka): Rubeolában kialakult akut haemolyticus anaemia.

Timár L., Baló B., Rapi K., Budai J. (Budapest): Ampicillin allergia mononucleosis infectiosában.

Kerekes J. (Budapest): A fertőző és parazitás betegek kórházi és ambulans ellátása Bulgáriában.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1984. szeptember 20-án (csütörtök) 14 órakor, a Kórházban tudományos ülést tart.

Kelemen Andor dr.: Kardiológiai rehabilitáció és psychosomaticus belgyógyászat (beszámoló az NSZK-ban tett tanulmányútról).

A Fővárosi Margit Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1984. IX. 20-án, 14 órakor, a Kórház könyvtárában (III., Bécsi u. 132., I. em.) tudományos ülést rendez.

1. **Márk István:** Immuntolerancia, immunitás és kísérletes Masugi nephritis.

2. **Lukács László:** A gyermek-orthopaediai rendelés hároméves munkásságának eredményei és tapasztalatai.

3. **Dömötör Gábor:** Tapasztalataink kis teljesítményű lézer fénynyel az idült vénás lábszárfelekékek kezelésében.

A Magyar Belgyógyász Társaság Északkelet-magyarországi Szakcsoportja 1984. szeptember 20–21-én Nyíregyházán a Tudomány és Technika Házában (Lenin tér 3.) tudományos ülést rendez.

Szeptember 20., 8.30 óra

Megnyitó

9.00 óra

Kerekasztal-konferencia: A nephrológia aktuális kérdései.

Moderátor: **Kakuk Gy.**

Részvevők: **Borbás B., Lócsey L., Szegedi J., Wórum I., Zakar G., Zeltner Gy.**

Szünet

Üléselnökök: **Kakuk Gy., Szigethy J.**

1. **Borbás B., Angyal S., Csépké K., Szegedi J.** (Nyíregyháza): Az 1975–84. között végzett akut dialízisek retrospektív értékelése.

2. **Szodoray S., Soltész P.** (Sátoraljaújhely): Peritoneális dialízis osztályunkon.

3. **Lócsey L., Kakuk Gy.** (Debrecen): Betegeink klinikai adatainak és állapotának változása sikeres vesetranszplantáció után.

4. **Román S., Szabó T., Lócsey L., Kárpáti I., Kakuk Gy.** (Debrecen): Prolactin vizsgálatok haemodializált betegeken.

5. **Zakar G., Mezei I., Zeltner Gy.** (Miskolc): Protein/kreatinin-index és a gyűjtött vizelethől Biurettel mért fehérje-ürítés összehasonlító vizsgálata proteinuriás betegeknél.

6. **Panyi M., Zeltner Gy.** (Ózd, Miskolc): Az AGN kombinált kezeléséről 5 eset kapcsán.

7. **Kárpáti I., Román S., Lócsey L., Kakuk Gy.** (Debrecen): Crush-syndroma rika esetei.

Hozzászólások — Szünet

14.20 óra

Üléselnökök: **Wórum F., Zeltner Gy.**

8. **Polgár P., Wórum F., Kovács P., Lőrincz I., Lócsey L.** (Debrecen): Gyógyszerrezisztens supra-ventriculáris tachycardiák kezelése His-köteg ablatióval.

9. **Wórum F., Polgár P., Lőrincz I., Kovács P., Wórum I., Lócsey L.** (Debrecen): A ventricularis ta-

chycardiák elektrofiziológiai diagnosztikája és terápiájának meghatározása.

10. **Rusznák M.** (Nyíregyháza): A 2-dimenziós echocardiographiás vizsgálat jelentősége.

11. **Zsonda L., Szűcs M., Görög S., Fazekas S., Szegedi J.** (Nyíregyháza): 10 év szivrupturás beteganyagának kliniko-pathológiai áttekintése.

12. **Horváth S., Bedő Z.** (Debrecen): Az AMI thrombolytikus kezelése.

13. **Hadházy Cs., Szilágyi A., Koháry E., Rusznák M.** (Nyíregyháza): Az infektív endocarditisoról.

14. **Torday Zs., Simon I., Lévai M.** (Szolnok): Gyógyszeres cardio-versióval szerzett tapasztalataink.

Hozzászólások — Szünet

15. **Falvassy Gy., Trencsényi E., Fedor I.** (Kazincbarcika): Fájdalomcsillapítás Nitralginnal coronaria-betegeinknél.

16. **Altörjay I., Dalmi L., Mész M., Sári B.** (Debrecen): Újabb lehetőségek a perifériás obliteratív verőérbetegségek konzervatív kezelésében — kezdeti tapasztalatok Trentallal.

17. **Illyés L., Csire B., Fekete T.** (Miskolc): A Verpamil vérnyomáscsökkentő hatásáról szerzett tapasztalataink.

18. **Zeltner Gy., Szekeres A., Kaló E.** (Miskolc): Nifedipin indukálta transiens intestinalis ischaemia.

19. **Csapó K., Voith L., Medgyesi F., Péterffy Á., Mihóczy L.** (Debrecen): Fiatalkori mitrális anulus meszesedés.

20. **Csinády Gy.** (Mátészalka): 1983. évi cerebrovasculáris laesiós beteganyagunk a hypertonia szemzőgéből.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: **prof. Kulcsár A., Major L.**

21. **Csonka M., Szabó S., Soltész P.** (Sátoraljaújhely): Adatok az alkohol cardiotoxikus hatásához.

22. **Major L., Balajthy B., Nagy B., Bartha E., Pintye L., Jánky I.** (Berettyóújfalu): Belgyógyászati és pszichiatriai vizsgálatok intézeti alkoholelvonásban részesülőkön.

23. **Somogyi E., Nagy G.** (Miskolc): Alkoholos ártalmak előfordulása és annak anyagi kihatása osztályunk egyéves beteganyagában.

24. **Mész M., Szalóky P.** (Eger): A litium-mérgezésről két esetünk kapcsán.

25. **Molnár K., Juhász F., Buris L.** (Kisvárd, Debrecen): Halálos kimenetelű Dertil-mérgezés.

26. **Kulcsár R., Szűcs T.** (Debrecen): A kálium-ion szerepe súlyosabb kórképekben.

27. **Ferenczi Zs., Polyák K., Fekete T., Kurys Cs.-né** (Miskolc): Pulzáló mágneses tér (magnetoterápia) hatásának vizsgálata különböző betegcsoportokban.

Hozzászólások

Szeptember 21., 8.00 óra

Vezetőségi ülés

9.00 óra

Üléselnökök: **Györffy A., Sóvári M.**

28. **Szamosújvári P., Schrádi O., Szöör J.** (Debrecen): A felső tápcsatorna ritka vérzésforrásai urgens panendoscopiás anyagunkban.

29. **Besznyák Gy., Sóvári M., Kovács L.** (Eger): A gyógyszer-indukálta vérző gastroduodenális fekélyekről és erosiókról.

30. **Nagy Gy., Újszászy L., Tatár A., Takács S., Prónay G.** (Miskolc): Nyomelem-vizsgálatok gyulladással és daganatos vastagbél-betegségekben.

31. **Kiss E., Pikó K., Szikora L., Kiss J.** (Nyíregyháza): CAH tartós követésével szerzett tapasztalatok.

32. **Tóth I.** (Ózd): Peritoneális dialízis alkalmazása az ascites kezelésében.

33. **Györi I., Csanádi L., Erdei A., Hatházi L.** (Gyöngyös): Primaer májrák érdekes esete.

34. **Juhász L.** (Miskolc): Beszámoló 119 chr. pancreatitiszes betegről.

35. **Kiss J., Ágoston S., Sipos B.** (Nyíregyháza): Epekövesség és cukorbetegség együttes előfordulása osztályunk 4 éves beteganyagában.

36. **Weisz Gy., Beck P., Udvardy M., Dalmi L., Kulcsár A.** (Debrecen): A szérumban epesavak vizsgálatának jelentősége a klinikai gyakorlatban.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: **prof. Leövey A., Fekete T.**

37. **Szigethy J., Sztóczky M., Kassay L., Ladányi E., Nagy Á.** (Miskolc): Adalékok a non insulindependens diabetes kezeléséhez.

38. **Molnár I., Berkessy S., Pauker Zs.** (Miskolc): 1983-ban osztályunkon ápolat cukorbeteg adatainak elemzése.

39. **Kóder P., Szilágyi E., Mészáros J., Stalmájer J.** (Nyíregyháza): Szabolcs-Szatmár megye cukorbeteg anyagának felmérése és a felmérés tapasztalatai.

40. **Szerafin L., Jakó J.** (Nyíregyháza): A szénhidrát-anyagcsere zavarainak előfordulása osztályunk beteganyagában, különös tekintettel a csökkent glukóz-toleranciára.

41. **Szigligeti P., Balázs I., Halász M., Smid E., Stalmájer J.** (Nyíregyháza): Glikolizált szérumban fehérje — fructosamin — vizsgálata cukorbetegben.

42. **Neuwirth Gy., Csepei M., Mudri K.** (Debrecen): Egyszerű módszerek diabeteszes autonóm neuropathia kimutatására.

43. **Udvardy M., Dinya Z., Panyi M., Kulcsár A.** (Debrecen): A vizelet steroidok gázkromatográfiás-tömegspektrometriás analízisének klinikai jelentősége.

44. **Sztojka I., Szabó J.** (Debrecen): „Silent” thyreoiditis.

45. Tarkó M., Prónay G., Török K., Molnár P. (Miskolc): Raritások az endokrinológiában.

Hozzászólások — Szünet

14.40 óra

Üléselnökök: prof. Szegedi Gy., Balázs Cs.

46. Bodolay E., Seres T., Sonkoly I., Szegedi Gy. (Debrecen): MCTD-s betegek D-Penicillamin kezelése.

47. Sonkoly I., Mikecz K., Bedő Z., Veres E., Csipő I. (Debrecen): Lupus nephritis betegek sorsának alakulása az elmúlt 10 évben.

48. Bedő Z., Sonkoly I., Szegedi Gy. (Debrecen): Plazmaferesis kezelés SLE-es betegeknél.

49. Dézsi A., Tamási L., Kiss E., Sonkoly I., Szegedi Gy., Balázs Cs. (Debrecen): Autoimmun betegségek epidemiológiai vizsgálata területünkön.

50. Kiss E., Szabó T., Csipő I., Balázs Cs. (Debrecen): Fagocitózis in vitro és in vivo vizsgálata rheumatoid arthritises betegeknél.

Hozzászólások — Szünet

Üléselnökök: prof. Rák K., Berkessy S.

51. Kiss A., Telek B., Pecze K., Iványi J., Tornai I., Jakó J., Rák K. (Debrecen, Nyíregyháza): Nagy malignitású nem-Hodgkin lymphomák betegek polychemoterapiájával szerzett tapasztalataink (1974–1984).

52. Tornai Kiss A., Telek B., Pecze K., Iványi J., Jakó J., Rák K.

(Debrecen, Nyíregyháza): Myeloma multiplexes betegek kezelésével szerzett tízéves tapasztalataink.

53. Radványi G., Sörös K., Balyi G., Nagy Zs., Berkessy S. (Miskolc): Renális szövődmények gyakorisága és kezelésének lehetőségei myeloma multiplexben.

54. Telek B., Kiss A., Pecze K., Rák K. (Debrecen): A B-sejtes (burkitt-typusú) acut lymphoid leukemiairól, különös tekintettel a diagnosztikára és a kórlefolásra.

55. Jakó J., Nagy P. (Nyíregyháza): Újonnan felismert felnőttkori malignus haematológiai megbetegedések 1983-ban Szabolcs-Szatmár megyében.

56. Molnár K., Kőmives S., Berényi E., Szegedi Gy. (Kisvárd, Debrecen): Lymphadenitis toxoplasmatica időszerű kérdései a diagnosztika, terapia és megelőzés vonatkozásában.

57. Kalmár Zs., Kiss A., Telek B. (Debrecen): Ritka betegség — hypereosinophiliás syndroma.

Hozzászólások

17.20 óra

A tudományos ülés bezárása.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság 1984. október 16–17-én, a Semmelweis OTE II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78/a.) beszámoló-vezetőségválasztó közgyűlést és tudományos ülést rendez.

A közgyűlés során a Társaság főtitkára és Számvizsgáló Bizottsága tartja meg beszámolóját, melyek megvitatását és elfogadását követően kerül sor az új tisztségviselők megválasztására.

A tudományos ülésen a család-gondozásban érintett tárcák, szervezetek és intézmények képviselői fejtik ki szervezetük véleményét, elképzeléseit a komplex család-gondozásról. Emellett csatlakozó előadások hangzanak el a jelenleg létező és működő család-gondozói kezdeményezésekről és kísérletekről.

Október 16., 14.00 óra

Tudományos ülés (I. rész)

Október 17., 9.00 óra

beszámoló-vezetőségválasztó közgyűlés

11.00 óra

Tudományos ülés (II. rész)

Határozatképes a közgyűlés, ha azon a tagoknak legalább fele jelen van. Ha a közgyűlést határozatképtelensége miatt el kell halasztani, 30 napon belül, ugyanezzel a tárgysorozattal összehívott közgyűlés a megjelentek számára tekintet nélkül határozatképes.

Határozatképtelenség esetén a közgyűlést 1984. október 31-én 9.00 órákor rendezzük a fenti helyen.

Jelentkezés, meghívó igénylés és részletes felvilágosítás a Társaság címén (1525 Budapest, Keleti Károly u. 5–7.)

MEGJELENT

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1984. 1. szám

Veress Gábor dr., Böszörményi Ernő dr., Szigeti Gyula dr., és Strommer Mátyás dr.: Asystoliával járó intra-His-block.

Mikita János dr., Kiss Attila dr., Mórocz István dr., és Nagy Péter dr.: Atmenetileg sikeresen kezelt, haemochromatosisal szövődött „pure red cell aplasia” esete.

Arvai György dr., A. Gallyas Krisztina és Örs Félix dr.: Vizelet angiatizint konvertáló enzim és prosztaglandin-F₂ ürítésének vizsgálata hypertoniás és diabeteses betegeknél.

Petz Ádám dr. és Stefanics Klára dr.: Malignus lymphomás betegek nyaki és supraclaviculáris régióinak besugárzása után fellépő hyperthyreosis.

Pár Alajos dr., Ruzsa Csab dr., Kádas István dr., Molnár Zoltán dr., Pongrácz Gyula dr., Barna Kornél dr.: Elzáródásos sárgaság képeben jelentkező intrahepatikus táguló folyamatok. Két eset tanulságai.

Rusznák Miklós dr., Koháry Emőke dr., és Hadházy Csaba dr.: A primer hypertrophiás cardiomyopathia családi előfordulása.

Petrányi Gyula jr. dr. és Tamás Gyula jr. dr.: A szénhidrátanyagcsere-zavarok kezelésének ellenőrzése III. Vérmintavétel és vércukormeghatározás — otthon.

UROLOGIAI ÉS NEPHROLOGIAI SZEMLE

1984. 1. szám

Pintér József dr.: Hipernefroid veserák. Nagel, R. dr., Leisten Schneider, W. dr., Steffens, J. dr.: Vesemedence- és urétertumorok.

Hofstetter, A. dr., Frank, F. dr.: Vesemedence- és urétertumorok.

Hofstetter, A. dr., Frank, F. dr.: Neodym YAG-lézer az urológiában.

Zingg, E. J. dr., Studer, U. dr.: Gondolatok anüghyólyagról.

Wabrosch Géza dr.: Mai kezelési irányzatok a prosztatarák megbetegedésben.

Pintér József dr., Fehér Miklós dr., Szokoly Miklós dr.: Heredaganatok. Szendrői Zoltán dr.: Norethisteron a prosztaták kezelésében.

Kelemen Éva dr., Harkányi Zoltán dr., Varga Piroksa dr.: A polycystás vesebeteggel ultrahang diagnosztikája gyermek- és felnőttkorban.

Kisbenedek László dr., Hídvégi Judit dr., Romics Imre dr.: A húgyhólyagmetasztázisról három eset kapcsán.

Makó János dr., Lengyel Mária dr., Bognár Benedek dr.: Perisztáló perikarditisz krónikus hemodialízissel kezelt betegen.

Simon Zsolt dr., Kiss Ferenc dr.: Krjosebészeti beavatkozást követő kórszöveti elváltozások a prosztatában.

Szolnoki György dr., Csermely Anna dr.: A mellékhere-tumorok klinikumáról és patológiájáról.

Sámik József dr., Burger Tibor dr., Nagy Judit dr., Gofman Ljubov dr.,

Gersei Emma dr., Karátson András dr., Deák György dr., Kerekes Endre dr.: Gyors progressziójú glomerulonephritisz és tüdőhemorrhagia családi előfordulása.

Török László dr.: A spermátida citoplazma átmeneti struktúrái.

NEPEGÉSZSÉGÜGY

1984. 2. szám

Aczél György dr. 1923–1984 (nekrológ). Zsolnai Béla dr.: Terhességgel és szüléssel kapcsolatos anyai halálozás 1982-ben.

Pauka Tibor dr., Kádár Tibor dr., Borsányi Gábor dr.: „Az általános lakosságűrési és gondozási modellkísérlet” eredményei I.

Wittmann Károly dr.: Keresőképtelenség alakulását motiváló egészségügyi tényezők ellátási területünkön.

Táncos László dr.: „Az alkotás ürügy” — egy vizuális kör tapasztalatai.

Szabadi Flóra dr.: A társadalom és az egészségügy kapcsolata a betegek rehabilitációjában.

Szabó Péter dr.: Gondolatok egy mentálhigiénés ellátó egység szervezeti modelljéről.

Bacsik Zsoltné: A gerontológiai vagy relatív rehabilitáció, ezen belül a mozgás szerepe és jelentősége a szociális otthonokban.

Vittay Katalin, Bondár Éva, dr. Vilusz Lászlóné, Fedinecz Sándor dr.: Egészségügyi ellátás a Svéd Királyságban.

Bondár Éva: Rg egészségügyi közigazdaságtanának oktatása különböző egészségügyi szakembernek.



VINBLASTIN injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg 5 mg liofilizált vinblastin. sulf-ot, az oldószeramp. 5 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Hodgkin-kór, non-Hodgkin-lymphomák, idült lymphoid leukémia, heredagatok.

ELLENJAVALLATOK: Leukopenia, bakteriális infekciók.

ADAGOLÁS: Az üveg tartalmát az oldószerampullában levő 5 ml fiziológiás konyhasóval kell feloldani, majd a frissen készített oldatot intravénásan vagy cseppinfúzióban alkalmazni. A dózis beállítása a beteg szükségletének és a fehérvérsejtszám változásának figyelembevételével individuálisan történik.

A Vinblastin adagolására kétféle sémát lehet ajánlani:

1. A kezdő 0,025–0,1 mg/kg dózis után, naponta kontrollált fehérvérsejtszám mellett, amennyiben a bevezető adag után a fehérvérsejtszám nem esik 2–3000 alá, akkor az első injekciót követően egy hét múlva adható a második adag 0,15 mg/kg mennyiségben, legalább 4000-es fehérvérsejtszám mellett. A továbbiakban, ha onkolytikus, ill. leukopeniás hatás nem mutatkozik, az egyszeri adag 0,2 mg/kg-ra is emelhető. Az egyes injekciók között 7 nap szünetet kell tartani és a fehérvérsejtszámot gondosan ellenőrizni. Ha a megfelelő hatás elértük, a fehérvérsejtszám ellenőrzése mellett 7–14 naponként 0,15 mg/kg fenntartó dózist lehet adni a teljes tünetmentességig.

2. A 0,025–0,1 mg/testsúlykg kezdő adag után naponta kontrollált fehérvérsejtszám mellett naponta adják a Vinblastint 2,5–5 mg-os dózisban, fokozatosan emelkedő adagolással. A hatásos adagot ilyen adagolással 2–3 nap alatt érik el (5 mg-nál nagyobb egyszeri adag a naponkénti alkalmazás esetében nem adható). Ezután a kezelés – az átmeneti jellegű és általában spontán megszűnő leukopeniás szak elmúltával – csökkentett fenntartó adagolgy folytatható. A Vinblastin-kezelés megismételhető.

KOMBINÁCIÓS TERAPIA: Egyéb cytostatikumokkal együtt adható.

MELLÉKHATÁSOK: Agranulocytosis, leukopenia, alopecia, hányás, hasmenés, stomatitis, paraesthesiák, fejfájás, orrvérzés, anorexia, depressio (ezek mind reverzibilisek).

FIGYELMEZTETÉS: 3000 fvs.-szám alatt célszerű a kezelést szüneteltetni és profilaktikusan antibiotikumot adni.

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

CSOMAGOLÁS: 25 × 5 mg + 25 × 5 mg oldószer

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

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

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

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/125

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



84.2099 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnymomás — Felelős vezető: Sziávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

38. SZÁM

*

1984. SZEPTEMBER 16.

1

TARTALOMJEGYZÉK

Ihász Mihály dr., Bátorfi József dr.,
Réfi Miklós dr., Szabó Károly dr.,
Fazekas Tibor dr. és Bálint András dr.:

A duodenalis fekélyvérzés, perforatio sebészi
kezelésének lehetőségei, eredményei, különös
tekintettel a proximalis selectiv vagotomiára 2295

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Daru József dr. Godó György dr.
és Sas Mihály dr.:

A cervix-nyák fructose szintjének hatása
a postcoitalis tesztre 2303

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Riskó Tibor dr., Udvarhelyi Iván dr.,
Riskó Zoltán dr. és Novoszel Tibor dr.:

A Harrington műtét szerepe a gerinctöröttek
ellátásában 2307

ORVOSI TECHNIKA

Siklósi György dr., Vigváry Zoltán dr.
és Makó Ernő dr.:

Hysterosalpingographia Foley katéterrel ... 2311

KAZUISZTIKA

Konrády András dr.:

Az immunogén és nem-immunogén
hyperthyreosis különbözősége és együttes
előfordulása 2317

HORUS

Dr. Ivanchich Viktor 2321

Farkas Géza — akinek élete volt a főműve 2324

Halottaink 2327

Folyóiratreferátumok 2329

Levelek a szerkesztőhöz 2343

Könyvismertetés 2348

Megjelent 2349

Hírek 2350

Pályázati hirdetések 2352

HISTODIL

tabletta

200 mg cimetidinumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS

A cimetidin specifikusan ható kompetitív hisztamin H_2 -receptor antagonistá. Hatásmechanizmusát tekintve különbözik az eddig alkalmazott ulcus-ellenes szerektől. Hatékonyan gátolja a gyomorsav-szekréciót, elősegíti az akut és krónikus peptikus fekélyek, valamint az eróziós gastritis okozta akut vérzések gyógyulását, szabályozza és ellensúlyozni képes a hiperszekréciós folyamatokat.

JAVALLATOK

Endoszkóposan vagy röntgenfelvétellel igazolt benignus, peptikus, gyomor, – nyombél, – és/vagy jejunális ulcus betegség, reflux oesophagitis, eróziós gastritis. Zollinger–Ellison-szindróma kezelése. Sztteroid és nem sztteroid antiflogisztikumok mellékhatásaként kialakult eróziós adjuváns terápiája.

ELLENJAVALLATOK

Abszolút ellenjavallata nem ismert.

Alkalmazását meg kell fontolni graviditásban és a laktáció időszakában.

Súlyos máj-, keringési, vesebetegségben csak csökkentett dózisok adhatók, kellő körültekintés mellett.

Gyermekek részére adása nem javallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja fekélybetegségben napközben 3×1 tabl. az étkezésekkel együtt, és az esti lefekvéskor további 2 tabl. Ezt a **kúraszerű adagolást** 4–6 héten át kell folytatni. Ha a hatás nem kielégítő, a napi dózist átlagosan 4×2 tablettára (reggel, délelőtt, vacsorakor és lefekvéskor 2–2 tablettá) lehet emelni, fekvőbeteg-gyógyintézetben, fokozott ellenőrzés mellett.

A napi 2 g (10 tablettá) maximálisnak tekintendő!

A fenntartó kezelés általában naponta 2 tablettá, amelyet lefekvéskor kell bevenni.

A fenntartó adagolás több hónapig is tarthat. Számolni kell az adagolás megszüntetése után a recidiva megjelenésével, a panaszok felújulásával.

MELLÉKHATÁSOK

Féjfájás, fáradtságérzés, myalgia, diarrhoea, somnolentia, kisebb fokú pruritus. Tartós kúra folyamán gynecomastia, mentális konfúzió, depresszió, ritkán csontvelőártalom, szérumértékek változása jelentkezhethet. Befolyásolja az immunválaszt. Súlyosabb mellékhatások a kezelés megszakítását indokolják.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK

Óvatosan adandó: – orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedése);
– benzodiazepinokkal (ezek hatását megnyújtja).

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

A duodenalis fekélyvérzés, perforatio sebészi kezelésének lehetőségei, eredményei, különös tekintettel a proximalis selectiv vagotomiára

Semmelweis Orvostudományi Egyetem Sebészeti Tanszék
(tanszékvezető: Ihász Mihály dr.),
Fővárosi János Kórház, Sebészeti Osztály

A szerzők részletesen tárgyalják azon műtétek előnyeit, hátrányait és eredményeit, amelyeket napjainkban alkalmaznak a duodenalis fekélyből származó vérzés és perforatio sebészi kezelésére. A vérző ér aláöltése, a perforatiós nyílás elvarrása, tehát a palliatív műtéti megoldásokkal szemben — ahol annak feltételei adottak — előnybe helyezik a végleges (definitív) műtét valamelyik formáját. Ennek során tárgyalják a proximalis selectiv vagotomia, mint új sebészi eljárás előnyét ezen szövődmények kezelésében. Ezt a műtétet az elmúlt négy év folyamán (1980. 01. 1.—1983. 12. 31.) vérzésben 30, perforatióban 38 esetben végezték, alacsony halálozással és jó korai klinikai eredményekkel. Javasolják szélesebb körben történő alkalmazását, de hangsúlyozzák a megfelelő személyi és tárgyi feltételek szükségességét.

The possibilities and results of surgical treatment of duodenal ulcerous bleeding and perforation with special regard to proximal selective vagotomy. The advantages, disadvantages and results of the operation applied at present to treat surgically duodenal ulcerous bleeding and perforation are discussed in detail. The definitive surgical solutions — if proper conditions are given — are preferred to the palliative operative technique. Proximal selective vagotomy — a new surgical method — is described which was successfully applied in treating complications. This method was used in 30 bleeding and 38 perforation cases between January 1, 1980 and December 31, 1983 with good clinical results and low mortality ratio. Its application is highly recommended if all the necessary conditions are ensured.

A vagotomia különböző műtéti típusainak elterjedése óta a pepticus fekélyek és azok közvetlen életveszélyt jelentő szövődményeinek (vérzés, perforatio) sebészi kezelése az irodalomban és a különböző szintű kongresszusi vitákon általában egyik főtémaként szerepel. E szövődmények sebészi kezelésének formája napjainkban is vitatott. Az azonban tény, hogy a vagotomia ezen szövődmények sebészi gyógyításában a sutura és a primer resectiónál — véleményünk szerint — jobb, vagy legalábbis az utóbbival egyenértékű eljárás (5,6). Jelentőségét az adja, hogy a végleges megoldás és a jó klinikai eredmények mellett mortalitása és morbiditása alacsonyabb, mint az előbbi két hagyományos műtété (4, 7, 9, 23, 24, 25, 30, 52, 57, 64). Ezért tartjuk alkalmasnak, sőt kívánatosnak a vagotomiát — elsősor-

ban a proximalis selectiv vagotomiát (PSV) a vérzés és perforatio végleges ellátására. Általában a szemlélet változásának szükségességére, a fekélybetegség sebészi kezelésében, utalunk *Gergely és mtsai* (20) közelmúltban megjelent munkásságára.

Közleményünkben a János Kórház Sebészeti Osztályán 1980. jan. 1. és 1983. dec. 31. közötti időszakban a vérzés és perforatio miatt operáltak klinikai eredményeiről számolunk be. Más szerzők tapasztalatait alátámasztva igazolni kívánjuk, hogy a PSV alkalmas műtét a duodenalis ulcusból származó vérzés és perforatio sebészi ellátására (4, 23, 33, 35).

I. vérzés

A fenti 4 év alatt 77 beteget kezeltünk a gastrointestinalis tractus felső szakaszából származó vérzés miatt. Az összesítő adatok az 1. táblázaton szerepelnek.

Mivel jelenleg csak a duodenalis ulcus vérzésével, perforatiójával foglalkozunk a 2. táblázat adatai az 55 vérzéses esetre vonatkoznak. Az adatokból kitűnik, hogy műtéti megoldásként elsősorban a proximalis selectiv vagotomiát és pylorusplastikát (PSV + pp) alkalmaztuk. (Ezen betegek korátlaga: 42,3 év).

A gastrointestinalis vérzések 80—85%-ban fekélyből származnak (8, 23, 47). Anyagunkban 76,9%. Klinikai tapasztalat, hogy a duodenalis ulcusból

Rövidítések:

- PSV = proximalis selectiv vagotomia
- PSV+pp = proximalis selectiv vagotomia és pylorusplastika
- PSV+ld. = proximalis selectiv vagotomia és longitudinalis duodenotomia
- TV = truncalis vagotomia
- TV+pp = truncalis vagotomia és pylorusplastika
- SV+pp = selectiv vagotomia és pylorusplastika
- B I = Billroth I resectio
- B II = Billroth II resectio
- H-M pp = Heinecke-Mikulitz pylorusplastika
- F pp = Finney pylorusplastika
- J pp = Jabouly pylorusplastika

gyakoribb a vérzés, mint a ventricularisból (55). Bárhonnét is származzék — főleg, ha az masszív —, a beteg életveszélyes állapotban van, és ez parancsolóan meghatározza az azonnali tennivalókat, melyek a következők: transfúzió, gyomortartalom eltávolítása szonda segítségével, jeges öblítés, antacidok és/vagy H₂ receptor blokkoló adása és egyéb alkalmazott konzervatív terápia. A vérzés jelentős százaléka a konzervatív kezelésre — vagy spontán — végleg, vagy átmenetileg megszűnik. Ezt az időszakot lehet és kell felhasználni a korai endoscopos vizsgálatra, amely megbízhatóbb, mint a hagyományos röntgen vizsgálat (1). Ennek kapcsán sor kerülhet az ismert különböző vérzéscsillapító eljárások alkalmazására (elektrokoaguláció, sclerotizáló anyagok befecskendezése, thrombin-fibrinogen spray, vasoactiv anyagok, melegítő szonda, lézersugár stb.).

Az endoscopos vizsgálatnak a vérzés helyének pontos megállapítása céljából, a *diagnózis* szempontjából van jelentősége. A vérzés helye, oka, intenzitása — az egyéb szempontok mellett — döntően meghatározza a további tennivalót. Prognosztikai jelentőségét pedig az a körülmény igazolja, hogy a mortalitás kétszer olyan magas, ha a diagnózis hiányzik (2). Eredménytelen endoscopos vizsgálat esetén a selectiv angiographia tisztázhatja a vérzés helyét. Az 55 duodenalis ulcusból, eszközös vizsgálattal, 52 alkalommal tudtuk meghatározni a vérzés forrását (94,5%).

Vérzéskor az anamnesis, a klinikai vizsgálat és megfigyelés segítségével (anaemiás küllem, shock-index, melaena és/vagy haematemezis formájában távozott vérmennyiség stb.), a laboratóriumi leletek és a tükrözés során látott vérzés intenzitása alapján kell dönteni a konzervatív terápia, vagy az azonnali műtét mellett. Idősebb korban az erek sclerotikus állapota miatt a vérzés

spontán csillapodásának kisebb az esélye, ezért hamarabb állítjuk fel a műtéti javallatot.

Amennyiben a vérzés konzervatív kezelhető, úgy ezt a módszert kell választani. Ilyen módon lehetőség nyílik a kivizsgálásra, az általános állapot rendezésére. Ha a műtéti javallat egyébként is fennáll (korábbi vérzés az anamnesisben, huzamosabb idő óta fennálló eredménytelen belgyógy.-i kezelés) a műtétet választott időben, megfelelő előkészítés után végezzük. Ekkor a műtéti kockázat nem nagyobb, mint az elektív műtété. Ha a konzervatív terápia ellenére az ismételt tükrözés, a klinikai, laboratóriumi adatok folyamatos vérzésre utalnak, a műtéti beavatkozás indokolt. A konzervatív kezelés elfogadható időtartama: 24—48 óra.

Mi az „*azonnali műtét*”-et akkor végezzük, ha a beteg kivérzett, shockos állapotban kerül felvételre és a gyors vérpótlás során 2000—2500 ml vérrel a keringés csak olyan mértékben rendezhető, hogy a beteg a gyomortükrözésre, a műtét megkezdésére elfogadható állapotba kerül. Az endoscopos vagy egyéb vizsgálat a műtét elkezdését nem késleltetheti, mert a tükrözés — adott esetben — a műtőasztalon is elvégezhető (58). Indokoltnak tartjuk az azonnali műtétet, főleg idősebb korban, akkor is, ha tükrözéskor arteriális vérzés figyelhető meg, még klinikailag shockos állapot nélkül, vagy annak kezdődő jeleivel.

A „*masszív vérzés*” fogalmának meghatározása az irodalomban nem egységes. Nagyobb sebészeti centrumok különböző szempontok alapján definiálnak (4, 23, 39, 57, 64). Mi masszív vérzésről akkor beszélünk, ha a beteg az alábbiak közül egyik, vagy másik kritériumnak megfelel:

1. Shockos anamnesis, vagy annak jelei felvételkor.
2. A keringés fenntartásához 3—6 óránként 500 ml, de legalább 2000 ml vér szükséges az első 24 órában.
3. A keringés fenntartásához legalább 1000 ml vér szükséges a második 24 órában.
4. A konzervatív terápia ellenére újabb vérzés indul meg.

Ezen kritériumok általánosságban ugyan elfogadhatók, de a döntést végső soron a beteg állapota határozza meg. Befolyásolhatja a műtét időpontját az is, hogy van-e ulcusos anamnesis, vagy nincs. Előbbi esetben a műtét hamarabb indikált.

A *sebészi kezelés* választandó módja napjainkban is vitatott. Itt két lényeges kérdésre kell, ill. kellene választ adni. Az *első*: melyik az a műtét, amely az egyébként is kritikus állapotban levő beteg életét a legkevésbé veszélyezteti. A *második*: melyik az a műtét, amely a vérzést a legnagyobb valószínűséggel megszünteti és ugyanakkor a fekély gyógyulását is elősegíti. A vélemények megoszlanak, mindegyiknek megvan az előnye és hátránya.

A *gyakorlatban alkalmazott műtéti eljárások az alábbiak*:

1. A vérzés forrásának alá-, vagy körülöltése. Fekélykimetszés.
2. Primer gyomorresectio (B I. vagy B II.).
3. Primer resectio (antrektomia) és vagotomia.

1. táblázat. **Gastrointestinális tractus felső szakaszából származó vérzések (1980—1984)**

Vérzésforrás	Összesen		Műtéti megoldás		Konzervatív terápia	
	eset-szám	%	eset-szám	exitus	eset-szám	exitus
Ulcus duodeni	55	71,42	44	8	11	2
Ulcus ventriculi	5	6,5	5 (BII)	1	—	—
Cc. ventriculi	2	2,59	2(BII)	—	—	—
Oesophagus varix ruptura	7	9	—	—	7	5
Mallory-Weiss syndroma	4	5,19	—	—	4	—
Erosiv gastritis	3	3,89	1 (BI)	1	2	—
Ismeretlen vérzésforrás	1	1,29	1 (Lap. expl.)	1	—	—
Összesen	77	100	53	11	24	7
			Mortalitás:		Mortalitás:	
			11		7	
			53		24	

4. Vagotomia valamelyik formája és a vérző ér aláöltése, vagy a fekély kimetszése, ezen belül:

— truncalis vagotomia + pylorusplastica (TV + pp),

— selectiv vagotomia + pylorusplastica (SV + pp),

— proximalis selectiv vagotomia + pylorusplastica (PSV + pp),

— proximalis selectiv vagotomia + longitudinális duodenotomia (PSV + ld).

Jelenleg csak a duodenalis ulcusból származó vérzések műtéti megoldásával foglalkozunk.

A vérzés helyének aláöltése, esetleg az odavezető artéria lekötésével, a legegyszerűbb, leggyorsabb és leggyakrabban alkalmazott műtéti megoldás. A jól behelyezett öltés a vérzést gyorsan megszünteti, de ennek ellenére az eljárás mortalitása feltűnően magas. *Farthmann és Kirchner* (14) 25 szerző gyűjtött statisztikai adatai alapján a sutura utáni mortalitás vérző duodenalis ulcusban 47% (ventricularisban 88%), de saját anyagunkban is lényegesen magasabb, mint az egyéb műtétek után. *Fenner és Schamaun* (15) anyagában ez a szám: 50%. *Stone és mtsai* (57) hasonlóan kedvezőtlen eredményekről számolnak be. Ez nagy valószínűséggel két okra vezethető vissza: mint gyors megoldást elsősorban az idős, rossz keringési és általános állapotban, az ún. „high risk” betegeken végzik. Másodsor: „sima” aláöltés után az ismételt vérzés — ami a mortalitást jelentős mértékben megemeli — feltűnően gyakori: 25–50% (14, 15). Oka: a vérző fekély alá- vagy körülöltése önmagában csak a vérzést szünteti meg, gyakran csak átmenetileg, de a kiváltó okot, a savsecretiót, nem befolyásolja. Mi ezt a műtétet az utóbbi időben lehetőleg nem alkalmazzuk, mert a pylorusplasticává átalakított gastroduodenotomia után a gyors TV — avatott kezekben — a műtét idejét csak néhány perccel hosszabbítja meg, végleges megoldást jelent, és a savsecretiót mintegy 70–80%-ban csökkenti.

A primer resectio kétségtelenül adequát műtéti megoldás, főleg akkor, ha a vérző fekély is eltávolításra kerül. Sajnos a vérzésben végzett csonkolás halálozása magas, elérheti a 20–30%-ot (10, 16, 61) *Cox és Williams* (9) gyűjtött statisztikájában 15%. *Farthmann és Kirchner* (14) gyűjtött statisztikájukban 6,9–30% közötti mortalitásról számolnak be. *Stone és mtsai* (57) resectió csoportjuk mortalitása 6,4% volt, a TV+pp-ás csoportban 5,6%. Ha betegeiket 70 év alatti és feletti csoportra osztották, akkor az előbbi csoportban nem volt különbség a két műtéti típus között. 70 év felett viszont significánsan magasabb volt a resectio mortalitása. *Kuzin* (cit. 5.) szerint vérzésben a csonkolás halálozása 10–25%, TV+pp után 5–7%. Hazai szerzők közül *E. Szabó* (58) resectio után 22,5%-os, vagotomia után 3,5%-os halálózásról számol be. *Kósa és mtsai* (42) 142 esetben SV-t és antrektomiát végeztek 2,1%-os halálózással és 4,2%-os recidívával. A fent idézett szerzők adatai — másoké is — jelentős szórású mutataknak, így az értékelés nem könnyű. Általánosságban azt lehet mondani, hogy masszív vérzésben a resectio mortalitása

2. táblázat. Műtéti típusok megoszlása és halálozás nyombélfekély-vérzésben (1980–1984)

Műtéti típus	Esetszám	Exitus
Proximalis selectiv vagotomia és pylorusplastica	30	30
Truncalis vagotomia és pylorusplastica	9	9
Billroth II. res.	5	5
Konzervatív terápia	11	11
Összesen	55	55

mintegy kétszerese a vagotomiának. Ebben — egyéb tényezők mellett — minden bizonnyal szerepet játszik a nagyobb műtéti megterhelés is. Korábbi években 5 alkalommal végeztünk B II. resectiót vérző duodenalis ulcus miatt. A kevés eset-szám következtetések levonására nem alkalmas (2. tábl.).

A vagotomia és pylorusplastica a vérző ér aláöltésével — egyes esetekben az odavezető artéria lekötésével — egyre inkább terjed a pepticus fekélyek vérzésének kezelésére. Késői eredményei egyenértékűek a csonkolás eredményeivel. *Előnye*: megfelelő gyakorlattal olyan biztonsággal végezhető, mint a resectio, mortalitása az utóbbinál alacsonyabb, a postop. szövödmények száma kevesebb és kevésbé súlyosak, klinikai eredményei elérik a resectio eredményeit. Az alacsonyabb mortalitás azzal magyarázható, hogy — a csonkolással szemben — kevésbé időigényes, egyszerűbb (főleg a TV), kevesebb a műtétet elvesztés és kisebb a műtéti trauma. Ezért ezt a műtétet — kísérelt betegségek mellett — rossz általános állapotban levő, idős betegeken is javasolt végezni. Hasonló meg-gondolás alapján tartjuk jobbnak a Heinecke-Mikulitz pp-t (H-M pp), bár a Finney-pp (F pp) kétségtelenül jobb feltárást biztosít. A gyakorlati tapasztalat azonban azt bizonyítja, hogy a vérzés, melynek alá- vagy körülöltése alapvető fontosságú, az előbbi plasztika segítségével is megoldható. A SV+pp elvégzése is lehetséges — mi nem alkalmazzuk —, de ez már időigényesebb. A vagotomia bármelyik formáját végezzük is, az mindig kettős célt szolgál:

1. Az életveszély gyors elhárítása a vérzés megszüntetésével.

2. A kiváltó ok, vagyis a fekélybetegség gyógyítása.

A vagotomia és pp szélső értékek szerinti mortalitása: 0–25% között van (14, 42, 64). Gyűjtött statisztikai adatok alapján 6–8% (9, 24, 57). Stressz ulcusból származó vérzésben természetesen magasabb. *Kirtley és mtsai* (40) adatai szerint 30%, szemben a vagotomia és antrektomia 60%-os, és a

sutura utáni 50⁰/₀-os mortalitással.

TV+pp-t 9 esetben végeztünk (2. táblázat) olyan masszívan vérző betegeken, akik súlyos állapotban voltak. Ezzel magyarázható a magas mortalitás. Bár az esetszám kevés, ezért figyelemre méltó következtetések levonására nem alkalmas. Hasonlóan súlyos állapotban levő betegek műtete után más szerzők is magas mortalitásról számolnak be (39, 61). 1980 előtt 13 betegen végeztünk TV+pp-t és aláöltést (30). Közülük egy halt meg. Összesítve: a 22 beteg közül 6 halt meg.

A PSV+pp — tapasztalataink szerint — a legjobb műtéti megoldás a pepticus fekélyekből származó vérzések sebészi ellátására (5). Ezért a feltételek fennállása esetén ezt az eljárást alkalmazzuk. Meggyőződésünk, hogy figyelembe véve ismert előnyeit — alkalmas a fekélyvérzések végleges gyógyítására. Vérzésben ezt a műtetet elsőként *Johnston és mtsai* (33) alkalmazták. A PSV — ha gyakorlott sebész végzi — kb. 40'-el időigényesebb, mint a TV, ezért shockban levő, kivérzett, 70 évesnél idősebb betegen nem végezzük. Egyébként ezt a műtéti megoldást szorgalmazzuk, mert — az időfaktortól eltekintve — a műtéti megterhelés és trauma minimális. Kétségtelenül időigényes, alkalmazásához a nervus vagusok pontos anatómiai ismerete és finom műtéti technika szükséges.

A már fent megadott időszakban 30 esetben végeztünk PSV+H—M pp-t, amelyen keresztül a vérzést aláöltöttük. Egy betegnek stenosisa is volt, ezért itt F pp-t végeztünk. Az operáltak nem és kor szerinti megoszlása a következő: 26 ffi, 4 nő. Kor szerint: 20-tól 80 évig. Átlag életkor: 42,3 év. Az ulcusos anamnesis-idő 0,5—35 év között változott. A betegek 36,6⁰/₀-ánál 10 évnél hosszabb volt az ulcusos anmnesis. A vérző fekélyek lokalizációját a 3. táblázat szemlélteti.

Az intraop. és postop. szövödményeket a 4. táblázaton tüntettük fel. Megjegyezzük, hogy a dysphagia enyhe és csak átmeneti volt, általában 7—10 nap alatt elmúlt. A 14 szövödmény 9 betegen lépett fel, ami az operált esetek 30⁰/₀-ának felel meg.

Betegeinket 1984. január hónapjában ismét felülvizsgáltuk. A klinikai eredményeket (Visick-beosztás) a 7. táblázat ismerteti. Közepes fokú dumping-szindrómáról egy, enyhéről kettő, időnkénti — bizonyos ételek után — epigastriális teltségérzésről, böfögésről szintén két operált számolt be. Diarrhoea nem volt, nem diétáznak.

A műtét érdemi részét mindig a vérzés lokális

3. táblázat. **PSV vérző duodenális fekély lokalizációja**
(Esetszám: 30)

Lokalizáció	Esetszám
Pyloricus hátsófali	11
Pyloricus mellsófali	5
Pyloricus mellső és hátsófali (Kissing ulcers)	2
Bulbaris hátsófali	8
Bulbaris mellsófali	2
Postbulbaris	2

4. táblázat. **PVS intra- és postoperatív szövödmények**
(Esetszám: 30)

Intraoperatív szövödmény	Nyelőcső perforatio:	1
Postoperatív szövödmények	Dysphagia:	6
	Pancreatitis:	1
	Bronchitis:	3
	Filum suppuratio:	3

ellátásával (aláöltés, kimetszés) kezdjük a duodenum megnyitása és a pylorusgyűrű átvágása után. Ezt követően döntünk — a beteg állapotától függően —, hogy a vagotomia melyik formáját válasszuk. Egy alkalommal a műtét során már csak minimális vérzést észleltünk és az aláöltéstől — elveinket feladva — eltekintettünk. Ismételt vérzés a korai postop. szakban nem jelentkezett, de fél évvel később fekély recidiva, valamint újabb vérzés miatt B II. resectiót végeztünk. Egyes szerzők — az utóbbi időben — eltekintenek a pylorusgyűrű átvágásától és csak a duodenumon 5—6 cm hosszú longitudinális metszésből végzik el a vérző fekély aláöltését, ha nincs stenosis (23, 33). Eljárásuk figyelemre méltó, mert így érintetlen marad az antrum-pylorus functio, amely alapvető fontosságú pl. a dumping-szindróma megelőzése céljából.

A korai postop. szakban 27 betegen végeztük el a Hollander-próbát.* Valamennyiben negatív volt, eltekintve a fenti egy esettől, ahol fekély recidiva és ismételt vérzés lépett fel.

A PSV mortalitására vonatkozóan még kevés adat áll rendelkezésünkre (23, 33), mert az operált esetek száma kevés, de úgy tűnik megközelítőleg azonos a TV+pp halálozásával (6—8⁰/₀). *Johnston* (32) 45 operáltja közül egy sem halt meg és a klinikai eredményei is nagyon jók. *Hedenstedt és Lundquist* (23) anyagában a halálozás 9,7⁰/₀. Nemcsak a PSV, de bármelyik műtéti típusnál óvatosságnak kell lennünk a mortalitás értékelésével, hiszen azt a beteg kora, általános állapota, kísérő betegségei, az ulcus típusa, a vérzés típusa és intenzitása, a műtét ideje mind befolyásolhatja. Az is klinikai tapasztalat, hogy a vérzés mortalitása lényegesen magasabb, mint a perforatióé, *Hell és mtsai* (25) anyagában éppen 10-szerese (16⁰/₀, ill. 1,6⁰/₀).

A 30 PSV-vel kezelt betegünk közül egy halt meg, akit műtét után intraabdominalis vérzés miatt az első 24 órában reoperáltunk. A vérzés az átvágott és rosszul leköttött lig. teres hepatisből származott. Ezt követően elhúzódó cardiorespiratoricus elégtelenség alakult ki és a beteg a postop. 3. héten meghalt.

A vagotomia és pp-val kapcsolatban felmerül az újrávérzés és a fekélykiújulás gyakorisága. Az irodalomban, a vérzés miatt elvégezhető műtétek (sutura, resectio, vagotomia) utáni újrávérzésre vonatkozó adatok eltérőek. *Farthmann és Kirchner* (14) 8 szerző adatait összesítve a következő eredményt kapták: csak sutura után: 50⁰/₀, partialis gastrectomia után: 7,5—30⁰/₀, vagotomia+

* 0,2 E insulin/kg iv-an.

sutura után 0—16,3⁰/₀. *Cox és Williams* (9) gyűjtött adatai szerint 832 resectio után 13,5⁰/₀-ban, 482 vagotomia+sutura után 13,7⁰/₀-ban volt újravérzés. *Kósa és mtsai* (42) anyagában (142 eset) 2,1⁰/₀ az utóvérzés. Ezen adatokból arra lehet következtetni, hogy a vagotomia+pp után sem gyakoribb az újravérzés, mint pl. resectio után. Anyagunkban, a korai post-op. szakban, recidiv vérzés nem volt.

Ami az *ulcus recidiva* gyakoriságát illeti, az sem magasabb, mint a vagotomia elektív műtétei után. *Hell és mtsai* (25) 75 operált közül — 3 év után — 2,7⁰/₀-ban talált fekély recidivát. *Hedenstedt és Lundquist* (23) 5—6⁰/₀-os kiújulásról számolnak be. Anyagunkban (TV+pp és PSV+pp együtt) 3 recidiva fordult elő. PSV+pp után kettő. (7. tábl.).

II. Perforatio

A duodenalis fekélyek egyik leggyakoribb és legsúlyosabb szövödménye a szabad hasúri perforatio, amely abszolút műtéti indikációt jelent. Gyakorisága — az irodalmi adatok alapján — 5—10⁰/₀ (17, 55, 62). *Thomson és mtsai* (60), valamint *Fux és mtsai* (18) 15—17⁰/₀-os előfordulásról számolnak be. Az esetek kb. 6—7⁰/₀-ban előzetes ulcusos anamnesis nélkül következik be. Klinikai megfigyelés, hogy ezen betegek jelentős százaléka az egyszerű fekély elvarrás után panaszmentes lesz, szemben a „krónikus perforatiós” betegekkal, akikben a panaszok jelentős százalékban visszatérnek. A perforatio általában a duodenum első szakaszának elülső falán található, mindössze 10⁰/₀ körül a hátsó falon.

Kezelésében az alábbiak ismereteseek:

1. Spontán záródás

2. Konzervatív terápia

3. Műtéti megoldások. Ezen belül:

— sutura

— primer resectio (B I. vagy B II.),

— vagotomia valamelyik formája+resectio (antrektomia),

— vagotomia valamelyik formája+pp fekélykimetszéssel,

PSV+pp, vagy anélkül, suturával, vagy fekélykimetszéssel.

Spontán záródás, ha ritkán is, de előfordulhat. Akkor lehetséges, ha a perforatiós nyílásra a környező szervek, vagy szövetek közül valamelyik rátapad (cseplesz, epehólyag, bél, a máj jobb lebenyének alsó felszíne) és nem alakul ki diffúz peritonitis. Perforatióra az anamnesisből, a radiológiai-lag igazolt szabad levegő jelenlétéből következtethetünk. Panaszmentességkor, és ha a peritonitis fizikális jelei is hiányoznak, a konzervatív terápia elfogadott. Anyagunkban egy ilyen eset volt. 26 é. ffi. beteget utaltak intézetünkbe, akinek 3 nappal korábban epigastriális fájdalmai voltak. A gyomor-röntgen vizsgálat során észlelték a hasüregi szabad levegőt. Bentfekvése alatt mindvégig tünet- és panaszmentes volt. Konzervatív terápiát alkalmaztunk, majd a későbbiekben — részletes kivizsgálás után — megoperáltuk.

A konzervatív terápia kezelését elsőként *Taylor* (59) és *Seeley* (53) ajánlották. Lényege: a gyo-

mor folyamatos szívása mellett, parenteralis táplálás, széles spectrumú antibiotikumok adása. Bár egyes szerzők kedvező tapasztalatokról számolnak be (12, 38), a gyakorlatban mégsem terjedt el. Szükséges megoldásnak kell tekinteni, és csak olyan súlyos állapotban levő betegen szabad alkalmazni, akiken műtét nem végezhető.

Műtéti megoldások

— A sutura napjainkban is a leggyakrabban alkalmazott palliatív műtét, annak ellenére, hogy az utóbbi években egyre inkább a definitív műtéti megoldások előnyét hangsúlyozzák. (4, 7, 9, 12, 37, 43, 51, 52, 58). Jelenleg nem feladatunk e műtét eredményeivel, pontosabban eredménytelenségeivel foglalkozni, de megjegyezni kívánjuk, hogy a suturázott betegek kb. 1/3 része lesz panaszmentes és 2/3 részében a későbbiekben újabb műtéti beavatkozásra kerül sor (4, 5, 49). A műtét utáni szövödmények száma is magas (varratelégtelenség, vérzés, stenózis). Mindez magyarázza a magas mortalitást, amely többszöröse lehet a primer resectio, vagy a vagotomia halálozásának (4, 38, 51). *Müller és mtsai* (cit. 4) 27 szerző gyűjtött statisztikai adatai alapján a halálozás 48⁰/₀-ot is elérhet. Hazai szerzők hasonlóan magas mortalitásról számolnak be (43, 58). Kevés számú suturázott betegeink halálozása is magas (5. tábl.). Ehhez kétségtelenül az is hozzájárul, hogy suturát általában csak akkor végzünk, ha a peritonitis előrehaladott, a beteg idős, és egyéb kísérő betegségei miatt definitív műtét nem végezhető. Elsődleges szempontnak a peritonitis súlyosságát tartjuk, és egyetértünk azon állásponttal, mely szerint a definitív műtét elvégzéséhez a társbetegségek önmagukban nem, vagy csak ritkán képeznek ellenjavallatot (43).

Az elvarrás, mint végleges megoldás számításba jöhet az ún. „néma fekélyek” átfúródásakor, mivel ezek kb. 80⁰/₀-ában sutura után is végleges lehet a gyógyulás (9, 12).

Amikor a suturával szemben a végleges műtéti megoldást szorgalmazzuk és tartjuk helyesnek, azt is figyelembe kell venni, hogy hol, mikor, milyen körülmények között történik a műtét, mennyire biztosítottak a személyi, tárgyi feltételek. *Inkább egy jó sutura, mint egy felelőtlenül, megalapozatlanul elvégzett definitív műtét a beteg kárára!*

— A primer resectio a legrégebbi a definitív műtétek közül. Kritériumait különböző szerzők különbözőképpen határozzák meg (4, 37, 51, 58).

Álláspontunk szerint definitív műtét akkor végezhető, ha:

— a beteg 60 évesnél nem idősebb, de itt sokkal inkább a biológiai kort vesszük figyelembe, mint a kronológiai határt,

— a műtét során heges, krónikus fekélyt találunk,

— az ulcusos anamnesis legalább 3 hónapos, vagy annál hosszabb,

— nincs diffúz peritonitis. Gyakorlati tapasztalat, hogy ez nincs szoros korrelációban a perfo-

ratiós anamnesis idejével. Ezért nem tartjuk helyesnek a definitív műtét elvégezhetőségét a perforatiótól eltelt órák számától tenni függővé. Ezt igazolja *Hamilton és Harbrecht* (21) bakteriológiai megfigyelése is, mely szerint a perforatio után 24 órával operált betegben általában kevesebb intraperitonealis kultúrát találtak, mint az olyanokban, akiket perforatio után 6 órán belül operáltak.

A primer resectio előnye a suturával szemben, hogy végleges megoldás, mert nemcsak a következményt, de a kiváltó okot is megszünteti. *Hátránya*: időigényesebb és nagyobb a műtėti megterhelés. Ennek ellenére mortalitása alacsonyabb, mint a suturáé (11, 37, 51). *Cox és Williams* (9) gyűjtött statisztikájában 1214 esetre vonatkozóan 4,5%. *Chiche és mtsai* (cit. 43) ugyancsak gyűjtött statisztikai adataik szerint 4,2% (2486 eset). Hazai irodalomból *Kotsis és Krisár* (43) adatait emeljük ki: 512 B I. res. után 1,5%, 40 B II. res. után 2,5%. *A jobb eredményt az is magyarázza, hogy resectiót általában szelektált, kevésbé súlyos állapotban levő betegeken végzik.* Mi perforatióban primer resectiót nem végzünk, de adott esetben és körülmények között elfogadható műtėti megoldásnak tartjuk.

— A vagotomia különböző formái szintén a definitív műtétek közé tartoznak és a perforatiók sebészi kezelésében is egyre inkább alkalmazzák. *Előnye* az előbbi két műtéttel szemben, hogy

1. több, mint a sutura, mert végleges megoldást jelent, és

2. alacsonyabb a mortalitása, mint a resectióé, mert rövidebb idő alatt elvégezhető, kisebb a műtėti trauma, kevesebb a postop. szövödmények lehetőségé és száma.

— A vagotomia és a primer resectio (antrektomia) elektív esetekben a kombinált műtétek egyik gyakran alkalmazott formája. Fiziológiai háttérét az képezi, hogy a vagotomia eliminálja a savsecretio cephalicus fázisát, az antrektomia pedig a gastrin felszabadulását. Ebből adódik, hogy a fekély recidivák száma itt a legalacsonyabb (1% körül). *Hátránya*: a műtėti idő viszonylag hosszú, és fennáll az ismert postresectiós panaszok kialakulásának lehetősége. Talán éppen ezért ez a kombinált műtét, a perforált fekélyek sebészi kezelésében, nem terjedt el széles körben. Néhány szerző azonban jó eredményről számol be. *Jordan és mtsai* (34) több, mint 800 perforatio elemzése kapcsán, ezen műtét után látták a legjobb eredményeket. *Sawyers és mtsai* (51), valamint *Korompai és Jordan* (41) szintén kedvező tapasztalatokat szereztek, és azt a következtetést vonják le, hogy a vagotomia+antrektomia alkalmas a perforált duodenalis ulcusok sebészi kezelésére. A hazai irodalomban *Kotsis és Krisár* (43), valamint *E. Szabó* (58) számolt be 18, ill. 4 esetről halálozás nélkül. *Kósa és mtsai* (42) anyagában a mortalitás 4,3% (69 eset). Fent leírt okok miatt mi ezt a kombinált műtétet, az egyébként is életveszélyes állapotban levő perforáltak kezelésére nem alkalmazzuk.

— A vagotomia és pylorusplastica a perforatio kezelésében is elfogadott műtėti eljárás. Elsőként *Pierandozzi és mtsai* (48) alkalmazták. Ugyanezen

szerzők 10 évvel később már 180 esetről számolnak be 1,1%-os mortalitással és jó klinikai eredménnyel (26). A gyakorlatban elsősorban a TV terjedt el pp-val. A pp lehet H-M-féle, de, ha stenosis van a F., vagy J-pp elvégzése a kívánatos. Amikor a perforatio körüli infiltráció kiterjedt, azt teljességgel kimetszeni nem lehet a plastica varratvonalát nyeles cseplesz-darabka fedésével biztosítjuk.

A vagotomia, a suturával szemben, végleges megoldás és — megfelelő gyakorlat mellett — csak rövid idővel hosszabbítja meg a műtét idejét. Halálózása az eddigiekkel szemben a legalacsonyabb, átlagban: 1—5% (25, 26, 30, 52).

Cox és Williams (9) gyűjtött statisztikájában 2%, míg resectió után 4,5%. *Müller és mtsai* (45) a már korábban említett 27 szerző gyűjtött statisztikai adatai alapján a mortalitás a következő: egyszerű sutura: 0—48%, partialis gastrektomia: 0—17,5%, vagotomia+drainage: 0—11%. A hazai irodalomban elsőként *Exterde és Mezey* (13) számoltak be ezen műtét sikeres alkalmazásáról. *Kotsis és Krisár* (43) 149 műtete után a mortalitás 0,8%.

— A SV+pp a gyakorlatban kevésbé terjedt el. Valószínű azért, mert időigényesebb és gyakorlottabb műtéttechnikai jártasságot kíván. *Schumann és mtsai* (52) 43 esetről számolnak be 1,6%-os mortalitással. *Nacchiero és mtsai* (46) anyagában szereplő 438 perforatio közül 16%-ban végeztek SV+pp-t, de a legjobb eredményt a PSV után kapták. Hazai irodalomban *E. Szabó* (58), valamint *Kósa és mtsai* (42) számolnak be perforatióban a SV+pp, vagy antrektomia alkalmazásáról.

— A PSV elterjedése magával hozta a feladatot: bizonyítani ezen műtét alkalmazhatóságát, ismert előnyeit a perforált fekélyek ellátásában is (5). Ilyen vonatkozásban ezt a műtétet elsőként *Johnston és mtsai* (33) végezték, majd *Jordan és Korompai* (36). E szerzők a kedvező tapasztalatok alapján a PSV-t egyre gyakrabban végzik perforatióban is. Bár az idevonatkozó irodalom még szegényes, de a szerzők állásfoglalása egyértelműen pozitív. A VII. Gastroenterológiai Világkongresszuson (Stockholm 1982. jún.) a világ vezető sebészei egyetértettek abban, hogy a nyombélfekély sebészi kezelésében a PSV nemcsak elektív műtétként, de a szövödményes esetekben is ajánlható. A közölt esetek száma még nem magas, de a kezdeti tapasztalatok alapján a mortalitás alacsony és a klinikai eredmények jók (4, 22, 28, 46, 50, 51). *Johnston* (cit. 4) 50 esetről számol be halálozás nélkül. A recidivára vonatkozóan is található néhány irodalmi adat, de a kevés esetszám és a műtét óta eltelt rövid idő miatt érdembeli értékelésre nem alkalmasak (4, 50).

A PSV előnyeit és hátrányait a „Vérzés” fejezetben már ismertettük, az ott leírtak itt is mérvadóak. Az ismert általános okokon kívül kontraindikált a PSV, ha a beteg kövér, vagy mellkasi deformitása van. Az előbbi viszonylag ritka, mivel az obesitas az ulcusos betegekre általában nem jellemző, de a deformitás sem gyakori. Az a tapasztalatunk, hogy perforatióban a PSV legtöbbször elvégezhető, ha a tárgyi és személyi feltételek — és ezek nagyon lényegesek — biztosítottak. Kü-

5. táblázat. **Duodenális fekélyperforáció műtéti megoldásai és mortalitása (1980–84)**

	Esetszám	Exitus	
PSV+sutura	8	38	—
PSV+pylorusplastica	30	58	—
TV+pylorusplastica	2	2	—
		58	
Sutura	17	17	8
		58	17
Spontán záródott	1	1	—
		58	—
Összesen	58	8	58

lön kiemeljük a sebész műtéti jártasságának fontosságát, mert még a peritonitis kezdeti szakában is problémát okozhat az antralis ág felkeresése, megkimélése.

Nyombélfekély-perforatio miatt — a megadott időpontok között — 57 esetben végeztünk műtétet 13,79%-os mortalitással (5. táblázat). Az adatokból kitűnik, hogy 38 esetben PSV+pp-t végeztünk halálozás nélkül. Ezen operáltak adatait részletesen ismertetjük.

A PSV kombinálható suturával, vagy pp-val. Ezen utóbbi esetben a fekélyt kimetszük és a szituációtól függően H-M., vagy F pp-át készítünk, Amennyiben a perforáció a pylorustól távolabb esik, lehetséges a fekély kimetszése és a duodenum harántirányú elvarrása úgy is, hogy a pylorus, és ezáltal annak funkciója, érintetlen marad.

A perforációs nyílás 13 esetben mellsőfali pyloricus és 25 esetben mellsőfali postpyloricus elhelyezkedésű volt. A kor és nem szerinti megoszlás a következő: 36 ffi, 2 nő. Kor szerint: 18–75 évig. Átlag életkor: 31 év. Az intraop. és postop. szövődmények a 6. táblázaton láthatók. A 13 szövődmény 9 betegen oszlott meg. A dysphágiával kapcsolatban itt is a korábban leírtak a mérvadók.

A postop. szakban, 3 beteg kivételével, elvégeztük a Hollander-próbát, amely minden esetben negatív eredményt adott.

A PSV-vel kezelt betegeinket 1984. jan.-ban szintén felülvizsgáltuk. A klinikai eredményeket (Visick beosztás) a 7. táblázaton tüntettük fel. A folyamatosan ellenőrzött 39 operált között ezideig

6. táblázat. **PSV intra- és postoperatív szövődmények (Esetszám: 38)**

Intraoperatív szövődmény	Lépsérülés:	1
Postoperatív szövődmények	Dysphagia:	4
	Bronchitis Pneumonia:	6
	Filum suppuratio:	2

7. táblázat. **PVS-vel gyógyított vérző és perforált fekélyek klinikai eredményei**

Visick szerinti beosztás	Vérzés			Perforáció		
	Összesen:	30	Összesen:	38		
	Kontrollált:	26	Kontrollált:	33		
	(1–4 év alatt)		(1–4 év alatt)			
	1–2 év	3–4 év	összesen	1–2 év	3–4 év	összesen
I.	3	16	23	15	15	33
II.	2	2		2	1	
III.	—	1	1	—	—	—
IV.	2 (recidiva)	—	2	—	—	—

ulcus recidiva nem volt. Hárman enyhe dumping-syndromáról, közülük kettő időnkénti enyhe teltségérzésről számolt be, de ezek sem diétáznak. Diarrhoea nem fordult elő.

Áttekintve a rendelkezésünkre álló irodalmat és figyelembe véve saját tapasztalatainkat, az a véleményünk, hogy a vagotomia és pp. mindenképp előtt a PSV, alkalmas műtét a perforált duodenális fekélyek végleges sebész ellátására.

IRODALOM: 1. Allen, H. M., Block, M. A., Schuman, B. M.: Gastroduodenal endoscopy: Management of acute upper gastrointestinal hemorrhage. Arch. Surg. 1973, 106, 450. — 2. Amin-Ahmedi, H. és mtsai: Reassessment of massive upper gastrointestinal hemorrhage on the wards of Boston City Hospital. Surg. Clin. N. Amer. 1969, 49, 715. — 3. Balasegaram M.: Immediate definitive Surgery for perforated peptic ulcers. Amer. J. Surg. 1968, 115, 642. — 4. Baron, J. H. és mtsai: Vagotomy in modern surgical practice. Butterworths. London. P. 228. 1982. — 5. Bátorfi J.: Proximalis selectiv vagotomia a nyombélfekély szövődményeinek sebész ellátásában. Kand. értekezés. Moszkva. 1983. — 6. Bátorfi J. és mtsai: Proximalis selectiv vagotomiával szerzett tapasztalataink a krónikus és szövődményes fekélybetegség gyógyításában. Magy. Seb. 1981, 34, 367. — 7. Bonomo, G. M.: Surgical treatment of perforated duodenal ulcer in Apulia. J. Abdom. Surg. 1974, 16, 75. — 8. Carruthers, R. K. és mtsai: Conservativ surgery for bleeding peptic ulcer. Brit. Med. J. 1967, 1, 80. — 9. Cox, A. G., Alexander, Williams, J.: Vagotomy on trial. W. Heinemann Med. Books Ltd. London. P. 135. 1973. — 10. Darin, J. C., Polacek, M. A., Ellison, E. H.: Surgical mortality of massive hemorrhage from peptic ulcer. Arch. Surg. 1961, 83, 55. — 11. Donaldson, G., Jarrett, F.: Perforated gastroduodenal ulcer disease at the Massachusetts General Hospital from 1952 to 1970. Amer. J. Surg. 1970, 120, 306. — 12. Donovan, A. J. és mtsai: Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. Ann. Surg. 1979, 189, 627. — 13. Exterde R., Mezey K.: A nyombélfekély-perforatio kezelése vagotomiával és drainage-műtéttel. Magy. Seb. 1970, 13, 209. — 14. Farthmann H., Kirchner R.: Vagotomy compared with other procedures for ulcer bleeding. In vagotomy in modern surgical practice (ed Baron et al.) Butterworths and Co. London. P. 293. 1982. — 15. Fenner, A., Schamaun, M.: Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung des akuten, massis blutenden gastroduodenalen Stressulcus. Helv. Chir. Acta. 1972, 39, 891. — 16. Foster, J. H., Hickok, D. F., Dunphy, J. E.: Changing aspects in the surgical treatment of massive gastrointestinal hemorrhage. Ann. Surg. 1965, 161, 968. — 17. Fry, J.: Peptic ulcer: A profile. Brit. Med. J. 1964, 2, 809. — 18. Fux, H. D. és mtsai: Das perfo-

rierte gastroduodenale ulcus. Klinik und Diagnose sowie Behandlung und Ergebnisse. Fortschr. Med. 1977, 97, 1421. — 19. *Gayral, F., Larrien, H.*: Traitement simultané de la perforation et de l'ulcer duodenal. Gastroenterol. Clin. Biol. 1980, 4, 159. — 20. *Gergely M., Assefa Abebe J., Csonka Cs.*: Szemlélet változás szűk-ségessége a fekélybetegség sebészi kezelésében. Orv. Hetil. 1982, 123, 1715. — 21. *Hamilton, J. E., Harbrecht, P. J.*: Growing indications for vagotomy in perforated peptic ulcer. Surg. Gynec. Obst. 1967, 124, 61. — 22. *Hedenstedt, S.*: Experiences of selective proximal vagotomy — 400 cases of uncomplicated and complicated ulcers during 6 years. Chir. Gastroent. 1975, 9, 205. — 23. *Hedenstedt, S., Lundquist, G.*: Selective proximal vagotomy (SPV) as an emergency and definitive operation for massive ulcerous bleeding. Acta Chir. Scand. 1978, 114, 241. — 24. *Hell, K. és mtsai*: Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung der gastroduodenales ulcus Komplikation. Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1104. — 25. *Hell, K. és mtsai*: Vagotomie und Pyloroplastik in der Notfallchirurgie des Gastroduodenalulcus. Helv. chir. Acta. 1972, 39, 887. — 26. *Hinshaw, D. B., Pierandozzi, J. S.*: Vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. Am. J. Surg. 1968, 115, 173. — 27. *Hinshaw, D. B., Pierandozzi, J. S., Tompson, R. J.*: Vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. Amer. J. Surg. 1968, 115, 173. — 28. *Holle, F., Anderson, S.*: Vagotomy. Springer — Verlag Berlin. Heidelberg. New York. P. 206. 1974. — 29. *Horváth M., Kiss J.*: A gastrointestinalis vérzések sebészi ellátása 10 éves beteganyagunkban. Magy. Seb. 1969, 22, 281. — 30. *Ihász M.*: Vagotomia. Akadémia Kiadó. 1980. — 31. *Ihász M.*: A pepticus fekélyek sebészi kezelésének modern szemlélete, physiologiai alapjai. Orv. Hetil. 1982, 123, 767. — 32. *Johnston, D.*: Vagotomie for bleeding from chronic ulcers, stress and erosiv gastritis. In vagotomy in modern surgical practice. (ed. Barow et al.) Butterworths and Co. London. P. 245. 1982. — 33. *Johnston, D. és mtsai*: Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of haemorrhage, perforation and pyloric stenosis due to peptic ulcer. Brit. J. Surg. 1973, 60, 790. — 34. *Jordan, G. L., De Bakey, M. E., Duncan, J. M.*: Surgical management of perforated peptic ulcer. Ann. Surg. 1974, 179, 628. — 35. *Jordan, P. H. és mtsai*: Vagotomy of the fundic gland area of the stomach without drainage. A definitiv treatment for perforated duodenal ulcer. Am. J. Surg. 1976, 131, 523. — 36. *Jordan, P. H., Korompai, F. L.*: Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. Surg. Gynec. Obst. 1976, 142, 391. — 37. *Kao, T. C., Hsu, S. C., Hsich, C. S.*: Primary gastrectomy for perforated peptic ulcer, with follow-up studies. Surgery. 1964, 56, 487. — 38. *Kay, P. H., Moore, K. T. H., Clark, R. G.*: The treatment of perforated duodenal ulcer. Brit. J. Surg. 1978, 68, 801. — 39. *Kim, U., Dreiling, D., Kark, A. E.*: Factors in fluencting mortality in surgical treatment for massive gastroduodenal hemorrhage. Am. J. Gastroenterol. 1974, 62, 24. — 40. *Kirtley, J. A. és mtsai*: The surgical

management of stress ulcers. Ann. Surg. 1969, 169, 801. — 41. *Korompai, F. L., Jordan, P. H.*: Treatment of perforated duodenal ulcer. Rev. Surg. 1968, 25, 376. — 42. *Kósa Cs. és mtsai*: Írásbeli és szóbeli közlés. 1984. — 43. *Kotsis L., Krisár Z.*: A perforált krónikus gastro-duodenalis fekélyek primer végleges műtéteiről. Orv. Hetil. 1983, 124, 3035. — 44. *Mc Gregor, D. B., Savage, L. E., Mc Vay, C. B.*: Massive gastrointestinal hemorrhage: a twenty-five year experience with vagotomy and drainage. Surgery. 1976, 80, 530. — 45. *Müller, C., Heberer, M., Allgöwer, M.*: In vagotomy in modern surgical practice (ed Barow et al). Butterworth and Co. London. P. 228. 1982. — 46. *Nacchiero, M., Margiri, A., Bonomo, G. K.*: Aggiornamento sulla scelta della terapia chirurgica dell' ulcera duodenale perforata in Apulia. Chir. Gastroent. (Roma). 1980, 14, 172. — 47. *Nyhus, L. M.*: Massive upper gastrointestinal hemorrhage. In surgery of the stomach and duodenum. (ed. Harkins and Nyhus) 2nd ed. Little, Brown and Co. Boston. P. 787. 1972. — 48. *Pierandozzi, J. S., Hinsaw, D. B., Rogers, F.*: Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated duodenal ulcer. West. J. Surg. 1957, 65, 139. — 49. *Reding, R.*: The perforated gastric and duodenal ulcer. Zbl. Chir. 1972, 97, 102. — 50. *Ronse, H., Fekete F.*: La vagotomie supra-sélective dans le traitement des ulcères duodénaux perforés. Sem. Hop. Paris. 1982, 58, 407. — 51. *Sawyers, J. L. és mtsai*: Acute perforated duodenal ulcer. Arch. Surg. 1975, 110, 527. — 52. *Schuman, L. és mtsai*: Vagotomie und Pyloroplastik in der Behandlung des perforierten Gastroduodenalulcus. Schweiz. med. Wschr. 1972, 102, 1552. — 53. *Seeley, S. F.*: Non-operative treatment of perforated duodenal ulcer. Postgrad. Med. 1951, 10, 359. — 54. *Siewert, J. R., Gastrup, H. J.*: Notfallchirurgie des Gastroduodenalulcus. Chirurg. 1982, 53, 16. — 55. *Sleisenger, M. H., Fordtran, J. S.*: Gastrointestinal disease. Saunders W. B. Co. Chapter 53. P. 914. 1977. — 56. *Synder, E. N., Stellar, C. A.*: Result from emergency surgery for massively bleeding duodenal ulcer. Am. J. Surg. 1968, 116, 170. — 57. *Stone, A. M. és mtsai*: Surgery for bleeding duodenal ulcer. Am. Surg. 1978, 136, 306. — 58. *Szabó E. L.*: Az emésztéses fekély heveny szövödményeinek sebészi kezelése. Orv. Hetil. 1982, 123, 1959. — 59. *Taylor, H.*: The non-surgical treatment of perforated peptic ulcer. Gastroenterol. 1957, 33, 353. — 60. *Thomson, F. B., Mc Dougal, E. P., Mc Intyre, D. J.*: Follow-up study of 500 patients with chronic duodenal ulcer admitted to a veterous hospital. Surg. Gynec. Obst. 1960, 110, 51. — 61. *Thorne, F. L., Nyhus, L. M.*: Treatment of massive upper gastrointestinal hemorrhage: a ten year review. Am. Surg. 1965, 31, 413. — 62. *Tolley, J. A.*: Definitive surgical therapy for perforated ulcer. Amer. J. Surg. 1967, 113, 327. — 63. *Vogel, T. T.*: Critical issues in gastroduodenal hemorrhage: the role of vagotomy and pyloroplasty. Ann. Surg. 1972, 176, 144. — 64. *Yajko, R. D., Norton, L. W., Eiseman, B.*: Current management of upper gastrointestinal bleeding. Ann. Surg. 1975, 181, 474.

(Ihász Mihály dr., Budapest, Diósárok u. 1., 1125.)

DARU JÓZSEF DR.,
GODÓ GYÖRGY DR.
ÉS SAS MIHÁLY DR.

A cervix-nyák fructose szintjének hatása a postcoitalis tesztre

Szegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők 25 infertilis házaspárt vizsgáltak. 93 alkalommal végeztek postcoitalis tesztet (PCT). A különböző eredményű PCT-k alkalmával nyert nyákból Roe módszerével fructose meghatározást végeztek. Az egyes csoportok fructose koncentrációi között erősen szignifikáns eltérést találtak ($p < 0,001$). Ugyancsak szignifikáns különbséget találtak a „kiváló” és a „nem meggyőző”, valamint a „kiváló” és „rossz” PCT-t adó csoportok serum-oestradiol és a serum-prolactin szintje között. A „nem meggyőző” és a „rossz” PCT-t adó betegcsoport serum-oestradiol, valamint serum-prolactin értékei között nem észleltek jelentős eltérést. A vizsgálat során 9 terhesség fordult elő, közülük 7 a „kiváló” PCT-t adó betegcsoportból került ki. A cervix-nyák magasabb fructose tartalma „késői PCT” végzés esetén kedvezően befolyásolja a spermiumok penetrációját és túlélését a nyákban.

Effect of the fructose level of the cervical mucus on the postcoital test. 25 sterile couples were examined postcoital test was performed in 93 cases. The fructose concentration of mucus was measured by Roe's method. Considerable significant differences were found among the fructose concentrations of the postcoital test groups ($p < 0,001$). Also significant difference was found considering the plasma-oestradiol and prolactin levels between the groups of showing „excellent” and „inconclusive” as well as „excellent” and „bad” postcoital tests. No significant difference was found between the groups of giving „inconclusive” and „bad” tests. During this study 9 pregnancies were observed of which 7 occurred in the group of „excellent” postcoital test. In the cases of „later postcoital test” the higher fructose concentration of the cervical mucus has a favourable influence on the sperm penetration and survival in the mucus.

A postcoitalis teszt (PCT) az egyik leghatékonyabb módszer az infertilis házaspárok vizsgálatára. A szerzők számos problémát vetettek fel a módszer standardizálásával és interpretálásával kapcsolatban (2, 5, 9, 14, 18). A vizsgálat céljait illetően különböző álláspontok találhatók az irodalomban (2, 4, 5, 18). Ugyanakkor a postcoitalis teszt az egyetlen rendelkezésre álló in vivo módszer a spermiumok penetrációjának vizsgálatára a női genitális tractusban. Ahol a feltételek standardizáltak, ott ezen teszt fontos része az infertilis házaspárok vizsgálatának. Célszerű, hogy a betegeket megelőzően azonos módon és sorrendben vizsgálják.

A Sims-Huhner-féle postcoitalis teszt értékes adatot szolgáltat a penetrációs viszonyokról, bár a vizsgálatot számos tényező befolyásolja (5, 7).

Tanulmányunkban a PCT-t feltehetően befolyásoló tényezők közül a cervix-nyák fructose-szintjét vizsgáltuk standardizált körülmények között. A cervix-nyák fructose szintje mint energiaforrás befolyásolhatja a spermiumok penetrációját.

Anyag és módszer

Legalább 1 éve meddő házasságban élő 25 ház-

párt vizsgáltunk, akik a következő feltételek mellett kerülhettek tanulmányunkba:

a férj részéről:

- az ejaculátum mennyisége: $>1,5$ ml
- motilitas: $>40\%$ progressívan mozgó spermium
- életképesség: $>60\%$ supravitalis spermafestéssel
- sűrűség: $>20 \times 10^6$ spermatozoa/ml
- agglutinatio: $<10\%$
- morfológia: $>50\%$ normális alak
- fvs: $<1 \times 10^6$ /ml
- leukocyták: $<4-5/100$ spermium

a feleség részéről:

- rendszeres spontán és ciklikus menstruatio 21—35 naponként
- a vérzés előtt 5—9 nappal mért serum-progesteron >15 nmol/l
- átjárható tubák (hysterosalpingographia, laparoscopia)
- a perifériás prolactin plasma-concentratio <610 mU/l
- nincs jelentős psycho-sexualis probléma, amely akadályozná a rendszeres és megfelelő nemi életet.

A vizsgálatban résztvevő asszonyok szokásos módon alaphőmérsékleti lapot vezettek, és semmilyen kezelésben nem részesültek. A PCT elvégzésének ideális időpontját az Egészségügyi Világszervezet által javasolt pontrendszer segítségével állapítottuk meg. A nyák mennyisége, a páfrányrajzolat, a viscositas, a „Spinubarkeit” és a cellularitas értékelése 0-tól 3-ig történt. A ciklus 11. napjától kezdődően naponta meghatároztuk a cervix-score-t, valamint vénás vérből az oestradiol-, LH- és prolactin-szintet. Ha a

cervix-score 12 vagy több volt, közöltük a házaspárral, hogy a következő napra tervezett PCT előtt 12–14 órával éljenek „házaséletet”. (A 11. naptól a házaspároknak be kellett tartani a genitális abstinenciát.) A nyákot a megadott időpontban a nyakcsatornába vezetett steril üvegcapillarisa szívtuk erre alkalmas szívóberendezésünkkel, ezt követően 400-szoros nagyításban mikroszkóp alatt megvizsgáltuk. A kapott adatok értékelése (a látóterenkénti mozgó spermiumok száma alapján): kiváló: $10 <$; nem meggyőző: $5-10$; rossz: < 5 . A capillarisan maradt nyákot analitikai mérlegben lemértük, foszfat pufferrel (0,1 M, pH 7,4) $10 \times$ -es hígítást készítettünk, majd késes homogenizátorral (Ultra-Turrax Janke-Kunkel) homogenizáltuk. Centrifugálás után ROE (16) módszerrel meghatároztuk a nyák fructose tartalmát. Az eredményeket mg fructose/g nyák egységben adtuk meg.

Az ovulatio megtörténtét az alaphőmérsékleti görbén és LH meghatározásokon kívül a PCT-t követő 5. napon végzett serum-progesteron meghatározással bizonyítottuk.

A kapott fructose értékeket a PCT eredmények alapján csoportosítottuk. Ezt követően a fructose, serum-oestradiol és serum-prolactin eredményeket kétmintás t-próbával matematikailag elemeztük.

Eredmények

A 25 asszonyon 93 alkalommal végeztünk vizsgálatot. A különböző eredményű PCT-k alkalmával nyert nyákok fructose értékeinek összehasonlítása: kiváló PCT esetén ($n=39$) a fructose koncentráció $7,1469 \pm 2,3139$ ($\bar{x} \pm SD$) mg/g, a nem meggyőző csoportban ($n=31$) $3,5348 \pm 0,7190$ mg/g, míg a rossz PCT esetén $1,8904 \pm 0,9813$ mg/g volt. A fructose koncentráció eltérése az egyes csoportok között erősen szignifikáns ($p < 0,001$).

Ezt követően ugyanezen csoportok serum-oestradiol eredményeit analizáltuk. A „kiváló” betegcsoportban a serum-oestradiol szint ($n=39$) $889,3333 \pm 487,5061$ ($\bar{x} \pm SD$) pmol/l, a „nem meggyőző”-ben ($n=31$) $617,1 \pm 430,4507$ pmol/l, a „rossz”-ban ($n=23$) $549,00 \pm 378,5846$ pmol/l volt. Statisztikai elemzés során az 1. és a 2. csoport ($p < 0,01$), valamint az 1. — 3. csoport között ($p < 0,05$) szignifikáns eltérést találtunk. A „nem meggyőző” és „rossz” PCT eredményt adó csoportok serum-oestradiol értékei között nem észleltünk jelentős eltérést.

A plasma oestradiol-szint és a cervix-nyák fructose koncentrációjának változása hasonló tendenciájú, amelyből a kettő közötti bizonyos összefüggésre következtethetünk.

A serum-prolactin szint elemzése kapcsán ellenkező tendenciát találtunk. A legalacsonyabb értékeket a „kiváló” PCT csoportban ($n=39$) $324,00 \pm 139,6187$ ($\bar{x} \pm SD$) mU/l mértük. A „nem meggyőző” esetekben ($n=31$) $425,5333 \pm 194,5066$ mU/l, míg a „rossz” PCT csoportban ($n=23$) $507,1739 \pm 304,9648$ mU/l volt az átlag. A különbségek itt is csak a „kiváló” és „nem meggyőző” ($p < 0,05$), valamint a „kiváló” és „rossz” ($p < 0,01$) csoportok között szignifikánsak. Érdekes megjegyezni, hogy a „rossz” PCT-t adó csoportban annak ellenére, hogy megelőzően normális prolactin szintet mértünk, a teszt időpontjában 7 alkalommal emelkedett serum-prolactin szinttel talákoztunk. A másik két betegcsoportban emelkedett serum-prolactin szint nem fordult elő.

A vizgálatosorozat végén a 25 asszony közül 9 lett terhes, ebből hét „kiváló” PCT-t követően, kettő a „nem megfelelő” csoportból. A rossz PCT-t mutató csoportban terhességet nem észleltünk.

Megbeszélés

A sterilitas kivizsgálása során a petevezetők, az ovulációs viszonyok, valamint a férj vizsgálata után vagy ezekkel párhuzamosan célszerű elvégezni az in vivo penetrációs tesztet (3, 15, 17). Ez a közöselést követő, lehetőleg az ovulatio időpontjában végzett vizsgálat tájékoztatást nyújt a nyák minőségéről és a nyákban levő spermiumok számáról. Először mindig „késői tesztet” kell végezni (10). Ennek negativitása esetén kerülhet sor a coitus után egy-két órával történő in vivo PCT elvégzésére (11). PCT végzésekor gyakrabban kapunk normális eredményt, ha több ciklusban alkalmazzuk a módszert (6). Legalább két vizsgálati eredmény alapján tekinthetjük a PCT-t kórosnak. Ismételt kóros és nem meggyőző eredményt követően in vitro penetrációs teszttel és keresztezett vizsgálatokkal (donor-nyák, donorsperma) lehet pontosabban tisztázni a penetrációs zavar okát. Ezen módszerrel szelektálhatjuk azon betegcsoportot, ahol immunológiai tényezők okozhatják a spermiumok zavart transzportját, és ezáltal az infertilitást (1, 8).

A spermiumpenetratio számos tényező együtthatásának következménye. Ennek egyik fontos láncszeme a spermiumok energiájának biztosítása. A spermiumok energiájukat az ejaculatum fructose tartalmának bontása révén nyerik (12, 13). Ez az energiaforrás azonban már elérhetetlen a spermiumok számára ún. „késői PCT” időpontjában, vagyis 8–12 órával a közöselés után. Ekkor már csak a cervix-nyákban lévő fructose bontásával juthatnak újabb energiához. Megfelelően válogatott betegeken standard körülmények között végzett vizsgálataink szerint a cervix-nyák magasabb fructose tartalma kedvezően befolyásolja a spermiumok penetrációját és túlélését a nyákban.

IRODALOM: 1. Behrman, S. I., Menge, A. C.: Immunologic aspects of infertility In: Human reproduction. Hafez, E. S. E., Evans, T. N., Harper and Row, New York, 1973. — 2. Danezis, I., Suján, S., Sobrero, A.: Evaluation of postcoital test. Fertil. Steril. 1962, 13, 559. — 3. Csömör S., Gimes R.: A functionális meddőség okai és kezelése. Orvosképzés, 1977, 52, 200. — 4. Gimes R.: A functionális meddőség diagnózis és terápiája a spermápenetratio tükrében. Doktori értekezés, Budapest, 1981. — 5. Giner, J. és mtsai: Evaluation of the Sims-Huhner postcoital test in fertile couples. Fertil. Steril. 1974, 25, 145. — 6. Godó Gy., Daru J., Sas M.: A cervicalis faktor vizsgálata zavartalan ovulatio mellett fennálló subfertilitásban. Orv. Hetil. 1983, 124, 191. — 7. Hartman, C. G.: How do sperm get in the uterus Fertil. Steril. 1957, 8, 403. — 8. Husled, S., Hjort, T.: Sperm antibodies in serum seminal plasma. Int. J. Fertil. 1975, 20, 97. — 9. Jette, N. T., Glass, R. H.: Prognostic value of the postcoital test. Fertil. Steril. 1972, 23, 29. — 10. Lunefeld, B., Insler, V.: Diagnosis and treatment of functional infertility. Grosse Verlag, Berlin, 1978.

— 11. Mazer, C., Israel, S. L.: Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. Hoeber, New York, 1963. — 12. Mann, T.: Fructose and fructolysis in semen in relation to infertility. Lancet, 1948, 54, 446. — 13. Mann, T.: Studies on metabolism of semen. Biochem. J. 1946, 40, 481. — 14. Moghissi, K. S.: Post-coital test: physiologic basis technique, and interpretation. Fertil. Steril. 1976, 27, 117. — 15. Newton,

J. R.: The investigation of the infertile couple. Regulation of human fertility. WHO Scriptor, Copenhagen, 1977. — 10. Roe, J. H.: Determination of ketohexoses with resorcin. J. Biol. Chem. 1934, 15, 107. — 17. Sas M.: A functionális meddőség. Orv. Hetil. 1978, 116, 307. — 18. Tredway, D. R. és mtsai: Significance of timing for the postcoital evaluation of cervical mucus. Amer. J. Obstet. Gynec. 1975, 121, 387.

(Daru József dr., Szeged, Pf. 438., 6701.)

TURINAL[®]

tabletta

Tablettánként 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progeszteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrín aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonális dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilizációt, sem magzati masculinizációt. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet electrolyt-egyensúlyát nem befolyásolja.

Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

ADAGOLÁSA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5–7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető.

Szokványos vetélés: napi 1–2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.


MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint egyszer vagy kétszer ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X. 

EnzaKlon-Feto

Enzim-immunológiai reagens készlet human alfa-foetoprotein (AFP) meghatározására

ÖSSZETÉTEL:

A reagenskészlet az enzim-kapcsolatú ellenanyag technika (ELISA) elve alapján végzett human AFP meghatározáshoz szükséges összes vegyszert tartalmazza. Egy készlet tartalma: 2 db. mikrotitráló lemez, 6 üveg AFP standard, 1 üveg anti-AFP, 1 üveg anti-AFP-peroxidáz konjugátum, 1 üveg Tween 20, 1 üveg liofilezett human albumin, 4 kapszula ortofenilén diamin, 4 tableta urea peroxid, 1 üveg citrát-foszfát puffer, 2 üveg karbonát puffer, 2 üveg PBS oldat.

FELHASZNÁLÁS:

54 szérumszám AFP tartalmának párhuzamos meghatározása végezhető el a reagensekkel, az ELISA módszer alapján. Az eljárás 5 és 160 ng/ml közötti tartományban teszi lehetővé a mérést. Fő alkalmazási területe: anyai szérumszámok szűrővizsgálata a terhesség 16. és 18. hete között, velőcsőzáródási rendellenességek kimutatása céljából (PÁCSA és PEJTSIK eredményei alapján).

TÁROLÁS:

4-10 °C hőmérsékletű, száraz, sötét helyen kell tartani. Megfagyasztani tilos!

Lejáratási idő: 5 hónap 1 készlet ára: 1600 Ft.



HUMAN oltóanyagtermelő és Kutató Intézet
Budapest X., Szállás u. 5. 1107.

RISKÓ TIBOR DR.,
UDVARHELYI IVAN DR.,
RISKÓ ZOLTÁN DR.
ÉS NOVOSZEL TIBOR DR.

A Harrington műtét szerepe a gerinctörötték ellátásában

ORFI-OTKI Ortopédiai Tanszék, Magyar Néphadsereg Központi Kórháza,
Baleseti Sebészeti Osztály, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

A szerzők a thoracolumbalis gerincszakaszon bekövetkezett sérülések ellátása során alkalmazták a Harrington-féle fusiós műtétet. Ismertetik a műtét indikációját, feltételeit és 15 betegen szerzett tapasztalataikat.

Harrington Instrumentation in the Treatment of Vertebral Fractures. Authors have applied Harrington's instrumentation in cases of thoracolumbar vertebral fractures. They are explaining the surgical indications, conditions and their experiences on the basis of their 15 cases.

Néhány évtizeddel ezelőtt a harántsérülést szenvedettek sorsa reménytelen volt. Az ilyen sérültek, vagy egyéb okból harántbénultak — akármilyen okból következett is be a bénulás — előbb-utóbb meghaltak, többnyire nem is alapbetegségük, vagy állapotuk, hanem a bénulás következményeként kialakult szövődmények: urosepsis, decubitusok, kontrakturák miatt. Az utóbbi évtizedek azonban alapvető változást hoztak. A kedvező fejlődést több körülmény segítette.

Sir Ludwig Guttmann Angliában kidolgozta és eredményesen alkalmazta módszerét a paraplég-tetraplég betegek rehabilitására (4). Így lehetett elérni, hogy a bénult betegek nem maradtak ágybanfekvők, nem pusztultak el, hanem törödni kellett orvosi és szociális rehabilitálásukkal. Hazánkban már 1962-ben történt ezirányban kezdeményezés és napjainkig kialakult a kezelés-rehabilitálás rendszere (10).

A másik fontos tényező a *gerinc-sebészetnek* az utóbbi évtizedekben elért fejlődése volt, ami tulajdonképpen visszavezethető a csontizületi gümőkórnak az antituberkulotikus gyógyszerek segítségével kialakított sebészi kezeléséig. A különböző csigolyagóc feltárások, a corpodesisek és spinodesisek számos új technikai megoldást jelentettek és alapot adtak a fejlődéshez. A csontizületi gümőkóros betegek kezelésével foglalkozó orvosok nagyszámú, eredményes gerincműtétről számoltak be hazánkban is (9, 11). A műtėti technikai problémák tehát nem ismeretlenek. További nagy előrehaladást jelentett — témánk szempontjából ez különösen jelentős — *Harrington kezdeményezése* 1960-tól, a scoliosisos gerinc hátulsó behatolásból történő nyújtására és egyidejű stabilizálására (5).

A kedvező lehetőségek felhasználására világosította, így hazánkban is kialakultak a rehabilitálást biztosító *paraplégia centrumok*, osztályok. Még-

is azt kell megállapítani, hogy a baleseti betegellátás egyéb területeihez viszonyítva ezen a téren hazánkban nagy a lemaradás.

Sürgető szükség lenne hazánkban is legalább 2-3 gerincsérült centrumot létrehozni, ahol megfelelő szakemberek segítségével a betegek optimális konzervatív és műtėti ellátása a nap minden órájában biztosítható lenne. Az NSZK-ban 1980-ban már 16 ilyen centrum működött (7). Meggyőződésünk, hogy a szellemi kapacitás hazánkban is biztosítható lenne, ha a felszerelési, gazdasági-szervezési feltételeket megteremtjük.

Az ellátás minden szintjén figyelemmel kell lenni a végső célra: a beteg, vagy sérült életbentartása mellett a lehető legjobb mozgásképeségének, funkcióinak biztosítására, vagy bénult állapota mellett rehabilitálására, a korai és késői komplikációk elhárítására.

A gerincsérült betegek esetleges műtėti ellátása ugyanis a kezelésnek csupán egyik fázisa és csakis a körülményeket sokoldalúan mérlegelő indikáció alapján lehetséges.

A gerinc különböző szakaszokon, különböző mértékben sérülhet. A sérülés mértékétől és helyétől függ a gerincvelő károsodása és a csontos gerinc esetleges instabilitása, aminek következtében oldalra, vagy hasrafektetéskor a gerincvelő, ill. a gyökök tovább sérülhetnek, és a bénult rehabilitása sokkal nehezebb, vagy lehetetlen.

A sérülés pontos kiterjedését gyakran nehéz megítélni. A szokásos kétirányú summatiós, vagy rétegfelvételek alapján izoláltak tartott compressiós csigolyatest törések esetén is műtétkor csaknem mindig sérültnak találjuk az íveket és a processus spinosusokat is. Újabban ezért egyre többen ajánlják a computer tomográfiát a gerinctörések kiterjedésének pontos meghatározására (6).

Jelenleg a Harrington műtét szerepével kívánunk foglalkozni. *Harrington* már 1964-ben közöl-

te, hogy módszerét jól lehet alkalmazni instabil, luxatiós csigolyatörések esetében.

A műtési technikáról a scoliosisos gyermekek kezelése során elért eredményekről, korábbi közleményeinkben, előadásainkban már beszámoltunk, ezért erre most részletesebben nem térünk ki (13). A teljesség kedvéért csupán azt említjük meg, hogy a törött csigolya, vagy csigolyák alatt és felett két-két csigolyával kipreparáljuk mindkét oldalon az interarticularis ízületeket, illetve distalisán flavotomia után az arcus vertebraet. Ide illesztjük be a megfelelő horgokat. A horgok közé distrakciós rudakat téve megfelelően terpesztjük a gerincet. Így a terpesztés során sikerül a repositió. Fontos arra ügyelni, hogy mindkét rudat egyformán terpesztjük, különben a gerinc oldalirányban elhajlik. Amennyiben laminectomiával egyidejűleg végezzük a terpesztést, jól látható a gerincvelő, illetve a cauda feszülése. A rehabilitáció szakában, több hónappal a laminectomia után végezve a műtétet, fokozott óvatosság szükséges, nehogy a dura megszakadjon, vagy a gerincvelő túlzottan megfeszüljön. Ilyenkor már a stabilitás biztosítása a cél, nem a repositió! A sérült és két-két szomszédos ívekre — a rudaktól laterálisan — a csípőtányérból vett csontforgácsot teszünk, a kisízületeket elroncsoljuk, a sérült gerincszakasz stabilitásának biztosítása érdekében.

Ezért nagyon fontos, hogy a laminectomia alkalmazásával maradjon annyi ívrészlet, hogy a fusio biztosítására behelyezett csontok spongiosus alapra feküdhessenek fel, a Harrington rudaktól laterálisan. Ellenkező esetben a csontforgácsok a gerincvelőt, vagy a caudát sérthetik, nyomhatják és nem tudnak beépülni. Ezért a legcélszerűbb a műtétet, ha indokolt az akut szakban, az idegsebészeti feltárással egyidejűleg elvégezni. Ilyenkor a műtétet az idegsebész kezdi és az ortopéd sebész fejezi be. Gyakorlott ortopéd sebész közreműködésével a gerincvelő decompressiója érdekében végzett idegsebészeti műtét csupán háromnegyed-egy órával hosszabbodik meg. A beteg számára azonban mindenképpen előnyösebb, ha ilyen összeállítású műtét csoport végzi a beavatkozást, megfelelően felkészült centrumokban.

Az utókezelésben annyi eltérés van, hogy a benuult betegre nem adunk gipszcorsettet, hanem a műtét után néhány napig gipszágyban, vagy kemény ágyon háton és hason fektetjük, majd 5-6 héttel a műtét után elkezdjük a mobilizálást. A forgatást a műtét után már 1-2 nappal el lehet kezdeni, de vigyázni kell, hogy fordításkor a horgok ne ugorjanak ki az ívből.

A Harrington-féle megoldás nem az egyetlen lehetőség a gerinc stabilizálására. Főként a thoracalis és thoracolumbalis gerinc hátsó rögzítésére alkalmas. Hogy hányféle műtési lehetőség között választhatunk, azt a táblázaton mutatjuk be. Jól látható, hogy a beteg állapotától, az operatőr felkészültségétől és technikai lehetőségeitől függően többféle megoldási lehetőség van akár anterior, akár posterior fusiot, vagy kombinált műtési megoldást tartunk szükségesnek. Ebből a kínálatból mi jelenleg csak a Harrington műtétet tudunk foglalkozni.

A következő évben sokan számoltak be eredményeikről a világirodalomban (1, 2, 3, 8, 12, 14, 15). Hazánkban *Riskó* és *Novoszel* 1977-ben közölték 3-4 éves megfigyelésre terjedő tapasztalataikat. A műtétet a törött gerincszakasz stabilizálása érdekében, a rehabilitáció során végezték (12). Ennek a közlésnek hazánkban, egészen a legutóbbi időkig nem volt visszhangja. A baleseti sebészek sokáig nem figyeltek fel a lehetőségre.

A gerincsérültek ellátása során az esetleges műtéteknek neurotraumatológiai, ill. statikai *indikációi lehetnek*. A mindennapos tevékenység során azonban a két témát nem lehet élesen különválasztani. Neuro-traumatológiai indikációval végzett széles laminectomia — törött csigolyatest mellett — ugyanis olyan mértékig csökkentheti a gerinc stabilitását, hogy a beteg ápolása, rehabilitálása lehetetlen. Ezért szükséges lehet a *laminectomiával egyidejűleg* a stabilitást is biztosítani. Az instabil gerinc miatt végzett műtetre sor kerülhet a *rehabilitáció időszakában* is (1., 2., 3., 4., 5. ábrák). Különösen mérlegelendő a stabilizációs műtét indikációja *gyermekkori* gerincsérülés esetén, mert a növekedés során a gerinc súlyosan elgörbülhet, scoliosis, kyphosis alakulhat ki. A műtét tehát a neurológiai állapot esetleges súlyosbodásának megakadályozására is indokolt lehet, ha nincs is instabilitás és

*I. Diagnosztikus műtétek

1. Tübiopsia
2. Percután eszközös biopsia

II. Egyszerű arthrodesisek

1. Spinodesis
 - a) homológ —
 - b) autológ — csonttal
2. Corpodesis
 - a) transoralis
 - b) transthyreoidealis
 - c) cervicalis anterolateralis
 - d) transsternalis
 - e) transthoracalis (-transpleuralis)
 - f) posterolateralis (lumbovertebrotomia)
 - g) retroperitonealis
 - h) transperitonealis

III. Arthrodesis fém- vagy műanyaggal

1. Gruca-féle rugóval
2. Mezzari/Allan-féle terpesztővel
3. William/Wilson lemezzel
4. Osteo-metallicus spinodesis (sec. Pais)
5. Csontcementtel (dróttal, v. csavarokkal)
6. AO-csavarral (ívek osteosynthesise)
7. Dwyer-féle antero-lateralis fusio
8. Harrington-féle fusios technika

IV. Kombinált műtési megoldások együlésben

1. Costovertebrotomia — spinodesis
2. Laminectomia egyidejű corpodesissal
3. Laminectomia egyidejű osteoplasticaval
4. Paraspinalis-sacrospinalis fusio (sec. Wiltse)

V. Kombinált műtési megoldások több szakaszban

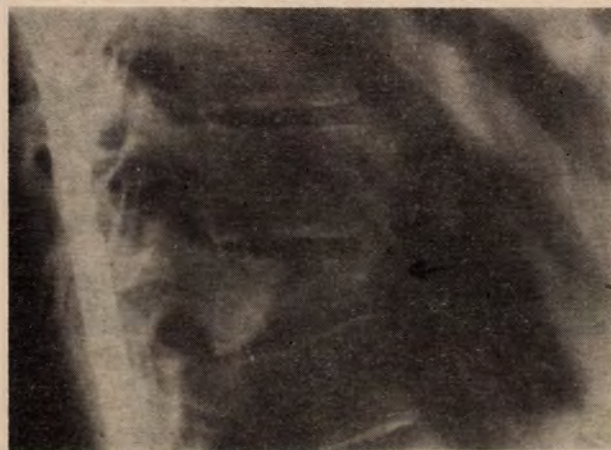
Anterior és posterior fusio

VI. Gerinc osteotomia



1.-5. ábra: K. Mihály (15 éves) 1981. X. 20-án complett paraplegia mellett történt a műtét (1. ábra). Egy hónappal a műtét után jól reponált helyzet. Allapota lényegesen javult, önhajtós kerekessel önellátó, járógéppel korlátban rövidebb távon jár. Széklet, vizelet automatia (2. ábra). M. István (28 éves) 1978. III. 19-én in-complett paraplegia baleset következtében. 1978. III. 24-én műtét, jó repositióval. Néhány hónappal később a felső horog kiugrott, ezért a rudakat is eltávolítottuk. Ezen idő alatt jó csontosodás alakult ki, a gerinc stabil. Jelentős neurológiai javulás, megbízhatóan continens. (3., 4., 5. ábra)

nincs gerincevelő károsodás. Tapasztalataink alapján úgy gondoljuk, hogy egyet lehet érteni azok álláspontjával, akik a posterior fusio után röviddel corpodesist is szükségesnek tartanak. Már a spondylitis tbc-s betegek műtétei során felfigyelhettünk arra, hogy eredményes hátsó fusio után a csigolyatestek nem érintkeznek, így blokkcsigolya nem alakul ki. Így van ez a csigolyatörés után is. Kérdés azonban, hogy a hátsó fusio és a distractió rúd meddig tudja megakadályozni a gerinc előregöbblését? (6. ábra). Ezért biztosabbnak gondoljuk jelentős csigolyatest defektus esetén, ha 1/2—1 év alatt nem alakul ki blokkcsigolya, saját csonttal az anterior corpodesis elvégzését retroperitoneális, transzthoracalis, ill. cervicalis anterolateralis behatolásból. Különösen fontos lenne ez gyermekek esetében, mert a növekedés során a gerinc anteroposterior, ill. lateralis görbületével kell számolnunk. Az ilyen elgöbblés bekövetkezik akár paraplegiás maradt a beteg a sérülés és a műtét után, akár nem. A görbület azonban olyan fokú lehet, hogy gátolja a



6. ábra: K. Zsuzsa (31 éves) 4 évvel a D. X. csigolya compressió törése és a stabilizáló műtét után, ventralisan még mindig nincs kopcsképződés.

rehabilitációt, a rúd eltörhet és a későbbiek folyamán decubitust okozhat.

Az egyik legnehezebb, de legfontosabb kérdés a Harrington műtét szükségességének eldöntése.

Tapasztalataink szerint a sérülést követően a korai szakban indokolt a műtét, ha:

- 1) a beteg általános állapota, vitális funkciói lehetővé teszik a műtéti megterhelést. A baleseti sebészeti ellátás alapelveit ebben az esetben sem lehet figyelmen kívül hagyni.
- 2) laminectomia történik a thoraco-lumbalis gerincszakaszon, ami a csigolyatest, vagy testek compressió törése mellett tovább gyengíti a gerincet.
- 3) annyira instabil a törés, hogy az ápolás során a megmaradt, vagy ép neurológiai állapot károsodásával számolni kell.
- 4) a gerinc luxatiója, vagy instabilitásának megszüntetésétől a neurológiai állapot javulása várható.

Eddigi tapasztalatainkat 15 beteg kezelése során szereztük. A megfigyelési idő 9 évtől néhány hónapig terjed. A műtétet csak a legutóbbi néhány esetben végeztük a sérültek korai ellátása során idegsebész, ill. baleseti sebész közreműködésével. Két betegen egyidejűleg a femurtörés műtéti ellátása is megtörtént. Úgy gondoljuk, hogy ebben a csoportban a műtétek számát szaporítani kellene, egyébként aligha lehet a korszerű törésellátást és a betegek ápolását biztosítani!

A műtéti beavatkozás célja:

1) A sérült gerincszakaszon a gerincevelő, ill. a gyökök decompressiója, vagy további sérülésének megakadályozása, a neurológiai állapot javítása, ill. megőrzése érdekében.

2) A gerinc stabilitásának biztosítása, hogy a beteg mobilizálását, vagy ápolását, forgatását lehetővé tegyük, a szükséges kezelése elvégzésére, illetve decubitusok megakadályozása érdekében. Különösen mérlegelendő az egyidejűleg gerinc- és végtagtörött betegek esetében.

Nem célja a műtétnek:

1) A gerincen anatómiai repositió elérése, mert nem lényeges, hogy a csigolyák között a statikát a rehabilitáció várható eredménye szempontjából nem befolyásoló tengely-eltérés van, de a neurológiai állapot kielégítő és a törött gerincszakasz stabil.

A betegek neurológiai állapotában a Harrington műtét után bekövetkezett változást, esetenként javulást, igen óvatosan kell értékelni. Azt mi is bizonyítottan tartjuk, hogy a stabilizációs műtét következtében, vagy a műtét utáni időszakban egyetlen beteg neurológiai állapota sem romlott. Azok neurológiai állapota is stabilizálódott, ill. javult a Harrington műtét után, akiken a sérülés és a műtét között eltelt idő alatt a bénulás fokozódott. Előfordult ugyanis, hogy instabil gerinc, részben megmaradt gerincvelői funkció mellett sem lehetett a beteg egyéb sérülései, vagy sokkos állapota miatt a műtetre azonnal vállalkozni. Az instabil gerinc mellett történt ápolás, esetleg egyéb sérülései miatt is szükséges kezelés, vagy műtét során a törött csigolyák, vagy fragmentumok a gerincvelőt tovább roncolták.

Egy betegünk halt meg a műtétet követő egy hónap múlva, nem a Harrington műtét miatt, hanem pneumóniában. (Mentálisan súlyosan károsodott beteg öngyilkosságot kísérelt meg, végül zárt osztályra került.) Három betegünkön a gerinc stabilizálása után igen jelentős neurológiai javulás következett, ez azonban természetesen elsősorban a gerincvelőnek a sérüléskor elszenvedett károsodása súlyosságával függ össze. A műtétől legfeljebb azt lehet remélni, hogy a stabilizált gerinccel megóvjuk a gerincvelőt a további károsodástól és segítjük a lehetséges regenerációt. A rehabilitáció segítésére

hónapokkal a sérülés után végzett műtétek a rehabilitáció szempontjából eredményesek voltak. Megszűnt a gerinc instabilitása, de neurológiai állapotuk természetesen nem változott.

IRODALOM: 1. *Bradford, D. S. és mtsai:* Surgical stabilisation of fracture and fracture dislocations of the thoracic spine. *Spine*, 1977, 2, 185—196. — 2. *Dickson, J. H. és mtsai:* Harrington instrumentation in the fractured unstable thoracic and lumbar spine. *Texas Med.* 1973, 69, 91—98. — 3. *Flesch, J. R. és mtsai:* Harrington instrumentation and spine fusion for unstable fractures and fracture dislocations of the thoracic and lumbar spine. *J. Bone Jt. Surg.* 1977, 59—A, 143—154. — 4. *Guttmann, L.:* Surgical aspects of the treatment of traumatic paraplegia. *J. Bone Jt. Surg.* 1949, 31—B, 399—403. — 5. *Harrington, P. R.:* Instrumentation in spine instability other than scoliosis. *South Afr. J. Surg.* 1967, 5, 7—12. — 6. *Knee, J. S. és mtsai:* Diagnosis of vertebral fractures. A comparison of conventional radiography conventional tomography and computed axial tomography. *J. Bone Jt. Surg.* 1982, 64—A, 586—595. — 7. *Meinecke, F. W.:* Die posttraumatische Querschnittlähmung-Akut-diagnostik und -therapie. *Unfallheilkunde*, 1982, 85, 42—50. — 8. *Michel, C. R., Onimus, M. L.:* L'utilisation du matériel de Harrington en traction dans le traitement des fractures du rachis. *Rev. Chir. Orthop.* 1977, 63, 456—462. — 9. *Novoszel T. és mtsai:* A spondylodesis szerepe a spondylitis tbc. gyógyításában. *Tuberkulózis Kérd.* 1956, 9, 79—82. — 10. *Riskó T. és mtsai:* A paraplegiás betegek rehabilitációjáról. *Orv. Hetilap*, 1966, 107, 307—310. — 11. *Riskó T., Novoszel T.:* Experiences with the radical operations in the tuberculosis of the spine. *J. Bone Jt. Surg.* 1963, 45—A, 53—68. — 12. *Riskó T., Novoszel T.:* Ficamos csigolyatörés kezelése Harrington eszközzel. *Magyar Traumat. Orthop.* 1977, 20, 303—307. — 13. *Riskó T. és mtsai:* Tapasztalataink az idiopathiás scoliosis műtéti kezelésével (Harrington módszer). *Orvosképzés*, 1981, 56, 186—203. — 14. *Yocum, T. D. és mtsai:* Early rod fixation in treatment of fracture-dislocation of the spine. *J. Bone Jt. Surg.* 1970, 52—A, 1257—1260. — 15. *Yosipovitch és mtsai:* Open reduction of unstable thoracolumbar spine injuries and fixation with Harrington rods. *J. Bone Jt. Surg.* 1977, 59—A, 1003—1005.

(Riskó Tibor dr., Budapest, Pf: 54., 1525.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



SIKLÓSI GYÖRGY DR.,
VIGVÁRY ZOLTÁN DR.
ÉS MAKÓ ERNŐ DR.

Hysterosalpingographia Foley katéterrel

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika (igazgató: Zsolnai Béla dr.)
Radiológiai Klinika (igazgató: Horváth Ferenc dr.)

A szerzők 500, Foley-katéterrel végzett hysterosalpingographia (HSG) előnyeit elemzik és hasonlítják össze a Schultze-féle eszközzel végzett HSG-k tapasztalataival. Vizsgálataikat szabályos menstruációs ciklus esetén annak mindkét, elsősorban második felében végezték. Tapasztalataik alapján az alkalmazott módszert a hagyományos módszerrel szemben előnyösnek látják. Egyszerű, atraumatikus, fájdalommentes. Alkalmazása során nem jön létre a kontrasztanyag visszafolyása. Lehetővé teszi a belső nemi szervek alaki viszonyainak valós ábrázolását, valamint a belső méhszáj és a nyakcsatorna alaki vizsgálatát. Alkalmazása megkönnyíti tuba-plasztikai műtétek, ill. az azt követő átöblítések végzését. Nem alkalmazható azonban Asherman-szindróma olyan eseteiben, ahol a cavum uteri jelentős mértékben beszűkült.

Hysterosalpingography with Foley-catheter. Five-hundred hysterosalpingographies with Foley-catheter was investigated and compared to that made with Schultze-instrument. The investigations were performed in both phases of the cycle, primarily in the secretory phase in cases of cyclic menstrual bleeding. The advantages of the method used are the followings: simple, atraumatic, painless. There was no flow-back of the contrast material, the shape of the internal genitals was visible in the proper position, moreover, the present method allowed an observation in the original state of the shape of the internal os and the cervical canal by a roentgen-amplifier. The method simplified the hydrotubations during and after plastic surgery on the fallopian tubes. The method can not be employed in the cases of Asherman's syndrom, where the uterine cavity is significantly narrowed.

A hysterosalpingographia (HSG) sterilitásban, ill. infertilitásban szenvedő nők kivizsgálása során mindennapos, nélkülözhetetlen vizsgálo módszer. Gyakori alkalmazása indokolja új, egyszerű módszerek keresését, ill. bevezetését. A Foley-katéterrel végzett HSG tapasztalatait hasonlítjuk össze a ma legelterjedtebben alkalmazott Schultze-féle eszközzel végzett vizsgálatok tapasztalataival.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat a II. Női Klinika endokrin osztályán 1977 és 1982 között végeztük 500, sterilitas, ill. infertilitas miatt felvett betegen. A primer és secunder sterilitas megoszlása anyagunkban 60, ill. 40% volt. A HSG-kat negatív laboratóriumi leletek, szükség esetén egyéb vizsgálatok (pl. rövidhullám-provokáció) után végeztük a menstruáció végét követő 3., ill. a soron következő menstruáció előtti 4. nap közötti ciklusszakokban, ill. amenorrhoea esetén a terhesség biztos kizárása után.

A módszer kivitelezéséhez használt 8 Charieres (2,66 mm átmérőjű) Foley-katéter felhelyezése a méh ürébe premedikáció alkalmazása nélkül, nőgyógyászati vizsgálóasztalon, Kausco-tűkörrel végzett hüvelyi feltárás segítségével, a portio vaginalis uteri megragadása nélkül történt. A katéter felhelyezése előtt szondaviz-

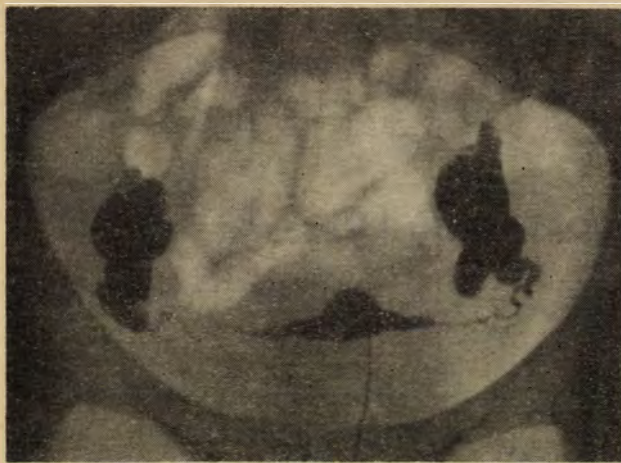
gálatot, ill. méhszájtágítást nem végeztünk. A katétert anatómiai csipesszel vezetjük az uterus ürébe olyan magasságig, hogy ballonja biztosan a cavum uteriben helyezkedjék el, majd ballonját az uterus nagyságától függően 0,7–1,2 ml steril fiziológiás konyhasó oldattal töltöttük fel. A kontrasztanyag befecskendezését (Jodamide, Braco), ill. a tényleges HSG-t képerősítő (Siemens, Sirescop 2) segítségével folyamatában szemléltük. A katéter, ill. a ballon elhelyezkedését a cavum uteriben az 1., ill. 2/a. ábra szemlélteti felülnézeti, valamint előlnézeti képen.

Eredmények

A katéter leírt felhelyezése az uterus ürébe egyszerű, minimális gyakorlatot igénylő művelet olyan esetekben is, ahol a HSG primer sterilitas miatt történik, ill. ahol cervixdilatio, ill. abrasio sem szerepel az anamnézisben. 500-ból 11 esetben (2,2%) nem sikerült a katéter felhelyezése a belső méhszáj, ill. a nyakcsatorna heges szűkülete miatt, valamint a portión végzett műtét után.

Az 500 eset kapcsán a kivitelezéssel összefüggő szövődmény, sérülés nem fordult elő. A katéter felhelyezése, a ballon feltöltése és a kontrasztanyag befecskendezése rendszerint csupán minimális alhasi diszkomfort-érzéssel jár, a ballon indokolatlan túltöltése azonban heves alhasi fájdalmat válthat ki, és a vizsgálat szempontjából szükségtelen. A vizsgálat befejezése után általában jelentéktelen véres váladékozás jelentkezik.

A II. Női Klinika alapításának 100. éves jubileuma alkalmából rendezett tudományos ülésen, 1982. november 19-én elhangzott előadás alapján.



1. ábra: A Foley katéter elhelyezkedése az uterus ürében HSG során felülnézeti képen, nagy nyomás alkalmazásakor.

Anyagunkban két esetben jött létre graviditas olyan esetekben, ahol a HSG a menstruációs ciklus második felében (a 20. és 22. ciklusnapon), a concepção után végeztük. Mindkét esetben egészséges, érett újszülött született.



a

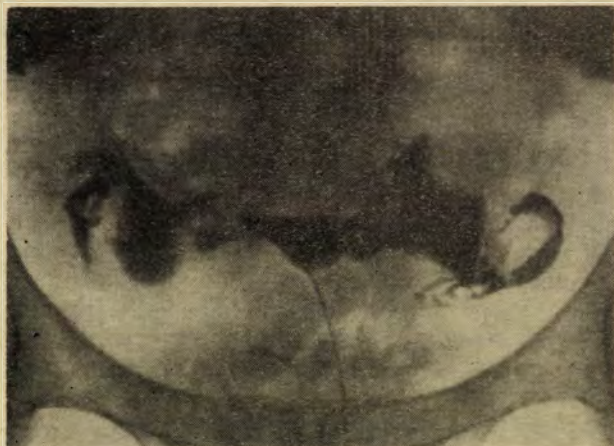


b

2. ábra: A belső nemi szervek alaki viszonyai HSG során
a) A tubák és a cavum uteri alaki viszonyai
b) A belső méhszáj és a nyakcsatorna képe a katéter eltávolításának pillanatában azonos betegen.

Megbeszélés

A méh és a petevezetők üregének, valamint alaki viszonyainak vizsgálatára először — egymástól függetlenül —, Rubin (7) és Carey (5) végeztek HSG-t. A kivitelezéshez használt eszközöket azóta több szerző módosította, közülük ma világszerte legelterjedtebben alkalmazzák a Schultze-féle eszközt. Foley-katétert először Bodnar (3) használt CO₂ insufflatio céljára cervicalis felhelyezéssel, majd Ansari és Arronet (1) pneumohysterosalpingographia, majd később Ansari (2) hysterosalpingographia vég-



a



b

3. ábra: A belső nemi szervek alaki viszonyai HSG során.
a) A tubák és a cavum uteri alaki viszonyai.
b) A belső méhszáj és a nyakcsatorna képe a katéter eltávolítása után.

zésére intracavitalis felhelyezéssel. Magunk Ansari ötlete nyomán végeztük vizsgálatainkat 1977 és 1982 között. Időközben mások is kedvező tapasztalatokról számoltak be Foley-katéterrel végzett HSG-k kapcsán (4, 6, 8, 9, 10).

A ballon rugalmassága révén alkalmazkodik a cavum uteri alsó részének alaki viszonyaihoz, tökéletes zárást biztosít, így a kontrasztanyag visszafolyása a belső méhszáj repedése és a portio lacera-tiója eseteiben, valamint nagyobb nyomás alkalmazásakor sem észlelhető (1. ábra).

Infertilitas eseteiben nagy jelentőségű a belső méhszáj, ill. a nyakcsatorna anatómiai állapotának

ismerete. HSG kapcsán a ballon elhelyezkedése megakadályozza azok vizsgálatát, ha azonban a vizsgálat képerősítő segítségével történik, a ballon fokozatos kiürítése és lassú eltávolítása révén a belső méhszáj és a nyakcsatorna eredeti állapotában szemlélhető anélkül, hogy azt szondázással, vagy a kónikus műszer applikálásával előzőleg megváltoztattuk volna (2/a., 2/b., 3/a., 3/b. ábra).

Foley-katéterrel végzett HSG során a katéter feltöltött ballonja a cavum uteriben helyezkedik el, így kivihetetlen annak jelentős szűkülete esetén. Ilyen esetekben, ha sikerül is a katéter megfelelő magasságig történő felhelyezése, a ballon feltöltése már néhány tized ml befecskendezése után ellenállásba ütközik és szokatlan fájdalmat vált ki. Ezekben az esetekben a HSG csak Schultze-eszközzel hajtható végre. Kisebb lateralis adhaesiók nem akadályozzák a vizsgálat kivitelezését.

A tubákon végzett plasztikai műtétek során bevált gyakorlat a megnyitott tubák ismételt átöblítése antibiotikumokat és corticoidokat tartalmazó oldatokkal. A módszer lehetővé teszi, hogy a műtét előtt felhelyezett katétert a cavum uteriben hagyva a postoperatív szakban ismételt átöblítéseket végezzünk. Foley-katéter alkalmazása ezen kívül a műtét alatt szükséges feltöltéseket is egyszerűsíti.

A Foley-katéterrel végzett HSG előnyei a Schultze-féle eszközzel végzett vizsgálatokkal összehasonlítva:

Atraumatikus, alkalmazása során nem jöhet létre a portio, ill. a cervix sérülése, esetleges perforáció, a katéter felhelyezése a portio megragadása nélkül és az uterus szondázása nélkül történik. Fájdalommentes, helyesen kivitelezett alkalmazása minimális alhasi diszkomfort érzéssel jár. A cavum uteri distalis részének alaki viszonyaihoz alkalmazkodva a kontrasztanyag visszafolyása nem jön létre,

tetszés szerinti nyomásfokozást tesz lehetővé. A cavum uteri és a tubák alaki viszonyai eredeti helyzetükben, dislocatio nélkül vizsgálhatók, kizárva ezzel a helyzetváltozásból adódó esetleges megtöréseket, ill. téves eredményeket. Képerősítő alkalmazásával lehetővé teszi a belső méhszáj, ill. a nyakcsatorna alaki viszonyainak vizsgálatát anélkül, hogy azok eredeti állapotát szondázással, vagy a kónikus műszer applikálásával megváltoztatnánk. Alkalmos tuba plasztikai műtétek alatt, ill. után ismételt feltöltések és átöblítések végzésére.

A módszer hátránya a Schultze-féle eszközzel szemben, hogy nem alkalmazható Asherman-szindróma olyan eseteiben, ahol a méh ürege jelentős mértékben beszűkült, vagy az adhaesiók centrálisan helyezkednek el.

IRODALOM: 1. Ansari, A. H., Arronet, G. H.: Pneumohysterosalpingography in infertility and related gynecological conditions: the Foley catheter technique. *Fertil. Steril.* 1966, 17, 442. — 2. Ansari, A. H.: Diagnostic procedures for assessment of tubal patency. *Fertil. Steril.* 1979, 31, 469. — 3. Bodnar, S.: Foley catheter technique of tubal insufflation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1962, 84, 76. — 4. Cameron, D., Stirna, M. S., Henry, S.: Hysterosalpingography using a Foley catheter. *Radiology.* 1979, 131, 542. — 5. Carey, W. H.: Note on determination of patency of fallopian tubes by the use of Collargol and x-ray shadow. *Am. J. Obstet. Dis. Women Child.* 1914, 69, 462. — 6. O'Connor, K. M., Hull, M. C. R.: Towards painless hysterosalpingography. *Brit. J. Radiology.* 1983, 56, 690. — 7. Rubin, I. C.: Röntgen-diagnostik der Uterus Tumoren mit Hilfe von intrauterin Collargol Injektionen. *Zbl. Gynäk.* 1914, 38, 658. — 8. Samim, F., Habashi, V., Hilan, W.: Hysterosalpingographie par sonde de Foley. *Gynäk. Rundsch.* 1983, 23, 88. — 9. Spring, D. B., Wilson, R. E., Arronet, G. H.: Foley catheter hysterosalpingography: a simplified technique for investigating infertility. *Radiology.* 1979, 131, 543. — 10. Yoder, I. C., Pfister, R. C.: Balloon catheter hysterosalpingography. *Am. J. Roentg.* 1979, 133, 335.

(Siklósi György dr., Budapest, Üllői út 78/a, 1082.)

Biarison



KAPSZULA és KUP

HATÓANYAG

100 mg proquazonum kapszulánként,
100 mg proquazonum végbélkúpokként.

HATÁS

A proquazon új vegyületcsoportba tartozó nem-szteroid gyulladásgátló, mely fájdalomcsillapító és lázcsillapító határú is. Megakadályozza a gyulladásért felelős szöveti mediátorok felszabadulását, szelektíven stabilizálja a lizoszóma membránt és gátolja a prosztaglandin szintézist. A többi nem-szteroid gyulladásgátlóhoz hasonlóan nem avatkozik bele az alapbetegséget létrehozó folyamatba. Szájon keresztül és rektálisan adva gyorsan felszívódik, a gyulladással járó ízületi zínóviális folyadékában is magas koncentrációban mutatható ki, nem kumulálódik.

Gyorsan megszünteti, ill. csökkenti a reumás betegségek okozta akut és krónikus gyulladást, jelentősen mérsékli a fájdalmat és javítja az ízületek mozgásképességét.

Az akut köszvényes rohamot 2-3 napon belül megszünteti. Normalizálja a szérumban emelkedett húgysav szintjét, a betegség krónikus szakaszában viszont nem befolyásolja azt. Gyulladásgátló és fájdalomcsillapító hatása elhúzódó, alkalmazását a betegek rendszerint jól tűrik, alkalmas tartós kezelésre is.

AVALLATOK

Degeneratív ízületi betegségek (a csípő-, térd- és egyéb ízületek arthrosisa), krónikus gyulladással járó ízületi betegségek (reumatoid arthritis, spendylarthritis ankylopoetica), akut gyulladással járó ízületi be-

tegségek (akut köszvényes roham, akut fájdalmas állapotok: torticollis, cervikobrachialis szindróma, lumbágó, isiász stb.), nem ízületi eredetű reumás betegségek (tendinitis, bursitis, synovitis, tendosynovitis), krónikus degeneratív ízületi betegségek gyulladással járó fellángolásai, ízületi vagy periartikuláris sérülések (zúzódások, ficamok, rándulások)

ELLENJAVALLATOK

Gyomor- és nyombélfekély, szalicilát-túlérzékenység

ADAGOLÁS

Individuális



Porcgalomba hozza

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
SZISZAVASVARI

Sandoz AG. licencia alapján

KONRÁDY ANDRÁS DR.

Az immunogén és nem-immunogén hyperthyreosis különbözősége és együttes előfordulása

Fővárosi Balassa János Kórház II. Belgyógyászati Osztály és Izotóp Részleg
(o. v. főorvos: Konrády András dr.)

Szerző az immunogén (Basedow—Graves-kór) és a nem immunogén (Plummer-betegség) hyperthyreosis pathogenesisét és eltérő sajátosságait tárgyalja. Ismerteti egy esetét, amelyben a Plummer-betegség (toxikus adenoma) műtétjét követően rövid idő múlva exophthalmussal járó hyperthyreosis syndroma (Basedow—Graves-kór) alakult ki: nem immunogén és immunogén hyperthyreosis azonos betegen fordultak elő. Áttekinti a kérdés irodalmát és megpróbál magyarázatot adni.

Immunogen versus non-immunogen thyrotoxicosis: differences and concurrence. Recent data on the pathogenesis and different features of immunogen (Graves' disease) and non-immunogen thyrotoxicosis (Plummer's disease) are discussed. A patient was observed with Plummer's disease (toxic adenoma) whose thyrotoxicosis recurred with infiltrative ophthalmopathy (i. e. Graves' disease) soon after the autonomously functioning thyroid adenoma had been removed: non-immunogen thyrotoxicosis was followed by immunogen hyperfunction on the same patient. The author gives a brief summary of the available data on this topic and tries to find the explanation of this concurrence.

A hyperthyreosis syndroma oka az esetek túlnyomó többségében a Basedow—Graves kór és a Plummer-betegség.

A Basedow—Graves-kórt autoimmun pathomechanizmusúnak tartjuk, amely genetikusan predisponált egyénekben jelentkezik (5, 7, 11, 18). Az ilyen betegek szérumban olyan immunglobulin jelenik meg, amely a pajzsmirigy folliculus-sejt TSH receptorához kötődve meggátolja a TSH kötődését, ill. stimuláló hatású: növeli az adenilcikláz aktivitását, a cAMP képzést, a kolloid endocytosisát. Sajnos, az antitest természetű immunglobulin kimutatása elég komplikált, s ma még egyáltalán nem tartozik a rutin módszerek közé.

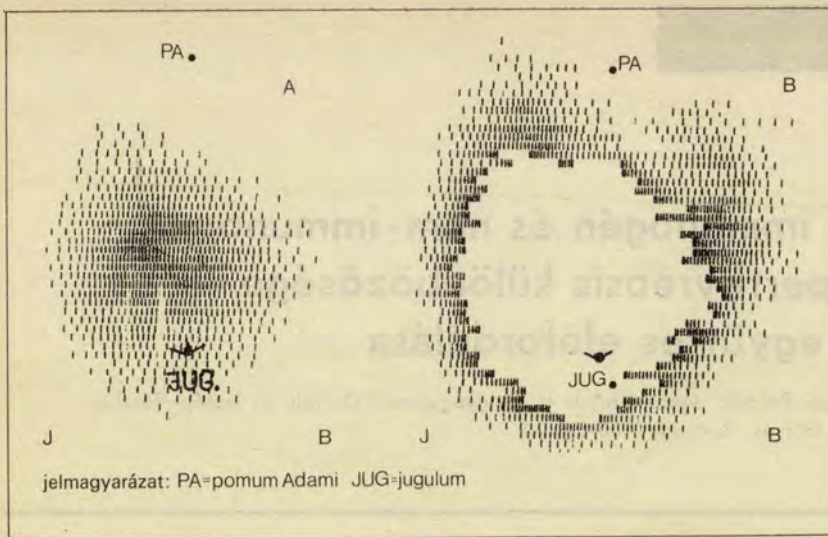
A Plummer-betegségben egészen más a helyzet. Mai tudásunk szerint keletkezésében az autoimmunitásnak nincs szerepe. A TSH-szabályozástól függetlenné vált folliculus-sejtek proliferálnak és a scintigrammon forró göb formájában jelennek meg, mert a göb által termelt pajzsmirigyhormon gátolja a TSH-nak az extranoduláris területekre kifejtett hatását, így azok nem vagy alig vesznek részt a jódanyagcserében. A betegség másik formájában az autonóm területek multinodulárisan vagy diffúzan, mirigyszerte szétszórtan jelentkeznek (9, 13, 20, 21).

A következőkben a két betegségforma különbözőségét hangsúlyozzuk és egy olyan esetet ismertetünk, amelyben a toxikus adenoma műtétét kö-

vetően rövid időn belül tipikus exophthalmussal járó Basedow—Graves-kór jelentkezett.

Betegismertetés

V. S. 34 éves nőbeteg családjában örökletes vagy autoimmun megbetegedésre nem volt gyanú és strumája sem volt senkinek. A beteget 1962-ben appendicitis, 1973-ban petefészek cysta miatt operálták, 1980-ban gyomorfekélyt mutattak ki. 1980 augusztustól kezdődően fulladással, heves szívdobogásérzéssel jellemzett rosszulletek jelentkeztek. Fáradékonyak érezte magát és gyakran volt hőemelkedése. Másfél hónap alatt 8 kg-ot fogyott. 1980. október 20-án vizsgáltuk először. Fizikálisan: sovány nőbeteg, bőre meleg, száraz. Haj, szőrzet, körmök normálisak. Szemtünet nincs (protrusio nem látszik, szemrés nem tágabb, tekintete nem merev, felső szemhéj retrakció nincs, periorbitalis oedema és pigmentáció sem észlelhető). Pajzsmirigyében az isthmus és a jobb lebeny határán tömörülés (göb?) észlelhető. Finom hullámú ujjtremor. P: 90/min, ritmusos, aequalis. RR: 130/80 Hgmm. Pajzsmirigy-funkciós vizsgálatok: ¹³¹I tárolási görbe (2—6—24—48 óra): 38—54—60—57%; se—T₄: 242 nM/liter (RK—12 RIA, norm.: 70—160); se—T₃: 5,5 nM/liter (RK—11 RIA, norm.: 1,2—3,1), T₃U (Hamolsky szerint): 24,5% (norm.: 11—17%); a scintigramm csak a göbnek megfelelő területen mutat jódfelvételt. TSH-terhelést követően az addig suppressált bal lebeny is kirajzolódott. Dg.: Toxikus adenoma (Plummer-betegség uninodularis formája). Műtétet indikáltunk, előkészítésként gátlószert kezdtünk adni. A beteg bejelentette, hogy a műtétet csak későbbi időpontban kívánja elvégeztetni. A klinikailag kifejezett hypermetabolizmus miatt a gátlószeres kezelést fenntartottuk. 1981. márciusban terhes lett, áprilisban terhességmegszakításra került sor. 1981



jelmagyarázat: PA=pomum Adami JUG=jugulum

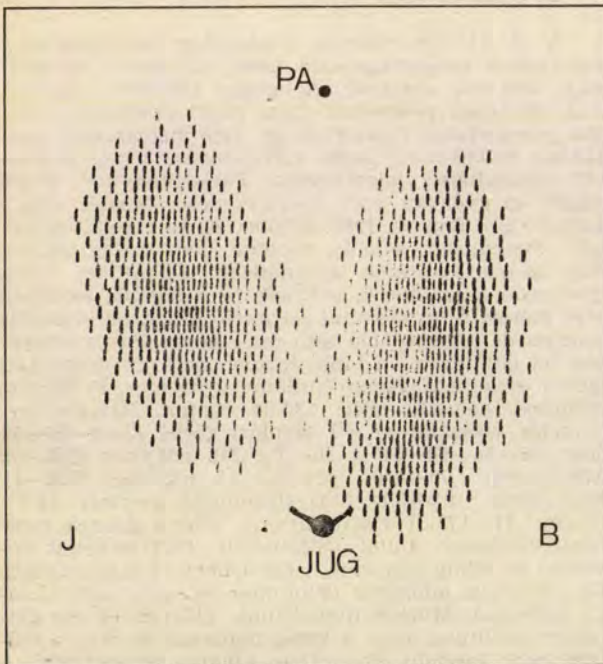
1. ábra: A: Forró göb B: Túlvezérlés felvételen a bal lebeny is jól ábrázolódik. A legnagyobb radioaktivitás területén védőáramkör akadályozza meg a vonal leütését a scanner mechanikájának megkímélése céljából (l. üres terület)

augusztusban közel euthyreosisos, a műtetre vonatkozó álláspontját fenntartja.

1982. februárban állapota rosszabbodni kezd, március 24-én ismét vizsgálatokra kerül sor. Fizikális lelete a korábbival egyező. Tárolási görbe: 40—51—51—50%, PBI: 730 nM/liter (norm.: 290—580), T₃U (talcumadszorpciós módszerrel): 1,53 (norm.: 0,85—1,15). A pajzsmirigy tapintási lelete és a scintigramm a korábbival megegyezik: az isthmus és a jobb lebeny határán dionyi göb, mely most egyértelműbb a tapintáskor, e területen fokozott jódfelvétel, extranodularisan jódatívítás nincs (forró göb). Ún. túlvezérléses technikával (csakúgy, mint a korábbi vizsgálatnál TSH stimulációval) a bal lebeny területén is kimutatható a jódfelvétel (1. ábra). Kórisme és kezelési javaslatunk változatlan, s ezúttal ez a beteg egyetértésével is találkozik.

Sebészeti osztályunkon 1982. április 26-án operáltak (dr. Pirót Károly): az isthmus felezése után a pajzsmirigy jobb lebenyének alsó pólusát, ill. a zölddionyi adenomát eltávolították. Szövettan: struma nodosa col-

loides, hyperfunkció jelei nem látszanak (dr. Honti József). Zavartalan postoperatív szak után, május 4-én távozik. 3 hónap múlva kontrollvizsgálatra berendelve. Erre 1982. szeptemberében került sor. Elmondja, hogy nem érzi jól magát, két hónap alatt 5 kg-ot fogyott jó étvágy mellett, ideges, ingerlékeny, izzad, fulladásérzése van. Fizikális vizsgálatkor feltűnik, hogy mindkét szemrés tágabb, de különösen a bal, s emiatt az aszimmetria jól észrevehető. Kisfokú periorbitalis oedema, Graefe-tünet spontán pozitív, Moebius-, Stellwag-tünetek is pozitívak. Hertel: 16, ill. 17/100, szemrés 12, ill. 13 mm. Schirmer-próba mk. oldalon fokozott könnytermelést mutat (2 perc alatt mk. o. 30 mm). A szemtünetek a Werner-féle beosztás szerint (23) a 2/c állapotnak felelnek meg (dr. Busch Zsuzsa). Bőre meleg, nyirkos, P: 100/min. Nyakon Kocher-metszés pp. győgyult hege. Pajzsmirigy mk. lebenye kissé nagyobb. Funkciós vizsgálatok: tárolási görbe: 56—72—72—66%; se—T₄: 258 nM/liter, se—T₃: 4,7 nM/liter; T₃U: 1,51. A scintigrammon mindkét lebeny jól kirajzolódik, közepesen intenzív jódfelvétel látszik, mely mirigyszerte homogén (2. ábra). Hyperthyreosisis recidivát állapítunk meg, amely exophthalmussal jár. Gátlószeres kezelést kezdünk, melyre állapota jelentősen javul. A havonta végzett kontrollvizsgálatok szerint euthyreosisos.



2. ábra: A scintigrammon közel szimmetrikus, homogén jódfelvétel látszik.

1983 januárjában a szemtünetek romlani kezdenek, diplopia alakul ki, a periorbitalis oedema fokozódik (Werner szerint 4/a stadium).

Immunszerológiai vizsgálatok nem bizonyító erejűek. Human thyreoglobulin elleni antitest, ill. antimicrosomal antitest vizsgálat határértéket mutatott, ill. negatív volt. 1983. februárban AMA antitest negatív, márciusban 1:100 titerben pozitív — vagyis nem kórjelző (B. Wellcome Thimune-M kit-tel), thyreoglobulin elleni antitest negatív (Debreceni Orvostud. Egyet. I. Belgy. Klinika). A beteg széruma in vitro túlélő pajzsmirigyseleteken cAMP-aktivitás fokozódást nem mutatott (módszer: lásd irodalomjegyzékben 2.). A human thyreoglobulin-antithyreoglobulin immunkomplex szintje enyhén emelkedett: 50 mg/liter (norm.: 19 mg/literig). Complement₃-szint normális. 1983. áprilisban euthyreosisis. A szemtünetek miatt cytostaticus kezelést kezdünk (Imuran), de 3 hónap után sem változott az állapot. Steroidot az időközben kiújuló fekélybetegség miatt nem lehetett adni.

Megbeszélés

Maga Plummer is elkülönítette a hyperthyreosis két formáját és „hyperplasticus vagy hypertrophiás”, ill. „nem hyperplasticus” kórképről beszélt (15). Az előbbi felelhetett meg a mai fogalmaink

szerinti Basedow—Graves-kórnak, az utóbbi pedig a Plummer-betegségnek.

A *Plummer-betegség* több formáját ismerjük: uninoduláris (egy adenoma: egy forró göb a scintigrammon), multinodularis (több adenoma) és diffúz, mirigyszerte fellelhető microadenomák (21). A kór-kép keletkezését pontosan nem ismerjük. Sokan a neoplasticus pathogenesisist fogadják el (9). Az adenoma olyan sejtklónból eredne, amelynek identikusak a genomjai. Valamilyen — ma még ismeretlen — ok miatt follicularis szinten megszűnik az egyes sejtfunkciók (sejtnövekedés, jódtranszport, thyreoglobulin szintézis, pinocytosis) koordinációja, a folliculus egészében vagy csak egy funkció tekintetében elveszti TSH-függését (12). A lényeg tehát az autonómia keletkezésében van, amely a pajzsmirigy megnagyobbodásával egyidőben, vagy azután is felléphet (14). A Plummer-betegség egyes variánsai között nyilvánvalóan az autonóm szövet elhelyezkedésében, megjelenési formájában van csak különbség. Lehet, hogy a nagy, szolitér toxikus göbök keletkezését micronodulusok előzik meg. Nem ismerjük a TSH-ellenőrzés elvesztésének okát, nem tudjuk biomolekuláris magyarázatát, nem értjük, miért kerül előtérbe a sejtmultiplikáció.

Az autonóm terület(ek)nek egy bizonyos nagyságot, térfogatot, ill. tömeget kell elérni ahhoz, hogy „toxikussá” válják, azaz hyperthyreosis keletkezzen. Uninoduláris formában azt látjuk, hogy a 2 cm-nél kisebb pajzsmirigy-adenomák ritkán toxikusak, a 2,5 cm-nél nagyobbak azonban igen gyakran (9).

A *Basedow—Graves-kór* keletkezésében a genetikus predispozíció mellett az autoimmunitásnak tulajdonítunk döntő szerepet (részletesen lásd 5., 11. és 18. sz munkákat), bár e betegséggel kapcsolatban is még sok a megválaszolatlan kérdés. Az mindenestre bizonyosnak látszik, hogy a *Basedow—Graves-kór* és a *Plummer-betegség* (amelyek együttesen a hyperthyreosisok mintegy 90—95%-t okozzák), élesen és jól elválaszthatók egymástól (8, 16). Éppen az eltérő pathomechanismust hangsúlyozva szokás újabban *immunogén* (*Basedow—Graves-kór*) és *nem immunogén* (*Plummer-betegség*) *hyperthyreosis*-ról beszélni. Immunogén hyperthyreosisban 59%-ban található orbitopathia, míg a nem immunogén hyperthyreosisban az soha nem fordul elő. Az elkülönítés klinikailag és biokémiaiilag is elég nagy biztonsággal lehetséges és fontos is, mert a kezelést illetően is különbségek vannak (16).

Elég nagy meglepetést keltettek azok a vizsgálati eredmények, amelyek szerint *Plummer-kóros* betegek szérumában pajzsmirigy stimuláló immunoglobulint lehet kimutatni. *Lamberg* (10) 6-ból 2 esetben, *Vidor* (19) 7-ből egy esetben, *Bryson* (4) 4 esetből kettőben mutatott ki thyreoidea stimuláló, ill. a thyreotropin kötődését gátló immunoglobulint (TSA_b , ill. $TBII$). E tekintetben csak a *Plummer-betegség* uninoduláris formájára vonatkozó adatokat említtem, mert toxikus multinoduláris golyvánál ennél többször lehet TSA_b -t kimutatni. Ennek az az egyszerű magyarázata, hogy a toxikus multinoduláris golyvák egy része *Basedow—Graves-kór*, másik része *Plummer-betegség*.

Még meglepőbb adatok találhatók *SMYTH* (17) nemrég megjelent közleményében. Munkatársaival egy igen érzékeny citokémiai bioassay-t fejlesztettek ki a thyreoidea stimuláló antitest kimutatására. A módszer lényege: a pajzsmirigy stimulátorok elősegítik a lysosomal membrán-permeabilitás növekedését tengerimalac folliculáris sejtjeiben. *Basedow—Graves-kóros* betegekben 100%-ban sikerült TSA_b -t kimutatni, de mind a 6 *Plummer-kóros* betegen is pozitív volt a vizsgálat eredménye. Megjegyzendő, hogy a TSA_b kimutatható volt euthyreosisos diffúz és göbös golyvások egy részében is ezzel a módszerrel.

Igen nehéz ezeket az eredményeket magyarázni. Ha mindez ugyanis így lenne, akkor joggal lehetne feltételezni, hogy a strumás állapotok (akár diffúz, akár göbös) általában azonos pathogenesisűek. A lehetőség további vizsgálatokat indokol, bár valószínűbbnek látszik, hogy talán metodikai problémáról, aspecifikus pozitivitásról van szó, vagy egy, ma még teljesen ismeretlen jelenségről.

Elfogadottabb, hogy a *Plummer-betegség* nem autoimmun pathomechanismusú, keletkezésében nincs szerepe a $LATS$ -nak, TSI -nek, $TBII$ -nek vagy bárhogyan is jelöljük ezt az antitestet (vagy antitesteket) (1, 3, 6, 8, 9, 16, 19, 21). Ezek alapján tehát a *Basedow—Graves-kór* és a *Plummer-betegség* két teljesen különböző entitás, melyekben csak az a közös, hogy hyperthyreosis syndromát okozhatnak. A *Basedow—Graves-kórra* jellemző a gyakori fellángolás, a hullámzó kórelfolyás, bármilyen kezelést alkalmazunk is, kivéve, ha a műtét vagy radiojód-terápia hypothyreosisist okozott. A toxikus adenoma leghatásosabb kezelése a műtét (vagy radiojód). A műtét utáni recidiva csak egészen kivételes esetekben fordul elő (7, 21). Ezekben az esetekben vagy nem távolították el teljesen a szolitér adenomát, vagy a szolitér göbön kívül is volt a mirigyben autonóm szövet, melyet az enucleatio végzésekor bent hagytak.

Körültekintő diagnózis és jól végzett műtét esetén tehát a *Plummer-betegség* nem recidivál.

Előfordul viszont a *Plummer-betegség* poststrumectomiás állapotban akkor, ha a műtétet „struma” vagy „hyperthyreosis” miatt végezték (20). Ilyenkor a műtét előtt a mirigyben nem volt autonóm szövet, a betegség „de novo” a műtét után keletkezett, s lehet, hogy a postoperatív fellépő endogén TSH-stimulus ebben közrejátszott. A kétféle pathomechanismusú (immunogén és nem immunogén) hyperthyreosis egyidejű fennállását representálhatták azok az esetek, amelyekben toxikus multinoduláris golyva mellett (multinoduláris *Plummer-betegség*) TSA pozitivitást találtak (6). Nem valószínű azonban, hogy ez gyakori lenne. *Wiener* (21) részletes tanulmányában, melyet a *Plummer-betegség* természetes lefolyásáról írt, meg sem említi ezt a lehetőséget.

Ismertetett esetünk magyarázatára az előzőek alapján két lehetőség kínálkozik.

1. A *Plummer-betegséget* követően hamarosan, de azzal nem összefüggésben keletkezett az orbitopathiával járó *Basedow—Graves-kór*.

2. A két betegség egyidejűleg állt fenn, a *Basedow—Graves-kór* subklinikus volt. A *Plummer-betegség* miatt végeztetett műtét (enucleatio) „triggerelhette” azt a mechanizmust (18), amely a *Basedow—Graves-kór* manifestálódásához, a hyperthyreosisos recidiva és az orbitopathia létrejöttéhez vezetett.

Bármelyik volt is a klinikai kép alakulásának útja, bizonyosnak látszik, hogy a betegen rövid időn belül nem immunogén, majd immunogén hyperthyreosis syndroma jelentkezett. Ezek együttes, ill. egymás utáni jelentkezése feltétlenül ritka, de nem elképzelhetetlen, hiszen ez pathogenesisük különbözőségének ismeretében reális lehetőség. Az érdekesség abban van, hogy a kétféle hyperthyreosisist

okozó betegség az előfordulást (kor, nem), a struma milyenségét és fennállási idejét, az egyes tüneteket (szemtünet), a recidivahajlamot és még sok jellemzőt tekintve, bár jelentősen eltér egymástól, jelen esetben mégis egy betegten jelentkezett.

Az immunológiai vizsgálatok egy részét a Debreceni Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinikájának (igazgató: *Leövey András dr.*) munkatársai végezték, melyért a szerző köszönetét fejezi ki.

IRODALOM: 1. *Adams, D. D. és mtsai*: Hyperthyroidism in Tasmania following iodide supplementation: measurements of thyroid-stimulating antibodies. *J. Clin. Endocr. Metab.* 1975, 41, 221. — 2. *Bordán, L. és mtsai*: Humán thyreoidea stimuláló antitest kimutatása in vitro, túléllő pajzsmirigyszövetek ciklikus AMP-tartalmának mérésével. *Magy. Belorv. Arch.* 1979, 32, 17. — 3. *Brown, R. S. és mtsai*: Do thyroid-stimulating immunoglobulins cause non-toxic and toxic multinodular goitre? *Lancet*, 1978, I, 904. — 4. *Bryson, J. M., Joasoo, A., Turtle, J. R.*: The thyrotropin receptor in human thyroid plasma membranes: effect of serum immunoglobulins. *Acta Endocr. (Copenh.)* 1976, 83, 528. — 5. *Chopra, I. J., Solomon, D. H.*: Pathogenesis of hyperthyroidism. *Ann. Rev. Med.* 1983, 34, 267. — 6. *Elte, J. W. F. és mtsai*: Autonomously functioning euthyroid multinodular goitre. *J. Molec. Med.* 1980, 4, 39. — 7. *De Groot, L. J., Stanbury, J. B.*: The thyroid and its diseases. *J. Wiley, New York*, 1975, 652. o. — 8. *Emrich, D., Schicha, H.*: Immunogene und nicht immunogene Hyperthyreose. Versuch einer klinischer Abgrenzung. *DMW*, 1983, 108, 6. — 9. *Hamburger, L. I.*: Solitary

autonomously functioning thyroid lesions. *Am. J. Med.* 1975, 58, 740. — 10. *Lamberg, B. A. és mtsai*: Long-acting thyroid stimulator (LATS) in toxic nodular goitre, toxic adenoma and Graves' disease. *Acta Endocr.* 1969, 62, 199. — 11. *Leövey A.*: A thyreoidea stimuláló antitestek jelentősége Basedow-Graves-kórban. Doktori értekezés, Debrecen, 1981. — 12. *Milioni, E., Studer, H.*: Functional and morphologic particularities of the autonomous follicles in human goiters. *J. Molec. Med.* 1980, 4, 7. — 13. *Miller, J. M.*: Plummer's disease: an overview. *J. Molec. Med.* 1980, 4, 3. — 14. *Miller, J. M., Block, M. A.*: Functional autonomy in multinodular goiter. *JAMA*, 1970, 214, 535. — 15. *Plummer, H. S.*: The clinical and pathological relationship of simple and exophthalmic goiter. *Am. J. Med. Sci.* 1913, 146, 790. — 16. *Selby, J. B., McClellan, J. T.*: Hyperthyroidism: Graves' and Plummer's disease. *Clin. Med.* 1968, 75, 21. — 17. *Smyth, P. P. A., Neylan, D., O'Donovan, D. K.*: The prevalence of thyroid-stimulating antibodies in goitrous disease assessed by cytochemical section bioassay. *J. Clin. Endocr. Metab.* 1982, 54, 357. — 18. *Strakosch, C. R. és mtsai*: Immunology of autoimmune thyroid diseases. *N. Engl. J. Med.* 1982, 307, 1499. — 19. *Vidor, G. I. és mtsai*: Pathogenesis of iodine-induced thyrotoxicosis: studies in Northern Tasmania. *J. Clin. Endocr. Metab.* 1973, 37, 901. — 20. *Wiener, J. D.*: Commentary. In: *Controversies in clinical thyroidology*. Ed. *Hamburger, J. I., Miller, J. M.* Springer-Verlag, N. Y. 1981, 95. o. — 21. *Wiener, J. D., de Vries, A. A.*: On the natural history of Plummer's disease. *Clin. Nucl. Med.* 1979, 4, 181. — 22. *Werner, S. C.*: Classification of the eye changes of Graves' disease. *J. Clin. Endocr. Metab.* 1969, 29, 782.

(Konrády András dr., Budapest, Vas u. 17., 1088.)

Dr. Ivanchich Viktor

XIX. századi históriánk óriásokkal büszkélkedhet orvostörténelmi szempontból is. *Markusovszky Lajos* évszázada, és nem véletlen, hogy személye, elkötelezettsége oly sok érdemdús kollégájával hozta kapcsolatba, hatva azokra, segítve tenniakarásukat, kibontakoztatva munkásságukat. *Markusovszky* neve — mint látni fogjuk — ismételen találkozott *Ivanchich Viktor*éval. *Trencsényi* méltó tanulmányokban korhű rajzot formált *Markusovszky*ról, és úgy érezzük, a ma orvosának *Markusovszky* képét kíséreljük meg teljesebbé tenni a vele találkozó pályát futó elődeink felidézésével.

Dr. Ivanchich Viktor 1812. február 20-án Pesten született. Édesapja városi telekkönyvi hivatali intéző volt. Édesanyjának neve Horváth Klára. Összes tanulmányait Pesten folytatta. Orvosi tanulmányainak utolsó évében, 1833-tól a Rókus Kórház asszisztenseként dolgozott. 1834. augusztus 9-én a medicina doktorává avatták. Latin nyelvű orvosi értekezésének címe: *Musica Medice Considerata* (A zene orvosilag értékelve), az egyik legkorábbi magyarországi zeneterápiái mű. Az értekezésben először *Orfeusz*ról, a zeneterápia mondabeli őseről ír, majd a klasszikus szerzőknek a zenéről, annak az emberi szervezetre gyakorolt hatásáról szóló közléseit összegezi. A XVIII. század külföldi orvos-zenei irodalmáról ismertetést nyújt. *Cicero* nyomán a serkentő és a nyugtató zene különbségét fogalmazza meg. Az utóbbi típusú zene kedvező gyógyhatásáról számol be. Foglalkozik a zeneterápia javallati köreivel.

Orvosként még egy évig a Rókus Kórházban működik, *Stáhlly* tanítványa; 1835-ben Pest városának tiszteletbeli physikusa lesz. Ezután tudása bővítése érdekében Párizsba utazik, ahol a lithotripsia terén jelentős eredményeket elérő triumvirátus: *Jean Civiale* (1792—1867), *Joseph Leroy d'Etiolles* (1798—1860) és *N. Heurteloup* (1793—1864) hallgatója. Kialakuló betegsége (vérköpés) miatt 8 hónap múlva, 1836-ban visszatér Pestre. Előbb a Rókus Kórház tiszteletbeli fő-seborvosa, majd a kórház 2. számú fiókjának (A zöld fához) élére kerül, végül a nagy dunai árvíz után, a tábori kórházban — októberig — vezető főorvos. 1836. december 13-án vagy 20-án a sebészet doktorává promoveálták. 1837-ben elvégezte Magyarországon az első sikeres kómorzosolást. 1838. augusztusáig már 13. lithotripsia utáni gyógyult esettel rendelkezett. 1838-ban egy közismert bécsi kereskedő, aki köbetegségben szenvedett, Bécsbe hívta lithotripsia elvégzésére. *Ivanchich* nemcsak e beavatkozás elvégzésére ment, hanem véglegesen Bécsbe költözött. A korabeli rendelkezéseknek megfelelően orvosi vizsgákat kellett tennie, ezekre 1838. november 26-án fogadták el je-

Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 38. szám

lentkezését; 1841. március 21-én abszolválta a sebészeti tanulmányokat. 1842-ben egy özvegyasszonnyal (*Louise Baum*) házasodott össze, aki előző házasságából egy gyermeket hozott magával. *Ivanchich* 12 évi boldog, de gyermektelen házasság után özvegyen maradt. 1881-től csendes visszavonultságban élt, legfeljebb operaelőadásokra járt. A kollégáival, ismerőseivel folytatott társalgások vidították fel. Régi ismerősei szerint 40 éven át ismétlődtek vérköpései, az utóbbi 20 évben gyakran visszatérő hörghurut kínozta, amely miatt nem ritkán, heteken át betegeskedett. 1892. március elején enyhének tűnő grippe kötötte otthonához, amelyhez azonban néhány nap múlva heveny tüdőgyulladás társult. Március 9-én elhunyt. Halála különösen fájdalmas volt azoknak, akik február 20-án, 80. születésnapján még kielégítően egészségesnek, viszonylag erőteljesnek látták. Az elhunyt földi maradványait március 11-én, 2 órakor vitték lakóházából (Bécs, Wehrgasse 23.) a Szent József plébániatemplomba, onnan pedig a bécsi Zentral-temetőbe, a családi sírboltba (41-a. parcella, 1. sor, 10. szám).

Hozzá tartozói karrarai márványból vésették sírkövére:

Dr. Victor Ivanchich de Margita

Ivanchich Viktor kapcsolata az Orvosegyesülettel

A *Budapesti Kir. Orvosegyesület* 16 lelkes orvosdoktor kezdeményezésére 1837. október 14-én alakult meg. Még az évben „rendes taggá”, majd 1878-ban „tiszteletbeli” taggá választották *Ivanchichot*. Hogyan forrt össze neve és az egyesület, mivel érdemelte ki a tisztséget? Már az előzetes szervezés során aktívan közreműködött, az október 7-i, második előkészítő ülés jegyzőkönyvében szerepel neve (az alapító 16 orvoson kívül további 36 jelent meg). A november 18-i tudományos ülésen előadást tart — a másodikat az Egyesület történetében —, címe: „De amputatione pedis extremi”. November 25-én választják meg az első választmányt — *Ivanchichot* is. Ezután az Orvosegyesülettel csak élénk levelezés köti össze (mint említettük, 1838-tól Bécsben élt). 1878-ban látogatott Pestre, május 18-án, „beváltva előző évben tett ígérteit”, német nyelven előadást tartott az Egyesületben „A húgykő kóroktanáról, belgyógyászati s sebészeti kezeléséről fennállott mindenkor nézetek felett” címmel. Talán a pesti utazás, a többször felmerült, de meg nem valósult segélyalap gondolata vezette adomány tételére. Az október 14-i nagygyűlés elnöki megnyitójában ugyanis, *Hirschler Ignác* közli, hogy *Ivanchich Viktor* levelező tag 6000 forintot adományozott az egyesületnek. Célja segélyalap „kezdetének képzése”. A

segélyalap hivatalos létesítéséig az Orvosegyesület kezeli az összeget „Ivanchich Viktor-féle budapesti keresetképtelen orvosokat segélyező-alap” néven. Az alapító további összegeket is kilátásba helyezett. Az alap gyorsan és jelentékenyen gyarapodott. *Jurkiny Emil* egyesületi pénztáros az 1904-es évkönyvben összeállítást tett közzé, amely szerint *Ivanchich* 1879-ben, 1880-ban 200 forintot „azonnali kiosztásra”, ezután az alapítványhoz 1885-ben 150, majd 6000, 1886-ban 1000, 1887-ben 1000, 1888-ban 600 forintot küldött. (Az alapítványt egyébként mások is gazdagították, kisebb összegekkel.) 1887-ben, fennállásának 50. évfordulóját ünnepelte az egyesület. *Wagner Jánoson*, az egyik korábbi elnökön kívül, az alapítók közül csak *Ivanchich* él, aki nem utazhatott az ünnepségre, de felolvasták levelét, amely 1000 forint felajánlását tartalmazta. Felmerült — az egyesületi élet széles körű bontakozása miatt —, székház vásárlásának gondolata. Ezzel több köz- és rendkívüli gyűlés foglalkozott, az 1888. december 10-i nagygyűlésen az akkortájt elnök *Markusovszky Lajos* bejelenti *Ivanchich* 5000 és *Wagner* 200 forintos „házépítés céljára történő adományait”. 1891-ben az Orvosegyesület megvásárolja a Szentkirályi utca 21. számú házat (ma az Országos Orvostudományi Információs Központ és Könyvtár székháza). A jubileumi Évkönyv megemlíti: „Ivanchich-ot az egyesületnek jótévőjét levélben értesítik a házvételről és a házfelavató ünnepélyre is meghívják, mint az egyetlen még életben levő alapítótagot, aki azonban betegsége miatt azon nem vehetett részt.” (*Ivanchich* ekkor 79 éves.) Az 1892. január 9-i ülés kezdetekor *Kétly Károly* bejelenti: „az egyesületi ház céljaihoz újabb 5000 frt-tal járult hozzá” *Ivanchich*, akinek „köszönőlevelet küld a hálás egyesület”. *Ivanchich* néhány hónap múlva bekövetkező halálakor (1892. március 9.) „nagy veszteség éri” az egyesületet, március 12-i ülésén *Korányi Frigyes* emlékezik meg róla: „ki a haza határain kívül úgy a tudomány, mint a társadalom terén fényes állást vívott ki magának, és ki, bár könynyű lett volna számára azon fényhez és meleghez támaszkodni, melyet a történeti fejlődés Bécs városának megadott, mégis lelkének egész melegével csüggött hazáján és a Budapesti Királyi Orvosegyesületen. Egyesületünk humanisztikus működését elsősorban *Ivanchich Viktor* tette lehetővé, és ugyancsak főleg neki köszönhetjük az egyesületi ház megszerzését”. A bécsi ravatalra koszorút küldenek, a temetésen ketten képviselik az egyesületet, *Pertik Ottó* és *Korotnai Árpád*.

Meg kell emlékeznünk egy másik alapról is. *Markusovszky Lajos*, az *Orvosi Hetilap* alapítója és szerkesztője a lapban 1880-ban, a budapesti tudományegyetem újjáalapításának századik évfordulóján tárcacikkben hívta fel a társadalmat, hogy egyetemi célok érdekében tegyen jótékony alapítványokat. *Hőgyes Endre* írja: „E cikk olvasására *Dr. Ivanchich Viktor* Bécsben élő nagy hírű magyar gyakorló orvos, ki a budapesti egyetemen nyerte orvostudományi oklevelét, 1000 frt-tal küldött be az Orvosi Hetilap szerkesztőjének oly czélból, hogy abból egy egyetemi orvostudományi alap létesíttessék, melynek rendeltetése legyen tisztán az orvosi tudomány öregbítése és az orvosi oktatás tökéletesítése.” Ké-

sőbb olvashatjuk: „1884. december 4.-éről *Bitá* egyet. rektor magnificus átküldötte *Dr. Ivanchich Viktor*nak Bécsben 1884. decz. 1.-éről kelt levelét az orvostudományi dékánhoz. Ebben a levélben *Ivanchich* köszönetet mondván a neki 50 éves orvostudományi jubileumára elküldött díszoklevélért, 1200 frt. újabb adományt küld a fennebbi jubiláris alap gyarapítására.

Balogh dékán 1885. márczius 22.-éről kelt levelében *Dr. Ivanchich Viktor*t a kar nevében üdvözölte és tudatta, hogy a *Markusovszky* által indítványozott és ő általa gazdag adományokban részesített jubiláris alap tőkéje már közel tízezer forintot tesz ki, és azon reményét fejezte ki, hogy rendeltetését rövid időn meg fogja kezdeni és kamatai tudományfejlesztő előadásokra és ezeknek sajtó útján közzétételére fognak fordíttatni. *Ivanchich* e figyelmet megköszönvén, 1885. júniusban még egy tízezer forinttal szaporította az alapot.”

Ivanchich halála után, 1892. november 2-án az orvostanár-testület *Markusovszky Lajos* nyugdíjba vonulásakor „*Markusovszky-féle egyetemi jubiláris alap*”-nak nevezte el az indítványt, 1896-ban pedig alapítólevelet állított ki, amelyben leszögezte: „*Elismeri és megállapítja az orvostudományi tanártestület, hogy e kezdeményezés első anyagi eredményét néhai Dr. Ivanchich Viktor, egyetemünkön graduált, Bécsben gyakorlatot űző orvostudományi doktor 1000 frt-nyi, ... az 1882. február hó 21.-én tartott rendes ülésében átvette. Elismeri és megállapítja továbbá az orvostudományi tanártestület, hogy ez alap tőkéje a mondott időtől kezdve a következő adományokkal gyarapodott: ...*

3. 1884/85-ben *Dr. Ivanchich Viktor*nak előbb, 1894. decz. 1.-ről kelt 1200,— frt-nyi, később 1885. júliusról kelt 1000 frt-nyi adományával.”

Ivanchich Viktor urológiai működéséről

Ivanchich mind nagyobb gyakorlatra tett szert, mind többen keresték fel, nemcsak Ausztriából, hanem pl. Németországból, Oroszországból, Törökországból is. Életrajzírói szerint ebben közrejátszott embersége, betegai gondjainak megértése (mai divatos szóval empátiája). 1842-ben adta ki első művét: „*Kritische Beleuchtung der Blasensteinerkrankung wie sie heute dasteht, gestützt auf eine Erfahrung von drei und zwanzig gelungenen Fällen.*” Ez az első német nyelvű könyv, amely a közlés sikereiről számolt be. A munka híressé, elismertté tette szerzőjét; többek között elismerő kritikát írt a „*Medizinische Jahrbücher des österreichischen Kaiserstaates vom Jahre 1842*”, a szerzőt a monarchiában a lithotripsia „első mesteré”-nek nevezve. 1851-ben a híres heidelbergi sebész tanár, *Chelius*, monográfiájában *Ivanchich* könyvét a legnagyobb francia szerzőké mellett a „leghasznosabbnak, legtanulságosabbnak” ítéli. A könyv egyébként inspirációt is adott a sebészeknek az urológia iránti érdeklődéshez.

1846-ban két művet bocsátott közre: „*Einundzwanzig neue Fälle von Blasenstein-Zertrümmerung, Aus der Praxis*”; „*Ueber die organische Verengerung der Harnröhre und ihre auf pathologi-*

sche Anatomie und zahlreiche Erfahrung begründete vollkommenste Behandlung." Mindkettő konkrét gyakorlati tanácsokkal látja el az olvasót.

Ugyancsak 1846-ban kezdte el *Ivanchich* annak a sorozatnak a kiadását, amely újabb és újabb tapasztalatait összegezte („Sammelberichte über neune Fälle von gelungenen Blasensteinertrümmerungen”, 1846, 1851, 1954, 1873, 1880). Ezek részben saját, részben különböző bécsi kiadók általi kiadások, „rendkívül érdekesek és tanulságosak” az egyes műtétek kimerítő leírásai, a lithotripsia „állandó, elméleti-gyakorlati compendiumai”.

1851 — jelentős évszám, mivel az előbb említett sorozat füzete („Neuer Bericht über neunzehn Fälle ausgeführter Blasenstein-Zertrümmerung”) függelékét is tartalmaz, amelyben a szerző először ír az általa alkalmazott aether-narcosisról! (ismételjük: még csak 1851-et írunk, nem sokkal a narcosis első alkalmazása után!; „Ueber den Fortschritt in der Lithotripsie durch Beziehung der Aether-Narcose”).

1852. február 16-án és 1853. január 17-én urethrotomiákat demonstrált, majd 1854. május 15-én ezekről tartott előadást az orvosegyletben.

1854-ben kelt tanulmánya is kitér a narcosisra, az alcímben feltüntetve: „mit Beihilfe der Chloroform-Narcose”, jeleként ezen új módszer kipróbálásának.

Közleményei időszakosan láttak napvilágot a szaklapokban, elsősorban az „Allgemeine Wiener

medizinische Zeitung” és a „Wiener medizinische Wochenschrift” hasábjain.

Az egyik, 1860-ban kelt cikk írja le a 115-ös számú kórtörténetet, amelyből idézünk. 45 éves magas, sovány férfi, kórelőzményében váltóláz és aranyér szerepel. Több éve időszakos vizeleti panaszok, fájdalom. Kezelőorvosa szondázta a hólyagot, idegen testet nem talált. 15 hónapig tartó panaszok után küldték a szerzőhöz a beteget, aki panaszolta: csaknem óránként van fájdalmas vizeleti ingere. A beteg kevés vizeletet ürített, amely erősen alkalikusan reagált és az edényben alkalikus üledéket képzett. A beteg régebben vérvizelést nem figyelt meg, de most az is kialakult. Egyéb betegség nem állt fenn. „Nem fért kétség ahhoz, hogy a hólyagban kő van”, ekkor szondázás történt ezüstgomb végű kauscsuk-bougie-val — ez kőszerű konkrementumhoz ért. Ezt lithotripsia követte, csekély erővel sikerült összezúzni a követ. Közben a beteg a vártnál csekélyebb mértékben panaszkodott. Délután és éjszaka láz alakult ki. *Ivanchich* egyébként ír a kő anyagáról is, a kiürült törmelék foszforsavas ammónium-magnéziából és bázikus foszforsavból állt.

1866-ban és 1867-ben megjelent tanulmányai: „Gemischte urologische Abhandlungen, didaktischer, caustischer und kritisch-polemischer Natur.”

1878-ban Bécsben megjelentette az évi — már említett — budapesti orvosegyesületi előadásának anyagát.

1881 — az utolsó publikáció, „*Mein Epilog*”, lényegében áttekintés munkásságáról, részben pedig „válogatás” korábbi műveiből.

Ivanchich kitűnő manualitással, lehetőleg egy ülésben végezte el a kövek morzsolását, kiürítését. Elismeréseket sem kellett nélkülöznie. 1851. március 31-én magántanársághoz folyamodott, kérelmét az akkori két sebész tanár — *Schuh* és *Dumreicher* — támogatta, április 25-én és 26-án habilitálták (A minisztérium május 15-én hagyta jóvá.) Mint *Keller* írja, a bécsi orvosi fakultás érdeme a világon első urológiai magántanárság — büszkén tehetjük hozzá, magyar orvost érte a dicsőség.

Szakmai munkásságának méltánylásaaképpen — több magas kitüntetés mellett — tagjává választotta 1842. március 6-án Drezdában a Gesellschaft der Natur- und Heilkunde, 1846. július 1-én Bern kantonban a Medizinisch-chirurgische Gesellschaft, 1850. március 26-án a bécsi Orvostársaság.

Köszönetnyilvánítás: A szerző ezúton fejezi ki köszönetét *Prof. Dr. Helmut Wyklicky* egyetemi tanárnak, a Bécsi Egyetem Orvostörténelmi Intézete igazgatójának értékes segítségéért, adatokért és dokumentációkért, valamint *dr. Gyárfás Ágnes* tudományos főmunkatársnak, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Orvosi Könyvtára vezetőjének, *Czier Zsuzsanna* és *Felvinczi Ildikó* szakkönyvtárosoknak.

Vértés László dr.

IRODALOM: 1. A. G.: *Dr. Victor Ivanchich* de Margita. Mittlg. Wien. med. Doct. Coll. Wien, 1892. Band 18., Heft 11. — 2. *Balassa B.*: A Kossuth-idők hazafias orvosai. Karpathia. München, 1954, 57. oldal. — 3. *Bugyi B.*: A magyarországi zenetherapia múltjából. Magyar Gerontológiai Társaság, Visegrádi Fővárosi Kórház, Budapest, III. ker. Állami Zeneiskola „A zene a gyógyító-megelőző ellátásban” című tudományos ülése. Visegrád, 1980. május 5. — 4. *Bugyi B.*: Orvossegé-

Ueber die

organische Verengerung

der

Harnröhre

und ihre

auf pathologische Anatomie und zahlreiche Erfahrung gegründete

vollkommenste Behandlung,

von

VICTOR IVANCHICH,

Dr. der Medicin, Chirurgie, der med. Facultät in Wien ord. — des Budapesti kir. orvosegylet — der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Erlangen, und der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden correspond. Mitglied.

WIENER
MEDIC. DOCTOREN
COLLEGIUM

Mit einer zincographischen Tafel-Abbildung, vorstellend die zur innern Incision nothwendigen Urethrotome.

Wien, 1846.

Bei Kaulfuss W^{te}, Prandel & Comp.

PH

2323

lyezés. Eü. Dolgozó. 1980. július. — 5. *Bugyi B.*: Reformkori zeneterápiás törekvések. Orv. Hetil. 1975, 116, 2616. — 6. *Eulenburg, A.* (Hrsg.): Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Urban et Schwarzenberg, Wien, Leipzig, 1894. Band 3., Seite 390. — 7. *Gortvay Gy.*: Adalékok a magyar sebészet történetéhez a 19. század második felében. Orv. Hetil. Horus. 1957, 1, 55. — 8. *Gortvay Gy.*: Az újabb kori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1953. I. kötet, 190., 263., 299. oldal. — 9. *Győry T.*: Magyarország orvosi bibliographiája, 1472—1899. A Magyarországon és hazánkra vonatkozólag a külföldön megjelent orvosi könyveknek kimutatása. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1900. 111., 201. oldal. — 10. *Hirschfeld, J.*: Doctor Viktor v. Ivanchich. Galerie berühmter Kliniker und hervorragender Aerzte unserer Zeit mit deren Biographien, als Beitrag zur Geschichte der Medicin. Verlag der Buchhandlung von Moritz Perles. Wien, 1877. — 11. *Hőgyes E.* (szerk.): Emlékkönyv a Budapesti Királyi Magyar Tudomány Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1896. 140.,

841. oldal. — 12. *Keller, J.*: Victor Ivanchich, ein vergusener Pionier der Urologie. Der erste Dozent für Urologie in der Welt. Wien. klin. Wschr. 1960, 72, 893. — 13. *Markusovszky L.*: Pia desideria a budapesti magyar tudományegyetem százéves jubileuma alkalmával. Orv. Hetil. 1880, 23. (Markusovszky Lajos válogatott munkái. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1905. 140. oldal.) — 14. *Perjés G.*: Balassa János szerepe a magyarországi urológia előtörténetében. Orvostört. Közl. 1971, 60—61, 265. — 15. *Salacz P.* (szerk.): A budapesti kir. orvosegyesület Jubilaris Évkönyve, 1837—1937. Budapest, 1937. 34., 101., 104., 183., 184., 185., 202., 203., 205., 214., 219., 220., 301. oldal. — 16. *Tóth Cs.*: A veseköbetegek gondozásának megszervezése területünkön. Kandidátusi értekezés. Szentés, 1980. — 17. *Vértes L.*: Fejezetek a zenetherapia történetéből. Magyar Gerontológiai Társaság, Visegrádi Fővárosi Kórház, Budapest, III., ker. Állami Zeneiskola „A zene a gyógyító-megelőző ellátásban” című tudományos ülése. Visegrád, 1980. május 5. — 18. *Vértes L.*: Zeneterápia. Budapest, 1981. — 19. *Wyklicky, H.*: Levélbeli közlés. Wien, 1981.

Farkas Géza-akinek élete volt a főműve



Vannak tékozló zsenik, szikrázó és sziporkázó szellemek, inkább termékenyítő, mint termékeny tehetségek. Prototípusa ennek Farkas Géza, 1920—1934 között a fővárosi orvosi fakultáson a fizioológia professzora, akinek írott életműve szerényebb a ki-

váló kortársakénál, ám színes egyénisége messze kiemelte a szürke középszerűségből, az emlékezők pedig ma is tisztelettel idézik fel legendába illő alakját. Magyar Imre plasztikusan meglevenítő visszaemlékezése szerint (a 20-as évek végén) „Lenhossék tiszteletre méltó egyéniségén kívül, és Hári Pálon kívül, aki kitűnő ember volt, de háttérbe szorult, és akit részletesebben nem is ismerhettem, Farkas Géza volt még igazi professzoregyéniség. Vastag nyakú, csupa tarkó, hangos, hadaró beszédű, rendkívül éles eszű, lenyűgöző jelenség volt, az élettan professzora, akinek élettani előadásai kivétel nélkül olyan sajátos élményt nyújtottak, amilyenhez hasonlót pályafutásom alatt csak Korányi Sándor tudott produkálni.” (A kérdés, 27. old.) Legalább ilyen felsőfokú Zoltán Imre professzor jellemzése. „Farkas Géza az intézetbe kerülésem után néhány nappal fogadott, az akkor létesített szövettani laboratórium vezetőjével együtt, ahová engem beosztottak, és 20 percig beszélgetett velünk. Ez alatt a 20 perc alatt elmondta, hogyan képzei el a szövettani módszerek alkalmazását az élettani kutatásban, és 20 perc alatt annyi gondolatot, témát adott nekünk, hogy a hátralevő négy évben sem tudtuk kidolgozni. És ebben nemcsak a mi lustaságunk játszott szerepet, hanem az a zsenialitás, ami Farkas Gézából már ilyen rövid beszélgetés alatt felénk sugárzott, és amelyet napról napra csodáltunk. Farkas Géza nagy ember volt, én nem hiszem, hogy túlzok, ha azt mondom, hogy az akkori vezető értelmiségiek egyik legnagyobbika.” (Gyógyító tudósok, 180. old.)

Kortárs kartásai: Blaskovics László, Kelemen Béla, Balogh Ernő hasonlóképp vélekedtek, Farkas Gézát tehát nem a megszépítő emlékezés emelte magasba. Persze, mint minden extrém figura, kiszámíthatatlanul szeszélyes is tudott lenni. Egyik elhunyt orvosírónk „rettenetes embernek” tartotta.

Szigorlat közben jelöltünk nyilván nem túl okos választ adhatott, mert a professzor felugrott, a vízcsaphoz szaladt és nagy kopasz fejére engedte a hideg vizet, „agyvérzést kapok, agyvérzést kapok” kiáltozás közepette. Ilyennek ismerték a kortársak Farkas Géza professzort, akiről elhunytának fél-százados évfordulója alkalmából kívánunk megemlékezni.

Farkas Géza 1872. június 9-én született Budapesten, amikor a főváros már nemcsak nevében, de közigazgatásilag is egyesült. Családjától a tanulás-hoz tehetséget örökölt és tetemes vagyont kapott, az utóbbit azonban megtartani (pláne gyarapítani) nem volt sem érzéke, sem szerencséje. A sokoldalú adottság kezdeti zavarában sok mindennel megpróbálkozott, végül az iskola kitűnő matematikusaként (nem ritka jelenség!) a zenekonzervatóriumban kötött ki. Liszt Ferenc utolsó pesti látogatásakor a konzervatórium jeles tanárai Farkas Géza zongorajátékával is meglepték a világjáró világhírű mestert, amelynél nagyobb elismerést aligha kaphatott a varázsos billentyűk virtuózjelöltje. Széles skálájú tehetségének próbahelyeül végül mégis a medicinát választotta. Ez sem egyedi eset. Bécs, majd Pest orvosi fakultásának elvégzése után 1897-ben kapott orvosdoktori diplomát a kiugró képességű tudósjelölt, akinek megszerzéséért illusztris intézetek versengtek. Tangl Ferenc személye és a fizikusi-kémiai egzakt kifejezhetőség végül a fiziológiához szegődött — az állatorvosi főiskolára. Az orvosi kar fiziológus professzora ekkor Klug Nándor volt (Farkas Géza és Pekár Mihály medikus korában szorgalmasan látogatta Klug professzor laboratóriumát), a kiváló experimentátor és tankönyvíró. Noha létezett a Klug-intézet, az alig harmincesztendő Farkas Géza a század elején már komoly fiziológus tekintélynek számított. Értekezett a talentum és lángész lélektanáról (1901); 1902-ben pedig fontos könyv, a kar szellemi szintjét reprezentáló háromkötetes *Vademecum* (pontosabban Magyar orvosi *Vademecum*) jelent meg, szerkesztői: Kétly László és Nékám Lajos. A szerzők között megtaláljuk Blaskovics Fridolin (később László néven világhírű), Győri Tibor (Hazai gyógyászatunk vázlatos története), Illyés Géza, Krompecher Ödön, Kuzmik Pál, Moravcsik Ernő Emil, Ónodi Adolf, Rigler Gusztáv, Tauszk Ferenc, Thanhoffer Lajos, Vámosy Zoltán és Verebély Tibor nevét. E „trilógia” az 1900-ban befejezett hatkötetes Bókai—Kétly—Korányi-féle belgyógyászati kézikönyv után is átfogó folytatásnak bizonyult. Ilyen illusztris szerzők közé emelkedett, vagy inkább robbant be az állatorvosi főiskola fiziológiai tanszékéről a fiatal Farkas Géza, akinek feladata volt a fiziológiai fejezet tömör megírása. A tíz oldalon tárgyalt élettani összefoglalója pontos és áttekinthető. A beosztási arányokból már kitetszik, hogy az optika és az idegélettan, a fiziológia e két „legfizikusabb” ága különösen érdekelte.

Első igazán nagyszabású előadását 1902-ben tartotta az Akadémián „A vérsavó hydroxyl-ion-tartalmáról.” Félélmes hírére valószínűleg ez az exozé alapozta meg. Ugyanis a rengeteg bonyolult kémiai képlet és fizikai egyenlet (melyik orvos ismerhette akkor még a Max Planck elektromossági egyenletét!), ez a tanulmány sokkal inkább egy fi-

zikai szaklapba illő. A hallgatóság egyik fele bizonyára megrémült, a másik fele elámulni ennyi bonyolult matematikai formula láttán. Ugyanis az összegezés annyi, hogy a vérsavó hydroxyl-ion koncentrációja „a közömbös reakció körül ingadozik”, s ezt az egyszerű élettani tényt ilyen bonyolult képletekkel bebizonyítani bizonyára matematikai bravúr, de lévén orvosoknak szóló, inkább kerülendő. Közös közleménye Scipiades Elemérrel, aki akkor a Tauffer-intézet tanársegédje volt, a „Vizsgálatok terhesek, szülők és gyermekágyasok vérsavójának, s a magzatvíznek molekulás concentratio viszonyairól”, amely már igazi orvosi értekezés. Megállapították Korányi Sándor módszerével, hogy „a terheség alatt a savó fagyáspontja emelkedik, tehát a molekulás concentratioja csökken, a szülés után a concentratio a gyermekágyban a normális átlagra, vagy a fölé emelkedik.” Továbbá: „a magzatvíz fehérje nyomokat tartalmazó hypotóniás oldat, a vérnek nem egyszerű transsudatum”. Mindkét előadás a M. Tud. Akadémia III. osztályának folyóiratában jelent meg.

Tangl Ferenc vargabetűs tanszéki pályafutását Farkas Géza munkatársi vonzódással követte. Az állatorvosi főiskola élettani tanszékének élére Tangl 1892-ben került, az érdekesség kedvéért megemlítjük, hogy előtte egy évig ezt a tanári tisztséget Korányi Sándor tanársegéd töltötte be, helyettesi minőségben. Ami egyben azt is jelenti, hogy akkor az orvosi egyetem és az állatorvosi főiskola elméleti intézetei között jelentős oda-visszaáramlás létezett. Sőt, nem egy esetben a két felsőfokú egészségügyi oktatási intézmény tanszékeit ugyanaz a személy irányította. Tangl Ferenc pl. 1903-tól Plósz Pál halála után az orvoskaron az „élet- és kórvegytan” tanára lett, s közben az állatorvosi főiskolán az 1917-ben bekövetkezett haláláig az állatélettani és takarmányozástani kísérleti állomás vezetője maradt. Tangl Ferenc utóda az állatorvosi főiskolán rendkívüli tehetségű tanítványa Farkas Géza lett, aki az élettanon, szövettanon és fejlődéstanon kívül a terméztant is előadta. Micsoda teljesítmény egy harmincéves fiatalembertől. 1905-ben egy évre a berlini gazdasági főiskolán Zuntz tanár intézetében ösztöndíjas. Hazajövet, a kibontakozni-megnyilvánulni kínáló (nemcsak főiskolai) pedagógus a *Népszerű Főiskola* tanfolyamán „élő szervezetünk működésének áttekintéséről” tartott előadást, továbbá a Nyugat egyik szellemi elődjének lapjain, a *Szerda* nevet viselő tudományos és művészi folyóiratban értekezett a partenogenezisről. Úttörőként beszélt és írt 1908-ban a *Színes fotografozásról*, s a Lumière fivérek eme nagy horderejű találmányának szövettani-bakteriológiai alkalmazhatóságáról. Az állatorvosi főiskola kiadványai között 1909-ben jelent meg Farkas Géza avatott tollából *Az állati lélek kérdése*. Bevezetőjében a Kepler-törvények mikrokozmoszbeli analógiáit és a kanti filozófia termékenyítő hatását fejtegeti a töle megszokott, metszően éles logikával. Érdekesebb, hogy Dubois—Reymond-féle pesszimista ignorabimus és a spekulatív dogmatikus-teológus nézetekkel szemben már Pavlov szemléletét hangsúlyozza, úgy mond „az érzések törvényszerű kapcsolatát objektív folyamatokkal kell magyarázni”.

A Természettudományi Közlöny 1913-as évfolyamában jelent meg Farkas Géza nagy tanulmánya: *A művészeti távlat törvényei az élettan világításában*. Ismerteti a vonaltávlat törvényeinek történetét, amely optikai törvényszerűségek az egyiptomi és görög falfestményeken ismeretlenek. A sik-ábrázolás helyett a térábrázolást először Itáliában Brunelleschi tanulmányozta a matematikus Toscanelli segítségével. Külön foglalkozik Mantegna „Krisztus siratása” című csodálatos képével, az úgynevezett „skurcban” való ábrázolás máig felülmúlhatatlan remekével, továbbá a Camera degli sporsi mennyezeti freskóival.

Az első világháború idején jóformán Farkas Géza az egyetlen fiziológus oktató. 1914-ben meghalt Udránszky László, az orvoskari élettan professzora, helyére Tangl Ferenc nyert kinevezést, de sajnos akkor már beteg volt. Alig múlt ötven éves, amikor 1917-ben ismét megürült az élettani katedra. A háború utolsó évében a fiziológiát Kőrösy Kornél rendkívüli tanár adta elő. Győry Tibor kartörténete szerint az 1920. szept. 25-i határozattal bízták Farkas Gézára az élettan oktatását, „akinek kinevezését az 1921. okt. 11-én tartott ülésből folyólag újból megszürgették. Végül az 1922. febr. havi r. kari ülésen jelentést tett a dékán, hogy Farkas kinevezése az élettan ny. r. tanárává jan. 12-én megtörtént.” 1918-ban jelent meg a Manninger Vilmossal és Vészi Gyulával írt *Über Hautdesinfection* című dolgozata, amely sajnos akkor nagyon időszerű volt.

Amikor 1920 őszén a fiziológia oktatását Kőrösy Kornéltól átvette, már a fővárosban szorongott a kolozsvári és az alig egyéves pozsonyi egyetem. Napi hat órában valamennyi egyetemen ő adta elő az élettant. A késői utód Beznák Aladár szerint a hareterekről hazavánszorgó éhes és rongyos medicusok Farkas Géza előadásain minden bajukról megfeledkeztek. A tankönyvhiányt enyhítő, 1922-ben jelent meg az *Élettani előadásai*, alcíme: „Az energiaforgalom életjelenségei. Biophysika. (izom-, ideg- és hőélettan)”, 116 oldalas kis összefoglaló, a szerző szavaival „nagyobb tankönyv írására most nem volt elég idő.”

Személye rendkívüli jelenség volt, intuitív és zseniális interpretátor az orvosoktatási pódiumon. Alakját már életében legenda lengte körül. Obligát tászkájával a hóna alatt, az utcán különös lényének kijáró tisztelettel súgtak össze mögötte. Kelen Béla szerint „Nem játszotta a magába mélyedő szórakozott tudóst, sőt valami művészi bájos bohémság ömlött végig egész lényén.” A *Humorarium Medicorum* s a még élő tanítványai színes anekdotákat őriznek róla. Szenvedélyes utazóként a Szaharától a Niagaráig bejárta a fél világot. Eljutott a Szolnok melletti tanyákra is, de erről majd később. Csak családi életében nem volt szerencsés. Nyolc élő nyelven olvasott, írt, beszélt folyékonyan, a klasszikus nyelveket filológusi szinten ismerte. A ragyogó improvizátor mindig kész volt egy-egy színes előadásra, s előadó híján előadói beugrásra. Az Eötvös Loránd alapította Kis Akadémia jolly jockere, az orvoskari hangversenyek zongorista kísérője, a házi összejövetelek gitáros szolista. Különcködéseivel szenzációra szomjas sznobok, a felső matematikában való jár-

tasságával az igényes szakmabeliek elképedő csodálatát váltotta ki. Szakirónak nem volt termékeny. Legismertebb vizsgálatait 1926-ból valók. A természettudományi alap anyagi támogatásával, Geldrich János és Szakáll Sándor munkatársai segítségével foglalkozott a legnehezebb mezőgazdasági munkák energiaigényével. A Szolnok és Szajol melletti tanyákon vizsgálták Douglase-Haldane-féle respirációs gázcsere meghatározással az aratás és cséplés egyes munkafázisait. Egy perc alatt 25 kaszavágást végeztetve megállapították, hogy kb. 2000 köbcéntiméter oxigén fogy el és mellette kb. 8000 kilokalória hőtöbblet keletkezik. A marokszedésnél ennek kileneven, a kötélvetésnél ötven százaléka. Vagyis a sport- és iparimunkás-teljesítményekkel összehasonlítva, a kaszálás a legnehezebb. A vizsgálatok nagy visszhangot váltottak ki. Az 1927 évi felsőházi ülések jegyzőkönyve szerint Korányi Sándor, amikor fellépett a vidéki egyetemek megszüntetése ellen, a falusi nép nyomorát, elesett fizikai állapotát ismertetve, barátja, Farkas Géza vizsgálatainak riasztó eredményeivel érvelt. A szükséges 8 ezer kalória helyett aratás idejére öt és fél, csépléskor 4 ezer kalória jut, így nem csoda, ha két hét alatt 7-8 kg-ot fogynak. Később felfigyeltek rá a falukutató írók is. Kovács Imre, *A néma forradalom* írója 1977-ben még emlékezett rá, hogy amikor a Szekfű szerkesztette *Magyar Szemle* részére írt a mezőgazdasági cselédek nyomoráról, kéziratát egyik szakértőként Farkas Géza professzorral lektoráltatták. Tehát a bohém embernek nagyon is volt érzeke az országos drámához.

Vizsgálták az energiaigényt orgonálásnál és táncoknál mint a keringő, foxtrott, charleston. Pl. közepes ritmusban a charleston a kaszálás oxigénfogyasztásának hetvenöt százalékát igényli. Nem lebecsülendő teljesítmény.

Farkas Géza 1929—31 között dékán volt, ez utóbbi évben jelent meg a *Biochemiai bevezető előadások, fehérjék, szénhidrátok, zsírok, erjesztők és sorsuk a szervezetben*, amely már klasszikus könyv, nem „szenved matematikai túltengésben”. Hári Pál halála után 1933-ban az egyetem Farkas Gézárt kérte fel az „élet- és körvegytani” előadások tartására, ennek azonban már csak egy esztendeig tehetett eleget, 1934. szeptember 13-án, 62 éves korában elhunyt. Halála után neve az egyetemen élő fogalom maradt. Posztumusz műve: *A szem optikája* Blaskovics professzor gondozásában jelent meg 1935-ben. A Kis Akadémia kiadványaként. Ez a mű azóta a szemészeti optika klasszikus alapmunkájának bizonyult. Szintén halála után jelent meg a Tangl Harald tanítványával közösen írott *Az ibolyántúli sugarak hatása festékeknek a vérből való kivándorlására normális és lépüktől megfosztott kutyákon* című dolgozata.

Farkas Géza a színhagyományos orvoskari legendák és írott orvostörténetünk egyik legmarkánsabb alakja. A még élő egykori hallgatói immár ötven éve idézgetik extra szellemi képességeit, színes egyéniségét. Csak kartörténeti kuriózum maradt volna? Ha valaki Bartók Imrének az 1954-ben megjelent magyar szemészeti történetét veszi kézbe, akkor még annyi sem. Ugyanis abban nem sorolom

fel, hány névtelen személynek jutott hely, Farkas Géza nevét azonban meg sem említi. Az 1967-ben kiadott Magyar Életrajzi Lexikonból kimaradt időtálló műve: *A szem optikája*. Pedig Blaskovics László professzor már 1935-ben megírta, hogy a munkája „örök emléke lesz Farkas Géza szellemének!” Kitűnő szemésznünk, Vörösmarthy Dániel *A szem optikája* című 1974-es kiadású könyvében Farkas Géza munkáját az alapművek közé sorolja. Kettesy Aladár mellett az egyetlen, amely magyar nyelven megjelent. Igaza lett hát Blaskovics professzornak, így cikkünk címét azzal módosíthatjuk, hogy nemcsak az élete, de *A szem optikája* is főműve marad, időtállóbban, mint a legendák. A magyar szemészet történetét nem lehet a neve nélkül megírni, ha optikai műve egy mai szakkönyvben is forrásmunkaként szerepel. Remélhetőleg a jövő historikusainak figyelmét ez a tény nem fogja többé elkerülni, noha Buffon mondása; „a mű a minden, az ember az semmi” az orvosprofesszorokra igazán nem érvé-

nyes. Ha Buffon Claude Bernard kortársa lett volna, aligha ír ilyen aforizmat. Am az emlékezet is hálás, ha Magyar Imre medikusi élményei között Farkas Géza szuggesztív hatása a Lenhossék Mihályé és Korányi Sándoré mellett maradt meg.

Ennél nagyobb elismerést nem mondhatunk az ötven éve elhunyt polihisztor professzorról.

Szállási Árpád dr.

IRODALOM: 1. Magyar orvosi Vedemecum, I—III. kötet, szerkesztette Nékám Lajos és Kétly László. (Bp. 1902.) — 2. Matematikai és Természettudományos Értesítő, 1903-as évfolyam. — 3. Kivonat Korányi Sándornak az 1927-ben tartott felsőházi expozéjából. — 4. *Farkas Géza: A szem optikája*, Blaskovics László előszavával, Kelen Béla és Balogh Ernő megemlékezésével. (Bp. 1935.) — 5. *Győry Tibor: Az orvostudományi kar története, 1770—1935.* (Bp. 1936.) — 6. *Kotlán Sándor: A magyar állatorvosképzés története, 1787—1937.* (Bp. 1941.) — 7. *Vörösmarthy Dániel: A szem optikája.* (Bp. 1974.) — 8. Gyógyító tudósok. (Bp. 1982.) — 9. *Huszár Tibor: Beszélgetések* (köztük Kovács Imrével, Bp. 1983.) — 10. *Magyar Imre: A kérdés.* (Bp. 1984.)

Halottaink

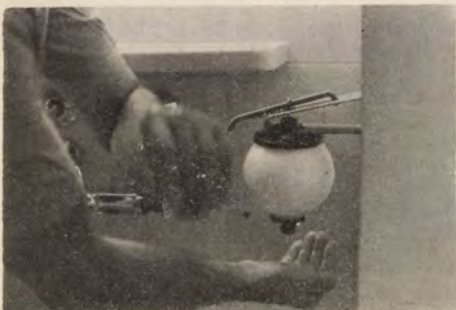
Aczél György dr. (1923) egyetemi tanár a Semmelweis OTE Eü. Szerv. Int. igazgatója 1984. jan. 8-án;
Arányi Sándor dr. (1914) Orsz. Orvosszakért. Int. főo. 1984. jún. 6-án;
Balla Imre dr. (1899) miskolci kórház nyugd. szül. főo. 1984. márc. 22-én;
Balló János dr. (1905) székesfehérvári Ri. nyugd. fogszakorvos 1984. márc. 17-én;
Baltavári László dr. (1924) szombathelyi kórház ideg-elmeoszt. főo. 1984. febr. 19-én;
Bereczki Jenő dr. (1914) kőrösszegapátii nyugd. körz. orvos 1984. ápr. 14-én;
Borsos László dr. (1897) fővárosi IX. ker. Ri. nyugd. seb. szakorvos 1984. február 23-án;
Bretán Miklós dr. (1916) Semmelweis OTE III. Belklin. egyetemi tanár 1984. jan. 12-én;
Csipő Elemér dr. (1912) váshartyáni nyugd. körz. orvos 1984. febr. 13-án;
Csobánzi Gyula dr. (1932) fővárosi KÖJÁL szaktan. főo. 1984. jan. 20-án;
Dallos Tibor dr. (1937) szigetvári Ri. fogszakorvos 1984. febr. 3-án;
Farkas Dezső dr. (1944) hajdúböszörményi Ri. fogszakorvos 1984. ápr. 13-án;
Frigyesi Gyula dr. (1912) székesfehérvári kórház nyugd. rtg.-főorvos, 1984. jún. 8-án;
Gál Lajos dr. (1928) esztergomi üzemorvos 1984. máj. hóban;
Gottschall János dr. (1899) balatonfenyvesi nyugd. körz. orvos, 1984. márc. 2-án;
Győri János dr. (1928) BM. KOK Békéscsaba, körz. orvos 1984. május 1-én;
Hatos Györgyi dr. (1950) kisújszállási Ri. fogszakorvos 1984. jan. 14-én;
Hermann Imre dr. (1889) fővárosi nyugd. ideg-szakorvos 1984. febr. 22-én;
Héjjas Jenő dr. (1917) fővárosi Róbert K. krt. Kórház Detox. áll. nyugd. szakorvos 1984. febr. 2-án;
Holló Miklós dr. (1930) kecskeméti körz. orvos 1984. márc. 24-én;
Hullay József dr. (1921) debreceni Idegklin. egyet. tanár 1984. jan. 16-án;
Imre Lázár dr. (1905) zalaegerszegi kórház nyugd. szájsseb. főorvos 1984. márc. 8-án;

Irás Jenő dr. (1941) dél-pesti kórház rtg. főorvos 1984. júl. hóban;
Járfás Sándor dr. (1894) fővárosi VIII. ker. Tbc Gi. nyugd. szakfőorvos 1984. márc. 2-án;
Józsa Adrián dr. (1913) fővárosi ORFI nyugd. urol. főorvos 1984. febr. 13-án;
Juhász Pál dr. (1916) Semmelweis OTE Psych. Klin. egyet. tanár 1984. febr. 27-én;
Juricskov Antal dr. (1911) fővárosi VII. ker. nyugd. körz. orvos 1984. febr. 16-án;
Kápolnai Dezső dr. (1909) esztergomi KÖJÁL ÁKF nyugd. orvosa 1984. jan. 3-án;
Kerpel F. Ödön dr. (1906) Semmelweis OTE II. Gyermekklin. nyugd. egyet. tanár 1984. ápr. 22-én;
Keszthelyi Márta dr. (1938) szentendrei körz. gyermekorvos 1984. ápr. 11-én;
R. Kiss István dr. (1908) fővárosi MÁV. Ig. nyugd. ell. főorvos 1984. febr. 2-án;
Kovács János dr. (1900) pécsi nyugd. körz. orvos 1984. jan. 10-én;
Kovács Zsigmond dr. (1908) fővárosi MÁV kórház nyugd. börgy. főorvos 1984. febr. 29-én;
Krámer Márta dr. (1944) kerepestarcsai kórház börgy. főorvos 1984. febr. 13-án;
Krohn János dr. (1902) fővárosi XIII. ker. nyugd. körz. orvos 1984. febr. 25-én;
Lakatos József dr. (1941) hajdúböszörményi körz. orvos 1984. máj 21-én;
Lakos István dr. (1943) bugaci körz. orvos 1984. ápr. 15-én;
László Nándor dr. (1935) Eü. Miniszt. oszt. vez. 1984. febr. 3-án;
Ledényi Tibor dr. (1920) győri Ri. nyugd. rtg. szakorvos 1984. jan. 25-én;
Maróczy József dr. (1925) fővárosi Humán Oltóanyag nyugd. oszt. vez. 1984. febr. 27-én;
Máthé Csaba dr. (1940) miskolci kórház elmeoszt. főorvos 1984. febr. 14-én;
Medgyaszay Gusztáv dr. (1900) fővárosi SZOT nyugd. ellenőrz. főorvos 1984. márc. 12-én;
Mészáros Endre dr. (1920) sziráki nyugd. körz. orvos 1984. ápr. 11-én;
Mihalovits Sándor dr. (1899) makói Ri. nyugd. fogszakorvos 1984. jan. 23-án;
Mihályi István dr. (1905) pécsi Ri. nyugd. nőgy. szakfőo. 1984. jan. hóban;

Molnár Imre dr. (1947) szandai körz. orvos 1984. máj. 1-én;
 Nagy János dr. (1929) egri Tbc Gi. főorvos 1984. márc. 13-án;
 Nagy József dr. (1905) dunakeszi Ri. nyugd. reuma főorvos 1984. febr. 25-én;
 Nagy Tibor dr. (1920) debreceni I. Seb. Klin. egyetemi tanár 1984. febr. 13-án;
 Náray László dr.: (1912) kalocsai kórház nyugd. szül. főorvos 1984. ápr. 13-án;
 Németh Imre dr. (1925) hevesi körz. orvos 1984. máj. 23-án;
 Orosz József dr. (1897) horvátkimlei nyugd. körz. orvos 1984. jan. 1-én;
 Ólveczki Margit dr. (1910) veszprémi Tbc Gi. nyugd. orvos 1984. márc. 22-én;
 Pavlov Iván dr. (1923) hevesi Ri. nyugd. felülv. főorvos 1984. jan. 22-én;
 Perjés István dr. (1936) kisvárdai kórház Rtg.-oszt. adj. 1984. márc. 6-án;
 Pikler Emmi dr. (1902) fővárosi Lóczy u-i Cse-csemőotthon nyugd. ig. főorvos 1984. jún. 7-én;
 Pohl Ödön dr. (1914) Semmelweis OTE Psych. Klin. nyugd. adj. 1984. jan. 21-én;
 Pomgrác Ferenc dr. (1908) fővárosi Trefort u. Ri. nyugd. seb. szakorvos 1984. jan. 4-én;
 Schajdik János dr. (1926) UKK körz. orvos 1984. jan. 6-án;

Schannen Miklós dr. (1906) fővárosi XVI. ker. Ri. nyugd. nőgy. szakorvos 1984. jan. 16-án;
 Sólyom Sándor dr. (1901) Pest megyei KÖJÁL nyugd. ig. főorvos 1984. máj. 6-án;
 Soós Zoltán dr. (1927) fővárosi XXI. ker. körz. főorvos 1984. jan. 14-én;
 Sömjén Mór dr. (1893) tapolcai nyugd. körz. orvos 1984. ápr. 2-án;
 Szabó László dr. (1899) veszprémi Ri. nyugd. felülvizsg. főorvos 1984. máj. 2-án;
 Szabó László dr. (1923) hatvani kórház seb. főorvos 1984. máj. 26-án;
 Szilágyi Lajos dr. (1896) badacsonylábdii nyugd. körz. orvos 1984. febr. 9-én;
 Tarján István dr. (1928) bajai Ideggond. szakfőorvos 1984. ápr. 14-én;
 Valló Dezső dr. (1911) OTKI Vérellátó nyugd. ov. főorvos 1984. márc. 13-án;
 Vecsey Lajos dr. (1920) kaposvári nyugd. körz. orvos 1984. márc. 7-én;
 Vereczkey Péter dr. (1893) kecskeméti Ri. nyugd. felülvizsg. főorvos 1984. jan. 18-án;
 Vidos György dr. (1941) fővárosi XXI. ker. Ri. fogszakorvos 1984. jan. 26-án;
 Zsebők Zoltán dr. (1908) Semmelweis OTE Röntgen Klin. nyugd. egyetemi tanár 1984. febr. hóban elhunyt.
 Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!

DESINFECTPRESS FERTŐTLENÍTŐ FOLYADÉKOT ADAGOLÓKÉSZÜLÉK



FELHASZNÁLÁSA: higiénés, illetve sebészi kézdesinficiáláshoz, műtőkben, kórtermekben, rendelőkben, laboratóriumokban, egyéb kórházi helyiségekben.

JELLEMZŐI: alkalmas bármilyen korszerű kéz-deszinficiens (Bradosan, Bradosept, Biotensid, Betasodona stb.) gazdaságos adagolására. A készülék megbízhatóan működik, anyagai hosszú élettartamot garantálnak. Kezelése egyszerű, könnyen tisztítható, megfelel az egészségügyi előírásoknak.

MŰKÖDÉSE: Az adagolókat könnyekkel lenyomva a dugattyú a szelepen át 2,5 ml fertőtlenítő folyadékot nyom a kifolyónyílás alá tartott kézre.
 DP-12 típus űrtartalma: 750 ml
 DP-13 típus űrtartalma: 1000 ml
 Fogyasztói ára: 1700 Ft. (űrtartalomtól függetlenül)

Forgalomba hozza: OMKER, V. ker. Osztály 1066. Budapest Ó u. 44.

Gyártja:



TECHNOMED GMK
 6800 HÓDMEZŐVÁSÁRHELY, JÓKAI U. 62/A.



Orvosi pszichológia

A gyermek születése utáni változások a családban. Harriman, L. C. (Department of Vocational-Technical Education, University of Illinois, Champaign, IL 61820, USA): Family Relations, 1983, 32, 387.

Az ötvenes évek végén és a hatvanas években készült első leírások a gyermek születését követő időszakot „súlyos krízisként” írták le a családban. A hetvenes évek finomabb módszereket alkalmazó kutatásai már a hátrányos következmények regisztrálása mellett jobban figyelték a gyermek érkezését követő pozitív hatásokra is, külön vizsgálták, hogy miként alakul az apa és az anya reakciója, valamint a házassági kapcsolat minősége. A szerzők által ismertetett kutatás az említettek mellett már az első gyermek és a későbbi gyermekek születésének hatásait is igyekszik feltárni.

Postán kiküldött kérdőívek segítségével 132 feleség és 120 férj tapasztalatairól kaptak adatokat. Az első gyermek születésekor a szülők szignifikánsan több változást érzékelnek, mint a későbbi gyermek születésekor, az utóbbi esetben a házasságra gyakorolt hatásokat kedvezőbbre értékelik. (Ez feltehetően összefügg a szülői szerepekkel járó feladatok tanultabb ellátásával és azzal, hogy az első gyermek születése után már létrejön a házassági kapcsolat bizonyos átstrukturálódása, amely a további gyermekek születésekor nem változik lényegesen.) A személyes alkalmazkodás szempontjából a legtöbb problémát az okozta, hogy jelentős időt kell fordítani a gyermek gondozására, kevesebb energia jut önmagukra és a partnerre. Nem meglepő, hogy a nők sokkal nagyobb mérvű változást és nehézséget regisztráltak, mint a férfiak, akik egyedül a feleségük megváltozott szexuális reakciókészségét említették komolyabban, a házassági kapcsolatot negatívan befolyásoló problémának. A korábbi vizsgálatok adatainak részben ellentmond, hogy minden egyéb változást a férfiak és nők egyaránt pozitívnak jeleztek a házassági kapcsolat terén, talán ezekre jobban felkészültek, normálisnak tartják, és ezért kevésbé zavarónak. A házassági kapcsolatban tehát csak a szexuális kapcsolat romlik.

A szerzők arra is felhívják a figyelmet, hogy a szülők felkészítése során nagyobb hangsúlyt kellene helyezni a gyermek születése kapcsán várható érzelmi, időbeosztásból származó stb. nehézségekre, a

férj és a feleség reakciójában levő különbségekre (így jobban megérthetnék a másikat), és arra, hogy a negatív és pozitív változásokat egyaránt ismerjék, számítsanak rá még a gyermek megszületése előtt.

(Ref.: A vizsgálat eredményeinek elfogadását gyengíti, hogy a minta nem reprezentatív — nem jelzik pl., hogy a kiküldött kérdőívek hány százaléka érkezett vissza —, és számos korlátja van a saját beszámolón alapuló vizsgálatnak. A családterápiás tapasztalatok mindenestre sokkal több nehézségre, megterhelésre utalnak, mint amit ez a vizsgálat regisztrál.)

Telkes József dr.

Pótmamák motivációi. Parker, P. J. (26645 West Twelwe Mile Rd., Suite 206, Southfield, MI 48034, USA): Amer. J. Psychiatry, 1983, 140, 117.

A cikk szerzőjéhez egy ügyvéd irányította azokat a nőket, akik pótmamának (pontosabban anyahelyettesnek, „surrogate mothers”) jelentkeztek, vagyis arra vállalkoznának, hogy előzetes szerződés alapján mesterséges megtermékenyítéssel gyermeket szüljenek és őt azután — a szülői, nevelési jogokkal együtt — átadják azoknak a pároknak, ahol a nőnek nem lehet gyermeke. Tapasztalatairól a szerző 125 jelentkezővel végzett kérdőíves vizsgálata és mélyinterjúi alapján számol be. A jelentkezők 89%-a közreműködésért pénzt kérne — 40%-uk munkanélküli volt. Az anyagi szempontokon túl szinte kivétel nélkül egyéb célja is van e sajátos szolgáltatásra való vállalkozásnak. 91%-uk legalább egyszer már volt terhes, többségük meg is szülte gyermekét, legtöbbjüknek kellemes emlékei vannak a terhességről, érzelmi és másodlagos jutalmait (pl. a kitüntetett figyelmet a környezet részéről) nagyra értékelték.

További jelentős motiváló tényező volt, hogy — gyakran tudattalanul — úgy érezték, hogy a pótmamáság segítene korábbi veszteségeik feldolgozásában. A jelentkezőknek ugyanis 35%-ban terhesség-megszakítás vagy más ok miatt meg kellett válnia gyermekétől, néhányuk meg is fogalmazta, hogy szeretnék újra átélni és korrekatív módon feldolgozni ezt a helyzetet.

A szerző következtetések levonására nem vállalkozik, vizsgálata eredményeinek leírását előzetes közlésnek szánta.

Telkes József dr.

Középiszkolás tanulók öntetoválasa. Thomson, W., McDonald, J. C. H. (Lankashire Health Board, 14 Beckford Str., Hamilton, Scotland): Lancet 1983, II, 1243.

A szerzők az utóbbi években megfigyelték, hogy a középiszkolás diákság között terjedőben van az öntetoválas. Tekintettel arra, hogy ezzel a nem elhanyagolandó kérdéssel alig foglalkozik az orvosi irodalom, szükségesnek tartották, hogy felmérést végezzenek területükön az öntetoválas elterjedésének mértékéről. 15 hónap alatt 7 középiszkola 779 diákját vizsgálták meg. Ezek átlagosan 15 évesek és különböző társadalmi rétegből való gyermekek voltak. Összesen 31 diáknál (27 fiú, 5 lány) találtak tetoválasat, 159 féle ábrát, többnyire a bal felső végtag különböző részein (kézhát, ujjak háti felszíne stb.). A tetoválasnak hygiénés (különféle betegséget, u. m. serum hepatitis, syphilis, lepra, tbc, lehet okozni) és szociológiai jelentősége van.

Tekintve, hogy a későbbiekben a tetoválas eltüntetése jelent problémát (a sok jelentkező miatt hosszú várakozási idő) kiterjedt és állandó felvilágosító munkát tartanak szükségesnek a diákság körében ennek az elterjedt káros szokásnak megakadályozására.

Földes Gyula dr.

Esti tévézés és alvás. I. Saletu, B., Grünberger, J., Anderer P.: Med. Welt, 1983, 34, 829.

Befolyásolja az esti tévézés az éjszakai alvásunkat? És ha igen, akkor hogyan? A közlemény célja ennek vizsgálata.

Esténként milliónyian ülnek a tévé előtt késő éjszakai és nassolnak mellette. A tévézés alvási károsító hatását már korábban köztudották a gyermekek megfigyelése alapján, kimutatták, hogy a kevesebbet tévézők korábban mennek lefeküdni és többet alsznak. A szerzők célja az alvás és ébredés minőségének vizsgálata volt esti krimifilm nézése után kontrollált alváslabor feltételek mellett.

10 páciens, akik közül 5 férfi és 5 nő volt 19 és 68 éves életkor között, kettős vak kísérletnek vetettek alá, és akiknek mindegyike már legalább fél éve elalvási és alvászavarokról, valamint korai ébredésről panaszkodott. A máj- és vesebetegeket, valamint a nyugtatókkal és altatókkal kezelteteket kizárták. Az alváslaboratóriumban összesen 17 éjszakát töltöttek (adaptációsát, gyógyszeres placeboval és tematizált placeboval, tévés éjszakát gyógyszer nélkül, tévés éjszakát placeboval és gyógyszerrel). A tematizált placebo (Planum) egy diazepam származék, mely sietteti az elalvást és megnyújtja az alvásidőt. Az ágyban fekvő pácienseknek egy 50 perces tévé-krimifilmet vetítettek, és randomizáltan csak olyan filmet választottak, amit a páciensek még

nem láttak. Reggel a páciensek egy alvaskérdőívet töltöttek ki.

Az eredményeket értékelve az alapvizsgálatból kiderült, hogy a vetített 4 tévéfilm a „Manhattan” („Kojak”) sorozatból nem tetszett, de meggyőződtek, hogy a filmek sem az elalvást, sem az átalvást, valamint az álom tartalmát nem befolyásolták. Az *összalvási idő* placebo adására és főleg tévézés után csökkent, míg az aktív gyógyszerekre tévézés után és anélkül az alapvizsgálathoz viszonyítva megnőtt, mégpedig statisztikailag szignifikánsan. Az *elalvási idő* az esti tévézés után megnyúlt, placebo és temazepamra megrövidült, de a különbség már nem volt statisztikailag szignifikáns. Az *ébredést* esti tévézés után és placebo bevétele után gyakoribbá vált és megnőtt, míg temazepamra a dózistól függően szignifikánsan csökkent és megrövidült.

Angeli István dr.

Esti tévézés és alvás. II. Saletu, B., Grünberger, J., Anderer, P.: Med. Welt, 1983, 34, 866.

Subjektív alvásmínőség. A mélyalvás a báziséjszakához viszonyítva tévézés után, placebo szedése mellett is csökken. 10 mg temazepam bevétele után azonban a tévézés ellenére is szignifikánsan megnő. *Felületesebb alvást* tévézés után, placebo szedésekor láttak, temazepam adása után viszont a dózistól függően már csökkent. Az *elalvási nehézségek* ugyanígy placebo és tévézés után fokozódtak, temazepamra csökkentek. Ugyanezt tapasztalták az *átalvási zavarok* megfigyelésével is. Ugyanígy az esti tévézés temazepam nélkül éjszakai felébredés esetén *megnehezítette az újbóli elalvást, a kialvás nehézségeivel* járt korábbi reggeli ébredéssel. Az *álmok hosszúságában és tartalmában* szignifikáns különbséget már nem észleltek.

Az *ébredések* **szubjektív alakulása.** Szignifikáns különbséget az ébredés szubjektív közérzetében, a hangulatban, fejfájásos, szájkiszáradásos, szédüléssel panaszokban nem tapasztaltak. Az *ébredések objektív értékelésével* sem tudtak szignifikáns különbséget kimutatni.

Vizsgálataik kérdéseit lényegileg 3 csoportra lehet osztani: 1. Az esti tévézés hatását az alvásra. 2. Az altató hatással bíró temazepam objektív és szubjektív alvásmínőségre kifejtett hatására. 3. Az esti tévézés és temazepam kölcsönhatására. Megfigyeléseik és vizsgálataik alapján az esti krimifilm-fogyasztás a televízióban az alvásprofilban túlzott változásokat nem okoz, de felőrával megrövidíti az alvásidőt, félőrával késlelteti az elalvást és mérsékli az alvás értékét. Mindezek a vizsgáltak szubjektív panaszaiban is visszatükröződtek, amennyiben alvásuikat felületesebben ítélték meg, megnőtt az elalvási és kialvási zavarok száma

és e panaszok placebo adásával sem voltak kiküszöbölhetőek. Szubjektíve tehát az esti tévézés alvásmínősége kissé romlott. A tapasztalatok szerint a reggel felébredt kérdőív-kitöltők az esti averzióval járó film vetítése után rosszabb alvásról számolnak be, mint egy semleges hatással bíró film vetítése után. Az esti tévézés és reggeli teljesítőképesség között összefüggést nem tudtak kimutatni, de egy kaliforniai, 510 000 diákot magában foglaló vizsgálat szerint a napi átlagos 2 órás tévézés az olvasással, írással és matematikai számításokkal kapcsolatos terhelhetőséget rontotta.

A második kérdésre válaszolva kiderült, hogy a temazepam ezen páciensek alváskvalitását javította, amit ők maguk szubjektíve is megerősítettek, sőt a reggeli ébredés minősége sem romlott és ettől említésre méltó mellékhatást sem láttak.

Az esti tévézés és temazepam kölcsönhatását illetően kiderült, hogy az esti tévézés negatív, alvászavarokat okozó hatását temazepammal gyengíteni, illetve blokkolni lehet.

Angeli István dr.

A limfocita-stimuláció gátlása házastárs elvesztése után. S. J. Schleifer és mtsai (Dept. of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, N. Y. 10029, USA): JAMA, 1983, 250, 374.

Régóta ismeretes, hogy a házastárs elvesztése után az özvegyek mortalitása és morbiditása nagyobb, mint a velük összehasonlítható népességé. Ezt az utóbbi években több nagyobb vizsgálat is bizonyította. E jelenség többféle mechanizmus révén jön létre. Egyik mechanizmus lehet az immunrendszer károsodása. *Bartrop* és munkatársai 1977-ben kimutatták, hogy a házastársukat gyászoló limfocita-stimulációját (phytohem-agglutinin és concanavalin-A-val) gátló a kontroll csoporthoz képest.

A szerzők ezt a vizsgálatot ismételték meg, mégpedig prospektív vizsgálati elrendezésben. 15 olyan férfit választottak ki (nagyobb vizsgálati csoportból, de többen ebből lemorzsolódtak), akiknek felesége gyógyíthatatlan mellrákban szenvedett. A feleség betegsége idején is ismételten mérték a limfocita-stimulációt, majd pedig a halál eset után többször is. Megfelelő kontroll csoportjuk is volt.

A limfocita-stimulációt a halál eset után jelentősen gátoltak találták. Főleg az első hónapban volt a gátlás erős, de kiterjedt a második hónapra is. *Bartropék* főleg a második hónapban találták a csúcsot. A vizsgálat segítségével megállapítható volt, hogy a limfocita-stimuláció gátlása nem volt összefüggésben a feleség betegségének sztrészével, hanem az a haláleset, a gyász közvetlen következménye volt.

Az alacsony limfocita-stimulációs válaszreakció általában súlyos sztrész után áll fenn (marathonfutás, úrutazás, hosszabb alvásmegvonás stb.), de általában rövid ideig, napokig tart. A gyászolók esetében ez a stimulációs gátlás hónapokon át is meglehet.

A szerzők a mechanizmusban a gyász pszichoszomatikus megbetegítő hatását látják. Más adatokat is idéznek arra vonatkozóan, hogy a hipotalamus, és általában a vegetatív idegrendszer kihat az endokrin rendszerre. Ilyen hatást kelt a depresszió is. A depresszió tüneti jeleit gyászreakcióban gyakran megtalálják.

Buda Béla dr.

A normális és a kóros gyász. J. T. Brown, A. Stoudemire (Box 3826, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710, USA): JAMA, 1983, 250, 378.

A gyakorló orvosok gyakran találkoznak a gyász jelenségével. A gyász állapot nagyon nagy mértékben befolyásolja a gyászoló egészségét. Gyakori, hogy a gyász pszichológiai tünetei miatt is orvosi segítségre van szükség. Gyász akkor áll elő, amikor valaki elveszt egy számára különösen fontos személyt, rendszerint családtagját. De a gyászhoz hasonló állapot jöhet létre valamilyen más személyes veszteség hatására is (pl. testrész elvesztése, funkcióképesség elvesztése betegség révén stb.).

A gyásznak — számos egyéni különbsége, sajátossága mellett — általánosítható, jellegzetes lefolyása van. Általában három szakaszban szokott a gyászreakció lebonnyolódni. Van egy shock-szakasz, egy gyászfeldolgozási szakasz és egy oldódási fázis. A shock-szakaszban elkeseredés, sírás, levertség, depresszióhoz hasonló állapot, kétségbeesés érzése, harag és tiltakozás a jellegzetes. Ilyenkor a gyászoló általában lefogy, álmatlan, különféle tünetei vannak. A feldolgozási szakaszban aránytalanul sokat foglalkozik a gyászoló az elvesztett személlyel. Ilyenkor sokat beszél róla, visszaemlékezik rá, gyakran álmodik róla, sokat van a sírnál stb. Ez a fázis hetekig, hónapokig tarthat, míg a shock-szakasz rendszerint rövidebb. A feldolgozási fázisban az érzelmi reakciók szabadon jelennek meg, míg a shock-szakaszban gyakran gátoltak. Az oldódási fázisban az érzelmi reakciók csökkennek, a halottra már ezek nélkül is vissza tud emlékezni a gyászoló, érdeklődése környezete iránt erősödik, életkörülményeihez alkalmazkodni tud.

A gyász normális lefutását pszichoszomatikus szerzők a sebgyógyuláshoz szokták hasonlítani. Lényegét abban látják, hogy a veszteséget fel kell dolgozni, mintegy át kell rendezni az emlékegyet és az érzelmi beállítódásokat. A hagyományos kultúrákban a gyásznak előírt időtartama és viselkedési

rituáléja van. A gyász mindig kollektív esemény ilyen kultúrákban. A társas keret és a viselkedési rituálé pszichológiai szempontból nagyon hasznos, a gyász zavartalan végbemenését biztosítja, könnyíti meg.

Civilizált társadalmakban e rituálék elveszítik hatásukat. Gyakran csak az orvos az, aki a gyászban segíteni tud. Normális gyász esetében az orvos tennivalója kevés. A shock-fázisban arra kell ügyelni, hogy nem szabad engedni a környezet, gyakran a gyászoló egyik típusos reakcióját, hogy nem akar szembenézni a veszteséggel, pl. nem akar elmenni a temetésre. Az orvosnak hangsúlyozni kell, hogy a veszteséggel szembe kell nézni, azzal foglalkozni kell. A feloldozási szakaszban az orvos beszélgetőpartner lehet, és segítheti a gyászolót abban, hogy halottjáról, ill. korábbi életéről sokat beszéljen. Ha a pszichoszomatikus reakció túl erős, az orvos tünetileg is segíthet.

Különösen nagy szükség van az orvosra kóros gyász esetében. Kóros gyász rendszerint haláleset, ill. a halott és a gyászoló közötti viszony sajátosságai miatt lehet, valamint a normális gyász elvállalásának hiánya vagy megzavartsága miatt. Hirtelen haláleset, különösen öngyilkossági halál szokott kóros gyászreakciót hozni. Ilyenre predispónál, ha a holttest nem kerül elő, vagy ha súlyosan károsodik. Kóros gyászra predestinál a bűntudat (pl. ha a gyászoló hibásnak érzi magát a halálesetben). Kóros gyász szokott előállni, ha a gyászoló és a halott között érzelmi feszültség volt. Pl. hosszabb betegség során a beteg nyűgössége miatt szokott ilyen feszültség lenni. Emiatt azután bűntudat lép fel, a gyászoló úgy érzi, hogy a halál quasi az ő rossz kívánságainak megvalósulása, hogy arról ő tehet. Ez a mágiikus érzés nagyon gyakori. Általában a kóros gyászreakcióban nem az objektív valóság, hanem a gyászoló értelmezési módja az irányadó. Nagyon gyakran a normális gyászreakció gátoltsága, vállalatlansága okozza a kóros elfajulást. Gyakran orvos tanácsolja, hogy a gyászoló mielőbb „felejtse el” baját. Ha pl. az elvesztett személyt túl gyorsan pótolja a gyászoló, az is a gyászreakció gátoltságát eredményezheti. A normális gyászban gyakran jelenik meg haragreakció. A gyászoló haragszik a halottra, pl. azért, mert az úgy élt, hogy életmódja a halálban szerepet játszott, és a harag annak szót, hogy a gyászolót milyen helyzetbe hozta. E haragreakciónak utat kell engedni, ezt megnyilvánuláshoz kell segíteni. Ha ez elfojtódik, kóros gyász alakulhat ki belőle. A kóros gyásznak állandó tünete az elhúzódo lefolyás. Rendszerint depresszió, öngyilkossági készletés, máskor neurotikus tünetképzés lehet a kóros gyász következménye. A kóros gyászreakciót nagyon gyakran nem ismerik fel, noha ezt a gyakorló orvos is jól

tudná kezelni. A kezelés feladata a gyászreakció normális fázisainak elősegítése, a veszteségélmény feloldozásának irányítása. Főleg a veszteséggel kapcsolatos emóciókat és emlékeket kell ilyenkor előhívni a beteggel való foglalkozásban. Általában a kóros gyász esetében bátorítani kell a gyászoló viselkedés rituáléinak újrafelvételét, vállalást is.

A kóros gyász megelőzéséért is sokat tehet az orvos. Terminális betegség esetén a halálra való felkészítés a családtagok számára a gyászreakciót könnyíti meg. Ez az egyik pszichológiai oka annak, hogy újabbban a halál tudatosítását szorgalmazzák. A haldokló különféle intézkedéseket tehet hozzátartozói érdekében, ha tudja, hogy meg fog halni. Számára is fontos a búcsú, az esetleges feszültségek feloldása, de a hozzátartozók számára is. A hozzátartozók körében lezajló, búcsúzással kísért, tudatos halál után kóros gyászreakció nem alakul ki.

(Ref.: A terjedelmes, sok esettel illusztrált, 25 irodalmi hivatkozással ellátott közleményt azért referáltam a szokottnál hosszabban, mert nálunk a gyászreakció és annak kóros átalakulása, ill. a gyászreakció pszichológiai befolyásolásának lehetősége és technikája alig ismert. A gyakorlatban sokszor találkozunk kóros gyással. A kóros gyász mechanizmusait depresszióban, öngyilkossági kísérletekben is gyakran találjuk. A kóros gyász viszonylag könnyen befolyásolható, a gyakorló orvos egyik jellegzetes pszichológiai tevékenysége kellene legyen a gyász segítése, ez nem vesztülzöttan sok időt igénybe, látványos és hálás feladat, ugyanakkor a psychotherápia jó gyakorlóterepe, az itt szerzett tapasztalat az orvost más pszichológiai munkáiban is segítheti.)

Buda Béla dr.

Költözködés és krízis: kihez fordulnának segítségért? Cook, A. S. Weigel, D. J. (Colorado State University, Fort Collins, Colorado 80523, USA): Family Relations, 1983, 32, 267.

Az Egyesült Államokban a jelentős geográfiai mobilitás ráirányította a kutatók figyelmét a gyakori költözködés mentálhigiénés következményeire; az utóbbi időben mind többet olvashatunk ilyenfajta kutatásokról. A szociális támogató-rendszerek elmélete és a család-kutatások hívták fel a figyelmet arra, milyen nagy a személyes intím kapcsolatok, mindenekelőtt a szűkebb és tágabb család által nyújtott támogatás, valamint a baráti, szomszédági, munkahelyi kapcsolatok jelentősége a lelki (és testi) egészség fenntartásában, valamint a megterhelő életesemények, krízishelyzetek átvészelésében. Logikus, elterjedt feltételezés, hogy az

említett kapcsolatok gyengülnek vagy megszakadnak, ha az új munkahely több száz vagy ezer kilométerre szőlítja a személyt; ezt a változást önmagában is jelentős megterhelésként tartják nyilván.

A szerző 1200 személynek küldött kérdőívet, akik két és fél éven belül kerültek Colorado állam három körzetébe: 298-an válaszoltak. 8 feltételezett krízishelyzetre vonatkozóan érdeklődtek, hogy kitől kérnének segítséget a megkérdőzettek (pl. ha megbetegednének, ha kigyulladna a lakásuk és ideiglenes elhelyezést keresnének, ha elveszíténék házastársukat, ha érzelmi támogatásra, tanácsra volna szükségük személyes problémáik miatt stb.). A vizsgálat legfontosabb eredménye: a megkérdőzettek jelentős része a földrajzi távolság ellenére a családjához fordulna segítségért. A modern távközlési (telefon) és közlekedési (légijáratok) lehetőségeknek köszönhetően a vártnál kisebb a családtól való elszakadás mértéke, és a növekvő geográfiai mobilitásnak a családok elszakadására vonatkozó hatása: e változások ellenére továbbra is a család, a tágabb rokonság tekinthető a legfontosabb támogató, természetes segítő erőnek.

[Ref.: Eddig a kutatás lényege, ám a magyar olvasó számára még érdekesebbek azok az adatok, amelyek arra utalnak, hogy az amerikaiak szívesen és gyakran fordulnak a különféle mentálhigiénés szolgáltatásokhoz segítségért, a professzionális segítség lehetősége — legalábbis a hazai olvasó számára — meglepő arányban épült be az amerikai köztudatba. Arra a kérdésre, hogy ha komoly nevelési problémái lennének a gyermekkel kapcsolatban a megkérdőzettek 51%-a keresné szakember segítségét, házassági problémák esetén 63% válaszolta, hogy szakemberhez fordulna (csak 18% a családtagokhoz és 10% barátokhoz).]

Telkes József dr.

A bőr pszichológiai-pszichiátriai jelentősége. T. Haenel (Psychiatr. Univ. Poliklinik Kantonsspital Basel, CH—4031): Sexualmedizin, 1983, 12, 329.

A bőr is ektodermális eredetű, mint az idegrendszer, és minden bizonnyal ez is szerepet játszik abban, hogy pszichoszomatikus szervként minősüljön.

A bőr számos szerepe közül csak az egyik az, hogy a saját test és az idegen külvilág között határt képez. A címben adott szempontból jelentősebb az, hogy a külvilággal való kontaktusnak is a „szerve”. Az anya—gyermek közötti bőrkontaktus ezért kiemelt jelentőségű. Aki koraszülöttsége miatt sokáig nevelkedik inkubátorban, később jobban vágyik a bőrkontaktusra, a gyöngegség ilyen megnyilvánulása. Aki kicsi korában nélkülözi az in-

tim bőrcapcsolatot, a „meleget”, később ezt az alkoholt okozta bőrtérítést keltette melegérzéssel igyekszik pótolni és talán így válik alkoholistává.

A bőr a környezet felé jelzést is tud adni (izzadás, pirulás, elsápadás stb.) és így névjegyszerűen hat, benyomást kelt a szemlélőben, aki ennek alapján minősítheti őt (szépnek, csúnyának, vonzónak-taszítóknak, piszkosnak-tisztának).

A bőr képtelen azonban a specifikus válaszadásra, ezért a benne keletkezett elektromos feszültség által „hazugságmérésre” alkalmatlan.

Az orvos a bőr vizsgálatából értékes következtetéseket vonhat le, vérszegénységre, sárgaságra, alkoholizmusra, foglalkozásra („kék vérű”, aki nem végez fizikai munkát, ellentétben a kerges tenyérrel). A kozmetika pedig azt is célozhatja, hogy az illető fiatalabbnak látszódjon koránál, hogy jobban érvényesülhessen. A külső társadalmi jelentőségű is, jelzi a hovatartozást (tetoválás, párbajheg), és az akne azért is kellemetlen, mert „piszkosnak” hat, mint ahogy a leprás bőrelváltozás az ókorban „tisztátalanak” minősült, és talán ezért is közzösítették ki.

A „szép” kinézésű személynek és főleg nőnek az ismeretlen szemlélő gyakran kedvező jellemző tulajdonságokat előlegez (a szélahamosok „jó” kinézésűek. Ref.).

A másik bőrnek az érintése a két személy közötti kapcsolat jellegére is utalhat, az, hogy hol, mikor és mi a szokás, az történelmi kategória. Napjainkban és vidékünkön a kézfogás az ismerőség jele, az átölelés és a csók közeli kapcsolatra utal. Az extragenitális bőrcapcsolat a szexualitás előstadiumát is jelzi. A beszélni már nem tudó haldokló olykor csak kezével tud kommunikálni és az anya-gyermek közötti bőrkontaktus hiánya a felnőtt életben a kapcsolatteremtési készséget növelheti, ha a korábban nélkülözött „melegséget” pótolja a partnerek gyakori váltásával.

A viszketés neurogén eredetű is lehet és gyakran lokalizálódik a genitáliákra, amikor is a szexuális zavar pótcselekvése lehet a vakaródzás.

A bőr speciális eleme a haj, aminek kiemelt pszichoszociális jelentőségére utal számos szólásmondás (kitépem a hajam, égnék áll a hajam) és mesemotívum. Bizonyára az sem véletlen, hogy sok vallás ritusával kapcsolatos (borotvált fejbőr az apácáknál, tonzúra stb.) és az erő, a férfiaság jelképe is lehet a hosszú haj (Sámson).

Aszodi Imre dr.

Futás — az anorexiával analóg?

Yates, A. és mtsai (Department of Psychiatry, Univ. of Arizona Health Sciences Center, Tucson, AZ 85724): N. Engl. J. Med. 1983, 308, 251.

A szerzők anorexia nervosások és sportolók (maraton és terepfutók) csoportjai között feltűnő hasonlóságokat vettek észre, eltekintve a két csoport nembeli és korbéli eltéréseitől. A rendszeres fölmérésekhez az is indítékot teremtett, hogy az utóbbi időben nemcsak az anorexiás megbetegedések száma fokozódott, de igen elterjedté vált a futással kivívandó testsúlycsökkentés is.

A szerzők szerint a több mint 60 vizsgált sportoló ún. „kényszeres futónak” bizonyult. Egyesek egy héten belül akár 160 km-t is megtettek. E tevékenységük minden más háttérbe szorított. A futást viszont élvezték és az számukra nem jelentett terhet. Ha nem futhattak, szorongásossá, depresszióssá váltak, így sokszor betegségeik ellenére is futottak (életkoruk 30—50 között ingadozott!). A testsúlyukra nagyon ügyeltek. Állandóan fogókúráztak. Ha a kínosan betartott diétát olykor mégis túllépték, büntudatosan megnövelték a megteendő km-ek számát. Sajátos én-identitásuk a belső és külső körülmények szabályozása feletti hatalom megszerzésére irányult.

Az anorexia nervosában szenvedőt az jellemzi, hogy irtózik a kövérségtől. Ez a félelem azonban akkor is megmarad, ha testsúlya csökken. Kezdetben a vonzó fizikai küllem lehet a bevallott cél. Ezt ma a társadalmi normák is elősegítik, sőt a közvetlen környezet még bókokkal is erősítheti. A beteg létét végül is a kínos diétázás határozza meg, amelyet ha megszeg, büntudatos és lehangolt lesz. Az éhezés viszont nem okoz számára nehézséget, nem érzi azt tehernek. Egyesek e betegségben pszichodinamikailag testképzavart föltételeznek.

A hasonlóságok tehát kétségtelenül fennállnak a „kényszeres futók” és az anorexiás betegek csoportjai között. Az átmeneti formák igen nagyszámúak lehetnek a kényszeresen fogyózó, kocogó, kínosan diétázó egyének és a már kórosnak minősíthető, anorexiás állapotok között. Ezekben a testsúly már jelentősen alacsony, a menses kimarad és még sok egyéb aggasztó, szomatikus tünet keletkezik.

A vizsgált két csoport személyiség-jellegzetességei is egybevágnak. Így hiperaktivitási készséget, aszketizmusra való hajlandóságot, a nőknél maszkulinizmusra, a férfiaknál viszont feminizmusra utaló jeleket, introverziós magatartást, az effektusok elnyomását, (mely helyett a futás és/vagy éhezés vezet le a bántó érzelmeket, illetve idez elő eufóriás állapotot), éni-identitáson alapuló hasonlóság talaján külső viselkedésük, öltözködésük uniformizáltságát észlelték.

Erdekesek azok az eddigi, már közzölt eredmények, amelyek anorexiás betegekben a liquor opioid

aktivitásának magasabb szintjére utalnak. E szerzők még nem publikált vizsgálatait szerint az anorexiás betegek plazma endorfin-szintje viszont a krónikus fájdalom állapotok miatt szenvedők és aktívan tevékenykedő, egészséges nők közé esik. Ezek az adatok megerősítik azt a föltételezést, hogy anorexiában és fokozott testi terhelésben („kényszeres futókban”?) a magasabb opioid-aktivitás egyrészt a csökkent fájdalom szenciációk (beleértve az éhezést is) és az emelkedett kedély hatásos megerősítője, másrészt föltételre-remtő arra, hogy előbbieket megváltoztatásával szemben különösen ellenállás érvényesüljön.

Társadalmunkban az előírt, elvárt megjelenésnek, külsőnek rendkívül nagy a jelentősége az előrehaladás, a siker megszerzésében. Férfiaknál a fizikális teljesítmény, nőknél a sovány alkat elérése felettből kívánatos és csábító, de nagy áldozatot, lemondást igényel. Széles az a távolság, mely elválasztja az erre való törekvés (egészség szempontjából) áldásos igyekezetét attól a rituális kényszerességgel végzett magatartástól, amelynek meghíúsulása esetleg patológiás reakciókat, esetleg anorexiás betegséget idézhet elő. Az orvos feladata, hogy elkülönítse a realitás határait között az egészséget (futással, fogyasztással) küzdőket azoktól, akikben kóros szorongásuk oldása miatt szándéktalanul mindig újragéjesztődnek soha meg nem valósítható sóvárgásaik. Ezek miatt végeznek ugyanis tudattalanul „pótcselekvéseket”, hogy azokkal lelki egyensúlyukat megteremtsék, de közben azt soha el nem érik. Az ilyen egyéneket minél előbb gyógyítani kell, hogy énjüket ne hiábavaló igyekezettel a kényszeres magatartás útján erősítsék.

A szerzők is szükségesnek tartják megfigyeléseiken alapuló hipotéziseik validizációját.

Császár Gyula dr.

Érezzük magunkat illetékesnek.
F. Conrad (D-8000 München 2, Marienplatz 2/IV.): Sexualmedizin, 1983, 12, 19.

Legtöbb orvost a „pszichoterápia” kifejezés valósággal sokkolja és ebben nem kis része van az analitikus szargon szavainak is. Ha azonban a pszichoterápia kifejezést szó szerint fordítjuk (a lélek gyógyítása), az menten elfogadhatóbb, hisz minden orvos tudja, hogy nemcsak test, hanem lélek is van, és ez „egész embert” kell kezelni. Valójában minden orvos megtette az első pszichoterápiás képzéshez vezető lépést akkor, amikor az orvosi egyetemen irat-zott be azzal a céllal, hogy az „emberen” segítsen. Ehhez már csak azt kell elismerni, hogy miként a szomatikus medicina, a

pszichoterápia is megtanulható. A gyakorlatban a betegek adták és adják föl kérdéseikkel a „leckét”, és így az orvos előbb-utóbb kényeszerítve érzi magát a lélekkel való foglalkozásra. Haladást jelent, hogy az NSZK-ban (és hazánkban is. — Ref.) mind több orvosi tudományos ülésen és továbbképző rendezvényen lehetőség nyílik arra, hogy a hagyományosan képzett orvos is nyitottá váljon a psziché iránt, és ha nem is maximálisan, de legalább elfogadható mértékben kompetensnek érezhesse magát pszichoterápiás kérdésekben is. A szerző részletesen ismerteti az NSZK különböző lehetőségeit.

(Ref.: *Feltétlenül kiérződik a cikkből az, amit tanulmányutaim során személyesen is tapasztaltam, hogy ott a kollégák a továbbképzést és képzést e téren nem tekintik felesleges tehernek, hanem anyagi áldozatokat is hozzá, szívesen, aktívan vesznek részt a továbbképzésen, meggyőződésük, hogy ezáltal orvosi tevékenységüket hathatósabban tudják kifejteni. Tény viszont az is, hogy e továbbképzések csak részint „előadás”-jellegűek, sok időt szentelnek a kiscsoportos megbeszéléseknek és gyakran szerveznek továbbképző célú Bálint-csoportokat, mint erre korábbi referátumaimban is utaltam azzal a nem titkolt céllal, hogy ilyeneket hazánkban sem ártana megindítani.)*

Azódi Imre dr.

Vesebetegségek

A transzplantált vese kilökődése után hemodializált betegek körlefoiyása. A. J. Matas és mtsai Dept. of Surgery, Montefiore Medical Center, New York): JAMA. 1983, 250, 1053.

Az Egyesült Államokban és Európában évente 9000 veseátültetést végeznek. A hullavese átültetéssel a recipiensek 45%-a, élőből történt veseátültetéssel pedig a recipiensek 21%-a egy éven belül hemodialízis programba kerül vissza. Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy az átültetett vese kilökődése után ismét hemodializált betegek túlélése kedvezőtlenebb, mint a krónikus hemodialízis programban levő betegeké.

A szerzők 83 egy ízben és 37 két vagy több ízben transzplantált betegük túlélését vizsgálták a beültetett vese rejeckciója utáni szakban. Az első transzplantátum kilökődése után hemodialízissel az egyéves túlélés 87% és a hatéves 77%, ami megfelel az Európában és Egyesült Államokban krónikus hemodialízissel kezelt betegek összesített túlélésének. A két vagy több ízben transzplantált betegek egyéves túlélése hemodialízissel 94%, a hatéves pedig 86%.

Az irodalmi adatokkal ellentétben, a szerzők anyagában az átültetett vese rejeckciója után a he-

modialízissel kezelt betegek túlélése kedvezőbb. Ennek okaként a transzplantációt követően az immunosuppresszív szerek csökkentett mennyiségű adását, a perioratív, graftektomiával összefüggő halálozás statisztikai elhagyását, valamint beteganyagukban a kedvezőtlenebb körlefoiyású diabéteszes betegek kisebb számát említik.

Karátson András dr.

Dialízis vagy transzplantáció.

Ch. R. Blagg. Szerkesztőségi közlemény (Northwest Kidney Center, Seattle): JAMA. 1983, 250, 1072.

A szerkesztőségi közlemény kiindulópontja Terasaki és munkatársainak a folyóirat ugyanezen számában megjelent dolgozata, ami szerint az elmúlt években a veseátültetést megelőző transzfúziók hatására az eredmények javultak.

A nephrológusok általános véleménye, hogy a sikeres veseátültetés a krónikus urémiás betegek kezelésének optimális módszere. Ezzel kapcsolatban számos kérdés merült fel: a transzplantálható betegek száma, a túlélés, a költségek és a betegek viszonyulása a kezelési módhoz.

Az Egyesült Államokban a betegek átlagéletkora 55 év, amikor a dialízist elkezdik, és ez az életkor a transzplantáció felső határát jelenti. Az új betegek fele így már túl idős az átültetésre. A dialízis programban levő betegeken a szövődmények kialakulása vagy a citotoxikus antitestek megjelenése okoz problémát. Pontosan nem lehet tudni, hogy a krónikus programban levő 65 000 beteg közül valójában hány várományosa van a transzplantációnak.

Evente, 1 millió lakosra számítva az Egyesült Államokban 22 transzplantációt végeznek, Nyugat-Európában 11,5-et. Lényegesen magasabb Norvégiában (44,6), Finnországban (42,1), Svédországban (29,8), Dániában (26,5) és Írországban (22,7) az 1 millió lakosra jutó veseátültetések száma.

A transzplantáció túlélési eredményeit tekintve 7 centrum felmérése alapján az első év végén a letalitás kisebb, mint 10%, míg a dialízissel 6–10%. A szerző saját adatai alapján az élőből történt veseátültetés eredményei jobbak. A hullavese átültetés és a hemodialízis túlélése hasonló. Az otthoni hemodialízissel és transzplantációval a rehabilitáció 75–80%-os. Ennél az intézeti dialízisé kedvezőtlenebb, ami a beteganyag szelektációjával magyarázható.

A transzplantáció költsége 36 000 dollár és a veseátültetést követő szakban a kezelés évente 4000 dollár. A dialízis egy évi költsége több mint 20 000 dollár.

A dialízis programban levő betegek általában a veseátültetést részesítik előnyben a dialízissel szemben.

A szerző végezetül a betegek

pontos információjának jelentőségét hangsúlyozza, aminek a különböző dializáló eljárásokra és a transzplantációra kell kiterjednie.

Karátson András dr.

Interstitialis vesebetegségek glomerularis elváltozásai. Pfaltz, M. J. Briner (Inst. f. Pathol. der Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1984, 114, 204.

A szerzők 49 interstitialis vesebetegség (12 hydronephrosis, 13 tubulo-interstitialis nephritis, 10 analgetica-nephropathia, 9 serdülőkorú típusú polycystás vese, 4 oxalosis, 1 vese-dysplasia) kapcsán fénymikroszkóposan vizsgálták a vese glomerularis elváltozásait. 13 (27%) esetükben súlyos focalis-segmentalis glomerularis laesiókat találtak, amelyek leggyakrabban focalis-segmentalis glomerulosclerosis képében nyilvánultak meg (11 eset), két esetben pedig focalis-segmentalis mesangialis jellegű proliferációt találtak. Vizsgálataik arra utalnak, hogy az interstitialis vesebetegségek végső stádiumában igen gyakran észlelhető focalis-segmentalis glomerulosclerosis. Ez nem csupán csak pyelonephritisben, hanem egyéb interstitialis vesebetegségekben, mint a hydronephrosis, tubulo-interstitialis nephritis, analgetica-nephropathia, adult-típusú polycystás vese, oxalosis, valamint vese-dysplasiákban is előfordulhat.

ifj. Pastinszky István dr.

Vesearteria-elzáródás. Vérnyomás és vesefunkció műtéli kezelés előtt és után. Torsello, G. és mtsai (Chirurgische Klinik A der Universität, Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 945.

Vesearteria-elzáródás miatt érfal-rekonstrukciót végeztek 16 betegen. Bár 6 thrombosis-emboliásis következtében kétoldali acut elzáródással járó betegség mindegyikében sikeres volt a műtét, 4 az alapbetegség következtében meghalt. A műtétet 3 évvel túlélő 2 beteg egyikének veseműködése, vérnyomása normális volt, a másik beszűkült vesefunkcióval, mérsékelt hypertoniával élt.

Krónikus egyoldali vesearteria-elzáródással 10 beteg került műtetre, közülük 6 esetben az ellenoldali vese arteriája is stenotizált volt, 4 esetben az ellenoldali rekonstrukciót is elvégezték. A műteti indikációt mindegyik esetben a veseműködés progresszív romlása és hypertonia képezte. A vese vérellátását 8 esetben helyre tudták állítani érplasztika segítségével. Közvetlenül a rekonstrukció után javult mindegyik beteg veseműködése, jelentősen esett a serum kreatinin, a vérnyomás csökkent, 4 esetben feleslegessé vált az antihypertensív-kezelés is. A vese-

működés teljes normalizálódását 6 esetben érték el. Egy betegen azonban az angiographiás vizsgálattal sikeresnek látszó rekonstrukció ellenére sem jött létre javulás a hypertóniában és a veseműködésben.

Idült veseelzárdásban a szervmegőrző sebészi beavatkozásnak elméleti alapját *Morris* és *mtsai* (1956) kísérletei szolgáltatják, melyekben szubfiltrációs nyomással létrehozott keringésromlás nem váltott ki irreversibilis károsodást a vesestruktúra anyagcseréjében. Figyelembe véve a kollaterális keringés jelentőségét, a rekonstrukciós műtetre alkalmas betegek kiválasztásának kritériumai még vitatottak.

A hilus-közeli arteria-szakasz retrógrád feltelődésének angiographiás igazolása megtartott szöveti anyagcserére, élő vese-parenchymára utal, ilyenkor a vese-arteria rekonstrukciója mérlegetlenség tárgyát képezi nephrectomia helyett. Természetesen a vesefunkció visszaállítására a csak stenotizált arteria műtéti kilátásai jobbakként, mint az elzáródott arteria-szakasz eltávolításáé, mivel stenosisban az ischaemia rendszerint még nem vezet irreversibilis parenchyma-károsodáshoz, de a teljes krónikus elzáródás megoldása is lehetőséget biztosíthat a veseműködés helyreállítására.

A szerzők azt a tanulságot vonják le, hogy revascularisatióval az esetek többségében javítható a veseműködés, normalizálható a vérnyomás. Számolni kell azonban azazal is, hogy az érpálya sikeres rekonstrukciója nem mindig javítja a vesefunkciót. Ezt egyik esetük részletes ismertetésével illusztrálják.

Varga István dr.

Uraemiás betegek hepatitis B (HB) elleni védőoltása. Bommer, J. és *mtsai*: Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1823.

A HB-megbetegedés veszélye a haemodialysisre szoruló idült vesebetegek körében fontos, de megoldatlan gondot jelent. Heveny fertőzések esetén a passzív immunizálás bizonyos javulást hozott, de a védelem rövid tartama és az oldóanyag magas ára miatt ez a módszer általánosan nem alkalmazható. Az utóbbi években többféle HB elleni vaccinát próbáltak ki biztató eredménnyel, de megfigyelték a haemodialyzált vesebetegek csökkent immunválaszát is.

A szerzők nephrologiai centrum 43 nem vesebeteg dolgozóját egy és öt hónapi időközrel 3 alkalommal, esetenként 20 µg-t tartalmazó Merck-féle HBsAg-vaccinával oltották. 91%-ban észleltek seroconversiót.

29 dializálásban részesülő vesebetegnél a fenti módon, de dupla adaggal történő oltás után megkétszerezte és alacsony titerekkel 55%-ban érték el seroconversiót.

26 dializálásban részesülő vesebetegnél dupla adagú 2×1, majd 2×2 hónapi időközrel történő 5 oltás után 63%-os seroconversiót és magasabb ellenanyag-titerek érték el.

26 dializálásban részesülő vesebetegnek ötszöri emelt adagú oltás mellett 2×2 hónapi időközrel 3 ml humán HB immunoglobulint is adtak. Az aktív-passzív oltás eredménye (58%) nem volt jobb a csak aktív oltásnál.

12 praeraemiás nem dialyzált vesebeteget egy és öt hónapi időközrel 3× oltottak emelt adaggal HB ellen. A hasonló módon oltott dialyzáltakéhoz közel álló eredményt kaptak. Az egyes csoportokon belül nem és kor szerint lényeges eltérések nem észleltek.

A vesebetegnél észlelt gyengébb immunválasz nem a dialyzálásnak, hanem az uraemiás állapot következményének tulajdonítható.

Célszerű a dialyzálásra vagy veseátültetésre kerülő betegek HB elleni védőoltását az uraemiás stádium előtt (500 µmol/l se. kreatinin) elvégezni, amikor az immunregulációs zavar még nem fejlődött ki.

Ruzsonyi Zoltán dr.

Peritonealis dialysis-oidat UV-sugárzása a peritonitis prophylaxisára. Tolon, M. és *mtsai* (Klin. f. Inn. Med. der Med. Hochschule Lübeck): Klin. Wschr. 1983, 61, 1137.

A peritonealis dialysis, főleg a continuális ambuláns peritonealis dialysis (CAPD) legsúlyosabb, rettegett szövődménye a *peritonitis*. Ha a peritonealis katéter implantatio, valamint a közti darab csatlakozása steriln történik, akkor a contaminatio rendszerint a zacskócsereénél történik. A betegszobában a levegőben léghőméterenként ezer kolóniaképző csraegység mérhető, főleg staphylococcus epidermidis, amj a CAPD leggyakoribb kórokozója; ez leginkább a bőrről, hámkorpából aerogen úton kerül a zárt rendszerbe és a hasüregbe, ahol a glukóz-tartalmú peritonealis folyadék a testhőmérsékleten kiváló szaporodási lehetőséget nyújt. A mikroorganizmusok a hasüregbe a Tenckhoff-katheter mentén vagy a szennyezett dialysis-folyadékkal extra- vagy intraluminalisan juthatnak a hasüregbe.

A szerzők öt CAPD-zacskót fertőztek a leggyakoribb mikroorganizmusokkal (*S. epidermidis*, *S. aureus*, *E. coli*, *Candida albicans*). A mintegy 10 cm hosszú, UV-sugáráteresztő katéterszakaszon az átáramoltatás után nem volt pathogen csra kimutatható. A kísérleteik alapján a peritoneális folyadéknak a hasüregbe való bejutása előtti praeventív UV-besugárzást ajánlanak.

ifj. Pastinszky István dr.

A vese kis angiomyolipomájának sonographiás és CT-vizsgálata. Raghavendra, B. N. és *mtsai* (New York University School of Medicine, New York): Amer. J. Roentgenol. 1983, 141, 575.

Computer-tomographiával vagy ultrahangvizsgálattal kimutatható, kicsi, zsírszövetet tartalmazó képletek a vese-parenchymán belül diagnosztikai és therapiás problémát jelenthetnek. Az ilyen elváltozás a CT-képen, a zsírszövetre jellemző alacsony denzitást mutat, kontrasztfokozás után ez nem vagy csak csekély mértékben változik. Ultrahangvizsgálattal a vese-parenchymán belül körülírt echogenképlet ábrázolódik. A pathológiai irodalom adatai szerint felnőttek veséjében rutin boncolások anyagában 11%-os körüli gyakoriságban található kis göbök a parenchymában. Ezek zsírszövetet, simaizomat és gyakran érelemek tartalmaznak, szövettani képük nem különíthető el a sclerosis tuberosában észlelhető veseelváltozásoktól. Általában féloldali, szoliter képletek 1 cm-ig terjedő nagyságban. A szerzők 6 betegen fedeztek fel ilyen elváltozást. 5 esetben véletlen mellékletként derült ki az epehólyag ultrahangvizsgálata során vagy alsó húgyúti rendellenesség mellett, 1 esetben pedig derékfájással járó vérzés miatt történt a vizsgálat. Mindegyik esetben zsírszövetre jellemzően erősen echogenképletként ábrázolódott az 1–1,5 cm átmérőjű képlet, melynek szöveti jellegére a CT-kép adott utalást. Egyik betegen több angiomyolipoma volt, ötben szoliter. Egy esetben vese-arteriographia történt, de ez nem ábrázolta tisztán az elváltozást. 6–24 hónap múlva történt ellenőrző vizsgálat változást nem mutatott. Egyik betegnek sem volt sclerosis tuberosára utaló tünete. A kis angiomyolipoma ártalmatlan elváltozás, melléklet. műtéti beavatkozást vagy kezelést nem igényel.

Laczay András dr.

A pyonephrosis ábrázolása és kezelése. Yoder, I. C. és *mtsai* (Massachusetts General Hospital, Boston): Amer. J. Roentgenol. 1983, 141, 735.

A radiológiai diagnosztika és az intervenciós radiológia lehetőségeit és eredményességét tekintik át 65 betegen észlelt 70 pyonephrosis elemzése alapján. A pyonephrosis oka 36 vesében kő volt, 14 esetben valamely, a vizeletlefolyást akadályozó rosszindulatú daganat, 7 esetben ureter-bél anastomosis műtét utáni fibrosis, 12 vesében egyéb benignus folyamat, mint retroperitonealis fibrosis, megaueter, ureteropelvikus szűkület, neurogen hólyag stb. A szóba jövő radiológiai diagnosztikai módszerek a nativ röntgenfelvétel, a kiválasztá-

sos urographia, az ultrahangvizsgálat, a loopogram, izotópvizsgálatok és CT közül legértékesebb az ultrahangvizsgálat, mely azonnal, egyszerűen és a beteg különösebb terhelése nélkül kimutatja az üregrendszer tágulatát. Ez típusos klinikai kép — hidegrázás, láz, vesetáji fájdalom — mellett elegendő a pyonephrosis kórisméjének megállapításához. A sonographia egyidejűleg biztosítja a tágult veseüregrendszer célzott pontiójának lehetőségét, amit követhet az antegrad pyelographia és a percutan nephrostomia bevezetése. Utóbbin keresztül a vizelet elvezetésén túl lehetőség nyílik köldökre, ureterperfúzióra, ismételt diagnosztikus nephrostogramok készítésére. A nephrostomia után mindegyik betegnek 1—2 napos vérrelése volt. 18 esetben észleltek komolyabb szövödményt, 5 szeptikus shockot, 1 vérzéses shockot, 8 hőemelkedést, 2 hidegrázást és 1 átmeneti vérnyomásesést. 5 beteg meghalt, 14-nél nephrectomiára került sor, 28-nál a vizeletlefolysás műtéti helyreállítása. 23 esetben a percutan nephrostomia után nem volt szükség további közvetlen sebészi beavatkozásra. 10 azotaemiás betegben nephrostomia és antibiotikus kezelés után a veseműködés rendeződött. További 26 beteg közül 25-ben a korábban pyonephrosisos vese működőképességét igazolta a későbbi kiválasztásos urographia vagy izotóp renographia.

Laczay András dr.

Nem-steroid antiphlogisticumok befolyása a vérsavó elektrolytjeire. Heuer, L. E. és mtsai (Klin. f. inn. Med., Med. Hochschule Lübeck): Med. Klin. 1983, 78, 690.

A nem-steroid gyulladáscsökkentők különböző módon befolyásolják a vérsavó elektrolytjeit. Míg az indometacin a kalium-szint emelkedését a hyperkalaemiáig fokozhatja, addig az acetyl-sav hatása alatt a serum kalium-szintje konstans. A vérsavó kalium-szintjének emelkedése a már normális veseműködés esetén is tekintetbe veendő, különösen jelentős azonban a vesefunkció beszűkülése esetén. A kezelés megszakítása után a hyperkalaemia néhány napon belül visszafejődik. A serum kalium-szint indometacin okozta változásaiban igen nagy valószínűséggel a renin-angiotensin-aldosteron-rendszer gátlása szerepel. Az indometacin a cyclooxygenase inhibítorjával gátolja a prostaglandin-synthesist, amely arachidon-savból az endoperoxidok képzését katalizálja. A megfigyelt eseteikből az a következtetés vonható le, hogy a nem-steroid antiphlogisticus szerekkel kezelt, csökkent veseműködésű betegeknél a serum elektrolytjeit gyakran kell ellenőrizni és klinikailag relevans hy-

perkaliaemia esetén a terapiát módosítani.

ifj. Pastinszky István dr.

Sófogasztással összefüggő idiopathiás hypercalciuria veseköveségben. Silver, J. és mtsai (Nephrology Services, Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel): Lancet, 1983, 2, 484.

Számos mézstartalmú vesekövesnek idiopathikus hypercalciuria mellett is normális szérumszintje van. Az idiopathikus hypercalciuriát napi 4 mg/kg feletti vizeletkalcium-kiválasztás felett definiálják. A vizelet mézstartalmát a táplálkozási tényezők komoly formában befolyásolják. Így az organikus savak és kéntartalmú aminosavak túlzott fogyasztása a vese savkiválasztásának fokozásával csökkenti a tubuláris kalcium-reabszorpciót és növeli a vizelet mézstartalmát. Másrészt az igen alacsony foszforfelvétel ösztönzi a bél kalciumfelszívódását és gátolja a renális reabszorpciót, hypercalciuria-eredményezve. Végül a nagyobb konyhasófogasztástól az extracelluláris folyadék-volumen kiterjedésének hatására gátlódik a tubuláris kalcium-visszaszívódás.

A táplálkozás magas konyhasó-tartalma hypercalciuriával és ezzel kapcsolatos vesekővel járhat, az pedig már régóta ismert, hogy a nátriumgazdag étel fokozza a vizeletben a kalciumkiválasztást. A szerzők 4 régóta veseköves anamnézisével, egy 30 éves férfi és három 39—46 éves páciensen egyidejűleg magas kalcium- (481 mg/24 óra) és magas nátriumritést (267 mmol/24 óra) tapasztaltak a vizeletben. A konyhasó korlátozására (150 mmol/24 óra alá) a kalciumkiválasztás mind a 4 esetben a normális szintre, 200 mg/24 óra alá csökkent. Kalciumtartalmú vesekövek esetében tehát a vizelet 24 órás kalcium- és nátriumtartalmát mérni kell, és amennyiben ezek nagyobb koncentrációját tapasztaljuk, a konyhasófogasztás csökkentésével a vesekövek újraképződését akadályozhatjuk meg.

Angeli István dr.

Mezangiális IgA glomerulonefritisz. Klinikum, diagnózis és prognózis összefüggése. M. Rambašek és mtsai (Medizinische Universitätsklinik, Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 125.

A mezangiális IgA glomerulonefritist (IgAGN) Berger írta le 1969-ben, jóindulatú glomeruláris elváltozásnak tartotta, melyet klinikailag makroszkópos rekuráló hematuria, szövettenilag mezangiális IgA-depozíció jellemez. Azóta számos cikk jelent meg a mezangiális IgA glomerulonefritiszről, a közlemények több alapvető kér-

désben azonban jelentős ellentmondásokat tartalmaznak. Lényegében ezek az ellentmondások vezérelték a szerzőket saját 50 mezangiális IgA glomerulonefritiszben szenvedő betegük klinikai, laboratóriumi és hisztológiai eredmények kiértékeléséhez.

Megállapították, hogy glomerulonefritiszes anyagukban 20%-ban fordult elő mezangiális IgA GN, így az említett elváltozás a GN leggyakoribb előfordulási formája. Nem igaz az a korábbi felfogás, hogy egyértelműen jóindulatú elváltozás, 17 betegükön 4—96 hónappal a diagnózis felállítását követően veseelégtelenség alakult ki. Férfiaknál, 30 év felett, jelentősebb proteinuria, valamint hypertonia esetén a progresszió valószínűbb. A szövettani vizsgálatnál észlelt glomerulosklerózis, tubulus atrófia, intersticiális fibrózis és vaszkuláris elváltozások mértéke és a várható progresszió jó korrelációt mutatott.

Ugyanakkor nem észleltek összefüggést a betegek HLA-típusozási eredménye és a mezangiális IgA GN, valamint a bőrszövetten vizsgálat IgA-pozitivitása és a mezangiális IgA GN között. A szérumszint IgA-koncentráció az esetek 54%-ában emelkedett értéket adott, az IgA-koncentráció és prognózis azonban összefüggést nem mutatott. A dysuria, vesetáji fájdalom és prognózis sem mutatott összefüggést, míg gyakori makroszkópos hematuria inkább jóindulatú lefolyásra utalt.

Szalay László dr.

A vese részvetele lupus erythematosesben: újabb szemlélet a pathogenesisben. Mauerhoff, Th. és mtsai (Med. Universitätsklinik Heidelberg): Med. Klinik. 1983, 78, 260.

A sztemás lupus erythematoses (SLE) az utóbbi években különösen magára vonta az immunológusok figyelmét, mint az immunregulatio zavarának humán modellbetegsége. A folyamatot lényegében a B-lymphocyták polyklonális aktiválódása és a suppressor T-lymphocyták csökkenése váltják ki. A lupusnephritisben a glomerulusokban immunkomplexek képződnek. A lupus glomerulonephritis spektruma igen változó és a klinikai lefolyása igen különböző. A vesefolyamat legtöbbször glomerulonephritisben nyilvánul, ritkább az interstitialis nephritis vagy az angitis. A WHO klasszifikációja igekezett a károsban a különböző formák elhatárolásával egységes álláspontot kialakítani: 1. mesangiális glomerulonephritis; 2. diffúz proliferatív glomerulonephritis; 3. membranoproliferatív glomerulonephritis; 4. fokális proliferatív glomerulonephritis. A terapia alapja a kórszövettenilelet, a gyulladás floriditásának helyes megítélése. A mesangiális glo-

merulonephritis lefolyása benignus, a membranosus folyamat therapia-resistens; a proliferatív glomerulonephritis a kezelésre általában jól reagál, amíg florid szövettani elváltozások vannak és sclerotisatio még nem alakult ki.

ifj. Pastinszky István dr.

Szülészet és nőgyógyászat

A súlyos elsődleges dysmenorrhoea kezelése. W. A. Herrmann (D 8000 München 40, BNW AG Petuelring 130.): Sexualmedizin, 1983, 12, 420.

A súlyos elsődleges dysmenorrhoea kezelésében haladást jelentett a prostaglandin-antagonisták bevezetése és ezen belül az indometacin. Ez utóbbi szernek azonban mellékhatásai (gyomor-, bélpanaszok, hányinger stb.) is vannak. Ezért egy speciális készítmény — az indometacin GITS — került forgalomba, mely lehetővé teszi az adag csökkentését a hatóanyag vérszintjének a fenntartása mellett, ugyanakkor a jelzett mellékhatások elmaradnak. Ugyanis a hatóanyag egy olyan kapszulában van, amelyen lézersugárral sok lyukat hoztak létre és az így membránvá váló kapszula lehetővé teszi azt, hogy a gyógyszer oldatlan állapotban kerüljön a bélfalal érintkezésbe.

Kettős vak kísérletben bebizonyították, hogy ez a készítmény igen hatásos és nagyon kevésre van szükség. A beteg azt az utasítást kapja, hogy amikor a panaszai jeleznek, már vegyen be egy tablettát és 12 óránként újra egyet, de csak, ha szükség van rá. Sokszor értek el eredményt a ciklusonkénti egy-két kapszulával, de háromnál többre nem volt szükség.

Aszódi Imre dr.

A dysmenorrhoea pszichoszomatikája Pöldinger, W. (Kantonale Psychiatrische Klinik, CH—9500 Wil SG): Ther. Umschau, 1983, 40, 630.

A neurotikus fejlődés egyik legfontosabb tünete a félelem. A menstruációs ciklussal kapcsolatos félelem jelentősége és szerepe különböző lehet. Extrém esetben ez a női szerep elutasításához, anorexia nervosához vezethet.

A későbbiekben a ciklussal kapcsolatos félelem két vonatkozásban alakulhat ki. Egyrészt a menstruáció kimaradásától, a terhességtől való félelem formájában, másrészt mint a menstruáció bekövetkezésétől való félelem. A félelem a dysmenorrhoea lefolyásával is korrelálható. A vérzést megelőzően jelentkező fájdalom a vérzés kimaradásától való félelmet szimbolizálja, míg a menstruáció alatt fellépő fájdalom a vérzés jelentke-

zése miatti csalódás kifejeződése lehet.

Végül dysmenorrhoeához vezethetnek a partnertől való félelem, szerelmi csalódás, rossz partnerválasztás, kontaktuszavar, fokozott nárcisztikus tendenciák vagy patológiás erotikus aktivitás.

A panaszok pszichogén eredetét a betegrel folytatott beszélgetések során kell tisztázni. Sok esetben a pszichés és szomatikus faktorok együttes hatásáról van szó, és ennek megfelelően szomatikus és pszichés kezelésre van szükség. Ahhoz, hogy a nőgyógyász ilyen jellegű problémával eredményesen tudjon foglalkozni, pszichoterápiás ismeretre van szüksége. Az elméleti és mindenekelőtt a gyakorlati jártasság megszerzésére lehetőséget nyújt a Bálint-csoportban való részvétel. A csoportüléseken az orvos megtanulja megérteni saját érzelmeit, reakcióit és azt, hogy ezek a diagnosztikában és a terápiában hogyan hasznosíthatók.

Döntő jelentőségű lehet a partner bevonása a terápiába. A beteggel és a partnerrel folytatott egyetlen közös beszélgetés gyakran több eredménnyel jár, mint a többször ismételt szomatikus vizsgálat. Hangsúlyozni kell azonban, hogy az eredményes pszichoterápiás folyamat előfeltétele a kórképgazartikus szomatikus tisztázása.

A neurotikus reakció és személyiségfejlődés mellett a menstruációs panaszok gyakran kapcsolódnak depresszióhoz is. Ebben az összefüggésben különösen jelentős a larvált depresszió. Nem objektíválható vagy szomatikus kezelésre nem reagáló testi panaszok esetén mindig gondolni kell a depresszió larvált formájának lehetőségére. A depresszióra jellemző örömképtelenség, döntésképtelenség, gátolt aktivitás, hangulati nyomottság és ingadozás további diagnosztikus útmutatást ad. A depresszió gyógyszeres vagy pszichoterápiás kezelése során gondolni kell a szuicidum lehetőségére is. Tartózkodjunk a racionális tanácsoktól, ne apelláljunk a beteg akarására, a betegre éppen az jellemző, hogy nem tud akarni. Az ilyen akciók a beteg depresszióját, kétségbeesését tovább fokozzák. Ebben az esetben is fontos és szükséges lehet a partnerrel folytatott beszélgetés.

Szeverényi Péter dr.

A különböző típusú intrauterin eszközök hatása a kismencedei gyulladás rizikójára. Kaufman, D. W. és mtsai: JAMA, 1983, 250, 759.

Számos tanulmány kimutatta, hogy az intrauterin eszközök (IUE) használata növeli a kismencedei gyulladás (KMGY) kockázatát. Az a megállapítás, hogy a Dalkon Shield nagyobb kockázattal jár, mint a többi IUE, ismeretes volt a korábbi felmérésekből. A réztartalmú eszközök kisebb kockázatá-

ról számos közlemény jelent meg.

A tanulmány 155 KMGY-sal kórházba felvett beteg adatait hasonlítja össze 305 különböző diagnózissal (trauma, nem traumás orthoped elváltozás, nodus, spontán ptx, appendicitis, más akut infectio) kórházban fekvő beteg adataival. A vizsgálatban részt vevők 45 évesnél fiatalabb, szexuálisan aktív nők voltak, akik mind valamilyen fogamzásgátló módszert használtak (IUE, tabletták, hüvelyi pessarium, szivacs, kondom stb.) legalább egy hónappal a vizsgálat előtt. Nem vették be az anyagba azokat, akiknél a felvétel előtt fél évvel méhen kívüli terhesség, vagy abortus szerepelt az előzményben. Az adatokat matematikai módszerekkel elemezve megállapítható volt, hogy az IUE-t viselőknél a KMGY relatív rizikója 8,6-szer, a régebben ilyen eszközöket viselőknél 1,6-szer nagyobb volt az ilyen eszközöket soha nem viselőkkal szemben. A különböző típusú IUE-et összehasonlítva kiderült, hogy a KMGY előfordulása a legalacsonyabb a réztartalmú IUE-et viselőknél volt, míg a legmagasabb a Dalkon Shieldet viselőknél. Utóbbi körülmény a Dalkon Shield vezetőszállal függ össze, mely a baktériumokat a hüvelyből a méh ürébe viszi. A viselés időtartamát vizsgálva megállapítható volt, hogy a Dalkon Shieldet és a Lippes Loopot viselőknél nem emelkedett a KMGY gyakorisága a viselés időtartamával párhuzamosan, míg a réztartalmú IUE-nél valamelyest emelkedett, de ez nem volt szignifikáns. Mindenesetre megállapítható, hogy az IUE-et viselőknél a KMGY csaknem kilencszer gyakoribb, mint az egyéb kontraceptív módszert használóknál. A Dalkon Shieldet viselőknél hatszor gyakoribb, mint a réztartalmú eszközt viselőknél.

(Ref.: Az egyébként igen gondos és nagy anyagot feldolgozó tanulmány hiányossága, hogy nem vette figyelembe a szexuális aktivitásra vonatkozó adatokat és az összehasonlítás más kontraceptív módszereket használókkal történt, amely módszerek bizonyos védelmet jelenthetnek a KMGY-sal szemben.)

Domány Zoltán dr.

Antiandrogenek a nőgyógyászati gyakorlatban. J. M. Wenderlein (Frauenklinik, D—8520 Erlangen): Sexualmedizin, 1983, 12, 325.

Az antiandrogen-hatás fogalma már több mint 40 évre tekint vissza, amikor a tüszőhormonoknak tulajdonítottak ilyen hatást. Két évtizeddel ezelőtt egy új steroid hormont (cyproteronacetát, CPA) fedeztek fel, ami specifikusan antiandrogen hatással bír. A cikk írására az ösztönözte a szerzőt, hogy egyfelől aránylag ritkán rendelik a CPA-t a nőgyógyászok,

másfelől pedig igen sokszor fordulnak hozzájuk betegek — spon-tán vagy „küldésre” — különböző betegségek „hormonzavar”-eredetű gondolv. Ezért szükségesnek tartja a leglényegesebb indikációkat felsorolni. (Indokolt esetben hazánkban is mód van egyéni im-portként a szer beszerzésére. — Ref.)

Alacsony növésű leányok puber-tásának az eltolására és így a csontosodás idejének a kitolására, valamint pubertas praecox kezelé-sére alkalmas a CPA 50—150 mg/m² testfelületnek megfelelő adagolásban.

Férfiak számára szokás rendelni hiperszexualitás miatti szexuális bűncselekmények megelőzésére (pszichoterápiával együtt) 100—300 mg-os adagban tablettában és naponta, vagy 300—600 mg-os in-jeccióban kéthetente.

Prostatarák esetén tiszteőhormon helyett rendelhető (200—300 mg/die). Előnye, hogy kevesebb a mellékhatás, az emlők sem növekszenek meg.

A spermaképzést reverzibilisen csökkenti, de ha a napi adag 50 mg alatt van, a terhesség lehető-sége nem zárható ki.

Ha nőnek rendelik a szert, illik tudni, hogy a libidót nem csök-kenti, de lényegileg ugyanolyan esetekben ellenjavallt, mint a kombinált fogamzásgátló tabletták. Ezenkívül ivarérett korban aján-latos olyan kombinációban rendelni, hogy terhesség ne következhes-sen be, mert a magzatra kedvezőt-len hatású, a szexuális differenciálódást megzavarhatja (testicularis feminisatio).

Akne különösen a fiatalabb nők számára igen zavaró lehet, ezért az eredményes akne-kezelésnek pszichoszociális haszna is van. Bár hormonzavarra gondolnak az orvosok többnyire, ez nem áll fenn, valószínűbb az, hogy a mirigyek az androgénre túlzottan érzékenyek, ezért általában felesleges is a hor-monmeghatározás. Éppen a pszichoszociális nyomasztó hatás miatt a tizenéveseknek is ajánlatos rendelni, ha már legalább 3 éve menstruálnak.

Alopecia esetén akkor indikált a CPA, ha az a hagyományos fogam-zásgátlók szedését követően lép fel, többnyire fél éven túl. Egyéb eredet esetén érdemes a testos-teron-szintet meghatározni.

Hirsutismusról akkor beszélünk, ha a fokozott szőrnövekedéshez egyéb tünetek (fejletlen emlő, vér-zéskimaradás, hajas fejbőr kopa-szodása stb.) is társulnak, ezért ettől el kell különíteni a hyper-trichosist. Ilyenkor szükséges a hor-monháztartás részletes kivizs-gálása, különösen a szérumban ta-lálható szabad testoszteron-érték. Ha ez magas, hormontermelő da-ganatra kell gondolni (petefészkek, mellékvese). Az anamnézis is fon-tos, mert ha évek alatt lassan és fokozatosan alakul ki a hirsutis-

mus, kevésbé valószínű, hogy az tumor eredetű.

A hirsutismus kezelésére a for-dított szequenciális kezelés aján-lott: a ciklus 5—14. napján 2×50 mg CPA és egyóttal az 5—25. na-pon CPA-tartalmú (2 mg) fogam-zásgátló. Ugyanígy adjuk a szert akkor is, ha a nő kora, vagy a méh eltávolítása miatt már nem men-struál. A javulás általában 6—9 hó-nap múlva kezdődik és kb. 70%-os mértékű. A kedvező eredmény fenntartására a kezelést kisebb adagokkal érdemes továbbvinni és e vonatkozásban kár, hogy csak 2 és 50 mg-os adagokban kerül for-galomba.

Alopecia és akne (seborrhoea) esetén a 2 mg tartalmú fogamzá-sgátlók megfelelőek szoktak lenni, az esetek felében javul a helyzet

Aszódi Imre dr.

Antiandrogének a nőgyászati gyakorlatban. B. Strauss, H. Appelt (Abt. f. Sexualforschung d. Psychiatr. u. Nervenkl. der Univ., D—2000 Hamburg 20.): Se-xualmedizin, 1983, 12, 515.

A nőgyógyászok mind gyakrab-ban rendelnek antiandrogéneket és a szerzők szerint nem mindig elég megfontoltan. Igaz ugyan, hogy ál-talában kisebb adagokat szokás nőknek rendelni, mint férfiaknak, ez azonban nem mentesít bennün-ket attól, hogy bizonyos mellékha-tásokra a nők esetében ne gondol-junk. Ugyanis az androgének mindkét nemből szükségesek a ne-mi élet örömadó jellegének a biz-tosításához, ezért nők esetén is je-lentkezhet az antiandrogén-kezelés negatív hatása a szexuális funkció-ra, miként ezt a szerzők saját megfigyeléseik kívül az irodalmi közlemények is igazolják.

A nőknek legtöbbször fokozott szőrnövekedés miatt rendelnek an-tiandrogént és ilyenkor az indiká-ció sok szubjektív elemet tartal-maz és ez az orvos döntését nehe-zíti, felelősségét fokozza. Legtöbb-ször nem egyértelmű ugyanis a szőrnövekedés mértéke és annak megítélése. Felmérésük szerint a szőrnövekedés objektív mértéke nagyon sokszor nem igazolja egy-értelműen a kezelendőséget, a be-teg inkább „csak” szenved a sok-szor minimális elváltozás miatt, míg más esetben sokan feltűnő szakállal sem csinálnak maguknak gondot. Gyakran a jelentőség nél-külnek minősíthető „szőrszálak-kal” rendelkezők igyekeznek haj-viselettel, vagy öltözködéssel lep-lezni állapotukat (exhibíciós gát-lás), túlértékelve törekednek az orvost a kezelésre rávenni.

A nők antiandrogén okozta sze-xuális zavarainak a megítélése azért is nehéz, mert sokszor már a kezelés előtt is voltak ilyen problémák és a „szer”-től való félelem is hozzájárulhat a szexuális zava-

rok fellépéséhez, vagy súlyosbodá-sához.

Mindezek ellenére számolni kell az antiandrogén-kezelés mellékha-tásaként fellépő szexuális zavarral — ezt ők is igazolták — és ez azért is jelentős, mert a hajnövekedés befolyásolását, a célt nem minden esetben lehet elérni.

Javasolják, hogy ha kevés ered-ménnyel is kecsesget, de meg kell kísérni az adott helyzet reális megértését, a problematikát komplexen kell értékelni, ideértve az eddigi szex minősítését is. Ha pedig mégis kell antiandrogént rendelni, az adagot a minimumra kell csökkenteni, de tartósan ada-golni, mert a szer elhagyása után többnyire kiújul a fokozott szőr-növekedés.

(Ref.: Nem jelzik a szerzők, hogy a betegek korábban védekeztek-e, az antiandrogént fogamzásgátló egyik komponenseként kapták-e vagy sem. Arról sincs szó a cikk-ben, hogy már kapcsolatban rendel-kezik-e a nő, vagy éppen azért kí-vánja a kozmetikai változást, mert a kapcsolat kialakulásának a hiá-nyát szinte éppen ez okozza. Fig-yelmen kívül hagyják a szerzők azt is, hogy a biztonságos védeke-zés befolyásolta-e az esetleges nem kívánt terhességtől való félelmet.)

Aszódi Imre dr.

Az endometrium hyperplasia hosszantartó kezelése megestrol acetáttal. Gal, D. és mtsai (Depart-ments of Obstetrics and Gynecology, Southwestern Medical School and The University of Texas Health Science Center at Dallas): Am. J. Obstet. Gynecol. 1983, 146, 316.

A szerzők beszámolnak az inté-zetükben 1973—1981 között vérzés miatt felvett postmenopauzális be-tegeik közül azon 52 páciens keze-lési eredményéről, akiknél a sző-vettani vizsgálat adenomatosus, illetőleg atypusos hyperpláziát vagy in situ adenocarcinómát mutatott, azonban a műtétet ellenezték vagy ennek nagy volt az orvosi kocká-zata. Ezen asszonyoknak folyama-tosan naponta 40 mg megestrol acetátot adtak orálisan 10—104 hónapig (átlag 42 hónap). Három-hónaponként ellenőrizték őket az esetleges mellékhatások, illetőleg az újabb vérzés miatt. Endomet-rium biopsziát végeztek, ha a vér-zés kiújult, illetőleg minden 6. hó-napban. Amennyiben a szövettani vizsgálat a folyamat perzisztálását vagy progresszióját mutatta az eredeti vagy az utolsó biopsziához képest, akkor operáltak. Teljes re-missziót a hyperpláziás eseteik 90%-ában találtak. A három in situ carcinomás betegeit a kezelés 57., 65. és 104. hónapjában ellen-őrizték, de nem találtak kiújulást. Négy asszonynál vált szükségessé műtét és egyiküknél sem volt in-vazív adenocarcinoma. A szernek

káros mellékhatása nem volt. Megemlítik, hogy számos vizsgáló szerint a progestinek, a dimithesteron, a megestrol, és a medroxyprogesteron acetát az endometrium hyperplasia regresszióját idézi elő a kezelés megkezdésétől számított 3 hónapon belül. Bár az időtartamban a vélemények megoszlanak. Az is ismert, hogy a nem elensúlyozott oestrogen-kezelés oki faktora az endometrium hyperplaziának és a carcinoma fejlődésének. A progestinekről ismert, hogy az oestrogenek működése ellen dolgozik az endometriumban levő oestrogen-receptorok számának csökkentése által. A progestinek fokozzák a 17-béta oestradiol átalakulását oestronná és sulfurilált oestrogénekké. Az antioestron-hatás tehát így nyilvánvaló. Végezetül megemlítik, hogy ők a megestrol acetátot hatékony és biztonságos alternatív kezelési módnak tartják azon postmenopauzás asszonyoknál, akiknél a hysterectomia nem jöhet szóba.

Ratkóczi Iván dr.

Parenterális táplálás és terhesség. Tresadern, J. C. és mtsai (Dep. Surg., Med., Obst. and Gynaecol., Hope Hospital, Salford): Br. med. J. 1983, 286, 602.

A szerzők elsőként számolnak be egy olyan esetről, melyben az anya teherbe esésétől kezdve normális lefolyású terhességen és szülésén keresztül mindvégig kizárólag parenterálisan vett fel táplálékot.

A 31 éves beteg 6 éve szenvedett terápiareszisztens Crohn-betegségben, melyben sebészi beavatkozás a folyamat kiterjedtsége miatt nem jött szóba. A kizárólagos parenterális táplálásának megkezdésekor súlya 28 kg volt. Napi 14 g nitrogén (Synthamin) bevétel mellett dextróz és Intralipid infúziók formájában 1800 kcal-t, vitaminokat és nyomelemeket kapott. Két hónap alatt testsúlya 54 kg-ot ért el, ami megfelelt a számított ideális súlyának. Mind a parenterális táplálást megelőzően, mind az alatt amenorrhoeás volt. A szerzők részlegére történő felvételére az otthoni parenterális táplálkozás begyakorlása céljából került sor. Lényegében tünet- és panaszmentes állapotban, kizárólag parenterális táplálkozásának 8. hónapjában észlelte terhességét, mely szövődésmenymentesen zajlott le. Spontán induló szüléssel a 37. héten egészséges, 2600 g-os leánygyermeket szült. A placenta vizsgálata során lipid-lerakódásra vagy embolizációra utaló jeleket nem találtak. Így nem tudták megerősíteni azt a korábbi álláspontot, amely terhesség alatt kontraindikálnak tartotta zsíremulziók parenterális adását.

Nékám Kristóf dr.

Vesetranszplantált nő normális terhessége cyclosporin A szedés közben. Lewis, G. J. és mtsai (St Mary's Hospital, Portsmouth): Br. med. J. 1983, 286, 603.

Vesetranszplantáltak terhessége — az általában szükséges tartós szteroid- és azatioprin-terápia miatt — mindig magában hordja egyes magzati endokrin funkciók szuppressziójának és teratogén hatások felléptének veszélyét. Többek között ezért is fűznek nagy reményeket a cyclosporin A-hoz, amely szelektíve gátolja az allograft rejekeció effektor T-limfocitáinak működését, és amelynek semmiféle kimutatott teratogén hatása nincs. A szerzők az első olyan vesetranszplantált nőbeteg normális lefolyású terhességéről számolnak be, aki terhessége teljes tartama alatt napi 450 mg-os dózisban kizárólag cyclosporin A-t kapott.

A 27 éves beteg korábban már két alkalommal kapott vesét, melyek kilökődését a szokásos immunosuppresszív kezelés nem tudta meggátolni. Vesefunkciós és hematológiai paraméterei a gyógyszeresedés és a terhesség alatt mindvégig normálisak voltak, akárcsak maga a szülés is. A 3000 g-os fiúgyermeken nem lehetett semmilyen rendellenességet kimutatni. A győszert mind a köldökvérben, mind az anyatejben ki tudták mutatni, ezért a szoptatást a szerzők nem ajánlják. Véleményük szerint az erőlyes és szelektív immunosuppresszív hatás és a teratogén hatások hiánya miatt ebben a speciális esetben (is) a cyclosporin A a legalkalmasabb kezelés a rendelkezésre álló lehetőségek közül.

Nékám Kristóf dr.

Nyelőcső-elzáródás real-time ultrahang diagnózisa szülés előtt. Eyherremendy, E., Pfister, M.: J. Clin. Ultrasound, 1983, 11, 395.

Sok magzatvíz esetén mindig gondolni kell emésztőrendszeri fejlődési rendellenességre. Ha a magzati belrendszerből hiányzik a folyadék, nyelőcső-elzáródás valószínű. A nyelőcső tágult proximális szakaszának telődése az elzáródás helyét is jelzi.

Egy 28 éves, harmadszor terhes, másodszer szülő asszonyt azért küldtek UH-vizsgálatra, mert a méh a számított időnek megfelelőnél nagyobb volt. Az eltérés oka a sok magzatvíz volt. A foetus gyomrában és beleiben nem láttak folyadékot, ugyanakkor tágult, váltakozva telődő és kiürülő proximális nyelőcsőszakaszt találtak. Ezek alapján I. típusú nyelőcső-elzáródást diagnosztizáltak. A 2120 grammos leánygyermek thoracoabdominalis röntgenfelvételen látott tágult gyomor és gázmentes belek alapján a módosított diagnózis II. típusú nyelőcső-elzáródás lett. (Nyelőcső-elzáródás tracheo-

oesophagealis fistulával, doudenalis atresiával.) A helyreállító műtét után három nappal az újszülött aspirációs pneumoniában meghalt.

Második betegük 22 éves először terhes nő. Ultrahangvizsgálatának indikációja és lelete az előzővel azonos volt. A 2500 grammos fiú röntgenfelvételén a vékonybelekben levegő látszott, így a módosított diagnózis III. típusú nyelőcső-atresia lett. Műtétet követően a beteg jól van. Az intrauterin folyadékmentesnek látott gyomorbel-rendszer és a születés után talált röntgenkép közti ellentét feloldását keresve azt tartják valószínűnek, hogy a tracheo-oesophagealis fistula a születésig zárva volt és csak az első légvételek után nyílt meg. Azt sem lehet kizárni, hogy nagyon kevés folyadékot nem tudnak kimutatni.

A nyelőcső-elzáródás legfontosabb jele a hydrarnion mellett a váltakozva megtelő és kiürülő, proximálisan tágult nyelőcső. Az elzáródás típusát azonban ultrahangvizsgálat alapján nem lehet megmondani. Papp Zsuzsanna dr.

Alkohol-embryopathia. Feige, A. (Universitäts-Frauenklinik Würzburg): Med. Klinik, 1983, 78, 515.

Az utóbbi években több közlemény és monográfia jelent meg az alkohol-embryopathiáról (aep.). Az aep. ritka fatális megbetegedés, amelynek a gyakoriságát NSZK-ban évente mintegy 1800-ra becsülik; ennek a szülésekre eső incidenciája 0,11—0,33%-nak felel meg. Az állatkísérletek azt bizonyítják, hogy az alkohol a méhlepényen átjut és a fetusban az anyáéval azonos alkoholsavszint van; ráadásul a fetus nem tudja aethanol metabolizálni. Az anya idült alkoholizmusa ezért a fetust károsíthatja; lehetséges, hogy ebben a B₉-vitaminhiány is szerepet játszik. A károsító hatást illetőleg különböznek az egyes nézetek a naponta fogyasztott alkohol mennyisége és/vagy a terhesség időtartamát illetőleg. Úgy látszik, az apa alkoholabúzusának nincs befolyása az utódok anomáliáinak gyakoriságára.

Az önmagában ritka aep. jellegzetes testi és szellemi retardációval járhat: praenatalisan diagnosztizálható az intrauterin retardatio (89%), mikrocephalus (84%), postnatalisan diagnosztizálható: postpartualis alacsonyynövés (92%), szellemi visszamaradottság (88%), hyperreaktivitas (70%), izomhypotonia (59%), epicanthus (69%), vékony ajakpír (62%), hypoplasia mandibulae (74%), kézbarázda-anomáliák (72%), klinodaktylia V (54%).

Az alkoholizmussal együtt gyakori egyéb drogok és élvezeti cikkek (elsősorban cigaretta) fogyasztása, amelyek szintén a fatális nő-

Mindezek alapján nem állíthatja a team, hogy az RI szülés egyértelműen jobb, mint az RO, inkább azt lehet mondani, hogy az előbbi „természetesebb” miliő látszatát kelti. Számítani lehet viszont arra, hogy az igény tovább fog növekedni annak eredményeként, hogy a lakosság általános egészségügyi és a szülésvezetés e módját illető ismeretei is terjednek.

Aszódi Imre dr.

Pszichiátria

Mennyiben jelentettek áttörtést a 70–80-as évek a pszichiátriában. Strauss, G. D. és mtsai (Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA School of Medicine, Los Angeles): Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 38.

A szerzők arra vállalkoztak, hogy a „cutting edge” periódusként jelzett 70–80-as évek jelentőségét vizsgálják a pszichiátriában. E célból a diszciplína 40 részproblémáját felvetve, a kaliforniai és Los Angeles-i egyetem munkatársai javaslatára kérdőíveket küldtek nemzetközi hírű szakembereknek. Ezekben 3 alapkérdést tettek fel:

1. Melyek voltak a 70–80-as évek főbb eredményei a pszichiátriában?

2. Melyek voltak a fejlődést elindító és segítő főbb publikációk?

3. Melyek azok a fontos, megválaszolatlan kérdések, melyekre a következő évtizedben várható válasz?

288 értékelhető válaszlevelet kaptak, 150 szakember csak a kutatás területének megfelelő specialitások vonatkozásában nyilatkozott. Ezúttal csak a pszichiátria egészére vonatkozó adatokkal foglalkoznak,

a speciális területeket következő közleményükben taglalják.

A válaszlevelek adatait összevették West és Freedman közleményeivel, melyek a 70–80-as évekre, ill. az elkövetkező 10 évre vonatkozó előrejelzéseket tartalmazzák. A megkérdezettek elsősorban a biológiai pszichiátria, az agykutatás, a diagnosztika és klasszifikáció, az affektív betegségek, a szociális és közösségi pszichiátria területén véleményeztek előrehaladást.

Szerényebb eredmények mutatkoztak a schizofrenia-kutatás, a pszichoterápia és viselkedésterápia területén, újdonságként jelentkezett a viselkedéskutatás és neuropszichológia. Figyelemre méltó eredmények születtek a sexual-terápia és alváskutatás területén is.

Erdekesnek tartják azt, hogy a szakemberektől — annak ellenére, hogy a diagnosztika és klasszifikáció eredményeire utalnak —, a DSM-III. mint publikáció kevés szavazatot kapott, valamint, hogy a megjelölt 14 alapközlemény közül 5 pszichológiai elméletekkel foglalkozik és a pszichoanalízis szemszögéből tárgyalja a kérdéseket.

Az előrejelzéseket illetően nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a pszichoterápia fejlődésének mint Freedman. Véleményük szerint az alaptudományok terén megtörtént az áttörés, ezért előre jóslni nem tudnak, viszont jelentősnek tartják a klinikai pszichiátria tudományos alapokra helyezését. További eredmények várhatók a schizofrenia-kutatásban, de kismértékű haladás várható az alkohol- és drogproblema terén, mert a kutatások már most „önfeltöltő” jelleget mutatnak.

A diagnosztika és klasszifikáció fejlődését a DSM-III. validitásának fokozása jelentené. Igazi előrehaladást jelentene az egyes részterületek koordinált munkája, pl. a

pszichológiai és biológiai jelenségek együttes vizsgálata.

A szerzők eredményeiket felhasználhatónak tartják az oktatásban, tervezésben és szemléletalkításban, meggyőződésük, hogy segítheti a vezetés munkáját.

A cikk végén függelékben ismertetik a 3 alapkérdésre adott válaszok feldolgozását. Ismertetik azt a 14 publikációt, melyekre a megkérdezettek négynél több szavazatot adtak és a tudomány fejlődése szempontjából jelentősnek tartottak.

Liziczai Etel dr.

A férfi gyógyító hatása. Krautschik, A. (D 4330 Mülheim/Ruhr, 13 Sommerfeld 15): Sexualmedizin, 1983, 12, 102.

A szerző egy beteg pszichoterápiája során ismerkedett meg annak négy nemzedékével és ennek az egész nagy családnak 40 tagjával. A családban minden nő az archaikus anyaság képét mutatta: sok gyermekük volt, gyermeikhez túlzottan kötődtek, a férfiek többnyire „gyenge” személyiségek voltak, a feleségeik túl gondosak és csökkent szexuális érdeklődésűek, de ugyanakkor olykor az „eszelségig” féltékenyek voltak. Ha ezek a nők férfikkal kerültek kapcsolatba, neurotikus és pszichotikus betegségi tünetek léptek föl a patológias kapcsolat-konfliktus kifejezésekként. Ezek a tünetek azonban azonnal megszűntek minden kezelés nélkül is, ha sikerült az ősi anya-gyermekekapszolatot feloldani és pedig azért, hogy a férfi — mint apa, vagy férj — a kettős kapcsolatba harmadikként belépett. Az is előfordult, hogy az anyánál szűntek meg a tünetek akkor, amikor a lánya talált magának megfelelő férfi partnert.

Aszódi Imre dr.



A perforált krónikus gastro-duodenális fekélyek primer végleges műtéteiről.

T. Szerkesztőség! Kotsis Lajos dr. és Krisár Zoltán dr. az Orv. Hetil. 1983. 124. 50. számában, a 3035. oldalon megjelent közleményük sorai megerősítettek abban, hogy a gastroduodenális perforációk primer végleges ellátásának útkeresésében mi is helyes irányban haladunk. Két éve osztályunkon is a tanulmányban felsorolt kritériumokhoz és elvekhez hasonlóan, válogatott esetekben, törekszünk a perforált krónikus gastro-duodenális fekélyek primer végleges operációjára. Esetszámunk egyelőre oly kevés, hogy mélyrehatóbb következtetéseket nem vonhatunk le, de csekély számú eset eredményei eddig kifogástalanok. A leírt műtéti elvekhez is hasonló eljárásokat követünk, ezek közül elsősorban a Billroth-I. típusú rezekciót húznánk alá krónikus gyomorfekélyek perforációi esetében, amely rezekciótípusra egyébként is, hacsak lehet, igyekszünk törekedni. Nyombélfekélyek kilyukadásánál pedig az antrektómiát részesítjük előnyben trunkális vagotomiával kiegészítve.

Hozzászólásunkkal azoknak a fiatal sebészkollégáknak szeretnénk némi bátorítást adni, akiknek a vidéki kis kórházak ügyeleti időszakában a beszükkült lehetőségek és az ebből fakadó nehézségek realitásaival is kell számolniuk és „csak” a legegyszerűbb, életmentő műtétek elvégzésére van lehetőségük. Ezek a lehetőségek nemcsak a sebészi teameken múlnak, hanem döntő szerepe lehet ebben pl. az adott munkahely anaesthesiologiai felkészültségének is. Teljesen egyetértünk a gastro-duodenális perforációk elvárrásának lehetséges hátrányaival, mégis úgy véljük, említést érdemel az az „elvárrás” módszer is, amely az említett nem kívánatos szövód-mények, hátrányok jelentős részét nem rejti magában. Ennek a módszernek a lényege a keletkezett lyuk cseplesszel történő fedése.

Feltételezhetően régi és sokak által ismert egyszerű eljárásról van szó, ennek ellenére még a közkezen forgó könyveink is félreérthető módon említik meg. A közelmúltból személyes élményem is fűződik az eljáráshoz, amikor az a megtiszteltetés ért, hogy „vendégszereplőként” részt vehettem egy sokkos állapotból éppen kihozott, heveny hasi katasztrófa képet mutató beteg operációjában: diffúz fibrines peritonitis, ételtörlemeket tartalmazó, több liternyi zavaros hasúri folyadékgyülem, közel forintos érme nagyságú lyuk

a duodenumon, heges, gyulladással, törékeny környezetben, volt az explorációs lelet. Műtét közben az anaesthesiologia gyors tevékenységre szólította fel az operáló csapatot — teljesen jogosan —, mert perifériás pulzus nem volt tapintható, vérnyomás nem volt mérhető a betegnél! Kilátástalan-ná vált a perforációs nyílás hagyományos bevarrása, egyértelmű volt, hogy a sutarához behelyezett öltések a merev, kérges környezetben a csomózásakor átvágnak és a nyílás hamarosan nagyobb lesz, mint volt. A fentiekben vázolt körülmények között primer végleges ellátás szóba sem jöhetett. Némi megdöbbenést és bizalmatlanságot keltett a Graham szerinti cseplesszel fedése javaslatom — mely módszer ismeretlennek bizonyult —, de „jobb híján” mégis eredményhez vezetett, mert néhány perc múlva a műtétet sikerült befejezni, a beteg életben maradt. Negyedszázaddal ezelőtt, még orvostanhallgató koromban, volt szerencsém látni, majd később tanító-mesteremtől, Bugyi István professzortól megtanulni ezt az egyszerű, és általa **Graham-módszerének nevezett eljárást**, amit magam is már 21 éve használok megbízható, jó eredménnyel.

Az esetek döntő többségében mindössze három öltésről van szó (felszívódó varróanyagból): az első öltést a lyuk felső szélétől néhány milliméterre minden réteget átöltve vezetjük be, és hasonlóan vezetjük ki a nyílás alsó szélé alatt az ép fal rétegeken keresztül, öltésünkkel mintegy áthidaljuk a lyukat. (Természetesen az átfúródás nagyságától függően két vagy több ilyen öltést is behelyezhetünk, de az „agyonvarrás”-tól óvakodjunk!) A továbbiakban Graham-módszerét annyiban módosítottuk, hogy a fenti leírt öltés elé és mögé, azzal párhuzamosan futó egy-egy öltést helyezünk el seromuscularisan. **Az öltéseket nem csomózzuk meg, kifogva fel-emeljük, és egy előre kiválasztott csepleszrészecskét húzunk a fonalak szárai közé.** A csomózás csak ezután következik a lyukra fektetett, azon kissé túlérő cseplesznyúlvány felett. Itt csak arra kell figyelniük, hogy a „legszorosabb” csomó a cseplesznyúlvány csúcsát rögzítse, a többi szinte csak adaptáló jellegű legyen. Ezzel elérjük azt, hogy a csepleszrészecske kicúsásását megakadályozzuk a fonalak szárai közül, de ugyanakkor nem rontjuk a fedésre használt cseplesz vérellátását, és mindez elegendő ahhoz, hogy a lyukat folyadék- és légmentesen zárjuk. **Ezek a varratok így behelyezve és cseplesz felett megcsomózva nem**

vágnak át, nem feszülnek, tehát a szövetelek vérellátását nem rontják — ezáltal a fekély begyógyulására is nagyobb lehetőséget adunk —, **következésképpen nem fenyeget varratelégelenség veszélye sem. A duodenum megtörése, szükülete sem jön létre!** Az „elvárrásnak” ezzel a módszerrel, a szerzők által felhozott hagyományos sutura hátrányai jelentős mértékben megelőzhetők. Különösen a nagy heges környezetű perforációk ellátására ajánlható, előrehaladott peritonitisben. Tapasztalatunk alapján ez a módszer olyan „áldásos biológiai ingernek” bizonyul, hogy a kilyukadt fekélyek 50%-ban meggyógyulnak. Az viszont kétségtelen, ha később sor kerül a szükségessé váló végleges ellátásra, akkor néhány mozzanattal megnehezíti az operátor munkáját a letapadt cseplesszel. A módszernek talán az egyszerűségében van meg a maga nagyszerűsége, ami adott esetben jelentheti a sebészorvos biztonságos és megnyugtató, gyors munkáját, a betegnek pedig nem kevesebbet, mint az életét. Hátrányul tulajdonképpen csak az hozzáférhető fel, hogy kb. 50%-ban nem jelent végleges gyógyulást.

Munkatársammal felmértük az eddigi hatéves bajai munkánk idevonatkozó anyagát. Ez 110 gastro-duodenális perforációt jelent, amiből összesen 3 beteg halt meg (2,72%). Öt esetben végeztünk végleges, primer ellátást, ezek közül halálozás nem volt.

Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy a műtéti megoldásnak bármelyik módját választjuk, ez csak egy része a komplex terápiának és nem mindig ez a perdöntő. A gyógy mód mozzanatai közül csak példaként kiemelve említjük meg, hogy a hasüreg alapos kiöblítésének mi is igen nagy fontosságot tulajdonítunk, gyakran több liternyi langyos konyhasóoldatot használunk fel, de drénezést nem végzünk, különösen a „szabad hasúri” drénezést vetjük el. Dréncsöveket csak olyan súlyos esetekben hagyunk bent, amikor peritoneális dialysist vagy öblítést tartunk szükségesnek a műtét utáni időszakban. Az esetek jelentős részében antibiotikumot például egyáltalán nem adunk. Pylorus-táji vagy duodenum-átfúródások esetén, ha Graham szerinti ellátás történt, akkor már a műtétet követő napon Tagamet-injekciót kap a beteg, stb... stb... Úgy véljük, hogy a gyógyult betegek mindenképp igazolnak, ha a gyógy módok kissé különböznek is.

Hozzászólásunkkal gratulálni óhajtunk a kitűnő nagyváradi sebésszel eredményeihez, és ezek után mi is bátrabban próbáljuk folytatni a már megkezdett munkát a krónikus gastroduodenális fekélyek perforációinak primer végleges ellátását illetően. A Graham-módszerre és annak mó-

dosított formájára, mint az „elvarrás” azon lehetőségére kívántuk a figyelmet felhívni, amivel a hagyományos varrattechnikai szövődmények kiküszöbölhetők, és különösen végszükség esetén nagy segítséget jelenthet az operáló orvosnak és a betegnek egyaránt, bár megjegyzendő, hogy mi nemcsak az ún. súlyos esetekben használjuk, hanem rendszeresen.

Mencser András dr.
Márk Péter dr.

T. Szerkesztőség! Mencser András dr. és Márk Péter dr. véleményért többszörösen hálásak vagyunk.

Elismerő szavakat itt is szeretnénk megköszönni. Ennél azonban, a jövő szempontjából is, sokkal fontosabbnak véljük, hogy gyakorlatuk ismertetésével valójában ők is kiállnak a perforációk végleges ellátásának ügye mellett. Magatartásuk példa lehetne azon osztályok előtt, ahol mindeddig, ezekben az esetekben nem törekedtek a suturánál a betegnek többet nyújtó megoldásokra.

Semmi kétség, ahol elvből vagy a műtéti lelet alapján már csak a perforáció zárására vállalkozhatunk, minden eszközt fel kell használni ennek eredményessége érdekében. Adott esetben erre Graham-módszere — vagy módosításai — a legalkalmasabb. Sajnos, ez a módszer sem küszöböli ki a pylorus szűkület kialakulásának lehetőségét. *Read* (1) 187 duodenum perforációban végzett 99 Graham szerint műtöttjéből 25% szorult 1 éven belül újabb műtetre. A végleges műtét leggyakoribb oka anyagában is a pylorus obstrukciója volt. Így ő arra a következtetésre jutott, hogy krónikus duodenális fekélyek átfuródásakor omentopexia helyett jobb vagotomiával kiegészített drainage-műtétet választani.

IRODALOM: 1. *Read, R. C. és mtsa:* Gastric outlet obstruction after omentopexy for perforated acute and chronic duodenal ulceration. *Amer. J. Surg.* 1975, 130, 682.

Kotsis Lajos dr.
Kriszár Zoltán dr.

A forrasztógyanta füstje okozta asztmás betegek gondozásáról.

T. Szerkesztőség! „A forrasztók foglalkozási eredetű gyantafüst asztmája” (*Orv. Hetil.* 1984, 125, 1395.) c. közleményhez lenne néhány gondolatom:

Örömmel és érdeklődéssel olvastam e közleményt. Örömmel, mert egy neves szaklapban megjelenő ilyen témájú írás bizonyítja a sajnós sokak által még ma is kissé lebecsült üzemorvoslás fontosságát. Érdeklődéssel, mert közel hétéves e téren szerzett tapasztalataimat igazolja.

A forrasztógyanta (colophonium) füstjében fellelhető gyanta-

savak szenzibilizáló szerepe ma már egy pillanatig sem vitatott. A gondozási területemhez tartozó különböző iparágak (elektronika, óragyártás stb.) forrasztó munkahelyein dolgozók rendszeres szűrővizsgálatokban részesülnek. E vizsgálatok a „Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen G. 23 Obstruktive Atemwegserkrankungen” ajánlásai alapján történnek. A munkába állítás előtti és az időszakos orvosi vizsgálatok fő elemei a Spirotron (Dräger) spirométerrel végzett légzésfunkciós próbák. Gyakran esetekben, ill. panaszok felléptekor az érintett dolgozókat egy, a területünkön működő szakintézetbe utaljuk egésztestplethysmográfiás, ill. provokációs inhalatív vizsgálatokra. Az évek alatt felhalmozódó adatok alapján a foglalkozási eredetű asztmák előfordulási gyakoriságát messze a 22%-os arány alatt találtuk. Ennek oka talán az, hogy a forrasztó munkahelyek „szentélyeinek” eme nem mindenki által kedvelt „tömjénfüstjét” határozott érvelésünkre és közbelépésünkre elszívják. Itt hívom fel a figyelmet az üzemorvosok rendkívül fontos tanácsadói szerepére. Ott, ahol központi elszívóberendezés állt rendelkezésre, ill. ennek kiépítése lehetséges volt, az egyes forrasztó munkahelyeket gégecsöves állítható elszívófejekkel csatlakoztatták. Más esetekben jól bevált az elektrosztatikusan működő ún. „Lötdampfsorber Komax 80 (Bernd Geiger Pf. 6124 D-7250 Leonberg). Rendkívül fontos az elszívófejek helyes beállítása, hogy a sokszor közel hajlító dolgozó valóban tiszta levegőt lélegezhessen be. A nagyobb méretű nyomtatott áramkörök tömeges forrasztása jobbra automatikusan történik és az alkoholos colophonium fürdő, ill. „Lötdad” fölött elszívóberendezések gátolják a munkahelyek füstszennyeződését.

Az elektronika rohamos fejlődése egyre szaporítja a forrasztó munkahelyeket. A foglalkozási asztma kiküszöbölésének pedig egyetlen hatásos eszköze a munkahelyi megelőzés. Itt természetesen nemcsak a sokak által rejtvegett automatizálásra gondolok.

Mertz Tibor dr.
7730 VS-Schwenningen

T. Szerkesztőség. Nagy örömmel olvastuk *Mertz dr.* hozzászólását cikkünkhez értekes saját tapasztalatainak közlését annál is inkább, mivel a foglalkozási eredetű tüdőasztma Magyarországon az utóbbi időkig kicsit mellőzött területe volt még az asztmakutatásnak is, a rendszeres szűrés pedig a jövő feladata. Holott — speciális jellegénél fogva és nagy társadalmi fontossága miatt kiemelt helyett érdemel.

Többnyire munkaképes korú emberek olyan megbetegedéséről van szó, amely kellő odafigyeléssel nagymértékben csökkenthető, és a már megbetegedetteknl az oki összefüggés ismeretében az allergén az esetek többségében kiküszöbölhető.

Munkacsoportunk a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pulmonológiai Klinikáján 1978 óta egyre intenzívebben kutatja a különböző foglalkozási tüdőasztmák etiopathogenezisét. Szoros munkakapcsolatban állunk az Országos Munka-és Üzemegészségügyi Intézet munkatársaival, ill. rajtuk keresztül az egyes üzemek orvosaiával. És itt utalunk *Mertz dr.* megjegyzésére az üzemorvosok nélkülözhetetlenül fontos és felelősségteljes munkájára a fokozottabban veszélyeztetett dolgozók (pl. atopiás) rendszeres vizsgálatában, a foglalkozási tüdőasztmás betegek felkutatásában és gondozásában. Nemesgyszer gyári vegyész-technológussal konzultálva sikerülhet a munkahelyi allergén felkutatása és a munkafolyamat egészségesebb átszervezése.

Közös munkánk hatására több esetben megtörtént elszívóberendezés felszerelése, a technológiai folyamat átszervezése (pl. papainpor oldatba vitele), melyek nagymértékben csökkentették a dolgozók expozícióját.

Közleményünk megírása óta volt olyan gyantafüst-asztmás betegünk, aki megfelelő gyógyszeres kezelés és elszívóberendezés mellett panaszmentesen tudta eredeti munkáját folytatni, mások allergénmentes környezetben teljes értékű munkát tudnak végezni.

Reméljük, hogy cikkünk, ill. e hozzászólás által is ráirányul a figyelem egy ideig kicsit mostohán kezelt, de nagy gyakorlati fontosságú betegségre — a foglalkozási tüdőasztmára.

Orosz Márta dr.

Adatok a Balassa kórház történetéhez.

T. Szerkesztőség! A 75 éves Balassa-kórház története (*Orv. Hetil.* 1984. évi 26. szám, 1577. old.) az 1920-as évek második felét, életem egyik legszebb periódusát idézi fel, amely a Pajor-szanatóriummal elválaszthatatlanul összefügg.

Konrády András dr. közleményében felsorolt nagy orvosok, akik a szanatóriumban kezelték betegeiket, számomra nem árny nevek, hanem emlékezetemben élő személyek. Pólya Jenő tájanatómiát adott elő, Korányi Sándor hallgatója voltam és szigorlatomon vizsgáztató. Mintha ma látnám a 70 éves, két méter magas Dollinger Gyulát, ki nek első tanársegédje volt Ádám Lajos, fiatal magántanár. Hiába keresem annak a nevé, aki túlzás nélkül szólva, a Pajor-szanatórium legkimagaslóbb alakja volt, kiről egy beszélgetés alkalmával Ádám Lajos tanár azt mondta: „A legnagyobb ember, akit életemben is-

mentem”, a Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályának főorvosa, már az első háború előtti időben az első gyomorvarrógép szerkesztője, a szanatórium épületét tervező műegyetemi tanár testvérbátyja: Hüttl Hümér nyilvános rendkívüli tanár.

Hüttl professzornak teljesen felszerelt külön műtője volt, orvosi és segédszeméllyel, kik vele dolgoztak. A műtői területről felnézve zavarónak találta a csillogó fehér csempéről visszavert fényt, ezért műtőjének falát tompa vörös csempével boríttatta be. Ez volt az orvosi körökben legendás híró vörös műtő. Itt operálta a 80 év feletti Dollinger Gyula sérvét, ki a szana-

tóriumot most már nem csak mint sebész, de mint sebészeti beteg is igénybe vette. Nem emlékszem az évszámra, de ha nem csalódom a harmincas évek elején volt, mikor a vörös műtő fő műtősnője, Cukor Franciska rendezésében kis ünnepségen további sikeres működést kívántak Hüttl professzor úrnak a vörös műtőben végzett tízezredik műtét után tisztelői, tanítványai és barátai.

Abban a kiváltságos helyzetben voltam, hogy Hüttl professzor nemcsak elfogadta, de szorgalmazta kinevezésemet az osztályára és bevezetett a Pajor-szanatóriumba. Kegyeletteljes kötelességemnek

tartottam ennek a néhány sornak a megírását a szanatórium történetének kiegészítésére. Magamról csak annyit, hogy a második háború előtt hagytam el Magyarországot, mikor nagyon sokan, kik intellektuális pályára készültünk, nem tudtunk megélhetést adó munkát találni. Öt évvel ezelőtt, mikor 80. évemet elértem, visszavonultam a munkától és feleségemmel együtt, ki mint gyógyszerész munkatársam is volt, a francia tengerparton, az Alpesek tövében telepedtem le.

Fogadják szívesen őszinte tiszteletem kifejezését.

Janovics András dr.
06100 Nice, Franciaország
40 Ave, Cap de Croix

HUNYADI JÁNOS

gyógykeserűvíz

A magyar keserűvizek világhíresek. A HUNYADI JÁNOS keserűvizet 1863-ban kezdték palackozni és 1913-ban 13 millió palackot hoztak forgalomba. Ma is igen nagy a kereslet mind a külföldi, mind a hazai piacon.

JAVASOLT:

1. Soksavas gyomorhurutnál
2. Idült bélhurutnál
adagolás: ha az orvos másképp nem rendel, mindkét esetben 1:2 arányban hígítva, étkezés előtt fél órával 1–2 dl-t szobahőmérsékleten kortyolgatva kell fogyasztani 2–3 hétig naponta egyszer.
3. Enyhe epeút- és epebetegségnél
adagolás: naponta egyszer 2–3 hétig étkezés közben langyosan 1–2 dl-t kortyolgatva kell fogyasztani.
4. Ételmérgezés, gombamérgezés esetében a mérgező anyag gyors és alapos eltávolítására
5. A bélrendszer időnkénti átöblítésére
6. Fogykúrára, illetve a hízás megelőzésére



Nem okoz megszokást!

Kapható: gyógyszertárakban, ABC áruházakban, élelmiszerüzletekben
és a VÍZKUTATÓ ÉS FÚRÓ VÁLLALAT mintaboltjában:

Budapest XII., Nagyenyed u. 16.



Bemutatjuk a

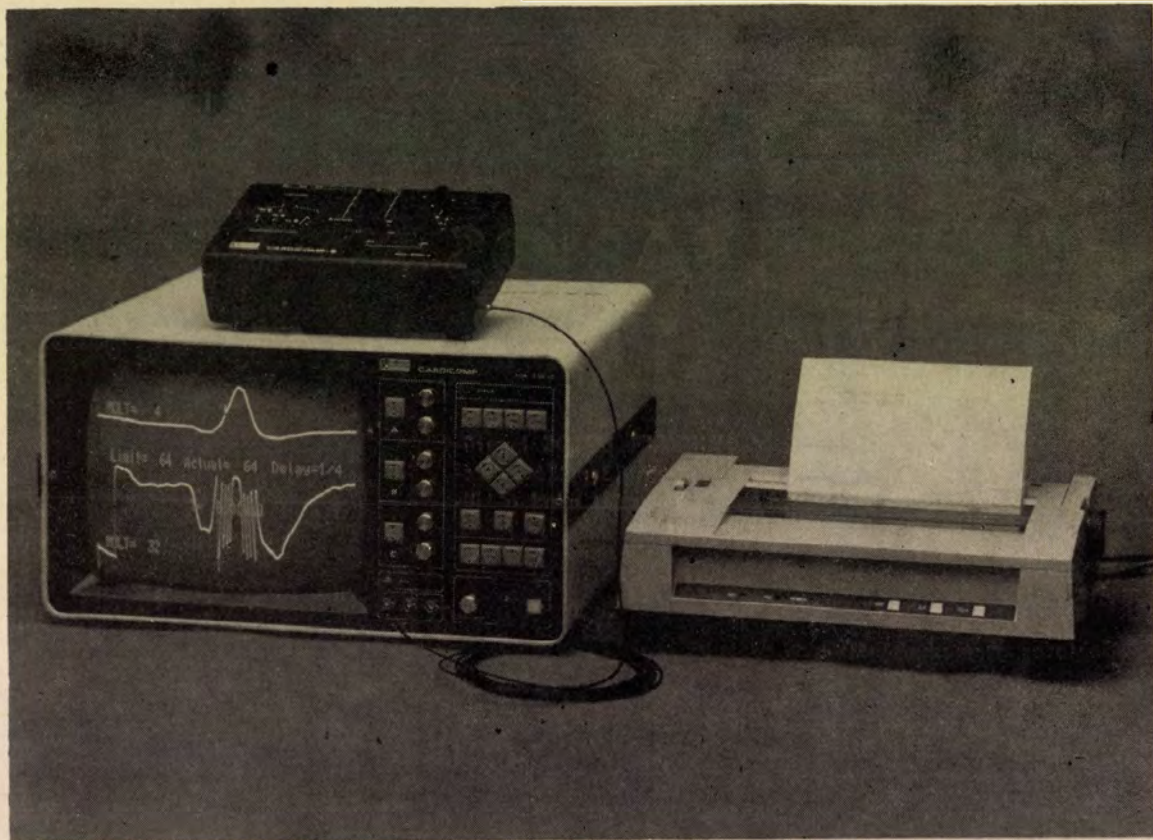
BOLITRON

non-invazív

szívdiagnostikai

mérőrendszerét

CARDICOMP CDC-3



A nemzetközileg **ÚJ** diagnosztikai rendszer lehetővé teszi:

- HIS-kötegi potenciál invazív és non-invazív mérését,
- diagnosztikai EKG készítését,
- haemodinamikai vizsgálatok készítését,
- kliniko-farmakológiai és egyéb vizsgálatok készítését

A CARDICOMP mérőrendszer fő egységei:

1. PÁCIENS EGYSÉG

Feladata a biológiai jelek erősítése és a központi egységbe való továbbítása. Két részből áll: INFRATEL-T alapegység, ELŐERŐSÍTŐ.

Az INFRATEL-T alapegység feladata az ELŐERŐSÍTŐ egységtől kapott analóg jelek továbbítása a központi egységbe. Ez a jelátvitel kódolt formában, 5 m hosszú optikai kábelen történik.

Az ELŐERŐSÍTŐK a vizsgálni kívánt jelekhez illeszkedő elvezetés-választókat, a szükséges előerősítőket és szűrőfokozatokat tartalmaznak.

Az alábbi vizsgálatokhoz dolgoztunk ki előerősítőket:

- felszíni elvezetésekben non-invazív úton HIS kötegi potenciál mérésére

(Típus: CARDICOMP-S)

- szívüregi katéteres unipoláris és bipoláris elvezetéseket fogadni képes, HIS-kötegi potenciál invazív mérésére

(Típus: CARDICOMP-C)

- végtagi és mellkasi EKG elvezetésekben, elvezetés-választóval diagnosztikai EKG készítésére

(Típus: CARDICOMP-D)

2. KÖZPONTI EGYSÉG

A központi egység a ROLITRON Társaság jól ismert memória-display családjának ill. ROSY-80B moduláris felépítésű mikroszámítógépének egyesítéséből született. A memória-display 31 cm képátlójú, zöld fényű képernyőjén a vizsgált jelek, az átlagolással nyert görbék és a szöveges információk egyidejűleg láthatók. A jelhűséget a folytonos görberajzolás biztosítja. A páciens egységből érkező jelek feldolgozása a központi egységben történik. Az analízis eredménye a képernyőn látható, ill. a grafikus nyomtató egységen dokumentálható.

- A felszíni HIS-EKG készítését különleges számítógépes átlagolás segíti. Ez lehetővé teszi az EKG görbe „P” és „Q” hullámai között, a nullvonalban rejlő 1–10 μ V nagyságú, zajjal fedett HIS-potenciál **testfelszínen történő** mérését.

- Segítségével a katéteres HIS vizsgálatok az eddigieknél gyorsabban végrehajthatók.

- A teljes szív ciklust reprezentáló P, Q, R, S, T szakaszok morfológiai elemzése is megoldható.

- Más diagnosztikai feladatok megoldására is alkalmassá teszi a CARDICOMP-hoz csatlakoztatható, magas szintű programnyelvekkel rendelkező ROSY-80F mikroszámítógép.

3. GRAFIKUS NYOMTATÓ EGYSÉG

A központi egység vezérelt perifériája, amely a CARDICOMP mérőrendszer analízis eredményeinek szöveges és grafikus ábrázolására alkalmas. ROSY-80F számítógéppel összekapcsolt CARDICOMP használata esetén a dokumentálni kívánt görbékhez különböző laboratóriumi eredmények, számított analízis eredmények, ill. kórtörténeti adatok is társíthatók, és mindezek együttesen nyomtathatók.

Az Orvosi Hetilap október 14-i számában bemutatjuk ROSY-80 típusú számítógép családjunkat.



Kupon:



TÁRSASÁG

1036, Budapest, Lajos u. 106.

Telefon: 685-719.

Bővebb információt szeretnék kapni a ROLITRON Társaság
– CARDICOMP szívdiagnosztikai mérőrendszeréről
– Kardiológiai koncepciójáról

NÉV:

MUNKAHELY:

CIM:



Kurt Höck (hrsg.): **Praxis der dynamischen Gruppenpsychotherapie**. 1983. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 151 oldal (P + G 4 = Psychotherapie + Grenzgebiete, hrsg. von Kurt Höck, Jürgen Ott, Manfred Vorweg). Ára: 26.— M.

A Psychotherapie + Grenzgebiete sorozat negyedik kötete szerkesztésében is és koncepciójában is több újítást mutat a sorozat korábbi köteteihez képest. Továbbra is rövid tanulmányok tematikus gyűjteményét adják a kötetek, de a szerkesztés formailag és tartalmilag is egységesebb, és NDK-ban dolgozó szerzőkön kívül kapitalista országokban (főleg a nyelvterületen) élő szakemberek írásai is megjelennek. A tanulmányok jól tagoltak, sok bennük az alcím és a petit szedés, emiatt jól áttekinthetőek. Az egyes témakörök szakirodalmi feldolgozása bőszeges, az irodalomjegyzékek részletesek.

A negyedik kötet — mint a sorozat első és második kötete is — a csoportpszichoterápiáról szól. Ez az NDK-ban igen fejlett, kiváló szakemberei vannak. A kötet két első tanulmánya, a szerkesztő, Höck intézetének vizsgálataiból közöl részleteket. A bevezető tanulmányt Höck írta, ő egy csoportterápiás nyitólülés átvitt jegyzőkönyvét mutatja be, elemzi részletesen. H. Hess egy nőkből álló homogén csoport egyéves folyamatát foglalja össze. Más német szerzők különböző betegsúlyok (serdülők, schizophrének stb.) csoportpszichoterápiájának sajátosságairól írnak. Ezek közül kiemelkedik Ehle és Ott tanulmánya, amely anorexia nervosa betegek pszichodinamikájáról és csoportterápiájáról szól.

Sandner (München) schizophrének analitikus csoportterápiájáról közöl érdekes tapasztalatokat, K. Buchinger (Bécs) a csoportpszichoterápiában zajló kapcsolati folyamatok fejlődéstörténetét tekinti át és terápiás hatását elemzi. Kiemelkedik a kötet utolsó fejezete, ezt Pio Sbandi innsbrucki csoportdinamikusként írta, aki az önismereti és személyiségfejlesztő, valamint a kiképző csoportok szakembere, és aki e téren igen aktív tevékenységet fejt ki. Saját munkáját és tapasztalatait mutatja be, nagy szakirodalmi apparátus felhasználásával.

A kötet érdekes munka, főleg csoportterapeuták továbbképzésében lehet hasznos. A csoportpszichoterápia témaköréből az elmúlt években több kitűnő kötet jelent meg az NDK-ban, ezekhez a könyv most viszonylag keveset tesz hozzá.

Buda Béla dr.

Osteochondral Allografts; Biology, Banking and Clinical Applications. Edited by Gary E. Friedlander, Henry J. Mankin, Kenneth W. Shell. Foreword by R. Geoffrey Burwell. Little, Brown and Company Boston/Toronto.

Előjáróban a tartalmas kötet azon érdemét szükséges hangsúlyozni, hogy megerősíti azt a tételt, miszerint gyökeresen eltérő alapgondolaton nyugvó terápiás eljárások koegzisztálása kulcskérdés annak, hogy a mindenkor legeredményesebbnek deklarált megoldás gyorsan teret nyerhessen. A kontrastok a tájékozódást és lényegmegláttatást egyaránt elősegítik, s még jelentősebb ha az előrelépés egymásrahatásukkal valósul meg. A mozgás testmértévi végrehajtó szerveinek — a mozgáseffektoroknak — szöveti alkotóelemei egyenként voltak tárgyai (sőt: pionírjai) a transplantológiának — korai kezdetei óta. A klinikai homotransplantációnak a címben megjelölt részterülete az izületi protétika felütésének korszakában háttérbe sem vonult — mert a még újabb irányzat: a mikrobeszételi módszerek térhódításának igencsak feltételei voltak a kísérletes és klinikai szövetátültetések már meglevő tételei ismeretei. A transzplantációs immunitás időközben megalkotott tézisei alapján a szerv-homotransplantáció szilárd javallatokhoz és módszertanhoz jutott — nem beszélve a kompatibilis emberi véréátömlesztéses homotransplantációjának vívmányairól. Elméleti és módszertani ismeretek integrációját igazolják a „Transplantations-Chirurgie” egységes diszciplinájának már monográfiákban is megmutatókozó összeállításai, s a keretben a jelen kötet fejezetei már természetes helyüket foglalják el.

A hét fejezetbe foglalt 37 tanulmány előadások formájában hangzott el a National Institute Of Allergy és az American Association of Tissue Banks rendezésében 1981 tavaszán Washingtonban tartott háromnapos ülészekokon. A kötet tanulmányát a téma egyik doyenje, Geoffrey Burwell írta.

Az első fejezetek a csont-allograft biológiájával — majd ennek regenerációs vonatkozásával — foglalkoznak. Külön fejezet tárgyalja a szívacsos- és kéregcsontok kérdéseit megállapítva a beereződésben mutatókozó eltéréseiket. A „Biology of Autologous Cartilage Repair” c. fejezetben H. A. Mankin elegánsan pontos terminológiával fekteti le a szövetátültetések kategóriáit. Megállapítja a porcok a traumára adott reparációs válaszában a károsító hatás minőségének döntő

szerepét. Alapfolyamatok a necrosis, a gyulladás és a csekély energiájú regeneráció. A porcátültetés javallatait S. A. Jimez-C. T. Brighton traumás osteoarthritis és daganatos esetekben állítják fel. A porc immunológiai kivételezettségét (privileged status) az eretlen alapszövet védő hatásával magyarázzák. Kísérletesen többféle osteochondrális szegmentet ültetnek át nagy nyúlásiában, s azt találják, hogy a frissen átültetett graftok osztályozott 56—19—25%-os sikereit a közbeiktatott konzerválás 23—6—71%-osra rontja. A porchomotransplantáció jövőjét a tárolás alatti proteolízis gátlás kidolgozásában látják. Ízvégalloplastikát tárgyal S. Sachar munkacsoportja „felinmodel”-jében és sokoldalú vizsgálatokkal követi a graft sorsát. Egy előadásban J. Wieland kitér a legtöbbször dubiozusnak tartott ún. creeping substitution kérdésére — kulcsfogalom a szövetátültetésben — s kitűnő megjelölést használ: a beültetvénybe *penetráló* akcióként írja le. Bevezeti a több előadásban tárgyalat éranasztomóziis új elvi és módszertani eljárásaként vett lehetőségét; kapcsolatba hozza a mikrovaszkuláris beszét új fejezetét az ér-nyél megkímélésével végezhető autolog csontszegment-transzpozíció (Huntington 1905) már kidolgozott módszerével. A „revascularized” (= éranasztomóziissal beiktatott) homoheterograftok sorsát követve több szerzőcsoport azt az álláspontot foglalja el, miszerint a „massiv” ízvéges kérges csontszegmentek jövője jó kilátásokkal kecsegtet a klinikumban is — noha számos nem várt szövödmény megelőzése vezet odáig. Ma a „living bone graft” — a lényegében autotranszpozícióra vonatkozó lehetőséget és a „free vascularized” azaz érvarratos autohomo-heterotranszplantációs technikát akkor tartja a klinikumban is elvégezhetőnek, ha nem képes a kérdést a konvencionális orthopaed módszer megoldni. Érvarratos homo-transzplantációikban (ahol immunosuppressziót nem alkalmaznak) több gyors és klasszikus rejekciót figyelnek meg. Az ebmodell a tolerancia gyógyszeres befolyásolására is alkalmasnak tartja, lehet követni vele az átmeneti denerválás kihatásait is. I. Yablon olyan femur-porchéj-transzplantantot használ, amelyen vékony spongiozárteget van csupán s az immunválasz végrehajtójának a kialakuló „invazív pannusz”-t tartja, mely végül jelentős porcpusztítást okoz. I. Malinin a Miami Tissue Bank konzerválástechnikai gyakorlatát ismerteti, aliofilizálást főleg. A tárolás alatti proteolitikán-degradáció kivédéséről szól elősorsban J. A. Jimez „élő” izületi porckészítményi átültetési tapasztalatainak ismertetésekor. M. R. Urist a már sokszor publikált felületi antigénkivonásos preparáló-módszereiről szól s olyan tíz klini-

kai eset késői eredményéről, ahol az így előállított allogén csontkészítményt durva trauma okozta térd- és bokatáji romtörések után végzett arthrodezisben alkalmazták.

Kiemelkednek M. Mankin (Massachusetts G. Hosp. Orthopaedic Oncology Service) adatai, amelyek 10 év folyamán végzett 121 maszszív allograft átültetés végkimeneteléről szólnak csonttumoros anyagon. Lassú fagyasztás után —70 °C-on tárolt humán anyagot használnak. A nyolc éven át követett esetek 74%-a kiváló, ill. jó eredményűnek minősül. Részletesen tárgyalják a sikertelenséget — vagy átmeneti s megoldható szövődményt jelentő okokat. Az ilyen műtétekre — s az onkológiai témákhoz általában — felkészült intézményben ezek számaránya feltűnő standardnak mutatkozik. Ideg- és

érsérülés 2—2 esetben, börelhalás 9 esetben fordult elő anyagukban. Fertőzés 14 esetben, fraktura 10 esetben lépett fel, utóbbiak közül 9 maradó állízületté vált — anélkül, hogy jelentősen befolyásolta volna a funkcionális oldalról felmért végeredményt. A daganat (egyetlen cc. metastasisos esetük volt) 9 esetben nem volt eltávolítható. Összefoglalásukban az eredmények javítását az előzetes bórplasztikával, az esetválogatással s a műtét feltételek megszorításával vélik elérni. A végleges szövődmények fellépésének időszaka az első két év (!) post op.

További 9 előadás medico-legális szempontokkal, gyógyszeres-elektromos befolyóolással stb. foglalkozik érintőlegesen.

A hatvan — zömmel az USA-ból és Kanadából érkező — kutató klinikus által 385 oldalon lehozott

adattömeg információs értékét az a helyzetkép adja meg, amelyet a címben megjelölt témakörben ad. Ez az összkép egyúttal a transzplantációs sebészet azon statusát is világosan megjelöli, amelyet a mozgás klinikumában a közeljövőben be kell töltsön. Az onkológusok együttműködésével megtervezhető komplex módszer alapjait hazánkban is le kellene (újból!) rakni, hiszen ilyen munka szép eredményekkel járó már jelentékeny múltra tekinthet vissza (pl. I. Orvosképzés 1973, 48, 153—165.) s kis volumenben több helyen ma is folyik. Foglalkozni kell a fiatalok csontdaganatainak korai kórismézésével is, a predilekciós szegmensekre irányuló szűrővizsgálatok modorában.

Bálint B. József dr.

MEGJELENT

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1984. 1. szám

Gegesi Kiss Pál dr.: Emlékezés Koós Aurél gyermeksebész professzorára.
Hiltner Imre dr.: Koós Aurél dr. munkássága.

Horváth Károly dr., Bors Zsuzsanna dr., Kontor Elemér dr. és Verebely Tibor dr.: A rövidbél-szindróma patofiziológiája.

Dénes János dr., Zsizi Kleoniki dr., Bognár Márta dr., Schláffer Erzsébet dr. és Tóth József dr.: Veleszületett short colon (Zachary—Morgan-szindróma).

Szigetváry István dr., Bukovinszky János dr., Pleskott Katalin dr. és Szánó Imre dr.: Rövidbél-szindróbas betegünkkel szerzett tapasztalataink.

Bors Zsuzsanna dr., Horváth Károly dr., Kontor Elemér dr. és Verebely Tibor dr.: Rövid vékonybél-szindróma az újszülött sebészetben, két eset kapcsán.

Vincze János dr., Léderer László dr. és Tóth Gyula dr.: Enterális kettőzetek osztályunk 27 éves anyagában.

Végh Miklós dr., Zala György dr., Kozsó Péter dr. és Papp Gizella dr.: Gyermekkori traumás hasfali sérv.

Szemlédy Ferenc dr., Pintér András dr. és Harangi Ferenc dr.: Elektrolit és sav-bázis egyensúlyzavarok tartós intestinxilis vizeletelérésben.

Jungmayer József dr. és Kardos Mária dr.: Felszívódási zavarok kiterjedt vékonybél rezekció után.

Verebely Tibor dr. és Kontor Elemér dr.: Sebészi szövődményként kialakult felszívódási zavar.

Gunyhó Imre dr., Garab Endre dr. és Erényi Akos dr.: Felszívódási bélpaszszáz zavart okozó újszülöttkori amoebiasis.

Füzesi Kristóf dr., Várkonyi Ágnes dr. és Altörjay István dr.: A gyermekkori colitis ulcerosa sebészi kezelésével szerzett eddigi tapasztalataink.

Kelemen János dr., Cserháti Endre dr., Mezei György dr., Puskás János dr. és Póder György dr.: A fizikai terhelés által kiváltott bronchusgörcs vizsgálata különböző terhelési módszerekkel.

Simon György dr., Márialigeti Tivadar dr., Sármány Judit dr., Kaháné László Ilona dr. és Péter Ilona dr.: Könny enzimvizsgálat mukopoliszacharidózisban.

Czinner Atal dr., Bihari Ágnes dr., Tóth Ilona dr., Aranyi Zoltán dr. és Bedő Magdolna dr.: A cardiovascularis rizikófaktorok alakulása kövér gyermekekben, táborozás alatt.

Tóth Tihamér dr., Szóts István dr., Székely Edgár dr. és Dubecz Sándor dr.: A gyermekkori bronchiectasiák, műtét kezelése napjainkban.

Pap Zoltán dr. és Pap Júlia Margit: Diszacharidázék mennyisége meghatározása jejunum nyálkahártyából gluten szenzibilis enteropatiában (GSE) szenvedő gyermekeknél.

Molnár Emma dr. és Tóth Péter dr.: Cardiobacterium hominis okozta otogén purulens meningitis.

Boda Márta dr., Várkonyi Ágnes dr. és Scheerschmidt János dr.: Gyógyszerfelszívódási zavar epilepsziás betegeknél kezelt Gierke kóros eset fertőzött bél szindrómája miatt.

Wertheimer György dr., Marosi Anikó dr. és Younes Bessarr dr.: Újszülöttkorban diagnosztizált Willebrand-betegség.

Rex-Kiss Béla dr. és Szabó Raffael dr.: A nagy súlyú makroszóm) újszülöttek demográfiai adatai.

Szabó Raffael dr. és Rex-Kiss Béla dr.: Adatok és észrevételek a kis súlyú újszülöttek 2500 g-os súlyhatárának kérdéséhez.

Romsics Lajos dr., Pete Mária dr., Jamblich Veronika dr. és Turányik Júlia dr.: Légúti gyulladásokkal kapcsolatos tapasztalataink 3 éves kor alatt.

Róth Zsuzsa dr., Pozsár József dr. és Tunyogi Cs. Miklós dr.: Növényvédőszer okozta mérgezés után kialakult kérgi vaktág.

Egri Borisz Idr. és Berényi Károly dr.: A humán campylobacteriosisok állat-egészségügyi vonatkozásairól.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1984. 2. szám

Becske Miklós dr., Vass László dr., Jakab György dr.: A fültömírigy ductalis carcinómája.
A fültömírigy ductalis carcinómája.
Komora Valéria dr.: Tympanometriás vizsgálatok a középfül folyamatok kórismézésében.

Tóth Ágnes dr., Csarka Péter dr., Lampé István dr., Udvardy Miklós dr., Juhász Endre dr.: A fejnyaki daganatok carcinoembryonalis antigén produkciójáról.

Hirschberg Andor dr., Czigner Jenő dr.: A Madelung-féle „zsírnyakról” három eset kapcsán.

Kenyeres Miklós dr.: A trapezius osteomyocutan lebenyek alkalmazása kiterjedt szájüregi daganatok esetén.

Kovács Zoltán dr., Hadnal Tibor dr., Ezer Attila dr., Tasnádi Jolán dr.: Tartós dobüregi tubuskezelés eredményei gyermekkori krónikus exsudatív otitisek esetében.

Küstel Marianna dr., Szolnoki Andrea dr., Nádor Judit dr., Szabó György dr., Komora Valéria dr., Korpássy Péter dr.: Xavin-infusios kezelés hatása a beszéd-megértésre.

Balázs György dr., Pácz Zoltán dr.: Krónikus laryngitisben és praecan-elemzés, cerosus gégeelváltozásban szenvedő betegek gondozása.

Tolnay Sándor dr., Dapsy Edit dr., Horváth Márta dr.: Oszályunk 8 éves beteganyagának audiológiai

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1984. 3. szám

Horkay Irén dr., Nagy Endre dr., Debreczeni Margit dr. és Kocsár László dr.: Prostaglandin-vizsgálatok discoid lupus erythematosesben.

Nagy Gyula dr. és Mészáros Anna dr.: Intolerancia — jelenség Lyell-szindrómában és gyógyszerkiütésekben.

Szabó Péter dr. és Endes János dr.: Eredményeink és tapasztalataink 125 000 injekciós kezelés kapcsán, primer varikoózisban.

Babosa Mária dr.: „Larva migrans visceralis” és „larva migrans cutanea” együttes észlelése Toxocara fertőzés kapcsán.

Daróczy Judit dr.: Mi az Ön diagnózisa?

Mayer Árpád dr. és Polgár István: Börtumорок rádium-tűzdelése.

Szabó Péter dr.: Beszámoló az USA-ban tartott XII. Angiológiai világtkongresszusról.

Erényi Akos dr.: Felszívódási bélpaszszáz zavart okozó újszülöttkori amoebiasis.



Az Országos Közegészségügyi Intézet 1984. szeptember 18-án, 14 órakor, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

1. **Kertész Magdolna dr., Várkonyi Tibor dr.:** Az Országos Immiszió-mérő Hálózat 10 éves működése; levegőhigiénés tevékenység és kapcsolatai a környezetvédelem más ágazataival.

2. **Cziczó Tibor, Szeili József:** Hazánk levegőtisztaságának alakulása az elmúlt 10 évben, az Országos Immiszió-mérő Hálózat adatainak elemzése alapján.

A Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Társaság határozata értelmében — a MOTESZ hozzájárulásával — megalakul a **Mesterséges Táplálás Szekció.**

A Szekció célkitűzései:

— Rendszeres kerekasztal-megbeszélések keretében egységes álláspont kialakítása a mesterséges táplálás javallatainak, módszereinek és hatékonyságának ellenőrzése kérdéseiben.

— A mesterséges táplálás időszervi problémáival kapcsolatos továbbképzések szervezése, elsősorban az OTKI keretei között.

— A mesterséges táplálással foglalkozó alap- és klinikai kutatások összefogása, különös tekintettel az alkalmazás, illetve módszerek kérdéseire.

— A forgalomban levő, illetve forgalomba kerülő mesterséges táplálásra használt anyagok egységes szempontok szerinti klinikai kipróbálása és a tapasztalatok összegezése.

— Új parenterális és enterális tápszerek kidolgozásának támogatása és hazai források felderítése.

— Ajánlások kidolgozása az egyes betegcsoportok kezelésekor alkalmazandó eljárásokra.

A Szekció tagja lehet minden orvos — szakképesítésre való tekintet nélkül — aki érdeklődik a mesterséges táplálás gyakorlati és tudományos kérdéseiről, elfogadja célkitűzéseinket és aktívan részt vesz a Szekció munkájában.

A Szekció megalakítása, az ideiglenes vezetőség megválasztása, konkrét terveink, elképzeléseink ismertetése 1984. szeptember 21-én, pénteken, délután 14 órakor Budapesten, az Országos Traumatológiai Intézet tantermében (VIII., Baross u. 23., I. em.), a tudományos programmal összekötött első ülésen.

A Magyar Ortopéd Társaság 1984. szeptember 24-én, hétfőn, 18 órakor, a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagytermében (XI., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.

1. **Bíró Tibor:** A MÁV Kórház Ortopéd osztályának működéséről.

2. **Karácsonyi Éva:** A Központi MÁV Ortopéd Rendelő munkájáról.

3. **Hasznos József:** Térdízületi dysplasia.

4. **Végh Róbert:** Az osztályunkon végzett térdízületi műtétekről.

5. **Farkas Judit:** Az osztályos szintű gyermek-ortopéd ellátás a MÁV Kórházban.

6. **Juhász József:** A trochanter maior átültetésének indikációi.

7. Esetbemutatók.

17.00 órakor

a Klinika könyvtárában:

Köllő Katalin: Speciális felvételek indikációja az ortopédiában (II. rész).

A Heves megyei Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága, a Megyei Kórház Röntgenosztálya és a **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika** 1984. szeptember 27-én (csütörtökön) 14 órakor Egerben, a Kórház dísztermében tudományos ülést tart.

1. **Prof. Horváth Ferenc:** Megnyitó.

2. **Vadon Gábor dr.:** Perkután transzhepatikus epeút drenázs perkután ciszta drenázs.

3. **Kovács Katalin dr.:** Perkután transzluminális angioplasztikával szerzett tapasztalataink.

4. **Fazekas Péter dr., Frey József dr.:** Megfigyeléseink 120 transzluminális angioplasztika kapcsán.

5. **Engloner László dr.:** Vesebetegségek katéteres embolizációja.

6. **Kónya András dr.:** Katéteres embolizáció hasi és kismedencei betegségekben.

7. **Makó Ernő dr.:** Vékonybelek kettőskontrasztos röntgenvizsgálata.

8. **Frey József dr.:** Az intervencionális radiológia fejlődésének perspektívái.

A Magyar Kardiológusok Társasága, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, a Magyar Belgyógyász Társaság, a **Balatonfüredi Állami Kórház** és az **Orvostovábbképző Intézet** 1984. október 4—5—6-án (csütörtök, péntek, szombat) Balatonfüreden, a SZOT Oktatási Intézetében (Széchenyi u. 20.) rendezi a 45. hagyományos „**Őszi Füredi Orvosnapok**”-at.

1984. október 4., csütörtök,

10.30 óra

Megnyitó

11.00 óra

Üléselnök: **Böszörményi Ernő dr., Gráf Ferenc dr.**

Még egyszer...

Matos Lajos dr.: Új gyógyszerek és lehetőségek a krónikus kerin-gési elégtelenség kezelésében.

Amire ritkán gondolunk...

Holló István dr.: a) a kalcium tartalmú vesekőképződés megelőzéséről, b) a hipofízis mikroadenoma diagnosztikájáról.

Meggyesi Klára dr.: A pajzsmirigy-betegségek kezelése a mindennapi gyakorlatban.

Sz ü n e t

15.00 óra

Üléselnök: **Botta Ádám dr., Matos Lajos.**

Tariska István dr.: A mentálhigiénés ellátás helyzete és lehetőségei hazánkban.

16.00 óra

Kerekasztal-konferencia

A raciolális antibiotikus kezelés az alapellátásban és az intézetekben.

Vezeti: **Nyerges Gábor dr.**

Résztevők: **Gráber Hedvig dr., Faragó Erika dr.**

18.00 óra

Kerekasztal-konferencia

Első tapasztalatok **NILACID**-dal.

Vezeti: **Figus I. Albert dr.**

Résztevők: **Libor János dr., Prónay Gábor dr., Szentmiklósi Péter dr.** és felkért hozzászólók.

1984. október 5., péntek, 9.00 óra

Üléselnök: **Árvay Attila dr., Horányi Péter dr.**

A veleszületett szívbetegségek diagnosztikájának és terápiájának kérdéseiről.

Lozsádi Károly dr.: A veleszületett szívbetegségek kialakulásáról.

Felkai Béla dr.: A felnőttkorban leggyakrabban előforduló veleszületett szívhibák.

Kovács Gábor dr.: A felnőttkori kongenitális szívhibák sebészetéről.

11.00 óra

Kerekasztal-konferencia

Az antiaritmiás szerek gyakorlati alkalmazásáról.

Vezeti: **Kerkovits Gyula dr.**

Résztevők: **Andor Miklós dr., Borbola József dr., Böszörményi Ernő dr., Kékes Ede dr., Szám István dr.**

Sz ü n e t

15.00 óra

Üléselnök: **Kökény Mihály dr., Várallyay Gyula dr.**

Gyárfás Iván dr.: Van-e haladás a szívbetegségek primer profilaxisában?

Böszörményi Ernő dr.: Az anticoaguláns és antithrombotikus, valamint intravénás fibrinolitikus kezelés balatonfüredi tapasztalatai.

Szigeti Gyula dr.: Ischaemiás szívbetegség, véralvadás, fibrinolízis, trombociták.

16.30 óra

EKG szeminárium

Az ischaemiás szívbetegség EKG-jeleiről.

Vezeti: **Antalóczy Zoltán dr.**

Részvevők: Barcsák János dr.,
Fenyvesi Tamás dr., Préda István
dr., Strommer Mátyás dr.

1984. október 6., szombat, 9.00 óra

Üléselnök: Romics László dr.,
Török Eszter dr.

Csanda Endre dr.: A fejfájásról.

Koreferátumok: belgyógyász,
pszichológus, terapeuta.

Üléselnök: Kerkovits Gyula dr.,
Szirmák Gábor dr.

Fórum

az egészségpolitika aktuális kérdéseiről.

A kérdésekre válaszol: Medve
László dr. Egészségügyi Minisztériumj
államtitkár.

11.30 óra

Zárszó

Tájékoztató: A referátumok után
10 perc jut a hallgatóság kérdéseire.

nek megválaszolására. A tudományos
ülések látogatásának feltétele a
részvételi díj befizetése.

Az Őszi Füredi Orvosnapok részvételi
költsége három napra — csütörtök
délitől szombat délig — személyenként
1800 Ft; ez magában foglalja a szállodai
elhelyezést a SZOT Oktatási Intézetnek
kétágyas szobáiban és az étkezési
jegyeket a kongresszus időtartamára.

A kongresszusi dokumentáció átvétele
a SZOT Oktatási Intézet hallgatójában,
1984. október 4-én, 9.00 óráról.

Előzetes jelentkezés a jelentkezési
lap visszaküldésével a Veszprém megyei
Tanács Idegenforgalmi Hivatala Kirendeltségén,
Balatonfüred, Blaha L. u. 5., Pf.: 10, 8231.
A részvételi költség a Veszprém megyei
Idegenforgalmi Hivatal 863-90793-4577
költségvetési folyószámlára fizetendő.

A kongresszuson történő részvételt az OTKI
hivatalos továbbképzésnek ismeri el és
kéérésre erről igazolást ad. Akik a részvételi
igazolásra igényt tartanak, érkezésük
kor ezt közölnék a hitelesítéshez
szükséges 20 Ft-os okmánybélyeg
egyidejű átadásával.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság
Hepatológiai Sectiója, a Fejér megyei
Kórház 1984. november 9-én Székesfehérváron,
a Technika Házában „Hepatológiai Nap”-ot
rendez.

A májbetegségek diagnosztikájával és
therápiájával foglalkozó klinikai tárgyú
rövid előadások bejelentési határideje
1984. október 1. Cím: Gógl Árpád dr. főorvos
Székesfehérvár, Seregelyesi u. 3.,
Megyei Kórház, 8001.

A Magyar Ortopéd Társaság 1984 évben is
meghirdeti a „Zinner Nándor” pályázatot
35 éven aluli orvosok részére szabadon
választott ortopédiai jellegű témákból.
A pályázat jelíges.

A pályázatokat kérjük 1984. november 1-ig
beküldeni az Ortopédiai Klinikára
(Budapest, Karolina út 27. 1113).

Eredményhirdetés 1984. november 26-án,
hétfőn délután, a Fiatal Orvosok Fóruma
keretében az Ortopédiai Klinika nagytermében.

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

PH

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(246)
A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest XII., Kútvölgyi u. 4.) pályázatot hirdet az intézet **organicus neurológiai osztályán** megüresedett **másodorvosi állásra**.

A pályázat feltétele: neurológiai szakvizsga, vagy neurológiai, esetleg belgyógyászati osztályos gyakorlat, organicus neurológiai érdeklődéssel.

Fizetés: a szakképzettségnek megfelelő kulcsszám szerint + központi pótlék.

Az intézet a pályázónak lakást biztosítani nem tud.

Heckenast Ottó dr.
főigazgató főorvos

(247)
Az Országos Közegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Gyáli út 2-6. 1097) pályázatot hirdet a **Humán genetikai Laboratóriuma citogenetikai részlegébe** — nyugdíjazás folytán — megüresedett 2104 kulcsszámú főorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltétel: általános orvosi diploma, szakorvosi képesítés, több éves humán, vagy kísérletes citogenetikai gyakorlat, a szakterület módszereinek ismerete.

Feladata: a laboratóriumba érkező anyagok vizsgálata, véleményezése és a részleg munkájának irányítása.

Illetmény: a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH. sz. rendelkezésnek megfelelően kulcsszám szerint történik.

Az állás 1984. november 1-től tölthető be.

Tóth Béla dr.
főigazgató főorvos

(248)
Az Országos Közegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Gyáli út 2-6. 1097) pályázatot hirdet a **környezethigiénés és a toxikológiai osztály megüresedett 2103 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állás betöltésére**.

Pályázati feltétel: általános orvosi diploma, laboratóriumi szakorvosi képesítés, Tudományos rinósisítás. Több éves kísérletes vagy klinikai toxikológiai tevékenység, idegen nyelv(ek) ismerete.

Feladata: kísérletes toxikológiai vizsgálatok végzése, toxikológiai vizsgálatok eredményeinek véleményezése, és új metodikák bevezetése.

Illetmény: a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH. sz. rendelkezésnek megfelelően kulcsszám szerint történik.

Az állás azonnal betölthető.

Tóth Béla dr.
főigazgató főorvos

(249)
A Fővárosi Tanács Weil Emília Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Uzsoki u. 29. 1145) az Ors vezér téri új szakorvosi rendelőintézet közelgő beindulásával pályázatot hirdet

1 belgyógyász szakorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez kardiológiai szakképesítéssel, vagy több éves gyakorlattal rendelkezők pályázhatnak.

Továbbá:

1 szemész,

1 urológus,

1 reumatológus szakorvosi állásra.

A fenti állásokra szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Szendrényi János dr.
főigazgató főorvos

(250)
A Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp. VIII., Üllői út 86.) pályázatot hirdet a **kórház sebészeti osztályán** 1984. szeptember 1-vel megüresedett **gyermeksebész szakorvosi állásra**.

Az állásra pályázhatnak gyermeksebész szakorvosok, ennek hiányában általános sebész szakvizsgával rendelkezők is.

Bérezés a szakmai gyakorlatától függően — az érvényben levő rendelkezések szerint.

Gorácz Gyula dr.
c. egyetemi tanár
főigazgató főorvos

(251)
A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Gyermekklinikájának igazgatója pályázatot hirdet — nyugdíjazás során megüresedő — 2302 ksz.-ű **klinikai vezető főnövéri állásra**, amely 1984. október 1-én kerül betöltésre.

Pályázatot nyújthatnak be, akik gyermekápolónői képesítéssel, és gyermekkorházi, vagy klinikai gyakorlattal, valamint egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkeznek, vagy jelenleg végzik az Egészségügyi Főiskola intézet-vezető szakán tanulmányaikat.

A kinevezendő klinikai vezető főnövér feladata: a klinika betegellátásának zökkenőmentes biztosítása, illetve az osztályokon folyó ápolási munka irányítása, ellenőrzése.

Illetménye a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH. sz. rendelkezés alapján, megegyezés szerint kerül megállapításra.

Az egyetem az álláshoz lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatot a szolgálati út betartásával, a megjelenéstől számított 30 napon belül az egyetem személyzeti és oktatási osztályának címére (Bp. VIII., Üllői út 26. fszt. 9. 1085) kell benyújtani.

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: 327-530/125

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



84. 2100 Tipográfika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030-6002 • INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felclős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

39. SZÁM

*

1984. SZEPTEMBER 23.

TARTALOMJEGYZÉK

Schmidt Imre dr., Lőrinczy Endre dr.
és Simon László dr.:

Szérum Carcinoembryonalis Antigén és
béta-2-mikroglobulin vizsgálatok
vastagbélrákos betegekben 2355

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Siklósi György dr. és Olajos Ferenc:

A fiziológiás és elégtelen corpus luteum
funkció hormonális jellemzői 2361

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Varga Lajos dr., Szentirmai István dr.
és Szántó János dr.:

Az emlőrák korai felismerésének
jelentőségéről 3000 műtét alapján 2365

KAZUISZTIKA

Mikola István dr. és Krutsay Miklós dr.:

Halálos kimenetelű post-transzfúziós non-A,
non-B vírus hepatitis 2369

Yajda Zoltán dr., Jánosi László dr.
és Kovács Elek dr.:

Béta-laktamáz termelő, spectinomycin
rezisztens Neisseria gonorrhoeae hazai
előfordulása 2371

RÖVID EXPERIMENTÁLIS KÖZLEMÉNYEK

Papp Miklós dr., Varga Gábor,
Scarpignato, C. dr. és Folly Gábor:

A ranitidin gátolja a caeruleinnel stimulált
pancreas szekrécióját és növekedését 2377

Felhívás szerzőinkhez! 2381

Beszámoló, jegyzőkönyvek 2383

Folyóiratreferátumok 2387

Levelek a szerkesztőhöz 2403

Könyvismertetés 2405

Hírek 2407

Pályázati hirdetések 2411

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

40 mg prednisolonum caproicum, 400 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS

Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladással járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon 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 lidokain-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.

MELLÉKHATÁS

Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS

Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszantartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.

Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléstről.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer) ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 g-os tubusban.

Szérum Carcinoembryonalis Antigén és béta-2-mikroglobulin vizsgálatok vastagbélrákos betegekben

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd, II. Belgyógyászat—Gastroenterológia
(oszt. vez. főorvos: Simon László dr.)

Megyei Kórház, Gyula, Izotóp Laboratórium (főorvos: Lőrinczy Endre dr.)

79 szövettanilag igazolt vastagbélrákos betegen praeoperatív szérum Carcinoembryonalis antigén, 72 betegben pedig a Carcinoembryonalis antigénnel párhuzamosan béta-2-mikroglobulin meghatározás is történt. 10 betegben postoperatív sorozatmeghatározások is készültek. A praeoperatív szérum Carcinoembryonalis antigén értékek a betegek 81 százalékában, a béta-2-mikroglobulin értékek pedig a betegek 75 százalékában haladták meg a normál szintet. A szérum Carcinoembryonalis antigén szintek jól tükrözték a betegség progresszióját módosított Dukes beosztást használva. A béta-2-mikroglobulinnál ilyen összefüggés nem volt megfigyelhető. A Carcinoembryonalis antigénnel párhuzamosan elvégzett béta-2-mikroglobulin vizsgálatok azonban 90,3%-ra emelték a pozitivitási arányt. A postoperative elvégzett sorozatos Carcinoembryonalis antigén szintek a radikális műtétek után esőkkentek, a recidiva fellépését pedig újabb emelkedés jelezte. A vizsgálatok alapján elmondható, hogy a Carcinoembryonalis antigén és a béta-2-mikroglobulin párhuzamos vizsgálata növeli a diagnosztikus pontosságot, a praeoperatív szérum Carcinoembryonalis antigén szintek jól tükrözik a daganat invázióját, a postoperatív sorozatmeghatározások pedig jelzik a korai recidivát.

Serum carcinoembryonal antigen and beta-2-microglobulin examinations in patients with cancer of the colon. Previous to operation the serum carcinoembryonal antigen was determined in 79 patients suffering from cancer of the colon proved histologically and parallel with it the beta-2-microglobulin was also determined in 72 patients. Postoperative serial determinations were performed also in 10 patients. The value of the preoperative serum carcinoembryonal antigen surpassed the normal level in 81% and the beta-2-microglobulin level was higher than normal in 75% of the patients. Using the modified grouping of Dukes the serum carcinoembryonal antigen levels reflected well the progress of the disease. No such correlation was observed with beta-2-microglobulin. The positivity rate rose to 90,3% by the parallel determination of beta-2-microglobulin and carcinoembryonal antigen. In postoperative serial determination the carcinoembryonal antigen levels showed decrease after radical operations and recurrences were indicated by a subsequent increase. On the basis of the examinations one may state that the parallel examination of carcinoembryonal antigen and beta-2-microglobulin increases the diagnostic accuracy, preoperative serum carcinoembryonal antigen levels reflect well the invasion of the tumor and postoperative serial determinations reveal the early recurrences.

Az utóbbi években kiterjedt kutatások folynak szerumban keringő tumor markerek kimutatására rosszindulatú daganatos betegségekben. Az eddigi eredmények alapján a legtöbbet vizsgált, és klinikai jelentőséggel is bíró tumor markerek a Carcinoembryonalis Antigén (továbbiakban CEA) és az Alfa-foeto-protein (21, 20).

A béta-2-mikroglobulin (továbbiakban b2m) jelentőségéről megoszlanak a vélemények gastrointestinalis daganatokban.

A CEA egy onko-foetalis antigén, melynek a kapcsolata jól ismert az onkogén folyamatok kifejlődésével (12). A CEA megtalálható, illetve mérhető mennyiségben fordul elő normál szövetekben és különböző testnedvekben (9, 19). Benignus gastroenterológiai betegségekben is megfigyelték emelkedését (23). Nem tekinthetjük gastrointestinalis tu-

morspecifikus markernek. Az eddigi vizsgálatok alapján azonban fontos felvilágosítást nyújt praeoperative a colorectális — elsősorban colon — daganatok stádiumáról és a várható prognózisról. A postoperatív sorozatmeghatározások pedig az egyik legérzékenyebb módszernek látszanak a korai recidivák felismerésében (1, 2, 5, 7, 8, 14, 22, 25, 27).

A b2m kis molekulatömegű, igen konzervatív, globuláris fehérje. A histokompatibilitási antigén egyik komponense. Minden gerinces faj testnedvében és sejtmembránján előfordul, minden magvas sejt szintetizálja (11). Igen különböző malignus folyamatokban írták le emelkedett szintjét, így carcinomákban, mesenchymális eredetű tumorokban és a lymphoid rendszer daganataiban (3, 6, 11). Klinikai jelentősége a gastrointestinalis daganatokban eddig kétséges maradt.

Vizsgálatainkban arra kerestünk választ, hogy a fent említett tumor markerek praeoperative mennyiben tükrözik a daganatos folyamat invázióját, és ha igen, akkor milyen összefüggés észlelhető

Rövidítések:

CEA = Carcinoembryonalis Antigén

b2m = béta-2-mikroglobulin



1. táblázat. Szérum CEA és b2m szintek egészséges nem dohányzó-, egészséges dohányzó felnőtteken, nem dohányzó colitis ulcerosás és benignus vastagbél polypusos betegekben

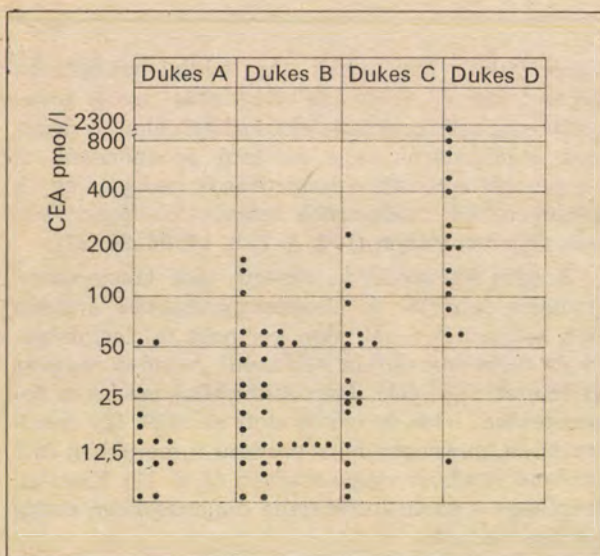
I. Nem dohányzó egészséges felnőttek	
Esetszám:	117
Szérum CEA 12,5 pmol/l alatt:	87%
Szérum CEA 12,5 pmol/l felett:	13%
Szérum b2m 203 nmol/l felett:	7%
II. Dohányzó egészséges felnőttek (legalább napi 20 db cigaretta)	
Esetszám:	100
Szérum CEA 12,5 pmol/l alatt:	70%
Szérum CEA 12,5 pmol/l felett:	30%
Szérum b2m 203 nmol/l felett:	8%
III. Colitis ulcerosás nem dohányzó betegek	
Esetszám:	100
Szérum CEA 12,5 pmol/l alatt:	74%
Szérum CEA 12,5 pmol/l felett:	26%
Szérum b2m 203 nmol/l felett:	7%
IV. Benignus vastagbél polypusos betegek	
Esetszám:	76
Szérum CEA 12,5 pmol/l alatt:	88%
Szérum CEA 12,5 pmol/l felett:	12%
Szérum b2m 203 nmol/l felett:	5%

a tumorok stádiuma és a tumor markerek szintje között? A párhuzamosan elvégzett CEA és b2m vizsgálatok mennyiben emelik a diagnosztikus pontosságot? A postoperatív sorozatmeghatározások jelzik-e a korai recidívát?

Beteganyag és módszer

79 szövettanilag igazolt vastagbélrákban szenvedő, az osztályunkon diagnosztizált betegen határoztuk meg praoperative a szérum CEA értékeket. 72 betegen a CEA-val párhuzamosan szérum b2m meghatározás is történt.

10 betegen egy vagy több alkalommal a műtét után is végeztünk CEA meghatározásokat. A fentiek



1. ábra: 79 vastagbélrákos beteg RIA-val meghatározott szérum CEA értékeinek megoszlási diagramja különböző stádiumú vastagbél-daganatokban. (12,5 pmol/l a normál érték felső határa).

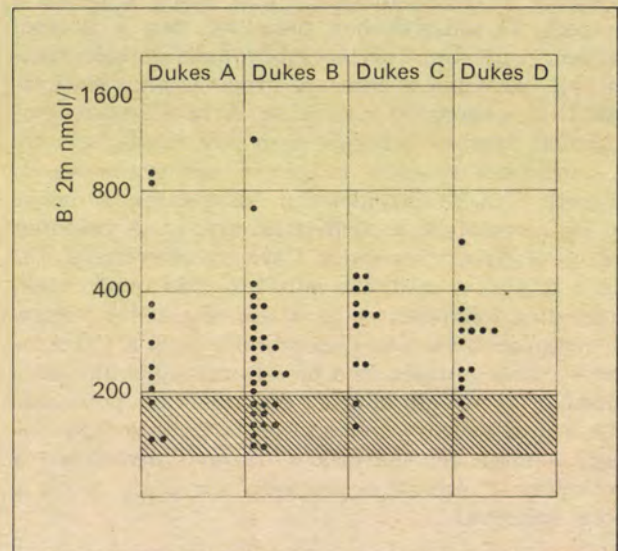
kívül öt betegen csak postoperatív szérum CEA és b2m meghatározások készültek.

Kontrollként szérum CEA és b2m meghatározásokat végeztünk egészséges nem dohányzó és egészséges dohányzó (legalább 20 db cigaretta naponta) felnőtteken, valamint nem dohányzó colitis ulcerosás és benignus vastagbél polypusos betegeken.

A szérum CEA meghatározása CEA—PRIST RIA (Pharmacia, Uppsala) kittel történt. A normál érték 12,5 pmol/l-ig terjedt, Malignus betegség gyanúja 12,5—25,0 pmol/l közötti értékeknél merült fel.

A b2m meghatározása szintén a Pharmacia által forgalmazott Beta-Microtest-tel történt. A normál érték 93,0—203,0 pmol/l között volt. A minőségi kontrollt mindkét esetben a Pharmacia kontroll szérum szolgáltatta.

A vastagbél-daganatok stádiumbeosztása módosított Dukes beosztás szerint történt (28). (Dukes A stádium: csak a mucosára terjedő daganat. Dukes B: az egész bélfalat infiltráló, de még metastasiszt nem adó daganat. Dukes C: a közeli nyirokcsomókban metastasis észlelhető. Dukes D: távoli nyirokcsomó és egyéb szervi (máj-) áttétel is van már.)



2. ábra: 72 vastagbélrákos beteg RIA-val meghatározott szérum b2m értékeinek megoszlási diagramja különböző stádiumú vastagbél-daganatokban. (A vonalkozott terület a normál értéktartományt jelzi).

Eredmények

Az egészséges nem dohányzó és dohányzó felnőtteken, a nem dohányzó colitis ulcerosás és benignus vastagbél polypusos betegeken elvégzett szérum CEA és b2m meghatározások eredményeit az 1-es táblázaton mutatjuk be.

Látható, hogy még egészséges nem dohányzó felnőtteken is 13%-ban találtunk normál értéket meghaladó CEA szinteket a szérumban. Ez az arány dohányzó egészséges felnőtteken még magasabb. Feltűnő viszont, hogy benignus vastagbélpolypusos betegeken nem észleltünk nagyobb százalékban emelkedett szérum CEA értékeket, mint egészséges nem dohányzó felnőtteken. A CEA-val ellentétben a b2m szérum értékei az egyes kontroll csoportokban közel azonos arányban haladták meg a normál érték felső határát. Elmondhatjuk, hogy a dohányzás és az aktív fázisban levő colitis ulcerosa nem befolyásolta a szérum b2m értékeket.

A 79 szövettanilag igazolt vastagbélrákos beteg szérumban CEA szintjeinek Dukés stádium beosztás szerinti megoszlása az 1. ábrán látható.

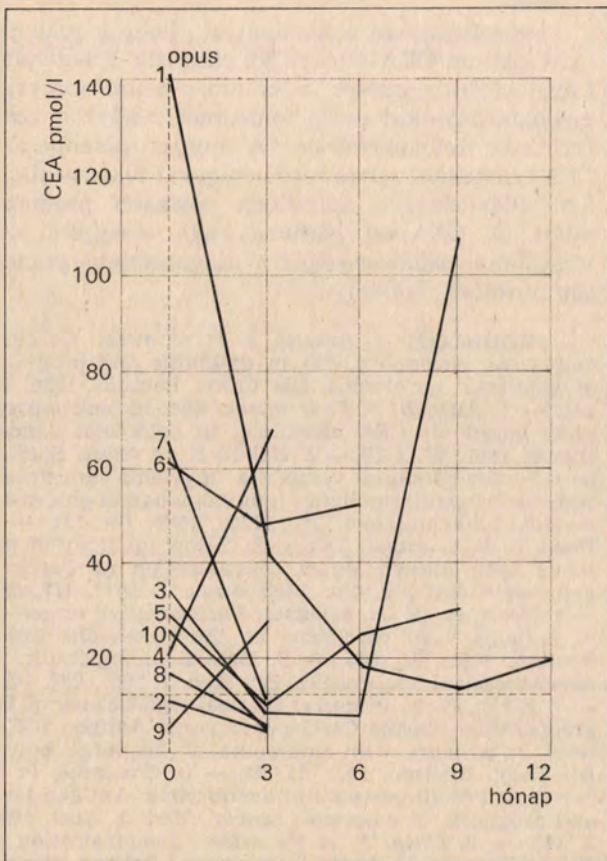
A 2. ábrán a 72 vastagbélrákos beteg szérumban b2m értékeit tüntettük fel.

Az ábrák jól érzékeltetik, hogy a praeoperatív szérumban CEA értékek tükrözték a daganat progresszióját, tehát az előrehaladottabb stádiumban egyre több és egyre magasabb értékeket találtunk. A b2m szérumban szintjei nem követték a tumoros folyamat progresszióját, de a már metastázisokat adó daganatokban magasabb százalékban voltak a normál értéket meghaladó eredmények. A 2. táblázatban ezeket a számításokat tüntettük fel.

Fel szeretnénk hívni a figyelmet arra, hogy a három normál értéket mutató Dukés C stádiumú

2. táblázat. Emelkedett szérumban CEA és b2m értékeket mutató vastagbélrákos betegek Dukés stádiumbeosztás szerint százalékos megoszlása műtét előtt

Tumor stádium	Dukés A	Dukés B	Dukés C	Dukés D	Összesen
CEA+ betegek számaránya	8/13	26/32	15/18	15/16	64/79 (81,0%)
b2m+ betegek számaránya	8/11	21/32	11/13	14/16	54/72 (75,0%)



3. ábra: Postoperatív sorozatos szérumban CEA meghatározások. (Az egyes számok egy-egy betegre vonatkoznak).

betegeből kettőnél a szövettani diagnózis anaplasztikus carcinoma volt. Ennek a két betegnek a b2m értékei is a normál tartományban voltak. Általában elmondhatjuk, hogy a kevésbé differenciált tumorokban alacsonyabb szérumban CEA és b2m értékeket találtunk.

A táblázatból leolvasható az a szomorú tény is, miszerint a 79 vastagbélrákos betegből csak 45-nek volt lokalizált daganata, míg a többi 34 betegnek már metastázisai is voltak a diagnózis felállításakor.

A 3. táblázatban a 72 betegben párhuzamosan elvégzett szérumban CEA és b2m szintek alakulását tüntettük fel különböző kombinációban.

A betegek 90,3%-ában a szérumban CEA és b2m érték egyaránt emelkedett volt. Mindössze csak 5 olyan beteg volt, akinél a CEA is és a b2m is normál értéket adott. Miként azt a 2. táblázatban feltüntetjük, a CEA önmagában 81%-ban volt pozitív. A 72 betegből hét olyan volt, akinél a negatív CEA mellett pozitív b2m értéket találtunk, tehát a CEA-val párhuzamosan elvégzett b2m meghatározás közel 10%-kal emelte a diagnosztikus pontosságot.

10 betegben a műtét után is történtek CEA meghatározások. Négy betegben sorozatban is (3. ábra).

Néhány beteg kórtörténetét külön is ismertetni szeretnénk. Az 1-es számú betegnél rectum tumor miatt primer resectiós műtét történt. A műtétkor solitaer májmetasztásist is találtunk. A műtétet követően klinikai panaszmentesség mellett a CEA értékek is jelentősen csökkentek. Az utolsó vizsgálat eredménye azonban már emelkedést mutatott, amit klinikailag a máj jelentős fokú megnagyobbodása követett. A 3-as számú betegben a műtét után a CEA normalizálódott, majd klinikailag panaszmentesség mellett jelentős fokú emelkedést észleltünk. Az ezt követően elvégzett colonoscopos vizsgálat lokális recidivát mutatott. Az 5-ös számú betegünkben mérsékelt emelkedés mellett nem találtunk recidivát. A 6-os számú betegben sigma resectiót követően több alkalommal is magasabb értékeket találtunk, de az eszközös vizsgálatok csak benignus polypot mutattak ki. Azon betegekben, akiknél a radiális műtét lehetséges volt, a műtét után a CEA értékek csökkentek.

3. táblázat. Szérumban CEA és b2m vizsgálatok összehasonlítása 72 vastagbélrákos betegben

Szérumban CEA 12,5 pmol/l felett

CEA+ b2m+	CEA+ b2m-
65/72 = 90,3%	9/72 = 12,5%
CEA- b2m+	CEA- b2m-
7/72 = 9,7%	5/72 = 6,7%



A 4-es és 9-es számú betegünkénél csak exploráció történt, de később obstructio miatt palliatív műtét vált szükségessé. A CEA emelkedése jelezte a progressziót. A postoperative elvégzett b2m értékeknél nem figyeltünk meg ilyen tendenciát.

Megbeszélés

Az elmúlt években számos eltérő eredményt tartalmazó közlemény jelent meg a CEA klinikai jelentőségéről vastagbélrákos betegekben (1, 2, 5, 7, 8, 14, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 29).

Hazánkban elsőként Ősz és munkatársai számoltak be CEA vizsgálatokról vastagbélrákos betegekben (20). Egybehangzó vélemény, hogy a CEA nem alkalmas colorectális daganatok szűrésére és diagnosztikára, mivel nem tekinthető colonspecifikus tumormarkernek (13, 23). Ezt a tételt saját vizsgálataink is igazolják, mivel nem dohányzó egészséges felnőtteknek 13, dohányzó egészséges felnőtteknek pedig már 30%-ában találtunk 12,5 pmol/l feletti CEA értékeket.

Colitis ulcerosás betegekben szintén jelentős százalékban észleltünk emelkedett szérumszerű CEA értékeket. Sajnos benignus vastagbélpolypus betegekben az egészséges nem dohányzó felnőtteknek megfelelő arányban volt emelkedett a szérumszerű CEA. Ezek az észlelések egybevágóak az irodalmi adatokkal (30). A szérumszerű b2m értékek a fent említett betegcsoportokban közel azonos arányban (5–8%) haladták meg a normál értéket, tehát a dohányzás és a colitis ulcerosa lényegében nem befolyásolta a szérumszerű értékeket.

A daganatok kiterjedése, progressziója és a praeoperatív szérumszerű CEA szintek között általában pozitív összefüggést találtak, de egyúttal abban is egyetértettek, hogy a kicsi lokalizált tumoroknál ritkán haladják meg a normál értéket, és nincs elég diszkriminatív értékük (1, 7, 24). Saját vizsgálatainkban is jól tükrözték a daganat invázióját a praeoperatív szérumszerű CEA értékek, de a *Dukes A* és *Dukes B* stádiumban csak ritkán haladták meg a normál értékeket.

Mind több közlemény foglalkozik a praeoperatív szérumszerű CEA szintek és a prognózis viszonyával (1, 7, 8, 14, 22, 25). Vizsgálataik szerint a magasabb praeoperatív értékek rosszabb prognózist jelentenek. Nehéz azonban megvonni azt a határt, amely fölött már rosszabb, alatta pedig jobb a prognózis. *Blake* és munkatársai nemrég megjelent közleményükben 5,0 ng/l feletti értékeknél lényegesen rosszabb volt a túlélés. *Herrera* és *Band* 2,5 ng/l feletti értékek esetén lényegesen gyakrabban és korábban észlelt recidivát. E problémakör már átvezet a CEA vizsgálatok talán legfontosabb és legvitatottabb kérdésére, a sorozatos, postoperatív meghatározások jelentőségére. A szerzők többsége szerint az egyik legérzékenyebb noninvazív módszer a recidivák korai felismerésére, míg mások szerint a sok álnegatív eredmény miatt nem mond többet az eddig alkalmazott vizsgálatoknál (2, 13, 14, 17, 18, 23, 27, 29, 30). 10 betegen mi is végeztünk postoperatív CEA meghatározásokat. Kevés számú eredményünk azt mutatja, hogy a CEA jelezni tudja a recidivát a klinikai tünetek megjelenése előtt.

Viszonylag kevés közlemény foglalkozik a CEA és a b2m együttes vizsgálatával gastrointestinalis tumorokban. Klinikai jelentőségéről is eltérőek a vélemények (10, 16, 21). *Daver* és munkatársai sorozatos korrelációt találtak a praeoperatív b2m értékek és a daganatok progressziója és klinikai lefolyása között, míg *Staab* és munkatársai ezt nem tudták igazolni (10, 21). Saját vizsgálatainkban nem találtunk pozitív korrelációt a daganatos folyamat progressziója és a klinikai lefolyás, valamint a szérumszerű b2m értékek között. A metastatisáló (*Dukes C* és *D*) daganatokban azonban alig találtunk normál értéket. Külön fel szeretnénk hívni a figyelmet arra, hogy a CEA-val párhuzamosan elvégzett b2m meghatározások mintegy 10%-kal emelik a diagnosztikus pontosságot. Ezen eredmény miatt tartjuk érdemesnek a két vizsgálat egymással párhuzamos elvégzését.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a praeoperatív szérumszerű CEA értékek jól tükrözik a daganatos folyamat kiterjedését, a műtétek utáni sorozatos meghatározásokat pedig fontosnak tartjuk a korai recidivák felismerésében. A magas praeoperatív CEA értékekkel rendelkező betegeket fokozottabban kell ellenőrizni a várhatóan rosszabb prognózis miatt. A CEA-val párhuzamosan elvégzett b2m vizsgálatok szükségességét a diagnosztikus pontosság növelése indokolja.

IRODALOM: 1. *Arnaud, J. P. és mtsai*: Carcinoembryonic Antigen (CEA) in diagnosis and prognosis of colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*, 1980, 23, 141. — 2. *Attiyeh, F. F. és mtsai*: Second-look laparotomy based on CEA elevations in colorectal cancer. *Cancer* 1981, 47, 2119. — 3. *Balikó Z. és mtsai*: Szérumszerű béta-2-mikroglobulin vizsgálata myeloma multiplexben, non-Hodgkin malignus lymphomában és chronikus myeloid leukaemiában. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 131. — 4. *Band, P. R. és mtsai*: Two-year follow up study of patients with known serum concentration of Carcinoembryonic Antigen. *Can Med Assoc J.* 1977, 117, 657. — 5. *Beart, R. W. Jr. és mtsai*: Postoperative screening of patients with carcinoma of the colon. *Dis Colon Rectum*, 1981, 24, 585. — 6. *Beta-2-mikroglobulin in haematological malignancies*. *Br. Med. J.* 1981, 282, 1013. — 7. *Blake, K. E. és mtsai*: Clinical significance of the preoperative plasma Carcinoembryonic Antigen (CEA) level in patients with carcinoma of the large bowel. *Dis Colon Rectum*, 1982, 25, 24. — 8. *Chaupius, P. H. és mtsai*: Preoperative Carcinoembryonic Antigen level and prognosis of colorectal cancer. *Med. J. Aust.* 1980, 2, 143. — 9. *Chiu, T. M. és mtsai*: Demonstration of Carcinoembryonic Antigen in normal human plasma. *Nature*, 1972, 238, 5. — 10. *Daver, A. és mtsai*: Beta-2-mikroglobulin and Carcinoembryonic Antigen (CEA) in intestinal cancer — correlation with stage of diseases. *Excerpta Medica International Congress Series No. 439 Clinical Application of Carcinoembryonic Assay Proceedings of a Symposium Nice, October 7–9, 1977*. — 11. *Falus A.*: A béta-2-mikroglobulin szerkezete és funkcionális tulajdonságai. A biológia aktuális problémái. 1981, 22, 175–217. — 12. *Gold, P., Freedman, S. O.*: Demonstration of tumorspecific antigen in human colonic carcinoma by immunological tolerance and absorption techniques. *J. Exp. Med.* 1965, 121, 439. — 13. *Goldenberg, D. M. és mtsai*: CEA as a cancer marker? *Conn Med.* 1981, 45, 735. — 14. *Herrera, M. A. és mtsai*: Carcinoembryonic Antigen (CEA) as a prognostic monitoring test in clinically complete resection of colorectal carcinoma. *Ann Surg.* 1976, 183, 5. — 15. *Jubert, A. V. és mtsai*: Characteristics of adenocarcinomas of the colorectum with low levels of preoperative plasma Carcinoembryonic Antigen (CEA). *Cancer*, 1978, 42, 635. — 16. *Kim K. és mtsai*: Beta-2-mikroglobulin levels of

serum and ascites in malignant diseases. Gann, 1977, 68, 427. — 17. *Mariani, G. és mtsai*: Serum CEA monitoring in the follow-up of colorectal cancer patients with negativ preoperative serum CEA. *Europ. J. Cancer*, 1980, 16, 1099. — 18. *Martin, E. M. és mtsai*: Serial carcinoembryonic assays. The use of CEA as an indicator for gastrointestinal tumor recurrence and second-look procedures. *Cancer*, 1977, 39, 440. — 10. *Martin, F., Martin, M. S.*: Demonstration of antigen related to colonic cancer in the human digestive system. *Int. J. Cancer*, 1970, 6, 352. — 20. *Ósz E., Rahóty P. és Besznyák I.*: CEA vizsgálatok értéke a colorectális rákos beteganyagunkban (előadás). MST Nagygyűlése, Szeged, 1980. szept. 3–5. — 21. *Staab, H. J. és mtsai*: Is serum b2m a tumor marker in gastrointestinal cancer? *Clinica chimica acta* 1980, 106, 309. — 22. *Staab, H. J. és mtsai*: Prognostic value of preoperative serum CEA level compared to clinical staging. I. colorectal carcinoma. *Br. J. Cancer*, 1981, 44, 652. — 23. *Steele, G. Jr. és mtsai*: CEA monitoring among patients in multiinstitutional adjuvant G. I. therapy protocols. *Ann. Surg.*

1982, 196, 162. — 24. *Szymendra, J. J. és mtsai*: Predictive value of plasma CEA levels. *Dis Colon Rectum*, 1982, 25, 46. — 25. *Wanebo, H. J. és mtsai*: Preoperative Carcinoembryonic Antigen levels as a prognostic indicator in colorectal cancer. *N. Engl. J. Med.* 1978, 299, 448. — 26. *Wanebo, H. J. és mtsai*: Are Carcinoembryonic Antigen level of value in the curative management of colorectal cancer? *Surgery*, 1981, 89, 290. — 27. *Wedell, J. és mtsai*: A retrospective study of serial CEA determination in the early detection of recurrent colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1981, 24, 618. — 28. *Whittaker, M., Goligher, J. C.*: The prognosis after surgical treatment for carcinoma of the rectum. *Br. J. Surg.* 1976, 63, 384. — 29. *Wood, C. B. és mtsai*: The clinical significance of the pattern of elevated serum carcinoembryonic antigen (CEA) levels in recurrent colorectal cancer. *Br. J. Surg.* 1980, 67, 46. — 30. *Zamchek, N.*: Current of CEA. *Progress in Cancer Research and Therapy* Vol. 13. *Colorectal Cancer: prevention, epidemiology, and screening.* Raven Press New York, 1980.

(Schmidt Imre dr., *Szekszárd*, Pf. 85., 7101.)

KOREBERON[®] draszté

HATÓANYAG: 20 mg natrium fluoratum bélben oldódó drasztéként.

JAVALLATOK: Primer és szekunder osteoporosisok (elsősorban high turnover osteoporosis), myeloma multiplex, osteogenesis imperfecta.

ELLENJAVALLATOK: Osteomalatia, ulcus duodeni, ulcus ventriculi, colitis ulcerosa, hematológiai rendszerbetegségek (kivéve: myeloma multiplex), károsodott vesefunkció, májkárosodás, terhesség, szoptatás, 10 év alatti életkor.

ADAGOLÁS: Napi adagja 40–80 mg 1/2–1 évig, majd napi 40–60 mg a klinikai tünetek, ill. a radiológiai kép javulásáig általában 1–3 évig. Ezután lehet áttérni napi 5–20 mg fenntartó adagra, amelyet 3 hónapos szünetek közbeiktatásával 3 hónapig kell szedni. A rendelt napi adagot 2 részletben reggel és este étkezés után kevés folyadékkal kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Arthralgia, a boka, ill. a térdízület fájdalmas duzzanatával járó fluorid artropathia, ami a gyógyszerzedés átmeneti szüneteltetésekor gyógyul és a további kezelés során nem recidivál.

FIGYELMEZTETÉS: Bevétele előtt és után 2 órával tejtermékek és Ca-tartalmú gyógyszerek fogyasztása kerülendő. Hypo- vagy anaciditás esetén a zavart felszívódás miatt szubsztitúciós terápia szükséges. A kezelés első évének végén a csont szövettani képén látható osteomalaita nem valódi, a fokozott matrix képződés és a késve bekövetkező elmeszesedés következménye. D-vitaminnal nem befolyásolható, de a további kezelés folyamán magától bekövetkezik. A kezelés ideje alatt 3 havonta vérkép, vizelet, Se-kreatinin, máj-funkció, Ca-anyagcsere, esetleg Sefluorid és osteodensimetriás vizsgálatok, évente pedig gerinc, medence, kar és lábszár röntgen szükséges.

CSOMAGOLÁS: 100 draszté

RENDELHETŐSÉG: ✱✱

ELŐÁLLÍTJA: VEB Arzneimittelwerk Dresden

EXPORTÁLJA:
export-import,



NDK

Magyarországon forgalomba hozza: **GYÓGYÉRT**

PH

2359

BRULAMYCIN[®] S 730 Antibiotica cum spectro lato

injekció

ÖSSZETÉTEL: 40 mg, ill. 80 mg tobramycinum, 1 ml-es, ill. 2 ml-es ampullánként, szulfátsó formájában.

JAVALLATOK: Súlyos bakteriális infekciók, amelyek kórokozója tobramicinre érzékeny.

A tobramicin hatékony a következő kórokozókra: *E. coli*, proteusok, *Pseudomonas aeruginosa*, klebsiella, enterobacter, serratia, providencia, citrobacter specíesek, továbbá staphylococcusok.

A kezelés indikált a felsorolt kórokozók által kiváltott **alsó légúti fertőzésekben** (pneumonia, bronchiolitis, súlyos bronchitis);

Bőr-, csont-, lágyrészinfekciókban, beleértve az égéseket; **urogenitális fertőzésekben** (pyelitis, pyelonephritis, epididymitis, prostatitis, adnexitis, a méh és méhkörüli szövetek gyulladása);

gasztrointesztinális fertőzésekben, beleértve a peritonitist, **a központi idegrendszer fertőzéseiben** (meningitis) és **septicaemiában**.

Endocarditisben nagyadagú parenterális penicillinnel vagy cefalosporinnal kombinációban.

A terápia lehetőleg mikrobiológiai vizsgálat és az antibiotikum érzékenység meghatározása után történjék; sürgős esetben a kezelés megkezdhető bakteriológiai eredmény nélkül is.

ELLENJAVALLAT: Ismert allergiás túlérzékenység tobramicinnel szemben.

ADAGOLÁS: Intravénásan vagy intramuszkulárisan adható, általában 7–10 napig. Szükség esetén (pl. endocarditisben) 3–6 hétig is adható, folyamatos ellenőrzéssel.

Szokásos egyszeri adagja **felnőtteknek 1,0–1,5 mg/kg, 8–12 óránként, a fertőzés súlyossága szerint.**

Csecsemőknek és gyermekeknek 3–5 mg/kg/die, újszülötteknek 2–3 mg/kg/die 2–3 egyenlő részletben.

Csökkent vesefunkcióban az adag 1 mg/kg legyen, az egyes adagok közötti időtartamot a vesefunkció szerint szabjuk meg, az alábbiak szerint;

Szérum kreatinin mg ^o / _o	Kreatinin clearance μmol/l	Kreatinin clearance ml/min	Adagolási időköz óra
1,3	110	80	8
1,4–1,9	110–168	40–80	12
2,0–2,8	176–247	25–40	18
2,9–3,7	256–327	15–25	24
3,8–5,3	335–468	10–15	36
5,4–7,2	477–636	5–10	48
7,2	636	5	72

Mivel az egyéni ingadozás jelentős lehet, ha mód van rá, ajánlatos a tobramicin szérumszintet ellenőrizni; a maximális érték (1 órával az im. inj. után) 7–10 mg/l, a minimális 2 mg/l alatt legyen.

Ha a tobramicin szérumszint a szokványos adagolás mellett nem éri el a határos értéket, úgy az adag – további monitorozás mellett – emelendő; ha viszont a szint túl magas, akkor a kezelés kisebb adaggal folytatandó.

Infúziós adagolás esetén az egyszeri adagot 0,9%-os NaCl vagy 5%-os szőlőcukor oldatban (100–200 ml) hígítva, gyermekek esetében arányosan kisebb volumenben alkal-

mazzuk. A hatóanyag koncentrációja lehetőség szerint 1 mg/ml alatt legyen.

MELLÉKHATÁSOK: A vesefunkció változása (a karbamid-N, maradék-N, se-kreatinin értékek emelkedése, oliguria, cylindruria, fokozódó proteinuria) – elsősorban a vesekárosodott betegekben az ajánlottól nagyobb adagok alkalmazásakor fordulhat elő.

Ototoxikus hatás: vesetibularis károsodás (szédülés, fülzúgás, fülcsengés), halláscsökkenés – főként nagyobb adagok, ill. tartós alkalmazás esetén várható.

A nephro- és ototoxicitás kockázata kisebb ép vesefunkciójú betegekben, továbbá az előírt adagolás és kezelési időtartam betartása mellett.

Esetenként megfigyelhető volt a kezelés alatt a transzamináz-értékek (SGOT, SGPT) pozitívvá válása és a szérum-bilirubin-szint emelkedése, anaemia, leuko- és thrombocytopenia, láz, bőrkiütések, urticaria, viszketés, fejfájás, bogyadtság, hányás.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az egyttadás:

– egyéb neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, pl. aminoglikozid és polipeptid antibiotikumokkal, Ceporinnal (neuro- és nephrotoxicitás fokozódás);

– Furosemiddel és Uregyttel (ototoxicitás fokozódás). Neuromuskuláris blokkolókkal pl. tubokurarinnal, szukcinilkolinnal történő egyttadásakor fennáll az izomrelaxáns hatás fokozódásának lehetősége (légzésbénulás veszélye). Az aminoglikozidok a béta-laktám antibiotikumokkal komplexet alkotva hatáscsökkentő interakcióban léphetnek (tobramicin elsősorban a karbenicillinnel, tikarcillinnel), ezért a gyógyszereket azonos fecskendőbe vagy azonos infúziós oldatba összeszívní nem szabad.

In vivo a kölcsönhatás csak beszükkült vesefunkciónál, magas szérumkoncentrációk esetén jön létre.

FIGYELMEZTETES: Az aminoglikozidokra jellemző potenciális toxicitás miatt a betegek gondos klinikai megfigyelése szükséges. Kimutatható vagy feltételezhető vesekárosodás esetén, ill. ha a kezelés során a kezdetben ép vesefunkció romlásának jelei mutatkoznak, különös óvatosság ajánlott és rendszeresen ellenőrizni kell a vese és a VIII. agyideg működését.

Renális, vestibularis vagy acusticus funkcióromlás észlelésekor a kezelést abba kell hagyni, illetve az adagolást megfelelően módosítani kell.

Koraszülötteknek és újszülötteknek a veseműködés éretlensége miatt csak különös óvatossággal adható.

Túlادagolás vagy toxikus tünetek esetén prítoneális vagy hemodialízissel gyorsítható kiürülése a vérből.

A kezelés alatt nem érzékeny mikroorganizmusok előtérése előfordulhat.

TERHESSÉGBEN az aminoglikozidok alkalmazását marandó magzati károsodás veszélye miatt csak az anya életveszélyes és atoxikus antibiotikummal nem kezelhető bakteriális infekciója indokolhatja.

CSOMAGOLÁS: 10 db 1 ml-es ampulla; 10 db 2 ml-es ampulla



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

SIKLÓSI GYÖRGY DR.
ÉS OLAIOS FERENCA fiziológias és elégtelen corpus luteum
funkció hormonális jellemzői

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika (igazgató: Zsolnai Béla dr.)

Szerzők a fiziológias és elégtelen corpus luteum funkció hormonális jellemzőit klinikai kritériumok alapján válogatott ciklusok elemzése során határozzák meg. A szérumban progesteron és prolaktin értékét radioimmun módszerekkel vizsgálták. A reprodukció szempontjából azt a ciklust tekintették biztosan fiziológiasnak, melyben fogamzás jött létre, amit szövődmenymentes terhesség, majd szülés követett. Ilyen ciklusokban az ovulációt követő 5. és 10. nap között 6 napig tartó progesteron platót észleltek, melynek átlagértéke 66,1 nmol/l (20,8 ng/ml). Klinikai jellemzők alapján fiziológiasnak tekinthető további ciklusok vizsgálata során a menstruáció előtti 4. és 9. nap között szintén 6 napig tartó progesteron platót találtak, melynek átlagértéke 66,8 nmol/l (21,0 ng/ml). A szérumban prolaktin értéke mindkét csoportban fiziológias volt: 289 ± 129 , ill. 271 ± 119 mIU/l. Vizsgálataik alapján több minta átlagértéke jelentősen növeli a progesteron diagnosztikus megbízhatóságát. Eredményeik alapján a sárgatest funkció akkor tekinthető fiziológiasnak, ha a szérumban progesteron értéke a menstruáció előtti 4. és 9. nap között, több minta egyidejű vizsgálata során minimálisan 54,1 nmol/l (17,0 ng/ml). Adataik helyességét sterilitásban szenvedő beteganyagban is igazolják.

Hormonal characteristics of physiological and insufficient corpus luteum function. Hormonal features of the physiological and insufficient corpus luteum function have been studied in cycles selected by clinical criteria. The serum progesterone and prolactin levels were determined by radioimmunoassays. From the aspect of reproduction that cycle was regarded as physiological, in which conception occurred and was followed by an uncomplicated pregnancy and birth. In such cycles revealed a 6-day progesterone plateau between the 5th and 10th days after the ovulation averaging 66,1 nmol/l (20,8 ng/ml). Furthermore, in additional physiological cycles with subsequent conception and uncomplicated pregnancy the progesterone also showed plateau levels lasting for 6 days between the 4th and 9th days before the forthcoming menstruation with an average value of 66,8 nmol/l (21,0 ng/ml). The values of serum prolactin levels were physiological: 289 ± 129 and 271 ± 119 mIU/l. Comparing the diagnostic reliability of single progesterone estimates with that of multiple measurements, the latter proved to be superior in assessing luteal function. In conclusion, a menstrual cycle can be regarded as physiological when the average minimum progesterone value of 3 individual measurements between the 4th and 9th days before menstruation is 54,1 nmol/l (17,0 ng/ml). The correctness of the above values has been certified by the results achieved in the treatment of patients with infertility.

Amióta Jones (8) először igazolta, hogy corpus luteum insufficiencia sterilitas oka lehet, számos szerző vizsgálta az élettani (1, 6, 11) és elégtelen (5, 9, 16, 17) sárgatest funkció különböző paramétereit, egységes álláspont azonban máig sem alakult ki pontos jellemzőiket illetően. Munkánk célja, hogy új aspektusból, klinikai kritériumok alapján vizsgáljuk a fiziológias és elégtelen sárgatest funkció hormonális jellemzőit. A reprodukció szempontjából elsősorban azt a ciklust tekintettük biztosan fiziológiasnak, amelyben fogamzás következett be, amit szövődmenymentes terhesség, majd szülés

követett. Mivel 10–12 nappal a fogamzást követően megváltozik a sárgatest működése (5, 22), olyan ciklusok jellemzőit is elemeztük, amelyekben fogamzás nem következett be, klinikai jellemzőik alapján azonban fiziológiasak voltak. A nyert eredmények helyességét sterilitásban szenvedő beteganyagban is ellenőriztük, és elemeztük a corpus luteum funkció mennyiségi meghatározásának néhány gyakorlati vonatkozását.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 1978 és 1982 között a klinika endokrin osztályán és ambulanciáján jelentkező asszonyokon végeztük.

Az első csoportban 23 egészséges asszony 134 szérumban progesteron értékét dolgoztuk fel, melyeket a koncepció ciklusában vettünk. Valamennyi asszony-

Kulcsszavak: sárgatest, diagnosztika, progesteron, sterilitás

tól a ciklus második felében, az alaphőmérséklet megemelkedése után progesteron sorozatvizsgálat céljára vérmintákat vettünk. Később beigazolódott, hogy a vizsgált ciklusokban fogamzás következett be, amit szövődmenymentes terhesség és szülés követett. A vizsgált ciklusokban és azt megelőzően legalább hat hónapig, hasonlóan a további csoportokhoz, hormonális kezelés nem történt. A vérmintákat mindhárom csoportban reggel 7 és 10 óra között vettük, majd az alvadás és centrifugálás után nyert szérumokat $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on tároltuk.

A második csoportban további 23 asszony 184 progesteron értékét elemeztük fiziológias ciklusok során. Az élettani ciklus kritériumai: változatlan időtartamú ún. stabil, eumenorrhoeás ciklus 12 napnál hosszabb hipertermiás szakkkal, és a rövid időn belül (max 6 hónap) kezelés nélkül bekövetkező fogamzás, amit zavartalan terhesség követett. A vérmintákat az alaphőmérséklet emelkedése és a menstruáció közötti időszakban vettük, hasonlóan a harmadik csoporthoz.

A harmadik csoportban 25 sterilitásban szenvedő beteg 192 progesteron értékét dolgoztuk fel. A betegek közös jellemzői: a 10 és 17 ng/ml közötti progesteron átlagérték és a más okkal (norm. HSG és spermológiai lelet) nem magyarázható (13 esetben primér, 12 esetben szekundér) sterilitás. A kivizsgálást követően a betegeknek clomiphen (Clostylbegyt, EGYT, Budapest) kezelést alkalmaztunk olyan dózisban, hogy a progesteron értéke a menstruációt megelőző 4. és 9. nap között elérje, vagy meghaladja a fiziológias átlagértéket, majd ezt a kezelést folyamatosan fenntartottuk. A kezelés beállítását a progesteron rendszeres ellenőrzése mellett végeztük. Hat hónapon belül valamennyi betegben fogamzás következett be, amit zavartalan terhesség követett.

Mindhárom csoportban meghatároztuk a szérum prolaktin értékeit. A meghatározásokat három különböző napon vett minta azonos arányú keverékéből végeztük.

A sárgatest funkció jellemzésére a sárgatest szakban észlelhető progesteron plató értéke látszik legalmasabbnak (1, 5, 6, 13). Mivel korábbi vizsgálataink során a progesteron kifejezett epizódikus szekrécióját észleltük (18, 19), megvizsgáltuk, hogy a plató értéke milyen pontossággal jellemezhető egy minta értékével, illetve több minta átlagával. Mindhárom csoportban meghatároztuk a plató ideje alatt mért egyes értékek és egyéni átlagértékek megoszlását: szórását (SD) és 95%-os megbízhatósági intervallumát (2 SD).

A szérum progesteron meghatározását aktív színabszorpciós radioimmun módszerrel végeztük (18, 19). A módszer intraassay variációs koefficiense 6,7%,

interassay variációs koefficiense 12,9%, pontossága (accuracy) WHO külső standard felhasználásával 14,0%.

A szérum prolaktin meghatározását kettős antiszérum (double antibody) radioimmun módszerrel végeztük (20, 21). A módszer intraassay variációs koefficiense 4,7%, interassay variációs koefficiense 11,8%, pontossága WHO külső standard alkalmazásával 15,4%.

Eredmények

A koncepció ciklusában mért 134 progesteron értéket az ovulációt követő napok szerinti bontásban ábrázoltuk (1/a ábra). A progesteron szérumszintje az ovulációt követő 5. és 10. nap között 6 napig tartó platót mutat, melynek átlagértéke 66,1 nmol/l (20,8 ng/ml). Az ovulációt követő 11. naptól minimális, statisztikailag nem értékelhető emelkedés észlelhető.

A fiziológias ciklusok során mért 184 progesteron értéket, a ciklusok eltérő hossza miatt, a menstruációt megelőző napok függvényében ábrázoltuk (1, 5, 6, 13). A progesteron szintje a menstruációt megelőző 4. és 9. nap között 6 napos platót mutat, melynek átlagértéke 66,8 nmol/l (21,0 ng/ml) (2/a ábra).

Sterilitas válogatott eseteiben mért 192 progesteron értéket, az előző csoporthoz hasonlóan vizsgáltuk. A progesteron átlagértéke a menstruációt megelőző 4. és 9. nap között 41,3 nmol/l (13,0 ng/ml) (lsd. a táblázatot).

A plató ideje alatt mért egyes értékek és a plató ideje alatt mért több érték (3–5 érték) átlagának megoszlását elemezve mindhárom csoportban jelentős különbség észlelhető (lsd. 1. és 2. ábrát és a táblázatot), több minta átlaga lényegesen nagyobb pontossággal jellemzi a corpus luteum funkciót. Míg egyes értékek vizsgálata esetén a fiziológias és elégtelen csoport értékei jelentős átfedést mutatnak, egyéni átlagértékek esetében nem észlelhető átfedés a 95%-os konfidencia intervallumok (2 SD) szintjén.

A szérum prolaktin értéke mindhárom csoportban fiziológias, 640 mIU/l (WHO) alatti értéket mutatott.

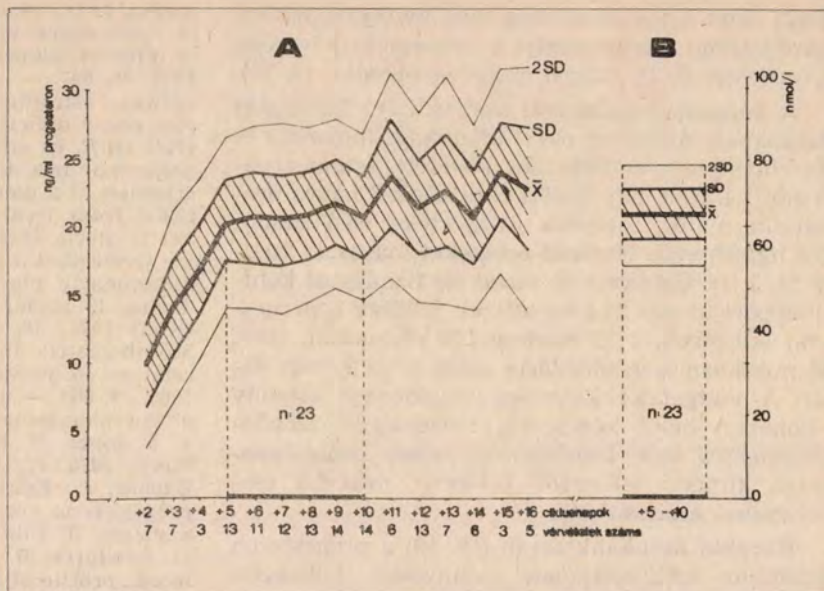
A vizsgált csoportok klinikai és hormonális jellemzői

	Kor (év)	Menstruációs ciklus hossza (nap)	Progesteron értékek a plató ideje alatt			Prolaktin (mIU/l)	
			Egyes értékek megoszlása (nmol/l)	Egyéni átlagok megoszlása (nmol/l)	Egyes értékek megoszlása (mIU/l)		
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} + 2 SD$ $\bar{x} - 2 SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} + 2 SD$ $\bar{x} - 2 SD$	
I. Koncepció ciklusa (n = 23)	28,7±3,4	28,5±1,9	66,1±10,5	87,1 45,1	66,1±6,0	78,1 54,1	289±129
II. Fiziológias ciklus (n = 23)	29,3±4,9	28,8±2,0	66,8±11,1	89,0 44,6	66,8±6,2	79,2 54,4	271±119
III. Sterilitas válogatott esetei (n = 25)	27,3±4,7	30,5±3,8	41,3±9,9	61,1 21,5	41,3±5,1	51,5 31,1	293±116

1. ábra: A szérumban a koncepció ciklusában a progesteron értéke a koncepció ciklusában.

A: A szérumban a koncepció ciklusában a progesteron értékek megoszlása az ovulációt követő napok szerint.

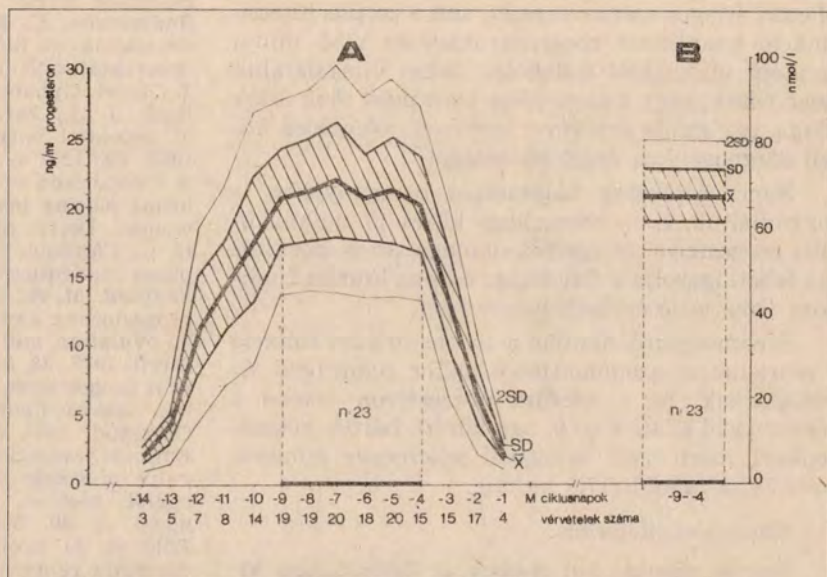
B: Az ovulációt követő 5. és 10. nap között észlelhető plató egyéni átlagértékeinek megoszlása.



2. ábra: A szérumban a fiziológiai ciklusban a progesteron értéke a fiziológiai ciklusban.

A: A szérumban a fiziológiai ciklusban a progesteron értékek megoszlása a menstruációt megelőző napok szerint.

B: A menstruációt megelőző 4. és 9. nap között észlelhető plató egyéni átlagértékeinek megoszlása.



Megbeszélés

Az endometrium hisztológiai vizsgálatát elterjedten alkalmazzák a corpus luteum funkció vizsgálatára (8, 9, 24). A szérumban a progesteron radioimmún meghatározásának kidolgozásával új lehetőség nyílt a sárgatest funkció vizsgálatára. A szérumban az oestradiol és progesteron szint, valamint az endometrium hisztológiai képeinek, ill. az endometrium estrogen és progesteron receptor tartalmának szoros korrelációját számos szerző igazolta (2, 7, 10, 5). A szérumban a progesteron szint és az endometrium zekréciós átalakulásának szoros összefüggését szintén több szerző bizonyította (1, 12, 15, 16). A corpus luteum funkció vizsgálatában több szerző a progesteron vizsgálat nagyobb megbízhatóságát bizonyította a hisztológiai vizsgálattal szemben (3, 5, 13, 7, 23).

A progesteron fiziológiai ciklus során történő zekrécióját számos szerző vizsgálta. 23–37 napos

ciklusok elemzése során a sárgatestszakban észlelhető plató 10 és 20 ng/ml közötti átlagértéket mutatott (1, 6, 11). A plató fiziológiai alsó határértékét, egyes minták megoszlását elemezve, a szerzők többsége 10 ng/ml-ben jelölte meg (5, 6, 11, 13). Idézett szerzők jelentősen eltérő időtartamú ciklusokat vizsgáltak, és azok fiziológiai voltát a reprodukció szempontjából nem igazolták.

Vizsgálataink során arra törekedtünk, hogy a fiziológiai corpus luteum funkció jellemzőit a reprodukció szempontjából bizonyítottan fiziológiai ciklusok elemzése révén határozzuk meg. Biztosan fiziológiasnak azt a ciklust tekintettük, amelyben koncepció jött létre, amit zavartalan terhesség, majd szülés követett. Az utóbbi kritériumot azért tartottuk szükségesnek, mert több szerző igazolta a sárgatest-elégtelenség szerepét spontán abortusok létrejöttében (14). A koncepció ciklusában az ovulációt követő 5. és 10. nap között 6 napos progesteron platót észleltünk, melynek átlagértéke 66,1 nmol/l (20,8

ng/ml), amit a fogamzás még nem befolyásolhatott, a progesteron szérumszintje a koncepciót követően legkorábban 10-12 nappal mutat emelkedést (5, 22).

A koncepció ciklusával azonosítható fiziológiás ciklusokban, melyeket rövid időn belül fogamzás és szövődménymentes terhesség követett, a menstruáció előtti 4. és 9. nap között észleltünk 6 napos progesteron platót, melynek átlagértéke 66,8 nmol/l (21,0 ng/ml) volt. Hasonló értékeket mások is találtak (2, 3, 4). Goldstein és mtsai (4) fiziológiás kontrollcsoportjukban 21,1 ng/ml-nek találták a progesteron átlagértékét 32 asszony 108 ciklusában mért 108 mintában a menstruáció előtti 5. és 7. nap között. A vizsgálatot követően valamennyi asszony 4 hónapon belül koncipiált, terhességük szövődménymentes volt. Goldstein és mtsai kontrollcsoportja, klinikai jellemzőit tekintve, második csoportunkkal azonosítható.

Korábbi munkánk során (18, 19) a progesteron epizódikus szekréciójának mennyiségi jellemzőit vizsgáltuk. Egy minta értéke $\pm 20,16\%$ jellemző eltéréssel (SD) és $\pm 40,32\%$ szélső eltéréssel (2 SD) jellemzi átlagos szérumszintjét, ami a corpus luteum funkció quantitativ meghatározásában több minta egyidejű vizsgálatát indokolja. Jelen vizsgálataink megerősítik, hogy a plató ideje alatt mért több érték átlaga, egy minta értékével szemben, jelentősen növeli diagnosztikus megbízhatóságát.

Nyert értékeink helyességét beteganyagon is kontrolláltuk. Az a tény, hogy 10 és 17 ng/ml közötti progesteron átlagérték önmagában is sterilitas oka lehet, igazolja a fiziológiás corpus luteum funkcióra vonatkozó értékek helyességét.

Eredményeink alapján a corpus luteum funkció a reprodukció szempontjából akkor tekinthető fiziológiásnak, ha a szérum progesteron értéke a menstruáció előtti 4. és 9. nap között, három másnaponként mért érték átlagával jellemezve minimálisan 54, 1 nmol/l (17,0 ng/ml).

Köszönetnyilvánítás

Szerzők munkájukat részben az Egészségügyi Világszervezet támogatásával végezték, melyért ezúton mondanak köszönetet. Szerzők ezúton fejezik ki köszönetüket Merényi Gézánnának, Kovács Lászlónának, Dr. Keresztesi Bélánénak, Dr. Tóth Tibornénak és Simonné Czigány Ibolyának kitűnő laboratóriumi munkájukért.

IRODALOM: 1. Abraham, G. E. és mtsai: Simultaneous radioimmunoassay of plasma FSH, LH, progesterone, 17-hydroxyprogesterone and estradiol-17-beta during the menstrual cycle. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1972, 34, 312. — 2. Black, W. P., Martin, B. T., Whyte, W. G.: Plasma progesterone concentration as an index of ovulation and corpus luteum function in normal and gonadotropin-stimulated menstrual cycles. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 1972, 79, 363. — 3.

Cooke, I. D., Morgan, C. A., Parry, T. E.: Correlation of endometrial biopsy and plasma progesterone levels in infertile women. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 1972, 79, 647. — 4. Goldstein, D. és mtsai: Correlation between estradiol and progesterone in cycles with luteal phase deficiency. *Fertil. Steril.* 1982, 37, 348. — 5. Hull, G. R. és mtsai: The value of a single serum progesterone measurement in the midluteal phase as a criterion of a potentially fertile cycle ("ovulation") derived from treated and untreated conception cycles. *Fertil. Steril.* 1982, 37, 355. — 6. Johansson, D. B., Wide, L., Gemzell, C.: Luteinizing Hormone (LH) and progesterone in plasma and LH and oestrogens in urine during 42 normal menstrual cycles. *Acta Endocrinol. (Kbh)* 1971, 68, 502. — 7. Johannisson, E. és mtsai: Morphometric analysis of the human endometrium in relation to peripheral hormone levels. *Fertil. Steril.* 1982, 38, 564. — 8. Jones, G. E. S.: Some newer aspects of the management of infertility. *JAMA.* 1949, 141, 1123. — 9. Jones, G. E. S.: The luteal phase defect. *Fertil. Steril.* 1976, 27, 351. — 10. Kreitmann, B., Bugat, R., Bayard, F.: Estrogen and progestin regulation of the progesterone receptor concentration in human endometrium. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1979, 49, 926. — 11. Landgren, B. M., Uden, A. L., Diczfalusy, E.: Hormonal profile of the cycle in 68 normally menstruating women. *Acta Endocrinol. (Kbh)* 1980, 94, 89. — 12. Nadjji, P. és mtsai: Endometrial dating correlated with progesterone levels. *Obstet. Gynecol.* 1974, 45, 193. — 13. Radwanska, E., Swyer, G. I. M.: Plasma progesterone estimation in infertile women and in women under treatment with clomiphene and chorionic gonadotropin. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 1974, 81, 107. — 14. Rock, J. A., Zacur, H. A.: The clinical management of repeated early pregnancy wastage. *Fertil. Steril.* 1983, 39, 123. — 15. Rosenfeld, D. L., Garcia, C. R.: A comparison of endometrial histology with simultaneous plasma progesterone determinations in infertile women. *Fertil. Steril.* 1976, 27, 1256. — 16. Rosenfeld, D. L., Chudow, S., Bronson, R. A.: Diagnosis of luteal phase inadequacy. *Obstet. Gynecol.* 1980, 56, 193. — 17. Shepard, M. K., Senturia, Y. D.: Comparison of serum progesterone and endometrial biopsy for confirmation of ovulation and evaluation of luteal function. *Fertil. Steril.* 1977, 28, 541. — 18. Siklósi Gy. és mtsai: A szérum progesteron, oestradiol-17-beta és oestron epizódikus szekréciójának mennyiségi jellemzői. Kísérletes Orvostud. 1984, 36, 284. — 19. Siklósi Gy. és mtsai: Episodic secretion of hormones and the diagnostic value of single blood estimates II. progesterone, oestradiol, oestron. *Acta Med. Hung.* 1984. (megjelenés alatt) — 20. Siklósi Gy. és mtsai: A szérum LH, FSH és prolaktin epizódikus szekréciója és egy vérminta reprezentativitása. Kísérletes Orvostud. 1984, 36, 275. — 21. Siklósi Gy. és mtsai: Episodic secretion of hormones and the diagnostic value of single blood estimates I. LH, FSH, prolactin. *Acta. Med. Hung.* 1984. (megjelenés alatt) — 22. Sowobale, O. és mtsai: Comparison of plasma steroid and gonadotropin profiles in spontaneous cycles in which conception did and did not occur. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1978, 85, 460. — 23. Tredway, D. R., Mishell, D. R. Jr., Moyer, D. L.: Correlation of endometrial dating with luteinizing hormone peak. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1973, 117, 1031. — 24. Wentz, A. C.: Diagnosing luteal phase inadequacy. *Fertil. Steril.* 1982, 37, 334. — 25. diZerga, G. S., Hodgen, G. D.: Luteal phase dysfunction infertility: a sequel to aberrant folliculogenesis. *Fertil. Steril.* 1981, 35, 489.

(Siklósi György dr., Budapest, Üllői út 78/a, 1082.)

VARGA LAJOS DR.,
SZENTIRMAI ISTVÁN DR.
ÉS SZÁNTÓ JÁNOS DR.

Az emlőrák korai felismerésének jelentőségéről 3 000 műtét alapján

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Miskolc, Általános Sebészeti Osztály
(főorvos: Herczeg László dr.)
Onkoradiológiai Osztály (főorvos: Tóth Ferenc dr.)

A miskolci Megyei Kórház Általános Sebészeti Osztályán 1967—1981 között, 15 év alatt 3003 műtétet végeztek emlőelváltozás miatt, és közülük 722 bizonyult malignusnak. A diagnosztikában a hagyományos fizikális vizsgálat mellett kiemelik az alapvető jelentőségű intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálatok és az egy éve bevezetett aspirációs tűbiopszia (ABC) eredményeit. Az adott diagnosztikus lehetőségek és a ma sem kellően hatásos felvilágosító munka miatt hangsúlyozzák az önvizsgálat és szűrővizsgálatok jelentőségét az emlőrákok korai felismerésében.

Significance of the early diagnosis of the breast cancer. Over a period of 15 years (1967—1981) 3003 operations have been performed due to changes in the breast in the Surgical Unit of the County Hospital in Miskolc. Of these 722 proved to be malignant. It is stressed that in addition to the traditional physiological examination the intraoperative refrigeration examination and the aspiration needle biopsy (ABC) are very useful in diagnostics. Since the diagnostic possibilities and the explanatory campaign are insufficient, both self-examination and screening are of primary importance in the early recognition of the breast cancer.

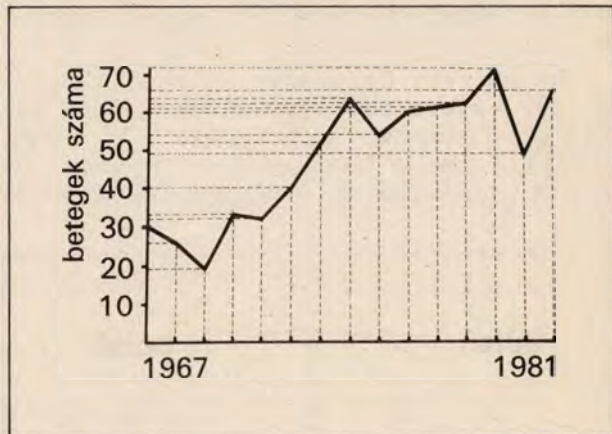
A világon évente hozzávetőlegesen 5 millió ember hal meg daganatos betegségben (15). Magyarországon évente mintegy 25 000 és több mint 120 000 a daganatos betegséggel nyilvántartottak száma (3, 4).

Az emlőrák gyakorisága világszerte, így hazánkban is emelkedik. Európában, Észak-Amerikában a nők leggyakoribb malignus tumora. Az NSZK-ban évente 12—15 ezerre becsülik az újonnan megbetegedett emlőrákosok számát (2). Hazánkban 1970-ben 2036, 1978-ban már 2308 új megbetegedést tartottak nyilván (4). A mortalitás 1967-ben 100 ezer lakosra 22 volt évente, 1978-ban már 31,5 (4). A 30—64 éves korban elhalálozott nők között az emlőrák szerepel a leggyakoribb halállokként (14). Az emlőrák gyakorisága az életkorral nő, 40 éves korig meredeken emelkedik a görbe, s a maximumot 54—64 év között éri el (1, 26). Hazai anyagban az emlőrákok több mint 70%-a 50 éven felülieknél található (26).

Alkalmazott diagnosztikai módszereink

Kórházunkban 25 éve működik az Onkológiai Bizottság, melynek tagjai: sebész, onkológus, patológus, onkoradiológus. Hetente egy meghatározott napon megvizsgálják az ide beutalt összes emlődaganatos beteget és elkészítik a terápiás tervet, enélkül kezelést senki nem kezdhet.

Kulcsszavak: Emlőrák, felismerés, műtét.



1. ábra

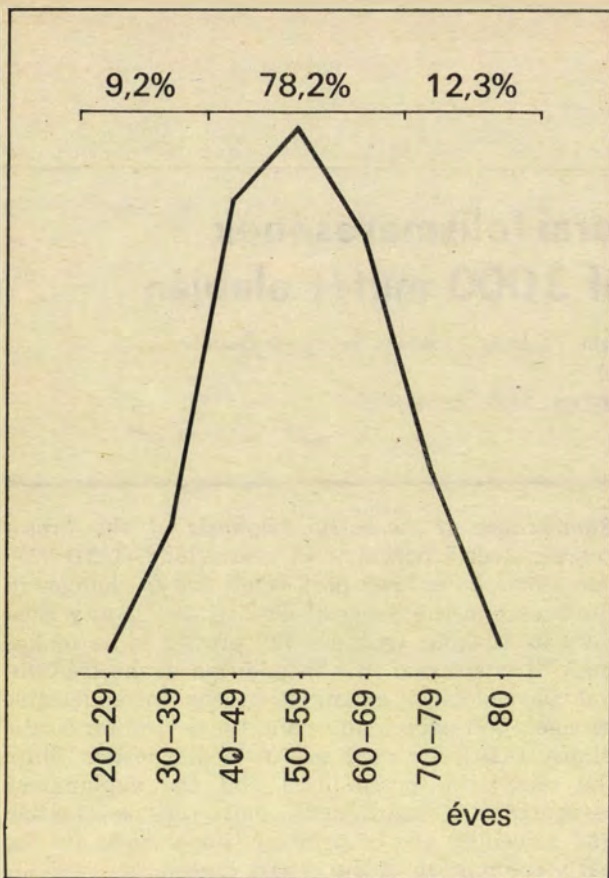
Fizikális vizsgálat alapján kimondhattuk a malignitást, a folyamat előrehaladottságából adódóan 323 esetben (44,7%), amit később a szövettani lelet igazolt.

Mammográfiával egy esetben (más intézetben), galaktográfiával két alkalommal kórisméztük a malignitást.

Emlőváladékból exfoliatív cytológia 24 esetben bizonyított rosszindulatúságot.

Az utóbbi egy évben 44 aspirációs tűbiopsziás cytológiai vizsgálat történt, mely 32 esetben egyértelmű malignitást igazolt.

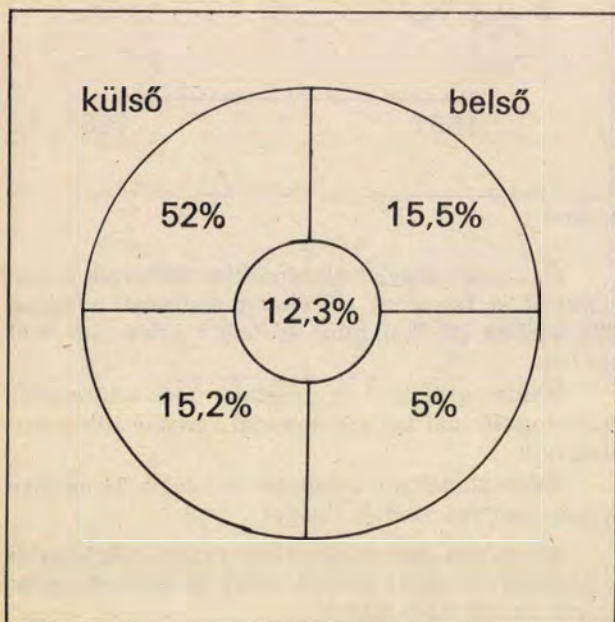
A carcinomát 47 esetben (6,5%), csak az előző



2. ábra

excisio végleges szövettani lelete alapján ismertük fel.

Intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálatot 505 esetben (16,8%) végeztünk. Ebből 270 (53,4%) carcinomát kórisméztünk. 43 esetben (8,5%) nem lehetett biztos véleményt mondani a fagyasztott metszetről, de a végleges feldolgozás 23



3. ábra.

esetben carcinomát igazolt. A további 192 daganat (38%) nem bizonyult malignusnak.

Anyagismertetés — Eredmények

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház-Rendelőintézet Általános Sebészeti Osztályán 1967. január 1-től 1981. december 31-ig emlődaganat miatt 2643 betegen 3003 műtétet végeztünk. A 2643 beteg közül 165 (6,2%) férfi, 2478 nő. A 2478 nőbeteg emlődaganata közül 722 (29,1%) carcinomának bizonyult. Ezen betegek adatait dolgoztuk fel.

A carcinomák száma évenként változott, számuk növekedett. Míg 1967-ben 30, addig 1981-ben már 66 eset fordult elő (1. ábra).

Az emlőrák életkor szerinti megoszlásának vizsgálatakor a 45—65 éves kor között észleltük leggyakrabban a daganatok előfordulását (2. ábra).

Anyagunkban a jobb és bal emlőben közel azonos számban fordultak elő daganatok. Az elsődleges daganatok elhelyezkedése egyezik az irodalmi adatokkal. Leggyakrabban (52%) a külső-felső quadransban, legritkábban (5%) a belső-alsó quadransban helyezkedtek el (3. ábra).

Stádium szerinti besorolás

TIS	I.	II.	III.	IV.
21	102	286	301	12
2,9%	14,1%	39,6%	41,6%	1,6%

Bilaterális emlőrákot 22 esetben találtunk, melyből 4 egyidejűleg fordult elő (22).

Az anamnézis adatainak feldolgozásakor a következőket tapasztaltuk: egy hónapnál rövidebb kórelőzménye 131 betegnek (18,1%) volt. 2—3 hónap között 185 (25,6%), 4—6 hónap közötti anamnézissel 195 beteg (27%) jelentkezett, míg 7 hónap és egy év között álltak fenn tünetek 127 betegen (17,6%). Megdöbbentő az egy évnél hosszabb anamnézis 84 beteg (11,7%) esetében. Megjegyzendő, hogy ezek az adatok erősen szubjektívek, a betegek elmondásán alapulnak, a tumor tényleges jelenlétének ideje ennél biztosan hosszabb (21, 26).

A kórszövettani leleteket is értékelve stádiumbeosztást (táblázat) készítettünk a TNM szisztéma alapján (14). Korai carcinoma (TIS = tumor in situ) 21 (2,9%) volt, míg nyirokcsomó metastasisal, előrehaladott stádiumban 587 (81,3%) beteg került műtétre. Ez azt jelenti, hogy minden 10 emlőrákos betegből több mint 8 nyirokcsomó metastasisokkal került észlelésre. Anyagunkban az in situ carcinomák felfedezésében szignifikáns különbséget az első és az utolsó öt évet összehasonlítva nem találtunk.

A sebészeti kezelésben alkalmazott módszerek hazánkban is változatosak. Emelőrák esetében osztályunkon az Auchincloss-műtétet végezzük (23), szimpla mastektómiát axillaris lymphadenektómiával kiegészítve. Műtét után 3 beteget (0,4%) vesztettünk el.

Az emlőrák gyakorisága világszerte, így hazánkban is emelkedik. A 30—64 éves korban elhalálozott nők között az emlőrák szerepel leggyakoribb halállokként (14). Adataink szerint is a leggyakrabban a klimax körüli időszakban észleljük. 15 év alatt 2478 nőbeteg emlőelváltozása közül 722 (29,1%) carcinomának bizonyult. *A korai carcinomának a felfedezésében az első és utolsó 5 évet összehasonlítva lényeges különbséget nem tapasztaltunk.* Az irodalmi adatok, valamint saját tapasztalatunk szerint is, a komplex kezelés sem javította az emlőrákban megbetegedettek túlélését, kedvezőbb eredményt tehát az emlődaganatok korai felismerésétől várhatunk (5, 11, 18).

E célnak a megvalósítására hazánkban is több próbálkozás történt (6, 7, 12, 13, 17, 19, 20), kiemelnénk ezek közül, hogy *Lengyel és mtsai* Debrecenben a tüdőszűrő vizsgálathoz kapcsolódó előszűrést és ezt követő több lépcsős vizsgálatot vezettek be. Ezzel a korán felfedezett emlőrákos esetek száma az előzőekhez képest lényegesen nőtt (9, 10). Ilyen vagy hasonló szűrővizsgálatok szükségességére és fontosságára utal saját észlelésünk is, miszerint betegeink 90%-ban maguk vették észre emlődaganatukat. Ez nem tudatos önvizsgálat, hanem véletlenszerű felfedezés volt és jelen esetben azzal is járt, hogy 587 (81,2%) beteg már „elkésve”, nyirokcsomó metastasisokkal került műtetre.

Ez az adat is figyelmeztet: mindent tegyünk meg annak érdekében, hogy a daganatokat már a kezdeti stádiumban ismerjük fel (8, 16, 25), és így a korai kórismézés jelentősen javíthatja az emlőrákos betegek gyógyulását, illetve növelheti túlélési idejüket (24).

A fenti célok elérésére az 1982 márciusában megtartott XIV. Magyar Onkológus Kongresszus az emlődaganatok korai felismerése érdekében a sürgős tennivalókat a következőkben jelölte meg:

- az önszűrési módszer szélesebb körben való elterjesztése,
- a megfelelő szűrési modell, komplex szűrési módszer kidolgozása.

Köszönetünket fejezzük ki *Sótonyi Gábor dr.* osztályvezető főorvosnak, valamint a Kórbonctani és Kórszövettani Osztály dolgozóinak a szövettani vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Brian, D. D. és mtsai*: Breast cancer incidence, prevalence, mortality and survivorship in Rochester, Minnesota, 1935 to 1974. *Mayo Clin. Proc.* 1980, 55, 355. — 2. *Caffier, H.*: Brustkrebs-Entstehung: ein multifaktorielles Geschehen. *Med. Klin.* 1980, 75, 713. — 3. *Eckhardt S.*: Klinikai onkológia. Medicina, Budapest, 1977, 17. — 4. *Eckhardt S.*: Modern daganat-terápia. Medicina, Budapest, 1982, 11, 77. — 5. *Gottwald G.*: A korai felismerés jelentősége az emlőrák prognózisa és a kezelés esélyei szempontjából. *Magy. Radiol.* 1978, 30, 39. — 6. *Göblyös P.*: Megjegyzések „Az emlőrák felkutatása, diagnosztikája, terápiás ellátása és gondozása” című Módszertani Levélhez. *Radiol. Közlem.* 1981, 1—2, 31. — 7. *Göblyös P., Csákány Gy., Kapronczai B.*: Tájékoztató az ORSI, az OTKI és a Fővárosi Tanács közös Emlőszűrő Állomásának egyéves tapasztalatairól. *Radiol. Közlem.* 1981, 1—2, 17. — 8. *Gusberg, S. B.*: The gynecologist and breast cancer. *Isr. J. Med. Sci.* 1981, 17, 843. — 9. *Lengyel L.*: Szűrővizsgálatok jelentősége az emlőrákok felkutatásában. *A DOTE Női Klinikájának kiadványai* 1978, 4. Debrecen, 1978, 51. — 10. *Lengyel L. és mtsai*: Adatok az emlőrákszűrés hazai lehetőségeihez. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 1497. — 11. *Littman I.*: Sebészeti Műtétan. Medicina, Budapest, 1977, 64. — 12. *Marton T.*: Az emlőrák korai diagnózisának jelentősége. *Magy. Radiol.* 1977, 6, 363. — 13. *Marton Z.*: Az emlőrák korai felismerésének lehetőségei. *Egészségügyi Munka*, 1979, 3, 71. — 14. *Módszertani Levél: Az emlőrák felkutatása, diagnosztikája, terápiás ellátása és gondozása.* *Orv. Hetil.* 1981, 122, 644. — 15. *Orvostovábbképző Intézet Klinikai Onkológiai Tanszék: Daganatok epidemiológiája.* Budapest, 1979, 1. — 16. *Papolczay A., Vörös A., Bihari I.*: Az emlőrák diagnosztikája és terápiája klinikánk 25 éves beteganyagának tapasztalatai alapján. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 1599. — 17. *Papolczay A., Göblyös P., Vörös A.*: A komplex elővizsgálat értékelése 10 éves klinikai anyagunkban. *Magy. Onkol.* 1980, 24, 66. — 18. *Pavlov, K. A. és mtsai*: Szisztéma organizacija vujavlenija zabolevanij mločnoj zselezü na promüslennüh predpriyatijah. *Vopr. Onkol.* 1982, 28, 58. — 19. *Péntek Z. és mtsai*: Emlőrák lakosságszűrés „önkiszolgáló” módon. *Népegészségügy*, 1981, 62, 87. — 20. *Preis J.*: Az emlőtumorok korai felismerése. *A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet Jubileumi Tudományos Évkönyve 1932—1982.* Budapest, 1982, 343. — 21. *Seiler, W. és mtsai*: Zur Vertigkeit der Mammographie in der Diagnostik des Mammakarzinoms. *Med. Welt.* 1982, 33, 501. — 22. *Shellito, J. és mtsai*: Bilateral Carcinoma of the Breast. *Arch. Surg.* 94, 489, 1966. — 23. *Stefanics J.*: Sebészet 2. Medicina, Budapest, 1982, 286. — 24. *Steffek M., Bálint J., Kander Z.*: Lehetőségeink az emlőrák korai felismerésében. *Magy. Radiol.* 1980, 32, 363. — 25. *Svastits E., Liszka Gy., Bodó M.*: Klinikai vizsgálat, mammográfia és aspirációs cytológia együttes alkalmazása az emlőbetegségek kórismézésében. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 1375. — 26. *Zsebők Z. és mtsai*: Az emlőrák. Medicina, Budapest, 1980, 11, 29.

(Varga Lajos dr., Miskolc, Kőporos u. 2., 3531.)

PERIDISOL

Oldatok peritonealis dialízishez

Összetétel:

	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺ mmol/l	Cl ⁻	Laktát	Glukóz g/l	Szorbit g/l	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.

CSOMAGOLÁS 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.

MIKOLA ISTVAN DR.
ÉS KRUTSAY MIKLÓS DR.

Halálos kimenetelű post-transzfúziós non-A, non-B virus hepatitis

Városi Kórház, Ajka, Fertőző Osztály és Kórbonctani Osztály

A szerzők 56 éves férfi esetét ismertetik, aki nagy mennyiségű vérátömlesztést, szívműtétet követően 4 héttel akut hepatitisben megbetegedett. A fulmináns, rövid idő alatt hepatargiás coma tünetei között, halállal végződött betegség kórokaént kizárásos alapon non-A, non-B vírus volt megjelölhető. A patológiai vizsgálat akut májatrophíát, súlyos, kiterjedt májsejtkárosodást állapított meg.

Post-transfusional non-A, non-B virus hepatitis of lethal outcome. The case of a 56-year-old man is reported who contracted hepatitis 4 weeks after large quantity of blood transfusion and heart operation. Non-A, non-B virus could be assigned on the basis of exclusion as the cause of the fulminant disease ending within a short time with symptoms of hepatargic coma in death. Pathological examination revealed acute liver atrophy, grave, extended lesion of the hepatic cells.

Érzékeny, specifikus, új módszerekkel a közel-múltban lehetővé vált a hepatitis A vírus (HAV) és a hepatitis B vírus (HBV) markerek pontos meghatározása. A fertőző májgyulladás- esetek kórokaént megállapítására irányuló vizsgálatok során nyilvánvalóvá vált, hogy e két ágensen kívül léteznie kell még legalább egy human hepatitis vírusnak. Ezt kizárásos alapon non-A, non-B vírusként (NANBV) jelölték. A vírus(ok) pontos identifikálása mind a mai napig nem történt meg. Bár léteznek szerológiai testek, a NANBV hepatitis diagnózis napjainkban is csak a HAV, a HBV és más, esetenként diffúz májlaesiót okozó vírusok, az Epstein—Barr-vírus és a Cytomegalovírus kóroki szerepének kizárását követően állítható fel (3, 4). Az akut NANBV hepatitis epidemiológiai, klinikai és szerológiai vonatkozásait más közlemények részletesen tárgyalják (2, 8). Kevés adat van azonban az infekció fatális kimenetelű, fulmináns formáját illetően (10).

Esetismertetés

G. A., 56 éves férfi kórelőzményében 1979-ben akut gastrointestinalis vérzés (ulcus duodeni), 1983. IX. 27-én aorta vitium miatt extracorporalis keringésben végzett szívműtét, aorta bioprothesis implantatio szerepel. Zavaraltan postoperatív időszak után országos intézményben folytatott rehabilitációs kezelés közben — 1983. X. 20-án — hasi puffadás, teltségérzés, tompa jobb bordaív alatti fájdalom, hányinger, majd ismétlődő hányások alakultak ki, vizelete sörbarnává vált. A panaszok kezdetétől számított harmadik napon icterus alakult ki, ezért hepatitis gyanúja miatt osztályunkra küldték.

Rövidítések:

HBV = hepatitis B vírus
HAV = hepatitis A vírus
NANBV = non-A, non-B vírus

Felvételkor sápadt, icterusos férfi. Sternotomia per primam gyógyult műtéti sebe látható. Sejtes légzés. Szív balra 4 cm-rel nagyobb, a csúcson ejectiós systolés zőrej hallható, normális bioprothesis hang. RR: 90/60 Hgmm. Has puha, betapintható, az epigastriumban és a két cm-rel a jobb bordaív alá érő, puha, lekerekített szélű májnak megfelelően kifejezett nyomásérzékenység észlelhető. A lép nem tapintható. Tudata tiszta, idegrendszeri kórjele nincs.

Laboratóriumi leletek: We: 50 mm/ó, vvt: 3,5 T/l, hgb: 106 g/l, fvs: 5,2 G/l, thrombocyta: 212 G/l, a minőségi vérképben mérsékelt fokú lymphocytosis, se.bi: 328 mikromol/l (ebből direkt bi: 266 mikromol/l), SGOT: 768 NE/l, SGPT: 438 NE/l, alk. phosphatase: 46 NE/l, gammaGT: 82 NE/l, prothrombin: 0,42, se. összfeh.: 67 g/l, se. Fe: 49,9 mikromol/l, se. kreatinin: 198 mikromol/l, vércukor: 6,1 mmol/l, vérgáz analízis: mérsékelt fokú alkalosis, vizelet albumin: op., cukor: poz., bilirubin: ++++, ubg: nem mutatható ki, üledék: látóterenként 20—25 vvt.

Közvetlenül felvétele után hányinger jelentkezett, majd ismételt hányt. Néhány óra múlva hirtelen haematemesis jött létre, kb. 300 ml friss vért hányt. Keresett, mosott vvt-koncentrátumot traszfundáltak, egyidejűleg infúzióban cimetidint (Tagamet) adtunk. Az akut vérzés forrását ventricularis ulcus és erosiv gastritis képezte. Tekintettel arra, hogy a beteg felvétele előtt folyamatosan anticoagulans kezelés alatt állt (Syn-cumar), ismételt prothrombin-komplex koncentrátumot (Prothromplex) adtunk. Motoros nyugtalanság görcsökkel, majd bágadtság, apathia, aluszékonyság alakult ki. Fokozatosan comatosus állapotba került. Az icterus rohamosan fokozódott, oliguriássá, majd anuriássá vált. A gyomorszondán át folyamatosan vér ürült, vérpótlásra szorult. A második ápolási napon a máj már nem volt tapintható. Célzott folyadék és elektrolit terápia, a kifejezett hypoglykaemia miatti glukóz bevitel, neomicines béltisztítás állapotán nem változtattak. A klinikai kép heveny májatrophíának felelt meg. A beteg 53 órás kezelést követően hepatargiás coma tünetei között meghalt.

A vírusvizsgálatok eredményét táblázatban tüntettük fel.

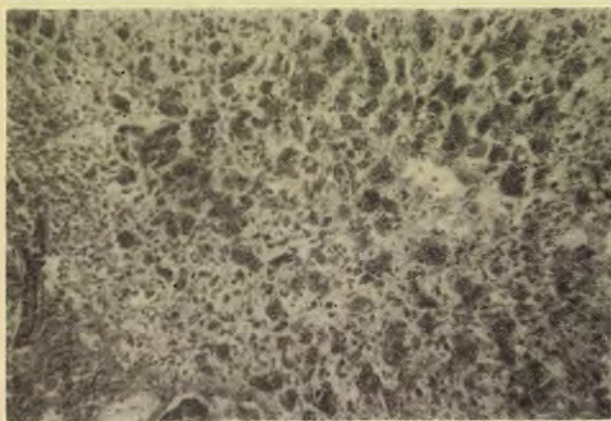
A kórboncolás során az epeutak átjárhatónak bizonyultak. A máj 1135 g súlyú volt, tokja finoman rán-

colt, állománya petyhüdt. A metszlepon szívósabb, barnás-zöldessárga, helyenként pontszerű vérezésekkel tarkított, lebenykes rajzolata elmosódott. A gyomor 490 ml, részben alvadt vért tartalmazott. A gyomorszáj nyálkahártyáján lencsenyi fekélyt találtunk, alapján kis verőér csomkjával.

A vírusvizsgálatok eredménye

HBsAg (reverz—passzív—haemagglutináció):	negatív
anti—HBs (reverz—passzív—haemagglutináció):	1:4
anti—HBc (komplementkötés):	negatív
HAV-antigen (reverz—passzív—haemagglutináció):	negatív
anti—HAV (reverz—passzív—haemagglutináció gátlás):	1:60
EBV—VCA ellenes IgM (immunfluoreszcens teszt):	negatív
CMV specifikus IgM (immunfluoreszcens teszt):	negatív

Szövettanilag a máj a portális mezők kivételével diffúz necrosist és — különösen a centrális visszerek körül — apró vérezéseket mutatott. A májsejtek fellazultak, szabálytalan alakban zsugorodtak, magfestődésük elhalványodott, vagy eltűnt (*ábra*). A rácsrost-hálózat és a kis epeutak hámsza megmaradt volt. A portális kötőszövet kereksejtekkel beszűrődött.



Megbeszélés

Esetünkben a máj patológiai vizsgálata akut hepatitiszt bizonyított kiterjedt májsejt károsodással, confluáló necrosissal. Tekintettel arra, hogy a kép a HAV és a HBV kiváltotta hepatitiszek során kialakult atrophában is hasonló, a histológiai elváltozások kóroki elkülönítést nem tettek lehetővé (7, 9, 10). Mivel szerológiai vizsgálatok során sem a HBV felszíni antigénje, sem a core antitest nem volt kimutatható, a B vírus kóroki szerepe biztosan kizárható. Az alacsony anti-HBs titer korábbi átvészeltiséget jelezhet (1). HAV antigént a vérsavóból kimutatni nem lehetett, az 1:60 antitest titer korábbi A vírus infekciót követően kialakult védettséget jelent. Miután gyakorlatilag mindenki átesik élete folyamán klinikai, vagy subklinikai HAV-fertőzést, az ellenanyagok jelenléte 56 éves betegünkön nem meglepő (5). Az EBV capsid antigénje elleni specifikus IgM antitestek hiánya aktuális Epstein—Barr-vírus infekciót kizárt. Ugyancsak negatívnak bizo-

nyult a Cytomegalovírus specifikus IgM-teszt (6, 11). Az Országos Közegészségügyi Intézet Víruskutató Laboratóriumának segítségével megkíséreltük a ma feltételezett, legalább háromféle különböző antigén szerkezetű NANB-vírusok egyikének szerológiai meghatározását immundiffúziós technikával, sikertelenül. Hazánkban végzett reprezentatív vizsgálat során post-transzfúziós, ill. nagyobb műtéten átesett, majd 4—10 héten belül hepatitiszben megbetegedett személyek savóiból 74%-ban tudtak NANBV antigént, ill. antitestet kimutatni. A fennmaradó hányad — miként betegünk is —, negatívnak bizonyult (4).

Esetünkben a NANBV-hepatitis diagnózist kizárásos alapon állítottuk fel. A NANBV-hepatitis gyakori, elterjedt fertőző betegség, a post-transzfúziós hepatitiszek kb. 90%-át képezi. A sporadikus esetek előfordulási gyakorisága világszerte növekszik. A betegség lefolyása általában enyhe, gyakran anicterikus. Az eddigi csekély számú irodalmi adat alapján azonban úgy tűnik, hogy a fulmináns lefolyású esetek túlélési rátája alacsonyabb, mint a HAV- és HBV-infekciók esetén (2, 9). Szív-műtéten átesett, Syncumar-kezelés alatt álló betegünk akut felső gastrointestinalis vérzése minden bizonnyal gyorsította a fatális májbetegség lefolyását. Esetünk bemutatásával a heveny májsorvadás ma még kevéssé ismert kóroki tényezőjére, a NANB-vírus(ok)-ra kívánjuk felhívni a figyelmet.

A vírus szerológiai vizsgálatok elvégzéséért hálás köszönetünket fejezzük ki *Hollós Iván dr., Koller Miklós dr. és Simon Miklós dr.* tudományos kutatóknak.

IRODALOM: 1. *Gerety, R. J. és mtsai*: Tests for HBV-associated antigens and antibodies. In *Viral hepatitis* (Ed.: *Vyas, G. N., Cohen, S. N., Schmid, R.*) Franklin Institute Press, Philadelphia, 1978, 121. old. — 2. *Gust, I. D.*: Epidemiology of non-A, non-B hepatitis. International symposium on non-A, non-B hepatitis. Vienna, Austria. 1980, június 17—18. — 3. *Harvey, J. A. és mtsai*: Non-A, non-B hepatitis. In *Viral hepatitis* (Ed.: *Vyas, G. N., Cohen, S. N., Schmid, R.*) Franklin Institute Press, Philadelphia, 1978, 358. old. — 4. *Hollós I. és mtsai*: A non-A, non-B vírushepatitis szerológiai diagnosztikájának kérdései. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 2639. — 5. *Hollós I.*: A vírushepatitis etiológiájára vonatkozó kutatások újabb eredményei. In *Az orvosi virológia aktuális kérdései.* (Szerk.: *Lapis K.*) Medicina, Budapest, 1978, 227. old. — 6. *Koller M., Kósa Zs., Simon M.*: Komplex ellenanyag vizsgálatok mononucleosis infectiosa gyanús esetekben. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 2617. — 7. *László B., Kendrey G.*: Hepatitis infectiosa. In *Fertőző betegségek.* (Szerk.: *Binder L. és mtsai.*) Medicina, Budapest, 1981, 153. old. — 8. *László B. és mtsai*: A non-A, non-B vírus hepatitis egyes epidemiológiai és klinikai kérdései. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 2879. — 9. *Redeker, A. G.*: Fulminant hepatitis. In *The liver and its diseases.* (Ed.: *Shaffner, F., Sherlock, S., Leevy, C. M.*) Georg Thieme Publishers, Stuttgart, 1974, 149. old. — 10. *Shamma'a, M., Feghali, S., Allam, C.*: Fatal, acute non-A, non-B hepatitis with confluent necrosis. *Infection*, 1982, 3, 165. — 11. *Toghill, P. J. és mtsai*: Cytomegalovirus hepatitis in the adult. *Lancet*, 1967, I, 1351.

(Mikola István dr., *Ajka*, Pf. 83., 8401.)

Béta-laktamáz termelő spectinomycin rezisztens *Neisseria gonorrhoeae* hazai előfordulása

Országos Közegészségügyi Intézet (főigazgató: Tóth Béla dr.)

István Kórház-Rendelőintézet, Bőr- és Nemibeteg-gondozó (főorvos: Fontos György dr.)

A szerzők egy epididymitis-szel szövődött gonorrhoea esetét ismertetik, amelyből penicillináz termelő és spectinomycin rezisztens *Neisseria gonorrhoeae*-t tenyésztettek ki. Az enzim jelenlétét jódkeményítő-penicillin teszttel mutatják ki. Az enzimet termelő és az enzimet nem termelő baktériumok aránya az ismételt penicillin kezelés hatására az enzimet termelők javára növekedett. A sikertelen spectinomycin kezelés után a kórokozó spectinomycin minimális gátló koncentrációja nagyobb volt 20 µg/ml-nél. A plazmid DNS vizsgálata agarózgél elektroforézissel két plazmidot mutatott ki. Az egyik molekulásúlya 3,2 megadalton, a másiké 2,6 megadalton volt. A szerzők ismertetik a béta-laktamáz termelő törzsek terjedésével kapcsolatos járványügyi problémákat.

Beta-lactamase producing spectinomycin resistant Neisseria gonorrhoeae strain in Hungary. A penicillinase-producing, spectinomycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* strain, isolated from a male gonorrhoea case complicated with epididymitis, is reported. The presence of beta-lactamase enzyme was detected by penicillin-iodine-starch test. The ratio of enzyme active and non active bacteria increased during the repeated penicillin therapy. After the unsuccessful spectinomycin treatment, the spectinomycin minimal inhibitory concentration of the bacteria was higher than 20 µg/ml. Analysis of plasmid DNA with agarose gel electrophoresis showed two distinct plasmids. One with molecular mass of 3,2 MD, the other 2,6 MD. The epidemiological problems in connection with beta-lactamase production are discussed.

A nemi úton terjedő betegségek új és fenyegető válfajai, mint az AIDS vagy a genitális herpesz előretörése mellett nem szabad megfeledkeznünk a gonorrhoea területén felmerült új problémákról. A penicillin bevezetését követő látványos javulás nem vezetett a betegség eltűnéséhez, mint azt eleinte remélték, csak egy terápiásan kedvező és epidemiológiailag ellenőrizhető helyzet alakult ki. A *N. gonorrhoeae* baktérium evolúciós alkalmazkodása egyre több gondot okoz. Az alkalmazkodás egyik „mérőköve” a penicillináz termelő törzsek megjelenése. Mindenképpen indokolt a hazai orvosi közvéleményt tájékoztatni ennek a világszerte jelentős problémát okozó baktériumnak a hazai előfordulásáról.

Esetismertetés és módszer

Cs. V. 18 éves ffi beteg 1983. XI. 18-án jelent meg először a rendelésen. Elmondása szerint e hónap 10-én egy alkalmi partnerrel kapcsolatot létesített (nevet nem tudott mondani), és ezután két nappal heveny húgycsőgyulladást észlelt. Ekkor ment el a területileg illetékes gondozóba, ahol gonorrhoeát diagnosztizáltak, és három millió egység penicillint (im.) és két tabletta probenecidet kapott. A beteg panaszai nem szűntek meg. Ekkor tenyésztés vizsgálatra küldték ren-

Rövidítések:

MIC = Minimal Inhibitory Concentration: Az a legkisebb antibiotikum-koncentráció, mely egy baktériumtörzs szaporodását még gátlolni képes.

CFU = A telepkepző baktériumok száma.

MD = megadalton.

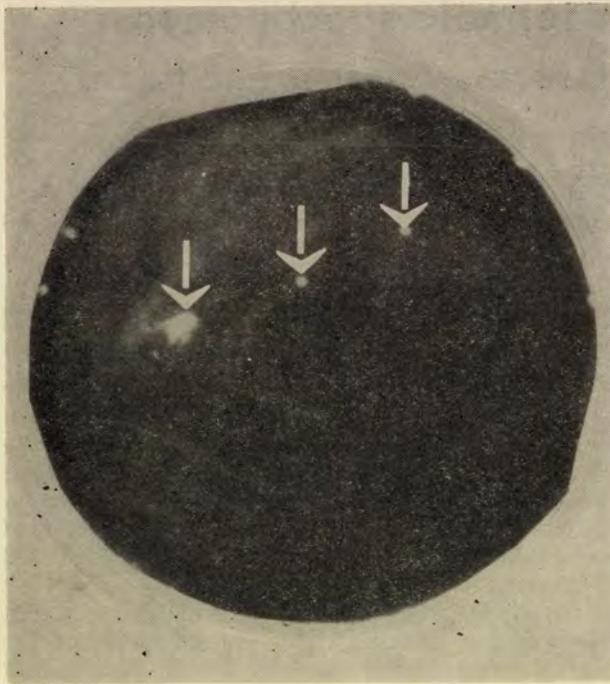
delőnkbe. Az exsudatumból *N. gonorrhoeae*-t tenyésztettünk ki. A beteg ezután még két alkalommal kapott három millió egység penicillint, ill. két tabletta probenecidet. A panaszok továbbra sem szűntek meg. Ekkor a beteg 6 g Tetrán-B-t kapott. Állapota erre átmenetileg javult, majd ismét rosszabbodott. Ezután 2 g spectinomycint (Trobicin) kapott, eredmény nélkül. Ezután (XII. 6-án) tenyésztés vizsgálatot végeztünk. A heveny urethritist az inguinális nyirokcsomók kétoldali, enyhén fájdalmas megduzzadása és kétoldali epididymitis kísérte. A tenyésztés ismét kimutatta a *N. gonorrhoeae*-t.

A betegnek egy állandó partnere volt, aki tünetmentes és tenyésztéssel is igazoltan negatív volt.

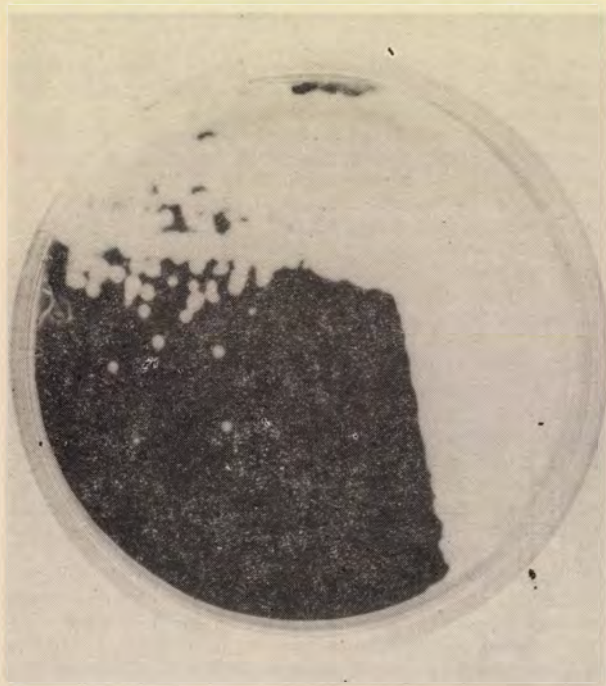
Az urethritis váladékából Gram szerint festve kenetet készítettünk. A váladékot vancomycin-polymyxin tartalmú szelektív Amies-Garabedian táptalajra oltottuk. A táptalajokat két napig inkubáltuk 5% CO₂-vel dúsított nedves környezetben. Az oxidáz pozitív, Gram negatív diplococcusokból álló kolóniák biológiai sajátosságait közönséges és csokoládé agaron tanulmányoztuk. A szénhidrátok bontását Cystin-trypticase (Bio-Mérieux) agaron vizsgáltuk. A béta-laktamáz jelenlétét Bae és mtsai (2) szerint, penicillin-jódkeményítő módszerrel, szűrőpapír lenyomaton bizonyítottuk. Pozitív kontrollként *Staphylococcus aureus* PM 2104-et, negatív kontrollként *S. aureus* 502/a-t alkalmaztunk.

A spectinomycin érzékenységet egyrészt a WHO ajánlással megegyezően (25, 41) házilag elkészített spectinomycin (Upjohn) koronggal módosított Thayer-Martin (25, 41), másrészt logaritmikusan fázisban levő 10⁸ CFU baktériumnak 20 µg/ml spectinomycin tartalmú, savóval, keményítővel és Polyvitex-el (Bio-Mérieux) kiegészített peptonvizben történő tenyésztésével vizsgáltuk, mindkét esetben három, klinikailag spectinomycin érzékenynek bizonyult törzs kontrollja mellett (14). Az inkubáció befejezése után a tenyészetet szűrtük és a membránt Thayer-Martin agaron tenyésztettük.

A törzseket az egyes vizsgálatok között Kovács (20) módszerével, liofilizálással tartottuk fenn.



1. ábra: A képen a betegből származó első tenyészet béta-laktamáz enzim kimutatásának az eredménye látható. A nyilak az enzimet termelő telepekre mutatnak. Az enzimet nem termelő telepeknek csak a halvány kontúrja látszik.



2. ábra: Az ismételt penicillin kezelés hatására az összes kolónia enzim termelővé vált, a betegből a kezelés után nyert második tenyészetben.

A penicillináz termelő telepek extrakromoszomális DNS-ét a *Crosa és Falkow* (5) által leírt alkalikus lízis módszer módosításával tisztítottuk. A *N. gonorrhoeae* sejtfalát lizozimmal (Reanal), a kontrollként alkalmazott *Staphylococcus aureus* sejtfalát lysostaphin (Sigma) tartalmú pufferben emésztettük (24, 30). A DNS analízisét 1 $\mu\text{g/ml}$ ethidium-bromid (Serva) tartalmú TRIS-borát pufferben, 0,7%-os agaróz gélben (Sigma) elektroforézissel végeztük. Az ismert molekulaméretű

plazmidokat tartalmazó referencia *S. aureus* törzseket *S. Iordanescutól* (Inst. Cantacuzino, Bukarest) kaptuk. Molekulaméretük megadaltonban: pSA 5700=4,4, pT 181=3,0, pE 1764=1,7, pE 2222=1,6 (13, 16, 26).

Eredmények

A betegből nyert törzs mindkét alkalommal *N. gonorrhoeae*-nak bizonyult. A béta-laktamáz tesztet alkalmazva azt találtuk, hogy az első esetben a kolóniák kb. egyharmada, a második esetben az összes kolónia bizonyult enzimatikusan aktívnak (1. és 2. ábra).

A béta-laktamáz aktív telepek mind korongdiffúziós, mind a peptonvíz hígítós módszerével spectinomycin rezisztensnek bizonyultak. Az érzékeny törzsek gátlási zónája 18-20 mm, a vizsgált törzs gátlási zónája 6,2, ill. 0 mm volt. A 10^8 CFU baktériumból 10^2 baktérium tűrte a 20 $\mu\text{g/ml}$ spectinomycint. A kontroll törzsekből membrán szűréssel sem lehetett túlélő baktériumot kitenyészteni.

Az agarózgél elektroforézissel a törzsben két plazmidot figyeltünk meg. Az ismert molekulaméretű plazmidokkal kalibrációs görbét vettünk fel, és a *N. gonorrhoeae* két plazmidjának molekulaméreteit meghatároztuk. A molekulaméretük megadaltonban: 3,2 és 2,6 (3. ábra).



3. ábra: A képen a plazmidok agaróz gél elektroforézisének eredménye látható. A nyíl a *N. gonorrhoeae* 3,2 MD-os plazmidjára mutat. (c). A molekulasúly kontroll plazmidokat szolgáltató *S. aureus* törzsek balról jobbra: (A rövidítések a baktériumtörzsek nemzetközileg rögzített kódjai) a:pSA 5700, b:pT 181, d:pE 1764, e:pE 2222.

Megbeszélés

A *N. gonorrhoeae* penicillin rezisztenciájának két mechanizmusa van. Az egyik, mely kromoszomálisan determinált, a baktérium azon képessége, hogy penicillin jelenlétében a sejtfal peptidoglycan szintézisét gyorsan csökkentse (9), és ezzel párhuzamosan a membrán penicillinkötő fehérjének a

szubsztrátaffinitása is csökken. Ez az evolúciós folyamat az 1950-es évek végén kezdődött, és egyre nagyobb penicillin adagok kellettek a gyógyuláshoz (33, 34). Míg az ötvenes években izolált törzsek átlag MIC értéke 0,2 µg/ml volt (37), ma már nem ritka a 8 µg/ml érték (37), de közöltek már 30 µg/ml értéket is (35).

A *N. gonorrhoeae* penicillinnel szembeni védekezésének másik módja a béta-laktamáz enzim termelése. Ezt az enzimet plazmid határozza meg (12). Ezek a törzsek hirtelen és egymástól függetlenül bukkantak fel 1976-ban a Távol-Keleten és Angliában (1, 29, 38). Az R-plazmidba integrált béta-laktamáz gén veszélyességét az jelenti, hogy a konjugációs mechanizmussal olyan *Neisseriák*-nak tud átadódni, melyek addig penicillin érzékenyek voltak (10, 12).

A béta-laktamázt kódoló plazmid molekulasúly alapján kétféle: 4,4 MD, ill. 3,2 MD (10, 32). Az előbbi a Távol-Keleten endémiás, és az USA-ban okozott járványokat. A kisebbik molekulasúlyú Nyugat-Afrikából terjedt Európába (38, 40). Az afrikai törzs Nyugat-Európa kikötővárosaiból lassan terjedt kelet felé. 1980-ban Olaszországból jelentették (40), 1981-ben elérte az NDK-t (23), és 1983-ban a Szovjetuniót (22). A hazai irodalom bizonyítottan béta-laktamázt termelő *N. gonorrhoeae* előfordulásáról még nem számolt be, de meg kell jegyezni, hogy Magyarországot, mint ilyen törzsek előfordulási helyét a WHO 1981-ben már valószínűsítették (40).

Az esetünkben izolált törzs a 3,2 MD-os plazmidot hordozza. A mellette talált 2,6 MD-os plazmid jelentőségéről egyelőre még semmit sem tudunk (18).

Figyelemre méltó, hogy a betegből kitenyésztett baktériumok az első alkalommal csak 30%-ban bizonyultak béta-laktamáz termelőnek, míg a második alkalommal az összes baktérium kolónia hordozta az enzimet. Ez a jelenség kétféleképpen magyarázható. Az egyik feltételezés szerint az ismételt penicillin kezelés kiszelektálta a penicillin bontó kórokozókat. A másik lehetőség az, hogy a penicillin csupán a béta-laktamáz enzim indukciójához szükséges. Az 1976-os liverpooli gonorrhoea járvány esetében megfigyelték, hogy ha a betegek kezeléséből a penicillint elhagyták, egy idő után a penicillin-bontó tulajdonság spontán eltűnt (27). Megfigyelték azt is, hogy a oxytetracyclin adása szintén a plazmid eltűnéséhez vezetett, bár önmagában a oxytetracyclin a gyógyuláshoz nem volt elég (27). A mi betegünk esetén a tetrán adásának ilyen hatását nem tudtuk megfigyelni.

A béta-laktamáz aktív gonorrhoea kezelésének egyik legfontosabb szere a spectinomycin. A szer 1962 óta ismeretes (4). Kedvező tapasztalatokról mind a nemzetközi, mind a hazai irodalomban beszámoltak (15, 19, 21, 22, 38, 40). Penicillin érzékeny, de spectinomycin rezisztens törzset már 1973-ban Dániában megfigyelték (31). Az első béta-laktamáz pozitív és spectinomycin rezisztens esetről 1981-ben számoltak be az USA-ban (39). A rezisztencia és a kórokozó spectinomycin MIC-e között, ill. a MIC és terápiás kimenetel között olyan jól leírható összefüggés, mint a penicillin esetében, nincs (19, 42,

43, 44). Ugyanazon törzs spectinomycin MIC-e jóval magasabb a sikertelen spectinomycin kezelés után, mint előtte. Így a rezisztencia az előzetes vizsgálatokból nem jósolható meg (19, 43, 44). A gonococcus törzsek 97%-ának a spectinomycin MIC-e 16 µg/ml alatt van, és ezeknél csak ritkán fordul elő rezisztencia (14, 19, 28). Az általunk vizsgált törzs MIC-e nagyobb volt 20 µg/ml-nél. Ugyanezen évben a világ negyven országából jelentettek spectinomycin rezisztenciát, de ez sehol sem haladta meg az összesetek 1%-át (41, 42). A spectinomycin rezisztencia kromoszómáisan meghatározott, a rezisztencia molekuláris mechanizmusáról szinte semmit sem tudunk (6).

A béta-laktamáz termelő *N. gonorrhoeae* által előidézett gonorrhoea klinikai jellemzői a következők (11, 27, 28): az inkubációs idő rövidebb mint a „klasszikus” gonorrhoea esetén. (A mi esetünkben két nap.) A lefolyás hevenyebb, a gennyes beolvadás lehetősége nagyobb, és a szóródás veszélye a penicillin kezelés mellett különösen növekszik. Ezért a béta-laktamáz aktív esetek penicillin kezelésének erőltetése súlyos hiba (27, 28)! A gonorrhoea ideális gyógyszere mind farmakokinetikai, mind toxicitási szempontból a penicillin (hátránya az allergia). Ára a tömegkezelésre ideálissá teszi. Minden más szer az említett szempontok valamelyikében alulmarad a penicillinnel szemben.

A penicillin helyettesítése más antibiotikummal könnyen a klinikailag és laboratóriumiilag maszkírozott syphilis elterjedését vonhatja maga után (40).

A béta-laktamáz aktív fertőzés tüneteinek első jelentkezése és a helyes kezelés között eltelt idő jóval hosszabb, mint a penicillin érzékeny esetben (40). A nyugat-európai országokban átlag nyolc nap, az USA-ban 3,3 nap (40). Ez a hosszú idő kedvezőtlen a terjedés és a szövődmények szempontjából.

A béta-laktamáz aktív *N. gonorrhoeae* járványügyi ellenőrzésének egyik legfontosabb tényezője a betegség gyógyulásának a teljesítéses kontrollja. A terápia rezisztens eseteket feltétlenül szűrni kell a béta-laktamáz jelenlétére. A penicillin rezisztencia vizsgálata korongdiffúziós vagy agarhígításos módszerrel nehézkes és időrabló, és semmit sem mond a penicillin rezisztencia természetéről. A legmegfelelőbbek az ún. kromogén tesztek (36).

Az általunk vizsgált esetben is előfordult és az irodalomban is említik (2), hogy a telepeknek csak egy hányada termel béta-laktamázt, ezért továbbtáskor könnyen elnézhető, így a béta-laktamáz aktivitás nem derül ki. Ezt a problémát oldja meg *Bae* (2) replika módszere, mely in situ a primokultúrában különbözteti meg az enzim aktív és inaktív telepeket.

IRODALOM: 1. Ashford, G. A., Golash, R. G., Heming, V. G.: Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae*. *Lancet* 1976, II, 657. — 2. Bae, H. C. B., Ledesua, G., Korzis, J.: *Neisseria gonorrhoeae* in-situ béta-lactamase detection. *J. Clin. Microbiol.* 1983, 17, 545. — 3. Beneviste, R., Yamade, T., Davies, J.: Enzymatic adenilation of streptomycin and spectinomycin by R factor resistant *E. coli*. *Infect. Immun.* 1970, 1, 109. — 4. Clark, J., Yobs, A. R.: Effect of actinospectacin in experimental syphilis in the rabbit. *Br. J. Venerol. Dis.*

1964, 40, 53. — 5. *Crosa, J. H., Falkow, S.*: Isolation of plasmid DNA of large molecular weight. In: Manual Methods for General Bacteriology. Ed. by *Gerhard, P.* Amer. Soc. Microbiol. Washington 1981, pp. 269. — 6. *Davies, J., Anderson, P., Davis, B. D.*: Inhibition of protein synthesis by spectinomycin. *Science* 1965, 149, 1096. — 7. *Dillon, J. R., Pauze, M.*: Appearance in Canada of *Neisseria gonorrhoeae* strains with 3,2 MD penicillinase-producing plasmid and 24,5 MD transfer plasmid. *Lancet* 1981, II, 700. — 8. *Dillon, J. R. és mtsai*: Spread of penicillinase-producing plasmid and transfer plasmid from the gonococcus to the *Neisseria meningitidis*. *Lancet* 1983, I, 779. — 9. *Dougherty, T. I.*: Peptidoglycan biosynthesis in *Neisseria gonorrhoeae* strains, sensitive and intrinsically resistant to beta-lactam antibiotics. *J. Bacteriol.* 1983, 153, 429. — 10. *Eisenstein, E. P. és mtsai*: Conjugal transfer of the *Neisseria gonorrhoeae* penicillinase plasmid. *Science*, 1977, 195, 988. — 11. *Embden, D. J. és mtsai*: Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in Netherlands. Epidemiology and genetical and molecular characterisation of their plasmids. *Antimicrob. Ag. Chemother.* 1908, 18, 789. — 12. *Elwell, E. P. és mtsai*: Plasmid mediated beta-lactamase production in *Neisseria gonorrhoeae*. *Antimicrob. Ag. Chemother.* 1977, 11, 528. — 13. *Greene, P. J. és mtsai*: The Eco R I restriction endonuclease. In: Methods in molecular biology, DNA replication and biosynthesis. Ed. by *Wichner, E. B. Decker*, New York 1974, pp. 87. — 14. *Gunby, P.*: Doubly resistant *Neisseria gonorrhoeae* looms as a future problem. *JAMA* 1983, 249, 2612. — 15. *Hüttler, M.*: A gonorrhoea Trobicin kezeléssel szerzett tapasztalataink három éves beteganyagunkban. *Vasútegészségügy* 1980, 15, 32. — 16. *Iordanescu, S., Surdeanu, M.*: New incompatibility groups of *Staphylococcus aureus* plasmids. *Plasmid* 1980, 4, 256. — 17. *Jack, G. V., Richmond, M. H.*: Comparative study of eight distinct beta-lactamases. *J. Gen. Microbiol.* 1970, 61, 43. — 18. *Johnson, R. S., Anderson, B. E., Biddle, J. V.*: Characterisation of concatameric plasmid of *Neisseria gonorrhoeae*. *Infect. Immun.* 1983, 40, 843. — 19. *Kaufman, R. E. és mtsai*: National gonorrhoea therapy monitoring study. In-vitro antibiotic susceptibility and its correlation with treatment results. *N. Engl. J. Med.* 1976, 294, 1. — 20. *Kovács, E., Horváth, I.*: A *Neisseria gonorrhoeae* líofilizése. *Kísér. Orvostud.* 1972, 24, 191. — 21. *Kovács, I.*: A férfi gonorrhoea kezelése Trobicinnel. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 467. — 22. *Mavrov, I.*: Detection of beta-lactamase producing gonococci. *Vestn. Dermatol. Venerol.* 1983, 3, 15. — 23. *Meyer, J. és mtsai*: Incidence of beta-lactamase *Neisseria gonorrhoeae* in Jena. *Zeitschr. Ärztl. Fortb.* 1983, 77, 120. — 24. *Meyers, J. A., Sanchez, A. D., Elwell, E. P.*: A simple agarose gel electrophoretic method for the identification and characterisation of plasmid DNA. *J. Bacteriol.* 1976, 127, 1529. — 25. *Neisseria gonorrhoeae*

and its infections. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series. No. 616. Geneva, 1978. pp. 135. — 26. *Novick, R. P. és mtsai*: Transduction-related cointegrate formation between staphylococcal plasmids. A new type of site specific recombination. *Plasmid* 1981, 159, 6. — 27. *Percival, A. és mtsai*: Penicillinase-producing gonococci in Liverpool. *Lancet*, 1976, II, 1378. — 28. *Percival, A., Hart, C. A.*: Rationale for antimicrobial therapy of infections caused by multiply resistant *Neisseria gonorrhoeae*. In: *Immunobiology of Neisseria gonorrhoeae* Ed. by *Brooks, F. G.* Amer. Soc. Microbiol. Washington, 1978. pp. 80. — 29. *Philips, I.*: Beta-lactamase producing penicillin resistant gonococcus. *Lancet*, 1976, II, 656. — 30. *Projan, S. J., Charleton, S., Novick, R. P.*: Determination of plasmid copy by fluorescence densitometry. *Plasmid* 1983, 9, 182. — 31. *Reyn, A., Schidt, H., Trier, M.*: Spectinomycin-hydrochloride (Trobicin) in the treatment of gonorrhoea. Observation of resistant strain. *Br. J. Venerol. Dis.* 1973, 49, 54. — 32. *Roberts, M. E., Elwell, L. P., Falkow, S.*: Molecular characterisation of two beta-lactamase specifying plasmids isolated from *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Bacteriol.* 1977, 131, 557. — 33. *Rodriguez, W. Saz, A. K.*: Possible mechanism of decreased susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* to penicillin. *Antimicrob. Ag. Chemother.* 1975, 7, 788. — 34. *Sarubi, F. A. és mtsai*: Loss of low level antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* to env mutation. *J. Bacteriol.* 1975, 124, 750. — 35. *Shtibel, R. és mtsai*: Non beta-lactamase producing *Neisseria gonorrhoeae* highly resistant to penicillin. *Lancet*, 1980, II, 39. — 36. *Sng, E. H. és mtsai*: Comparison of methods to detect beta-lactamase. *Br. J. Venerol. Dis.* 1980, 56, 311. — 37. *Sykes, R. B., Percival, A.*: Studies on gonococcal beta-lactamase. In: *Immunobiology of Neisseria gonorrhoeae*. Ed. by *Brooks, G. F. és mtsai*. Amer. Soc. Microbiol. Washington, 1978, pp. 68. — 38. Surveillance of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae*. *MMWR* 1976, 25, 261. — 39. Surveillance of spectinomycin resistant beta-lactamase producing *Neisseria gonorrhoeae*. *MMWR*, 1981, 30, 200. — 40. Surveillance of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae*. *MMWR*, 1983, 5, 2. — 41. Surveillance of beta-lactamase producing *Neisseria gonorrhoeae*, resistant to spectinomycin. *MMWR*, 1983, 18, 136. — 42. Surveillance of beta-lactamase producing *Neisseria gonorrhoeae*. *MMWR*, 1983, 26, 200. — 43. *Thornsberry, C. és mtsai*: Spectinomycin resistant *Neisseria gonorrhoeae*. *JAMA*, 1977, 237, 2405. — 44. *Thornsberry, C. és mtsai*: Susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* from the United States and the Far East to antimicrobial agents. In: *Immunobiology of Neisseria gonorrhoeae*. Ed. by *Brooks, F. G. és mtsai*: Amer. Soc. Microbiol. Washington 1978, pp. 62.

(Vajda Zoltán dr., Budapest, Gyáli út 2-6., 1966.)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



PAPP MIKLÓS DR.,
VARGA GÁBOR,
SCARPIGNATO, C. DR.
ES FOLLY GÁBOR

A ranitidin gátolja a caeruleinnel stimulált pancreas szekrécióját és növekedését

MTA KOKI, Budapest (igazgató: Stark Ervin dr.)
Farmakológiai Intézet, Parma (igazgató: Bertaccini, G. dr.)

A H_2 -receptor antagonistá ranitidin ($20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$) és cimetidin ($50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$) kezelés hatását vizsgálták a caeruleinnel ($1 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}$) stimulált pancreas szekréciójára és szöveti összetételére patkányban. A szereket külön-külön, illetve egymással kombinálva adták naponta kétszer 7 napon át a hasüregbe; konyhasóoldattal kezelt állatok képezték a kontrollesoportot. A 8. napon az altatott állatok pancreasszekrétumát gyűjtötték 60 percig, i. v. adott $8 \text{ E} \cdot \text{kg}^{-1}$ secretin + CCK—PZ-hatásban; meghatározták a pancreas szekréciós választ és növekedését. A kontrollhoz viszonyítva, caerulein megnövelte a hasnyál mennyiségét és abban a tripszin- és amiláz-ürítést. Ranitidin caeruleinnel együtt adva teljesen felfüggesztette a caerulein hatását a pancreas szekrécióra, jóllehet egymagában nem volt arra hatása. Caerulein megnövelte a pancreas súlyát, a szerv tripszin-, amiláz- és RNS-tartalmát. Ranitidin caeruleinnel együtt adva szinte teljesen felfüggesztette a caerulein trofikus hatását a pancreasra, bár egymagában adva a pancreas növekedésére és összetételére nem hatott. Cimetidin hatástalan volt mind caeruleinnel együtt, mind önmagában. **Konklúzió:** A ranitidinnak a stimulált pancreasra kifejtett gátló hatása függetlennek látszik a szer H_2 -receptor hatásától.

Ranitidine inhibits pancreatic secretory and trophic response stimulated by caerulein. Authors investigated whether H_2 -receptor antagonists (ranitidine: 20 mg/kg b. w., cimetidine: 50 mg/kg b. w.) influence secretion and trophic effect of caerulein ($1 \mu\text{g/kg}$ b. w.) exerted on the pancreas of rats. Six groups of rats, each consisting of 8 rats were treated. Ranitidine or cimetidine were applied alone or in combination with caerulein, intraperitoneally, twice a day for 7 days. Saline treated rats served as control. On the 8th day the rats were anaesthetized and pancreatic juice, stimulated by 8 U/kg b. w. of secretin + CCK—PZ given intravenously was collected for 60 min and analyzed. Caerulein increased volume of pancreatic juice and the output of trypsin and amylase. Ranitidine when given in combination with caerulein abolished completely the secretion response induced by caerulein, but given alone it did not influence pancreatic secretion. Caerulein increased pancreatic weight, total pancreatic trypsin, amylase and RNA content. Ranitidine given in combination with caerulein abolished almost completely the trophic effect of caerulein on the pancreas, but when given alone it did not influence pancreatic growth and composition. Cimetidine when given alone or combined with caerulein had no effect on the pancreas. **Conclusion:** The authors suggest that ranitidine exerts its inhibitory effect on the pancreas by influencing the gland directly.

Kiterjedt irodalma van a fekélybetegség kezelésében mindinkább használt, a gyomorsav szekrécióját hatékonyan csökkentő H_2 -receptor antagonistá szereknek, amelyen pl. a ranitidin és a cimetidin. Alig ismeretek viszont adatok arról, hogy e szerek hatnak-e a hasnyálmirigy működésére. A kérdés nemcsak elméleti szempontból érdekes: a hasnyál mennyiségét és bikarbonát tartalmát szabályozó peptidhormont, a secretint, a vékonybél (duodenum) „S” sejtjei, az enzimválasztást és a pancreas trofikáját serkentő peptidhormont a cholecystokinint (CCK) pedig a vékonybél „I” sejtjei választják a vérpályába (14). Mégpedig a gyomorból a duodenumba jutó HCl és bizonyos táplálék-összetevők hatására.

Megvizsgáltuk tehát, hogy a H_2 -receptor antagonistá ranitidin-, ill. cimetidin-kezelés befolyásolja-e fehér patkányban a hasnyálmirigy stimulált szekrécióját, valamint növekedését és szöveti összetételét.

Kulcsszavak: H_2 -receptor antagonisták, ranitidin, cimetidin, pancreas-működés, caerulein.

Rövidítés:

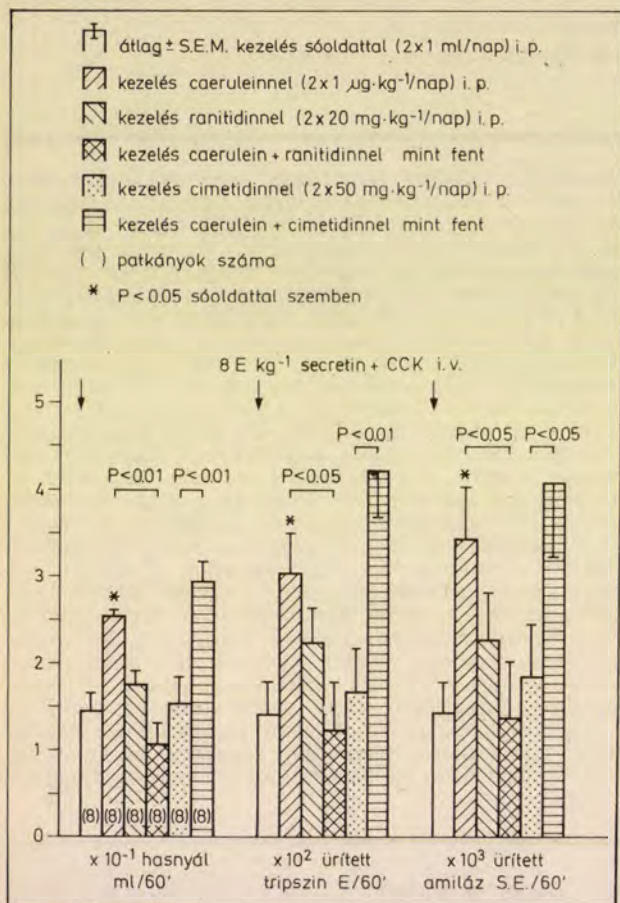
CCK—PZ = cholecystokinin-pancreozymin

Anyag és módszerek: CFY hím $230 \pm 5 \text{ g}$ (átlag \pm SEM) testsúlyú 48 patkányt kezeltünk naponta két ízben 7 napon keresztül i. p. Hat kísérleti csoportunk (minden csoportban 8 állat) a következők voltak: élettani sóoldattal kezelt (kontroll-)csoport; caerulein (Takus, Farmitalia) $1 \mu\text{g} \cdot \text{gk}^{-1}$ adagjával kezelt csoport; ranitidin (Zantac, Glaxo, Verona) $20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ dózisával kezelt állatok; caeruleinnel ($1 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}$) és ranitidinnel ($20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$) kezelt csoport; cimetidinnel (Tagamet) $> (50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1})$ kezelt patkányok; caeruleinnel ($1 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1}$) és cimetidinnel ($50 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$) kezelt csoport. A 8. napon, 12 órával az utolsó injekció után, az állatokat uretánnal elaltattuk. Pylorusukat lekötöttük és hasnyálat gyűjtöttünk 60'-en át $8 \text{ E} \cdot \text{kg}^{-1}$ secretin + CCK (GIH Lab. Stockholm) i. v. adása után. Ezután az állatokat elvéreztettük, pancreasukat kivettük, megmértük, homogenizáltuk. Meghatároztuk fehérje (16), DNS (5) és RNS (6) tartalmukat, tripszin (8), lipáz (15) és amiláz (2) aktivitásukat. A statisztikai értékelést varianciaanalízis után a Dunn-próbával (7) végeztük. Az átlag mellett az átlag standard hibáját (SEM) tüntetjük fel.

Eredmények

A caerulein-kezelés megnövelte a stimulált hasnyál mennyiségét, és abban az ürített tripszin és amiláz

aktivitását. A ranitidin-kezelés egymagában nem hatott a pancreas szekréciójára; caeruleinnel kombinálva azonban kivédte a caerulein növelő hatását a pancreas szekrécióra. A cimetidin-kezelés egymagában nem volt hatásos és caeruleinnel kombinálva nem tudta kivédeni a peptid növelő hatását a mirigy szekréciójára (1. ábra). A caerulein trofikus hatású volt a pancreasra: megnövelte a mirigy súlyát, fehérje- és RNS-tartalmát, a mirigy tripszin- és amiláz-aktivitását. A ranitidin egymagában nem volt hatásos a pancreasra; caeruleinnel együtt adva viszont, meggátolta a pancreas fehérje-, RNS-tartalmának és amiláz-aktivitásának caerulein kiváltotta növekedését és mérsékelte — de nem tüntette el teljesen — a caerulein okozta növekedést a panc-

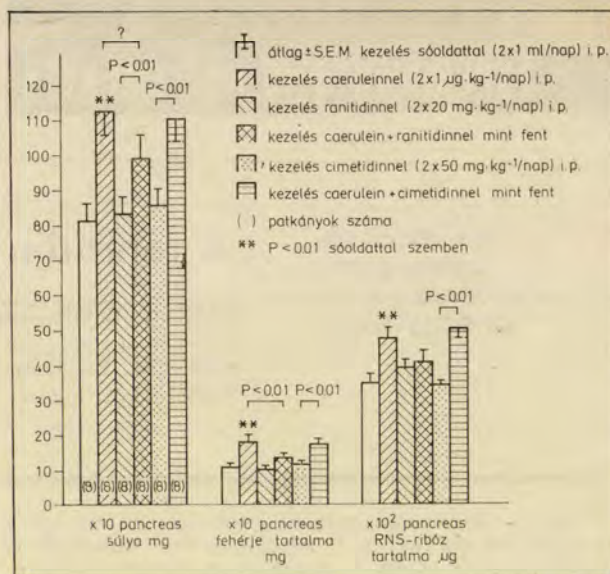


1. ábra: A ranitidin hatásos, a cimetidin hatástalan a stimulált pancreaszekrécióra

reas súlyában és tripszin-aktivitására (2—3. ábrák). A cimetidin önmagában alkalmazva hatástalan volt, caeruleinnel kombinálva pedig annak trofikus hatását a mirigyre nem befolyásolta (2—3. ábrák).

Megbeszélés

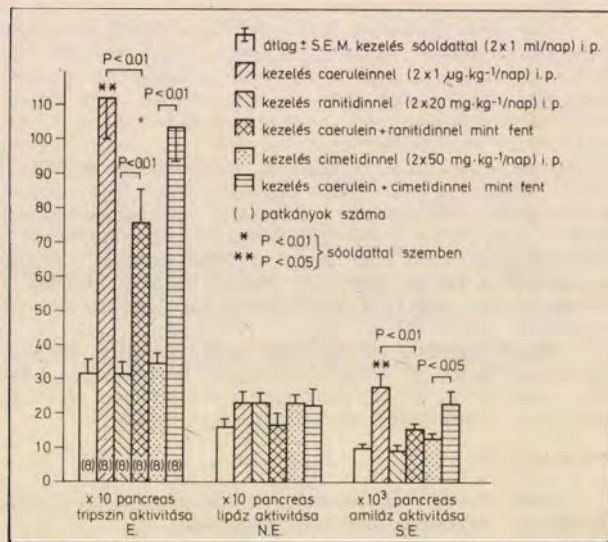
Közismert, hogy a kétéltűek bőrből előállított decapeptidnek a caeruleinnek a hatása megegyezik a CCK-éval: növelik a pancreas enzimválasztását és trofikus hatást fejtenek ki a mirigyre (3, 12), ilyen hatást fejtett ki vizsgálatunkban is. A ranitidinnel sikerült a caerulein egyes hatásait teljesen kivédeni, másokat jelentősen csökkenteni, jóllehet a ranitidin egymagában sem a mirigy funkciójára, sem a mirigyre maga nem hatott. Úgy tűnik tehát, hogy a ranitidin ezen hatása független a H_2 -receptor blokkoló hatásától. A ranitidinnel tudjuk, hogy mind a bazális, mind a stimulált gyomor HCl-élválasztást hatékonyan és tartósan gátolja, anélkül, hogy a szérum gastrin-szintjét csökkentené. Nem befolyásolja a gyomornedvben a bikarbonát-élválasztást. Fekélybetegnek secretin + CCK által



2. ábra: A ranitidin gátló hatása, a cimetidin hatástalan a caeruleinnel hypertrophiássá tett pancreasra.

stimulált hasnyálában nem befolyásolta a bikarbonát-és enzim-ürítést (9). Előzetes közlés szerint a kísérletes heveny pancreatitis súlyosságát csökkenteni tudta (11). Folyamatban levő vizsgálataink szerint viszont ranitidinnel nem sikerült csökkenteni a tripszinnel kiváltott pancreatitisben a mirigy szöveti károsodását és a károsodás kiterjedését patkányban (Papp és mtsai: nem közölt adatok). A cimetidin vizsgálatunkban egymagában is hatástalan volt a hasnyálmirigyre és működésére; caeruleinnel társítva nem gátolta annak hatását. Irodalmi adatok szerint cimetidinnel emberi (1, 4, 13) és a kísérletes (10) pancreatitisre nem volt hatása.

Kétségtelen érdekfeszítő vizsgálat tárgya lehet, hogy a ranitidin emberben is hasonló hatású-e a pancreasra, mint patkányban? Erdemes lenne tehát hatását ismerni pl. a pancreas fisztulán át történő enzim-ürítésre. De a szerrel való kezelés szóba kerülhet akár egy fenyegető hasnyálmirigy-gyulladás megelőzésére, akár pl. hasi trauma kiváltotta heveny pancreatitis kezelésére.



3. ábra: A ranitidin gátló hatása, a cimetidin hatástalan a caeruleinnel hypertrophiássá tett pancreas tripszin és amiláz aktivitására.

Köszönetnyilvánítás: Köszönjük dr. Chiara de Paolisnak (Farmitalia-Carlo Erba Res. Labs., Milano) a caerulein, a Glaxo Labor. SpA-nak (Verona), ill. a Smith, Kline és French SpA-nak (Milano) a ranitidin (Zantac) és a cimetidin (Tagamet) szíves rendelkezésükre bocsátását.

IRODALOM: 1. *Arnold, F., Doyle, P. J., Bell, G.:* Acute pancreatitis in a patient treated with cimetidine. *Lancet*, 1978, 1, 382–383. — 2. *Bernfield, P.:* Alpha-amylase in Colowick, and Kaplan Methods in Enzymology, Academic Press, New York, 1955, 1. kötet, 149–158. — 3. *Bertaccini, G.:* Peptides of the amphibian skin active on the gut. in Glass, G. B. J.: Gastrointestinal hormones Raven Press, New York, 1980, 332. — 4. *Broe, R. J., Zinner, M. J., Cameron, J. L.:* A clinical trial of cimetidine in acute pancreatitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1982, 154, 13. — 5. *Burton, K.:* A study of the conditions and mechanism of the diphenylamine reaction for the colorimetric estimation of deoxyribonucleic acid. *Biochem. J.* 1956, 62, 315. — 6. *Drury, H. F.:* Identification and estimation of pentoses in the presence of glucose. *Arch. Biochem.* 1948, 19, 455. — 7. *Dunn, J. O.:* Multiple comparisons among means. *J. Am. Statist. Assoc.* 1961, 56, 52. — 8. *Hummel, B. C.:* A mo-

dified spectrophotometric determination of chymotrypsin, trypsin and thrombin. *Canad. J. Biochem. Physiol.* 1959, 37, 1393. — 9. *Konturek, S. J.:* Pharmacology and clinical use of ranitidine. *Mt. Sinai. J. Med.* 1982, 49, 370. — 10. *Lankisch, P. G.:* Cimetidine: Harmful in acute experimental pancreatitis? *Hepato-gastroenterol.* 1982, 29, 195. — 11. *Scarpignato, C. és mtsai:* Effetto protettivo della ranitidina sulla pancreatite acuta sperimentale nel ratto. *Farmaco*, 1983, 38, 135. — 12. *Solomon, T. E.:* Regulation of exocrine pancreatic cell proliferation and enzyme synthesis. In Johnson, L. R.: Physiology of the Gastrointestinal tract, Raven Press, New York, 1981, 2. kötet, 882. — 13. *Toskes, P. P.:* Cimetidine in acute pancreatitis. *Gastroenterology*, 1982, 83, 496. — 14. *Tsuneo Fujita (Szerk.):* Endocrine gut and pancreas. Proc. Internat. Symposium on Gastro-Enteropancreatic Endocrine System. Kyoto, Elsevier Sci. Publ. Co. Amsterdam, New York, Amer. Elsevier Publ. Co. Inc, New York, 1976. — 15. *Weber, H.:* Mikromethode zur Bestimmung der Pankreas-lipase im Serum. *Dtsch. med. Wschr.* 1965, 90, 1170. — 16. *Weichselbaum, T. E.:* Accurate and rapid method for determination of proteins in small amounts of blood serum and plasma. *Am. J. Clin. Pathol.* 1946, 10, 40.

(Papp Miklós dr., Budapest, Pf. 67., 1450.)

FERCUPAR®

draszé, szirup



ÖSSZETÉTEL

1 draszé 1 µg cyanocobalamin., 0,4 mg cupr. chlor. oxydul., 70 mg ferr. sulf. oxydul. (= 14 mg Fe^{II}), 150 mg hepatis extract. sicc.-ot (= 0,9 g hepar recens) tartalmaz.

1 üveg 100 µg cyanocobalamin., 0,7 g ferr. sulf. oxydul. ammon. (= 99,69 mg Fe^{II}), 2,4 g acid. ascorbic. 4 g hepatis extr. sicc.-ot (= 24 g hepar recens) tartalmaz 200 ml szirupban.

JAVALLATOK

Vashiányos és perniciosus típusú anaemiák, fokozott vasszükséglettel járó állapotok: graviditas, lactatio, koraszülés, fertőző és egyéb betegségek utáni reconvalescentia, dumping syndroma, felszívódási zavarok következtében létrejövő másodlagos anaemiák, gyomorműtétek utáni hypochrom anaemiák, sprue, coeliakia, enteritis (amikor már a felszívódást gátló hasmenés lényegesen enyhült, vagy megszűnt) és bélférgesség okozta anaemiák, toxikus anaemiák, csecsemő- és gyermekkori alimentaris anaemiák, vérvesztéses állapotok stb.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek naponta 3-szor 3 draszé. Nagyobb gyermekeknek naponta 5–6 draszé. Kisebb gyermekeknek naponta 3 draszé. A szirupból felnőtteknek naponta 3-szor 1–2 evőkanállal. Csecsemőknek 2–3-szor 1–2 kávéskanállal. A készítményt étkezés előtt célszerű bevenni, a jobb felszívódás érdekében.

MEGJEGYZÉS: ✱

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

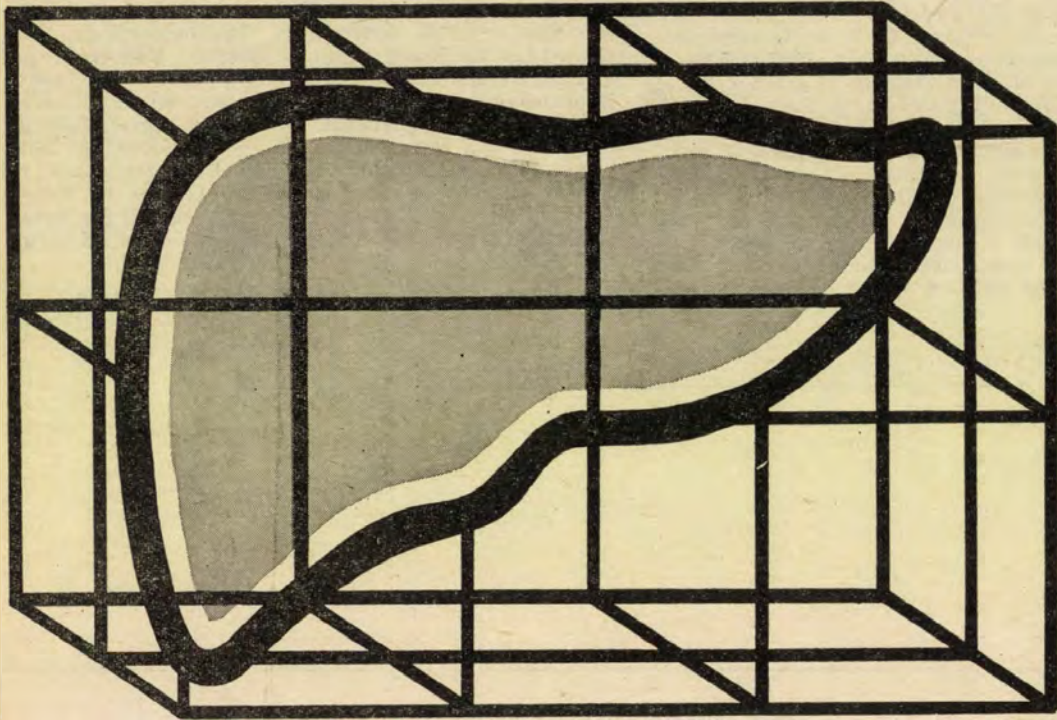
100 db draszé
1 üveg (200 ml)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

PH

2379

Catergen[®] TABLETTA mM 990 Hepatoprotectiva



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

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immunhaemolytikus anaemia (haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

MEGJEGYZÉS ✱

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

CSOMAGOLÁS: 40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 20,- Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Felhívás Szerzőinkhez!

Az Orvosi Hetilap szerkesztési és nyomdai munkáját, ezzel a dolgozatok megjelenését nagymértékben elősegíthetik és meggyorsíthatják, ha kéziratukat a Felhívás irányelvei szerint elkészítve juttatják el a szerkesztőséghez egy eredeti példányban.

1. A dolgozat fejléce: az intézet névadóinak nevét ne rövidítsék kegyeletsértően (pl. SOTE stb.). A fejléc tartalmazza az intézetek rövidre fogott pontos megjelölését, klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek igazgatójának, pl.: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Neurológiai Klinika (igazgató: Csanda Endre dr.), kórházak esetén csak az osztályvezető főorvos nevének megjelölésével.

2. A dolgozat címe: törekedjünk rövid és informatív címre, a cím fedje a dolgozat tartalmát.

3. A szerző(k) megnevezése: teljes nevük és doktori címük (dr.) irandó ki, rang, tudományos cím mellőzendő. A szerzők száma — a dolgozat jellegétől függően — a lehetőség szerint ne legyen több 6-nál.

4. A dolgozat összefoglalása: írodják harmadik személyben és legyen önálló, gondosan megszerkesztett, tömör, világos írásmű, amelyből az olvasó tájékozódhat a dolgozat tárgyáról, a vizsgálmódszerekről, a legfontosabb eredményekről és következtetésekről. Terjedelme — jellegétől függően — ne legyen több 15–20 sornál. Az összefoglalás szövege legyen folyamatos, bekezdések nélkül. Két példányban küldendő be. A szerkesztőség vállalja az angol nyelvű fordítás elkészítését, de nagy előny, ha az egyik példányt angolul küldik be, hiszen szakterületük kifejezéseit a szerzők a fordítónál is többnyire jobban ismerik. Az angol összefoglalás élén kérjük a dolgozat címének feltüntetését. Természetesen az angol nyelven beküldött fordítást is ellenőriztjük.

5. Kérjük a kulcsszavak megadását: maximálisan 5 kulcsszó — és nem kifejezés — adható meg, általában a címből, csak magyar nyelven.

6. A köszönetnyilvánítás a dolgozat szövege és az irodalmi vonatkozások közé kerül petit jelzéssel.

7. A dolgozat végére irandó a vezető szerző neve, címe, az irányítószámmal.

8. A dolgozat írásának és megszerkesztésének módja: a dolgozatokat szabványos A/4 méretű lapog egyik oldalára, 2-es sorközzel, szabvány szerint gépeljük (30 sor, 60 leütés). Az apró betűs (petit) szedésre szánt szövegrészek is az említett sortávolsággal gépelendők: a petit szedést a margón jelöljük! Apró betűs szedésre jelöljük a módszert, esetismertetést, köszönetnyilvánítást, lábjegyzeteket, kevésbé fontosnak ítélt szövegrészeket. Dőlt betűs (kurzív) kiemelések (szerzők nevei, ábrákra és táblázatokra való hivatkozások stb.) a kéziratban egyszer húzandók alá. Egyéb kiemelések nem alkalmazandók. — A tárca támogatására való hivatkozás mellőzendő. — A kézirat általában nem lehet több (mellékletekkel

együtt) jellegétől függően 20 szabvány gépelt oldalnál, hacsak a szerkesztőséggel nem történt előzetes megállapodás. — Tanácsoljuk a dolgozatokban szokásos taglalás betartását, ami a gondolatmenet és a logikai felépítés segítője, de ne alkalmazzunk decimális megjelölést. A tagolás nem jelenteli feltétlenül az egyes alfejezetek alcímekkel (pl. Bevezetés stb.) való megjelölését. Az *expozicióban* jelezzük a kérdésfeltevést, igen röviden a leglényesebb szakirodalmi előzményeket és az addigi eredményeket. Az *anyag és módszer* alfejezet tartalmazza a vizsgálatokban szereplő betegek stb. kiválasztásának módjait és kritériumait. A módszerek közül a standard módszerekre elegendő utalni, az újabb vagy általánosan nem ismerteket pedig oly mértékig jellemezni, hogy azok reprodukálhatók legyenek. Szükségtelen a dokumentáció, pl. boncolási jkv. stb. számának megadása. Tudományos adatgyűjtésre használt kérdőívet, adatlapot általában nem közlünk. Az *eredmények* között csak a lényeges és az eset(ek) vonatkozásában érdemi adatokat kell megadni. Az eredményeket lehetőleg számszerűen jellemezzük, táblázatokban, esetleg szemléletes ábrákon. Az adatok a dolgozatban csak egyszer szerepelhetnek: vagy a szövegben, vagy táblázatban, vagy ábrán, azok mindennemű ismétlése kerülendő! Számadatokkal túlszűfolt szövegek nehezen érthetőek, ezért helyesebb azok helyett szemléletes ábra megadása. Ahol szükséges, a számadatok statisztikailag is elemezendők, de legyenek különbséget matematikai és biológiai szignifikancia között. A statisztikai értékeléshez a vizsgálatok száma, a szélső értékek, az átlag \pm S. D. (szórás) vagy az átlag \pm SEM (átlag hibája) közlendő. Százalékos értékeket soha ne közöljünk abszolút számadatok nélkül, kis számokból pedig ne százalékoljunk (az „n” legyen minimálisan 50!). Ha az „n” 50-nél kisebb, akkor a számlálóban az előfordulás számát, a nevezőben pedig az össz abszolút számot adjuk meg. Az eredmények megjelölésénél a SI (Systeme International d’Unités) által előírt új mértékegységek mellett zárójelben feltétlenül adjuk meg a hagyományos értékeket is! A *megbeszélés* csak akkor indokolt, ha a dolgozatban van diszkuszióra érdemes anyag. A megbeszélés feladata, hogy megerősítse a szakirodalmi adatok hasonló eredményeit, vitassa az eltéréseket, azok értelmezését, jelentőségét, de csak korlátozottan foglalkozhat hipotézisekkel. A dolgozat kivételesen és röviden kiegészíthető újabb információkkal: *Megjegyzés a korrektúrájánál* jelzéssel.

A klinikai orvostan, ill. orvostudomány körébe tartozó közleményeket a szerkesztőség a közzétételt illetően előnyben részesíti.

9. Csak a leginformatívabb és legszükségesebb ábrákat és táblázatokat mellékeljük. A röntgenfelvételeket soha ne eredeti nagyságukban küldjük, hanem hasábszélességű papírkép formájában. Ha az ábra nehezen értelmezhető, helyes vonalas sémát mellékelni. *Színes ábrák, diafilmek nem alkalmasak közlésre.* A klisélevonat nem javítható! A táblázat- és ábramagyarázat külön lapon esztendő a dolgozathoz. Táblázatok nem gépelhetők a dolgozat szövegébe. Az ábrák, táblázatok szöveggel együtt legyenek érthetőek; külön-külön arab számokkal jelölendők. A táblázatokat is lássák el címmel. A szövegben könnyen elhelyezhető, kevés számadatból ne szerkesszenek táblázatokat.

10. *Irodalmi hivatkozások:* csak a valóban feldolgozott és a feltétlenül szükséges cikkekre hivatkozunk. A hivatkozások száma — a cikk jellegétől függően — legfeljebb 50 legyen, de ezt a számot is csak indokolt esetben lehet kimeríteni és csak előzetes megbeszélés esetén lehet ettől eltérni. Nem feltétlenül szükséges a témakörhöz tartozó minden magyar cikk említése az irodalmi hivatkozások között, csak amelyeknek az adott esetben sajátos jelentősége van. A szövegben az irodalmi adatnak csupán a bibliográfiában megjelölt sorszáma hivatkozunk. Az irodalmi adatok tartalmazzák — lehetőleg alfabetikus sorrendben — a szerző(k) nevét, háromnál több szerző esetén a társszerzők helyett „és mtsai”, a dolgozat címét (a megjelenés nyelvén), a megjelenés helyét (a folyóirat nemzetközi rövidítése), a megjelenés évszámát a kötetszámot, majd a kezdő oldalszámot. Ha a hivatkozás tárgya könyv: a szerző, ill. szerkesztő nevét, a könyv címét, kiadóját, a kiadás helyét, évszámát, oldalszámát. Az irodalomjegyzékben csak olyan hivatkozás szerepeljen, amelyre a szövegben konkrét utalás található; a forrásmunkákat külön bekezdéssel gépeljük.

11. A dolgozat *fogalmazása és írásmódja* legyen világos, egyértelmű, tömör, magyaros. Kerüljük a magyar orvosi szaknyelvet szennyező idegen — főleg angol — nyelvből feleslegesen átvett szavak, kifejezések használatát. Kivételt képeznek a már polgárjogot nyertek (pl.: feedback, catgut stb.). Esetleg az idegen szót zárójelben adhatjuk meg. A fogalmazás ne legyen terjengős. Önkényes rövidítések nem alkalmazhatók. A dolgozatban ismételtelen előforduló rövidítéseket *összegyűjtve az első oldalon* — értelmezésükkel együtt — *lábjegyzetben kérjük felsorolni.* Nem alkalmazható rövidítés a címben és az összefoglalásban. Az *írásmód* tekintetében csak általános irányelvek adhatók: magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott idegen (elsősorban latin—görög) szakkifejezések írhatók (pl. akut, krónikus, terápia, depresszió, asszociáció, termométer, drén, gáz stb.), de e szavak hagyományos (etimológiai) írásmódját sem kifogásoljuk, ha a szerző dolgozatán belül az írásmódot egységesen és következetesen alkalmazza. A köznyelvben nem használatos orvosi, szak-

mai kifejezések (anatómiai, betegségek megjelölésére szolgáló stb.) fonetikus írásmódjára sem az illetékes szervek, sem a szerkesztőség nem tér át és azt nem is tervezi. A továbbiakban tehát az erőszakoltan fonetikus írásmódon írt kizíratokat a szerzőknek javítás céljából vissza fogjuk juttatni. A hagyományos idegen szakkifejezések váltakozhatnak a szövegben az azonos értelmű magyar szakkifejezéssel — ha odaillő, megfelelő szakkifejezés van. Tudatában vagyunk annak, hogy a vázolt ortográfiai elv alapján egyes szavak írásmódját más-más szerző különbözőképpen ítélteti meg, ezért a teljes egységesség nem érhető el. Ugyanakkor ez az elv évtizedek óta szerzett tapasztalatunk szerint optimális. Generális fonetikus írásmód már csak azért sem fogadható el, mert ez az anatómiai-nosológiai terminológiákban is a „generális fonetikus” elv érvényesítését követelné meg. — Az ortográfiai elvek minden rovatban, még a programokban is érvényesítendőek. Idegen nyelvű szöveg sem ábrákon, sem táblázatokon nem fogadható el. A mikroorganizmusok nevét a nemzetközi megállapodás szerint, a gyógszereket kis kezdőbetűvel írják, kivéve a gyári készítményeket.

12. *Az el nem fogadott kéziratokat archívumunkban őrizzük meg és nem adjuk vissza.*

Egyéb tudnivalók:

— Az *Előzetes közlemény* a prioritás védelmét szolgálja, amíg az újként felismert tény csupán csekély anyagra támaszkodik;

— A *könyvismertetés* önálló kis írásmű, amely nem a recenzióra kerülő mű fejezeteinek taxatív felsorolása, hanem az egész könyv lényegének kritikai ismertetése. A könyvismertetésre vonatkozó álláspontunkat az Orvosi Hetilap 1979. évi 120. évf 1025. oldalán részletesen kifejtettük;

— A *folyóiratreferálók* vegyék figyelembe az Orvosi Hetilap profilját;

— *Horus* cikk esetén is kérünk irodalomjegyzéket;

— *Tudományos ülések, kongresszusok, egyéb rendezvények*, előadásainak címét *csak magyar nyelven fogadjuk el közlésre.* Az előadás nyelvét zárójelben kérjük jelezni;

— *Hazai rendezvényekről nem közlünk beszámolót.*

— Nem engedhető meg a kéziratoknak egyidejűleg más magyar nyelvű folyóirathoz közlésre való benyújtása. Külföldi közlés szándéka esetén is a hazai publikáció elsőbbségét tartjuk etikusnak. Elvárjuk, hogy az azonos tárgyú, azonos beteganyagot feldolgozó, de átfogalmazott cikkek lapunkhoz való benyújtását a szerkesztőséggel előzetesen megbeszéljük;

— A szerkesztőségi feldolgozás során a kéziratban végzett javítások, ill. a szerző szövegének utólagos megváltoztatására ugyancsak a szerkesztőséggel való megbeszélés nyomán kerülhet sor.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

„Orvosi pszichológia.” Az orvosi pszichológia fejlődése a képzés, a kutatás és az orvosi ellátás terén. Nemzetközi szimpozion, Erfurt, 1984. ápr. 16—18.

A Német Demokratikus Köztársaságban az orvosi pszichológia tantárgy az egyetemeken, és az utóbbi években a kutatásban is nagy fejlődés volt megfigyelhető. Az orvosi pszichológia iránt növekvőben van a szakemberek érdeklődése. Ezt tükrözi, hogy három illetékes tudományos társaság (az Ideg-Elmeorvosok Társasága orvosi pszichológiai szekciója, az Orvosi Pszichoterápiás Társaság pszichológiai szekciója és a Pszichológiai Társaság klinikai pszichológiai szekciója) nemzetközi részvételi szimpoziont rendezett az orvosi pszichológia témaköréből.

Eredetileg szűk körű munkamegbeszélést terveztek, de igen nagy volt az érdeklődők, jelentkezők száma, így lényegében kongresszust kellett szervezni. 250 előadást jelentettek be, ezek közül csak 139-et fogadtak el, amit témájában a szorosan vett orvosi pszichológiába tartozónak ítélték. Így összesen 580 résztvevő jött össze. A színhelyt meg kellett változtatni, egy nagy mozi helyiségeiben voltak az előadások. A változások és a helyszűke ellenére a rendezők igen jó munkát végeztek, a szimpozion zökkenőmentesen folyt le. Ezért a főrendező, Hans Szewczyk berlini professzoron kívül R. Küstner főorvosé volt az érdem, aki az erfurti Medizinische Akademie fiatal munkatársai segítségével a rendezés oroszlanrészét végezte. Különösen a fogadások, találkozási alkalmak sikerültek jól.

A szimpozionon néhány kérdés állandóan felszínre került. Sokat foglalkoztak az előadók az orvosi pszichológia *tárgymeghatározásával*. Ez nem könnyű, hiszen a tárgy érintkezik a klinikai pszichológiával, pszichoterápiával, pszichopathológiával. Végül olyan megállapodás született, hogy az orvosi pszichológia területére tartozik a beteg élményvilágának és viselkedésének, az orvos-beteg kapcsolatnak és az egészségügyi munkának valamennyi pszichológiai problémája. Elsősorban a szomatikus orvoslásban előforduló pszichológiai jelenségek tartoznak a tárgyhöz, bár a pszichiátriának is megvan a maga nem specifikus pszichológiai kérdései (ezekről külön ülésen szóltak előadások). Az orvosi pszichológia elsősorban a humanizált betegellátás tudománya, tehát alkalmazott tudományág. A pszichoterápia alapja, ezért a

megfelelő orvosi pszichológiai képzés a pszichoterápiás képzés előiskolája is.

Tematikusan különösen az orvos-beteg kapcsolatot, a pszichoszomatika, a szülészet, nőgyógyászat és szexológia, valamint az onkológia és a műtéti szakmák lélektana kapott hangsúlyt. Sok szó esett a pszichoprofilaktikus egészségügyi viszonyulásról, amely lehetővé teszi, hogy a nehéz egészségügyi helyzetekben, a testi betegségek kapcsán ne keletkezzen lelki trauma, neurotikus reakció. Számos szakember hangsúlyozta, hogy a halállal kapcsolatos pszichológiai reakciók megértésének és befolyásolásának kérdésének minden orvos alapképzettségéhez kell tartoznia.

Kitűnt a szimpozionon, hogy vita van arról, az orvosi pszichológia elsődlegesen az orvosok szakterülete, tehát azoknak kell művelnie, vagy oktatnia, avagy az egészségügyben dolgozó pszichológusoké. Mint az előadásokon kívüli beszélgetésekből megtudtam, Berlinben és Lipcsében folyik önálló klinikai pszichológusi képzés. Jénában pedig *klinikai szociálpszichológusnak* lehet szakosodni. A pszichológusok jelenleg eléggé nehezen találnak helyet az egészségügyben, az orvosok az orvosi pszichológiai munkát a maguk feladatának érzik, de előképzettségük ehhez nem elegendő. A szimpozion elején Szewczyk külön felhívta a figyelmet, hogy az előadásokat követő vitákban a „*Kompetenzstreit*” megnyilvánulásainak nem adnak teret. Így a kérdés inkább a külön megbeszélésekben került felszínre. A hivatalos álláspont az, hogy orvosok és klinikai pszichológusok együttesen, a maguk feladatkörében kell orvosi pszichológiával foglalkozniuk.

A pszichoszomatikus betegségeket a német kollégák lényegében a szomatikus betegségek pszichológiájához hasonlóan értelmezik, csak a pszichés tényezőket nagyobb súlyúnak tekintik ezekben, mint általában a testi betegségekben. Többször fellángolt a vita, mennyiben lehet pszichológiai okot tulajdonítani a pszichoszomatikus kórképeknek. A jelenlevők többsége azon az állásponton van, hogy a pszichés oki tényezők kiemelkedő jelentősége nem bizonyosodott be, a megbetegedés létrejötte előtt sehol sem sikerült kimutatni a jellegzetes pszichológiai köröket, személyiségváltozásokat, ezért jobb ezt a problémát zárójelbe tenni, és a pszichoszomatikus betegek lélektanával jelenségtani szinten foglalkozni. Ezért elsősorban az elkülönítő kórisma, a tesztek használhatósága, a pszichológiai gyógy-

módok (elsősorban viselkedésterápiás eljárások), ill. az egyes betegségekben előforduló tipikus viselkedésmódok adtak témát az előadásoknak. Volt néhány jó elméleti összefoglaló, pl. a pszichoszomatika mai fejlődéséről, az ún. *alexithymia*, a pszichoszomatikus betegek jellemzőinek tartott érzelmkifejezési nehézség, élményzavar jelenségeiről (Stahr előadása) stb. Néhány hozzászóló az onkológiai témájú előadások kapcsán vetette fel a specifikus rákszemélyiség, ill. a rák pszichoszomatikus genezise kérdését. A mérvadó szakemberek a rák pszichológiai köröként elvetették. Szewczyk beszámolt, hogy a berlini orvosi pszichológiai tanszéken összegyűjtötték és értékelték a rák pszichoszomatikájára vonatkozó szakirodalmat, részben azért is, mert a nyugatnémet könyvkiadásban mostanában számos, főleg amerikai (Le Shan és mások) kötet jelent meg erről, amely a pszichológiai okokat lényegesnek tartja, és a rák gyógyításában a pszichoterápiát is indikálnak tartja. Szewczyk elmondotta, hogy valamennyi közlemény, amely specifikus pszichológiai okot állít, módszertanilag gyenge. „Ugyanolyan zagyvaságról van szó tehát a rák pszichoszomatikája kapcsán,” — mondotta —, „mint az akupunktúra és más csodamódszerek kapcsán.” A sors iróniája, hogy este a szállóban akupunktúráról szóló műsort nézhettem az ottani Delta-magazin műsorban (DDR 1. ápr. 18. 8 óra), amelynek során szenvedélyesen érveltek a meghívott szakemberek az akupunktúra mellett. Az érvelés a nálunk megszokott volt (... Szovjetunióban is csinálják... Amerikában is divat... nálunk is elkezdtek... akkor miért ellenzik hivatalosan stb.). Igaz, legalább annyit hangsúlyoztak, hogy az akupunktúrának csak akkor várható haszna, ha nincs a betegnek szervi elváltozása...

Ugyanakkor az onkológiát az orvosi pszichológia fontos terepének tartják, mert a betegekben sok a pszichés zavar, speciálisan nehezített az orvos-beteg, ill. az ápolószemélyzet-beteg kapcsolat. Sok az együttműködési zavar, a már pszichiátriailag is minősíthető reakció. Az onkológiai problémák tárgyalásakor különösen világosan került felszínre egy szempontrendszer, ami a német kollégák körében terjedőben látszik, ez pedig a *család- és párterápiás szemlélet* érvényesítése az orvosi pszichológiában. A beteg állapotát, vagy kezelésével kapcsolatos pszichológiai problémáit gyakran éppen a családdal való kommunikáció zavarai okozzák vagy élezzik ki. Ez különösen az onkológiai esetekben és a pszichoszomatikusnak tartott betegségekben jellegzetes. Az orvosi pszichológiai segítség ilyenkor a családi kommunikáció helyreállítása vagy korrekciója. E kérdéskörrel két nagy előadásban is beszámolt Claus Buddeberg zürichi pszichológus, az

ismert családterapeuta, Jürgen Willi munkatársa. Ő empirikus felméréseket is végzett e témában.

Az orvos-beteg kapcsolatot az elhangzott előadások alapvető jelentőségének tartották. E kapcsolat az egyik legfontosabb segítő tényező az orvosi lélektanban. Különböző szakterületeken a kapcsolatnak más és más jelentősége, megnyilvánulási formája van. Érdekes sajátosságokról számoltak be a fogászat területéről. Az orvos-beteg kapcsolat témakörében hangzott el az én plenáris előadásom is, ami a témakört az orvosi pszichológia oktatási és továbbképzési súlypontjának javasoltam. Teljesen az interperszonális episztemológia talajára kellene áttenni az oktatásban a tantárgyat, így a hallgatóknak, ill. a továbbképzésben a végzett orvosoknak a terület élményszerűvé, közvetlenné válik, szemben a hagyományos, leíró, individuálcentrikus lélektani közelítéssel, amely meglehetősen életidegen. Felfogásom igen közel állónak bizonyult a jénai gyakorlathoz, ahol a klinikai szociálpszichológusok képzése ilyen szemléletben történik.

Igen érdekesek voltak az orvosi pszichológiai képzéssel foglalkozó előadások. A szocialista országokból érkezett szakemberek főleg ilyen témájú előadásokat tartottak, így megismerhettük a különböző országok felfogását és módszereit. Szovjet, lengyel, kubai, csehszlovák előadások hangzottak itt el, oktatási-szemléleti kérdéseket tárgyaltak a bolgár Iwanow és a magyar Szilárd János dr. előadása is. A német kollégák különböző oktatási modellekről számoltak be, pl. konfliktusmegoldási, kommunikációs, interjúkészítési stb. tréningmódszerek alkalmazásáról, amelyek nyomán egy modellkészítést sajátíthatnak el, amit aztán átvihetnek más orvosi pszichológiai kérdésekre. Kiterjedten használják a képzésben és a továbbképzésben a *Bálint-csoport* módszerét. A Bálint-csoport iránti érdeklődés jele, hogy meghívták a svájci Boris Luban-Plozát, a Bálint-módszer nemzetközi szervezetének irányítóját (ő azonban váratlan megbetegedése miatt nem tudott eljönni).

Sok előadás csak *poszterben* kapott helyet, főleg a módszertani jellegű, ill. a konkrét vizsgálati kérdéscsoportokat bemutató előadásokat tették poszterbe. Érdekes volt a gyermekek orvosi ellátása során jelentkező pszichológiai problémákat tárgyaló ülés, továbbá a serdülő és ifjúkorra vonatkozó. Főleg ez utóbbiban hallottunk családterápiás szemléletű, NDK-ból származó előadásokat (Hennig—Halle, Mladek—Leipzig stb.).

A vendégek a külföldiek három érdekes témakört képviseltek, a már említettek kivételével. A nyugat-német Scheer az intenzív osztályok pszichológiai problémáiról beszélt, csatlakozva több helyi előadáshoz. Közel állt ehhez az osztrák Katschnig vizsgálata, aki dialízisállomá-

sok és veseátültetési centrumok eseteit vizsgálta. Egész Ausztriára vonatkozó felmérése nemcsak az osztályok belső életéről, az intenzív ellátáshoz sokban hasonló munkájáról adott képet, hanem a kb. 700 osztrák beteg életmódjáról, betegségéből eredő életvezetési és pszichoszociális problémáiról is. Külön szint és problémát képviselt két nyugati vendég, a svájci Gaetano Benedetti és a müncheni Johannes Brengelmann. Benedetti a *depresszió pszichodinamikájáról* beszélt, és lényegében a Tellenbach-féle karaktertípus dinamikáját fogalmazta meg, Tellenbach „endon”-jának, tehát az endogenitás előfeltevéésének hangsúlyozása nélkül. Brengelmann a Max-Planck intézet viselkedésterápiás kísérleteit foglalta össze, majd pedig külön előadásban hirdette meg a viselkedésterápiás szemléletű orvosi pszichológia elméletét. Felfogása szerint a viselkedésterápiás megközelítés alapja lehet mindenféle orvosi segítségnek, ami csak pszichológiai zavarokra irányul.

A szimpozion végül rendkívül érdekesnek és tanulságosnak bizonyult. A német kollégák igen kedvesek, segítőkészek, érdeklődők voltak. Meglepő volt, hogy mennyire teret nyert az orvosi pszichológiában az NDK-ban a *Rogers-féle változók* (empátia, hitelesség, a beteg feltétel nélküli elfogadása és tisztelete stb.) képviselése, valamint az *interperszonális kommunikációelmélet* gondolkodásmódja, ezen belül a nem verbális kommunikáció fontosságának felismerése.

A szimpozionon hivatalos vendégként vehettünk részt hazánkból ketten, Szilárd professzorral együtt. Igen hálás vagyok a meghívásért és a költségek teljes átvállalásáért a rendezőknek, különösen Szewczyk professzornak, Jürgen Ott és Robert Küstner főorvosoknak.

Buda Béla dr.

A Görög Gyermekebész Társaság VIII. Nemzetközi Kongresszusa.

(Chios, Görögország, 1983. szept. 21—25.)

A Görög Gyermekebész Társaság 1983. szept. 21—25. között tartotta szokásos évi kongresszusát, Chios szigetén. A kongresszus elnöke és főszervezője, prof. Costas Pappis volt, az ország vezető gyermekebésze, főtitkára pedig Basil J. Karapanagiotis. A sziget a török partokhoz közel fekszik, nevezetes hely, mert már i. e. 60-ban egyik tagja volt a 12 égei-tengeri sziget szövetségének, de ennél is fontosabb, hogy Homeros szülőhelyének tartják. Jelenleg is látható az a kőszikla Volissosban, ahonnan Homeros eposzait állítólag előadta.

A kongresszus nemzetközi részvételű volt, 5 földrész 32 országa képviseltette magát, és a világ különböző részeiről jött kimagasló képességű gyermekebészek fémjeltek, mint *Beardmore* (Kana-

da), *Singer, Shermeta* (USA), *Wilkinson, Laird, Bentley, Lister, Doig* (Anglia), *Rickham, Schärli* (Svájc), *Sauer* (Ausztria), *Pellerin, Prevot* (Franciaország), *Montagnani* (Olaszország), de a névsort még hosszan lehetne folytatni. Magyarországot *Pintér dr.* (Pécs) és jómagam képviseltük előadás tartásával. A szocialista országokból csak Lengyel, román és jugoszláv kollégák vettek részt.

A kongresszusnak két fő témája volt. Az első az újszülöttkori fejlődési rendellenességek diagnosztikájával és kezelésével, különös tekintettel a prenatális diagnosztikára foglalkozott. A bevezető előadást prof. *J. Lister* (Liverpool) tartotta. Ennek lényege az volt, hogy az ultrahangvizsgálat nagyon hasznos prenatális diagnosztikus eszköz, egyre kiterjedtebben alkalmazzák, mivel lehetővé teszi a fejlődési rendellenességek korai intrauterin felismerését, a terhesség folyamatos követését és a szülés után a műtét azonnali elvégzését, de további nagy előnye, hogy nem invazív eljárás. *Lister prof. ugyanakkor hangsúlyozta a gyermekbészeti hagyományos vizsgálati módszerek* (fizikális és laboratóriumi vizsgálat, a gyermek általános állapotának megítélése stb.) *fontosságát, mivel véleménye szerint egyre inkább tért hódít a műszeres vizsgálatok indokolatlan túlbecsülése.*

Az előadások alapján egyértelművé vált, hogy bizonyos fejlődési rendellenességek kimutatása a terhesség első három hónapjában, más rendellenességekben csak a II. trimeszterben lehetséges. Különleges jelentősége van az eljárásnak a veszélyeztetett terhességekben. Amennyiben a fejlődési anomália bizonyított, az anya fokozott és rendszeres ellenőrzése szükséges. Több előadás hangsúlyozta az ultrahangvizsgálat jelentőségét veszélyeztetett terhességben, de hasznosságának és értékének elsődleges feltétele a magas szintű szakmai jártasság, a korszerű készülék és a bölcs mértéktartás. Ne legyünk kritikátlanok és kellő megalapozottság nélkül korai szülés-indukációt, császármetszést, vagy intrauterin beavatkozást ne végezzünk.

Szükséges az is, hogy a kórimézett fejlődési rendellenesség esetén az anyát olyan intézetben helyezék el, ahol a szülés után minden lehetőség adott az újszülött azonnali és magas szintű ellátására. Ezt az előadók egyértelműen szükségesnek tartották. Egy fejlődési rendellenességgel született újszülött megmentése ma már nem jelenthet bravúr műtétet. Az előadásokból az is kitűnt, hogy a jelenlegi tapasztalatok szerint, melyek azok a rendellenességek, ahol a császármetszés indokolt lehet (*omphalocele, gastroschisis, sacralis teratoma*), más esetekben, mint a tápcsatorna rendellenességei, urológiai elváltozások, általában nem késztetnek azonnali beavatkozásra.

Ebben a témakörben mintegy 60

előadás hangzott el, az előadók 5–8 év tapasztalatairól számoltak be, eredményeik lényegében azonosak. Bebizonyosodott, hogy az intrauterin sebészet feltételei egyelőre még nem adtak, de az is, hogy fejlődési rendellenességek egyes eseteiben a 12–48 órás várakozás, a beteg megfelelő előkészítése, jelentősen javíthatja a túlélést. Ezt különben a saját tapasztalataink is alátámasztják. Meggyőződésünk, hogy minden beteget egyénileg kell értékelni és a műtét időpontját ennek megfelelően megválasztani.

Erdekes volt *Willital* előadása, amely hasznos gyakorlati ajánlást tartalmazott nagy anyagon szerzett tapasztalatai alapján. Gastroschisis és omphalocele eseteiben a vékonybélbe több helyen, nagyon vékony túvel néhány ml Gastrographint ad be. Ezzel sikerült a kritikus postoperatív szak passage-zavarait lényegesen javítania.

Számunkra egyelőre csak elméletileg volt érdekes néhány olyan előadás, melynek technikai feltételei nálunk egyelőre nem adtak. Ilyen volt pl. *Wen-Tsung Hung* (Taivan) előadása egy módosított diagnosztikai eljárásról vele született *biliaris atresia* esetén. A betegeknek 1 mCu Tc^{99} — HIDA-t adnak és a duodenumba műanyag szondát vezetnek. A vizsgálat kiterjed a patkóbéltartalom színére, összetételére, az összetevők koncentrációjára és arányára, és radioaktivitására. Az elmondottak szerint a módszer egyszerűbb és megbízhatóbb, mint a korábbi eljárások bármelyike.

Nagyon sok figyelemre méltó előadás hangzott el a gyermeksebészet más területeiről is. Így pl. egy stockholmi munkacsoport arra mutatott rá, hogy *M. Hirschsprung* esetében az *adrenerg* és *cholinerg* sejtípusok mellett, — különböző speciális vizsgálati eljárásokkal (szemi-quantitatív immunkémiai módszerek, elektromiokroszkópia) — egyéb igazolt sejtípusok is találhatóak, mint *encephalin*, *GRP* (gastrin releasing peptide), *VIP* (vasoactive intestinal peptide) stb. Mindezek a normál bélben is megtalálhatók, de *M. Hirschsprung*-ban mennyiségük csökken, vagy teljesen hiányozhat. Véleményük szerint ennek a betegség lefolyásában van jelentősége. Végső következtést nem vontak le, további anyaggyűjtést feltétlenül szükségesnek tartanak. Ugyanebben a témában hangzott el *Schürli* (Luzern) előadása is, aki 61, *M. Hirschsprung*-ban szenvedő gyermekben kimutatta az adrenerg innervatio zavarát, vagy a ganglion és a Schwann-sejtek elégtelenségét. Véleménye szerint ezek valamelyike, vagy együttes előfordulása felelős az intestinalis neuronalis displasiáért.

A második fő témakörben a gyermeksebészet válogatott fejezetei címen nagyon érdekes előadások hangzottak el. Itt meg kell jegyezni, hogy az elmúlt évtizedekben nagyon sok nemzetközi gyermek-

sebész kongresszuson vettem részt a világ minden részén, de ilyen téma eddig még sehol sem szerepelt. A görög kollégák kezdeményező-készségét, és talán bátorságát is jelenti, hogy ezt kongresszusi fő témának tették. Kiderült, hogy ez nagyon reális megfontolás volt, mert a világ vezető gyermeksebészei, mint *Rickham*, *Schärli*, *Pellerin*, *Prevot*, *Matsagas*, *Dolatzas*, *Montagnani* és még sokan mások intenzíven és nagy érdeklődéssel foglalkoznak szakmájuk történetével is. Nagyon szépen dokumentált és nagyon érdekes előadásokat hallottunk, melyek az okortól szinte napjainkig követték végig a gyermeksebészet fejlődését. Ebben a szekcióban hangzott el az én előadásom is a magyar gyermeksebészet 150 évéről, kezdve *Schöpf-Merei* Agostontól napjainkig. Szerénytelenség nélkül mondhatom, hogy az előadásnak sikere volt, feltehetően és elsősorban azért, mert ilyen jellegű összefoglalást a magyar gyermeksebészetről és annak eredményeiről a résztvevők népes tábora még nem tudott.

A kongresszus nagyon baráti volt, ami érthető, mivel a világ 3–4000 gyermeksebésze évek, évtizedek óta jól ismeri egymást, egymás munkásságát, a kapcsolatok barátiak. Sokat lehetett tanulni, elsősorban apró technikai részleteket, amelyek az egyes műtéti megoldásoknál alapvetően fontosak. Nagyon érdekesek voltak a történeti szekcióban elhangzott előadások és még egyszer gratulálni kell a görög kollégáknak, amiért ezt a témát beiktatták a kongresszus programjába. Azonban újból csak a sajátalkozásomat tudom kifejezni, mivel hazánkat csak ketten képviseltük. Változatlanul az a véleményem, hogy magas szintű és eredményes munkát csak úgy lehet végezni, ha mások tapasztalatait halljuk, értékeljük és alkalmazzuk, vitatkozunk és együtt elmondjuk a magunk tapasztalatait is, természetesen a kellő kritikával és a hazai viszonyokhoz adaptálva. A jövő, egészséges generációja érdekében szükséges, hogy a különböző nemzetközi kongresszusokon, konferenciákon a magyar gyermeksebészek részvétele minél nagyobb számú és intenzívebb legyen.

Léb József dr.

Stockholmi tanulmányút EVSZ-ösztöndíjjal. (1982. okt. 4–1983. dec. 30.)

Az EVSZ által biztosított kutató-képzési ösztöndíjjal tizenöt hónapot töltöttem a Karolinska Intézetben, illetve Kórházban. Az ösztöndíj kiírása szerint két részből állt: laboratóriumi, melyben fogamzásgátló steroidok farmakológiájával ismerkedtem meg, és klinikai, melyben mikrosebészeti módszerek és az in vitro fertilitatio elsajátítására szerepelt.

A tanulmányút túlnyomó részét a Karolinska Intézet Reproductív Endocrinologiai Kutató Egységében (Reproductive Endocrinology Research Unit) töltöttem, mely egyben az EVSZ Kutató-képző Központja is (WHO Research Training Centre). Ezenkívül 6 hétig részt vettem a Karolinska Női Klinika munkájában. Megismerem minden osztályt és rendszeresen asszisztáltam, de önálló orvosi tevékenységre nem kaptam lehetőséget.

A tanulmányozott módszerek közül a fogamzásgátló steroidok farmakológiai vizsgálatát kell kiemeljem, amelyhez először elsajátítottam az alapvető laboratóriumi és statisztikai módszereket, valamint megismerkedtem az intézet ABC 80 típusú kisszámitógépének használatával is.

Kutatásaimban a progestageneknek az endometriumra kifejtett hatását is vizsgálni akartam, mely módszer elsajátítására *Diczfalusy* professzor 4 hetes tanulmányutat javasolt a Bázeli Egyetem Női Klinikájára. Míután ezt mind az Eü. Minisztérium, mind az EVSZ jóváhagyta, 4 hetet töltöttem a jelzett intézetben és elsajátítottam az endometrium morfológiai és morphetriai értékelésének alapjait. Mindezeket a módszereket két clinicofarmacológiai vizsgálatban hasznosítottam. Az első a norethisteron-önanthat (NET-EN) injekciós fogamzásgátló készítménynek a hypothalamo-hypophysealis tengelyre, az ovarium-működésre és az endometriumra kifejtett hatásának vizsgálata volt. A második vizsgálat célja a progestagenek hatásereőségének megállapítására szolgáló in vivo módszer kidolgozása volt. Ezt a vizsgálatot, az Intézet hasonló jellegű kutatási eredményeinek és *Diczfalusy* professzor értékes útmutatásainak felhasználásával magam terveztem.

Svédországban az utóbbi években minden kórház és egyetem a helyi közigazgatás hatáskörébe került, de a Karolinska Intézet és Kórház megkülönböztetett helye a svéd tudományos és orvosi életben ma is szembeötlő még más kitűnő intézetekkel összehasonlítva is. Az itteni katedrák presztízst fokozza a Nobel-díj bizottságba való bekerülés lehetősége is. Így nem ritka, hogy a Karolinskán meghirdetett professzori státusokra más egyetemeiről több, már kinevezett intézetvezető is pályázik.

Az egészségügyi ellátás különböző szintjei között nincs olyan jelentős különbség, mint hazánkban. A Karolinska Női Klinika felszereléséből ki kell emelnem az 1983. febr.-ban átadott és a sebészekkel közösen használt műtőblokkot, melynek cserélhető műtőasztalai, kondicionálása, monitorai, gáz-, elektromos ellátása és izolálási rendszere a jelenlegi világszínvonalat is megelőzi. Az évi 2500 szülésre 8 teljesen elkülönített szülészoba van, mindegyik cardiotokograph-fal felszerelve. A szülészeti osztály-

hoz önálló ultrahangvizsgáló tartozik a Radiológiai Klinika 3 másik készüléke és a nőgyógyászati vizsgálatokra is használt computertomograph mellett. Általános, hogy a szülésnél a férj vagy más hozzátartozó is jelen van. Az újszülöttek napközben az anyánál vannak. Meglepő, hogy a gyermekágyast, kérésére ma a szülés utáni 3. (!) napon hazaengedik, és ezt később általánossá akarják tenni. Indoklásul az ott is szorongató ágyhiányt és rideg gazdasági megfontolásokat említettek. A női egyenjogúsági mozgalom egyik furcsa hajtsa, hogy egyre népszerűbb az otthoni szülés. A kiváló perinatalis eredmények tulajdonképpen a magas szintű szülésznői munkának köszönhetőek, ugyanis a „normál” szüléseket orvosi beavatkozás nélkül vezetik. Ez a kollégák szülészeti rutinján hagyott bizonyos nyomokat. A szülésznők képzése azonban igen alapos. A jelöltek érettségi után 2 éves általános ápolónőképzést kapnak, amely után két évet dolgoznak, majd munka mellett végzett újabb két év szakosítás után működhetnek önállóan. A feladatkörükben nemcsak a terhességdozálás, de fogamzásgátlók rendelése, sőt IUE felhelyezése is szerepel.

A göteborgi Sahlgrenska Kórház Női Klinikáján 2 hetes továbbképzést kaptam, melynek fő témája a mikrosebészet és az in vitro fertilisatio volt. A stockholmi gyakorlati ellentétben itt módomban nyílt önállóbb orvosi munkára is, öt mikroszkóppal végzett refertilisatiós műtétben vettem részt, és hat ultrahang-ellenőrzéssel végzett oocya aspiratio után 2 embryo-bevitelt is láttam.

A Bázeli Egyetem Női Klinikáján töltött 4 hét alatt az endometrium morfológiai és morphometriai értékelésének alapjait sikerült elsajátítanom, ezenkívül részt vettem két laparoscoppal végzett oocya aspiratioiban és egy embryo-bevitelben is, azonkívül tanulmányoztam néhány, az in vitro fertilisatiót megelőző vizsgálati módszert is.

A 15 hónap alatt több kongresszuson is részt vettem. Az 1983. febr. 7. és 9. között rendezett az Emberi Fertilitás Szabályozása című szimpozionon (International Symposium on the Regulation of Human Fertility) rendezőként működtem közre. Tapasztalataimról az Orvosi Hetilapban is beszámoltam (1983, 124, 2133.) Tanulmányos volt a Svéd Orvostársaság Évi Nagygyűlése, melyen két alkalommal is részt vettem, de amely minden igyekezet ellenére áttekinthetetlennek bizonyult a párhuzamosan folyó 3–5 szekció és a gyógy-

szer- és orvosi műszeripar legújabb termékeit felvonultató hatalmas kiállítás miatt. Sikerült viszont követnem a Skandináv Nőorvostársaságok Nagygyűlését (1983. június 7–9.), noha a munkanyelv svéd volt, és igen színvonalasnak találtam az Acta Endocrinologica XII. Kongresszusát (1983. június 27–30.), melyen népes magyar küldöttség vett részt. Végül 1983. szept. 30-án az Uppsalai Egyetem rendezett az LH—RH klinikai alkalmazásáról igen tömör, de annál színvonalasabb összejövetelt, melyen szintén részt vettem.

A meglátogatott kongresszusokat a következőkben tudnám összegezni. A világ népesedési gondjai a 70-es évek kezdeti biztató eredményei után ismét égetővé váltak. A világméretű gazdasági pangás miatt a megoldásokra fordítható összeg mind nominál, mind reálértékben csökken. Az alapoktatás eredményeinek gyakorlati bevezetéséig eltelt idő ma már olyan hosszú (12–15 év), hogy a túlnépesedéssel küzdő országok gondjainak megoldása csak a jelenleg ismert módszerek jobb alkalmazásától várható. Az endocrinológiai kutatásban a peptid hormonok kerültek előtérbe és az endocrin-szabályozás új modelljeinek kidolgozása várható.

Az oktatási rendszer a miénktől alapvetően különbözik. Az orvosképzés történeti okok miatt a nevesebb kórházakban kezdődött és az orvosi „főiskolák” jelenleg is ezekhez csatlakoznak. A főiskolák autonómiája igen nagy, így az oktatási terv is különböző. A közös vonás az, hogy a semesterek fél-éves caesurái teljesen elmaradtak, mert az egyes tárgyakat rövid (4–12 hetes) kurzusokon oktatják, melyet vizsga zár le. Az oktatási idő 6 év, de ennek leteltével — bár önállóan dolgozhatnak —, az orvosok nem kapnak doktori címet, ezt csak disszertáció megírása után nyerik el. A tesztek igen elterjedtek, ezekből hoztam néhány hasznosítható példányt.

Nagy könnyebbséget jelentene, ha az ösztöndíj ideje alatt a fogadó intézet által javasolt (és finanszírozott) rövidebb külföldi utazás engedélyezéséhez nem követelnék meg az összes hazai szerv hozzájárulását, mert ez időhöz kötött rendezvény (pl. tanfolyam, kongresszus) esetén a részvételt sok esetben meghiúsítja.

Elszállásolásom kezdetben nem volt megfelelő (albérlet), aminek egyik oka az volt, hogy kiutazásom előtt 3 hónappal érkezésem időpontját még közelítőleg sem tudtam megadni. Így az ösztöndíjasok-

nak létesített Wenner-Gren Centre-be csak kéthónapos várakozás után tudtam bejutni. Az épület az ideiglenesen ittlakók igényei szerint van berendezve, és szolgáltatásai is ehhez igazodnak. Az árak a stockholmi lakásárákhoz és az épület központi elhelyezéséhez mérten nem túl magasak.

A fogadó állam hivatalos szerveivel az országba való belépéskor és a tartózkodási engedélyem meghosszabbításakor kerültem csak kapcsolatba. A bürokrácia jelentős fokú és nagyon pontosan működik. (Például a 3 hónapos hosszabbítás 2 hónapot vett igénybe, a kérvény beadásáról elismervényt kaptam és elbírálásának minden lépéséről külön értesítést küldtek.) Meg kell említenem a magyar külképviselet sokoldalú segítségét és baráti atmoszféráját, mely mind beilleszkedésem, mind kisebb-nagyobb gondjaim megoldását megkönnyítette.

Szakmai tevékenységem passzív részét fentebb részletesen ismerttettem. Az aktív rész két, progesztágenekkel végzett clinicopharmacológiai vizsgálatot ölel fel. Az első a 200 mg NET-EN injectiós fogamzásgátló II. fázisú vizsgálata volt. Ennek kapcsán 14 asszony 21 ciklusában 3 steroid hormon (oestradiol, progesteron és NET) naponkénti meghatározását végeztem radioimmun módszerrel, ami kb. 1200 minta feldolgozását jelentette. Szintén értékeltem 13 endometrium biopsziát is.

Jelentősebbnek gondolom a MPA különböző dózisaival (2,5, 5,0 és 10 mg) folytatott pharmacológiai vizsgálatokat. Az alapgondolat az volt, hogy a progesztágenek hatásereőségének mérésére emberen alkalmazható bioassay-t dolgozunk ki. Ezért a menstruációs ciklus follicularis szakában 4 napig a fenti dózisban MPA-ot adagoltunk és a hypothalamo-hypophysealis tengely, az ovariumok és az endometrium reakcióját vizsgáltuk. Bár az összes eredmény még nem áll rendelkezésre, megállapítható, hogy az endometriumra kifejtett hatás dóziszfüggő. Meglepő és az újdonság erejével hat, hogy a progesztágen 8 esetben pozitív LH-reakciót váltott ki, mely 3 esetben ovulatiohoz vezetett (összesen 10 esetből). Ez a progesztágenek hatásmechanizmusáról eddig alkotott képbe nem illik bele, és csak a legújabb közleményekben találtam a progesteronra vonatkozó hasonló adatot, ezért a jelenség további vizsgálata, illetve esetleges klinikai hasznosítása a sterilitáshoz betégek kivizsgálásában és kezelésében megfontolandó lehet.

ifj. Zalányi Sámuel dr.



Onkológia

Hosszú ideig tartó orális fogamzásgátló tabletták szedése és a mellrák rizikója. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study (Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control, Atlanta): JAMA, 1983, 249, 1591.

A mellrák a nők leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedése az USA-ban. Az amerikai nőknek kb. 7%-a kap mellrákot valamikor az élete folyamán. Az ismert rizikófaktorok többsége (korai menarche, késői elsőszülés, késői menopausa) a hormonális állapot függ össze. Így az orális fogamzásgátló tabletták, az oestrogen és progesteron kombinációi növelhetik vagy csökkenthetik a mellrák kockázatát. Jelen tanulmányban a fogamzásgátló tabletták késői hatását vizsgálták a mellrák rizikójával kapcsolatban. Az adatokat több központi esetleges kontrolltanulmány alapján a Center for Disease Control's Cancer and Steroid Hormone Study szolgáltatta.

Egy 25 hónapra tervezett tanulmány első 6 hónapjában észlelt 884 frissen diagnosztizált mellrák közül 689-et és 1077 kontroll esetet hasonlítottak össze. Az adatokat kérdőívek kitöltésével szerezték, Mantel és Haenszel, valamint Miettinen módszerével értékelték. Megállapították, hogy a mellrákban szenvedők gyakrabban voltak nulliparák, későbbben születtek első gyermeküket, a közeli rokonok között gyakoribb volt a mellrák, s az anamnézisben gyakrabban szerepelt jóindulatú mell tumor. Megállapították, hogy a tabletták 11 évig vagy hosszabb ideig tartó szedése nem befolyásolja a mellrák kifejlődésének rizikóját. Ugyanerre a következtetésre jutottak, ha a tabletták szedésének kezdete óta 15 vagy több év telt el.

További kérdés azonban, hogyan befolyásolja a fogamzásgátló tabletták szedése a mellrák előfordulási gyakoriságát a fent említett hajlamosító tényezőkkel terhelt csoportokban. Azt találták, az első terhesség előtt szedett hormonális contraceptívumok nem fokozták jobban a mellrák előfordulási kockázatát, mint más módszerek, melyekkel a teherbeesést késleltették (önmegtartóztatás, egyéb védekező eljárások stb.). A rokonokban észlelt mellrák és a tabletták szedése, valamint a mellrák előfordulása között sem volt kapcsolat. A postmenopausában sem

emelkedett a mellrák előfordulási aránya a korábbi tablettaszedést követően. Nem találtak összefüggést az előzetesen fennálló jóindulatú mell daganat, a tabletták szedése, valamint a mellrák között, akár a jóindulatú daganat megjelenése előtt, akár utána szedték a tablettát. A kérdés minden oldala azonban még nem tisztázott. A továbbiakban vizsgálni kívánják a tabletták szedésének hatását az első terhesség előtt, valamint a fogamzásgátló hormonkészítmények összetételének esetleges jelentőségét.

Csapó Zsolt dr.

Orális fogamzásgátló tabletták szedése és az ovarium carcinoma kockázata. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study (Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control, Atlanta): JAMA 1983, 249, 1596.

A petefészekrák a nők negyedik leggyakoribb rákfélesége az USA-ban. 1983-ban várhatóan 18 000 új esetet diagnosztizálnak és 11 400 nő fog ovarium carcinómában meghalni. Az ok ismeretlen, de az a tény, hogy előfordulása gyakoribb a keveset szültek között, arra utal, hogy a terhességnek bizonyos fokú védő hatása van. Minthogy a szájon át szedhető hormonális fogamzásgátló tabletták a terhességhez hasonlóan gátolják a hypophysisből a gonadotropinok kiáramlását, az ovulációt, így ezen védekezési módok egy később kifejlődő ovarium carcinómával szembeni védő hatása feltételezhető. A 25 hónapra tervezett vizsgálat első 10 havában 237 újonnan kórismézett ovarium carcinoma fordult elő. Az esetek jellemző adatait 1872 megfelelő kontrollal vetették össze. Az adatokat kérdőívek segítségével nyerték. Azt találták, a kontrollokkal szemben az ovarium carcinómában megbetegedett nők valószínűbb, hogy fiatalabbak 30 évesnél, sohasem voltak terhesek és sterilítés miatt kezelést alatt álltak. Azoknál a nőknél azonban, akik valaha fogamzásgátló tablettát szedtek, szignifikánsan kisebb volt a petefészekrák rizikója, minthogy azoknál, akik nem szedtek tablettát. Ez a fogamzásgátló tabletták védő hatását jelenti az ovarium carcinómával szemben, leginkább olyan nőknél, akik nem születtek. A tabletták szedésének idejével arányosan csökkent az ovarium carcinoma rizikója. A védőhatás a tabletták abbahagyása után sokáig fennáll. Megállapításai jelentősé-

ge más szóval úgy is jellemezhető, hogy az USA-ban 30%-kal több ovarium carcinoma (1700) fordult volna elő 1982-ben, ha a nők nem használták volna fogamzásgátló tablettákat.

Csapó Zsolt dr.

Orális fogamzásgátlók szedése és az endometrium carcinoma kockázata. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study (Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control, Atlanta): JAMA, 1983, 249, 1600.

Az USA-ban a nők 3. leggyakoribb rákfélesége az endometrium carcinoma. 1982-ben 39 000 új esetet diagnosztizáltak és 3000 asszony halt meg ebben a betegségben. Az ismert rizikófaktorok többsége a nők hormonális viszonyával hozható kapcsolatba, ezért feltételezhető, hogy a hormonális fogamzásgátló tabletták szedése befolyásolja az endometrium carcinoma kifejlődését. Tanulmányukban egy 25 hónapra tervezett vizsgálat első 10 hónapjában észlelt 262 új endometrium carcinoma közül 210-et hasonlítottak össze 1320 kontroll esetel. Az adatokat kérdőívek kitöltésével nyerték és statisztikailag, matematikailag dolgozták fel. Azok a nők, akiknél endometrium carcinómát találtak, gyakrabban voltak idősebbek, túl a menopausán, fehérek, nulliparák, kövérek, továbbá gyakrabban voltak hypertóniások, cukorbetegek, sterilek. A korábban fogamzásgátló tablettát szedő nők között azonban fele olyan gyakori volt az endometrium carcinoma rizikója, mint azok között, akik soha sem használták ezt a fogamzásgátló módszert. (A sequentials típusú tabletták szedése esetén a kockázat azonban nagyobb volt, mint a tablettát nem szedőkön; a későbbiekben ezeket az eseteket az értékelésből kihagyták.) Az endometrium carcinoma csökkent kockázata még kifejezettebb azoknál az asszonyoknál, akik legalább 1 évig szedték a hormonális contraceptívumokat. E hatás leginkább a nulliparáknál érvényesül, és 10 évvel a tabletták szedésének abbahagyása után is kimutatható. A fogamzásgátló tabletták ezen védőhatása miatt 1982-ben az USA-ban 2000-rel kevesebb asszony betegedett meg endometrium carcinómában.

Csapó Zsolt dr.

Orális contraceptívumok. Jó hírek. (Szerkesztőségi közlemény): JAMA, 1983, 249, 1624.

20 év telt el azóta, hogy az USA-ban a szájon át szedhető fogamzásgátló tabletták megjelentek. Ez elég hosszú időnek látszik ahhoz, hogy e tabletták kedvező és káros hatásait értékeljük. A mellékhatásokat tanulmányozva már 8 évvel a tabletták megjelenése után közis-

mertté váltak a súlyos cardiovascularis komplikációk. Ezen tények azonban kevésbé elkeserítőek, és más megvilágításba kerülnek, ha a következményeket a terhesség és a szülés kockázatával hasonlítjuk össze. 35 éves kor alatt ugyanis a terhességgel és a szüléssel kapcsolatba hozható halálozás több mint 10-szerese a fogamzásgátló tabletták okozta haláleseteknek. További figyelemre méltó adat, hogy a fogamzásgátló tabletták szedése általában nem jelent nagyobb kockázatot, mint a dohányzás. A késői mellékhatásokkal kapcsolatban azonban sokszor felmerült a kérdés, a fogamzásgátló tabletták nem fogják-e fokozni a rákos megbetegedések előfordulásának gyakoriságát.

Az előbb ismertetett cikkek a hormonális fogamzásgátló tabletták, valamint a mell, endometrium és ovarium carcinoma kapcsolatát vizsgálták. Az USA 8 különböző területén előforduló carcinoma eseteket és az ugyanezen régiókban élő, hasonló korú nők adatait értékelték. Hasonló vizsgálatokat már korábban, és mások is végeztek. A tanulmányok jelentősége a korábbiakkal szemben a feldolgozott esetek számában, azok különböző földrajzi megoszlásában, a több fajta carcinomára kiterjedő feldolgozásban, a megfelelő kontrollokban rejlik. Az eredmények megnyugtatóak, ugyanis nem volt összefüggés a hormonális fogamzásgátló tabletták szedése és a mellrák előfordulása között, az ovarium és az endometrium carcinoma esetében pedig védőhatást észleltek. Ez a védőhatás ovarium, endometrium carcinoma esetében a nulliparákban a legkifejezettebb, ovarium carcinomáknál pedig 10 évvel a tabletták szedésének abbahagyása után is megnyilvánul. Nincs védőhatás azonban, ha a fogamzásgátló tabletták szedésének kezdete óta nem telt el több mint 10 év.

Meg kell jegyezni, hogy az adatok előzetesek, az egész anyag feldolgozása még hátra van. Nem valószínű, hogy az újabb adatok megváltoztatják az itt közölt megállapításokat. További hasznos adatokat ígér az egyes hormonális összetevők, a különböző histológiai típusok értékelése, valamint az örökletes rákhajlam vizsgálata. A vizsgált rákfélések meglehetősen gyakoriak. Ezért az orális contraceptívumok késői következményei úgy is kifejezhetők, hogy használatukon keresztül hány esettel csökkent a nőgyógyászati rákok száma. Ez a szám az USA-ban 1700 ovarium és 2000 endometrium carcinoma évente, ami azt jelenti, hogy a tabletták távoli hatása jó.

Csapó Zsolt dr.

betegknél? Sauter, Chr. (Abt. f. Onkologie, Dep. f. inn. Med. Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 414.

Mintegy tíz esztendővel ezelőtt kezdődtek a rendszeres kutatások az emlőrák postoperatív cytostatikus kezelésére (adjuváns, perioperatív chemoterapia) a gyógyulási arányszámot javító célzattal. A hónalji nyirokcsomók áttételei esetén az emlőrák kórjólata rossz, ezért volt jogos prospektív tanulmányokban új utakat keresni. Áttételes emlőrák esetén akkoriban kuratív cytostatikus kombinációk nem állottak még rendelkezésre. Az volt a kérdés, vajon radikális műtét után a mikrometastasisok hypothetikus jelenlétekor az ismert hatásos cytostatikus gyógyszerek a postoperatív stádiumban adjuváns hatásúak-e. A szerzők ennek a kérdésnek a megválaszolására elsősorban a Svájcban megjelent idevonatkozó tanulmányok adataira támaszkodtak. Ezen statisztikai adatok összehasonlító értékelése szerint világossá vált, hogy a radikálisan műtött emlőrákos nőbetegeknél a 12 hónapos endoxan-, methotrexat- és 5-fluor-uracil-kezelésnek semmi hatása nincs az élet meghosszabbítására. Egyedül a kórsvéttanilag pozitív egy-három daganatos hónalji nyirokcsomó esetén a recidiva ideje mintegy 20%-kal hosszabbodott meg, de a túlélési időt nem befolyásolta. Ezen már 1981-ben megjelent adjuváns perioperatív tapasztalatok tükrében a Svájcban folyó jelenlegi tanulmányok eredményei újraértékelendők.

ifj. Pastinszky István dr.

Emlőrák helyi kiújulása: adjuváns chemoterapia hatása a kórjólatra. Danoff, B. F. és mtsai (Thomas Jefferson University Hospital Philadelphia): Radiology, 1983, 147, 849.

Az emlőrák műtete után kialakuló helyi recidiva sugárkezeléssel ugyan az esetek nagyobb részében jól befolyásolható, de az ilyen betegek többségének sorsát megpecsételik a távoli metastasisok. Ezen reméltek változtatni a sugárkezelés mellett alkalmazott adjuváns chemoterápiával. A szerzők ennek eredményességét kívánták felmérni. Műtét utáni helyi emlőrák kiújulás miatt 72 beteget részesítettek sugárkezelésben, közülük emellett egyidejűleg 38 kapott különböző kombinációban chemoterapiás szereket is. 34 chemoterápiában nem részesült. A kezelést követő ismételt helyi kiújulás a csak sugárkezeltekben 43%, a chemoterapiás csoportban 36% volt. Távoli áttétek 43, illetve 56%-ban jelentkeztek, a 3 éves túlélés 50, illetve 43% volt. A gyógyeredmények terén tehát a két csoport között számottevő különbséget nem találtak. Számos tényezőnek a kórjólatra való lehetséges hatását ele-

mezték, így az életkor, a műtét idején fennállott T és N stádium, a recidiva elhelyezkedése a műtėti heghez viszonyítva, annak kiterjedése, a biopsia módja, reagálás a sugárkezelésre. Mindezeknek a prognóziást meghatározó szerepe nem igazolódott. Prognosztikus jelentősége csupán a műtétől a recidiva megjelenéséig eltelt időszak hosszának volt. Bizonyos összefüggés van a recidiva megjelenési ideje és a sugárkezelés hatékonysága között is, mert késői kiújulás esetén 81%-ban ért el a sugárkezelés teljes helyi eredményt a korai recidiva esetek 59%-ával szemben.

Laczay András dr.

Ráksejtek felületi antigénjeivel szembeni monoklonális antitestek. Zenner, H. P. (Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten Universität Würzburg): Fortschr. Med. 1983, 101, 891.

Rosszindulatú daganatok korai diagnózisához olyan jellemző sejtelváltozások kimutatására lenne szükség, amelyek a megszokott szövettani módszerekkel még nem verifikálhatók. Ilyen, a malignus degenerációból adódó eltérések találhatóak a külső membránhoz tartozó sejtfelületen. Egy malignus tumor invazív és destruktív növekedése ugyanis felfogható a sejtek közötti kommunikáció zavaraként, amelyben a külső sejtmembránnak jelentős szerep jut.

A szerző gégecarcinoma sejtek fizikokémiai tisztítása után, a külső membrán proteinösszetevőit polyacrylamidgél-elektroforesissal szétválasztotta és az utóbbiak molekulasúly szerinti megoszlását vizsgálta. Ezáltal részben egyes proteinek hiányát, részben más, járulékos fehérjék megjelenését tudta a daganatos sejtek membránján kimutatni. Ha a leírtak a gégerák sejtekre is érvényesek, úgy a daganathozóknak olyan immunválaszt kellene produkálni, amely a tumorsejt ellen irányul. Ez bizonyítást is nyert, mert 50 daganatos beteg közül 47-ben a saját ráksejtjeikkel szemben ható antitesteket észleltek radioimmuneszt segítségével.

Ugyancsak 52 gégecarcinomást vizsgálva, 20%-ban találtak olyan IgG-antitesteket, amelyek egy gégerákos beteg izolált élő sejtjeivel szemben keresztreakciót hoztak létre. Emellett sikerült élő ráksejteket gégerákos betegek izolált lymphocytaival jelentős részben elpusztítani. Különösen a TNM I-II. stádiumba soroltak között volt gyakori az intenzíven reagáló száma. Ez az immunválasz sokkal inkább a fajlagosan szenzibilizált, cytotoxikus T sejteknek, mint a természetes killer sejteknek köszönhető. Régebben a kérdéses daganatantigének identifikálására antiszérumokat alkalmaztak. Az allergén vagy xenogén eredetű antitestek alacsony tisztasági fokuk miatt

magukban hordozzák a hamis pozitív reakciók lehetőségét. Ennek elkerülésére a szerző felhasználta a Köhler és Milstein által 1975-ben kifejlesztett módszert, amelynek segítségével a szomatikus sejthibridekből monoclonális antitestek nyerhetők. Így klónozott, élő ráksejtekkel immunizált egér immunocytáit myelomasejtekkel egyesítette polietilénlikol jelenlétében. Mialatt a lépsejt az antitesttermelés jegeit viszi át az újonnan képződött sejtbe, a myelomasejtek a szaporodását származtatják át. Az így létrehozott sejt mind az antitesttermelésre, mind a szaporodásra alkalmas válik. A nem, vagy rosszul fuzionáló sejteket HAT-szelekció révén eltávolítják. A klónizáláshoz az egyes hibrideket szeparáltan továbbtenyésztik úgy, hogy minden klón antitest fajlagosságát külön ellenőrizni lehet. Így a termelt antitestek kizárólagos monospecificitását sikerült biztosítaniuk. Ezzel a módszerrel lehetővé vált Braunnak az Epstein-Barr-vírussal kapcsolatba hozott naso- és oropharynxcarcinomák vonatkozásában az antigensubpopulációk meghatározását illetően az első lépéseket megtenni.

Therapiás téren a szerző az eljárást gégecarcinomák ellen monoklonális immunotoxinok kifejlesztésére is felhasználta: nagytoxicitású, kötődő és aktív egységéből álló sejtmeleg — pl. ricin-kötődő részét — monoklonális antitesttel helyettesítette. Az ennek eredményeként létrehozott monoklonális magas aktivitású immunotoxin fajlagos szelektivitással rendelkezik a ráksejttel szemben, de az egészséges sejtre ártalmatlan. A fej- és nyaki szolid daganatok chemoterapiájának az említett analógiájára történő kidolgozása révén a gyógyszer magas fokú sejttoxicitását, ill. szelektivitását célzottan a tumorsejt irányába lehetne fordítani.

Barzó Pál dr.

A bőr T-sejtes lymphomájának (mycosis fungoides) a kezelése 13-cis-retinoinó savval. J. F. Kessler és mtsai (Univ. of Arizona Hosp. and Cancer Center, Tucson, USA): Lancet 1983, I., 1345.

Az A-vitamin szintetikus származékairól — retinoidok — kimutatták, hogy a bőrepithel proliferációját gátolják és hatásuk van a T lymphocyták működésére is. Mivel eddig malignus és nem malignus jellegű bőrbetegségekben egyaránt kipróbálták, megnézték, hogy milyen hatása van mycosis fungoidesben.

Négy beteg kapott, átlagosan 2–3 mg/kg Accutant per os naponta. A javulás egy esetben kifejezett volt, de a pruritus és a plakkok kiterjedése másik két betegükben is lényegesen csökkent 4–6 héttel a kezelés elkezdése után. A negyedik beteg pruritus is csökkent, de

a fokozódó hámlás és a bőr száradása miatt az adagot csökkenteni kellett. Egyik esetükben kissejtes tüdőrák miatt kellett a kezelést abahagyni. A gyógyszer hatása átmeneti, mert amint megszakították a kezelést, az elváltozások recidiváltak.

Újabban, mycosis fungoidesben a killer lymphocyták aktivitásának a csökkenését észlelték, ezenkívül leukaemiás és nem leukaemiás T-sejtes lymphomákban is. Az még kérdéses, hogy a retinoidoknak van-e hatása a killer sejtek aktivitására, de más jellegű immunológiai hatást már ki tudtak mutatni: fokozzák az antigén specifikus, cytotoxikus T-sejtes aktivitást és fokozzák a thymus és tonsilla lymphocyták blastogenesisét, ezzel szemben a lép és a vér lymphocytáira nincs hatásuk. A kérdés koránt sincs lezárva, hiszen további klinikai és immunológiai vizsgálatokra lesz szükség a hatásmechanizmus megértéséhez.

Bán András dr.

Systemás gombás megbetegedések haematológiai neoplasiákban.

Stahel, R. A. és mtsai (Dep. f. inn. Med. und Pathol. Inst., Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 44.

Az utóbbi nyolc évben (1973–1981) a systemás mycotikus infekciók (SMI) száma jelentősen megnövekedett. Világszerte a különböző nagyobb autopsziás centrumokban a SMI emelkedését (28–32%) észlelték, ami valószínűleg egyrészt az agresszív cytostatikus kezeléssel kapcsolatos granulocytopeniára, másrészt a granulocytopeniás betegeken következetesen alkalmazott antibiotikus terapiára vezethető vissza. A szerzők ez irányú vizsgálataikban 270 haematológiai neoplasiás betegből 27 esetben találtak autopsziában SMI-t: 16 aspergillosis, 6 candidiasis, 1 aspergillosis és candidiasis, továbbá 4 mucormycosis. Az első hat év alatti 6%-os gyakoriság az utóbbi két évben 25%-ra emelkedett. A kórházi kezelés alatti új fertőzésre utaltak az antibiotikus kezelés alatti láz és a friss mellkasi infiltratum. A klinikailag gyanított SMI diagnózisát 16 esetből csak 6 esetben sikerült mikrobiológiailag megerősíteni. 12 betegüknél volt a SMI halál fő oka. A nem specifikus klinikai leletek, a nehéz mikrobiológiai bizonyíthatóság és a SMI végzetes lefolyása szükségessé teszi, hogy az antibiotikus kezelés alatti lázas granulocytopeniás betegeket a klinikai gyanú felmerülése esetén következetesen antimycotikus kezelésben részesítsük.

ifj. Pastinszky István dr.

Az operált hörgőrák prognózisa. Harnoss, B.—M. és mtsai (Chir.

Klin., Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin): Med. Klin. 1983, 78, 154.

Ezelőtt 130 évvel R. Virchow négyéves (1852–1856) kórboncolási anyagában egyetlen bronchus carcinomát sem talált. Ma viszont az NSZK-ban évente 24 000 ember hal meg tüdőrákban. A megelőzés ma még alig eredményes; tüdő-tumorerő incidenciájának az inhalációs carcinogenekkel, főleg a cigarettázásával való összefüggését számos statisztika egyértelműen bizonyítja és remélhető, hogy az intenzívebb felvilágosítás ezen nomenklaturájának javítani fogja.

A manifest tumor korai felismerésében változatlanul a röntgendiagnosztika dominál; már 1,5 cm átmérőjű daganatok kimutatása lehetséges, de a tumor diagnózisa bronchosopia vagy thoracotomia után kórszövettanilag erősíthető meg. Az NDK-ban nagyobb népességi csoportok rendszeres évi szűrővizsgálataival a malignus tüdődaganatok operabilitását 15–20%-kal, illetve a túlélési arányt mintegy 38%-kal javították. A köpet-cytologia a tumor centrális lokalizációja esetén 95%-os találati biztonsággal, azonban a perifériás elhelyeződésű daganatok esetén ez az arány már jóval kisebb.

A hörgőrákos beteg sorsát a diagnózis időpontja dönti el; sajnos, 50–70%-ban a beteg már ilyenkor inoperabilis. 15 német klinikáról összegyűjtött 4690 hörgőrákos beteg adatai szerint a 70 év feletti megbetegedettek száma egyre inkább emelkedik. A tüdőrákos nöbetegek prognózisa valamivel jobb a férfiakénál: az öt éves túlélési arány nőnél 34%, a férfinnál 27%.

A tüdőrákos nöbetegek legtöbbször fiatalabbak, mint a férfiak. Túlnyomóan gyakori az adenocarcinoma, a laphámrák ritkább. A daganat főleg perifériás elhelyeződésű. A hilus-közeli daganatok általában korábban okoznak klinikai tüneteket. A jobb felső lebeny daganatai viszonylag a legjobb kórjóslatúak. A centrális tumorok incidenciája gyakoribb, viszont a perifériás daganatok resectió aránya magasabb, amiből ezek előnyösebb operabilitása is magyarázható. A korai szakban a daganattípusnak a kórjóslatra nincs döntő befolyása; viszont már az előrehaladt stádiumban a daganat szöveti jellege befolyásolja a remélhető élettartamot: a laphámrák viszonylag a legkedvezőbb, az adeno- és nagysejtesé kevésbé rossz, a kissejtes hörgőráké pedig a legmagasabb malignitású az összes tüdőrák között: gyakran hilaris vagy parahilaris elhelyeződésűek és a diagnózis felállításkor már 45%-ban távoli áttételek vannak. A laphámrák a leggyakoribb tumortípus és főleg a hilusok közelében helyeződik el. A nők és nem dohányzó adenocarcinomája előszeretettel perifériás lokalizá-

ciójú. A mediastinális nyirokcsomók áttétele nem szól még a műtét ellen. Csak a műtétől lehet az élet meghosszabbítását valószínűsíteni, éppen ezért még magasabb életkorban is a műtét javallata mérlegelendő. A lehetőség szerint inkább lobectomia ajánlatos a pneumectomia helyett.

Végeredményben az operált bronchus carcinomák prognózisa továbbra sem kielégítő, hiszen a diagnosztizált betegek több mint 90%-ban, az operáltak 70%-ban nem élnek öt éven túl. A praeeoperatív diagnosztika, a műtét technika és a perioperatív letalitás az utolsó két évtizedben jelentősen javult. A kockázatos (65 év feletti) betegek egyidejű szaporodása miatt azonban alig javult az összes operált betegek összprognózisa. Jelenleg csak a veszélyeztetett népcsoportok rendszeres megelőzési eljárásai vezethetnek ezen betegség kórjólátának további javulására.

ifj. Pastinszky István dr.

A hörgőn át tüvel végzett leszívás jelentősége a hörgőrák kórismézésében és stádiumának megállapításában. Wang, K. F. és mtsa (Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland): Amer. Rev. Resp. Dis. 1983, 127, 344.

Az Amerikai Rák Társaság véleménye szerint az új tüdőrákos betegek száma 1982-ben 129 000 lesz. Ezek többsége valószínűleg már a kórisme megállapításakor nem lesz műtétre alkalmas. Eddig ugyanis sajnálatosan a klinikai, a röntgen- és a bronchoszkópos vizsgálattal műtétre alkalmasnak tartott betegek 30–40%-ának gátoráttétre gyanús elváltozása volt. Az áttétet mediasztinoszkópiával, a gátor vagy a mellkas feltárással igazolták. A szerzők kísérletet tettek arra, hogy ezeket a súlyos beavatkozásokat fiberoptikus bronchoszkópia közben a légszó, a hils körüli, valamint a mellcsont alatti tájon levő nyirokcsomók tübiopsziával végzett leszívásával pótolják.

Ezeket a vizsgálatokat 1981 január és szeptember között 29–91 éves, 35 betegen végezték el, akiket a mellkasröntgen és a bronchoszkópos lelet alapján 4 csoportba soroltak.

Az 1. csoportban 18 betegnek kóros volt a gátor röntgenlelete a tüdőállomány elváltozásával, vagy anélkül. 13 betegen a légutak normálisak, 4-ben kívülről kissé összenyomottak voltak szélesebb mellcsonttéllel. Az utóbbi 4 beteg kefével vett hörgőnyálkahártya-biopsziája normális volt. 15 beteg közül 11-ben, 73%-ban tübiopsziával hörgőrákot kórisméztek. 2 beteg előbbi negatív biopszialelete ezzel a technikával pozitív lett. 2 beteg rákkórisméjét csak műtéttel

sikerült igazolni. Egy tübiopsziával negatív beteg a további vizsgálatokba nem egyezett bele. A 18 beteg közül tehát valóban pozitív volt a lelete 11 betegnek: egyben pikkelyes, 3-ban kis-, 4-ben nagysejtes rákot, 3-ban pedig adenocarcinomát kórisméztek.

A 2. csoportban 10 beteg rákkórisméjét a tüdőállományból kisérelték meg igazolni. Ez 2 betegben előzőleg köpetcitológiai, ill. a bőrön át végzett tübiopsziával már sikerült is. 8 beteg közül a gátor röntgenlelete 5 betegben normális, egyben kóros és kettőben bizonytalan volt. A kóros és a bizonytalan gátor röntgenleletű 3 betegnek a tüdőbiopszia lelete pozitív volt. A normális gátor röntgenleletű 5 beteg közül egynek kissesjtes hörgőrákja volt, 4-nek pedig valóban negatív volt a tüdőbiopszia lelete.

A 3. csoportban 4 betegnek már előzőleg kezelt kissesjtes hörgőrákja volt kóros gátor röntgenlelettel. Közülük a hörgőn át végzett tübiopsziával két betegben sikerült igazolni a kissesjtes hörgőrákot.

A 4. csoportban 3 beteg hörgőjében láttak a bronchoszkóppal elhalásos daganatot. Közülük kettő bizonyult tübiopsziával hörgőrákosnak.

Szövödményként a beszúrás helyén a hörgőből mindegyik beteg hörgőjéből rendszerint csak 2–3 percig tartó enyhe vérszivárgást észleltek, kisebb vérmennyiség leszívására csak 3 betegen került sor.

Véleményük szerint a hörgőn át végzett tübiopszia pótolhatja a súlyos műtét beavatkozást minden olyan betegen, akinek a gátor röntgenlelete kóros, a kefével, a fogóval vett biopszia lelete negatív volt, ha a daganat elsődleges voltát kiséreljük megállapítani, valamint, ha negatív gátor röntgenlelet és daganatátét gyanúja esetén az elsődleges hörgőrák elhelyezkedését, nagyságát és sejt típusát akarjuk megismerni.

Pongor Ferenc dr.

Kissesjtes tüdőrák. Sorozat bronchofiberscopos és fényképes dokumentáció — a híd-jel. Nakhosteen, J. A., Niederle, N. (University Hospital, Hufelandstr. 55, 4300 Essen): Chest, 1983, 83, 12.

A bronchofiberscop alkalmazásával jelentősen mérséklődtek a betegeket a hörgőtükrözéskor ért megterhelések és szövödmények. Ezért lehetővé vált, hogy a tumoros betegeket a cytostatikus kezelés kapcsán bronchoscoposan rendszeresen ellenőrizzék. A bronchofiberscoppal nagyobb területek tekinthetők át, segítségével folyamatos, az összehasonlításra alkalmas fotódokumentáció készíthető és a daganatos területen mutatózó elváltozások rendszeres biopsziával is ellenőrizhetők.

A szerzők 60, nem előrehaladt stádiumban levő, kissesjtes tüdőrákos beteget kezeltek doxorubicin, cyclophosphamid és vincristin kombinációjával (ACO). A második kúrát követően profilaktikus agybesugárzást végeztek, a negyedik után az elsődleges elváltozás területét irradiálták. Ha a klinikai kép, az EKG cardialis elváltozásra utalt, az ACO-terápiát VP 16–213, metotrexat, valamint CCNU, vagy VP 16–213 és ifosfamid együttesel helyettesítették. A kezelés bevezetése előtt rtg.-felvételt, komputer-tomográfiát is készítettek, a crista iliácából biopsziát, carcinoembrionalis antigén, ACE, α -feto-protein, human chorion-gonadotropin, parathormon, calcitonin meghatározásokat, csont, lép és agy scan vizsgálatokat végeztek.

A biopsia fiberscop, vagy nyitott végű bronchoscop segítségével történt. Az ellenőrzés és a dokumentációhoz különleges, a használatban levő típusokhoz viszonyítva fényerősebb bronchofiberscopot alkalmaztak képnagyító adapterrel, 400 ASA-érzékenységű színes filmmel. Az említett eszköz azonban csak kefe-biopsziára volt alkalmas. Összesen 152 bronchoscopos beavatkozásra került sor, szövödmény nem fordult elő. A négy kezelési ciklus lefolytatása után 9 betegen részleges remisszió következett be. Ezekben bronchoscoposan a daganat 8 esetben volt kimutatható, egy betegükben a központi elváltozás javulása ellenére a perifériás tumor a rtg.-filmen perzisztált. Klinikailag és radiológiailag 51 betegen tudtak teljes remissziót kimutatni. Az utóbbi endoscopos és citohisztológiaiilag 32 esetben lehetett alátámasztani. Hat betegen (18%) volt residualis daganat bronchoscoposan, valamint citohisztológiai vizsgálattal igazolható. A kiegészítő radioterápia befejezésekor, a további bronchoscopiák során, az említett betegek közül hatban érték el komplett remissziót. A chemoterápiát és radioterápiát követően, 12 betegen végzett újabb vizsgálataik alkalmával csak egyben találtak residualis tumort. Az említett kezelések után makroszkóposan 24 alkalommal ítélték az elváltozást daganatosnak, amelyet a citológiai és szövettani vizsgálat 21 (87%) esetben erősített meg.

Azon csoportban, amelyben makroszkóposan, szövettanilag vagy citológiailag is bizonyítottan residualis tumort észleltek, a betegek 16%-ában álltak fenn a teljes remisszió klinikai és rtg.-jelei. A röntgenkép tehát továbbra is a relapsus megbízható indikátorának tartható, ezért a bronchofiberscopia megismétlése regatív rtg.-kép mellett csak akkor indokolt, ha a klinikai tünetek, vagy az egyéb vizsgálati adatok a daganat kiújulására utalnak. A teljes remisszió jeleként endoscoposan a tumor helyén képződő hegesedést és behü-

zódást, pseudomembrán megjelenését, a hegesezés területén ívszerű fibrotikus szövetszaporulat kialakulását tartják legfontosabbnak, mely utóbbit a szerzők tudomásuk szerint először észleltek és híd-jelnek (bridge sign) nevezték el. Az említett képletek szövettanilag és cytologiaiailag negatívak voltak. Az átlagos túlélést illetően a híd-jellel rendelkező betegek nem tértek el az átlagtól, ezért prognosztikailag az elváltozás nem értékelhető.

A rutinszerűen végzett sorozat bronchofiberscopia tehát alkalmas a kissejtes tüdőrák kezelésekor a tumor helyén beálló változások nyomkövetésére, segítségével kiválaszthatók a chemoterápiára jól reagáló betegek, az esetleges gyógyszer-resistentia már korán felfedhető, ezáltal a kezelés módosítására időben lehetőség nyílik.

Barzó Pál dr.

A tüdő adenocarcinómája: változó, pleomorf jellegű tumor. Woodring, J. H., C. B. Stelling (University of Kentucky Medical Center, Lexington): Amer. J. Roentgenol. 1983, 140, 657.

A tüdő adenocarcinómája a régebbi adatok tükrében többnyire perifériásan, esetleg subpleuralisan elhelyezkedő, magányos daganatként volt ismeretes, mely viszonylag ritkán terjedt a hilusra és a mediastinumba. Korábbi statisztikák szerint hilusi előfordulása 18, mediastinura terjedése mindössze 2%-ra tehető. A tüdőrákesetek szaporodásával párhuzamosan ez a kép is változik. Gyakoribbá vált az adenocarcinoma, és röntgenképi megjelenése is változott. Szaporodásának a dohánnyal való összefüggése kétségtelennek látszik. Ennek prognosztikai jelentősége az, hogy az adenocarcinoma gyógykilátásai lényegesen rosszabbak a lap-hámrákóknál, náluk csak a kissejtes hörgőrák kórjólata kilátástalannabb. A szerzők 100 elsődleges tüdő adenocarcinoma esetet tanulmányoztak. Betegeik életkora 33–73 év, gyakoriság maximummal a 7. életévétizedben. 40 esetben egyedülálló perifériás daganatot láttak, mely a röntgenképen az esetek csaknem felében élesen határolt. 12 esetben a perifériás tumor mellett centrális beszűrődés is volt. 28 betegnek csak hilusi vagy mediastinális daganata volt. 1 betegben csak multiplex perifériás gócot láttak, 6 betegben ugyanezt centrális daganatos elváltozás mellett. Önálló alveolaris-beszűrődés 8 betegben fordult elő, ugyanez centrális beszűrődéssel 5 esetben. 13 röntgenfelvételen mutatják be az egyes jellegzetes típusokat. Ezek a képek megerősítik azt az eddig is nyilvánvaló tényt, hogy a mérszartalmú hamartomától az idült pneumonián át a cavitáló betegségformáig nincs olyan kórformátum, melynek

képét ne utánozhatná a tüdőrák. Az adenocarcinoma tehát rendkívül változatos képpen jelenhet meg, eltérően a régebbi elképzelésektől. Ennek oka egyértelműen nem tisztázott. Részben közrejátszhat a kór-szövettani kritériumok némi változása az elmúlt időszakban, de ez önmagában sem a pleomorfizmust, sem a gyakoribbá válást nem magyarázhatja.

Lacszay András dr.

Daganatos betegek anamnesisében ritkák a fertőzések. Remy, W. (Poliklinik der Technischen Univ., München): Med. Klin. 1983, 78, 95.

Az onkológiai munkakörben dolgozó orvosok gyakran tesznek említést arról, hogy a rákbetegnek azt hangsúlyozzák, hogy megelőzőleg semmi komoly megbetegedésük nem volt. A tanulmány ezt a megfigyelést igyekszik objektíválni. Az utóbbi tíz évben 110 kórsvetettanilag igazolt különböző malignomában szenvedő beteget és 126 nem daganatos egyént kérdeztek ki ún. nem specifikus fertőzés: hűléses betegség, láz, szervi fertőzőes betegségek előfordulási gyakoriságát illetőleg. A daganatos betegeknek mindhárom felsorolt parameter statisztikailag egyértelműen kisebb gyakorisággal fordult elő, mint a kontrollszemélyeknek. Ezen megállapítás értékelésében fennáll az a lehetőség, hogy a kisebb fertőzési arányszám a csökkent fertőzési hajlamosság a daganatos betegség további jelét képezhetné.

Más oldalról viszont az oki összefüggés kérdése az immunológia (interferon) korszerű szemléletében is értékelendő; nevezetesen ugyanis az artificialis emberi influenzafertőzések kapcsán fokozott interferon-képződést sikerült kimutatni. Ha pedig az interferonok rákgátló hatást fejtenek ki (pl. a természetes killer-sejtek stimulációjával), és a vírusindukált hűléses megbetegedésekben az interferon-képződés fokozott, úgy vitatható, hogy olyan egyéneknek, akik gyakrabban betegednek meg hűléses megbetegedésekben, antitumorális effektus alakul ki a neoplasia képződésének viszonylag csekélyebb veszélyével.

ifj. Pastinszky István dr.

C-sejt-rák daganatjelzői. Raue, F. és mtsai (Abt. Inn. Med. VI. der Universität Heidelberg): Dtsch. Med. Wschr. 1983, 108, 283.

A C-sejt-carcinoma a pajzsmirigy parafollicularis sejtjeinek rosszindulatú elfajulása; fejlődés-tanilag ideg (crista neuralis) eredetű. Szövettanilag az ún. APUD-rendszerhez tartozik, amely a hormonok és egyéb anyagok egész sorát választja el, amelyek emelkedett szintben a vérszában és immunhistológiailag a daganatszövetben is megtalálhatók (calcitonin, ACTH, serotonin, prostaglandin, „nerve growth factor”, P-substan-

tia, enzimek: histaminase, L-dopa-decarboxylase, valamint tumor-associált antigének, mint a carcinoembryonalis antigen).

A C-sejt-rákszövetben termelt és a vérkeringésbe jutó anyagok igen jelentősek a daganat felismerésében („tumormarker”-ek). A szerzők 46 C-sejt-carcinoma esetükben vizsgálták a serum calcitonin szintjének emelkedését, az adrenocorticotrop-hormont (ACTH), a carcinoembryonalis antigént (CEA) és a „Tissue Polypeptide Antigen”-t (TPR). Ezen tumor-markerek értékét a C-sejt-rákban a calcitoninnal hasonlították össze. A kórosan emelkedett értékek gyakorisága a következő: calcitonin 93%, CEA 73%, TPA 17% és ACTH 8%. A calcitonin- és a CEA-értékek között pozitív korreláció mutatkozott; emellett a calcitonin-, illetve a CEA-tükör a klinikai stádiumhoz arányosultak. A szelektív venakatheterezés esetén a calcitonin-meghatározás előnyösebbnek bizonyult a CEA-nál. A folyamat lefolyásának ellenőrzésében és a kezelési eredmények megítélésében a CEA-meghatározás kiegészíti a calcitonin mérést. A specificitást és sensitivitást illetően a C-sejt-rákban a calcitonin-szint meghatározás minden egyéb tesztet felülmúl.

ifj. Pastinszky István dr.

A Hodgkin-kór urológiai megnyilvánulásai. Ridmüller, H. és mtsai (Urol. Klinik. und Abt. f. Hämatologie der Univ. Mainz): Med. Klin. 1983, 78, 164.

A korszerű diagnosztikai és terápiás eljárások bevezetésével a Hodgkin-kór (H-k.) prognózisa az utolsó két évtizedben döntően javult és ma már az összes H-k.-betegnek több mint 90%-ában komplett remissio érhető el. Az alapteregség növekedő leküzdésével egyre nagyobb jelentőségűek azon szövődményes kísérő betegségek, amelyek a kezelés folyamán elsődlegesen vagy másodlagosan léphetnek fel.

A szerzők retrospektív tanulmányukban 262 H-k.-betegben vizsgálták az urológiai megnyilvánulások gyakoriságát és szövődményeket. 102 betegben találtak ilyen fajta kísérő jelenségeket, ebből 11,8% a vesében, 15,3% az ureterben és 16% a húgyhólyagon jelentkezett. A parenchymás és az üreges szervek mechanikus elváltozásait a H-k.-lymphomák elsődleges elváltozásai metastasisos jelenségek, vagy összenyomódás idézték elő. Ezeket elkülönítendő a kezelési folyamatban a fokozott sejtsejtéses folytán fellépő következményes elváltozások (urát-nephropathia, nephrocalcinosis, nephrosis, urátlithiasis), illetve a polychemotherapián alapuló direkt károsodások (cystitis haemorrhagica, hólyagdaganat). A H-k. urológiai szövődményeinek ismerete és

gyógyítása a haematológus és az urológus együttes munkáját kívánja.

ifj. Pastinszky István dr.

Endokrinológia

Paroxizmális pajzsmirigyduzzadás — egy elfelejtett fizikális jel phaeochromocytomában. Buckels, J. A. C. és mtsai (Walsgrave Hospital, Coventry): Brit. med. Jour. 1983, 287, 1206.

A phaeochromocytoma okozta paroxizmális tenzióemelkedésekkel együttjáró akut thyreoidea-duzzadást már 1937-ben leírták. A jelenleg általánosan használt orvosi tankönyvek nem tesznek említést róla. A szerzők 46 éves férfi betegük között esetében egy régebbi, saját tapasztalat alapján gondoltak phaeochromocytomára.

A beteg intermittáló — percek alatt kialakuló és pár óráig tartó — nyaki duzzadásokról és toroktáji teltségérzésről panaszkozott. E tünetek egy év óta, változó gyakorisággal jelentkeztek. Leggyakrabban heti 4 alkalommal, legritkábban 3 havonta egyszer fordultak elő. Egyéb tünet nem volt. Vizsgálatkor normális nagyságú pajzsmirigyet és 120/80 Hgmm-es vérnyomást regisztráltak. Vérékép, pajzsmirigy-funkciós tesztek, laryngoscopia, computer tomographia, vizelet metanephrin-értékek normálisak voltak. A paroxizmus jelentkezésekor a beteg elsápadt, izzadt, a nyak elülső része megduzzadt, mintha golyvás lenne. A vérnyomás 170/80 és 220/110 Hgmm közötti volt, vizeletében a metanephrin ürítése emelkedett. Hasi computer tomographia a jobb mellékvese megnagyobbodását mutatta. Labetolol-velemben a szövettanilag benignus phaeochromocytomát eltávolították. A posztoperatív szak zavaratlan volt. Műtét óta egy év telt el, a beteg normotenzív és nincs már nyaki duzzadása.

A phaeochromocytomák főleg noradrenalin szekretálnak, ez megnövelheti a pajzsmirigy vérátáramlását és valószínűleg ez okozhatja a thyreoidea tapintható duzzanatát a rohamok alatt.

Szalóki Tibor dr.

Pajzsmirigybetegségek ultrahang diagnosztikája. Gersmann, A. (Med. Klinik der Städtischen Kliniken Dortmund): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 953.

A pajzsmirigy felületes topographiai helyzeténél és a parenchymás szervstruktúrájánál fogva alkalmas a nem invazív és sugárterheléssel nem járó sonographiás diagnosztikai vizsgálatokra, valamint a folyamat további ellenőrzésére. A sonographiás (mind a Compound-, mind a Real-Time-készülék) vizsgálattal, mind a haránt-, mind a

hosszanti metszetben a thyreoidea konfigurációja, nagysága, határai, a szomszédos erekhez való viszonya, valamint a finom struktúrája megítélhető. A normális pajzsmirigy echostruktúrája kifestően homogén.

A vizsgálatok javallatai: 1. *Enyhe diffúz golyva* (struma diffusa „blanda”): homogén echostruktúrával, gyakran echo-szegény zónák, a regressív elváltozások felismerhetők. 2. *Cysták*. Echo-mentes élesen határolt területek; a felismerhetőség határa 0,5 cm. A cysták 1—3%-ában malignitással kell számolni; a cysta további tisztázására a finomtű-punctio szolgál. 3. *Thyreoiditis, hyperthyreosis, struma diffusa*. Thyreoiditis esetén az egész pajzsmirigyre terjedő echo-szegénység áll fent; az egyes formái sonographián nem különíthetők el. A struma diffusa hyperthyreotica esetében a pajzsmirigy struktúrája általában echo-szegény szerkezetű apró intenzitás-szegény echo-részekkel. Ilyen típusú sonographiás lelet található kb. 70%-ban a struma hyperthyreotica diffusa-ban és 90%-ban az autoimmun thyreoiditis esetén. 4. *Adenoma, carcinoma és egyéb infiltratív folyamatok*. Az autonóm adenomában kerek, körülrít, elhatárolt echo-szegény terület van; a kórisme scintigraphiával együtt állítandó fel. A pajzsmirigy-rák sonographiája ellenben jellegzetesen szabálytalanul echo-szegény terület. A diff. diagnoszisban az autonóm adenoma, focalis thyreoiditis, m. Hodgkin, m. Boeck kerülnek szóba.

Különösen lényeges a scintigraphiás „hideg” csomók identifikálása. Sonographián a cysta, scintigraphián nem tároló solid csomók és a thyreoiditis különíthetők el. A dekompenzált adenomában a suprimált pajzsmirigyszövet felismerhető. A juvenilis struma és a terhesség esetén a sonographia a pajzsmirigy-diagnosztikában legtöbbször feleslegessé teszi a scintigraphiát. Egyedüli csomók esetén mindkét eljárás alkalmazandó.

A finomtű-punctio célja, hogy a pajzsmirigy sokféle elváltozásából a malignitást felfedje. A hideg csomók esetén a malignitás 5—25%-ra tehető. A cysták tartalmát teljesen ki kell üríteni és cytológiailag megvizsgálni; a malignomák diagnózisának találati biztonsága 65—90%; a hamisan nemleges leletek rendszerint a hibásan végzett punctiók következményei.

ifj. Pastinszky István dr.

Izomorfologia és anyagcsere a hypothyreoid miopátiában: a kezelés hatása. Khaleeli, A. A. és mtsai (Univ. Coll. London, School of Med., WC1E 6JJ): J. Clin. Pathol. 1983, 36, 519.

Vastus lateralis túbiopsziát végeztek 11 betegen, s az átlagosan 9,2 havi 1-thyroxin-kezelés és to-

vábbi 4,5 havi euthyreoid állapot után megismételték azt. Az erőmérések, a magas kreatinín és az elektromyográfia utalt a miopátiára. Egy betegen Hoffman-szindróma (vastag lábszár- és combizomzat), kétfő izomvékonyodás volt látható.

A II. (gyors) rostok mikroszkópos atrófiája a leggyakoribb, és az eredményes kezelés után is megtalálható hisztokémiai jel. A gyors rostok átlagos aréa a normális női izomban 3260, hypothyreosisban 2580, euthyreoid állapotban 2010 μm^2 volt. A széles, lassú rostok (5840) kezelés után megkisebbedtek (3830), de így is szélesebbek a kontrollhoz képest (3260 μm^2).

A mitokondriális enzimek aktivitása mintegy egyharmada a normálisnak, hypothyreosisban.

Apor Péter dr.

Az elsődleges aldosteronismus kezelése trilostannal. Winterberg, B., H. Vetter (Med. Univ.-Poliklinik, D-4400 Münster): Schw. med. Wschr., 1983, 113, 1735.

A trilostan a 3 β -hydroxysteroid dehydrogenase enzimrendszer kompetitív gátlója. Ez az enzimrendszer a mellékvesekéregben és a gonádokban található. Gátló hatása folytán csökkenteni képes a cortisol, aldosteron és az androszteron képződését, s ezt a hatását terápiás jelleggel hasznosítani lehet elsődleges aldosteronismusban szenvedő betegek kezelésében, így kétoldali mellékvesekéreg hyperplasiákban és valamilyen okból nem operálható és aldosteront termelő tumorok esetében.

A szer nincs még közfoglalomban, így a münsteri szerzők is csak kísérleti jellegű vizsgálataikról számolnak be, melyeket 5 hyperaldosteronismusban szenvedő betegen végeztek, megfigyeléseik 12 hetes terápiás kísérletre terjedtek. A diagnosztikát a plazma aldosteron-, renin- és cortisol-meghatározások mellett computertomographiával és scintigraphiával erősítették meg. A trilostan napi adagját 120 mg-tól addig emelték hetenként, amíg a kívánt gátló hatás jelei nem mutatkoztak, a legmagasabb napi adag 900 mg volt. Átlagosan 288 mg/die mennyiségben a trilostan az emelkedett plazma aldosteron-szintet normalizálta, a cortisol-szint is csökkent, hypocorticismus jeleit nem észlelték. Az aldosteron-szintjének csökkenése már kétheti kezelés után mutatkozott, a serum kálium-tűkőr és a vérnyomás valamivel később vált normálissá. A vártak megfelelően alakult a plazma renin-aktivitása: a 12 hetes terápiás kísérlet végére háromszorosára növekedett. I beteg kivételével a betegek emelkedett vérnyomása a kezelés hatására csökkent, ennek az egy betegnek captopril és minoxidil sem befolyásolta magas vérnyomását, a trilostan-terápia során a korábban használt antihy-

pertensivumokkal együtt csak diszkrét vérnyomásesőket figyelt meg.

Két beteg említett hasmenést, ez a szer adagjának emelésekor lépett fel, de nem volt jelentős és nem tette szükségessé a kezelés abbahagyását. Egyéb nem kívánt hatás nem jelentkezett.

Az eredmények alapján a szerzők a szórványos irodalmi adatokkal egybehangzóan a trilostant ígéretes szernek tartják az elsődleges hyperaldosteronismus kezelésében.

Iványi János dr.

Elsődleges hyperaldosteronismus: CT, mellékvese venographia és vénás vérmintavétel összehasonlítása. Geisinger, M. A. és mtsai (Cleveland Clinic Foundation, Cleveland): Amer. J. Roentgenol. 1983, 141, 299.

Az elsődleges aldosteronismus kórisméjének alapja a plasma és vizelet emelkedett aldosteronszintjének kimutatása. Oka leggyakrabban mellékvese-adenoma. Ezek többnyire kicsi, 0,5–3,5 cm átmérőjű daganatok az egyik mellékvesében. Ritkábban kétoldali mellékvese-hyperplasia áll a háttérben, és még ritkább ok többszörös vagy kétoldali mellékvese-adenoma. Az emelkedett aldosteronszint kimutatása eldöntendő, adenoma vagy hyperplasia okozza-e a kórképet. Adenoma esetében műtéti eltávolítás, hyperplasia esetén konzervatív kezelés célszerű.

A szerzők ezen a téren a CT, a mellékvese venographia és a mellékvese vénás véréből végzett aldosteron-szint meghatározás hatékonyságát hasonlították össze 29 elsődleges hyperaldosteronismusban szenvedő betegben. 23 betegnek aldosteronmája volt, hatnak kétoldali mellékvese-hyperplasiája. 23 adenoma közül 16 volt kimutatható CT-vizsgálattal. A CT eredménye gyanús volt további 2 esetben, nem volt kórosan értékelhető ötben. Az újabban rendelkezésre álló nagy feloldóképességű CT-technika eredményei valamivel jobbak, de általában az 1 cm-nél kisebb átmérőjű daganatok nem mutathatók ki ily módon. A mellékvese vénás véreinek vizsgálata alapján 22 esetben sikerült az adenoma helyét megállapítani, ez bizonyult a leghatékonyabb módszernek 96% találati biztonsággal. A venographia 18 adenoma kimutatását tette lehetővé, de tévesen adenomára utalt 2 hyperplasia-esetben is. A CT- és a vénás vérmintavizsgálat nem adott téves pozitív eredményt.

A célszerű vizsgálati menetrend a CT-vizsgálattal kezdődik. Amennyiben ennek eredménye nem kielégítő, elvégzendő a vénás vérmintavétel. A venographiának önmagában nincs különösebb értelme, inkább a mintavétel során a lokalizálásban segít.

Laczay András dr.

Corticotropin releasing factor: új eszköz a Cushing-szindróma differenciáldiagnózisában. Müller, O. A., Stalla, G. K., von Werder, K. (Medizinische Klinik Innenstadt, Univ. München, D-8000 München 2): J. Clin. Endocrinol. Metab. 1983, 57, 227.

1981-ben Vale és mtsai izoláltak egy 41 aminosavas peptidet juh hypothalamusból, amely minden tekintetben megfelelt a régen keresett CRF-fel szemben támasztott követelményeknek. A szerzők e közleményükben bemutatják, hogy a szintetikus CRF jól használható a Cushing-szindróma differenciáldiagnózisában.

10 jól dokumentált Cushing-szindrómást (11–69 évesek) vizsgálták; 7 ACTH hypersecretio (radiológiailag normális sella, bilaterális mellékvese-hyperplasia), 1 ACHT-t termelő cc, 1 benignus mellékvese-adenoma és 1 lassan növekvő mellékvese cc. volt közöttük. A betegeknek egyszerre adtak be iv. 100 µg CRF-t. A plazma ACTH-és cortisol-tartalmát radioimmunoassay-vel mérték.

Az ACTH-kezelés előtti plazmaszint csak 3 hypophyzer ACTH túltermelő betegben volt emelkedett. CRF-kezelés hatására azonban mind a 7 betegben lényegesen magasabbra emelkedett az ACTH-koncentráció, mint az egészséges kontrollokban. Az ectopiás ACTH-t termelő beteg ACTH-szintje extrém magas volt (1200 pg/ml) és nem reagált CRF-re. A mellékvese-adenomás és carcinomás betegekben az ACTH-szint erősen csökkent volt, és nem emelkedett CRF hatására. A plazma cortisol-értékek az ACTH-értékekkel párhuzamosan változtak a kezelés során.

Azokban a betegekben, akikben hypophysis mikroadenoma okozta a Cushing-szindrómát, az adenomektomia után végzett CRF-teszt normális ACTH-választ eredményezett, ami bizonyítja, hogy a korábbi kóros ACTH-válasznak a tumor volt az oka. A CRF-teszt segítségével biztonsággal el lehetett különíteni a mellékvese eredetű hypersecretiót, mivel ezekben az esetekben CRF hatására nem emelkedett a plazma ACTH-szintje. Az ectopiás ACTH-t termelő beteg esetében CRF nem fokozta tovább az ACTH-koncentrációt, de korábbi vizsgálatok azt mutatták, hogy Nelson-szindrómában, ahol a plazma ACTH alapszintje ugyanabban a tartományban van, a CRF képes tovább növelni az ACTH-szintet. CRF-teszt segítségével tehát az ectopiás ACTH hypersecretio is elkülöníthető. A CRF-teszt további előnye, hogy mellékhatásai jelentéktelenek a korábban alkalmazott lizin vazopresszinéhez képest.

Dohanics János dr.

Parathyreoidea-adenoma praeeoperatív localisatiós diagnosztikája szelektív nyakvéna szondázás-

sal és parathormonmeghatározással. Kruse, H. P. és mtsai (Abt. f. Klin. Osteologie und Abt. f. Röntgendiagnostik der Universität Hamburg): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 636.

Az elsődleges parathyreooidismusban a mellékpajzsmirigy-adenomák megtalálására különböző vizsgálati eljárások ismeretesek (scintigraphia, angiographia, sonographia, computer-tomographia, radiológia). Különböző irodalmi adatok találhatóak az irodalomban a parathyreoidea-adenoma localisatiójának meghatározási értékéről a szelektív katheterezéssel nyert vénás vérből végzett parathormonmeghatározással.

A szerzők 72 elsődleges parathyreooidismusban szenvedő betegben a nyaki vénák szondázásával nyert vérből próbálták a mellékpajzsmirigy-adenomát lokalizálni. A nyaki és felső thorax-apertúra érterületének katheterezésével az összes esetükben tíz-tíz próbát vettek. A parathormon-meghatározás az igen érzékeny radioimmunoassay-eljárással történt. A 72 esetükből csupán 24-ben sikerült az adenoma oldal- és magassághelyzetét helyesen meghatározniuk; egyedül az oldalmeghatározás 38 esetben egyezett. Ezen egyáltalán nem kielégítő eredmények csak sokkal költségesebb és körülményesebb technikával javíthatók, így csak a már sikertelenül operált betegben kísérlethetők meg. A nem invazív eljárások (pl. ultrahang, CT) végleges értékelése még vita tárgyát képezi.

ifj. Pastinszky István dr.

Phaeochromocytomák és sympathicus paragangliomák. Zollinger, R., Chr. Hedinger (Inst. f. Pathologie der Univ. Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 1057.

A phaeochromocytomák (phc.) és leginkább a has paraaortalis szakaszán elhelyeződő sympathicus paragangliomák (pg.) igen közel állnak egymáshoz, és az utóbbiak, de a phc.-k is chromaffin tulajdonságúak. A parasymphaticus paragangliomák viszont megfelelnek a régebben chemodectomának nevezett tumoroknak. A phc.-k, valamint a lényegesen ritkább sympathicus pg.-k a tumoralis és tipikus endokrin symptomatikájuk folytán klinikailag váratlan helyzeteket idézhetnek elő, azonban az ilyenfajta daganatok dignitásának megítélése a pathologus számára is súlyos nehézségeket okozhat.

A szerzők 1971–1982 közti időszakban 48 phc.-t és sympathicus pg.-t vizsgáltak. 34 betegnél a daganatot műtétilag távolították el, a többi 14 esetben viszont autopsiában észlelték; így ezen tumoroknak a fenti időszakban végzett 19 600 autopsia-számra eső gyakorisága 0.072‰-nak felel meg. A chromaffin tumoros betegek 87,5‰-ában fordult elő phc.; ebből féloldali volt

72,9%, mindkét oldali 14,6%, 12,5%-ban volt sympathicus pg. Malignus metastatizáló chromaffin-tumort a betegek 12,5%-ában találtak. A folyamat dignitási megítélésében az derül ki, hogy a kórszövettanilag malignusnak imponáló tumor nem feltétlenül rosszindulatú lefolyású, és fordítva, a látszólag benignus tumor metastasisokra vezethet. Éppen ezért a kórszöveti diagnózisban óvatosság, a klinikumban pedig hosszan tartó ellenőrzések javallottak. A daganatos betegek átlagos életkora a diagnózis első felállításakor átlag 37,8 év volt; a sympathicus pg.-k átlag 20 évvel korábban manifesztálódnak, mint a phc.-k. A betegek 20,9%-ában típusos járulékos betegségek is mutatkoztak, mint a morbus Sipple, neurofibromatosis Recklinghausen, Hippiel—Lindau-syndroma; ezenkívül az esetek 4,2%-ában a tumorok familiáris előfordulását is észlelték kísérelő megbetegedések nélkül.

iff. Pastinszky István dr.

Regulatorikus peptidok: kules-tényezők a szervezet működésének kontrolljában. Polak, J. M., S. R. Bloom (Royal Postgraduate Medical School, London): Br. med. J. 1983, 286, 1461.

Néhány korábban is ismert peptid mellett a 60-as évektől egyre több olyan anyag vált ismertté, amelyeket regulatorikus peptid (RP) néven foglalnak össze. Ezeket általában a bélben, vagy az agyban mutatták ki először, de gyakorlatilag a szervezet minden szövetében előfordulhatnak és különféle működéseket befolyásolhatnak. Hatásukat 3-féle módon fejthetik ki: 1. klasszikus endokrin hatásmód (a termelődéshelytől távol hat, oda a vérárammal jut), 2. parakrin hatásmód (a termelődéshöz közeli szövetekben hat), ill. 3. transzmitter/modulátor-szerű hatás. Egy adott RP többféle módon is hathat, pl. a CCK keringő hormonként hat az epehólyagra, transzmitterként a központi idegrendszerben. RP-k termelése és felszabadítása endokrin és neurális szövetekben egyaránt történhet. Neuronspecifikus enoláz elleni antitestekkel meghatározva a diffúz neuroendokrin-rendszer (endokrin sejtek+vegetatív idegek+érző idegek) teljes tömege olyan nagy, hogy még további, eddig ismeretlen RP-k létezése feltételezhető. Az egyes RP-k lokalizációja radioimmunoassay és immuncitokémiai módszerek segítségével vizsgálható. A RP-k csoportosítása szerkezeti hasonlóságai alapján lehetséges. A RP-k nagyobb prekursor-molekulákból a translációt követő enzimatis hasítással képződnek. Ezen anyagok megismerésében további eredmények részben a mRNS vizsgálatoktól várhatók, részben farmakológiai vizsgálatoktól: 1. RP-receptorokhoz kötődő anyagok

alkalmazása, mint pl. a naloxon az opioid peptidok esetén, 2. RP-átalakulást befolyásoló anyagok alkalmazása, mint a captopril az angiotensin I.—angiotensin II. átalakulás gátlására, 3. RP-felszabadulást befolyásoló anyagok alkalmazása, mint a különféle RP-k felszabadulását gátló somatostatin, vagy az akut substance P-kidobást eredményező capsaicin.

A szerzők röviden ismertetik néhány fontos gastrointestinalis és neurális lokalizációjú RP általános jellemzőit: VIP (vasoactive intestinal polypeptide): A központi idegrendszerben, perifériás idegekben, a vegetatív idegrendszer „nem-adrenerg—nem-cholinerg” elemiben található. Feltehetően transzmitter-szerűen hat. Hatása vazodilatáció, simaizom-relaxáció, fokozza a szekréciót. *Substance P*: Főleg az érző idegekben, ganglionokban és magvakban van. Szenzoros szerepe mellett vazodilatációt és izomkontrakciót okoz. CCK (cholecystokinin, pancreozymín): Több változata fordul elő a vékonybél mucosában, a központi idegrendszerben és a perifériás idegekben. Hatásai: epehólyag-kontrakció, pancreas enzimszekréció-fokozás, a központi idegrendszerben transzmitter. *Somatostatin*: A gastrointestinalis tractusban, pancreasban, pajzsmirigyben található, részben a mucosában elszórtan levő endokrin sejtekben, részben vegetatív idegekben. Keringő hormonként, parakrin hormonként és neurotranszmitterként egyaránt szerepelhet, hatása gátló. Az STH mellett sok más hormonnak és RP-nak a felszabadulását és hatását gátolja. *Bombesin*: Főként a gastrointestinalis tractusban, pancreasban, agyban, légzőrendszerben található. A somatostatinnal szemben elősegíti a különféle RP-k felszabadulását. Erős trophikus faktor (pancreas, légzőrendszer). *Opioid peptidok*: Kiterjedten előforduló, nagy RP-csoport. Legtöbbjük a bélben, agyban, sympathikus idegrendszerben, glomus caroticumban található. Endokrin és neurotranszmitter hatásuk egyaránt lehetséges. Újabb izoláltak a PHI és a PYY jelzésű gastrointestinalis RP-eket, valamint a NPY jelzésű neuropeptidet, amely az idegszövetben és a szívben található. A szerzők nem térnek ki részletesen az ismertebb *gastrin*, *secretin*, *glucagon*, *GIP* (gastric inhibitory polypeptide), *motilin* és *neurotensin* tárgyalására.

Az ismertett RP-k szerepe egyes szervrendszerekben: *Gastrointestinalis tractus*: A legtöbb RP-t itt fedezték fel. RP-k vagy a mucosa sejtjei között elszórtan elhelyezkedő endokrin sejtekben (gastrin, secretin csoport stb.), vagy a plexus submucosus és a plexus myentericus idegeiben (VIP, substance P, somatostatin stb.), vagy mindkettőben található. A tápcsatorna különféle szakaszain

más-más RP-k a jellemzőek. *Gastrin*: gyomor-duodenum; *secretin*—GIP—CCK—motilin: a vékonybél proximális szakaszai; *neurotensin*: distalis vékonybél; *enteroglucagon*: teljes bélrendszer. Kóros változások: VIP-termelő tumor (vipoma) esetén jellemző az ún. WDHA-syndroma (*watery diarrhoea, hypokalaemia, achlorhydria*); *Hirschprung*-betegségben és néhány más, krónikus obstpációval járó esetben a plexusok károsodását és RP-depleciót (VIP, substance P, bombesin, encephalinok) írtak le; *Crohn*-betegségben a VIP-et tartalmazó bél-idegrostok degenerációja jellemző.

Központi idegrendszer: Kb. 15-féle RP-t találtak, legtöbbet a hypothalamusban, a limbikus rendszerben, a cortexben és a gerincvelőben. *Dale* eredeti elképzelésétől eltérően egy idegsejt nem csupán egyféle anyagot termelhet, így egy-egy idegsejtben belül RP-k és klasszikus neurotranszmitter/modulátor anyagok egymás mellett is előfordulhatnak. Kóros változások: *Alzheimer*-betegségben a kergé somatostatin-szint csökkent; *Huntington*-féle choreában a striatumban a substance P és a CCK-szint alacsonyabb; *schizophreniában* a hippocampus somatostatin és CCK szintje alacsonyabb.

Légzőrendszer: *Bombesin* és *calcitonin* a mucosában diffúzan elszórt endokrin sejtekben található, főleg perinatálisan jelentős. VIP, substance P és PHI elsősorban a felső légutak és az ornyálkahártya innervációjában szerepelhet. Kóros eltérések: fokozott VIP-termelődés rhinorrhoeával járó képeket okoz; a substance P (amely a teljes légzőrendszerben, a bronchusok epithel és simaizom-retegeiben és az ezekben is kimutatható) simaizom-összehúzóást, vazodilatációt okoz és szekréciót fokozó hatása miatt feltehetően az asthma bronchiale pathomechanizmusában is szerepel; neonatális respiratorikus distressz syndromában *bombesin*-hiányt láttak; a *bombesin* trophikus hatása elősegíti a kissejtes tüdőrák növekedését.

Urogenitális rendszer: VIP, substance P, PHI, NPY és somatostatin mindkét nemben nagy koncentrációban van a nem-adrenerg—nem-cholinerg vegetatív és érző idegekben. Substance P van a vaginában, cervixben, ureterben, glans penisben és a hólyagban az epithelium alatt. A VIP és a PHI ezeken kívül a canalis cervicalis és a corpus cavernosum ereihez futó idegekben, a VIP a hólyag és az uterus simaizomzatában. A hólyagműködés mellett az erectio mechanizmusában lehet fontos szerepe az urogenitális RP-knek.

Szív: A coronariákban, szívizomban és az ingervezető rendszerben substance P, VIP, NPY található. A cholinerg és adrenerg hatások mellett ezek is fontosak a cardio-

vascularis funkciók szabályozásában.

Sympathikus lánc, mellékvesevelő, glomus caroticum: Sok somatostatint és encephalinokat tartalmaznak. Ganglionneuroblastomák és pheochromocytomák jelentős mennyiségű RP-t termelhetnek.

Bőr: Substance P-t találtak az epidermishez közel, részben az epidermis rétegei között, VIP-et az izzadásmirigyek és az erek körül.

Székelly Miklós dr.

Panhyppopituitarismus egy monozigóta ikerpár egyikén. Boudailiez, B. és mtsai (Service de Pédiatrie I. C. H. U. Place V. Pauchet, F-80030 Amiens): Arch. Fr. Pédiatr. 1983, 40, 171.

A szerzők esete nemcsak azért érdekes, mert korán észlelték, hanem azért is, mert figyelemmel kísérhették az adekvát kezelés értékét, miközben a patogeneztis illető tapasztalatokat is szerezhettek.

A betegségre a szerzők a gyermek 4 éves és 3 hónapos korában, egy általános vizsgálat kapcsán figyelték fel: a gyermek testsúlya és hossza alacsony volt az ikertestvéreéhez képest, akinél ezek az értékek normálisak voltak. A szülők normális testméretűeknek bizonyultak. A gyermekek az anya első terhességéből születtek, a szülés eseménytelen, az újszülöttkori periódus is normálisan zajlott le.

Az érintett gyermek későbbi sorosa folyamán a súlygyarapodás, hossznövekedés — normális pszichomotoros fejlődés mellett — lassult, a statikai funkciók és a beszéd is később alakultak ki. A felvételi vizsgálat kapcsán a testhossz 80 cm, szemben az ikertestvér 103 cm-ével, testsúly 9,7 kg, fejkörfogát 48 cm, 4 év és 3 hónapos korához mérten a csontkor 2 éves korának felelt meg. A hason, mellkason és végtagokon nagyon kifejezett adipozitást észleltek, az arc is jellegzetes volt: előreugró, magas homlok, ami meghaladta a kevésbé fejlett, mégis masszív arcot, süppedt orrgyökkel, széles orral, kerek arccal, normális állal. A nem-i szervek női mivoltuknak megfelelőek, poliuro-polidipsziát nem észleltek, látási zavart sem. I. Q.-ja valamivel alacsonyabb volt, mint ikertestvéreé.

A szerzők nagyon részletes hormonvizsgálatokat végeztek, s ezek megerősítették a panhyppopituitarismus diagnózisát: a növekedési, a corticotrophormon-hiányt, de LH-Rh után elmaradt az FSH és LH válasz is. ADH-hormonhiányt igazolni nem tudták.

Az etiológiát célzó sok irányú vizsgálat nem hozott megnyugtató eredményt. A növekedési hormonkezelés — kiegészítve thyreoidea- és hydrocortison-készítménnyel — jelentős hossznövekedéssel járt,

ugyanígy a csontkor is előrehaladt. A hatás azonban fokozatosan csökkent és 3 év múltán kimerült.

A megbeszélésben a szerzők kiemelik, hogy az LVP-re és a metopironra adott eltérő válasz azt sejteti, hogy a bántalom inkább hypothalamus, mint hypophyzer eredetű. Ezt a feltevést nem támogatja a szerzők által talált normális prolaktin-szint.

A hypopituitarismus az esetek 65%-ában idiopátiás, és már korán megmutatkozik a növekedés elmaradásában, a dizomorfiaiban, esetleg a társuló hipoglikémiában. Egyesek létrejöttében a trauma szerepét hangsúlyozzák (szülés, neonatális anoxia). A fiú-leány arány 3:1. Mint a szerzők esete is bizonyítja, szülési károsodás nélküli, sporadikus esetek is előfordulhatnak. A betegség genetikai átviteléről nem tud az irodalom.

Kövér Béla dr.

Toxikológia

Gombelemek lenyelése. 56 eset elemzése. Litovitz, T. L. (National Capital Poison Center and the Department of Emergency Medicine, Georgetown University Hospital Washington): JAMA, 1983, 249, 2495.

A mérgezési központ adatai szerint 1980-ban 510—850 közötti számban nyeltek le gombelemeket az USA-ban, amikor 3—5 millió volt az összes mérgezett évente. A szerzők tanulmányozták az elemek nagyságát, a gyermekek korát, a tüneteket, az elemek összetételét, hogy melyik elem képes a gyomor-bél rendszeren következmény nélkül keresztülmenni. Kémiai tartalmuk többek között: mangán-dioxid, AgO, cink, HgO és mindegyik tartalmaz kb. 45%-os káliumot vagy NaOH-t.

A szerzők felhasználták az elemeket előállító gyárak, mérgezési központok, irodalmi közlések adatait. 56 esetet dolgoztak fel, 5 kivételével a többi retrospektív eset volt. A gyermekek 78%-a 5 éven aluli volt. 5 alkalommal ékelődött be az elem a nyelőcsőbe, ebből 3 esetben kezdetben sem az orvos, sem a szülők komolyabb következményre nem számítottak. Mind az 5 nagyobb elem volt, 21—23 mm átmérővel. A további 51 keresztül ment a gyomor-bél rendszeren, ebből 33 gyermek teljesen tünetmentes, náluk semmiféle beavatkozást nem végeztek. 14 alkalommal, bár kóros tünetek itt, sem voltak, endoscopyt, sebészeti beavatkozást végeztek, pedig 51 eset közül, melyben az elem az oesophagust elhagyta, csak egy gyermek volt súlyos állapotban, ahol az elem a Meckel-diverticulumba került és az perforált. A szerzők szerint nem kell beavatkozni

akkor, ha a tárgy a nyelőcsövet már elhagyta. Sebészi eljárás nem szükséges akkor, ha a nyelés után 48 óra elmúlt, ahogy ezt egyes szerzők hangoztatják, de állandó, igen gondos ellenőrzés szükséges és közbe kell lépni, ha a lokalizációt nem tartjuk jónak, hasi panaszok jelentkeznek vagy más olyan tünet, mely súlyosságra utal. Az elem közben ki is nyílhat, és így corrosiv hatást produkálhat. A HgO-nak is lehetne corrosiv hatása, de rosszul oldódik és rosszul szívódik fel.

Szamosi József dr.

Gombelemek lenyelése. Rumack, B. H. és mtsai. (Szerkesztőségi közlemény.) (University of Colorado School of Medicine, Denver): JAMA, 1983, 249, 2509.

Az utóbbi években emelkedett azon, főleg 5 éven aluli gyermekek száma, akik elektronikus készülékekből származó gombelmelet nyeltek le, súlyos ártalom is létrejöhet, a terápiás javaslatok azonban nem mindig egységesek. Nincs ellentét abban, hogy a nyelőcsőben megtapadó elemet el kell távolítani, mert nekrozist okozhat, és aspirációra is lehetőség van. Ha a nyelés vagy annak lehetősége felmerül, első teendő az olyan Rtg-vizsgálat, mely a nasopharynx-tól az anusig terjed, oldalsó felvétel is szükséges. A hánytatás nem használ és ártalmas, Ha a pontos lokalizációt ismerjük, és 24 óra nem telt el az elem lenyelése óta, legjobban a Foley-katétert (belső végén felfújható gumilabdás) használni az eltávolításhoz, inkább mint az endoscopyt, így elkerülhető az anaesthesia esetleges ártalma. Ha azonban több mint 24 óra telt el a nyelés óta, vagy a gyermeknek kóros tünetei vannak: nyáladás, étvágytalanság, fájdalom, rossz közérzet, hányás, akkor endoscopyt kell végezni, amivel a sérülés fokát is meg lehet állapítani. Ha az elem az oesophagust elhagyta, gondos megfigyelés, több Rtg-vizsgálat szükséges, de nem túl gyakran. Az idegentest útja a gyomor-bélrendszeren át 4-7 napig tarthat. Nem gondolják a szerkesztőségi közlemény írói, hogy szükséges lenne sebészeti beavatkozást végezni akkor, ha az elem a bélrendszer egyik pontján lokalizálódott, ahogy ezt egyes szerzők ajánlják: súlyosabb sérülést, mely sebészeti beavatkozást igényelne, nem láttak. Még akkor is, ha az elem nyitottan érkezik, akkor is helyesebb beöntést adni. Ha az elem 7 napig spontán nem jelenik meg, beöntés vagy hashajtás sem használ, és ritkán tünetek jelentkeznek, akkor kell sebészeti beavatkozást végezni. Nehéztém esetén a Hg-szintet a vérben és vizeletben meg kell határozni.

(Ref.: A Heim Pál Gyermekkórház gégeszti osztályán 400 idegentestet lenyelő gyermeket láttak

el, és csak egy volt köztük gomb-elem, mely minden következmény nélkül kiürült.)

Szamosi József dr.

Lúgot tartalmazó gombelemek lenyelésének kockázata gyermekkorban. Votteler, T. P. és mtsai (Children's Medical Center, Baylor University Center, Dallas, TX): JAMA, 1983, 249, 2504.

A szerzők 140 olyan esetről tudnak (szóbeli közlés alapján), ahol gyermekek gombelemet nyeltek le. Idézük Blatnik, D. S. és Shabino, Cl. eseteit, ahol az elemek kállilúgot tartalmaztak, beékelődtek a nyelőcsőben, nekrozist okozva ott és a légcsőben, a következmények halálhoz vezettek. A szerzők nyolc gyermeket kezeltek, akik gombelemet nyeltek le, és meggyógyultak. A szerzők egy súlyos esetük által indítva in vitro és in vivo (álatkísérlet) kísérletet végeztek, igazolták a szövet-destructiót, és az elemből kicsepegő kállilúg hatását.

Egy 25 hónapos fiú cyanosissal, nyelési zavarral, tachycardiával került felvételre, a rgt-vizsgálat egy gombelemet mutatott a nyelőcső felső részén, amit a gyermek felvétele előtt 5 nappal nyelt le. Endotracheális tubust vezettek be, majd endoscopyával az elemet eltávolították, és egy 5 mm-es trachea-oesophagus sipolyt láttak. Hirtelen apnoe, és szívmegeállás következett be. Resuscitációt végeztek, majd a dallasi orvosi centrumba került a gyermek, ahol gastrostomiát, utána endoscopyát alkalmaztak, és most már 3 cm-es fistulát láttak kiterjedt nekrozissal az oesophagus középső és a trachea alsó részén; más beavatkozást is végeztek, retropleuralis thoracotomiát és a perforáció műtéti megoldását. A beteg a felvétel utáni 23. napon távozott a klinikáról, de 2 hónap után még kiegészítő műtetre volt szüksége.

A további 7 eset közül 5-ben az elem a gyomorba került. 2 alkalommal gastrotomiával távolították el az idegen testet. 3 esetben endoscopyával és egy speciális fogóval történt az eltávolítás, egy a jejunumba került elemet jejunostomiával, és végül a 7. elem, mely a colonba került, beöntéssel került ki a gyomor-bélrendszerből.

A szerzőknek az a véleménye, hogy nemcsak az oesophagusba beékelődött elemet kell azonnal eltávolítani, hanem a gyomorból is gastrotomiával, ha másképpen nem sikerült eltávolítani. Ha az elem a pyloruson áthaladt, hashajtást alkalmazhatunk és mérlegelni kell akkor az intervenciót, ha az elem 8 órán át megmarad egy bizonyos helyen.

Szamosi József dr.

Testüregekbe elrejtett kábítószerek okozta mérgezések („body-packer-syndrome”). Gerchow, J. és mtsai (Zentrum der Rechtsmedi-

zin der Universität Frankfurt/Main): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1001.

Nem ritka a különféle kábítószereknek kondom-, plasztik-, léggömbanyagba csomagoltan a hüvelyben, gyomorbélhuzamban, végbélben való csempészése. Ha a csomagolóanyag átnedvesedik, megreped, a drogól súlyos mérgezések keletkezhetnek; ezek az angol nyelvterületen „body-packer-syndrome” név alatt ismeretesek. Nemcsak az USA-ban, hanem újabban az NSZK-ban is észlelésre kerültek ilyen diagnosztikai problémát okozó mérgezési esetek, főleg átutazókon, repülőtéren, pályaudvari, vagy szállodába újonnan érkezett utasokon. A szerzők a frankfurti repülőtéren 1981-ben észlelt három ilyen érdekes esetet ismertettek; ezek közül kettő halálos kimenetelű volt. Az I. esetben a Karachiból érkező 30 éves kanadai utast a repülőtérről a súlyos soporosus állapota miatt idegklinikára szállították, ahol eleinte mérzésre nem is gondoltak; székrekedése miatt a hashajtók adása után a székletben 41 db Cannabis indica-extractummal töltött kondomot találtak (összesen 810 g); ezek közül kettő szétrepedt, és a mintegy 50 g erősen tömény hasisolaj felszívódása okozta a mérgezést. A II. esetben a 39 éves perui utas már a repülőgépen súlyos psychosyndromás állapotba került (euphoria, desorientatio, mydriasis, epileptiform status); a neurológiai klinikán a reanimatio eredménytelen volt. Autopsiában a végbélben három tyúktojásnyi, barna, viscosus folyadékkal telt ballont találtak, amelyek nyílván rectalisan juttattak be; a kérdéses folyadék vegyileg cocainnak bizonyult. A III. esetben a Pakisztánból érkező 22 éves amerikai nőt másnap holtan találták a szállodai szobájában; a tetem mellett és a hüvelyben heroinnal töltött kondomok igazolták a halálos heroinmérgezést.

Ezen forensikus esetek megfontolásra intenek repülőtéren stb. utasok tisztázatlan eredetű cerebrális symptomatikájának elkülönítésében.

ifj. Pastinszky István dr.

A potenciálisan toxikus kémiai anyagok által okozott balesetekre és veszélyhelyzetekre vonatkozó tervezés. Gilad, A., Silano, V. (World Health Organization Regional Office for Europe, European Regional Programme on Chemical Safety, Copenhagen, Denmark): Journal de Toxicologie Médicale, 1983, 3, 67.

Az Egészségügyi Világszervezet 1980-ban indította el a kémiai anyagok ellenőrzését szolgáló programot és 1981-ben készítette el a kémiai balesetekre vonatkozó tervet. Mindezt a nemzetközi kémiai biztonsági program keretében vég-

zi a WHO, és az európai regionális program a következőket tartalmazza:

— a toxikus kémiai anyagok kiáramlásával kapcsolatos balesetek és veszélyhelyzetekre vonatkozó tervezés,

— a munkaerő fejlesztése és képzése,

— a kémiai anyagok expozíciójának hatása az emberi egészségre,

— a kemikáliák ellenőrzését szolgáló módszerek és eljárások megismerése, az erre vonatkozó információcseré és együttműködés az egyes országok között.

A kémiai anyagok gyártása, tárolása, forgalmazása során, valamint a kemikáliákat tartalmazó hulladékok tárolása folyamán a környezetbe áramló potenciálisan toxikus anyagok számos balesetet okozhatnak. A tervezés főcélja ezeknek a baleseteknek a megelőzése, a káros hatások csökkentése, az érintett területek rehabilitációja.

A tervben a következők szerepelnek:

1. A balesetek forrásának elemzése.

2. A lehetséges kémiai emisszió becslése. A veszélyes kémiai anyag típusának kiderítése.

3. A kémiai anyag emberre és környezetre gyakorolt káros hatásával kapcsolatos információk gyűjtése és a megelőző intézkedések ismerete.

4. A kémiai balesetek ellátásáért felelős személyek és tevékenység pontos megjelölése.

5. A balesettel kapcsolatos tevékenység leírása.

6. Kapcsolat teremtése a külső hatóságokkal (tűoltóság, rendőrség, elsősegélynyújtó hely, esetenként katonaság stb.).

7. A személyzet képzése, valamint az eszközök karbantartása balesetek idejére.

8. Az információk gyűjtésére, értékelésére és terjesztésére szolgáló rendszer előkészítése.

A veszélyhelyzetekben működő rendszert regionális, nemzeti és ahol célszerű, nemzetközi szinten kell megszervezni. Az ilyenfajta tervezésre azért van szükség, mert a kémiai balesetek következményeit igen gyakran nehéz előre felbecsülni.

A kémiai anyagok környezetben jelenlévő szintjét szakértők, laboratóriumok vizsgálják, s az innen származó információkat egyeztetik a humán és környezeti hatásokkal, valamint azokkal az ismeretekkel, amelyek a kemikáliák dinamizmusára vonatkoznak. A balesetet követően hatékony intézkedésekre van szükség, és terveket kell készíteni a rehabilitációra vonatkozóan.

A kémiai balesetek ellátását szolgálja a régebbi esetek tanulmányozása is. Az eddigi balesetek közül a sevesói TCDD-mérgezés és a kanadai klórmérgezés szolgálta számos tanulságot a veszélyhelyzetek ellátására vonatkozóan.

A kémiai anyagok értékeléséhez és ellenőrzéséhez, valamint az ember és környezet védelmében igen fontos szerepet tölt be a vegyi anyagokkal foglalkozó és az egészségügyben működő személyzet megfelelő képzése.

A kémiai anyagok expozíciója egészségkárosító hatásának felmérésekor igen fontos az expozíció mértékének megállapítása és az epidemiológiai vizsgálat. Számos olyan tevékenység van folyamatban, amely a peszticidek, nehézfémek, kémiai allergének és a petrokémiai iparban alkalmazott anyagok expozíciójának megfelelő monitorozását célozza. Ebből a szempontból a következő területek élveznek prioritást:

— a kadmium hatása a lakosság egészségi állapotára;

— az ólom neurotoxikus hatásának biológiai indikátorai gyermekekben;

— az akrilnitril egészségkárosító hatásának biológiai indikátorai;

— a formalin egészségre gyakorolt hatásának jelentősége belső környezetben;

— a króm-expozíció egészségkárosító hatása a hegesztők foglalkozási betegségeként;

— a szervesfoszfát peszticidek egészségkárosító hatása;

— a tengeri halakból származó metylhigany egészségre gyakorolt hatása.

A vizsgáló módszerekre és az ellenőrzési eljárásokra vonatkozóan nemzetközi együttműködésre és információcserére van szükség. Ebbe a munkába tartozik a veszélyes hulladékok megsemmisítésének, a fogyasztói termékek biztonságára vonatkozó törvények, a toxikus kémiai anyagok kezelésének és az ivóvíz-standardok megállapításának Európában való megszervezése.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Intoxicatio béta-receptor blokkokkal. Geisler, L. S., K. U. Höffgen (Inn. Abt., St. Barbara Hospital, D-4390 Gladbeck, NSZK): Münch. Med. Wschr., 1983, 125, 434.

A szerzők táblázatban összefoglalva közlik az eddig ismert súlyos mérgezéseket, melyeket különböző béta-receptor blokkokkal követtek el. A 26 esetből 9 volt halális (3 acebutolol, 1 alprenolol, 1 metoprolol, 1 oxprenolol, 3 propranolol), az adagok 70-100 tbl. körül voltak, az esetek többségében ismert volt a béta-receptor blokkoló plasmaszintje is.

Saját két eset ismertetésével a szerzők a terápiás lehetőségekre kívánták a figyelmet jobban ráirányítani. Két fiatalról van szó, akik közül az egyik 94 tbl. metoprololt, a másik alkoholos állapotban 56 tabl. atenololt, valamint 10 tbl. digoxint, verapamilt és tri-

metocin nevű tranquillánst tartalmazó szert is vett be.

A metoprolol-mérgezetnek nem volt beszállításkor tensiója, 40-es bradycardiája és 57 mg⁰/₀-os vércukra volt, a terápiás 100 ng/ml plasmaszinthez viszonyítva 17 670 ng/ml-es értéket mértek a bevétel után 3 órával. A beteg somnolens volt, majd nyugtalan és agresszív lett, az érzékelés során az EKG nem mutatott kórosos. Az atenolol-mérgezett szédült beszállításkor, vérnyomása 90/70 Hgmm volt, e mellett 37-es bradycardia és bal anterior hemiblock, valamint inkomplett jobb szárblock volt kimutatható, vércukra 88 mg⁰/₀ volt. Szív-érelgtelenségi jelek nem voltak.

Mindkét beteg 1 mg atropint kapott indulásként, majd gyomormosás történt, utána biztonsági okokból pacemaker vezeték felmunkált, az első betegnek dextránt és natriumbicarbonatot is adtak. Mindkét beteg rendbe jött, a második betegnek EKG-eltérése normális frekvencia mellett megmaradt. A maximális 27 178 ng/ml-es atenolol plasmaszint 4 nap alatt tökéletesen rendeződött.

A halálos esetek elemzése során a szerzők megemlítik, hogy a béta-receptor blokkolók egy része membránstabilizáló hatású, a két részletesen ismertetett beteg túlélése a jókora dózisok ellenére részben az intenzív ellátásnak, részben annak is volt köszönhető, hogy egyik szernek sincs membránstabilizáló hatása. Az ismertetett terápiás eljárásokon kívül szóba jön még glukagon és bronchialis obstructio esetén béta-2-selectiv receptorstimulátor adása.

Iványi János dr.

Salicylat okozta tüdővízenyő.

Walters, J. S. és mtsai (Dep. of Radiology, Univ. of Kentucky, Med. Center, Lexington): Radiology 1983, 146, 289.

A salicylat-intoxicatio egyik szövődménye a *nem cardiogen tüdővízenyő*, ami eddig az irodalomban nem került szélesebb megvitatásra. A szerzők 111 salicylat-mérgezett beteget (1952-1961) vizsgáltak a retrospektív tanulmányukban. A salicylat-mérgezés mértékéül 30 mg/dl vagy magasabb szintet határoztak meg. A kórfolyamatot a mérgezés fennállási ideje, a vérsavó szintje, a beteg kora és a tüdővízenyő foka, valamint egyéb elősegítő tényezők egybevetése alapján ítélték meg.

Mindezek szerint a 30 éven felüli salicylat-mérgezett betegek 35%-ában találtak nem cardiogen tüdővízenyőt. Ezen korcsoportban számos kockázati tényező segíti elő a tüdővízenyő kialakulását: dohányzás, a salicylat-mérgezés időtartama, a metabolikus acidosis, továbbá neurológiai tünetek csatlakozása. A harmadik évtizeden

alul, valamint a rizikófaktorok hiánya esetén a salicylat indukált oedema pulmonale ritka. A tüdőoedema aetiológiája multifactorialis, de a leglényegesebb a tüdőerek megváltozott vascularis permeabilitása, továbbá a prostaglandin-synthesis gátlása, központi idegrendszeri hatások, a metabolikus acidosis, valamint a nikotin-ártalom.

ifj. Pastinszky István dr.

Orellanus syndrome: heveny veseelégtelenség *Cornarius splendens*-gombamérgezés kapcsán.

Schliessbach, B. és mtsai (Med. Abt., Zieglerspital Bern): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 151.

Késő nyáron vagy ősszel a korai mérgezési tüneteket (vomitus, diarrhoea) okozó erdei gombák fogyasztása kevésbé veszélyes az azonnali terápiás beavatkozások folytán, mint a hosszabb — tíz vagy még több órán át tartó — incubációs idejű *Phalloides* (gyilkos galóca) mérgezés, amely a sárka májdystrophia folytán halálos lehet.

Hasonló jelentőségűek a néhány év óta felismert *Cortinaceae* (pókhálós gombák) okozta intoxicációk; ezekben a klasszikus gombamérgezésekkel szemben az incubatio *szokatlanul hosszú időre* (2-17 nap!) elhúzódhat. Ezen hosszú lappangás folyamán hepato-renalissymptomatika alakul ki, amelyre először a lengyelországi *Cortinarius orellanus* okozta újszerű mykotoxikus hepato-renalissymptomatikával járó tömeges mérgezések hívták fel a figyelmet („*Corellanus-syndroma*”). A közép-európai mintegy 700 *Cortinaceae* fajtái közül csupán háromfélével tartanak mérgezőnek. Érdekes azt is megemlíteni, hogy ezeket a gombákat hivatalosan az ehető gombák közé sorolták.

A szerzők a *Cortinarius splendens* (*Fries*) okozta, Svájcban először észlelt két esetet ismertetik. Mindkét beteg (házaspár) két ízben, közel egyhetes időközben fogyasztotta a gombát, és nyilván kumulációs hatás is állott fent. A második fogyasztás után a harmadik napra mindkettejüknél akutan kezdődő és egy héttel tartó megbetegedés jelentkezett polyuriával, polydipsiával, diffúz lumbalis fájdalmakkal és székrekedéssel. A labor.-vizsgálatok a hepato-renalissymptomatikát mutatták a kreatinin emelkedésével, hypostenuriával és hyperbilirubinemiával. Mindkét beteg a következő hét folyamán teljesen gyógyult.

Az eset tanulsága, hogy hirtelen fellépő veseelégtelenség esetén főleg nyáron és ősszel az anamnesisben hetekre visszamenően a *gombamérgezés* lehetőségét is tekintetbe kell venni.

ifj. Pastinszky István dr.



Gombelemek lenyelése. Emelkedett higanyzint a vizeletben. Elemrészek eltávolítása beöntéssel. Kulig, K. és mtsai (Departments of Clinical Toxicology, Radiology and Pediatrics, University Colorado Medical School, and the Rocky-Mountain Poison Center, Denver General Hospital, Denver): JAMA, 1983, 241, 2502.

Fényképezőgép, számológép és más elektronikus berendezésekben energiaforrásként kicsi, lapos elemeket használnak. Ezek a berendezések a lakásban is megtalálhatók és a gyerekek könnyen hozzáfuthatnak ezekhez az elemekhez, le is nyelhetik. Az elemek nagyságban, kémiai összetételükben különböznek egymástól. Jelen esetben az elem HgO-t, cinkamalgamot és káliúgot tartalmazott. A klinikai gyakorlat azt mutatta, hogy általában könnyen átmennek a gyomorbelrendszeren, de előfordulhatnak súlyosabb, sőt fatális esetek is, különösen akkor, ha a kis tárgy a nyelőcsőben beékelődött, nekrozist és perforációt okozva.

Egy 18 hónapos lány fényképezőgépből származó elemet nyelt le, két órával később a rtg-vizsgálat a gyomorban mutatta ki a sértetlen tárgyat. A gyermek tünetmentes volt. A sorozatos rtg-vizsgálat szerint 48 óra után már a colonban volt az elem, kinyílt állapotban, és a Hg-tartalom kicsepegett. Higanymérgezés gyanúja miatt a tünetmentes gyermeket Denverbe vitték, ahol olyan vízben oldódó kontrasztanyaggal adták beöntést, fluoroszkóp alatt, mely kevésbé átlátszatlan, mint a higany, hatására az elem fele és elég sok higany távozott. A teljes eltávolítás Foley-katéterrel történt. A higanyzint, mind a szérumban, mind a vizeletben magasabb volt (19 µg/dl, ill. 98 µg/l). Napi 250 mg penicillinamint adtak 10 napon át. Elbocsátásakor az értékek 3 µg/dl, ill. 7,6 µg/l, a gyermek teljesen jól volt. Az irodalomban közöltek más olyan esetet is, ahol a szétnyílt elemeknek semmilyen kóros következménye nem volt. A szerzők a terápiának (beleértve a penicillinamint) tulajdonítják a gyermek gyógyulását. Szamosi József dr.

Vízmérgezés okozta fatális agyvízenyő. Anastassiades, E. és mtsai (Hillington Hospital, Uxbridge, Middlesex, Anglia): Brit. med. J. 1983, 287, 1181.

Halálos kimenetelű vízmérgezés nem gyakori, bár átmeneti neurológiai tünetek gyakran lehetők fel vízintoxicációban (zavartság, fejfájás, coma, convulsiók). Az eddig ismertett ilyen esetekben legtöbbször psychogen, ritkábban iatrogen az aetiológia. A szerzők úgy vélik, hogy az általuk észlelt eset első az irodalomban, mivel

halálal végződött a nem psychogen eredetű vízmérgezés.

A 40 éves nő beszéltetésakor zavartság és incoherens beszéd jellemzi, más kóros tünet nélkül. Röviddel ezután viszont spontán szűnő grand mal roham lép fel, majd az addig normális vérnyomása és érverése 200/80 Hgmm-re, illetve 48/min szaporaságúra változik, légzése szabálytalan lesz, szembogarái kitágulnak és szemgolyói fixálódnak. Ekkor már sem sternalis nyomásra, sem fájdalomingerekre nem reagál, generalizált hyperreflexia lép fel, de plantaris válasz nincs. Miután nagyfokú koponyaúri nyomásfokozódásra gondolnak, kezelés: hypertoniás manitol-infúzió + steroid + intubálás + lélegeztetés. Ekkori laboratóriumi leletei közül kiemelendő 111 mmol/l-es natrium-, illetve 3,1-es kalium-értéke. Közben testvére elmondja, hogy a beteg otthon tévedésből kevés hígított háztartási chlort ivott, s ennek elleneszeréről telefonon tudakozódva, azt a választ kapta, hogy igyon sok vizet. Ezért összesen 15 liter vizet fogyasztott el, annak ellenére, hogy ezalatt már többször hányt. Intézetükben állapota tovább romlott: teljesen desorientáltá vált, s a radiológiai vizsgálat „denevérszárnyszerű” tüdővízenyőt mutatott, míg a CT-scan cerebralis és cerebellaris oedemát, az oldalsó és harmadik agykamra compressiójával. Az első nap 8,6 l-es diuresis sikerült elérniük, eltűnt a tüdővízenyő, s a serum natriumszint 129 mmol/l-re emelkedett — ennek ellenére a beteget elvesztették. Sectio: agyvízenyő + a köztiagy és híd véredényeinek nagyfokú congestiója + tentorialis herniatio.

Betegük esetében a vízmérgezés hyponatraemiát okozott, s ez idézte elő az intracranialis duzzadást, s így a neurológiai tüneteket. Ez utóbbiak általában 120-as natriumszint alatt lépnek fel, de a tünetek súlyosságát az is befolyásolja, hogy milyen gyorsan alakul ki a hyponatraemia. Ugyanakkor csökkent az intracelluláris kaliumszint is, azonban az nem tisztázott, hogy ez milyen mértékben felelős a tünetekért. Maga az agyvízenyő legtöbbször átmeneti jellegű, azonban az ilyenkor fellépő agynyomás-fokozódás végzetes lehet (uncalis vagy tonsilla herniatio kapcsán). A szerzők által ismertett betegen olyan hirtelen alakult ki a tünetek, hogy az egyébként helyes kezelés sem tudta a halálos kimenetelt feltartóztatni.

Major László dr.

Táplálékaink pótnyagai kockázatosak-e az egészségünkre? Diehl, J. F. (Bundesforschungsanstalt f. Ernährung Karlsruhe): Med. Klin. 1983, 78, 508.

Igen sok élelmiszer járulékos pótnyagok alkalmazása nélkül

nem lenne felhasználható (pl. margarín emulgátor, ömlesztett sajt ömlesztő só: citrát, foszfát, sütemények sütőpor, levesfűszerek aminosavak, zselék pektin, diabetikus sütemények édesítő anyag stb. nélkül). Az élelmiszeriparban az is kívánatos, hogy a készítmények el ne színeződjenek, össze ne tapadjanak és főleg gyorsan ne romoljanak. Ma már szinte felsorolhatatlan az élelmiszeriparban felhasználható vegyi anyagok száma, amelyeknek az alkalmazása mind a fogyasztónak, mind az élelmiszeriparnak problémát okoz. A napi sajtóban az utóbbi időben állandó vita tárgya a „táplálékban levő mérég”, a „főzőfákban rejlő kémia”, amelyek inkább az indulatok, mint a szakismeret vezérelnek. A leggyakrabban alkalmazott adalékanyagok: saccharin mint édesítő, a sorbinsav mint tartósító, a vanillin mint aromás anyag, az oxgyallat mint antioxydász, az ammoniumcarbonat mint sütőpor, a lecithin mint emulgátor, a calciumstearat mint választó anyag, a diphenyl mint felületbevonó anyag. A konyhasó és egyéb szilárd anyagok könnyen összetapadnak és elvesztik folyékonyságukat, ami csak kolloidális kavasav (vagy egyéb folyósítók) hozzáadásával küszöbölhető ki. Számos édesség- és cukorúru hamarosan összetapadna, ha nem lennének benzoegyantával bevonva. A távoli trópusi országokból érkező citrusfélések a hosszú szállítás alatt a súlyukból sokat veszítenének, kiszáradnának vagy penészednének, ezért viasz- és antimikrobás (diphenyl) szerekekkel kezelik. A kellemetlen barna elszíneződés (alma-, burgonyaszélet stb.) megakadályozására sulfiteket és kén-dioxydot használnak a phenyloxydase inaktiválására.

Míg a felsorolt anyagok az élelmiszerek *külső* minőségét, addig a *tartósító* szerek a bakteriális és a mykotikus contaminációt gátolják. Az ún. *félkonzervek* (prezervek) az intoxicatio és az infectio veszélye miatt tartósító anyag nélkül 5°C alatti hőmérsékleten nem lennének bizonyos ideig tárolhatók. Így megengedett egyes könnyen romló (aszpik, mayonnaise, halpaszta, hús-, halsaláta stb.) közvetlen fogyasztásra szánt készítményeknek meghatározott felhasználási időtartamra a tartósító szerek előírásos használata. A hővel sterilizált teljes konzervek, amelyek hűtés nélkül tárolhatók, nem tartalmaznak tartósító anyagokat.

Az egészségügyi megfontolások nemcsak országonként, de a nemzetközi normák szerint is előírják az adalékanyagok minőségét, mennyiségét és a toxikológiai paramétereit: FAO/WHO Joint Expert Committee in Food Additives (JECFA). Az adalékanyagok toxikológiai vizsgálata a következőkre terjed: 1. akut toxicitás, 2. mutagenitás, 3. metabolizmus: tárolódási viszonyok, lebontódási termé-

kek, 4. subchr. toxicitás: 90 napos teszt patkányon és kutyákon, 5. reprodukciós toxicitás (születési anomáliák, multigenerációs teszt), 6. chr. toxicitás és cancerogenitas (12 hónapig kutyákon), 7. populatio expositioja.

Az ún. ADI-érték („acceptable daily intake”) valamilyen ételmiszer adalékanyagok toxikológiai szempontból azt a dózist jelenti, amely naponta és élethosszan keresztül az egészségre káros kihatás nélkül fogyasztható. Új substantia felfedezése és az ételmiszeripari engedélyezése közti időszak 10-15 évet vehet igénybe. Ezért csak egyes vállalatok végezhetnek ilyen kísérleteket, és érthetőleg lecsökkent az utóbbi években a bejelentett, illetve az engedélyezett adalékanyagok száma.

Az adalékanyagok alkalmazása ellen komoly argumentum az a tény, hogy egyes egyének (becslés szerint a populatio 0,03–0,15%-a) bizonyos anyagokra allergiásan reagálnak; ez legtöbbször a benzoesav és annak származékaival fordul elő, noha ezek, mint természetes anyagok a növényvilágban is ugyanilyen koncentrációban (2,2 g/kg) előfordulhatnak (pl. áfonyafélék stb.). A túlérzékenységi reakció a természetes festékekkel szemben nem ritkább a szintetikusokénál. Indokolt az a követelmény, hogy a csomagolt ételmiszerben az adalékanyagok súly szerinti lecsökkentésén túl a liszt szerűen fel legyenek sorolva (tartósítók, mesterséges színezők, kénezés, emulgátor, zseléanyagok stb.); így a túlérzékenyeknek módja nyílik, hogy bizonyos allergizáló anyagokat (benzoesav, tojás stb.) kerülhessenek. Az adalékanyagoknak joggal kritizált sokféleségét a hatáscélok (antioxidáns, antibacterialis, antifungalis, zsírban való oldhatóság, emulgátor, színezés stb.) különbözősége vagy az additív hatás érvényesítése (pl. édesítők esetén) magyarázza.

ifj. Pastinszky István dr.

Warfarinnal szennyezett talcumpor által okozott haemorrhagiás járvány vietnami újszülöttek között. Bouyer, G. M. és mtsai [IN-SERM (Unit 165) F-78110 Le Vesinet, France]: Lancet, 1983, I., 230.

1981 augusztusában 3 saigoni (Ho Si Minh-város) kórház egyidejűleg kezdett az újszülöttek között fellépő súlyos haemorrhagiás diathesissel járó megbetegedéseket jelenteni. A haematomák és spon-tán vérzések mellett a legfontosabb tünetek a meningeális jelek voltak. Egyes esetekben még convulsiók is előfordultak. A gyerekeknél enyhe hőemelkedést mértek, a laborleletek azonban nem utaltak sem bakteriális, sem vírusfertőzésre. Normális thrombocytaszám és morphologia mellett a vérzési idő és prothrombin idő erősen

meghosszabbodott, az aktivált PTI pedig teljesen mérhetetlen volt. A vér prothrombin szintje jelentősen csökkent, míg a fibrinogén-szint normálisnak mutatkozott.

Ezen leletek alapján felmerült a K-vitamin hiány lehetősége. Ennek megfelelően a gyerekeket K-vitamin infúzióval kezdték kezelni, amire egyesek állapota jelentősen javult, mások azonban csak mérsékelten reagáltak. A kórházakon kívül a város különböző kerületeiben és a környező megyékben is előfordultak megbetegedések, és néhány gyerek, miután a kórházban jobban lett, otthonába hazatérve ismételtén visszaesett.

Szeptemberben az esetek száma jelentősen emelkedett. Összesen 741 megbetegedést diagnosztizáltak, amelyek közül halálosan végződött 177. 100 család között kiosztott kérdőívek alapján egyetlen közös faktort találtak: mindannyian használtak talcumport a csecsemők ápolásához.

A talcum vizsgálata során megállapították, hogy warfarint (egy dicumarin típusú anticoagulans szert) tartalmaz 1,7–6,5%-ban. A gyártó üzemből 1 tonna kész port foglaltak le, amely 10,6% warfarint tartalmazott. A televízióban és újságokban közzétett figyelmeztetést követően a „járvány” egy csapásra megszűnt. A warfarin eredetűre vonatkozóan a vietnami hatóságok a vizsgálatot a közlemény megjelenéséig még nem zárták le.

ifj. Fűzi Miklós dr.

Massív digoxinmérgezés kezelése iv. amiodaronnal. Maheswaran, R. és mtsai (Middlesborough Hospital, Cleveland, Anglia): Brit. Med. J. 1983, 287, 392.

A masszív digitalismérgezés kezelése nehéz feladat, s halálozása 10-20%. Az enyhe esetekben igen jó hatású atropintól ilyenkor nem várható sok siker. A diphenylhydantoin — amely nagyon jó központi intoxicációban — ugyan-csak kevésbé effektív akkor, ha komoly mennyiségű digitalis kerül a szervezetbe, hasonlóképpen a többi antiarrhythmias szerhez (lidocain, practolol, procainamid, verapamil). A digoxinkötő specifikus antitestek fragmentumait nem használják kiterjedten, jóllehet, súlyos mérgezeteken még pacemaker alkalmazása sem jelent biztos sikert. A szerzők betegét iv. adott amiodaronnal sikerült megmenteni.

A 26 éves, előzőleg egészséges férfit 18 órával azután veszik fel, hogy bevett 100 db 0,25 mg-os digoxin tablettát. Felvételekor tudata tisztá, de szikralátásról panaszkodik. Érverése 50/perc szaporaságú, s az EKG-n kifejezett ST-depressio és II. fokú AV-block látható. Vérnyomása, ion-értékei rendben vannak, leszámítva 5,1–6,2 mmol/l-es serum-kálium szint-

jét. Kezelés: gyomormosás, aktív szénnel. 1 óra múlva a coronaria-örzében kamrai tachycardia lép fel, melyet hamarosan kamrafibrillatio követ. Kezelés: intubatio, oxigénlégzés, Na-bicarbonat és külső szívmasszage. Többszöri defibrillatio próbálkozás sem hoz eredményt, ezért iv. lidocaint adnak. Az ezt követő cardioversio asystoliához vezet, mely csak intracardialis adrenalinra reagál. Ezután újabb therapiareisistens kamrafibrillatio időszak következik — közben természetesen állandóan végzik a külső szívmasszage-t és a lélegeztetést. Ekkor 300 mg amiodaront adnak a betegnek iv., mely után kb. fél óra múlva sikerül a defibrillálás, méghozzá véglegesen, 7,3 vér-pH és -2,5 mmol/l base excess értéken. Az amiodaront ezután tovább adják 5%-os cukorinfúzióban, mégpedig 12 óráig 600 mg-ot, majd 24 órán át 300 mg-ot, mely alatt az EKG különböző blokkokat és nodalis rhythmust mutatott. Ezután a beteg állapota tovább javult, s a meglévő bradycardia miatt iv. atropinnal folytatták a kezelést. Megjegyzendő, hogy felvételkor a serum digoxin-szintje 5 µg/l volt, a csúcs pedig 40 µg/l-nek bizonyult. Majd eseménytelen lefolyás és a 8. napon hazabocsátás.

Betegük nem reagált az amiodaron előtti kezelésre; igaz, β-blokkolókat nem kapott, de ez amúgy is kockázatos lett volna. Az amiodaron meghosszabbította a szívomacsió potenciálját s a refracter szakát, és csökkentette a repolarisatio maximális rátáját. Ezért lehetett sikerrel alkalmazni, annak ellenére, hogy idült adagolás esetén növeli a serum digoxin-koncentrációját, és így digitalismérgezést is okozhat.

Major László dr.

Orthograd bélöblítés az akut mérgezések kezelésében. Hildebrandt, J. és mtsai (Chirurg. Klinik der Med. Akademie Dresden): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 981.

A heveny mérgezések kezelésében a testbe került mérgek gyors kiküszöbölése szükséges (fokozott diuresis, peritonealis és haemodialysis, haemoperfusio, csere-transfusio). Megoldatlan azonban a gyomor-bélrendszerben levő mérgek eltávolítása, mert a gyomormosással csupán a gyomorban levő anyagok eliminálhatóak, de a már pylorustól lentebbek nem. A beöntéssel csak a végbéltartalom távolítható el.

Az orthograd bélöblítést (Woo és mtsai, 1976) először a bélfergek eltávolítására alkalmazták; ennek a principiuma gyomormosás után transnasalis gyomorszondával a gyomor-bélhuzamba isotonias elektrolytoldatot „tülkínáltnak” bejuttatni; a resorptió kapacitást felülmúló folyadékmenyiség (ismételt) bevitelle volumenénél fogva diar-

rhoeát okoz; az enterális tranzitidő 30-45 percre rövidül, főleg ha még a bélmotorikát metoclopramid, sorbit adagolásával is serkentjük, hogy az esetleges centralis eredetű bélparesist áttörhessük. A toxinok így a bélmucosán át a vérből az „intestinalis dialysis” mechanizmusával eliminálhatók. Az enterohepatikus keringésbe jutó és a reintroxicatióra vezető mérgek az intermittáló bélmosással kiüríthetők. Tíz liter folyadékkal 6-8

óránként végzett bélmosások előnyösebbek a folyamatosan végzettekénél.

A szerzők nyolc akut mérgezett betegükön eredményesen alkalmazták az orthograd bélmosást. Három betegük párdugombával (*Amanita pantherina*), öt pedig suicid szándékból gyógyszeresen (diazepam, dihydropyridin, krotlybarbital, phenobarbital, amitriptylin és glibenclamid) mérgezett beteg volt. A klinikai tünetek

négy (Reed szerint IV. stádiumban levő) mérgezetten 5-18 órán belül visszafejlődtek, és a kezelésre jól reagáltak. Az orthograd bélmosással a gyomorbélhuzamból egyrészt a még fel nem szívódott anyagok mechanikusan eltávolíthatók, másrészt a bélnyálkahártyán át történő intestinalis dialyissal eliminálhatóak. Az intestinalis lavage megfelelő javallatok és methodika alapján végezhető.

ifj. Pastinszky István dr.

AZ Bemutatóterem

1984. II. félévi kiállítási programja

- | | |
|------------------------|--|
| Szeptember 25-26. | Carl Zeiss (Jena) előadással egybekötött szakmai bemutatója új típusú fotóméterekből, mikroszkópokból. |
| Október 9-11. | ERBE (NSZK) cég kiállítása. Bemutásra kerülnek terápiás és diagnosztikai elektronikus készülékek, nagyfrekvenciás sebészeti vágókészülékek, Kyro készülékek, műtőlámpák. |
| Október 24-25. | HELLIGE (NSZK) cég kiállítása. Keringéssdiagnosztikai-, intenzív terápiás-, ultrahang diagnosztikai készülékek symposionnal egybekötött bemutatója. |
| Október 30-November 1. | Bolgár Népköztársaság orvostechikai kiállítása. |
| November 13-15. | Chirana Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat kiállítása a legújabb orvosi készülékeiből. |
| November 21-22. | Mikroelektronika a gyógyászatban. Az Oticon, Danavox, Widex cégek közös audiológiai kiállítása. |
| December 4-6. | Új típusú laboratóriumi készülékek és berendezések bemutatója. |

OMKER Bemutatóterem

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.

KIALLITASAINKRA MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK.



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

Nyitva: naponta 9-16 óráig.

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!



A magyar orvosi szaknyelv ortográfiájáról.

T. Szerkesztőség! A közelmúltban egy Orvosi Hetilaphoz elküldött kézirat kapcsán levelet kaptunk a Szerkesztőségtől, amelynek egyik megállapítása elgondolkasztott, mi több levélírára készített ennünket. A szerkesztőségi levélre hívja fel a figyelmet, hogy azok az „orvosi szakkifejezések, melyek nem mentek át a köznyelvbe, pl. hyperosmolaris coma, timológiánan írandók”. A Szerkesztőség kéziratunk írásmódját erőszakoltan fonetikusnak tartja – jogosan –, s melléklí az Orvosi Hetilap ez évi 5. számában (305–06.) megjelent irányelvek („Felhívás szerzőinkhez”) egy példányát. A felhívás 11. pontja hangsúlyozza, hogy „magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott legén szakkifejezések” írhatók.

Ezek után kíváncsiak lettünk arra, vajon a „coma” kifejezés a köznyelvben meghonosodott – közhasználatú – szónak tekinthető-e. Újabbfajta „felmérést” végeztünk: életlenszerűen megkérdeztünk tíz zezedi lakost (áruházi eladó, optikus, pincér, újságárus, sétáló járóelők), ismeri-e a „coma” szó jelentését. A tíz megkérdezett közül yole tudta, hogy a kórállapot léyege az eszméletlenség (válaszok: tartós eszméletlen állapot”; „a zív és a tüdő dolgozik, de az agy em”; „él, de nincs magánál” stb.). A tünetcsoport pontos ismérveit – ermészetesen – nem ismerték, de nnak lényegi tartalmát igen, s eliondták, hogy a kifejezést már sok elyütt hallották. Ezek alapján rra a következtetésre jutottunk, gy a „coma” szó eléggé közis-ert, a köznyelvben is használas; ha pedig ez így van, akkor a elyes írásmód: kóma. A hasonló ímü – az igen népszerű Rakéta egényújságban is megjelent – reny és film nyilván jelentős szerepet játszott abban, hogy a szó yen közismertté vált.

Antalóczy professzor nemrég megjelent kiváló Kardiológia c. önyve sok helyütt előnyben részesíti a magyaros (fonetikus) írásmódot: isémia, vícium, koronária-zklerózis, ödéma, repolarizáció. Hasonló írásmódot követel meg Az orvostudomány aktuális problémái sorozat” felelős szerkesztője.

Az elmondottakból két következtetés szűrhető le:

1. Annak a megállapítása, hogy a zakkifejezés meghonosodott-e a köznyelvben vagy sem, nem mindig könnyű.

2. A követelt helyesírásmód tekintetében a hazai folyóiratok nem

egységesek, s az „elvárások” ezen a téren időszakonként változnak.

Az említettek a szerzőknek gondot okoznak. Tudjuk, kaoszban nem mindig könnyű rendet teremteni. Jó lenne, ha tudnánk, melyek azok a szavak, amelyek – úgy mond – átmentek a köznyelvbe. Gondoltunk arra, hogy fentiekhez hasonló „felmérést” végzünk az „infarctus” szóval kapcsolatban, amely a napi sajtóban oly gyakran fordul elő, így: infarktus. Valószínű azonban, hogy ettől a „felméréstől” mégis eltekintünk, mert attól félünk, hogy a kérdezősködés közben koszorúér occlusiót (okkluziót?) kapunk...

Fazekas Tamás dr.
Kiss Zoltán dr.

Szerkesztőségi kommentár:

Kétségtől, a mindennapok egyik vitatott, közel sem megoldott kérdése az orvosi szaknyelv ortográfiája. Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint az, hogy a lap szerkesztősége részletes útmutatást adott egy elfogadható ortográfia megvalósítására. A lényeg: etimológián írandók az anatómiai, nosológiai stb. kifejezések, míg a köznyelvbe átment idegen orvosi szavak fonetikus írásmódúak. Az adott témával kapcsolatban tehát egyszerű a helyzet: a kóma fonetikus írásmódú, etimológián is (coma) írható, de szakkifejezésben pl.: hyperosmolaris coma, vagy coma diabeticum a helyes írásmód. A „vitiium” csak így írható. Az „isémia” is kifogásolható, mivel eredeténél megfelelően iszkémia lenne erőszakoltan fonetikus írásmódja. Nagy fába vágják azok a „fejszékjüket”, akik az orvosi szakkifejezések chját, olyan könnyedén semmibe kívánják venni, vagy vetetni, de még nagyobb fába azok, akik a magyar orvosi szaknyelv minden szakfogalmának (a latin–görög eredetűket, de távolról sem az angol, francia, német stb. származásúakat!) fonetikus írásmódjára gondolnak áttérhetni.

Ha a „Levél” írói figyelmesen elolvasták volna a „Felhívás” vonatkozó részét, akkor a „Levél” első három bekezdésében írt konkrétumok híján, amire a kommentár ad magyarázatot, minden problémájuk megoldást nyert volna. Az egyszerűség kedvéért és a felületes olvasók okulására szó szerint idézzük a „Felhívás” ortográfiára vonatkozó szövegét:

»Az írásmód tekintetében csak általános irányelvek adhatók: magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott idegen (első sorban latin–görög) szakkife-

jezések írhatók (pl.: akut, krónikus, terápia, depresszió, asszociáció, termométer, drén, géz stb.), de e szavak hagyományos (etimológiai) írásmódját sem kifogásoljuk, ha a szerző dolgozatán belül az írásmódot egységesen és következetesen alkalmazza. A köznyelvben nem használatos orvosi szakmai kifejezések (anatómiai, betegségek megjelölésére szolgáló stb.) fonetikus írásmódjára sem az illetékes szervek, sem a szerkesztőség nem tért át és azt nem is tervezi. A továbbiakban tehát az erőszakoltan fonetikus írásmódban írt kéziratokat a szerzőknek javítás céljából vissza fogjuk juttatni. A hagyományos idegen szakkifejezések váltakozhatnak a szövegben az azonos értelmű magyar szakkifejezésekkel – ha oda illő, megfelelő magyar szakkifejezés van. Tudatában vagyunk annak, hogy a vázolt ortográfiai elvek alapján egyes szavak írásmódját más-más szerzők különbözőképpen ítélik meg, ezért a teljes egységesség nem érhető el. Ugyanakkor ez az elv évtizedek óta szerzett tapasztalatunk szerint optimális. Generális fonetikus írásmód már csak azért sem fogadható el, mert ez az anatómiai-nosológiai terminológiákban is a „generális fonetikus” elv érvényesülését követelné meg. – Az ortográfiai elvek minden rovatban, még a programokban is érvényesítendőek.»

A „Felhívás” idézett szövegének első mondatában előrebocsátottuk és rögzítettük: „Az írásmód tekintetében csak általános irányelvek adhatók.”, majd a köznyelvben meghonosodott idegen eredetű (első sorban latin–görög) szakkifejezésekről azt írjuk, hogy azok fonetikus írásmódúak, de etimológias írásmódjukat sem kifogásoljuk, ha egységesen és következetesen alkalmazzuk őket. Az idézett szöveg további részében írjuk: „Tudatában vagyunk annak, hogy a vázolt ortográfiai elv alapján egyes szavak írásmódját más-más szerző különbözőképpen ítélik meg, ezért a teljes egységesség nem érhető el.”

Mind ezekből világos, hogy a szakfogalmak köznyelvi meghonosodásának generális megállapítása már csak azért sem megvalósítható, mert a meghonosodás folyamata lényen, naptárilag nem határozható meg. Ennek ellenére nyelvünk fejlődésének vetnénk gátat, ha a köznyelvben meghonosodott szakkifejezések anyanyelvünkbe való beolvadását nem segítenénk elő azok fonetikus írásmódjával is, és éppen ezért nem értünk egyet egy olyan javaslattal, amely az asszimilálódott (beolvadt) szakfogalmakat nyelvészeti szempontból másodrendű és kerülendő fogalomként minősítené (pl.: másodlagos szekundér). Hiszen, ha ezt tettük volna régtől fogva, akkor még ma is „Árpád apánk nyelvén beszélünk”.

Nem vagyunk nyelvészek, de aligha tévedünk, ha azt gondoljuk, hogy a szöveg esztétikája azonos

fogalmak váltakozó használatával legalábbis nyer annyit, amennyit a „kerülendő” fogalmak kiküszöbölésével és ezzel a szöveg monotóniájával veszít. Ortográfiai irányelveink megfogalmazásában érthető okoknál fogva rövidegre és rugalmasságra törekedtünk, éppen azért, mert minden merev diktátum sem teszi lehetővé azt a „matematikai rendet”, amelyet a „totális fonetikus” elv minden más értékes szempontot feláldozva megvalósítani törekszik. Persze a jelenlegi fonetikus elv nem rendet, hanem káoszt eredményezett. A legjobb szándék mellett sem tudjuk megérteni azt a teljes „elv-nélküliséget”, amelyhez a totális fonetikusra való törekvés útja vezetett. Számos példán lehetne azt illusztrálni, de erre szükség nincs, mert bárki, aki a legcsekélyebb fáradságot is rászánja, ilyeneket a szótárban és annak nyomán készült könyvekben, folyóiratokban bőven talál.

Ortográfiai irányelveink idézett szövegében utaltunk arra is, hogy a totális fonetikus elv már csak azért sem valósítható meg, mert az anatómiai, pathológiai, nosológiai terminológiák fonetikus írásmódjára a legilletékesebbek, az anatómusok, a szemantika képviselői a tudományos-technikai robbanás korában sem fognak belátható időn belül áttérni. Aligha volna is megengedhető ideg-életteni szempontból, hogy az orvostudomány folyamán egyazon fogalmakat különböző engrammák (emlékképek) formájában rögzítsen az orvostan-hallgató és túlterheltségét még a kaotikus ortográfiával is fokozzuk.

A Hetilap szerkesztősége a maga részéről meg volna elégedve, ha a magyar orvosi szaknyelvben az a gyakorlat valósulna meg, amit az angol, a német világlapok követnek és amelyek lényegében azonosak a Hetilap szerkesztősége által kért elvekkel. Hogy milyen egységes írásmódot lehet ajánlott elveink felhasználásával elérni, azt mi sem bizonyítja jobban, mint az a szerző, aki — mivel „totál fonetikus” módon elkészített kéziratát a szerkesztőség kifogásolta — összegyűjtötte és kigépelte a közleményében ortográfiai szempontból szöbajzövő „Felhívás”-unk elvei szerint írt, hozzávetőlegesen 25—30 szakfogalmat, azok valamennyiének írásmódjával egyetértettünk, mindössze 4 fogalom akár etimológiás,

akár fonetikus módját megengedhetőnek tartottuk.

Szerkesztőségünkhez szóban és írásban számos egyetértő és törekvéseinket ösztönző megnyilvánulást juttattak el szerzők, olvasók, ami megerősít bennünket abban, hogy jó úton járunk. Az egyik hosszabb lélegzetűt a szerző hozzájárulásával szó szerint közöljük:

»Mivel Lektor Úr minden egyéb értékes tanácsát, javaslatát elfogadtuk és igyekeztünk beépíteni a közleménybe; ezért azt teljes egészében átírtuk (az irodalomjegyzéket is!). Erre szükség volt — miként arra Szerkesztő Úr rámutatott — a „helyesírási rendszer revíziója” miatt is. Hangsúlyozni szeretném, hogy nem az udvariasság mondatja velem, de ennek a többletmunkának ténylegesen örültünk. Ismerem és nagyra értékelem az Orvosi Hetilap azon erőfeszítéseit, amelyek a magyar orvosi nyelv tisztaságának megőrzésére, a latin és görög írásmód racionális alkalmazására irányultak (Orv. Hetil. 1979, 120, 536—539., Papp Miklós dr. Magyar Tudomány 1977, 360—361. stb.). Az utóbbi években teljes káosz alakult ki az idegen szavak helyesírását illetően. Ennek a klinikus nemcsak a zárójelentések olvasásakor lehet tanúja, hanem tudományos értekezések bírálatakor is. A szerzők — miként mi is tettük — Brencsán: „Új orvosi szótár”-ára hivatkoznak az idegen szavak helyesírásakor. Nem vonhatom kétségbe a szerző feltétlen jó szándékát e szótár összeállításakor, kétségtelen azonban, hogy néha meglepő javaslataival, illetve ajánlásaival meglepő helyzet elé állítja a szerzőket, s olykor a bírálókat is. Néhány hónapja tanúja lehettem, hogy egy országosan elismert professzor, mint opponens „lelkes nyelvörként” számos következtetésre hívta fel a jelölt figyelmét egy kandidátusi értekezés során. A jelölt arcán magabiztos, kissé ironikus mosoly jelent meg, s válaszában az „Új orvosi szótár”-ra hivatkozott, mire az opponens lefegyverzetten és kissé szégyenkezve állt a hallgatóság előtt. Kétségtelen, hogy e közleményünk írása során is többször kellett a „szótárt” elővennünk, s meglepően tapasztaltuk az alábbiakat: tireoglobulin, tireotoxikus, tireotrop, tiroxin; de thyreoiditis, thyreopathia, thyreosis, thyreoidea. Úgy érzem, hogy a jőszán-

dékú javaslat ellenére napjainkban talán még nagyobb a zűrzavar az idegen szavak helyesírásában, mint korábban volt. Az Orvosi Hetilap szerepet játszhatna abban, hogy nyelvünk változásait is tükröző, de a tradíciókat is figyelembe vévő írásmód alakulhasson ki. Egyáltalában nem kívánok a magyar orvosi nyelv fogadatlán prókátorának szerepében feltűnni, de úgy vélem, hogy az idegen (szándékosan használtam ezt a kifejezést a latin—görög helyett) szavak helyesírása talán írott beszédünknek nem is a legnagyobb hibája. Napjainkban különböző nyelvekből — legtöbbször az angolból — származó rövidítések egész halmazával kerülünk szembe, pl. AIDS, AMI, SPA, RA, SM, VACTERL, IGL stb. A rövidítések egy jelentős részét csak egy-egy szakterületen dolgozók szűk rétege érti: az általános orvosoknak gyakran még lehetősége sincs, vagy csak korlátozott mértékben, hogy a zárójelentésekben is fel-feltűnő rövidítések lényegét „megfejtse”. Hasonló, orvosi nyelvünket „fertőző betegség” a mindennapi nyelv pongyolaságainak „átültetése” az irodalomba. (Pl. „a beteg véryomása kiugrott...”, a vizsgálatokat 10 betegnél végeztük... stb.) Ezekkel a példákkal csupán arra kívánok felhívni a figyelmet, hogy az MTA Orvosi Szaknyelvi és Helyesírási Bizottságának nemcsak az idegen szavak helyesírási módjainak, hanem a hagyományt tiszteletben tartó, az újat beépítő orvosi nyelvtan szabályainak kidolgozásában és meghonosításában is számos feladata van. Úgy érzem nem vagyok egyedül azzal a véleményemmel, hogy az Orvosi Hetilap méltó fóruma és továbbfejlesztője lehet az ilyen irányú kezdeményezéseknek.

A szerkesztőségi kommentárt, mielőtt azt közzétettük volna, bemutattuk az „Új orvosi szótár” szerkesztőjének.

Reméljük, hogy e kommentárunk az ebben a számban ismételtén publikált „Felhívás”-unkkal szerzőink és olvasóink számára még világosabbá teszi célkitűzésünket és tevékenységünket a magyar orvosi szaknyelv védelmében. Természetesen a vitát mielőbb le szeretnénk zárni, de ha bárkinek jól átgondolt általános elvi megjegyzése volna, azzal a szerkesztőség készséggel foglalkozik.



KÖNYVISMERTETÉS

G. Riecker (szerk.): Therapie innerer Krankheiten. (Belgyógyászati betegségek gyógyítása.) 5., teljesen átdolgozott kiadás. 327 oldal, 29 ábra, 210 táblázat. Springer — Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1983. Ára: 98,— DM.

A belgyógyászat anyaga, az ismeretek rohamos bővülése folytán, napjainkra annyira megnövekedett, hogy csak több ezer oldal terjedelmű, rendszerint több kötetes könyvben lehet összefoglalni. Ilyen általános belgyógyászati tankönyvekre, kézikönyvekre mind a képzés és továbbképzés, mind a gyakorlat szempontjából szükség van. Nyilvánvaló azonban, hogy a nagy terjedelem megnehezíti a tanulást és a gyors tájékozódást. (Éppen az előbbi körülménnyel összefüggésben született meg a „Rövid belgyógyászat” c. tankönyv.)

Természetesen a terápia a belgyógyászat integráns része, a Riecker professzor által szerkesztett könyv mégis arról tanúskodik, hogy hasznos lehet egy külön, csak a belgyógyászati betegségek kezelésével foglalkozó könyv kiadása. Bizonyítja ezt az is, hogy a könyv 10 év alatt ötödször jelent meg! A kisebb terjedelem jobb áttekinthetőséget, gyorsabb tájékozódási lehetőséget biztosít, ugyanakkor mégis részletesebb és konkrétabb lehet az egyes kórképek gyógyításának a leírásában, mint egy általános belgyógyászati könyv, ha az még oly nagy terjedelmű is. Bár a kórképek lényegére (definíció, diagnosztika, kóroktan) általában rövid utalás történik, Riecker és mtsai könyve természetesen feltételezi, hogy az olvasó megfelelő ismeretekkel rendelkezik a belgyógyászat területén.

Ahogy ma már általában belgyógyászat könyvet sem egyetlen szerző ír, jelen therapiás műnek is 90-nél több szerzője van. Ez egyúttal azt jelenti, hogy az egyes részeket az adott terület kiváló szakemberei írták. A könyv 11 fő fejezete a következő témákat öleli fel: szív- és érrendszer, légzőszervek, vese és húgyutak, vér, anyagcsere, mozgásszervek és allergia, endokrinológia, gasztroenterológia, idegrendszer és vázizomzat, fertőző betegségek, általános therapiás eljárások. Az egyes fejezetek természetesen további részre tagozódnak, így a könyv végül is 99 részletből tevődik össze. Sikertörténet a szerzők azon törekvése, amit az előszóban írnak, hogy a tudomány mai állása szerint összefoglalják a belgyógyászati betegségek racionális therapiáját. Az egyes részekenél megad-

ják az általános therapiás elveket, az eljárások indikációit és kontra-indikációit és — ahol ez szükséges — kitérnek a sürgős ellátásra. Nagymértékben elősegíti a könyv használhatóságát, hogy konkrét állásfoglalásokat tartalmaz és részletesen közlik a gyógyszerek adagolási módját. Az áttekinthetőséget 210 jól szerkesztett táblázat segíti. Az egyes fejezetek végén a fontosabb munkákra utaló irodalomjegyzéket találunk. Kiemelést érdemel, hogy a hagyományos gyógymódok mellett, kellő súllyal szerepelnek az újabban elterjedt eljárások (pacemaker, dialysis, veseátültetés stb.); ugyanakkor hiányolni kell, hogy az acut myocardialis infarctus kezelésében nem említik az intracoronariás thrombolysist.

A könyv értékes részét képezi az általános therapiás eljárások c. fejezet, amelyben a szélesebb indikációjú gyógyszereket és gyógymódokat tekintik át. Részletesen tárgyalják többek között a kemoterapiás szereket és antibiotikumokat, a steroid-kezelést, a cytostaticumokat, immunosuppressív kezelést, a diureticumokat, antikoagulánsokat, az általános intenzív therapiát és méregtelenítést, a dietetikát és mesterséges táplálást, a fizioterapiás módszereket.

A könyv végén táblázatokon közlik a vér és vizelet labor-paramétereinek átszámítási faktorait az SI mértékegységből a hagyományosba és viszont; érdemes lett volna ugyanitt egyúttal közölni a normál értékeket is. Jól összeállított tárgymutató és külön gyógyszermutató szolgálja még a minél gyorsabb tájékozódást.

Egészében a könyv tömören fogalmazott, korszerű anyagot tartalmazó munka, ami a mindennapos gyakorlat igényeit szolgálja az általános alapellátástól a speciális profil osztályokig. A külalakra is tetszetős kiállítású könyv éppen ezért igen hasznos lehet nemcsak belgyógyászoknak, hanem minden orvos számára, aki betegellátást végez.

Szarvas Ferenc dr.

Beiträge zur Ethik in der Medizin. 2500 Jahre ärztlicher Eid. Autorenkollektiv unter Leitung von Ernst Luther. 1983. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 180 old. Ára: 8,00 M. (Medizin und Gesellschaft, Bd. 19.)

A kötet sajátos tanulmánygyűjtemény, az orvosi etika orvostörténeti, társadalomtörténeti és filozófiai kérdéseivel foglalkozik.

Mindegyik tanulmány igen színvonalas és jól dokumentált. A legérdekesebbek talán az orvostörténeti fejtegetések. Egy tanulmány a Hippokratesz előtti etikai felfogásokat ismerteti, egy magát az ismert hippokrateszi esküt elemzi, majd pedig a szerkesztő a polgári orvosi etika fejlődését tárgyalja részletesen és alaposan. Van kitűnő tanulmány a kötetben Albert Schweitzer etikájáról, az etika és a személyiség kapcsolatáról, az ún. szituációs etikáról stb. Figyelemre méltók az etika aktuális kérdéseiről szóló írások. Egy tanulmány szerint az orvosi munka kritikus, problematikus helyzeteiben élesekül különösen az etika aktualitása. A tanulmány három ilyen helyzetet vesz szemügyre, a reanimációt, a haldoklók ellátását és az intenzív orvoslást. Egy nagyobb írás az orvosi etika és a szocialista jogalkotás viszonyát és összefüggéseit írja le a Német Demokratikus Köztársaságban. A könyv függelékében a régi egyetemi esküszövegek fényképeit találhatja az olvasó. Az adatgazdag, jól szerkesztett könyv az orvosok széles rétegeinek érdeklődésére tarthat számot, igen alkalmas vezérfonal az etika problémáinak átgondolásához.

Buda Béla dr.

Altern in der sozialistischen Gesellschaft. Ethische, soziale und medizinische Aspekte. Autorenkollektiv unter Leitung von U.-J. Schmidt, K.-P. Schweitzer, I. Runge. 1982. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 205 oldal, ára: 7,80 M. (Medizin und Gesellschaft, Bd. 16.)

A kötet lényegében áttekintés a szociálgerontológia problémaköréről és ennek állásáról és perspektíváiról a Német Demokratikus Köztársaságban. 16 fejezet található a kötetben, ezeket a szerkesztők nagyjából arányosan öt nagy részre osztották. Az első rész tartalmazza az általános gerontológiai kérdéscsoportokat, a második az idős kor és a személyiségfejlődés viszonyait vizsgálja a szocialista társadalom feltételei között, míg a harmadik általában az idős kor pszichológiájáról, a negyedik pedig szociológiájáról és demográfiájáról szól. Az utolsó rész az időskorúak foglalkoztatását vizsgáló fejezetekből áll. A tanulmányok érdekesek, sok adatot tartalmaznak, lényegében az NDK ide vonatkozó adatait teljesen bemutatják az olvasóknak, sok elvi és szervezéselméleti fejtegetés mellett. Gerontológiával foglalkozók számára tehát a könyv kiváló segédanyag lehet. A kötet hibájul csak azt lehet felróni, hogy a hatalmas problémakörben mintegy teljességre törekedett, így azután a fejezetek viszonylag rövidnek és sok vonatkozásban felszínesnek maradnak.

Buda Béla dr.



Thomassen, Eivind: Diseases and Injuries of Ballet Dancers. Universitetsforlaget i Århus, 1982. (103 oldal, 94 ábra).

A szerző több mint 20 év alatt (1958—1980) 760 balett-táncost vizsgált, kezelte, véleményezett és operált a világ minden tájáról.

Tapasztalatait és az általa alkalmazott terápiás módszereket foglalta össze könyvében, amely e területen a világon úttörő munka, ezt bizonyítja az is, hogy gondos kutatással a szakirodalomban mindössze 16 idevágó közleményt talált.

A könyv szerkezete egyszerű, az elejére helyezett tartalomjegyzék és a végén található index alapján a keresett testtáj vagy elváltozás gyorsan fellelhető.

A bevezető első 11 oldalon találjuk a klasszikus balettel kapcsolatos — de az orvos számára legszükségesebb tudnivalókat, így könyvnyelven megértjük a sérülések kezelését. Itt ismerteti a különböző alaplépéseket, az emelés helyes technikáját, a balettcipő szerkezetét stb.

A részletes rész az alsó végtag sérüléseivel kiemelten foglalkozik, több mint negyven oldalon keresztül, ezzel is jelezve, hogy e foglalkozásban ez a legfontosabb mozgásszerv. A váll, nyaki és lumbalis gerinc elváltozásaira 11 oldalt fordított. A kezelés módjának megválasztása mértéktartóan oszlik meg a konzervatív és műtéti kezelés között, érezhetően a „divatos” — gyakran rövid ideig előtérben levő — módszereket mellőzte.

Számomra a legérdekesebb a „megbeszélés” című fejezet, ahol megismerjük a szerző több évtizedes hatalmas tapasztalatának összegzését, egyetértését és ellenvéleményét más szakmabeliekkel kapcsolatban, így pl. Miller 1975-ben azt írta, hogy az Achilles ruptura egyenlő a balettos nyugdíjazásával és nem talált egyetlen példát sem az ellenkezőjére. Ilyen sérüléssel a szerző 4 férfi táncost operált meg saját módszerével, valamennyien visszatértek a színpadra!

A könyvet tanulmányozva megértjük azt is — sokak véleményével szemben —, hogy a balettosok sérülései megoszlásukban, kezelési követelményekben nemcsak a mindennapos károsodásoktól, de a sportolók traumás elváltozásaitól is eltérnek. Pl. a bokatörések utáni mozgásbeszűkülés a mindennapi életben ritkán okoz problémát, de táncosoknál a szokottnál eredetileg

is nagyobb mozgásterjedelem vizsgálatára feltétlen szükség van. Így a talo-fibularis szalagplasztikánál a műtétet végző sebésznek ügyelni kell arra, hogy a graft a külboka legalsó pontjáról induljon, mert másképp a beteg nem tud lábujjhegyre állni (pointes). A hallux valgus nem befolyásolja a táncolási képességet, a szerző ilyen ok miatt soha nem végeztet műtétet és egyetért Howseval, a Keller-műtét egyenlő a táncos pályafutás befejezésével. A balettosok egyetlen és leggyakoribb tendinítisa a flexor hallucis longus inának gyulladás.

A könyvben több alkalommal van utalás arra, hogy a balettosok félnek, hogy foglalkozásukat betegségük miatt nem folytathatják, ezért tulajdonképpen „jó betegek”, az utasításokat gondosan betartják, mivel fiatalok, jól rehabilitálhatóak. Fájdalmaikat gyakran eltitkolják „színpadon elfelejtik panaszait”, „a fájdalom ellenére” is táncolnak.

A könyv írója személyes beszélgetés során elmondta, sajnálatos, hogy az orthopéd szakirodalomban nincs semmiféle támpont arra, milyen mozgásszervi feltételeknek kell megfelelni azoknak a gyerekeknek, akik e pályára készülnek, szemben más foglalkozási ágakkal. Kár, hogy a könyv a cím ígéréttel szemben csak a szorosan vett mozgásszervi sérülésekkel foglalkozik — ez természetesen egy orthopéd professzor által írt könyvnel — de a gyakori végtag problémákat adó „háttér betegségekkel”, például a reumás és más rendszer betegségekkel a kép teljesebbé válna.

A betegek követése és utánvizsgálata rendszertelen, mert a sérültek a világ minden tájáról érkeztek, így utánvizsgálatra elvértve kerülhetett sor. A sérülés után azonnal, úgyszólván egy beteg sem került hozzá, így sajnos az akut elváltozásokat és azok kezelését nem tárgyalhatja. Öszintén feltárja, hogy néhány modern vizsgálati módszer mellőzött, így pl. az arthroscopiát, ennek egyik fő oka, hogy a könyv 20 évet ölel fel és kezdetben ezek a módszerek még nem léteztek. Ezek létjogosultságát elismeri és szerepüket a pontosabb diagnózis felállításában nem tagadja. A könyv kiállításában magas színvonalú, a megértést, a fényképek, rajzok, anatómiai ábrák, s a műtéti felvételek jól szolgálják.

Összegezve: azok számára — akik érdeklődnek és dolgoznak e speciá-

lis területen — eddig soha be nem töltött hiányt pótol e könyv, így azon magyar orthopédok és balesetsebészeknek is, akik az egyre szaporodó és világhíres magyar együttesek tagjainak sérüléseit kezelik.

Nemes György

Gerd Friedmann, Werner Wenckhaus, Klaus-Dieter Ebel és Egon Büchler: Dringliche Röntgendiagnostik Traumatologie und akute Erkrankungen. Georg Thieme Verlag Stuttgart—New York 1983. 2. kiadás, 262 ábra, 10 táblázat és 30 oldal. Ara: 39,— DM.

A könyv második kiadása mindegy 10 évvel követte első kiadását. Felépítése, szerkezete lényegében változatlan maradt, a második kiadás azonban már az új képekkel, eljárásokkal (ultrahang és számítógépes rétegvizsgálat) is foglalkozik. 5 nagy fejezetre oszlik: a koponya és az agy; a gerinc és a gerincvelő; a mellkasi szervek, a has és a reoperitoneum, továbbá a végtagok heveny megbetegedéseinek diagnosztikájával. Minden fejezet a különböző szervek vizsgálati módszereivel, azok javallataival, és a nyelhető információkkal foglalkozik részletesen ismertette a célszerű vizsgálati taktikát, vizsgálati sorrendet is. A mellkasi fejezetben felnőttkori és a gyermekkori hirtelen fellépő nehéz légzés, továbbá nyelési zavarok okait és felderítésének módszereit is tárgyalja. A hasi-retroperitonealis fejezetben ileus és perforáció, a gyomor-bélhuzamból eredő vérzés, továbbá heveny oliguria és anuria kerül külön részletes megtárgyalásra. *könyvnek nagy értéke, hogy mind a klinikai tünetekből kiindulva foglalkozik az egyes vizsgálati módszerekkel és értékével, a kóros elváltozásokat kitűnő képanyag mutatja be. Mondanivalóját tömören fogalmazza meg, ez, valamint a könyv egységes felépítése gyors tájékozódást tesz lehetővé. Mindazonáltal heveny betegségek röntgendiagnosztikájával foglalkoznak márpedig ez minden kórházi röntgenosztály minden orvosának mindennapos feladata, különösen ügyelet során — e könyvre bízva támaszkodhat. Véleményem szerint e kitűnő zsebkönyvet nem a röntgenosztály könyvtárában, hanem ügyeletésének zsebében kell tartani.*

Kuhn Endre



A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Fialat Orvosok Tudományos Fóruma 1984. szeptember 25-én kedden 14 órakor, a Kórház kultúrtermében **tudományos ülést** tart.

Farkas András dr.: Foglalkozási kompressziós idegsérülések.

Vörös Péter dr., Németh Csilla dr.: Diabetese betegek fehérjevizelés vizsgálata.

Csányi Péter dr.: Gyógyszer-interakciók neuro-pszichiatriai vonatkozásai.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. szeptember 25-én 16 órakor, a Szegedi Akadémiai Bizottság Székház dísztermében (Somogyi u. 7.) **tudományos előadást** rendez, az Ideggyógyászati Klinika munkatársai részére.

1. **Boncz I., Farkas B., Hunyadi J.:** Pszichoterápiával nyert tapasztalataink a psoriasis vulgaris kezelésében.

2. **Vargha M., Tóth Szabolcs:** Anancasticus beteg műtéttel történő gyógyításának tapasztalatai.

3. **Szentistványi I., Gálfi M., Janka Z., Molnár József:** Neurolepticumok és thymolepticumok hatása a vörös vérsajt Mg-dependens ATP-áz aktivitására in vitro.

4. **Janka Z., Szentistványi I.:** Neurális plasmamembran lithium transzport mechanizmusai.

5. **Járdánházy T., Wieneke, G. H.:** (Utrecht): Teljesítmény és koherencia spektrumok sajátosságai patológiai patológiás EEG-kben.

6. **Vetró Á., Vargha M., Székely I., Gergely M.** (VI. éves oh.): Televízió hatása a gyermeki agresszióváltásra.

A Fővárosi Balassa János Kórház-Rendelőintézet 1984. szeptember 26-án 14 órakor, a Kórház ebédlőjében **tudományos ülést** tart.

Kovács Agota dr.: A korszerű belgyógyászat tárgyköréből: „A colitis-syndroma okai és kezelésének elvei”.

Simola Margit dr., Podányi Beáta dr., Honti József dr.: A börtumorok ambuláns kezelésének újabb lehetőségeiről.

A Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet 1984. szeptember 27-én, 14 órakor, a Kórház tanácstermében (VII., Péterfy S. u. 14., IV. em.) **tudományos ülést** tart.

Fővényi József dr., Thaisz Erzsébet dr., Lehotkai Lajos dr., Szöllösy Gyula dr., Tarnóczy Péter dr., Korányi György dr.: Gestációs diabeteses és juvenilis gravidák anyagcsere-vezetése és gondozása kórházi belosztályon.

Tarnóczy Péter dr., Szöllösy Gyula dr., Thaisz Erzsébet dr., Lehotkai Lajos dr., Korányi György dr., Fővényi József dr.: Gestációs és juvenilis diabeteses gravidák szülésével szerzett tapasztalataink.

Korányi György dr., Kisbán Gabriella dr., Tarnóczy Péter dr., Fővényi József dr.: Intézetünkben gondozott diabeteses anyák újszülöttjeinek ellátása és eredményei.

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre 1984. október 2-án kedden 14 órakor, a Kórház orvosi könyvtárában (IX., Gyáli u. 17—19.) **tudományos ülést** tart.

1. **Kárpáti Pál dr.:** Myocardialis infarctus aktuális problémái.

2. **Dávidovits Zoltán dr., Sebő Judit dr., Khoór Sándor dr., Kárpáti Pál dr.:** Krónikus pitvar-fibrilláció és szívinfarcus.

3. **Jermendy György dr., Kárpáti Pál dr.:** Artériás emboliszió szerepe carcinoid syndroma májajátéteinek kezelésében.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Psychofarmakológiai Munkacsoportja 1984. október 2-án 15 órakor, a Főv. János Kórház Ideg-Elmeosztálya előadótermében **tudományos ülést** tart.

Prof. Günter Stock (Heidelberg): Állatkísérletes modell a pszichiatriai és neurológiai kutatásban (német nyelvű).

Degrell István (Debrecen): Az agy-gerincvelői folyadék neurotransmitter bomlástermék-koncentrációk értelmezéséről.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. október 2-án 16 órakor, a Szegedi Akadémiai Bizottság Székház dísztermében (Somogyi u. 7.) **tudományos előadást** rendez, az Ideggyógyászati Klinika munkatársai részére:

1. **Csik V., Motika D., Marosi György:** Triklórfon-intoxikációt követő késői neuropathia eseteiről.

2. **Engelhardt J.:** Spinalis nagy neuronok tömeges izolálása.

3. **Várszegi M., Somogyi I.:** Diagnosztikus problémák mononucleosis infectiosa neurológiai manifesztációja esetében.

4. **Dibó Gy., Csik V.:** Első tapasztalataink Huntington-choreában szenvedő betegek Tiapridal kezelésével.

5. **Dibó Gy., Motika D., Mayer Péter** (VI. éves oh.): Szomatosenzoros agykérgi kiváltott válasz vizsgálataink.

A Győr megyei Kórház Urológiai Sebészeti Osztálya, az Urológiai Sebészeti Társaság, az OTKI Urológiai Klinika 1984. október 18—20-ig

Győrben (Széchenyi tér 7.) **Magyar—Osztrák Urológiai Társasági Ülést** és külföldi előadókkal **továbbképző kurzust** rendez.

Információ, szállásigény bejelentés: **IBUSZ, Győr, Tanácsköztársaság u. 29—31., 9021.**

A Bács-Kiskun megyei Orvos-Gyógyszerész Napok 1984. október 11—12-én Kiskunhalason, az MSZMP Székházában (Köztársaság u. 17.), ill. a Semmelweis Kórház XI. szinti előadótermeiben.

Október 11. csütörtök 9.30 óra

MSZMP Székház
Ünnepélyes megnyitó
10.00 óra

Prof. Varró Vince, Prof. Karácsy Sándor: A chronikus pancreatitis belgyógyászata és sebészete.

Október 11. csütörtök 14 óra
Semmelweis Kórház előadóterme

A. sectio

Üléselnökök: **Tóth Sándor dr., Szelei Béla dr., Gesztesi Tamás dr., Laczay András dr.**

1. **Gesztesi Tamás dr.** (Kiskunhalas): Alkohol és pancreas.

2. **Rozner Egon dr., Morva László dr.** (Szeged, Tataháza): A pancreatitis laboratóriumi diagnosztikájának egyes kérdései.

3. **Laczay András dr.** (Kecskemét): A pancreas radiológiai diagnosztikájának fejlődése és struktúrája.

4. **Szelei Béla dr.** (Kecskemét): Ultrahangvizsgálattal szerzett tapasztalataink a hasnyálmirigy gyuladós betegségeiben.

5. **Katona Judit dr.** (Kecskemét): Tapasztalatok a pancreas real-time UH-vizsgálatban térszűkítő folyamatok esetén.

6. **Domján Lajos dr., Katona Judit dr., Szelei Béla dr.** (Kecskemét): Képkalkó eljárások (hasi sonographia és ERCP) szerepe és összehasonlító értékelése a pancreas betegségek kórismezésében eseteink kapcsán.

7. **Osztrogonác Péter dr., Szücs Adrienn dr., Maros Tivadar dr.** (Baja): ERCP-vel szerzett tapasztalataink a pancreas diagnosztikában.

8. **Horváth Mihály dr., Csóti Sándor dr., Babarczy István dr., Angyal Ferenc dr.** (Kalocsa): A diagnosztikai jelek és a vizsgálatok retrospektív értékelése az acut pancreatitis súlyos eseteiben.

9. **Cserényi László dr., Lóránd Pál dr., Zsámboki János dr.** (Kecskemét): A pancreas betegséggel kezelt esetek elemzése osztályunk 5 éves anyagában

10. **Sahin Tóth István dr., Babarczy István dr.** (Kalocsa): Pancreas megbetegedések miatt operált betegek elemzése.

11. **Maráz Ferenc dr., Papp László dr., Szentmiklósi László dr.** (Kiskunhalas): Pancreatitis, pancrea-

titis szövődményei miatt operált eseteink elemzése osztályunk 5 éves anyagában. Scretum abscessusszal, retroperitonealis necrosisszal járó pancreas necrosis gyógyult esete.

12. *Letoha Viktória dr., Garai István dr., László Ferenc dr., Tóth Sándor dr.* (Kiskunfélegyháza): A somatostatin therapia hatása acut pancreatitisben.

14. *Huszár Pál dr., Pataki László dr., Palásthy Ernő dr., Csöke István* (Baja): A hasnyálmirigy betegségek az urológiai gyakorlatban, eseteink tükrében.

15. *Garamszegi László dr., Horváth Mihály dr.* (Kalocsa): Maszszív gastrointestinalis vérzést okozó pancreas cysta sikeresen operált esete.

16. *Papp László dr., Maráz Ferenc dr., Szentmiklósi László dr.* (Kiskunhalas): Izolált, traumás pancreas ruptura subtotalis pancreatectomiával operált gyógyult esetek (esetbemutatás).

Október 11. csütörtök 14 óra
Semmelweis Kórház előadóterme
B. sectio

Üléselnökök: *Bányai Béla dr., Körmöczy Magdolna dr., Gubacsi László dr., Ligeti Zsuzsanna dr., Szikulai Lóránt dr., Pap János dr., Vértés László dr.*

1. *Gubacsi László dr., Matejka Zsuzsanna dr.* (Kecskemét): 1984. első félévében elkövetett sikertelen öngyilkosság kísérletek megyei felmérésének tapasztalatai.

2. *Juhász Kálmán dr. és mtsai* (Kecskemét): Autoagresszív cselekmények és az acut alkoholos intoxicatio.

3. *Gulyás Lajos dr., Gémes István dr., Nagy Imre dr., Varnyú András dr.* (Kecskemét): Klinikai és epidemiológiai vizsgálatok szerves foszforsavészter és insecticid carbamát mérgezetten.

4. *Cseri László dr., Vizsmeg Sándor dr.* (Kiskunhalas): Az Intenzív Osztály és az Intézeti Gyógyszer-tár együttműködésének tapasztalatai a mérgezetten gyógyszerellátásában.

5. *Monory Bulcs dr., Csatai Tamás dr.* (Kalocsa, Kecskemét): Az euthanasia modern értelmezése.

6. *Vértés László dr.* (Budapest): Geriatriai és szociális gerontológiai rehabilitáció.

7. *Garai Géza dr.* (Kecskemét): A radiológusok továbbképző és tudományos munkája Bács-Kiskun megyében.

8. *Öveges László dr., Szilágyi Mária dr., Sebestyén Péter dr.* (Kiskunfélegyháza): Akaratunktól független tényezők befolyása a táppénzes helyzetre.

9. *Csatai Tamás dr.* (Kecskemét): Az orvos adminisztrációs kötelmei.

10. *Kovács Ferenc dr., Csatai Tamás dr.* (Kecskemét): Diagnosztikai tévedések, I. Bács-Kiskun megye rendőrorvosi boncolási anyagában statisztikai elemzése, 1976—1980.

11. *Csatai Tamás dr., Kovács Ferenc dr.* (Kecskemét): Diagnosztikai tévedések, II. Igazságügyi orvosszakértői szempontok.

12. *Viznyovszky László dr., Koós Katalin dr., Körmendy László dr.* (Kiskunhalas): Hallásgondozási munka megszervezése Kiskunhalason.

13. *Garbarits István dr.* (Kalocsa): A kalocsai érseki könyvtár orvosi könyvtáraként.

14. *Körmendy László dr.* (Kalocsa): Kalocsa orvostörténeti vonatkozásai az államalapítástól Hollós Mátyás haláláig.

15. *Schwabik József dr.* (Baja): A magyar orvosok és természetvizsgálók VII. nagygyűlése Eperjesen 1886-ban.

Október 12. péntek 9 óra
A sectio

Üléselnökök: *Török László dr., Kémery Dezső dr., Jancsó Tamás dr., Timár Sándor dr., Matejka Zsuzsanna dr., Bruncsák András dr., Magyar László dr., Biliczki Ferenc dr.*

1. *Török László dr.* (Kecskemét): A profilaktikus andrológia.

2. *Katona Zoltán dr., Szüts Péter dr., Ilyés Mária dr., Csató Miklós dr., Megyeri Pál dr., Szabó Ida dr.* (Kiskunfélegyháza — Szeged): Schwachman—Diamond syndromás betegek kemotaxis zavarára sikeresen kezelhető thiaminnal.

3. *Kémery Dezső dr., Gyarmati Éva dr.* (Kiskunhalas): Pityriasis rossa gyorsított kezelése.

4. *Ábrahám Tibor* (Baja): Natrium chloratum PH. HG. VI. tartalmi meghatározásának lehetőségei NTP oldatokban.

5. *Szabó Katalin dr., Gácsi Éva dr., Bodor Ferenc dr.* (Kiskunfélegyháza): Prefixációs kromoszómasávtechnikák.

6. *Gesztesi Tamás dr., Lendvay Pirooska dr.* (Kiskunhalas): Hyperlipaemiás krízisek.

7. *Tüske Magdolna dr., Balázs Mihály dr., Pálos Ferenc dr.* (Baja): A hospitalis időszak szövődményei myocardialis infarctussal kezelt betegeken.

8. *Nyúzó Bálint dr., Marschalek György dr., Tóth Sándor dr.* (Kiskunfélegyháza): A szívinfarctusos betegek korai rehabilitációjával szerzett tapasztalataink.

9. *Hamar Sándor dr.* (Kiskunhalas): Infekciós endocarditiszek osztályunk öt éves boncolási anyagában.

10. *Hajdú László dr.* (Kiskunhalas): Metabolikus változások béta-adrenerg receptor izgatóságára hatására.

11. *Kiss Zsuzsanna* (Baja): A prosztaglandinok és a gyógyszerek.

12. *Tóth István dr.* (Kiskunhalas): Icterusok gyors differenciál-diagnosztikai lehetőségei fertőző osztályon.

13. *Kálmán Andrea dr., Kellner Róbert dr., Hauser Magdolna dr.* (Baja): Haptoglobin vizsgálata indirect bilirubin megszorodásával járó állapotokban.

14. *Tóth István dr.* (Kiskunhalas): Virus marker vizsgálatok jelentősége a májbetegség gondozásában.

15. *Hauser Magdolna dr., Kellner Róbert dr., Kálmán Andrea dr.* (Baja): Anti-D IgG tapasztalatai.

16. *Bácskai Ferenc dr., Galuska László dr.* (Kecskemét): A renovascularis hypertónia radiológiája.

17. *Kovács Miklós* (Kecskemét): A diureticumok kutatásának fejlődése.

18. *Tóth Györgyné* (Miske): A leggyakrabban rendelt minor tranquillansok: a benzodiazepinek.

19. *Magyar László dr., Juhász Kálmán dr., Gaál Éva dr.* (Kecskemét): A psychopathia megítélése az ideg-elme osztály anyagában a mentálhigiénia néhány kérdése.

20. *Kerekes Zsuzsanna dr., Papp Zoltán dr.* (Kecskemét): EEG változások cerebrovascularis betegeken.

Október 12. 9 óra
B. sectio

Üléselnökök: *Mestyán Rudolf dr., Makay László dr., Bagi György dr., Lóránt Pál dr., Szentmiklósi László dr.*

1. *Babarczy István dr., Halasi Kálmán dr., Sahin Tóth István dr., Deák Zoltán dr.* (Kalocsa): Vérzést okozó vékonybél tumorok műtéti anyagunkban.

2. *Kürti Károly, Nagyné Csapó Zsuzsanna dr., Bodor Ferenc dr.* (Kiskunfélegyháza—Kaposvár): Vanilmandulasav és 5-hidroxi-indolecetsav kvantitatív vékonybélreg kromatográfiás meghatározása.

3. *Domján Lajos dr.* (Kecskemét): ERCP vizsgálatok jelentősége ritka, semimalignus papillatumorok kórismézésében.

4. *Francia László dr., Kiss Sándor dr., Serényi Péter dr.* (Kiskunfélegyháza—Kecskemét): Melanoma malignus ovarialis metastasisai.

5. *Szabó Károly dr., Domján Lajos dr.* (Kecskemét): Non-Hodgkin lymphoma és melanoma malignus gyomormanifestációinak gastroscopos vizsgálattal és mélybiopsiával igazolt esetei.

6. *Balogh Ágota dr., Gyöngyösi Ágnes dr., Erdei Zoltán dr.* (Kiskunhalas): A szem környékén előforduló daganatos elváltozások és ellátásuk osztályunk 5 évi anyaga alapján.

7. *Németh Pál dr., Galuska László dr., Károlyi Zoltán dr.* (Kecskemét): Csontvelő- és lymphoscintigraphia lehetősége saját fejlesztésű radio-farmakonnal.

8. *Palásthy Ernő dr., Pataki László dr., Huszár Pál dr., Csőke István dr.* (Baja): Urológiai elváltozást okozó ritka kismencedei terimék.

9. *Zsemberi Anna dr., Sebestyén Miklós dr., Szöllősi Géza dr., Bodor Ferenc dr.* (Kiskunfélegyháza-Nagykanizsa, Sopron): Tumor és makroamylaz.

10. *Németh Pál dr., Zsembery Béla dr.* (Kecskemét): Az izotópdiagnostika gyógyszerészeti háttere.

11. *Pánczél Gyula dr.* (Kecskemét): A mellkasi folyadékgyülemek differenciál diagnosztikai problémái.

12. *Jármai Árpád dr.* (Kecskemét): A spontán pneumothorax előfordulása osztályunk 5 éves. anyagában.

13. *Neducsin Mire dr., Apró Anna dr., Abonyi József dr.* (Baja): Tuberkulotikus megbetegedések fül-orr-gégészeti anyagunkban.

14. *Szilvási Endre dr., Szappanos Béla dr., Hegedűs Gyula dr.* (Kiskunfélegyháza): Többszörös perforációval járó, diffúz peritonitist okozó jejunum diverticulosis sikeresen operált esete.

15. *Letoha Miklós dr., Rakonczai Ervin dr., Kindl Imre dr.* (Kiskunhalas): A fiberoscopia szerepe a gastro-oesophagealis varix vérszek ellátásában.

16. *Mencser András dr., Márk Péter dr., Garbai Imre dr.* (Baja): Törekvéseink az ileocecalis sphincter funkciójának pótlására jobboldali hemicolectomiák után.

17. *Markó László dr., Svébis Mi-*

hály dr. (Kecskemét): Az arany-érbetegség ligatiós kezelése.

18. *Mencser András dr., Gaál Dezső dr., Kakuszi István dr., Maros Zoltán dr.* (Baja): Hasfali rekonstrukció irhalebeny plastikával.

19. *Schmidt Ilona dr., Galuska László dr.* (Kecskemét) Ostitis pubis acuta.

20. *Bense Katalin dr., Sütő Mihály dr.* (Kiskunfélegyháza): Homloküregből eltávolított légpuska golyó.

Tájékoztató

Az előadások ideje 10 perc. Vetítési lehetőség 5x5 cm-es dia (előzetes kérésre írásvetítő, ill mozgókép vetítésre). A szállásigényeket a PUSZTATURISZT Kiskunhalasi Kirendeltsége intézi (Kiskunhalas, Semmelweis tér 16., 6400, telefon: 11-588, telex: 26-688).

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1984. szeptember 27-én (csütörtök) 14 órakor, a Kórház tanácstermében (X., Maglódi u. 89.) tudományos ülést tart.

1. *Bakos Mária dr., Vass György dr.*: A rekesz nem traumás betegségei.

2. *Rónaszéki Aladár dr.*: A parasystolia klinikai jelentőségéről.

3. *Pető Zsolt dr., Polgár Zoltán dr.*: A méhnyakrák megelőzésének és korai felismerésének lehetőségei osztályunk anyagában.

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdeteiseiben szereplő készítmények rendelkezésére és ára megváltozott.

BETALOC tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 10,- Ft.

GRANDAXIN tabletta

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételtető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 4,- Ft.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

PH

2409

Kálium-R

N 400 ● Aqua et sales minerales

TABLETTA

A Kálium-R tableta alkalmas az endokrin, ill. nem endokrin okból bekövetkező hipokaliémia megszüntetésére. A kívánt intra- és extracelluláris káliumszintet a megfelelő adagolás mellett fenntartja, az ionháztartás stabil marad. A Kálium-R tableta egyenletes, nyújtott hatóanyagleadást biztosít. A bélben helyileg mindig alacsony a káliumklorid koncentráció, s így kiküszöböli a poralakban vagy oldatban történő káliumbevitel esetén fellépő gyomor-bélnyálkahártyára káros mellékhatást, ritkán okoz hányingert vagy hányást.

Összetétel:

1000,00 mg kálium-chloratum (=524,44 mg K^+ = 13,3 mmol K^+) tablettánként.

Javallatok:

Hipokaliémiát okozó állapotokban — hányás, hasmenés; mellékvesekéreg hiperfunkció, renális eredetű fokozott káliumvesztés (krónikus veseelégtelenség kompenzációs polyuriás retenció nélküli stádiuma), vizelethajtók-, digitális-, kortikoszteroid-kezelés — a káliumhiány megelőzése, ill. megszüntetése.

Ellenjavallatok:

Akut veseelégtelenség oligo-anuriás uraemiás stádiuma, krónikus veseelégtelenség retenciós, uraemiás stádiuma; mechanikusan akadályozott vagy organikus, ill. funkcionális okok miatt lelassult gyomor-bélműködés.

Adagolás:

Az alapbetegségtől és a szérumban kálium-szinttől függően naponta 1—2 tableta. Súlyosabb káliumvesztéses esetekben naponta 4—6 tableta.

Mellékhatások:

Hiperkaliémia (csökkent veseműködés esetén) Hányás, hasmenés, meteorizmus, véres széklet.

Figyelmeztetés:

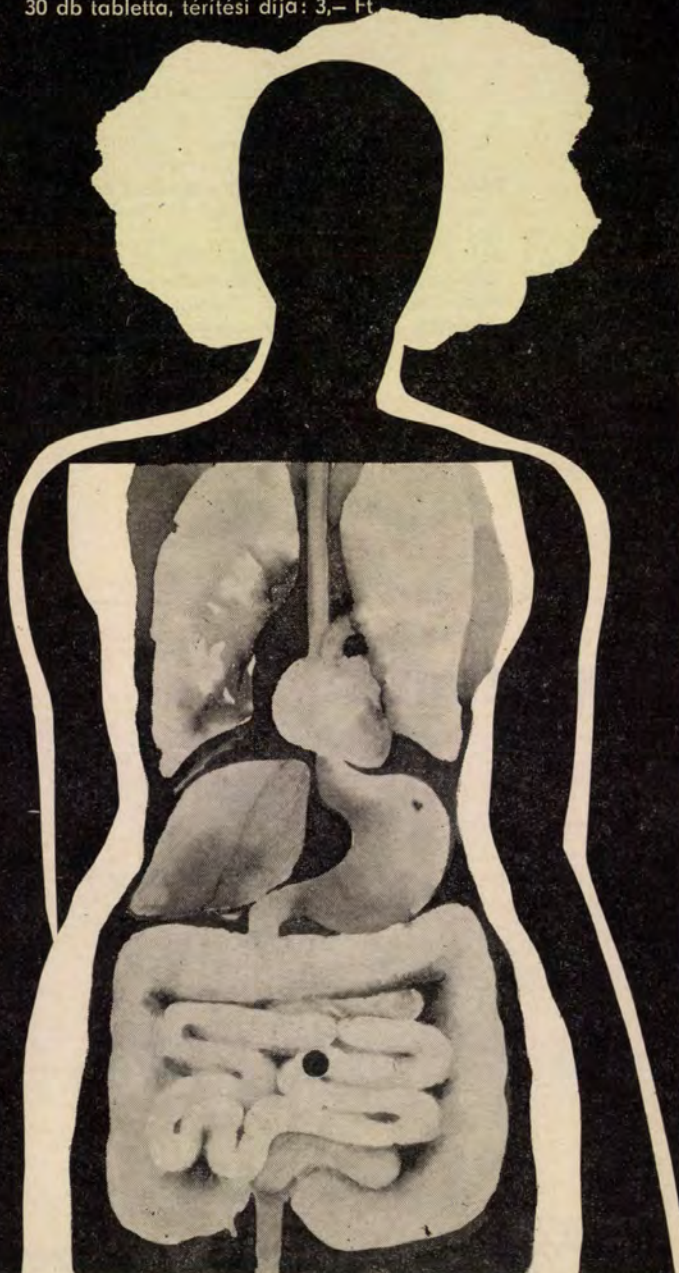
A tablettákat a reggeli étkezés után, szétrágás nélkül, kevés vízzel célszerű bevenni. Magasabb napi adagok 4—6 tableta — alkalmazása esetén rendszeres szérumban káliumszint és időnkénti EKG-ellenőrzés szükséges. Mellékhatások jelentkezése esetén adagolását meg kell szüntetni.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

30 db tableta, térítési díja: 3,- Ft



Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI
GYÁR,
TISZAVASVÁRI

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(252)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézetben megüresedett röntgen szakrendelést vezető főorvosi állásra.

Az állás azonnal elfoglalható.

Kövér Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(253)

A Fővárosi László Kórház főigazgatója (Bp., Gyáli u. 5-7/1097) pályázatot hirdet a Sebészeti osztályon áthelyezés miatt megüresedett orvosi állásra.

Bérezés a fennálló rendelkezések értelmében.

Az állás azonnal betölthető.

prof. Várnai Ferenc
tanszékvezető egyetemi tanár
főigazgató

(254)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet egy 3224 ksz.-ű egyetemi tanárségédi állásra a Fül-Orr-Gége Klinikán.

A kinevezendő egyetemi tanárségédi feladata: részvétel a klinika gyógyító, oktató, valamint tudományos munkájában.

A pályázatnál előnyben részesülnek a szakvizsgával rendelkezők.

A munkabér a 16/1983. (XII. 17.) ABMH sz. rendelkezés szerint kerül megállapításra.

Az egyetem az álláshoz lakást biztosítani nem tud.

A 17/1978. (Eü. K. 15.) EüM sz. utasításnak megfelelően felszerelt pályázatokot szolgálati út betartásával az egyetem személyzeti és oktatási osztályának címére kell benyújtani (Bp., Üllői út 26. 1085) a megjelenést követő 15 napon belül.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(255)

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Budapest IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet - változó munkahellyel 1 sebész szakorvosi állásra.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állásra több éves gyakorlattal rendelkező segédorvos is pályázhat.

Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(256)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest, Városház u. 9-11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Közegészségügyi-Járványügyi Állomás Kórházhygiénés Osztályán - nyugdíjazás folytán megüresedett - osztályvezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes utasításban, valamint a 14/1983. (XII. 17.) ABMH sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 13/1984. (Eü. K. 10.) EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Pályázati feltétel: közegészségügyi-járványügyi szakvizsga és legalább 10 éves szakmai gyakorlat.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(257)

A Mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató főorvosa rtg orvosi állást hirdet

szakvizsgával, vagy anélkül, az intézet integrált radiológiai laboratóriumába. Besorolás munkaviszonyban eltöltött időtől és szakképesítéstől függ.

Szolgálati lakást az intézet biztosít.

Pályázatokat a Mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató főorvosának címére, Mátraháza 3233 főigazgatóság, a megjelenéstől számított 30 napon belül nyújthatók be.

Nagy György dr.,
az orvostudományok doktora
Mátrai Állami Gyógyintézet
főigazgató főorvosa

(258)

Erd város rendelőintézetének igazgató főorvosa pályázatot hirdet főfoglalkozású körzetorvosi állásra.

A városban központi ügyeleti szolgálat működik.

Lengyel Eleonóra dr.
rend. int. ig. főorvos

(259)

Az MN Központi Katonai Kórház parancsnoka (Budapest XIII. ker., Róbert Károly krt. 44. sz.) pályázatot hirdet két traumatológus alorvosi állásra. Az állást nem szakorvos is elfoglalhatja.

Bérezés a néphadseregben érvényes bértételek szerint.

Kovács Máté dr.
o. ezredes
parancsnokhelyettes

(260)

Az Országos Traumatológiai Intézet főigazgatója (Budapest VIII., Baross u. 23-25. 1088) pályázatot hirdet az intézetben megüresedett röntgen szakorvosi állásra.

Feladat: Részvétel a betegellátó munkában, a sérültek röntgendiagnosztikájában. Bekapcsolódás az intézetben folyó oktató és tudományos munkába.

Illetmény: Munkaviszonytól függő kulcsszám szerint alappér, 1500 Ft munkahelyi és 30% veszélyességi pótlék.

Erdeklődés az intézet személyzeti osztályán.

prof. Manninger Jenő
főigazgató

(261)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Rendelőintézet (Nyíregyháza, Vörös Hadsereg út 68.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet

- traumatológus osztályvezető főorvosi,

- az Intézet Baktalórántházi telephelyén lévő III. pulmonológiai osztály osztályvezető főorvosi,

- felvételi osztály osztályvezető főorvosi,

- 1985. I. 1-vel megüresedett kórházhygiénikus osztályvezető főorvosi,

- 1985. I. 1-vel megüresedett II. pulmonológiai osztályvezető főorvosi állásaira. A traumatológia, a pulmonológiai és a felvételi osztály vezető állással azonnal betölthetők.

Szolgálati lakások biztosítva vannak. Az 1985. I. 1-vel betöltendő kórházhygiénikus és a pulmonológiai osztályvezető állások esetében a lakás megbeszélés tárgyat képezi.

Pályázati feltétel minden állásnál a megfelelő szakorvosi képesítés, és a szakorvosi munkakörben eltöltött 10 év gyakorlat.

Illetményük megállapítására a 14/1983. (XI. 17.) AB MH. sz. rendelkezésben foglaltak az irányadók.

Az osztályvezető főorvosok magán-gyakorlatot nem folytathatnak.

Vágvölgyi János dr.
főigazgató főorvos

(262)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet (Nyíregyháza, Vörös Hadsereg út 68.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet:

- az anaesthesiológiai és intenzív terápiás osztályra csoportvezető főorvosi,

- a véradó állomásra csoportvezető főorvosi,

- a kórbonctan-kórszövettani osztályra szakorvosi állásokra.

A munkakör betöltéséhez szükséges szakképesítés és gyakorlati idő az egészségügyi miniszter 13/1984. (Eü. K. sz.) utasításában foglaltak szerint.

Illetményük megállapítására a 14/1981. (XII. 17.) ABHM sz. rendelkezésben foglaltak az irányadók.

Az állások azonnal betölthetők.

A lakás megbeszélés tárgyat képezi.

Vágvölgyi János dr.
főigazgató főorvos

(263)

Az Országos Közegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Gyáli u. 2-6. 1097) pályázatot hirdet a humán genetikai laboratóriumban megüresedett 2126 kulcsszámú orvosi állás betöltésére.

A pályázó feladata a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet orvosi feladatainak ellátása: részvétel a genetikai tanácsadás munkájában és genetikai kutatásban.

Pályázni általános orvosi diplomával lehet.

Előnyben részesül az epidemiológiai és patológiai gyakorlattal rendelkező pályázó.

Az illetmény megállapítására a 14/1983. (XII. 17.) ABMH sz. rendelkezésnek megfelelően kulcsszám szerint történik.

Az állás azonnal betölthető.

prof. Rudnai Ottó dr.
főigazgató főorvoshelyettes

(264)

Az Orosházi városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézetének igazgató főorvosa (Orosháza, Könd u. 59. 5901) pályázatot hirdet 1 belgyógyász szakorvosi állásra.

Bérezés az érvényes bérutastítás szerint.

Lakás megbeszélés tárgyat képezi. A pályázat benyújtási határideje a megjelenés után harminc nap.

Gazdag István dr.
igazgató főorvos

(265)

A Százhalombattai városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa (Százhalombatta, Gesztenyész u. 10. 2441) pályázatot hirdet, nyugdíjazás miatt egy üzemorvosi állásra a Duna menti Hőerőmű Vállalathoz.

Szakmai gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Az álláshoz tanácsli lakást biztosítunk.

Vajda Péter dr.
igazgató főorvos

(266)

A Nagyszokoló községben 1984. szeptember 1-vel megüresedett védőnői állást meghirdetem.

Lakás megbeszélés szerint.

Viszló József
tanácselnök

(267)

Belgyógyász szakorvos, budapesti, üzemorvosi munkakörben helyettesítést vállalna decembertől néhány hónapig.

„Minden megoldás érdekel” jelige az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Hirdetési Osztály Bp. VI., Dalszínház u. 10. 1062.

(268)

A Fővárosi Tanács Margit Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest III. ker., Bécsi út 132. 1032) pályázatot hirdet:

1 szülésznő-nyógyász szakorvosi állásra változó munkahelyen.

Az állást szakvizsga előtt állók is megpályázhatják.

3 gyermekfogyaszorvosi,
2 reuma szakorvosi,
1 körzeti gyermekszakorvosi állásra.

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

Markovits György dr.
főigazgató főorvos



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

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: 327-530/125
Előfizetési díj egy évre 600,- Ft, negyedévre 150,- Ft, egyes szám ára 12,- Ft



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

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

*

125. ÉVFOLYAM

*

40. SZÁM

*

1984. SZEPTEMBER 30.

1

TARTALOMJEGYZÉK

Halász Péter dr.:

Hypersomniák, az alvás-ébrenlét ritmus
zavarai és egyéb alvási rendellenességek ... 2415

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Kisbán Gabriella dr., Bartalits Lillian dr.
és Korányi György dr.:*

A C-reaktív protein diagnosztikus értéke
≅ 1500 g-os koraszülött betegekben. 2423

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Balikó Zoltán dr., Tornóczky János dr.,
Török Rozália, Tóth Antal dr.
és Muth Lajos dr.:*

B-sejtes chronikus lymphoid leukaemiás
(B-CLL) betegek kórlefolrásának vizsgálata 2427

ÚJ GYÓGYSZEREK, ÚJ GYÓGYMÓDOK

Boda Domokos dr. és Gyurkovits Kálmán dr.:

Cefotaxim (Claforan) alkalmazása súlyos
gyermekkori infekciókban 2431

A GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Fóris László dr. és Lantosné Pecsők Ildikó:

Összefüggés a keresőképeség és
a keresőképtelenség első napja, valamint
a táppénzes napok száma között 2437

HORUS

Egy évforduló ürügyén 2441

Jósa András 150 éve született (1834. nov.
30.—1918. szept. 6.) 2444

Csáth Géza — Dr. Brenner József (1887—
1919) 2446

Folyóiratreferátumok 2449

Levelek a szerkesztőhöz 2465

Könyvismertetés 2467

Hírek 2471

CALYPSOL *injekció*

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a kö-zépagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG

500 mg ketaminum, sósavas só alakjában 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK

Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK

Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS

Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0–4,5 mg/tskg, gyermekeknek 0,5–4,5 mg/tskg. Az 5–10 perces narkózist eredményező átlagos adag 2,0 mg/tskg.

Az **intramuscularis** kezdeti adag felnőtteknek 6,5–13,0 mg/tskg, gyermekeknek 2,0–5,0 mg/tskg.

Felnőtteknek 10 mg/tskg adagja rendszerint 12–25 perces anesztéziát biztosít.

Az altatás fenntartásához az említett 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.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

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 kémiaiilag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS ☒

Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozó intézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS

5 × 10 ml-es üveg.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Hypersomniák, az alvás-ébrenlét ritmus zavarai és egyéb alvási rendellenességek

Orvostovábbképző Intézet Ideggyógyászati Tanszék (igazgató: Tariska István dr.)

A nemzetközi alvászavar-osztályozás szempontrendszer alapján a klinikai gyakorlat számára fontosabb részletek kiemelésével tárgyalja a közlemény azokat az új ismereteket, melyek a túlzott aluszékonyság-szindrómák, az alvás-ébrenlét ritmus zavarai és a parasomniás jelenségek körében az alvászavarok kutatás fejlődése és a klinikai alvászavargyakorlat tapasztalati anyaga alapján jelenleg már szisztematizálhatók.

Az alvászavarok utóbbi három évtizedben tapasztalható nagymértékű előrehaladása nyomán jelentős új ismeretek keletkeztek az alvászavarok különböző formáinak alvászavargyakorlatáról és bizonyos mértékben pathofiziológiájáról is. Ennek nyomán az AZ-ok osztályozásában is új szempontok kerültek előtérbe. 1979-ben nemzetközi szakértő testület munkája nyomán új (AZ) osztályozás látott napvilágot. Ennek szempontjai alapján ismertettük az Orvosi Hetilap 35. számában az elalvás és átalvás zavarait. Most ugyancsak a nemzetközi osztályozás alapján az alvászavarok egyéb formáival kapcsolatos új ismereteket foglalom össze.

Túlzott aluszékonyság szindrómák (TAS)

E megjelölés alatt a funkcionális és organikus állapotoknak olyan csoportját értjük, melynek főbb tünetei az indokolatlan és nemkívánt álmoság a nap folyamán, csökkent kognitív és motoros teljesítmény, a nagyfokú alvászavarosság, az ellenállhatatlan elalvások, a 24 órás alvástartam növekedése és nehézségek a teljes éberség elérésében ébredéskor.

A betegek álmoságként megjelölt panaszát gondosan elemeznünk kell, ugyanis ez gyakran szerepel a fizikai fáradtság, a szellemi frissesség hiányának jellemzőeként anélkül, hogy valóban alvásvonatkozó tünetek jelen lennének.

A TAS-csoportban két olyan szindróma is szerepel (az alvási apnoe szindróma és alvásfüggő (éjszakai) myoclonus és nyugtalan lábak szindróma), melyek az

- AZ: alvászavar;
- EÁZ: elalvás és átalvás zavar;
- MAO: monoaminoxidáz;
- NREM: gyors szemmozgásokat nem mutató mély, lassú hullámú alvászakasz (l.: neurofiziológiai fogalmak magyarázata);
- REM: gyors szemmozgásokkal jellemzett alvászakasz (l.: neurofiziológiai fogalmak magyarázata);
- TAS: túlzott aluszékonyság szindróma. A használt neurofiziológiai fogalmak magyarázatát az első közleményben adtuk meg. (Orv. Hetil. 1984, 125, 2107.)

Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 40. szám

Hypersomnias, disturbances of sleeping-waking rhythms and other disorders of sleeping. Based on the system of an international classification, the new informations arised from the development of sleep research and from the experiences of clinical sleep investigations are summarized regarding the syndromes of excessive somnolence, sleep-wake rhythm alterations and arousal disorders.

EÁZ-csoportban is jelen voltak, miután ezek jelentkezhetnek TAS- és EÁZ-panaszokkal egyaránt.

1. Pszichofiziológiai TAS

a) átmeneti és helyzetfüggő pszichofiziológiai TAS.

Ez alatt olyan rövid (egy-két naptól 3 hétig tartó) aluszékonyságot értünk, amely jól meghatározott, a mindennapi életben keletkező konfliktus vagy veszteség reakciójaként alakul ki. Ilyenkor az objektív poligráfias vizsgálat minden tekintetben fiziológiai éjszakai alvásmintázatot mutat.

Ennek a jelenségnek magyarázata az, hogy egyes egyénekben a traumatizáló emocionális igénybevétel aktiváció helyett központi idegrendszeri depressziót válthat ki és ilyenkor az alvás-ébrenlét egyensúly az alvás irányába tolódik el. (Ennek a jelenségnek „mikromozzanata”, amikor valamilyen érzelmi kihívás ástást eredményez.)

Fontos tudnunk, hogy gyógyszer-visszaélők izgatóság beszerzése érdekében gyakran jelentkeznek átmeneti TAS jellegű panaszokkal. Legtöbb esetben ez az állapot nem szorul speciális kezelésre és stimulánsok adása ilyenkor helytelen gyakorlat.

b) állandó pszichofiziológiai TAS.

Ez lényegében krónikus diszpozíció talaján jön létre, amikor a feszültséggel, stresszel való találkozás az érzelmi megterhelések, kimerültség fokozott aluszékonyságot, ágyinak dőlést, gyakori nappali alvási periódusokat eredményez. Ennek az állapotnak a klinikai határai meglehetősen bizonytalanok, folyamatos stressz alatt álló, gyenge alkalmazkodóképességű egyéneken látjuk leginkább. Az ilyen panaszok részét képezik a tradicionális „neurasthénia” tünetegyüttesének. El kell különítenünk a rejtett éjszakai alvászavar nyomán keletkező nappali panaszoktól. Az alapállapot felismerése a lényeges, a tüneti kezelés inkább kártékony, mint hasznos.

2. Pszichiátriai megbetegedésekhez társuló TAS

a) affectív megbetegedésekhez társuló TAS.

Túlzott nappali aluszékonyság jelentkezhet ugyan az enyhe depresszív zavarok kezdeti fázisában is, de legjellegzetesebb a bipoláris affectív szindrómák depresszív fázisában. Itt a nappali aluszékonyság foka pár-

huzamos a depresszív fázis súlyosságával. Az ebbe a kategóriába tartozó depressziók, noha ágyban töltött idejük 95%-ában alszanak, mégis kipihenttség érzése nélkül ébrednek. Az aluszékonyság társul a gyermek- vagy serdülőkori depresszióhoz is, de leggyakrabban középkorúakban látjuk. Másodlagos depresszióban nem jelentkezik. Kezelése a depresszió kezelésében rejlik (22).

3. Gyógyszer- és alkoholhasználattal társuló TAS

a) központi idegrendszeri izgatók megszokásával és megvonásával társuló TAS

A központi idegrendszeri izgatók tartós használata során időszakosan, amikor a drog-hatás megszűnik, hangulateresés, álmoság következik be. A gyógyszermegszokás fokozatos kialakulásával az izgatók hatásának tartama egyre csökken, következésképpen „mikro-elvonás” alakul ki, mely álmoságot, „megroggyanást” hoz létre. A gyógyszerhasználó csodálkozással tapasztalja, hogy paradox módon álmosá válik annak ellenére, hogy éberség-emelő hatóanyagot szed.

A túlzott feketekávé-fogyasztás hasonló rendelkezéssel alakít ki. Az egyre fokozódó koffeindependencia és megszokás egyik tünete lehet a jellegzetes reggeli aluszékonyság, amelyet az éjszakai koffeinmegvonás hoz létre.

Kezelése az izgatószer-használat fokozatos orvosi kontroll mellett történő megszüntetése (23).

b) központi idegrendszeri depresszánsok használatával társuló TAS.

Altatószerek, egyes görcsgátlók és vérnyomáscsökkentők, major és minor trunkvillánsok, triciklikus antidepresszív szerek, fogamzásgátlók, antihisztaminok, béta-blokkolók, izomlazítók és alkohol tartós használata esetén jelentkezhet nappali aluszékonyság, melyhez gyakran ingerlékenység, nyugtalanság, motoros koordinációs zavartünetek társulhatnak.

Esti használat esetén az éjszakai alvásidő jelentősen meghosszabbodhat, ugyanakkor tartós használat esetén a mély NREM stádiumok és a REM százalékos aránya csökken (26).

4. Alvásfüggő légzésvisszavárással társuló TAS

a) alvási apnoe TAS-szindróma

A poligráfias vizsgálatok alapján az alvási apnoe három típusát különítették el: 1. centrális eredetű apnoe, amelynél a légáramlás megszakadása a légzési erő kifejtés megszűnéséből származik. 2. Obstruktív, vagy felső légúti apnoe, amelynél a légáramlás megszűnik a légzési erő kifejtés fennmaradása ellenére is. 3. Kevert centrális és obstruktív apnoe, melyet egy első centrális fázis indít (amikor nincs légáramlás és nincs légzési erő kifejtés), majd az epizód második fázisában egy obstruktív fázis követ (amikor nincs levegőáramlás, holott van erő kifejtés). Az alvási apnoe TAS-szindrómás betegekben centrális vagy kevert típusú apnoes fázisokat észlelnek. Az epizódok az éjszaka folyamán száz számrá is jelentkezhetnek. A következményes hypoxia és hypoxia súlyosságát az apnoes epizódok tartama és típusa határozza meg. Ez legkifejezettebb éppen az obstruktív és kevert típusnál.

Az alvási apnoe TAS-szindróma potenciálisan életveszélyes állapot. Jellegzetes a szokatlanul hangos horkolás, éjszakai nyugtalanság, amiről a háló-társ rendszerint panaszkodik is. Az apnoes periódus megelőzően egyre fokozódó felső légúti obstrukció alakul ki, a belégzés nehezítettsége nyomán a horkolás fokozatosan erősödik, majd amikor a légzési erő kifejtés legyőzi az obstrukciót, jellegzetesen hangos belégzési hang jelentkezik. A fel-felébredő beteg rendszerint nincs tudatában légzési nehézségeinek, sem az azokat kísérő akár viharos testmozgásoknak, amelyek nagymértékben zavarják alvását. A beteg panaszja ilyenkor vagy EÁZ, vagy nappali aluszékonyság. Ennek jelentkezése különböző formában történhet; sokan kihagyásokról, dezorientációról, amnéziával társuló, rövid automatikus magatartási periódusokról számolnak be, mások tényleges nappali elalvások következik be. Jellegzetes az alvást követő „álomittasság” felerősödése.

A nappali aluszékonysághoz gyakran fejfájás, rossz közérzet, átnedvesítő éjszakai izzadás társulhatnak, valamint a fulladásos epizódok ködös átéléseként éjszakai mellkasi diszkomfort, szorongás, illetőleg fulladásérzés lehet a panasz.

Az apnoes epizódok poligráfias alvászivsgálattal jól kimutathatók. Ezek többnyire a REM vagy az NREM 1-es, 2-es stádiumában jelentkeznek, ugyanakkor az NREM 3-as, 4-es stádium részvétele az éjszakai alvásban nagymértékben csökken. Az apnoes periódusok még a légzés visszatérését megelőzően rövid EEG-ébredésekkel járnak anélkül, hogy a teljes felébredés bekövetkezne.

Az alvási apnoe TAS-szindrómában gyakran társul elhízás is, de csak kb 5%-ban alakul ki a jellegzetes Pickwick-szindróma. Gyakran észlelhető azonban elhízás nélkül is rövid, vastag nyak, alkati adottságként. Az ebbe a csoportba tartozók egy részében felső légúti anatómiai anomáliák mutathatók. Az éber légzésfunkciók általában az élet-tani határokon belül mozognak, de alvás közben gyorsan romlanak. Az alvási apnoes TAS-szindrómás betegek kb. 40%-ánál magas vérnyomás cardialis elégtelenségi tünetek alakulnak ki. Az ismételt apnoes epizódok által létrehozott hemodinamikai és cardialis zavarok ugyanis, fokozatosan krónikus cardio-vascularis tüneteket hoznak létre. Noha az alvási apnoe minden életkorban előfordulhat, az esetek több mint felében 40 évnél idősebb életkorban állapítják meg először a betegséget. Rendszerint a nappali aluszékonyság kialakulását megelőzően a légzésvisszavárással már évek óta fennáll. A másodlagos cardialis működészavar tünete pedig előre jelzik az állapot további rosszabbodását.

A légúti obstrukció az esetek egy részében ismert okból keletkezik. Ilyenek: nasopharyngeális polipok, a Valdeyer-gyűrű duzzanata, gyermekkorban hypertrophiás mandulák, ill. adenoid vegetáció; egyes hypothyreodizmussal, ill. akromegáliával társuló endokrin zavarok is légúti obstrukcióval járnak. A legtöbb esetben azonban nincsen semmiféle anatómiai abnormalitás, alvásban mégis felső légúti obstrukció alakul ki.

A szindróma prevalenciája ismeretlen még, de meglepően gyakorinak látszik. A különböző amerikai „alvásklinikákon” túlzott aluszékonyság panaszával jelentkező betegek 20–60 százalékában ta-

láltak alvási apnoe! Ezek a betegek túlnyomó többségben férfiak. Genetikus tényezők részvétele valószínű.

A narcolepsiával szemben az esetleges elalvások nem hoznak felfrissülést, a beteg álomittassága változatlan marad. Az apnoes periódusok nyomán jelentkező fulladásérzés, légszomj, ill. mellkasi nyomásérzés összetéveszthető éjszakai anginával is.

A kezelés a cardiovascularis szövődmények és az agyi hypoxia kivédése érdekében szükséges. Ma még nincs teljes egyetértés a kezelés módját illetően. Korábban néhány esetben tracheostomiás beavatkozást is végeztek, ma különböző garatlagyszájpadlás korrekciós műtéti eljárásokat dolgoztak ki (11).

b) alveoláris hypoventilláció TAS-szindróma.

Ide tartoznak mindazok a nappali aluszékonysági állapotok, melyek éjszakai hypoventillációval hozhatók összefüggésbe. A kóros légzés vagy csak alvásban következik be, vagy alvásban súlyosodik. Keletkezésében centralis és periferiás tényezők játszanak szerepet. Ilyenek: polyomyelitis, központi idegrendszeri dagánatok, a nyaki gerincvelő károsodásai, elhízás, izombetegségek stb. Apnoes periódusok nem mutathatók ki, de a légzésfunkciók mérésével a hypoventilláció objektíválható.

5. Alvásfüggő (éjszakai) myoclonusokkal és „nyugtalan lábak” szindrómával társuló TAS.

a) alvásfüggő (éjszakai) myoclonus TAS-szindróma.

Az éjszakai tüneteket az elalvás és átalvás zavarainál (l. előző közleményben) már leírtuk. Ezek a jelenségek az esetek egy részében nem EÁZ-zal, hanem TAS-sal járnak. Ismét hangsúlyozni kell, hogy a nappali tünetek oka mindaddig tisztázatlan maradhat, míg éjszakai poligráfias alvászvizsgálat nem történik. Elsősorban a pszichofiziológiai TAS-szindrómától kell elkülöníthetünk, hiszen kevés olyan beteg van, akiben nem találhatunk pszichopathológiai jelenségeket.

b) „nyugtalan lábak” TAS-szindróma.

Lásd az elalvás és átalvás zavarainál az előző közleményben, EÁZ-tünetekkel.

6. Narcolepsia

A narcolepsia-szindróma négy fő tünete: nappali legyőzhetetlen álmoság és alvásrohamok: kataplexiás epizódok nappal, alvási paralízis felébredéskor és hypnagog-fantáziák elalváskor. Mindehhez még kóros éjszakai alvás is társul, melyet szubjektíve gyakori felébredések, felületes alvás, objektíve pedig alváskezdeti REM-periódusok jellemeznek.

A négy főtünet közül leggyakrabban és rendszerint a betegség kifejlődése során legkorábban a nappali aluszékonyság jelentkezik.

Az alvásrohamok rendszerint akkor következnek be, amikor egyébként is normál körülmények között az éberségszint csökken és a rövid alvások, melyek gyakran társulnak álomélménnyel, átmeneti felfrissülést okoznak az egyébként egész nap folyamán jellegzetes álmoságban. A kataplexiás rohamok a REM-ben jellegzetes izomtónuscsökkenés megnyilvánulásai. Jelentkezhetnek egyes elkülönült izomcsoportokban (fej előrebiccenése, áll leesése, arc hirtelen megereszkedése, térdek megroggyanása), de bekövetkezhet az egész vázizomzat hirtelen tónusvesztése is. A kataplexia és az alvásrohamok jelentkezhettek elkülönülten, de együtt is, amikor rövid REM-periódus alakul ki.

A kataplexiás epizódokat majdnem mindig érzelmek kirobbanó kifejezése (nagy nevetés, vagy harag)

váltja ki. A betegek kb. felében jelentkezhet alvási paralízis és hypnagog hallucináció. Az alvási paralízis leggyakoribb ébredéskor (de alvásba merüléskor is megjelenhet). Ilyenkor a beteg képtelen mozogni, de egy-két percen belül visszanyerheti izmai felett az uralmat.

A narcolepsia gyakran a második dekádban kezdődik és rendszerint ritkán ismerik rögtön fel. Csak a betegek 10–15%-a rendelkezik a klasszikus tetrád minden tünetével. Előfordulási gyakorisága 4 tizedred, a férfi-nő arány azonos. A narcolepsiás indexbetegek rokonaiban 60%-kal nagyobb esély van a megbetegedésre, mint a népességben egyébként. Öröklött jelentkezése kutyan is igazolt. A narcolepsia súlyos életvezetési problémákat okoz (bal-esetek, stimuláns szerekhez való hozzászokás, reaktív depresszió, interperszonális, familiáris és munkahelyi nehézségek), de ma még nem zárható teljesen ki, hogy eleve személyiségproblémákkal társul.

Diagnosztikájában a nappali tünetek felismerésén túlmenően jelentős hozzájárulást jelent az éjszakai poligráfias vizsgálat, amelyben alváskezdeti REM-periódusok mutathatók ki. Hasonlóképpen alkalmas a verifikálásra a nappali alvásrohamok poligráfias regisztrálása is. A nappali aluszékonyság objektív mérésére alvás-latencia vizsgálat hasznos lehet.

Kezelésében az alvásrohamok kiküszöbölésére megfelelő szerrel még nem rendelkezünk, methylphenidat (Centedrin) adása látszik leginkább eredményesnek, a korábban adott amfetamin-készítmények kevésbé váltak be és a megszokás inkább alakul ki velük szemben. A többi tünet, elsősorban a tónusvesztések ellen chlorimipramin (Anafranil) jól bevált, újabban béta-blokkolóktól is láttak eredményt (5, 25).

7. Idiopathiás központi idegrendszeri TAS

A nappali alváslatencia nagymértékben megrövidült, a betegek mélyalvóknak tudják magukat, és ezt a poligráfias vizsgálat is igazolja. Az éjszakai alvásidő gyakran hosszú, ébredéskor pedig álomittasság marad fenn tartósan. Nincsenek alváskezdeti REM-szakaszok.

Familiáris és egyedi formát különböztetnek meg. A familiáris formában járulékos tünetként migrén és synkopék szerepelnek. A TAS-tünetekkel orvoshoz fordulók 12–15%-án ezt a szindrómát lehet megállapítani.

Methysergid (Deseril) jó hatását írták le. Methylphenidat és amfetamin nem hatékony, sőt a járulékos tüneteket ronthatja.

Ettől a szindrómától nem teljesen elkülöníthető ma még az az állapot, amely „csökkent éberségi szindróma” néven nyert leírást. Itt a betegek álmoságról panaszkodnak, de nem alszanak el akarataik ellenére. Poligráfias vizsgálat gyakran mutat I-es stádiumnak megfelelő tüneteket, de mélyalvás sohasem alakul ki napközben (25).

8. Egyéb betegségállapotokkal, toxikus és környezeti tényezőkkel társuló TAS

TAS jöhet létre endokrin megbetegedések (hypothyreoidizmus, diabetes mellitus), táplálkozási zavarok (uraemia, nagymérvű elhízás, idült tüdőbetegségekhez társuló hypercapnia, májkárosodás esetén); központi idegrendszeri megbetegedések közül különösen a harmadik kamra környékét és a hátsó hypothalamust érintő folyamatok, subarachnoideális és subdurális vérzés, koponyaűri nyomásfokozódás, toxikus encephalopathiák, encephalitisek kapcsán. A nappali aluszékonyság

gyakori és sokszor egyetlen tünete a progresszív hidrocephalusnak.

A krónikus súlyos testi megbetegedések során kialakuló fáradékonyság, közérzetzavar, gyengeség a TAS-tól elkülönítendő.

A környezeti tényezők közül a szociális izoláció, fizikai korlátozottság okozhatnak TAS-t (29).

9. Egyéb TAS-állapotok

a) visszatérő (periodikus) TAS-szindrómák

1. Kleine—Levin syndroma

Viszonylag ritka állapot, melyet visszatérő, nagymértékben fokozott alvásidővel járó periódusok jellemeznek. Ezek között mind az alvás, mind az ébrenlét zavartalan. Az aluszékonysági periódusokban apátia, ingerlékenység, kóros falánkság, szexuális gátlástalanság, esetleg zavartság is mutatkozhatnak. A tünetegyüttest a limbikus, ill. hypothalamikus struktúrák visszatérő organikus eredetű működészavaraként fogják fel. Eredete ismeretlen.

Túlnyomó többségben férfiakat érint (6).

2. Menstruációhoz társuló TAS

(Megfigyelhetők olyan TAS-tünetek is, melyek visszatérően a menstruációs periódusokhoz kapcsolódnak. Aluszékonyságban nem szenvedő nőknél is észlelték a premenstruumban a mély alvásfázisok arányának növekedését. Elkülönítendő a menstruális diszkomfort tünetek miatt szedett gyógyszerek okozta TAS-tól (3).

b) elégtelen alvás okozta TAS.

Az egyén alvásszükségletéhez képest elégtelen mennyiségű alvás, ill. akaratlagos virrasztás okozta TAS-ról van szó, de az ilyen egyének rendszerint nem ismerik fel, hogy TAS-tüneteik oka krónikus alvásdepriváció.

c) álomittasság.

Kérdéses, hogy vajon valóban külön forma-e, miután az álomittasság egyéb alvászavarok tünete is lehet. Az ébredés kóros formája, amikor a teljes éberségbe való átmenet idején a világos érzékelés hiánya tartósul és egyfajta ködös állapot marad fenn esetleg inádequat magatartás tüneteivel. Irracionális, impulzív vágyvezérelt cselekmények szabadulhatnak fel. Főleg férfiakon észlelték. Alvásdepriváció, fizikai megterhelés, alátét-szer-használat növeli az epizódok előfordulási esélyét (24).

10. Nem TAS-rendellenességek (látszólagos TAS)

a) hosszan alvók (nagy alvásigényűek).

Az alvásszükséglet kontinuum egyik végpontján helyezkednek el azok az egyének, akik következetesen jelentősen többet alszanak, mint az átlagos hasonló korú egyének.

Fiatal felnőttkorban ezt a 9 óránál hosszabb alvásnál mondhatjuk. Valódi TAS soha sincsen és TAS-tünetek csak akkor keletkeznek, ha ezek az egyének megkísérlik, hogy kevesebbet aludjanak, mint amennyire rászorulnak (27).

b) szubjektív TAS-panaszok objektív lelet nélkül.

Az ebbe a csoportba tartozó egyének 1—5 évre visszanyúló állandó álomosság és aluszékonyság panaszával fordulnak orvoshoz, ugyanakkor nappali alvások nem jelentkeznek, az éjszakai alvásidő nem emelkedett és az illető környezete sem tudja alátámasztani

az alvási készséget napközben. Az éjszakai alvás poligráfias vizsgálata normális képet mutat. Az alváslaten-
cia vizsgálata sem mutat fiziológiánál nagyobb mérvű alváskészséget.

A jelenség kielégítő magyarázata még hiányzik. A legvalószínűbb magyarázata, hogy „alvási hypochondriázis”-ról van szó. Az ilyen egyének a szokásosnál nagyobb figyelmet fordítanak saját éberségükre (ez fontos elvárás számukra) és azt gyakran nem tartják kielégítőnek. A rejtett alvás-ébrenlét ciklus zavar (lásd később) is lehetséges ilyenkor. Első megközelítésben pszichoterápiás attitűde szükséges.

Az alvás-ébrenlét rezsime zavarai

Az alvás-ébrenlét rezsime zavarok olyan szindrómák gyűjteménye, melyek közül egyesek külső, mások viszont részben belső tényezőkre is visszavezethetőek.

A beteg problémája az, hogy nem tud akkor elaludni, amikor akar, szükségét érzi, vagy elvárják tőle. Ennek megfelelően az éber periódus nem megfelelő időre esik, vagy kellemetlenül telik az álomosság miatt. Ilyenkor nincsen sem igazi EÁZ, sem TAS — noha a panaszok alapján erre gondolhatnánk —, csupán az alvás-ébrenlét periódusok jelentkezési ritmusa eltér az egyén más biológiai ritmusaitól, vagy a társadalomban való funkcionáláshoz szükséges ritmustól.

Az alvás-ébrenlét periodicitás szorosan összefügg más élettani folyamatok cirkadián ritmusával. Amennyiben hirtelen alvás-ébrenlét ciklusváltás történik a kapcsolódó élettani folyamatok átállása különböző mértékben késik. Ennek megfelelően az új időperiódusra tolódott ébrenlét esetleg még az alvás irányába ható és az új alvási periódus pedig az ébrenlét irányába ható élettani folyamatok idejére eshet. Ez magyarázza az ilyenkor keletkező tüneteket (1).

1. Átmeneti zavarok

a) gyors időzóna-változás („jet lag”) syndroma.

Egyszeri hirtelen több időzónát átölelő utazásnál az új időzóna viszonyok szerinti alvás és ébrenlét periódusokhoz való alkalmazkodás zavarja. Nappali álomosság, fáradtság, ugyanakkor az alvási periódusban pedig inszomnia jelentkezik. 2—7 nap alatt fokozatosan megszűnik, általában a kelet felé tartó utazásnál a tünetek tartósabbak. Fiatalabbak jobban alkalmazkodnak az időzóna változásokhoz. Az állandó pszichofiziológiai EÁZ-ban szenvedők különösen hajlamosak rá.

Gyógyszeres beavatkozás többet ront, mint használ.

b) műszakváltás hatása a konvencionális alvás-ébrenlét rezsime.

Éjszakai műszak esetén az új éberség-munka periódusban álomosság és teljesítménycsökkenés jelentkezik, míg a nappalra tolódott alvás rendszerint megrövidül és szaggatottá válik. A tünetek két-három hét után javulhatnak, de bizonyos mértékig állandóan fennállnak mindaddig, míg a szokványos rezsime vissza nem áll. A hétvégek és szabadságok idején történő átmeneti visszaállás — habár átmenetileg enyhíti a panaszokat —, éppenhogy tartósítja az új helyzethez való idomulás zavarát. Jelentős egyéni különbségek vannak az alkalmazkodási képességben. Ennek összefüggése a pszichofiziológiai alkati tényezőkkel mostanában intenzív kutatás tárgya. A kérdés munkaalkalmassági szempontból jelentős.

A terápiás beavatkozás lehetőségeit illetően még nincs kialakult álláspont. Szociális tényezők nagymértékben színezik a jelenséget.

2. Tartós zavarok

a) gyakran változó alvás-ébrenlét rezsim.

Gyakran változó műszakbeosztás (pl. rotációs műszak) esetén krónikus EÁZ- és TAS-tünetek keveréke áll elő. Insomniás panaszok jelentkeznek a megzavart, rendszerint meg is rövidült alvásperiódusokban és aluszékonyosság, teljesítménycsökkenés a rezsimben adott éber periódusokban. A szokványos alvás-ébrenlét rezsimre való visszaállás is nehezítetté válik, amennyiben erre átmenetileg lehetőség van.

A kérdés egyre több embert érint, főleg az ipari munkásság körében, de a repülővel rendszeres utazók (repülőszemélyzet, üzletemberek, nemzetközi tárgyalófelek) is érintettek. A több műszakos munkabeosztás krónikus szövődményeként fekélybetegség kialakulását figyelték meg. Többé-kevésbé súlyos hangulatzavar kialakulása sem ritka. Altató- és izgatószeres használata és így a dependencia-esély is nagyobb a több műszakban dolgozók között. A több műszakos munkabeosztással kapcsolatos szociális nehézségek is összefonódnak az alvás-ébrenlét rezsim zavarával. Jelentős populációt érintő, meglehetősen elhanyagolt munkaegészségügyi kérdés, amelyben hazánkban is kellene folytatni vizsgálatokat (14).

b) alvásperiódus-késés syndroma.

A rendellenesség lényege a beteg belső alvás-ébrenlét ritmusa és külső idő között állandósult aszinkronia. A kívánt (konvencionális) időben az elalvás nem sikerül (ez elalvászavar látszatát keltheti) és másodlagosan nappali TAS-tünetek alakulhatnak ki. Altatók nem használnak és rontják a nappali tüneteket. Gondosan el kell különíteni a különböző elalvászavaroktól. Az EÁZ-betegeknek valószínűleg csak egy töredéke tartozik ebbe a csoportba, de az előfordulás arányát még éppen azért nem ismerjük, mert ritkán ismerik fel ezt a jelenséget. A zavar korrekciója 24 órás alvásdeprivációval megkísérélhető (7).

c) siető (korai) alvásperiódus-syndroma.

Ezt a csoportot a kívántnál befolyásolhatatlanul korábban bekövetkező alvásperiódus (elalvás és felébredés) jellemzi, amely naponta azonos időben, csak éppen a szokványos alvásperiódussal aszinkroniában jelentkeznek. A leglényegesebb panasz az esti fennmaradási képtelenség. Nem tekinthető betegségállapotnak.

d) nem 24 órás alvás-ébrenlét rezsim syndroma.

Egyes egyéneknél a belső alvás-ébrenlét periódus-idők nem 24 órák, hanem hosszabbak, általában 25 óra körüliek. Ez azt eredményezi, hogy egy ideig napról napra későbbi elalvási és felébredési idők alakulnak ki, majd — pár hét után —, amikor a külső és belső periódusok szinkronba kerülnek ismét pár hétig tünetmentesség van. A hypnoticum vagy analeptikum használat rontja a helyzetet. A szindróma felismerése lehetőséget nyújt a belső követelményekhez való jobb alkalmazkodásra (20).

e) szabálytalan alvás-ébrenlét mintázat.

Az alvás-ébrenlét mintázat ilyenkor nem mutatja a megszokott szabályosságot, hanem kaotikus, az alvásperiódusok változó időpontban mutatkoznak. Az ilyen egyének gyakran képtelenek az elalvásra — ennek megfelelően „insomniáról” panaszkodhatnak —, ugyanakkor napközben sokat alhatnak. Mindehhez az étkezési

idők és egyáltalán az egész időbeosztás felborulása társul (13).

Az alvással, egyes alvásstádiumokkal vagy részleges ébredésekkel társuló diszfunkciók (parasomniák)

Ebben a csoportban olyan rendellenességek szerepelnek, melyek vagy kizárólag alvásban jelentkeznek, vagy az alvás nagymértékben elősegíti a jelentkezésüket.

1. Alvajárás (sommambulismus)

Egyes egyéneknél a mély NREM-alvásban (3-as, 4-es stádium) az éjszaka első harmadában részleges felébredéssel és komplex motoros magatartással járó epizódok jelentkeznek anélkül, hogy az illető teljesen éber tudatú lenne, és reggel erre emlékezne.

Az események során az „alvajáró” különböző látszólag céltudatos, valójában automatikus cselekményeket hajt végre: felül, gyakran, de nem mindig ágyából felkel, öltözködik, ajtókat nyit, eszik, fürdőszobai funkciókat végez stb. A kapcsolatteremtésre vagy felébresztésre irányuló kísérletek rendszerint elhárítást váltanak ki. Az epizód nyhe orientációzavarral kísért felébredéssel oldódhat, de gyakran előfordul, hogy az alvajáró visszafekszik, vagy másik helyiségben, esetleg nem is fekvőhelyen alszik tovább. Legfeljebb az események töredékére emlékeznek reggel vissza.

A poligráfias regisztrátumon az epizódot megelőzően gyakran nagyfeszültségű lassú hullámokat látunk, majd a motoros jelenségekkel egyidejűleg, alfa-sorozatokkal megszakított felületes NREM-alvásra jellemző tevékenység alakul ki.

Az alvajárás meglehetősen mindennapi jelenség gyermek- és serdülőkorban. A gyermekek mintegy 15⁰/₀-ában előfordul egy vagy több epizód. A gyakori alvajárás gyermekekben 1—6⁰/₀-ban fordul elő. Felnőttekben a jelenség lényegesen ritkább. Felnőttkorban általában a huszonéves korban kezdődik, de ilyenkor is szerepelhet pár gyermekkori epizód a beteg történetében. Az alvajáró betegekben gyakrabban fordulnak elő más, mély NREM-alvással társuló pezioidikus rendellenességek, úgymint alvásfüggő enuresis, éjszakai felrettenés és álomittasság. Az alvajáró epizódok jelentkezése mind gyermek-, mind felnőttkorban több évig tarthat. Felnőttkorban pszichopatológiai tényezőkkel hozzák kapcsolatba, míg gyermekkori ilyeneket nem találtak.

Az éjszakai alvás mélyüléséhez vezető tényezők: alvásdeficit, fáradtság, altatószerek növelik az alvajárás valószínűségét. Főleg felnőtteknél stressz és érzelmi feszültség is lehet előhívó tényező. Az alvajárásra való hajlam genetikus vonásokat mutat, megfigyelték egy-egy ikrekben és az alvajárók rokonaiban gyakrabban fordul elő, mint a populáció egyéb tagjaiban. Családtagok gyakran mélyalvók. Férfiakban gyakoribb.

A rendellenesség csak abban az esetben jár bármilyen károsodással, ha az alvajárót éjszakai cselekményei során baleset éri. Agresszív cselekmények igen ritkán fordulnak elő. Célzott kezelési módot egyelőre nem ismerünk (4, 5, 16).

2. Éjszakai felriadás (*pavor nocturnus, incubus*)

Ugyancsak a mély NREM-alvásban (3-as, 4-es stádium) az éjszaka első harmadában mutatkozó epizód. Típusos esetben az illető felül az ágyban és perszeveratív elemekkel jellemzett motoros izgalmi magatartás figyelhető meg rendszerint pániknak megfelelő intenzív szorongásra utaló jelenségekkel: az arcon riadtság jelentkezik, profúz izzadás, pupillatágulat, piloerectio, légzés és pulzusszám szaporulat észlelhető. Rendszerint átható sikoltás vagy üvöltés kíséri ezeket a jelenségeket, nem követi teljes felébredés és bizonyos ideig (akár 5—10 percen keresztül, gyermekben hosszabban, mint felnőttben) zavartság és agitált állapot tapasztalható. Ilyenkor a fulladásérzést, palpitiót és félelmet az illető átéli, gyakran — főleg felnőtt korban — mellkasi nyomásérzésről panaszkodnak. Valamilyen fajta riasztó kép emléke is lehetséges, amely azonban sohasem álomszerű.

Az éjszakai felriadás somnambulismusba fordulhat, spontán is, de különösen akkor, ha a gyermeket erőszakkal talpraállítjuk. A két rendellenesség társulása gyermekekben gyakoribb. A gyermekekben 4—12 éves kor körül kezdődik és a korai serdülőkorban megszűnik. Az epizódok jelentkezése rapszodikus. A felnőttkorban kezdődő éjszakai felriadás általában 20—30 éves korban indul, 40 éves kor felett ritkán. A felnőttkori attackok ritkábbak. Felnőttkorban pszichopatológiai tényezőkkel hozzák kapcsolatba, míg gyermekkorban ez nem teljesen egyértelmű. Az alvás mélységét növelő tényezők, de a napi stressz, triciklikus antidepresszánsok és neuroleptikumok is növelik az előfordulás esélyét. Gyermekek 1—4^{0/0}-ában észlelhető, fiúkban gyakoribb és egyes családokban halmozódik.

El kell különítenünk a fent leírt éjszakai felriadást és a REM-alvásban jelentkező lidérces (szorongásos) álmot. Utóbbinál a jelenség inkább az éjszaka utolsó harmadában fordul elő. Kevesebb vegetatív izgalmi jelenség mutatkozik és jól felidézhető részletes álombeszámolót kapunk és a tudat a felébredést követően azonnal tisztá.

Ezt a jelenséget is, mint a somnambulismust, részleges felébredés során teljes tudati kontroll nélkül fel szabaduló vegetatív — motoros és pszichés — aktivitásnak tekintik (4, 8).

3. Alvásfüggő (éjszakai) enuresis

Rendszerint mély NREM-alvásban, az éjszaka első harmadában, és rendszerint akkor, amikor a mélyalvás a felületesebb alvás felé fordul (alvásciklus fordulópontja) bekövetkező akaratlan vizeletürítésről van szó, ami olyan egyénben fordul elő, aki éber állapotában már szobatiszta. A jelenség főleg, de nem kizárólag gyermekekben fordul elő. Az enuretikus epizódnál is a vizeletürítés részleges felébredés során jön létre és az események ismétlődő sorrendje jól követhető poligráfiai vizsgálattal.

Azok a tényezők, melyek fokozzák a mély NREM-alvást, elősegítik a bevezélést. Az alvásfüggő enuretikusokban gyakrabban fordul elő alvájárás és éjszakai felriadás. Meglehetősen gyakori rendellenesség: 5 éves korban a fiúk 15^{0/0}-a, a lányok 10^{0/0}-a enuretikus. A családi előfordulás gyakori. A pszichopatológiai tényezők szerepe nem tel-

jesen világos, de kétségtelen egyrészt, hogy ezek gyakran megtalálhatók, másrészt a pszichés megközelítés sokszor hatásos lehet. Sokféle kezelési próbálkozás ismeretes a pszichoterápiás megközelítésen túl: magatartás terápiás eljárások és gyógyszeres beavatkozás. Utóbbiak főleg, az alvásmélység csökkentésére irányulnak. Melipramin adásával is jó eredményeket írtak le (9, 28).

4. Egyéb zavarok

a) szorongásos álomból való felriadás (lidércnyomás).

REM-alvásból, ritkábban felületes NREM-alvásból való felriadás traumatikus álomélménnyel kapcsolatos, ami motoros reakciókat mobilizál és az látszik a felriadás közvetlen kiváltójának. Jelentkezhet nappali szunyókálásnál is, ha egy óránál hosszabb. Minden életkorban előfordulhat, szorongásra hajló neurotikus egyének hajlamosabbak rá. A REM depriváció után kialakuló REM rebound idején gyakran előfordul. Ezért MAO-gátlók, alkohol és droghasználat esetén is gyakori. Reserpin is elősegíti jelentkezését. Az éjszakai felriadástól való elkülönítés szempontjait már leírtuk (21).

A többi idetartozó formát csak felsoroljuk:

b) alvásfüggő epilepsziás rohamok (12);

c) alvásfüggő bruxizmus (fogcsikorgatás).

Részleges felébredésekkel társuló motoros automatizmusnak tekintik. Gyermekekben és serdülőkben gyakoribb. Ellenszere nem ismeretes.

d) Alvásfüggő fejhimbálás (*jaectatio capitis nocturnus*);

e) családi alvási paralízis (15);

f) az alvásfüggő peniserectio zavara (18);

g) alvásfüggő fájdalmas erectiók;

h) alvásfüggő halmozott (cluster) fejfájás és krónikus paroxysmális hemicrania (19);

i) alvásfüggő nyelészavar (10);

j) alvásfüggő asthma (17);

k) alvásfüggő cardiovascularis tünetek;

l) alvásfüggő gastrooesophageális reflux;

m) alvásfüggő haemolysis (paroxysmalis éjszakai haemoglobinuria).

IRODALOM: 1. *Aschoff, J.*: Desynchronisation and resynchronisation of human circadian rhythms. *Aerospace Med.* 1969, 40, 844—849. — 2. *Beutler, L. E., Thornby, J. I. és Karacan, I.*: Psychological variables in the diagnosis of insomnia. In: R. L. Williams and I. Karacan (Eds.) *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment.* John Wiley, New York, 1978, pp. 61—100. — 3. *Bil-liard, M., Guilleminault, C. és Dement, W., C.*: A menstruation-linked periodic hypersomnia. *Neurology*, 1975, 25, 436—443. — 4. *Broughton, R.*: Sleep disorders: Disorders of arousal? *Science*, 1968, 159, 1070—1078. — 5. *Broughton, R.*: Polygraphic recordings of sleep and sleep disorders. In: *Electroencephalography* (Niedermeyer, E. and Lopes de Silva, F. eds.) Urban, Schwarzenberg, Baltimore—Munich, 1982. — 6. *Critchley, M.*: Periodic hypersomnia and megaphagia in adolescent males. *Brain*, 1962, 85, 627—656. — 7. *Czeisler C. és mtsai*: Successful non-drug treatment of delayed sleep phase syndrome with chrono-therapy: Resetting a biophase syndrome with chrono-therapy: Resetting a biological clock in man. *Sleep Research* Vol. 8. Brain Information Service (Brain Research Institute, UCLA, Los Angeles, 1979, p. 179.) — 8. *Fischer, C. J. és mtsai*: A psychophysiological study of nightmares. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1970, 18, 747—782. — 9. *Gastaut, H. és Broughton, R.*: A clinical and polygraphic study of episodic phenomena during sleep. *Recent Adv. Biol. Psychiatry*, 1964, 7, 197—221. — 10. *Guilleminault, C. és mtsai*: Two occult causes of insomnia and their therapeutic problems. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33, 1241—1245. — 11. *Guilleminault, C. és Dement, W. C.*: Sleep apnea syndromes and related sleep disorders. In: R. L. Williams and I. Karacan (Eds.), *Sleep Disorders:*

Diagnosis and Treatment. John Wiley, New York, 1978, pp. 9—28. — 12. *Halász P.*: Alvás és alvászavarok. Medicina, Budapest, 1982, — 13. *Hauri, P.*: The Sleep Disorders. The Ujjohn Company, Kalamazoo, Mich. 1977, pp. 22—34. — 14. *Halberg, F.*: Some aspects of chronobiology relating to the optimization of shift work. In: P. G. Rentos and R. D. Shephard (Eds.), Shift Work and Health: A Symposium, National Institute for Occupational Safety and Health, Office of Extramural Activities, Washington, DC, 1976. — 15. *Hishikawa, Y.*: Sleep paralysis. In: C. Guilleminault, W. C. Dement and P. Passouant (Eds.), Advances in Sleep Research. Vol. 3., Narcolepsy, Spectrum Publications, New York, 1976, pp. 97—124. — 16. *Kales, A. és mtsai*: Somnambulism: Psychophysiological correlates. Arch. Gen. Psychiatry, 1966, 14, 586—594. — 17. *Kales, A. és mtsai*: Sleep studies in asthmatic adults: Relationships of attacks to sleep stage and time of night. J. Allergy. 1968, 41, 164—173. — 18. *Karacan, I., Salis, P. J. és Williams, R. L.*: The role of the sleep laboratory in diagnosis and treatment of impotence. In: R. L. Williams and I. Karacan (Eds.), Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment, John Wiley, New York, 1978, pp. 353—382. — 19. *Kayed, K., Godtliebsen, O. B. és Sjaastad, O.*: Chronic paroxysmal hemiparesis. IV. „REM-sleep locked” nocturnal headache attacks. Sleep, 1978, 1, 91—95. — 20. *Kokkoris, C. P. és mtsai*: Long-term ambulatory temperature monitoring in a subject with

a hypnothermally sleep-wake cycle disturbance. Sleep, 1978, 1, 177—190. — 21. *Kramer, M.*: Dream disturbances. Psychiatric Abuals, 1979, 9/7. — 22. *Kupfer, D. J. és mtsai*: Hypersomnia in manic-depressive disease. Dis. Nerv. System, 1972, 33, 720—724. — 23. *Oswald, I.*: Sleep and dependence on amphetamin and other drugs. In: A. Kales (ed.), Sleep: Physiology and Pathology, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1969, pp. 317—330. — 24. *Roth, B., Nevsimalova, S. és Rechtschaffen, A.*: Hypersomnia with „sleep drunkenness”. Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 26, 456—462. — 25. *Roth, B.*: Narcolepsy and Hypersomnia. Basel, Karger, 1981. — 26. *Sutherland, E. W.*: Dependence on barbiturates and other CNS depressants. In: S. N. Pradhan and S. N. Dutta (Eds.), Drug Abuse: Clinical and Basic Aspects, C. V. Mosby, St. Luis, 1977, pp. 235—247. — 27. *Webb, W. B. és Friel, J.*: Sleep stage and personality characteristics of „natural long and short sleepers”. Science, 1971, 171, 587—588. — 28. *Williams, R. L. és Karacan, I.*: Sleep disorders and disordered sleep. In: M. F. Reiser (Ed.), American Handbook of Psychiatry, Vol. 4., Organic Disorders and Psychosomatic Medicine, Basic Books, New York, 1975, pp. 880—884. — 29. *Williams, R. L.*: Sleep disturbance in various medical and surgical conditions. In: R. L. Williams and I. Karacan (Eds.), Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment, John Wiley, 1978.

(Halász Péter dr., Budapest, Pf. 1., 1281.)

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

PH



**Neurolepticum,
antidepressivum**

Chlor- protixen

SPOFA

HATÓANYAG

15 mg, ill. 50 mg chlorprothixenum chloratum bevont tablettként; 50 mg 2 ml-es ampullákként.

TULAJDONSÁG

Szedatív, antidepresszív és antianxiotikus hatású tioxantén-származék.

JAVALLATOK

Izgalmi állapotok, pszichomotorikus eredetű nyugtalansággal járó szorongás és feszültség, pszichózis, idegi eredetű reaktív depresszió, tartós álmatlanság; műtéti előkészítés, műtét utáni nyugtatás; klimaxos eredetű nyugtalanság; gyermekek kórházi alkalmazkodásának elősegítése, köhögés okozta görcs, az emésztőcsatorna spazmusa.

ELLENJAVALLATOK

Alkoholmérgezés, barbiturátok és más csillapító hatású gyógyszerek szedése, epilepszia, parkinsonizmus, a vérkép-

zök elváltozásai, a vese és a máj súlyosabb parenchymás megbetegedései, súlyos dekompenzált szívelégtelenség, tachycardia, súlyos testi gyengeség.

MELLÉKHATÁSOK

Érzékeny betegeken lehetséges pszichomotorikus gátlás, ortosztatisz hipotónia, fáradtság érzése.

ADAGOLÁS

Egyéni, általában 15 mg, esetleg 2×15 mg-os tablettákra. Az injekciót olyan betegeknél adjuk, akik a perorális kezelést visszautasítják, vagy akiknél gyors hatást kívánunk elérni, különösen agított depressziósoknak.

CSOMAGOLÁS

50 bevont tabletták 15 mg-os;
50 bevont tabletták 20 mg-os
10 és 100 ampulla 2 ml-es.

Gyártja:

SPOFA

Egyesült
Gyógyszerüzemek
Praha/CSSR

Exportálja:

CHEMAPOL R. T.
Kodaňská 46.,
100 10 Praha 10/ČSSR

 **CHEMAPOL**

KISBÁN GABRIELLA DR.,
BARTALITS LILIAN DR.,
ÉS KORÁNYI GYÖRGY DR.

A C-reaktív protein diagnosztikus értéke ≡ 1500 g-os koraszülött betegeinkben

Péterfy Sándor u. Kórház-Rendelőintézet, Csecsemő- és Gyermekosztály
(oszt. vez. főorvos: Korányi György dr.),
Központi Laboratórium (oszt. vez. főorvos: Bartalits Lilian dr.)

A szerzők a C-reaktív protein kvantitatív meghatározását végezték 1500 g alatti koraszülötteken. Két év alatt 34 esetben történt vizsgálat. A kis súlyú koraszülöttekben az emelkedett CRP megbízhatóan jelezte a fertőzést. A magasabb érték nagyobb biztonsággal szólt fertőzés mellett. A klinikai diagnózis a CRP pozitivitással, illetve annak mértékével matematikailag értékelve jó korrelációt mutatott.

Diagnostic value of C-reactive protein in premature babies with a birth weight under 1500 g. The quantitative determination of C-reactive proteins was performed in premature babies with a birth weight under 1500 g. Thirty-four examinations have been carried out over two years. It was established that in premature babies with low birth weight the raised CRP indicated infection. Higher values signified the presence of infection with greater certainty. Mathematically analyzed, clinical diagnosis showed a good correlation with CRP-positivity and with its degree.

A kis súlyú koraszülöttek fertőzésének korai felismerése ma sem megoldott kérdése a neonatológiának. A gyors és biztos diagnózis nem egyszerű feladat. A terhességi és perinatalis anamnézis, valamint a jól értékelt klinikai tünetek ma is döntőek (9, 10). Ez utóbbiak nem specifikusak, így nem mindig egyértelműek. Leggyakrabban a hyalinmembran betegség, connatalis pneumónia és intracranialis haemorrhagia elkülönítése okozhat nehézséget. A világ minden táján történtek és történnek kísérletek olyan vizsgálat csoport (screening program, infection workshop) alkalmazására, mely biztosabban teszi a diagnózist.

A kis súlyú újszülöttek szív- és tüdőbetegségeinek halálozási aránya sokat javult, ennek ellenére a legkisebbek, az 1000 g alattiak halálása csak keveset csökkent. *La Gamma és mtsainak* (11) legutóbbi adatai szerint az első öt nap után életben maradt 35, és elhalt 27 újszülött közül 21-nek volt valamilyen fertőzése, elsősorban *E. coli*, staphylococcus epidermidis és staphylococcus aureus. Mindez indokolja új módszerek bevezetését a fertőzések diagnosztikájában.

Az immunológiai vizsgálatok ennek a programnak egyre jelentősebb részét képviselik (4). Számos tanulmány bizonyította, hogy a koraszülött már intrauterin és a korai perinatalis korban képes antigén hatásra válaszolni (4, 6). A nem specifikus immunválasz jelzői többek között az ún. akut fázisreakciók. Munkánkban ezek egyikének, a C-reaktív proteinnek (CRP) diagnosztikus jelentőségét vizsgáltuk az 1500 g alatti koraszülöttekben.

Orvosi Hetilap 1984. 125. évfolyam, 40. szám

A CRP-ről Tillet és Francis írt először 1930-ban (18). Megfigyelték, hogy ez a májban termelődő szérumfehérje akut gyulladással kapcsolatos folyamatoknál felszaporodik. Az utóbbi 5–10 évben több közlemény számolt be CRP-vel kapcsolatos megfigyelésről az újszülöttek, illetve fiatal csecsemők fertőzése kapcsán (1, 2, 3, 5, 7, 10, 15, 16, 20). Az 1500 g alatti koraszülötteknél alig van adat (14), ezért választottuk ki ezt a csoportot vizsgálatra.

Anyag és módszer

A Péterfy Sándor u.-i Kórház 1500 g-nál kisebb koraszülöttjeinél 1981. március 1-től 1983. március 31-ig összesen 34 esetben határoztuk meg a CRP-t. A vérvétel, illetve a vizsgálat az első 48 órában történt. Vizsgálatunk prospektív volt. A betegágnál döntött el, hogy a beteg- vagy kontrollcsoportba került-e a koraszülött.

A meghatározást a Beckman ICS I. kinetikus nefelométerrel végeztük. A mérésnél az antigén – antitest reakció sebességének maximuma arányos a humán CRP-koncentrációval. Mérés idő 1 perc.

Az irodalmi adatok a normál értékek szempontjából nem egységesek. A kezdetben alkalmazott kapilláris immunprecipitációs módszert (7), felváltották a pontosabb immundiffúziós technikák (9, 12). Az említett módszereknél pontosabb és gyorsabb a kinetikus nefelometria.

Kézenfekvő volt, hogy vizsgálatainknál a nefelometriával mért értékeket vettük mérvadónak (8). Így az 1 mg% feletti értéket tartottuk magasnak, azaz körjelzőnek.

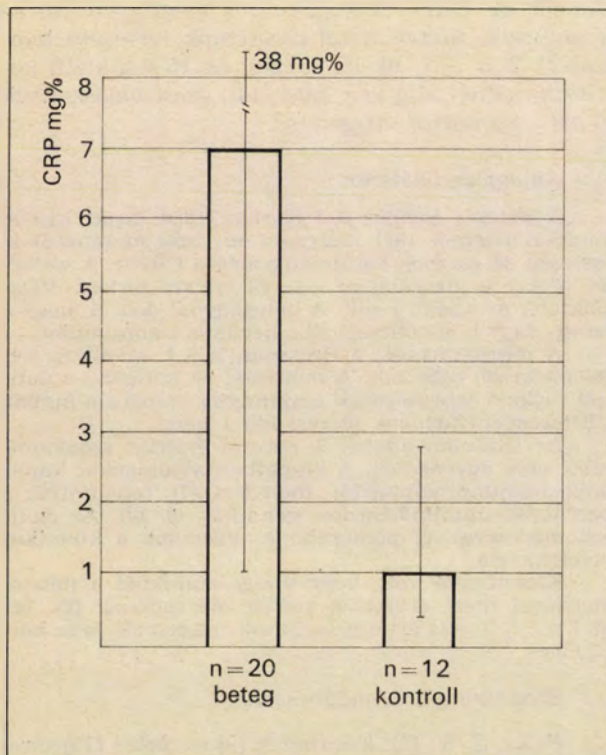
Eredmények és megbeszélés

Felix, S. N. (7), Kindmark (9) és Sabel (15) vizsgálataiból tudjuk, hogy bár a terhes nőknél általában magasabb CRP-értéket találtak, születéskor

1. táblázat. Az 1500 g alatti koraszülöttek CRP adatai, diagnózisa és bakteriológiai eredményei

	Intrauterin fertőzött koraszülöttek	Kontroll
Esetszám	22	12
Súly	710—1500 g	600—1500 g
Gestációs idő	25—34 hét	24—34 hét
Fiú	10	2
Lány	12	10
CRP	Poz. 20 (1,1—418 mg%) Neg. 2 (0,3—0,6 mg%)	Poz. 5 (1,3—2,8 mg%) Neg. 7 (0,4—0,7 mg%)
Diagnózisok	Bronchopneumonia 13 IRDS+Atelectasia 1 Atelectasia 3 Praenatus—Praenata (nincs fertőzés) 5	Praenatus—Praenata (nincs fertőzés) 12
Bakteriológiai eredmények	Neg. 9 Poz. 13	Neg. 9 Poz. 3
(Orr-, fül-, torok-, köldök-, gyomorváladék egy v. több helyről)	E. coli és gram neg. bakt. 6 Staphylo. aureus és gram poz. bakt. 7	E. coli 3

egészséges újszülöttjeik vérében nem, vagy csak igen alacsony koncentrációban találtak CRP-t. A CRP-szint az első hét után emelkedett, de egészséges csecsemőknél nem érte el a szerzők által kórosnak tartott szintet. Ebből arra lehet következtetni, hogy ez a fehérje nem jut át a placentán. Azoknál az újszülötteknél, akiknél idő előtti burokrepedés vagy fertőzés gyanúja volt, magasabb CRP-értékeket találtak (9, 14). Ez arra mutatott, hogy a CRP-képződés újszülöttben stimulálható.



1. ábra: A CRP átlagértékei a beteg- és kontrollcsoportban

1. és 2. táblázatunk a 22 beteg, ill. 12 egészséges, 1500 g alatti koraszülött betegek néhány jellemzőjét mutatja. Feltűnő, hogy a megadott súlycsoporton belül gesztációs idő és születési súly szempontjából igen éretlenek is voltak (összesen 12 volt 1000 g alatti). A lányok mindkét csoportban többen voltak, de amíg a betegeknel 12:10, az egészségeseknel 10:2 az arány. Ennek oka feltehetőleg a koraszülött fiúk nagyobb esendősége, ill. fertőzésre való hajlama (10).

A CRP a beteg koraszülötteknél 22 esetből 20-ban volt pozitív, mely igen jó találati arány. A kontrollcsoportnál 12-ből 5 volt pozitív.

A klinikai diagnózisokat áttekintve, a betegeknek 13 esetben bronchopneumóniája volt. Ezen kívül atelectasia, IRDS, ill. aspirationnak megfelelő képet láttunk a rtg.-felvételen (1. táblázat). Ezek voltak azok az esetek, amikor a CRP, a klinikai kép és az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok igazolták a fertőzést. A rtg.-kép alapján a kórokozó egyenlő sokszor nem tisztázható (13). A „praenata-praenatus” csoportba azok az esetek kerültek, ahol a pozitív klinikai és laboratóriumi jelek alapján biztos volt a fertőzés diagnózisa, így antibiotikumot is adtunk, de a fertőzés helyét nem találtuk meg.

A bakteriológiai vizsgálathoz az orr-, torok-, fül-, köldök- és gyomorváladék tenyésztése, valamint a gyomortartalom direkt bakteriológiai értékelése és a fehér vérsajt felülúzó (buffy coat) vizsgálata tartoznak. 5 esetben két kórokozó, 8 esetben egy kórokozó tenyésztett ki. A fülváladék 7 esetben volt pozitív, mely az intrauterin fertőzések bakteriológiai diagnózisában jelentős. A baktérium kitegyesztése még nem jelent fertőzést, ezért nem hagytuk csak erre. A 2. táblázatban feltüntetett „szűrő” vizsgálatokat áttekintve döntöttük el, hogy kolonizációval, kontaminációval vagy fertőzéssel állunk szemben.

A CRP-vizsgálat számszerű adatait mutatja az 1. és 2. ábra. Az 1. ábrán a pozitív esetek átlagát

2. táblázat. Fertőzés vagy sepsis megállapítására alkalmazott szűrővizsgálatok eredménye betegeinknél

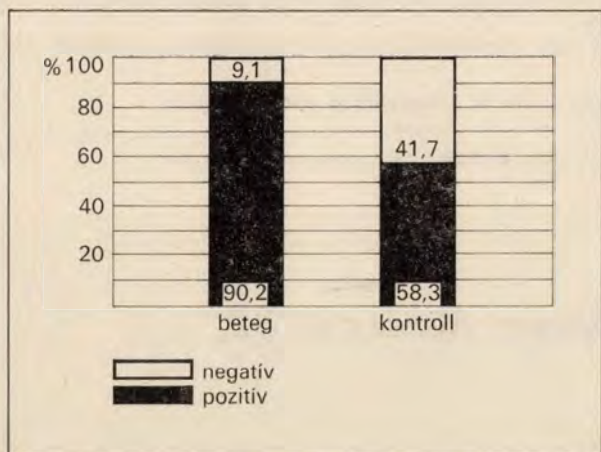
	Anamnesis	CRP poz.	IgM poz.	C ₃ poz.	FVS elt.	Bakt.poz.	Klinikai tünet	Qualitatív vérkép
Beteg	*17/22	20/22	15/22	13/22	8/22	15/22	19/22	13/22
Kontroll	2/12	5/12	3/12	6/12	2/12	3/12	7/12	0/12

* számlálóban a kórjelző eredményeket, nevezőben az összes esetet adtuk meg.

(7,035 mg⁰/₀) tüntettük fel, jelezve a legmagasabb értéket, amit figyelembe vettünk. Egy 160 mg⁰/₀-os értéket — itt egy hónappal a szülés előtt Shirodkarműtét történt —, és egy 418 mg⁰/₀-os értéket — ahol a szülés előtt egy hónappal elfolyt magzatvíz szerepelt az anamnézisben — az átlagszámításból kihagytunk. Az egészségesek átlaga 1,07 mg⁰/₀ volt. A pozitívítás mellett tehát, feltétlenül figyelembe kell venni a CRP kvantitatív értékét is.

A 2. ábrán a két csoportban mért pozitív és negatív eredmények ⁰/₀-os előfordulását ábrázoltuk. A betegeknek 90,9⁰/₀-ban volt pozitív a CRP, a kontrollcsoportban 58,3⁰/₀-ban. A koraszülöttek fertőzésének a perinatalis halálozásban játszott szerepét figyelembe véve kisebb kockázatot jelent a „felesleges” kezelés, mint a késői beavatkozás. Így az egészségesek CRP pozitívítása a kisebb hiba.

A bevezetésben említett sepsis-szűrővizsgálat általunk használt változatát mutatja a 2. táblázat. Anyagunkra alkalmazva is feltűnik a pontos anamnézis és a klinikai tünetek súlya. A gyors laboratóriumi eljárások közül megbízhatóságban kiemelkedik a CRP, illetve IgM kvantitatív meghatározása. Megvizsgáltuk, hogy a CRP-pozitívítás milyen egyezést mutat a diagnózissal. A matematikai értékelés jó korrelációt mutatott, mind a pozitívítás tényét, mind a számszerű adatokat figyelembe véve. (Korrelációs coefficiens: 0,5, ill. 0,4 volt). Jelenleg gyakorlatunk, hogy 3 pozitív tünet alapján haladéktalanul antibiotikus kezelést kezdünk, ha lehet célzottan.



2. ábra: A pozitív CRP ⁰/₀-os megoszlása a beteg- és kontrollcsoportban.

Az egészséges csoportban feltűnő, de nem meglepő, hogy a klinikai tünetek gyakran pozitívak. Beteg lehet a koraszülött akkor is, ha nincs fertőzése és a klinikai tünetek mégis azonosak. A fertőzés gyors diagnózisa viszont létkérdés a beteg szempontjából.

Eredményeink azt mutatják, hogy a CRP nefelometriás meghatározása fontos lépés a pontos diagnózis meghatározásában, így az időben elkezdett, eredményes gyógykezelésben is.

IRODALOM: 1. Alistair, G. S. Ph.: The protective effect of acute phase reactants in neonatal sepsis. *Acta Paed. Scand.* 1979, 68, 481. — 2. Alistair, G. S. Ph., Hewitt, J. R.: Early diagnosis of neonatal sepsis. *Pediatrics*, 1980, 65, 1036. — 3. Alistair, G. S. Ph.: Detection of Neonatal sepsis of late onset. *JAMA*, 1982, 247, 489. — 4. Balla G., Karmazsin L.: Evolution of serum C₃, IgG, IgA and IgM levels of healthy mothers and their mature newborns during the early neonatal period. *Acta Paediat. Hung.* 1983, 24, 41. — 5. Boyle, R. J. és mtsai: Early identification of sepsis infant with Respiratory Distress. *Pediatrics*, 1978, 62, 744. — 6. Csorba S.: Immunological status of preterm baby. In: Kerpel-Fronius Ö., Véghegyi P., Rosta J.: *Perinatal Medicine*. Akadémia Kiadó, Budapest, 1978. — 7. Felix, S. Natalie és mtsai: Serum C-reactive protein in infections during the first six months life. *Pediatrics*, 1966, 37, 270. — 8. Fischer, L. C.: Quantitation of acute-phase proteins postoperatively. *Amer. J. Clin. Path.* 1976, 66, 840. — 9. Kindmark, C. O.: The concentration of C-reactive protein in sera from healthy individuals. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1972, 29, 407. — 10. Korányi Gy.: Újszülöttkori fertőzések. *Medicina Könyvkiadó*, Budapest, 1982. — 11. La Gamma és mtsai: Neonatal infections. *Amer. J. Dis. Child.* 1983, 137, 838. — 12. Mortensen, R. F. és Gewurz, H.: Effects of C-reactive protein in the lymphoid system. *J. of Immunology*, 1976, 116, 1244. — 13. Nelson, J. D.: *Textbook of Pediatrics*. W. B. Saunders Company, 12. Edition, 1983. — 14. Pilar de Pilar, C. E. és mtsai: Akuta Phase-Proteine bei Früh- und Neugeborenen. *Klin. Pädiat.* 1980, 192, 45. — 15. Sabel, K. G. és Hanson, L. A.: The Clinical usefulness of C-reactive protein (CRP) determinations in bacterial meningitis and septicemia in infancy. *Acta Paed. Scand.* 1974, 63, 381. — 16. Sabel, K. G. és Wadsworth, C.: C-reactive protein (CRP) in early diagnosis of neonatal septicemia. *Acta. Paed. Scand.* 1979, 68, 825. — 17. Saxstad, L. A. és mtsai: C-reactive protein in serum from infants as determined with immunodiffusion techniques. *Acta Paed. Scand.* 1970, 59, 25. — 18. Tmet, W. S. és Francis, R. J.: Serological reaction in pneumonia with non-protein somatic fraction of pneumococcus. *Exp. Med.* 1930, 52, 561. — 19. Wadsworth, C.: A Rapid Spot Immunoprecipitate Assay Method Applied to quantitating C-reactive protein in pediatric sera. *Scand. J. Immunol.* 1977, 6, 1263. — 20. Wauer, R. R.: Frühdiagnose neonataler Infektionen mit C-reactiven protein (CRP). *Kinderärztl. Praxis*, 1982, 50, 752.

(Kisbán Gabriella dr., Budapest, Pf. 76., 1441.)

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 FOLYADÉKPÓTLÓ ÉS KALÓRIAHOORDOZÓ 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 – 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 ozmodiuretikum).
Mannisol B (literenként 200 g mannitot tartalmazó ozmodiuretikum).

FEHÉRJESZÜKSÉGLÉLET 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.

BALIKÓ ZOLTAN DR.,
TORNÓCZKY JÁNOS DR.,
TÜRÖK ROZÁLIA,
TÓTH ANTAL DR.
ÉS MUTH LAJOS DR.

B-sejtes chronikus lymphoid leukaemiás (B-CLL) betegek kórlefordulásának vizsgálata

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd, IV. Belgyógyászat
(főorvos: Tornóczy János dr.),
Dokumentációs és Információs Központ (főorvos: Jávor András dr.),
Véradó Állomás (főorvos: Kolombusz László dr.)

A szerzők 47, B-sejtes chronikus lymphoid leukaemiás (CLL) betegük kórlefordulását elemezték. Vizsgálták az életkor, a nem, a perifériás lymphocytaszám, a klinikai stádiumok, az immunglobulin-szint, az infectiók és a szérum béta₂-mikroglobulin-szint prognosztikai jelentőségét. A korábbi irodalmi adatok túlnyomó részével egyezően csak a klinikai stádiumok prognosztikai jelentőségét találták. A stádiumbeosztások közül adataik alapján a továbbiakban a CLL-munkacsoport 1981-es ajánlását javasolják.

Examination of pathohistory of patients suffering from chronic lymphoid B-cell leukemia (B-CLL). The authors analyzed the pathohistory of 47 patients suffering from chronic lymphoid B-cell leukemia (B-CLL). Prognostical importance of age, sex, lymphocyte counts in the peripheral blood, clinical stages, infections, and serum levels of immunoglobulins and beta₂-microglobulins were examined. In accordance with the majority of previous data only clinical stages were found to be of prognostical importance. They suggest on the basis of their data the further application of stage-classification proposed by the CCL working group in 1981.

A chronikus lymphoid leukaemia Európában és az USA-ban az esetek túlnyomó többségében a B₁ lymphocytá sorból kiinduló clonális betegség. A kórlefordulás változó, a túlélés 1 és több, mint 10 év közötti lehet. Gyakran hasonló klinikai formák esetében sem lehet megjósolni a kimenetelt (24). Sokan vizsgálták a nem, az életkor, a perifériás lymphocytaszám, a nyirokcsomó érintettség mértéke és kiterjedtsége, a máj és lép megnagyobbodás, az anaemia, thrombocytopenia, valamint az általános tünetek (egyéb okkal nem magyarázható láz, fogyás, éjjeli izzadás) prognosztikai jelentőségét. A szerteágazó és több esetben sok betegre kiterjedő vizsgálatok alapján egyértelmű prognosztikai faktornak a klinikai stádiumok bizonyultak, amelyek a betegség kiterjedtségét tükrözik (4, 7, 11, 26, 27, 29, 31).

A legelfogadottabb klinikai stádiumbeosztás a Rai szerinti (1. táblázat; 25), amelyet 1977-ben, majd 1981-ben módosított Binet (2. táblázat; 3), végül 1981-ben a CLL-munkacsoport tett újabb ajánlást (3. táblázat; 4), amikor a részt vevők között a CLL-irodalom reprezentánsai, közöttük Rai és Binet is jelen voltak. A beosztások a kórkép klinikai kiterjedtségét követik, az elfogadott Rai-beosztás hibáit

Az 1983 júniusi Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlésen elhangzott előadás és az 1983 szeptemberi Malignus Lymphoma Munkacsoport konferenciáján bemutatott poszter alapján.

1. táblázat. A CLL Rai szerinti beosztása

Rai stádium	Haematologiai kritériumok
0.	lymphocytosis és csontvelő infiltratio
I.	lymphocytosis, csontvelő infiltratio és nyirokcsomó nagyobbodás
II.	lymphocytosis, csontvelő infiltratio, hepató- és/vagy splenomegalia
III.	lymphocytosis, csontvelő infiltratio és anaemia (haemoglobin <11 g%)
IV.	lymphocytosis, csontvelő infiltratio és thrombocytopenia (<100 000/mm ³)

már korábban felvetették: átfedés az I. és II. stádium között, nem különíti el prognosztikailag a III. és IV. stádiumot, túl sok a csoport. Lényegében ezt korrigálja 1981-ben Binet és mtsai ajánlása: A =

2. táblázat. A CLL módosított Binet szerinti beosztása

Klinikai stádium:

- A) nincs anaemia vagy thrombocytopenia és kevesebb, mint 3 nyirok-area érintett
- B) nincs anaemia vagy thrombocytopenia, 3 vagy több nyirok-area érintett
- C) anaemia és/vagy thrombocytopenia függetlenül az érintett nyirok-areáktól

Nyirok-area: nyaki, hónalji, inguinális nyirokcsomók (azonos szinten a kétoldali is csak egy areának számít), máj és lép

3. táblázat. **A CLL munkacsoport 1981-es ajánlása a CLL klinikai stádiumba sorolására**

Klinikai stádium:

- A) nincs anaemia vagy thrombocytopenia és kevesebb, mint 3 nyirok-area érintett A(0), A(I), A(II)
 B) nincs anaemia vagy thrombocytopenia, 3 vagy több nyirok-area érintett B(I), B(II)
 C) anaemia és/vagy thrombocytopenia függetlenül az érintett nyirok-areák számától C(III), C(IV)
 C(III-), C(IV-), autoimmun történések

jó, B = közepes, C = rossz prognózisú csoport, a Rai-beosztásban 11 g/dl haemoglobin-értéket 10 g/dl-re csökkentik az anaemia meghatározásában. A CLL-munkacsoport a kettő integrálását javasolta.

A klinikai beosztás mellett a csontvelő érintettség mértékének (2, 23, 26) és a nyirokcsomó szöveti leletének (17) is szerepet tulajdonítanak a betegség kórlefordulásában.

Munkánkban 10 év során észlelt B-CLL-es betegeink kórlefordulását elemeztük, és vizsgáltuk a nem, az életkor, a perifériás lymphocytaszám, a klinikai stádiumok, az immunglobulin-szint, az infekciók és a szérumbéta₂-mikroglobulin-szint prognosztikai szerepét. A CLL kritériuma volt 15 G/l-nél több keringő lymphocytaszám és 40⁰/₀-nál több csontvelői lymphocytosis.

Betegek és módszerek

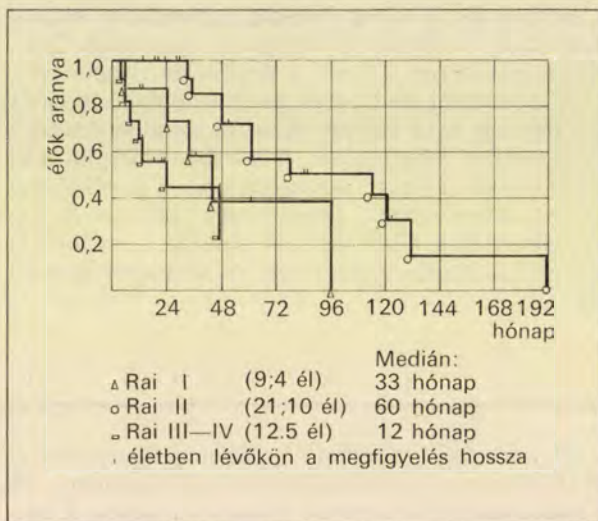
1972 és 1982 decembere között 56 B-CLL-es betegünk volt. A feldolgozásból 9 beteget ki kellett zárunk: 5 esetben az utólag átnézett szövettan eltérő volt (2 átmeneti forma immunoblastomába, 3 lymphoplasmocytoid immunocytoma), 4 esetben a beteget elvesztettük szem elől. A következőkben 47 betegről számolunk be. A betegség kezdetekor az átlagéletkor 65 év volt (50–78 év). 37 esetben kezdődött a betegség 60 év felett. A férfiak–nők megoszlása 27–20 volt. Az átlagéletkor és a férfi–nő arány megfelel az irodalmi adatoknak. 24 betegünk halt meg. Az átlagos túlélés 52,8 hónap volt. 17 esetben történt nyirokcsomó biopszia.

Az immunoelektroforézis Scheidegger-féle mikromódszerrel, a kvantitatív immunglobulin-meghatározás Mancini-féle radiális immundiffúziós módszerrel ké-

szült. A szérumbéta₂-mikroglobulin szintet Phadebas-radioimmunassayvel határoztuk meg. A betegek túlélési görbáját Kaplan–Meier módszere alapján szerkesztettük (16). Egészséges kontrollcsoportot számítógéppel szimuláltunk, a korcsoportokhoz megadott táblázatokat használtunk fel (29). A statisztikai vizsgálatokat Student-féle két mintás t-próbával, ill. χ^2 -próbával végeztük.

Eredmények

Az összesített túlélési görbét az 1. ábrán tüntettük fel. A görbe lefutása megfelel az irodalomban közölt túlélési görbéknek (8, 18, 29, 31). A Rai szerinti klinikai stádiumokba sorolt betegek túlélési görbéi a 2. ábrán láthatók. A 0-stádiumba csak 5 beteg tartozott, így ezek túlélési görbáját nem szerkesztettük meg, a kis esetszámot statisztikailag sem értékeltük. A III. és IV. stádiumba tartozó betegeket az egységes kórlefordulás alapján összevontuk,

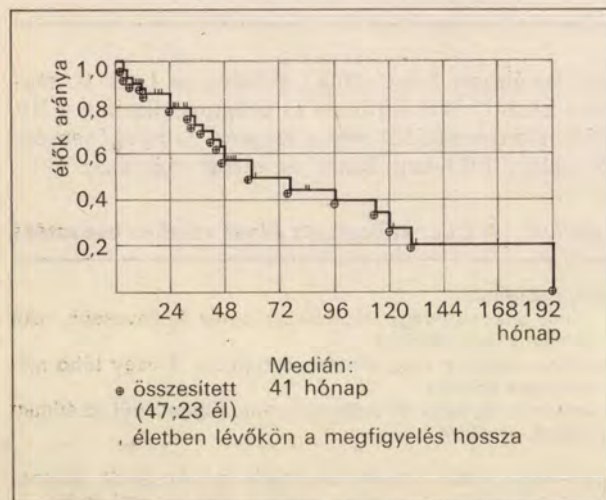


2. ábra: A B-CLL-es betegek túlélési görbéi a Rai stádiumok szerint.

egy stádiumként értékeltük. A túlélési görbék között 5 százalékos valószínűségi szinten szignifikáns különbség van. Feltűnő, hogy az elfogadottan rosszabb prognózisú II. stádiumú betegek túlélési görbéje jobb, mint az I. stádiumba sorolt betegeké.

A 3. ábrán a CLL-munkacsoport 1981-es ajánlásának főcsoportjai szerint osztályozott betegek túlélési görbéit mutatjuk be. A kis esetszám miatt az ajánlás alcsoportbeosztását nem alkalmaztuk, mivel ebben az esetben egy csoportba túl kevés eset jutott volna, amit statisztikailag nem tudtunk volna értékelni. A Rai 0-stádiumú, már az előzőekben sem vizsgált betegeket ebben az esetben is kihagytuk a számításokból. A túlélési görbék között 5 százalékos valószínűségi szinten szignifikáns különbség van.

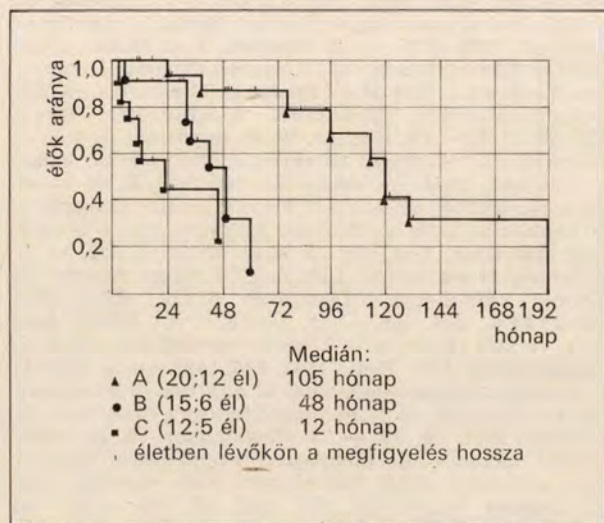
A CLL-munkacsoport ajánlása szerint főcsoportokba sorolt betegekhez korcsoport szerint számítógéppel szimuláltunk egészséges kontrollpopulációt. 5 százalékos valószínűségi szinten az A stádiumú betegek túlélési görbéje nem tér el a szimulált normális csoport túlélési görbájától (4. ábra), a B és C csoportok esetében a betegek túlélési



1. ábra: A B-CLL-es betegek összesített túlélési görbéje.

görbéje szignifikánsan rövidebb volt, mint a kontroll csoportoké. A normális populációban a megfigyelési idő hosszát minden esetben úgy választottuk, hogy egyenlő legyen az összehasonlítandó csoportban levő leghosszabb túlélési idővel.

Az immunglobulin szintek szerint csoportosított betegek túlélési görbéit is elemeztük. Részben csökkentnek akkor tartottuk az immunglobulin szintet, ha a csökkenés bármelyik immunglobulin osztályban 20%-nál nagyobb, de 50%-nál kisebb volt. Globális csökkenést állapítottunk meg, ha bármelyik immunglobulin osztályban a csökkenés nagyobb, mint 50% volt, vagy mindhárom osztályban 50%-os volt. IgM paraproteinaemiás beteg a vizsgáltak között nem szerepelt. A normális, a részben, ill. globálisan csökkent immunglobulin szintű betegek között a túlélési görbék tekintetében nem volt szignifikáns különbség.

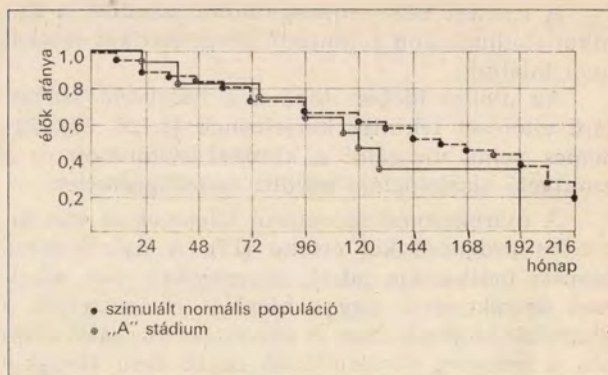


3. ábra: A B-CLL-es betegek túlélési görbéi a CLL munkacsoport 1981-es ajánlása szerint osztályozott betegekben.

Az immunglobulin szinttel összefüggésben vizsgáltuk az infekciók gyakoriságát (4. táblázat). Az infekciók eloszlása egyenletes volt a különböző csoportokban, azaz a normális immunglobulin szintű betegek között is hasonló gyakorisággal fordult elő infectio, mint a globális immunhiányban szenvedők között. Három esetben — korábban észlelt betegek — immunglobulin vizsgálat nem történt, csak a recidiv infekciókat tüntettük fel, a halál oka infekciók az értékelésben nem szerepeltek. Egy eset szerepel a gyakori bakteriális és a gyakori vírus infekciók között egyaránt.

A szérumbéta₂-mikroglobulin szint változásait két éves időszakban (1981. március—1983. március között) vizsgáltuk. A hosszabb megfigyelési időszakban sem változott korábbi véleményünk (1), amely szerint a szérumbéta₂-mikroglobulin szint követi a klinikai stádiumokat, de önálló prognosztikai jelentőségét nem találtuk.

A nemnek, az életkornak és az abszolút lymphocytaszámnak a túlélés vonatkozásában nem volt szignifikáns jelentősége. A kezelési módok



4. ábra A CLL munkacsoport 1981-es ajánlása szerint „A” stádiumba sorolt betegek és a korcsoport szerint számított szimulált normális populáció túlélési görbéi.

4. táblázat. Az infekciók gyakorisága és az immunglobulin szint közötti összefüggés

Infeció	Immunglobulin szint		
	normális	részben csökkent	globálisan csökkent
gyakori bakteriális	5	6	6
gyakori vírus	—	3	3
nem volt	5	12	5
Összesen	10	21	14

sokfélesége miatt a kezeléseket hatásukat a túlélésre nem tudtuk vizsgálni, az utóbbi időben legtöbbször a Knospe protokollt (33) alkalmazzuk.

Megbeszélés

Eseteinkben megbízható prognosztikai indexnek mi is csak a klinikai stádiumokat találtuk. Az irodalomban jelenleg elfogadott Rai beosztás esetében úgy találtuk, hogy a II. stádiumba sorolt betegek túlélése jobb volt, mint az I. stádiumba tartozóké. Hasonló összefüggést találtak Binet és mtsai (3) is. Később a CLL munkacsoport 1981-es ajánlása szerint osztályoztuk betegeinket, ami a Rai és a módosított Binet beosztást integrálja, főcsoport beosztása megfelel a Binet szerinti beosztásnak. Betegeink viszonylag kis száma miatt alcsoport szerinti osztályozást nem végeztünk, mert ebben az esetben statisztikai vizsgálatokra nem lett volna módunk. Az A, B és C stádiumú betegek között 5 százalékos valószínűségi szinten a túlélési görbék szignifikánsan eltérőek voltak.

Meglepő volt az immunglobulin hiány kisfokú előrejelző képessége. Emellett érdekes és további elemzést igénylő megfigyelés az is, hogy a normális immunglobulin szintű betegek között hasonló gyakorisággal fordult elő recidiv infectio, mint a globális immunhiányban szenvedők között. CLL-ben a normális immunglobulin mennyiség sem nyújt védelmet recidiv infekciók ellen, aminek oka adott antigén ingerre elmaradó vagy csak kisfokú immunválasz lehet (11).

A szérumbéta₂-mikroglobulin szintnek a klinikai stádiumokon túlmutató prognosztikai értékét nem találtuk.

Az utóbbi időben többen a csontvelő szövettani eltéréseit tekintik körjelzőnek (2, 26, 34). Érdekes volna vizsgálni a klinikai stádiumok és a csontvelő hisztológiája közötti összefüggéseket.

A nyirokcsomó szövettani leletének is van bizonyos prognosztikai értéke (17). A nyirokcsomó biopsia indikációja adott, amennyiben van alkalmas nyirokcsomó, úgy a biopsiát elvégeztetjük a diagnózis időpontjában. A szövettani vizsgálat alapján a betegség elkülöníthető egyéb nem Hodgkin malignus lymphomától (legtöbbször immunocytomától) és elkülöníthető a CLL alcsoportjai is. Progresszió esetén újabb biopsia válhat szükségesé, amellyel kiderülhet a Richter syndroma (10) vagy esetleg egyéb nem Hodgkin malignus lymphoma együttes előfordulása.

Kézenfekvőnek látszik a periférián keringő, a malignus clonból származó lymphocyták beható elemzése, amitől esetleges prognosztikai jelentőség is várható. Ilyenek a felszíni marker vizsgálatok (felszíni immunoglobulinok, Ia antigén, complement receptor, egér rozetta, monoclonális antitesttel történő vizsgálatok), a malignus clonból származó lymphocyták funkcionális vizsgálata vagy a T lymphocyták vizsgálata a betegségben (5, 9, 12, 13, 20, 22, 28, 32, 33, 36). Az irodalmi adatok alapján úgy tűnik, hogy ezek az eltérések a betegség kiterjedtségével párhuzamosan jelennek meg, azaz minél előrehaladottabb klinikai stádiumban van a B-CLL-es beteg, annál gyakoribb a malignus clonból származó lymphocyták felszínének és funkciójának kóros eltérése. Mindezek alapján úgy véljük, hogy a beteg állapotának megítélésében, a kezelés időpontjának megválasztásában a mai nap is a legelfogadhatóbb és legmegbízhatóbb módszer a klinikai stádium beosztás. A klinikai stádium beosztások közül magunk részéről a CLL munkacsoport 1981-es ajánlását szorgalmazzuk; nagyobb retrospektív feldolgozás, ill. prospektív munka során mind a fő, mind az alcsoport beosztások alkalmazása ajánlatos.

IRODALOM: 1. *Balikó Z. és mtsai*: Szérumbéta₂-mikroglobulin vizsgálata myeloma multiplexben, non-Hodgkin-malignus lymphomában és chronikus lymphoid leukaemiában. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 131. — 2. *Bartl, R. és mtsai*: Assessment of marrow trephine in relation to staging in chronic lymphocytic leukaemia. *Br. J. Haematol.* 1982, 51, 1. — 3. *Binet, J. L. és mtsai*: A New Prognostic Classification of Chronic Lymphocytic Leukemia Derived from a Multivariate Survival Analysis. *Cancer*, 1981, 48, 198. — 4. *Binet, J. L. és mtsai*: Chronic Lymphocytic Leukaemia: Proposals for a Revised Prognostic Staging System. Report from the International Workshop on CLL by the writing Committee. *Brit. J. Haematol.* 1981, 48, 365. — 5. *Brittinger, G. és mtsai*: Der Lymphozyt bei der chronischen lymphatischen Leukämie. *Blut*, 1975, 30, 293. — 6. *Cadman, E. D. és mtsai*: High-Dose Pulse Chlorambucil. *Cancer*, 1982, 50, 1037. — 7. *Emmerich, B. és mtsai*: Protein Synthesis in the Blood Lymphocytes of Chronic Lymphocytic Leukemia and its Relationship to Prognosis. *Klin. Wschr.* 1982, 60, 787. — 8. *Graf, C. és mtsai*: Klinische Stadieneinteilung und Verlauf der Chronischen

Lymphatischen Leukämie. *Schweiz. med. Wschr.* 1982, 112, 1652. — 9. *Han, T. és mtsai*: Lack of Autologous Mixed Lymphocyte Reaction in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia: Evidence for Autoreactive T-Cell Dysfunction Not Correlated With Phenotype, Karyotype or Clinical Status. *Blood*, 1982, 60, 1075. — 10. *Harousseau, J. L. és mtsai*: Malignant Lymphoma Surviving in Chronic Lymphocytic Leukemia and Related Disorders. *Cancer*, 1981, 48, 1302. — 11. *Hausen, M. M.*: Chronic Lymphocytic Leukaemia. *Clinical Studies Based on 189 Cases Followed for a long time*. Sc. J. Haem. Munksgaard, Copenhagen, 1973, Suppl. 18. — 12. *Hokland, P., Ellegaard, J.*: Immunological studies in chronic lymphocytic leukemia — I. Elucidation of subset heterogeneity. *Leukemia Res.* 1981, 5, 341. — 13. *Horváth M. és mtsai*: Immunológiai vizsgálatok chronikus lymphoid leukaemiában (CLL) és non-Hodgkin-lymphomában (NHL) szűnő betegekben. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 203. — 14. *Hunyadi, J. és mtsai*: Untersuchung der Reaktivität der T Lymphozyten bei der chronischen lymphoiden Leukämie. *Z. Hautkr.* 1976, 51, 367. — 15. *Juvancz I., Paksy A.*: Orvosi biometria, Medicina, Budapest, 1982, 308. — 16. *Kaplan, E. L., Meier, P.*: Nonparametric Estimation from incomplete observation. *J. Am. Stat. Assoc.* 1958, 53, 457. — 17. *Kelényi G.*: In Klinikai citopatológia. Szerk.: *Barta I.*, Medicina, Budapest, 1979, 335. — 18. *Kempin, S. és mtsai*: Combination Chemotherapy of Advanced Chronic Lymphocytic Leukemia: The M-2 Protocol (Vincristin, BCNU, Cyclophosphamide, Melphalan, Prednisone). *Blood*, 1982, 60, 1110. — 19. *Knospe, W. H. és mtsai*: Bi-weekly chlorambucil treatment of chronic lymphocytic leukemia. *Cancer*, 1974, 33, 555. — 20. *Koziner, B. és mtsai*: Characterization of B-Cell Type Chronic Lymphocytic Leukemia Cells by Surface Markers and a Monoclonal Antibody. *The Am. J. Med.* 1982, 73, 802. — 21. *Mellstedt, H. és mtsai*: Lymphocyte Subpopulation in Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL). *Acta Med. Scand.* 1978, 204, 485. — 22. *Peczke K. és mtsai*: Egér vörös vérsejt (M)-rozetta képződés chronikus lymphoid leukaemiában. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 1425. — 23. *Pizzolo, G. és mtsai*: Immuno-histological analysis of bone marrow involvement in lymphoproliferative disorders. *Br. J. Haem.* 1982, 50, 95. — 24. *Prokocimer, M. és mtsai*: Altered function and membrane properties of lymphocytic leukemia cells. Correlation with clinical stage and disease. *Isr. J. Med. Sci.* 1982, 18, 746. — 25. *Rai, K. R. és mtsai*: Clinical Staging of chronic lymphocytic leukemia. *Blood*, 1975, 46, 219. — 26. *Rozman, C. és mtsai*: Prognostic Significance of Bone-Marrow Patterns in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Br. J. Haem.* 1981, 47, 529. — 27. *Rundles, R. W., Moore, J. O.*: Chronic Lymphocytic leukemia. *Cancer*, 1978, 42, 941. — 28. *Sabbe, L. és mtsai*: Cell-Marker Studies in CLL With Monoclonal OKT Antisera and Lactic Dehydrogenase Isoenzyme Analysis. *Blut*, 1983, 46, 261. — 29. *Schwarzmeier, J. D. és mtsai*: Chronisch lymphatische Leukämie vom B-Zellen Typ: Klinische und morphologische Untersuchungen zur diagnostische Abgrenzung. *Klin. Wschr.* 1981, 59, 1313. — 30. *Sieber, G. és mtsai*: B-Cell Function in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia. *Klin. Wschr.* 1982, 60, 1303. — 31. *Skinninger, L. F. és mtsai*: Chronic Lymphocytic Leukemia. A Review of 745 Cases and Assessment of Clinical Staging. *Cancer*, 1982, 50, 2951. — 32. *Solanki, D. L. és mtsai*: Chronic Lymphocytic Leukemia: A Monoclonal Disease. *Am. J. Haem.* 1982, 13, 159. — 33. *Tötterman, T. H. és mtsai*: Surface Glycoprotein Patterns of B type Chronic Lymphocytic Leukemia Cells Correlate with the Clinical Activity of the Disease. *Scand. J. Haem.* 1983, 30, 79. — 34. *Whelan, C. A. és mtsai*: T-cell function in chronic lymphocytic leukemia. *Brit. J. Haem.* 1982, 50, 111. — 35. *Whelan, C. A. és mtsai*: Relationship between Immunoglobulin Levels, Lymphocyte Subpopulation and Rai Staging in Patients with B-CLL. *Acta Haematol.* 1983, 69, 217. — 36. *Wolos, J. A., Davey, F. R.*: B Lymphocyte Function in B Cell Chronic Lymphocytic Leukemia. *Brit. J. Haem.* 1981, 49, 395.

(Balikó Zoltán dr., Szekszárd, Pf. 85., 7101.)

BODA DOMOKOS DR.
ÉS GYURKOVITS
KÁLMÁN DR.

Cefotaxim (Claforan) alkalmazása súlyos gyermekkori infekciókban

Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

34 eleve kritikusan súlyos, illetve más kezeléssel szemben rezisztens gyermekkori infekcióban vizsgáltuk a cefotaxim (Claforan) hatását. A kezelést monoterápiás jelleggel alkalmaztuk. Tapasztalatainkból nyilvánvaló, hogy a III. generációs cephalosporinokhoz tartozó cefotaxim tartalmú Claforan igen nagy hatású szer a legtöbb bakteriális infekció leküzdésére, és ez idő szerint más szerekekkel szemben rezisztens és kilátástalan esetekben is eredményesen alkalmazható nagyhatású antibiotikum. Gyermekgyógyászati vonatkozásban külön kiemelendő, hogy a jelek szerint a gyógyszer toxikus hatástól mentes és a legérzékenyebb koraszülött beteganyagban is biztonságosan alkalmazható.

Use of cefotaxime (Claforan) in severe infections of children. The therapeutic effect of cefotaxime (Claforan) used as monotherapy was examined in 34 childhood infections which were critically severe or resistant to other treatment. It was found that the compound belonging to the third generation cephalosporines was very effective in overcoming most of the severe bacterial infections and it could be applied effectively also in infections resistant to other treatment even in hopeless cases. Apparently free of toxicity the medicine can be used safely also in the most sensitive premature newborn infant cases.

A gyermekgyógyászati gyakorlatban előforduló fertőzőes megbetegedések túlnyomó többsége eredményesen kezelhető az ún. első lépésben alkalmazandó antibiotikumokkal, ezek között ma is leggyakrabban a kristályos penicillin-G-vel, majd a félszintetikus penicillin-származékokkal. Orálisan adható jellegénél fogva széles körben használatosak az erythromycin, a cephalosporinok, ugyanakkor ma már csak célzott indikációval, de még igénybe kell vennünk a chloramphenicol és az oxytetracyclint is. Mindezek helyettesítésében gyakran eredményesen alkalmazzuk a kombinált szulfonamidokat (Sumetrolimot, Poteseptet).

Főleg intézeti viszonyok között rendelkezésünkre álló „második vonalbeli” szerek közül a leggyakrabban igénybevetettek említve, további nagyhatású antibiotikumok a gentamycin és a tobramycin, a carbenicillin, az azlocillin, főleg anaerob fertőzésekben pedig a clindamycin és a metronidazol. Ennek ellenére a gyermekgyógyászatban is változatlanul gondot okoznak a súlyos, minden kezeléssel szemben dacoló polirezisztens infekciók, főleg az intenzív terápiában és a neonatológiában.

A legutóbbi évek gyógyszeriparában rendkívül rövid idő alatt látványos fejlődés következett be az ún. harmadik generációs cephalosporinok kifejlesztésével. A harmadik generációs jelző annyit jelent, hogy minimális koncentrációban igen széles spektrumú hatással rendelkeznek külön a Gram-negatív kórokozókkal szemben, egyes baktériumok

β -laktamáz enzimjével szemben is ellenállóak, a szervezetben alig metabolizálódnak, csekély toxicitásúak.

A témából néhány év alatt szinte áttekinthetetlenül gazdag irodalmi anyag keletkezett. Jelen munkánkban, főleg csak a kis számú hazai forrásmunkákra (6, 7) és a legújabb gyermekgyógyászati közleményekre kívánunk utalni (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12).

Ezekből, a ténylegesen jelentős haladás mellett, általában a bőség zavara érződik ki. Graber (6) 1981-ben írja, hogy akkor több mint harminc vegyület jelent meg a világ gyógyszerpiacán, és száz-as nagyságrendű lehetett a kutatás alatt levő vegyületek száma.

Vizsgálatainkat az OGYI kijelölésével a Rous-sel Gyógyszergyár felkérésére a cefotaxime hatóanyagú Claforan-nevű készítménnyel végeztük.

Hogy eredményeinket a szélesebb nyilvánosság elé tárjuk, az a körülmény teszi indokolttá, hogy a szerrel hazai tapasztalatról még nem történt beszámoló, de az általunk vizsgált beteganyag típusban külföldön is csak kevés közlés jelent meg, ugyanakkor meggyőződhattünk arról, hogy az eddigiekhez nem hasonlítható, nagy hatású antibiotikummal van dolgunk.

A rendelkezésünkre álló adatok szerint a Claforan igen kis koncentrációban hatásos a legtöbb Gram+ és Gram- baktériumra, utóbbiak közül kiemelve a hatásosságát a Klebsiellákra, a Proteus csoportra. Igen kifejezett terápiás hatása van a Haemophylus influenzae és Neisseria meningitidis

1. táblázat. Claforánnal kezelt betegek csoportjai és kezelési eredmények

Diagnózis	Meningitis purulenta	Légzőszervi infekció	Mucoviscidosis	Sepsis
Esetszám	10	12	6	6
Életkor	5 nap—6 év	8 nap—18 év	1,5—6 év	11 nap—8 év
Egyéb szövődmény, ill. alapbetegség (esetszám)	Waterhouse-Friederichsen szindr. (1), hydrocephalus miatt tartós kamrai drainage (1), pleuropneumonia (1), sepsis ventriculitis (1), meningeális leukaemia (1)	Koraszülött intenzív ellátása (5), bronchopulm. dyspl. (4), persist. foet. keringés (1), ductus art. kinyílás (2), cong. vitium decomp. (1), endocard. (1), sepsis (3), dystrophia musc. progr. (1), tracheo bronch. malign. (1), leukaemia (1)	Bronchiectasia (3)	Koraszülött intenzív ellátása (3), St.post operationem (2), M. Chronn i.c. vérzés (1)
Kórokozó (esetszám)	Haemoph. influenzae (2), N. meningitidis (2), Str. pneumoniae (1), Str. non haemolyticus (1), Micrococcus (1), Staph. aureus (1)	Ps. aeruginosa (2), E-coli (1), Staphylococcus (2), Streptococcus B (1)	Ps. aeruginosa (4), Klebsiella (1), Staph. aureus (1)	Ps. aeruginosa (1)
Kezelés tartama	5—10 nap, átl. 7 nap	7—10 nap, átl. 9 nap	4—14 nap, átl. 10 nap	2—11 nap, átl. 6,4 nap
Adagolás	50—120 mg/kg, átl. 140 mg/kg	50—170 mg/kg, átl. 110 mg/kg	80—110 mg/kg, átl. 100 mg/kg	50—120 mg/kg, átl. 90 mg/kg
Eredmény (esetszám)	+++ (7), ++ (1), + (1), ? (1)	+++ (8), ++ (2), + (1), ? (1)	+++ (1), ++ (4), ? (1)	+++ (2), ++ (1), + (2), ? (1)
Megjegyzés (esetszám)	Más antibiotikum beiktatására gyógyult (1), a ventriculitis szanálódott, egyébként irreverz. állapot (1), terminálisan elkezdett kezelés miatt nem értékelhető (1)	Irreverz. alapbetegség miatt csak átmeneti (2), közben fellépő Ps. aeruginosa fertőzés miatt Brulamycin kezelésre gyógyul (1)		Alapbetegség (i.c. vérzés) progressziója miatt csak átmeneti javulás (1)

fertőzésekben, valamint gonorrhéában. Hatásosságának határát egyes anaerobok vele szembeni rezisztenciája jelenti. Kevésbé hatásos Pseudomonas aeruginosa fertőzésekben is, de a törzsek viszonylag nagy száma még kellő fokú érzékenységet mutat, azonban ilyen esetekben legcélszerűbb aminoglikozidokkal kombináltan adni.

Különös előnye, hogy a legsúlyosabb fertőzésekben is többnyire monokomponens terápiás szerként is alkalmazható. Ez a megállapítás érvényes a szokásos kórokozók által előidézett purulens meningitisekre is azon rendkívül előnyös tulajdonságánál fogva, hogy a gyulladáshoz esetenként az agy vér-liquor gáton átjutva, hatásos gyógyszer vérszint mutatható ki a liquor cerebrospinalisban. Ugyancsak hatásos koncentrációban jelenik meg a testváladékokban, főleg a vizeletben, a gyulladáshoz szövetekben.

Vizsgált betegek

Vizsgált eseteink mind klinikánk ápolottjai, többnyire különlegesen súlyos fertőzések voltak. A kezelt esetekben a Claforant többnyire egymagában

(monoterápia) olyankor alkalmaztuk, amikor a súlyos fertőzés miatt eleve többszörösen kombinált antibiotikus kezelést tartottunk volna szükségesnek (meningitisek), ill. olyankor, amikor a betegek az addig végzett minden terápiás lehetőségüket kihasználva befolyásolhatatlannak látszottak. A kezelt esetek adatait az 1. táblázat tartalmazza.

Betegeink első csoportjába a purulens meningitisek tartoztak. Az esetek egy része frissen felvett akut purulens meningitis volt, a többiben az előzetes antibiotikus kezelés nem volt hatásos, ill. a folyamatot csak krónikus jellegűvé változtatta.

A heveny légzőszervi betegség miatt kezelt esetekben viszont csak más kezeléssel dacoló, többnyire már kilátástalannak mondható betegekben vettük igénybe a Claforan kezelést.

A harmadik csoportban a többi légzőszervi infekció esettől elkülönítetten vizsgáltuk a Claforannak ugyancsak krónikus légzőszervi tüneteket mutató, hat mucoviscidosisos betegre kifejtett hatását. Ezek a betegek rendszeres gondozásunk alatt állottak, rajtuk a kezelésig más antibiotikumok hatását már kiértékelte. A Claforan kezelés hatását a Huang-féle (9) pontrendszer alkalmazásával objektíven tudtuk megítélni. Javulásnak csak azt tekintettük, ha az összpontszám a kezelés ideje alatt legalább 20%-kal emelkedett.

A negyedik csoportban hat desperáltan súlyosnak minősíthető sepsisben bíráltuk el a Claforan hatásos-

2. táblázat. **A cefotaximmal szembeni bakteriológiai érzékenységek vizsgálata korongmódszerrel**

Kórokozó	Vizsg. szám	Érzékeny	Mérs. érz.
Staph. aureus	7	6	1
Streptococcus B	5	5	—
Streptococcus A	3	3	—
Str. pneumoniae	3	3	—
Ps. aeruginosa	14	13	1
Klebsiella	4	4	—
Enterobacter aer.	3	1	2
Proteus vulg.	1	1	—
Összesen	40	36	4

ságát. A betegek mind intenzív terápiás kezelésben részesültek, jelentős hányadban respirátor kezelés alatt állottak.

A vizsgálatok során bakteriológiai anyagként csak zárt testüregből vett testváladékot és haemocultúrával nyert vért tekintettünk elfogadhatónak. Ilyen módon a kórokozó izolálására minden esetben többször kísérletet tettünk, azonban nyilvánvalóan maszszív fertőzés ellenére, éppen az előzetesen adott sokféle antibiotikum miatt, a kórokozó kimutatása nem járt sikerrel.

A kitenyésztett kórokozók érzékenységét számos antibiotikummal szemben korong módszerrel vizsgáltuk, sajnos azonban a betegek kezelésének időszakában a cefotaxime érzékenység vizsgálatához szükséges korongok nem állottak rendelkezésünkre. Ezzel szemben külön megvizsgáltuk más esetből származó 43 kórokozó cefotaxime érzékenységét korong módszerrel. (A vizsgálatokat Salgó dr. végezte.)

A gyógyszer terápiás hatását szokásos módon a klinikai tünetek javulásától függően minősítettük: igen jó hatásúnak (+++), hatásosnak (++) , ill. mérsékelt hatásúnak (+), vagy hatástalannak (0).

Eredmények

Figyelembe véve a kezelendő beteganyag kiválasztásának feltételeit, igen jelentős eredménynek tekinthető, hogy 34 ilyen súlyos beteg közül 18-ban nagyfokú, szinte látványos javulást értünk el.

Az egyes betegcsoportokat sorra véve purulens meningitisben a Claforan priméren és monoterápiaként alkalmazva, meggyőzően hatásosnak bizonyult.

Különösen tanulságos az az eset, amelyben gyógyszerhiány miatt csak két napig volt módunkban Claforant alkalmazni, ugyanakkor ennyi idő alatt már a klinikai jelek és a liquor lelet alapján a beteg állapotának jelentős javulását konstatálhattuk. Egyéb gyógyszeres kezelésre biztonsági okból tértünk át. Még egy meningitis esetben történt antibiotikum váltás. Erre a kezelés közben fellépett görcsös állapot miatt került sor. Bár ez a jelenség az alapbetegség természetes velejárójaként is felfogható, mégis biztonságosabbnak gondoltuk más antibiotikumokat is beiktatni. Végül is a beteg maradványtünetek nélkül gyógyult.

A légzőszervi fertőzéssel járó esetekben az előzetes antibiotikus kezelés elégtelen hatását kielégítően magyarázta az eleve súlyos prognózisú, változatos alapbetegségek és szövődmények jelle-

ge. Mégis a Claforan kezelés az ilyen esetek többségében is javulást eredményezett.

Érdekes, hogy ebben a csoportban, továbbá a mucoviscidosisos esetek többségében a javulást Pseudomonas aeruginosa okozta fertőzésekben is regisztrálhattuk.

A terápiás eredmények kilátásai szempontjából a legkritikusabb csoportot a sepszis esetek képezték. Így is legalább bizonyos fokú javulást ebben a más okból rendkívül súlyos, általában kritikus állapotban levő betegeken is észleltünk.

Az elért eredményeket érthetővé teszik a Claforannal végzett in vitro érzékenységi vizsgálatok, amelyek adatait a 2. táblázat tartalmazza. Eszerint a klinikánk laboratóriumában izolált baktériumok, közöttük a Pseudomonas aeruginosa törzsek is, lényegében kivétel nélkül érzékenyek mutatkoztak a Claforánnal szemben.

A kezelt esetekben sem olyan klinikai, sem laboratóriumi jelenséget nem észleltünk, amely a vizsgált gyógyszer mellékhatására, vagy toxicitására lett volna visszavezethető.

Megbeszélés

Vizsgálatainkat kontrollok és az alkalmazott gyógyszer vérszintjére, kinetikájára vonatkozó laboratóriumi ellenőrző vizsgálatok nélkül végeztük. Sajnos az antibiotikus in vitro érzékenységi vizsgálatok nem a kezelt esetekből származó kórokozókkal történtek. Ennek ellenére a vizsgált beteganyag jellege és a kezelés megkezdése előtti előzményei a gyógyszer hatásosságát jól megítélhetővé tették. Eszerint a mi tapasztalataink összhangban vannak mások adataival, amely szerint a Claforan minden eddigi antibiotikum hatását felülmúlhatja, különösen előnyösen alkalmazható a legsúlyosabb infekciók eseteiben. Külön jelentősége van annak, hogy újszülötteken, koraszülötteken is veszély nélkül alkalmazható. Ezzel együtt azt is le kell szögezni, hogy feltétlenül kívánatos, hogy ha az antibiotikum rendelkezésünkre is áll, alkalmazása a jövőben kizárólag ilyen esetekre korlátozódjék. Ezt indokolja egyrészt a gyógyszer rendkívül drága volta, de az is, hogy a kórházi törzsek ne váljanak hamarosan Claforan rezisztenssé. Véleményünk szerint a Claforan a jövőben is egyéb antibiotikus kezeléssel szemben dacoló kétes kimenetelű esetek kezelésére tartandó fent. Talán egyedül a purulens meningitisek esetében fogadható el az az álláspont, hogy az ilyen betegeket priméren azonnal Claforánnal kezeljük, hasznosítva a szer azon előnyeit, hogy a liquorba magas koncentrációban bejut és egymagában hatásos a purulens meningitis kórokozóinak túlnyomó többségében.

A Claforan alkalmazását a fentiek kívül behatárolja, hogy Pseudomonas aeruginosa és anaerob fertőzésekben csak kevésbé, ill. csak részben hatásos. Ilyen értelemben kedvező eredményeink ellenére mégsem tartjuk indokoltnak a rendszerint Pseudomonassal kolonizált krónikus jellegű mucoviscidosis esetek kezelésére.

Igaz, hogy ilyen esetekben megoldásként más antibiotikumokkal, elsősorban aminoglikozidokkal

3. táblázat. Harmadik generációs cephalosporin származékok indikációjának összehasonlítása

Készítmény	Cefotaxim	Moxalactam	Cefoperazon	Ceftriaxon
Ahol kevésbé hat	Pseudomonas, B.fragilis, Listeria, Enterococcus, Acinetobacter	Streptococcus pneum., Pseudomonas, Listeria, Staphylococcus, Streptococcus B, Enterococcus	Klebsiella, Proteus, Providencia, Serratia, Listeria	Listeria, Enterococcus, Staphylococcus, B. fragilis
Ahol előnyös	Staphylococcus, Gram negatív enterális infekció	Gram negatív Enterococcus	Pseudomonas	Streptococcus pneum., Streptococcus B
Előnyös tulajdonság	Liquorba átmegy	Liquorba átmegy	Olcsóbb, epével választódik ki	Tartós hatás (félidő 4–6 óra)

való kombináció lehetősége, aminek kontraindikációja valóban nincs is, adott. Mégis ez csak kizárólag kevert infekcióval járó akut esetek kezelésében látszik indokoltnak.

További kérdés, hogyan viszonylik a cefotaxim a többi harmadik generációs cephalosporin származékokhoz. A nagy számú ajánlatból Garzone és mtsai (5) összefoglaló közleménye ismerteti azt a tizenötféle cephalosporin származékot, amely várhatóan a legszélesebb körben fog elterjedni. Valamennyi igen nagy hatású antibiotikum, amelyek között bizonyos előnyök és hátrányok tekintetében vannak különbségek. A legelterjedtebb négy cephalosporin származék előnyeit és hátrányait Mark (10) után a 3. táblázat adatai mutatják be. Ebben a táblázatban nem szerepel a ceftazidin nevű cephalosporin, amely amiatt érdemel külön figyelmet, hogy a többi kórokozók mellett a Pseudomonas fertőzésekre is igen hatásos.

Végeredményben hosszabb idő szükséges ahhoz, hogy az egyes készítmények között a rangsor eldőljön, pontosabb indikációs kör alakuljon ki. Mindenesetre — a készítmények jelenlegi magas árát leszámítva, mindenképpen biztató jelenség a jövőre nézve, hogy a cephalosporin molekula további szerkezeti módosításával az antibiotikus terápiának igen jelentős tartalékai vannak, és ezek bizonyára nem is maradnak kiaknázatlanul a súlyosabb infekciók kezelésében.

IRODALOM: 1. Bertino, J. S. Jr., Speck, W. T.: The Cephalosporin Antibiotics. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 1983, 30, 17. — 2. Carmine, A. A. és mtsai: Cefotaxime. A Review of its Antibacterial Activity, Pharmacological Properties and Therapeutic Use. *Drugs* 1983, 25, 22. — 3. Chadwick, E. G. és mtsai: Efficacy of Ceftriaxone in the Treatment of Serious Childhood Infections. *J. Pediatr.* 1983, 103, 141. — 4. Chartrand, S. A. és mtsai: Cefoperazone Pharmacokinetics in Acute Childhood Meningitis. *J. Pediatr.* 1983, 103, 991. — 5. Garzone, P.: Third-generation and Investigational Cephalosporins: II. Microbiologic Review and Clinical Summaries. *Drug Intelligence Clin. Pharm.* 1983, 17, 615. — 6. Graber H.: Haladás az antibiotikumok területén A cefalosporin — és aminoglikozid — csoport fejlődése. *Az Orvostudomány Aktuális Problémái.* 1981, 41, 23. — 7. Graber H. és mtsai: Tapasztalataink újabb cefalosporinokkal. *Orv. Hetil.* 1984, 125, 211. — 8. Harrison, J., Ewelch, D., Marks, M. J.: Ceftriaxone. *Therapy in Pediatric Patients.* *Am. J. Dis. Childr.* 1983, 137, 1048. — 9. Huang, N. N. és mtsai: A Scoring System for Short-term Evaluation of Patients with Cystic Fibrosis: a Possible Means for Assessment Antibiotic Efficacy. In: 1000 years of Cystic Fibrosis. Ed. Warwick, W. J. University of Minnesota 1981. — 10. Mark, M. J.: Ceftriaxone — And More to Come. *J. Pediatr.* 1983, 103, 70. — 11. Padoan, R. és mtsai: Ceftazidime in Treatment of Acute Pulmonary Exacerbations in Patients with Cystic Fibrosis. *J. Pediatr.* 1983, 103, 320. — 12. Steele, R. W., Bradsher, R. W.: Comparison of Ceftriaxone with Standard Therapy for Bacterial Meningitis. *J. Pediatr.* 1983, 103, 138.

(Boda Domokos dr., Szeged, Pf: 471, 6701).

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



FÖRIS LÁSZLÓ DR.
ÉS LANTOSNÉ
PECSÖK ILDIKÓ

Összefüggés a keresőképesség és a keresőképtelenség első napja, valamint a táppénzes napok száma között

Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság
(igazgató: Bognár Miklós)

A szerzők 42 738 táppénzes esetben vizsgálják, hogy a keresőképesség minősítés időpontja a naptári hét melyik napjára esik. 19 budapesti körzeti orvos beteganyagában kimutatják, hogy az ún. nem biológiai tényezők jelentős szerepet játszanak a keresőképesség elbírálásában. A betegek többségét mindenkor a hét végére nyilvánítják keresőképessé. A táppénzes ellenőrzés napján relative többen állnak munkába, mint a szomszédos napon. A naptári hét második felében betegállományba kerülők között szignifikánsan több lehet a hét napon túli esetek száma. Ezek a jelenségek speciális mutatóként alkalmasak lehetnek a járóbeteg-ellátás területén az orvosszakértői tevékenység összehasonlító értékeléséhez. A légúti megbetegedések adják az 1-7 napos esetek 72,4%-át, így ezek a kórképek jelentős hatással vannak a táppénzes napok számának alakulására.

Determination of non-biological factors, increasing sickness absence duration, on the basis of dates of appointing of ability to work. It was investigated 42 738 sickness absence cases, on which day of the calendar week the date of fixing of ability to work fell. Having been analysed the patient material of 19 panel doctors in Budapest, it was established that the so-called non-biological factors play a significant role in the certification of the fixing of ability to work. The patients are regarded to be fit to work by the end of the week. The chief medical control and the number of patient in a given district influence the distribution of fitness for work's dates. As the diseases of the respiratory system form 72,4% of the sickness absence of 1-7 days, the quality of their attendance significantly influences the sick allowance's measure. The authors suggest to utilize their results in the sickness absence certification of the different districts.

A táppénzes beteget gyógyító orvos napi tevékenységében nem egyszerű feladat a keresőképesség elbírálása. Ennek szakmai, társadalmi, gazdasági vonzatairól nemrég több kolléga véleményét olvashattuk az Orvosi Hetilapban (10, 12, 16, 19, 20). Ehhez a vitához kapcsolódva munkánk célja, hogy tájékoztasson: milyen lehet a helyzet a körzetekben a keresőképesség minősítés területén? Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a betegség miatti munkahelyi hiányzások orvosi igazolása nem problémamentes, és a gazdasági következmények jelentősek (1, 5, 6, 12, 14, 20). Vačeva (22) tizennyolc éve leírta, hogy a táppénzes állomány alakulásában hetenkénti ciklusok észlelhetők. Csehszlovákiában szociológiai módszert dolgoztak ki a téma tanulmányozására, s háromoldalas kérdőívükön azt is fel kellett jegyezni, hogy a naptári hét melyik napjára minősítették keresőképessé a beteget (4). Vajon egy ilyen statisztika a budapesti körzetekben hogyan alakul, abból mire következtethetünk?

Annyag és módszer

Tizenkilenc budapesti, tizennégy éven felülieket ellátó orvosi körzet táppénzes naplójából dolgoztuk fel az 1978-ban, 1980-ban és 1982-ben keresőképessé kiírt eseteket. Lépcsőzetes mintavételi módszerrel (13) soroltuk ki a kerületeket, ezeken belül egy-egy belgyógyászati és egy-egy más szakképesítéssel rendelkező kollégát. Nem kerültek a mintába azok a körzetek, ahol orvosváltás történt. Kihagytuk azokat a naptári heteket, amelyekben hét közben ünnepnap volt. Az anyagot évszakonként csoportosítottuk, a téli szezonban januárhoz és februárhoz az előző évi decembert kapcsolva. Így a három évben $3 \times 4 = 12$, összesen — a 19 körzetből — $19 \times 12 = 228$ évszakot vizsgáltunk. A táppénzes naplók mintegy tíz százalékát nem tudtuk elérni, ezért 26 évszak adatával is kisebb az egész anyag a táppénzesek tényleges számánál. A hiány eloszlása egyenletes, tizennégy körzetre vonatkozik.

Hat körzetben a megbetegedések struktúráját (diagnózis, időtartam stb.) is tanulmányoztuk (1. ábra), összesen 68 téli, 120 tavaszi, 120 nyári és 111 őszi naptári héten. A téli hurutos hetek kisebb száma az első ábra adatainál néhány százalékpont csökkenést okoz az 1-7 naposak és a légúti megbetegedések valós arányához képest. χ^2 -próbatelével értékeltük a csoportok közötti különbségeket. Egyik mintánk sem reprezentatív, mert kisebbek a kellelénél, s két körzetet nem sorolással választottunk ki.

A vizsgált esetek száma (n), s ebből a hét végére keresőképessé nyilvánítottak százalékos aránya (%)

	Az átlagnál kevesebb táppénzes beteget ellátó 10 körzetben		Az átlagnál több táppénzes beteget ellátó 9 körzetben	
	n	%	n	%
1978-ban	6475	60,8	7564	66,6
1980-ban	6086	64,3	7693	66,9
1982-ben	6215	70,0	8709	72,5

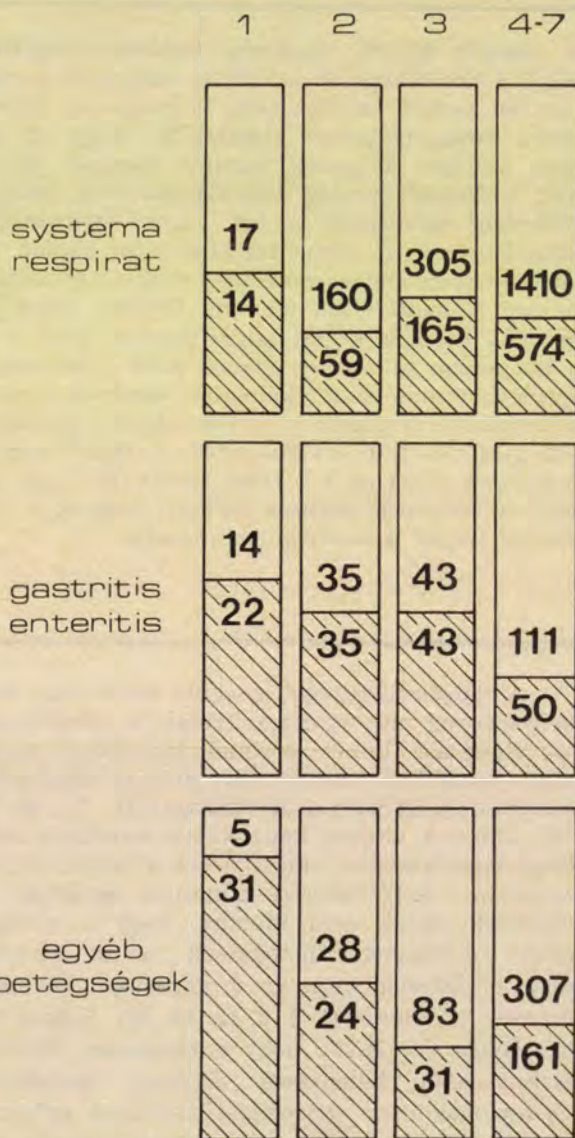
A vizsgálható 42 ezer 738 esetről egyenként regisztráltuk, hogy a keresőképességet a hét melyik napjára datálták. A további feldolgozáshoz két részre osztottuk az eseteket: egy hét „végére” (szombat, vasárnap, hétfő) és egy hét közben levő napokra (kedd, szerda, csütörtök, péntek) keletkezett csoportba. Az orvosszakértői munkában a hétfőre eszközölt keresőképessé nyilvánítás azonos a vasárnapival, hiszen gyakorlatilag mindkét esetben hétfőn kell kezdeni a munkát. Ha hétfő helyett már szombatra keresőképessé a gyógyuló beteg, akkor ez két nappal csökkenti a keresőképtelen napok számát az orvosi statisztikában, mert az orvos nem táppénzes napot, hanem keresőképtelenséget igazol. Hogy ebből hány napra fizethetnek ki táppénzt, annak elbírálása a társadalombiztosítási szervek feladata. Ugyanez a helyzet a táppénzbe vételnél. Például a kisiparosok — meghatározott esetekben — az első napokra nem kapnak táppénzt, de a kezelőorvos mégis kiadja a táppénzes utalványt, mert ezzel a keresőképtelenséget igazolja. Szakmailag azt is fontos szem előtt tartani, hogy a keresőképesség nem mindig azonos a gyógyulással, hanem legtöbbször azt fejezi ki, hogy a biztosított el tudja látni adott munkakörét, anélkül, hogy saját magának vagy másoknak — egészségi állapota miatt — ártalmára lenne. És megfordítva: makkegészséges ember is lehet keresőképtelen, például a beteg gyermekét ápoló édesanya. Tehát a keresőképtelenség-keresőképesség elsősorban társadalombiztosítási kategória. Elbírálása orvosszakértői tevékenység. Nemcsak a járóbeteg-ellátás táppénzbe vételi joggal bíró orvosainak a feladata, hanem pl. a kórházi osztályokon dolgozó kollégáké is a főorvosi bizottságokban (ezt hívtuk-hívjuk négyhetes bizottságnak). Az Országos Orvosszakértői Intézet központi szerve az orvosszakértői tevékenységnek. Ettől elkülönítendő, a „területi” jelzót használjuk.

Eredmények

1982-ben a vizsgált esetek 7,0%-át hétfőre, 6,4%-át keddre, 8,1%-át szerdára, 9,7%-át csütörtökre, 4,5%-át péntekre, 52,0%-át szombatra és 12,4%-át vasárnapra nyilvánították keresőképessé a körzetekben. A hét végére (szombatra+vasárnapra+hétfőre) kiírtak aránya a vizsgált években a táblázat arányszámait szerint, körzetenként pedig 54,6 és 85,9% között ingadozott. Nem különbözött szignifikánsan a belgyógyászati vagy más szakképesítéssel rendelkező orvosnál. Az évszakok között csak az 1978-as influenzajárvány okozott értékelhető eltérést. (A részletes számításokat és adatokat a téma iránt érdeklődőknek rendelkezésére bocsátjuk.) A táblázat mutatja, hogy azokban a körzetekben, ahol a táppénzesek száma általában meghaladja az átlagot, nagyobb a hét végére keresőképessé minősített betegek százalékos aránya. 1% különbség — buda-

pesti viszonylatban — kerekén 10 000 táppénzes napot jelent.

Vizsgáltuk, hogy hétközben változtak-e a kiírási arányok attól függően, hogy melyik napon tartják a heti táppénzes felülvéleményezést. Ha keddre esett az ellenőrzés, akkor ezen a napon 368, másnap 354 beteg állt munkába, ha szerdára, akkor keddre 694 és szerdára 1053 táppénzes keresőképességét datálták. Csütörtöki felülvéleményezésnél 665 aznapi ilyen esetet találtunk, de szerdán csak 373-t. Tehát az ellenőrzés napján többen kezdik el a munkát, mint a szomszédos napon. Ezt az összefüggést olyan körzeteknél mutattuk ki, ahol éveken át minden héten ugyanazon a napon volt a felülvizsgálat.



□ a hét végére keresőképes esetek
 ▨ nem a hét végére keresőképes esetek
 1,2... a táppénzes napok száma

1. ábra: Az 1-7 napos esetek megoszlása a táppénzes állomány időtartama és a keresőképessé nyilvánítás dátuma szerint.

gálat orvosszakértői munkájának ellenőrzése terén, akkor olyan mutatókra van szükségünk, amelyek gyakorlatilag függetlenek a lakosság objektív táppénz-igényeinek változásaitól, a megbetegedések előfordulási arányaitól, a diagnózisoktól stb. A speciális megközelítés szükségességére Balló (3) hívta fel a figyelmet. Három ilyen mutatót demonstrálunk itt: a hétfégi és a felülvéleményezés napjára eső kiírások arányát és a hét második felében felvett betegek táppénzes állományának relatív meghosszabbodását. Ez utóbbi jelenség kézenfekvő oka lehet, hogy amíg a hét első felében állományba felvett betegek többségét keresőképessé nyilvánítják a hét végére, addig a csütörtökön vagy pénteken induló eseteknél a jövő héten esedékes potesztálást nem csütörtökre vagy péntekre datálják, hanem állományban hagyják a táppénzest a hét végéig. Ez egy-két ajándék-napot jelenthet. De nem ilyen egyértelműen kedvezőtlen a jelenség, mert ha a 2. ábra 107 betegéből sok átkerülne a 8-hoz, akkor a statisztikai próba nem adna szignifikáns eltérést, holott az is kedvezőtlen lehet, ha a hét elején felvett betegek közül relatíve sokat állományban hagynak hét napon túl (a 107-hez képest nem 8-at). Ennek tisztázása további munkát igényel (8). — Még ettől is sokrétűbb a felülvéleményezés napjának hatása, mert ebben az esetben hangsúlyozottan számottevő három szerepe, a betegé, a kezelőorvosé és a csoportvezető belgyógyászé. Hogy kié mennyire számottevő, annak elemzése más területre vezetne (9) — mert az itt közölt adataink nem tartalmaznak ilyen információt —, de nem változtatná meg az alapjelenséget, miszerint a felülvéleményezés napján relatíve több a keresőképes eset. És nem minden körzetben egyformán! Ez ad lehetőséget majd az összehasonlításra, a speciális mutató alkalmazására. Ugyanezt elmondhatjuk a keresőképessé minősítés hétfégi halmozódásáról. Ugyanakkor azt is fel kell tennünk, hogy ennél a mutatónál az 1-7 és 8-X napos betegállományok elkülönítése pontosítani fogja a módszert.

Következtetések

Átmeneti keresőképtelenség után a munkába állás napját nemcsak a biológiai tényezők határozzák meg. Ez speciális módszert kínál a területi orvosszakértői munka megítéléséhez.

A keresőképessé nyilvánítás vizsgálatánál évszokoktól függetlenül lehet adatokat gyűjteni és összehasonlítani, kivéve a járványok időszakát.

1978 óta kedvezőtlenebbé vált a kiírási megoszlás. Ha tanulmányoznánk a körzetekben ezeket

a mutatókat, és azt a jelenséget, hogy miért a hét elején fordul orvoshoz sok beteg (hány napja kezdődtek panaszai?, szedett-e gyógyszert?, volt-e az üzemorvosnál?, pihent-e hétvégén?), akkor több irányból közelebb jutnánk a keresőképtelen betegállomány reálisabb értékeléséhez, az orvoshoz fordulási szokások okainak megismeréséhez.

Második ábránk bizonyítja, hogy már egy körzet adatai is értékelhetők (19).

IRODALOM: 1. Aniscsenko, K. N., Gitkina, L. S.: Aktualnue voproszu ekszpertizu vremennoj netrudoszposzobnoszti. Szov. Zdravoochr. 1979, 0, 35. — 2. Balló R.: A keresőképtelenségi morbiditás alakulásában elsődlegesen szerepet játszó betegségszoportok 1960 és 1975 között. Népegészségügy, 1977, 58, 251. — 3. Balló, R.: A táppénzes helyzet alakulásának meggyék szerinti elemzése. Népegészségügy 1983, 64, 145. — 4. Balogh, J. és mtsai: Pokus o zjinteni nekterých nebiologických příčin pracovní neschopnosti. Čes. Zdrav. 1978, 26, 295. — 5. Coe, J.: The Physician's Role in Sickness Absence Certification: A Reconsideration. J. Occup. Med. 1975, 17, 722. — 6. Doherty, N. A.: National insurance and absence from work. Econ. J. 1979, 89, 353. ref. Excerpta Med. Sec. 35, 1979, 9, 672. — 7. Fébó Gy., Fóris L.: Az orvoscsere és az igazolt táppénzes napok alakulása budapesti orvosi körzetekben. Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság. Belső anyag. — 8. Fóris L.: Orvoshoz fordulás influenzajárvány idején. Feldolgozás alatt. — 9. Fóris L.: A körzeti orvosi kartondokumentáció ellenőrzése. Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság. Belső anyag. — 10. Halász E.: Hozzászólás Takács Tibor: Potest vagy non potest laborare? című cikkéhez. Orv. Hetil. 1981, 122, 1223. — 11. Halberg F., Kováts T.: A kronobiológia szerepe az orvosi elméletben és gyakorlatban. Orv. Hetil. 1977, 118, 1151. — 12. Havasi S.: Hozzászólás Takács Tibor Potest vagy non potest laborare? című cikkéhez. Orv. Hetil. 1981, 122, 2058. — 13. Juvancz I., Paksy A.: Orvosi biometria. Medicina kiadó. Budapest. 1982, 153. — 14. Kulagina, E. N.: Ekonomiceszkij effekt ot sznizsenia zabolevaemoszti sz vremennoj utratoj trudoszposzobnoszti. Szov. Zdravoochr. 1979, 0, 5, 14. — 15. Levendel L.: Légzési betegségek — társadalom, környezet. (Pneumonológia ökológia). Pneumol. hung. 1980, 33, 309. — 16. Makai, Zs.: Táppénzbe vétel — felülvizsgálat — szűrés — munkától való mentesítés mint gyógytényező. Orv. Hetil. 1982, 123, 315. — 17. Péter, Á.: A heveny légúti fertőzések (BNO 460—466) előfordulási gyakorisága 5 év betegforgalmi morbiditása alapján. Medicus Universalis. 1983, 16, 177. — 18. Reimann, H. A.: Clinical importance of biorhythmus longer than circadian. In: Chronobiology (szerk.: Scheving, L. A. és mtsai). Stuttgart-Tokio. 1974. — 19. Szerkesztőség: Orv. Hetil. 1981, 122, 1226. — 20. Takács, T.: Potest vagy non potest laborare? Orv. Hetil. 1981, 122, 183. — 21. Taylor, P. J.: Return to Work. Industry's Responsibility. J. Occup. Med. 1969, 11, 678. — 22. Vačeva, D.: Cycle hebdomadaire de la morbidite avec incapacite temporaire en travail poste. Folia Med. (Plovdiv). 1966, 8, 383. — 23. Zsuravleva, K. I., Jaroszlavcev, V. L.: Karakterisztike funkcionalno szosztoania zdorova. Szov. Zdravoochr. 1981, 0, 6, 14.

(Fóris László dr., Budapest, Folyóka u. 2., 1037.)

Egy évforduló ürügyén

425 éve jelent meg *Matteo Realdo Colombo* *De re anatomica libri XV* munkája (1. ábra). Ezen évforduló ürügyén kissé betekinthetünk egy ellentétektől terhes, rendkívül forrongó, az orvostudomány számára azonban feltétlenül a modern gondolkodás kezdetét jelentő időszakba. Egyúttal megpróbálhatjuk ennek kapcsán tisztázni a kisvérkőri keringés első leírása körüli — mindmáig fennálló — homályos nézeteket is.

Colombo fenti munkájának VII. könyvében írja le a kisvérkőri keringést (1559). E munkát Harvey 1628-ban nagy elismeréssel „*De motu cordis et sanguinis*” művében egészében átveszi, elismerve Colombo elsőbbségét a tüdővérkeringés felfedezésében. E cseppet sem jelentéktelen kérdés — a témában a prioritási kérdés — megválaszolása azonban nem ilyen egyszerű. Foglalkoznunk kell — hogy az igazsághoz közelebb kerülhessünk — a kor, a XVI. század történelmi, politikai viszonyaival, a tudomány és az egyház viszonyával is.

Előjáróban le kell szögezni, hogy a kisvérkőri leírása Michael Servet* „*Restitutio Christianismi*” c. munkájában már 1553-ban napvilágot látott. Így a prioritás — megítélésünk szerint — feltétlenül őt illeti.

Nézzük elsőként az előzményeket, melyeknek kibogozása a korabeli és az azt követő századok számos, egymással ellentétes irodalmi utalásaiból egyáltalán nem könnyű feladat.

Matteo Realdo Colombo a modern anatómia úttörőjének, Vesaliusnak tanítványa, munkatársa, majd tanszéki utódja. Nagyratörő, ambíciókkal teli fiatalember, aki látva mestere nagy művének, a „*De humani corporis fabrica*”-nak nyomdai előkészületeit 1542-ben, elhatározza, hogy egy sokkal szélesebb spektrumú, az anatómia minden területére kiterjedő munkát készít. Ez a mű 14 év alatt (1546—1559) készül el és mint „*De re anatomica libri XV*” 1559-ben jelenik meg. A munka részben Pisában, részben Páduában és Rómában készült. A mű anatómiai értékén túl, betekintést enged a XVI. század olasz tudományos műhelyeibe, a kor szellemi irányzataiba és következtetni lehet a szerző életpályájára, melyre különben csak nagyon homályos és hiányos adatok állnak rendelkezésre.

Colombo feltehetően 1516-ban született Cremonában és ott élt 1535-ig. (2. ábra). 1535—1542 között 7 évet tölt Velencében Anton Platus Leonicus (Lonigo) fősebész mellett, aki Vesaliusnak —

* Eredeti neve Miguel Seruede, orvosi munkáit azonban legtöbbször Serveto vagy németesen Servetként írta alá.



De re anatomica libri XV (1559)

a kor akkori szellemének megfelelően — sebész prozektora volt. 1542-ben Colombo, mint Vesalius helyettese, Paduába kerül és a következő 5 évben párhuzamosan itt is és Pisában tevékenykedik.

A *De re anatomica* 15 könyve kétségkívül érdekes munka. 425 év távlatából is érdemes felidéz-nünk. A 15 könyv 495 oldal összterjedelmű, melyből maga az első könyv 358 oldal. Mai megfogalmazásban inkább 15 fejezetnek felelne meg, mert olykor egy-egy könyv alig néhány lap terjedelmű. A 15 könyv nem egységes, nem összefüggő, nélkülöz egy vezető eszmét, de feltétlenül jellemző Colombo tudományos tevékenységére, gondolatvilágára.

Tagolódására, súlypontozására néhány adat, mely egyben mutatja Colombo tudományos érdeklődését: csontok 179, izmok 79, zsigerek 45 oldal, a máj és a vénák 34, az agyvelő csak 36 oldal. A magzat leírása 15, a szív és az artériák 13 oldalon szerepel. Említést nyernek továbbá a porcok 11, a szem 10, a szalagok 9, a bőr 5, a mirigyek 4 oldal

terjedelemben. Colombo munkáját eredetileg 4 könyvre tervezte, de minthogy már az első könyv 4 fejezetet foglalt magába, azt később 4 önálló részre választotta szét. Az 1546-ban elkezdett munka a 215. oldalon, mint lezárt teljes anatómiai mű ekként végződik: Deo vero optimo maximo sit honor et gloria.

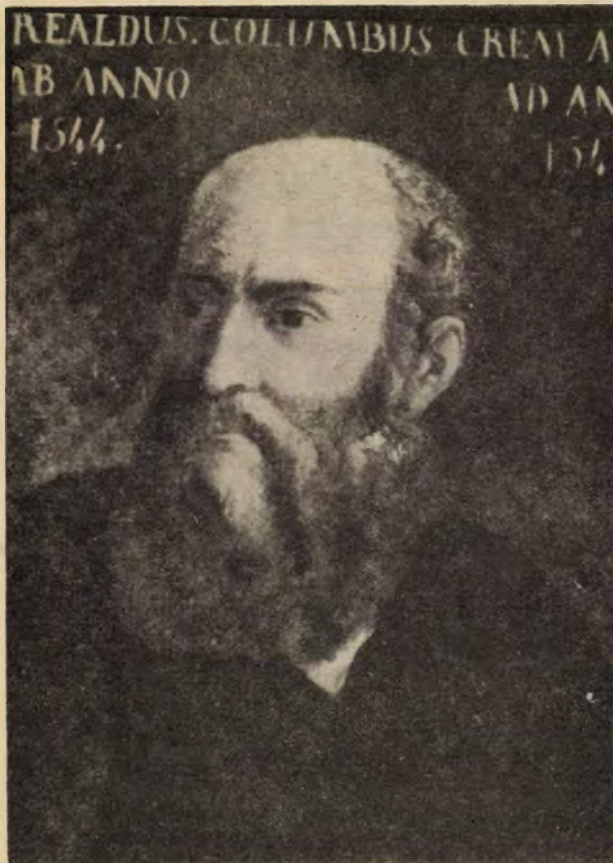
Jóval később írja az ötödik könyvet az izmokról, feltehetően 1556—1558 között és e könyvben számol be 10 éves római tevékenységéről. Az egymásnak sokszor ellentmondó időpontok között nehéz eligazodni. Az azonban biztosnak látszik, hogy a 7. könyvet, melyben a tüdővérkeringést tárgyalja, 1553. január után írja, azaz 6 évvel Servet: Restitutio Christianismi c. munkájának megjelenése után.

Colombo könyve többek között a 14 év során előfordult boncolási leletek anyagából épül fel. Az utolsó könyv bűnözők, fejlődési és egyéb feltűnő rendellenességben szenvedők, valamint érdekes módon a legfelsőbb klérus elhalálozottjainak boncjegyzőkönyveit foglalja magába.

A XIV. könyv (1555—1559) Colombo vivisectiós anyagát tartalmazza. Kutyaon végzi vivisectióit, megfigyeli a méhben a kutyamagzat helyzetét, az anyaállat viselkedését a magzat művi eltávolításakor. A be- és kivezető erek lekötése után eltávolítja a szívet és leírja a még rövid ideig fennálló életjelenségeket. Colombo másik megfigyelése az agyvelő pulzálása, melyet a calvaria és



Michael Servet (1511—1553), a tüdővérkeringés leírója



Matteo Realdo Colombo (1516—1559), a De re anatomica libri XV szerzője

a kemény agyburok eltávolítása után demonstrál, összefüggésbe hozva azt, az e helyen keletkező állati szellemmel (spiritus animalium).

A XIV. könyv megírásának időszaka a tudomány történetének egyik izgalmas fejezete. IV. Pál pápa (Caraffa) tudományos érdeklődése új viszonyt teremt a klérus és a tudomány között. Messzemenően támogatja Colombo tevékenységét, amit Colombo könyve pápai ajánlásában köszön meg.

Az emberi vivisectio, melyet az ókorban elfogadottan gyakoroltak, a kereszténység térhódításával tiltottá válik. Galenus már csak élő kutyaon, majmokon tesz megfigyeléseket, de a középkor ismét előtérbe hozza az eretnekek inkvizitoros vivisectióját. Ezt váltja fel a XVI század utolsó felében ismét az állati vivisectio és az emberboncolás, melynek propagálása Colombo érdeme.

A könyv szerzője kétségkívül jelentős személyiség. Ugyan Tollin, egy magdeburgi teológus, aki a korszak tudományos értékelésével behatóan foglalkozott, azt írja egyik munkájában (7): „Colombo nem olyan fajankó, ahogy azt Vesalius állítja, de nem is olyan zseni, amilyenek Harvey rajongói őt látják.” „Mindenesetre Colombo — írja másutt Tollin — a vérkeringésre vonatkozó adatokat Servet munkájából írta ki.”

Colombo a maga korában merész álláspontot képvisel, amikor azt állítja: „az állati vivisectio nem mond ellent a társadalom morális és etikai normáinak. Más a tudományos munka és más az állat értelmetlen leölése.” Rendkívül kritikus, aki nemcsak a régmúlt nagyságaival fordul szembe, hanem élesen bírálja tanítómestere, Vesalius izom-

leírásait. Aristotelesszel szemben, aki a szívet tartotta az emberi test legfőbb szervének, Colombo az agyvelőt helyezi előtérbe, mint írja: „annak legfőbb szerepét senki sem tagadhatja”.

Colombo anatómiai könyvében számos utalás olvasható barátairól, egy-egy esetleírása alapján akár a szociológia előfutáraként is tekinthető. Feltétlenül érdekes azonban, hogy kortársa, Servet — akinek mind teológiai, mind tudományos forradalmi tanai megjelenésükkor nagy viharokat váltottak ki — mégcsak említést sem nyer könyvében. Ez annál is inkább feltűnő, mert mind Servet, mind Colombo Vesaliussal szoros kapcsolatban állt. Egy mást ugyan személyesen nem ismerték, de nevük a tüdővérkeringés leírása kapcsán összekapcsolódik. Érdekes, hogy Colombo leírása ugyan 6 évvel Servet halála (1553) után jelenik meg, Harvey mégis Colombo Vesalius-szal szoros kapcsolatban állt. Egyrának, Ezen feltevés támogatói arra hivatkoznak, hogy Colombo nem ismerhette Servet munkáját, mert a könyvet vallási ellenfele, Calvin máglyára vettette. Más forrásokból azonban ismeretes, hogy Servet munkáját még annak kinyomtatása előtt kéziratban lemásoltatta és már 1546-ban levonatokot küldött a „Restitutió”-ból nemcsak barátainak, hanem ellenfeleinek is, így Calvinnak és Melanchtonnak. Ismeretes továbbá, hogy néhány nyomtatott példány elkerülte a máglyára vetést, és még évekig cirkulált tudományos körökben: Colombónak tehát széles alkalma nyílhatott arra, hogy annak tartalmával megismerkedjen.

De ha a tüdővérkeringés felfedezéséről objektív képet akarunk, meg kell ismerkednünk a kor másik nagy személyiségével, Michael Servettel, akinek neve a XVI. század történelméhez még szorosabban kötődik (3. ábra). Spanyol származású orvos, jogász, teológus, vallási reformátor, antitritárius, egyszóval polihisztor, a szó legteljesebb értelmében. Élete, munkássága, tanai, személyisége és ezeknek szoros következményeként mártírhála, egyik oldalon hosszú időkre együttérzést, másik oldalon ádáz ellenérzést vált ki. Több száz évnek kell eltelnie, hogy tanainak egyik nagynevű ellenzője, Stahelin professzor így nyilatkozzon: „Michael Servetnek szellemi tehetsége révén ugyanúgy a XVI. század legkiemelkedőbb egyéniségei között a helye, mint Calvinnak a maga irányzatával.”

Bennünket természetesen e helyen nem a vallási reformátor, hanem az orvos érdekli. Az a személyiség, akinek feltétlenül nagyfokú orvosi éleslátással kellett rendelkeznie, hogy anatómiai megfigyeléseit olyan pontosan és alaposan leírja. De az orvosi tanulmányok elkezdéséig még hosszú az út.

Servet, aki jogászcsaládból származó spanyol nemes, először jogot tanul, majd felfedezi a bibliát, éjjel-nappal azt tanulmányozza. 1534-ig V. Károly környezetében dolgozik és 7 könyvben írja le teológiai nézeteit a szentháromság tagadásáról. Reformatori tevékenysége miatt elveszti családját és mecénása támogatását, így kénytelen egy lyoni nyomdában álnéven — Villanovanus — mint korrektor elhelyezkedni. Itteni munkássága, a ptole-

maioszi geográfia önálló újraserkesztése révén megalapítója lesz az összehasonlító földrajznak. Meghívják Párisba geográfiát előadni és neve itt válik először közismertté. Itt találkozik és lesz példaképe a lotharingiai herceg idős orvosa, dr. Champier, aki felfigyel a tehetséges fiatalemberre és barátságába fogadja. Servet ekkor 23 éves. Keményen tanul és 1536-ban már nyilvánosan szerepel orvosi minőségben. 1538-ban Párisban olyan kitűnőségeknél képezi tovább magát, mint Fernel, Sylvius, Andernach. Utóbbi Vesaliusnak is tanító-mestere és amikor Vesalius elhagyja Párisot, Servet lesz, mint legkitűnőbb tanítvány, Andernach asszisztense. Servet ilyen környezetben kezdi el a vérkeringésre vonatkozó vizsgálatait. Leírja, hogy a vér a jobb kamrából nem úgy kerül a bal kamrába, hogy az elválasztó sövény apró nyílásain szívárogo át, hanem „hosszú és csodálatos pályát fut be a tüdőn keresztül.” A tüdőben a belelegzett levegő elkeveredik a vérrel, ami utóbbi színét élénk pirossá teszi. Ezek a megállapítások betekintést engednek Servetnek a kis- és nagyvérkörről alkotott helyes elképzeléseibe. A teológiai elgondolkodás azonban olykor zavaróan hat. Servet elfogadja a galenusi tanokat, hogy a vérképzés a májban történik és az artériák, melyek a vért a tüdőből felfrissülten a szív bal kamrájából kapják, életerővel (spiritus vitalis) telítettek és az egész testet, agyat (spiritus animalis) átjárják. Leírását, a jóval később megjelent „Restitutio Christianismi” c. művében (1553) közli.

Servet írja le tehát elsőként a kisvérkőri keringést és ezzel forradalmi felfedezést tesz. Személyiségére jellemző, hogy felfedezését nem orvosi, hanem teológiai műben hozza nyilvánosságra. Ez arra utal, hogy a vérkeringés kérdését nem az orvos, hanem a teológus szemével vizsgálja. De fogalmazhatunk úgy is, hogy Servet egy teológiai elgondolásra materialista magyarázatot keresett és így jutott el a vérkeringés vizsgálatához.

A tüdővérkeringésnek e korrekt és a ma számára is kifogástalan anatómiai leírása dacára mi az utókor ellenérzése Servettel szemben? Az a neoplatonista értelmezés, mely szerint ugyanaz a világszellem, ami a kozmoszt áthatja, az kering az érendszerben is és az jut el a tüdőbe. Világos, hogy a XVI. században uralkodó világnézet szerint a szellem adja az életerőt. Ha ezt ma, a modern tudomány jegyében és materialista felfogásban az oxigénnel helyettesítjük, úgy bátran tekinthetjük Servetet a tüdővérkeringés első leírójának.

E megállapítás nem csökkenti Colombo munkásságának és fő művének, a De re anatomicának értékét, csak rávilágít arra, hogy a modern anatómia és a modern élettan zseniális megalapozói Vesalius és Harvey mellett voltak más olyan nagy forradalmi útkeresők és egyéniségek is, akik nevének fennmaradásáért a ma szakembere felelős.

Donáth Tibor dr.

IRODALOM: 1. Biographisches Lexikon der hervorragende Ärzte. Herausgegeben: A. Hirsch Urban und Schwarzenberg Wien-Leipzig 1887. V. Band. — 2. Donáth, T.: Anatomical Dictionary. Eponyms with biographical data Pergamon Press Oxford—New York

1969, 519—547. old. — 3. *Ladame, P. L.*: Michel Servet. Sa rehabilitation historique. Libraire H. Kundig 1913. Genève, 97. old. — 4. *Pazzini, A.*: Storia Dell'Arte Sanitaria dalle origini a oggi. I. köt. Edizion Minerva Medica Róma, 1973. — 5. *Székely S.*: Az orvostudomány története. Medicina, 1960, 272. old. — 6. *Tollin, H.*: Wie Michael Servet ein Mediziner wurde Deutsche

Klinik 1875, 8, 59—61. és 9, 65—68. — 7. *Tollin, H.*: Matteo Realdo Colombo's Sektionen und Vivisektionen. Pflüger's Archiv 1880, 21, 349—360. — 8. *Tollin, H.*: Matteo Realdo Colombo. Ein Beitrag zu seinem Leben aus seinem L. XV de re anatomica. Pflüger's Archiv, 1880, 22, 262—290.

Jósa András 150 éve született

(1834. nov. 30.-1918. szept. 6.)

Dr. Jósa András, Szabolcs vármegye főorvosa nagy hírű orvos és régész volt, aki „a Korányiak szülőföldjén vetélkedhetett a legjobb magyar orvos titulusáért” (14, 15). Felvinczi Takács Zoltán régész (11) nekrológiájában azt írta, hogy: „A mai ember nemhogy utolérni, de még értékelni is alig képes Jósa András kivételes tehetségét és különösen páratlan egyéniségét.” Hozzájárult népszerűségéhez, hogy kitűnő újságíró is volt és ráadásul 48-as Kosuth-párti.

Érdekes, hogy „Szabolcs vármegye legkedvesebb gyermeke” — mert így is nevezték Jósát — nem Szabolcs megyében, hanem Biharban, Nagyváradon (7) született 1834. november 30-án, András napján a vasúttól bevezető főutca, az akkori Rákóczi út 11. szám alatti ún. Balásházy-féle házban. Anyja zsebeházi Horváth Karolina (1809—1902!) és apja dr. Jósa Péter (1804, Nagykálló — 1873, Napkor) jogász, Bihar megye aljegyzője (1828), majd a váradi püspök prefectusa, később septemvir (1845, Pest) és végül Bihar, Szatmár és Arad megye királyi biztos (1849) Nagyvárad székhellyel. Jósa Péter tehát rendíthetetlenül hű volt a Habsburg-dinastiához, Kossuth politikáját elítélte, de hazáját forrón szerette. A fia: rebellis magyar!

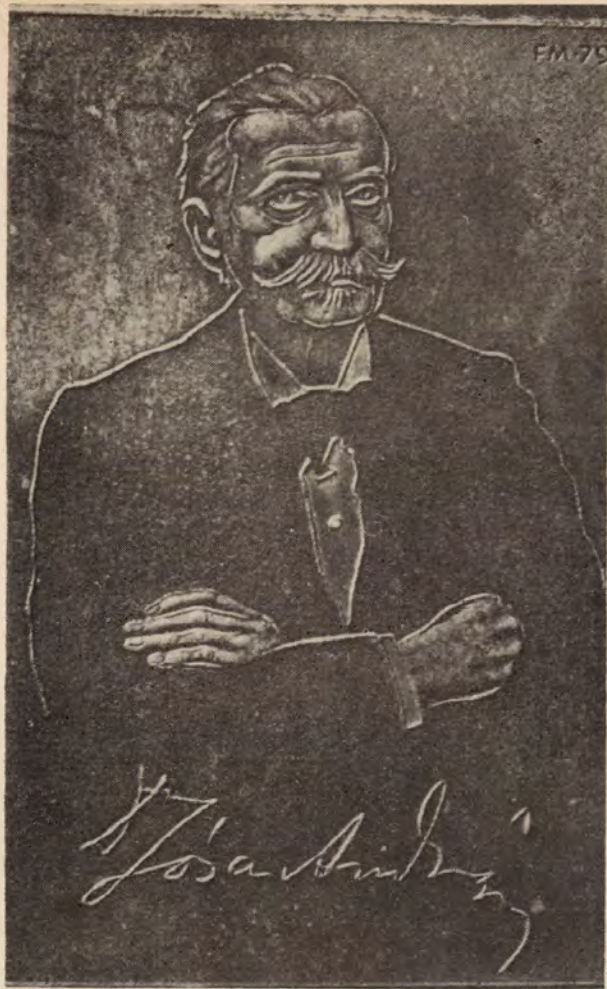
Három nővére és egy húga mellett egyetlen fiú volt Jósa András, s mint ilyent rendkívül gondosan nevelték jómódú szülei. A család mozgalmas élete (8) gimnáziumi tanulmányainak helyszíneiből is tükröződik: Nagyvárad (I—II. osztály), Pest (III. oszt.), Pozsony (IV. oszt.), Pest (V. oszt.), Nagyvárad (VI. oszt.), Kassa (VII. oszt.) és Bécs (VIII. oszt.). Ötödik gimnazista korában Pesten beállt dobosnak a nemzetőrök közé, majd mivel apja rövidesen hazavitte Váradra, a nagyváradi várban jelentkezett röppen tyúsnek. A szabadságharc bukása után apja beiratotta a kassai gimnáziumba, de magyar magatartása miatt kicsapták az ország összes iskolájából. Csupán apjának Simor Jánoshoz, a későbbi esztergomi bíboros herceg-prímáshoz fűződő barátsága tette lehetővé, hogy Bécsben a bencés szerzetesek gimnáziumában leérettségizhetett. Ezután 1851—52-ben a bécsi egyetemen két jogi semestert hallgatott, majd beiratkozott a magyaróvári Mezőgazdasági Akadémiára. Végzett gazdászként 1853-tól Széchenyi nagycenki birtokán gyakornokoskodott, majd hazatért a Bihar megyei Nagyszántóra, s apja 700

holdnyi birtokán igen eredményesen gazdálkodott. Iparkodott beilleszkedni az akkori nemesség vidéki életébe, azonban a vadászat, a mulatozás egyáltalán nem vonzotta, nem tudta betölteni Jósa örökös mozgásra, tevékenységre beállított életét. Már ebben az időben is sokat fúrt-faragott. A bécsi udvari esztergályostól tanulta el a műfogásokat. És ez döntötte el későbbi sorsát. A sok esztergályozás miatt tályogot kapott, s az ügyetlen felcser 43 incisiót végzett, míg hosszas betegeskedés és fekvés után végül is kilökődött két (tű és viasz) idegen test. A sok szenvedés megérlelte elhatározását: orvos lesz, mint nagyapja, dr. Jósa István vármegyei főorvos (9). Jósa András tehát viszonylag későn, 26 éves korában iratkozott be a bécsi egyetem orvosi karára. 1864. évi doktorrá avatása után alorvoskodott rövid ideig a döblingi tébolydában, majd Skoda belgyógyász professzor mellé került asszisztensnek. Amikor 1864. dec. 27-én Korányi Frigyes Pestre költözött, a nagykállói Szükség-kórházat Jósa András vette át és 20 évig tartó igazgató-főorvosi működése alatt a 8 ágyas kis intézményt, 84 ágyas Szabolcs vármegyei Nyilvános Közkórházzá fejlesztette. Ezen kórházi igények miatt 1865-ben még azért utazott Bécsbe, hogy orvosi diplomája mellé a sebészeti szakképesítést is megszerezze (5).

1884-ben meghívták a megyei főorvosi székbe, most már Nyíregyháza székhellyel. Több mint 20 éves egészségügyi szervezői működése alatt a vármegye közegészségügyét a „kórkorszakból” — ahogyan régészeti kifejezéssel jellemezte — kivezette, s modern alapokra helyezte. Nagy szolgálatot tett az utókornak 1958-ban Csallány Dezső megyei múzeumigazgató, aki összegyűjtötte és közreadta Jósa András hosszú életének irodalmi munkásságát: 334 régészeti és 227 egészségügyi közlemény adatait (1, 2, 3).

Most inkább magát az embert (4) szeretnénk bemutatni. A mellékelt plaketten úgy látjuk Jósa Andrást, ahogyan kortársai gyermekei és ismerősei leírták: mindig kicsit hosszú művészhajával, szelíd tekintetű és tiszta kék szemével, s magyarosra pödört bajusza alatt bújkáló mosolyával. Öltözete: egész életében „gérokk”, kihajtott gallérú Petőfi-ing, s laza csokorra kötött széles selyemszalag nyakendő (6, 12, 13, 16).

Hivatali feljebbvalói sokszor görbe szemmel



Dr. Jós András és aláírása. Fritz Mihály szobrászművész plakettje (Szeged, 1979, 172x111 mm).

néztek rá erős 48-as politikai magatartásáért. Viccesen mondogatta: „Magyarország sorsát nem Budapestről intézik!”. Ha megkérdezték: milyen párti? így felelt: „Hát én már csak Jós-párti vagyok!” Az Osztrák—Magyar Monarchiát „agyaglábú óriás”-nak nevezte, s törvényszerűnek vélte összeomlását előbb-utóbb. A legtöbb írását kuruc módra így fejezte be: „Megvirrad még valaha, nem lesz mindig éjszaka — a magyarnak!”

Nagy bátorságra vall, hogy a millenniumi (1896) Közegészségügyi és Orvosügyi Kongresszuson „A járvánnyá fajulható ragályos betegségeknek mikénti elhárításáról” c. előadásában egyebek között a következőket is mondta: „A közegészségügy a honvédelem és a pénzügy morzsáiból nyomorog, pedig a közegészségügy is egyenrangú az államnak egyéb érdekeivel... Égbe kiáltó bűn az, hogy gazdaságokban ugyanegy szobában két, sőt négy cseléd vagy dohányos család is össze van zsúfolva és ezen felül gyakran négy ilyen szoba lakóinak egy közös konyhául szolgáló pitvaruk van... Egészségügyi vallást kell teremtenünk, hogy a higiénia szekere vígan robogjon!... Az orvos, kit a nép megkedvelt, vagy legalábbis megszokott, nagyobb hatalmat gyakorol a népre, mint a zsandár szuronya. Az új orvos kevesebb tekintélynek örvend.”

Annak érzékeltetésére, hogy Jós András mi-

lyen színes és tevékeny egyéniség volt, éppen csak felsorolom azokat az egyesületeket, illetve társaságokat, amelyeket megalapított: 1. A bécsi *Első Magyar Társaskör* (rövidítve: E. M. T.), amelyet a Bécsben tanuló magyar egyetemi hallgatók összefogására hozott létre kb. 1860-ban. Hetilapja is volt ennek: „Izé” címen; s utolsó elnöke pedig éppen dr. Loessl János debreceni sebész professzor apja volt. 2. *Bécsi Első Csolnakázó Egylet*, amelyet kb. 1862-ben szervezett, nemcsak az egyetemistáké volt. 3. A *Nagykállói Kórházegylet*, amelyet 1864-ben alakított meg, az akkor még társadalmi úton fenntartott kórház működésének anyagi alapjait teremtette elő, egyebek között megyebálok és teadélutánok rendezésével. 4. 1868. dec. 1-én jött létre a *Szabolcsvármegyei Régészeti Társulat*, amelynek a „mindenese” kezdettől fogva Jós András volt. 5. *Színpartoló Műkedvelő Egyesület*, 1864, Nagykálló. Már megyei főorvosként volt 1888-ban nagykállói „búcsúelőadása”, amikor szokásos nagy sikerrel a „Cigány” c. színdarab Márton gazdájának szerepében lépett fel (6). Nyíregyházán is létrehozta kb. 1886-ban a *Színpartoló Műkedvelő Egyesületet*. 7. Ugyancsak Jós alapította 1887-ben az egykor nagy hírű *Nyíregyházi Torna- és Vívó Egyesületet* (NYTVE), minthogy felfogása szerint: „a tornázás



A besztekeri szenteltvíztartó edény (X–XI. sz.), bizánci remekmű. 1903-ban Jós révén került a Nemzeti Múzeumba. Fogantyúján a legkorábbi hazai Kozma és Damján ábrázolás (10).

nemzeti érdek is, az erőnek az alapja". 8. Végül örökös elnöke volt a nyíregyházi *Orvosok és Gyógy-szerészek Köré*-nek.

Régen nem nagyon akadott olyan nyíregyházi ember, aki ne ismerte volna a *Jósa-kutat*. Szemben volt ez Jósa nyaralójával, a saját tervezésű és fából épült *vityilló*val, amely a mai Sóstói út 30. és Garibaldi utca 2. szám alatti saroktelken épült. E kút tulajdonképpen a nyaralóhoz tartozott, azonban közkút és a város nevezetessége lett belőle. Pompás vizét nemcsak helyben itták, de főleg gyógyszertárak és vendéglők részére lajttal is szállították. A kerek kutat kis erdő is övezte, amely a Jósa-kutat fontos találkahelyé is avatta. Mindezek együtt érthetővé teszik, hogy 1930-ban Kiss Lajos akkori múzeumigazgató kérésére Boross Géza festőművész olajfestményt készített róla (a Megyei Jósa András Múzeum tulajdonában). Az időközben felújított kút ma is működik.

Nyíregyházán Jósa András nevét viseli halálának éve, 1918 óta a Megyei Múzeum, 1934 óta a belváros egyik kedves utcája, és 1969. dec. 5-e óta a Megyei Kórház is. A legnagyobb és legmértőbb megtiszteltetés azonban Jósa András emlékét csak 1972-ben érte, amikor Nyíregyháza legmodernebb városnegyede a *Jósa-város* (kb. 20 000 ember lakik itt) nevet kapta.

Kevés orvosnak jut osztályrészül ekkora tisztelet és megbecsülés (6), nem csupán a szűkebben vett egészségügy — hanem az egész társadalom részéről. Születésének 150. évfordulóján Jósa András 84 évi tevékeny életét példaként állíthatjuk mind

az orvos-egészségügyi dolgozók, régészek, újságírók, mind pedig általában a dolgozó emberek elé.

Fazekas Árpád dr.

IRODALOM: 1. *Csallány Dezső*: Jósa András irodalmi munkássága (Múzeumok Központi Propaganda Irodája, 1958. Bpest., 116. old.). — 2. *Csallány Dezső*: Jósa András régészeti és múzeumi vonatkozású hírlapi cikkei (1889—1900). (Múzeumok Közp. Irodája, Bpest., 1958, 184. old.). — 3. *Csallány Dezső*: Jósa András régészeti és múzeumi vonatkozású hírlapi cikkei (1901—1907). (Szabolcs-Szatmár megyei Tanács Sokszorosító Üzeme, 1968, Nyíregyháza, 225. old.). — 4. Doktor Jósa András 1834—1918 (A Szabolcs vármegyei Bessenyei Kör kiadványa, 1922., Jóba Elek könyvnyomdája, Nyíregyháza, 44. old.). — 5. *Fazekas Árpád*: Jósa András élete és munkássága (Orvostört. Közl., 1969, 48—49., 141—151.). — 6. *Fazekas Árpád*: A Jósa-emlékelőadatokról. (Orvostört. Közl., 64—65., 215—216.). — 7. *Fazekas Árpád*: Szabolcs megye nagy fia: Jósa András (1834—1918). Orv. Hetil., 1974, 114, 2625. — 8. *Fazekas Árpád*: Orvosi emlékek Szabolcs-Szatmárban (Nyírségi nyomda, 1975., Nyíregyháza, 184. old., 82 kép.). — 9. *Fazekas Árpád*: Dr. Jósa István (1756—1839) halálának 140. évfordulójára. (Orv. Hetil., 1979, 120, 2441—2442.) — 10. *Fazekas Árpád*: Megyénk bizánci műkincai (Kélet-Magyarország, 1982, XXXIX. évf., 184., 9.). — 11. *Felvinczi Takács Zoltán*: Jósa Andrásról (Jósa András Múzeum Évkönyve, I. 1958, 250—256.). — 12. *Jósa András*: Barangolás Németországba és vissza — emlékezések (Jóba nyomda, 1906., Nyíregyháza, 184. old.). — 13. *Jósa Jolán*: Dr. Jósa András (1834—1918) és elődei (Ludvig István könyvnyomdája, Miskolc, 1934, 358. old.). — 14. *Krúdy Gyula*: A nyíri pajkos (Nyírvidék, 1918. szept. 14.). — 15. *Krúdy Gyula*: Nyíri emlékek. In: Szóhor Pál: Nyíregyháza az örökvaltság századik évében (Jóba nyomda, 1924., Nyíregyháza, 274. old.; ez a cikk: 9—49. old.). — 16. *Ratkó Ferenc*: Emlékezés Jósa Andrára (Communicationes ex Bibl. Hist. Med. Hung., 1964, 31—34, 151—161).

Csáth Géza—Dr. Brenner József (1887-1919)

A címben kötőjellel elválasztott nevek úgy állnak egymás mellett mint egy szerzői párosé. A jel kifejezi összetartozásukat, de különállásukat is, míg matematikai képletnek nézve, az első tagból kivonható a második. A természeti népek varázslóinál ez a kettősség természetes.

A bevezető filozófikus megfontolások a kétely miatt vannak. Vajon megérdemli-e a méltatást egy narkomániás író és a nil nocere elvét feladó orvos, aki történetesen egy és ugyanazon személy? Ami az életben nem lehetséges, kíséreljük meg a türelmes papíron különválasztani őket, mint egy különös, rendkívüli tünetegyüttes összetevőit.

Az unokatestvér, Kosztolányi Dezső, nem tartotta jó választásnak a medicinát (1).

„Kedves Józsi . . . Ekkor tudtam meg, hogy orvos lettél . . . Nem bolondság volt-e ilyen lépést tenni neked, mely valószínűleg elrontja egész életedet, megzárítja kedvedet, elveszi minden idődet,

ambíciódat attól, amihez legtöbb tehetséged van: a zenéhez? Nem okosabb lett volna akár csak találmokra beiratkozni valamilyen képző zenedébe s várni, míg a technikát elsajátítod s nem üzérkedni, löcsiszárcodni, hasznossági szempontokból cselekedni s kockáztatni azt, hogy a hármas művészből semmi művész légy? . . . Tanácsolom tehát . . . boncolj, izomszövetezz, chemiázz és — uram bocsá! — fizikázz, de szimatolj ki minden zugot s keress magadnak jobb alkalmazást, addig míg nincs késő.”

Csáth választát Haydn-tanulmányában olvashatjuk. „Művész és tudós a köztudatban külön van határolva. Pedig a kettő tulajdonképpen egy. Célja mindkettőnek az igazság kutatása. A tudós az abszolút igazságot keresi, a művész a relatív.” (2). Csáth Géza tudós akart lenni. Ideg-elmorvos, az emberi lélek mélységeinek vizsgálója, aki talán elsősorban saját toporzékoló türelmetlenségének okait szeretné megismerni, félelmeinek tудо-

mányos magyarázatát adni. Megfejteti saját magát.

Analitikai készségét, diagnosztizálást és terápiát, komplex módon alkalmazta Kosztolányinál (1).

„Iszonyú átkunk van nekünk, kikben Brenner vér csörgedez s emellett körülölelt a XX. század; csúnyán és rosszul rendezkedtünk be a sok irodalmi étellel, melyet meglehetősen nagy kanállal fogyasztottunk s te kétszer akkorával legalább mint én. Olyan a lelkünk — gyermekem — mint egy mágnestű, mely a villamos viharban s a mennykő-csapások közepette forog veszettül, holott ha nem lenne annyira mágnes, szépen, nyugodtan maradhatna... Félsz, hogy elfelejtenek?! Írj róla verset, gyermekem, a félelemlről. Legyen a vers méla és nagyszerűen tomboló, legyen kétségbe esett... de te ne légy se egyik, se másik, hanem egyszerűen: Dide, a kis Dide.”

És a kis Dide világgá zokogta „A szegény kisgyermek panaszaival”-t. Kosztolányi kitűnő médiumnak bizonyult. Halmozott vegetatív reakciókkal válaszolt lelki testvére „suhogásszerű” telepátikus kísérleteire. Ez még játék, de a neurasthenia már komoly. „Hetek óta folyogat a neurasthenia. A fejem furcsán és ijesztően üres s sokszor szédülök... és félek. Jaj de rosszul vagyok mostan is. Mit tegyek? Hogy gyógyuljak meg?”

A válasz gyorsan érkezik és a köszönő levél is. „Igazán köszönöm a leveled, a tanácsod és a jósgodat.” Máskor: „Józan és okos tanácsaid jobban nyugtatnak a brómnál.” (1).

Kosztolányi asztalán hever a „L'hysterie et les hysteriques” Hisztéria című elbeszélése mellett, miközben Freuddal „hüvelyezi” ciklusos álmái értelmét. Érdeklődését Csáth irányította, kinek novelláiban nyomon követhető a pszichoanalízis gyermekora az anyai ölmelegtől a kamaszszorongásig (3). Csáth: Anyagyilkosságában ott van Freud álmofejtése. A zadista Witman fiúk álma, kiteljesedett vágyaikkal azonos. Óriási lovak hátán veszettül vágatnak, véres tengereket úszatnak át. „Ami fájdalom és szenvedés csak lehetett a földön, mind ott vonaglott, sikoltott és üvöltött a lovak patái alatt.”

Csáth Géza szívbillentyű-elégtelenségben fiatalon elhalt édesanyja sírjánál testvérel együtt megfogadta, hogy reménytelen betegség esetén gyorsan ölü méreggel elpusztítja magát (4). 1909-ben orvosává avatták. Moravcsik professzor klinikáján lett tanársegéd. Eddig megtett útján festészet, zene és irodalom aktív művelése kísérte, zenekritikái, novellái, a Bácskai Hirlaptól a Nyugathoz vezették. Mire Brenner Józsefet orvossá avatták, Csáth Géza már beérkezett író volt. Társtalan, de műveinek zamata vegyrokonságot mutat a „keserű” Bruce, Poe, Cholnoky Viktor és a póztalan Baudelaire művészien kezelt esszenciáival. Fél évszázaddal később; „A kályha” című pályakezdő novellája fonalából szőtt kényszerzubbonyt Örkény István, egy folyton égő kályhába szerelmes orvos köré.

Rendhagyó anamnesis.

Betegségmentes gyermekkorát kínzó nyugta-

lanság zavarta. Kényszerképzetek és kényszer cselekvések rabja. Retteg a tüdővészttől, leukemiától, lymphosarcomától, amiben állítólag nagyapja meghalt. Szorongásait az este 6 órát jelző óra kongatása oldja. Délutánonként rendszeresen lázas, kedélyállapota depressziós, az éjszakákat álmatlanul tölti. Érettségi előtt néhányszor vért köpött, de csak 23 éves korában diagnosztizálták gümőkóros fertőzését. 1910. április 20-án éjszaka aszpirint vett be, háromkor egy gramm brómot, ötkor: 0,5 gramm veronált. Panasza nem szűntek. Fél hatkor két centigramm morfint injiciált bal alsókarjába (5).

Feljegyzése hitelében nem kételkedhetünk, azonban már jóval előbb kipróbálhatott egy per oralis ópiumkészítményt akár önkíséreltet, akár hatástani kíváncsiság céljából. Erre utal saját ténymegállapítása: „Igazam lett. Opium című novellám után 10 évig éltem” (4). Novellája 1909-ben jelent meg. 1908-ban megálmodott ifjú varázslója ópiumtól haldoklott. Az elbeszélés alapján készült Hamvazó szerda bemutatója után a főhóst megszemélyesítő zeneszerző-író ezt nyilatkozta: „... szimbólum minden, ami itt történik.” Olyan szimbólum, ahol a mámor: Mámor, a csömör: Csömör, a halál: Halál. Tehát az ópium: Opium.

Ótátrafüred, Stósz, Stubnyafürdő, Palics, Előpatak klímájától várta betegsége javulását, ahol a fürdőorvosi tevékenység nem ígérkezett megerősítőnek. Gyógyulás helyett morfinizmusa súlyosbodott. 1913 májusában átlépte a „petit morphinisme” határát. Romlik az íz- és szagérzése, szüvasodnak a fogai, nincs étvágya. Testsúly csökkenésének arzénos hízőkúrával vette elejét, 20 kilót hízott egy fél év alatt. Hogy lefogyjon, közvetlenül ebéd után hánytatót vett be. Kísérletezett a testével (6). („Varázsol?”) Két sikertelen elvonókúra között megházasodott. Potenzia zavarát, libidója csökkenését heves féltékenységi rohamokkal palástolta. Még eleget tett az első világháború katonai behívójának, de idegileg hamar összeropant. Dg.: Psychosis ex intoxicatione morphinismus.

Dr. Brenner József

Klinikai tapasztalatokból született 1912-ben kiadott tanulmánykötete „Az elmebetegségek pszichikus mechanizmusa”-ról (7). „Szakemberek dicsérték kristálytisza kórrajzait, ösztönös orvosi sugallatait” — jegyezte fel Kosztolányi. A specialisták véleményével ma is egyetérthetünk.

A volt klinikus 1915 októberétől 1917 januárig Földes község egészségügyi ellátását vállalta magára. Vágya: elbűjva újjászületni, egészségesnek, hasznosnak lenni. A kúriális nemes község lakói — akik nemesi önértékük mellé paraszti életformát örököltek — orvos nélkül maradtak. Dr. Wéber Gyula már bevonult frontszolgálatra és Dr. Matolcsi Pál még nem érkezett meg. A kezdeti időben komoly feladatot jelentett a himlő, kolera és vérhasjárvány túlélőinek utókezelése. A változatos beteganyagban elmebetegség is előfordult. Brenner doktor minden személyes összeköttetését latba vetette, hogy az eleinte háznál kezelt betegek intézeti elhelyezést kapjon Budapesten (8). A vasút hiányát szenvedő közösség rászorultjai közül kevesen ju-

tottak el a háborús viszonyoktól zsúfolt kórházakig. Akadozott a gyógyszerellátás és három egymást követő évben három gyógyszerész váltotta egymást a patikában: Kállay Kálmán, Lénárt János és Pataky Andor (9). A magárautaltság terhe nem állította dr. Brenner konfliktushelyzet elé, inkább a becsületesen jól végzett munka örömeivel ajándékozta meg. Csodálta a föld népének életerejét, „sötétben is látó” szemét. A legteljesebb együttérzéssel szánta az 1916 tavaszán hadba vonuló 44–50 éves korosztályt. „Szívzaggató látvány volt. Ez a község, amelyből a 39. gy. e. zöme került ki. Minden 3. családnak elesett halottja van. A háborút itt sokkal jobban látni, mint Pesten” (8). Ritkán érzett meglepéssel vette működése anyagi vonzatait és a munkája révén kiérdemelt tiszteletet. Majdnem idillikus képet festhetnénk Brenner doktor mindennapjairól. Dél előtt rendel, délután betegeket látogat, vagy tisztí uniformisban sétál. Kezében görbe bot, karján szép, magas felesége, aki újabbban szakácművészetével kápráztatta el férjét. Az este olvasással, zenéléssel telik, „éneklő” kvaszok vonítása kíséretével. Itt és most nem helytállóak Kosztolányi tankönyvízü megállapításai (6). Dr. Brenner egyáltalán nem barátkozott. Kis fehér kutyája valóban volt. Szellemi leépülésnek semmi külső jele nem mutatkozott, sőt, újra írni kezdett (10). Visszagyerelkedésre csak felnőtt képes, de éppen a felnőtté érés képessége hiányzott lelki alkatából.

1939-ben földesi lakása szomszédságában, Karácsony Sándor professzornál érdeklődött felőle Bóka László.

„Földesen csendes, magába vonult embernek ismerték, kit a helybeli intelligencia finom modorráért becsült, de senki sem tudta róla, hogy író, hogy (Brenner doktor úr) Csáth Gézával azonos. — emlékezett a neves pedagógus (11).

Azt sem sejtette senki, hogy az árnyékban tovább roncsolta testét-lelkét a morfium. A paralysis progressiva aggasztó tüneteinek felismerése még nem hajtotta végső kétségbeesés felé.

Zárójelentés.

Valamiképpen mindig Jorge Amadó Vízordító Qvinqvasára kell gondolnunk, aki úgy szakított a polgári lét egyhangúságával, hogy két halálon át habzsolta az élet örömeit a harmadikig. Regőcére egy halott író, egy agonizáló ember érkezett. Csak az orvos élt benne. „Naponta ellátta orvosi teendőit a kis bácskai faluban és míg lehajtott fővel ballagott a biztos halál felé, sok-sok embernek adta vissza egészségét” (6).

Haláltusáját vívta. Szívgyengeség, collapsusok, bénulás, gennyedő sebek figyelmeztették a végveszélyre. Hiába volt családja könyörgése, dr. Schuster Gyula tehetetlen könnyei, Moravcsik professzor üzenete, hiába várta Bécsben külön szobával Wag-

ner-Jauregg professzor, halogató taktikáját megbosszulta a történelem. 1918-ban Baja fölött a szerbek lezárták az ország déli határát. Budapestre nem kapott utazási engedélyt, ezért a bajai elmeosztályra került. A morfint azonnal megvonták tőle. Csontjaiban parázslott a düh, agyában az engesztelhetetlen örület. Haza szökött megölni a feleségét, azután végezni magával. Öngyilkossága sikertelen. Szabadkára vitték, ahonnan újabb szökéssel szabadult a demarkációs vonalig. A katonákat kérte, löjék le. Nem tették. Végzett magával. Mintha kiszámította volna, az őrszoba órája hatot mutatott a „varázsló” halálakor. Boncolását Dr. Vály Dezső végezte. Az agyvelőt kórszövet-tani feldolgozásra Budapestre továbbították. A küldemény azonban már nem volt értékelhető állapotban.

1971-ben dr. Szabó Pál debreceni ideggyógyász főorvos orvosi műhiba számba vette Csáth Géza bajai kezelését. Az elfogadott gyakorlatot mereven alkalmazták az individuum figyelembe vétele nélkül. Tudom, hogy Csáth művészetének tisztelője a jelentkező igényeken túl, az író szomorú sorsára is gondolt az ország első lelki segélyszolgálatának megszervezésénél.

„Vajon meg lehetett volna-e valamiképp menteni? Alig hiszem.” — vélekedett Kosztolányi. „A fizikai elkülönítés, a szer föltétlen megvonása csak a testi épségét mozdította volna elő talán, és az utolsó véres tragédiát gátolja meg, de semmi esetre se lelki betegsége kifejlődését, melyet a morfium eltakart pár évig a maga forró és sűrű ködfátyolával.”

Dr. Brenner József tragikus élete olyan, mint egy Csáth Géza novella. Színes látomások mámoros leírását váránk és rövid lélegzetű drámát kapunk. Körtörténetének ismerete semmit nem von le irodalomtörténeti jelentőségéből.

Szentgyörgyvölgyi Gábor dr.

IRODALOM: 1. *Kosztolányi Dezső*: Negyvennégy levél. Dér Zoltán gyűjtése az „Életjel” kiadásában. Szabadka, 1972, 8., 32., 36., 37., 42. levél. — 2. *Bori Imre*: Irodalmunk évszázadai. Fórum könyvkiadó Újvidék, 1975. I. kötet. — 3. *Szajbély Mihály*: A novellista Csáth és a pszichoanalízis. Magvető, Budapest, 1978. — 4. *Dér Zoltán*: Az árny zarándoka. „Életjel” Szabadka, 1969. — 5. Illés Endre előszava Csáth Géza: A varázsló halála című kötetéhez. 1964, 1982. — *Illés Endre*: Mestereim, barátaim, szerelmeim. Második, bővített kiadás. Magvető, 1983. — 6. *Kosztolányi Dezső*: Csáth Géza betegségéről és haláláról. Nyugat, 1919. évfolyam, 1105–1109. lap. — 7. *Dr. Brenner József*: Az elmebetegségek pszichikus mechanizmusa. Eggenberger, Budapest, 1912. — 8. *Karacs Zsigmond*: Csáth Géza Kosztolányihoz írt két levele földesi napjairól. Hajdú-Bihari Napló, 1979, aug. 26. — 9. *Dr. Szentgyörgyvölgyi Gábor*: Földes község egészségügye két világháború között. Kézirat. — 10. Réz Pál közlése az Üzenet 1977. évi, Csáth Géza emlékszámában. — 11. *Bóka László*: Csáth Géza. Pesti Napló, 1939. 208. szám.



Klinikai farmakológia

Pharmakonok biliáris exkréciójájának jelentősége emberben. Siegers, C. P., Klassen, C. D. (Institut für Toxikologie der Medizinischen Hochschule, D-2400 Lübeck): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1567.

Lübecki toxikológus és Kansas City-beli farmakológus kísérli meg a címben megadott téma *áttekintését*, részben a saját munkáik, részben a bőségesen citált, idevonatkozó irodalom alapján.

Bevezetésül ismertetik a biliáris farmakon-exkréció fiziko-kémiai kritériumait, mechanizmusát és az emberben lehetséges vizsgálómódszereket. Majd 3 jól áttekinthető táblázatban közlik a fontosabb farmakoncsoportokra (antibiotikumok, szívgylykozidák, cytostatikumok, steroidok és gyakrabban használt egyéb farmakonok) vonatkozó biliáris exkréciós adatokat, az irodalmi források feltüntetésével. A közölt adatok jól tükrözik a metodikák különböző, nem egységes voltát (pl. epegyűjtés módja és időtartama, gyógyszermeghatározás, az adagolás különbözősége stb.).

Felhívják a figyelmet májbetegségek és a veseinsufficiencia biliáris exkréciót befolyásoló, módosító hatására.

Végül foglalkoznak a biliáris farmakoncsoportokra (antibiotikumok, enterohepatikus cirkuláció és *intestinális gyógyszermetabolizáció* jelentőségével és következményeivel, egyes farmakonok terápiás és toxicitási (ez utóbbi kivédésének) lehetőségei szempontjából.

Összefoglalásként arra a következtetésre jutnak, hogy a biliáris gyógyszerexkréció különleges meghatározója a farmakonok sorsának a szervezetben. (És így hatásuknak is — *Ref.*). Emberre vonatkozó jelentőségének eldöntésére azonban az eddig elvégzett sok-sok vizsgálat sem kielégítő, a betegcsoportok (viszonylag) kis létszáma és a vizsgáló módszerek tökéletlensége miatt. (Pl. a postoperatív betegekben való vizsgálatok során a feltételezhető hepatobiliaris funkcióváltozások figyelmen kívül hagyása.) Továbbá a közölt adatok túlnyomó része egyszeri gyógyszeradagolást követő vizsgálatok eredménye és kevés a krónikus adagolás alatti megfigyelés. (Emberi vonatkozásban ez is fontos, pl. az anticoncipiens steroidok esetén).

A szerzők azért ajánlják a jövőben javított epegyűjtési módszerek és specifikus, differenciált gyógyszeranalitikai eljárások kidolgoz-

sát az *emberi biliáris* — „idegen anyag” — exkréció fontosságának igazán jó megítélésére.

Szabó Zsuzsa dr.

A nitroglicerín gyógyszerészi szemrevételezése. Yacobi, A. és mtsai (Pharmacodynamics, Lederle Laboratories, N. Y.): Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, 1983, 17, 255.

A nitroglicerín a leghatékonyabb gyógyszer az angina pectoris enyhítésére az utóbbi évszázadban. Az utolsó évtizedben a hagyományos szublingvális tabletták mellett azonban új gyógyszerformák jelentek meg a nitroglicerín szervezetbe juttatására. A hatóanyagok ezen új típusú felszabadítási rendszereit a kenőcsállományú anyagok, a transzdermális gyógyszerformák, a lassú hatóanyag-kibocsátású kapszulák és az intravénás nitroglicerín alkotják.

Bár az orális adagolású forma széles körben használt, ezt a medikációt úgy minősítették, hogy „lehetséges” hatása van az anginás rohamok kezelésében és megelőzésében. Feltételezik ugyanis, hogy az orálisan alkalmazott nitrátok alá vannak vetve a máj teljes „first-pass” metabolizmusának, ami eleve kizárja, hogy valamiféle klinikai szerepe legyen ezeknek a készítményeknek. Ugyanakkor az utóbbi 6 év alatt számos klinikai vizsgálattal demonstrálták, hogy az orális nitrátoknak és a helyileg alkalmazott nitroglicerinnel elhúzódó hatása van. Az organikus nitrátok hatásosságát a kardiovaszkuláris válasszal lehet mérni és ennek bizonyítására tanulmányt készítenek. Remélik, hogy ez a munka világosan megmutatja majd, a fiziológias válasz monitorozása megbízható, érzékeny és főleg mérhető módszer a gyógyszerek bioalkalmasságának megállapítására.

A transzdermális bejuttatás, amelyet éppen most hagytak jóvá, haladást képvisel a nitroglicerín hatóanyag felszabadításban. Ezúton történt alkalmazáskor a nitroglicerín folyamatosan felszívódik és 24 órán túl is elhúzódó hatást és olyan vérszintet biztosít, amely ekvivalens a kenőcs többszöri applikálásával létrejött hatással.

Az iv. alkalmazás iránt megújult érdeklődést az okozta, hogy a vazodilatációs effektus már az alkalmazás ideje alatt létrejön és ez a klinikus számára is előnyös. Rövid felezési ideje folytán a gyógyszer hatása jól kézben tartható, ami rendkívüli előny váratlan helyzetekben.

Az anginát úgy enyhíti, hogy ellazítja a vaszkuláris rendszert,

különösképpen annak vénás ágát és csökkentve a szívizom oxigénigényét, csökkenti a szív munkát. Nitroglicerín infúziót adva a koronária artériákba, a teljes koronária átáramlásban nincs szignifikáns növekedés és hiányzik az angina enyhülése is. Ez azt bizonyítja, hogy az enyhülés perifériás vasodilatátoros mechanizmus útján megy végbe.

A nitroglicerín orális alkalmazása során gyorsan felszívódik, de gyorsan is metabolizálódik a májban, mielőtt a keringésbe jutna. A szervezetben jól eloszlik. ¹⁴C-nitroglicerín alkalmazásakor a legnagyobb radioaktivitást a májban találtak, majd kisebb mértékűt a szívben, tüdőben, vesékben, agyban és lépben.

Vizsgálatokat végeztek a különböző gyógyszerformákkal annak megállapítására, hogy az így felszívódott gyógyszer milyen koncentrációt ér el a plazmában. A transzdermális bejuttatási módok vizsgálata során egyik esetben pl. 10 cm² testfelületre 2% nitroglicerint tartalmazó anyagot applikáltak és akkor a vénás plazmakoncentráció 4 óra után 0,83 ng, 24 óra múlva 0,89 ng volt milliliterenként. 20 cm²-en alkalmazva ugyanezen koncentrációjú hatóanyagot, 1,83 ng/ml és 1,81 ng/ml volt a plazmakoncentráció 8, ill. 24 óra múlva.

A vizsgálatok szerint jelentős eltérések mutatkoznak az orálisan és helyileg alkalmazott hatóanyag plazmaszintje között. Ezek a különbségek nemcsak a vizsgálati alanyok különböző reagálásából adódnak, hanem függnek a kísérlet módszertől és a vizsgálati körülményektől is.

Makay Sándor dr.

Gyógyszerek felszívódása az orr nyálkahártyájáról. Parr, G. D. (Department of Pharmacy, University of Nottingham): Pharmacy international, 1983, 4, 202.

Noha az idősebb szakemberek emlékeznek még valamiféle orrba helyezendő „kúp”-okra és az is tény, hogy a diabetes insipidust jelenleg is intranasálisan adagolt gyógyszerekkel kezelik, az orron át történő adagolási mód a legelhangyagoltabbak közé tartozik.

A gyomor-bélcsatornából felszívódó készítmények nagyfokú metabolizációra kerülnek, ezzel ellenében az orr metabolizáló képessége igen csekély. Ezért az orr nyálkahártyáján át felszívódó gyógyszerek gyártásának, alkalmazásának újbóli javaslása helyesnek, célszerűnek látszik.

A vegyületek felszívódásának mechanizmusa a nyálkahártyához igazodik, ahol passzív diffúzió, facilitált és aktív transzport lehetséges. A nyálkahártya pH-ja 7,2 körül van.

Régóta felhasználják a gyógyszereknek az orr nyálkahártyáján kifejtett lokális hatását. Permetek és

kenőcsök segítségével pl. antibiotikumokat juttatnak be az orrba, továbbá vazokonstriktor és antihisztamin hatású szereket, természetesen a követelmények szerint alkalmazva azokat.

Korábban a hipofízis hátsó lebenyből készült szippantó porral kezelték a diabetes insipidust, később desmopressin oldattal és lypressin spray-vel. Minthogy ezek a készítmények jók, kézenfekvő, hogy más gyógyszerekre is kiterjesszék ezt az alkalmazási módot. Az inzulin pl. az emésztőrendszer proteolitikus enzimjei miatt orálisan nem alkalmazható, csak injekcióban. Kísérleti állatokban az orrba adagolt oldat megnövelte a plazma inzulinszintjét és az demonstrálta, hogy az inzulin farmakológiailag aktív formában felszívódott.

Ha az inzulin ily módon adagolható, ki kellene ezt az alkalmazást más polipeptidekre is terjeszteni. Kismolekulasúlyú polipeptidekkel végzett kísérletek valóban oda vezettek, hogy egy luteinizáló hormont felszabadító hormon-analogot (LH—RH) kontraceptív hatásúnak találtak, ami 27 nőben gátolta az ovulációt, igazolva az ornyálkahártyájáról történő hatásos felszívódást.

A propranolol orálisan adagolva „first-pass” metabolizmuson megy át és ezáltal bioalkalmassága csökken, viszont állatkísérletekben orrba adagolva a metabolizmust elkerülték.

Különböző adagolási módok összehasonlítása azt mutatja, hogy alapvető különbségek vannak az orális és az intranazális felszívódás között az utóbbi javára.

A természetes szteroidok, mint a progeszteron és az ösztadiol sem adagolhatók orálisan a nagyfokú metabolizáció miatt. Viszont pl. a progeszteron patkánykísérletben intranazális úton igen jól felszívódott.

Természetesen a gyógyszerek felszívódása, hatásossága nagymértékben függ az alkalmazott gyógyszer részecskenagyságától is.

A jövőt illetően a szerző néhány vegyületcsoport intranazális alkalmazását indokoltan tartja és javasolja.

Makay Sándor dr.

Gyógyszeres fájdalomcsillapítás.

Bubler, E.: Der Praktische Arzt, 1983, 37, 173.

Az összefoglaló jellegű cikk szerzője rámutat: az erős fájdalomtól szenvedő betegek jelentős hányada nem részesül kielégítő fájdalomcsillapításban. Kiterjedt vizsgálatok kimutatták, hogy az erős fájdalmak miatt ópiátokkal kezelt betegek csaknem háromnegyedének a kezelés ellenére is komoly fájdalmai vannak, tehát a fájdalomcsillapítás elégtelen. A kezelőorvosok megkérdőjelezték a kapcsolást, kiderült, hogy az ópiátok hatásos dózisát a valóságosnál alacsonyabbnak,

a hatástartamot pedig hosszabbnak képzelik. Az ápolószemélyzet az adagot gyakran további 30—50%-kal csökkentti.

A fájdalmakat tartamuk alapján akut és krónikus, intenzitásuk szerint enyhe, közép súlyos és súlyos fájdalomra szokás felosztani. A fájdalom erősségének megítélésében egyrészt a beteg panaszai, másrészt a választott kezelés sikeres vagy sikertelen volta a döntő. A krónikus fájdalom kezelésében legfontosabb szabály, hogy a beteg mindenkor fájdalommentes legyen, azaz megfelelő erősségű szert kapjon, megfelelő gyakorisággal. A túl ritka adás nemegyszer a dózis szükségtelen emeléséhez vezet.

Az enyhe fájdalmakat általában nem-kábító fájdalomcsillapítókkal kezelik. A középerős krónikus fájdalmak esetében az előbbieken kívül ópiátok (főleg kodein) is szóba jöhetnek, gyakran nem-kábítókkal kombinálva (kodein+acetilszalicilicil sav stb.). Pethidint (Dolargan) rövid hatástartama miatt nem célszerű használni. Erős krónikus fájdalmak csillapítására természetes és szintetikus kábító fájdalomcsillapítókat használnak. Az egyik legfontosabb szer ma is a morfin. A széles körben elterjedt nézetrel szemben a morfin adható orálisan, sőt rektálisan is. Az enterálisan alkalmazott morfinnak átlag kb. 70%-a szívódik fel, bár ez egyéniileg változó (az adagot tehát bizonyos határok között a beteg reakciója szabja meg). Fontos, hogy az így alkalmazott morfin hatástartama átlag kb. 4 óra, tehát viszonylag gyakran kell adni (éjjel is). A morfin orális adásának előnyei: egyszerűsége (a szert adhatja pl. hozzátartozó, esetleg a beteg maga is), emellett a tolerancia és légzésdepresszió létrejöttének veszélye kisebb, mint parenterális adásnál. A parenterális adást a szerző csak akkor tartja indokoltnak, ha az orális adagolás már nem elég hatásos, vagy ha antiemetikumokkal nem kontrollálható hányinger és hányás lép fel.

Ami a mellékhatásokat illeti: a morfin, kodein, pethidin (Dolargan) és methadon (Depridol) ekvianalgitikus dózisokban kb. azonos mértékben deprimálja a légzést. A propoxifen gyengébben befolyásolja a légzést, míg a számos országban igen népszerű pentazocin (Lexir) fajlagos légzésdeprimáló hatása erősebb, mint a morfiné. A morfinkezelés kezdetén jelentkező aluszékonyság gyakran nem szedatív hatást jelez, hanem onnan ered, hogy a beteget a fájdalom és álmatlanság kimerültté tette. A mellékhatásoktól és elvonási tünetektől való félelem egyetlen orvost sem tarthat vissza attól, hogy betegének másképp nem csillapítható fájdalmait ópiátokkal szüntesse meg. A felsorolt veszélyek kontrollált körülmények között általában kisebbek, mint képzelik. Az illegális kábítószerezélevezőknél megszokott riasztó jelenségektől (leromlás

elégtelen táplálkozás következtében, a személyi higiéné romlása, gyakori infekciók) az ópiátok orvosi alkalmazása során nem kell tartani.

A nagy angol orvos, Thomas Sydenham (1624—1689) úgy vélekedett, hogy az emberi szenvedés enyhítésére rendelkezésre álló gyógyszerek közül egy sem olyan hatásos, mint az ópium. Ez, úgy tűnik, részben még ma is érvényes.

Barthó Loránd dr.

Captopril-indukálta funkcionális veseelégtelenség kétoldali vesearteria szűkületnél, vagy szoliter vese arteria szűkületénél. Hricik, D. E. és mtsai: New Engl. Jour. Med. 1983, 308, 373.

Több munkacsoport is felhívja arra a figyelmet, hogy az angiotenzin konvertáló enzim blokkoló captopril, hipertóniás betegek kezelése során, néha reverzibilis, funkcionálisnak imponáló, akut veseelégtelenséget okoz. A szerzők, radiológiailag is igazolt 7 bilaterális arteria renális sztenózisban szenvedő betegüket, valamint 4 olyan hipertóniás beteget kezeltek captoprillal, napi 75—225 mg dózisban, akinél szoliter vese arteriáján találtak sztenózist. Mind a 11 betegnél funkcionális, reverzibilis veseelégtelenséget észleltek, mely a captopril kezelés elhagyása után megszűnt. Cikkükkel az ilyen betegek captopril kezelésének a veszélyére figyelmeztetnek.

A hasonló tapasztalatokra, ill. állatkísérletek eredményeire is hivatkozva vázolják feltételezéseiket, mely alapján a jelenséget a GFR-autoreguláció captopril okozta reverzibilis zavarának tartják, sztenózis miatt csökkent perfúziójú vésén.

A következő magyarázatot adják: a glomerulus kapilláris hidraulikus nyomását a preglomeruláris afferens és a posztglomeruláris efferens vaszkuláris tónus egyensúlya határozza meg. Ha az arteria renális perfúziós nyomása lényegesen csökken (sztenózis), hatásos filtrációs nyomás és megfelelő GFR fenntartása az efferens arteriola konstriktója útján jön létre. Ezt a renin-angiotenzin rendszer potenciálja, ill. a konvertáló enzimen keresztül a captopril, vagy az angiotenzin antagonistá saralasin blokkolja. Ezt a hatást a captopril nem tenziócsökkentéssel idézi elő, mivel, 1. a veseelégtelenség jelei már a vérnyomáscsökkenés előtt bekövetkeznek, 2. egyéb antihipertenzív szerek ugyanezekben a betegekben még nagyobb vérnyomásesés mellett sem okoznak veseelégtelenséget.

Vesearteria sztenózisban nem szenvedő betegekben a captopril nem okoz GFR csökkenést, mert a vese perfúziós nyomása olyan határok között marad a nyomásdepens affereus tónus révén, ahol a GFR-autoreguláció nem függ az

intakt renin-angiotenzin mechanizmustól. Hasonló a helyzet egyoldali szűkületnél, kifogástalanul működő ellenoldali vese mellett.

A szerzők hipotézisét tovább erősíti az a megfigyelés, hogy egy betegen a captopril-tól eltérő szerkezetű konvertáló enzim blokkoló (MK 421) is hasonló vesefunkció romlást okozott.

Tapasztalataik szerint diuretikumoknak a következményes K és volumen depláció révén additív szerepe lehet a folyamat kiváltásában, talán fokozódik a GFR-autoreguláció renin-angiotenzin függősége. Már fennálló veseelégtelenség beszükkülés is további rizikó tényezőzt jelent.

Megfigyeléseik lényege, függetlenül a még fennálló bizonytalanságoktól, hogy kétoldali vesearteria szűkületnél, ill. szoliter vese artéria sztenózisánál a captopril, különösen diuretikumokkal együtt adva veseelégtelenséget okozhat, ezért ilyen betegeken a vesefunkció szigorú ellenőrzése szükséges. Olyan esetekben pedig, ahol captopril kezelés során akut veseelégtelenség fejlődik ki az addig normál funkciójú vesén, a jelenség az arteria renalis szűkületemek gyakróját kelti.

Rusztly László dr.
Nagy Zoltán dr.

Angiotenzin konvertáló enzim blokkolás hipertóniás vesetranszplantáltakon. Curtis, J. J. és mtsai: New Engl. Jour. Med. 1983, 308, 377.

A vese-transzplantáltak nagy gyakorisággal előforduló hipertóniájának okát sokan a renin-angiotenzin rendszerben keresik. Amennyiben ez igaznak bizonyulna, ilyen esetekben a captopril ideális antihipertenzívum lehetne. A szerzők 4 olyan betegükről számolnak be, akiknél perzisztáló poszttranszplantációs hipertónia miatt alkalmazott captopril kezelés kapcsán akut veseelégtelenséget észleltek. A vesefunkció a gyógyszer elhagyása után azonnal normalizálódott. Mind a 4 betegnek kimutatott arteria szűkülete volt a transzplantált vesén. Szemben az előbiekkel, 5 sztenózis nélküli recipiensben a captopril veseelégtelenséget nem okozott.

Feltételezik, hogy a GFR-autoreguláció csökkent veseátáramlás mellett angiotenzin II. függő, olyan módon, hogy az RBF csökkenés az angiotenzin II. szintjét emeli, ez pedig az efferens arteriolák kontrakcióját okozva növeli a filtrációs frakciót és a GFR-t.

Azt is megfigyelték, hogy a captopril-tól eltérő hatásmechanizmusú antihipertenzívumok hasonló mértékű szisztémás tenziócsökkentés mellett nem változtatták meg a vese-funkciót.

Tapasztalataik szerint, annak eldöntésére, hogy egy transzplantált vesén kialakult-e a renalis sztenózis vagy sem, sem a captopril adása után bekövetkező vérnyomás-

esés, sem a plazma renin aktivitás változása nem volt alkalmas.

A se. kreatinin emelkedése viszont captopril terápiás adagja után kizárólag sztenózisos transzplantáltakon fordult elő. Ezért a szert diagnosztikailag is hasznosnak tartják: ha a captoprillal kezelt hipertóniás vesetranszplantáltakon a gyógyszer adása után a vesefunkció romlanak, ez a veseartéria sztenózisára kell hogy irányítsa a figyelmet.

Rusztly László dr.
Nagy Zoltán dr.

Captopril és vese-autoreguláció. Blythe, W. B. (Szerkesztőségi cikk): New Engl. Jour. Med. 1983, 308, 390.

A szerkesztőségi közlemény áttekintve a témával kapcsolatos irodalmat, és az előző cikkek eredményeire is hivatkozva, a captoprilnak a vese autoregulációjára kifejtett feltételezett hatását foglalja össze.

Míg a szisztémás vérnyomás életlenül is széles határok között változhat, a vesevéráramlás (RBF) és a glomerulus filtráció (GRF) a tenziótól függetlenül is viszonylag konstans marad. Ez a jelenség denervált, izolált vesén is kimutatható: a vese autoregulációjának következménye.

A vesekeringés teljes rezisztenciája javarészt a preglomeruláris afferens és posztglomeruláris efferens arteriolák rezisztenciájának összegződéséből adódik. Mivel a GFR jelentős vérnyomásváltozások során is közel azonos szinten marad (hasonlóan az RBF-hez), már régi feltételezés, hogy a vesevéráramlás konstans szinten tartását elsősorban a preglomeruláris arteriolák tónusának az aktuális tenzióhoz való alkalmazkodása biztosítja. Ha az efferens rezisztencia változása tartaná állandó szinten a veseperfúziót, a GFR-nek az arteriális vérnyomás változását egyenes arányban kellene követni. A glomerulus kapilláris hidraulikus nyomása, mely a GFR egyik determinánsa, ebben az esetben ugyanis közvetlenül az efferens arteriola rezisztenciájától függne. Mikropunkciós kísérletek is bizonyítják viszont, hogy az efferens arteriolás rezisztencia az autoreguláció határain belül alig változik.

Ezzel ellentétben, az autoreguláció alsó határa körül, úgy tűnik a preglomeruláris rezisztencia már minimális, de megnő az efferens arteriolás tónus. Ez lehetővé teszi, hogy hipotóniánál is magasabb értéken maradjon a GFR, mint ahogy az efferens tónusfokozódás nélkül várható lenne. Mivel ilyen esetekben megnő a renin szekréció és az intrarenalis angiotenzin szint, e rendszer játszhatja alacsony veseperfúzióánál az RBF és GFR autoregulációjában az alapvető szerepet.

Ugyancsak mikropunkciós adat, hogy angiotenzin presszor dózisa-

val a veseperfúziós nyomást növelve, mind a pre-, mind a posztglomeruláris rezisztencia megnő. Szupresszor dózis viszont, mely a perfúziós nyomást még nem növeli, az efferens száron már tónusfokozódást okoz.

Ezek az eredmények azt sugallják, hogy az afferens tónusfokozódás a perfúziós nyomásemelkedés következménye, míg az efferens kontrakció direkt angiotenzin hatás eredménye lenne.

A közlemény röviden ismertetett több más munkacsoport kísérleteinek hasonló konklúzióját is megállapítja: úgy tűnik, hogy a renin-angiotenzin rendszer döntő szerepet játszik a GFR autoregulációjában, ha a veseperfúziós nyomás alacsony.

A konvertáló enzim inhibitor captopril pedig az autoregulációt felfüggesztve — nem jöhet létre az angiotenzin mediálta efferens kontrakció — növeli annak veszélyét, hogy a filtrációs nyomás csökkenése akut veseelégtelenséghez vezessen, legalábbis a kétoldali a. renalis szűkületnél, vagy szoliter vese a. renalis szűkületével járó esetekben.

A szerző lehetségesnek tartja, hogy a captopril-GFR-autoreguláció kérdés még korántsem eldöntött, a fentieknél ellentmondó megfigyelések is vannak és a captoprilnak a konvertáló enzim blokkolásán kívül egyéb hatásai is lehetnek.

Nagy Zoltán dr.

A nifedipin a magas vérnyomás kezelésében. M. B. Murphy és mtsai (Department of Clinical Pharmacology, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London W12 0HS): Br. med. J. 1983, 287, 257.

A szerzők kettős vak kontrollal végzett kísérlet során próbálták ki a nifedipin hatását. 15 essentialis hipertóniában szenvedő beteg kezelését atenolol (100 mg/nap) és bendrofluazide (5 mg/nap) mellett emelkedő dózisban 3×10, 3×20, majd 3×30 mg nifedipinnel egészítették ki, a dózist kéthetente emelték. A betegeket minden periódus 14. napján vizsgálták meg. Egy beteget kellett súlyos posturalis hipertensio fellépte miatt (mely 90 mg/nap nifedipin alkalmazásakor lépett fel) kivonni a vizsgálatból.

A terapia nifedipinnel történő kiegészítése szignifikáns, dózisfüggő vérnyomáscsökkenést eredményezett (p 0,001). A 14-ből 11 beteg esetében hypokalaemiát észleltek a se. K szint csökkenése szintén szignifikáns volt.

A magas vérnyomást leggyakrabban béta-blokkolóval, diuretikummal vagy a kettő kombinációjával kezelik. A betegek egy része hármas kombinációt igényel. A legtöbb harmadik kombinációként alkalmazott szernek súlyos mellékhatásai vannak, pl. a hidralazin

lupus syndromát okozhat, a diazoxid diabestet stb. A calcium-antagonisták relaxálják az artériák sima izmait, így az essentialis hypertonia fő haemodinamikai abnormalitását szüntetik meg. A nifedipinről kimutatták, hogy ugyanolyan hatásosan csökkenti a magas vérnyomást, mint a béta-blokkolók, de egyedüli alkalmazása limitált mellékhatásai miatt: tachycardia- és oedema-képződés. Ezeket viszont kivédi a béta-blokkolóval és a diuretikummal történő kombinálás. A nifedipinnek — eltérően a verapamiltól — nincs negatív inotrop hatása, ez szintén lehetővé teszi kombinálását béta-blokkolóval.

Váratlan volt a plasma K koncentrációjának a csökkenése. Mivel a nifedipin renalis arteria dilatator is, potenciálhatja a thiazid diuretikumok kaliuretikus hatását. Kis (0,3 mmol/l) K szint csökkenés azoknál a betegeknél lehet fontos, ahol a diuretikum is hypokalaemiát indukál. A hypokalaemia cardialis arrythmiát okozhat, ezért fontos, hogy a nifedipint K megtakarító húgyhajtóval kombináljuk.

Nemes Zsuzsanna dr.

Összefüggés a serum digoxin és digitoxin szintje, valamint hyper- és hypothyreosisos betegek vese-funkciója között. Juhl-Johnsen, Ch. és mtsai (II. Medizinische Universitätsklinik, D—2300 Kiel): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 378.

Évek óta ismert, hogy hyperthyreosisos betegeken a digoxin és a strophantin hatása csökkent, a hypothyreosisos betegeken fokozott, és utóbbiaknál könnyen alakul ki digitalis intoxicatio. Bár nincs irodalmi adat, feltételezik, hogy a helyzet a digitoxinnal is ugyanez. Doherty és Perkins azonos adagú jelölt digoxin és strophantin adása után hyperthyreosisban alacsony, hypothyreosisban magas serum-szinteket találtak. Pajzsmirigy-funkciós zavarban szenvedő betegeken szoros correlációt találtak a serum digoxin szint és a pajzsmirigy-funkció által befolyásolt GFR-nagyság között. A digoxinnal ellentétben a digitoxin eliminációja nem függ GFR-tól. A szerzők arra a kérdésre kerestek választ, hogy van-e összefüggés a pajzsmirigy-funkció, a GFR nagysága és a serum digoxin és digitoxin szintje között, és hogy a két szer azonos módon viselkedik-e?

Hyperthyreosis, euthyreosis és hypothyreosisos betegeket vizsgáltak. Az első mérések idejében a pajzsmirigy betegek speciális kezelést nem kaptak. A digoxin fenntartó adagja 0,25 mg/die, a digitoxin 0,1 mg/die volt. A gyógyszerek serum-szintjét RIA módszerrel, a GFR-t a szokásos endogen creatinin clearance, néhány esetben ⁵¹Cr-EDTA-clearance segítségével határozták meg. A

pajzsmirigy funkciók állapotának megállapításához a T₃-teszt, T₄-teszt, T₃-RIA, TRH-teszt, Boyden-teszt vizsgálatokat végezték el.

Eredmények: Clearance (ml/min/1,73 m²) átlagok: hyperthyreosisban: 126, euthyreosisban 93,0 és hypothyreosisban 54,3. Se-digoxin szint (ng/ml) átlagok: hyperthyreosisban 0,75, euthyreosisban 1,4 és hypothyreosisban 2,8. Se-digitoxin szint (ng/ml) átlagok: hyperthyreosisban 16,5, euthyreosisban 18,0 és hypothyreosisban 18,5. A vizsgálatokat megismételték a dysfunkciós betegeken euthyreotikus állapotban megfelelő kezelés után is, ekkor a clearance-értékek megegyeztek a kontroll csoporttal. Mindhárom csoportban, de legkevésbé a hypothyreosisosoknál, az életkor növekedésével csökkent a clearance. A hyperthyreotikus csoportban észlelt alacsony digoxin szint tehát a vese fokozott, a hypothyreotikus betegeknél talált toxikus digoxin szint pedig a vese csökkent működésével hozható kapcsolatba. A digitoxin szintje ilyen összefüggést nem találtak.

Magyarázat: Hyperthyreosisban fokozott a vesében az effektív plasmaáramlás, a GFR, a tubularis secretiós kapacitás és a resorptiós teljesítmény, mert a megnövekedett pajzsmirigy hormon-szint hatására fokozódik a Na-reabsorptio. Hypothyreosisban fordított a helyzet. A szerzők által talált clearance-értékek mindkét csoportban szignifikáns mértékben különböztek a kontroll csoport átlagától, és ezek az értékek az euthyreoid állapot elérése után normalizálódtak. Az életkorral csökkenő GFR oka az, hogy degeneratív folyamatok miatt csökken a működő glomerulusok száma, és csökken a tubularis secretio is. Ismeretes, hogy a digoxin-clearance és a creatinin-clearance között lineáris kapcsolat van. Ugyanezt, mások adataival ellentétben digitoxinra vonatkoztatva a szerzők nem tudták megerősíteni. Hogy ennek metodikai oka van-e, nem eldöntött. Ismeretes azonban, hogy veseelégtelenség esetén a szokásos adagban adott digitoxin nem kumulálódik, mert létezik egy „extrarenalis compensatio”, a digitoxin és metabolitjai a széklettel távoznak. Ez a magyarázata annak, hogy még súlyos veseelégtelenségben sem változik a serum digitoxin szintje. Mindezek miatt pajzsmirigy-funkció zavarban és szívelégtelenségben szenvedő betegek kezelésére előnyösebbnek tartják a digitoxint.

Kálló Kamill dr.

A nedves és száraz salbutamol aeroszol összehasonlítása. Harrison, B. A., Pierce, R. J. (Thoracic Division, Repatriation General Hospital, Heidelberg, Victoria, Australia): Austral. N. Z. J. Med. 1983, 13, 29.

10 asztmás beteget vizsgáltak, akiknél súlyos, de reverzibilis légúti obstrukció állt fenn, valamint 10 krónikus bronchitiszes beteget, akiknél súlyos és alig reverzibilis volt az obstrukció. Elektromos porlasztóval porlasztott nedves salbutamol aeroszolt, valamint dózis-inhalerből száraz aeroszolt alkalmaztak. A légzésfunkciók értékeit a maximális kilégzési áramlás-volumen görbéből számították (FEV₁, FVC, PEFR, Vmax₅₀ és 75%). Pulzust és vérnyomást mértek. Dózis-hatásgörbét vettek fel.

Eredményeik szerint nem volt szignifikáns különbség a két inhalációs módszer között sem a vizsgált paraméterekben, sem az asztmás, ill. bronchitiszes betegeken.

Nagy László Béla dr.

Radiológia

A percutan transluminális angioplastica eredményei. Zeitler, E. és mtsai (Allgemeines Krankenhaus, Nürnberg): Radiology, 1983, 146, 57.

Két intézményben végzett 2942 percutan transluminális angioplastica (PTA) eredményeit elemezték. Az anyagban 1916 femoropoplitealis, 782 iliaca, 116 inguinalis, 103 renalis és 25 egyéb arterián végzett beavatkozás szerepel. Utóbbiak között van subclavia, aorta és coronaria is. A szövődmények a tágitási technika tökéletesedésével ritkábbá váltak. Anyagukban nyugalmi fájdalom és gangraena esetekben 2,3%, claudicatio után 1,2% szövődményt észleltek, ez mütétet 9 esetben tett szükségessé. A korai és késői eredmények is összefüggést mutatnak az alabetsőség súlyosságával a beavatkozás időpontjában. Femoropoplitealis szűkületben összesítve 74%-ban volt eredményes elsődlegesen a PTA, iliaca-stenosisokban 85%-ban. Az iliaca tágitása a claudicatiós betegek 93%-ában járt eredménnyel, nyugalmi fájdalom vagy gangraena esetén csak 77%-ban. Femoropoplitealis szűkületben ez a szám 82, illetve 73%. Jobbak az eredmények a ballonkatéteres technikával, mint a coaxialis tágitással. Hosszú szakaszra terjedő szűkületben az eredmények gyengébbek. Az eredmények tartósságára jellemző, hogy a III—IV. stádiumban végzett PTA után a beteg elbocsátásakor csak az erek 69%-a volt nyitott. Ezeknek a betegeknél 55%-ában 2,5 év múltán ismét claudicatio lépett fel, bár enyhébb fokban, 6% nem javult, és 15% csonkoló mütétet került. Iliaca PTA után 5 évvel a II. stádiumban tágitott betegek 80%-ában az ér nyitott maradt, valamennyi stádiumra vonatkoztatva ez a szám 50%. Femoropoplitealis tágitás után coaxialis technika esetén 1 év után 26%, 10 év

után 18% maradt átjárható. Csak az életben levő betegek vonatkoztatva 5 év után a 9% kétszeres volt, 10 év után pedig 28%. A hosszútávú eredményeket az alvadásgátlók alkalmazása javítja, de ennek felmérése nem történt meg. A PTA javallata fennáll elsődlegesen megfelelő esetekben, szükségmegoldásként pedig akkor, ha a PTA-ra ideálisan nem alkalmas betegeknél sebészi megoldás valamely okból nem jöhet szóba.

Lacay András dr.

Traumás arterio-venosus sipolyok angiographiás kezelésének klinikai eredményei. Clark, R. A. és mtsai (University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati): Radiology, 1983, 147, 9.

Négy év alatt 30 betegen észlelték különböző elhelyezkedésű arteriovenosus sipolyokat. Az angiographiás kórisme kritériuma a pseudoaneurysma vagy extravasatio, az arteriovenosus összeköttetés és a korai vénás telődés kimutatása természetesen megfelelő traumás előzménnyel. 17 esetben végeztek embolizálást autolog vérével, véralvadékkal, Gelfoammal, Ivalonnal, acélspirállal, ballonnal vagy cyanoakryllal. Anyagukban szerepel az arteria femoralis, poplitea, iliaca, tibialis anterior, brachialis, lienalis és leggyakrabban a veserteria sipolya. Hat betegen többszörös elváltozás állott fenn. A 17 esetből 16-ban az embolizáló kezelés eredményes volt. Valamennyi arteriovenosus sipolyt sikerült elzárni, és a betegek 6 hónaptól 4 évig terjedő időtartamú ellenőrzése során kiújulást nem észleltek. Egy vesében levő arterio-venosus-calycealis sipoly elzárására az arteriális és vénás oldal katéteres obliterálására volt szükség. Anyagukban szövődmény nem fordult elő, bár elvileg fennáll tályogképződés és a veserteriát érintő beavatkozások után hypertonia veszélye. Eredményeik alapján az arra alkalmas esetekben elsődleges kezelésként ajánlják a katéteres embolizálást. Az angiovenosus sipolyok nagyobb részében az eljárás eredménnyel alkalmazható.

Lacay András dr.

Az a. iliaca interna embolizálását követő bénulás. Hare, W. S. C. és mtsai (Royal Melbourne Hospital, Victoria): Radiology, 1983, 146, 47.

Az a. hypogastrica embolizálását az ellátási területéről különböző okok miatt eredő vérzések csillapítása céljából szokás végezni. Számos szövődménye ismert az irodalomban, így bőrelhalás, hólyagfal vagy izomnecrosis, az embolizáló anyag refluxából eredő alsó végtagi embolia, ritkán idegrendszeri következmények. A szerzők rosszindulatú daganatok okozta vérzés

csillapítására végzett hypogastrica embolizálás után 3 esetben észlelték súlyos alsó végtagi bénulást. A szövődmény okát a plexus ischiadicus ágainak ischaemiájában látják az embolizálás következtében. Járulékos szerepe lehet esetleg az előzőleg alkalmazott intenzív sugárkezelés károsító hatásának is. Ezek a szövődmények megelőzhetőek a vérző érterületek pontos előzetes lokalizálásával és az embolizálás minél szelektivebb végrehajtásával. Különösen kímélendőek a dorsalis ágak és lehetőleg az a. glutea inferior. Ha célzott szelektív embolizálás nem lehetséges, akkor célszerű $1 \times 1 \times 10$ mm-nél nem kisebb méretű részecskék alkalmazása. Így a perifériás keringés blokkolása elkerülhető, kevésbé fenyeget ischiadicus-vérzegénysegből eredő szövődmények veszélye.

Lacay András dr.

A katéteren át végzett érelzárás angiographiás eredményének és klinikai hatékonyságának összehasonlítása. Feldman, L. és mtsai (Massachusetts General Hospital, Boston): Radiology, 1983, 147, 1.

A katéteres embolizálással foglalkozó közlések általában kis beteganyagról számolnak be, nem teszik lehetővé ezen eljárás átfogó értékelését. Ezért a szerzők 10 év során végzett 219 ilyen beavatkozás eredményeit elemzik összehasonlítva az angiographiás képen kimutatható eredményességet a klinikai hatékonysággal. Az embolizálást különböző eredetű és lokalizációjú vérzések csillapítására, daganatok palliatív kezelésére, műtétének előkészítésére vagy helyi chemoterápia előtt keringésük célszerű megváltoztatására végezték. Anyagukban 70 gyomor-bél rendszeri vérzés, 33 egyéb hasi vérzés, 42 sérülés, 54 tumor és 20 egyéb ritkább elváltozás szerepel mint arteriovenosus malformatio, tüdővérzés, hypersplenia, hüvelyi vérzés. Embolizálás céljára alkalmaztak véralvadékokat, Gelfoam és Ivalon készítményt, Gianturco spirált, ballonokat, cyanoacrylátot, érintimát. Az angiographiás eredményt teljesnek értékelték, ha az eret sikerült elzárni további vérzés nélkül, részben sikeresnek, ha a vérzés csökkent. Klinikailag sikerről beszélnek, ha a beteg kórházi tartózkodása alatt a vérzés megszűnt, részleges eredményről, ha jelentősen csökkent. Összességében az angiographiás eredmény teljes volt 85, részleges 80%-ban, ugyanakkor klinikailag teljes sikerről beszélhetnek 53, részlegesről 23%-ban. A különböző területeken az eredmények eltérőek, gyengék pl. a vérző nyombélfékely és a transzhepatikus varixvérzés kezelésében, jobbak az egyéb artériás vérzésekben. 130%-ban, vagyis 29 esetben észleltek valamilyen szövődményt, de ez csak 19

betegben járt klinikai tünetekkel, ezek közül is 10-ben a kórházi tartózkodás meghosszabbodását nem okozta. 6 szövődményes beteg meghalt, de csak egy esetben állott fenn közvetlen oki összefüggés az embolizálás és a halál között. Figelembe véve az embolizálásra kerülő betegek súlyos állapotát és alapbetegségét, az eredmények jók és az eljárás igazolták.

Lacay András dr.

Gyomor-nyelöcső varixok transzhepatikus embolizálása abszolút alkohollal. Keller, F. S. és mtsai (Oregon Health Sciences University, Medical School, Portland): Radiology, 1983, 146, 615.

A gyomor-nyelöcső varixok 1974-ben bevezetett embolizáló kezelésére számos anyagot alkalmaztak. Mindegyik hatékony volt, mindegyiknek voltak hátrányai, így érthető, hogy mindig újabbat, jobbat keresnek. A szerzők 15 beteg vérző varixainak elzárására transzhepatikus katéterrel abszolút alkoholt alkalmaztak. A beavatkozás előtt endoscopiával tisztázták a vérzés helyét, arteriális indirekt portographiát végeztek, és csak ezek adatainak ismeretében végezték a transzhepatikus embolizálást. A vérzést tápláló portális vénákat külön-külön ballonkatéterrel katéterezték és 2–15 ml abszolút alkohollal embolizálták. Szükség esetén ezt az adagot pár perces várakozás után megismételték. A vérzés az embolizálás után 13 esetben megállt. 2 beteg ettől függetlenül 48 órán belül meghalt. 7 esetben a vérzés az embolizálás után 1 hét és 13 hónap közötti idővel kiújult. 4 betegen a vérzés nem lépett fel újra, közülük 2 a beavatkozás után 14 és 16 hónappal életben van. Az embolizálással kapcsolatban 6 betegen észleltek szövődményeket, 2 esetben véres pleuralis gyülemét, 2 esetben az ascites jelentős növekedését, 3 vena portae thrombosiszt és 1 esetben haemolysis fellépését. A továbbiakban alkohol, nem ionos kontrasztanyag és zselatin kombinálásával tervezik az embolizálást.

Lacay András dr.

Súlyos haemoptysis kezelése az arteria bronchialis embolizálásával. Uflacker, R. és mtsai (Hospital Universitario da Puc, Porto Alegre): Radiology, 1983, 146, 627.

Napjainkban a haemoptysis leggyakoribb oka tuberculosis, bronchiectasia, pneumoconiosis, aspergilloma és hörgőrák. A súlyos vérzés sebészi megoldást kíván, de ez sok esetben nem jöhet szóba, Ilyenkor a konzervatív kezelés eredménye is gyakran kétséges, de hatékony alternatíva a bronchialis arteriák katéteres embolizálása. A szerzők 33 beteg bronchialis arte-

riájának Gelfoam embolizálását végezték el életveszélyes tüdővérzés csillapítására transfemorális katéterezéssel. 27 esetben sikerült tartós vérzéscsillapítást elérniük, ezeket a betegeket 1–24 hónapig tartották ellenőrzés alatt. 6 esetben a vérzés kiújult, 3 betegben ez a halál közvetlen oka volt. 7 beteget az eredményes embolizálást követően megoperáltak. A vérzés kiújulása leggyakoribb a mycetomás betegekben, egyúttal ezekben a legnagyobb a mortalitás is. Ezért mycetomából eredő vérzés kezelésében az embolizálás csak első lépés, amit kövessen a műtét a végleges eredmény biztosítása érdekében. Egyéb embolizáló anyagok alkalmazása is mérlegelendő, de az újabban ajánlott abszolút alkohol alkalmazása a bronchiális artériák területén meggondolandó a spinalis artériák útján esetlegesen létrejövő idegrendszeri szövődmények lehetősége miatt. A szerzők neurológiai szövődményt nem észleltek. A bronchiális artériák embolizálása sebészi kezeléssel kiegészítve vagy anélkül is javítja az életveszélyes tüdővérzéses betegek kilátásait.

(*Ref.: Külföldön egyre szélesebb körben, egyre jobb eredményekkel alkalmazzák az intervenció radiológia eljárásait. Hazánkban nagyon szűk körben, holott igény és szükség egyaránt van rá. Ennek egyik oka szemléleti, másik oka felszereltségbeli. Sok helyütt rendelkezünk már többé-kevésbé elfogadható angiographiás munkahelyekkel, mégsem szélesedhet a beavatkozás köre a szükséges segédeszközök — katéterek — hiánya miatt. Nadrág már van helyenként, gomb hiányzik.*)

Laczay András dr.

A nyak és fej oldalsó lágyrészeképleteinek ultrahangvizsgálata. Kuhn, F. P. és mtsai (Johannes Gutenberg Universität Mainz): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 435.

A nyak lateralis részén, a parotis és a glandula submandibularis területén levő terime tisztázására 206 esetben végeztek ultrahangvizsgálatot real-time készülékkel 3,5–10 MHz frekvenciával. A daganatos vagy gyulladáshoz nyirokcsomó-képződmények a meszes tuberkulotikus elváltozások kivételével echoszegény szerkezetet mutattak, a bennük kialakuló szétesés echomentes területként ábrázolódtak. Elsődleges daganatok echoszerkezete nem jellegzetes, kivéve a lipomát, mely egyenletesen echodus, jól határolt, a transducerrel kissé összenyomható. A cystás képleteknél kimutatható az echomentes lumen, a mögöttes hangfelerősödés, sima fal, a környezet-höz való viszony, a nyelési elmozdulás és az összenyomhatóság. A nyálmirigyek tőrőfogaló elváltozásaiban elkülöníthetők a cysták a

tömör képződményektől. A tumorok egyenetlen echoszerkezetet mutatnak, ezektől a lymphomás beszűrődés nem különíthető el. Idült gyulladások egynemű, fellazult echoszerkezetet adnak esetleg kis cystás felritkulásokkal, kóárnyékkal. A nyálkövek élesen határolt echogen képletek mögöttes hangárnyékkal. A nyálmirigyekben levő tályog jól határolt, echoszegény vagy akár echomentes lumenel. Ezen jellegzetességek mellett az ultrahangvizsgálat természetesen felvilágosít ad az elváltozás méreteiről, kiterjedéséről, környezetéhez, főként a nagy érkepletekhez való viszonyáról. Ily módon a tapintható képletekre vonatkozóan értékes többletinformációt biztosít, segít a műtét terv felállításában, a kezelés eredményének ellenőrzésében, mellőzhetővé tesz költségszebb vagy invazív vizsgálóeljárásokat, néha még a próbakimetszést is feleslegessé teszi.

Laczay András dr.

A koponyaúri vénák és durasinusok intravénás digitális subtractió angiographiája. Modic, M. T. és mtsai (The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland): Radiology, 1983, 146, 383.

Egyre több területen alkalmazzák a digitális subtractió angiographiát (DSA), mely sok téren teszi nélkülözhetővé a bonyolultabb, költségszebb és invazívabb hagyományos angiographiás eljárásokat. A szerzők azt vizsgálták, milyen mértékben helyettesítheti a DSA a hagyományos angiographiát a koponyaúri vénák és a durasinusok vizsgálatában. 100 olyan betegben végezték el az agyi DSA-t a vénás szakban, kiknek vizsgálata egyéb okból történt. Így elemezték a normális vénaképletek ezután való ábrázolhatóságát. Az egyes területek oldalirányú képeken az alábbi százalékos gyakoriságban ábrázolódtak: sinus sagittalis superior 100, vena Galeni 100, sinus rectus 100, sinus transversus 100, v. cerebri interna 100, sinus petrosus inferior 84, sinus cavernosus 58, v. basalis Rosenthal 50, sinus sagittalis inferior 40, vv. thalamostriatae 38. Nyílirányú képeken az eredmények gyengébbek, a vv. thalamostriatae és a v. basalis egy esetben sem ábrázolódtak, a sinus sagittalis inferior 20, a sinus cavernosus 8, a sinus petrosus inferior 56 és a v. cerebri interna 20 esetben, a többi 100%-ban. Ez azonban elsősorban vetületi probléma. 25 a vénarendszert érintő kórfolyamat vizsgálatában is alkalmazták a DSA-t jó eredménnyel. Ebben az anyagban szerepel a vénaképletek elzáródása, tumoros beszűrődés, összenyomhatóság, dislociója, változatok, vascularis tumorok és carotico-cavernosus sipolyok. Computer tomographiával

kombinálva a DSA az esetek nagy részében elegendő felvilágosítást biztosít az agyi vénás rendszer vonatkozásában. Néha szükség lehet a hagyományos angiographiára is, mint pl. glomus jugulare tumor vagy carotico-cavernosus sipoly esetén az ellátó értörzsek pontos lokalizálása céljából.

Laczay András dr.

Kifáradásos törések megoszlása és lefolyása az Egyesült Államok haditengerészetének újoncaiban. Greaney, R. B. és mtsai (Naval Regional Medical Center, San Diego): Radiology, 1983, 146, 339.

A katonai kiképzés ideje alatt alsó végtagfájdalmak miatt jelentkezett 250 újonc csontscintigraphiás és röntgenvizsgálatát végezték el. A scintigraphia az első végtag különböző területein összesen 839 helyen mutatott rendellenes dúsulást. Ezek anatómiai megoszlás és gyakoriság szerint a következők: femur 96, patella 12, fibula 8, tibia 316, talus 46, calcaneus 172, os naviculare 28, cuboideum 13, cuneiforme 6, metatarsus 142. Az elváltozás a trabecularis csontszerkezetben volt 650, a corticalison 189 esetben. A corticalis elváltozások természetesen a hosszú csöves csontokban voltak gyakoriak, a trabecularisak ezek epiphysisközeli részeiben és a láb-töcsontokban. A panaszok többnyire már a kiképzés első napjaiban jelentkeztek. Az előzőleg futásban edzett újoncok kevésbé veszélyeztetettek, 65 ilyenben scintigraphiával 126 kóros területet találtak szemben az edzetlen 185 újonc összesen 713 elváltozásával. A 839 scintigraphiával pozitív terület röntgenfelvételen csak 238 esetben mutatott kóros elváltozást. A röntgenképeken a trabecularis sérülések 25, a corticalis sérülések 40%-a ábrázolódtak. 73 beteg 2–6 hétig történő ellenőrzése során a röntgenfelvételek pozitívítási aránya 54%-ra emelkedett. A kezdetben negatív esetekben a röntgenképen először finom mészlerakódás mutatkozott, majd kialakult a jellegzetesnek ismert kép. A csontscintigraphia érzékenyebb jelzője a kimerüléshöz vezető törésnek, mint a röntgenfelvétel. Megfelelő klinikai kép esetén a csontscintigraphia lelete kórjelző. Ilyenkor a röntgenfelvétel szerepe a kezdeti szakban elsősorban esetleges egyéb kóros csontfolyamat kizárása.

Laczay András dr.

Medencei csontdaganatok percutan embolizálása szövetragasztóval. Keller, F. S. és mtsai (Oregon Health Sciences University, Portland): Radiology, 1983, 147, 21.

Nyolc esetben alkalmazták a tumort ellátó erek embolizálásá-

ra az isobutyl-2-cyanoacrylatot (IBCA) tantálporról és panto-paque-kal keverten különböző medencei csontdaganatokban. Két esetben az eljárás elsődleges kezelése volt, eredményeként az os pubis aneurysmális csontcystája elmeszesedve átépült, mindkét beteg tünetmentessé vált. Óriássejtes sacrumtumor és az acetabulumban lévő veserák metastasis műtete előtt praoperatív eljárásként végeztek embolizálást, ezt követően a kiterjesztett csonteltávolítás jelentős vérzéssel nem járt. Palliatív embolizálást alkalmaztak chemotherapia vagy sugárkezelés kiegészítőjeként sacrum chondrosarcoma, csípőcsont fibrosarcoma, csípőcsontban ülő pajzsmirigy-rák metastasis és a szeméremcsontban lévő csontsarcoma-áttét miatt. Ezekben az esetekben a beteg fájdalma jelentős mértékben csökkent, két esetben a daganat megkisebbedett. Az eljárás előfeltétele a daganatot ellátó artériák angiographiás feltérképezése és selectiv katéterezése, ezt követheti az IBCA-keverékkel végzett embolizálás az érrendszer ép területeinek lehető legnagyobb kímélésével. A keverékben lévő kontrasztanyag nemcsak az embolizálás lefolyását teszi jól követhetővé, hanem a későbbi lefolyást is, a daganat zsugorodását. A keverék nemcsak a nagy törzseket embolizálja, hanem eljut a daganat perifériás kis ereibe is, gyakorlatilag teljes parenchymás embolizálás érhető el vele. Palliatív alkalmazásának is értelmet ad a beteg fájdalmának és vérvesztésének csökkenése.

Lacza András dr.

A hasi aorta, a medencei és alsó végtagi artériák digitális video-subtractiós angiographiája. Harder, Th. és mtsai (Radiologische Universitätsklinik Bonn): Fortschr. Röntgenstr. 1983, 138, 301.

152 beteg 159 vizsgálatát végezték el, ezen belül összesen 453 felvételsorozatot készítettek és értékelték. Anyaguk célterület szerinti megoszlása: hasi aorta 54, aorta oszlása és a kétoldali a. iliaca 107, combarteria egyoldalon 73, kétoldalon 26, a poplitea és trifurcatio 71. A vizsgálatok javallat szerinti megoszlása: verőérelzáródás 86, érműtét ellenőrzése 39, percutan katéteres angioplastica ellenőrzése 12, aortaaneurysma 5, érsérülés 2, arteriovenosus sipoly 7, érrendellenesség 6, fibrinolytikus kezelés ellenőrzése 2. Kanülön át a könyökvénákba injektorral fecskendeztek be általában 40 ml kontrasztanyagot 12–14 ml/sec sebességgel. A hasi és medencei erek vizsgálatokor Buscopant adtak iv. a bélmozgások csökkentésére, mert az egyébként a subtractiót zavarja. Az egyéb területeken me-

chanikus segédeszközökkel igyekeztek a szükséges mozdulatlan-ságot biztosítani. Némelykor több vetületben is szükséges volt a vizsgálatot elvégezni, esetenként 6 sorozatig mentek el. A hasi aorta törzse mindig értékelhetően ábrázolódt, a bifurcatio és a medencei artériák az esetek 92%-ában. Ezen a területen különösen a bélmozgások zavarhatják a subtractiót. A femoralis és ágai mindig jól megítélhetőek voltak. Az eljárás különösen alkalmas körülírt érterületek vizsgálatára, műteti és katéteres beavatkozások eredményének ellenőrzésére, előnyösen alkalmazható a traumatológiában. Az alkalmazandó kontrasztanyag mennyisége jelentősen csökkenthető intraarteriás befecskendezéssel, de ezen a területen még nem rendelkeznek kellő tapasztalattal.

Lacza András dr.

Choledocholithiasis és ductus cysticus elzáródás: nehéz ultrahangkórisme. Laing, F. C., Jeffrey, R. B. (San Francisco General Hospital, San Francisco): Radiology, 1983, 146, 475.

40 hónapos időszakban 121 beteg ultrahangvizsgálatát végezték jobb felhasi panaszok és sárgaság okának tisztázására. Betegeik között 53 olyan volt, kinek a közös epevezetékben, a ductus cysticusban vagy az epehólyag nyakában lévő köve igazolódott műtét, ERCP, két esetben pedig az egyértelmű sonographiás kép alapján. Choledocholithiasis kimutatásában a teljes anyagra vonatkoztatva az ultrahangvizsgálat sensitivitása 29, specificitása 91, validitása 55%-nak bizonyult. Ha az időszak első 24 és utolsó 16 hónapjának anyagát külön értékelték, akkor a sensitivitás 15-ről 55%-ra emelkedett lényegében változatlan specificitás mellett. Ez a gyakorlat és tapasztalat mellett nem kismértékben a real-time eljárás tökéletesítésének és elterjedtebb alkalmazásának köszönhető. Az epehólyagokban és a ductus cysticusban lévő kövek kimutatására vonatkozóan a teljes anyagban a sensitivitás 30, specificitás 100%, validitás 74%. Az első 24 és az utolsó 16 hónap eredményeinek összehasonlítása ezen a téren nem mutatott jelentős különbséget. Az epehólyag nyakába beékelődött kövek kimutatása viszonylag egyszerű, elég jellegzetes ultrahangképet adnak. A ductus cysticusba beékeltek kis kövek kimutatása ezzel szemben többnyire nem sikerül. A choledocholithiasis kimutatásában elért gyenge eredmények oka részben a bélgázok zavaró hatása, részben pedig az, hogy a betegek jelentős részében a követ tartalmazó közös epevezeték tárgassága normális marad. Az eredmények javíthatók a real-time technika következetes alkalmazás-

sával, a beteg különböző testhelyzetekben való vizsgálatával, mint ferde fekvés, Trendelenburg helyzet stb. Mindezek ellenére a cysticus-elzáródás és a choledocholithiasis ultrahanggal való kimutatása nehéz, sokszor eredménytelen marad.

Lacza András dr.

A mellékvese mágneses magrezonanciás képe: előzetes közlemény. Moon, K. L. és mtsai (University of California School of Medicine, San Francisco): Radiology, 1983, 147, 155.

11 önként vállalkozó egyén vizsgálatával tanulmányozták az ép mellékvesék mágneses magrezonancia (NMR) képét. Ez szolgált összehasonlítási alapul 31 beteg NMR vizsgálatának értékeléséhez, kik közül 5 computer tomografiával is kimutatott mellékvesebetegségben szenvedett, a többi 26 egyéb kórfolyamatok miatt állt észlelés alatt. A 37 előzetesen ismert mellékvesebetegséggel nem rendelkező egyén közül egyben a NMR kétoldali mellékvesehyperplasiát talált, amit előzetes tartós stressz állapottal magyaráztak. A 42 egyén bal mellékveséje minden esetben jól ábrázolódt, a jobb 6 esetben bizonytalanul, 36 esetben egyértelműen. A kóros esetek között szerepel 1 phaeochromocytoma, 2 corticalis hyperplasia és 3 metastasis. Ezek a CT- és NMR-képen egyaránt jól ábrázolódtak. A CT térbeli feloldóképessége jobbnak bizonyult, ezért a NMR-kép alapján a részletek megítélése bizonytalanabb. Ezzel szemben a NMR-képpen élesebb a lágyrészek kontrasztja, jobban elhatárolódik kevés zsírszövet esetén is a mellékvese, amiben segít az is, hogy az érkepletek a bennük hiányzó rezonancia miatt élesen, fekete területként elhatárolódnak. Figyelembe véve a sugárterhelés hiányát is, a NMR jelentős előnyökkel rendelkezik a computer tomographiával szemben, ígéretes lehetőség a mellékvese vizsgálatában.

Lacza András dr.

A csont-izomrendszer mágneses magrezonancia vizsgálata. Moon, K. L. és mtsai (University of California, San Francisco): Radiology, 1983, 147, 161.

30 egészséges és 15 különböző csont-izomszervi betegségben szenvedő ember hagyományos röntgenfelvételeit, CT és mágneses magrezonancia (NMR) vizsgálatának eredményeit hasonlítják össze. Az összehasonlítás kiterjed a lumbosacralis gerinc, a csípőízület, a térd és a láb normál anatómiai viszonyaira, discus hernia, combfejelhalás, csont- és lágyrészdaganatok, sacralis cysta és thalassaemia okozta csontvelőfibrosis képeire. A

NMR normál anatómiai és kóros viszonyok ábrázolására egyaránt kiválóan alkalmas. Térbeli feloldóképessége egyelőre alatta marad a computer tomographiának, de ezt ellensúlyozza az, hogy a zsírszövet, inak, izmok, szalagok, erek és porcképződmények eltérő rezonanciája következtében lényegesen jobb lágyrészkontrasztok ábrázolására képes. Kontrasztanyag nélkül mutatja a gerincvelőt a durazsákban, a kilépő idegyököket, a vékony epiduralis zsírréteget. A discus intervertebralis nem homogen szerkezetű, mint a CT-képen, degeneratív elváltozásai korán felismerhetők. A hegyszövet eltérő NMR tulajdonságai alapján a műtét utáni fibrosis elkülöníthető a discus recidiv prolapsusától. A combfejlést érzékenyebben ábrázolja, mint a röntgenfelvétel, alkalmas a csontscintigraphia és a röntgenkép közötti esetenkénti elentmondás tisztázására. A térdízületben jól ábrázolja a belső szalagokat, kevésbé jól a meniscusokat. Csont- és lágyrészdaganatok vizsgálatában előnye a CT-vel szemben a már említett fokozott kontraszt a különböző lágyrészekben. A zsírszövet a NMR-képen intenzíven kirajzolódik, ami előny a periduralis képletek, idegyökök, izomnyalábok kirajzolásában. Thalassaemiás betegük csontvelőfibrosisa a gerinc NMR-képen a spongiosa területén a mágneses echó drámai csökkenésében mutatkozott. Minden téren előny az átáramoltatott erek üres, fekete területként való ábrázolása. Összességében a NMR komoly ígéret a mozgásszervi diagnosztikában. A technika tökéletesítésétől a térbeli feloldóképesség javítása is várható.

Lacay András dr.

Átvilágítással ellenőrzött percutan pancreatographia. Creed, L. és mtsai: *Gastrointest Radiol.* 1983, 8, 147.

A módszer nem régi: szerzők 12 eddig között esetet ismertettek. 11 alkalommal ultrahang-vezérelt pancreatographia történt. CT ellenőrzése mellett pancreas cysta feltöltése közben másodlagosan feltelődött hasnyálmirigy-vezeték-ről is beszámoltak. 39 éves alkoholista férfi betegüknek chronikus pancreatitis ismert volt. Jobb felhasra lokalizálódó erős fájdalom miatt pancreas-vezeték elzáródásra gyanakodtak. Ultrahangvizsgálattal normális pancreas fejet találtak, de a test és a fark nem volt vizsgálható. ERCP során a pancreas-vezeték nem ábrázolódott. Tervezett műtétje előtt végezték el a percutan pancreatographiát átvilágítási kontroll mellett, melyet a hasnyálmirigyben levő meszesedés tett lehetővé. A vékonytű beszúrása a kő irányába a gerinceig történik, majd lassú visszahúzása közben állandóan

szívják. Folyadékot nyerve kevés 30%-os Renografin befecskendezés segítségével győződnek meg a tü jó helyzetéről, s elvégzik a ductographiát. A kontrasztanyag általi gyulladás elkerülésére nagyobb mennyiségű extravasatumból lehetőleg óvakodni kell. Esetükben a ductus a feji részen hosszú szakaszon csaknem teljesen elzáródott, mögötte jelentős táguulat alakult ki, melynek pontos helyét és kiterjedését sikerült ábrázolniuk. Pancreatico-jejunostomia után négy hónappal betegük fájdalommentes. A szerzők sikertelen ultrahang- és ERCP-vizsgálatok után, műtét előtt, olyan betegeknek ahol a hasnyálmirigyben kő látható, a percutan pancreatographiát relatíve egyszerű és értékes diagnosztikus módszernek tartják.

Papp Zsuzsanna dr.

Nyitott ductus venosus mint a portális hypertensio egyik tünete. Neumaier, C. E. és mtsai: *J. Clin. Ultrasound*, 1983, 11, 231.

A ductus venosus a magzati életben a köldökvénától a vena cava inferiorba vezet a vért. Mindkét köldökvéna és a ductus venosus az élet 2–5. napja között teljesen elzáródik és egy fibrosus köteggé alakul át. Ezt ultrahangvizsgálattal rendszerint nem lehet kimutatni. A sonographia kiváló módszer a felhas ereinek noninvaszív ábrázolására. Portális hypertensióban kimutatható a vena portae tágulata és a szisztémás kollaterálisok is. Négy betegük hasi ultrahangvizsgálata során a ligamentum venosumban egy vékony eret találtak, mely a vena portae bal ágából a bal vena hepaticába vezetett, közvetlenül a vena cava inferiorba szájadzása előtt. A szerzők szerint ez a portális hypertensio miatt nyitott ductus venosusnak felelt meg, bár angiographiás vizsgálatokkal nem erősítették meg. Úgy vélik, hogy ha a nyitott ductus venosus ér-structuráját a vena portae és a vena hepatica ág között posterolaterálsan a ligamentum venosumban ki tudják mutatni, akkor ez a portális hypertensio diagnózisát megerősíti.

Papp Zsuzsanna dr.

Nyelőcsöbe hevenyen beékelt táplálék gázképző anyagokkal való tovább csúsztatása. Rice, B. T. és mtsai (*Dep. of Radiol. Dartmouth-Hitchcock Md. Center, Hanover, N. H.*): *Radiology*, 1983, 146, 299.

A nyelőcsöbe impaktált húsdarabka gyakori probléma („steak-house syndrome”); különböző eljárások ismeretesek a megakadt, beékelődött húsdarab továbbítására: oesophagoszkópos mechanikus extractio, Foley-katheter fluorosz-

kópos irányítással, iv. glukagon, proteolytikus enzimemésztés; ezeknek az eljárásoknak is megvan azonban a kockázatuk: perforatio, mediastinitis.

A szerzők az utóbbi három évben nyolc (32–88 éves) beteget kezeltek beékelődött húsfalat okozta nyelési panaszokkal. Bevezetőleg kis volumenű (15 ml) bariummal oesophagogramot készítették az álló betegen, hogy az obstructio természetét és lokalizációját megállapíthassák. Ezután a beteg fluoroszkópos kontroll mellett 15 ml acidum tartaricum (18,7 g/100 ml) oldatot és rögtön ezután 15 ml natrium bicarbonicum (12,5 g/100 ml) oldatot kapott. A sav-bázis elegyből keletkező szén-dioxid a nyelőcső falát szétfeszítve a húsfalat a gyomorba kerül. A szerzők a módszerükkel 100%-os eredményt értek el szövődmény nélkül, amit az ismételt bariumos oesophagogrammal ellenőriztek. Eljárásukat ajánlják az impaktált húsdarabka továbbjuttatására. Elméletileg a nyál- vagy barium-aspiratio ezen módszerrel is előfordulhat, vagy ha a beszorult húsfalat a nyelőcsőben nyomási necrosist vált ki, az intraluminális nyomás perforatiót is eredményezhet, de ilyen eseteik kapcsán nem észleltek.

ifj. Pastinszky István dr.

Computer tomographia és nagy feloldóképességű real-time ultrahangvizsgálat összehasonlítása nem tapintható rejtett here kimutatásában. Wolferson, M. K. és mtsai (*St. Louis University Hospital, St. Louis*): *Radiology*, 1983, 146, 133.

Az elmúlt években rejtett, nem tapintható here kimutatására a legnépszerűbb eljárás a szelektív testicularis venographia volt. A szerzők ezzel szerzett kedvezőtlen tapasztalatoktól indítva computer tomographiát, majd nagy feloldóképességű készülékkel végzett real-time ultrahangvizsgálattal alkalmaztak erre a célra. 20 betegen 23 alkalommal végezték el mindkét vizsgálatot. A herét sikerült helyesen kimutatni CT-vel 16, ultrahanggal 15 esetben. CT-vel egy, ultrahangvizsgálattal két téves negatív kórisme fordult elő. Téves pozitív esetük nem volt egyik eljárással sem, ha CT vagy ultrahang nem mutatott herét, akkor a sebész nem talált a műtét során. Elsőként korszerű, nagy feloldóképességű készülékkel végzett real-time vizsgálatot javasolnak a rejtett here keresése céljából, mert ez a legegyszerűbb, és nem jár sugárterheléssel sem. Ha ennek eredménye negatív vagy bizonytalan, akkor kerüljön sor a CT-vizsgálatra. Angiographia ritkán szükséges, akkor indokolt, ha az első két eljárás eredménytelen és műtét előtti lokalizálás szükséges.

Lacay András dr.

„Bántalmazott gyermek” radiológiai értékelése. Merten, D. F. és mtsai (Dep. of Radiology, Duke University Med. Center, Durham): Radiology, 1983, 146, 377.

A „bántalmazott gyermek” szer-teágazó szociális problémát jelent minden gyermekgyógyászra, gyermekgondozóra, orvosra. A fogalomkör pathomechanizmusa széles mederben ingadozik a nélkülözés, elhanyagoltság, szexuális visszaélés, tettleges bántalmazás között. Az USA-ban évente mintegy kétmillió-ra becsülik a valamilyen módon bántalmazott csecsemők és gyermekek számát.

A csontváz trauma megállapítása jelentős a bántalmazottság megítélésében; az irodalmi előfordulási arányszáma kb. 20%, ami viszonylag alacsonynak tűnik. A szerzők három nagy amerikai város és vidéki ellátási anyagából 904 bántalmazott (3 hetes—16 éves, középkorú) gyermek adatait gyűjtötték össze. 563 bántalmazott csecsemő és gyermek radiológiai leletét retrospektíve értékelték. Skeleton-traumát eseteiknek harmadánál kevesebb részében találtak és ritkább volt a két évnél idősebbeknél. A bántalmazottság külső fizikai jelei nélkül ritkán fordulnak elő a törések. A radiológiai leleteiket a bántalmazott gyermek csonttraumáira (epiphysealis, metaphysealis, costalis fractúra) jellegzetesnek, vagy feltűnően suggestívnak (occult, multiplex, ismételt törések) ítélik. A klinikai leletek alapján a trauma radiológiai (CT, scintigraphia) gondos elemzésére részletes figyelmet kell fordítani.

ifj. Pastinszky István dr.

Virushepatitis

A B-vírus hepatitis immunprofilaxisa. Zoulek, G., Jilg, W., Deinhardt, E. (Max-von-Pettenkofer-Inst. für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität, D—8000 München 2, Pettenkoferstr. 9a.): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 1135, 1175, 1223, 1263.

A szerzők négyrészes cikksorozatban ismertetik a B-vírus hepatitis

elleni passzív és aktív védekezés lehetőségeit és a közeli jövő perspektíváit.

I. Passzív oltás.

Passzív védelem B-vírus hepatitis ellen csak akkor lehetséges, ha a preparátum a felületi antigén ellen elegendő antitestet tartalmaz. A normál Ig hatástalan, a kevés anti HBs-t tartalmazó Ig hatása is kétséges. A HBIg, melynek anti HBs titere passzív haemagglutinációban nagyobb, mint 200 IU/ml, a profilaxisban hatásosnak bizonyult. Intramuscularisan alkalmazzák. Lemagasabb a koncentráció az oltóanyag beadása után 3—5 nappal, a felezési idő 17—25 nap között van. Az anti HBs-szint mintegy 4 hónap után a HBIg-oltás akkor hatékony, csökken. **Expozíció előtti profilaxist** művese-állomásokon végeznek, ahol a HBV-fertőzés endémiás. Az infekció elhárításához legalább 10 mIU/ml anti HBs-szint szükséges. Az oltást kéthavonta célszerű megismételni. Egyszeri adag után tartós védettség keletkezik, ha a passzív védelem alatt az oltott egyén B-vírussal fertőződött. **Expozíció után** a HBIg-oltás akkor hatékony, ha az expozíció után közvetlenül, vagy legfeljebb 6 órán belül alkalmazzák. 48 óra után hatása kétséges. Krónikus lefolyású perinatális HBV-fertőzésben (pl.: HBeAg pozitív anyák újszülöttjei) is hatásos, ilyenkor azonban többszöri oltás szükséges. Az egyszeri adag felnőtteknek 5 ml. Az expozíció után közvetlenül végzett oltást 4 hét múlva ajánlatos megismételni. Újszülötteknek közvetlenül születés után, majd 3 és 6 hónap múlva 1 ml HBIg-t kell adni. A kontraindikációk ugyanazok, mint egyéb immunoglobulin preparátumok esetén.

II. Aktív oltás: az oltóanyag előállítása, az oltás biztonsága, mellékhatások.

Az aktív oltásnak nemcsak a veszélyeztetett személyek akut HBV-fertőzéssel szembeni védelmében van jelentősége, hanem az infekció megakadályozása révén a krónikus B-vírus hepatitis és ezzel a fertőzés forrása is visszaszorítható. Az oltóanyagot HBsAg hordozók szérumból nyerik, mert a HBV-t sejtkultúrában tenyésztani eddig nem sikerült. Az inaktivált HBsAg-tartalmú szérum a kísérleti szemé-

lyekben HBsAg elleni antitest-termelést váltott ki, mely a HBV neutralizálása révén immunitást biztosít. A krónikus hordozók szérumban a HBsAg-részecskék nagy felületen vannak jelen, vírus DNA-t nem tartalmaznak, ezért nem fertőzőképesek. 1972—1977-ben fejlesztették ki azt az eljárást, mely lehetővé tette megfelelő mennyiségű HBsAg izolálását krónikus hordozók szérumból. Az oltóanyag kórokozókat — mindenekelőtt HBV-t — tartalmazhat, ezért azt inaktiválni kell. Ezt formalinnal, pepszinnel és ureával végzik, a hőkezelést nem tartják elég biztonságosnak. A HB oltóanyag nem tartalmazhat humán proteint, mely géldiffúziós módszerrel még kimutatható. Bakteriális szennyeződés kizárására a szokásos sterilitási kontroll alkalmas. Pathogen-vírusok jelenlétét sejtkultúrák, csirkeembriók és más laboratóriumi állatok oltása útján zárják ki. A végterméket még elektronmikroszkóposan és DNA polymerase tesztel intakt Dane particulum is megvizsgálják. A végső biztonsági próba az oltóanyag kipróbálása négy csimpánzon. Az állatokat hat hónapig figyelik és az oltóanyagot csak akkor szabadítják fel, ha sem a szerológiai vizsgálat, sem a májbiopsia során HBV-infekció jelei nem mutathatók ki. Állatkísérletek és klinikai vizsgálatok szerint az oltóanyag sem polymerizált humán albumint, sem LSP-t nem tartalmaz. Csimpánzokon végzett kísérletekkel és terjedelmes klinikai vizsgálatokkal gyakorlatilag kizárták annak lehetőségét, hogy a készítmény pathogen vírusokat (HBV, delta agens, NANB, slow vírusok) tartalmaz. Felmerült az AIDS átvitelének veszélye is, de a vakcina eddigi klinikai kipróbálása során egyetlen olyan adatot sem találtak, mely az AIDS oltóanyaggal történő átvételére utalna. Az oltóanyag nagy tisztasági foka következtében komoly mellékhatásokkal aligha kell számolni. Hőemelkedés, láz, a beadás helyén fájdalom és bőrpír, néha végtagfájdalom kettős vak-sérlet során a vakcinált, ill. placebo kapott csoportban egyaránt 15—25% között volt. 20—25 000 személy klinikailag ellenőrzött oltása, majd az oltóanyag engedélyezése után több százezer személy vakcinálása során komolyabb mellékhatásról senki sem számolt be. Az első oltottakat hét év óta figyelik, maradandó károsodást, vagy késői szövődeményt egy esetben sem állapítottak meg.

III. Klinikai tapasztalatok a HB oltóanyaggal.

Meglehetősen nehéz a különböző vakcina-készítményekkel elért eredményeket összehasonlítani az oltóanyagok antigenitási és immunogenitási különbözősége, az alkalmazott dózis és oltási terv sokfélesége miatt. Ezért Hilleman javasolta a HB oltóanyag standardizálását. A standard-készítmény a

AIDs	szerezett immundeficiens szindróma
anti HB	Hepatitis B-vírus elleni
anti HBs	Hepatitis B-vírus felszíni antigén elleni ellenanyag
BVH	B-vírus hepatitis
DNA	desoxyribonucleinsav
HB	Hepatitis B (vírus)
HBIg	Hepatitis B-vírus elleni immunoglobulin
BHeAg	Hepatitis B-vírus „e” antigén
HBsAg	Hepatitis B-vírus felszíni antigénje
HBV	Hepatitis B-vírus
Ig	immunoglobulin
IU	nemzetközi egység
LSP	májspecifikus protein
mIU	nemzetközi egység 1/1000 része
NANB	non A non B (vírus)

WHO jóváhagyásával kerülne forgalomba. Az eddig publikált tanulmányok azt mutatják, hogy az oltóanyagokra az immunválasz (seroconversio: átmenet az anti HBs negatívából az anti HBs pozitívba) relatíve lassan jön létre: az első injekció után 1—5 hónappal 60—100%-ban, a harmadik injekció után 2 hónappal 90—100%-ban. Mivel a legtöbb egészséges oltottnál az anti HBs 3—5 év múlva is kimutatható, figyelemztető oltás 5 év múlva ajánlott.

Az oltás sikerességét befolyásoló tényezők: 1. Az oltóanyag inaktiválására használt szerek (formalin) töménysége, különböző adjuvánsok (alumínium) alkalmazása. 2. Tárolás. 3. Oltási dózis: érdekes, hogy az első oltásnál 10—20—40 mg oltóanyag szinte azonos anti HBs titeret eredményez, míg a III. oltás után a titeremelkedés dózistól függő. 4. Az oltott személy neme (férfiaknál alacsonyabb, nőknél magasabb titerű az immunválasz). 5. Életkor: ellentétben egyéb kórokozók elleni védőoltással, a HB oltóanyag már újszülöttekben és csecsemőkben is gyors és hatásos immunizálódást eredményez. Jó az immunválasz 2—15 évesek között is, legeredményesebb 17—20 évesekben, 30 év felett a korral csökken. 6. Rasz tulajdonságok. 7. Immunsuppressio: lassúbb és gyengébb az immunválasz, mint egészségesekben, de kielégítő; esetleg negyedik oltás is szükséges. Figyelemztető oltás 1—2 éves időközökben ajánlatos.

Az aktív immunizálásra adott lassú immunválasz miatt bizonyos esetekben kívánatos az azonnali védelmet biztosító egyidejű passzív immunizálás HBIG-nal. HBV pozitív akut vagy krónikus hepatitiszes betegek partnerei, dializáltak, dializáló állomások és hepatitisz osztályok személyzete esetében. A HBIG befolyásolja a HB oltóanyagra kialakuló seroconversiót és antitest-tükröt, hatása mintegy 60 napig tart. Idősek és immunsupprimáltak esetében második HBIG is adható, mivel ezek többségében csak a harmadik HB-oltás után jön létre seroconversio.

A szerzők részletesen foglalkoznak a különböző HB-markerekkel (HBsAg, anti HBs, anti HBe) rendelkezők oltási eredményeivel. Az egészséges személyek kb. 1—6%-ában a HB-oltásra nem kaptak immunválaszt (túlnyomó többségük férfi), így ezek nem váltak védetté a HB-infekcióval szemben, de ha HB-fertőzés érte őket, nagy részük képezett anti HBs-t. A HB-oltóanyag védőhatása számos placebo-kontrollcsoporttal szemben beigazolódott. (Hilleman és Monpas által előállított, 1982-ben az NSZK-ban jóváhagyott oltóanyaggal szerzett tapasztalatok alapján.)

Az eredmények összefoglalása: 1. Minél erősebb az immunválasz, annál biztosabb a védelem. 2. Harmadik oltás után HB-infekció csak

alacsony immunválasz, vagy immunválaszhiány esetében jön létre. 3. A hepatitisz inkubációs idejében nagyobb dózissal oltva a betegség könnyebb lefolyású. 4. Szenegáli endemiás területen a HBsAg-hordozók száma az oltottak körében 85%-kal csökkent, az összes oltott gyermek 94%-a anti HBs-t képezett, s így védett lett HB-infekcióval szemben. 5. A dializáltak gyengébb immunválasza ellenére az immunizálás után 80%-kal csökkent a HB-infekció. 6. Haemodializáltak és dializáló személyzet körében — 9 hónapig tartó megfigyelés alatt — passzív-aktív oltással teljesen kiküszöbölték a HB-t. A HBsAg-hordozók 55 hozzátartozójánál — 7 hónapos megfigyelés után — passzív-aktív immunizálást alkalmazva nem jött létre HB-fertőzés. 7. A passzív-aktív profilaxis legfontosabb indikációja a perinatalis fertőzés megakadályozása HBsAg pozitív anyák újszülötteiben. Taiwanban ezt az igen nagy jelentőségű problémát a passzív-aktív védelemmel igen nagymértékben sikerült csökkenteni. Végleges eredmények közléséhez további nagyobb esetszám, hosszabb megfigyelési idő szükséges.

IV. Rizikócsoporthoz és oltási javallatok. Az oltóanyag-kutatás újabb eredményei.

Az NSZK-ban évente jelentett BVH-esetek száma 6000 és 8000 között van. A fertőzés a nem endemiás területeken majdnem kizárólag az ún. rizikócsopothoz fordul elő. A szerzők áttekintik a veszélyeztetett csoportokat, amelyek számára az aktív és passzív immunizálás ajánlott. Az egészségügyi személyzet fertőzött testnedvekkel való expozíciónak van kitéve. A BVH veszélye vérkontaktusnál nagyobb, mint a beteggel való érintkezésnél. Dializáló állomások, hepatitisz- és onkológiai osztályok dolgozóinak kockázata különösen nagy, éppen úgy, mint az operatív szakmákban tevékenykedőké, a felületi kontamináció révén. Az antigén-hordozókkal foglalkozókat (pl.: „sárga” művese-osztály, hepatitisz részlegek) passzív-aktív védőoltásban kell részesíteni. Krónikus vesebetegeket a dializálás kezdetén azonnali immunizálni kell. Hasonló az elv az immunsupprimált betegek esetében is. Haemophília, thalassaemiás és sarlósejtes anaemiás betegeket a diagnózis felállítását követően kell immunizálni. Pszichiatriai osztályokon csak akkor szükséges az oltás, ha a HBV-fertőzöttség a normális mértéket meghaladja. Különösen Down-kórosak veszélyeztetettek, mivel immundefektusuk talaján a hepatitisz krónikusan zajlik. Az akut hepatitiszes betegek szexuális partnerét és a krónikus HBsAg-hordozók közvetlen hozzátartozóját passzív-aktív immunizálásban kell részesíteni. Bár a legtöbb HBsAg pozitív terhes HBeAg negatív, ajánlatos az újszülötteket immunizálni. A ho-

moszexuális férfiak, a prostituáltak és a kábítószer-élvezők (fecskendők és tűk révén) szintén veszélyeztetettek. A bebörtönzöttek a homoszexualitás miatt tartoznak az immunizálandók közé. Az endemiás területre egészségügyi szolgálat céljából utazók szintén oltandók. Ezeket az ajánlott oltandó csoportokon kívül a szerzők még néhány különleges esetre hívják fel a figyelmet. Az immunizálás megkezdése előtt az oltandókat (pl.: terhesek, akiknek férje HBsAg-hordozó) a vírusmarkerek jelenléte irányában meg kell vizsgálni. Először az anti HBe-t nézik. A negatívokat lehet oltani. Pozitív esetben anti HBs-t keresnek, minthogy ilyenkor az esetek többségében lezajlóan levő HBV-fertőzésről van szó. Ha az anti HBs pozitív, az oltás felesleges. Ha negatív, HBsAg-t kell vizsgálni. Ha a HBsAg negatív, az immunitás kérdéses, tehát oltani kell. Az immunizálás után az egészséges egyének további vizsgálata felesleges. Immunsupprimáltaknál minden esetben kötelezőek az utánvizsgálatok, hogy negatív esetben ismételt oltásra kerülhessen sor.

Végül a szerzők ismertetik az oltóanyag előállításának újabb lehetőségeire vonatkozó adatokat. Ilyenek a HBsAg előállítására az eukaryonta és prokaryonta sejtekben génrekombináció útján, vagy az antigénnek primer májcarcinoma sejtorsóból történő kivonása. Transzformált emlősejtek HBsAg produkciója a HBsAg gén beoltása után újabb lehetőséget jelent. Élesztőgombákban génrekombinációval termelt HBsAg kecséget a legtöbb sikerrel. A HBsAg aminosav sequentiája már ismert, hasonló összetételű peptidok előállítására computerprogram szerint viszonylag olcsó, de ezek immunogenitása még nem kielégítő. Mindenesetre még további vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy ezek oltóanyagként szerepelhessenek.

Keszei Nóra dr.
Méhessfalvi Erzsébet dr.
Sulyok Boróka dr.

A hepatitisz B üritő a kórházban.
Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1983, 2, 1285.

„Összegyűjtöttük izoláló szobákból és a fertőző betegségekre vonatkozó rendszabályok szerint mentőautóval otthonba szállítottuk őket. Miután kiszálltak, elkeveredtek a járókelők között. Mi ebben a logika?” A töprengő mentőautó vezető, leírva a HBV üritők szállítását a kórházból a közösségbe, logikus magyarázatot vár az esetemre vonatkozóan — ami egyúttal hangsúlyozza a HBsAg pozitív egyének gondjait, akik orvosi vagy fogorvosi kezelési lehetőségeket keresnek HB vírus fertőzésüktől független betegségükben.

A B-virushepatitistól való félelem a vese dializáló egységek jár-

ványain alapul, hangsúlyozva az osztályok személyi állományát ért fertőzések konzekvenciáit. Manapság — ismervén a HBV-fertőzés természetét, epidemiológiáját, a vírus szerkezetét — megfontolt állásfoglalás szükséges a fertőzés észszerű konrolljára vonatkozóan.

Két kérdést kell tisztázni: a beteg infektivitásának fokát — és az átvitel útját. Ma már tudjuk, hogy a HBsAg őrítők fertőzőképessége erősen változó, és hogy a transmissio rizikója — egyedi esetekben — mennyiségileg is megállapítható. A krónikus HBV-fertőzés állapotában két stádium lehetséges. A kezdeti, akut (vírusreplicatio) fázisban HBeAg (a vírus nucleocapsidjának oldott komponense) mutatható ki a serumban, a HBV-DNA polimerase aktivitás fokozott. Ebben a stádiumban különböző számú HBcAg (nucleocapsid Ag) fordul elő a hepatocyták nucleolusában és felületi membránján, valamint — molekuláris hibridizációval — HBV-DNA-t lehet kimutatni a serumban és a májban, szabad formában. Hónapok, évek múlva HBeAg-HBeAt seroconversio következik be, a serum DNA-polimerase aktivitása megszűnik és a májsejtekben már nincs HBcAg. Ebben a fázisban a HBV-DNA a gazda genomba integrálódik és — valószínűleg — felelős a serumban kimutatható HBsAg folyamatos termeléséért.

Jóllehet üres Dane particulumok előfordulhatnak a serumban, komplett viriont ritkán lehet találni. Ilyenkor a fertőzőképesség sokkal kisebb, mint az aktív vírus replicatio idején (tűszúrás expositio, az anyától az újszülöttre való transmissio, csimpánzokba történő inoculatio). Bár a serum HBeAt tartalma jó jele az alacsony infektivitásnak, nem zárható ki teljesen a komplett vírus termelését. A serum direkt HBV-DNA vizsgálata — teoretikusan — még jobb mutató. A gyakorlatban a HBeAg és HBeAt status egyszerű teszt az infektivitás megállapítására. Az izolálás a HBeAg pozitív egyénekre korlátozódhat. A HBeAt pozitív egyének (az „egészséges” őrítők többsége) nyitott osztályon ápolhatók, kivéve a dialyzáló egységeket, ahol a HBV-fertőzés könnyen létrejön és nehezen eliminálható.

A HBeAg pozitív esetektől származó fertőzések csökkentését célzó szabályok a terjedés útjának megállításából származnak. Kísérletekből tudjuk, hogy parenterálisan már a 10^{-7} -szeresre hígított serum átviszi a fertőzést, de a per os átvitelhez 1 ml-nél több, hígítatlan serum szükséges. A szervezet secretumaiban igen kevés a vírus, kivéve, ha vérrrel szennyezett a váladék. A faecalis-oralis terjedés nagyon valószínűtlen. Mivel a fertőzőképes beteg invazív procedúrái és a tőle vett vér jelentik a legnagyobb veszélyt, az eü. dolgozóknak kesztyűt kell használniuk és minden éles, hegyes,

szennyezett eszközt konténerben kell szállítani a sérülés elkerülése végett. A nem szállítható eszközöket — ha lehet — autoklávban célszerű sterilizálni, vagy 1%-os hypochlorit oldattal, ill. aethylen oxyd-gázzal fertőtleníteni. A vérrrel szennyezett secretumokat 1%-os hypochlorit és detergens mosószerrel kell kezelni, illetve hacsak lehet elégetni.

Teljesen izolált ápolás nem szükséges. A HB vaccina hozzáférhetősége nem teszi feleslegessé az említett szabályokat, mivel a vaccina nem áll minden dolgozó — még kevésbé az osztály valamennyi betege rendelkezésére. Hogy a vaccina leg hatásosabb alkalmazását biztosítsuk és csökkentjük az eü. dolgozók fertőzés-rizikóját, a legcélszerűbb volna a fertőző eseteket kijelölt, regionális centrumokban ápolni, ahol vaccinált ápolónő-, orvos- és fogorvoscsoport szolgáltatná a kezelést. Ilyen egységek (specialistákkal) már ismeretesek olyan centrumokban, ahol a HBV-fertőzött betegek halmozottan fordulnak elő.

A fertőzés kontroll vizsgálatának előfeltétele a HBV őrítők felfedezése. Angliában a kaukázusiak igen alacsony HBsAg pozitivitása arra utal, hogy minden beteg vizsgálata az Ag-re vonatkozóan nemcsak kivihetetlen és megengedhetetlenül költséges, de nem is szükséges. Jobb alternatíva, ha a rizikó egyéneket vizsgáljuk (immunosuppressív, cytostaticum kezeltek, máj-vebetegyek, szellemi károsodottak intézetekben, homoszexuálisok, narcomániások és a nem-kaukázusiak). Az orvosokat erősen veszélyezteti a HBV-fertőzés. Gyakran vitáznak arról, hogy kell-e kontrollálni HBsAg őrítők voltukat és mit kell tenni, ha HBsAg őrítőknek bizonyulnak? Az utóbbira vonatkozóan a közegészségügyi apparátus szakértőinek javaslata a következő: mivel az orvosról a betegre terjedő bizonyított fertőzés igen ritkán fordul elő, és ha az orvos nem okozott fertőzést, folytathatja praxisát (kivéve a dialyzáló egységeket és intenzív osztályokon), de speciális elővigyázat szükséges, hogy elkerülje a vérrrel való fertőzés átvitelét. USA-ban az az általános nézet, hogy az orvosok szűrését a nagy rizikójú helyekre korlátozzák, bár Plumeri úgy véli, a gastroenterologusokra célozva, hogy ha nincs is orvos: vagy jogi előírás HBsAg voltak ellenőrzését illetően, létezik bizonyos morális vagy etikai kötelezettség. Érvelése azon alapul, hogy a HBsAg őrítők orvosok reális rizikót jelenthetnek az általuk végzett beavatkozások (endoscopia) révén. Az elgondolás gyenge pontja az, hogy ez a feltételezés konkrét esetben nem bizonyított, és valószínűleg nem is igaz a csekély számú „egészséges” HBsAg őrítő orvosokra vonatkozóan sem. Az ilyen irányú szűrő vizsgálatok költségesek voltak miatt nem indokoltak Angliában, ahol egyre ne-

hezebb az egészségügyi ellátás folyamatos biztosítása.

Barna Kornél dr.

A hepatitis B-vírus perinatalis transmissiója Észak-Irorszában.

Bharucha C. és mtsai (Northern Ireland Blood Transfusion Service, Belfast BT 12 46 E): Brit. Med. J. 1983, 286, 439.

A hepatitis B infekció átvihető az anyából az újszülöttbe, így az újszülött hordozó marad. Európában és Észak-Amerikában az átvitel 0 és 6% közötti, míg Taiwanban 40%. Az e antigén (HBeAg) kapcsolatos az átvittel és a HBeAg-hordozók magas száma Ázsiában és Kínában tehető fel a különbségért. Az Észak-Ír transzfúziós szolgálat 1973-tól a területére eső újszülöttek 98%-ának a vérmintáját vizsgálta meg rutinszerűen. HBsAg pozitív asszonyok és újszülöttjeik szérumát RIA-val tesztelték. A csecsemőt akkor tartották vírus-hordozónak, ha 9 hónapos koráig perzisztáltak a véreben a vírusmarkerek. 52 HBsAg pozitív anyát és újszülöttjét vizsgálták. Közülük 34 volt fehér, 16 keleti és 2 afrikai. 2 HBeAg pozitív fehér asszony fertőzte újszülöttjét egyértelműen. Egy esetben volt még bizonyíték a transmissióra — egy évvel a szülés után anti e jelent meg az asszony szérumában. Egy esetben nem történt az asszonynál HB e vizsgálat 3 gyermeke megszületéséig — 2 gyermeke HBeAg pozitív volt, 1 anti HB c pozitív 3 éves koráig — az asszony feltehetően HBeAg-hordozó volt a terhessége alatt.

Az Egyesült Királyságból származó vizsgálatok alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a fehér újszülöttek nem veszélyeztetettek, kivéve ha anyjuknak a terhesség utolsó trimeszterében akut B-vírus hepatitisze volt. Az itt vizsgált valamennyi asszony évekig hordozó volt, a terhességük alatt nem volt vírushepatitisük. A szerzők szerint Észak-Irorszában a fehér gyermekek jelentős része fertőződik az anyjától.

Felhívják a figyelmet arra, hogy a fehér emberek egy-egy közösségében is magas kockázatot jelent a terhes anya HBsAG hordozása, ezért nem szabad ezeket kizárni a profilaxisból. Az e antigén jelenléte és valamennyi e marker hiánya továbbra is a transzmisszió magas kockázatát jelzi.

Valamennyi ebbe a kategóriába eső újszülöttnak ezért profilaxist kell nyújtani, akár fehér, akár színes bőrű.

A szerzők kialakítottak a veszélyeztetett újszülöttek aktív-passzív immunizálására egy protokolt Észak-Irorszában, mely fehérekre és színesekre egyaránt vonatkozik.

Nemes Zsuzsanna dr.



Hepatitis-B-vírus elleni aktív immunizálás. Wildgrube, H. és mtsai (Abt. f. Gastroenterologie der Inneren Med. der Univ. Frankfurt/Main): Dtsch. med. Wschr. 1984, 109, 246.

Az elmúlt évek rendszeres vizsgálatai igazolták, hogy a hepatitis-B-vírus még ma is világszerte elterjedt és klinikai jelentőségű megbetegedés. A hepatitis-B-fertőzés morbiditását és mortalitását kevésbé az akut fázis, hanem inkább a késői következményei döntik el, nevezetesen a hepatitis chr., a májcirrhosis és az elsődleges májrák. Az orvosi ténykedés gyakorlók között ötször-tízszer magasabb a vírushepatitis-B-vel való megbetegedés kockázata. Nagy jelentőségűek tehát a hepatitis-B-oltóanyag-gal való aktív prophylaxis próbálkozások. A hepatitis-B kórokozója ma még nem tenyésztethető; jelenleg minden oltóanyag emberi plasmából való antigénanyagon alapszik. Több francia és amerikai kutatócsoport igazolta a hepatitis-B-vaccinával végzett aktív immunizálás hatékonyságát placebo-ellenőrzéssel és randomizált vizsgálatokban homoszexuálisokon és haemodializált betegeken.

A szerzők hat hónapon át rendszeres klinikai és klinikó-kémiai ellenőrzésekkel 272 kockázatos személyen vizsgálták a francia *Hevac-B-Pasteur-vaccinával* végzett oltási eredmények hatásosságát. A probandusok a HBs-antigen 5 µg dózisu vaccinat havi intervallumokban három ízben kapták. Minden vaccinatio előtt és hat hónap után 18 klinikó-kémiai adat és klinikai vizsgálat mellett az összes lényeges hepatitis serológiai markert (anti-HBs, anti-HBc, HBs-antigen, HBe antigen, anti-HBe) radioimmunológiaiag meghatározták. Két hónapon belül az oltottak 85,5%-ában antitestek képződtek a felületi antigen ellen (anti-HBs). Hat hónap után az oltottak 93,1%-ban seropozitívá váltak. Az első két hónapon belül az anti-HBs-pozitív-letek aránya, valamint a magasabb anti-HBs-koncentráció nőknél jelentősebb gyakoribb volt, mint a férfiaknál. Ez a különbség a hatodik hónapban teljesen kiegyenlítődt. Vizsgált paraméter (seroconversio-ráták és a HBs-koncentráció) korfüggőséget mutatott. A 25 év alatti és a 35 év feletti vaccináltak között szignifikáns különbséget találtak. Vizsgálataik megerősítik a Pasteur-Intézet vírus-hepatitis-B-elleni vaccinájának biztosan aktív immunogen hatását. A vaccinát az oltottak általában jól tűrték és a megadott oltási séma szerint 93,1%-ban hatásos volt; az életkor emelkedésével az immunogen hatás csekélyebb.

ifj. Pastinszky István dr.

Aktív immunizálási kísérletek hepatitis B ellen. Horak, W., Leih-

ner, Ch., Kemenesi, W. (Univ. Klin. Hepatol. II, Wien): Wien. med. Wschr. 1983, 133, 85.

A szerzők a Bécsi Egyetemi Klinikák 103 egészséges dolgozóját, valamint 30 műve osztályon fekvő beteget B típusú hepatitis ellen védőoltásban részesítettek. Mindenki 3 alkalommal egyhónapos időközökben 5–5 µg maximálisan tisztított HBsAg-t (hepatitis B felületi antigen, Hevac B Pasteur[®]) kapott bőr alá. Az oltásnak mellékhatásai nem voltak, a transaminase értékeket havonta ellenőrizték. Egy hónap múlva az egészségesek vére 80%-ban tartalmazott hepatitis B ellenanyagot (anti-HBs), 2 hónap múlva 68%-uk, a pozitív eredmények aránya havonta emelkedett, 88, 93, 92, ill. a hatodik hónap végén 95% volt. A betegek ellenanyagképzése jóval alacsonyabb volt s a hathónapos időközben a következőképpen alakult: 7; 18; 65; 62; 47 és végül 57%. Az egészségesek vérének antitest tartalma átlag 1,000 nemzetközi egység (IU) volt ml-enként, a betegeken csak 475 egység volt elérhető.

Az egészségesek közül egyik sem mutatott hepatitisre gyanús tüneteket, 2 személynél találtak HBcAg (core-antigennel) szemben képezett ellenanyagokat, de a savójuk sohasem mutatott HBsAg-t s a transaminase-értékek sem adtak kóros eredményt. A műve osztály betegei közül 4 lett HBsAg pozitív, ezek közül csak 2-nél emelkedtek a transaminase-értékek.

Várható, hogy ezen antigen alkalmazásával elkerülhetők lesznek a foglalkozási hepatitis-fertőzések, valamint ha a dialysisre kerülő betegeket is immunizálják, akkor csökkenthető lesz az iatrogen hepatitis-fertőzések száma is a művese osztályokon.

Nikodemusz István dr.

Hepatitis B-virushoz kapcsolódó delta agens fertőzések járványtani váltakozása Itáliában. Smedile, A. és mtsai. (Div. Gastroenterol. Osp. S. Giovanni, 10126 Torino): Amer. J. Epidem. 1983, 117, 223.

A szerzők, hogy a hepatitis-B-virushoz csatlakozó ún. „delta agens” által okozott fertőzések járványtánát felderítsék, 1979–1981-ben összesen 2,001 vérsavóban vizsgálták meg részben a delta agens antigén és az ez ellen képződött ellenanyagok (anti-delta) jelenlétét. A vérsavók Itália különböző vidékeiről származtak, 687 savót hepatitis-B-fertőzésben szenvedő betegtől vettek, 1,314-et pedig a hepatitis-B-vírus felületi antigénjét (HBsAg) hordozó egészséges egyéntől. Az eddigi adatok szerint úgy tűnik, hogy a delta antigen Dél-Olaszországban endemiás és az ország északi részében a déli emigránsokkal terjedt el, akik oda jöttek munkavállalásra. Ezen kívül a népcsoporttól füg-

getlenül terjed a kábítószeresek között. Valószínűleg az endemiás jelleg a HBsAg-hordozóról HBsAg-hordozóra való átvitelben nyilvánul meg.

Nikodemusz István dr.

A nagyon veszélyeztetett egyének hepatitis B védőoltása Zürich kantonban. Grob, P. J., Rickenbach, M., Wagner, S. (Abt. Klin. Immunol. Univ. Krankenhaus, CH-8044 Zürich): Eur. J. Clin. Microbiol. 1983, 2, 309.

A szerzők megkísérelték 10 484 hepatitisnek maximálisan exponált egyén védőoltását H-B-Vax (Merck) vagy HEVAC B (Sanofi-Pasteur) vaccinával. Az első oltással valamennyit oltották, a második oltáson csak 9569 (91%), a harmadikon csak 7765 (74%) jelent meg. Az első oltást 7768 közkórházi alkalmazott (1145 orvos, 5258 ápolónő, 561 laboránsnő, 604 kiegészítő személy és 200 adminisztratív dolgozó) kapta, 250 fogklinikai dolgozó (108 fogorvos, 142 asszisztens), 445 magánrendelőben dolgozó (210 orvos és 235 egyéb), 267 magán fogászati rendelőben dolgozó (137 fogorvos, 130 egyéb), 51 vérbank alkalmazott, 320 veszélyeztetett páciens, 98 HBsAg-hordozó kontakt, 395 promiszkuításban lévő homoszexuális egyén, 588 kábítószer-fogyasztó, 250 rendőr és fegyőr, 52 veszélyeztetett szociális dolgozó. Az oltottak 47%-a 20-30 év között volt. Az oltottak kb. Zürich lakosságának 1,1%-át jelentik, oltásra került az egészségügyiek s a veszélyeztetett betegek mintegy 70%-a, de a kábítószereseknek és homoszexuálisoknak csak 10%-a.

Az oltottak 12-17%-ánál jelentek mellékhatások, súlyos tüneteket nem észleltek, 6 oltottnál fejlődött ki az első oltás után 60 napon belül hepatitis. Az oltás évében, 1982-ben 177 hepatitiszt jelentettek, 109-et az első és 68-at a második felében. Úgy látszik, hogy a védőoltás megakadályozza az egészségügyi fertőzést s ezzel a többi — nem oltott — csoport is kevésbé lesz veszélyeztetett.

Nikodemusz István dr.

Az A hepatitis körlefolyasának spektruma. Roten, A. és mtsai (Med. Klinik, Stadtsptal Waid, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1983, 113, 694.

Prospektív tanulmányukban a szerzők 37, kórházban gyógykezelt betegük kapcsán az A hepatitis epidemiológiájával, klinikai és biokémiai lefolyásával, valamint histológiájával foglalkoznak.

Epidemiológiai bizonyított, hogy az A hepatitis azokon a földrajzi szélességi fokokon, ahol a szerzők is élnek, jórészt utazók betegsége. Betegeik kétharmada nem sokkal korábban endemiás

területen tartózkodott. A többi nem járt külföldön, így nyilván Svájcban fertőződhetett, bár csak kettőnél volt megállapítható hepatitisz-kontaktus. Újabb vizsgálatok szerint a magas higiénés standardú nyugati államokban az A hepatitisz lényeges fertőző forrásai mindenekelőtt a gyermekotthonok és a homoszexualitás. Svájcban fertőződött 13 betegük közül egyenél sem volt megállapítható összefüggés az előző tényezővel, ellenben a 9 férfi beteg közül 3 homoszexuális volt. Más szerzők adataihoz hasonlóan betegek között nem voltak kábítószerező-élvezők (Svédországban az A hepatitisz előfordulását gyakrabban észlelték közöttük).

A prodromális fázis vezető tünete a korai, 40 °C-ig emelkedő láz volt a betegek 85%-ában. Kiütést, arthritist vagy serositist nem észleltek. Minden beteg sárga lett, a bilirubin maximális értékének átlaga 177 $\mu\text{mol/l}$ (40–643 $\mu\text{mol/l}$) volt, a GPT-é 4450 U/l (1740–14885 U/l). 3 beteg (22%) GPT aktivitása kétfázisú volt, a második csúcs kb. a 8. héten jelentkezett. 24 beteg (65%) 3 hónapon belül meggyógyult, 13 (35%) esetben protrahált kórlefolyást észleltek, a transaminase értékek csak 6–18 hónap alatt normalizálódtak. Szignifikánsan gyakrabban volt protrahált lefolyású a férfiak, a Svájcban fertőződött férfiak, és azok betegsége, akiknek transaminase aktivitása kétfázisú lefolyást mutatott.

A májbiopsziák 50%-ában különös szövettani jelként túlnyomórészt periportalisan májsejt necrosisokat észleltek, melyek gyakran a piecemeal necrosisok képét utánozták. E szövettani laesio nem függött össze a gyakoribb protrahált kórlefolyással. Úgy tűnik, hogy a periportalisan májsejt necrosisok a májsejtkárosodás korai jelei, mivel minden esetben a betegség első négy hetében fordultak elő.

Brasch György dr.

Fatális csontvelő aplasia non-A, non-B hepatitisz kapcsolataiban. Bannister, P. és mtsai (Seacroft Hospital, St. James's Hospital, Leeds): *Brit. Med. J.* 1983, 286, 1314.

Az aplastikus anaemia ritkán előforduló, késői szövődőmenye lehet a vírus hepatitisznek. A és B vírus fertőzéssel kapcsolatos hematológiai komplikációkról több mint 200 közlemény szól, non-A, non-B hepatitiszrel szövődött csontvelő-elégtelenségről eddig 2 közlés van. A szerzők egy 15 éves leány esetét ismertetik, akit súlyos icterus miatt vizsgáltak. Mérsékelt fokú hepatomegalia mellett a lép éppen csak elérhető volt. A laboratóriumi értékek kifejezett icterust, normál se. alk. phosphatasét és magas SGOT-t (900 UI/l) bizonyítottak. Az észlelés kezdé-

tén a hematológiai paraméterek normál tartományon belüliek voltak. A direkt és indirekt virológiai vizsgálatok A és B vírus fertőzést nem igazoltak, egyeb, heveny májlaesiót okozó betegségek kizárhatók voltak. 12 hét után a májfunkciós tesztek normalizálódtak. Újabb 5 hónap elteltével jelentkeztek a súlyos perifériás pancytopenia jelei csontvelő aplasia következtében. A sürgető csontvelő transzplantációt megfelelő donor hiányában nem tudták elvégezni, így supportív kezelést alkalmaztak. 5 hónap múlva találtak megfelelő donort, azonban a beteg disseminált aspergilliosis következtében meghalt. Az indirekt bizonyítékok alapján a szerzők feltételezik betegüknél a non-A, non-B vírus fertőzést, és annak oki szerepét a csontvelő-elégtelenség kialakulásában. A vírus hepatitiszek 0,1–0,2%-ában jelentkezik csontvelő aplasia, általában fiatal életkorban, s férfi dominancia figyelhető meg. Az aplasia tünetei a hepatitisz klinikai manifestációját változó idővel követik (átlagban 8 hét), a prognózis igen kedvezőtlen, a mortalitás 85% körüli. A választandó kezelési mód a csontvelő transzplantáció.

Bozóky Géza dr.

HBeAg seroconverziót megelőző klinikai és hisztológiai események krónikus HB-vírus hepatitiszben. Yun-Fan Liaw és mtsai (Chang-Gung Memorial Hospital 199, Tung Hwa North Road, Taipei, Tajvan, 105): *Gastroenterolgy*, 1983, 84, 216.

99 HBeAg pozitív krónikus hepatitiszes beteget vizsgáltak 60 hónapon keresztül (átlag 24 hónap). 30 beteg e antigén pozitívítása megszűnt. Az e antigén pozitívák száma évente átlag 17%-kal csökkent. A hisztológiai dg.: krónikus aktív hepatitisz, krónikus lobularis hepatitisz, nonspec. reactiv hepatitisz volt. (Persistáló hepatitisz nem volt.) 13 betegnél az e antigén eltűnését az SPT aktivitás nagyfokú emelkedése előzte meg, a szövettani képből pedig gócos necrosist, gyulladásos jelekkel, eelleg bridging necrosist láttak. Az elváltozást főleg a vena centralisok környékén észlelték. 7 betegnél a seroconverziót klinikai jelek nem kísérték. 10 immunosuppressív vagy antivirális kezelésben részesült beteg közül 8-nál figyeltek meg seroconverziót, itt az enzimelemelkedés fokozatosan normalizálódott.

Nem tudják, hogy miért, de tény, az e antigén betegek egy részében kezelés nélkül eltűnt, az e antitest megjelenésével egy időben. Megfigyelésük nem támasztja alá azt az elképzelést, hogy immunosuppressív vagy antivirális kezelés az e antigén seroconverziót késleltetné. *Ibrányi Endre dr.*

A delta agens klinikai vonatkozásai. Moestrup, T. és mtsai (Department of Infect. Dis., University of Lund, Malmö General Hospital, S—21401 Malmö, Sweden): *Brit. Med. J.*, 1983, 286, 87.

A B vírushez társuló delta antigén antitest rendszert először Rizzetto írta le, Olaszországban. Azóta kiderült, hogy ez az agens az egész világon elterjedt. A szerzők retrospektív vizsgálatukat 1970–1981 között végezték Malmö lakosságán (250 000 személy). 191 HBsAg-hordozón észleltek akut megbetegedést. Közülük 79 kábítószerező volt, itt 42 betegben találtak delta agenset. A betegség lefolyása vagy hasonló volt a vírus hepatitiszhez, vagy bifázisos volt. (Átmeneti javulás után mind az enzimaktivitás, mind a serum bilirubin-szint emelkedett.) A delta antitestek megjelenésekor a HBsAg pozitívítás átmenetileg megszűnhet.

592 akut B vírus hepatitiszben a delta agens is megjelent 57 betegben. (A betegek 1 kivételével kábítószerező-élvezők voltak.) A betegség itt is a szokásos vagy bifázisos formában zajlott le. B vírus hepatitiszben szimultán delta fertőzés klinikai képe hasonló, mint a delta agens nélküli fertőzésben. A gyanút a kettős fertőzésre csak az elhúzódó lefolyás, vagy a bifázisos kép keltheti. A HBsAg pozitívítás megszűnhet, de ilyenkor, főleg ha a beteg kábítószerező, nem non-A, non-B felülfertőzésre, inkább a delta agens szerepére kell gondolni.

Ibrányi Endre dr.

VIII. faktor transfúziója után fel-lépő non-A-non-B hepatitisz ritkán transfundált betegekben. Fletcher, M. L. és mtsai (Oxford Haemophilia Centre, Churchill Hospital, Headington, Oxford): *Brit. Med. J.* 1983, 287, 1754.

A haemophiliások VIII. faktor koncentráttal (VIII. f. k.) való kezelése jelentős hepatitisz-rizikót jelent; a hepatitisz elsősorban non-A-non-B típusú.

Nagy-Britanniában már több közlemény foglalkozott azzal a problémával, hogy azokban a haemophiliás betegekben, akiket az USA-ból származó, fizetett vér-adók serumából készített VIII. f. k.-mal kezeltek, gyakrabban alakult ki hepatitisz, mint azokban, akik az angol National Health Service (NHS) által, önkéntes véradók serumából előállított VIII. f. k. transfúziót kaptak.

A szerzők 30 beteg prospektív vizsgálatát során arra kerestek választ, milyen gyakran fordul elő non-A-non-B hepatitisz olyan haemophiliás betegekben, akik életükben először vagy korábban csak ritkán részesültek VIII. f. k. transfúzióban. 4 beteget kizártak a vizsgálatból, mivel bizonyítottan

krónikus májbetegségben szenvedtek. A fennmaradó 26 beteg közül 17-ben alakult ki hepatitis (a transaminase-értékek 300 NE fölé emelkedtek), icterust azonban csak 10 esetben észleltek.

A szerzők a következő megfigyeléseket tették: 1. Minden olyan betegük megbetegedett hepatitisben, aki az USA-ból származó VIII. f. k.-ot kapott — tekintet nélkül arra, korábban kapott-e transfúziót vagy sem —, másrészt minden olyan betegük, aki életében először kapott VIII. f. k.-ot. Az NHS-féle koncentrátumot kaptak közül pedig azoknak volt kisebb esélyük arra, hogy megbetegedjenek, akik megelőzőleg már kaptak VIII. f. k. transfúziót. 2. Nem találtak összefüggést a megbetegedés és a korábban kapott palackok száma, valamint aközött, hogy hány donor serumából állították elő a koncentrátumot. 3. A betegség jellegét tekintve a szerzők a non-A-non-B hepatitisnek 2 típusát figyelték meg: az egyik rövidebb inkubációs

idő után, akut tünetekkel kezdődik, míg a másik elhúzódó lappangási időt követően, elmosódó tünetekkel lép fel. A transaminase-aktivitás emelkedésével egyidőben egy kivétellel minden betegük tünetekről panaszkodott. 4. A 17 hepatitisben megbetegedett közül 8 intermittáló májfunkciós zavarokat mutatott 6 hónap után, 3 még 1 év után is.

A VIII. f. k. transfúziója után fellépő hepatitis magas előfordulási gyakorisága miatt a szerzők a VIII. k. f. aktivitását emelő és fenntartó szerekkel (többek között desmopressin acetattal) próbálkoztak, eredményeiket azonban jelen közleményükben nem részletezték.

Horváth Andrea dr.

Non-A-non-B hepatitis két különböző típusának előfordulása egy szív-érsebészeti osztályon. Oheri és mtsai (Dept. Bact. Tohoku

Univ. School. Med. Sendai 980, Japán): J. med. Virol. 1983, 11, 105.

Két egymástól jól elkülöníthető Non-A, Non-B hepatitis előfordulását figyelték meg egy szív-érsebészeti osztályon, 204 beteg közül, akik 1979. április és 1981. december között vértömlesztést kaptak, valamint extrakorporális vérkeringést alkalmaztak náluk, mert nyitott szívsebészeti műtéten estek át, 65 egyénnél (31,8%). A felnőttek között nagyobb arányban fordult elő a fertőzés, mint a gyermekek és serdülők körében, mert 115 20–69 éves beteg közül 46 kapta meg a fertőzést (40%), míg 89 páciens közül, akiknek életkora 1–19 év volt, csak 19, ami óvatosságot követeltetés alapján 21% körül mozog.

(Ref.: Semmi meglepő nincs, az ún. NA-NB típusú hepatitis csak annyiban látszott egységesnek, hogy a B-típushoz hasonlóan terjed, de nem azonos azzal.)

Nikodemusz István dr.

AZ Bemutatóterem 1984. II. félévi kiállítási programja

- | | |
|------------------------|--|
| Október 9–11. | ERBE (NSZK) cég kiállítása. Bemutatásra kerülnek terápiás és diagnosztikai elektronikus készülékek, nagyfrekvenciás sebészeti vágókészülékek, Kyro készülékek, mőtőlampák. |
| Október 24–25. | HELLIGE (NSZK) cég kiállítása. Keringésszabályozó-, intenzív terápiás-, ultrahang diagnosztikai készülékek symposionnal egybekötött bemutatója. |
| Október 30–November 1. | Bolgár Népköztársaság orvostechnikai kiállítása. |
| November 13–15. | Chirana Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat kiállítása a legújabb orvosi készülékeiből. |
| November 21–22. | Mikroelektronika a gyógyászatban. Az Oticon, Danavox, Widex cégek közös audiológiai kiállítása. |
| December 4–6. | Új típusú laboratóriumi készülékek és berendezések bemutatója. |

OMKER Bemutatóterem

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.

SZERETETTEL VÁRUNK.

KIÁLLÍTÁSAINKRA MINDEN ERDEKLŐDŐT



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

Nyitva: naponta 9–16 óráig



2464

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!



Idiopathiás (immun) thrombocytopaenia gyógyulása thymectomia után.

T. Szerkesztőség! Lehoczky Dezső dr. és Kelemen Endre dr. az Orv. Hetil. ez évi 125/23. számában az idiopathiás thrombocytopaeniás purpurában (ITP) human plazma-infúzióval elért hatásról ír. Az irodalom és saját — 1961 óta gyűjtött — tapasztalataikat ismertetik. E kezelés egy lehetőségként szerepel e nehezen befolyásolható, olykor rezistens (steroid-rezistens) kórkép akut formájában, ritkábban a krónikus formában is, ill. egyéb betegségben (pl. SLE) észlelhető thrombocytopaeniában. A gondosan megírt, nagy tanulmányban sem találtunk adatot a kórkép befolyásolásában esetleg szerepet játszó *totalis thymectomiáról*. Tekintettel saját — nemzetközi mércével mérten is — igen nagy thymectomiás anyagunkra, e szempontból szeretnénk a kérdéshez hozzájárulni, és két betegünket ismertetni.

Mint ismeretes, a myasthenia gravis (MG) immun-, ill. autoimmun jellege mintegy 25 évvel ezelőtt merült fel, majd fokozatosan igazolódott. Nagy MG beteganyagban egyéb, igazoltan vagy feltételezetten immun-jellegű betegségek és szindrómák (rheumatoid arthritis, hyperthyreosis, thyreotoxicosis, polimyositis, dermatomyositis, SLE, scleroderma, progressív sclerosis, Goodpasture-szindróma, immun glomerulonephritis, haemolitikus anaemia, anaemia perniciososa, ITP, psoriasis, ekzema, pemphigus vulgaris és foliaceus) együttesen mintegy 15%-ban fordulnak elő, egyben a MG immun jellegének klinikai igazolását is jelentve (5, 6).

Saját beteganyagunk közel 800 MG-ban szenvedő betege közül 360 esetben történt thymectomia, aminek jó eredménye a MG-ban általában ismert és elfogadott. Néhány esetben a MG-hoz társuló, egyéb, immun-jellegű betegségben is meglepő jó hatást, sőt, gyógyulást észleltünk (8). Ezek között két, éveken át állandóan steroidokkal kezelt ITP volt, s thymectomia után mindkét beteg gyógyult. Egyik esetben 35 é. nőbetegben végeztünk thymectomiát két éve zajló, progressív és generalizált MG miatt. A beteg addig — 11 éven át — állandó steroid kezelésben részesült ITP betegsége miatt. Az eltávolított, 46 g-os thymus hyperplasiás volt, nagy germinatív centrumokkal. A műtét óta eltelt 6 évben a beteg ITP-ja kezelést már nem tett szükségesé. Másik esetünkben a 28 é. nő 9 éven át részesült steroid kezelésben ITP miatt. Ocularis, bulbaris, majd generalizáló MG miatt thymectomiát végeztünk (hyperplasiás, 27 g-os thymus). Műtét után az ITP

éppúgy remissióba került, mint MG-a, 5 év katamnesztikus idő alatt kezelni nem kellett.

A thymus immun-regulációban betöltött szerepe nyilvánvaló. A thymectomia tehát jelentős immunosuppressív kezelésnek tekinthető, aminek szerepe MG-ban jól ismert (5, 6), egyéb immun betegségben azonban alig. Behan (1) említi a thymectomia hatását polimyositisben, Kornfeld és mtsai (4) autoimmun haemolytikus anaemiában, Brage (2) és Ferguson és mtsai (3) sclerosis multiplexben. Két, MG-ban és sclerosis multiplexben szenvedő betegünk thymectomiáját mi is ismertettük (7). Nem találtunk azonban adatot az ITP gyógyulására vonatkozóan thymectomia nyomán, ezért véljük hasznosnak megemlíteni két betegen tett tapasztalatunkat. Érdemesnek tűnik tovább figyelni és gyűjteni olyan adatokat, amelyek a thymectomia esetleges jó hatására utalnak nemcsak MG-ban, hanem egyéb immun-betegségekben is.

IRODALOM: 1. Behan, P.: Thymectomy in idiopathic polymyositis. Irish J. Med. Sci. 1978, 147, 159. — 2. Brage, D.: Observation in 166 patients with multiple sclerosis after thymectomy. In: Progress in Multiple Sclerosis Research (ed. by Bauer, H. J., Poser, S., Ritter, G.) pp. 451—454. Springer, Berlin (Heidelberg) New York 1980. — 3. Ferguson, T. B. és mtsai: Thymectomy in multiple sclerosis. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1983, 85, 88. — 4. Kornfeld, P. és mtsai: Thymectomy-induced remission of acquired autoimmune hemolytic anemia in an adult with myasthenia gravis. Am. J. Med. Sci. 1979, 277, 111. — 5. Simpson, J. A.: Myasthenia gravis and myasthenic syndromes. In: Disorders of Voluntary Muscle (ed. by Walton, J. N.) pp. 653—692. Livingstone, Edinburgh 1974. — 6. Szobor A.: A myasthenia gravisről. Orvosképzés 1981, 56, 3. — 7. Szobor A.: Sclerosis multiplex és myasthenia gravis együttes előfordulása. Orv. Hetil. 1984, 125, 1127. — 8. Szobor A.: Benefit of thymectomy in immune diseases other than myasthenia. Lancet 1984, 1, 277.

Szobor Albert dr.,
Molnár János dr.

A szemészeti vizsgálatok elvégzésének nehézségei a sportorvosi gyakorlatban.

T. Szerkesztőség! A szemészeti szakorvosi vizsgálatokat az OTSI rendkívül fontosnak tartja (Orv. Hetil. 1984, 125, 649. old.). A szemészeti szakrendelések alacsony kapacitás miatt a sportolók alkal-

masságának (fél, vagy évenkénti) ellenőrzésekor a szemészeti vizsgálat elvégzése megoldhatatlan feladat. Hasonló okok miatt a sportorvosi rendelőkben is csak néhány helyen lenne lehetőség a visus vizsgálatra.

Jelenleg az OTSI-ban és a megyei rendelőkben a szűrővizsgálatok alkalmával évente történik szemészeti szakorvosi vizsgálat. A küzdő és nehéztáplétkai sportokban a sportolás kezdetekor az alkalmassági vizsgálatok esetén kötelező a szemészeti vizsgálat.

Az OTSI készülő Módszertani levele a sportolók időszakos ellenőrző és alkalmassági vizsgálatát szabályozza, szakorvosi, sportági, minőségi megosztásban.

Az OTSI 8. sz. Módszertani levele a testnevelési osztályosok és sportiskolások orvosi ellátását részletesen ismerteti. A vizsgálatok ismétlésének elkerülése miatt besikolázások az egyébként is kötelezően elvégzett szemészeti vizsgálat eredményét az iskolaorvosi törzslapról kell átvezetni a sportorvosi dokumentációba. A visus vizsgálat tábla ezért csak az iskolaorvosi rendelők felszerelési javaslatában szerepel.

30 000 testnevelési osztályos és kb. 30 000 sportiskolás ellenőrzése más módon nem lehetséges.

A cikkben leírtakkal egyebekben egyetértünk.

Székely Gabriella dr.

Megmondani, vagy elhallgatni az igazságot?

T. Szerkesztőség! Jaro Krivohlavý dr. „Szemtől szemben a hallállal” c. közleményének (Orv. Hetil. 1984. évi 14. szám, 809. oldal) utolsó fejezetéhez, melyben a hallál közlésének kérdésével foglalkozik, néhány gondolatot fűznék.

A szerző szerint e fejezet nem mondja ki a „végső ítéletet”. A végén mégis állást foglal, amikor azt írja: „Ha segíteni akarunk betegünknek, hogy megbékéljen saját közeli halálának tényével, nem szabad, hogy hamis elképzelései legyenek az esetleges további hosszú életről.” Alapvető kérdés, elhallgatni, vagy közölni a beteggel reménytelen állapotát. A betegről van szó és nem a hozzátartozóról. A hozzátartozót fel kell világosítani a várható tragikus kimenetelről is. Vita csak afölött lehet, hogy a betegnek mit mondjon az orvos. A beteget is informálni kell a terápiáról és veszélyeiről, a prognózisról, de nem hiszem, hogy fel kellene szólítani végrendeletének megírására.

A szerző által felsorolt kérdések közül lényeges, hogy *miért mondja meg a betegnek az orvos a hallál közlést, és ezzel milyen hatást ér el?* A prognózis kérése mellett kimondása mellett felsorolt érvek között szerepel az orvos és a beteg közötti kölcsönös bizalom,

teljes őszinteség mindkettő részéről. Kétségkívül a beteg érdeke, hogy őszinte legyen, semmit se hallgasson el, ami a betegségére vonatkozik. Szükséges, hogy bízzon orvosában. De véleményem szerint az orvos részéről az őszinteségnek határai vannak, éppen a beteg érdekében. Reményt kell ébreszteni pl. műtét előtt a betegben, ha gyógyulásának ez az egyetlen lehetősége és nem a magas műtéti mortalitásról tájékoztatni őszintén. A beteg ingadozása, a műtét halasztása ugyanis ronthatja a prognózist. Az őszinte kezelőorvos közölje a beteggel, hogy esetleg jobb operatőr is van annál, aki a területileg illetékes kórházban a műtétet fogja végezni?

A halál várható időpontjának közlése a halál elleni harc feladását is jelentheti. Akkor miért gyötrik cytostaticumokkal, rtg.-el, transfúsiókkal stb.? — kérdezheti a rákos beteg. Ez már az euthanasia kérdését érinti.

A „vég” időpontjának közlése mellettí érvként szerepel, hogy a betegnek legyen ideje befejezni munkáját, a hívő végső kiegyezésre jusson istenével stb. Ehhez, sze-

rintem, nem szükséges az orvos „ítélete”. A betegek egy része megérzi a halál közeledtét, s ha nem érzi meg, miért kellene az élet reményétől megfosztani? A halálba való belenyugvás nem általános, inkább kivételes jelenség. Közismert, hogy az aggok többsége, ha hangoztatja is, hogy már megváltás volna a halál, mégis kéri a gyakori vérnyomásmérést, szemölcseről kérdezi, nem lesz-e belőle rák? Legfőbb témája, hogy milyen gyógyszert szedjen. Egy magyar pathologus professzorról mondták — aki rákban halt meg —, hogy betegsége tudatában, utolsó erejét összeszedve, felkereste a budai javasasszonyt. Több, mint négyévtizedes orvosi tapasztalataim szerint a rákos betegek többsége csodálatosan bizakodó. Még orvosok, egészségügyi dolgozók is, akik egyébként carcinophobiára hajlamosak, rák miatt végzett műtét után — recidiva, áttétek, vagy inoperabilitás esetében is —, reménykednek. Könnyen elhiszik a „kegyes csalást”. Vajon javít a beteg psychés állapotán, ha felvilágosítják, hagyjon fel minden reménnyel, fél év múlva meg fog halni? Lehet, hogy vannak, akiket

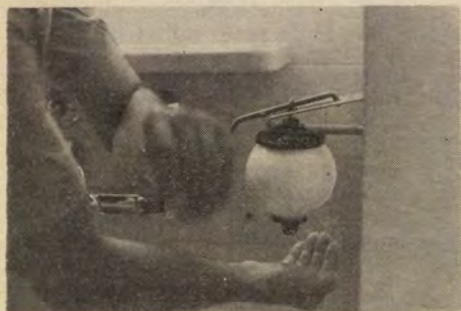
ez megnyugtat. Magam nem szeretném, ha ezt közölnék velem, sem szóban, sem jelekkel.

A háború alatt sok sebesült katonát láttam el. Nem egyszer fordult elő, hogy a súlyos shockkos, reménytelen állapotban levő megkérdezte: Ugye nem halok meg doktor úr? Egynek sem mondtam, de bizony meghalsz, fiam.

Igaza van a szerzőnek, amikor a régi bölcsességre hivatkozik, mely szerint „csak a saját bőrünkön” átélt dolgokról tudunk igazán beszélni. Nos, dolgoztam intenzív részlegen, mint orvos és tanúsíthatom, hogy „az érzelmi túlfeszültség nagyobb mértékben jelentkezett” bennem, mint a betegben. De voltam ápoló is intenzív osztályon. Nem gondoltam a halálra, de az orvosaim igen. Nem örültem volna, ha ezt akkor közlik velem.

A halál biztos, de az élethez hozzátartozik a halál elleni küzdelem, az élni akarás. Egyetlen vigasz, hogy nem tudjuk, mikor halunk meg. Ne fosszuk meg az átlagembert ettől a bizonytalanságtól.

Viczián Antal dr.



FELHASZNÁLÁSA: higiénés, illetve sebészi kézdesinficiáláshoz, műtőkben, kórtermekben, rendelőkben, laboratóriumokban, egyéb kórházi helyiségekben.

JELLEMZŐI: alkalmas bármilyen korszerű kéz-desinficiens (Bradosan, Bradosept, Biotensid, Betasodona stb.) gazdaságos adagolására. A készülék megbízhatóan működik, anyagai hosszú élettartamot garantálnak. Kezelése egyszerű, könnyen tisztítható, megfelel az egészségügyi előírásoknak.

MŰKÖDÉSE: Az adagolókart könyökkel lenyomva a dugattyú a szelepen át 2,5 ml fertőtlenítő folyadékot nyom a kifolyónyílás alá tartott kézre.
DP-12 típus úrtartalma: 750 ml
DP-13 típus úrtartalma: 1000 ml
Fogyasztói ára: 1700 Ft. (úrtartalomtól függetlenül)

Forgalomba hozza: OMKER, V. ker. Osztály 1066. Budapest Ó u. 44.

Gyártja:



TECHNOMED GMK
6800 HÓDMEZŐVÁSÁRHELY, JÓKAI U. 62/A.

Heberer, G., Köle, W., Tscherne, H.: Chirurgie. Lehrbuch für Studierende der Medizin und Ärzte. 4. átdolgozott és bővített kiadás. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1983. Ára: 78,— DM.

A 811 oldal terjedelmű tankönyv első kiadása 1977-ben jelent meg; jó fogadtatása megerősíti annak a fel fogásnak a helyességét, hogy az orvosképzés sebészeti ismeretanyaga úgy sajátítható el a legkönnyebben, ha egy rövidre fogott bázisszöveghez ábrák és táblázatok csatlakoznak. Ezt a célt 524 legnagyobb részét színes ábra, 114 táblázat és egy 110 képből álló radiológiai (röntgen, sonographia, computer-tomographia) ábratár szolgálja; ez utóbbi újonnan került a 4. kiadásba, mely egyébként is bővített és újra átdolgozott — figyelemmel a sebészet legújabb vívmányaira.

Az ábrák vázlatosak, igen szemléltetőek, a bázis-szöveget jól kiegészítő magyarázó szöveggel ellátottak; a könyv bázisszövegében utalnak a megfelelő ábrára.

A 4. kiadás egy „Gyermeksebészet” fejezettel bővült, az „Anaesthesia” fejezetet pedig „A postoperatív fájdalomkezelés” c. toldalékkal egészítették ki.

Az általános sebészeti rész 15 fejezetből áll; ennek keretében 1—1 fejezetet szentel pl. az antibiotikum-terápiának, a volumenpótlás, akut életveszélyes állapotok első ellátása, műtéti rizikófaktorok, postoperatív felügyelet és kezelés, haemostasis-thrombosis-embolia, onkologia és TNM osztályozás, transplantatio és immunologia kérdéseinek.

A részletes sebészet keretében, mely 14 fejezetre tagolódik, szerepelnek többek között az agy, gerincagy és perifériás idegek sebészete, szív és nagyerek sebészete, endokrin mirigyek sebészete, érsebészet, plasztikai sebészet, urológia, traumatológia, orthopádia, fizikoterápia, és rehabilitáció fejezetei is. A könyv tehát felöleli az egész sebészet területét, beleértve az újabban önállósult szakágakat is. Az egyes sebészeti kórképek ismertetése a különböző szerzőknél egységes rendszer szerint történik, általában az alábbi alcím szavakkal: Aetiologia (Pathogenesis), Symptomák, Diagnosis, Differenciáldiagnosis. Therapia (műtéti indicatio és eljárások), Prognosis.

Egy decimalis szerkezetű tárgykatalógus és egy bőséges tárgymutató könnyíti meg a tárgyperesést.

A könyv legfőbb értéke: a tanulási anyag alapos kiválogatása; el hagyja mindazt, ami elavult és be-

vesz mindent, ami korszerű (pl. az aether narcosisról mindössze ennyit ír: „már csak historiai értéke van”, ugyanakkor részletesen tárgyalja a modern érzéstelenítő eljárásokat).

Másik nagy értéke a didaktikus-ságra való törekvés: pl. nem terhel a tanulót az egyes műtéti eljárások részletes leírásával, egy-egy jól sikerült ábra mindennél többet mond. Vagy pl. a töréstípusokat szemléltető ábrák és kitényen reprodukált rtg-képek könyvben teszik a megértést, mint bármilyen terjengős leírás.

Az 51 szerző által írt könyv egyes fejezetei kiváló arányérzékkel vannak összeszerkesztve és jól érvenyesül a szerkesztők azon elgondolása, hogy a rövidre fogott szöveggel és bőséges vizuális ábrázolással a lehető legjobb tanulási eredmény elérését tegye lehetővé az orvostanhallgató számára a sebészet elméleti alapjai és klinikai gyakorlata elsajátításában. Használhatják a könyvet a sebészetet oktató asszisztensek is, az általános orvosok pedig jó tanácsadót lelnek benne sebészeti szakkérdésekben.

A gondos nyomdai munka és a könyv izléses kiállítása a Springer-kiadót dicséri.

Karlinger Tihamér dr.

Paul Grech: Radiologische Diagnostik in der Traumatologie. Fordította: Werner Fehr. F. Enke Verlag Stuttgart, 1983. 227 oldal, 433 ábra. Ára: 78,— DM.

A 12 fejezetre osztott könyv első sorban traumatológusok számára készült, de röntgenológusok is — akik a traumatológiában kevésbé járatosak — haszonnal forgathatják. A szerző minden fejezetet egy-egy elvek alapján írt meg. Röviden foglalkozik a röntgenanatómiával és azokkal a hibalehetőségekkel, amelyek téves kórismézést eredményezhetnek. Ezt követően írja le az egyes töréstípusokat és a sérülések késői lehetséges szövődéseit is. Mindezt kitűnő ábrákon demonstrálja; az ábrákhoz csatlakozó képmagyarázatok nemcsak az egyedi esetet értékelik, hanem felhívják a figyelmet a klinikai tünetekre és a lehetséges tévedésekre is. A két bevezető fejezet után, mely a balesetet szenvedettek röntgenvizsgálatának szabályaival, illetve a törések típusaival, szövődéseivel és az ellenőrzés szükségességével foglalkozik, az egyes régiók sérüléseinek részletes ismertetése következik. Nagy érdeke a könyvnek, hogy a számítógépes rétegvizsgálat, az ultrahang

diagnosztika és a scintigraphia helyét is megjelöli a traumatológiai radiodiagnosztikában. A könyvet az idegentestek diagnosztizálásával foglalkozó fejezet zárja. Minden fejezet végén rövid irodalomjegyzéket talál az olvasó. A *recenzió végére hagytam azt, amit a szerző a bevezetőben nyomatékosan hangsúlyoz, nevezetesen a harcot a főlősleges röntgenvizsgálatok ellen. Sajnálatos, hogy sokszor a röntgenvizsgálattal kívánják helyettesíteni a beteg klinikai vizsgálatát: azért kérnek röntgenfelvételt, mert azt a beteg, vagy hozzátartozói elvárják. Megszívlelendőnek tartom azt a javaslatát, hogy a klinikus, mielőtt röntgenvizsgálatot kér, saját magának tegyen fel két kérdést: 1. milyen információt nyújthat a kért vizsgálat? 2. ez az információ milyen mértékben befolyásolja a beteg kezelését? Úgy tűnik, nemcsak nálunk, hanem az Egyesült Királyságban is azonosak a radiológusok mindennapos gondjai. Ez a könyv — ami minden traumatológus számára ajánlható — talán elősegíti a főlősleges röntgenvizsgálatok nagyon is kívánatos csökkenését.*

Kuhn Endre dr.

Lumineszcencia a biológiában és az orvostudományban. Szerkesztette: Szalay László, Damjanovich Sándor. Akadémiai Kiadó Budapest, 1983. 421 oldal, 179 ábra.

A világról alkotott ismereteink jó részét a fény közvetítésével szerezzük, és így érthető, hogy a nem mindennapi fényjelenségek különösen megmozgatják az ember fantáziáját, mint a lápok felett imbolygó lidércfény vagy a szentjánosbogarak fénye a nyári éjszakában. A biológus és orvos számára azonban fontosabbak azok a fényjelenségek, amelyek akkor észlelhetők, ha az élő szervezeteket fénybesugárzás éri, mivel az ekkor esetleg létrejövő lumineszkálás információt adhat az élő szervezet szerkezetéről és működéséről anélkül, hogy annak életműködését lényegesen befolyásolná, valamint a környezetében levő anyagok milyenségéről is tájékozhatóak.

Szalay Lászlónak és Damjanovich Sándornak az Akadémiai Kiadó gondozásában megjelent könyve a vizsgálati módszer, a lumineszcencia analízis elméleti alapjaival és mérési módszereivel ismerteti meg az olvasót, de néhány, a molekuláris biológia és sejtszerkezetvizsgálat területéről vett példával nemcsak a módszerben rejlt, még kiaknázatlan lehetőségére mutat rá, hanem szinte kedvet csinál a módszernek más területeken való kipróbálásához. Ugyanakkor azonban tárgyilagosan felhívja a figyelmet arra, hogy mint minden egyszerűnek tűnő módszerrel, úgy itt is fennáll a veszély, hogy a módszert mechanikusan akarják alkalmazni

és ezért hibás eredményre, helytelen következtetésre jutnak.

A könyv első fejezetét, amely a molekuláris fényelnyelődés és fénykibocsátás alapjait tárgyalja, szinte kötelező olvasmányként kellene előírni, mindazok számára akik fototerápiával kívánnak foglalkozni — különösen ha fényforrásként lézert óhajtanak használni — annak ellenére, hogy a fejezet a lumineszcencia jelenségeit elsősorban analitikai szempontból tárgyalja. Az egyes fogalmak meghatározása tömör, lényegre mutató, és jó példák kapcsán mutatja be, mi is értendő egy-egy sokat használt, de nemegyszer félreértelmezett fogalom alatt.

A 421 oldalas könyv második fejezete, amely a lumineszcencia különböző mérési módszereit tárgyalja, az összterjedelem 35⁰/₀-át teszi ki. Bármennyire is soknak tűnik e terjedelem, ez teljesen indokolt, hiszen a lumineszcencia analízis módszerei igen szétágazóak. E fejezet az egyes mérési eljárások elméleti alapjainak ismertetése mellett jól átgondolt vázlatokkal szemlélteti a különböző mérési módszerek megkívánta legcélszerűbb műszeröszeállítását. Kétségtelenül nö-

velné e fejezet értékét, ha az adott mérési feladatokhoz szükséges legfontosabb műszaki adatait (sőt esetleg néhány kereskedelmi forgalomban levő típust) is megemlítené.

E fejezet hiányosságaként kell megemlíteni, hogy nincsen utalás az infravörös fluoreszcenciára, különösen annak azon változatára, ahol a gerjesztő hullámhossza a láthatóba esik.

A lumineszcencia molekuláris biológiai alkalmazásaival és a sejt-szerkezetvizsgálat lumineszcencia módszereivel foglalkozó két utolsó fejezet inkább e szakterület iránt érdeklődőknek nyújt hasznos segítséget, mintsem azoknak, akik már itt tevékenykednek.

E fejezet hiányosságának lehet talán tekinteni, hogy nem tűnik ki egyértelműen, hogy vajon a közölt adatok csupán tudományos értékűek-e vagy van gyakorlati, klinikai diagnosztikai jelentőségük is. Márpedig a könyv címe arra utal, hogy nemcsak biológusoknak, hanem orvosoknak is íródott a könyv, akik azonban rendszerint inkább egy módszer klinikai alkalmazhatóságában érdekeltek.

Igaz ugyan, hogy a könyv címében nem szerepel a környezetvédelem, de mivel a lumineszcencia analízis egyre nagyobb szerepet kap e téren, pl. a lidarok esetében, e témakör megérdemelt volna egy rövid fejezetet. Remélhetőleg a könyv második kiadásában, illetve idegen nyelvű változatában (amire remélhetőleg rövidesen sor kerül) ezt a hiányt pótolják, azzal együtt, hogy szakmai tárgymutatót is mellékelnek.

Végül de nem utolsó sorban meg kell említeni, hogy a könyv mind didaktikailag, mind stilisztikailag, mind pedig nyelvezetében példamutatónak tekinthető, annak ellenére, hogy itt-ott belecúsznak olyan idegen szavak is, amelyeknek megvan a jó magyar megfelelőjük, mint pl. energia transzfer — energia átadás, szekunder — másodlagos stb.

Befejezésül a könyvet legmelegebben tudom ajánlani nemcsak a már gyakorló és jövődöbeli biológusoknak és orvosoknak, hanem azon műszakiaknak is, akik az orvostudományok iránt érdeklődnek, orvosi műszerek szerkesztésével kívánnak foglalkozni.

Greguss Pál dr.

HARKÁNYI VÍZ

JAVASOLT:

— Soksavas gyomorhurut esetében

ADAGOLÁS:

naponta 2–3 dl szobahőmérsékletűen,
kortyolgatva 2–3 hétig

KAPHATÓ:

**Országszerte a gyógyszertárakban,
ABC áruházakban
és a Vízkutató- és Fúró Vállalat
Mintaboltjában**

Budapest XII., Nagyenyed utca
(Déli pályaudvartól 3 perc)



TÁJÉKOZTATÓJA

az 1984. július havi

fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül a salmonellosisok száma csökkent, a dysenteria emelkedett, a dyspepsia coli és a hepatitis infectiosa bejelentések száma nem változott jelentősen az előző hónaphoz viszonyítva. Valamennyi betegség bejelentési száma alacsonyabb volt az 1978—82. évi medián értékénél.

A morbilli kivételével valamennyi cseppfertőzőssel terjedő betegségből kevesebbet jelentettek be, mint az előző hónapban. Az egyes fertőző betegségek eseteinek száma — a rubeola kivételével — kevesebb volt a medián értékénél is.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül mind a meningitis serosa, mind az encephalitis infectiosa bejelentések száma jelentősen emelkedett az előző hónaphoz képest. Az encephalitis infectiosa esetek száma a medián értékét is meghaladta. Ez utóbbi megbetegedések mintegy kétharmadát kullancsencephalitis természetű gócos területekről jelentették.

Tárgyhónapban 4 importált malária megbetegedés került a nyilvántartásba.

Bejelentett

fertőző megbetegedések

Magyarországon

1984 július hó⁺

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1984. július hó^{**}

Betegség	Július			Január 1—július 31.		
	1984	1983	Medián 1978 —82	1984	1983	Medián 1978 —82
Typhus abdominalis	1	1	2	2	4	11
Paratyphus	—	—	—	—	1	1
Salmonellosis	789	1071	1024	4 377	4 838	4 186
Dysenteria	384	686	522	2 003	2 657	2 393
Dyspepsia coli	65	48	85	238	285	371
Hepatitis inf.	309	252	359	2 230	2 195	3 107
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	1
Scarlatina	303	453	424	7 136	9 702	8 031
Morbilli	26	12	36	231	245	302
Rubeola	2614	2247	963	44 979	25 362	10 848
Perotitis epid.	2825	2408	3341	39 103	27 115	33 356
Pertussis	5	1	6	15	12	34
Meningitis epid.	9	1	4	53	40	54
Meningitis ser.	69	46	74	256	225	327
Encephalitis inf.	162	70	127	375	230	329
Mononucleosis inf.	64	55	45	489	471	355
Keratoconj. epid.	5	74	—	16	84	9
Malaria	4*	5*	2*	12*	13*	9*
Taphus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	9	18	15	98	134	128
Tetanus	3	2	4	16	16	24
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	3	2	4	8	5	20
Leptospirosis	2	8	4	24	13	20
Tularemia	2	1	1	16	7	12
Ornithosis	6	—	—	9	—	3
Q-láz	—	—	—	4	—	4
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	3	1	4	23	33	33
Toxoplasmosis	16	10	7	80	107	57
Trichinellosis	—	—	—	69	—	1
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	200	159	144	1 276	1 105	1 130

+ Előzetes, részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

DIAGNOSZTIKA
TERÁPIA
TECHNIKA
MEDICA '84

MEDICA '84

Düsseldorf, nov. 21—24-ig.

A világ minden tájáról érkező mintegy 800 kiállító mutatja be katalógusát a következő területeken:

Gyógyszermechanika, laboratórium- és Reagensok, diagnosztikai- és terápiai farmakológia, anyagok, rendelőkészítők és rendelő rendezvény

Kb. 100 kongresszusi szobát a szív- és érrendszeri betegségek, vérérdény- és agyi megbetegedések, daganatos és bőrbetegségek, női bajok, nagy krónikus kórosok kezei stb.

A kiállítók által rendezett szemináriumok teszik teljessé az intenzív továbbképzést. Az oktatás a gyógyszerfejlesztésével, a kutatások legújabb eredményeivel, továbbá azok alkalmazásával.

Nyitva: 1984. november 21—24-ig.
naponta: 09.00—18.00 óráig.
Kiállító: belépőjegy ára: DM 40.—
tanulók, diákok: DM 8.—
Katalógus elküldés nélkül DM 8.—
Kasszárral

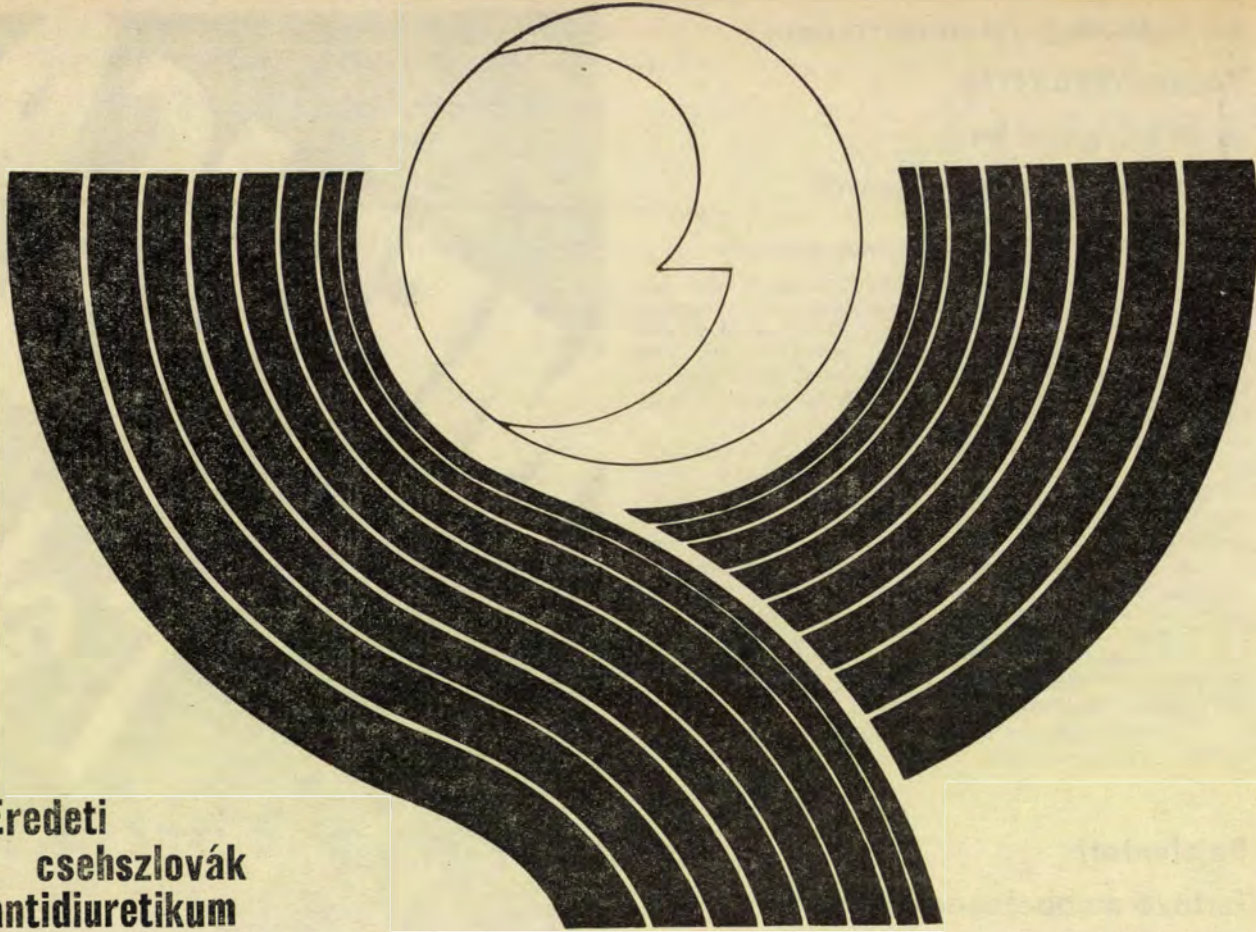
Kérheti
■ kiállítók
a Medica '84 ideiglenes
kiállítói
jegyzékét és/vagy kérheti
kongresszusi programját
a következő címen:

Név: _____
Utca: _____
Hely: _____

NOWEA
DUSSELDORFER MESSEN

Düsseldorfer Messegesellschaft mbH - NOWEA -
Postfach 32 02 03 - D-4000 Düsseldorf 30
Telefon: (02 11) 45 60-1 - Telex: 8 584 853 mes d

PH
2469



Eredeti
csehszlovák
antidiuretikum

adiuretin SD[®]

SPofA

HATÓANYAG

1-Desamino-8-D-arginino-vasopressinum in solutione aquosa 1:10 000.

TULAJDONSÁG

Természetes hipofízis-hormon fokozott antidiuretikus hatású szintetikus analógja. Alkalmazáskor a természetes hormon biológiai mellékhatásai nem érvényesülnek. A napi terápiás adagolás teljesen normalizálja a kóros vizeletürítést.

JAVALLATOK

Diabetes insipidus. Éjjeli ágybavizelés kezelésére adjuvánsként.

MELLÉKHATÁSOK

Káros mellékhatása nincs.

ADAGOLÁS

Naponta 2×1–4 csepp.

CSOMAGOLÁS

1 üveg (5 ml) + orrcsepegtető.

Gyártja:

SPofA

Egyesült Gyógyszerüzemek, Praha/ČSSR

Exportálja:

CHEMAPOL

CHEMAPOL R. T. Kodaňská 46., 100 10 Praha 10/ČSSR

A Szegedi Orvostudományi Egyetem és volt tanítványok 1984. október 13-án, délelőtt 10 órakor Szegeden, az I. Belklinika tantermében — Purjesz Béla professzor születésének 100. évfordulója alkalmából — **tudományos emlékülést** rendez.

Üdvözlő a résztvevőket **Cserháti István dr.**, a Szegedi OTE rektora, **Varró Vince dr.** egyetemi tanár, az I. Belklinika igazgatója.

Ünnepi megemlékezést tart **Petri Gábor dr.**, az MTA Orvosi Osztályának elnöke.

1. **Buday Margit dr.**: Tüdőszűrés és gondozás során szerzett tapasztalatok egy belgyógyász szemével.

2. **Kelemen Endre dr.**: Az Orvostudományi Beszámólótól a Purjesz syndromatológiáig.

3. **Miskovits Gusztáv dr.**: A légzés és a circadián rythmus.

4. **Prónay Gábor dr.**: A hadifogyó-betegségtől a vastagbélbetegségek mai problematikájáig.

5. **Takó József dr.**: Pajzsmirigy diagnosztikával és terápiával kapcsolatos munkásságról.

6. **Tényi Mária dr.**: A kardiológiai tevékenység fejlődéséről.

Az ülésre minden régi tanítványt és mindazokat, akik tisztelték Purjesz Bélát, szeretettel várunk.

A Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Köre 1984. október 3-án, du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) **tudományos ülést** tart.

Ideggyógyászati Osztály orvosainak előadása

Üléselnök: **Balkányi Iván dr.**

Szegedy L. dr.: A sclerosis multiplex autoimmun teóriája és gyógykezelése.

Kiss G. dr., Angyal Gy. dr.: Cerebrovasculáris betegségek kóris-mézése, konzervatív és sebészeti terápiája.

Vönöczky K. dr.: A hydantoin intoxicatio előfordulása epilepsziás betegek gyógykezelése során.

Kárpáti Gy. dr.: A pozitív kontraszt myelographia jelentősége a gerincvelői betegségek diagnosztikájában.

A Szentes Városi Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága, a MESZ Kalocsay Kálmán Szakcsoportja, az Eü. Dolgozók Szakszervezetének Városi Bizottsága 1984. október 6-án, délelőtt 10 órakor Szentesen, az Ifjúsági és Művelődési Házban (Tóth József u.) rendezi a **II. Szentesi Egészségügyi Fórumot**.

Hivatalos nyelv a magyar és az eszperantó.

Üléselnök: **Ferenczy Imre dr.**, az UMEA elnöke.

1. **Fekete N. Mihály** (Szentes): Adatok az anaesthesiológiai történetéből (eszperantó).

2. **György K. Ferenc dr., Assefa Abebe dr., Petri István K. sc. dr.** (Szentes): A varrattechnika változása az utóbbi 10 esztendőben — tapasztalatok értékelése (magyar).

3. **Gombás Margit dr.** (Karcag): Az ideális anticoagulans (eszperantó).

4. **Petri István K. sc. dr., Czako Tamás dr., Csipő László dr.** (Szentes), **Domján Lajos dr.** (Kecskemét): Transduodenalis sphinter feltárások késői utánvizsgálatai (magyar).

5. **Nagy Margit dr.** (Szentes): A cornea Peppmüller betegségéről (eszperantó).

6. **Galli Lóránt K. sc. dr.** (Miskolc): A műlencse implantáció kérdésének mai állása (magyar).

7. **Alpáry Lajos dr., Barna Péter, Lucza János, Szentjobbi Aladár** (Szentes): Psychiariail megbetegedések a mentőszállítások tükrében Szentesen (eszperantó).

A Magyar Gastroenterológiai Társaság Ultrahang Szekciója 1984. október 6-án, szombaton 10.30 órakor Budapesten, a BM Korvin Ottó Kórház kultúrtermében (VII., Gorkij fasor 9/11.) **klubülést** rendez.

Témája:

Sürgősségi ultrahangvizsgálat akut hasi kórképek diagnosztikájában

A vitatott fő kérdések:

— Mikor van szükség sürgősségi ultrahangvizsgálatra?

— A sürgős ultrahangvizsgálatot mennyi időn belül kell elvégezni?

— Mit vizsgálunk és miről nyilatkozunk az akut has differenciáldiagnosztikájában hasi fájdalom, láz, sárgaság, ileus, tapintható resistensia stb... esetén?

A Fővárosi István Kórház Tudományos Bizottsága 1984. október 9-én, kedden 13.30 órakor, a Kórház kultúrtermében (IX., Nagyvárad tér 1.) **tudományos ülést** tar.

1. **Füzéki Bálint dr.**: Társadalom- orvostani megfigyelések és összefüggések schizophrén betegek körében.

2. **Molnár Attila dr., Zsoldos Enikő dr.**: A préleukémiás állapotokról.

3. **Szijaártó Ferenc dr., Gorka András dr., Bocskai Tamás dr.**: Az angiographia és a katéteres embolizáció jelentősége az urológiai gyakorlatban.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1984. október 9-én, 16 órakor, a Szegedi Akadémiai Bizottság Székház dísz-

termében (Somogyi u. 7.) **tudományos ülést** rendez, a Fogászati és Szájsebészeti Klinika munkatársai részére.

1. **Gorzó István dr.**: Approximális amalgám tömések hatása a fogágy állapotára.

2. **Szentpétery András dr.**: Az állkapocszületi működészavar tüneteinek gyakorisága egyetemi hallgatókon.

3. **Kocsis S. Gábor dr.**: A fogcsírák vizsgálatának lehetőségei és jelentősége ásatag embertani leletekben.

4. **Borbély László dr., Kovács Ádám dr.**: A latissimus dorsi musculocutan lebeny szerepe a rehabilitációs sebészeten.

A Fővárosi Korányi F. és S. Kórház-Rendelőintézet 1984. október 11-én, csütörtökön 14 órakor, a Kórház tanácstermében (VII., Alsóerdősor u. 7.) **tudományos ülést** tart.

Varga Erzsébet dr., Rádi Attila dr.: Non Hodgkin malignus lymphoma pleuralis manifestációval.

Pályi Agnes dr.: Myeloma multiplex ritka — kypa könnyűlanc — esete.

Dávid György dr.: Vascularis ileus 17 éves korban.

Gombás Jánosné: Szondatáplálással nyert tapasztalataink.

Balogh Imréné és mtsai: Az ápolási feladatok korszerű értelmezése a coronariaörzöben.

A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság kelet-magyarországi csoportja 1984. október 12-én, 10.30 órakor Debrecenben, a Tüdőgyógyászati Klinika előadótermében (Móricz Zs. u. 6.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Nagy Gy.** (Mátraháza): Klímaterápia helye a korszerű orvostudományban: a kékestetői klíma szerepe az asthma bronchiale terápiás befolyásolhatóságában.

2. **Nagy Gy., Szilágyi A., Szondy K.** (Mátraháza): Tüdőgyógyászati intézményben működő kardiológiai rehabilitációs profilú belgyógyászati osztály két éves tapasztalatai.

3. **Nádasi A., Balla J.** (Mátraháza): A területi teljes és szanatóriumi pulmonológiai ellátás gyakorlati tapasztalatai.

4. **Rott Zs., Hammer I., Nagy Gy.** (Mátraháza): Demográfiai adatok, atopiás status, klinikai súlyosság és bronchiális hyperreactivitás összefüggése asthma bronchialeban.

5. **Kludák I., Nádasi A.** (Mátraháza): Ascites szövődeményeként jelentkező hydrothorax.

6. **Kludák I., Nádasi A.** (Mátraháza): Tapasztalataink krónikus légzőszervi betegek respirator kezelésével.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1985. május 8—11. között Balatonaligán tartja 27. Nagygyűlését.

Témák:

1. Kerekasztal: A genetika a gastroenterológiában.

2. Főtéma: A gastrointestinalis hormonok és azok klinikai vonatkozásai.

3. Hetényi Géza emlékelőadás.

4. A Társaság 1985. évi közgyűlése, melynek keretében történik a Társaság emlékérméinek és pályadíjainak átadása.

5. Az Endoszkópos Szekció ülése.

6. A Kutatói Fórum ülése.

7. A Poszter Szekció.

A témákhoz csatlakozó előadások és poszterek — 20 soros összefoglaló egyidejű csatolása mellett — bejelentési határideje: 1985. január 31. Cím: *Gáti Tibor dr.* főtktár, Budapest, Nagyvárad tér 4. 1089.

A program összeállítása az összefoglalók alapján történik.

A Táplálkozás-kutatást és Táplálkozási Felvilágosítást Elősegítő Nemzetközi Alapítvány [Internationale Stiftung zur Förderung der Ernährungsforschung und Ernährungsaufklärung (ISFE), Zug, Svájc] az általa alapított 15 000 svájci frank díjra pályázatot hirdet. A díjakat mindenki megpályázhatja, aki táplálkozás-kutatással és táplálkozási felvilágosítással foglalkozik.

Téma: Az elhízás megelőzésének és/vagy kezelésének új lehetőségei.

Mindazok jelentkezését várják, akik ezt a témát tanulmányozzák. A pályázathoz négy példányban csatolni kell: életrajz, közlemények jegyzéke, a pályázati témáról az utóbbi hat évben megjelent legfontosabb munkák különlenyomatai. Lezárt, de még nem publikált vizsgálatok nyomdakész kéziratban mellékelhetők. A pályázatot és a dokumentumokat németül vagy angolul kell beküldeni 1985. március 15-ig. Cím az alapítvány elnöke: Prof. Dr. J. C. Somogyi, Niedelbadstrasse 82. CH-8803 Rüslikon — Zürich.

Az Őszi Fűredi Orvosnapok keretében a Chinoin Orvostudományi Főosztály Gyógyszerismertető Osztálya 1984. október 4-én, 18 órakor Balatonfüreden, a SZOT Oktatási Központban, a közeljövőben forgalomba kerülő *NILACID* (nyújtott hatású antacid) készítményükkel kapcsolatban kerekasztal-konferenciát szervez.

Vitavezető: *Figus I. Albert dr.*

Résztevők: prof. Rácz István, Szentmiklósi Péter dr., Libor János dr., Prónay Gábor dr. és a felkért hozzászólók.

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)

átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámlára közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/125
Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



84.2102 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Sziávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002