

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

128. ÉVFOLYAM

*

9. SZÁM

*

1987. MÁRCIUS 1.

TARTALOMJEGYZÉK

*Högye Márta dr., Móczó István dr.,
Forster Tamás dr., Édes István dr., Béres Imre dr.,
Szabó Éva dr., Tószegi Anna dr., Gaál Tibor dr.,
Kovács Gábor dr. és Csanády Miklós dr.:*

Szívizom biopsziával igazolt „autoimmun
myocarditisek” immunosuppresszív
kezelésében szerzett tapasztalataink 451

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Szöllösi János dr., Ugocsai Gyula dr.
és Sas Mihály dr.:*

Arteficiális inseminatio monitorizálása 459

*Bihari Imre dr., Molnár Gyula dr.
és Garcia José dr.:*

Módosított visszérműtéttel elért eredményeink ... 463

KAZUISZTIKA

Sztakó Péter dr. és Fáber Károly dr.:

Cysta tuboovarialisból kiinduló elsődleges
tubacarcinoma 469

ÚJABB MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Kotsis Lajos dr.:

Új protézis a malignus oesophago-respiratorikus
fistulák intubációs kezelésére 473

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Niederland Tamás dr.:

Van-e értelme a serdülők hypertonia szűrésének?.. 477

Beszámoló 481

Folyóiratreferátumok 485

Levelek a szerkesztőhöz 495

Könyvismertetés 496

Hírek 498

Pályázati hirdetmények 499

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, álmoság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK

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

HÖGYE MÁRTA DR.,
MÓCZÓ ISTVÁN DR.,
FORSTER TAMÁS DR.,
ÉDES ISTVÁN DR.,
BÉRES IMRE DR.,
SZABÓ ÉVA DR.,
TÓSZEGI ANNA DR.,
GAÁL TIBOR DR.,
KOVÁCS GÁBOR DR.
ÉS
CSANÁDY MIKLÓS DR.

Szívizom biopsiával igazolt „autoimmun myocarditisek“ immunosuppresszív kezelésében szerzett tapasztalataink

Szegedi Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika
(megbízott igazgató: Tényi Mária dr.)
Bőrgyógyászati Klinika
(igazgató: Dobozy Attila dr.)
Kórbonctani Intézet
(igazgató: Ormos Jenő dr.)
Önálló Szívsebészeti Osztály
(vezető: Kovács Gábor dr.)

A szerzők 35 congestív cardiomyopathiában szenvedő betegnél szívizom biopsiát végeztek, melyből hisztopathológiai és immunhisztológiai vizsgálatok történtek. Az első 29 beteg adatait dolgozták fel és közlik eddigi tapasztalataikat. Tizenegyesetben immunfluorescens technikával a szívizomban gyulladást jelző kifejezett immunkomplex folyamat volt kimutatható, így ezeknél (egy esetet kivéve) immunosuppressív terápiát kezdtek. Az immunosuppressív kezelés tartama a kontroll biopsiák eredményeitől függött, átlagosan 14 hónap volt. A vvt süllýedés és az egyéb konvencionális, gyulladásra utaló adatok negatívak voltak. A javulás mértékéül a kontroll szívizom biopsiák szövettani leletei mellett az izotóp ventriculographiából számított bal kamrai ejectios fractiót és a bal kamra funkciót jellemző echocardiographiás paramétereket, valamint a klinikai állapot alakulását vették. Három esetben teljes gyógyulás egy esetben kifejezett javulás, négy betegnél mérsékelt javulás volt észlelhető. Két esetben a kezelés nem volt eredményes, abból az egyik exitusszal végződött. A többi 19 beteg a hagyományos kezelést kapta, ezek közül azonos észlelési idő alatt 7 beteg exítált. A szerzők eredményeik alapján az autoimmun myocarditisek esetek kiemelését a congestív cardiomyopathiák csoportjából indokoltnak látják, mert ezekben az esetekben az immunosuppressív terápiától jó eredmény várható.

Experiences with immunosuppressive treatment in congestive cardiomyopathy. Myocardial biopsy was carried out on 35 congestive cardiomyopathy patients, and histopathologic and immunohistologic tests were performed. The data on the first 29 of these patients were analysed completely and the findings are published here. The immunofluorescence technique revealed a pronounced immune complex process indicative of inflammation in the myocardium in 11 cases, and accordingly immunosuppressive therapy was begun in these (with the exception of one case). The duration of the immunosuppressive treatment depended on the results of the control biopsies; on average it was 14 months. The average age of the 10 patients was 27.6 years (15–34 yrs). The sedimentation rate, AST-titer and ANF were normal, and the other conventional inflammation tests too were negative. Besides the histology findings from the control myocardial biopsies, the echocardiographic parameters and the left ventricular ejection fraction calculated from radionuclide-ventriculography, and the changes in the clinical state of the patients (NYHA st.) were taken as indicators of the improvement. In three cases there was a complete recovery (EF: 21→62%), in one case there was a marked improvement (EF: 23→35%), and in four cases the improvement was moderate (EF: 22→29%). In two cases the treatment was ineffective, and finally one of these patients died. The other 19 patients received only traditional treatment (digitalis, diuretics, potassium, vasodilator, anticoagulants), together with bed-rest. Seven of these 19 patients died during the same observation period. Thus, congestive cardiomyopathy patients who have autoimmune myocarditis respond well to immunosuppressive therapy, thereby justifying this treatment in these cases.

Kulcsszavak: congestív cardiomyopathia, bal kamra functio, szívizom biopsia, immuncarditis, immunosuppressív kezelés

COCM = congestív cardiomyopathia
DIF = direkt immunfluorescens vizsgálat
IIF = indirekt immunfluorescens vizsgálat
FITC = Fluorescein-Iso-Thio-Cyanat

NYHA = New York Heart Assotiation
RIVE = radioisotopos ventriculographia
BK EF = bal kamrai ejectios fractio
BK-i VDá = bal kamrai végdiastolés átmérő (echo)
BK-i VSá = bal kamrai végsystolés átmérő (echo)
BK = bal kamra
Ao = aorta
BP = bal pitvar
RAO = jobb elülső ferde sík (right anterior oblique)

A cardiomyopathia a szívizom elsődleges megbetegedése, amely nem ischaemiás, nem hypertonias, nem congenitalis, nem valvularis, nem pericardialis okból alakul ki. A diagnózis elsősorban kizárásos alapon állítható fel. A pathofiziológiai eltéréseket véve alapul az elfogadott felosztás szerint congestiv, hypertrophias és restrictiv formákat lehet megkülönböztetni (13, 47).

A congestiv cardiomyopathia (COCM) aetiologiái és pathogenetikai szempontból még meglehetősen tisztázatlan csoportja a myocardium betegségeknek.

Az endomyocardialis biopsia bevezetésével (3, 10, 11, 20, 25, 33, 36, 37, 43) lehetőség nyílik histopathológiai, immunhistológiai vizsgálatok elvégzésére és különböző kóroki, így immunpathológiai folyamatok, myocarditisek felderítésére is (7, 8, 15, 16, 18, 49). Felmerül az a lehetőség is, hogy azokban az esetekben, ahol kóros immunmechanizmus mutatható ki, az immunosuppresszív terápia hasznos lehet az amúgy fatális prognózisú betegség befolyásolásában. Az irodalmi adatok szerint (6, 26, 32, 40, 42) sem egységes még ez a kérdés. Több szerzőcsoport közlése szerint ez a kezelés reményteljes (6, 26, 32, 40), de az immunosuppressió helye még nem egyértelműen tisztázott a COCM terápiájában. Magunk is megpróbáltunk tapasztalatot szerezni saját beteganyagunk kezelése kapcsán, s eddigi tapasztalatainkról jelen dolgozatunkban számolunk be.

Beteganyag, módszerek

A Szegedi OTE II. Belgyógyászati Klinika kardiológiai osztályán 1980 óta végzünk rendszeresen endomyocardialis biopsiát diagnosztikus célból az Önálló Szívsebészeti Osztály haemodinamikai laboratóriumában. Eddig 35 congestiv cardiomyopathiában szenvedő betegnél végeztünk biopsiát és ebből az első 29 betegünk adatait dolgoztuk fel. Minden esetben jobb és bal szívfél kathéterezés történt Seldinger technikával, majd kétirányú (RAO 30° és oldal irányú) bal kamrai angiocardio-graphia, illetve Judkins szerint selectiv jobb és bal coronarographia Cardoscop-U Siemens készülékkel. A bal kamra functio vizsgálata során a RAO 30° síkú bal kamrai angiocardio-graphiából végdiastolés, végsystoles volumeneket és ejectios fractiot számoltunk, és a bal kamrai végdiastolés nyomást regisztráltuk. A kathéterezéssel egyidőben a vena femoralison át felvezetett Kings' biopptommal, vagy transjugularisan Konno biopptommal 4-5 szövettintát vettünk a jobb kamrából (csúcs, septum), melyekből histopathológiai és immunhistológiai vizsgálatokat végeztünk. A biopsiával nyert anyag egy részét 10%-os formalinba helyeztük a fénymikroszkópos, más részét glutaraldehyd-be az elektronmikroszkópos vizsgálatokhoz, míg a másik részét azonnal mélyhűtöttük az immunfluorescens fel-dolgozáshoz.

Minden esetben rutin fény és elektronmikroszkópos, illetve direkt immunfluorescens vizsgálat történt a myocardium darabkákból. A standard direkt immunfluorescens (DIF) módszert (5) használtuk az immunpathológiai folyamatok vizsgálatához. A betegek szívzombiopsiás anyagának nativ kryostatos metszeteit a Humán Oltóanyag Termelő Vállalat FITC-vel jelölt antihuman-IgG, IgA, IgM és C₃ conjugátumaival kezel-tük (hígítás 1 : 30x). Ezzel egyidőben a betegek savóját is vizs-gáltuk, melyekben keringő antitesteket kerestünk standard in-direkt immunfluorescens (IIF) módszerrel. Ehhez substratum-

ként patkány parenchymás szervek fagyasztott nativ metszetét (gyomor fundus, pajzsmirigy, máj, thymus, szívizom, vázizom) használtuk, 1 : 32-től 1 : 64 közötti savhígítást alkalmazva. A detektáláshoz Leitz-Orthoplan fluorescens mikroszkópot, a fényképezéshez Orthomat automatikus fotobereendezést, va-lamint 27 din (Forte) fekete-fehér napfény filmeket alkalmaz-tunk, s itt is a Humán Oltóanyag Termelő Vállalat FITC-vel je-lölt immunsavóit használtuk. Minden esetben vizsgáltuk a be-tegeknek az egyéb konvencionális gyulladásra és autoellenanyag képzésre utaló adatokat (vörösvérttest-süllyedés, vérkép, szérum összfehérje és fractiói, antinukleáris faktor, LE-sejt jelenség, latex stb.) is, valamint minden betegnél az antistreptolysin titert is meghatároztuk. Vírus etiológiát nem vizsgáltunk. A betegeknek HLA tipizálást is végeztünk minden esetben, azon-ban ezt bővebben jelenleg nem tárgyaljuk. A haemodinamikai és histológiai vizsgálatokkal egyidőben minden betegnél M-mód, ill. 2 dimenziós echocardiographia történt Smith-Kline Ekoline 20-A, ill. 30 echocardiograph-fal és 2 dimenziós Eko-sector-10 készülékkel standard felvételi technikával (14,35). Az echocardiogramokat analizáltuk (végsystolés, végdiastolés átmérőt, bal pitvari, aorta átmérőt mértünk), ill. az ezekből számítható non-invaszív, bal kamra funkciót jelző paramétere-ket: lineáris és globális ejectios fractiót kalkuláltunk.

A bal kamrai ejectios fractiót nemcsak a bal kamrai an-giocardio-graphiából és echocardiogramokból számítottuk ki, hanem radioizotópos ventriculographia segítségével is meghatá-roztuk. A radioizotópos ventriculographia (RIVE) során ö-ni-pirofoszfátos előkezelés után 99-Tc-mal jelöltük a vvt-ke-t in vivo (28). Equilibrium állapotban MB 9100 típusú gamma ka-merához kapcsolt MB 9101 kisszámítógépes adatfeldolgozó rendszerrel 30°-os jobb elülső félferde irányból (15°-os kaudális döntéssel) végeztünk adatgyűjtést, ill. számításokat. A beteg-ek szisztematikusan vizsgálatához, kezeléséhez és követéséhez mód-szertani protokollt dolgoztunk ki, amelyet a nagyegyéni varia-bilitások miatt nem lehetett szorosan, sémaszerűen alkalmazni, inkább nagyvonalakban képeztek keretet.

1. *Congestiv cardiomyopathia diagnosztizálása.* [Goodwin szerint (13) illetve a WHO (47) kritériumok alapján.]

<i>non-invasive</i>	+	<i>invasive</i>
— anamnesis (NYHA st.)		(haemodinamikai vizsgálat:)
— fizikális vizsgálat		— BK-i angiocardio-graphia,
— kétirányú szívfelvétel		— coronarographia
+ mrtg		— szívzombiopszia (JK-i)
— echocardiographia (M-mód + 2DE)		↓
— radioizotopos ventriculogra-phia (EF)		szövet-tani vizsgálat
		↓ ↓ ↓
		fény- mikroszk.
		immun- fluor. (DIF)
		elektron- mikroszk.

2. *Az immunológiailag pozitív 11 esetnél a hagyományos ke-zelés mellett immunosuppresszív terápiát kezdünk.* Általában naponta 100 mg Azathioprint (Imuran) és 40 mg Prednisolont adtunk p.os az első 3 héten, majd másnaponta 100 mg Imurán adására térünk át. A Prednisolon adagját csökkenteni kezdjük úgy, hogy egyik nap maradjon a 40 mg, másik nap 5 mg-onként csökkentve a második 3 hetes periódus végére 0 mg lett (két napos ritmus).

Amennyiben a beteg állapota javult, fokozatosan, lassan to-vább csökkentettük a gyógyszeradagokat, és 50 mg/2 nap Imuránt és 30 mg/2 nap Prednisolont tekintettünk tartós dó-zisnak és ezt tovább adtuk; otthonra is így javasoltuk. A be-tegeket többször visszarendeltük klinikai felvételre.

Ha a beteg állapota még tovább javult, és kontroll szív-izom biopsiával ellenőrizve a szövettani képben az immunde-positumok eltűntek, a gyógyszereket elhagytuk.

Ha a beteg állapota lényeges változást nem mutatott, ak-kor is újabb biopsiát végeztünk, és ha a szövettani képben lá-tott immundepositumok változatlanok voltak, vagy csak mini-málisan csökkentek, tovább adtuk a gyógyszereket (50 mg/2 nap Imuran és 30 mg/2 nap Prednisolon).

Ha az állapot romlott és a kontroll biopsiás leletben az immundepositumok mennyisége változatlanul sok volt, úgy mint a kezelés előtti kiindulási képben — Endoxan—Prednis-olon kombinációra térünk át.

Az első héten 200 mg/die Endoxánt adtunk i.v., utána ugyanezt a dózist p.os 3 hétig, majd másnaponta 200 mg-ot

Haemodinamikai paraméterek

EDV = end-diastolic volume
ESV = end-systolic volume
BKvd = bal kamrai végdiastolés nyomás
BP v. PC = bal pitvari vagy pulmonális capillarís nyomás
AP = artéria pulmonális nyomás
PT = perctérfogat
PTI = perctérfogat index

újabb 3 hétig, végül tartósan 100 mg/2 nap dózist állítottunk be. A Prednisonolt ugyanúgy adtuk, ahogy azt az Imurán adása mellett leírtuk.

3. Követéses vizsgálatok:

<p><i>non-invasive</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — echocardiographia (1-2 hetente) (BK-i, VDÁ, VSÁ, EF lineáris, EF globularis) — radioventriculographia (EF) (3 hetente) — klinikai kép (NYHA st.) (folyamatosan) 	<p><i>invasive</i></p> <p>ismételt haemodynamikai vizsg.: átlagosan 4—6 hónaponként (2—10 hó)</p> <ul style="list-style-type: none"> — BK-i angiocardigraphia (EF) — BK-i végdiast. nyomás — ism. JK-i szívizombiopsziák immunhistológiai kontroll (DIF)
--	---

A kontroll biopsziák időpontjának eldöntése a betegek állapotának (subjektív) és az objektív non-invasív vizsgálati eredményeknek a komplex figyelembe vételével, az egyénekenkénti különbözőségek mérlegelésével történt:

Indikáltuk a vizsgálatot:

1. ha javulást észleltünk és a gyógyszert ki akartuk hagyni,
2. ha hosszú ideig az állapot nem változott és felmerült a kérdés, hogy a gyógyszeradagokat emeljük-e, vagy áttérünk Endoxan adására,
3. ha romlott.

A 29 szívizombiopsziával vizsgált beteg közül 11 esetben találtunk immunpathológiai eltéréseket, míg a többi 18 betegnél a szövettani lelet nem mutatott kóros immunológiai folyamatra utaló jeleket. Ezt a 18 beteget csak a hagyományos (digitalis, diureticum, kálium, anticoaguláns, vasodilatátor) kezelésben részesítettük, ez képezte utánkövetésünk során a kontroll csoportot. A 11 immunpozitív esetben — egyet kivéve — a hagyományos terápia mellett immunsuppressiót is alkalmaztunk.

A kivétel, az első immunpozitív esetünk, egy 16 éves fiú volt, akinél 1980-ban szívizombiopsziával igazolva immuncarditist diagnosztizáltunk, azonban tapasztalat híján a speciális kezelésben még nem részesítettük, így feldolgozásunkba sem vettük bele. A statisztikai kiértékelést a Student-féle kétmintás t-próbával végeztük, szignifikánsnak $p < 0,05$ eltérést tekintettük.

Eredmények

A betegek adatait (életkor, kezelés tartama, NYHA-stádium, állapotváltozás) táblázatban tüntettük fel (1. táblázat). A 29 beteg kórlefolását az 1. ábra mutatja.

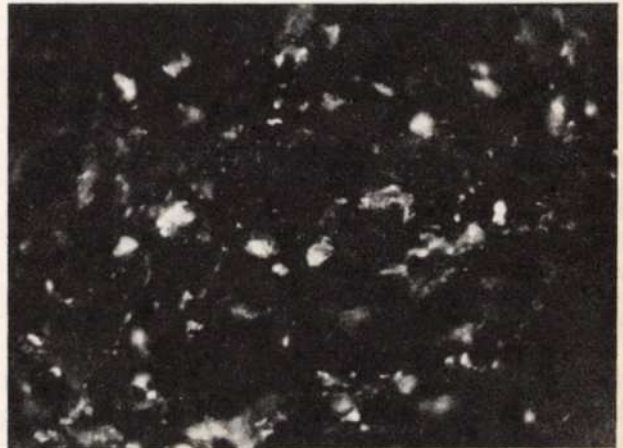
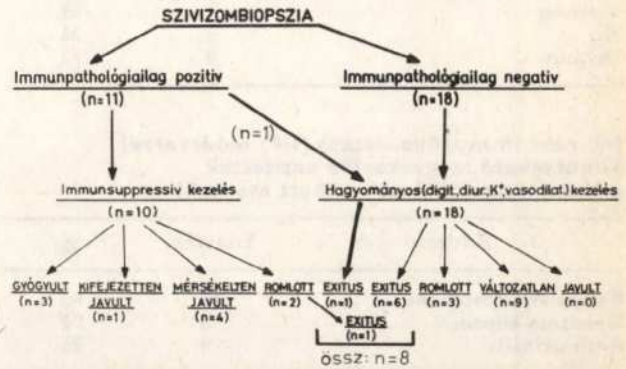
A 29 congestiv cardiomyopathiában szenvedő betegnél a rutin fény- és elektronmikroszkópos technikával a myocardium darabkáiban interstitialis fibrosis és bizonyos fokú myocardium hypertrophia mellett esetenként lobsejtes infiltratio volt kimutatható.

Standard direkt immunfluorescens (DIF) vizsgálattal a 29 esetből 11 betegnél kifejezett granuláris immunkomplex képződést lehetett látni, főként IgG és C_3 depozíció formájában. Az immundepozitumok elsősorban a kiserek falán, a makrofágokon belül (2. ábra), a sarcolemma mentén, olykor a szívizmon láthatók (3. ábra).

1. táblázat. Az immunsuppressív kezelésben részesülő 10 congestiv cardiomyopathiás beteg adatai

Sorszám	Név	Életkor (év)	Kezelés időtartama (hó)	NYHA-stádium			
				IV.	III.	II.	I.
1.	Sz. Cs.	15	14	→			
2.	N. J.	25	23	←			
3.	V. P.	34	22			→	
4.	K. S.	28	26	→			
5.	T. L.	25	11			→	
6.	H. I.	35	16			→	
7.	M. P. É.	34	11			→	
8.	D. I. E.	22	5	+ ←			
9.	S. Gy.	32	7			→	
10.	Cs. J.	26	7	→			

A követett 29 congestiv cardiomyopathiás beteg kórlefolása



Az immunológiailag pozitív 11 beteg közül mind-egyiknél pozitív volt a keringő antitest vizsgálat; minden esetben egy vagy több — általában több — szubsztrát-szerven lehetett IIF-módszerrel pozitív indirekt immunfluorescens reakciót kimutatni. Az 1:32-től 1:62-es közötti hígítást véve pozitívnak a legkifejezettebb reakciókat a kötőszöveti, reticularis magstruktúrák, ill. sejteytoplasmikus elemek adták (2. táblázat).

2. táblázat. Indirekt immunfluorescens vizsgálatok eredményei a 11 immuncarditis esetében

Substratum	Pozitív reakciók száma	%-os arány
Szívizom	9	81
Pajzsmirigy	6	54
Gyomor fundusi része	8	72
Vázizom	7	63
Máj	4	36
Thymus	8	72

Indirekt immunfluorescens (IIF) módszerrel kimutatható leggyakoribb antitestek a 11 immuncarditisnek tartott esetünkben

Antitest	Esetszám	%
Retikuláris rostellenes	10	90
Simaizom-ellenes	8	72
Antinukleáris	4	36

Ugyanezen betegeknél a gyulladáshoz vezető folyamatokra jellemző szokványos laboratóriumi adatok negatívak voltak.

Az első immunhistológiailag pozitív betegünket, egy 16 éves fiút — akit 1980-ban vizsgáltunk ki és tapasztalat híján még nem kezeltünk immunsuppressív terápiával — másfél év múlva elvesztettük. E sajnálatos esemény is megerősítette elhatározásunkat, hogy az immunsuppressív terápiát az ilyen esetekben bevezessük és az amúgy igen rossz prognózisú betegséget befolyásolni próbáljuk.

A 10 betegnél az Azathioprin és Prednisolon adását közvetlenül a szövettani diagnózis felállítását követően kezdtük el. Egy esetben a beteg körülményei miatt az immunsuppressív kezelést késleltetve, a diagnózis felállítását követően 10 hónappal tudtuk csak megkezdeni, és az alatt az idő alatt a beteg állapota romlott. (Ez indirekt módon részleges kontrollnak tekinthető a másik fent említett eset mellett.)

A 10 hónapos késleltetés oka egyrészt az volt, hogy a beteg a hosszantartó klinikai befekvésbe akkor nem egyezett bele, másrészt, amikor beleegyezett éppen influenzajárvány volt, így az immunsuppressív kezelés megkezdését a járvány befejeződéséig elhalasztottuk. A kezelés nélküli időszakban a beteg állapota romlott, a kezelés után viszont jelentősen javult, így különösen jó kontrollnak tekinthető a kezelés előtti, illetve a kezelés utáni változások felmérésére.

A 29 congestiv cardiomyopathiás beteg haemodinamikai paramétereinek átlagait és azok szórásértékeit tüntettük fel a 3. táblázatban, összehasonlítva a 2 cso-

3. táblázat. A 29 szívzombiopsziával igazolt congestiv cardiomyopathiás beteg haemodinamikai paramétereinek átlagai és az izotóp EF-ek (kiindulási értékek)

	I. Immunosuppressív kezelt (10 fő)	II. Hagyományosan kezelt (19 fő)
EDV (ml)	376,4 ± 114,0	370,0 ± 159,0
ESV (ml)	288,0 ± 97,6	255,6 ± 136,0
EF (%)	24,3 ± 10,3	33,8 ± 14,8
BK-vd. nyomás (Hgmm)	25,2 ± 9,2	23,5 ± 11,2
BP v. PC középnyomás (Hgmm)	22,0 ± 10,3	23,0 ± 10,6
AP középnyomás (Hgmm)	34,2 ± 13,2	34,1 ± 17,1
PT (l/min)	3,9 ± 1,3	4,1 ± 1,4
PTI (l/min/m ²)	2,2 ± 0,6	2,2 ± 0,5
Izotóp BK—EF: (RIVE) %	20,6 ± 7,1	24,9 ± 9,6

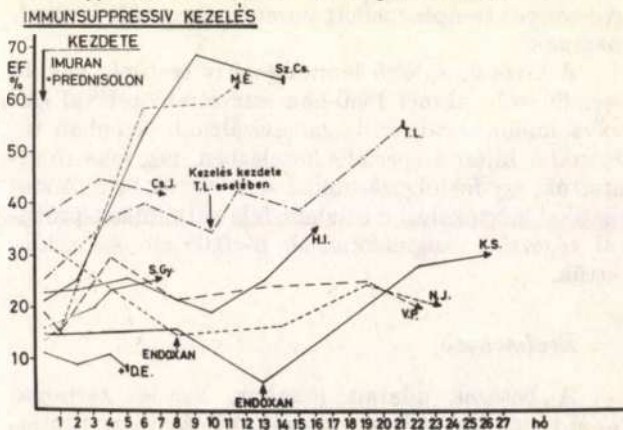
Átlag ± S. D. (szórás)

(A BP, PC, ill. AP középnyomás integrált középnyomást jelent)

port kiindulási (kezelés előtti) értékeit. A bal kamrai ejectio fractio kivételével lényeges különbség a 2 csoport adatai között nincsen. A BK-i ejectio fractio az immuncarditises csoportban valamelyest alacsonyabb, azonban ez az eltérés nem szignifikáns (0,05 < p < 0,1).

A klinikai állapot javulását legegyszerűbben a radioventriculographiából non-invasíve számított bal kamrai ejectio fractió alakulásával követtük. A 4. ábrán a 10 immunsuppressióval kezelt beteg bal kamrai

Radioventriculográfiából számított EF alakulása az immunsuppressív kezelés alatt 10 betegünk esetében



ejectio fractiójának változását mutatjuk be a kezelés tükrében. A három gyógyult esetben az ejectio fractiók átlagosan 21%-ról 62%-ra, a kifejezett javulást mutató esetben 23%-ról 53%-ra, a négy mérsékelt javuló esetben pedig 22%-ról 29%-ra emelkedtek. (Norm. EF: 52% felett). Két betegünkél az Imuran és a Prednisolon 4 ill. 6 hónap után sem volt hatásos, azaz a klinikai állapot objektíve és subjektíve is romlott — melyet az izotopventriculographiából számított BK-i ejectio fractió jelentős csökkenése is igen jól mutatott —, egyik esetünkben 15-ről 8%-ra, másikban 33%-ról 14%-ra; — ill. a kontroll szívzombiopsziák szövettani lelete ugyanúgy jelentős immundepozitót

mutatott, mint a kiindulási kép, Cyclophosphamid (Endoxan) és Prednisolon kombináció adására tértünk át. A klinikai kép alakulását a NYHA-stádium besorolásban létrejött változások alapján is igyekeztünk valamelyest objektívizálni, szem előtt tartva, hogy a NYHA stádium besorolás alapvetően a beteg subjektív panaszai alapján történik.

A kezelés kezdetén 7 beteg a NYHA-stádium besorolás alapján a IV. stádiumba tartozott, 3 eset a NYHA III. osztályába volt sorolható (1. táblázat).

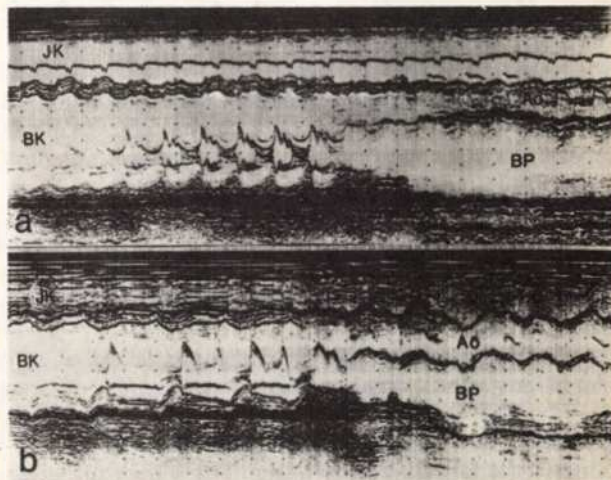
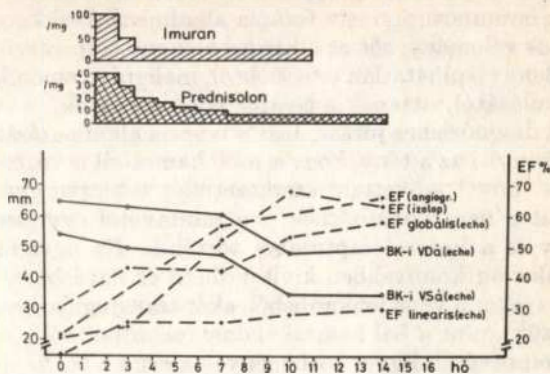
A kezelés, amely 5 hónaptól 26 hónapig (átlagosan 14 hó) tartott (és a dolgozat írásakor is folytatódik még az esetek jó részében, sőt egy újabb eset kezelését is közben megkezdjük), három esetben teljes gyógyulást (1. sz., 5. sz. és 7. sz. beteg), 1 esetben kifejezett javulást (6. sz. beteg), 4 betegnél (3. sz., 4. sz., 9. sz., 10. sz.) mérsékelt javulást eredményezett. Két beteg esetében (2. sz., 8. sz. eset) a kezelés nem volt eredményes. Utóbbi két — rosszul reagáló beteg (2. sz., 8. sz. eset) — familiáris congestiv cardiomyopathiának minősült a családi anamnézis alapján, egyikük egyben (8. sz.) peripartum cardiomyopathiának is tartható. Ezen kívül még egy esetünket (6. sz.) tartottuk peripartum cardiomyopathiának. Tehát a peripartum cardiomyopathiának tartható esetek közül egyik, amely familiáris is volt (8. sz.) romlott, míg a másik peripartum COCM-s betegünk valamelyest javult a kezelésre.

Három beteg a NYHA IV. stádiumából az I. stádiumba került a kezelés végére, egybevágóan a non-invasív és invasív vizsgálati eredményekkel, így ezeknél abbahagytuk a kezelést, és gyógyultnak minősítettük őket. A kifejezett javulást a IV. stádiumból a II. stádiumba, a mérsékelt javulást pedig a IV. stádiumból a III. stádiumba kerülés vagy azonos stádiumban maradás jelentette. A nem javuló esetek a IV. stádiumon belül is inkább rosszabbodást mutattak, egy betegünk (8. sz.) exitált is. Mindkét rosszabbodott esetben familiáris COCM halmozódása volt kimutatható. Az objektív vizsgálati eredmények (echocardiographiás paraméterek, radioizotópos ventriculographiából számított BK-i EF, kontroll szívbiopsiák szövettani leletei) a klinikai képpel, subjektív panaszokkal (NYHA st.) lényegében parallel változtak, terápiás bizonytalanságra okot adó discrepanciát közöttük egy esetben sem észleltünk.

A három gyógyultnak minősített beteg kontroll immunhistológiai vizsgálata negatív eredményt adott, azaz az immundepositumok a szövettani képen eltűntek, a javulást mutató esetekben pedig az immun-komplex-depositumok mennyiségi csökkenése volt kimutatható. Az 5. ábra egy immunosuppressív kezelésre gyógyult fiatal congestiv cardiomyopathiás betegünk bal kamra funkciót jelző paramétereinek fokozatos javulását ábrázolja az idő függvényében. Jól nyomon követhető a bal kamrai végdiastolés és végsystolés átmérő csökkenése (echocardiographiás adatok), illetve az ezekből számított lineáris és globális ejectio fractiók számszerű növekedése. A 6. ábra ennek a betegnek az M-mód echocardiogrammját mutatja a kezelés előtt (a) és után (b). A javulás olyan jó ütemű volt, hogy a kezelést 14 hónap után fokozatosan meg lehetett szüntetni.

Az immunosuppressív kezelésben részesített csoportban (10 fő, a vizsgálatok lezárásakor) 1 exitust észleltünk, míg a szokványosan (digitalis, diureticum,

IMMUNOSUPPRESSIV KEZELÉSRE GYÓGYULT CONGESTIV CARDIOMYOPATHIÁS BETEGÜNK PARAMÉTEREINEK ALAKULÁSA



kálium, vasodilatátor, anticoaguláns) kezelt 19 beteg közül 7 (az esetek 38%-a) két éven belül meghalt, bár a haemodinamikai státuszt illetően lényeges különbség a kiindulási adatokban a két csoport között — kivéve a bal kamrai ejectio fractiót — nem figyelhető meg (3. táblázat). A két csoport közül az immunkezeltek fiatalabbak, átlagéletkoruk 26,5 év (15—34 év), míg a másik csoporté 38 év (18—50) volt.

Megbeszélés

A 70-es években a haemodinamikai státus és/vagy sectiók leletei alapján Goodwin szerint a cardiomyopathiákat 3 csoportba sorolták: hypertrophiás, congestiv és restrictiv formákra (13).

Az echocardiographia bevezetése a klinikai gyakorlatba lehetővé tette a különböző cardiomyopathia formák non-invasív felismerését in vivo. Az endomyocardialis biopsia elterjedése óta a cardiomyopathiák osztályozása a WHO 1980-as javaslata alapján részben módosult (47), mely szerint a cardiomyopathiák ismeretlen okú szívizombetegségek.

Voight, Segal, Garrison, Kilbourne és munkatársai 1968—71 között állatkísérletekben, illetve egy-egy primaer cardiomyopathiás beteg esetében ACTH, vagy steroid adásával illetve immunosuppressív terápiával szerzett tapasztalataikról számolnak be (12, 17, 42, 45). Mason 1980-ban közölte elsőként tapasztalatait (26) az

immunsuppressív terápiáról, amelyet 10 betegnél alkalmazott. Ekkoriban még meglehetősen ellentmondásos az immunsuppressív terápia alkalmazásával kapcsolatos vélemény, sőt ez a kérdés még ma is forrongó.

Befolyásolhatatlan infektóktól, malignus tumorok kialakulásától tartanak a terápia ellen szavazók.

A diagnózishoz jutást, azaz a biopsia alkalmazását megkönnyíti az a tény, hogy a jobb kamrából is végezhetjük, mivel szövettani szerkezetüket tekintve gyakorlatilag nem különböznek, s a mintavétel egyrésze amúgy is a kamrai septumból történik. Ez ugyanis technikailag könnyebben kivitelezhető és kevésbé veszélyes (akár a vena femoralisból, akár transjugularisan végezzük) mint a bal kamrai endomyocardiumból történő mintavétel. Egyes közlemények szerint a bal kamrai biopsia technikailag azért is nehezebb, mert az aorta billentyűn kell átjutni, valamint hátrány az is, hogy utána gyakrabban észlelhető systémás, főként cerebrális embolisatio, így ehhez előzetesen anticoaguláns terápia beállítását javasolják. Másrészt viszont diagnosztikus nehézséget jelenthet az a tény, hogy a patológiai folyamat esetleg gócos, így a biopsiás minta éppen nem tartalmaz patológiás részleteket. Magunk a 35 jobb kamrai szívizombiopsia elvégzése során szövdményt egy esetben sem észleltünk.

Mason 1980-as közleményében egységes diagnosztikus és terápiás szempontokat javasol, amelyek alapján az immunsuppressív terápia nehézség nélkül alkalmazható (26).

Tíz beteg közül 4-nél drámai javulást ért el, egy jelentősen javult, 4-nek az állapota stagnált, de nem romlott. Egy betegének az állapota romlott, aki exitált is. Hasonló — diagnosztikus és terápiás kautélákat alkalmazva a fentieket összehasonlítva a magunk eredményeivel (három gyógyulás, egy jelentős, négy mérsékelt javulás, két romlás, ebből egy exitus), nem sokban különböznek eredményeink. A mi tapasztalataink is biztatónak tűnnek. Anyagunkban káros mellékhatást, szövdményt a tartós immunsuppressív terápiától nem észleltünk.

Az eredmények objektív értékelését nehezíti az a tény is, hogy nincs igazán kontroll csoportunk. Pozitív immunhistológiai lelet nélkül nincs indokunk az immunsuppressív kezelés bevezetésére, másrészt viszont etikailag nem tartottuk helyesnek, hogy a biopsiával, ill. immunhistológiai vizsgálattal pozitívnak bizonyult eseteket ne kezeljük, bár egy esetben — egyéb okok miatt — 10 hónappal később, késleltetve kezdtük az immunsuppressív terápiát — mely idő alatt a beteg állapota romlott. Az első — kezeletlenül hagyott esetünk (1980) másfél évvel a diagnózis felállítása után exitált. Ezekből a sporadikus, vagy indirekt kontrollokból is kitűnik, hogy az immuncarditises beteg állapota „sorsára hagyva” — illetve csak hagyományosan kezelve (digitalis, vasodilatátor, diureticum, kálium, anticoaguláns) gyorsan romlik, fatális kimenetelű. Az immunpatológiailag negatív cardiomyopathias csoport állapotának progressziója egyenletes üteműnek látszik, és igen jelentős mértékű (19 betegből azonos észlelési periódus alatt 7 exitált).

A definitív terápiás megoldás a congestiv cardiomyopathias betegek esetében a szívtransplantáció lenne, azonban ennek nehézségei miatt úgy gondoljuk, hogy a rendelkezésre álló lehetőséget — az immunsuppressív kezelés bevezetését — mindenképpen érde-

mes megpróbálni, hiszen a betegség amúgy fatális prognózisú. Kellő felszereltségű centrumokban ez a terápia indokoltnak látszik, és a jó eredmények a bővebb tapasztalatszerzést még tovább segítik, és a kezelés létjogosultságát igazolhatják. Munkánkkal maguk is szeretnénk hozzájárulni a betegség kialakulásában szerepet játszó immunmechanizmusok (humoralis és/vagy celluláris immunzavar) pontosabb felderítéséhez, illetve az immunsuppressio helyének tisztázásához a COCM terápiájában.

Összefoglalva, eddigi immunsuppressív kezeléssel nyert tapasztalataink alapján úgy látszik, hogy a COCM azon formáiban, ahol az immuncarditis jelei a szívizombiopsiás anyagban igazolhatók — azaz ún. immunmyocarditistről van szó — az immunsuppressív terápiára jelentős javulás észlelhető az esetek többségében. Ezért adataink alapján is indokoltnak tartjuk az immuncarditises esetek leválasztását a congestiv cardiomyopathiák aetiológiailag heterogén csoportjából.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönettel tartoznak a Szegedi Orvostudományi Egyetem Központi Izotóp Laboratóriumának a radioizotóp ventriculographiás vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Anderson, J. L., Carlquist, J. F., Higashikubo, R.: Quantitation of Lymphocyte Subsets by Immunofluorescence Flow Cytometry in Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. *Am. J. Cardiol.* 1985, 55, 1550. — 2. Bolte, H. D.: Immunerkrankungen des Herzens. *Internist*, 1979, 20, 479. — 3. Brooksby, I. A. B. és mtsai: Left-ventricular endomyocardial biopsy. *Lancet*, 1974, 2, 1222. — 4. Cassling, R. S. és mtsai: Quantitative evaluation in biopsy specimens from idiopathically failing or irritable heart: Experience in 80 pediatric and adult patients. *Am. Heart J.* 1985, 110, 713. — 5. Cormane, R. H., Szabó, É., Hange, L. S.: Immunofluorescence of the skin: the interpretation of the staining of blood vessels and connective tissue aided by new techniques. *Br. J. Derm. Suppl.* 5, 1970, 82, 26. — 6. Daly, K. és mtsai: Acute myocarditis. Role of histological and virological examination in the diagnosis and assessment of immunosuppressive treatment. *Br. Heart J.* 1984, 51, 30. — 7. Deg, G. W. és mtsai: Active myocarditis in the spectrum of acute dilated cardiomyopathies. *New Engl. J. Med.* 1985, 312, 885. — 8. Dragataki, L. N. és mtsai: Autoimmune myocarditis: a clinical entity. *Can. Med. Assoc. J.* 1979, 120, 317. — 9. Factor, S. M., Sonnenblick, E. H.: The Pathogenesis of Clinical and Experimental Congestive Cardiomyopathies: Recent Concepts. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 1985, 27, 395. — 10. Fenoglio, J. J. és mtsai: Diagnosis and classification of myocarditis by endomyocardial biopsy. *New Engl. J. Med.* 1983, 308, 12. — 11. Frenzel, H. és mtsai: Licht- und elektronenmikroskopische Befunde in Früh- und Spätstadien der Herzinsuffizienz. Untersuchungen und Endomyokardbiopsien von Patienten mit latenter (LCM) und dilatativer (DCM) Kardiomyopathie. *Zschr. Kardiol.* 1985, 74, 135. — 12. Garrison, R. F., Swisher, R. C.: Myocarditis of unknown etiology (Fiedler's?) treated with A CTH. *J. Pediatr.* 1953, 42, 591. — 13. Goodwin, G. F.: Function in primary myocardial disorders. *Vr. Med. J.* 1964, 1527 and 1595. — 14. Henry, W. L. és mtsai: Report of the American Society of Echocardiography Committee on Nomenclature and Standards in Two-dimensional Echocardiography. *Circulation*, 1980, 62, 212. — 15. James, T. N.: Myocarditis and Cardiomyopathy. *New Engl. J. Med.*, 1983, 308, 39. — 16. Kareitakes, D. J., Parmley W. W.: Myocarditis and cardiomyopathy. *Am. Heart J.*, 1984, 108, 13. — 17. Kilbourne, E. D., Smart, K. M., Pokorny, B. A.: Inhibition by cortisone of the synthesis and action in interferon. *Nature*, 1961, 190, 650. — 18. Kirsner, A. B., Hess, E. V., Fowler, N. O.: Immunological findings in idiopathic cardiomyopathy: a prospective serial study. *Am. Heart J.*, 1973, 86, 625. — 19. Lengyel, M., Kókény, M.: Follow-up study in congestive (dilated) cardiomyopathy. *Acta*

Cardiol., 1981, 36, 35. — 20. *Lewis, A. B. és mtsai*: Findings on Endomyocardial Biopsy in Infants and Children with Dilated Cardiomyopathy. Am. J. Cardiol. 1985, 55, 143. — 21. *Lowry, P. J., Thompson, E. A., Litter, W. A.*: Cellular immunity in congestive cardiomyopathy. The normal cellular immune response. Br. Heart J., 1985, 53, 394. — 22. *Lowry, P. J., Thompson, R. A., Litter, W. A.*: Cellular immunity in congestive cardiomyopathy. Hypersensitivity to cardiac antigens. Br. Heart J. 1985, 53, 400. — 23. *MacArthur, C. G. C. és mtsai*: The relationship of myocarditis to dilated cardiomyopathy. Eur. Heart J. 1984, 5, 1023. — 24. *Maisch, B. Beeg, P., Liebau, G.*: Diagnostic Relevance of Human and Cytotoxic Immune Reactions in Primary and Secondary Dilated Cardiomyopathy. Am. J. Cardiol. 1983, 52, 1072. — 25. *Mason, J. W.*: Techniques for Right and left Ventricular Endomyocardial Biopsy. Am. J. Cardiol. 1978, 41, 887. — 26. *Mason, J. W., Billingham, F. M. E., Ricci, D. R.*: Treatment of Acute Inflammatory Myocarditis Assisted by Endomyocardial Biopsy. Am. J. Cardiol. 1980, 45, 1037. — 27. *Mason, J. W.*: Endomyocardial biopsy: the balance of success and failure. Circulation, 1985, 71, 185. — 28. *Mester, J., Máté, E. Pávics, L.*: EKG-val kapuzott egyensúlyban végzett, nukleáris kardiológiai vizsgálatok a bal kamra functio mérésére. Normál értékek. Cardiol. Hung. 1983, 12, 119. — 29. *O'Connell, J. B. és mtsai*: Gallium-67 imaging in patients with dilated cardiomyopathy and biopsy-proven myocarditis. Circulation, 1984, 70, 58. — 30. *O'Connell, J. B. és mtsai*: Clinical and pathologic findings of myocarditis in two families with dilated cardiomyopathy. Am. Heart. J. 1984, 107, 127. — 31. *O'Connell, J. B., Henkin, R. E.*: Myocardial gallium-67 imaging in dilated cardiomyopathy. Postgrad. Med. J., 1985, 61, 1132. — 32. *O'Connell, J. B. és mtsai*: Immunosuppressive therapy in patients with congestive cardiomyopathy and myocardial uptake of Gallium-67. Circulation, 1981, 64, 780. — 33. *Olsen, E. G. J.*: Diagnostic value of the endomyocardial biopsome. Lancet, 1974, pp. 658. — 34. *Olsen, E. G. J.*: The problem of viral heart disease. How often do we miss it? Postgrad. Med. J. 1985, 61, 479. — 35. *O'Rourke, R. A. és mtsai*: Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology World Health Organization. Task Force on Recommendations for Standardization of Measurements from

M-mode Echocardiograms. Circulation, Special Report 1984, 69, 854A. — 36. *Parrillo, J. E. és mtsai*: The results of transvenous endomyocardial biopsies can frequently be used to diagnose myocardial diseases in patients with idiopathic heart failure. Endomyocardial biopsies in 100 consecutive patients revealed a substantial incidence of myocarditis. Circulation, 1984, 69, 93. — 37. *Richardson, P. J.*: King's endomyocardial biopsome. Lancet, 1974, 1, 660. — 38. *Sanderson, K. E. és mtsai*: Lymphocyte Subsets in Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. Am. J. Cardiol. 1985, 55, 755. — 39. *Schwarz, F. és mtsai*: Determinants of survival in patients with congestive cardiomyopathy: quantitative morphologic findings and left ventricular hemodynamics. Circulation, 1984, 70, 923. — 40. *Shanes, J. G. és mtsai*: Mild myocardial inflammation presenting as congestive cardiomyopathy responsive to immunosuppression. Am. Heart J., 1980, 107, 798. — 41. *Smith, W. G.*: Coxsackie B Myopericarditis in Adults. Am. Heart J., 1970, 80, 34. — 42. *Segal, J. P., Harvey, W. P., Gurel, T.*: Diagnosis and Treatment of Primary Myocardial Disease. Circulation, 1965, 32, 837. — 43. *Somers, K. és mtsai*: Endomyocardial biopsy in diagnosis of cardiomyopathies. Br. Heart J. 1971, 33, 822. — 44. *Stapleton, J. F., Segal, J. P., Harvey, W. P.*: Clinical Pathways of Cardiomyopathy. Circulation Res. (Suppl. II). — 45. *Voigt, G. C.*: Steroid therapy in viral myocarditis. Am. Heart J. 1968, 75, 575. — 46. *Wennemark, J. R., Sommers, H. M., Zitnik, R. S.*: Endomyocardial biopsy. Am. Heart J., 1966, 72, 657. — 47. Report of the WHO/ISCF task force on the definition and classification of cardiomyopathies. Br. Heart J., 1980, 44, 673. — 48. Recent advances in the immunology and molecular biology of the heart. Report of meeting of the Section of Clinical Immunology and Allergy, 15. October 1984, J. Royal Soc. Med. 1985, 78, 777. — 49. *Editorial note*: Dilated cardiomyopathy—an immunological tombstone? Int. J. Cardiol., 1984, 6, 443. — 50. *Editorial Note*: Measurement of left ventricular volume by non-radiographic imaging: which technique is best? Int. J. Cardiol., 1984, 6, 523.

(Hőgye Márta dr. Szeged, Pf. 480. 6701)

Figyelmükbe ajánljuk mintaboltjaink szolgáltatásait.

ÁRUKÍNÁLATUNK:

Egyszer használatos tűk, vérnyomásmérők, sztetoszkóp.
EEG-EKG papírok, pácienskábelek, véralkohol vizsgálati egységdoboz,
kézi acélműszerek, Medicopy SC-10 lapmásológép.

A mintaboltokban rendelkezésre áll a Medicor által gyártott termékek áru-
és árkatalógusa, amely alapján termékeinkről pontos felvilágosítást adunk.

Budapestben: XIII., Váci út 62.	Tel.: 296-235
Győrben: Felszabadulás útja 78/A	13-641
Debrecenben: Dózsa György u. 1—3.	17-733
Kecskeméten: Batthyány u. 18.	29-585

Rendeléseiket a Belkereskedelmi Főosztályra szíveskedjenek megküldeni. Címe:

MEDICOR

Belkereskedelmi Főosztály
1389 Budapest, Váci út 48.
Bp. 62 Pf. 150 · Tel.: 495-529

medicor

Alkcema®

KENŐCS

T 200; S 010; S 200

HATÓANYAG: Chlorhexidinum hydrochloricum 200 mg és triamcinolonum acetonidum 20 mg, vízzel lemosható (20 g) kenőcsben.

HATÁS: A készítmény jól alkalmazható számos, szteroid + antiszeptikum kombinációját igénylő bőrbetegség kezelésére.

A klórhexidint a baktériumsejtek gyorsan adszorbeálják, ezt követi a sejtek permeabilitásának változása.

A klórhexidin lipofil csoportjai a sejt lipoprotein hártájának dezorientációját okozzák, a sejtmembrán ozmotikus képessége károsul. A klórhexidin akadályozza a baktériumsejt anyagcseréjét a membránokon keresztül, olyan módon, hogy vagy teljes réteget alkot a sejt egész felületén, vagy úgy, hogy a citoplazma membrán destrukcióját idézi elő.

Antimikrobális hatása bakteriosztatikus vagy baktericid. Jó hatásfokkal elöli az egyes bőrgombákat is.

Allergiát, szenzibilizációt ritkán okoz.

A triamcinolon acetonid a prednizolon 9- α -fluor származéka. Gyulladáscsökkentő hatása jelentősebb a prednizolonénál.

JAVALLAT: Szteroid és antiszeptikum egyidejű alkalmazását igénylő bőrbetegségek, így mindazon ekcémák, amelyekben bakteriális vagy mikotikus tényező primer vagy szekunder módon szerepet játszhat; dyshidrosis, intertrigo, valamint olyan bőrfertőzések, amelyek esetében az egyéb antibakteriális és antimikotikus helyi kezelések hatástalannak bizonyultak.

ELLENJAVALLAT: Szemészeti alkalmazás; a bőr tuberkulotikus, továbbá vírus okozta megbetegedései.

ALKALMAZÁS: A kenőcsöt naponta 2—3-szor vékony rétegben kenjük a beteg bőrfelületre, ill. a pörk eltávolítása után a bőrelváltozásra előzőleg néhány órára dezinficiens oldatos kötést helyezünk, majd a kötés levétele után alkalmazzuk a kenőcsöt.

MELLÉKHATÁS: Igen ritkán, érzékeny bőrű egyéneken enyhe allergiás tünetek, bőrszárazság fordulhat elő. Azonos bőrterületen tartós alkalmazás után — különösen fiatalokon — atrófiát okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: Ha a kezelés eredménytelen marad akut esetben 2 hét, krónikus esetben 4 hét alkalmazás után, a kezelés folytatása nem célszerű.

Az arc bőrön való krónikus alkalmazása kerülendő.

Nagy felületen — különösen kötés alatt tartósan — nem alkalmazható.

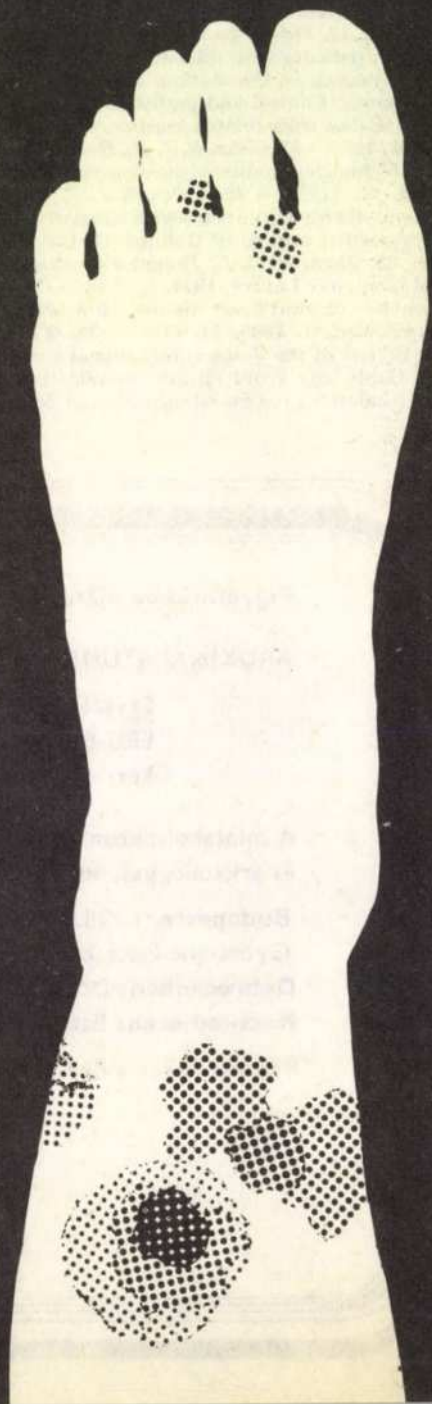
Gyermekeknek csak kivételes esetben rendelhető.

A klórhexidin szappannal inkompatibilis, ezért a kenőcs alkalmazása előtt a szappannal tisztított bőrfelületet bő vízzel alaposan le kell mosni.

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 4,— Ft

FORGALOMBA HOZZA:
Tiszavassvári Vegyszertári Gyár



SZÖLLŐSI JÁNOS DR.,
UGOCSAI GYULA DR.
ÉS SAS MIHÁLY DR.

Artificialis inseminatio monitorizálása

Szegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők 1984 közepétől végzik a SZOTE Női Klinikán az artificialis inseminatiót donor spermával. A steril asszonyok artificialis inseminatioval történt kezelését követően 1984-ben 27 asszony közül 14 fogamzott, 1985-ben 57 feleségnél 30 terhesség és 1986. október 1-ig 56 feleségnél 33 terhesség következett be. Az artificialis inseminatioval kezelt steril asszonyok ciklusát monitorizálták. A ciklus 10. napjától naponta vizsgálták a serum LH, és oestradiol-szintet, valamint ultrahanggal naponta ellenőrizték a folliculusok nagyságát, illetve naponta vizsgálták a cervicalis nyák paramétereit. Az LH-szint az ovulatio idején a legmagasabb a 17- β -oestradiol-szint a folliculusok növekedésével párhuzamosan emelkedett. Megállapították, hogy az indukált ciklusok nagy részében egyedül az ultrahang folliculometria segítségével jól követhető a tüszők növekedése. Az így monitorizált ciklusok esetén alkalmazott donor inseminatioval 50–60%-os eredményesség érhető el.

Monitoring of artificial insemination. The authors have performed artificial insemination with donor sperm since the middle of 1984. As a result, in 1984 of 27 women 14 conceived, in 1985 of 57 patients 30 became pregnant, while till 10 October 1986 of 56 wives 33 conceived. The cycle of sterile women treated with artificial insemination was monitored. From the 10th day of the cycle the serum LH and oestradiol level were determined, the size of follicles was controlled by ultrasound and the parameters of the cervical mucus were measured daily. The LH level proved to be the highest during ovulation while the 17- β -oestradiol level was increasing parallel with the growth of follicles. It was established that in most induced cycles the growth of follicles could be followed well by ultrasound folliculometry. In cases monitored this way, artificial insemination was successful in 50–60%.

A házasság meddőségének megszüntetése érdekében már régen felmerült a mesterséges nemzés gondolata, azaz idegen ondónak a méhbe, cervixbe vagy a portióra történő bejuttatása (3, 6, 14, 15, 16). Előbb főleg az USA-ban, majd más országokban is elterjedt az artificialis inseminatio (6, 12, 14, 17).

Hazánkban a művi beavatkozással történő megtermékenyítést a 12/1981. számú Eü. Minisztériumi rendelet szabályozza. Hazánk alacsony népszaporulata figyelembe véve az artificialis inseminatio végzése donor spermával hasznos olyan meddő házaspárok esetén, ahol a férj ondójával nemzés nem következhet be (12, 14).

Az artificialis inseminatio eredményessége növelhető a kezelt ciklusok monitorizálásával. *Marinko és mtsai* (10) ultrahangos folliculometria, *Robertson és mtsai* (13) ultrahang-vizsgálattal és plasma oestradiol-szint meghatározással követték a folliculus növekedését, majd megrepedését. *Wibland és mtsai* (18) az indukált ciklusok közel 80%-ában egyedül az ultrahang folliculometria segítségével is jól tudták követni a tüszők növekedését. *Glander* (14), *Gimes és mtsai* (7) az ondó mélyhűtése után végzett inseminatioval csaknem azonos eredményességet értek el, mint natív spermával, *Frieberg, Gemzell* (2) és *Schwartz és mtsai* (16) ezt nem tudták megerősíteni.

Kulcsszavak: artificialis, donogen, inseminatio, monitorizálás, folliculometria

Anyag és módszer

A SZOTE Női Klinikáján 1984 közepétől végezzük az artificialis inseminatiót donor spermával.

A házaspárok a beavatkozást megelőzően alapos meddőségi kivizsgáláson estek át, a WHO irányelveinek megfelelően (1).

A steril asszonyoknak egy évnél nem régebben végzett HSG vizsgálattal jól átjárható petevezetőkkel kell rendelkezniük. Előzőleg meggyőződünk arról, hogy a ciklusok ovulációs jellegűek-e, endometrium biopsziát végeztünk és az inseminatio előtt három hónapon át mérték az asszonyok az ébredési hőmérsékletet, a serum progesteron értékek is ovulatora utaltak.

A férjek részéről azokban az esetekben jött szóba az artificialis inseminatio, amennyiben a mai modern vizsgálo eljárásokkal azoospermiasnak bizonyultak, és sem műtétileg, sem gyógyszeres kezeléssel azt befolyásolni nem tudtuk. Oligozoospermia maximalis esetén, amennyiben hypoplasias herékek társult és súlyos örökletes betegség fennállásakor.

Az artificialis inseminatioval kezelt steril asszonyok ciklusát monitorizáltuk, a sterilitás kezelését három egymást követő ciklusban végeztük el, az első két kezelt ciklusban az 5-dik naptól 100 mg clomiphencitrátot 5 napig — amennyiben eredménytelen volt a kezelés — a harmadik ciklusban 100 mg clomiphencitrátot a ciklus harmadik napjától 5 napig, majd a 8-ik naptól naponta 150 E Pergonalt kaptak az átlag 17 mm-es folliculus nagyságig (4–6 napig).

A ciklus 10. napjától naponta vizsgáltuk a serum LH és oestradiol szintet, valamint naponta ultrahanggal ellenőriztük a folliculusok nagyságát. Az ovulatio kiváltására — megfelelő folliculus nagyság esetén (átlag 17 mm felett) — choriogonadotropint (6000 E. HCG) használtunk. Naponta ellenőriztük a cervicalis nyákot (ovulatio utaló score) és az asszonyok mérték a basalis hőmérsékletet.

A donorok az előírásoknak megfelelően andrológiailag, ideggyógyászati szempontból és serológiailag, valamint AIDS megbetegedés szempontjából egészséges és negatív egyének voltak. Nagy jelentőséget tulajdonítottunk a különböző urogenitalis fertőzések megelőző kizárásának.

Az inseminációt az ovulatio idején két alkalommal — a folliculusok nagyságától függően — általában a 13. és 14. ciklusnapon végeztük el. Technikai kivételt illetően a natív ondó 0,25 ml-ét intracervicalisan fecskendeztük be, 1,4 ml-t pedig portio sapkába a cervixre helyeztük és a portio sapkát 24 óra múlva távolítottuk el.

Eredmények

Artificialis inseminációval elért eredményeinket az 1. táblázat szemlélteti. Az inseminációval történt kezelést követően 1984-ben 27 asszony közül 14 fogamzott, az I. ciklusban 10, a II. ciklusban 3, a III. ciklusban 1 terhesség következett be, ami 51,8% eredményességnek felel meg. 1985-ben 57 feleségnél 30 terhesség következett be, a 130 kezelt ciklus kapcsán az első ciklusban 17, a második ciklusban 7, a harmadik ciklusban 6, ami 52,6% eredményességnek felel meg. 1986. október 1-ig 56 asszony 124 kezelt ciklusából eddig 33 terhesség következett be, az I. ciklusban 18, a második ciklusban 8, a harmadik ciklusban 7, ami 58,9% eredményességnek felel meg.

1. táblázat

ARTEFICIALIS INSEMINATIOVAL ELÉRT EREDMÉNYEK

	1984	1985	1986. X.1-ig
KEZELT BETEGEK SZÁMA	27	57	56
INSEMINÁCIÓK SZÁMA	58	130	124
TERHESSÉGEK SZÁMA	I. CYKLUS: 10/27 II. CYKLUS: 3/17 III. CYKLUS: 1/14	I. CYKLUS: 17/57 II. CYKLUS: 7/40 III. CYKLUS: 6/33	I. CYKLUS: 18/56 II. CYKLUS: 8/38 III. CYKLUS: 7/30
TERHESSÉGEK KIMENELE	NORM. SZÜLÉS: 10 IKERSZÜLÉS: 1 MÉHENKIVÜLI TERHESSÉG: 1 VETÉLÉS: 2	NORM. SZÜLÉS: 23 IKERSZÜLÉS: 1 MÉHENKIVÜLI TERHESSÉG: 2 VETÉLÉS: 4	NORM. SZÜLÉS: — IKERSZÜLÉS: — MÉHENKIVÜLI TERHESSÉG: 1 VETÉLÉS: 3
EREDMÉNYESSÉG	51,8%	52,6%	58,9%

A terhességek nagy része normál szüléssel zajlott le, talán valamivel több volt az ikertehesség, jelenleg 3 kettes és 1 hármas ikertehesség kihordása van folyamatban. Fejlődési rendellenességet az újszülöttekben nem észleltünk.

Megjegyezzük, hogy az asszonyok harmada megelőzően több alkalommal más intézetben artificialis donogon inseminációban részesült eredménytelenül.

A 2. táblázat 20 esetben a hormon értékeket és a folliculometria eredményét szemlélteti, különválasztva

2. táblázat

CYKLUS NAPOK	10	11	12	13	14	15
LH (IU/l) n:15	11,9	12,4	20,7	28,5	46,8	46,0
x̄g n:5	5,3	5,3	8,6	7,4	9,2	3,4
17 β-oestradiol (pmol/l) n:15	1904	2535	2432	2055	2573	1954
x̄g n:5	1097	1513	2029	1669	1892	—
Folliculus nagyság (mm) n:15	17,4±12-19	17,1±13-19	21,9±14-20	21,3±15-24	22,3±16-25	19,0±17-23
n:5	0	0	4:0-6	5:0-7	6:0-8	5:0-7

A HORMON ÉRTÉKEK ÉS A FOLLICULOMETRIA EREDMÉNYE OVULATIÓS (15 eset) ÉS ANOVULATIÓS (5 eset) CYKLUSOKBAN

az ovulatio és anovulatio ciklusokat. A 15 ovuláló beteg serum LH szintje az ovulatio idején növekedik meg (a 14. ciklusnapon 46,8 IU/l), az oestradiol szint a folliculusok növekedésével párhuzamosan emelkedik (a 14. ciklusnapon 2573 pmol/l). Anovulatio ciklusok (5 beteg) esetén a hormonértékek nem emelkedtek, alacsony értéken maradtak. A folliculusok nagysága — az átlagértékeket figyelembe véve — a 13–14. ciklusnapon a legnagyobbak az ovulatio ciklusokban. Anovulatio ciklusban a tüsző fejlődésnek indulhat, de ovulatio nem következik be.

A 3. táblázat egy monitorizált ovulatio ciklust ábrázol. A hormonértékek és folliculometria ovulatioira utaltak, az inseminációt a 13. és 14. ciklusnapon végeztük el, az asszony a kezelést követően terhes lett.

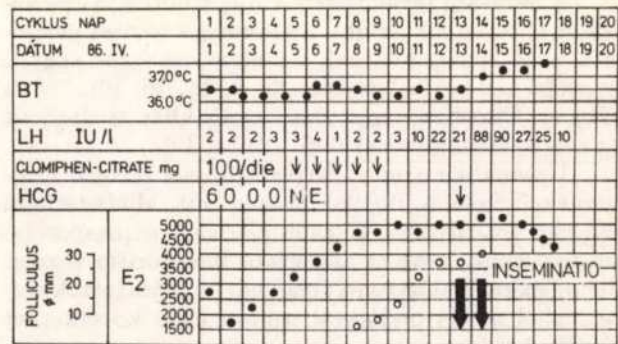
3. táblázat

SZOTE NŐI KLINIKA

ELŐKÉSZÍTÉS, MONITORIZÁLÁS

NÉV: L. GY.
SÚLY, MAGASSÁG: 55 kg 162 cm

UTOLSÓ MENSTR.: IV. 1.
CYKLUS: OVULATIÓS



A 4. táblázat egy monitorizált anovulatio ciklust ábrázol. A hormonértékek és folliculometria anovulatioira utaltak, a sterilis kezelést ezért ebben a ciklusban nem végeztük el.

Megbeszélés

Az artificialis inseminatio végzése donor spermával hasznos olyan meddő házaspárok esetén, ahol a férj ondójával nemzés nem következhet be (12, 14, 15).

Az artificialis donor inseminatio eredményessége jelentős mértékben növelhető a kezelt ciklusok monitorizálásával ill. natív ondó felhasználásával. *Marrinko és mtsai* (10) ultrahangos folliculometria, *Ro-*

SZOTE NŐI KLINIKA

ELŐKÉSZÍTÉS, MONITORIZÁLÁS

NÉV: K.G.
SÚLY, MAGASSÁG: 52kg, 165cm

UTOLSÓ MENSTR.: IV. 1.
CYKLUS: ANOVULATIÓS

CYKLUS NAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
DÁTUM 86. IV.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BT	37,0°C 36,0°C																			
LH IU/l	2	3	2	3	2	1	2	1	1	2	3	3	2	5	4	5	3	2		
CLOMIPHEN-CITRATE mg	1	0	0	0	↓	↓	↓	↓	↓											
HCG																				
FOLLICULUS mm																				
E ₂																				

bertson és mtsai (13) ultrahangvizsgálattal és plasma oestradiol-szint meghatározással követték a folliculus növekedését, majd a tüsző megrepedését. Wibland és mtsai (18) az indukált ciklusok közel 80%-ában egyedül az ultrahang folliculometria segítségével is jól tudták követni a tüszők növekedését. Loeder és mtsai (9) azoknál az asszonyoknál, ahol a cervix nyák és az alaphőmérsékleti görbe megbízhatatlan az ovulatio kimutatására, sorozatos ultrahangvizsgálatot javasolnak a ciklus 11-dik napjától az ovulatioig, és véleményük szerint naponta inseminációt kell végezni — amikor a domináns folliculus eléri a 18 mm-t — a tüsző repe-
déséig.

Glander (4), Gimes és társai (7) az ondó mélyhütése után végzett inseminációval csaknem azonos eredményességet értek el, mint natív spermával, Frieber, Gemzell (2) és Schwartz és mtsai (16) ezt nem tudták megerősíteni.

Glezerman (6) Smith és mtsai (17) natív ondóval lényegesen jobb terhességi arányt regisztráltak, mint mélyhűtött ondóval.

Egyes szerzők hangsúlyozzák (5, 11) az ondóval átvihető szexuális fertőzések jelentőségét.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy az indukált ciklusok nagy részében az ultrahang folliculometria segítségével jól követhető a tüszők növekedése. Megállapítható az is, hogy az egyébként „szabályosan” menstruáló nők között is gyakori az anovulatiós ciklusok előfordulása.

Az ultrahangos folliculometria egyszerűsítheti és egyben olcsóbbá is teheti az ovulatio inductio monito-

rizálását. A hormonértékek változásával szintén követhető a tüsző fejlődése, segítségével értékelhetőbb az ovulatio ciklus és biztosabbá tehető a monitorizálás, ugyanakkor valamivel drágább és néhány órával később ad értékelhető eredményt.

Az így monitorizált ciklusok esetén alkalmazott donor inseminációval 50–60%-os eredményesség érhető el.

IRODALOM: 1. Belsey, A. R., Eliasson, A. J., Gallegos, K. S. és mtsai: WHO-laboratorum manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction. Singapore Press Concern 1980. — 2. Friberg, J., C. Gemzell: Inseminations of human sperm after freezing in liquid nitrogen vapors with glycerol or glycerol-egg yolk-citrate as protective media. Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, 116: 330. — 3. Formigli, L., G. Formigli, L. Gottardi: Artificial insemination by donor results in relation to husband's semen. Archives of Andrology, 1985, 14: 209. — 4. Glander, H. J.: Kryokonservierbarkeit von Ejaculate mit Oligozoospermie. Spermakonzervierung. Insemination. In-vitro-Fertilization. 75—81. Urban-Schwarzenberg. München Wien Baltimore 1986. — 5. Glander, H. J., M. Rytter, L. Boumman és mtsai: Risk of Transmission of Sexually Transmitted Diseases by Cryopreserved Semen. Andrologia 1986, 18: 323. — 6. Glezerman, M.: Two hundred and seventy cases of artificial donor insemination: Management and results. Fertil. Steril. 1981, 35: 180. — 7. Gimes, R., Orbán, Gy.: Humán sperma tartósítása mélyhűtéssel. Magy. Nőorv. Lapja, 1972, 35: 243. — 8. Haning, R. V., C. W. Austin, D. L. Kuzma és mtsai: Ultrasound evaluation of estrogen monitoring for induction of ovulation with menotropins. Fertil. Steril. 1982, 37: 627. — 9. Laeder, A., Wiseman, P. J., Taylor: The prediction of ovulation: a comparison of the basal body temperature graph, cervical mucus score, and real-time plevic ultrasonography. Fertil. Steril. 1985, 43: 385. — 10. Marinko, O. A., H. N. Sallam, L. K. V-Cossens és mtsai: Real time pelvic ultrasonography during the periovulatori period of patients attending an artificial insemination clinic. Fertil. Steril. 1982, 37: 633. — 11. Niessen, H. P., H. W. Kreysel: Polyunsaturated fatty acids in relation to sperm motility. Andrologia, 1983, 15: 264. — 12. Papp, Gy.: Nemzőképesség-zavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1985. — 13. Robertson, R. D., K. H. Picker, P. C. Wilson és mtsai: The assessment of ovulation by ultrasound and plasma estradiol determination. Obstet. Gynecol. 1979, 54: 686. — 14. Sas, M., Szöllösi, J., Farkas, M.: Positív családtervezés III. Andrológia, Orvostud. Aktuál. Probl. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980, 37: 93. — 15. Schirren, C.: Der derzeitige Stand andrologischer Behandlungsmöglichkeiten bei kinderlose Ehe. Geburtsh. Frauenhkl. 1975, 35: 334. — 16. Schwartz, D., M. J. Magawz, M. L. Guihard-Moscato és mtsai: Abortion Rate in A. I. D. and Semen characteristics: A Study of 1345 Pregnancies Andrologia, 1986, 18: 292. — 17. Smith, K. D., L. J. Rodríguez-Rigan, E. Steinberger: Relation between indices of semen analysis and pregnancy rate in infertile couples. Fertil. Steril. 1977, 28: 1314. — 18. Wikland, M., L. Niessen, R. Hansson és mtsai: Collection of human oocytes by the use of sonography. Fertil. Steril. 1983, 39: 603.

(Szöllösi János dr. Szeged, Semmelweis u. 1. 6725)

(R)

Tisacid

TABLETTA

J 200

HATÓANYAG

500 mg Alumínium-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS

A tablettá hatóanyaga új szeretlen molekulavegyület, amely gyors, tartós és előnyösen nagy savmegkötőképességgel rendelkezik. Endoszkópos vizsgálatok igazolták, hogy a tablettá a gyomorba jutva 1 percen belül szétesik, és részei rátapadnak a nyálkahártyaredőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé.

Szokásos adagolásnál nem okoz foszfát deplációs szindrómát és nem emeli a szérúm alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel. Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

JAVALLATOK

Hyperaciditás, akut és krónikus gastritis, ulcus duodeni és ulcus ventriculi, gyomorégés.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorégés, vagy gyomor-fájdalom esetén 1-2 tablettá 1 órával étkezés után. Erős hypersecretionál az adag 3-4 tablettára is emelhető. Tartós kezelésre átlagos adagja 3 x 1-2 tablettá a főétkezés után 1 órával, szükség esetén a főétkezések közötti időszakban, ill. az esti lefekvés előtt további 1-2 tablettá adható.

A tablettát a szájban való szétrágás után, vagy egészben kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁS

Ritkán obstipatio, eructatio

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Együttadása kerülendő

- tetraciklinekkel (kelátot képez, mely az antibiotikum-hatás csökkenését eredményezi)
- vassókkal nátriumfluoriddal (felszívódásukat gátolja)

Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozzák az abszorpció gátlásával, vagy a gyomornedv pH-jának módosításával, ezért az együtt adott gyógyszerek bevétele között legalább két órának kell eltelnie.

FIGYELMEZTETÉS

Vesefunkció zavaroknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS

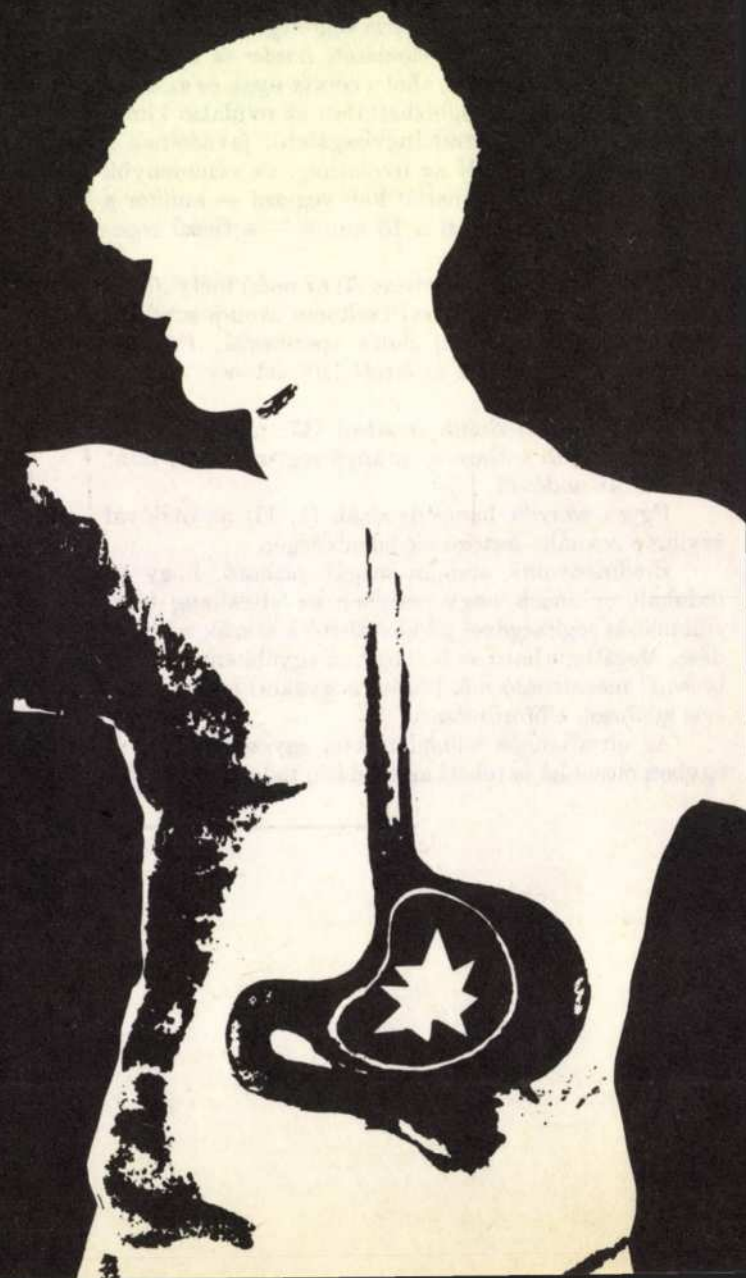
Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

30 tablettá, térítési díj: 7,20 Ft.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári



Módosított visszérműtéttel elért eredményeink

Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Kulka Frigyes dr.)

A szerzők 64 betegen végeztek módosított visszérműtétet saphena magna törzsvena varicositas miatt. A beavatkozás a crossectomia, a Babcock-féle extirpatio és a Smetana-műtét kombinációja. Gyökeres kiirtást végeztek, ugyanakkor feltűnő bőrheget nem hagytak vissza. Az ismerttetett módszerrel a műtét időtartamát egy-másfél órára, a kórházi ápolást 48 órára rövidítették le. Betegeiket 3—5 évvel a műtét után kontrollálták, ennek során saphena csonk vagy törzsvena recidívát nem találtak, perforans vena kiújulás a végtagok 6%-ánál fordult elő. Újabb műtetre egy betegnél sem volt szükség, a recidívát scleroterapiával kezelték.

Az utóbbi évtizedekben kiemelkedő sebészi teljesítmények tanúi lehettünk. A modern sebészet azonban nemcsak újabb területeket hódított meg, hanem a már ismert műtétek technikáját is módosította. Így a visszérműtétek területén is javulást értünk el. Sikerült a recidívák gyakoriságát csökkenteni, a metszések számát és nagyságát mérsékelve esztétikusabb eredményeket elérni és a műtét valamint a kórházi ápolás időtartamát lerövidíteni.

Beteganyag és módszer

Az OTKI. I. Sebészeti Klinikáján 1980. január 1. és 1983. március 2. között 63 beteget (104 végtagot) operáltunk saphena magna törzsvena varicositas miatt, módosított visszérműtéttel. Legfiatalabb betegünk 21 éves, legidősebb 65 éves, átlag életkoruk 44,3 év volt. 64 betegünk közül 48 nő és 16 férfi volt. Három betegünk csak esztétikai okok miatt kérte a műtétet a többiek a végtag fáradékonyságát, duzzadását, viszketését, görcsös-, égő-, húzó-fájdalmát vagy elnehezülését panaszolták.

Az alkalmazott műtét — több, ismert eljárás kombinációja. A beavatkozás legfontosabb részének a crossectomiát (a vena saphena magna beszájadzó részének resectióját a femoralis beömlés magasságában) tartjuk (10, 23), melyhez ritka kivételektől eltekintve a lágyéki bőrhajlatban vezettük a metszést. A saphena magna törzsét minden esetben Babcock-műtéttel, azaz hosszú szondával távolítottuk el, melyet a boka tájon ejtett seben vezettünk be és a már említett lágyéki feltáráson húztunk ki. A saphena-törzs oldalágait, az ide beszájadzó és ettől független, elégtelenül, működő perforansokat, valamint a saphena rendszerektől független varixokat Smetana-féle (fogazott Klapp-) késsel extirpáltuk (3, 24).

A műtétet 86%-ban epidural anaesthesiában, a többi esetben intratrachealis narcosisban végeztük (dr. Tamási Péter). Betegeink a műtét napját ágyban töltötték az anaesthesiát követő központi idegrendszeri és keringési labilitás lehetősége miatt. Másnap 6—10 óras járásgyakorlatot végeztettünk. A postoperatív második napon betegeink 81%-a távozott és egy betegünk ápolási ideje sem haladta meg a négy napot.

A műtétet követően korai és késői ellenőrző vizsgálatokat végeztünk az esetleges szövődmények, maradvány varixok és recidívák felderítésére. A korai vizsgálatokat több alkalommal — néhány héttel és 2—3 hónappal a műtét után —, míg a késői kontrollt minimálisan három, maximálisan öt évvel a műtét után (átlagosan 44 hónap) végeztük el.

Results with modified phlebectomy. In 64 patients modified phlebectomy was performed due to varicosity of the vena saphena magna. The surgical intervention was a combination of crossectomy, Babcock's extirpation method and Smetana's operation. Radical extirpation was carried out without a conspicuous scar. Using this method the time of operation could be shortened to about an hour and the hospital care needed merely 48 hours. On controlling the patients 3—5 years after the operation no relapse in the saphenous stump or in the vein was found. Varicosity of the perforator vein was detected in 6% that could be treated with sclerotherapy.

Eredmények

Az esztétikai eredménnyel minden betegünk elégedett volt. Feltűnő heg nem maradt vissza, ugyanis a Smetana-kés olyan kis szűrt sebet ejt, melynek zárásához sem öltés vagy kapocs, sem Steri-Strip nem szükséges (1., 2. ábra). A lágyéki bőrhajlatban ejtett metszés is szebb heget hagyott, mint a korábban alkalmazott 2—3 cm-rel disztálisabb behatolás, és minden esetben szövődmény nélkül gyógyult.

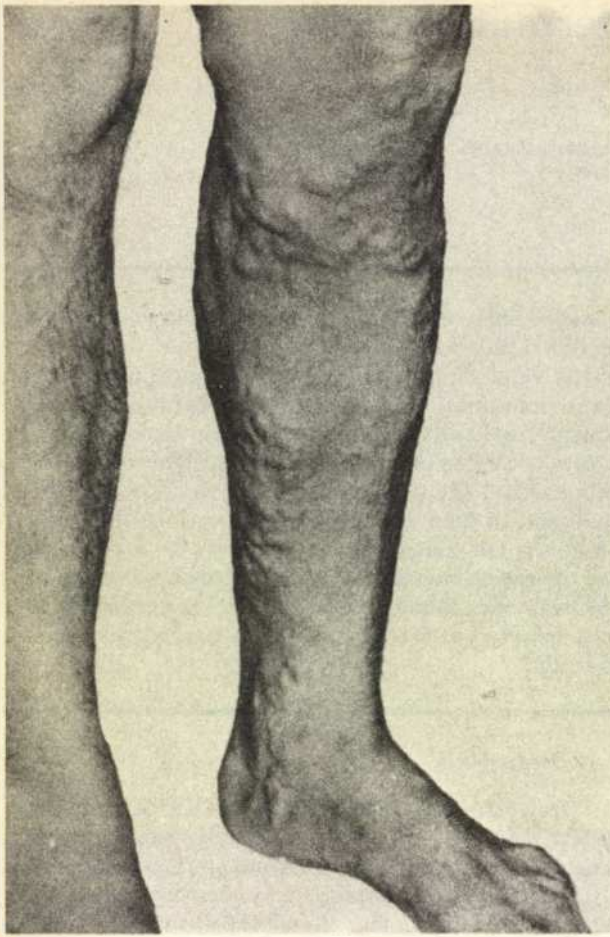
A késői ellenőrző vizsgálatot a saphena csonk vagy törzs ill. perforans recidívák gyakoriságának felmérésére végeztük. 64 betegünk közül 61 jelent meg. A saphena magna beszájadásából kiinduló recidív visszértágulatot egy esetben sem észleltünk. Olyan maradvány vagy recidív varicositas, mely újabb műtétet igényelt volna, nem fordult elő. Öt betegünknel találtunk ún. perforans recidívát, mely csupán esztétikai panaszt okozott (a betegek 9%-a, a végtagok 6%-a). A műtét előtti egyéb panaszok eltűntek és nem tértek vissza.

Az ismert szövődmények közül csak a bőridegek sérülése következtében fellépett átmeneti érzésválar fordult elő. Ezt 39 betegen észleltük (61%), rendszerint csak néhány hétig tartott, de három betegnél egy év után is fennállt, és csak a késői ellenőrző vizsgálat során számoltak be az érzés helyreállításáról. Egyéb szövődményt (seroma, suppuratio, vérzés stb.) nem észleltünk.

Annak ellenére, hogy a saphena beszájadást a korábbinál gondosabban preparáltuk *egy végtag műtétének időtartama a korábbi 2—4 órától 1—1,5 órára csökkent.*

Megbeszélés

Világszerte probléma, hogy kevés kolléga tart lépést a phlebologia fejlődésével, ugyanakkor a népesség 20—30%-át érintő betegség miatt sokan végeznek visszérműtétet. A varicektomia sarkalatos pontja a



1. ábra. V. S. 56 éves férfi saphena magna törzsvena varicositása



2. ábra. Műtét után két hónappal. Feltűnő hegek nélkül távolítottuk el a varixokat.

saphena magna femoralis beszájadásának lekötése. Hazánkban már 1948-ban *Rubányi* ismertette a kövendő műtéti technikát. Ennek és más hasonló témájú közlemények ellenére (2, 6, 11, 17, 19, 23, 25) a saphena magna törzs és csonk recidívák száma továbbra is magas. *Hetényi* (11) majd *Radó* (18) felmérése szerint 56—65%-os, melyért a helytelen műtéti technikát tartják felelősnek. Módosított visszérműtéttel operált betegeink késői kontroll vizsgálata során *nem észleltünk saphena magna csonk, ill. törzsvena varicositas recidívát*. Ezt úgy értük el, hogy a műtét során kiterjesztett feltárást alkalmaztunk — nemcsak a saphena magna beszájadó szakaszát, hanem a vena femoralis megfelelő részét is kipreparáltuk (8, 16).

Műtéttechnikai részletkérdésnek tűnhet, de a beavatkozás sikerét mégis az határozza meg, hogy a lágyéki bőrmetszést jól választottuk-e meg. Pre- és intraoperatív mérések, valamint bonctani preparálások során azt találtuk, hogy a sapheno-femoralis junctio a lágyéki bőrhajlat alatti vagy fölötti 1—1 cm-es zónán belül helyezkedik fel (2). Ez a felmérésünk más szerzők megfigyelésével is egyezik (9, 10, 20, 23). Ezért a hagyományos műtéti leírásokkal ellentétben (14, 17, 22, 25) mi a *lágyéki bőrhajlatban vezettük metszésünket*, így minden variáció esetében sikerült a sapheno-femoralis junctiót megfelelően föltárni és a saphena törzsét

az oldalágakkal együtt maradéktalanul kiirtani. A metszési hely ezen megválasztásának további előnye, hogy itt a műtéti seb szebben gyógyul és rejtettebb helyzetű, mint a korábban alkalmazott néhány centiméterrel disztálisabb behatolásnál.

Betegeink mind a saphena magna törzs kifejezett varicositása miatt kerültek műtétre. Számos felmérés igazolta, hogy a Babcock-műtéttel vagy ennek valamilyen módosításával érhetjük el a leggyökeresebb kiirtást, a legkevesebb késői recidívát és a legszebb kozmetikai eredményt (5, 12, 13), ezért minden esetben ezt alkalmaztuk. A rekonstruktív szív-érsebészet a saphena magna egyes szakaszait verőerek pótlására használja, ezért kevésbé kifejezett varicositas esetén újabban a saphena magna egyes szakaszait megőrizzük (7, 13, 15).

A saphena törzs oldalágait és a perforans venákat Smetana-műtéttel (módosított Klapp-késsel) távolítottuk el (3, 24). Hazánkban ez az eszköz még kevéssé elterjedt. Előnye, hogy a *varicosus erek fölött nem szükséges a bőrt végig vágni*, hanem azokat néhány milliméteres nyíláson keresztül távolítjuk el. Megfelelő gyakorlattal nagy conglomeratumok is maradék nélkül eltávolíthatók, ez főleglegessé teszi a varixok időrabló preparálását. Felmérésünk azt igazolja, hogy a recidíva gyakoriságában ugyanúgy 10% alatti érték érhető el

ezen módszerrel, mint az elfogadott preparálással és perforans ligatúrával (5). A kontroll vizsgálatok során észlelt maradvány- vagy recidív varixokat injekciós scleroterapiával kezeltük, újabb műtetre egy esetben sem került sor (4, 12, 16).

Nemcsak, a műtét hanem a kórházi ápolás időtartamát is lerövidítettük. Betegeink nagyobb része a műtét után 48 órával távozott. Ezt ésszerű kompromisszumnak tartjuk az ambuláns műtét (1, 16) és a varratszedésig tartó kórházi kezelés között. A hazabocsajítás időpontját az érzéstelenítés módja határozza meg. Helyi érzéstelenítés után a beteg hazaengedhető, de ezt csak kis kiterjedésű varixok exstirpálásakor vagy ligatúra fölhelyezésekor tartjuk célravezetőnek. Kiterjedt visszeresség eltávolítására jól bevált az epidural anaesthesia. Ezt követően központi idegrendszeri és keringési labilitás léphet föl, ezért célszerű a műtét napján az ágynyugalom. Másnap azonban egész napos járásgyakorlatot végeztettünk. A harmadik postoperatív napot csak indokolt esetben (pl. hypotonia stb.) töltötték a betegek a klinikán.

Az általunk alkalmazott műtéti kombinációval jó tapasztalatokat szereztünk. Sikertől a recidívák számát jelentősen csökkenteni, az újabb műtétet igénylő recidívákat elkerülni, a műtét időtartamát lerövidíteni, a torzító műtéti hegeket kiküszöbölni és a kórházi ápolás időtartamát lecsökkenteni. Ezen tapasztalatok birtokában javasoljuk a leírt műtéti technika szélesebb körű bevezetését.

IRODALOM: 1. Apanaszenco, B. G., Szavaljev, J. S., Szavaljev, O. K.: Operativnoj lecsenyije varikoznoj bolezni nyizsnih konecsnosztyej v uszlovijah polikliniki. Ambulatornaja hirurgija. Vesznyik Hirurgii 135, 105, (1985). — 2. Bihari, I.: A vena saphena magna magas lekötéséről. Magy. Seb. 35, 366, 1982. — 3. Bihari, I., Lakner, G.: Varicektómia módosított Klapp-kés alkalmazásával. Magy. Seb. 36, 249, 1983. — 4. Bihari, I.: Tapasztalatok az alsó végtagi visszerbetegség in-

jekciós skleroterapiájával. Magy. Seb. 38, 163, 1985. — 5. Burnham, S. J.: Operative treatment of varicose veins, in in Vascular surgery. szerk: Rutherford R. N. Saunders. 1984. Second ed. 1348. old. — 6. Csiky, M.: A módosított Dale-műtéttel szerzett tapasztalataink varicositas cruris kezelésében. Magy. Seb. 32, 233, 1979. — 7. Gallagher, P. G.: Preservation of saphenous vein in ligation and stripping for varicose veins. Pittfalls. Vasc. Surg. 17, 46, 1983. — 8. Greaney, M. G., Makin, G. S.: Operation for recurrent saphenofemoral incompetence using a medial approach to the saphenofemoral junction. Br. J. Surg. 72, 910, 1985. — 9. Gundersen, J.: Die chirurgische behandlung der varizen. Phlebol. u. Proktol. 12, 178, 1983. — 10. Hartmann, M., Grau, M.: Einleitung der korssinsuffizienz der vena saphena magna in schweregrade. Indikation und technik der krossektomie. Phlebol. u. Proktol. 9, 100, 1980. — 11. Hetényi, A., Kaszás, F., Nemez, P.: Korai recidiva Trendelenburg-Madelung műtét és radikális varicektómia után. Orv. Hetil. 117, 2963, 176. — 12. Larson, R. H. és mtsai: Long term results after vein surgery. Mayo Clin. Proc. 49, 114, 1974. — 13. Lofgren, E. P.: Treatment of long saphenous varicosities and their recurrence. in Surgery of the veins. szerk: Bergan J. J. and Yao J. S. T. Grune and Stratton. 1985. 285. old. — 14. Littmann, I.: Sebészeti műtéttann. Medicina. Budapest. 1977. 740. old. — 15. Macfarlane, R., Dodwin, R. J., Barabas, A. P.: Are varicose veins and coronary artery bypass surgery compatible? Lancet II, 859, 1985. — 16. Nabatoff, R. A., Stark, D. C. C.: Complete stripping of varicose veins with the patient on an ambulatory basis. Amer. J. Surg. 124, 624, 1972. — 17. Nemes, A., Soltész, L.: Érsebészeti vezérfonal. Medicina. Budapest, 1980, 224. old. — 18. Radó, Gy.: A phlebologiai gondozás tapasztalatai. A dermatovenerologia haladása. 21, 104, 1982. — 19. Rózsa, I., Bihari, I.: Műtéttel vagy konzervatíván kezeljük az alsó végtag vénás betegségeit? in Az orvostudomány aktuális problémái. szerk.: Káldor A., Gergely J. Kulka, F. 45. kötet. Medicina. Budapest, 1983, 177. old. — 20. Royle, J. P., Eisner R., Fell, G.: The saphenofemoral junction. S. G. O 152, 282. 1981. — 21. Rubányi, P.: Visszértágulatok kiújulásának megelőzéséről. Arch. Chir. 1, 48, 1948. — 22. Saegesser, Ö.: Spezielle chirurgische therapie. Hans Huber. Bern. Stuttgart. Wien. 1972, 973. old. — 23. Sándor, T.: A varicositas korszerű műtéti kezelése. Bőrgyógy. Vener. Szle. 60, 84, 1984. — 24. Smetana, J.: Nuz k operacim varixu. Rozhledy v. Chirurgii. 53, 842, 1974. — 25. Vas, Gy.: Az alsó végtag vénás betegségei. Medicina. Budapest, 1963, 40. old.

(Bihari Imre dr. Budapest, 1389. Pf. 112.)

SZERZŐINK FIGYELMÉBE

1985. január 1-től a szerzői honoráriumok számfeljtése, nyilvántartása és a rendeltileg előirt adatszolgáltatási kötelezettség feldolgozása számítógépen történik. Ennél fogva a Kiadó a szerzői honoráriumokat és a különlenyomatokat csak akkor tudja kiutalni, ill. elkészíteni, ha a vezető szerző személyi száma, továbbá a személyi igazolványában feltüntetett neve, állandó lakhelyének címe a birtokában van.

Ezért kérjük postafordultával a kért adatokat a szerkesztőségnek eljuttatni.

BRONCHO-VAXOM[®]

Polyvalens

felnőtt, gyermek

immunobiotherapeuticum

kapszula



HATÁS

A Broncho-Vaxom serkenti a szervezet természetes védekező mechanizmusát és fokozza a légutak fertőzései vel szembeni ellenállást. Ezt a hatást aktív védelemmel, a makrofágok stimulálása révén, a keringésbe jutó „T” lymphociták számának növelésével, valamint a légúti nyálkahártyákban jelenlevő immunglobulinok szintjének emelkedésével bizonyították.

HATÓANYAG

A Haemophilus influenzae, a Diplococcus pneumoniae, a Klebsiella pneumoniae és ozaenae, a Staphylococcus aureus, a Streptococcus pyogenes és viridans, valamint a Neisseria catarrhalis liofilizált lizátumából a Broncho-Vaxom kapszula felnőtteknek 7 mg-t, gyermekeknek 3,5 mg-t tartalmaz.

JAVALLATOK

A légzőrendszer, valamint a fül, az orr és a torok valamennyi fertőzésének adjuváns terápiája; a recidiva és a krónikus állapotba való átmenet megelőzése. Az alábbi megbetegedésben ajánlott a Broncho-Vaxom alkalmazása: akut és krónikus bronchitis, tonsillitis, pharyngitis, laryngitis, rhinitis, sinusitis, otitis; a hagyományos antibiotikumokkal szemben rezisztens fertőzések; a légzőrendszer vírusfertőzéseinek bakteriális szövődményei, különösen gyermekeknél és idősebeknél.

ELLENJAVALLAT

Eddigi tapasztalatok szerint nincs.

MELLÉKHATÁS

Hányás, hányinger, meteorizmus, diarrhoea, fejfájás, bőrpírulás, viszketés ritkán előfordulhat. Anafilaxiás reakciót eddig még nem észleltek.

ADAGOLÁS

Acut megbetegedés esetén naponta 1 kapszula éhgyomorra a tünetek megszűnéséig, de legalább 10 napig, legfeljebb 1 hónapig.

Antibiotikum adagolást igénylő esetekben a Broncho-Vaxomot a kezelés kezdetétől egyidejűleg javasolt alkalmazni.

Megelőzésre általában szeptember hónapban ajánlatos kezdeni a Broncho-Vaxom szedését. Szükség esetén a kúra megismételhető; naponta 1 kapszula éhgyomorra 10 napig, majd 20 nap szünet és ez háromszor megismételhető.

Indokolt, illetve súlyos esetekben felnőtteknek és gyermekeknek egyaránt az akut kezelés kiegészíthető 3 hónapos profilaktikus kezeléssel, egy hónap szünet közbeiktatásával.

Gyermekeknek 1 éves kortól alkalmazható a Broncho-Vaxom gyermek-kapszula a fenti, felnőttekével megegyező adagolás szerint.

A kapszula bevitelétől idegenkedő gyermekek részére a könnyen felnyitható kapszula tartalma gyümölcslemben vagy tejben is beadható.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható. Az orvos rendelkezése szerint -egy vagy két alkalommal — ismétlődő.

CSOMAGOLÁS

Broncho-Vaxom kapszula
felnőtteknek 30 Ft

Broncho-Vaxom kapszula
gyermekeknek 20 Ft

Forgalomba hozza:



BIOGAL Gyógyszergyár . Debrecen
OM laboratórium, Genf licence alapján

SZTAKÓ PÉTER DR.
ÉS FÁBER KÁROLY DR.Cysta tuboovarialisból kiinduló
elsődleges tubacarcinoma

Fővárosi Weil Emil Kórház Rendelőintézet I. Szülészeti-Nőgyógyászati

(osztályvezető főorvos: Váradai István dr.)

Kórbonctani és Kórszövettani Osztály

(osztályvezető főorvos: Scholz Magda dr.)

A szerzők a nőgyógyászati gyakorlatban igen ritka elsődleges kútrák esetüket ismertetik. Felhívják a figyelmet a diagnosztizálás nehézségeire, valamint a műtéti megoldás sugárkezeléssel történő kiegészítésének fontosságára. Áttekintést nyújtanak a világirodalmi adatokat illetően és részletesen ismertetik a téma hazai irodalmát. Összefoglalják az 1902 óta megjelent elsődleges kútrákkal foglalkozó magyar közleményeket, s ezekből vonják le következtetéseiket.

Primary salpinx carcinoma originating from a tubo-ovarian cyst. The authors outline a case of primary tube carcinoma which is very rare in gynecological practice. They call attention to the difficulties of establishing a diagnosis and to the importance of supplementing the operation with irradiation. They give a survey of data published abroad and give details about Hungarian publications on this subject. They sum up the publications that have appeared since 1902 on primary tube carcinoma and they draw their conclusions from them.

Éppen 100 éve annak, hogy a világirodalomban először Orthmann (22) 1886-ban elsődleges kútrákról számolt be. Ennek a meglehetősen késői közlésnek magyarázataként érdemes megemlíteni, hogy a múlt század vége felé még igen sokan tagadták az elsődleges tubacarcinoma előfordulásának lehetőségét (Schröder 1889) (25). Ez abból adódhatott, hogy a patológiai megfigyelések főleg sectiois anyagból történtek és ritkán volt mód műtéttel eltávolított szervek feldolgozására. Az elsődleges tubacarcinomákról szóló közlemények sokszor hivatkoznak Way (30) könyvének megállapítására: „A kútrák, mely a nőgyógyászati rákok között a legritkább, szörványos előfordulása miatt még évekig sok szempontból rejtélyes megbetegedés marad. Ez a körülmény szinte kötelez bennünket arra, hogy minden biztosan felismert esetet pontosan megfigyeljünk és közöljünk.” Ezek az 1951-ben íródott sorok ma is igazak.

Hazánkban ebben a témakörben először Dirner és Fonyó (6) közölt cikket 1902-ben. Ezt követte Kubinyi (1912) (15), majd Schmidlechner (1912) (24) közleménye. Az elsődleges kútrákkal a magyar irodalomban Kováts (13) foglalkozott, aki 1955-ben megjelent közleményében összegyűjtötte az addig közlésre került 26 esetet és 4 saját megfigyelésével egészítette ki. A következő 10 évet Jánossy (11) rendezte, aki Vladár (29) egy esetét hüvelyi cysticus áttétellel, Kiss, Józsa és Lusztig (12) két esetét, Selmei, Neszt és Sámuel (26) két esetét, végül Málnásy és Gaál (19) egy tuba carcinosarcoma esetét gyűjtötte össze. Így 1965-ig hazánkban közölt elsődleges kútrák esetek száma 36 volt. Ugyanebben az évben Balázs és Böszörményi (1) két esete jelentette a 37. és 38. esetet. 1967-ben írta le Bösze (3) a felkutatható magyar orvosi irodalom szerinti 39. esetet. Az általa leírt elsődleges tubacarcinoma, melyhez ellenoldali ovarialis cysta társult, irodalmi ritkaság, egyben igen

hasonlít e cikkben közölt esetünkhöz. Az elsődleges kútrákka gyakran jár azonos oldali ovarialis vagy tuboovariális cysta, esetenként myoma. Ritkább az ellenoldali szövődmény, inkább adhaesiók, hydrosalpinx, illetve ellenoldali ovarium atrophia fordul elő. 1968-ban Csömör, Tóth és Szeker (5) az I. számú Női Klinika 20 éves anyagából dolgoztak fel 19 elsődleges tubacarcinomat és foglalkoztak kimerítően a kórkép klinikai problémáival. Ugyancsak 1968-ban került közlésre a 40. elsődleges kútrák Polgár (23) ismertetésében, melynek jelentősége praeeoperatív diagnosztizálása volt. 1976-ban Ferkó és Gyórvány (8) a kútrák gyógyításáról írt cikket, majd 1981-ben Szabó és Veszelovszky (27) ismertette a 41. tubacarcinomat hazánkban.

Világirodalmi adatokat tekintve Nürnberger (21) 1932-ig 301 között esetet gyűjtött össze, Corscaden (4) 1956-ban 500-ra becsüli az ismertetett tubacarcinomák számát, Hayden és Potter (9) szerint 1960-ban a közölt esetek száma meghaladja a 700-at, míg 1981-ben Lampé (16) úgy fogalmaz, hogy a világirodalmi adatok számát tekintve nem éri el a 2000-t.

Az összes genitális primaer rákok 0,1–0,5 százalékában fordul elő Corscaden (1956) (4), Mozley és Baker (1960) (20), Krugmann és Fischer (1960) (14) szerint. 1,1 százalékot ír Hayden és Potter (9).

László és Gaál (17) szerint a kútrák leggyakrabban a negyedik és ötödik, míg Csömör (5) és több irodalmi adat alapján az ötödik-hatodik évtizedben jelentkezik.

Esetismertetés

G. Gy-né 46 éves egyszer szült, egyszer művi terhesség-megszakításon átesett beteget járóbeteg szakrendelésünk utalta osztályunkra cysta ovarii l.d. iránydiagnózissal. A beteg egy hete jobb oldali alhasi fájdalmat, görcsöket érzett. Széklete, vizelete rendben volt, lázasnak nem érezte magát.

Családi és belgyógyászati anamnézise negatív volt. Nőgyógyászati anamnézisének tekintve 1981-ben jobb oldali adnexitumor punctiója történt, majd 1985-ben került először osztályunkra, amikor szintén jobb oldali adnexitumor és ahhoz társuló parametrium exsudatio miatt 13,6 leukocytaszám (13 600) és 101 mm/ó Westergreen-érték mellett kombinált antibiotikus kezelést, kolpopunctiót és azt követő kolpotomiát alkalmaztunk. 20 ml purulens bennéket nyertünk, melynek tenyésztésekor kórokozó baktérium nem tenyésztett ki. A beteg családi

Kulcsszavak: elsődleges tubacarcinoma

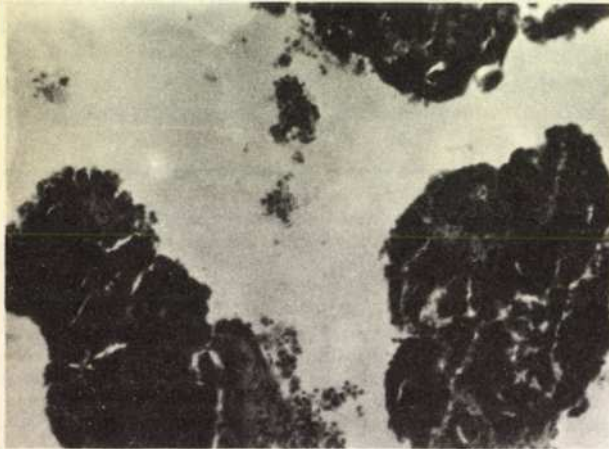
okokra hivatkozva állapotának rendezése előtt távozott az osztályról, későbbi ellenőrző vizsgálaton nem jelentkezett.

Felvételekor 1986. április 29-én nőgyógyászati vizsgálati lelete a következő volt. Varrott gát. Kp. tág hüvely. Rendes portio hátul. Vaskosabb, tömört tapintatú méh anteflexio-versioban. Jobb oldalon a méh mellett és mögött almányi cysticus tapintatú, nyomásérzékeny resistentia. Bal oldal szabad. Tükörkép: ép hámmal fedett portio.

Utolsó rendes menstruációja 1986 januárjában volt, majd március végén egy napig tartó kevés vérzést tapasztalt.

Kivizsgálása során készített leleteiből megemlítendő: 9 mm/ó sülyedés Westergreen szerint, leukocytá szám 5,9 (5900) és haemoglobin 8,37 maeq/l (13,81mg%), vizelet vizsgálat negatív, kolpocytológia P₂.

Célzott punctiót végeztünk, melynek eredményeképpen 90 ml könnyen folyó, szagtalan, világos barna, kissé zavaros bennéki punktátumot nyertünk, melyet tenyésztésre küldtünk. A punctió végén szíváskor kásás jellegű szövettörmelékkel tudtunk még nyerni, melyet kórszövettani vizsgálatra küldtünk. A tenyésztés negatív eredménnyel járt, míg a szövettani lelet a közepes mennyiségű, mákszem, gombostüfej nagyságú, gríz-szerű, törmelékes anyag metszeteiben kötőszöveti tengellyel rendelkező, papilláris szerkezetű, atypusos, polymorph sejtmegoszlási alakokat mutató hámburjánzást figyelt meg. A kötőszöveti tengelyeken az atypusos hengerhám többmagosoros, a kötőszöveti tengelyeken belül a daganatsejtek lumen képzési tendenciával rendelkeztek. (1. ábra)



1. ábra. Adenocarcinoma papillare partim tubulare. (H. E. 160×-os nagyítás)

Szabályos műtéti előkészítést követően 1986. május 9-én alsó medián laparotomiát végeztünk. A vaskosabb méhtől jobbra 2 ujjnyi vastag, kanyargós lefutású, össztömegében ökölnyi tuboovariális képletet észleltünk, mely szélesen, lap-szerint a Douglas ürbe letapadt. Bal oldalon ujjnyi vastag, az ellenoldali képlet felének megfelelő nagyságú hasonló képlet, mely a Douglas ür felé szintén letapadt. A tágult tubák abdominális végei zártak voltak. Leválasztások, a letapadások oldása után a méh teljes eltávolítását végeztük az adnexumokkal együtt. A csepleszt, hasúri szerveket épnek találtuk. Réteges hasfalzárás. A műtéti preparátumot kórszövettani vizsgálatra küldtük.

A 10×5×4 cm nagyságú uterusban (3033/86. K.n.sz.) a portio vaginalisnak megfelelően leukoplakia simplexet, a nyakcsatorna és a méh üreges test nyálkahártyájában cervicitist és endometritis chronicát, a méhtestben adenomyosist lehetett megfigyelni.

A 13 cm hosszú bal oldali petevezeték (3033/86 K.n.sz.) zölddó nagyságú tömlőben végződik, falában félhold alakú petefészek volt megfigyelhető. A tömlős képződmény belfel-szine sima, ürterét serosus tartalom töltötte ki. A képlet szövettanilag cysta tuboovariális inflammátának felelt meg.

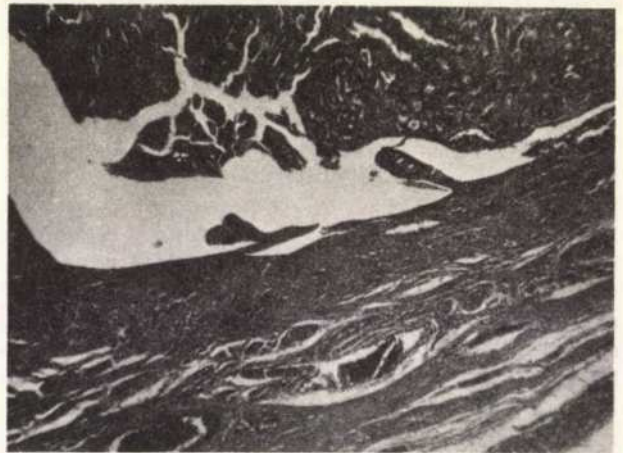
A 18 cm hosszú jobb oldali méhkürt (3034/86 K.n.sz.) az isthmusos szakaszától 8 cm-ig hüvelykujj vastagságú volt, majd innen egyenletesen tágulva 10×8×6 cm nagyságú tömlős tágulatban folytatódott, melynek falában félhold alakú petefészek szerkezete volt felismerhető. Az ürterében zavaros vörhenyes folyadék volt. A kürt nyálkahártyáján gombostü-

fej, bors és lencse nagyságú, szürkésfehér színű egyenetlenség volt látható. A csatlakozó tömlős képződmény belfel-színéről a tömlő ürterébe bors és barackmag nagyságrend között elhelyezkedő, karfolszerű, szürkésvörhenyes színű növedékek domborodtak elő. Sem a méhkürt, sem a tömlő felszínén makroszkóposan papilláris szerkezetű növedékeket nem lehetett megfigyelni. (2. ábra)



2. ábra. A jobb oldali cysta tuboovariálisból kiinduló daganat

Szövettanilag a méhkürt belfel-színén igen kiterjedt, az ürterbe bedomborodó, atypusos, polymorph sejtmegoszlási alakokat mutató, papilláris szerkezetű, hengerhám jellegű, helyenként lumenképzési tendenciával rendelkező daganatos hámburjánzás látszott, ami nem terjedt be mélyen a laza és kerges sarjszövettel átjárt petevezeték falába. (3. ábra)



3. ábra. A jobb oldali tuba uterina papilláris részben tubuláris adenocarcinómája. Salpingitis chronica l.d. (H. E. 80×-os nagyítás)

A méhkürt a petefészek felszínén rögzült laza és kerges sarjszövettel. A tuboovariális tömlő belfel-színén papilláris és tubuláris szerkezetű adenocarcinoma volt megfigyelhető, amely sem a petevezeték falát, sem a corpus albicans tartalmazó petefészek állományát nem infiltrálta. A beteg zavartalan postoperatív szak után per primam gyógyult alsó medián laparotomia heggel távozott a műtét utáni 13. napon. Közben kórházunk onkoradiológiai osztályán postoperatív ambuláner kezelését kezdték el. 1986. május 20-tól július 4-ig 5000 cGy ósszgódcódisis postoperatív célú telecobalt besugárzást kapott, összesen 32 alkalommal.

Megbeszélés

A 46 éves nőbetegben talált primaer tubacarcinoma igen ritka, egyben nagyfokú malignitással rendelkező fajtája a női

genitális tumoroknak. A hazai fellelhető szakirodalom szerint a 42. esetet közöljük 1902 óta. Esetünk alátámasztja az eddigi megfigyeléseket, melyek a következők.

Megoldatlan kérdés a kúrtrák korai diagnosztikája. A tubacarcinomának nincsenek olyan jellegzetes klinikai tünetei, melyekből a kórképre biztosan lehetne következtetni. Leonhardt (18) tubacarcinomára jellemző tünettriász: 1. ismétlődő rendellenes vérzés, amit a méhkaparék szövettani képe nem magyaráz. 2. hydrops tubae profluens, mely igen ritkán tapasztalható jelenség. 3. hirtelen kezdődő, gyorsan növekvő adnexumtumor. A betegek nagy részén észlelhető az ún. „tuba colica” okozta görcsös alhasi fájdalom, mely a mi betegünkben is szerepelt. Ezen tünetek egyike sem kórjelző kúrtrákra nézve, de külön-külön mindegyik felhívhatja a figyelmet erre a ritka megbetegedésre, tehát gondolnunk kell rá, ha a beteg ilyenekről beszámol, illetve ha bármelyiket észleljük.

Betegünkben két alkalommal is történt jobb oldali adnexumtumor punctiója, amikor purulens bennék ürült. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy azon változás kora körül lévő nők esetében is gondolnunk kell a primaer kúrtrák lehetőségére, kiknek anamnézisében krónikus függelékgyulladás szerepel. A kúrtrákkal együtt gyakran megtalálható a kürt idült gyulladása, de László és Gaál (17), valamint Csömör (5) rámutatnak, hogy a tuba gyulladásai szükségszerű velejárói, nem pedig előidézői a daganatos elváltozásoknak.

Mint sok más esetben, nálunk is döntő jelentőségűnek bizonyult az elvégzett kolpopunctió során nyert anyag kórszövettani vizsgálata. A punktátum kórszövettani lelete indikációul szolgált a laparotomia elvégzésére, ugyanakkor praepoperatív diagnózist nem adott. A Hu, Taymor és Hertig (10) által három csoportba sorolt kúrtrák fajták közül az általunk közölt papilláris formájú volt. Végleges diagnózist csak a műtéti preparátum feldolgozása után kaptunk. Meg kell jegyeznünk, hogy napjainkban gyakran használják a punktátum cytologiai vizsgálatát is, mely szintén felhívhatja a figyelmet a malignus folyamatra. A hüvelykenet cytologiai vizsgálata is segítségünkre lehet, mely az irodalmi adatok szerint az esetek 60 százalékában pozitív, a negatív lelet azonban nem zárja ki a kúrtrák jelenlétét.

A tubacarcinoma diagnózisa, vagy annak gyanúja esetén laparotomiát kell végezni, melynek során teljes méhkiirtás szükséges kétoldali adnexectomiával, cseplesz resectio kérdésében nem egységes az irodalom. Amennyiben ascitese van a betegnek elvégzendő a cseplesz resectio, I. stádium esetén nem abszolút indikált. A műtét postoperatív sugárkezeléssel egészítendő ki. A kórszövettani leírásunk, valamint mellékelt kép-anyagunk jól demonstrálja, hogy a ritka tubacarcinomának szintén ritka ellenoldali toboovariális cystával

történő együttes előfordulását találtuk, valamint a carcinoma sehol nem érte el a serosa borítást, vagyis sem a tuba falát, sem az ovariumot nem infiltrálta. Turunen (1969) (28) és Dodson (1970) (7) a petefészek daganatok FIGO által elfogadott klinikai beosztását a kúrtrákokra is elfogadhatónak tartják. E szerint esetünk az I/a stádiumnak felel meg, mivel a folyamat csak az egyik tubára lokalizálódott és ascitest nem találtunk.

Mivel Boutselis és Thompson (2) az abdominális totális hysterectomia és kétoldali adnexectomia, valamint postoperatív sugárkezelés után a legjobb prognózist ebben a csoportban találta, meg van minden reményünk betegünk teljes gyógyulására.

IRODALOM: 1. Balázs, M., Böszörményi, M.: Toboovariális tömlőben keletkezett elsődleges méhkúrtrák két esete. *Magy. Nőorv. L.* 1965, 28, 278. — 2. Boutselis, J. G., Thompson, J. N.: Clinical aspects of primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1971, 111, 98. — 3. Bösze, P.: Elsődleges méhkúrtrák ellenoldali petefészek tömlővel. *Magy. Nőorv. L.* 1967, 30, 548. — 4. — Corcadon, J. A.: *Gynecologic Cancer 2nd Ed.* Williams and Wilkins Comp. Baltimore 1956. — 5. Csömör, S., Tóth, F., Szeker, J.: Primaer tubacarcinoma klinikai problémái. *Magy. Nőorv. L.* 1968, 31, 399. — 6. Dirner, O., Fonyó, K.: *Zbl. Gynäk.* 1902, 28, 229. — 7. Dodson, M. G., Ford, J. H. jr., Averette, H. E.: Clinical aspects of Fallopian tube carcinoma. *Obstet. Gynecol.* 1970, 36, 935. — 8. Ferkó, S., Gyórvári, V.: A kúrtrák gyógyításáról. *Magy. Nőorv. L.* 1976, 39, 540. — 9. Hayden, G. E., Potter, E. L.: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1960, 79, 24. — 10. Hu, C. Y., Taymor, M. L., Hertig, A. M.: Primary carcinoma of Fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1950, 59, 58. — 11. Jánosy, T.: A méhkürt rosszindulatú daganatainak gyógyeredményei. *Magy. Nőorv. L.* 1963, 28, 251. — 12. Kiss, Gy., Józsa, L., Lusztig, G.: *Magy. Nőorv. L.* 1962, 25, 115. — 13. Kovács, K.: Adatok az elsődleges kúrtrák klinikumához és morphogenesiséhez. *Magy. Nőorv. L.* 1955, 18, 71. — 14. Krugmann, Ph. I., Fischer, J. E.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1960, 80, 722. — 15. Kubinyi, P.: *Orv. Hetil.* 1912, 65, 178. — 16. Lampé, L.: *Szülészeti-Nőgyógyászati Medicina.* Budapest. 1981, 811. — 17. László, J., Gaál, M.: *Nőgyógyászati pathológia.* Medicina. Budapest. 1976, 306. — 18. Leonhardt, A.: *Zbl. Gynäk.* 1902, 78, 1645. — 19. Málnási, J., Gaál, M.: A méhkürt elsődleges carcinosarcomája. *Magy. Nőorv. L.* 1963, 26, 365. — 20. Mozley, P. D., Baker, W. S.: Primary carcinoma of the Fallopian tube, report of a case. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1960, 80, 64. — 21. Nünberger, L.: *Veit-Stoekel Handbuch Gynaekologie.* 1932. — 22. Orthmann, E. G.: *Zbl. Gynäk.* 1886, 10, 816. — 23. Polgár, S.: Élőben praepoperatív diagnosztizált primaer tuba carcinoma, s annak tanulságai. *Magy. Nőorv. L.* 1968, 31, 569. — 24. Schmiedlechner, K.: *Orv. Hetil. (Gynaekologia)* 1912, 65, 277. — 25. Schröder, R.: *Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.* Leipzig. 1889. — 26. Selmezi, E., Neszt, J., Sámuel, A.: Elsődleges méhkúrtrák két esete. *Magy. Nőorv. L.* 1963, 26, 157. — 27. Szabó, A., Veszelszky, I.: Elsődleges tubacarcinoma esete. *Magy. Nőorv. L.* 1981, 44, 156. — 28. Turunen, A.: *Diagnosis and Treatment of Primary Tubal Carcinoma.* *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1969, 7, 294. — 29. Vladár, J.: Elsődleges kúrtrák hüvelyi cysticus metastassal. *Magy. Nőorv. L.* 1955, 18, 309. — 30. Way, S.: *Malignant Disease of the Female Genital Tract.* Churchill Ltd. London. 1951.

(Sztakó Péter dr. Budapest, Kárpát u. 58. 1133)

ERYC[®]

250 mg

antibioticum contra
Gram-positiv microbia

kapszula



HATÓANYAG

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAVALLATOK

Az erythromycin iránt érzékeny Gram-positív kórokozók (Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus), néhány Gram-negatív kórokozó (Neisseria meningitidis, Neisseria gonorrhoea), valamint egyéb kórokozók: Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium perfringens, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Entamoeba histolytica által okozott infekciók kezelésére és megelőzésére. Enyhe és közepes súlyos infekciók kezelésére, megelőzésére.

Légúti infekciókban: pharyngitis, tonsillitis, bronchitis, lobaris és bronchopneumonia, atipikus pneumonia, sinusitis, otitis media kezelésére.

Máj-, epe- és bélfertőzésekben: cholangitis, cholecystitis, intestinalis amoebiasis (extraenterális amoebiasis) kezelésére nem alkalmas.

Urogenitalis infekciókban: gonorrhoea, penicillinallergia esetén a syphilis kezelésére, krónikus prostatitisben.

Bőr- és légúti fertőzésekben: streptococcus és staphylococcusok által okozott fertőzések, mastitis, furunculosis, carbunculus. Elsőként választandó gyógyszer penicillin-allergia esetén annak helyettesítésére, valamint legionellosis terápiában.

Profilaxis: vitiumos betegekben endocarditis megelőzésére fogászati és szájsebészeti beavatkozáskor, penicillin allergiában a rheumás láz megelőzésére.

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenységgel, súlyos májkárosodással.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek: 6 óránként 250 mg étkezés előtt 1 órával. A napi adag a körkép súlyosságától függően 4 g-ig emelhető.

Szokásos adagja gyermekeknek: (súly, életkor és a fertőzés súlyosságától függően): enyhe és közepes súlyos esetben általában 30–50 mg/tskg naponta, 3–4 részre elosztva.

Lehet a napi adagot 2 részben is adni: 12 óránként étkezés előtt. Súlyos esetben a gyógyszer adagja kétszeresére emelhető. Streptococcus fertőzésben legalább 10 napig adjuk.

Megelőzésre felnőtteknek: streptococcus fertőzés megelőzésére naponta 2 x 250 mg, endocarditis megelőzésére a fogászati, illetve sebészeti beavatkozás előtt 1 órával 500 mg, majd 6 óránként 250 mg, összesen 4 alkalommal.

Adagolása a szokásostól eltérő esetekben: primer syphilis kezelésére 10–15

nap alatt összesen 30–40 g megfelelően elosztva. Gonorrhoeás infekcióban 3 napon át erythromycin lactobionát injekció (500 mg 6 óránként), majd per os 250 mg 6 óránként 7 napig. Legionárius betegség súlyos eseteiben intravénás adagolás szükséges, közepes súlyos esetekben felnőtteknek per os naponta 4 x 500 mg 14 napon át.

Amoebás dysenteria: felnőtteknek 4 x 250 mg, gyermekeknek 30–50 mg/tskg/nap 10–14 napig.

MELLÉKHATÁSOK

Nagyobb adagok esetén gasztrointestinális panaszok, enyhe hasi fájdalmak, hányinger, hányás, hasmenés. Allergiás bőrtünetek, anaphylaxia, cholestatikus icterus.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK

Nagy teofillin adagok egyidejű adása esetén megemelkedhet a teofillin szintje a szérumban, így a teofillin toxicitása is, ebben az esetben a teofillin adagját csökkenteni kell. Baktericid hatású antibiotikumokkal együtt adva azok hatását csökkenti.

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkült májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✘✘ Csak vénre adható ki, egyszeri alkalommal. Az intézet készletéből kell térítésmentesen kiadni a bőr- és nemibeteg gondozóban gyógykezelés alatt álló nemibetegnek.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula 10,— Ft
100 db kapszula 40,— Ft



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

KOTSIS LAJOS DR.

Új protézis a malignus oesophago-respiratorikus fistulák intubációs kezelésére

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

(igazgató: Schweiger Ottó dr.)

Orvostovábbképző Intézet Mellkassebészeti Tanszéke

(tanszékvezető: Kulka Frigyes dr.)

Malignus oesophago-respiratorikus sipolyok belső kirekesztésére és a nyelésképesség helyreállítására, a szerző egy minőségileg új, proximális végén műanyag szivacs bevonattal ellátott, összetett, a nyelőcső sebészi intubálására alkalmas protézist ismertet. Az így kiképzett tubus a nyelőcső lumen helyreállítása mellett, hermetikusan lezárja a protézis tölcseré és a nyelőcső fal közötti rést s ezzel a sipolyt. A kettéváló tubussal végzett intubációs technikával kizárólag a nyelőcső intubálható, így gastro-oesophagealis reflux sem alakul ki. Az új tubussal intubált 5 betegben a fistula zárása és a szájon keresztüli táplálkozás helyreállítása eredményes volt. Egy beteg halt meg akut légzésselégtelenségben.

A new prosthesis for the treatment of malignant esophago-respiratory fistula. The author developed a new, detachable, surgically inserted tube, having a sponge-layer covered funnel, for the treatment of malignant esophago-respiratory fistulas. This specially prepared tube provide a hermetically watertight exclusion of the fistula and internal drainage of the malignant stricture. The distal part of this tube is detachable, which allows insertion of the prosthesis only into the esophagus, consequently the patient is free from gastro-esophageal reflux. In all 5 patients, intubated with this new prosthesis, exclusion of the fistula was successful, one patient was lost from respiratory insufficiency. All alive patients have resumed on oral soft diet.

A nyelőcső vagy bronchus carcinoma talaján kialakult oesophago-respiratorikus sipolyos betegek sorsát az alapfolyamaton túl az állandó nyál- és étel-aspiráció, valamint a gyomortartalom regurgitációja révén bekövetkező tüdőgennyedések pecsételik meg. A betegek többsége 1 hónapon belül hal meg.

A kezelés legelterjedtebb módszeréről, a belső kirekesztést célzó nyelőcső intubáció eredményeiről elmentmondásos adatokat közöltek. Közöttük a rossz (7), közepes (2, 4) és a jó palliatioról szólók (3, 5, 8) egyaránt helyet kaptak.

Elemelve az eredménytelenséghez vezető tényezőket, 1983-ban a követelményeknek az eddigiéknél jobban megfelelő tubust sikerül megtervezni és alkalmazni.

A módszer ismertetése

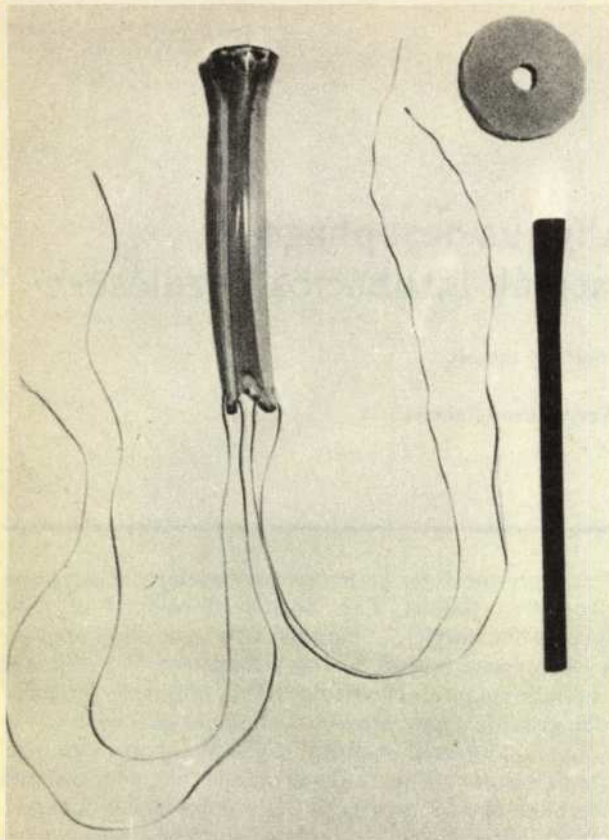
Az új és a jelenleg használt tubusok (Celestin, Procter-Livingston, stb.) között az a lényegi különbség, hogy a fistula kirekesztésében-lezárásában a tubus törzse helyett a tölcser kap fő szerepet. Ennek érdekében a tölcser külső felszínét 4 mm vastag műanyag-szivacs bevonattal láttam el. Az így kiképzett tubus

tölcseré rugalmasan beilleszkedve a tumoros nyelőcső szűkület fölötti tágulatba, hermetikusan lezárja a fistula fölötti nyelőcső lumen és a tölcser közti rést.

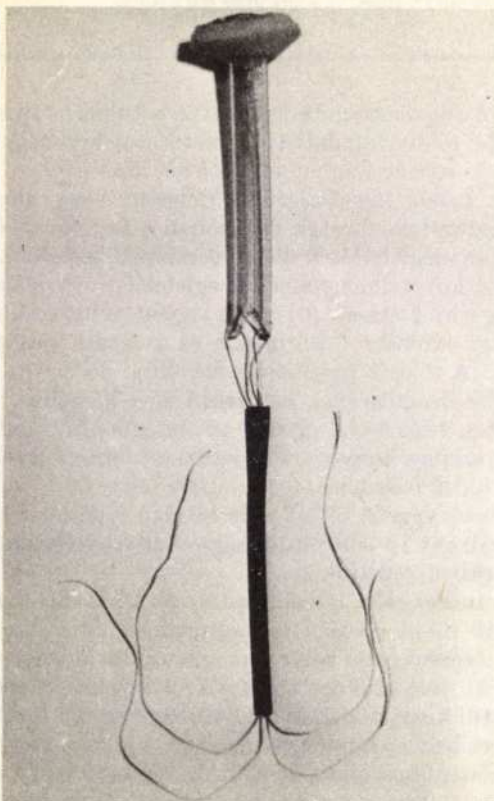
A tubus (legcélszerűbb Celestin vagy Procter-Livingston-féle, de ezek hiányában a Tygon-csőből készített is megfelelő) (1. ábra), törzsének hosszát a mindenkori követelményeknek megfelelően úgy alakítjuk ki, hogy az 2 cm-rel rövidebb legyen, mint a tumoros nyelőcső szűkület felső határa és a cardia közötti távolság. A tölcser peremének átmérője ne legyen több a nyelőcsőtágulaténál, átlagosan 25–30 mm-nél. Ezt követően a tölcserrel egyenlő szélességűre kivágott műanyag-szivacs korongot Palmafix-xel felragasztjuk annak a külső felszínére. A protézis kihegyezett, majd lekerékített végébe öltött erős behúzó fonalakat (25-ös lenfonál) egy 15–18 cm-re megrövidített Nélaton katéter darabon vezetjük át.

A műtét előtt így elkészített protézis (2. ábra) behúzását rövid medián laparotomiából és a gyomron (a legkézenfekvőbb helyre: az antrumra vagy corpusra) készített miniatűr gastrotomiából végezzük, melyen keresztül kivezethető az orálisan be vagy az innen felvezetett behúzó szonda (kimerevitett felnőtt vagy gyerek duodenum szonda, de akár uréter katéterre is szükség lehet). Az összetett tubus végén túl érő fonalakat ezután a behúzó szonda végéhez varrjuk. Az intubációt akkor tekintjük befejezettnek, amikor a protézis alsó elemének a vége a nyelőcső falon át nekiütözik az idő-

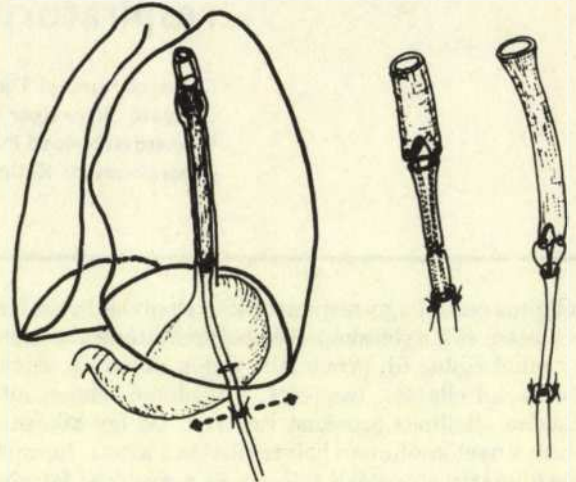
Kulcsszavak: Malignus oesophago-respiratorikus fistula, sebészi intubáció



1., 2. ábra. Az új nyelőcsőprotézis alkotóelemei (a nyelőcsőben maradó tubus, a végén átöltött 2 behúzófonállal, műanyagszivacs korong, Nélaton-katéter darab) és összeállítva.



tölcsére így pontosan a szűkület feletti tágulatba kerül: a megoldás eredményességének ez az alapfeltétele! Ezt követően a gyomron kívül, a behúzó szonda és a tubus alsó (köztes rész) vége között átvágjuk (3. ábra), majd eltávolítjuk a behúzó fonalakat és a protézis így leváló alsó részét. A tumorosan beszűkült és sipolyos nyelőcsőbe a cardia feletti helyzetben, véglegesen csak a tubus felső része marad, az alsó nyelőcső sfincter zárómechanizmusát érintetlenül hagyva.



3. ábra. Az intubáció menetének vázlata, összetett protézissel. A tubust a gyomron kívül vágjuk le a behúzószondáról (szaggatott vonal), majd a leváló alsó részt eltávolítva, kizárólag a nyelőcső marad intubálva.

Az új protézissel 5 malignus tracheo- vagy broncho-oesophagealis sipolyos beteget intubáltunk (1. táblázat). Egy esetben Procter-Livingston, a többiben Tygon-csőből készített, 18 mm átmérőjű tubust használtunk fel. A 3. napi nyeléskontroll valamennyiükben a fistula maradéktalan lezárását igazolta (4. ábra). Közülük egy súlyos, kétoldali bronchiectasiában is szenvedő beteget vesztettünk el, légzési elégtelenségben. A

1. táblázat

Alapbetegség és fistula helye	Megoldás	Eredmény
1. Tu. oesophagi f. oesoph.-bronchia- lis l. d.	l. szivaccsal bevont tölcsérű Procter— Livingston-tubussal	sikeres
2. Tu. bronchi f. broncho-oesoph. l. s.	l. szivaccsal bevont tölcsérű Tygon-tubussal	sikeres
3. Tu. bronchi, bron- chiectasia f. tracheo- oesoph.	l. szivaccsal bevont tölcsérű Tygon-tubussal	meghalt
4. Tu. bronchi f. tracheo-oesoph. cytostatikus kezelés utáni állapot	l. szivaccsal bevont tölcsérű Tygon-tubussal	sikeres
5. Tu. oesoph. f. oesoph.-bronchia- lis l. d. absc. mediastinalis	l. szivaccsal bevont tölcsérű Tygon-tubussal	sikeres

f=fistula
l.=intubáció

közben a hiatus oesophagei-be felvezetett bal mutatóujjba. A szűkület és a cardia közötti távolságnál — mint már láttuk — 2 cm-rel rövidebbre szabott tubus



4. ábra. Tumoros nyelöcsőszűkület és broncho-oesophagealis sipoly. Szivaccsal bevont tölcérszerű tubussal végzett intubáció után a fistula nem ábrázolódik, kirekesztése maradéktalan. A nyíl a tubus végét jelzi a cardia felett.

többiek fistulára utaló tünetei (nyelést azonnal követő kínzó köhögés, nehézlégzés, láz, stb.) megszűntek, nagy mennyiségű köpetürítésük úgyszintén. Szájon keresztüli táplálkozásuk a túlélés egész időtartamára (4–8 hónap) helyreállíthatóvá vált.

Megbeszélés

A rosszindulatú oesophago-respiratorikus sipolyos betegek állapotát folyamatosan súlyosbító nyál-aspiráción és gyomornedv regurgitáción a gastrostoma nem képes változtatni. Ugyanígy az élet minőségén sem, s alig 3 hetes túléléssel számolhatunk utána (4). Niseenfunduplicatio társítása feltétlenül indokolt, de ez is csak az utóbbi tényező ellen hatásos.

A kirekesztéses megkerülő by-pass műtétek (gyomorral (1), gyomorcsővel, vastagbéllel) megfelelő palliációt nyújtanak, viszont a műtéti megterhelés felér egy totál gastrectomia ill. kiterjesztett vastagbél rezekcióival, ami ellenben jó általános tápláltsági állapotot és légzésfunkciót (minimum 1000 ml feletti FEV1 érték) tételezne fel. A betegeknek csak kis hányada felel meg

ezeknek a követelményeknek s így a műtét elfogadható kockázatú javallatának.

A méltán legelterjedtebb és legkisebb kockázatú nyelöcső intubáció váltakozó eredményei több okra vezethetők vissza. Az eddig használatos tubusok elsősorban a nyelöcső szűkületbe befeszülő törzsükkel zárták el a sipoly nyelöcső felőli beszájadását. A legtöbbször egyenetlen belfelületű szűkület feletti nyelöcső tágulatba kerülő tölcser ilyen szerepet nem képes kifejteni: a tölcser és az esetleg egyenetlen lumen között a folyadék utat talál a sipoly felé. Ebből vizont az következik: minél közelebb van a fistula a nyelöcső tágulathoz, minél vékonyabb tubussal történik az intubálás — mint endoscopos behelyezéskor —, annál kevésbé hatásos a sipoly zárása. Minden bizonnyal ezek a morfológiai és intubációs körülmények húzódnak meg az eredménytelen intubációk (elsősorban endoscoposak) mögött.

Az általunk javasolt műanyag-szivacs bevonatú tubus minőségileg tér el az eddig alkalmazottaktól. A tölcser külfelületén lévő szivacsréteg révén a tölcser rugalmasan hozzáidomul a lumen egyenetlenségeihez. A fistula hermetikus zárásában egy tényező helyett három játszik szerepet: 1. a tölcser felső peremén 2. ennek egész felületén, valamint 3. a tubus törzsén fellépő felületi feszültség. Ezek a tényezők akkor érvényesülhetnek maradéktalanul, ha a tölcser pontosan a suprastricturnális tágulatba kerül, a módszernél leírt műfogást ezért véljük nagyon fontosnak. Bár a tölcser pereme szorosan érintkezik a nyálkahártyával, a szivacsréteg rugalmassága révén kevésbé kell tartani decubitusos ártalmaktól, mint hagyományos tubusok esetén. Ez a tulajdonsága a proximális irányú kimozdulás (az endoscopos intubáció gyakori szövödménye) ellen is hatásos. A módszerünkkel (6) behúzott két részes protézis, amiből csak a felső rész marad véglegesen a nyelöcsőben, gastro-oesophagealis refluxot sem vált ki.

Tekintettel arra, hogy nemcsak a malignus sipolyok, hanem a corrosiv intrathoracalis nyelöcső szűkületek perforációja esetén is alapvető fontosságú a perforáció hermetikus zárása (és belső drenálása), ilyen szövödményben is előnyösebb a fentiekben leírt tubus és technika alkalmazása.

IRODALOM: 1. Akiyama, H., Hiyama, M.: A simple esophageal bypass operation for palliation of esophageal carcinoma. *Surgery* 1974, 75, 674. — 2. Angorn, I. B.: Intubation in the treatment of carcinoma of the esophagus. *World. J. Surg.* 1981, 5, 535. — 3. Haidere, O. és mtsai: Palliation of advanced esophageal carcinoma by permanent intubation. *J. Thorac. Cardio. Surg.* 1974, 67, 491. — 4. Horváth, Ö. P. és mtsai: Malignus oesophago-respiratorikus fistulák kezelése. *Magy. Seb.* 1981, 34, 321. — 5. Judd, D. R., Codd, J.: Palliation for malignant esophageal fistula. *J. Thorac. Cardio. Surg.* 1967, 54, 751. — 6. Kotsis, L. és mtsai: Új nyelöcső intubációs módszer. *Magy. Seb.* 1983, 36, 323. — 7. Peura, D. A. és mtsai: Esophageal prosthesis in cancer. *Digest. Dis.* 1978, 23, 768. — 8. Provan, J. L.: Use of Celestin tube for palliation of malignant esophageal obstruction. *Thorax* 1969, 24, 599.

(Kotsis Lajos dr. Budapest XII. Pihenő u. 1. 1529)

AUROBIN KENŐCS

OSSZETETEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 500 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS: Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianális tájék gyulladással járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kapronat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit. A lidokain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK: A perianális tájék gyulladással járó folyamatok, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidales, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK: Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidokain-kezelés.

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2–4 alkalommal.

A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLEKHATÁS: Tartós használata esetén bóratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezeléstről.

MEGJEGYZÉS: ✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb egyszer vagy kétszer ismételhető).

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

ORVOSI ELŐADÁSOKHOZ DISSZERTÁCIÓKHOZ

színes és fekete-fehér

FOTÓMUNKÁK

színes és fekete-fehér diák, kék diák

röntgenfilmről diák vagy képek minden méretben.

EXPRESSZ HATÁRIDŐVEL IS!

LERNER FOTÓ Bp. 1056 Molnár u. 12.

T.: 181–280

nyitva: hétfőtől péntekig 8–17-ig

NIEDERLAND
TAMÁS DR.

Van-e értelme a serdülők hypertonia szűrésének?

Megyei Kórház, Győr, Gyermekosztály
(főorvos: Méhes Károly dr.)

Hatszázötvenhét 14–17 éves serdülő iskolai szűrővizsgálatakor 51 gyermekben, azaz 8,2%-ban merült fel hypertensio gyanúja. Az ismétlések és részletes kórházi kivizsgálások során azonban csak egyetlen adolescens bizonyult valóban hypertoniásnak. A felmérés tapasztalatai és egy az iskolaorvosok által kiszűrt másik csoportban észlelt nagyszámú hamis pozitívitás alapján a kampányszerű hypertonia szűrés nem látszik hasznosnak. Ugyanakkor fontos, hogy más okokból történő orvosi vizsgálatok alkalmával a megfelelő szabályok szerinti vérnyommérés is megtörténjék.

Senselessness of screening campaigns for hypertension among adolescents. Juvenile hypertension was suspected in 51 (i.e. 8,2%) children out of 617 adolescents aged 14–17 years, investigated in the frame of a school screening programme. After repeated examinations, occasionally during hospitalization, only a single girl proved to be hypertonic. Based on this experience and on the large number of false positive cases in another group observed by school medical officers, screening campaigns of hypertension seem not to be justified. At the same time, adequate measurement of blood pressure is urged at every medical examination of adolescents.

A felnőttkori cardiovascularis megbetegedések halálalokok számának ijesztő emelkedése a rizikófaktorok felderítésére és hatásos kezelésére ösztönöz. Az elhízás, cukorbetegség, dohányzás, hyperlipidaemia mellett a hypertonia gyakoriságát tekintve jelentős etiológiai tényező.

Az 1970-es évek közepétől a gyermekkori hypertonia kérdése mindinkább az érdeklődés előterébe került, mert felvetődött, hogy az esszenciális hypertonia a gyermekkori kezdődhet (1, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 20, 21, 22)

Munkákban a hypertonia szűrővizsgálatok hatékonyságáról, a kiszűrt esetek kórházi kivizsgálásának tapasztalatairól, a kórosnak tartott esetek lipid anyagcsere vizsgálatairól számolunk be.

Beteganyag és módszer

Vizsgálatainkat 1984. október és 1986. április hónap között végeztük Győr város négy általános iskola tizenkét nyolcadik, valamint két középiskola nyolc harmadik és két második osztályában. Az első mérés alapján kórosnak tartottuk az irodalomban elfogadott korcsoportos 95 percentil fölötti systolés és/vagy diastolés értékeket (1, 7, 12). A középiskolás korosztálynál is a Környei—Gyódi-féle (12) magyar standard 14 évesekre vonatkozó adatait használtuk.

A vérnyomást a diákok saját iskolaorvosi rendelőjében pihent állapotban, öt perces nyugalmi periódus után ülő helyzetben a jobb felkaron szív magasságban, higanyos vérnyommérővel mértük. A mandzsetta méretét a felkarhossz és

kerület figyelembe vételével választottuk ki. A systolés és diastolés nyomás becsléséhez a Korotkov-féle I-es és IV-es fázist használtuk.

Az első mérésnél kórosnak tartott esetekben a helyszínen tizenöt perc elteltével kontroll mérést végeztünk, valamint másnap az ambulanciánkon vérvétel történt: lipid elektroforezis, koleszterin frakció, szérum ionogramm, CN, creatinin, véreukor meghatározásra.

A kiszűrt csoportból hat gyermek egyezett bele a kórházi kivizsgálásba, öket továbbá a városi iskolaorvosok által hypertoniásnak talált 24 serdülőt osztályunkra felvettük. A kórházba kerültek átlag életkora 13,6 év volt. A lipid anyagcsere értékek statisztikai feldolgozásánál a t próbát használtuk. (1. táblázat)

1. táblázat. A hypertonia kórházi kivizsgálási terve osztályunkon

Anamnézis: Familiáris hypertonia, familiáris cardiovascularis megbetegedések előfordulása

Fizikális vizsgálat: RR négy végtagon (mandzsettaméret!) perifériás pulzáció megítélése percentilisek

Laboratóriumi vizsgálatok:

Vizeletből: rutin, üledék, Na, K, Cl, P, Ca, creatinin, húgysav, 17-KS, VMA.

Szérumból: Na, K, Cl, Ca, P, creatinin, CN, húgysav, We, vérkép, lipid-elektroforezis, koleszterin-frakciók, Renin-angiotensin, vesefunkciós számítások, gyanújelek esetén: T₃, T₄, TSH, cortisol profil, 17 OHP.

Műszeres vizsgálatok:

Hasi ultrahang (vesék, mellékvesék), EKG, MRTG, csontkor, urográfia, izotóp renografia, szemészet, kardiológiai vizsgálat, pszichés status.

Kulcsszavak: serdülőkor, magasvérnyomás, iskolai szűrővizsgálat

Eredmények

Mint a 2-es táblázat adataiból látható az általunk végzett 617 mérésből az első alkalommal 51 esetben 8,2%-ban kaptunk 95 percentilis fölötti értékeket. Az ismételt mérésnél már csak 20 alkalommal, azaz 3,2%-ban mértünk kórosan magas vérnyomást. Az ionogrammban, CN, creatinin, vércukorértékekben nem találtunk kóros eredményt. A kórházi kivizsgálásba beleegyező hat serdülőt 2-3 napos időtartamra vettük fel osztályunkra. Közülük kórházi körülmények között, fekve, két óránkénti sorozatmérésekkel csak egy esetben találtunk ismételten magas vérnyomás értékeket. E betegünk egy 14 éves elhízott leány volt, lipid elektroforezise II/a típusú hyperlipoproteinaemiát is igazolt.

2. táblázat. Az iskolai szűrővizsgálatok eredményei

	Összesen	Fiú	Leány	Első mérés magas		Ismételt mérés magas		Lipid ELFO		Kórházi kivizsgálás	
				Fiú	Leány	Fiú	Leány	Összes	Kóros	Összes	Kóros
Általános iskola 8. osztály	317	158	159	22	10	10	2	32	5	4	1
Gimnázium 2—3. osztály	300	150	150	6	13	4	4	19	—	2	—
Összesen	617	308	309	51		20		51	5	6	1

Az 51 lipid elektroforeziséből 5 bizonyult kórosnak. Két IV-es típus, egy IV-es prekuzor, egy II—IV prekuzor, egy II/a típusú hyperlipoproteinaemiát észleltünk. Amint az várható volt a magas vérnyomásra gyanúsak és igazolt hypertóniások, valamint 29 egészséges serdülő koleszterin frakcióinak átlagai nem tért el egymástól.

A szűrővizsgálatunk időszakában osztályunkra a területről hypertonia miatt beutaltak eredményeit a 3. táblázatban foglaltuk össze. A beutalt 24 betegből az ambulancián történt felvételkor és az első osztályos vizsgálatnál 16 esetben kaptunk 95 percentilis fölötti értéket, 8 esetben eleve normális értéket mértünk.

Általában a harmadik-negyedik mérésnél, hatnyolc óra elteltével normalizálódott a vérnyomás. Kórházi körülmények között fekve 2 óránkénti sorozatmérésekkel csak öt esetben találtunk ismételten magas vérnyomást.

A kivizsgálás során 11 betegben észleltünk organikus eltérést. Ez 7 esetben obesitás, egy esetben lezajlott haemolitikus uraemiás szindrómát követő állapot, egy esetben II/a típusú hyperlipoproteinaemia, egy esetben GRF-csökkenés, egy esetben a renogrammon bal oldalon csökkent kiválasztás volt.

Megbeszélés

Szűrővizsgálatunk alkalmával 617 14—17 éves iskolás 8,2%-ban észleltünk kórosan magas vérnyomást, az ismételt mérésnél a pozitivitás aránya már csak 3,2% volt. Ez megfelel *Fixler és mtsai* (5) 10,2 illetve 1,7%-os értékeinek. Az adatok arra utalnak, hogy

3. táblázat. A kórházi kivizsgálás eredménye

	Kórházban		Organikus és/vagy laboreltérés		Oki kezelést		
	Hypertóniás	Nem hypertóniás	Volt	Nem volt	Igényelt	Nem igényelt	
Fiú	13	4	9	7	6	4	9
Leány	11	1	10	4	7	1	10
Összesen	24	5	19	11	13	5	19

egyetlen mérés önmagában igen nagy hibaforrást jelent.

Az irodalmi tapasztalatok és saját felmérésünk kapcsán több kérdés merül fel az iskolai szűrővizsgálatok hasznát illetően. A korrekt módon végrehajtott iskolai hypertonia szűrésnek akkor lenne egyértelműen haszna, ha meg tudnánk mondani, hogy a kiszűrt és valóban hypertóniásnak bizonyult adolescens felnőttkorára is hypertóniás lesz-e? *Froom és mtsai* (6) anyagukban 18—30 éves nyomónkövetéssel ezt nem igazolták.

Bár a hyperlipidaemia önmagában nem hypertonia rizikófaktor, mégis mint ISZB rizikófaktor gyakran szerepel hypertóniával együtt olyan családokban, amelyekben fiatalkori ISZB fordul elő. A lipid paraméterek értékelése (2, 4, 14, 15, 16, 23, 24) esetünkben nem segített a szűrés értékelésében, anyagunkban legalább is nem volt különbség az egészséges kontrollok és a szűrés során kiemelt serdülők lipoproteinjei között ellentétben *Koltai* (11) eredményével.

A hamis pozitív esetek nagy száma ellentmond a szűrővizsgálat követelményeinek és kóros betegség tudat kialakulásához vezet.

A korai gyógyszeres kezelés is problematikus: egyrészt a hamis pozitivitás következtében felesleges gyógyszereszedések nagy száma miatt, másrészt az adolescens korai mérsékelt vérnyomásemelkedés spontán is normalizálódhat, valamint kellően nem ismert az antihypertensív szereknek a serdülő szervezetre kifejlesztett mellékhatása sem.

Bár csábítóan tűnik az iskolai szűrővizsgálat a

kóros esetek felderítésében (9), *Török és mtsai* (20) pedig az egyetlen mérés fontosságát is hangsúlyozzák, az iskolai méréseken alapuló kampányjellegű tömegszűrést annak buktatói, a vérnyomásértékek nagy szórása miatt nem tartjuk célravezető eljárásnak. *Swiet* (19) is ezt hangsúlyozza munkájában, *Cross* (3) pedig kifejezetten károsnak és feleslegesnek tartja az iskolai szűrést a közelmúltban megjelent átfogó tanulmányában.

Ugyanakkor nagyon fontosnak tartjuk, hogy a gyermekgyógyászati alapellátásban és kötelező közönségi „statuszolások” alkalmával a gyermekek és serdülők vérnyomását a fizikális vizsgálat részeként minden esetben megfelelő módon megmérjük (1, 18).

Köszönetnyilvánítás: A statisztikai számítások elvégzéséért köszönetet mondunk Stummer Lászlónak a Központi Labor munkatársának.

IRODALOM: 1. *Blumenthal, S. E., Heavenrick, R., Lauer, R. M.:* Report of the task force on blood pressure control in children. Prepared by the National Heart, Lung and Blood Institute Task Force on Blood Pressure control in Children. *Pediatr. (suppl.)* 1977, 59, 797. — 2. *Clarke, W. R. és mtsai:* Tracking of blood lipids and blood pressures in school age children: The Muskatine study. *Circul.* 1978, 58, 626. — 3. *Cross, A. W.:* Health screening in schols. Part II. *J. Pediatr.* 1985, 107, 653. — 4. *Dahl, M. és mtsai:* Atherosclerosis precursors in Finnish children and adolescens. *Acta. Pediatr. Scand. Suppl.* 1985, 318, 89. — 5. *Fixler, D. E., Laird, W. B., Fitzgerald, V.:* Hypertension screening in schools. *Pediatrics.* 1983, 72, 459. — 6. *Froom, P. és mtsai:* Predictive value of systolic blood pressure in young men for elevated systolic blood pressure 12 to 15 years later. *Circul.* 1983, 68, 467. — 7. *Grobbee, D. E., Hofman, A.:* The Blood Pressure in childhood. *Spektrum. Vol. XXVII. Number 3, 43.* — 8. *Harlan, W. R.,*

Huntley, J. C., Leaverton, P. E.: Blood Pressure in Childhood. *Hypertension.* 1979, 1, 559. — 9. *Kilcoyne, M. M.:* Adolescent hypertension. *Amer. J. Med.* 1975, 58, 735. — 10. *Kovács, J.:* Hatéves gyermekek vérnyomásértékei. A gyermekkardiológiai gondozó aktív szűrésének tapasztalatai. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 779. — 11. *Koltai, Gy., Aranyi, Z., Tichy, M.:* Az eszenciális hipertonia genetikai faktorainak vizsgálata. *Magyar Pediatr.* 1983, 17, 334. — 12. *Környei, V., Gyódi, Gy. és mtsai:* Normális és magas vérnyomás gyermekkorban: vérnyomás standardek. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 755. — 13. *Loggie, J. M. H., Horanmstai:* Juvenile hypertension: Highlights of a workshop. *J. Pediatr.* 1984, 104, 657. — 14. *Miller, G. J., Miller, N. E.:* Plasma high density-lipoprotein concentration and development of ischaemic heart disease. *Lancet.* 1975, 1, 16. — 15. *Orchard, T. J. és mtsai:* Serum Lipids in a Teenage Population: Geographic, Seasonal and Familial Factors. *Intern. J. Epidem.* 1981, 10, No. 2, 161. — 16. *Orchard, T. J., Rodgers, A. J., Hedley, J. R.:* Changes in blood lipids and blood pressure during adolescence. *Brit. Med. J.* 1980, 280, 1563. — 17. *Roy, L. P., Tiller, D. J., Jones, D. L.:* The range of blood pressures in Australian children. *Med. J. Aust.* 1984, 141, 9. — 18. *Shear, C. L., Gregory, P. H., Freedman, P. D.:* Value of Childhood Blood Pressure Measurements and Family History in Predicting Future Blood Pressure Status: Results From 8 Years of Follow-up in the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics.* 1986, 77, 862. — 19. *Swiet, M.:* The Epidemiology of hypertension in children. *Brit. Med. Bull.* 1986, 42, 172. — 20. *Török, E. és mtsai:* A fiatalkori hipertonia nemzetközi vizsgálata. *Magyar Pdiater.* 1984, 18, 3, 242. — 21. *Török, E., Gyárfás, I., Csukás, M.:* International collaboratory stud on juvenile hypertension. *Bulletin of the World Health Organization.* 1981, 59, (2), 295. — 22. *Vágó, M.:* Serdülők és ifjak vérnyomásértékei. *Orv. Hetil.* 1983, 124, 2549. — 23. *Vartiainen, E., és mtsai:* Effects of Dietary Fat Modifications on Serum Lipids and Blood Pressure in Children. *Acta. Pediatr. Scand.* 1986, 75, 396. — 24. *Vartiainen, E., Puska, P., Salonen, J. T.:* Serum total cholesterol, HDL cholesterol and blood pressure in 13 year-old children. *Acta. Med. Scand.* 1982, 211, 95.

(Niederland Tamás dr. 9002 Győr Pf. 92.)



REANAL

HAEMOSTASIS DIAGNOSZTIKAI KÉSZLETEK:

AGGRISTIN-KIT a Willebrand-betegség laboratóriumi vizsgálatára

Ára: 606,- Ft.

AGGRISTIN PLUS ADP, ADRENALIN vérzékeny betegek gyors laboratóriumi szűrővizsgálatára

Ára: 733,- Ft.

APTI az aktivált partialis thromboplastin idő vizsgálatára

Ára: 368,- Ft.

Forgalmazza: „REANAL” Diagnosztikai Bolt

1147 Budapest Telepes u. 58/60



AZ BEMUTATÓTEREM

1987. I. félévi kiállítási programja

- MÁRCIUS 3-5.** Kiállítás a SARTORIUS cég, OMKER által forgalmazott termékeiből. A kiállítás ideje alatt a cég szakemberei előadásokat tartanak laboratóriumi eszközeikről és készülékeikről.
- MÁRCIUS 24-27.** OMKER ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSA a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elméleti tömbjében.
- ÁPRILIS 14-16.** Kiállítás a LASIS cég, OMKER által forgalmazott laboratóriumi készülékeiből és berendezéseiből.
- MÁJUS 12-13.** Bemutató a BENTLEY cég, általunk forgalmazott termékeiből. A kiállítással egy időben a cég szakemberei előadást tartanak membrán oxigenátorok témájában.
- MÁJUS 26-28.** Kiállítás az OMKER V. kereskedelmi osztálya által forgalmazott kórházi és laboratóriumi bútorokból (bútorújdonsgaiból).
- JÚNIUS 9-11.** Kiállítás az OMKER II. kereskedelmi osztálya által forgalmazott egyszer használatos termékeiből.

KÜLÖN FELHÍVJUK FIGYELMUKET AZ OMKER

évenként egyszer megrendezésre kerülő nagyszabású
ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA,
melyet 1987. március 24-27-e között rendez a
Semmelweis OTE elméleti tömbjében, Bp. VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt.

OMKER BEMUTATÓTEREM

Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.

Nyitva: 9-16 óráig



MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta. Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR)

Budapest V., József nádor tér 1. 1900 Tel.: 180-855



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A IV. Nemzetközi Psoriasis Symposium. (Kalifornia, 1986. júl. 6—11.)

Az Egészségügyi Minisztérium engedélyével, saját költségemen, részt vettem a Stanford Egyetemen megrendezett IV. Nemzetközi Psoriasis Symposiumon.

Részvétele a kongresszus elnökének, E. M. Farber professzornak meghívása alapján történt, melyre a beküldött előadáskivonat elfogadása után került sor. Ezután a kongresszus rendezője elengedte az US \$ 390 részvételi díjat, és az egyetemi diákszalláson ingyen lakhatam.

A Stanford Egyetem San Franciscótól kb. 45 km-re délre helyezkedik el, a Palo Alto nevű kertvárossal határos. Az egyetem műszaki, természet tudományos, jogász-, pedagógus-, ill. orvosképzést biztosít; az egyik legrágább magánegyetem az USA-ban.

Egy-egy hallgató évi tandíja 10 000 \$, a kollégiumi díj + ellátás további 5000 \$. A műszaki fakultás szoros kollaborációban dolgozik a Palo Alto közelében levő Silicon Valley egyes komputer- és mikroprocesszor-fejlesztésben világszerte élen járó cégével. Az egyetemi Bőrklínika a Medical Center hatalmas épületkomplexumában helyezkedik el.

Az egyetem területén kívül, Palo Alto és Redwood City nevű kisváros határában, egy bevásárlóközpont telkén található az ún. Psoriasis Research Institute, melyet prof. E. M. Farber alapított, több mint 6 évvel ezelőtt, és melynek ma is, az egyetemi katedrától történt visszavonulása (nyugdíjaztatása) után is elnöke. Az intézmény tudományos igazgatója az elmúlt évben P. C. Hanawalt, a fenti egyetem Biológiai Intézetének igazgatója vette át.

Az 1986. évi kongresszus Farber 4. ilyen rendezvénye (1970, 1976, 1982, 1986). A kongresszuson 44 ország kb. 400 bőrgyógyásza — valamint az alap kutatásban dolgozó szakembere — vett részt. A szocialista országokból a Szovjetuniót 1 kutató, Lengyelországot 3 kutató (+ 2 külföldön dolgozó kolléga a varsói klinika állományából), az NDK-t 2 kutató, Csehszlovákiát és Magyarországot (személyemben) 1-1 kutató képviselte. Több kutató jött el és tartott előadást a Kínai Népköztársaságból, Jugoszláviát a zágrábi professzor személyében 1 kutató képviselte. Nyugat-Európából — főként az NSZK-ból — 1-1 élenjáró, világszerte ismert professzor vezetésével, 30-35 év körüli fiatal, tehetséges klinikusok jöttek el. Közöttük volt a jövő évi Bőrgyógyász-világkongresszus 2 nyugat-berlini szervezőitkára is (Gollnick és Stadler). Jelen volt és több előadást tartott az utóbbi évtizedek legjelentősebb bőrgyógyászati gyógyszereinek, az ún. retinoidoknak (Tigason, Roacutan) felfedezője, a svájci Bollag professzor.

Az Egyesült Államokból és Kanadából számos neves szakember vett részt; ezenkívül fiatal szakorvosjelöltek is, akik részére a kongresszust 33,5 órai továbbképzésként számították be.

A tudományos eredményeket néhány mondatban csaknem lehetetlen felsorolni. A pikkelysömört (psoriasist) nemcsak az érintett bőrterületek, hanem az egész kültakaró megbetegedésének tekintik. Erre utalnak a betegek tünetmentes bőrén észlelt patológiás eltérések, elsősorban a biokémiai paraméterekben. Számos előadás, valamint speciális szeminárium foglalkozott a bőrben észlelhető zsírsavszármazékok borbé fecskendezésével a psoriasis egyes szövettani jellegzetességeit (leukocytagyülem a hámban = Munromikroabszcisszus) reprodukálni lehetett.

Ehhez csatlakoztak a sejtmembrán-abnormalitást leíró tudományos közlések, így a mi, Rácz István professzorral közös megfigyeléseink is: Perifériás vér T-lymphocyt-a-alsocsoport és ezek átalakulásai psoriasisban címmel. A munkát élénk érdeklődéssel fogadták, és a további vizsgálatok megtervezéséhez hasznos tanácsokat adtak, főként svéd és amerikai kollégák.

A psoriasis pathomechanizmusának kutatásán kívül a kezelés és a gondozás szempontjai is tág teret kaptak. A hagyományos kezelési sémák összehasonlításán kívül újdonság volt a szervtranszplantáció utáni kilökődés megakadályozására használt Cyclosporin-A sikeres alkalmazásáról elhangzott „műsoron kívüli” közlések. Ezek az adatok különösen a terápiarezisztens legsúlyosabb kórfarmák kezelésénél lehetnek fontosak. Az AIDS és a psoriasis szövődött eseteiről is beszámoltak amerikai kutatók. A két betegség kölcsönösen súlyosbítja egymást. A jelenlegi helyzetben azonban az AIDS-kutatás élvez elsőbbséget, a psoriasisra az USA-ban kapható „grantok” összege megcsappant.

A psoriasisos betegek gondozása az Egyesült Államokban és Svédországban az ún. „day care center”-ekben valósul meg. Itt képzett pszichológusok is vannak, akik a betegek kifejlődő depressziójával és személyiségzavaraival is foglalkoznak. A világszerte a népesség kb. 2% át kitevő psoriasisos betegek szerteágazó problémáival a WHO egyik szakosított bizottsága is foglalkozik. Több nyugati országban van Nemzeti Psoriasis Szervezet, melyben társadalmi aktivisták és a betegek képviselői tömörülnek.

Összefoglalva: Utam a nagy távolság és a kiutazás szinte erőmet meghaladó nehézségei ellenére hasznosnak volt mondható. Számos olyan információ és ismeretség birtokába jutottam, melyeket egyébként nem állt volna módomban megszerezni, és később a hazai bőrbetegek kb. egyötödét kitevő pikkelysömörös betegek érdekében kamatoztatni.

Baló Banga J. Máttyás dr.

„Pszichiátria az átalakuló kultúrákban” — „A Szociálpszichiátria 11. Világkongresszusa” (Rio de Janeiro, 1986. nov. 6—11.)

A szociálpszichiátria világkongresszusait a „World Association for Social Psychiatry” (WASP) nevű, 28 országos nemzetközi szociálpszichiátriái társaságait és sok száz egyéni tagot tömörítő szervezet égisze alatt, két-három évente rendezik meg a világ különböző fővárosaiban, nagyvárosaiban vagy kongresszusi központjaiban. Az idén a brazil pszichiátriái társaság és a brazil szociálpszichiátriái társaság rendezésében Rio de Janeiróban tartották a Hotel Nacional nagyszálló Convention Center-ében. A rendező Jorge Costa e Silva professzor, a riói egyetem orvosi pszichológiai tanszékvezetője volt, de a rendezésben igen aktívan részt vett a WASP elnöksége, különösen John L. Carleton elnök és Jules H. Masserman, a WASP tiszteletbeli elnöke. A kongresszust ünnepélyesnek és nagyoknak szánták, nagyon sok külön meghívást küldtek azért ismert szociálpszichiátriái szakértőknek, és azt tervezték, hogy a világ szakembereinek reprezentatív képviselőitől kívül összefogják a latin-amerikai szociálpszichiátákat is. Több ezer résztvevő volt, főleg brazilok, főleg fiatalok, köztük sok pszichológus és szociális gondozó. Éppen a latin-amerikai érdeklődés súlypontjának megtalálása miatt adták a kongresszusnak azt a témát, hogy milyen feladatok állnak a pszichiátria előtt a változó, átalakuló kultúrákban. Ez a téma azonban csak általános keret volt, a rendezők nem törekedtek a tematika befolyásolására, a bejelentett előadásokból alakították ki tematikus egységeket, és néhány nevesebb szakember számára lehetővé tették, hogy kutatási területükről külön kerekasztalokat szervezzenek. Volt olyan kerekasztal is, amely tucatnyi résztvevővel két napon át is tartott, ilyen volt a Carleton és Masserman által kezdeményezett és vezetett megbeszélés a szociálpszichiátria szerepéről a békéért vívott nemzetközi küzdelemben. A WASP már nagyon régen elkötelezte magát a békepolitika mellett és a világkongresszusoknak régi hagyománya, hogy van bennük békeharcal foglalkozó program. A WASP egészében csatlakozott az Orvosok a nukleáris háború ellen-mozgalomhoz, melynek Masserman nagyon aktív résztvevője. Hasonlóan voltak kerekasztalok az elsődleges és másodlagos megelőzés lehetőségeiről és módszereiről a pszichiátriában, a szociálpszichiátria helyzetéről a fejlődő országokban, a pszichiátriái gyakorlat etikai kérdéseiről, a serdülőkör szociálpszichiátriájáról, az alkoholizmus és a drogabúzus társadalmi hátteréről, továbbá a közösségi pszichoterápiáról és a terápiás közösség módszereiről. Sokan hoztak filmet és videofelvételeket, és ezeken mutatták be tevékenységüket. A világkongresszushoz jelentősen hozzájárultak a gyógyszergyárak, ezért a gyógyszergyári propaganda nagy helyet kapott a kongresszuson és voltak biológiai pszichiátriái szimpóziumok is, pl. a depresszió biokémiájával és gyógyszeres kezelésével kapcsolatosan.

A kongresszus témái között meg kell még említeni a pszichiátriái epidemiológia kérdéskörét, nagyon sok módszertani előadás hangzott el e tárgyból és több felmérést is ismertettek. Jellegzetes latin-amerikai téma volt a társadalmi erőszakkal és elnyomással foglalkozó előadások és kerekasztalok anyaga, továbbá a kínzások áldozatainak pszichológiai segítése,



ebben az argentin pszichiáterek voltak aktívak és szerepelt Elisabeth Taylor angol orvosnő is, aki világhírű lett bátor fellépése révén, a chilei katonai diktatúra kínzásai ellen. A szabad előadások a legkülönbözőbb tárgykörökre terjedtek ki, pszichoterápiás részletkérdésekről, összehasonlító kulturális (transzkulturális) pszichiátriai vizsgálatokról, ritka tünetegyüttesekről, oktatási és továbbképzési kérdésekről stb. volt szó.

A nem dél-amerikai résztvevők száma nem sokkal lehetett több száznál, sok olyan szakember sem jött el, akik pedig a korábbi világkongresszuson mindig jelen voltak (pl. a jugoszláv Hudolin, a görög Vassiliou házaspár), a távolmaradók az utazási költségeket sokallták. Főleg az Egyesült Államokból és Kanadából jöttek sokan. A világkongresszuson képviseltette magát a World Psychiatric Association (WAP) elnöksége, köztük Neumann alelnök, aki NDK állampolgár. Részt vett a rendezvényen Norman Sartorius, a WHO elmeegészségügyi részlegének igazgatója. Megnyitó beszédében a szociálpszichiátria fontosságát hangsúlyozta, véleménye szerint a mentálhygiéné csak a szociálpszichiátriára támaszkodhat és a szociálpszichiátriának kell képviselnie az orvoslásban is az egészséges ember szemléletet. Ezt húzta alá Carleton is nyitó előadásában.

A kongresszus nyelve angol volt, de a legtöbb program szinkron tolmácsolás mellett folyt, a brazil szakemberek akkor is saját nyelvükön szóltak hozzá (igen sok hozzászólás volt) vagy adott elő, ha tudtak is angolul, bár túlnyomó többségük csak anyanyelvén volt kommunikációképes.

A sok párhuzamos programból álló kongresszust nehéz áttekinteni, hiszen a legszorgalmasabb résztvevő is csak kis részét hallgathatta meg az előadásoknak. Alapvetően új ismeret nem hangzott el, ez elég általános benyomás volt, mint a személyes beszélgetésekből kitűnt. Néhány előadás érdekes szempontot vetett fel. Ilyen volt pl. Masserman értelmezése a pszichoterápiáról, általános szociálpszichiátria hatásmechanizmusokat tételezett fel, amelyek felszabadítják a személyiség fejlődési potenciáljait és segítik interperszonális reintegrációját. Igen figyelemreméltó volt Uribe kolumbiai pszichiáter előadása, amelyben a serdülőkör fokozódó politizálására mutatott rá. Adatokkal támasztotta alá, hogy a serdülők mind nagyobb részt vállalnak a helyi háborúkban és fegyveres mozgalomban, mind jobban bevonják őket a terrorcselekményekbe, felhasználják őket a kábítószerek fogyasztásában és terjesztésében. Brink amerikai pszichiáter a nukleáris háború elleni harc taktikáját bírálta, vizsgálatok alapján nem tartotta jónak az ijesztést, ehelyett inkább hatékony ellenzéki politikai akciókat ajánlott. Sorel amerikai pszichiáter Szovjetunióban tett jószolgálati útjáról számolt be és azt hangsúlyozta, hogy a szovjet pszichiáter szemlélete, gondolkodásmódja hasonló

az amerikaiakéhoz, így megvannak a kölcsönös megértés alapjai. A német Wallenberg-Pachaly Nicaraguában oktatott hosszabb ideig, a scandináv rendszert támogató nyugatnémet polgári akció keretében és ennek során figyelték meg a fel szabadult és aktivizálódott lakosság viselkedését, az új helyzet mentálhygiénés hatásait. Néhány program nem jutott tovább a kongresszuson, mint a már ismert és sokszor elmondott álláspontok ismétlése, így pl. a kényszerbeutalásról nagy vita volt, de új érvelést nem tudott mondani senki, a nők helyzetének megtárgyalása is sztereotípiákban merült ki, beleszámítva az indiai pszichiáternek szomorú helyzetképét az indiai asszonyok sorsáról. Lényegében az alkohol- és a drogabúzust bemutató előadások is jellegtelenekek voltak, különösen a Buenos Airesben előzetesen tartott satellite-szimpózium után.

A legtöbbet a kongresszus találkozási alkalmakban nyújtott. A Convention Center nagyon sok térrel rendelkezett. Voltak fogadások, pl. egy nagy kaliforniai magánklinikai igazgatója, Alexander Gralnick az ismertebb külföldi résztvevőket külön fogadásra is meghívta. Számos tárgyalás zajlott le a WASP és a WPA, továbbá a dél-amerikai tagtársaságok elnökségében és vezetőségében. A rendezőség nagyon szívélyes volt a külföldi vendégek iránt, minden kívánságot teljesített.

Szocialista országból — az említett Neumann dr.-on kívül csak ketten voltunk Fűredi János dr.-ral, Carleton és Masserman, valamint Costa e Silva külön, személyre szóló meghívása alapján. Fűredi dr. több kerekasztalban vett részt, magam a konfliktusmegoldás kommunikációs stratégiáiról tartottam előadást. Elengedték részvételi díjunkt és különféle támogatásokat is kaptunk, be voltak bennünket a WASP elnökségének tárgyalásaiba, felajánlották, hogy szociálpszichiátriai szimpóziumok magyarországi rendezését elősegítik, akár anyagilag is, 1992-től kezdődően pedig a világkongresszus szervezési jogát is átadnák. A WASP és a WPA vezetőivel való megbeszéléseken különösen sok információt kaptunk a pszichiátria nemzetközi helyzetéről és gondjairól. A sok találkozás, beszélgetés érdekessége mellett természetesen különleges élménnyé tette a kongresszust Rio de Janeiro elevensége és káprázatos szépsége. A kongresszus alatt általában szép idő volt, bár megéltünk trópusi esőt is, amely alatt óriási hullámokat vetett a tenger a híres homokpartokon, Copacabanán, Ipanemán és a többi partszakaszon (Rióban ilyenkor „tavasz” van, a „nyár” decemberben kezdődik).

A kongresszussal kapcsolatosan említést érdemel, hogy a sok résztvevő és a nagy vitakedv, megszólalási aktivitás, a gazdag program sem tudta feleltetni, hogy a szociálpszichiátria napjainkban válságban van. Elvesztette önálló identitását. Mint személyesen elmondott információkból is kitűnt, világszerte csökken a szociálpszichiátriának nyújtott kutatási támogatás, mindent a biológiai

pszichiátria visz el, amely mögött gyógyszer- és vegyszergyárak állnak. A szociálpszichológia és a kulturális antropológia befolyása megszűnt, a pszichiátriai szociológia ezen a kongresszuson nem is képviseltette magát. A hajdani állapotokra, amikor a szociálpszichiátria a pszichiátriai megbetegedések kóroktanával és terápiájával kapcsolatos önálló irányzatnak, szemléletmódnak tekintette magát, már csak a csoportos és közösségi terápiák hangsúlyos emlékeztet. 1969 óta van alkalmam résztvenni a szociálpszichiátriai világkongresszusokon, 1969-ben Londonban, majd 1974-ben Athénben még a kongresszus tematikus középpontjában volt az akkor kibontakozó családterápia, az elmebetegségek pszichoszociális etiológiája és kommunikációs patomechanizmusa, a súlyos személyiségzavarok pszichoterápiája, a mentálhygiéné számos olyan modellje, amely még bevezetésre, kipróbálásra is került. Neuropszichológiát adtak elő stb. 1978-ban Lisszabonban, majd 1981-ben Zágrábban már sokkal szegényesebb volt a kínálat, leginkább a különböző öngyógyító csoportmozgalmak kerültek előtérbe, valamint sok szó esett az alkoholisták közösségi és klubjellegű ellátásáról, de lényegesen kevesebb volt az eredeti kutatási beszámoló vagy az ambiciózus elméleti munka. Mindig több lett az olyan előadás, amit leginkább kongresszusi töltelékanyagnak lehet mondani, ami részvételi jogaimul szolgál, partikuláris tapasztalatokat, sokszor tankönyvi álláspontokat mutat be. Rióban már zavaróan nagyarányú volt az ilyen megnyilvánulás a különböző programokban, még ha be is számítjuk, hogy a fejlődő brazil és más dél-amerikai pszichiátria számára a kongresszus bizonyos mértékig fórumként szolgált, és emiatt a szereplések elé nem akartak gátakat állítani. A messziről és áldozatok árán odautazót ez csalódással tölthette el, és bármennyire is nagy szervezet ma a WASP, bármennyire is mögötte áll a WPA, elismeri a WHO, a szociálpszichiátria jövője eléggé bizonytalan. Ugyanakkor Sartoriusnak igaz van abban, hogy a szemlélet jelentősége ma is megvan és óriási, csak éppen valamiféle „neoprimitívizmus” uralkodik el a mai pszichiátriában, a mind szűkebben értelmezett empiria, a szinte kötelező biológiai kóroktani tézisek és a társadalomtudományok elméleteitől és módszertanától való elfordulás nyomán.

A kongresszuson azonban így is jó és tanulságos volt részt venni, és ezért sok felé tartozom köszönettel, így az MTA—Soros Alapítvány Bizottságnak (útiköltség), az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottságnak (támogatás), továbbá munkahelyi előjáróimnak és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának (részvételi engedély és ügyintézés), de John L. Carletonnak és Jules H. Massermannek is, hogy számontartottak, meghívtak és következetesen bátorítottak a részvétel előtornyosuló különféle nehézségek leküzdésére.

Buda Béla dr.



Anyagcserebetegségek

Cyclosporin növeli a friss kezdetű insulin-dependens diabeteses remissiójának fokát és hosszát. Feutren, G. és mtsai (Hóp. Necker, 161 rue de Sevres, 75743 Paris Cedex 15, France): Lancet, 1986, II, 119.

1984-ben egy kanadai munkacsoport *Stiller* vezetésével közölte meglepően jó észrevételeit cyclosporin immun-suppressió kezeléséről friss insulin-dependens diabeteseseken (Science, 1984, 223, 1363). A jelenlegi francia munkacsoport egyik tagja, *Assan* és mtsai is hasonló kedvező megfigyelésekről számoltak be 12 betegből négyen cyclosporin-kezelés után 4—7 hónappal.

Most több francia intézet bevonásával nagyobb beteganyagot vizsgáltak meg a cyclosporin kedvező immun-suppressív hatását friss kezdetű insulin-dependens diabeteseseken. 85 férfi és 37 nő (átlagos életkor 25,7 év) képezte a vizsgálati csoportot, diabetesük 6 hónappal nem volt régebbi, s legfeljebb 2 hónapja kaptak még insulint. Randomizáltak a betegeket két csoportra osztották, 63-an cyclosporint, 59-en placebo kaptak. A két csoport között a vizsgált paraméterekben (kor, nem, testsúly-index, a diabetes és az insulinkezelés időtartama, a kezdeti ketoacidosis és ketonuria, az éhomi vércukor, a postprandialis vércukor, a HbA_{1c}, a napi insulin mennyisége — 34, illetve 39 E —) nem volt különbség. Mindkét szerből a betegek naponta egyszer kaptak 1 tbl-t. A cyclosporin kezdeti napi adagja 7,5 mg/kg volt, ezt abban az esetben növelték 3 hónap múlva 10 mg/kg-ra, ha a kezdeti insulinigény növekedése meghaladta az 50%-ot. A cyclosporin vér-, illetve plasma-szintjét radioimmunoassay módszerrel mérték. Rendszeresen ellenőrizték a vesefunkciókat, a véréképet és a májműködési próbákat.

6 hónappal a terápia kezdete után a betegek teljes remissióját illetően a két csoportban nem volt szignifikáns különbség (25,4% és 18,6%). A kezelést tovább folytatva az indulástól számított 9 hónap múlva azonban a teljes remissio már szignifikáns volt (a cyclosporin csoportban 24,1%, a placebo csoportban 5,8%). A teljes remissio az insulin teljes elhagyását jelentette, a részleges remissio során a betegek 0,25 E/kg/nap insulinnál kevesebbre szorultak. A teljes és részleges remissiót tekintve ugyancsak szignifikáns volt a különbség 9 hónappal az indulás után a cyclosporin csoport javára (37% és 13,5%). A remissio mértéke függött a cyclosporin vérszintjétől is: 300 ng/ml érték alatt 9 hónap múlva 16,7%-os, 300 ng/ml érték felett ugyanebben az időben a teljes remissio 37%-os volt. Részleges és teljes remissio együttesen a magasabb cyclosporin vérszintű betegek között még kifejezettebb volt: 6 hónap múlva 65,6%, 9 hónap múlva 55,6%.

A betegek említett klinikai jellemzői és a 6 hónap múlva észlelt teljes remissio előfordulása között semmiféle összefüggés nem volt, legfeljebb a minél rövidebb idő-

tartamú diabetesesek között fordult elő remissio nagyobb számban.

A vizsgált biokémiai paraméterekben nem volt olyan változás, amelyik a tervezett idő előtt szükségessé tette volna a terápiás kísérlet befejezését. A *plasma-creatinin szintje 26%-kal emelkedett* ugyan, de nem haladta meg egyetlen esetben sem a 160 μmol/l értéket, az *adag csökkentésével a szint is mérséklődött. A klinikai nemkívánt hatások között a hypertrichosis, a gingiva hyperplasia, átmeneti paraesthesiák és hypertonia fordult elő* a placebo csoporthoz viszonyítva nagyobb számban, de ezek nem tették szükségessé a cyclosporin-kezelés abbahagyását. Infeció *rhinitis és pharyngitis* formájában fordult elő nagyobb számban a placebo csoporthoz viszonyítva. Ezek a nemkívánt mellékhatások arányban voltak a cyclosporin vérszintjével, 300 ng/ml felett gyakrabban jelentkeztek.

Noha a diabetes kezdeti szakában insulin után spontán remissiók is előfordulhatnak (a placebo csoportban 6 hónap múlva 18,6% volt ez), a fenti eredmények alapján úgy tűnik, hogy a cyclosporin-kezelés a megfelelően megválasztott IDDM csoportban alkalmas tartós remissio előidézésére, a leghosszabbra az eddigi ismeretek alapján.

Iványi János dr.

Az insulinkezelés indítása járóbeteg-ken. Wilson, R. M. és mtsai (Ward C54, Univ. Hosp., Nottingham NG7 2UH, England): JAMA, 1986, 256, 877.

A *Tattersall* vezette munkacsoport előre meghatározott terv szerint azt vizsgálta, feltétlenül indokolt-e insulinra szoruló friss diabeteseseket intézetben beállítani. A nottinghami diabetes központnak 5 orvosból (2 bentlakó) és 2 teljes munkaidejű szakosított diabetológus nővérből álló munkacsoportja van, a 3/4 milliónyi lakos kb. 50 km-es körzetben él a város körül. A háziorvos (közveti) telefonjelzése után a betegeket behívták a központba, megbeszítették velük betegségük lényegét, az önellenőrzés szempontjait, majd első alkalommal pontosan elmagyarázva beadták nekik insulinjukat. Az induló adagot testsúly szerint szabták meg, a nagyon soványak naponta 2×6 E-t, az elhízottak 10 E-t, a többség 8 E-t kapott naponta. A betegeket figyelmeztették a megfelelő étkezésre és a hypoglycaemia veszélyeire. A naponta kétszer adott insulin vagy isophane — NPH insulin — vagy Lente insulin volt. Természetesen minden beteg esetében ígyletek arra, hogy ne olyan beteg kerüljön járóbeteg formában történő beállításra, akinek egészen akut volt a betegség kezdete, vagy hányingere és hányása is volt. Az insulinozást reggel 7 és 8, illetve este 5—6 óra között végezték, ugyanezen időpontokra hívták fel a betegeket figyelmeztetve a további insulinizációk során is.

100 betegen kezdték el ambulánsan insulinbeállítást, életkori megoszlás sze-

rint a betegeknek fele 21—40 évesek közül került ki. A terápia indításakor az éhomi vércukorszint átlaga az egyes korcsoportokban 23,18,2 22 és 17,2 mmól/l érték volt. Ugyancsak ellenőrizték a HbA_{1c} értékét is, ez induláskor 15% fölélt volt valamennyi csoportban, a C-peptid értéke a kiválasztott betegeken átlagban 0,2—0,35 nmól/l volt.

Egy évvel a kezdeti insulin beállítás után mind a 4 életkor csoportban a HbA_{1c} értéke jelentősen csökkent, a 100 betegre vonatkoztatva 15,2%-ról 10,6%-ra, az insulin napi adagja átlagosan 0,5 E/kg/nap volt. Valamennyi betegben a testsúly-index egyformán minimálisan növekedett: 21,5-ről 23 kg/m²-re. Súlyos hypoglycaemia csupán 1 betegben fordult elő baleset után, másik 2 beteg pneumonia, illetve légúti infectis miatti enyhe ketoacidosisal került intézetbe.

Az eredmények alapján a szerzők előnyösnek látják az ambuláns beállítást, mivel a betegek nem kerülnek ki megszorított környezetükből, másrészt a beállításnak ezen formája lényegesen kevesebb anyagi ráfordítással jár, mint az intézeti bentfekvés beállítása. A szerzők úttörőknek számíthatnak ezzel a megoldással, mert még a legújabb tankönyvek is intézeti beállítást javasolnak friss és insulinra szoruló cukorbetegeknek.

(Ref.: Hazai viszonyok között is megkísérelhető lenne megfelelő intelligenciájú betegek kezdeti ambuláns beállítása, elsősorban a gondozó székelylány lévő új betegek közül. Természetesen feltétlenül szükség lenne szakképzett paramedicinális személyzetre is, ezzel azonban hazánkban szervezeten még nem rendelkezünk, főleg teljes munkaidőben.)

Iványi János dr.

Régi és új szempontok az elhízás megítélésében. Labhart, A.: Schweiz. med. Wschr. 1986, 116, 758.

A civilizációs és jólét eltüntette az éhséget, de elhízásos vezetett, ami a mai civilizációs népbetegségeknek a leggyakoribb oka. Ugyanakkor az egyik ember sokat eszik és mégis élete végéig sovány, a másik viszont étrendjének állandó korlátozása ellenére is hízik. A régi klinikum e különbséget a konstitúcióval, illetve a jó vagy rossz tápanyag-értékesítéssel magyarázta. Az állatok csak domesztikálva híznak el, a vadon élők sohasem. Ugyanakkor viszont az állatok között is vannak különbségek, mint ahogy ismeretesek „zsír” és „hüsertések” egyazon táplálékfelvétel, illetve hizlalás mellett. A fajta, az öröklés és konstitúció fontosságát támasztja alá létrejöttében a következő megfigyelés. A witzwili sertéshizlaldába egyik éjjel betört egy vadkan, ahol több hizlalásra váró sertést megtermékenyített. A tenyésztők jobb utódokra váró öröme azonban nem sokára csalódásba ment át, mivel az így létrejött fívald utódok ugyanannyit zabáltak, mint az anyjuk, és ugyanolyan soványak maradtak, mint az apjuk.

Régi felfogásunk szerint a „lipogén tendencia” oka lényegileg a zsírképződés volt, melyben az éhségérzés és túlzott táplálékfelvétel már csak következményként jöhetett számításba. Elhízásnál az étvágy és jóllakottság érzése, az „appetostat” állítódik át és a családi hajlamban csak az ét-

kezesi szokások tevődnek át. Az evés élvezete emberenként különbözik, egyesek többet, mások kevesebbet esznek, illetve lehetnek, de az elhízás problémája az energiamérleg (felvétel és leadás) egyensúlyának felborulásával még nem tisztázható.

A termogenezis (az alapanyagcserén kívüli energialeadás) a barna zsírszövetben történik, melynek zsírsajtjei nemcsak több zsírcseppet, hanem nagyobb és több mitochondriumot is tartalmaznak. Ez idegszövetrel és kapillárisokkal van átszőve, és az idegek által elválasztott noradrenalin szabályozza. E szimpatikus stimulusra a barna zsírszövetekben oxidálódnak a trigliceridek, a fehér zsírszövet esetében azonban ez helyileg nem jön létre. A barna zsírszövetben — egyrészt a hideg, másrészt a túltáplálkozás hatására — a zsír oxidációja és az ebből fakadó melegtermelés maximális gyorsasággal jön létre. A termogenezist a mitochon-driumok belső membránján elhelyezkedő polipeptid, a termogénin kormányozza, és feltételezik, hogy az elhízottak családjában a termogenezis zavart.

Emberen azonban még nincsenek direkt bizonyítékok arra, hogy a barna zsírszövet a termogenezisben energiapufferként hatna, indirekte azonban valószínű, hogy az emberi és főleg a túlzott, többnyire hereditár elhízásban a barna zsírszövet termogenezisének zavara szerepet játszik. Számításba veendő azonban az étkezési szokások, valamint a falánk élvezeti öröme is.

A barna zsírszövetrel kapcsolatos eddigi ismeretek még nem adnak kezelési lehetőséget, bár ennek mellékhatások nélküli stimulációján már dolgoznak. A szimpatikotoniás szerek mellékhatásokkal bírnak és hatásukat veszítik, és jelenleg is még az egyetlen járható útnak az energia-, illetve kalória felvétel csökkentése tűnik.

Angeli István dr.

Az inzulindependens diabetes inzulinpumpa kezeléséről. Stuart, J. B., C. Stewart: JAMA, 1986, 255, 617.

A tapasztalatok és legújabb elvek szerint I. típusú inzulindependens diabetesben és annak kezelésében a vércukorszint normalizálására, vagy legalábbis annak megközelítésére kell törekedni. Ennek biztosítására került előtérbe a folyamatos szubkután inzulininfúzió alkalmazása. Ennek technikáját egy kis hordozható inzulinpumpával biztosítják, egy csatolt vékony plasztikvezeték és a szubkután elhelyezett tűkön keresztül. Ez az alapinzulin-szükséglet biztosításán kívül a táplálékfogyasztás vércukor-emelkedéseit is ellátni képes, de ennek folyamatosságát a mindennapi élethez igazítva otthon is biztosítani kell, eredményességét pedig a glikohemoglobin-meghatározások tükrözik jól vissza. A módszer gyermek- és fiatalkori cukorbetegségeken való alkalmazását illetően azonban egyes orvosok szkeptikusak.

A szerzők 24 gyermeket, tizenévest és fiatalot — átlagosan 15 (8–26) éves életkorral — kezeltek szubkután inzulininfúzióval 3 éven át a bostoni Joslin-klinikán. A 14 fiú és 10 lány beteg (férfi, illetve nő) 2–24 éve szenvedett súlyosabb diabetesben. A folyamatos szubkután inzu-

lininfúzió bevezetését, a komoly fáradtság ellenére is észlelt nagyfokú vércukor-ingadozások és magas glikohemoglobin-értékek indokolták. Bevezetését az esetek felében a kezelőorvos, 5 esetben a szülő, 7 esetben pedig maguk a betegek indítványozták és azt 20 esetben az ellenőrizhetetlen diabetes, 14 esetben pedig még speciális orvosi problémák vagy diabeteses szövődmények indokolták. Időközben 7 beteg hagyta el a kezelést. A glikohemoglobin-értékek és vércukorszint 3 hónap után csökkentek szignifikánsan, de ezt követően ismét emelkedést tapasztaltak és csak 3 páciensen értek el normális, 8% alatti glikohemoglobin-értékeket.

A kontrollok eredményéből nem tudtak a kezelés sikerére is következtetni, valamint a glikohemoglobin- és vércukor-értékek változása alapján a kezelés folytatása vagy abbahagyása melletti döntést sem tudták megjósolni. De nem tapasztaltak a nemek között és életkorban különbséget a szubkután infúziós kezelés folytatásában és megszakításában sem. Nem tapasztaltak gyakrabban diabeteses ketoacidosis. A készülék elektromechanikai hiányosságai, a páciens hibái, vagy lokális bőrjelenségek az esetek felében okoztak problémát, de ketoacidosis és súlyosabb hypoglykaemia nélkül. A diétahibák és az otthoni ellenőrzések hiányosságai fokozták a gondokat. Nem tudtak a tartósan alkalmazott folyamatos inzulininfúzióval fiatal cukorbetegségeken vércukor-, vagy glikohemoglobin-szintet normalizáló hatást bizonyítani, bár a startnál is észleltek már néhány olyan elváltozást, amelynek alapján ez várható volt, és ezeknek cukorbetegsége is nehezebben volt kontrollálható. A vércukor- és glikohemoglobin-értékek javulását a kezelés első néhány hónapjában észlelték a legkifejezettebben. A kedvezőbb laboratóriumi paraméterek ugyan a diabeteses szövődmények nem voltak felismerhetők, 3 nemproliferatív retinopathia mégis javulást mutatott. Az első néhány hónap kedvezőbb eredményeiben pedig a diéta pontosabb betartása is minden bizonnyal szerepet játszott. A kezdeti nagyon magas glikohemoglobin-értékek a diabetes súlyosságára és a diabetes addigi hiányos kezelésére utaltak és a kezelés kudarcában pszichoszociális problémák és depresszió is szerepet játszhattak. A folyamatok szubkután inzulininfúzió a felnőttekhez hasonlóan, juvenilis inzulindependens diabetesben csak akkor lehet hosszú távon eredményes, ha az jól szelektált beteganyagot nagy figyelemmel és gyakoribb közbeavatkozásokkal, kontrollokkal történik.

Angeli István dr.

Randomizált klinikai vizsgálat inzulinpumpával és szokványos intenzív kezeléssel diabeteses terheségekben. Coustan, D. R. és mtsai: JAMA, 1986, 255, 631.

Az utóbbi évek felismerése, hogy cukorbeteg terheségekben a hyperglykaemia kiküszöbölésével a perinatalis szövődmények gyakoriságát alaposan csökkenteni lehet. Sok vizsgálatban bizonyították már, hogy ez napi többszöri inzulinadással és a vércukor gyakori otthoni ellenőrzésével is megvalósítható. Sőt a szerzők másokkal együtt azt is bebizonyították,

hogy ez inzulinpumpa-kezeléssel is elérhető.

Randomizált klinikai vizsgálatokban 22 cukorbeteg terhesen az inzulinpumpa-kezelés és a konvencionális intenzív terápia hatásosságát hasonlították össze, 11 páciensen az egyiket, 11 páciensen a másikat alkalmazva. A két csoport beteg között a klinikai jellemzőket illetően életkorban (29 és 28 éves átlag), elhízásban (2, 2), proteinuriában (3, 1), proliferatív retinopathiában (2 és 2), glikohemoglobin-értékekben (8,6 és 9,1%) és vércukorértékekben (118, 115 mg%) lényeges különbséget nem tapasztaltak. A White szerinti osztályozásba mindkét csoport cukorbetegét megközelítőleg egyforma arányban voltak besorolhatók (B. C. D. FR=4, 2, 3, 2 és 2, 2, 5, 2). Az ambuláns bejáró cukorbeteg terhes anyagsere-egyensúlyát azok legalább napi 6-szori otthoni vércukor-ellenőrzésével és folyamatos telefonkapcsolattal igyekeztek kézben tartani, őket 3 havonként hospitalizálva a 24 órás vércukor- és anyagsereprofil felvétele, illetve ellenőrzése céljából.

Az eredményeket tekintve a vércukor-értékekben a két kezelés között szignifikáns különbséget nem észleltek. Az inzulinpumpával kezelt átlagos vércukorértékei 1 kivétellel, a konvencionálisan intenzíve kezelt értékei pedig 2 kivétellel 120 mg% alatt voltak, de a másik 3 érték is átlagosan csak 122, 122, 127 mg% volt. A glikohemoglobin-szintet előzetesen, 4 és 8 hét után, valamint a terminus idején mérték és szignifikáns különbséget sem a kezelés, sem a terhesség alapján nem tapasztaltak, bár az mindkét csoportban a 8. hétig szignifikánsan csökkent, a terminus idején is alacsony maradvány. Nem tapasztaltak szignifikáns különbséget a glykaemiás kilengések amplitúdójában, illetve a 24 órás ambuláns vércukorprofilok kémiai hypo- és hyperglykaemiás értékeiben sem.

Összefoglalva tehát a szerzők megfigyelése szerint a diabeteses terheségek figyelmes anyagsere-vezetése, otthoni vércukor- és telefonkontrollja mellett, mind az inzulinpumpa, mind a szokványos intenzív inzulinkezeléssel kitűnő kontrollok érhetőek el.

Angeli István dr.

Az inzulinpumpa-kezelés megfontolásai. Thorp, F. K. (Szerk. közl.): JAMA, 1986, 255, 645.

Már jó ideje tudjuk, hogy az I. típusú inzulindependens diabetes tradicionális kezelése napi egyszeri vagy kétszeri inzulinadagolással meglehetősen tökéletes. Az otthoni vércukor- és glikohemoglobin-meghatározás lehetőségei azonban jobban módot adtak a hyperglykaemiák csökkentésére és a szövődmények megelőzésére, sőt a béta-sejt-, illetve pancreas-transzplantáció még a fiziológiás vércukorértékek biztosítására is reményt nyújt. Időközben azonban az inzulinadagolás javítására az inzulinpumpa-kezelést is kidolgozták. Ez az alapinzulinszükséglet folyamatos biztosítása mellett külön még az étkezések inzulinigényét is biztosítani képes, folyamatos szubkután inzulininfúzió formájában, hordozható inzulinpumpából. A kérdés csak az, hogy ez jobb hatást

biztosít-e, mint a hagyományos, akár napi többszörös, intermedier és tartós hatású inzulin is tartalmazó injekciós kezelés.

Az esetek megfelelő kiválasztásával így a vércukorregulációt javítani és a normoglykaemiás értékeket megközelíteni tudták, de a hagyományos inzulinkezeléssel is sokszor késleltetni sikerült a komplikációkat. Az inzulinpumpa alkalmazásánál a legnagyobb orvosi problémát az infekciók és az ebből eredő abszcessusok okozhatják, de mechanikai nehézségek esetén ketoacidosis és hypoglykaemiás reakciókat is jeleztek. A hypoglykaemiás gondokat az ellenregulációs hormonválasz hiánya fokozhatja. Az aggodalmak ellenére sem észlelték azonban az infúziós pumpát használók között nagyobb halálozást és a megfelelő indikáció betartása mellett az Amerikai Diabetes Társaság is javasolja klinikai alkalmazását.

Nagyobb érdeklődésre tart számot az inzulininfúziós készülék használatát a mikroangiopathiás és idegrendszeri szövődmények megelőzésében, illetve javításában. A vércukorértékek az inzulinpumpa hatására jobban csökkentek, mint a hagyományos inzulinkezelésre, és ennek megfelelően a szemfenéki kép is kevésbé romlott az első évben, de a második évtől kezdve a progressió a két csoport között már kiegyenlítődött. A mikroalbuminuria foka azonban az intenzív kezelésre jobban csökkent, de megfigyelésre szorul még, hogy mennyire képes a retinopathia kialakulását késleltetni. *Brink és Stewart* a folyóiratnak ebben a számában 24 gyermek és fiatal folyamatos szubkután inzulininfúziós kezeléséről számolnak be és bár a vércukor-, valamint glikohemoglobin-értékek csökkentek, az értékek normalizálását tartósan, az intenzív erőfeszítések ellenére sem tudták megközelíteni. Az esetek felében a készülék technikai, valamint a páciens alkalmazási hibái miatt adódtak problémák, az esetek 30%-ában pedig az adódó nehézségek miatt a kezelést fel kellett függeszteni. Más szerzők eredményes, de viszonylag csak rövid időtartamú kezeléssel számoltak be fiatal cukorbeteg esetében.

Úgy tűnik intenzív inzulinpumpa-kezeléssel a felnőttek vércukorértékei jobban normalizálódtak, mint a gyermekei, serdülőkei és fiatalokéi. Eredményesebbnek tűnik tehát az idősebb, emocionálisan stabil inzulindependens cukorbeteg, valamint cukorbeteg nők terhesség előtti és alatti, vesetranszplantáción átesetteknek és azoknak ilyen kezelése, akik mind az aktivitásban, mind a táplálkozásban nagyobb rugalmasságra vágnak és ezért áldozatot hozni is hajlandóak.

Az intenzív inzulinpumpa-kezelésben — a szigorúan előírt életmód betartása mellett — állandó megfigyelésre, tanításra és kapcsolattartásra van szükség.

Angeli István dr.

Kontroll diabeteses terhességben: 1985.
Skyler, J. S. (Szerk. közl.): JAMA, 1986, 255, 647.

1923 óta — amióta inzulin áll a rendelkezésünkre — váltak az I. típusú inzulindependens cukorbeteg nők alkalmassá terhességük kihordására. Az első nagyobb közleményt *Skipper* publikálta 1933-ban, 33 cukorbeteg nő 37 terhességéről, az 1923

óta publikált 118 diabetika 136 terhességének adatait is feldolgozva. Az anyai halálozás az akkori adatok szerint még 9,3% volt, sőt az anyáknak még plusz 3,4%-a halt meg a terhességet követő két éven belül. A magzati halálozás az inzulin-éra elején még 45,2% és a szerző eseteiben is még 40,5% volt. Az utóbbi néhány évtizedben azonban nagyobb figyelmet szenteltek a szülés korábbi megindításának, valamint a császármetszésnek. A túl korai szülés azonban az éretlenség és légzési distressz-szindróma veszélyével jár, a diabeteses anya gyermekének makroszomiájáról, hypoglykaemiás, hypercalcaemiás, hyperbilirubinaemiás és erythraemiás, valamint a fejlődési rendellenességek veszélyéről nem is szólva. Az 1980-as évektől viszont egyre optimistábbak vagyunk, az intenzív kezelés és megjavult glykaemiás kontrollok ugyanis komoly javulással jártak. Megkaptuk a magzat terhesség alatti állapotának biofizikai és biokémiai felismerésének lehetőségeit, a vércukorértékeket pedig már a nem diabeteses terhesek normális szintjére sikerült megközelíteni. De emellett az euglykaemia koncepció előtti biztosítása a perinatális vesztések kivételével a fejlődési rendellenességek megelőzését is lehetővé tette.

A cukorbeteg terhes gondos ellenőrzése a következőket foglalja magába: 1. A fiziológiai összetételű inzulin biztosítását. 2. A gondos egyensúlyteremtést a táplálkozás, fizikai aktivitás és inzulinadagolás között. 3. A naponta többszörös, otthoni saját vércukor-meghatározást. 4. A terhesség alatti táplálékfelvétel és inzulinadagolás páciens általi helyes kiigazításának lehetőségeit. Ez pedig azt jelenti, hogy az inzulinadagolásnak nemcsak a terhesség megváltozott táplálékfelvételéhez, hanem az éjszakai alap-inzulin szükséglet biztosításához is alkalmazkodnia kell. Erre biztosít jó lehetőséget az inzulinpumpa, illetve a folyamatos inzulininfúzió. *Coustan és mtsai* itt közölt vizsgálatában ezt az intenzív inzulinkezeléssel hasonlították össze és a diabeteses kontrollokban, sem a terhességi kilátásokban nem tapasztaltak különbséget. Ez viszont nem ad döntő érvet a folyamatos szubkután inzulininfúzió terhesség alatti bevezetéséhez. Bár a szabad inzulin nem jut át a placentán, az anyai antiinzulin-antitestek mégis a foetusba kerülhetnek és ezek ellentétesen potenciáló hatása a magzatban ugyan még ismeretlen, mégis célszerűbb diabeteses terhességben tisztítottabb sertésinzulint, sőt még jobb humán inzulint adni. Minimumként ajánlatos a legalább napi 4-szeri (főétkezések előtt és éjjel) vércukor-meghatározás, ennek betetőzéseket pedig akár a napi 8-szori (posztprandialis is) vércukor-kontroll. A ketonuria fellépte éjszakai hypoglykaemia következménye is lehet, ami az éjszakai vércukor-meghatározásokat teszi szükségessé.

A diabeteses terhesség vezetésében és szülési teendőiben a szülész, diabetológus és gyermekgyógyász együttműködésére van szükség. Ezek együttműködésével, a cukorbeteg terhes gondos megfigyelésével és kontrolljával ma már a nem diabeteses terhességek eredményeit érhetjük el.

Angeli István dr.

Lipoprotein anyagcsere az életkorral összefüggésben. Richter, V. és mtsai: Z. Gesamte inn. Med. 1986, 41, 136.

A lipoprotein-vizsgálatok az utóbbi néhány évben ezek érpályán belüli regulációjának mechanizmusát is tisztázták és ebben az összefüggésben különösen az apolipoproteineknek, lipoprotein-receptoroknak, transferproteineknek van a lipoprotein-anyagcsereben különleges jelentősége. Ugyanakkor a lipoproteinek az érlelmeszedés kockázatában is fontosságot tulajdonítunk, ezért a lipoprotein-anyagcsere életkorral kapcsolatos változásai sem elhanyagolhatók. Gerontológiai szempontból érdeklődésre tart számot a plasmalipoproteinek celluláris membránon lefolyó kölcsönhatása is.

1. *Intra- és extracelluláris lipídanyagcsere.* Az utóbbi években a lipídanyagcsere számos részfolyamatát, intra- és extracelluláris anyagcsere-folyamatait vizsgálták nemcsak egyre intenzívebben, hanem életkorral kapcsolatos alakulását is. Kiderült, hogy a fejlődési és növekedési fázis lezáródásával és az életkor előrehaladásával a lipidek szintézise, anabolizmusa és katabolizmusa is csökken.

2. *Lipoprotein-sejt-interakciók és életkor.* A lipoproteinek és sejtmembránok kölcsönhatása többféle módon nyilvánulhat meg. Szabadon cserélődhetnek a koleszterin és foszfolipidek, és itt történik a zsírsavak felvétele is. Az érfalban mindezek a folyamatok jelentős szerepet játszanak és az arteriosclerosisért tulajdonképpen ennek az interakciónak a zavara tehető felelőssé. A túlzott koleszterinkínálattal és a membrán megnövekedett koleszterin felvétele a különböző membrán-enzimek aktivitásának csökkenéséhez és a sejtfunkció elvesztéséhez vezet. Az életkor előrehaladtával a sejtmembránok koleszterin-akkumulációja vezet funkciója és ezáltal másodlagosan a sejtanyagcsere megváltozásához. A zsíryanagcsere-zavarok az érlelmeszedés elsődleges rizikófaktorai és a hyper-, valamint dyslipoproteinaemiák gyakorisága idősebb korban a gyakrabban látott érlelmeszedéses manifesztációkat is megmagyarázza. Jelenleg azonban az összefüggéseket illetően még több kérdés nyitott.

3. *Állatkísérleti és klinikai adatok a lipídanyagcsere életkorral való összefüggéséről.* Az állatkísérleti adatok szerint számos lipogén enzim aktivitása az életkortól függően csökken és kiderült, hogy az életkortól függő enzimaktivitás-változás részben a cirkadián napi ritmussal is összefüggésben van. A trigliceridgazdag lipoproteineknek, nevezetesen a chylomicronoknak és VLDL-nak a lipoproteinlipáz a kulcsenzimje. A heparinjekció leoldja ezt az endothelfalról, ahol tulajdonképpen lokalizálódik. Ez a postheparin lipáz azonban nemcsak a lipoproteinlipáz reprezentálja, hanem a hepatikus endotelialis lipáz is tartalmazza. Mivel pedig a szerzők saját vizsgálatait szerint a hepatikus lipáz nem függ össze az életkorral, ennek előrehaladtával a lipoproteinlipáz, illetve az extrahepatikus eredetű postheparin lipáz csökken. A szérumszint szintén életkorral összefüggő emelkedése az LDL-koncentráció megnövekedésén alapul és ugyanakkor a HDL-szint csökken. Az apolipoprotein-kapcsolatot illetően az Apo C II aktivátora, az Apo C III pedig inhibitora a lipoproteinlipáznak. Az

Apo C/C III-arány az idősebb embereknél szignifikánsan csökken. A lipoproteinlipáz aktivitásának csökkenése akkor is kimutatható, ha azt a VLDL-triglicerid-koncentrációra vonatkoztatjuk.

A kapott adatok amellet szólnak, hogy egyező almentáris megterhelés az idősebb szervezetben kedvezőlenebb, érlelmeszedéses kockázattal járó lipoprotein-konstellációt eredményez. Ugyanakkor a cukortartalmú táplálkozás a lipoproteinlipáz aktivitásának csökkentésével a triglicerid-gazdag lipoproteinek katabolizmusát csökkentik.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy a lipoprotein-anyagcsere mind az alapfeltételek, mind az almentáris megterhelések alapján — a lipoprotein-szint és -összetétel, valamint bioszintézisét, formáját és leépülését is tekintve véve — jelentősen függ az életkortól. Mindezek az elváltozások pedig növelik az érlelmeszedés kockázatát, amit a megelőzés és gyógyítás szempontjából is figyelembe kell venni.

Angeli István dr.

Az elhízás és atherogén rizikófaktorok összefüggéséről, egy longitudinális keresztmetszet vizsgálat kapcsán. Hunecke, I., W. Reuter, I. Sauer (Geront. Abt. der Klinik für Inn. Med. am Bereich Medizin der Karl-Marx-Univ. Leipzig): Z. Gesamte inn. Med. 1986, 41, 118.

Az NDK-ban a férfiaknak 20, a nőknek 40 a gyermekeknek 15%-a elhízott, a Broca-indexet legalább 20%-kal meghaladó testsúllyal. Ez pedig legtöbbször további atherogén rizikófaktorokkal, szénhidrát- és zsírsanyagcsere-zavarokkal, hyperuricaemiával és hypertoniával társul, illetve ezekből eredő megbetegedéseket okoz.

A szerzők 46 elhízottat (25 férfit és 21 nőt), valamint 53 normál súlyút (35 férfit és 18 nőt) — akik 25 és 40 éves kor között voltak — kísérték figyelemmel 1980 óta, évente klinikai, biokémiai és antropometriai ellenőrző vizsgálatokat végezve.

Vizsgálatauk eredményeként a testsúlyban 1980 és 1984 között mindkét csoportban szignifikáns testsúlygyarapodást tapasztaltak a normál súlyúak között is, de a különbségek különösen az elhízott nők között voltak erősen szignifikánsak. A *koleszterinszint* csak az elhízott férfiakban emelkedett, de nem szignifikánsan. A *triglicerid-értékekben* nem észleltek kifejezett különbséget. Az *éhségvári vércukorértékek* 1984-re mind az elhízott férfiakban, mind az elhízott nőkben átértékelt a normális felső határt és a különbség az elhízott férfiakban már szignifikáns volt. A *szérum-húgysavértékek* mind a normál súlyúaknál, mind az elhízottak esetében emelkedtek, az elhízottakban pedig szignifikánsan magasabbak voltak. A *vényomásértékekben* a megfigyelési idő alatt mind az elhízott férfiakban, mind az elhízott nőkben a szisztolés és diasztolés értékek szignifikáns emelkedést tapasztaltak. Az elhízottak *bőrzsírredője* szintén szignifikánsan vastagodott.

Az eredmények a rizikófaktorok kialakulásában egyértelműen az elhízás központi szerepét húzzák alá, és a szerzők véleménye szerint az 5 éves longitudinális

vizsgálat jó módszer az életkor dinamikus folyamatainak és rizikófaktorainak követésére.

Angeli István dr.

Máj- és epeútbetegségek

A minták változékonyságának befolyása a percutan máj-tübiopsiás anyag megbízhatóságára. Maharaj, B. és mtsai (Departments of Clinical and Experimental Pharmacology, Medicine and Anatomical Pathology, University of Natal and King Edward VIII. Hospital, Durban, Dél-Afrika): Lancet, 1986, 1, 523.

A máj percutan tübiopsiás anyagának vizsgálata igen hasznos a szerv pathológiás elváltozásainak és azok természetének kimutatására, azonban, miután csak igen kicsi az eltávolított szövet mennyisége, nem diffúz megbetegedésekben megbízhatósága távolról sem teljes. Ezért olyan esetekben, amikor cirrhosis, chronicus agressiv hepatitis, áttétes rák vagy granulomás elváltozás gyanúja áll fenn, azzal növelhető a kórismézés biztonsága, ha egyenlő több helyről történő tübiopsiás anyagot tudnak feldolgozni. Igaz, vannak olyan megfigyelések is, hogy amennyiben feltehetően diffúz májlezióval állunk szemben, elegendő egyetlen tübiopsiás anyag feldolgozása is. A szerzők a kérdés eldöntésére tájékozódó vizsgálatokat végeztek saját hepatomegaliás betegeiken s azt találták, hogy egyetlen beszúrással — a tü elmozdításával — 3 tübiopsiás anyag kivéve, lényegesen nagyobb lett a kórismézés találati biztonsága, anélkül, hogy a szövdmények gyakorisága növekedett volna. E tapasztalatok érvényességéről óhajtottak több betegen meggyőződni s ezek a vizsgálatok képezik közleményük anyagát.

75 hepatomegaliás betegük (59 férfi, 16 nő) életkorátalaga 46,8 év, vérelemezszámuk 100 000 feletti és prothrombin-indexük 75%-nál magasabb volt. Az érzéstartalék után bevezetett „Tru-Cut”-tüvel — annak 20-30°-os emelésével, majd stüllyesztésével — egy szúrásból 3 tübiopsiás anyagot tudtak vizsgálatra küldeni. Utána a betegeket legalább 24 órán keresztül megfigyelték az esetleges szövdmények kivédése érdekében. A 3 szövetdarabkát több pathologussal is megvizsgáltatták s ennek eredményét még ellenőriztették egy tapasztalt histologussal.

Eredmények:

Mindhárom tübiopsiás anyag normális szöveti képet adott 11 esetben (14,7%), míg azonos pathológiás elváltozást mutatott 27 alkalommal (=36%). Ebből következik, hogy az összes tübiopsiás anyag felében (=50,7%) mindhárom szövethenger azonos értékelést kapott; ugyanakkor a másik felében a minták változékonyságát észlelték. Más oldalról nézve a 75 beteg vizsgálatát, azt tapasztalták, hogy az első tübiopsiás anyag az esetek 70,7%-ában nyújtott maximális információt, a második 13,3%-ban, míg a harmadik 16%-ban. Felcserélve a sorrendet, ez az arány csak kevéssé tért el az előzötől, mert a megoszlás így 74,7, 9,3, illetve 16% volt. Intézetükben a minták változékonysága a fenti anyagban nézve egyes betegcsoportokban a következőket mutatta: mindhárom vizsgálati anyagban ki lehetett mutatni a

hepatocellularis carcinomák 54,5, a cirrhosisok 50, az áttétes rákok 50 és a hepaticus granulomák 18,8%-át. Nem találtak mintaváltozékonyságot az alkoholos hepatitisekben (4 eset) és az egyetlen vírusos májgyulladásban. Ugyanakkor angiosarcomás betegük 3 tübiopsiás anyaga közül csak egyben volt jellegzetes a szöveti kép s hasonló volt a helyzet egy zsíros elfajulás + nem specifikus hepatitis esetében is. Külön kiemelik, hogy a 75 beteg tübiopsiás vizsgálata nem járt szövdménnyel.

A szerzők tehát jelentős mintaváltozékonyságot találtak májsugoros, májrákos, áttétes carcinomás és májgranulomás betegek tübiopsiás anyagának vizsgálata során. Egyértelmű, hogy ezen esetek tekintélyes részében egyetlen tübiopsiás anyagból nem sikerült volna a kórisme megállapítása. Májsugorodás esetén már 1950—71 között több szerző hasonló véleménynek adott kifejezést. Ez az álláspont valós, még akkor is, ha az irodalom olyan megfigyeléseket is közöl, melyek szerint egyetlen tübiopsiál is meg lehet közelíteni a fenti találati biztonságot. Világos, hogy az elsődleges vagy áttétes májrakok kórismézése még kevésbé történhet egyetlen tübiopsiás anyagból, s hasonló a helyzet a máj granulomás megbetegedéseiben is.

A szerzők szerint ajánlott módszerük növeli a kórismézés biztonságát, aránylag kis gyakorlattal elsajátítható s a fejlődő országokban különösen eredményesen alkalmazható, ahol a májsugorodás, májrák és a különböző májgranulomatosisok — beleértve a gümőkórt és a schistosomiasist is — gyakran fellelhetők. Ezenkívül még egyszer ki kell emelni a beavatkozás igen kisméretű kockázatát.

Major László dr.

A máj punctio-biopsiájának jelenlegi javallatai. Morisod, J. és mtsai (Policlinique Méd. Universitaire, Inst. de Pathologie, Lausanne): Schweiz. med. Wschr. 1986, 116 (Suppl. 20), 22.

A máj punctio-biopsiája (mpb.) gyakran választandó vizsgálati eljárás a májbetegségek kórismézésében. A szerzők a jelen célkitűzésükben az mpb. vizsgálati javallatait kutatták, továbbá azt, hogy a kórszövetvettani lelet mennyiben módosította a klinikai diagnosist. E célból 1976—1985 között 371 beteg kórtörténeti adatait tanulmányozták, akiknél 390 mpb.-t végeztek 275 (65,9%) férfi betegük átlag életkora 47,5 (17—69) év, a 133 nőbeteg átlag kora 50 (16—77) év volt. 302 esetben (77,4%) az mpb.-t laparoscopiával végezték. Az mpb. javallatai a következők voltak: alkoholizmus hatása (33%), a hepatitis foka (18%), a máj-funkciós teszt zavarai (16%), onkológiai problémák (10%), hepatomegalia (10%), icterus (5%), lázas állapot (1%), splenomegalia (1%) és különböző egyéb (8%). Ha csak a férfi nemet tekintjük, úgy az mpb. javallatát 43%-ban az alkoholizmus képviseli. Az eseteik 62,4%-ában az mpb. megerősítette a klinikai diagnosist, 13,1%-ban finomította, 20,2%-ban pedig alapvetően módosította és 4,3%-ban feleslegesen bizonyult. Az mpb. évenkénti számának a csökkenése észlelhető az ultrasonographia, CT bevezetése óta, ez azonban a javallatait nem módosítja. Így az

abdominalis sonographiával vizsgált 114 beteg 70,2%-ában nem járt diagnosztikus haszonnal.

Végeredményben helyes javallat esetén az mpb. első rendű fontosságú vizsgálati eljárás a hepatológiában.

ifj. Pastinszky István dr.

Fibrolamellaris hepatoma. Huber, M. és mtsai (Med. Klinik, Stadtspital Waid, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1986, 116 (Suppl. 20), 46.

Az ún. „fibrolamellaris hepatoma” (f. h.), ellentétben a hepatocellularis carcinomával, csaknem kizárólag nem cirrhotikus, nem fertőzött májban fordul elő és a kórszövettanát, illetve lefolyását illetőleg sajátos entitást képez. A legnagyobb statisztikai adatok szerint ez a daganatfőleség az összes malignomák össz-számára vonatkoztatva ugyan ritka (kb. 2%), azonban fiatal egyéneken az összes májdaganatok 40%-át is meghaladhatja.

A szerzők egy 38 éves nőbetegükénél a típusos kórszövettanai kép alapján már előrehaladt szakban lévő f. h.-t diagnosztizáltak, amelyet polygonalis eosinophil tumorsejtek és lamellarisan felépített fibrosus stroma karakterizáltak. Emellett rámutatnak egyéb kiegészítő vizsgálatok lehetőségére is (B₁₂-vitamin-kötési kapacitási index, rézg, neurotensin). A világirodalomban mintegy 90 eset ismeretes.

Az f. h. diagnosztikájának érdekessége egyrészt a focalis nodularis hyperplasiával szembeni nem mindig egyszerű elkülönítésében nyilvánul meg, másrészt a korai kórismézésével a daganat resecabilitása folytán a hepatocellularis carcinomával való összehasonlításban a beteg túlélési ideje is kedvezőbb.

ifj. Pastinszky István dr.

Diffúz jóindulatú májbetegségek sonographiája: az echoszerkezet felismerésének és a súlyosság megítélésének megbízhatósága. Needleman, L. és mtsai (Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia): Amer. J. Roentgenol. 1986, 146, 1011.

A különböző szöveti háttérű diffúz májbetegségekben alapvetően két típusú kóros ultrahangképet láthatunk. Egyik az úgynevezett „fényes máj”, amikor a májszerkezet fokozottan echogen, finom vagy durvaszemcsés, esetleg kissé inhomogén képet mutat, a portális vénák fali reflexiója csökkent vagy hiányzik, a hangnyaláb gyengülése is fokozott. Ezt látjuk cirrhosisban, zsírmájban, idült hepatitisben, mindennemű májfibrosisban. A másik típus elsősorban akut hepatitisre jellemző, ilyenkor a májszerkezet echogenitása inkább csökkent, a portális vénák fali reflexiója fokozottan szembetűnik.

A szerzők 110 diffúz benignus májbetegségben szenvedő egyén májbiopsiás leletének és ultrahangképeinek összehasonlítása alapján elemezték, milyen mértékben tekinthető az utóbbi körjelzőnek, és mennyiben megbízható a kórfolyamat súlyosságának megítélésében. Megállapították, hogy az ultrahangvizsgálat el tudja különíteni a normális májszerkezet képét és a fent részletezett két kóros típust, de

a normális sonographiás lelet nem zárja ki a máj enyhe fokú betegségének fennállását. Középsúlyos vagy súlyos diffúz májbetegségben az ultrahangkép gyakorlatilag mindig kóros, extrém ritkaság ilyenkor a negatív lelet. Ha májbetegség klinikai gyanúja esetén a sonographia normális képet mutat, akkor a máj nagy valószínűséggel vagy egészséges, vagy pedig csak enyhe fokú érintettségéről lehet szó. A sonographiás kép alapján a kórfolyamat súlyossági fokát meghatározni nem lehet, az enyhe, középsúlyos és súlyos csoport elkülönítésére való törekvés nem eredményes. Ha a középsúlyos és súlyos csoportot egybevonjuk, megbízhatóbbak az eredmények. A két típus, a „fényes máj” és az akut hepatitis „centrilobularis” kép a középsúlyos és súlyos csoportban megbízhatóan elkülöníthető.

Lacay András dr.

Cyclosporin alkalmazása az autoimmun krónikus aktív hepatitis kezelésében. Mistilis, S. P. és mtsai (Sydney Hospital, Macquarie Street, NSW 2000): Med. J. Aust. 1985, 143, 463.

Az autoimmun krónikus aktív hepatitis kezelésére 15 éve alkalmazott gyógyszerek a prednisolon és az azathioprin. A szerzők egy agresszív autoimmun krónikus aktív hepatitisben szenvedő beteget kezeltek prednisolonnal 5 éven keresztül. Recidíva és terápiás mellékhatások kialakulása miatt azathioprint kíséreltek meg, melyre a beteg hyperszenzitivitással reagált. Ezek után választották a cyclosporin kezelést és alkalmazták eredményesen. Irodalmi ismereteik szerint ebben a körképben cyclosporinnal elsőként a szerzők gyógyítottak. A cyclosporin 1978 óta potenciális immunosuppresszív szer a szervtranszplantációban. Állatkísérletekben kísérletes autoimmun kórképekben alkalmazva a cyclosporin, jó terápiás eredményeket írtak le. Humán vonatkozásban a posterior uveitis, Behcet-szindróma, polymyositis, psoriasis kezelésében vált be.

A 46 éves férfi betegük 1978 júliusában influenzaszerű tünetekkel, hasmenés, hányás, étvágytalanság, hasi fájdalmak kialakulásával került felvételre, majd három hétig tartó akut tünetek után icterussá vált. A hepatosplenomegalia kifejezett, szembetűnő a spider naevus, és a palmaris erythema. Laboratóriumi eredményei közül kiemelendők a magas szérum enzim szintek (GPT, GOT, gamma-GT), emelkedett bilirubin szint, 100 mm/h vvs sülly. sebesség, alacsony haemoglobin-szint, alacsony thrombocytá szám, normális fvs szám, magas IgG (36 g/l), normális IgM és IgA, negatív HBsAg teszt. A szérumból nem mutatható ki sem antinuclearis, sem antimitochondriális antitest, simaizom-ellenes antitest viszont magas titerben (1 : 2560). A májbiopsia eredménye igazolja az autoimmun krónikus aktív hepatitis, extensiv lobularis necrosissal és kezdődő cirrhosisal. A duodenumban mély ulcus.

1978 szeptemberében a prednisolon kezelést napi 40 mg dózisban kezdték el a betegnél. Panasz és tünetmentesség válás után a napi 15 mg-ra csökkentették, és ezt a hatásfenntartó dózist kapta 11 hónapig. A recidíva két év múlva jelentkezett, ekkor napi 30 mg prednisolont adtak. Ezt

követően cushingoid elváltozások is jelentek meg a betegnél, chemosis, súlyos fejfájások, hypertensio, duodenalis ulcus fájdalom. A szerzők megkísérelték az azathioprint napi 50 mg dózisban adni, amit heves izomfájdalom kialakulása miatt megszüntettek. Az ulcus duodeni kezelésére napi 2 g dózisban kapta a cimetidint.

1983 augusztusában a változatlan recidíva és cushingoid elváltozások miatt elkezdtek a cyclosporin terápiát napi 240 mg adagban (testsúly kg × 3 mg), s ezzel egyidőben a prednisolon dózist napi 5 mg-ra csökkentették. A májbiopsiát a véralvadási status miatt nem végezték el, de a beteg laboratóriumi eredményei javultak, panaszai enyhültek. 1984 márciusában a szérum kreatinin szint 90 µmol/l-ről 180 µmol/l-re emelkedett, ezért a cyclosporin dózist napi 180 mg-ra csökkentették. Jelenleg, 1985 augusztusában 140 mg napi cyclosporin adag mellett tünetmentes a beteg, és a kreatininszint 130–170 µmol/l között mozog.

A szerzők cyclosporin kezeléssel prednisolon és azathioprin rezisztens agresszív autoimmun krónikus aktív hepatitisben remissziót értek el. A szervtranszplantációk során alkalmazott cyclosporin kezelésnél is egyedüli komplikációként szokott jelentkezni a szérum kreatinin szint emelkedés. Ezt betegük esetében a cyclosporin napi dózisának (140–160 mg) beállításával kiküszöbölték.

Egri Pirooska dr.

Az epekő kezelése. Paumgartner, G. (Med. Klinik II der Univ. München): Schweiz. med. Wschr. 1986, 116, 935.

A panaszokat okozó epekőbetegség standard kezelése 50 éve a cholecystectomy volt. Az idők folyamán azonban már az epekőket epesavakkal feloldani is sikerült, bár az első eredményeket csalódások követték. Akkor azonban még nem tudták, hogy az epekövet csak meghatározott epesavakkal és kötőanyagokkal sikerült oldani. A biokémiai és fiziológiai kutatások a 60-as évek végén — elsősorban a Mayo klinika kutatóinak a jóvoltából — az epekő keletkezésének felismeréséhez, valamint a gyógyszeres köoldáshoz, az epeutakban megrekedt kövek nem-szűréselt eltávolításához, végezetül pedig az ütészullással történő extrakorporális köoldáshoz vezettek.

Patofiziológia. Az epekőképződés 3 fontos fázisban zajlik le. Alapfeltétele, hogy az epe túltelített képződik, és ezt egy meghatározott időn belül az epesavkicsapódása követi. Amennyiben pedig e szilárd kristályok vagy mikrokövek nem távoznak el, akkor egyre nagyobbra nőnek. A civilizált országokban a koleszterin túltelített epe dominál, az egyéb-ként vízben oldhatatlan koleszterint pedig csak az epesavak és foszfolipidek képek oldatban tartani. Koleszterin túltelítődésnél azonban ez az oldási egyensúly felbomlik, és a kőképződésnek 3 mechanizmus lehet: az epe túlzott koleszterin szekréciója, a csökkent epesav-elválasztás, és mindkettő kombinációja. Maga a koleszterin túltelítettség mint első lépés, nem jár eleve kőképződéssel. Ebben ugyanis még más tényezők fontosságát is feltételezik, amennyiben magként a

mukoproteinek, fehérje- és kalciumkicsapódások szerepelhetnek, de a koleszterin stabilizáló apolipoprotein fehérjétek is hiányozhatnak, és a kicsapódott koleszterin felületén váltódik ki a kőképződés. A kövek azonban a panaszok és szövődmények okozása mellett némák is maradhatnak és az epidemiológiai adatok szerint az epekövek kétharmada tünetmentes.

Cholecystectomy. Ennek eldöntésében általában fontos, hogy panasz- és tünetmentes vagy fájdalommal, gyulladással és egyéb szövődémmel járó betegségről van-e szó. Gyakori górcsókkel és komplikációval járó esetek műtétre valók, a többiekben azonban a konzervatív kezelés és köoldás mérlegelendő. Leginkább a tünetmentes esetekben lehet a radikális beavatkozással válni, mivel a tapasztalatok szerint 5 év alatt az eseteknek csak 10, tíz év alatt 15, tizenöt év alatt pedig 18%-ában szokott műtéti javallatot képező szövődmény fellepni. A tünetmentes kövek tehát egymagukban nem képeznek műtéti indikációt és ezekben az esetekben a műtét nem javítja az életkilátásokat.

Köoldás. 1972-ben Danzingernek és mtsainak a Mayo klinikán, a szervezeten normális körülmények között is előforduló epesavval, a kenodezoxikólsavval sikertült epeköoldást elérnie. Evvel, valamint ursodezoxikólsavval, illetve mindkettőnek adásával helyre tudták állítani az epe epesavegyensúlyát, olyannyira, hogy a koleszterin még a koleszterin tartalmú kövekből is kioldódott. E két epesav azonban különbözőképpen hat a koleszterin- és epesav-anyagcsere. Az epe koleszterin elválasztását mindkettő csökkenti, de az ursodezoxikólsav erősebben, a kenodezoxikólsav viszont a koleszterin szintézist enzimatikusan képes gátolni. Az ursodezoxikólsav jelentős előnye abban van, hogy nem emeli a transzamináz értékeket és csak az esetek 5%-ában okoz hasmenést, a dezoxikólsavval kezelték 23%-ával szemben. Ma tehát az ursodezoxikólsavat — esetleg kenodezoxikólsavval kombinálva — részesítik előnyben.

És a csalódások? A legelső, hogy nem mindegyik epekő oldódik fel így. A kövek tehát nemcsak Rtg negatívak legyenek, hanem átmérőjük se legyen 15 mm-nél nagyobb. A sikerhez az epehólyagnak legfeljebb a fele lehet kövekkel kitöltve, maga az epehólyag pedig legyen működőképes és kontrahálódjék. A második csalódás, hogy a teljes köoldás még helyes megválasztás esetén is csak a páciensek 30–60%-ában érhető el. A kisebb kövek sokkal gyorsabban oldódnak. A harmadik csalódást a recidíva okozhatja, és ez abból adódik, hogy maga a kezelés nem küszöböli ki a kőképződéshez vezető anyagcsere zavarokat. 5 éven belül általában az esetek felében lehet körecidívával számolni. Ezenkívül hátránya, hogy köoldásra még viszonylag kevés epeköves alkalmas, és ez elég hosszú ideig tart. Kiegészítő rendszabályokkal azonban nemcsak a köoldás javítása, hanem a körecidíva megelőzése is remélhető. Újabb nem-sebészeti lehetőségeként szóba jön a kövek szondán, vagy T-drénnel keresztüli monoocetanon instillációjával való oldása is, de ez azért sem terjedt el, mert kiderült, hogy az endoszkópos papillotomia és köeltávolítás is nagyon eredményes.

Köszítés. Mivel az oldásnak és endoszkópos eltávolításnak határt szab a kövek

nagysága, felmerült a kövek szétzúzása a nem-sebészeti eltávolítás megkönnyítésére. Ennek keresztülvitelére a vízfürdőben és narkózisban lévő betegnek elektromos kisütéssel ütőhullámot fókuszolnak az epeköveire, ennek alkalmazása előtt és után is a kötőmémlekek feloldására ursodezoxikólsavat és kenodezoxikólsavat adva. Ezzel a módszerrel a Rtg negatív epeköveket 8 mm-nél nem nagyobb átmérőjű részekre tudták szétörni, minden károsodás nélkül. 1–25 hetes megfigyelésük alatt 9 páciens közül 6-nál a kötőmémlekek teljes eltűnését tapasztalták. 2 személyen epégöröket, 1 páciensen pedig enyhe kísérő pancreatitist tapasztaltak, melyek papillotomiára és 2 köröz eltávolítására megszűntek. Ezzel a módszerrel a choledochus köveket is annyira sikerült szétörni, hogy endoszkópos papillotomiával könnyen eltávolíthatók, vagy spontán távoztak. Az ismertetett kezelésekkel is dacoló koleszterin kövek és részek eltávolítására új módszer az epehólyagba történő metil-butiléter-instilláció, és a szerzők ezt retrograd kanüllel a ductus cysticuson keresztül végezték sikerrel. Az epekövek kezelésének lehetősége tehát jelentősen gazdagodott.

Angeli István dr.

Szív- és érsebészet

Első klinikai tapasztalatok a coronaria endoscoppal. Hombach, V. és mtsai (Med. Klinik III, Lehrstuhl f. Physiologie, Radiochir. Klinik, Univ. Köln): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 1135.

A percutan transluminális coronaria angioplasia és a laser alkalmazása a coronaria endoscopyt az utóbbi időben előtérbe hozta. A lasernek az érpályákban történő felhasználása, a sugár vizuális irányítású és az érintett szövetek megtekintése indokolja az endoscopyt.

A szerzők 120 cm hosszú, 1,4 illetve 1,8 mm átmérőjű fiberendoscoppal végezték a coronariák és a peripheriás erek endoscopyját. Hét postmortalis megfigyelt eset közül háromban normális, simafalú coronariákat, kettőben enyhébb fokú diffúz, további kettőnél kifejezett coronaria sclerosist észleltek. 16 betegen percutan angiocopyt végeztek, szívkatéterezéshez kapcsolódva. A 10 értékelhető megfigyelés közül 6 esetben találtak diffúz arteriosclerotikus elváltozásokat.

Nyolc betegen a tervezett ballontágítás előtt és a coronaria angioplasia után a stenosisos erekben endoscopyt végeztek. Értékelhető vizsgálati eredményt az endoscopy visszahúzásakor kaptak, mert bevezetésük gyakran az érfal elzárja az eszközt végét. Kilenc betegen intraoperatív coronaria endoscopy történt. Ezek közül hét esetben a distalis anastomosiszt tudták szemügyre venni. Retrograd úton a stenosis is látható volt.

A szerzők saját tapasztalataik és irodalmi adatok szerint a coronaria endoscopyt bypass műtéténél az anastomosis kontrolljára tartják alkalmasnak. Percutan felhasználása szívkatéter laboratóriumban, még csak kísérleti stádiumban van. Az intraoperatív és postmortalis tapasztalatok azt mutatják, hogy a radiológiai vizsgálatoknál megbízhatóbb eljárás,

kiegészítő adatokat szolgáltat az érfalban végbemenő folyamatokról.

További perspektívát jelenthet az angiocopynak a laser terápiával való kombinálása. Ez annál is inkább indokolt, mert a laser terápiának vizuális kontroll nélküli alkalmazása 20–30%-ban szövődményekkel jár.

Viczián Antal dr.

Röntgen-endovascularis protézis. Petrovskij, B. V., Rabkin, I. H. (Az I. sz. Moszkvai „Szecszenov” Orvostudományi Egyetem Röntgenológiai Osztálya és Sebészeti Klinikája, valamint az Acél és Öntvényintézet Termomechanikai Feldolgozásának Laboratóriuma): Hirurgija, 1986, (2) 3.

A Szovjetunióban már kialakult a röntgen-endovascularis sebészeti centrumok hálózata. Jelenleg 126 központ működik, s közülük 52-ben már szintén megkezdtek a röntgen-endovascularis protézis alkalmazását.

Az endovascularis beavatkozások valamennyi módszerét évek óta sikerrel alkalmazzák a szerzők is: az a. pulmonalis thrombusainak feldarabolását, feloldását, a ballonkatéteres transluminális ér dilatációt stb. Közleményükben éppen a percutan transluminális angioplasztika továbbfejlesztése terén elért eredményeiről számolnak be. Ez az utóbbi módszer ulcerszerűen nagy előrehaladást jelent az érskületes betegek ellátásában, de a szűkület recidívája meglehetősen gyakori.

Ismeretessé vált számukra, hogy *Dotter* és *Cragg* 1983 tavaszán egymástól függetlenül állatkísérletben sikeresen alkalmazta a nitinol-spirált endoprotézisiként. Az erre a célra alkalmas ötvözetet *Kurdjumov* állította elő még 1980-ban. Több tucat ilyen ötvözetet hoztak létre, de az endoprotézis céljára valóban a nikkelből és a titánból álló nitinol bizonyul a legalkalmasabbnak. Az ötvözet nagy „emlékezőképességgel” rendelkezik; úgy képezik ki, hogy csak a megfelelő helyre való bejuttatása után a testhőmérsékleten vegye fel a kívánt kaliberű spirálalakot. Szövetbarát, rendkívül ellenálló, korróziómentes, rugalmas.

1983 őszén még a szerzők is a kísérletek szintjén tartottak. Meggyőződtek arról, hogy a nitinol-endoprotézis jó eredményeket ad a coronariák, az a. pulmonalis, a vese, a végtag stb. ereinek tartós dilatációjára, s már a következő évben elsőként ők vezették be alkalmazását a klinikumban a Sebészeti Klinikán. Általában először ballonkatéteres tágítást végeznek, majd kb. egy hét elteltével bejuttatják a károsodott helyre (azaz oda, ahol előzőleg a percutan transluminális angioplasztikával a szűkült érszakaszt kitégítették) a nitinol-ötvözetet, ami ott felveszi a szükséges átmérőjű spirális alakot, rögzül, s belső falát fokozatosan intima béleli ki.

Ez ideig 30 betegen alkalmazták az említett röntgen-endovascularis protézist. A győgyeredményeket drámaiknak tartják, és tartósak. Tulajdonképpen így vélik megvalósíthatónak a percutan transluminális angioplasztika után előforduló recidívák jelentős visszaszorítását, sőt a műtét helyén a teljes kiküszöbölését.

Varga János dr.

Laser alkalmazása percutan transluminális coronaria angioplastica megkönnyítésére. Lee, G. és mtsai (Western Heart Institute, St. Mary's Hospital and Medical Center, San Francisco): American Heart Journal, 1985, 110, 1233.

A percutan transluminális coronaria angioplastica (PTCA) hatékony alternatíva a panaszokat okozó atherosclerotikus coronaria obstrukciók kezelésében. Elvégzése elsősorban egy ér betegség eseteiben javasolt. Az angioplasticára kiválasztott betegek 20%-ánál azonban a károsodott érszakasz oly mértékben rigid, hogy nem teszi lehetővé a ballonos katehater felvezetését.

Annak ellenére, hogy a laser és a ballonos angioplastica az angiogram szerint közel azonos eredményt hoz létre, a lumen tágításának mechanizmusa teljesen eltérő a két beavatkozás során. A laser sugár a recanalizációt hűtő hatás alapján idézi elő. Az eljárás folyamán a laser (Argon, CO₂, Neodymium-YAG) forrás fényét üvegszál segítségével az atherosclerotikus plaque területére vetítik. A fény útjába eső szilárd és folyékony anyagok légneművé válnak. A keletkező gáz főbb összetevői az alábbiak: CO₂, N₂, H₂, rövid láncú szénhidrogének és vízgőz. A hőhatásra kialakult új lument szennygyűrű, azt pedig necrotikus (coagulatív necrosis) zóna veszi körül. Az érfa többi szövete épségben marad, az ép és az elhalt rétegek között éles határ mutatkozik. A ballonos dilatatio mechanikus hatáson alapszik. Az érfa lumenre hatást gyakorolva, az intima, media és adventitia rostjaiban finom, mikroszkopikus repedéseket idéz elő és feltehetőleg komprimálja az atherosclerotikus szövetet is.

A szerzők postmortem vizsgálataikat 11 coronaria segmentumon végezték. Valamennyi érszakaszon súlyos fokú, atherosclerotikus eredetű (átlagosan 80%-os) stenosiszt észleltek. 3 esetben teljes elzáródás volt kimutatható. A stenotikus lumen átlagos átmérője 0,5 mm-nek, a szűkült szakasz hossza átlagban 7,2 mm-nek adódott. Az érintett érfa rugalmatlansága miatt ballonos katehater felvezetése egyetlen esetben sem volt kivihető. Ezért recanalizatio elérése céljából Argon laser készülékkel összekapcsolt, 400 mikron átmérőjű üvegszálal juttattak coaxialisan az obstrukciót okozó plaque-ig. A recanalizációt 14–90 J energia alkalmazásával végezték. A laser angioplastica a lumen átmérőjét átlagosan 1,3 mm-rel növelte meg. Ekkor már lehetővé vált a ballonos angioplastica elvégzése is. A PTCA után (7 atm. ballon nyomás, 45 s-ig) a lumen átmérője további 0,3 mm-rel lett nagyobb. A szűkület százalékában kifejezve, a laserbe sugárzás az obstrukciót 80-ról 45%-osra csökkentette (átl. 38%-kal), majd az ezt követő PTCA további 9%-os reduciót eredményezett (planigráfias mérések szerint).

Az atherosclerotikus érbetegségek kezelésében a laser alkalmazása még új keletűnek számít. A klinikai tanulmányok inkább az eljárás előnyeire hívják fel a figyelmet, a lehetséges szövődményekről (coronaria perforatio, aneurysma stb.) kevés szó esik. Még sok kutatás szükséges a beavatkozás biztonságossá tételéhez. Megfelelően kiválasztott betegek esetében, a kívánt technikai ismeretek birtokában a szövődmények veszélye a jövőben

jelentősen csökkenni fog. A szerzők tapasztalatai szerint a laser angioplastica lehetővé teszi PTCA végzését olyan szűkületek esetében is, melyeknek rigiditása korábban a ballonos tágítást nem tette lehetővé. A PTCA-t követő fél éven belül a betegek kb. 30%-ánál következik be restenosis. Remélik, hogy a laser és ballonos angioplastica együttes alkalmazásával csökkenthető a kiújult stenosisok száma.

Baranyai Árpád dr.

A ballonos tágítás bevezetésének következménye az érsebészeti gyakorlatban. Jeans, W. D. és mtsai (Bristol Royal Infirmary, Bristol BS2 8HW): 1986, 59, 457. Brit. J. Radiol.

A percutan transluminális angioplasticának (PTA) az érsebészeti gyakorlatba való bevezetése jelentős változásokat okozott a megvizsgált betegek, az elvégzett rekonstruktív műtétek és az amputációk számában.

A szerzők az 1980–1984. évek közötti alsó végtag keringési panaszok miatt elvégzett angiográfiákat, műtéteket és PTA-kat vizsgálva, azok összes költségbeli változásait vették figyelembe. Az árakat az 1984. évben lévő érvényes árfolyam alapján állapították meg.

A kivizsgálás során jelentős változást tapasztaltak az angiográfiák módszerében. A lumbalis aortográfiák száma csökkent, a Seldinger szerinti katéteres arteriográfiák száma jelentősen nőtt. 1980-ban csak 6 PTA-t végeztek, míg az utolsó évben, 1984-ben, 97-et. A rekonstruktív műtétek a duplájára emelkedtek, de az amputációk számában 25%-os csökkenést tapasztaltak. A költségek 1984-re gyakorlatilag megkétszereződtek, de ezen belül az egy betegre jutó kiadás 33%-kal csökkent.

A szerzők megemlítik, hogy a PTA bevezetése a következmények összefüggő láncolatát eredményezte, melyekből ők csak az említett tényeket vizsgálták.

Az angiográfiák számának növekedését követte a PTA-k számának emelkedése is, mely módszerrel az alsó végtag aterosclerosis elváltozásait korábban lehet kezelni a betegség lefolyásában, mint amikor az már sebészeti megoldást igényelne. Az angiográfiát azokra a betegekre is kiterjesztették, akiknél féloldali klaudikációs panaszok voltak és a bokaizület magasságában mért vérnyomás csökkent értéket mutatott. Véleményük szerint ez a feltétel nagyon kedvező azon betegek felfedezésére, akiknél rövid arteria iliaca vagy femoralis superficialis szűkület található, mert a PTA ezen esetekben a legsikeresebb.

A költségek növekedését az angiográfiák esetében részben ellensúlyozta a módszer változása. A lumbalis angiográfiák 3 napos kórházi tartózkodást és altatást igényelnek, míg a Seldinger-módszer 2 napos kórházi tartózkodást és helyi érzéstelenítést tesz szükségessé. Kiemelik, hogy az összes költségnek szempontjából a legfontosabb a kórházban töltött napok száma, ennek csökkentése az árakban is jelentős csökkenést eredményez. Nem várt tény a rekonstruktív műtétek számának megkétszereződése volt. Ezt azzal magyarázzák, hogy sok esetben, amikor PTA-t lehetett volna végezni, műtéti megoldást

választottak. Csak ezen beavatkozások költségét figyelembe véve, a PTA ára 1/5-e a műtétének. Az összes költségek növekedése a radiológiai és a sebészeti osztályokat érinti, mert a vizsgálatokat és a kezeléseket ezek az osztályok végzik.

A PTA bevezetésével nőtt azon betegek száma, akik hatásos gyógykezelésben részesültek, és csökkent az egy betegre jutó összköltség. Ehhez társul az aneszteziológiai szövődmények alacsony száma, illetve azok elkerülése, és a szexuális funkciók helyreállítása a vénák károsítása nélkül, melyek a sebészeti beavatkozásoknál sokszor előfordultak.

Puskás Tamás dr.

Cruralis artériás reconstructio arteriovenosus fistula közbeiktatásával végtagmentés céljából. H. Kortmann és mtsai: Thoracic and Cardiovascular Surgeon, 1985. 33, 382.

Bizonyos esetekben a femoro-cruralis bypass az egyetlen lehetőség a végtag megmentése érdekében. Az ilyen pozícióban alkalmazott áthidalások azonban igen gyakran elzáródnak a szegényes kiáramlási pálya miatt. A szerzők a distalis végtag rész átáramlásának fokozása céljából A-V fistulát alkalmaztak.

1982–84 között 21 esetben (20 betegnél) jártak el a fenti módon. A műtėti inditatio minden esetben Fontaine III–IV. stádiumban lévő végtag, egy átjárható lábszár artéria, a plantáris árkád hiánya. A műtėti technika a következő: az artériát és a mellette fekvő vénát izolálják, mindkettőn hosszanti metszést; az egymás mellett fekvő falat összevarrják, és az így kialakított közös szájadékra varrják a prothesist (gyűrűs GORE-TEX vagy Solco biograft).

A műtét után mind a 20 betegnél megszűnt a nyugalmi fájdalom, az átlagos járástávolság 169 m lett. Az átlagos Doppler nyomás 110 Hgmm volt a boka magasságában. Telethermographiával a distális végtag jelentős perfusio növekedését tudták igazolni. 8 hónapos átlag után vizsgálási idő alatt 4 reocclusiót észleltek (75%-os átjárhatóság), de egyik betegnek sem kellett amputálni a lábát, és nem volt nyugalmi fájdalom.

A szerzők az A-V fistula jelenlétéből fakadóan semmilyen lokális, vagy szisztémás károsodást nem észleltek. Telethermographiával bizonyították, hogy az A-V fistula retrográd vénás áramlást hoz létre, mely az ischaemiás szövetek táplálásában játszik szerepet. Ugyancsak megfigyelték a kollaterális funkciók javulását is, és ezzel magyarázzák a 4 occludált betegük relatív panaszmentességét. A szerzők saját tapasztalataik és irodalmi áttekintés alapján úgy látják, hogy módszerükkel, ha időlegesen is, de el lehet kerülni az amputációt és a betegek egy részét meg lehet szabadítani a nyugalmi fájdalom gyötrelmeitől.

Entz László dr.

Az arteria poplitea aneurysmájának műtėti indikációi. Stirnemann, P., Schwery, S. (Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßschir., Univ. Bern): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 691.

A perifériás aneurysmák 70%-a az arteria poplitea területén található. Gyakran kétoldali, és kombinálódhat egyéb lokalizációjú aneurysmákkal is. Majdnem kivétel nélkül arteriosclerotikus eredetű, és főleg idősebb korban fordul elő.

Az akut szükség műtétek, különösen ischaemia esetében magas rizikóval járnak. Ezzel szemben az elektív, komplikáció nélküli műtétek sem a beteg életét, sem a végtagot nem veszélyeztetik.

A szerzők 35 betegen 45 operációt végeztek arteria poplitea aneurysma miatt. Valamennyi beteg férfi volt. Életkoruk átlagosan (47–89 között) 70 évet tett ki. Tíz esetben mindkét arteria popliteán képződött aneurysma. 51%-ban többé-kevésbé súlyos szövődmény, főleg akut ischaemiás állapot indokolta a sürgős beavatkozást. Egyszer az aneurysma rupturált.

A műtétet minden esetben angiographia előzte meg, a diagnózis megerősítése, az aneurysma lokalizációjának és terjedelmének megállapítása és a perifériás elfolyás meghatározása érdekében.

27 elektív és 18 szükség műtétet végeztek. 22 resectio után a defektust interponátummal pótolták. 18-szor bypassot alkalmaztak. Három betegen thrombectomia után aneurysmorrhaphiát végeztek, s csak két esetben került sor az arteria lekötésére. Egyetlen beteget sem vesztettek el a műtét utáni első hónapon belül. Amputáció az akut szükség műtétek között ötödik, az elektív operációk között egyszer vált szükségessé. Az amputációt ez utóbbi esetben főleg a súlyos általános arteriosclerosis és kevésbé az aneurysma tette szükségessé. A késői utóvizsgálatok szerint a 35 beteg közül 16 halt meg.

A szerzők szerint a sebészi kezelés célja egyrészt a potenciális veszélyek, mint thrombosis, embolia, ruptura, kompressziós jelenségek megelőzése, másrészt az akut arteriális elzáródás sürgős megszűntetése. Az akut fellépő arteriális elzáródás helyreállítása gyakran csak részben, vagy egyáltalában nem lehetséges. Ezért van igen nagy jelentősége a korai diagnózisnak.

Viczián Antal dr.

Az asymptomás carotis stenosis műtéti kezelése. Valesky, A. és mtsai (Chir. Klinik und Klinik für Angiologie und Geriatrie, Med. Univ. Lübeck): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 665.

Az asymptomás carotis stenosis műtéti indikációja ma is vitatott kérdés. A szerzők által a II. stádiumban elért 2%-os műtéti morbiditás és letalitás arra ösztönözte őket, hogy az utóbbi időben fokozottabb mértékben végezzenek műtétet az I. stádiumban is.

Diagnosztikai célra elsősorban a Doppler sonographia jön számításba. A műtétet indokoltnak tartják 70%-os, vagy annál magasabb fokú stenosisnál. Kontraindikált a műtét szívinfarctus, instabil angina pectoris, terápiarefracter szívelégtelenség, pulmonális insufficiencia, incurabilis rák esetében.

Desobliterációt végeznek. Különös figyelmet fordítanak arra, hogy az arteriotomia mind proximálisan, mind distálisan kb. 0,5 cm-rel túlérjen a desobliterálandó szakaszon. Az arteriotomiát dacron csíkkal zárják.

1979 és 1984 között 183 beteget operáltak I. stádiumba sorolt carotis stenosis miatt. Egyetlen beteget vesztettek el a postoperatív szakban, ami 0,5% letalítást jelent. A kontroll időszakban 17 betegük halt meg. Ezek közül 8 cardialis megbetegedés, kettő generalizált arteriosclerosis, egy bifurcatio prothesis implantációját követően, egy tüdőresectio után, egy malignoma miatt halt meg.

Egyes irodalmi adatok szerint a stádium I-ben a műtéti halálozás 4%. Ezzel szemben mások, így a szerzők is csupán 1%-os letalításról számolnak be. Ez az arány lényegesen alacsonyabb a spontán lefolyás alatt észlelt ictusokhoz képest.

A szerzők szerint alacsony műtéti morbiditást és letalítást csak az indikációk szigorú betartásával, technikailag kifogástalan műtéti eljárással érhető el. Betegeik négy éves kumulatív túlélési ideje, átlagos 70 éves életkor mellett, 70% volt.

Viczián Antal dr.

Műszív használata postinfarctusos shockban a szívátültetésig terjedő idő áthidalására. Hill, J. D. és mtsai (Dept. Cardiovasc. Surg. Pacific Presbyterian Medical Center, San Francisco): N. Engl. J. Med. 1986, 314, 626.

Egy 47 éves férfi beteget anteroseptalis infarktussal szállítottak kórházba. Iv. streptokinase, nitroglycerin, dopamin terápia ellenére állapota nem javult, ezért hat nap elteltével az esetet ismertető szerzők intézetébe helyezték át a beteget. Dopamin (7,5 µg/min/kg), dobutamin (5,75 µg/min/kg), nitroglycerin (2,5 µg/min/kg) és lidocain (1 mg/min) terápia mellett vérnyomása továbbra is alacsony maradt (85/60 Hgmm), 125/min szívfrekvenciával és 28/min légzésszámmal. Percétfogat indexe 1,4 l/min/m² volt 22 Hgmm-es pulmonális capillaris éknyomás mellett. A bal art. femoralison át percutan felvezetett ballonpumpa nem hozott javulást, viszont a bal alsó végtag ischaemiássá vált. A keringés mechanikus támogatására univentricularis (bal kamrai) műszív beültetését határozták el, amit a műtéti belegyezés megszerzése után el is végeztek. A bal kamra csúcsába és a lezárt aortába egy-egy 14 mm-es szőtt Dacron-csővet varrtak. A Dacron-csőveket a mellkasfalán kivezelve egy Thoratec (Berkeley, Calif.) Pierce—Donachy bal kamrai protézissel kötötték össze. A műbalkamra asszisztálta keringés kielégítő volt, a percétfogat index 4,5 l/min/m²-re emelkedett. A bal art. femoralisból a ballonpumpa eltávolítása után egy 60 cm hosszú laza thrombust távolítottak el. A végtag keringése azonban nem javult a várakozásnak megfelelően. A postoperatív szakban egyre mélyülő sárgaság alakult ki és a vesefunkciós értékek is mind rosszabbak lettek, a beteg oliguriássá vált. Két nappal a műszív beültetése után megfelelő donor szív birtokában ortotop szívátültetésre került sor. Ezzel egyidőben a bal alsó végtag terjedő gangraeniája miatt térd feletti amputációt végeztek. Immunosuppressív terápiaaként methylprednisolont (20 mg/nap), cyclosporin A-t (1 mg/kg/nap) és im. nyul ATG-t (160 mg másnaponta 10 napig) adtak. A transzplantáció harmadik napján haemodialysist kellett kezdeni. További 12 nap után trache-

ostomiát készítettek, mert a bal rekesz benuvása miatt a beteget nem lehetett a respirátorról levenni. Közben romlott a beteg hallása is, amit audiológiai vizsgálattal diureticum okozta perceptív süketségnek diagnosztizáltak. A transzplantáció tizenkettedik napján amphotericin B (20 mg/nap) és flucytosin (1500 mg/nap) adását kezdték el, mert több helyről Candida albicans tenyésztett. Két hét múlva az antibioticumokat elhagyták, mert a beteg leláztalanodott és a fehérvérsejtszám már nem volt emelkedett. A beteget négy héttel a transzplantáció után sikerült leszoktatni a respirátorról. Ezalatt egy ízben endomyocardialis biopsiával igazolt közepes súlyosságú rejectio zajlott le, amit methylprednisolon lőkésterápiával (1 mg/kg/nap egy héttel) vissza lehetett fordítani. A beteg egy hónapot töltött egy rehabilitációs centrumban is, ahonnan több mint száz nappal kórházba kerülése után egy alsóvégtagi protézissel, egy halálkésülékkel és egy új szívvel engedték haza. Azóta rész munkaidőben tanácsadóként dolgozik.

A szerzők az eset kapcsán kitérnek azokra az orvosi és etikai kérdésekre, amiket ez a sikeres eset felvet. A felvetődő kérdéseket nem hagyhatjuk megválaszolatlanul mondván, hogy extrém ritka esetről van szó. A szerzők a cikk addendumában hét intézetet említenek, ahol a közelmúltban sikerrel használtak uni-, vagy biventricularis műszívet a végstádiumban lévő szívbeteg életben tartására addig, amíg megfelelő donor szív birtokában elvégezhetők a szívátültetést.

[Ref. megj.: Az első ilyen műtétre közel húsz évvel ezelőtt, 1969 áprilisában került sor (D. A. Cooley és mtsai, Texas Heart Institute, Houston, USA). Hogy ez a kétüléses szívetranszplantáció ma még mindig, ennyi idő után is, esetismertetésre érdemes, mutatja, hogy igen sok nehézsége és buktatója van ennek a műtétnek.]

Thomka István dr.

Műszív — végleges és időleges (Szerk. közl.). Reiman, A. S.: Engl. J. Med. 1986, 314, 644.

A közlemény megjelenésig öt beteg esett át végleges műszívbeültetésre. A betegek kórtörténetének ismertetése orvosi folyóiratban még nem jelent meg, de sorsukat a napi sajtóból jól ismerjük. Az öt beteg közül csak kettő él. Egyikük 15 hónappal a műtét után többszöri cerebrális thromboemboliás történést követően súlyosan cselekvőképtelen, másíkuik egy évvel a műtét után még mindig kórházi kezelést igényel, mert időről időre asszisztált lélegeztetésre szorul. A másik három beteg 10, 112 és 229 nappal élte túl a Jarvik 7 műszívbeültetését. Mindhármuk műtét utáni körlefolysa súlyos szövődményekkel volt terhes.

Az eredmény túlságosan is kijózanító. Nem csoda tehát, hogy az FDA csak egy további műszív beültetésre adott engedélyt a louisville-i teamnek. Legnagyobb gondot ez idő szerint a thromboemboliás szövődmények jelentik. A szerző egyetért azokkal, akik addig nem engedélyznek újabb műtétet, amíg a Jarvik 7 vérrel érintkező felszíneinek thrombogen hatását nem sikerül megszüntetni.

A ma ismert műszíveket nem tekinthet-

jük alkalmasnak a végstádiumban lévő szívbetegség végleges gyógyítására, de igen jól használhatók a betegek időleges kezelésére, segítségükkel mintegy áthidalva a transzplantációig terjedő időt.

A szívtültetés eredményei ma sokkalta jobbakként, mint a műszívvel elértek. A donor szívek száma azonban korlátozott, ami szükségessé teszi azok racionális elosztását.

Ezen megfontolásból vannak akik el- lenzik a műszív átmeneti használatát, mert így olyan betegek is potenciális re- cipiensek lesznek, akiknél a transzplanti- ción várható eredménye rosszabb, mint az elektív transzplantációra kerülőké. E két- ségtelenül jogos ellenvetés ellenére a szer- zők mégis támogatja a műszív használatát a transzplantációig terjedő idő áthidala- sára olyan intézetekben, ahol a műszív- kutatás és fejlesztés feltételei adottak, mert éppen a donor szívek limitált hozzá- férhetősége miatt nem mondhatunk le a műszívről. A műszív ideiglenes használata lehetőségét ad annak további kipróbála- sára és klinikai tapasztalatok szerzésére anélkül, hogy a végleges műszívbeültetés ma még igen nagy kockázatának tennék ki a betegeket.

Thomka István dr.

Immunológia

Szerzett antitesthiány-szindróma króni- kus granulomatózus gyulladással — a „változatos immunzavar-szindróma” kli- nikailag elkülöníthető önálló formája. Stoll, M. és mtsai (Med. Hochschule, Hannover): Dtsch. med. Wschr., 1986, 111, 83.

Az ún. „változatos immunzavar-szind- róma” (common variable immunode- ficiency = CVID) elsődleges immúnhiá- nyos állapot, változó mértékben kifeje- zett humorális és sejt-közvetítette immu- nitásbeli zavarral. Klinikailag az antitest- hiány, valamint ennek következménye- ként a légző- és emésztőrendszer részéről megmutatózott fokozott infekciós hajlam áll előtérben. Immunológiai szempontból a T- és B-lymphocyták kooperációjában észlelhető zavar. Az egyre javuló immu- diagnosztikának köszönhetően a CVID- szindróma újabban elhatárolható, önálló kórformákra osztható fel.

A szerzők 5 olyan CVID-beteg vizsgá- lati eredményeit ismertetik, akik a klini- kai és immunológiai eltérések, valamint a granulomás elváltozást mutató szövettani leletek alapján a szindróma külön cso- portjához tartoznak.

A két nő és három férfi (17—39 éves) családi anamnézisében immunológiai be- tegség nem szerepelt, a kórelőzményből hiányzott a gyakori bronchopulmonalis infekció is. Klinikailag az egyre fokozódó hepatosplenomegalia volt feltűnő, a mell- kás röntgenfelvétel mindegyikükönél túl- nyomórészt a középső és alsó tüdőmezők- ben elhelyezkedő, csikolt és nodularis fe- dettséget mutató, egy nőbetegnél bihi- laris nyirokcsomó megnagyobbodást ig- zolt. A hisztológiai kép mindegyik esetben epitheloidsejtes granulomának felelt meg.

A legszembetűnőbb immunológiai elté- rés a humoralis immunitás defektusa volt, mindegyik Ig-osztály nagyfokú megfo- gyatkozásával. Ezen kívül abszolút lym-

phopenia és hypochrom mikrocyter ana- emia volt megfigyelhető, három esetben az alkalikus phosphatase és a gamma-gluta- myltranszpeptidase serum szintje mérsé- kelten emelkedett volt. A terminalis B- sejt érés zavarát igazolták, ezen kívül a késői típusú reakciók is károsodtak, bár az in vitro T-sejt reakciók kevésbé voltak érintettek, mint a B-sejt funkciók. A „natural killer” és az antitest-mediálta cytotoxikus aktivitás normális, ill. csak enyhén csökkent volt. Therapiásan hatá- sosnak bizonyult az iv. immunglobulin- szubsztitúció.

A vizsgált 5 beteg a CVID-szindrómán belül egy jól elkülöníthető kórképet kép- visel, amelyre a következők jellemzők: 1. késői kezdetű („late onset”) szerzett an- titesthiány, 2. halmozott bronchoplumo- nalis (bakteriális) infekciók, 3. hepato- splenomegalia, 4. epitheloid sejtes szervi granulomák, 5. jellegzetes immunológiai eltérések. Ilyen kórkép a WHO által klasz- szifikált „specifikus immundefektusok” csoportjában nem szerepel. Differenciál- diagnosztikailag a Hodgkin-kór primer abdominalis manifestációi, a sarcoidosis, a krónikus granulomás betegség jönnek szóba ilyen esetekben.

A vázolt immunzavar okaként ismeret- len lymphotrop vírus, vagy eddig még ismeretlen kórokozó által krónikusban per- zisztáló infekció feltételezhető. Az aetio- logia tisztázására multicentrikus vizsgá- lat-sorozatot kezdtek.

Pakodi Ferenc dr.

Antibiotikum-resistens corynebacteriu- mok — új fertőzési probléma immu- nuszupprimált betegeknél. Osterwalder, B. és mtsai (Hämatol. Abt., Dep. innere Med. und Bakteriol. Labor., Kantonsspital Bas- sel): Schweiz. med. Wschr. 1986, 116, 880.

Immunsupprimált betegeknél egyre gyakrabban észlelnek új kórokozókat, mint komoly fertőzések előidézőit; hason- lóan normális körülmények között ala- csony pathogenitású kórokozók betegség- okozókká válhatnak. A staphylococcus epidermidis, a corynebacteriumok a bőr és nyálkahártya commensalis mikroflóra- jához tartoznak, azonban bizonyos körü- lmények között, mint a csontvelő trans- plantatio vagy az antilymphocyta-globu- lin terapia, szignifikánsan pathogen csi- rákká válhatnak, amelyeket a gyors ke- zelés bevezetése céljából már korán fel kell ismerni.

A nem-diphtheria corynebacteriumok, gram-pozitív, szigorúan aerob, pleomorph, nem spóráképző, nem mozgó, rövid pál- cikák egy csoportját képezik („diphthe- roid”); ritkán okoznak fertőzéseket és a legtöbb antibiotikumra érzékenyek. Az ún. JK-csoport multiresistens coryne- bacteriumai komoly fertőzéseket okoz- hatnak, amelyeket egyre gyakrabban haematológiai és immunológiaiilag kom- promittált betegeknél észlelnek. Súlyos és hosszantartó granulocytopenia, a bőr- és nyálkahártyakorlát hiányosságai (herpes, candida-stomatitis, katéter), intenzív an- tibiotikus terapia elősegítik ezen resis- tens törzsek colonizációját, valamint sep- ticaemia kifejlődését.

Két súlyos anaemia aplastica esetükben antilymphocyta-globulinnal történő im- munsuppressív kezelés után multiresistens

corynebacterium sepsis lépett fel, amely egyedül csak vancomycinre volt érzékeny.

A rendszeresen végzett ellenőrző te- nyésztesek már a láz fellépte előtt mind- két betegükönél kimutatták a resistens corynebacteriumok colonizációját. Ilyen kockázatos betegeknél az egyébként ár- talmatlannak tekintett gram-pozitív bac- teriumok mindig komolyan értékelendők. Döntően fontos ezen csíráknak resistentia vizsgálata. Antibiotikum-resistens co- rynebacteriumoknak a vérvizsletekben történő többszörös kimutatását antibi- otikus kezelés alatt újonnan fellépő láz ese- tén nem szabad csupán contaminatiónak tekinteni. Mindkét eset igazolja a rend- szeres mikrobiológiai ellenőrzés fontossá- gát az antibiotikum-resistens coryne- bacterium kimutatásában erősen kocká- zatos betegeknél és lehetővé teszi az egye- dül hatásos vancomycin-kezelés haladék nélküli bevezetését.

ifj. Pastinszky István dr.

Átmeneti oligoklonális paraproteinemia vírusinfekciónál és malignus lymphatikus megbetegedéseknél. C. Hermes és mtsai (Med. Universitätsklinik und Poliklinik, Homburg/Saar): Dtsch. med. Wschr., 1985, 110, 837.

Két malignus lymphatikus rendszer megbetegedésben szenvedő (malignus Non-Hodgkin-Lymphoma, akut B-sejtes lymphoid leukémia) betegnél egy cyto- megalia vírus infekció, illetve mononuk- leózis infekciónál oligoklonális para- proteinémia lépett fel. Ebben az idő- pontban mindkét beteg komplett remis- zióban volt. Az első esetben a parapro- teinémia egy éven belül eltűnt. Emellett megfigyelhető volt egy átmenet a négy- lánéú (két IgM-lambda és két IgM-lam- bda) a háromlánéú paraproteinémiába (IgG-lambda). A második betegnél a pa- raproteinémia jelentősen csökkent. Mint- hogy mindkét betegnél a paraproteinémia megjelenése után a cytotatikus kezelést abbahagyták és komplett remisszió ala- kult ki, a megfigyelés ideje (4, ill. 1 év) alatt direkt összefüggés az alapbetegség- gel valószínűtlen. — Az átmenetileg fel- lépő paraproteinémia inkább az immu- rendszer szerzett zavara következményé- nek valószínűsíthető.

Németh-Csóka Mihály dr.

Kollagén-I ellenes affinitású keringő monoclonális IgM-lambda cryoglobulin vasculitisben. Inge Clemmensen és mtsai (Department of Clinical Microbiology 445, Statens Serumintstitute, Hvidovre Hospi- tal, University of Copenhagen, DK-2650 Hvidovre, Denmark): Clin. exp. Immunol. 1986, 64, 587.

A necrotizáló vasculitis gyulladá- sos vascularis betegség, hypersensitivitási vasculitis, allergiás angiitis vagy leuko- cytoklasialis vasculitis. Társul külön- böző kötőszöveti megbetegedésekkel (pl. SLE, RA), essentialis cryoglobulinaemiával, Henoch-Schönlein purpurával, különbö- ző bakteriális, vírusos vagy parazitás in- fektiókkal. Társulhat paraproteinaemiá- val, szérumbetegséggel, gyógyszer okozta allergiás állapotokkal (pl.: penicillin, sul-

fonamid, procainamid, heroin, methaemphetamid stb.). Az infectív ágensek és a gyógyszer antigének autoantigénként autoantitest termelődést válthatnak ki. A patomechanizmusban a keringő immunkomplexek, a szöveti antigéneken fixált depositumok játszanak szerepet.

A cikk szerzői necrotizáló vasculitisben szenvedő beteg esetét ismertetik, akinél egy keringő, cryoprecipitabilis, monoclonális IgM-lambda ellenanyagot identifikáltak, amely kollagén ellenes autoantitest specificitással rendelkezik.

Betegük korábban egészséges, 66 éves férfi, hőemelkedéssel, ízületi és hasi fájdalmakkal, az alsó végtagokon és úlepén purpurás kiütésekkel, négy napig tartó gastrointestinalis vérzéssel került kórházi felvételre. A kisméretű anaemia, leukocytosis, thrombocytosis, emelkedett vvs súlyyedési sebesség mellett egyéb és súlyos patológiai, nevezetesen immunológiai rendellenesség jelei ekkor nem voltak észlelhetők. Öt hét múlva teljesen felgyógyult állapotban bocsátották haza. Egy héttel később újra kórházi felvételre került sor: 38,9 °C-os láz, véres hasmenés, a

balkaron, mindkét alsó végtagon, úlepén kitapintható purpura, petechialis torok, a kezek ujjain ischaemiás necrosis. Szérumában IgM-lambda paraprotein van jelen 1 g/l koncentrációban.

DNA, ANA ellenes antitesteket nem tudtak kimutatni, a rheumatoid faktor nagyon gyengén pozitív. Vizeletében Bence Jones protein nincs, de proteinuria fokozódik. A szérum immunglobulin szintek emelkedettek, Clq, C3, C4 komplement komponensek csökkentek, C3d folyamatosan emelkedett. Keringő immunkomplex van jelen, fibrin monomer nem mutatható ki. Streptococcus, Gram-negatív bakteriális, amoeba és parazitás fertőzés kizárt. HBsAg és anti-HBsAg negatív. Csontvelő vizsgálat negatív. A bőr purpurás laesio biopsiás vizsgálata igazolja a leukocytoklasziás vasculitist és IgM depositumok jelenlétét. Percutan vesebiopsia vizsgálat bizonyítja a súlyos proliferatív endocapillaris glomerulonephritist tetemes vascularis obliterációval. Az érfalakon lokalizált fibrin, IgM, IgA, IgG, Clq, C3, C4 granularis depositumok figyelhetők meg.

A beteg kezelésére naponta 150 mg prednisolon mellett plasmapheresist is alkalmaztak, két hét alatt 3 liter vért plasmáztak heti háromszori alkalommal. Állapota romlott, progressív vese- és tüdőkomplikációk, pangásos szívelégtelenség léptek fel, végül a második exacerbatio után négy héttel, a cytotoxikus terápia kezdés előtt meghalt.

A beteg klinikai állapota, a komplement consumptio, a kis koncentrációban jelenlévő keringő immunkomplex és monoclonális IgM-lambda ellenanyag az érrendszer általi consumptióra utal. A szérumfehérje elektroforézis gamma zónájában futó M-protein olyan monoclonális IgM-lambda komponens, amely tisztított állapotban is precipitál hidegen IgA és IgG jelenléte nélkül. Ez a valódi monoclonális cryoglobulin kollagén-I ellenes ellenanyag affinitással rendelkezik. A monoclonális cryoglobulinok ellenanyag affinitása ritkán ismert. Seligmann 1968-ban egy antistreptolysin aktivitású IgG myeloma cryoglobulint írt le.

Egri Piroška dr.

Megalakul Albert Schweizer Magyarországi Barátainak Köre.

Alakuló megbeszélését 1987. március 13-án, pénteken 19 órai kezdettel tartja az óbudai Zichy kastély dísztermében. Albert Schweitzer minden tisztelőjét szeretettel várja a Baráti Kör.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1987. március 9-én 15 órai kezdettel az ORFI Lukács Klubtermében (Budapest, II. Frankel L. u. 25—27.) tudományos ülést rendez.

Téma:

Klinikopatológiai konferencia

Vezeti:

Prof. dr. Tanka Dezső

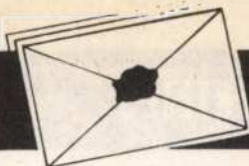
Pályázati felhívás

Gartner Pál dr. kórházi főorvos, egyetemi magántanár szakmai jutalmazásra közérdekű meghagyást hagyományozott. A szakmai díjazásra azok pályázhatnak, akiknek ideg- vagy elmegyógyász szakorvosi képzésük van és tananalízisen átesett, kiképzett psychoanalitikusok, valamint psychoanalitikai gyógyító gyakorlatot folytatnak.

Pályázni lehet az előző évben megjelent, vagy előadott psychoterápiás témájú tanulmánnyal vagy előadással.

A szakmai jutalom összege 30 000 Ft, melynek odaítéléséről bírálóbizottság dönt.

A pályázatot 1987. június 1-ig kell a pályázó neve és munkahelye megjelölésével az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Titkárságához (Budapest V., Münnich F. u. 32.) három példányban benyújtani.



A Gerovit kapszula összetételének módosításáról

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetilap 1984. évi 3. számának 179. oldalán olvastunk arról, hogy a cholin-jodid tartalmú Gerovit kapszula letális kimenetelű thyreotoxicus krízist okozott. Ugyanezen számban az Országos Gyógyszerészeti Intézet arról adott tájékoztatást, hogy a készítmény kiterjedt alkalmazása (kb. 20 millió kapszula/év) mellett az említett közlésen kívül egyetlen más bejelentés nem érkezett a Gyógyszerfigyelő Szolgálathoz. Egyben felkérte az ÖGYI az olvasókat, hogy a cholin-jodid okozta valamennyi iatrogén ártalomról tegyenek bejelentést.

Bár az azóta eltelt időben ilyen közlés nem érkezett, a fenti egyetlen eset is elegendő alap a gyógyszerbiztonság növelése érdekében arra, hogy a Gerovit kapszulát a jövőben cholin-jodid komponens nélkül hozzuk forgalomba, és — ezzel összefüggésben — a javallatok közül az „öregkori hyperthyreosis” megszűnjön.

Egyéb módosítás nincs. A Gerovit kapszula továbbra is „vény nélkül is kiadható” jelzéssel kerül gyógyszerügyi forgalomba.

Egyben ezúton is felhívjuk a figyelmet arra, hogy a régi címkéken és a régi dobozokon még a cholin-jodidot is feltüntetendő összetétel szerepel. Ezen körülményre a Gerovithoz csomagolt figyelmeztetés utal, s egyúttal arról is tájékoztat, hogy az új összetételű kapszulákat jódérzékeny betegek is szedhetik.

Görgényi Frigyes dr.
EGIS Gyógyszergyár
Orvostudományi Főosztálya

Ismerjük meg a hazai irodalmat

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1986. november 9-i, 45. számában *Nemes András dr. és munkatársai* „Familiaris halmozódású Kugelberg—Welder betegsége” című munkájukban egy családon belül három megbetegedésről számolnak be, hangsúlyozva, hogy tudomásuk szerint a magyar irodalomban családon belüli halmozódást eddig nem ismertettek. Magyar irodalmi hivatkozásuk valóban egyetlen; *Békény* 1969-ben az Ideggyógyászati Szemlében megjelent dolgozata három sporadikus esetről. Bizonyára el-

kerülte a szerzők figyelmét, hogy ugyanennek a folyóiratnak, következő évfolyamában két, nem-iker férfitestvér teljesen azonos, a Kugelberg—Welder típusnak megfelelő, progresszív spinális izomatropiájának ismertetése található.

(: Atrophia musculorum spinalis pseudomyopathia (Kugelberg—Welder-féle izomatropia) fűtestvéreken. Ideggógyászati Szemle 23, (1970) 230—239. :)

Geréb György dr.

A chlamydiás és Szerzett Immunhiányos Szindróma (AIDS) feltételezhető összefüggése

T. Szerkesztőség! Nőgyógyászati, terhességi és venerológiai betegeink mikrobiológiai kivizsgálását kiterjesztettük Chlamydiára is. Irodalmi adatok alapján összefüggést találtam a Chlamydia trachomatis (C. t.) fertőzés és AIDS között. Tekintettel az AIDS-szes megbetegedések számának jelentős emelkedésére, minden elképzelés, amely a betegség kialakulásának lehetőségére rámutat, a megelőzés szempontjából is hasznos lehet.

A WHO 1986. március 31-i adatai szerint (2) Európában 2542 megbetegedést tartottak nyilván, ami 1981 óta 163%-os növekedést jelent.

A két betegség összefüggése magyarázható:

1. epidemiológiai,
2. kóreltani alapon és
3. patológiai hasonlóságok alapján.

ad 1. Az AIDS főleg szexuális úton terjed, így eredetét is a nemi betegségek között kell keresni. A C. t. (1960) és AIDS (1981) aránylag gyorsan egymást követően jelentek meg. Ennek megfelelően az 1970-es években már nem a gonorrhoea, hanem a chlamydiás, majd 1981-től a C. t. helyett az AIDS került a járványtani érdeklődés középpontjába.

ad 2. A Lymphogranuloma venereum (L.v.) kórokozója és C.t. között szoros antigén rokonság áll fenn a L.v. L₂ antigén komponense révén (4). Így feltételezhető, hogy biokémiai pathogen hatásuk is hasonló.

Waldenström (5) 1936-ban közölte, hogy a L.v. idült szakában nagymértékű gam-

ma-globulin szaporulat lép fel, az albumin/globulin hányadost jelentősen befolyásolhatja, akár meg is fordíthatja. *Lassus* (1) 1970-ben L.v. krónikus eseteiben az IgA szint emelkedését és kóros fehérje, cryoglobulin megjelenését észlelte.

A fentiek figyelembevételével chlamydiás idült fázisában humorális dysproteinaemia, majd immundeficiencia alakulhat ki. Így esetleg magyarázat adható a Human immuno deficiency vírus (HIV) fertőzöttségkor általában tapasztalt elhúzódt immunválaszra is, amelyet a Módszertani Levél (3) a következőképpen jellemez:

„... Igen valószínű, hogy az AIDS-szel aránylag gyakran fertőződő csoportok (ún. AIDS rizikócsoportok) tagjainak immunrendszere már a kórokozó vírussal történt infekció előtt is a normálisnál gyengébben működik, és ez hozzájárulhat a betegség kialakulásához a fertőződés után”.

ad 3. A patológiai hasonlóságokat a következőkben foglalom össze:

— a kiemelt rizikócsoportot mindkét betegségben a homoszexuális és biszexuális férfiak alkotják a fejlődő országokban,

— mindkét betegségre jelen ismereteink alapján jellemző az alacsony számú klinikai megjelenés magas lakossági átfertőzöttség mellett,

— mindkét betegség kórokozója több szervrendszert megtámadhat,

— mindkét betegségben újszülött korban a 6. héten interstitialis pneumonia alakul ki.

A fentieket összegezve a chlamydiás idült fázisában fellépő humorális dysproteinaemia, illetve immundeficiencia nagy valószínűséggel az AIDS kialakulásának egyik oki előzménye. Az összefüggések egyben arra is felhívják a figyelmet, hogy minden humorális immundeficienciával járó betegséget rizikófaktornak kell tekinteni.

IRODALOM: 1. *Lassus A., Mustakallio K. K., Wager O.*: Autoimmun serum factors and IgA elevation in lymphogranuloma venereum. *Ann Clin Res.* 1970, 2, 51—56. — 2. *Mahler H., Assaad F.*: World Health Organization's Programme on AIDS. International Conference on AIDS. 1986, Párizs, Bulletin 5. — 3. Módszertani levél: Gyógyszereink 1985, 35, 278—284. — 4. *Väänänen P., Lassus A., Saikku P.*: Direct detection of Chlamydia trachomatis in clinical samples. *Ann Clin Res.* 1985, 17, 64—69. — 5. *Waldenström J. és mtsai.*: Ultracentrifugation, electrophoresis and viscometry of serum proteins. I. Lymphogranuloma venereum. *Acta Med Scand.* 1951, 141, 195. —

Melles Zoltán dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Hans-Jürgen Holtmeier: Diät bei Übergewicht und gesunde Ernährung. Georg Thieme Verlag Stuttgart — New York 1986. Ára: 24,80 DM

Az „orvosi zsebkönyvek” („Flexibles Taschenbuch”) csoportjába tartozó mű, ez a nyolcadik, átdolgozott kiadása. (Az első 1964-ben jelent meg.) A többszöri kiadást magyarázza részben a téma iránti nagy érdeklődés, részben az utóbbi évtizedekben megismert azon tény, hogy a helytelen táplálkozás és a túltápláltság következtében a fejlett ipari államokban (de nálunk is, ref. megjegyzése) megsaporodtak azok a betegségek és halálokok, amelyek kialakulásának egyik faktora a helytelen táplálkozás és a túltápláltság lehet. Ismert tény, hogy a múlt század 70—80-as éveiben az átlagéletkor még 35 év volt, ez 1983-ra elérte a 70 évet. Az általános életszínvonal emelkedésével jelentősen csökkent a csecsemő- és gyermekhalálozás, ezzel egyidőben azonban emelkedett a középkorúak halálozása, elsősorban cardiovascularis és daganatos megbetegedések következtében. A szerző részletesen tárgyalja a táplálkozás és az arteriosclerosis összefüggéseit, különös tekintettel a koleszterinanyagcserére, a „jó” — (HDL) és a „káros” — (LDL és VLDL) koleszterin szerepére. Sok statisztikai adat és táblázat segítségével tárgyalja a világ különböző országaiban a különböző betegségek előfordulását, majd egyes országok táplálkozási szokásait, továbbá Németország korábbi időszakokban megszokott, illetve a háborúk és utánuk következő időszakok szükségéből követett táplálkozási viszonyait; végül részletesen elemzi a mai táplálkozási szokásokat, a felhasznált élelmiszerek összetételét és mennyiségét, különös tekintettel a kalóriabevételre. (Minden kalóriaértéknek természetesen megadja a Joule értékét is). A szükségesnél nagyobb kalóriabevétel elhízáshoz vezet.

Az ideális testsúly meghatározása nehéz, útmutatóként testmagassághoz, korhoz viszonyított táblázatot közöl. Ideális testsúlynak azt nevezik, amely mellett a legmagasabb az „életvárakozás”. (Kb. egyezik a Broca index szerint számított „normális” testsúlyal). Ha a testsúly ezt a számot 20—25%-kal meghaladja, elhízásról kell beszélni. Az elhízással kapcsolatba hozhatók: a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a kövszén, a koszorúsér-megbetegedések, kövességre való hajlam (vese-, epekő), obstipatio, továbbá varicositas, ízületi elváltozások, bőrbetegségek (gombák, furunculosisok, gyulladások, ekzémák) szintén megjelennek elhízott betegeken.

A továbbiakban részletesen tárgyalja az egészséges táplálék összetevőit: fehérjéket, szénhidrátokat, zsírokat, ezek szükségességi mennyiségét (egy középkorú, könnyű munkát végző ember ideális energiaszükséglete 2400 kcal/die, aminek összetétele 12,3% fehérje, 30% zsír, és 57,3% szénhidrát kell hogy legyen).

Külön foglalkozik a „ballaszt anyagokkal” (diétás rostokkal), ezek emésztésre

gyakorolt pozitív hatásával. Szól a linolsav szerepéről („essentialis zsírsav”), a napi szükségletéről, táblázaton jelezve, milyen mennyiségben található egyes, általunk használt zsírféleségekben. Megemlíti a „vaj-margarin háborút”, azzal a megjegyzéssel, hogy a szokásosnál nem nagyobb mennyiségű vaj fogyasztása kapcsán nem kerül a szervezetbe több zsírsav, mint amennyi „rejtetten” bizonyos húsfeleségek fogyasztása kapcsán kerül. A telített ill. telítetlen zsírsavak viszonyáról tárgyalva igen fontosnak tartja a fehérje-szükséglet biztosítását hal-hús formájában, ugyanis a halak húsa kis mennyiségben tartalmaz telített és nagy mennyiségben telítetlen zsírsavakat (pl. a pisztráng 29% telített és 40% magasan telítetlen zsírsavat tartalmaz, míg a bálna, marha, vagy sertéshús telített zsírsav tartalma 46—59%).

Sokat foglalkozik a különböző elektrolitok és nyomelemek bevitelének szükségességével, külön kihangsúlyozva a szervezet magnéziumigényét, amely a mai táplálkozási viszonyaink alapján nem mindig kielégítő. (Ezt hivatott biztosítani pl. Németországban a tenger mélyéről nyert só, a „Vollmeersalz”, amelynek 1 grammja 20 mg magnéziumot is tartalmaz.)

Foglalkozik az élvezeti szerekkel is, megállapítva, hogy mérsékelt alkoholfogyasztás (elsősorban bor) jó hatású (emeli a HDL koleszterin szintet és csökkenti az LDL koleszterint). Véleménye szerint a nikotinra nem illik az élvezeti szer, hanem az „élvezeti mérge” elnevezés. Kávé, tea fogyasztása mérsékelt mennyiségben megengedhető.

A 192. oldaltól étrend javaslatokat hoz, mégpedig 14 napra 800 cal/die 14 napra 1000 cal/die, 14 napra 1500 cal/die tartalmazó étrendet, reggeli, ebéd, uzsonna és vacsora ajánlatokkal, megadva a főtt ételek és saláták elkészítési módját is. Végül 14 napos fogyókúrás étrendet 1000 cal/die rostús táplálékból összeállítva.

A könyv gyakorló orvosoknak szól, ezért nem tartalmaz magasszintű biokémiai megbeszéléseket, azonban a „táplálkozástan” újabb megismert vonatkozásai benne vannak. Tekintettel az egészséges életmód elérésének új irányzatára, ez a könyv is hozzájárulhat annak megvalósításához.

Tényi Mária dr.

Dieter Buck-Gramcko, Reiner Hoffmann, Rüdiger Neumann: Hand Trauma (A Practical Guide) Thieme Verlag, Inc., New York. Hippokrates, Verlag, Stuttgart. 1986. Ára 118,— DM

A 175 oldalas, 225 ábrát és 2 táblázatot tartalmazó könyv a neves hamburgi kézsebész Buck-Gramcko német nyelvű, hasonló címet viselő könyvének angol nyelvű kiadása. Tulajdonképpen nem szószentírti átfordításról van szó, sőt egyes feje-

zetek revízió alá is kerültek, melyeket szükségessé is tettek márcsak az angolnak megfelelő német synonymák is. Mint ahogy bevezetőjükben írják a szerzők, könyvük megírását az az alapvető kézsebészeti princípium vezette, hogy miután az első ellátásnál elkövetett hibákat később már igen nehéz korrigálni, a könyvükkel segítséget kívánnak nyújtani e hibák elkerüléséhez.

A könyv első része a kézsérültek ellátásának általános irányelveit tartalmazza: hogyan történjen a kézsérült anamnézisének felvétele, és a sérülés dokumentálása, hogyan történjen a sérült kéz vizsgálata? Kitér továbbá a műtéti előkészítés szabályaira, és az érzéstenítés sokféle lehetőségére. Általános irányelveket ad egy fejezet a sebészi technikára, kiemelve a metszések fontosságát a kézsebészetben és az atraumás technikát. Rövid fejezet tárgyalja a csont-, és bőrtranszplantátumok nyerését. Egy fejezet a kötések és rögzítések technikájáról szól, majd a postoperatív időszak tennivalóiról. Rövid fejezet tárgyalja a diagnózisból, a gyógyítás módjának helytelen megválasztásából, helytelen műtéti technikából, majd műtét után gondatlanságból származó, leggyakrabban elkövetett hibákat.

A könyv második része — a részletes rész — foglalkozik a speciális, (de általában típusos) sérülések ellátásával. Részletességgel tárgyalja az ujjbegyek oly gyakori amputációinak korszerű ellátását, hogy a csont kúpos maradjon. Speciális ellátást igényelnek a körömágy sérülései is. Nem közömbös továbbá az ujjak amputációjánál az amputáció szintje sem.

Az ujjak replantációjának kérdését a könyv 8 oldalon tárgyalja. Ez a fejezet viszonylag rövid, de nem célja a könyvnek a replantáció egészen speciális mikrosebészeti technikát igénylő kérdésével foglalkozni, úgyhogy a fejezet a többihez viszonyítva proporcionáltnak tűnik.

Szerzők szerint is a legtöbb hibát a kéz flexorinsérülések ellátásával lehet elkövetni. 9 pontba foglalva tömören fejtik ki a primer ellátás alap-princípiumait, de kitérnek a korszerű varrattechnikára és a postoperatív gondoskodás szabályaira is. A fejezethez szorosan csatlakozik a flexorinsérülések másodlagos ellátásának problematikája, az egy, vagy két ülésben végzett tendoplastikák és tenolysis problémája.

Az extensorinsérülések fejezetét rövid anatómiai ismertetés vezeti be az extensorinak komplikált szerkezetének felvázolásával, majd sorjában tárgyalja a könyv a különböző magasságokban történő extensorinsérülések korszerű ellátását.

Egy fejezet a kéz idegsérüléseivel, a korszerűen végzett primer — és sekunder idegrekonstrukciókkal foglalkozik. A kéz csontjainak törését a könyv a radiocarpalis ízületig tárgyalja, tehát a típusos hely radiustörését már nem. A kézsérültek ellátásában nemkülönben fontos fejezetet képeznek a szalagsérülések. Tárgyalja a könyv az alapvető princípiumokat, a primer és sekunder rekonstrukciók lehetőségét.

A lágyrész-sérülések ellátása, lágyrész-defectusok fedése már-már a plasztikai sebészet körébe vezet át a különböző lebenyplasztikák és szabadon történő bőrátültetések tárgyalásával. Külön két rövid fejezet tárgyalja a fég-puska, vala-

mint a hő és kémiai szerek által okozott sérüléseket.

A kéz inervek állapotai, a panaritiumok, a paronychiák, tenyéri phlegmonék, az inhuvelyek pyogen állapotai, a pyogen arthritisek korszerű ellátása véleményem szerint bővebb fejezetet is megérdemelt volna, tekintettel a gyakoriságra és a helytelen ellátásból fakadó gyakori funkciókiesésekre. A könyvet a sérült kéz rehabilitációjának fejezete zárja.

A könyv kiállítása tetszetős, ábrái szépek, didaktikusak. Aki e könyv tartalmát magáévá teszi, a könyv felfogása szerint látja el a kéz sérüléseit, biztos, hogy korszerű szinten végezte munkáját és hibát nem követett el.

Forgon Mihály dr.

Volker Faust: „Schlafstörungen” Hauptfiguren — Ursachen — Schlafmittel (alvászavarok — gyakoriság-okok — altatók — nem gyógyszeres segítség) Hippokrates Verlag, Stuttgart. 1986, 248 old. Ára: 54,— DM

A Hippokrates kiadó paper-backje 29 fejezetben tárgyalja az alvászavarok praktikum számára legfontosabb kérdéseit. A fő címek: az alvászavarok osztályozása; gyermekkori alvászavarok; alkohol, több műszakos munka, fejfájás, endogen pszichózisok, suicidum, neurologiai megbetegedések és alvászavar; somnambulizmus, gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés; az éjszaka és a civilizáció. A mozaikokból kevéssé áll össze egységes egész, talán még leginkább a gyógyszeres kezelésről kapunk több szempontból is árnyaltabb képet. Értékes része a könyvecskének az utolsó fejezet, amely szinte gyógyszerkönyv jelleggel tárgyalja a különböző altatószereket és ezt haszonnal forgathatja mindenki aki áttekintést óhajt kapni a ma rendelkezésre álló gyógyszeres lehetőségekről.

Az egyes fejezeteket az alvászavarok jelenlegi élvonalába tartozó szerzők írták. Ennek ellenére egyrészt nem sok újat nyújt a számos helyen megjelenő hasonló összefoglalókhöz képest. Ki kell emelni azonban pár részt. Érdekes felmérést olvashatunk, amelyben 1958—83-ig nagy anyagon kérdőívvel módszerrel keresték a választ arra, hogy van-e összefüggés az alvászavar és a személyiség szociális meghatározói között. Jelentős kapcsolat mutatkozott az alvászavar és a személy izoláltsága között, de kérdéses maradt, hogy ez ok vagy okozat. Több közlemény foglalkozik az alvászavarok — elsősorban az insomniák — nem gyógyszeres kezelésével. Ez igen jó betekintést nyújt a rendelkezésre álló, elsősorban magatartás terápiai fogantatású módszerekről az életmódi tanácsoktól kezdve a paradox intenciót át az electro-sleep-ig.

A könyvet leginkább azoknak lehet ajánlani akik áttekintést akarnak kapni az alvászavarokkal kapcsolatos jelenlegi szemléletről és nem kívánnak mélyebb betekintést a témakörbe.

Halász Péter dr.

F. Farrelly, J. M. Brandsma: Provokative Therapie. 1986. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York... 263 oldal. Ára: 58,— DM

A kis kötet különös, szokatlan munka, egészen eredeti pszichoterápiás megközelítést foglal össze. Eredetileg 1974-ben jelent meg angolul, az amerikai szerzők a nyolcvanas években szemináriumokat és bemutatókat tartottak a módszerről Európában, ennek nyomán kezdtek szervezni a könyv német kiadását heidelbergi és müncheni szakemberek. A módszer lényegében az első szerző, Farrelly technikája, Brandsma klinikai pszichológus, aki a tapasztalatok feldolgozásában és megírásában segített neki. Farrelly szerint a terapeuta feladata az, hogy a beteget provokálja, a provokáció nyomán érzelmeit, indulatokat, kommunikációs késztetéseket hívjon elő belőle. A provokáció a beteget aktivizálja. Elősegíti a terapeuta-beteg kapcsolatot, hogy a provokáció alkalmas eszköz arra, hogy kifejezze a terapeuta törődését, gondoskodását, egyenrangú viszonyt alakít ki. A beteget kiragadja a regresszióból. Mindezt a szerzők elsősorban eseteken, terápiás protokollok részleteivel illusztrálják. A könyv keretét Farrelly visszaemlékezése adja pályájára, ennek során elmondja, hogyan jött rá a módszerre. Külön nagy fejezet szól a humor alkalmazásáról, amely a szerzők szerint igen fontos tényező abban, hogy a provokáció ne traumatizáljon. A módszert lehet alkalmazni csoport- és családterápiában is. A szerzők sok útmutatást adnak, hogyan kell használni az eljárást, hogyan kell fázisokra bontani a terápiás folyamatot, milyen fogások mikor alkalmazandók. Az utolsó fejezet kérdéseket és válaszokat tartalmaz, különböző előadások és bemutatók során szakemberek tették fel a kérdéseket Farrellynek, ezek különösen a módszer nehézségeire és más technikákkal való kapcsolatára vonatkoznak. E részben tűnik fel, milyen tájékozott Farrelly a pszichoterápia szakirodalmában.

A leírásokból úgy látszik, hogy különösen a depresszió és az öngyilkosságveszélyes állapotok kezelésében hatékony a módszer. Farrelly alaptétele, hogy minden ember képes a változásra, növekedésre, ha megfelelő kihívásokat kap ennek érdekében, és mindenkinek több a lehetősége a problémamegoldásra, mint ezt általában feltételezik.

A módszer nagyon érdekes, főleg pszichoterápiás szakemberek számára ajánlható, akik általában az óvatos, fokozatos és kimélt terápiás eljárásokhoz szoktak hozzá. A könyv egyszerűsége, közérthetősége, a szakfogalmakkal való takarékos bánásmódja ellenére nem ajánlatos kezdőknek, mert félt, hogy a neurotikus betegekkel szembeni agresszióra csábít. Különösen a szomatikus orvosok teszik gyakran, hogy a neurotikus betegek szídják, gúnyolják, megszegyenítik. A kötet ehhez könnyen szolgáltat ideológiát: az agresszív orvos provokatív terápiát végez.

Csak a tapasztaltabb pszichoterapeuta látja világosan, hogy Farrelly milyen szelímes és ötletes, mennyire sikerült elérnie, hogy a beteget megbántsa, mennyire hiányzik konfrontatív, provokatív akcióból a támadás vagy a gúny, a beteg negatív minősítése. A leírásokból is kitűnik, hogy hiteles, eredeti egyéniség, aki nagyon figyel a betegre, és így biztos kézzel kontrollálja azokat a helyzeteket is, amikor a provokatív módszer által nyújtott görbe tükör, leleplező visszajelzés a betegben feszültséget, negatív indulatokat kelt.

Az érdekes, olvasmányos könyvecskéhez még egy gondolat kínálkozik: a módszer nem önálló irányzat, inkább technika, közelítőmód, következetes szempont, alkalmazása tehát összefér különböző terápiás keretekkel és más módszerekkel is.

Buda Béla dr.

Pädiatrischer Farbatlas (25 Jahre „Pädiatrische Praxis”). Kiadó: Paul Schweizer. Hans Marseille GmbH Verlag, 1986.

Huszonöt évvel ezelőtt indult útjára a Német Gyermekgyógyász Társaság védelme alatt a „Pädiatrische Praxis” c. folyóirat, amely rövid idő alatt elterjedt a német nyelvterületen. Népszerűségét magas nivójú és gazdag képanyaga biztosítja.

Jelen kötet az elmúlt 25 év során megjelent érdekes és fontosabb képanyag gyűjteménye. Az átfogó válogatásnak nem lehetett célja teljes képet adni az összes gyermekgyógyászati elváltozásról és állapotokról, de egy széles spektrumú keresztmetszetet mutat a fontosabb és gyakoribb betegségek képanyagából.

A 400 oldalas könyvben 973, zömében színes kép szerepel, mindegyikhez egy-egy mondatos német nyelvű ismertetővel. Részletes szöveges ismertetés nem szerepel a betegségekről.

A képek nagy része természetesen a bőrbetegségekkel foglalkozik (231 kép). Értékes része a könyvnek a 43 gyakoribb syndromával foglalkozó 117 kép. Nagyobb fejezeteimék még: onkológia (105 kép), infekciók (103 kép), újszülöttkori betegségek (52 kép), gyógyszer mellékhatások (51 kép). 20—30 kép található a következő kisebb fejezetekben: acut sebesülések, szem, fül-orr-gége, légúti, gyomor-bél traktus, endokrinológia és anyagcsere, húgyutak, csontrendszer, idegrendszer megbetegedései.

195. zömében német nyelvű citatumot tartalmazó irodalomjegyzék segíti az olvasót további információkhoz. Alapos tartalomjegyzéke segítségével könnyen forgatható a könyv. Újdonságok is helyet kaptak már a képanyagban, pl. Kawasaki-syndroma.

Károlyi György dr.



Helyreigazítás: Az Orvosi Hetilap 1987. 128. 2. számának 119. oldalán megjelent „A sürgősségi koponya röntgenvizsgálatok forenzikus vonatkozásai” c. levél folytatása az Athenaeum Nyomda tördelési hibájából nem a 120., hanem a 118. oldalra került.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciója az 1987. évben is megrendezi továbbképző tanfolyamát orvosok és pszichológusok részére „Biológiai és szociális dimenziók a gerontopszichiátriában” címmel, az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben (Budapest, II., Vöröshadsereg útja 116.).

1987. március 26. (csütörtök)-tal kezdődően — havi egy alkalommal — összesen nyolc délelőtti ülésre (9-től 13 óráig) kerül sor. A regisztrált állandó résztvevők az OTKI-től a tanfolyam elvégzését tanúsító igazolást kaphatnak.

A részvételi díj egész évre 600 Ft. Az érdeklődők jelentkezését — a feladó pontos címével — Szekciónk titkárához 1987. február 15-ig kérjük beküldeni a következő címre: *Donászy Marianne dr.* főorvos, Fővárosi Róbert Károly körúti Kórház-Rendelőintézet II. Sz. Pszichiátriai Osztálya (Budapest, 1134 XIII., Róbert Károly körút 82—84.).

A befizetési csekklapot a jelentkezőknek postán megküldjük. A befizetést igazoló szelvényt (vagy ennek fénymásolatát) a tanfolyam megnyitása előtt az ülés-teremben a résztvevők regisztrálásakor ellenőrizzuk.

Az ülések további időpontjairól és programjairól az MPT Tájékoztatójában és az Orvosi Hetilapban értesítjük az érdeklő kollégákat.

Az Országos Orvostudományi Intézet és Könyvtár TÁJÉKOZTATÓJA szakirodalmi szolgáltatásairól

Olvasó- és kölcsönző szolgálat

A könyvtár az egészségügyben dolgozók részére nyilvános és díjtalan. A könyvek kölcsönzési ideje 3 hét. A folyóiratok helybenolvasását biztosítjuk, kívánságra a kiválasztott közleményről gyorsmásolatot készítünk, oldalanként 5 Ft-ért.

Nyitvatartási idő: hétfőtől péntekig 8—16 óráig.

Referenz szolgálat

Személyesen, telefonon, vagy levélben felvilágosítást adunk a szakirodalmi kapcsolatos kérdésekről. Központi katalógusainkból megállapítható, hogy a keresett könyv vagy folyóirat az ország mely szakkönyvtárában található.

Témafigyelő szolgálat

Az orvostudomány 36-féle szakterületéről válogatott idegen nyelvű közlemények magyar nyelvű referátumait szolgálja. A kartonok egyéni dokumentáció kialakítására alkalmasak. Egy-egy téma (havi 10 referátum) évi előfizetési díja 300 Ft.

Gyorstájékoztató szolgálat

A hazai és külföldi szakirodalom 78 téma körét figyeli. A kartonon a szokásos bibliográfia adaton kívül (szerző, közlemény címe, folyóirat adatai) a szerző munkahelyi címe is megtalálható. A szolgáltatás évi előfizetési díja témánként 200 Ft.

Fordítószerződés

Évente több száz külföldi szakközleményt fordítat. E fordítások jegyzékét a „Gyógyszereink” című folyóirat havonta közli, amelyek alapján a fordítások másolatai megrendelhetők oldalanként 10 Ft-ért.

Egyéni, vagy intézeti megrendelésre, idegen nyelvű közlemények magyarra fordítása, illetve kéziratok idegen nyelvre fordítása is lehetséges.

Irodalomkutatás

Megrendelhető egyéni igény szerint bármely orvosi témakörből. A bibliográfia tartalmazza a kért nyelvterület és időszak releváns szakközleményeinek címadatait a hazai és a külföldi szakirodalomból. A szolgáltatás alapdíja 50 Ft.

Tartalomjegyzék sokszorosító szolgálat

E szolgáltatás keretében 400-nál több külföldi szakfolyóirat tartalomjegyzékének fénymásolata rendelhető meg. Az évi előfizetési díj a folyóirat periódicitásától függően változik (40 Ft-tól 400 Ft-ig).

Számítógépes szolgáltatások

1. Irodalomkutatás a MEDLINE adatbázisból, amelyet az Amerikai National Library of Medicine állít elő 3000 féle folyóirat feldolgozásával. A bibliográfiai adatokhoz a citátumok 50%-ában angol nyelvű referátum társul. Az információkat a legfrissebb irodalomtól 1966-ig visszamenően, tetszés szerinti időszakra a számítógéppel folytatott párbeszédű üzemmódban hívjuk le. Egy irodalomkutatás ára — a téma differenciáltságától függően — 1000—3000 Ft.

2. MEDINFORM-adatbázisból (bolgár, csehszlovák, kubai, magyar, NDK és szovjet irodalom 1981-től): folyamatos irodalomfigyelés meghatározott témakörök irodalmának 2—3 havonkénti keresése és eljuttatása a megrendelőhöz; irodalomkutatás esetenkénti megrendelés alapján, egyéni igény szerint.

A MEDINFORM-szolgáltatások kísérleti jellegűek, ezért egyelőre díjmentesek. A szolgáltatások részletes ismertetését, valamint a szakirodalmi tájékoztatás egyéb formáit az OIK propaganda füzet tartalmazza, amely díjmentesen igényelhető.

Postai cím:

Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár
Bp. Pf. 452. 1372 (Szentkirályi u. 21.)
Tel.: 343-789

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülései Bizottsága 1987. március 3-án 16 órai kezdettel a SZAB Székház dísztermében (Szeged, Somogyi u. 7.) az Igazságügyi Orvostani Intézet munkatársainak részvételével *tudományos előadást* rendez.

1. *Mojzes László dr., Földes Vilmos dr., Antal Albert dr.:* Vitális reakciók a Pachioni granulációkban

2. *Antal Albert dr., Mojzes László dr., Földes Vilmos dr.:* Szíveredetű hirtelen halálesetek korszerű kórimézése az igazságügyi orvosszakértői gyakorlatban

3. *Kósa Ferenc dr., Cséte Klára dr.:* PGM₁ gén előfordulása anya—gyermek párban: 3 perbvont férfi apaságának kizárása a PGM₁ enzimpolimorfizmus (PAGIF) alapján

4. *Virágos Kis Erzsébet dr., Kósa Ferenc dr., Szendrényi Júlia dr., Rengei Béla:* Májközet intravénás befeccskendezése okozta halál

5. *Szendrényi Júlia dr., Kósa Ferenc dr., Rengei Béla:* Alkoholos befolyásoltság véleményezése „rávás” esetén

6. *Rengei Béla, Kósa Ferenc dr., Virágos Kis Erzsébet dr.:* Triciklikus antidepresszansok kimutatása az igazságügyi-orvostani gyakorlatban

A Fővárosi László Kórház Tudományos Bizottsága 1987. március 4-én 14.30 órai kezdettel a kórház kultúrtermében (Bp., IX. Gyáli út 5.) *tudományos ülést* rendez.

Program:

1. *Barcs István dr.:* Slime-factor: a koaguláz-negatív staphylococcusok lehetséges virulencia faktora

2. *Timár László dr.:* Mononucleosis során fellépő gyógyszerexanthemákról

3. *Jelenik Zsuzsanna dr., Káli Gábor dr.:* Akut disszeminált encephalomyelitis varicella kapcsán

4. *Lakos András dr., Ferencz Adrienne dr., Tajti Géza dr., Komoly Sámuel dr.:* A Borrelia burgdorferi mint gyakori etiológiai tényező a perifériás facialis paresisben

5. *Buza Valéria dr.:* Az amoebás meningitisekről (referátum)

6. *Fábián Eszter dr.:* A rotavírusok elleni aktív immunizálás jelen állása (referátum)

7. *Pálos Judit dr.:* A Haemophilus influenzae B elleni védőoltásról (referátum)

8. *Rapi Katalin dr.:* Beszámoló szlovákiai tanulmányútról

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülései Bizottsága 1987. március 10-én 16 órai kezdettel a SZAB Székház dísztermében (Szeged, Somogyi u. 7.) az Ideggyógyászati Klinika munkatársainak részvételével *tudományos előadást* rendez.

Program:

1. *Bencze Erika, Rajki Ilona:* 9—10 éves iskolás gyermekek tömegkommunikációs szokásai és ideáljai

2. *Fodor Andrásné, Erdei Katalin, Pálfi Tibor, Tremkó Mariann:* Ütközés az orvosi pszichológia oktatásában

3. *Erdei Katalin, Fodor Andrásné, Pálfi Tibor, Tremkó Mariann, Petróczy Erzsébet, Bencze Erika, Rajki Ilona, Kovács Zoltán:* Szociális tréning csoportokkal szerzett tapasztalatok orvostanhallgatók körében

4. *Vargha Miklós:* Mit adhat 45 év pszichiátria a jövő pszichiátriájának?

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1987. március 17-én 16 órai kezdettel a SZAB Székház dísztermében (Szeged, Somogyi u. 7.) a Fogászati és a Szájsebészeti Klinika munkatársainak részvételével tudományos előadást rendez.

1. **Prágai G.:** A bukkális felszín ideális kialakításának szerepe a teljes alsó fogpótlás rögzítettségében

2. **Hegyesi F., Benedek Gy.:** A zene fájdalomcsökkentő szerepe a fogászati gyakorlatban

3. **Nagy K., Mari A.:** Maxillarezekált betegek protetikai rehabilitációja

4. **Olasz T., Gorzó T., Blüthner V., Szűcs K.:** A feszes íny palatinális szabadlebensnyel végzett műtéti helyreállításának eredményei

5. **Borbély L.:** Állsontpótlás mikrovaszkuláris módszerrel

6. **Zombory J.:** Állkapocs fejecs-törés műtéti kezelése kompressziós csavaros osteosynthesis-sel

7. **Méray J.:** Az intratracheális intubálás okozta stresszhatások kivédésének lehetőségei

A Magyar Pszichiatriai Társaság Pszichofarmakológiai Munkacsoportja, az OTE Pszichiatriai és Klinikai Pszichológiai, valamint Klinikai Farmakológiai Tanszéke közös rendezésében 1987. március 23—27-ig 14,30 órai kezdettel az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet Kultúrtermében (Bp., II. Vöröshadserg útja 116.) „Alapismeretek a kóros lelki folyamatok gyógyszeres kezelésében” címmel *pszichofarmakológiai tanfolyamot* rendez. (Érdeklődni lehet: *Gaszner Péter dr.* OIE 164-640-es telefon).

Program:

Március 23. (hétfő)

Moussong-Kovács Erzsébet: Útkeresés a pszichofarmakológiában

Lépcsey Attila: Az endogen pszichosok neurotransmitter elmélete

Vizi E. Szilveszter: A limbicus rendszer és a pszichofarmakonok kapcsolata

Március 24. (kedd)

Magyar István: A schizoprenia gyógyszeres kezelése napjainkban

Bitter István, Lacza Gabriella: A gyógy-szeres kezelés hatásának és mellékhatásának mérése

Perényi Qndrás: A neuroleptikumok mellékhatásáról

Március 25. (szerda)

Gaszner Péter: Az endogen depresszió gyógyszeres kezelése

Röhmer Zoltán: Új utak a depresszió szomatogen gyógyításában

Szűcs Rozália: Az affektív kórképek profilaxis terápiaja

Március 26. (csütörtök)

Arató Mihály, Eitter István, Szádóczki Erika: A szorongásoldás farmakológiája

Molnár Gyula: Az alkoholizmus farmakológiája

Staniszláv Dániel: A gyógyszeres mérés jelentősége

Március 27. (péntek)

Halász Péter: Az altatószerek alkalmazási elvei

Pataky István: Ellentmondások a psychofarmakológiai terápiaiban

A Magyar Kardiológusok Társasága 1987. évi Tudományos Ülését április 22—24-én rendezi Balatonfüreden. Az idei kongresszus főtémái:

- I. Malignus szívritmus-zavarok;
- II. Koszorúér-betegség: gyógyszeres és/vagy sebészeti kezelés?
- III. Elsődleges vs. másodlagos szívizom betegség;
- IV. A veleszületett szívhibák sebészeti kezelésének késői eredményei.

Április 22-én délelőtt, a Tudományos Ülés ünnepélyes megnyitása után a Társaság új, tiszteletbeli tagjai: Prof. J. Gvozdzák (Bratislava), Prof. A. Reale (Róma) és Prof. K. Steinbach (Bécs) veszi át díszoklevélt, majd tiszteletbeli tagjaink referátumban számolnak be kutatásaik eredményeiről. A szerda délutáni szekció plenáris üléssel kezdődik: a III. főtémát bevezető referátumok hangzanak el, majd a párhuzamos ülésszakokban a

III. főtéma mellett a Cordaron klinikai alkalmazásáról szervezett kerekasztal-konferencia, több szabadelőadás, az experimentális kardiológiai munkacsoport előadásainak sora és echocardiographiás témák kerülnek sorra. Szerda este Harold T. Dodge (Seattle, USA) és munkatársai tartanak érdekes vitaműsort.

A csütörtöki program, április 23-a az I. és II. főtéma referátumaival, plenáris ülés formájában kezdődik, majd a párhuzamos szekciókban az előbbi főtémák előadásai mellett a III. főtémához bejelentett előadások, szívsebészeti beszámoló, a hipertónia betegséggel kapcsolatos témák szerepelnek a műsorban. Este a hagyományos ismerkedési esten találkoznak a résztvevők.

Április 24-én reggel a IV. főtéma referátuma után ismét párhuzamos szekciókban folytatódik a kongresszus szívsebészeti, diagnosztikai és gyógyszertherápiás előadásokkal.

Előadást csak a Magyar Kardiológusok Társaságának tagjai és a meghívott vendégek tarthatnak. Előadás tartásának, valamint a tudományos ülések látogatásának feltétele a részvételi díj befizetése. A háromnapos kongresszus részvételi költsége 1200 Ft, ami magába foglalja a részvételi díjat, az ismerkedési est belépőjét és a kongresszusi dokumentációt (programfüzet, előadáskivonatok könyve).

Orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók, öt évesnél nem régebbi diplomával rendelkező kollégák, illetve nyugdíjas orvosok — az előbbi körülményeket a jelentkezési lap, csekklap hátoldalán, illetve befizetésekor szíveskedjen jelezni — a háromnapos kongresszusra csak 30 Ft-ot fizetnek, ez azonban csupán az előadások látogatására jogosít.

Előzetes jelentkezés esetén — a jelentkezési lapok beérkezési határideje a részvételi költség befizetésével együtt 1987. március 15 — még a kongresszus előtt kiküldjük a részletes műsort, a kongresszusi dokumentáció többi részét pedig a helyszínen adjuk át. Jelentkezési lapot a részletes információkkal, befizetési csekkel a Társaság valamennyi tagjának postázunk. További igény esetén jelentkezési lap igényelhető az alábbi címen: **dr. Matos Lajos** főtítkár, Magyar Kardiológusok Társasága, Budapest, Pf. 88, 1450.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(628a)

Lajoskomárom Nagyközségi Közös Tanács elnöke — egyetértésben a sárbogárdi városi főorvossal — pályázatot hirdet elhalálozás miatt megüresedett **körzeti orvosi állásra**, Szabadhídvég községben.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok szerint. Hétfőig ügyeleti szolgálat, dégi telephellyel, 7 orvos bevonásával megszervezett.

Két és fél szobás — 1986. évben felújított —, rendeléssel egybeépített, komfortos, garázzsal ellátott lakást biztosítunk.

A pályázatokat a tanács elnökéhez kell benyújtani.

Csulik György
tanácselnök

(630a)

Nagyatád Városi Tanács VB. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Nagyatád, Bajcsy Zs. u. 1. 7500)

pályázatot hirdet egy **sebész főorvos** (2104. ksz. főorvos II.) **urologiai szakvizsgával** állására.

Bérezés a 14/1983. ÁBMH. sz. rendelet szerint.

A kinevezésre kerülő orvos részére lakást biztosítunk

Szirtes István dr.
igazgató főorvos

(631a)

A Törökzentmiklósi Városi Tanács Egyesített Gyógyító Megelőző Intézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet a **Szülőotthonában** megüresedett **másodorvosi állás** betöltésére. A Szülőotthon 24 ágyas korszerű körülmények között működik. Az állás betöltéséhez szülész-nőgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Bérezés 400 Ft szolgálati időnek megfelelő alapbér mellett 400 Ft munkahelyi pótlék és felemelt ügyeleti, készenléti díj, melynek összege havi 5—6000 Ft-ig terjedhet.

Az állás elnyerése esetén a Városi Tanács lakást biztosít megbeszélés alapján. Az orvos felesége részére megfelelő állás elnyeréséhez segítséget nyújtunk.

Süle Mihály dr.
igazgató főorvos

(632a)

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osz-

tály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Miskolci Büntetés-egyhajtási Intézetben új szervezésű **intézetvezető főorvosi állás** betöltésére.

Elsősorban általános orvostan, belgyógyászati, illetve üzemszervi szakvizsgával rendelkező jelentkezést várjuk.

A jelentkezés alaptétele a feddhetetlenség. A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr.
bv. o. ales. osztályvezető

(633a)

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Bv. Központi Kórházban (2316 Tököl, Ráckevei út 6.) újonnan létesített **beosztott gyógyszerész** állás betöltésére.

A jelentkezés alaptétele a feddhetetlenség. Illetmény az IM kulcsszám szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezheti. A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr.
bv. o. ales. osztályvezető



(634a)

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Budapesti Fegyház és Börtönben (1475 Budapest 10 Pf. 22. Kozma u. 13.) beosztott orvosi állás betöltésére.

A jelentkezés alapfeltétele a feddhetetlenség. Illetmény: 6—9000 Ft szolgálati időtől függően. Lakás 1 éven belül beköltözhető. A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr.
bv. o. ales. osztályvezető

(635a)

Az Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Baracska Fogházban újonnan létesített beosztott orvosi állás betöltésére.

A jelentkezés alapfeltétele a feddhetetlenség. Illetmény 7—10 000 Ft szolgálati időtől függően. Lakás azonnal beköltözhető. A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr.
bv. o. ales. osztályvezető

(636)

Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Dunaújváros, Korányi S. u. 4—6.) igazgató-főorvos pályázatot hirdet az Idegosztályon lévő üres **segédorvosi** állásokra.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvos

(637)

A **Mátrai Állami Gyógyintézet** (3233 Mátraháza) pályázatot hirdet a Kékesetűi Egységben belgyógyászati osztályon 2 fő **segédorvosi** állásra.

Az állásra szakvizsgával, vagy azzal nem rendelkezők is pályázhatnak. Az Intézet összkomfortos garzon lakást térítés ellenében biztosít.

Kósa Erzsébet dr.
mb. főigazgató főorvos

(638)

Érd Városi Tanács VB Szakorvosi Rendelőintézetnek igazgató főorvosa pályázatot hirdet **szemész szakorvosi**, a Tüdőgondozóba **pulmonológus szakorvosi** állásra.

Illetmény kulcsszám szerint. Az állás Budapestről kijárással ellátható.

Lengyel Eleonóra dr.
rend. int. ig. főorvos

(639)

A **Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság** pályázatot hirdet megüresedett **ellenőrző főorvosi** állásokra.

Megfelelő járóbeteg ellátási és keresőképesség elbírálási tapasztalattal bíró, elsősorban belgyógyász szakorvos, vagy szakképesítés nélküli hosszabb körzeti orvosi (üzemorvosi) gyakorlattal rendelkező, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött orvosok pályázhatnak.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél. Budapest, VIII., Mező Imre út 19/b. I. em. 167. Telefon: 339-379 és 131-883.

Póór Jenő
személyzeti és munkatügyi
önálló osztály vezetője

(640)

A **MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet** főigazgató főorvosa — 1394 Budapest, Postafőök 20 — pályázatot hirdet egy fő **röntgen szakorvosi** állás betöltésére.

Bérezése a 14/1983. XII. 17. ÁBMH számú rendeletben foglaltak szerint.

MÁV utazási kedvezményt a belépés napjától kezdődően — családtagok részére is — biztosítunk.

Az állás azonnal elfoglalható.

Vajda György dr.
főigazgató főorvos
c. egy. docens

(641)

Veszprém Megyei Tanács Tüdőgyógyintézet (8582 Farkasgyepű) igazgató főorvosa pályázatot hirdet az 1987. február 15-vel nyugdíjazás folytán megüresedett **osztályvezető főorvosi** állásra.

Az álláshoz 2 szintes 3 szoba összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk Intézetben belül.

— 3 fő **beosztott orvosi** állásra pulmonológiai osztályra,
— 1 fő **beosztott orvosi** állásra a kardiológiai rehabilitációs osztályra.

Az állások azonnal betölthetők. Gyakorlattal rendelkezők, valamint orvosházaspárok előnyben részesülnek.

A kardiológiai osztályos gyakorlat mellett pulmonológiai szakvizsgára lehetőség van.

A beosztott orvosok korszerű lakása megbeszélés tárgyát képezi. Bérezés kulcsszám szerint.

A pályázatokat Veszprém megyei Tüdőgyógyintézet, 8582 Farkasgyepű címre kérjük küldeni.

Somlai Géza dr.
igazgató főorvos

642

Fővárosi Tanács VB. Egyesített Csecsemőotthonok Közp. (Bp., VI., Kmetty u. 31.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a XII. Rege u.-i kihelyezett osztályára **beosztott intézeti orvosi** állásra.

A pályázat elnyeréséhez csecsemő és gyermekgyó-

gyász szakképesítés szükséges. A csecsemőotthoni gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Várady Borbála dr.
főigazgató főorvos

(643)

Főv. Tanács VB. Egyesített Csecsemőotthonok Közp. (Bp., VI., Kmetty u. 31.), főigazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **osztályvezető gyermekorvosi** állás betöltésére.

A pályázat betöltéséhez csecsemő és gyermekgyógyász szakképesítés, 5 évet meghaladó csecsemőotthoni és vezetői gyakorlat szükséges.

Várady Borbála dr.
főigazgató főorvos

(644)

A **Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet** főigazgató főorvosa (Budapest, IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — **üzemorvosi** állásra.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Az állás azonnal betölthető.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos
c. egyetemi docens

(645)

A **Veszprém Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet** főigazgató főorvosa (8200 Veszprém, Marx tér 8—9.) pályázatot hirdet:

— a **Klinikai Onkológiai osztályon** újonnan szervezett **orvosi** állásra. Szakvizsgával rendelkezők jelentkezését várjuk. Besorolás kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

— a **Központi Laboratóriumban** megüresedett **orvosi** állásra. Szakképzettség nélküli, gyakorlattal rendelkező orvosok pályázatát is várjuk. Szakvizsga letétele esetén lakáshozjutását támogatjuk. Besorolás kulcsszám szerint.

— a **Szülészeti-Nőgyógyászati osztályon** megüresedett **orvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

— a **Tüdőbeteg gondozó Intézetben** 1 fő **tüdőgyógyász szakorvos** részére. Besorolás kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

— a **Veszprém városi gyermekalpellátás** keretében **gyermekkörzeti orvosi** állásra. Az állás betöltésének feltétele: gyermekszakorvosi képesítés. Besorolás kulcsszám szerint, évente nehéziparvidéki jutalom adható. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

— a **cardiológiai típusú II. sz. Belgyógyászati osztályon** megüresedett **orvosi** állásra. Besorolás kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Kormos László dr

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, 1374 Budapest V., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-600

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)

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

közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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

Előfizetési díj egy évre 780,— Ft, negyedévre 195,— Ft, egyes szám ára 15,— Ft

Kossuth Nyomda — 87.0013 — Felelős vezető: Bede István vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030—6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

BTÁGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

128. ÉVFOLYAM

*

10. SZÁM

*

1987. MÁRCIUS 8.

TARTALOMJEGYZÉK

*Földes János dr., Bános Csaba dr.,
Csillag József dr., Lakatos Péter dr., és
Tarján Gábor dr.:*

Szérum thyreotrop-hormon tartalom vizsgálata
„supersensitiv” immunradiometria assay
segítségével funkcionáló pajzsmirigy adenomában 503

KAZUISZTIKA

*Barta Lajos dr., Kovács Gábor dr.
és Tausz István dr.:*

Diabetes mellitus és sclerosis multiplex
együttes előfordulása 507

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Büttera István dr., Yves Bataille dr.,
Jean Bousquet dr. és Francois B. Michel dr.:*

Rhinothermometria alkalmazhatósága rhinitis
allergicában szenvedő gyermekeknél 509

Erdei Károly dr. és Mohácsi László dr.:

Malignus gynecológiai tumor sebészi
és radiotherápiáját követő ureterobstructio
megoldása uretero ileo-cystoplastikával 513

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

*Koloszár Sándor dr., Bártfai György dr.,
Godó György dr. és Sas Mihály dr.:*

Gonadotropin releasing hormon pulzációs
adagolása hyperprolactinaemiás oligo-
-amenorrhoeában 521

HORUS

125 éve indult meg a Gyógyszerészi Hetilap 525

Takács Góza (1892—1985)
Az első magyar érsebész-angiológus? 532

A magyar bányaeorvoslás a XVIII. században

Folyóiratreferátum 537

Levelek a szerkesztőhöz 549

Könyvismertetés 551

Hírek 553

Pályázati hirdetések 555

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

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

JAVALLATOK

Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringés-zavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, 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

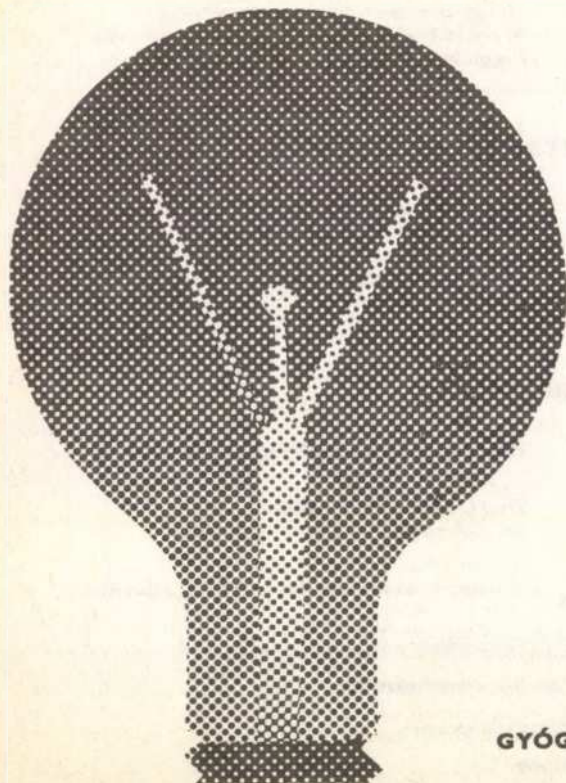
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

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

MELLEKHATÁS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Szérum thyreotrop-hormon tartalom vizsgálata „supersensitiv” immunradiometria assay segítségével funkcionáló pajzsmirigy adenomában

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belklinika

(igazgató: Holló István dr.)

Fővárosi János Kórház Izotóp Laboratórium

(főorvos: Salamon Ferenc dr.)

Az immunradiometria-assay (IRMA) segítségével végzett TSH-meghatározás lehetővé teszi a normálisnál kisebb szérum TSH-tartalom kimutatását és ezzel új távlatot nyit az euthyreosis és hyperthyreosis elkülönítésében. Jelen vizsgálatok arról tanúskodnak, hogy autonóm funkcionáló pajzsmirigy-adenomában a kór-kép előrehaladtával — amikor a „nem-toxikus” göbös golyva toxikus adenomába alakul át — a szérum alap TSH-tartalma fokozatosan csökken. Szcintigráfias vizsgálattal kimutatott funkcionáló pajzsmirigy-adenoma esetén, amennyiben a szérum alap TSH-szint a normális határok közé esik, úgy a beteg euthyreosisosnak tekinthető. Praeklinikus hyperthyreosisban a toxikus adenomához hasonlóan a szérum TSH-szint 0,1 mE/l-nél kisebb. Ilyenkor a szérum pajzsmirigyhormon tartalom meghatározása nyújt segítséget a két klinikai állapot elkülönítésében. ATSH—IRMA módszer az esetek döntő többségében feleslegessé teszi a TRH-terheléses vizsgálat elvégzését, melyre csak akkor van szükség, ha a szérum alap TSH-tartalom az „átmeneti zónába” esik.

Olyan egyéneken, akiknek a pajzsmirigyében funkcionáló adenoma van a hyperthyreosis sokszor fokozatosan fejlődik ki: az autonom adenoma az esetek egy részében az ún. prae-klinikus hyperthyreosis szakon keresztül alakul át a hyperthyreosis klinikai képét előidéző toxikus adenomába (7, 8). Az átmeneti praeklinikus hyperthyreosisos stádiumban a beteg klinikailag még euthyreosisos, ugyanakkor TRH-terhelésre már nem nyerhető TSH-válasz, noha a vér pajzsmirigyhormon tartalma a normális határok között van (7, 18). Ezt követően — megelőző vizsgálatok szerint (5, 11) — a pajzsmirigygöb supraфизиologiássá vált működését sokszor legérzékenyebben a szérum „szabad”-trijodthyronin tartalom megnövekedése jelzi. Ez a megállapítás azonban az egyes egyénekre nem mindig érvényes.

Hyperthyreosisban a szérum nagy pajzsmirigyhormon szintje visszaszorítja a TSH-elválasztást és ezért a vér TSH-tartalma a normálisnál kisebb. A TSH kimutatására szolgáló megelőző radioimmunoassay-ek azonban nem voltak eléggé érzékenyek az euthyreosis és hyperthyreosis elkülönítésére. Az utóbbi időben

Serum thyrotropin determination with “supersensitive” immunoradiometric assay in patients with functioning thyroid nodules.

With the help of TSH immunoradiometric assay (IRMA) lower than normal serum TSH content can be detected which yields a new perspective in the differentiation between euthyroidism and hyperthyroidism. Results of the present investigations give evidence of a gradual decrease of serum basal TSH level when the clinical state in patients with autonomous, functioning thyroid nodule deteriorates and toxic nodular goiter evolves from a non-toxic goitre. In a case of functioning nodule-proved by thyroid scan — a serum TSH concentration within the normal range points to euthyroidism. In both preclinical hyperthyroidism and toxic nodular goitre serum TSH level is lower than 0,1 mU/l. In this case the determination of serum thyroid hormone level lends support to differentiate the two clinical states. In the majority of cases TSH IRMA-assay renders the application of TRH stimulation unnecessary, the performance of the latter is recommended only then when the detected serum basal TSH content falls under the intermediate zone.

azonban az „immunradiometria-assay”-en (IRMA) alapuló vizsgálat lehetővé tette a normálisnál alacsonyabb szérum TSH-tartalom kimutatását és e vizsgálat eljárás mindinkább tért hódít a rutin pajzsmirigy-diagnosztikában (3, 13, 14). Jelen vizsgálatainkkal azt igyekeztünk tisztázni, vajon funkcionáló pajzsmirigygöbök esetén az IRMA módszerrel alapuló TSH-meghatározás alkalmas-e a „nem-toxikus” göbös golyva és toxikus-adenoma elkülönítésére, a szérum bazális TSH-tartalomban bekövetkező változás mennyiben tükrözi a „nem-toxikus” göbös golyva toxikus adenomába való átmenetét, és végül e módszer helyettesítheti-e a TRH-terheléses vizsgálatot.

Vizsgált személyek és módszerek

A vizsgálatokat 18—56 éves kezeletlen funkcionáló pajzsmirigy adenomában szenvedő nőknél végeztük el és a vizsgált betegeket 4 alcsoportba osztottuk:

I. Csoport (n=14).

Az uninodularis adenoma még nem szorítja vissza teljesen a göb körüli szövet radiojód felvételét; a betegek klinikailag euthyreosisosak, a szérum „szabad”-thyroxin (FT₄) és „szabad”-trijodthyronin (FT₃) tartalom normális, a TRH-teszt pozitív.

II. Csoport (n=12). Szcintigráfias vizsgálattal a pajzsmirigyben már „forró” göb mutatható ki; a betegek euthyreosisosak, a szérumszint FT₄ és FT₃ koncentráció normális, TRH-teszt pozitív.

III. Csoport (n=13). A betegek pajzsmirigyében „forró” göb van; a vizsgált egyének klinikailag euthyreosisosak, a szérumszint FT₄ és FT₃ tartalom még a normális határokon belül van, viszont TRH-ra már nincs TSH reakció. Ezt a betegcsoportot nevezzük praeklinikus hyperthyreosissnak.

IV. Csoport (n=18). Toxikus nodularis golyva. A betegek hyperthyreosisosak; a szérumszint FT₄ és/vagy FT₃ tartalom magas és a TRH-teszt negatív eredményt ad.

Kontroll csoportként euthyreosisos, endokrin megbetegedésben, valamint vérfehérje eltérésben nem szenvedő, gyógyszeres kezelésben nem részesülő 20–50 éves nők szerepeltek (n=30), akiknek szérumszint FT₄ és FT₃ tartalma normálisnak bizonyult és TRH terhelésre az euthyreosisos állapotnak megfelelő TSH válasz (Δ TSH: 2,5–25,0 mE/l) volt nyerhető.

A pajzsmirigy szcintigráfias vizsgálatát ^{99m}Tc-pertechnét (20–40 MBq) per os beadása után minden esetben elvégeztük. A funkcionáló pajzsmirigygöböt akkor tekintettük „forró”-nak (I. II–IV. Csoport), ha a használt 20%-os háttérlevonást alkalmazva a göb körüli pajzsmirigy-szövet izotópdúsítása már nem volt kimutatható (ún. decompenzált autonóm adenoma). Hasonló szcintigráfias képet nyújthat féldoldali pajzsmirigy aplasia, ill. golyó alakú aszimmetriás pajzsmirigy is, ezért ennek a kizárására minden esetben elvégeztük az ún. „túlvezérlés” szcintigráfiát.

Az I. Csoportba azokat az eseteket soroltuk, ahol a szokásos háttérlevonást alkalmazva, a göb ^{99m}Tc dúsítása a környező szövetnél már körülírtan jelentősen nagyobb volt, viszont a göb körüli ép pajzsmirigy parenchyma izotópdúsítása még sejtető volt, nem szorult teljesen vissza. A szérumszint FT₄ és FT₃ tartalmát Amerlex kit-tek segítségével határoztuk meg. Jelen vizsgálati sorozatban normálisnak tartottuk a szérumszint 9,3–23,5 pmol/l FT₄ és 3,5–8,6 pmol/l FT₃ tartalmát. TRH-terheléshez a vizsgálati egyéneknek 200 µg TRH-t i.v. adtuk be. A TRH-terhelés előtt, majd 20 és 60 perc múlva vért vettünk TSH-meghatározás céljából. A tesztet akkor tekintettük pozitívnak, ha a Δ TSH (TSH-adást követő max. szérumszint TSH szint-alap TSH tartalom) meghaladta a 2,5 mE/l értéket és nem volt nagyobb 25,0 mE/l-nél. A szérumszint TSH-tartalmát RIA-mat-TSH (Mallinckrodt) készlet segítségével határoztuk meg. Minden esetben meghatároztuk a szérumszint bazális TSH-tartalmát második generációs IRMA-mat-TSH (Mallinckrodt) kit-tel. Emódszer intraassay variációs koefficiense az 1–30 mE/l TSH-tartalom állományban 1,3–3,5%, míg az interassay variációs koefficiens 5,7–8,5% volt; a 0,1–0,3 mE/l átmeneti zónában az intraassay v.c. 15,8%-nak, az interassay v.c. 19,4%-nak bizonyult és ez megfelel az irodalmi adatoknak. Vizsgálatok szerint ezen eljárással a szérumszint normális TSH-tartalma 0,3–3,8 mE/l; a 0,1 mE/l alatti érték hyperthyreosissra utal, míg a szérumszint 0,1–0,3 mE/l TSH-tartalom átmeneti zónának tekinthető.

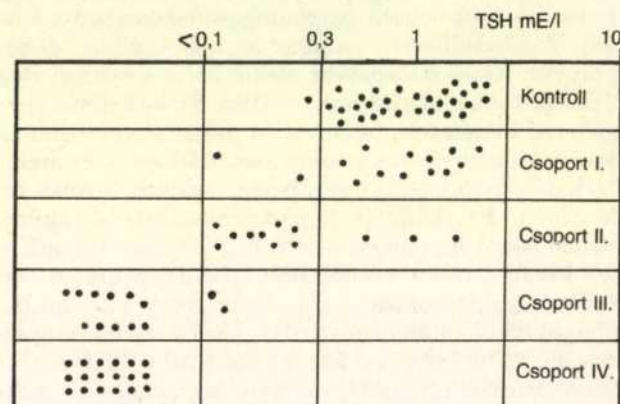
A statisztikai számítás kétmintás t-próba segítségével végeztük el.

Vizsgálati eredmények

Az 1. táblázaton látható, hogy az I–III csoportokban a szérumszint FT₄ és FT₃ tartalom a normális határokon belül van, bár értékükben fokozatos emelkedés észlelhető. A III csoportban (praeklin. hyperthyr.) a szérumszint FT₃ tartalom már szignifikánsan nagyobb, mint a kontroll csoportban (p < 0,01), ugyanakkor ennek az értéke még a normális határokon belül van. A IV. csoportba kerültek a toxikus adenomás betegek, akiknek a szérumszint pajzsmirigyhormon tartalmuk egyértelműen emelkedett volt. Az 1. táblázaton még látható, hogy a szérumszint FT₃ tartalom fokozatos növekedésével egyidejűleg csökkenő tendenciát mutat a TRH terhelést követő TSH válasz és a praeklinikus hyperthyreosiss (III. Csoport) és toxikus adenomás (IV. Csoport) egyének TRH adása után TSH reakció már nem figyelhető meg.

1. táblázat. Szérumszint „szabad”-thyroxin, „szabad”-tri-jódthyronin és TRH adását követő TSH szint növekedés funkcionáló pajzsmirigy göbös betegeken (átlag \pm SD). A kontroll csoporttól való eltérés szignifikancia szintje: ** p < 0,01; *** p < 0,001

	FT ₄ pmol/l	FT ₃ pmol/l	TRH-terhelés után Δ TSH mE/l
Kontroll n=30	16,15 \pm 2,18	6,99 \pm 0,98	12,71 \pm 2,86
I. Csoport n=14	16,35 \pm 2,97	7,11 \pm 1,01	10,82 \pm 3,60
II. Csoport n=12	16,63 \pm 3,04	7,75 \pm 0,88	6,37 \pm 3,07**
III. Csoport n=13	18,27 \pm 3,36	8,10 \pm 0,80**	0,50 \pm 0,65***
IV. Csoport n=18	35,27 \pm 7,08***	20,94 \pm 7,99***	0,10 \pm 0,20***



1. ábra. Immunradiometria-assay segítségével kimutatott szérumszint TSH-tartalom funkcionáló pajzsmirigy adenomás egyének csoportbeosztás részletezését és a módszer értékelését l. szövegben.

Az 1. ábrán bemutatott adatok szerint a kontroll csoportban (n=30) csak egyetlen egyének volt 0,3 mE/l-nél alacsonyabb a szérumszint TSH tartalma. Azon funkcionáló pajzsmirigy göbös csoportban, melyben a perinodularis parenchyma működése még nem volt teljesen supprimálva (I. Csoport), a szérumszint TSH-tartalom 14-ből 12 esetben normálisnak adódott, míg 2-ben ennek az értéke az átmeneti zónába esett. A II. Csoportba vizsgálataink szerint 12 beteg került. Közülük 9-ben a szérumszint TSH tartalma a 0,1–0,3 mE/l átmeneti zónába került, míg 3-ban normálisnak bizonyult. A III. Csoportba soroltuk a praeklinikus hyperthyreosiss egyéneket. A 13 betegből 11-nek kisebb volt a szérumszint TSH tartalma, mint 0,1 mE/l, egy esetben ez 0,11 mE/l-nek, míg egyben 0,14 mE/l-nek bizonyult (átmeneti zóna). Végül a 18 toxikus adenomás beteg (IV. Csoport) mindegyikében a szérumszint TSH tartalma kisebb volt, mint 0,1 mE/l.

Továbbiakban a funkcionáló pajzsmirigy adenomás betegeket TRH-teszt pozitív és negatív csoportokra osztottuk. A 2. táblázaton látható, hogy a 26 TRH pozitív egyénből egyetlen esetben sem volt 0,1 mE/l-nél kisebb a szérumszint TSH tartalma, míg 11 esetben ez az átmeneti zónába esett, 15-ben pedig normálisnak

2. táblázat. Szérum bazális TSH-tartalom összefüggése a TRH terheléses vizsgálat eredményével funkcionáló pajzsmirigy göbös betegeken

Funkcionáló pajzsmirigy göb TRH-pozitív (Δ TSH > 2,5 mE/l) (n=26)	Szérum TSH—IRMA mE/l		
	<0,1	0,1—0,3	0,3—3,8
TRH-negatív (n=31)	29	2	—

bizonyult. Ezzel szemben a 31 TRH negatív egyénből (ezek a praeklinikus hyperthyreosisos + toxikus adenomás csoportokból adódtak) 29-nek 0,1 mE/l-nél kisebb volt a szérum TSH-szintje, míg 2 esetben ez az átmeneti zónába esett.

Megbeszélés

Az esetek egy részében a „nem-toxikus” göbös golyvából fokozatosan alakul ki a toxikus adenoma. A funkcionáló pajzsmirigy-göbök különböző stádiumainak, a kórkép előrehaladásának és súlyosságának a felismerésében a szérum „szabad”-pajzsmirigyhormon vizsgálatok nem váltották be teljesen a hozzájuk fűzött reményeket, a kiterjedten alkalmazott és nagyobb segítséget nyújtó TRH terheléses vizsgálat viszont idő-, munka és költségigényes. Célszerűnek látszott ezért autonóm adenomás egyéneknek megvizsgálni azt, hogy a szérum alap TSH tartalmának a meghatározása „supersensitiv” IRMA eljárással, mennyiben nyújt segítséget a funkcionáló pajzsmirigy-göbök különböző stádiumainak a felismerésében. Pontosabb felvilágosítást nyerve a klinikai képről és annak súlyossági fokáról, terápiás következtetéseket vonhatunk le.

Vizsgálataink I. Csoportjába olyan euthyreosisos egyéneket soroltunk, akiket a funkcionáló pajzsmirigy adenoma még nem nyomta el teljesen a göb körüli ép thyreoida szövet működését. Ezen betegek döntő többségében — az euthyreosisos, kontrollként szereplő személyekhez hasonlóan — a szérum TSH tartalma meghaladta a 0,3 mE/l értéket. Megállapításunk megerősítette Isembart és mtsai (10) megelőző adatait és arra utal, hogy e módszerrel kiszűrhető az euthyreosisos autonóm adenomás egyének egy csoportja.

A pajzsmirigy-göb a továbbiakban növekedésével és hormonképzésének a fokozásával már elnyomja a perinoduláris szövet működését és szcintigráfias vizsgálattal „forró” göb mutatható ki. Ennek a létrejöttét általában arra vezetik vissza, hogy a vér normálisnál nagyobb pajzsmirigyhormon szintje visszaszorítja a TSH-elválasztást és így másodlagosan csökken a göb körüli szövet működése (2, 16, 17). Ezt az elképzelést azonban nem mindenki fogadja el (4), s mint ahogy erre legújabban Lerro és mtsai (12) felhívták a figyelmet e betegek egy része euthyreosisos, vér pajzsmirigyhormon tartalma normális, sőt TRH terhelésre TSH reakció figyelhető meg. Vizsgálati eredményeink alapján ilyen betegcsoport valóban elkülöníthető (II. Csoport), e betegeken azonban TRH terhelésre a normálisnál már kissé alacsonyabb a TSH válasz és többségükben a szérum alap TSH tartalma is csökkent, mégpedig az átmeneti zónába (0,1—0,3 mE/l) esik. Ez tehát már

bizonyos mértékig arra utal, hogy — noha a rendelkezésünkre álló módszerrel a vér pajzsmirigyhormon tartalmának a megnövekedése még nem mutatható ki — a TSH-secretio kismérvű visszaszorításával már számolhatunk. Megjegyezzük, hogy e stádiumban a „forró” göb kialakulásában a pajzsmirigyen belüli „short-loop” feed-back mechanizmusnak is szerepe lehet.

Az általunk II. Stádiumba sorolt betegeket már csak egy lépés választja el az ún. praeklinikus hyperthyreosistól, amikor az euthyreosisos egyéneknél TRH terhelésre TSH reakció már nem figyelhető meg. Ebben a klinikai stádiumban a TSH-elválasztás már egyértelműen visszaszorított, noha a vér pajzsmirigyhormon tartalma normális. A kérdés csak az, hogy mi hozhatja létre ebben az állapotban a TSH-secretio suppressióját. Vizsgálataink szerint ezen esetek egy részében a szérum FT₃ tartalma még a normális határokon belül megnövekszik és lehetséges, hogy ezt érzékeli az agyalapi mirigy. Egyes régebbi megfigyelések ezt a feltételezést támasztják alá (17). Mások elképzelhetőnek tartják azt, hogy a vér pajzsmirigyhormon szintje átmenetileg megnövekszik és ez az agyalapi mirigy TRH-érzékenységének elhúzódozó csökkenéséhez vezet (1, 3). Ezt az elképzelést látszik alátámasztani azon megelőző adat, mely szerint normális FT₄ és FT₃ tartalmú autonóm adenomás egyénekben a plazma szabad pajzsmirigyhormon tartalmának időszakos, spontán ingadozása figyelhető meg (15).

Vizsgálatainkkal egyértelműen kimutattuk azt, hogy toxikus adenomában a szérum bazális TSH-tartalma 0,1 mE/l-nél kisebb. Ez megfelel azon adatoknak, melyek szerint a „supersensitiv” IRMA módszerrel elvégzett szérum alap TSH vizsgálat alkalmas a hyperthyreosis és euthyreosis elkülönítésére. További vizsgálati eredményeink pedig alátámasztják azon megfigyeléseket (14), melyek szerint a „supersensitiv” IRMA módszerrel kimutatott szérum alap TSH-érték összefüggést mutat a TRH-teszt eredményével és a TRH-terheléses vizsgálat elvégzését az esetek nagy részében feleslegessé teszi.

Vizsgálati eredményeink azt tanúsítják, hogy autonóm, nem-toxikus göbös golyvás betegek egy részében az ún. praeklinikus hyperthyreosisos szakon keresztül fokozatosan alakul ki a toxikus adenoma. A klinikai állapot átalakulását érzékenyen tükrözi az IRMA módszerrel kimutatott szérum alap TSH szint fokozatos csökkenése. A szérum TSH vizsgálat, szükség esetén az ezzel egyidejűleg elvégzett pajzsmirigyhormon-meghatározás alkalmas a kórkép előrehaladtának a nyomonkövetésére és az egyes stádiumok elkülönítésére.

Amennyiben a sensitív IRMA módszerrel kimutatott szérum TSH-szint az ún. „normális határok” közé esik, úgy ez annak a jele, hogy a hypophysis TSH-elválasztása még nem suppressiózott (az az TRH-terhelésre TSH-reakció várható), így e vizsgálati eljárással a praeklinikus hyperthyreosis és toxikus adenoma kizárható, és eképpen a TSH—IRMA módszer szinte szűrővizsgálatként alkalmazható. Ugyanakkor e funkcionáló pajzsmirigy adenomás egyének további ellenőrzésre szorulnak. Közölt adataink szerint, ha a szérum TSH-tartalom az „átmeneti zónába” esik, érdemes elvégezni a TRH-terheléses vizsgálatot, valamint célszerű meghatározni a szérum pajzsmirigyhormon-tartalmát, elsősorban a „szabad”-T₃-at. További felada-

tunk azonban a különböző TSH—IRMA eljárásokkal az ún. „átmeneti zóna” pontosabb meghatározása, valamint ezen esetekben a TRH-terheléses próba eredményének értékelése. Végül megfigyelések arra utalnak, hogy a 0,1 mE/l-nél kisebb bazális TSH-érték feleslegessé teszi a TRH-terheléses vizsgálatot. Ilyenkor a szérumban pajzsmirigyhormon szint meghatározásával elkülöníthetjük egymástól a toxikus adenomát és praeklinikus hyperthyreosist: míg praeklinikus hyperthyreosisban a normálnál kisebb szérumban TSH-szint ellenére a „szabad” — pajzsmirigyhormon-tartalom még a normális határok közé esik, addig toxikus adenomában már megnövekedett a szérumban pajzsmirigyhormon-tartalma, ennek megfelelően visszaszorul a TSH-eltávolítás és a szérumban TSH-szintje 0,1 mE/l-nél kisebb.

IRODALOM: 1. *Azizi, F. és mtsai:* The time course of changes in TRH responsiveness in man following a single dose of liothyronine. *Metabolism* 1975, 24, 691—694. — 2. *Baldet, I., Jaffiol, C.:* Clinical implication of the measurement of free thyroid hormones in thyroid disease. *Clin. Endocrinol.* 1980, 13, 393—400. — 3. *Caldwell, G. és mtsai:* A new strategy for thyroid function testing. *Lancet*, 1985, 1, 1117—1119. — 4. *Carpi, A. és mtsai:* Evidence that TSH secretion can be inhibited in euthyroid patients with solitary autonomous thyroid nodule when circulating levels of thyroid hormones both protein bound and free, are in the normal range. In: *Free Thyroid Hormones*. (Eds. Ekins, R., Faglia, G., Pennisi, I., Pinchera, A.) *Excerpta Medica*, p. 278, 1979. — 5. *Földes, J. és mtsai:* A szérumban szabad-thyroxin és trijódthyronin meghatározásának jelentősége praeklinikus hyperthyreosisban és sub-

klinikus hypothyreosisban. *Orv. Httl.* 1986, 127, 1315—1322. — 6. *Gemsenjäger, E., Girard, J.:* Preclinical hyperthyroidism a graded condition. *Acta Endocrinol.* 1983, 102, 521—526. — 7. *Hamburger, J.:* Evolution of toxicity in solitary nontoxic autonomously functioning thyroid nodules. *J. Clin. Endocrinol. and Metab.* 1980, 50, 1089—1093. — 8. *Hamburger, J.:* The autonomously functioning thyroid adenoma. *N. Engl. J. Med.* 1983, 309, 1512—1513. — 9. *Hoff, H. G. és mtsai:* Effect of a single high oral dose of thyroxine on the pituitary-thyroid axis. *J. Endocrinol. Invest.* 1981, 4, 45—48. — 10. *Izembart, M. és mtsai:* Sensitive immunoradiometric assay for TSH in functioning thyroid nodules. *Nuc-Compact* 1985, 16, 441—443. — 11. *Langer, M. és mtsai:* Free thyroxine and free triiodothyronine in autonomous thyroid nodules. *Clin. Endocrinol.* 1979, 11, 461—464. — 12. *Lerro, S. és mtsai:* Free thyroid hormone levels and TSH response to TRH in patients with autonomous thyroid adenoma and normal T₃ and T₄. *Clin. Endocrinol.* 1985, 23, 373—378. — 13. *Martino, E. és mtsai:* Human serum TSH measurement by ultrasensitive immunoradiometric assay as a first-line test in the evaluation of thyroid function. *Clin. Endocrinol.* 1986, 24, 141—148. — 14. *Pfanzenstiel, P.:* Significance of supersensitive TSH determinations and its relationship to free T₄ and free T₃. *NucCompact* 1985, 16, 396—398. — 15. *Pinchera, A. és mtsai:* Free thyroid hormones. (Eds. Ekins, R., Faglia, G., Pennisi, F., Pinchera, A.) *Excerpta Medica*, Amsterdam, p. 208—220, 1979. — 16. *Sheline, G. E., McCormack, K.:* Solitary hyperfunctioning thyroid nodules. *J. Clin. Endocrinol.* 1960, 20, 1401—1410. — 17. *Snyder, P. J., Utiger, R. D.:* Inhibition of TSH response to TRH by small quantities of thyroid hormones. *J. Clin. Endocrinol.* 1971, 51, 2077—2084. — 18. *Studer, H. és mtsai:* Die klinische Bedeutung der „sub oder präklinischer“ Hyperthyreose. *Schweiz. Med. Wschr.* 1978, 108, 2029—2033.

(Földes János dr. Budapest, Korányi S. u. 2/a 1083)

ARDUAN[®] injekció

HATÓANYAG: 4 mg liofilizált pipercuronium bromatum amp.-ként. Oldószer: 2 ml 0,9%-os nátriumklorid amp.-ként.

HATÁS: Az Arduan nem depolarizáló neuromuszkuláris blokkoló, amely a harántcsokolt izmok motoros végtelezén hat. Közepes hatástartamú izomrelaxáns. Hatása szukcinilcholinnal alkalmazásával elvégzett intubációt követően, az Arduant a depolarizációs blokk megszűnté után adva kb. 2—3 perc alatt alakult ki, míg intubáláshoz önállóan alkalmazva kb. 4—5 perc alatt. A klinikai hatás tartama az adagtól és az egyéni érzékenységtől függően átlagosan 40—60 perc.

JAVALLAT: A vázizomzat ellazítása az általános anesztéziában. Alkalmazható különböző műtétetekben, ahol 20—30 percet meghaladó izomellazítás szükséges.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Közepes vagy hosszú sebész beavatkozások alkalmával felnőtteknek iv.:

intubáláshoz és műtétli izomrelaxációhoz általában 0,06—0,08 mg/tskg alkalmazható; szukcinilcholinnal intubált betegeknek 0,04—0,06 mg/tskg az ajánlott adag.

Elégtelen veseműködés esetén 0,04 mg/tskg-nál nagyobb adag nem javasolt.

Amennyiben ismételt adás szükséges, a kezdő adag 1/4-e vagy 1/2-a megismételhető. Ennél nagyobb ismételt adagok elnyújtott hatást hozhatnak létre.

A HATÁS FELFÜGGESZTÉSE: Perifériás idegstimulátorral mért 80—85%-os blokkban, illetve klinikai jelek alapján megítélt részleges blokk fennállása esetén az izomellazító hatás felfüggeszthető atropinnal kombinálva 1—3 mg neosztigminnel, vagy 10—30 mg galantammal. A relaxáns-hatás biztonságos megszűnését perifériás idegstimulátorral, vagy a szokásos klinikai jelek alapján kell ellenőrizni.

MELLÉKHATÁS: A klinikai vizsgálatok során nem találtak kifejezetten az Arduannak tulajdonítható karingési mellékhatást, de egyes esetekben pulzusszám csökkenést megfigyeltek, főleg olyan betegeken, akik az anesztézia bevezetését, vagy egyidejűleg halotant vagy fentanilt is kaptak.

Hisztamin felszabadító hatása nincs. Egyéb mellékhatások — az eddigi tapasztalatok szerint — nem ismeretesek.

GYÓGYSZER-KÜLCSÖNHATÁS: — A szukcinilcholinnal által kiváltott előzetes depolarizációs blokk erősíti a pipercuroniumbromid hatását;

— Inhalációs anesztetikumok (halotan, metoxifluran, dietiléter) és tiobarbiturátok erősítik és megnyújthatják a pipercuroniumbromid hatását;

— Az antibiotikumok közül a műtét közben alkalmazott gentamicin, klindamicin, ampicillin, tetraciklin hatását vizsgálják a szokásos dózisban. A felsorolt antibiotikumok a tetanikus fáradás vizsgálata alapján nem befolyásolja a pipercuroniumbromid hatását. Tekintettel arra, hogy a tetanikus fáradás hiánya nem zárja ki az antibiotikum hatását és kölcsönhatást, ezért — hasonlóan más nem depolarizáló izomrelaxánsokhoz — egyes esetekben lehetséges elnyújtott, nehezen befolyásolható hatás a korai műtét utáni szakban is. A pipercuroniumbromid és antibiotikumok (elsősorban az aminoglikozidok) együttes alkalmazása esetén óvatosság és fokozott ellenőrzés ajánlatos.

FIGYELMEZTETÉS: A légzőizomzatra gyakorolt hatása miatt az Arduan injekció csak lélegeztető berendezéssel felszerelt aneszteziológiai és intenzív terápiás egységben, ill. azzal rendelkező osztályokon alkalmazható.

Csak frissen elkészített oldat használható.

TÁROLÁS: Kizárólag hűtőszekrényben tartható.

MEGJEGYZÉS ✱ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra.

BARTA LAJOS DR.,
KOVÁCS GÁBOR DR.,
ÉS TAUSZ ISTVÁN DR.

Diabetes mellitus és sclerosis multiplex együttes előfordulása

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Gyermekklinika
(igazgató: Miltényi Miklós dr.)
Bugát Pál Kórház, Gyöngyös, Idegosztály
(főorvos: Kovács Gábor dr.)

Testvérpárban a gyermekkorban kifejlődő IDDM állapotban kettő illetve nyolc évvel a diabetes manifestációját követően acut formában SM-re jellemző klinikai tünetek bontakoztak ki. A nagyobbik fiúban az ismétlődő rohamok és a kialakuló klinikai kép SM-et bizonyított. A kisebbikben a steroid-kezelés tünetmentességre vezetett. Rosszulléte az eddigi 5 évre kiterjedő megfigyelés alatt nem ismétlődött. A HLA antigének IDDM-ra nem jellemzőek, de mindkét testvérben azonosak.

Simultaneous occurrence of diabetes mellitus and multiple sclerosis. In IDDM state developing in childhood 2 and 8 years resp. following the manifestation of diabetes mellitus clinical symptoms characteristic of MS appeared in acute form in 2 brothers. Recurring attacks and the developing clinical pattern indicated MS in the elder brother. Steroid therapy led to symptom-free state in the younger brother whose complaints did not return during the 5-year observation. HLA antigens not characteristic of IDDM were identical in both boys.

Claude Bernarde alapvető vizsgálatai óta ismert, hogy a cukoranyagcsere változása és a központi idegrendszer állapota között korreláció áll fenn. A neurodegeneratív betegségek diabéttel együttesen jóval gyakrabban fordulnak elő, mint ahogy ez a populációs előfordulás szerint várható volna. Ezeknek az idegrendszeri betegségeknek egy része autosomális öröklődő betegség, mint pl. a Friedreich ataxia, Huntington chorea, Laurence Biedle Bardet betegség, vagy az opticus atrophiával járó diabetes (7). Másrészt feltehető, hogy vírusinfekció által megindított immunfolyamatok váltják ki azokat az idegrendszeri változásokat, amelyek gyakran társulnak diabéttel. Ez tételhető fel a Kearns Sayre szindrómában (1) és a sclerosis multiplexben (SM) (4). SM esetében — bár többen családi halmozódást észleltek — az öröklődés menete nem tisztázott. Feltételeztek poligén és domináns öröklődést (3, 9).

Az alábbiakban egy testvérpár esetét ismertetjük, mindkettőben inzulin dependens diabetes mellett SM-re utaló tünetek fejlődtek ki.

Kulcsszavak:

inzulin dependens diabetes mellitus, sclerosis multiplex, HLA antigének

Rövidítések:

IDDM: inzulin dependens diabetes mellitus NIDDM: nem inzulin dependens diabetes mellitus SM: sclerosis multiplex CFF: centrális fusiók frekvencia

Esetismertetés

K. A. családi anamnézise negatív, családban sem diabetes, sem SM nem fordult elő. Szülési anamnézise negatív. Első felvételét megelőzően csak kisebb megfázásai voltak. 13 éves korában diagnosztizáltak inzulin dependens diabetes mellitust (IDDM). Retinopathia, nem állapítható meg. 21 éves korában bal alsó végtagi izomgyengeség és bal szem mögötti transiens fájdalom miatt kórházi felvétele vált szükségessé. Neurológiai státuszából Sensorium tiszta volt, meningeális jelek negatívak, agyidegek eltérés nélkül. A bal comb belfelületének proximális felében enyhe fokú tactilis hypaesthesia jelez. J. o. nem b. o. inkonzekvensen és bizonytalanul jelez vibrációs érzést az alsó végtagokon (belboka, tibia, patella, spina iliaca ant. sup.) míg a test egyéb részein azonnal jelzi a vibrációs ingereket. Egyéb érzékszavart nem jelez. A f. végtagokon egyenlő és élénk sajátreflexek. A patella reflexek már a boka tájáról is kiválthatók. A hasbőr reflexek egyik harmadban és egyik oldalon sem válthatók ki, míg a costoabdominális reflexek és a segmentális hasizom-sajátreflexek mko. jó élénkséggel kiválthatók. J. o. élénk, b. o. hiányzó cremaster reflex. J. o. kp. élénk plantarflexiós talpreflex, b. o. pozitív Babinski, Chaddock reflexek. J. o. decrescendo, b. o. stabil Achilles clonus. Liberatiós reflexek nincsenek. Mko. élénk analis reflex. B. o. Barré helyzetben az alsó végtag kifejezetten süllyed, majd leejti. A b. alsó végtag tónusa mérsékelten fokozott. Járásnál a b. lábon spasticus torzulás. Izomatropia, coordinatiós, beszéd- és sphinterzavar nincs. Euthymia, psychés alteráció nincs. Laboratóriumi eredményei közül megemlíthető normális vérkép, süllyedést, elektrolit értéket és immun-elektroforézist találtunk. Lumbalpunkció során víztiszta liquor ürült. Fehérje 0,2 g/l, sejtszám: 20/3 fvs, 80/3 vvs. kenet (ülepítve): 94% lymphocita, 6% macrophag, Líquor albumin: 0,075 g/l, IgG: 0,095 g/l, IgG index: 3,8. Líquor polyakrilamid géll elektrophoresis? Monoclonalis IgG szaporulat. Schellach pozitív. Neuroophthalmológiai vizsgálat során mko teljes visust találtunk. CFF: 26/28 (mko csökkent). Fundus mko ép. A tárgylátótér kisfokban, a színes látótérben valamennyi színre nagyfokban beszűkült.

EEG: Kp. magas, részarányos, norm. alfa aktivitás. Frontális j. o-i túlsúllyal rövid high voltage, beta orsók. Kórkép specifikus anomália nem volt. Steroid kezelés mellett panaszmentessé vált.

Egy évvel később ismételt shub alakult ki. Kóros reflexek jelentek meg (Babinski, Hoffman—Trömmer) hasbőr reflex kiesésével. Homályos látásról panaszkodott, járása ataxiás volt. Laboratóriumi eredményeiből: Liquor: fehérje: 0,090 g/l, sejtszám: 14/3, IgGindex: 2,05 (emelkedett). Kétirányú nyaki gerinc: fokozott lordosis. Szemészet: CFF: 36/38. Agyi scintigraphia és myelographia negatív.

Egy évvel később ismételt shub miatt klinikai felvételt igényelt. Neurológiai státusából kiemelendő kóros reflexek megjelenése, a hasbőr reflex kiesésével. Liquor lelete: sejtszám: 5/3, fehérje: 0,24 g/l, Schellach+ + +, Elektrophoresis: praealbumin: 0,064, gamma: 0,22%, Steroid kezelésre állapota javult. Azóta több alkalommal észleltünk nála shubot, jelenleg járásképtelen. Diabetes mellitusa napi 64 egység (Actrapid MC+Monotard) inzulinall egyensúlyban tartható.

K. T. fiatalabb testvérnél 15 éves korában diagnosztizáltak IDDM-át. Jelenleg inzulin szükséglet 80 egység (Actrapid MC+Monotard MC napi 2 adagban). Két évvel a diabetes manifestációját követően torokfájás, hurutos tüneteket követően lábfájdalom, gyengeség, szédülés, járásképtelenség és jobb szem mozgáshiányos fájdalom miatt vettük fel.

Neurológiai státusából: Sensorium tiszta, meningeális jelek negatívak voltak. Agyidegek részéről eltérést nem találtunk. A j. felső végtagokon kp. élénk, b. o. élénk saját reflexek. B. o. túlsúllyal kiváltható Hoffman — Trömmer reflexek. J. o. hiányzó, b. o. kp. élénk hasbőr reflexek. Az alsó végtagokon mko. szimmetrikusan fokozott sajátreflexek, keresztezett adductor és spino-adductor reflexek. Mko. pozitív Babinski, Chaddock, Oppenheim, Rossolimo reflexek. Mko. Achilles clonus. B. o. a felső végtag latens paresis próbánál pronál, abduktál, süllyed. Az alsó végtagok szimmetrikusan süllyednek. A felső végtagok tónusa mko. egyforma és normális. Az alsó végtagokon mérsékelt fokú szimmetrikus extenziós tónus fokozódás.

Lumbalpunkció során víztiszta liquort nyertünk, fehérje 1,56 g/l, sejtszám: 5/3. IgG index: 2,9. Neuroophthalmológia: normális visus, CFF: 15/27. Látótér teljes, éles határu, jobb oldalon megnagyobbodott vakfolt.

EEG: vizsgálat szerint szabályos alfa hullámdominancia, életkorának megfelelő kérgi elektromos tevékenység. Minimális oldalkülönbség, mely bal oldalon temporo-occipitálisan az alfa hullám csökkent amplitúdójában és rövid beta sorozatok megjelenésében mutatkoznak. Kórosként értékelhető hullámkomponensek se HV előtt, se alatt nem jelentek meg.

Oradexon adását követően tünetmentessé vált. 5 évre kiterjedő észlelés során újabb shubja nem volt. Diabetese egyensúlyban van. Retinopathiája nincs.

A testvérpárnál és a szülőknél elvégeztük a HLA tipizálást. A testvérpárnál a HLA genotípusa identikus. HLA—A2, B5, Drw6/A2, B16, Drw6.

Megbeszélés

K. A.-nál az SM diagnózis bizonyítható, tekintettel a remittáló jellegzetes kórlefolyásra, a multiplex fehérje állománybeli elhelyezkedésre utaló tünetképződésre, a CFF csökkenésére, valamint liquor lelete (monoclonalis IgG szaporulat, emelkedett IgG index) (2. 5, 6).

K. T.-nél az 5 évre kiterjedő észlelés alatt remittáló jelleg nem volt megfigyelhető, azonban testvéréhez hasonló tünetei steroid kezelésre megszűntek. Említést érdemel az a körülmény, hogy az első remisszió után akár 10—15 évvel később is kialakulhat újabb shub. SM diagnózisát támasztja alá a multiplex fehérállománybeli eredetű utaló tünetek és a jellegzetes liquor lelet (alacsony sejtszám, mellett emelkedett IgG index).

A kezdeti klinikai tünetek (az első shub, centrális paresis, opticus laesio) mindkét esetben csaknem azonosak voltak.

Betegeinknél alsó végtagi gyengeségének kialakulásában differenciál diagnosztikai szempontból felvethető a diabetese neuropathia fennállása is. Ez ellen szól az, hogy mindkét betegnél a paresis egyértelműen centrális jellegű volt, amit hyperreflexia, spasticus tónusfokozódás, kóros reflexek megjelenése (Babinski) igazolt. Diabetese neuropathia ellen szól továbbá a distálisan kifejezettebb érzésvész és az égő parestheziák hiánya is. A liquor jellegzetes immunológiai eltérése és a steroid kezelésre bekövetkező egyértelmű klinikai javulás is SM fennállását támasztja alá.

Irodalmi adatok szerint SM-ben a diabetes előfordulása gyakoribb, mint az általános népességben. A közölt esetek többsége NIDDM-re vonatkozik. Roberts (8) szerint szoros kapcsolat van az SM és a diabetes között. Szerinte a diabetes mellitus rizikó faktornak fogható fel az SM kifejlődésében. Warren (10) mutat rá, hogy a szemeszeti elváltozások esetében szignifikánsan gyakoribban társul az SM-hez diabetes, mind azokban az esetekben, amelyekben szemeszeti elváltozások nem észlelhetők. Mindkét esetünkben a nervus opticus érintettségét állapítottuk meg. Említésre érdemes továbbá az a körülmény, hogy mindkét betegünkben azonosak a HLA antigének, ami valószínűsíti a HLA komplex régiókhoz kapcsolt tulajdonságok azonos kifejlődését. Mind az SM-ben, mind a diabetesben bizonyos HLA antigének gyakoribban fordulnak elő, mint az egészséges népességben. Irodalmi adatok szerint SM-ben a DR2 gyakoribban fordul elő, mint a populációban egyébként. Észlelt esetünkben a HLA antigének nem jellemzőek sem az IDDM-ra sem az SM-re. Azonban az azonos HLA antigének a testvérpárnál oly alkati sajátosságokat jelentenek, amelyek azonos betegségek kifejlődésére hajlamosítanak.

Észleléseink alapján az idősebb testvérben az SM bizonyított. A fiatalabbban oly állapot lehetséges fel, amelyben a veszélyeztetettség áll fenn az SM kifejlődése szempontjából.

Köszönetet mondunk dr. Gyódi Évának a HLA vizsgálatok elvégzéséért (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Transzplantációs Immunológiai Osztály) és Dr. Komoly Sámuelnek a liquor immunológiai vizsgálatok elvégzéséért és értékeléséért. (Semmelweis Orvostudományi Egyetem Neurológiai Klinika)

IRODALOM: 1. Barta L., Mátyus, Ö., Molnár, M. és mtsai: Diabetes mellitus társulása Kearns—Syre szindrómával. Orv. Hetil. 1965. 126, 2597. — 2. Bauer, H. J.: Acta Neurol. Scand. 1974, Suppl. 50. 58. — 3. Kinnunen, E., Koskimes, S., Lagerstedt: Histocompatibility antigens in familial multiple sclerosis in high-risk area of the disease. J. Neur. Sci. 1984, 65/2, 147. — 4. Mátyus, Ö., Veres, É.: Chronic encephalomyelitis in children. Acta paediatrica Hung. (megjelenés alatt). — 5. Molnár, Gy.: Sclerosis multiplex laboratóriumi diagnosztikája. Sclerosis multiplex Szerk.: Juhász Pál. 1980. 93. — 6. Pálffy, Gy.: A disszeminált encephalomyelitis körjelzése. In: dr. Juhász P. Sclerosis multiplex. Medicina Bp. 1980. 82. — 7. Rimoin, D. L.: Genetic syndromes associated with glucose intolerance. In: The Genetic of Diabetes Mellitus. Creutzfeld, W., Köberling, J., Neel, J. V. (eds). Springer. Berlin — Heidelberg — New York 1976, 43. — 8. Roberts, H. J.: On the etiology rational treatment and prevention of multiple sclerosis. South Med. J. 1966. 59, 940. — 9. Székely, J., Heiner, L.: Familiáris sclerosis multiplex. Ideggyógyászati Szemle 1980, 33, 8, 337. — 10. Warren, S. A., Warren, K. G.: Optic neuritis, diabetes mellitus and multiple sclerosis: a three-way association. Can. J. Ophthalmol 1983, 18, 5, 228.

(Barta Lajos dr. Budapest, Bókay J. u. 53. 1083.)

BITTERA ISTVÁN DR.,
YVES BATAILLE DR.,
JEAN BOUSQUET DR.
ÉS FRANCOIS
B. MICHEL DR.

Rhinothermometria alkalmazhatósága rhinitis allergicában szenvedő gyermekeknél

Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)
Clinique des Maladies Respiratoires Montpellier
(igazgató: Francois B. Michel dr.)

A szerzők ismertetik az orrnyálkahártyán lezajló termikus változások mérésén (rhinothermometria) alapuló vizsgáló módszert. Vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a rhinothermometria alkalmas a rhinitis allergicában bekövetkezett allergiás eredetű gyulladás okozta hőmérsékletemelkedés objektív kimutatására, mivel a rhinitis allergicában szenvedők endonasalis hőmérséklete szignifikánsan magasabb a kontrollesoporthoz viszonyítva. Azt találták, hogy az orrnyálkahártya szezonális, allergiás eredetű gyulladásának lezajlásával párhuzamosan a lokális hőmérséklet a normális értékre tért vissza. A módszert a szerzők a jövőben fel kívánják használni a betegség lefolyásának nyomonkövetésére, a kórkép súlyosságának megítélésére különböző farmakológiai vizsgálatok, specifikus nasalis provokációk objektív értékelésére.

A szervezet — így az orrnyálkahártya is — lényegében azonos módon, gyulladással válaszol az őt ért kémiai, fizikai, biológiai, mikroorganizmusok stb. okozta hatásokra. Az IgE közvetítette, I. típusú allergiás gyulladás vasculáris történései a hízósejtekből és basophil granulocytákból felszabaduló számos kémiai mediátor, vasoaktív anyag hatására jönnek létre. Az orrnyálkahártya gazdag vérrellátása, a középső és alsó orrkagyló területén lévő speciális falszerkezetű vénák alkotta cavernózus szövet, az idegi szabályozás alatt álló sphincter-működés, arterio-venosus anasztomózisok mind lehetővé teszik, hogy az e területre áramló vér mennyisége időről-időre változzék, ami vasodilatáció esetén szükségzerűen helyi vérbőséget és hőmérsékletemelkedést eredményez. A rhinothermometria elvi alapja tehát az orrnyálkahártyán így lezajló termikus változások mérése.

Az irodalom áttekintése során mindössze néhány — felnőtt beteganyagban végzett — tanulmányt találunk az orrnyálkahártya ilyen irányú vizsgálatáról. (1, 2, 3, 4) A közleményekből kitűnik, hogy a csupán néhány éve bevezetett módszer alkalmas a specifikus nasalis provokáció objektív értékelésére. A provokáció előtt és után mért orrnyálkahártya hőmérsékletméréssel szignifikáns emelkedést észleltek az allergén-behatásra pozitívan reagáló esetekben. Gyermekeken végzett — hasonló jellegű vizsgálatokról — ezideig nem

Use of rhinothermometry with children suffering from allergic rhinitis A method based on the measurement of thermic changes on the nasal mucosa (rhinothermometry) is described. The authors' examinations show that rhinothermometry is suitable for the objective demonstration of temperature rise due to allergic inflammation in allergic rhinitis as in comparison with the control group the endonasal temperature is significantly higher in persons suffering from allergic rhinitis. The local temperature was found to return to normal parallel with the passing off of the seasonal inflammation of allergic origin of the nasal mucosa. The authors wish to use the method for the follow-up of the disease course, for determination of the severity of the illness, for the objective evaluation of pharmacological examinations and specific nasal provocation.

számoltak be. Jelen tanulmányunkban 110 gyermek rhinothermometriás vizsgálatának eredményeit, tapasztalatait dolgoztuk fel.

Beteganyag és módszer

A vizsgálatokat 1984. júliustól decemberig terjedő időszakban végeztük a SZOTE Gyermekklinika pulmonológiai ambulanciáján. A vizsgálatra kerültek átlagos életkora 8,1 év volt. (A legfiatalabb 2,5, a legidősebb 15 éves.) Normál kontrollként 40 olyan gyermeket választottunk ki, akik sem akut, sem krónikus légúti megbetegedésben nem szenvedtek. A másik két csoportba 35 asthma bronchiáléban, vagy recidiváló obstructív bronchitisben, ill. 35 szezonális rhinitis allergicában szenvedő gyermek került. A diagnózisok felállításában döntő volt az anamnézis, a klinikai kép, a pozitív bőrtetek (Bencard), a légzésfunkciós vizsgálatok és az egyéb laboratóriumi eredmények (orrlenet, abs. eosinophilia, se IgE stb.). A vizsgálatból kizártuk mindazokat, akik az orrnyálkahártya vérbőségét valamilyen módon befolyásoló gyógyszert szedtek (pl. orrcsepp, membránstabilizátor, antihisztaminikum, kortikoszteroid, nem szteroid gyulladásgátló, antihipertenzív szer stb.). Ugyancsak kizáró ok volt a lázas állapot, a fertőzőes eredetű akut vagy krónikus rhinitis, sinusitis klinikai vagy radiológiai tünete, a magasvérnyomás-betegség, ill. az endonasalisan észlelt egyéb kóros eltérés (nagyfokú orrsóvényferdülés, orrpolyip, haemangioma stb.).

A rhinothermometriás méréseket Bosch-G.m.b.H. Thermotestjével végeztük mindkét orrfélben az alsó orrkagyló elülső pólusán. A kronobiológiai faktorokat, a cirkadián ritmust figyelembe véve vizsgálatunkat a kora délutáni órákban végeztük, kb. 15-20 perces nyugalmi időszak után. A vizsgálóhelyiség hőmérséklete 23—25 °C, a relatív páratartalom 40—65% között változott. A mért eredmények statisztikai feldolgozását Student-féle egy-, ill. kétmintás *t* próbával végeztük.

1. táblázat. 110 gyermek ornyálkahártya-hőmérsékletének eredményei

	Elsőként mért orrfél hőmérséklete (°C)	Másodikként hőmérséklete (°C)	Két orrfél átlagos hőmérsék- lete (°C)
KONTROLL (N=40)	$\bar{X}=33,9$ (SD±1,0)	$\bar{X}=34,7$ (SD±1,1)	$\bar{X}=34,3$ (SD±0,9)
ASZTMA + OBSTRUKTÍV BRONCHITIS (N=35)	$\bar{X}=34,5$ (SD±1,1)	$\bar{X}=34,8$ (SD±1,4)	$\bar{X}=34,7$ (SD±1,0)
RHINITIS ALLERGICA (N=35)	$\bar{X}=35,4$ (SD±1,2)	$\bar{X}=35,9$ (SD±0,8)	$\bar{X}=35,7$ (SD±0,8)

Eredmények

Eredményeinket az 1. táblázatban foglaltuk össze. A kontroll csoportban az először mért orrfél átlagos hőmérséklete $33,9 \pm 1,0$ °C, a két orrfél átlagos hőmérsékletének átlaga $34,3 \pm 0,9$ °C volt. Az asthma bronchialisban, ill. obstructív bronchitisben szenvedő gyermekek a vizsgálat napján — alapbetegségüket illetően — tünetmentesek voltak. Az először mért orrfél átlagos hőmérséklete $34,5 \pm 1,1$ °C, a két orrfél átlagos hőmérsékletének átlaga $34,7 \pm 1,0$ °C volt. A két csoport eredményeinek statisztikai analízise során szignifikáns különbséget nem találtunk. A harmadik csoportba tartozó 35 rhinitis allergiás beteg vizsgálatakor alapbetegségük jellegzetes tüneteit mutatták. Az először mért orrfél átlagos hőmérséklete $35,4 \pm 1,2$ °C, a két orrfél átlagos hőmérsékletének átlaga $35,7 \pm 0,8$ °C volt. A kontroll csoporthoz viszonyítva az endonasalis hőmérsékletük szignifikánsan magasabb volt.

Tizenegy, szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermek ornyálkahártya hőmérsékletének alakulását nyomon követtük a klinikai tünetek lezajlása után is (2. táblázat). Az allergén-expozíció megszűnése után egy hónappal — az ornyálkahártya regenerálódásával párhuzamosan — a nasalis hőmérséklet szignifikánsan csökkent, a normális érték felé kezdett visszatérni. A hat hónap múlva mért értékek, és az ezzel egyidejűleg vizsgált kontroll csoport ornyálkahártya hőmérséklete között értékelhető különbséget már nem észleltünk.

2. táblázat. 11 szezonális rhinitis allergiában szenvedő gyermek nazalis hőmérsékletének alakulása

SZEZONBAN (N=11)			SZEZON UTÁN EGY HÓNAPPAL (N=11)			SZEZON UTÁN HAT HÓNAPPAL (N=11)			KONTROLLCSOPORT (N=10)		
Elsőként	Második- ként	Két orrfél	Elsőként	Második- ként	Két orrfél	Elsőként	Második- ként	Két orrfél	Elsőként	Második- ként	Két orrfél
mért orrfél hőmérséklete (°C)	átl. hő- mérsék- lete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)	átl. hő- mérsék- lete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)	átl. hő- mérsék- lete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)	átl. hő- mérsék- lete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)	átl. hő- mérsék- lete (°C)	mért orrfél hőmérséklete (°C)
X=36,0 SD±0,7	X=36,1 SD±0,6	X=36,1 SD±0,4	X=34,3 SD±0,7	X=35,0 SD±0,9	X=34,7 SD±0,4	X=33,7 SD±0,9	X=34,7 SD±0,6	X=34,2 SD±0,6	X=34,0 SD±1,0	X=35,2 SD±1,1	X=34,6 SD±0,9
p<0,001			p<0,001			N.S.			N.S.		
p<0,001			p<0,001			p<0,001			p<0,001		

Megbeszélés

Vizsgálataink megtervezésekor elsősorban a gyermekorvos ú. n. „normál” endonasalis hőmérsékleti értékekre voltunk kíváncsiak, ill. arra, hogy az anamnézis, a klinikai tünetek, a különböző laboratóriumi vizsgálatok alapján különválasztott három csoportban — egy objektív regisztráló módszerrel — adódik-e szignifikáns különbség az ornyálkahártya hőmérsékletében. Felnőtt, egészséges kontrollok ornyálkahártya hőmérsékletét $32,5$ °C-nak találták. (1, 3) Vizsgálati anyagunkban az először mért orrfél hőmérsékletének átlaga $33,9$ °C volt a hasonló gyermekcsoportban. Megválaszolásra váró kérdés, hogy ez a jelentős hőmérsékleti különbség vajon életkori sajátosság-e, vagy standardizálási problémából adódik-e.

Az asthma bronchialisban vagy recidiváló obstructív bronchitisben szenvedő gyermekek nasalis hőmérsékletében talált emelkedés (bár nem szignifikáns) arra utalhat, hogy a klinikailag észlelt alsólégúti érintettség mellett a felső légutak nyálkahártyája is részt vesz a folyamatban. A légúti atópiás betegségek egymásba való átmenete a gyakorlatban jól ismert jelenség, de ennek pontosabb megítéléséhez további vizsgálatok szükségesek.

Elméletileg is várható volt, hogy a rhinitis allergiában szenvedőknél a „természetes specifikus allergén” hatására létrejövő allergiás gyulladás az endonasalis hőmérsékletet emeli; betegeinknél átlagosan $2,3$ °C-kal, szélsőséges esetben $3,4$ °C-kal. Ezek a hőmérsékletváltozások statisztikailag szignifikánsak önmagukhoz, ill. a kontrolleszoporthoz viszonyítva is. Az allergén-expozíció megszűnésével párhuzamosan a rhinitis allergica jellegzetes tünetei mérséklődtek, ill. megszűntek. Az időszakos ornyálkahártya hőmérséklet ellenőrzés és a klinikai tünetek között jó összefüggést találtunk, amiből arra következtetünk, hogy a rhinothermometria alkalmas a rhinitis allergica lefolyásának nyomonkövetésére, egyben a betegség pillanatnyi súlyosságáról is felvilágosítást ad.

Az ornyálkahártya hőmérsékletének mérésén alapuló vizsgálat kétség kívül számos módszertani problémát vet fel. A nagyon irritábilis nyálkahártyára helyezett hőmérő helyi izgalmat okoz (a vizsgálatra kerültek elenyésző százalékában az ornyálkahártya igen kifejezett túlérzékenysége lehetetlenné teheti a hőmérséklet

mérését), amely hőmérsékletemelkedéshez vezet, de ez a „zavaró faktor” mindhárom csoportban egyformán érvényesül. Ha a rhinothermometriás vizsgálatokat meghatározott terv és sorrend szerint végezzük, akkor úgy gondoljuk, hogy ez a helyi reakció nem zavaró körülmény, hanem a nyálkahártya állapotának érzékeny indikátora lehet.

Említést érdemel az a megfigyelésünk is, hogy a két orrfél nyálkahártyájának hőmérséklete között — függetlenül attól, melyik oldalon kezdtük a mérést — jelentős különbség van. A másodikként mért orrfél hőmérséklete — az esetek túlnyomó többségében — magasabb. Ezt a jelenséget a két orrfél között lévő reflex-mechanizmussal magyarázzuk. Ezért az orrnyálkahártya hőmérsékletének jellemzésére a két orrfél átlagos hőmérsékletét érdemes figyelembe venni.

Tapasztalataink alapján a rhinothermometria gyermekeken is kivitelezhető megfelelő psychés előké-

szítés után. A vizsgálat gyorsan, 2—3 perc alatt, fájdalommentesen, jó reprodukálhatósággal elvégezhető, nem kívánt mellékhatást nem észleltünk. A rhinothermometria elsősorban a rhinitis allergiában szenvedők betegségének nyomkövetésében, a különböző farmakológiai vizsgálatok objektív megítélésében nyújthat segítséget. Ezek a vizsgálatok klinikánkon folyamatban vannak, a későbbiekben eredményeinkről beszámolunk.

IRODALOM: 1. *Bittera, I., Bataille, Y., Bousquet, J.*: Test de provocation nasale réaliste. *Presse Med.* 1984, 13, 2706. — 2. *Hamma, M.*: Nasal thermography. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho* 1983, 86, 256. — 3. *Nassar, A. és mtsai.*: La rhinothermometrie. Une technique simple de provocation nasale. *La Presse Med.* 1983, 12, 1671. — 4. *Ogino, S. és mtsai.*: Nasal provocation test and the change of the temperature in nasal mucosa. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho* 1983, 86, 430.

(Bittera István dr., Szeged, Pf. 471, 6701)

AZ BEMUTATÓTEREM

1987. I. félévi kiállítási programja

- MÁRCIUS 24–27.** OMKER ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSA a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elméleti tömbjében.
- ÁPRILIS 14–16.** Kiállítás a LASIS cég, OMKER által forgalmazott laboratóriumi készülékeiből és berendezéseiből.
- MÁJUS 12–13.** Bemutató a BENTLEY cég, általunk forgalmazott termékeiből. A kiállítással egy időben a cég szakemberei előadást tartanak membrán oxigénátorok témájában.
- MÁJUS 26–28.** Kiállítás az OMKER V. kereskedelmi osztálya által forgalmazott kórházi és laboratóriumi bútorokból (bútorújdonyságaiból).
- JÚNIUS 9–11.** Kiállítás az OMKER II. kereskedelmi osztálya által forgalmazott egyszer használatos termékeiből.

KÜLÖN FELHÍVJUK FIGYELMUKET AZ OMKER

évenként egyszer megrendezésre kerülő nagyszabású ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA, melyet 1987. március 24–27-e között rendez a Semmelweis OTE elméleti tömbjében, Bp. VIII., Nagyvárud tér 4. sz. alatt.

OMKER BEMUTATÓTEREM

Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.

Nyitva: 9–16 óráig



MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!



Tisacid

®

TABLETTA

J 200

HATÓANYAG

500 mg Alumínium-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS

A tabletta hatóanyaga új szeretlen molekulavégyület, amely gyors, tartós és előnyösen nagy savmegkötőképességgel rendelkezik. Endoszkópos vizsgálatok igazolták, hogy a tabletta a gyomorba jutva 1 percen belül szétesik, és részei rátapadnak a nyálkahártyaredőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé.

Szokásos adagolásnál nem okoz foszfát deplációs szindrómát és nem emeli a szérum alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel. Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

JAVALLATOK

Hiperaciditás, akut és krónikus gastritis, ulcus duodeni és ulcus ventriculi, gyomorégés.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorégés, vagy gyomor-fájdalom esetén 1–2 tabletta 1 órával étkezés után. Erős hypersecretiónál az adag 3–4 tablettára is emelhető. Tartós kezelésre átlagos adagja $3 \times 1-2$ tabletta a főétkezés után 1 órával, szükség esetén a főétkezések közötti időszakban, ill. az esti lefekvés előtt további 1–2 tabletta adható.

A tablettát a szájból való szétrágás után, vagy egészben kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁS

Ritkán obstipatio, eructatio

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Együttadása kerülendő

- tetraciklinekkel (kelátot képez, mely az antibiotikum-hatás csökkenését eredményezi)
- vassókkal nátriumfluoriddal (felszívódásukat gátolja).

Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozzák az abszorpció gátlásával, vagy a gyomornedv pH-jának módosításával, ezért az együtt adott gyógyszerek bevétele között legalább két órának kell eltelnie.

FIGYELMEZTETÉS

Vesefunkció zavaroknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

30 tabletta, térítési díj: 7,20 Ft.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári



Malignus gynecologiai tumor sebészi és radiotherápiáját követő ureterobstrució megoldása uretero-ileo-cystoplastikával

Szabolcs-Szatmár Megyei Jósza András Kórház, Nyíregyháza Urológiai Osztály
(főorvos: Mohácsi László dr.)

A szerzők a női genitális carcinomák sebészi és/vagy irradiációs kezelését követő ureterobstruciók kérdésével foglalkoznak. Bár e szövődményekért az esetek nagy részében a recidiváló carcinoma vagy annak metastasisa felelős, felhívják a figyelmet a műtét, illetve az irradiatio okozta károsodásokra és az ezeket elősegítő tényezőkre. Fontosnak tartják — akár exploratívval egybekötött biopsiával is — az ureterobstrució okának tisztázását. Malignus folyamat kizárása esetén saját tapasztalataik és irodalmi adatok alapján — utalva a fiziológias helyreállítás akadályaira — a sokszor definitívnek szánt nephrostomia megszüntetését lehetővé tevő, az eredeti állapotot rekonstruáló, belső drenázst biztosító ileális ureter substitutiót javasolják. E betegek évekig tartó gondos ellenőrzését ajánlják.

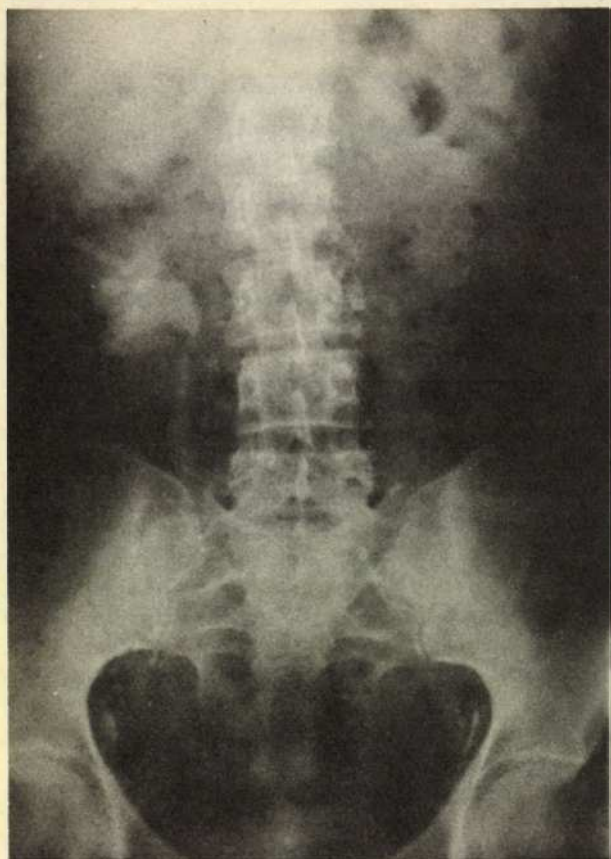
Uretero-ileo-cystoplasty solution of ureter obstruction following the surgical- and radiotherapy of malignant gynecological tumor The problem of ureter obstruction following the surgical and/or irradiation treatment of female genital carcinoma is dealt with. Though in the majority of the cases the recurring carcinoma or its metastasis are responsible for these complication, attention is drawn to the impairment caused by surgery or irradiation and to the factors contributing to it. It is considered important to clarify the cause of the ureter obstruction even by biopsy combined with exploration. If a malignant process can be excluded, on the basis of literary data and their own experiences the authors recommend—referring to the obstacles to physiological restoration—the ileal ureter substitution. With this procedure the nephrostomia intended often to be definitive may be eliminated, the original condition can be reconstructed and the inner drainage ensured. Careful control for several years of these patients is advised.

A női genitális carcinomák kezelésében a radikális műtét és az azt kiegészítő, vagy csak önmagában alkalmazott sugárterápia után ma sem ritka az olyan eset, amikor az alapbetegség gyógyultnak tekinthető, de a therapiás eljárások következménye miatt kerül szinte gyógyíthatatlan állapotba a beteg. Elsősorban azokra gondolunk, akiknél a kétoldali postirradiációs ureterocclusióhoz még vesico-vaginális, recto-vaginális sipoly, vagy ezek együttes kombinációja is társul. Ilyen esetekben a fenyegető anuria miatt sürgős vizeletdevialást kell végeznünk, melyet percutan vagy fel-tárasos nephrostomia, ill. ureterocutaneostomia útján érünk el. Gyakran ezzel befejeződik a rehabilitatio is. Tudjuk, hogy e betegek sipolyozástól, vizeletszagtól való megszabadítása, visszavezetése a közösségbe néha hihetetlenül nehéz feladat. Mégis úgy véljük, hogy kellő körültekintés és megfontolás után, különösen, ha a hólyagsipoly zárása is sikerrel jár, a vizeletdeviatio megszüntetésére is kísérletet lehet vagy kell tennünk. E feladat megoldásában — amint azt az elmúlt három évtized tapasztalatai mutatják — a siker reményével alkalmazhatók az enteroplastikai műtétek (1, 4, 7, 9, 17, 18, 21, 24, 27).

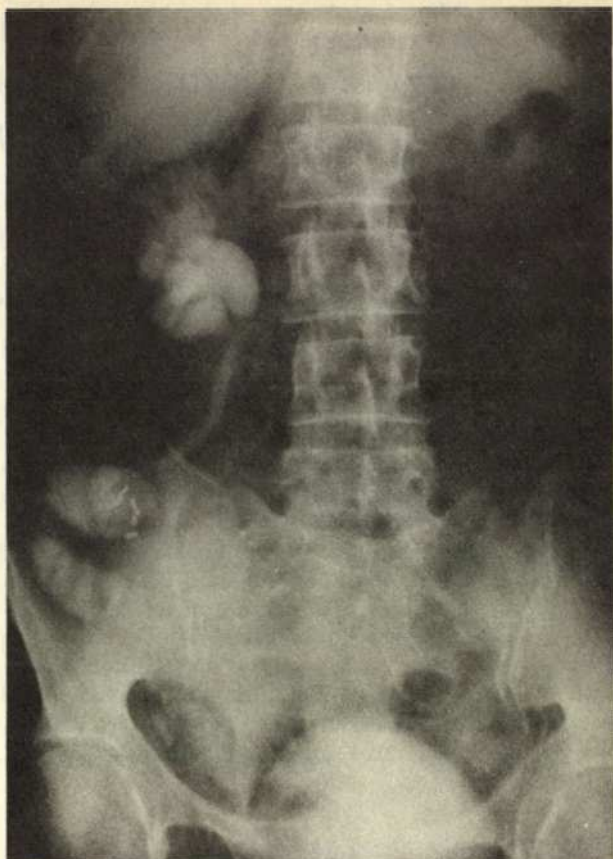
Esztismertetés

F. S. 38 éves nőbetegnél 1981. VII. 16-án carcinoma portio uteri std. II/a. miatt két üregi kezelést követően abdominalis hysterectomiát végeztek Wertheim szerint. A szövettani vizsgálat eredménye: carcinoma planocellulare non kera-

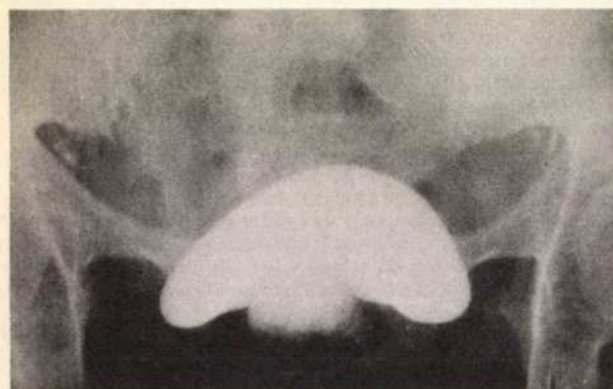
toides cervicis uteri volt. Az eltávolított regionalis nyirokcsomókban metastasisokat találtak. Ezt követően csomkbiztosító üregi kezelést, majd 1981. szept. 18-ig mindkét parametriumra 42-42 Gy, a paraaorticus tájra pedig 40 Gy göcdózisú telecobalt-besugárzást végeztek. A műtét után a besugárzás előtt végzett urographia kórosat nem mutatott. A beteg ugyanezen év decemberében hüvelyi vizeletszivárgás miatt jelentkezett a műtétet végző intézetben, ahol izotóp renographia, i. v. urographia, majd cystoscopy alapján jobb oldalon uretero-pyelectasiát, bal oldalon néma vesét és a hólyagalapon ujjbegnyil kráterben ureterkathetert befogadó vesico-vaginális fistulát diagnosztizáltak. E leletek alapján a b. o. vesét sorsára hagyva j. o. definitívnek tekintett körkörös nephrostomiát készítettek, majd a beteget hazabocsátották. 1982. aug. 13-án nephrostomia-vezetési zavarok, láz miatt került a beteg osztályunkra. A nephrostomia kicserélése, célzott antibioticus kezelés után állapota rendeződött. A nőgyógyászati vizsgálat tumor recidiva gyanúját nem vetette fel. A laboratóriumi vizsgálatok az emelkedett We.-értéken, enyhe fokú anaemián és mérsékelt emelkedett CN-értéken kívül normalis eredményeket adtak. A fentiek és a beteg fiatal kora miatt a hólyag—hüvely-sipoly zárását és a jobb ureter enteroplastikai rekonstrukcióját határoztuk el. A kiindulási állapot rtg.-felvételeit az 1. és 2. ábra mutatja. 1982. aug. 31-én először a vesico-vaginális sipolyt zártuk kombinált transvesicális és hüvelyi úton. A közismerten rossz gyógyhajlamú besugárzott terület ellenére két biztató körülmény szolgált a korai sikeres zárás reménye mellett. Egyik az, hogy a hólyag már nem tartalmazott vizeletet, a másik pedig, hogy az ureter szájadékokra való tekintet nélkül lehetett a sipoly szőleit kimetszeni, réteget képezni és zárni mind a hólyag, mind a hüvely felől. A műtét utáni második héttől kezdve dilatációs kezelést kezdünk, fokozatosan emelkedő mennyiségű töltőfolyadékkal növelve a hólyag befogadóképességét. Eközben sipolyozást nem észleltünk. A sipolyzárás kéthónap távlatában is sikeresnek bizonyult (3. ábra), ezért 1982. okt. 29-én 20–25 cm-es terminalis ileumkaccsal j. o. uretero-ileo-cystostomiát készítettünk. A nephrostomia eltávolítása előtt készült anterograd contrast töltéses vizsgálat eredményét a 4. ábra mutatja. A radiológiailag és izo-



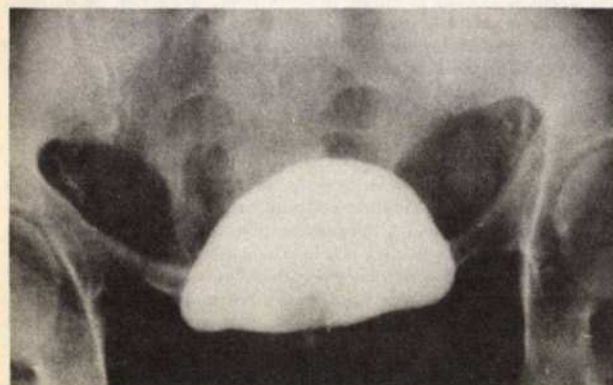
1. ábra: Kiválasztásos urographia: b.o. néma vese, j.o. obstructív alsó ureterszakasz, nephrostomia.



4. ábra: Nephrostomián keresztül — anterograd — töltés az ilealis substitutio után.



2. ábra: A hüvely felé sipolyozó hólyag képe.



3. ábra: A sipolyzárás utáni állapot.



5. ábra: Az 1986-ban készült kontroll urographia.

tópvizsgálattal is némának talált hal vese eltávolítására egyelőre nem láttunk okot. A legutóbbi ellenőrző vizsgálatra 1986. febr. 10-én került sor, mely az ileum-ureterrel együttjáró mérsékelt pyuriától eltekintve normális értékeket mutatott. Az ekkor készített kiválasztásos urographia az 5. sz. ábrán látható. A beteg panaszmentes, vizeletét jól tartja, sexualis élete rendezett, nagyon boldog, hogy két elkeserítő sipolyától megszabadult.

Megbeszélés

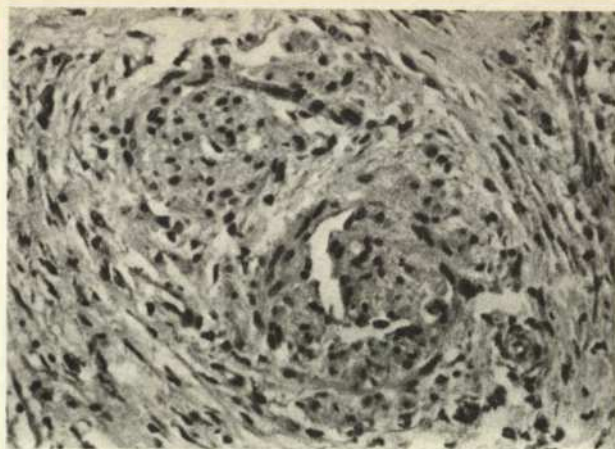
Az ureterek alsó szakaszának szűkülete, funkcionális károsodása a tuberculosus szűkületek mellett többnyire a radikális nőgyógyászati műtétek, ill. az ezeket követő sugárkezelések következménye. *Helbing* (10) és *Muth* (19) Wertheim-műtétek után az esetek 42,5%-ában talált pyelon és ureter-tágulatot, melyből 12,5% spontán visszafejlődött. *Kettler* (13) az operált és postoperatív besugárzott nőgyógyászati malignomás betegek 68%-ában talált húgyúti komplikációkat. *Kirchoff* (14) szerint a gyógyult, recidívamentes nőbetegek 20–25%-a az elvezető húgyutak zavara miatti komplikációkban szenved. *Alfert* (1) és *Bíró* (3) a cervix carcinomás betegek 70%-ánál ureter obstrukciót vagy más urológiai szövődményt észlelt, akiknek 3/4-e e szövődmények miatt halt meg. Ezeket az adatokat sectiós eredmények is megerősítik. Néhány autopsiás anyag szerint e betegek 24, ill. 33%-a radiotherapiát követő ureterocclusio okozta uraemiában halt meg úgy, hogy recidíva és metastasis mentes volt (1, 2, 14, 23). *Schmitz* (22) közölte az első olyan ureterszűkületes esetet, amit besugárzást követő fibrosis okozott. Azóta több kutató is beszámolt a postirradiációs fibrosis előfordulásáról. Ennek incidenciáját 1% körülnek tartják (1, 15, 24, 25). A csak műtéttel kezelt cervix carcinomás betegeknél e szám 1–3% körüli (8), míg a modernebb besugárzási technikával kezelt és operált betegek esetében az ureter-szűkületek incidenciáját 5–7,5%-ra teszik (8, 22, 25). Ezen adatoknál legyen szabad egy pillanatra megállni. Közismert az ilyen betegek onkoterapiás tervénél és az utógondozásánál az urographia jelentősége. *Goodman* (7) 712 betegből több mint 60%-nak nem volt előzetes IVP-je. *Kottmeier* (15) 3484 páciense közül kevesebb mint a felénél, és csak akkor végeztek rtg. vizsgálatot, ha a betegnek panaszai voltak. Ilyen hozzáállással nem meglepő, hogy az ureter-szűkületek előfordulása ennyire alacsonynak tűnik. Ezen komplikációk keletkezése szempontjából igen fontos szerepet játszik az az anatómiai körülmény, hogy az ureterek alsó szakasza és a húgyhólyag teljesen a sugárkévébe esnek. Ebben a Heise-féle urológiai „*Wetterwinkel*”-ben az ureterek csupán 2,5–3 cm távolságban vannak a cervix csatornától (25, 27). Az utóbbi időben szaporodnak az olyan észlelések, hogy a sugárkezelés következtében az uretereknek nemcsak az előbb említett terminális szakasza, hanem annak egész alsó harmada károsodik, amelynek komoly szerepe van a rekonstrukciós műtétek sikertelenségében (1, 26, 27). Az eddigi megfigyelések alapján 3 héttel a besugárzást követően a betegek 50–60%-ánál juxtavesicálisan radiációs ureteritis alakulhat ki következményes ureter- és pyelectasiával. Ezt a reversibilis acut állapotot az ureter valamennyi rétegének hyperaemiája és oedemája jellemzi (1, 5, 25). Ezek az esetek nem igényelnek azonnali sebészi beavatkozást, hiszen az oedema megszűntével a tágulat spon-

tán visszafejlődhet. Az irradiatio azonban a húgyhólyag és az ureter gazdag vascularis plexusában obliteráló endarteritist okozhat, csökkentve az ureter és a hólyag vérellátását. Így a következményes táplálási zavarok az izomzat atrophija és a kötőszövet proliferatiója révén a hólyag és az ureter károsodásához vezetnek. Ezek az irreversibilis állapotok viszont már sebészi korrekcióra szorulnak. Természetesen nem szabad megfeledkeznünk a postirradiációs szűkületek kialakulását elősegítő tényezőkről sem (1, 5, 8, 21, 24, 25, 27). Ezek közé kell sorolni:

1. Az anamnaesisben szereplő medencei vagy intraabdominális infectiókat (salpingitis, tuboovarialis abscessus, gangrenas appendix, perforált bél stb.).
2. A prae- vagy intraoperatív beavatkozásokat
 - a) a kivizsgálás során végzett retrograd pyelographia
 - b) a műtét során az ureter azonosítása céljából nagy kaliberű ureterkatheter alkalmazása
 - c) az ureter hosszú szakaszon történő lecsupaszítása
 - d) a mobilizált ureter nagyerejű és tartós vonagálása
 - e) egyéb műtét-technikai hibák.
3. Húgyúti infectiókat.

Tagadhatatlan tény, hogy az ureterobstrukciók kialakulásáért ezen esetek nagy részében a recidíváló carcinoma felelős. Ezért mielőtt a therapiás lehetőségeket számba vennénk, megfelelő körültekintéssel tisztáznunk kell akár exploratóival egybekötött biopsiával is, hogy a kialakult szűkület, sipoly nagy valószínűséggel postirradiációs eredetű-e. Ezt követően olyan megoldásra kell törekednünk, amely a vese tartós funkcióképessége és a beteg rehabilitációja szempontjából a legoptimálisabb. Kétségtelen, hogy azokban az esetekben amikor az ureterfal betegségén kívül már vesekárosodás is fennáll, feltétlenül előnyösebb lenne a húgyutak eredeti állapotának megfelelő rekonstrukció újranastomizálással, neointplantációval vagy hólyaglebenyből képzett ureter pótlással. Sajnos éppen ezek a betegek alkalmasak a legkevésbé az előbb említett műtéti eljárásokra. A beteg, sugárkárosodott, a funkcionális elemek helyén kötőszóval pótolat ureter neointplantációjától vagy bármely másféle plasztikájától sem várhatunk kielégítő eredményt. Közismert, hogy a plasztikai műtétek esetében csak akkor számolhatunk jó eredménnyel, ha ép struktúrájú szövetek között sikerül anastomosist képezni. Ellenkező esetben a neointplantált vagy hólyaglebenyből képzett ureter nem tudja fiziológias szerepét betölteni. A műtét után passage zavarok, szűkületek, sipolyok lépnek fel s a vesék állapota feltartóztathatatlanul tovább romlik. Az egyetlen eredeti állapotot megközelítően rekonstruáló belső drenázst biztosító műtét, mely ilyen esetekben az uretert egészséges, jó vérellátású és peristalticus működésű toldalékkal pótolhatja, az ileális ureter-substitutio, pyelo-ileo-cystostomia, vagy uretero-ileo-cystostomia formájában. Ezt a megoldást ezideig meglehetősen ritkán alkalmazták ilyen esetekben, bár *Perry* és *mtsai* (21) valamint *Shingleton* és *mtsai* (24) e módszerrel elért eredményeiket igen jónak tartják. Ez az eljárás, mint ahogy bemutattott esetünk is igazolja, nemcsak azt az előnyt rejti magában, hogy relatíve

sugárátalóm-mentes, magasabb ureter-szakaszt tudunk a kritikus uretero-ilealis anastomosishoz felhasználni, hanem azt is, hogy a zárt, continens drenázs lehetőségét is biztosíthatjuk. Ez a beteg részére szubjektíve a tökéletes helyreállítás érzetét kelti annak ellenére, hogy a restitutio nem az eredeti húgyutak felhasználásával, nem fiziológias úton történt. Kétségtelenül kedvezőtlen az a körülmény, hogy bizonytalan mértékben károsodott ileum kacsot kell felhasználnunk a pótláshoz. Mint ismeretes, a hasi és kismedencei malignomák és áttételeik sugárkezelésekor a szomszédos bëlterületeken is korai és késői sugárkárosodások léphetnek fel (6, 11, 28).



6. ábra: Szövetani kép a károsodott bélfalról.

Irodalmi adatok szerint az akut, legtöbbször múltó bélhuzami sugárreakciók gyakorisága 11–62%, a későieké pedig 0,5–18% között ingadozik. Témánk szempontjából a késői következmények bírnak jelentőséggel, melyek az esetek többségében a besugárzás után 6–24 hónap múlva intermittáló hasi fájdalmakkal, nyákos-véres hasmenésekkel, az általános állapot romlásával jelentkeznek. Ezen esetek 1–2%-ában a károsodások oly súlyosak lehetnek (stenosis, obstructio, perforatio, fistula), hogy sebészi beavatkozás is szükségessé válhat. Sajnos e műtétek postoperatív morbiditása és letalitása még antibioticum profilaxis ellenére is magas (15–37%). A Douglas üregben helyet foglaló mobilis terminális ileum-kacsok is részsednek tehát a besugárzásból. Ez az anastomosisok gyógyulási hajlamát és a kirekesztett bél életképességét kedvezőtlenül befolyásolhatja. Emiatt egyesek a proximálisabb ileum vagy a jejunum területéből ajánlják a substitúciós kacs képzését (1, 9, 12, 20, 21, 24). Sajnos a sugárkezelés kvalitása, a sugáranyag nagysága, annak tolerálása, a besugárzás technikája és a sebgyógyulás közötti összefüggésben sok ismeretlen és individuális különbség van (6, 16, 21). Így az előbbieket pontos ismeretében sem mondhatunk megbízható prognózist a várható sebgyógyulási szövődményeket illetően. Ezt a jogos aggályt támasztja alá egy későbbi betegünk esete, kinél hasonló ok miatt bal oldali ileum-ureter pótlást végeztünk. A postoperatív szakban a hasi seb szétválását hónapokig tartó, s egyre szaporodó vékonybélispolyp képződés követte. A műtét után 5 hónappal meghalt beteg terminális vékony- és alsó vastagbél-szakaszának histológiai képe súlyos sugárkárosodást mutatott, mely magyarázatát adta a multiplex sipolyképződésnek (6. ábra). Ezen második esetünkre való utalást nem az ureter ilealis substitúciójával szembeni bizalmatlanság kialakítására, hanem a sikeres eredményű és tragikus végű műteteinknek az irodalom idevágó adataival való összevetése után a megfelelő tanulságok levonására szántuk. Jogosan adódik a kérdés, melyek ezek?

1. Carcinómás beteg kezelésének megkezdése előtt izotóp renographia, és a legsekélyebb eltérés esetén a klinikai kép tisztázása, valamint az adott status rögzítése végett kiválasztásos urographia végzendő. A therapiás beavatkozást követően az első évben 3 hónaponként, a második évben 6 hónaponként, a harmadik évtől pedig évenkénti kontrollnál kerüljön sor az IRG-ás és értelemszerűen az urographiás, valamint a laboratóriumi (CN, se creatinin, se Na—K—Cl, Se pH, vérkép, vizelet ül-teny.) vizsgálatokra, hogy idejében felismerhető legyen az urológiai beavatkozás szükségessége.

2. Megfontolandó az uk. válogatás nélküli alkalmazása, ha a műtét malignus medencei folyamat miatt történik és ezt még sugártherapia is követi.

3. Szem előtt tartandó a maradandó ureterkárosodások (1,5–8,5 hónap) és a késői bélkárosodások (6–24 hónap) manifestációjának az ideje.

4. A nőgyógyász és az urológus szoros együttműködésével tisztázandó — akár biopsziával is — az ureterobstructio eredete. Amennyiben az tumoros eredetű, úgy a korábbi deviatio (nephrostomia, uretero-cutaneostomia) definitívnek tekintendő. Ellenkező esetben a reconstructio megkísérlendő, amelyre mi az uretero-ileo-cystoplasticát ajánljuk.

5. Az ureter ilealis substitúciójánál, de bármely más enteroplastikai megoldásnál (ileum conduit, colon transversum conduit) az ureternek a medence linea terminálisra vagy a fölé eső részre, míg a vékonybélnek a proximálisabb ileális vagy jejunális 20–25 cm-es szakasza használandó.

6. Felhívjuk a figyelmet a subtilis műtési technikára, a kiválasztott bélsegment jó vérellátására, és az anastomosisok feszülésmentességére.

7. A perioperatív ténykedések között nagy jelentősége van a beteg gondos, szükség esetén tartósabb műtési előkészítésének — ami alatt mi a szervezet homeostasisának (sav-bázis, elektrolit viszonyok, fehérje egyensúly, parenterális hyperalimentatio stb.) a biztosítását értjük — amelytől a műtét utáni morbiditás és mortalitás csökkenését reméljük.

IRODALOM: 1. Alfert, H. J., Gillenwater, J. Y.: The consequences of ureteral irradiation with special reference to subsequent ureteral injury. J. Urol. 1972, 107, 369. — 2. Altwater, G., Imholz, G.: Ureteral stenosis in carcinoma of the colium uteri. Geburtsh. u. Frauenhk. 1960, 20, 1214. — 3. Bíró, I. és mtsai: Malignus gynecologiai tumorok urológiai szövődményeinek felismeréséről és műtési megoldásáról. Magyar Onkológia. 1976, 20, 33. — 4. Bricker, E. M.: Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg. Clin. N. Amer. 1950, 30, 1511. — 5. Everett, H. S.: The effect of carcinoma of the cervix uteri and its treatment upon the urinary tract. Am. J. Obst. Gynec. 1939, 38, 889. — 6. Frede, K. E.: Strahlenschäden an Dick- und Dünndarm und ihre chirurgische Behandlung. Med. Klinik. 1984, 79, 322. — 7. Goodman, M., Dalton, J. R.: Ureteral strictures following radiotherapy incidence, etiology and treatment guidelines. J. Urol. 1982, 128, 21. — 8. Harry, B.: The Ureter. Springer Verlag. New York—Heidelberg—Berlin. 1981. 596. — 9. Hecker, G. N. és mtsai: Radical cystectomy after supravoltage radiotherapy. J. Urol. 1964, 91, 256. — 10. Helbing, W. j Spätfolgen im Bereich des Harnsystems nach gynäko-

logischer Strahlenbehandlung. Zbl. Chir. Suppl. 1967. 92. 2022. — 11. *Howard, A., Pelc, S. R.*: Nuclear incorporation of P-32-as demonstrated by autoradiographs. Exp. cell. Res. 1951. 2, 178. — 12. *Janknegt, R. A.*: Absorption of urine products in jejunum ileum and sigmoid loops. Urol. Int. 1967, 22, 435. — 13. *Kettler, R.*: lásd Schmidt, W.: Urologische Komplikationen nach Strahlenbehandlung. Z. Urol. 1964. 57. 287. — Az eredeti közlemény: Vortrag Internat. Urol. Symposion Berlin. 1962. Kongresszusi Kiadvány. — 14. *Kirchhoff, H. S.*: Complication abundant changes in the urinary tract after radiotherapy of cervical carcinoma. Geburtsh. u. Frauenhk. 1960, 20. 34. — 15. *Kottmeier, H. J.*: Complications following radiation therapy in carcinoma of the cervix and their treatment. Am. J. Obst. Gynec. 1964, 88, 854. — 16. *Laakso, L., Grönroos, M., Vilhonen, E.*: Measurements of ureteral radiation doses in gynecological cancer patients. Strahlentherapie. 1968, 136, 562. — 17. *Mohácsi, L.*: Ureterpótlás a béltraktusból kikiktatott reducalt felszínű ileum-kacsával. Debreceni I. sz. Seb. Klinika Évkönyve. 1968. 158. — 18. *Mohácsi, L., Porkoláb, Z., Dohánics, S.*: Aorto-bifemorális bypass műtétet követő ureterelzáródás megoldása colon descendens ureterrel. Orv. Hetil. 1982, 124, 953. — 19. *Muth, H.*: Über die durch Strahlenbehandlung des uteruskarzinoms hervorgerufenen Funktions-

störungen der ableitenden Harnwege. Geburtsh. u. Frauenhk. 1957, 17, 983. — 20. *Naitove, A., és mtsai.*: Small bowel absorption of urine. Surg. Forum. 1971, 22, 364. — 21. *Perry, C. P., és mtsai.*: Treatment of irradiation injury to the ureter by ileal substitution. Obst. Gynec. 1975, 46, 517. — 22. *Schmitz, H.*: Complications of the urinary tract due to carcinoma of the uterine cervix or radiation treatment. Am. J. Roentgen. 1930, 24, 47. — 23. *Schoones, R., és mtsai.*: Ureteral obstruction following treatment of cervical carcinoma. J. Surg. Oncol. 1969, 1, 351. — 24. *Shingleton, H. M., és mtsai.*: Ureteral strictures following therapy for carcinoma of the cervix. Cancer. 1969, 24, 77. — 25. *Sklaroff, D. M., Gnanaswaran, P., Sklaroff, R. B.*: Postirradiation ureteric stricture. Gynec. Oncol. 1978, 6, 538. — 26. *Ulmstein, U.*: Obstruction of the upper urinary tract after treatment of carcinoma of uterine cervix. Acta Obst. Gynec. Scand. 1975. 54, 297. — 27. *Underwood, P. B. jr., Lutz, M. H., Smoak, D. L.*: Ureteral injury following irradiation therapy for carcinoma of the cervix. Obst. Gynec. 1977. 49. 663. — 28. *Verbin, R. S. és mtsai.*: Synchronisation of cell division in vivo through the combined use of Cytosine etc. Cancer Res. 1972, 32, 1489.

(Erdei Károly dr. Nyíregyháza, Sóstói u. 37. 4400.)

TOBANUM TABLETTA

Viszonylag tartós hatású. nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3–10-szer hatékonyabb. Egy tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK

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

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

ADAGOLÁSA

Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3× $\frac{1}{2}$ tabl.

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

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

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

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

Fokozott óvatossággal adható

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

FIGYELMEZTETÉS

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

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

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

PH

BRULAMYCIN®

antibioticum
cum spectro lato

injekció



HATÓANYAG:

40 mg, illetve 80 mg tobramycinum, 1 ml-es, illetve 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 *staphylococcus*ok.

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 a méhkülső 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 *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.

Csökkentettségű betegekben az adag 1 mg/kg legyen, az egyes adagok közötti időtartamot a vese-funkció szerint szabjuk meg, az alábbiak szerint:

Szérum mg%	Kreatinin $\mu\text{mol/l}$	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 alkalmazzuk. A hatóanyag koncentrációja lehetőség szerint 1 mg/ml alatt legyen.

MELLÉKHATÁSOK:

A vese-funkció változása (a karbamid-N, maradék-N, se-kreatinin értékek emelkedése, oliguria, cylindruria, fokozódó proteinuria) — elsősorban a vesekárosodott betegekben az ajánlottnál nagyobb adagok alkalmazásakor fordulhat elő.

Ototoxikus hatás: vestibularis károsodás (szédülés, fülzúgás, fülcsengés), halláskárosodás — főként nagyobb adagok, illetve tartós alkalmazás esetén várható.

A nephro- és ototoxicitás kockázata kisebb ép vese-funkciójú betegekben, továbbá az előírt adagolás és kezelési időtartam betartása mellett.

Esetenként megfigyelhető volt a kezelés alatt a transzamináz-értékek (SGOT, SGPT) pozitív válnása és a szérum-bilirubin-szint emelkedése, anaemia, leuko- és thrombocytopenia, láz, bőrkiütések, urticaria, viszketés, fejfájás, báyadtság, hányás.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadása

— egyéb neuro- és nephrotoxikus antibiotikumokkal, pl. aminoglikozid és polipeptid antibiotikumokkal, Ceporinnal (neuro- és nephrotoxicitás fokozódás).

— Furosemiddel és Uregyttel (ototoxicitás fokozódás). Neuromuskuláris blokkolókkal pl. tubokurarrinnal, szukcinilkolinallal történő együttadáskor fennáll az izomrelaxáns hatás fokozódásának lehetősége (légszébénulás veszélye). Az aminoglikozidok a béta-laktám antibiotikumokkal komplexet alkotva hatáscsökkentő interakcióba léphetnek (tobramicin első-sorban a karbenicillinnel, tikarcillinnel), ezért a gyógyszerek azonos feckendőbe vagy azonos infúziós oldatba összeszívní nem szabad. In vivo a kölcsönhatás csak beszűkült vese-funkciónál, magas szérumkoncentrációk esetén jön létre.

FIGYELMEZTETÉS:

Az aminoglikozidokra jellemző potenciális toxicitás miatt a betegek gondos klinikai megfigyelése szükséges. Kimutatható vagy feltételezhető vesekárosodás esetén, illetve ha a kezelés során a kezdetben ép vese-funkció 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 vese-működés éretlensége miatt csak különös óvatossággal adható.

Túlادagolás vagy toxikus tünetek esetén peritoneális vagy hemodialízissel gyorsítható kiürítése a vérből.

A kezelés alatt nem érzékeny mikroorganizmusok előretörése előfordulhat.

Terhességben az aminoglikozidok alkalmazását maradandó magzati károsodás veszélye miatt csak az anya életveszélyes és atoxikus antibiotikummal nem kezelhető bakteriális infekciója indokolhatja.

MEGJEGYZÉS:

☒☒ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

C SOMAGOLÁS:

10 db 2 ml-es ampulla
10 db 1 ml-es ampulla

271,50 Ft
137,50 Ft



Biogal Gyógyszergyár, Debrecen

KOLOSZÁR
SÁNDOR DR.,
BÁRTFAI GYÖRGY DR.,
GODÓ GYÖRGY DR.
ÉS SAS MIHÁLY DR.

Gonadotropin releasing hormon pulzációs adagolása hyperprolactinaemiás oligo-, -amenorrhoeában

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők hyperprolactinaemiás oligo-, amenorrhoeában végeztek pulzációs gonadotropin releasing hormon (GnRH) kezelést. Mérsékelt és jelentősen emelkedett plasma prolactin szint esetén is sikerült az ovulációt kiváltani, sőt az utóbbi esetben terhesség is bekövetkezett. A kezelést megelőzően a GnRH terheléses tesztre mindkét esetben kedvező hypophyseális választ kaptak. A GnRH adagolása során a plasma prolactin szint lényegesen nem csökkent, sőt a ciklus második felében a kiindulási értékeknél magasabb szinteket mértek. Emelkedettebb prolactin szint esetén az LH-csúcs később jelentkezett. A GnRH kezelés a hyperprolactinaemiás állapotokban alkalmas ovulációs induktív módszernek látszik olyan esetekben, mikor a GnRH terheléses tesztre kedvező hypophyseális választ kapunk és a bromocriptin terapia eredménytelen vagy a kifejezettebben jelentkező mellékhatások miatt a bromocriptin kezelés felfüggesztésére kényszerülünk.

Pulsatory administration of gonadotropin releasing hormone in hyperprolactinemic oligo-, amenorrhea. Pulsatory gonadotropin releasing hormone (GnRH) therapy was applied in oligo-, amenorrhea. Ovulation was successfully induced also in cases with moderately and significantly elevated plasma prolactin level. Even pregnancy occurred in the latter case. Previous to the treatment favourable hypophyseal response was obtained upon GnRH loading test in both cases. In the course of GnRH therapy the plasma prolactin level failed to decrease significantly moreover in the second half of the cycle levels higher than the initial values were measured. In the case of elevated prolactin level the LH peak appeared later. GnRH therapy seems to be a suitable ovulation inducing method if favourable hypophyseal response is given upon GnRH loading test and the bromocriptine therapy is either unsuccessful or owing to expressed side-effects the therapy must be stopped.

A hypothalamikus amenorrhoeák kezelése a 70-es évek végén új lehetőséggel, a gonadotropin releasing hormon (GnRH) pulzációs, intravénás adagolásával gazdagodott, és szaporodik azon közlemények száma, melyek terhességről és szülésről számolnak be (1, 6).

Az amenorrhoeák mintegy 25%-ában a magas plasma prolactin szint szerepel kórokként — hyperprolactinaemia esetén hiányzik a szakaszos LH pulzáció, ami anovulációt eredményez (8). Leyendecker (5) a hypothalamikus amenorrhoeák kezelése során eredményesen alkalmazta a GnRH pulzációs infúzióját olyan esetben is, amikor az emelkedett plasma prolactin szint elégtelen vagy hibás endogen GnRH secretióval járt együtt. A bromocriptin (Bc) térhódítása a hyperprolactinaemiás állapotok kezelésében ezt a megfigyelést háttérbe szorította, ezért szeretnénk közreadni a GnRH pulzációs adagolásával szerzett tapasztalatainkat.

Módszer és betegek

Kisméretű, elemmel működtetett, hordozható infúziós pumpával (Zyklomat^R, Ferring, D—2300 Kiel) adagoltuk a GnRH (Gonadorelin^R, Ferring, D—2300 Kiel) 20 µg-os adagját, 50 µl fiziológias NaCl-ban oldva, iv. katéteren át, rendszerint a véna cubitalisba 90 percenként. A kezelés alatt naponta ellenőriztük az alaphőmérsékletet, a cervix nyák állapotát, a vizelet oestron-3-alfa-glucuronid ürítést, a plasma FSH, LH, prolactin, progesteron szintet és ultrahang folliculometriát is végeztünk. A hormonmeghatározások a „WHO Matched Reagent Program 1985” RIA módszerei szerint folytak. Ovulációt az alaphőmérsékleti görbe emelkedésével, legalább 10 napon át tartó 15 nmol/l feletti progesteron szinttel, a „ferning teszt” negatívvá válásával igazoltuk, illetve terhességgel, melyet immunológiai terhességi próbával, majd ultrahang vizsgálattal bizonyítottunk.

1983 óta foglalkozunk a GnRH pulzációs adagolásával és ezidáig 25 beteg 30 ciklusában végeztük el a kezelést. 2 betegünk esetében emelkedett prolactin szintet találtunk (600 mU/l feletti érték). Mivel kezelés előtt a GnRH terheléses tesztre jó hypophyseális választ kaptunk, ezért a GnRH pulzációs adagolásával próbáltuk meg az ovulációt kiváltani.

M. I. 30 éves asszony primer sterilitással és oligomenorrhoeával jelentkezett. Menarche 14 éves korban, melyet spontán irreguláris menstruációk követtek. 5 éve él házasságban, nem védekeztek, eddig nem esett teherbe. Az elvégzett vizsgálatok normogonadotropos oligomenorrhoeát és mérsékelt magas hyperprolactinaemiát állapítottak meg.

Testmagassága: 163 cm, testsúlya: 58 kg. Hormonális status: FSH: 3,5 IU/l, LH: 8,93 IU/l, prolactin: 1222 mU/l,

Kulcsszavak: gonadotropin releasing hormon, hyperprolactinaemiás oligo-, amenorrhoea, ovulatio inductio

vizelet oestron-3-alfa-glucuronid: 35 nmol/l, progesteron: 3,4 nmol/l. Thyreoidea funkciók és a sella rtg nem mutattak eltérést, hasonlóan a színes látótér vizsgálat sem. Maritus: normospermia. Genitalis vizsgálati lelet normális, hysterosalpingographiával mindkét kürt átjárható. Progesteron teszt pozitív, clomiphen kezelésre vérzés jelentkezett, ovulatio nem. A GnRH terheléses tesztre (100 µg GnRH iv.) jó válaszreakció. Galactorrhoeát nem tapasztaltunk.

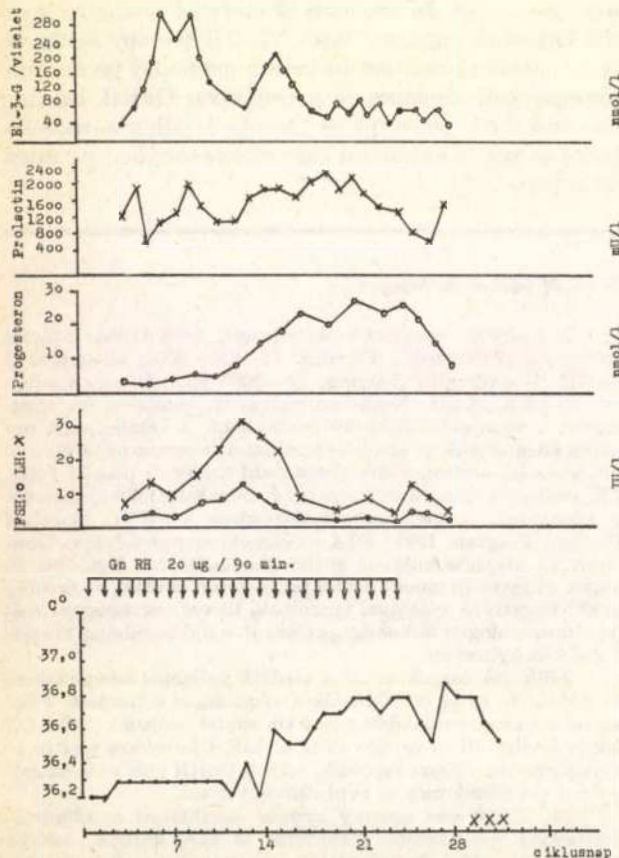
K. L. 28 éves beteg meddőségi panasszal és 14 hónapja tartó sekunder amenorrhoeával kereste fel szakrendelésünket. Menarche 13 éves korban, 17 éves koráig rendszeres mensesek. Ezt követően vérzései egyre ritkábban jelentkeztek, majd amenorrhoeás lett.

Testmagassága: 159 cm, testsúlya: 66 kg. Hormonális állapot: FSH: 2,3 IU/l, LH: 5,4 IU/l, prolactin: 8540 mU/l, progesteron: 4,1 nmol/l, vizelet oestron-3-alfa-glucuronid ürítés: 26 nmol/l. Thyreoidea funkciók normálisak. Sella felvétel, színes látótér vizsgálat hypophysys tumorra utaló jelet nem mutatott. Galactorrhoea nem jelentkezett. Gestagen teszt, clomiphen kezelésre vérzése nem jelentkezett, viszont a GnRH terheléses vizsgálatra jó hypophysys választ kaptunk. Maritus: normospermia. Hysterosalpingographiával mindkét kürt átjárható. Genitalis status: nőies szörzeteloszlás, rendesnél kisebb hypoplasiás uterus, környezetében kóros nem tapintható.

Eredmények

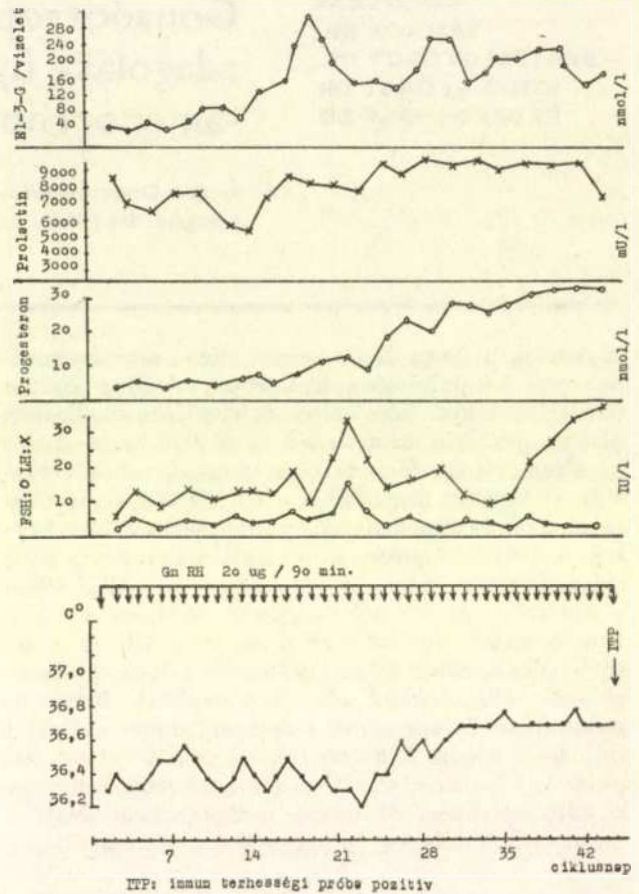
A 90 percként adagolt 20 µg-os GnRH kezelésre mindkét betegünk esetében az ovulatio kiváltódott.

Mérsékeltlen magas plasma prolactin szintnél az LH-csúcs a kezelés 13. napján következett be, melyet az alaphőmérsékleti görbe és a plasma progesteron értékek alapján ovulatio követett. A 29. ciklusnapon menses jelentkezett (1. ábra).



1. ábra: Vizelet oestron-3-alfa-glucuronid ürítés, plasma progesteron, prolactin, FSH, LH szint és az alaphőmérsékleti görbe alakulása GnRH pulzációs iv. infúziójával végzett ovulatio inductio során. Az ovulatio kiváltódott. M. I. 30 éves asszony.

Emelkedettebb prolactin szint esetén az LH-csúcs később alakult ki, a ciklus 21. napján. Az LH-csúcsot ovulatio és terhesség követte, melyet immunológiai terhességi próbával és ultrahang vizsgálattal igazoltunk (2. ábra). A 39. terhességi héten lezajlott spontán hüvelyi szülésből élő, érett leány (3100 g) született.



2. ábra: Az első ábrához hasonlóan feltüntetett paraméterek alakulása emelkedettebb prolactin szint esetén. A GnRH adagolását követően az ovulatio kiváltódott, terhesség következett be. K. L. 28 éves nőbeteg.

A kezelés alatt a ciklus első felében a prolactin-szint mérsékeltlen csökkent, de a ciklus második részében a kiindulási értékénél magasabb szinteket mértünk.

Megbeszélés

A hyperprolactinaemiával járó functionális infertilitás kezelése alapvetően a bromocriptin adagolásával történik (2, 3, 7, 9). Amenorrhoea esetén a Bc kezelés több hónapig is eltarthat míg a prolactin termelés oly mértékben csökken, hogy a menstruációs ciklus visszatér és ovulatio következik be (10). A Bc mintegy 75%-ban állítja vissza a menstruációs ciklust, és 66%-ban váltódik ki az ovulatio (10). A Bc adagolás alatt mellékhatásként 26%-ban hányinger, 14%-ban hányás, 10%-ban szédülés, 7%-ban fejfájás és 4%-ban fáradtság léphet fel (4), ami a kezelés esetleges felüggesztéséhez vezethet. A GnRH kezelés alatt zavaró tényező az intravénás kanül hosszabb ideig tartó behelyezése, ami az esetek kis hányadában (nem megfelelő steril körülmények) thrombophlebitist eredményezhet. (Vizsgálataink során 30 kezelt ciklusból

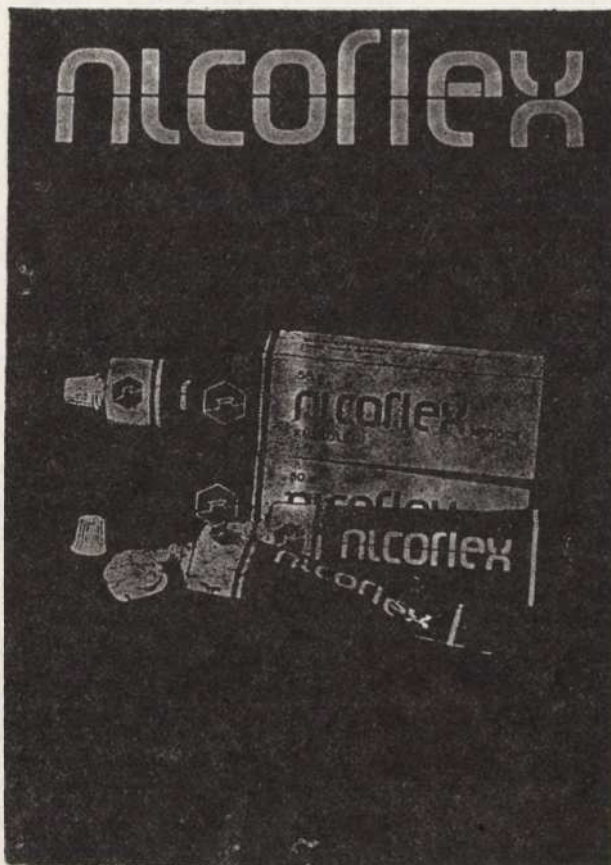
egy alkalommal fordult elő.) A GnRH kezelés hát-
ránya még a gyógyszer drágasága, nehezen beszerezhe-
tősége, habár ez a Bc-nél is tapasztalható.

A pulzációs GnRH kezelés során a mérsékelt
magas és az erősen emelkedett prolactin szint esetén is
kiváltódott az ovulatio, mégpedig a Bc kezelésnél rövi-
debb idő alatt. Úgy tűnik, hogy fix GnRH dózist alkal-
mazva magasabb prolactin szint esetén később jelent-
kezik az LH-csúcs és az ovulatio. A GnRH kezelés alatt
a prolactin szint lényegesen nem csökkent, sőt a ciklus
második felében a kiindulási értéknél magasabbak az
eredmények, tehát az exogen bevitt GnRH pulzációja
hat a hypophysis-ovariális tengely működésére és
váltja ki az ovulatiót.

A módszer bonyolultsága, a GnRH készítmény
drágasága és a ciklusmonitorizálás miatt egyelőre ez a
kezelési mód nem jelentkezik rutinszerűen a hyper-
prolactinaemiás állapotokban az ovulatio kiváltására,
viszont alkalmas alternatíva lehet a Bc kezelés mellett
olyan esetekben, mikor az nem áll rendelkezésre, a Bc
therapia eredménytelen és a kifejezetten jelentkező
mellékhatások miatt a Bc kezelés felfüggesztésére kény-
szerülünk.

IRODALOM: 1. Berg, D., Mickan, H., Michael, S. és
mtsai: Ovulation and pregnancy after pulsatile administration
of Gonadotropin Releasing Hormone. Arch. Gynecol. 1983,
233, 205. — 2. Besser, G. M., Parke, L., Edwards, C. R. W. és
mtsai: Galactorrhoea: successful treatment with reduction of
plasma prolactin levels by brom-ergocryptine. Brit. med. J.
1974, 3, 669. — 3. Brun del Re, R., del Pozo, E. de Grandi, P. és
mtsai: Prolactin inhibition and suppression of puerperal lacta-
tion by a Br-ergocryptine (CB 154). Obstet. Gynecol. 1973, 41,
884. — 4. Hirnoven, E. és mtsai.: Prolactin suppression stimu-
lates clomiphene responsiveness. Int. J. Fertil. 1976, 21, 255. —
5. Leyendecker, G., Struve, T., Plotz, E. J.: Induction of ovulation
with chronic intermittent (Pulsatile) administration of LH-RH
in women with hypothalamic and hyperprolactinemic amenorr-
hoea. Arch. Gynecol. 1981, 229, 177. — 6. Nillius, S. J., Fries,
H. and Wide, L.: Successful induction of follicular maturation
and ovulation by prolonged treatme with LH-Releasing
Hormone in women with anorexia nervosa. Amer. J. Obstet.
Gynecol. 1975, 122, 921. — 7. del Pozo, E. és mtsai: Prolactin
and deficient luteal function. Obstet. Gynecol. 1979, 53, 282. —
8. del Pozo, E., Jaton, A. L.: Prolactin, Sandoz AG, Bazel, 1984.
— 9. Thorner, M. O., Besser, G. M., Jones, A. és mtsai: Bromo-
criptine therapy of female infertility-A report of 13 pregnancies.
Br. Med. J. 1975, 4, 694. — 10. Wormser, P. H. et Püttet, R.:
Parlodol[®]. Illustrated Product Information, Sandoz, Basel,
1979.

(Kolozsár Sándor dr. 6701. Szeged, Pf. 438.)



kenőcs V OOO Antirheumatica mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum
lavendulae-, 1 g aethylum nicoticum-, 4,5 g aethylenglyco-
lum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemesható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosis-hoz csat-
lakozó neuralgiák, krónikus polyarthrititis (rheumatoid arthri-
tis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szaká-
ban. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladásos aktív szaka

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk,
szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izü-
leti megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd
azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Be-
melegítés céljából a kenőcsből 4-5 cm csíkot a sportoló gyü-
rásakor a bőrbe dörzsölünk

MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedve-
zően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenő-
csöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés
után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell
tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedés
s ezzel egyidejűleg csipős, égető érzés jelentkezik, mely kb
1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalm-
mazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-es tubus

TÉRITÉSI DÍJ:

5.- Ft/tubus



Gyártja:
„REANAL” Finomvegyszergyár, Budapest

Alksebör®

KENŐCS

T 110; T 130

HATÓANYAG: Chlorhexidinum hydrochloricum 200 mg, axeropholum solutum 100 mg, tocopherolum aceticum 100 mg, dexpanthenolum 800 mg, vízzel lemosható (20 g) kenőcsben.

HATÁS: A klórhexidin intenzív antibakteriális és antifungális hatása jól érvényesül olyan bőrbetegségekben, melyeknek keletkezésében számos kóroki tényező mellett a bakteriális és mikotikus komponenseknek is szerep tulajdonítható. A klórhexidint a baktériumsejtek jól adszorbeálják és ezt követi a sejtek permeabilitásának változása. A klórhexidin lipofil csoportjai a sejt lipoprotein hátyájának dezorientációját okozák, a sejtmembrán ozmotikus képessége károsul. Akadályozza a baktériumsejt anyagcseréjét a membránokon keresztül, olyan módon, hogy vagy teljes réteget alkot a sejt egész felületén, vagy úgy, hogy a citoplazma membrán destruktációját idézi elő. Antimikrobiális hatása bakteriosztatikus, ill. baktericid.

Acne betegségben az antibakteriális hatáson kívül nem elhanyagolható a szer lipidkiválasztást csökkentő hatása sem. A készítményben levő vitaminok antiseborrhoeas hatása régóta jól ismert, kiterjedten alkalmazzák különböző seborrhoeas kórképekben belsőleg és külsőleg egyaránt.

JAVALLATOK:

— Seborrhoeas kórképek enyhe és középsúlyos alakjaiban monoterápiaként, súlyosabb alakjaiban az orális terápia kiegészítőjeként: acne vulgaris, acne conglobata, rosacea, seborrhoea oleosa, seborrhoeas dermatitis, perioralis dermatitis.

— Egyéb bőrgyógyászati kórképek: mikrobás ekcéma, impetiginosus kontakt ekcéma.

ALKALMAZÁS: A beteg bőrfelület előzetes és gondos megtisztítása (bortípustól és érzékenységtől függően melegvíz vagy arcszesz használata) után a készítményt naponta 2-szer (reggel és este) a gondosan leszáritott bőrfelületre vékony rétegben kell felvinni.

MELLÉKHATÁSOK: Bőrirritáló, ill. szenzibilizáló hatása elhanyagolható, azonban érzékeny bőrű egyéneken dermatitis előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: Ha érzékeny bőrű egyéneken a kezelés kezdetén fellépő égő-csípős érzet, bőrpír a készítményhez való fokozatos hozzászoktatás után is fennmarad, a kezelést abba kell hagyni. A klórhexidin szappannal inkompatibilis, ezért a kenőcs alkalmazása előtt a szappannal tisztított bőrfelületet bő vízzel alaposan le kell mosni.

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 3,— Ft

FORGALOMBA HOZZA:

Alkaloida Vegyészeti Gyár



Tiszavasvári



125 éve indult meg a Gyógyszerészi Hetilap

Előzmények

A reformkorban felmerült a tudományos élet megszervezésének az igénye. Ezt az 1825—27. évi országgyűlésen megalapított Akadémia egyedül nem biztosíthatta, hiszen fő célja a nyelv- és irodalom művelése volt. Az orvosi irodalom magyar nyelvű művelését legjobban a Bugát Pál és Toldy Ferenc által 1831-ben alapított Orvosi Társaság szolgálta. A gyógyszerészek hasonló törekvését azonban csak az 1848. évi forradalom hozta elérhető közelségbe. Ennek köszönhetően adta ki Láng Adolf Ferenc nyitrai gyógyszerész — neves botanikus, 1858-tól az akadémia levelező tagja — Gyógyszerészi Hírlap c. kéthetenként megjelenő lapját. A szabadságharc bukásakor azonban nemcsak az Orvosi Társaság, hanem a mindössze hét (más források szerint 9) számot megélt Gyógyszerészi Hírlap is megszűnt (1).

A konszolidáció kezdetekor, 1857-ben megindított Orvosi Hetilap teret nyújtott ugyan gyógyszerészi közleményeknek, hiszen az első 6 év alatt 91 ilyen cikk jelent meg (2) általában a „Gyógyszertani közlemények” c. rovatban. Ezenkívül megjelent 145 referáló jellegű cikk is Kátay Gábor gyógyszerész — ekkor már pesti orvostanhallgató — gondozásában (3). Az önálló magyar nyelvű gyógyszerészi szaklap ennek ellenére hiányzott.

Így reális társadalmi igényt elégített ki Schédy Sándor gyógyszerész akkor, amikor — gyógyszerértári bérletét feladva — önálló magyar nyelvű szaklap alapítására határozta el magát (4). Mindezt maga az a tény bizonyítja, hogy a lap — miután 40 évig ő szerkesztette — halála után is még évtizedeken át fennmaradt.

A Gyógyszerészi Hetilap alapításának körülményei

Akkoriban engedély kellett a lapalapításhoz. A kérelmet a Helytartótanács engedélyezte és 1861. november 7-i leiratában hozzájárult az új hetilap megjelenéséhez. A terv azonban meglehetősen kockázatos volt. Éppen ezért nem lehet megindulásának jelentőségét túlértékelni. Az akkori társadalmi-politikai viszonyokról magának a lapalapítónak a visszaemlékezéseiből idézhetünk (5); e sorokból egyértelműen kiviláglik, hogy akkoriban önálló magyar gyógyszerészetről alig lehetett szólni, hiszen „1862-ben még mindig nagyon szomorú idők jártak Magyarországon...” A költő szavai szerint a magyar ember még mindig „nem lelte honát e hazában”. Ősi intézményeinket, a nemzet újjáébredésének korában létesített törvényeinket az idegen hatalom lekötve tartotta. Idegen hivatalnoksereg érvényesítette befolyását; bizalmatlanság volt fent, alant; sajtószabadságnak se híre, se hamva. Az emberek érdeklődését a politikai viszonyok tartották lekötve.

A nemzet a passzív resistencia idejét élte. Gyors változást várt mindenki, mert a meglévőnek maradandóságában nem bízott senki...”

„Célom tisztán lebegett szemeim előtt, annál tisztábban, mennél elmaradottabbak voltak szakmánk viszonyai... A lap megindításakor a hazai gyógyszerészetnek nemzeti jegyben való fejlesztését illetőleg széles és egészen parlagon működési tért találtunk magunk előtt.”

„A hatvanas évek elején ugyanis a hazai gyógyszerészetnek túlnyomóan német jellege volt. Még kevéssel azelőtt az akkoron egyetlen hazai egyetemen az oktatási nyelv a német lévén, úgy a régi, mint az újabb nemzedék szakműveltsége német volt; se magyar szakirodalom, még csak magyar műnyelv felett sem rendelkezünk. A magyar elem a magyarok-lakta vidékekre szorult s még ott sem volt túlnyomó.”

„Elsőben arra kellett tehát törekednünk, hogy a nemzeti nyelvnek a gyógyszerészeti szaktudomány terén útjait egyengessük. Ez lassú, sok áldozattal, keserűséggel és fáradsággal egybekötött munka volt.”

A hetilap első száma 1862. január 2-i kelettel jelent meg. Alcímeként „A gyógyszerészeti tudományok fejlődésének közlönye” feliratot viselt; Schédy Sándor neve mint szerkesztő-tulajdonos szerepelt.

A Hetilap tartalma

A Gyógyszerészi Hetilap fejléce alatt a „Tartalom” szerepelt; később ezt egy ettől elválasztott, külön „Tárca” rovat is követte. Később a lap mérete megnőtt és a ma szokásos A/4 formát vette fel; ekkor a tartalomjegyzék eltűnt a fejléc alól. Amikor Schédytól előbb a szerkesztést, majd a lap tulajdonosi jogát is dr. Varságh Zoltán vette át (rőla még szólunk), a főcím alatt „A magyar gyógyszerészet tudományos és szociális törekvéseinek közlönye” alcím jelent meg.

De térjünk vissza az első szám tartalmához. Itt a következők olvashatók: Előrajzunk. — Az elméleti vegytan föladatáról és jelen állapotáról Thann (sic!) Károly tr. egyetemi tanártól. — A színképkészülék, s a színképek észlelete általi vegyelemzés. Felletár Emil egyetemi tanársegédétől. — A salicin meghatározása. — A cinchonin kémszere. — Törvényszéki vegykémlet. Közli Felletár Emil. — Ügyeink. Az országos gyógyszerészegylet érdekében. Felletár Emiltől. — Vegyesek.

Idézzünk két-három bekezdést a lap címdalán kezdődő „Előrajzunk”-ból: „Az irodalom, e mértéke a nemzetek műveltségének, a polgáriasult Európa minden országában egy-egy kis önálló világot képez; ez azon kör, hol a nemzetek napszamosai kiapadhatatlan szorgalommal róják le a haza iránti tartozásukat, áldozván a tudományok s művészetek terén tehetségeik szerint; ez azon egyedüli út, melyen serkenthetik a

GYÓGYSZERÉSZI HETILAP.

A gyógyszerészeti tudományok fejlődésének

☞ K Ö Z L Ö N Y E ☞.

Szerkesztő tulajdonos: Schédy Sándor

Tartalom: Előrajzunk. — Az elméleti vegytan földadatáról és jelen állapotáról. Thannu Károly tr. egyetemi tanártól. — A szinképkészítés, s a szinképek észlelése által vegyelemzés. Felletár Emil egyetemi tanársegédétől. — A salicin meghatározása. — A cinchonin kémszere. — Törvényszéki vegykünet. Kall Felletár Emil. — Úgyonok. Az országos gyógyszerészséget érdeklében. Felletár Emil-től. — Végyesek.

Előrajzunk.

Az irodalom, e mértéké a nemzetek műveltségének, a polgárisult Európán minden országában egyegy kis önálló világot képez; ez azon kör, hol a nemzetek népszámossai kikapadhatlan szorgalommal rojlik le a haza iránti tartózkodást, s időzván a tudományok s művészetek terén tehetségeik szerint; ez azon egyedül őt, melyen serkenhetik a népeket, hogy hivatásuknak eleget teendők a haladó kor igényeinek megfelelőleg elfoglalják a többi nemzetek sorában ama helyet, mely őket megilleti, s melytől elmaradván, a legnagyobb közönyösséget tanúsító öngyilkolási bünt követnék el.

Hazai irodalmunk bajnokai e tekintetben gyönyörű sikerrel oldják meg nehéz földadatukat; nem említvén a jelesbnél jelesb önálló műveket, csupán a tudományos ismereteket terjesztő s izlést nemesítő lapirodalmunkra: hivatkozunk, mely — hála a gondviselésnek — a folyton növekedő részvét folytán oly fokra emelkedett: hogy ma már büszkén tekinthetünk időszaki sajtónk terményeinek hosszú sorozatára. Mindnyájan a haza jólétéért küzdtek és küzdenek; fölverék dermedtségéből, s tette munkára ösztönzék a nemzetet; képezék a lelkeket és szíveket, széthintvén a költészet virágait; kifejleszték csengő nyelvünk szépségeit, s egy új roppant nagy osztályt nyertek meg a művelődés számára a köznépet —

A szaklapok gyorsan követték egymást keletkezésükben, s az orvosi és természet-tudományok, gazdaszat, művészet, kertészet és ipar újabb vívmányainak terjesztését tűzték ki nemes irányul. — Szaklapirodalmunkban mindazáltal nagy hiány érezhető, nevezetesen a fővárosunk keblében megjelendő negyvennégy magyar lap sorában nem látjuk a gyógyszerészetet képviselve; s míg az „Iparosok Lapja”, a „Férfi Divatközlöny”, a „Pesti Hölgy-divatlap” az illető osztályok legszebb részvétének örvendenek: hazánk egyik tudományos — hatszáznál több önálló tagot számláló — testületének nincs közlönye; pedig a tudományos osztályok közt éppen a gyógyszerészet azon szak, melyre nézve nélkülözhetetlen kellékké, égető szükségé vált egy ily tudományos folyóirat. . . .

népeket, hogy hivatásuknak eleget teendők a haladó kor igényeinek megfelelőleg elfoglalják a többi nemzetek sorában ama helyet, mely őket megilleti, s melytől elmaradván, a legnagyobb közönyösséget tanúsító öngyilkolási bünt követnék el.”

„Hazai irodalmunk bajnokai e tekintetben gyönyörű sikerrel oldják meg nehéz földadatukat; nem említvén a jelesbnél jelesb önálló műveket, csupán a tudományos ismereteket terjesztő s izlést nemesítő lapirodalmunkra hivatkozunk, mely — hála a gondviselésnek — a folyton növekedő részvét folytán oly fokra emelkedett: hogy ma már büszkén tekinthetünk időszaki sajtónk terményeinek hosszú sorozatára. Mindnyájan a haza jólétéért küzdtek és küzdenek; fölverék dermedtségéből, s tette munkára ösztönzék a nemzetet; képezék a lelkeket és szíveket, széthintvén a költészet virágait; kifejleszték csengő nyelvünk szépségeit, s egy új roppant nagy osztályt nyertek meg a művelődés számára: a köznépet.”

„A szaklapok gyorsan követték egymást keletkezésükben, s az orvosi és természet-tudományok, gazdaszat, művészet, kertészet és ipar újabb vívmányainak terjesztését tűzték ki nemes irányul. — Szaklapirodalmunkban mindazáltal nagy hiány érezhető, nevezetesen a fővárosunk keblében megjelendő negyvennégy

magyar lap sorában nem látjuk a gyógyszerészetet képviselve, s míg az „Iparosok Lapja”, a „Férfi Divatközlöny” a „Pesti Hölgy-divatlap” az illető osztályok legszebb részvétének örvendenek: hazánk egyik tudományos — hatszáznál több önálló tagot számláló — testületének nincs közlönye; pedig a tudományos osztályok közt éppen a gyógyszerészet azon szak, melyre nézve nélkülözhetetlen kellékké, égető szükségé vált egy ily tudományos folyóirat. . . .

A visszhang ugyan kedvező volt, de a bevételekből nem fedezhette volna a lapalapító Schédy a kiadásokat akkor, ha nem akadt volna néhány önzetlen kolléga, aki a mecénás szerepét vállalta.

Ami a tartalmat illeti, figyelemreméltó dr. Chyzer Kornél levele (6), amit még mint bártfai városi és fűrdőorvos írt alá; tanújelét adván annak, hogy a későbbiekben megfelelő, jól szervezni tudó orvos került a belügyminisztériumba a magyar egészségügy irányító posztjára.

„T. szerkesztő úr!

Üdvözlöm lapját, s üdvözlöm kétszerte azon iránynál fogva melyben megindult.”

„Bár ön s igen tisztelt munkatársai a közleni valók közül bizonyosan a javát válogatják, mindazonáltal engedje meg, hogy bár orvos létemre, a szakbeli munkákra kevesebb pénzt fordítható gyógyszerész urak nevében (s talán az orvosokéban is) interpellatiót intézzek önhöz.”

„Újabb időkben az orvosi tudomány mint tudjuk, sajtóságos szakba lépett. Azon boldog idők, midőn a gyógyszerész aranybánya volt, megszűntek. Az ölnyi hosszú, nagyon is összetett vénnyek helyett most igen egyszerű orvosságokat rendelünk, melyeknek csak kis részét készítik a gyógyszerész urak vegyműhelyeikben, míg legnagyobb részét a gyógyszerkereskedésből veszik. Hogy ezen szerek nem mindig a legtisztábbak, azt mindnyájan tudjuk. Az is igaz, hogy vannak könyvek, melyekben meg van írva, mi módon lehet a fertőző anyagokat fölkeresni és fölismerni, csak hogy van oly vidéki gyógyszerész is, kinek nagy, vagy talán kis könyvtára sincs (de a „Gyógyszerészeti Hetilap”-ot mégis járattja); és ha vannak is könyvei, melyeket az egyetemből magával hozott: azokban nem mindig lelheti föl az újabb kémszereket s kémlelési módokat, melyek napról-napra tökélyesbbülnek.”

„Ennélfogva kérem t. szerkesztő urat, legyen szíves lapjában oly cikkek rendszeres cyclusát — különös tekintettel az osztrák farmakopoeára — megindítani, minő az első számban „a salicinnak minő és mennyileges meghatározása a kénsavas kinalban” és „Érzékeny kémszer cinchoninra.”

„Az ily cikkeket későbbben külön lenyomatban egy kis művecskébe is össze lehetne szedni azok számára, kik a lapot nem járattják, s bizonyosan akadna sok orvos (kivált gyógyszerházakat vizsgáló főorvosok), kik hálával és köszönettel tartoznának ezért szerkesztő úrnak.”

„Ily munka, mely Felletár barátom tollából igen érdekesen folyhatna, hiányt pótolna irodalmunkban.”

„Sok szerencsét kívánva lapjához mint nemzeti tudományosságunkat előbbre vivő vállalathoz, maradok őszinte tisztelője.”

„Bártfán, 14. jan. 1862.”

Mind Schédy „Előrajzunk” c. vezércikke, mind Chyzer levelén érezhető az öt negyedszázaddal ezelőtti,

a Jókai regények nyelvezetéből jól ismert mondatszerkesztés; egy-egy szó és kifejezés más értelme (pl. a részvét). Ennek ellenére nem kétséges: nemzetét, nyelvét, szakmáját féltő-óvó, önzetlen férfiak „levélváltása” volt ez. Nem is vagyonosodott meg Schédy; amikor 1902. augusztus 18-án, egyetlen nappal 71. születésnapja előtt elhunyt, özvegye számára évi 450 korona kegydíjat szavazott meg az országos gyógyszerészegylet.

Schédy tehát jól megválogatott szerzőkkel dolgozott, korának kimagasló tudosaival. Szakmapolitikai jelentősége is hatalmas: megszüntette az országban szétszórta működő gyógyszerészek egymástól való elszigeteltségét, közelebb hozta őket egymáshoz, megteremtve ezzel a szervezkedés jobb feltételeit is. Ez persze kölcsönös volt: az országos egyesület életrehívásának előkészítését végző Ráth Péter — a Testület, majd a megalakult országos egyesület első elnöke — 1871-ben a lap támogatására hívta fel az ország gyógyszerészeit (7), mert felismerte, hogy a lap és az egyesület kölcsönösen erősítheti egymást. A magyar koronaországok összes gyógyszerészeti központi bizottsága — annak „tágasabb körű ülésében” — egyhangúlag a „szűkebb körű központi bizottságra” ruházta azt a feladatot, hogy a Gyógyszerészi Hetilapot „t. ügytársainknak meleg pártfogásába és gyámolításába ajánlja”. Felkérte azokat, akik a lapot „talán nem járatták”, lépjenek be „azok sorába, kik a hazai gyógyszerészetnek minden irányban magasabb lendületet adni törekcsenek” (8).

1875-ben a lap az egyesület hivatalos közlönye lett (9).

A Hetilap fejlődése

Miután a lap az egyesület hivatalos lapja lett, az erre utaló szöveg is felkerült a címloldalra. Nincs terünk arra, hogy — akárcsak vázlatosan — áttekintsük a lap különféle időszakainak fejlődését; így a korai évekből csak egyetlen évfolyamot: az 1877-est vázoljuk. A kötet összesített tartalomjegyzéke 8 oldalas. Így nem kell végiglapozni a 824 oldalt ahhoz, hogy áttekintést kapjunk róla. Döntően tudományos ismereteket közölt, többségében külföldi lapok referátumait (bár sajnos a lelőhely pontos megnevezése hiányos). Foglalkozott a gyógyszervizsgálat, a drog-ellenőrzés, a gyógyszerkészítés, az orvoslaboratóriumi diagnosztika, a vízvizsgálat, a gyógyszerhatástan különböző kérdéseivel. Könyvismertetések mellett toxikológiai és váratlan gyógyszerhatást ismertető közleményeket is közölt. Nem hiányoztak a hírek sem: megtudhatjuk pl., hogy Dr. Balogh Kálmánt az MTA rendes tagjává választotta (397. p.) vagy Dr. Lengyel Bélát egyetemi nyilvános rendes tanárrá nevezték ki (619. p.). Közölt elhunyt kollégákról szóló emlékbeszédeket, mint pl. Bertinszky Károlyról (408. p.). Az utolsó lapszámban az év során elhunyt — külföldi — természettudósokról adott hírt, megjegyezvén, hogy ezt a Természettudományi Közlöny decemberi számából vette át. Természetesen közölt jegyzőkönyveket az országos egyesület vezetőségi üléseiről, a gyógyszerek és vegyészeti termékek piaci viszonyait is ismertette, közölte — az akkoriban nem túl sok — új jogszabályokat. Minden lapszám tartalmazott rövidebb híreket; ezek közül a 381. lapon szereplő „Mérgezés salicylsavval” című pl. arról

adott hírt, hogy külföldön egy beteg, aki heveny izületi csúszban szenvedett, „szunyal” (morfin) befecskendezés mellett 0,75 grammos szalicilsavas porokat kapott, óránként. A negyedik por után a beteg eszméletét veszítette, majd meg is halt. A boncolás alapján a halál okát a szalicilsavnak tulajdonították. Az Allgem. med. Centr. Ztg.-ból átvett hír végén utal arra, hogy csak megvizsgált, „jegeces” szalicilsavat szabad felhasználni. Érdekes a 404. lapon kezdődő közlemény, melynek címe: „Ártalmas kárpitok”. A külföldi szerző ebben a mireny (arzen) tartalmú kárpitok kimutatásáról, az arzéntartalmú festékek potenciálisan mérgező voltáról értekezett.

Később — különösen, amióta dr. Varságh vette át a lapot 1902-ben — megszapordtak a gazdasági indítékú cikkek, bár volt rovata a tudományos és gyakorlati közleményeknek, az új gyógyszereknek is. Megtévésztő, hogy „eredeti közlemények” címszó alatt szinte kizárólag szakmapolitikai témákat hozott a lap.

A Hetilap Varságh tulajdonában

Varságh több, mint egy negyed századon át szerkesztette a lapot; ő is volt a tulajdonosa, miután Schédy elhunyt. 1924-ben vált meg a laptól, de 1927. szeptember 8-án egy másik lapot indított „Magyar Gyógyszerész” címen (10). Kiemelkedő kvalitásokkal rendelkezett; már mint gyakornok megnyerte a Rozsnyay nevét viselő pályadíjat, megszerezte a doktori fokozatot. Kitűnő tolla, jó szónoki képessége szinte predestinálta a lapszerkesztésre, de írt tárcákat, verseket más heti- és napilapokba is. Szellemes, sokszor szatirikus írásmódja különösen a vidéki gyógyszerészek körében keltett nagy tetszést.

Felesége: Szentpétery Szeréna volt az első nő, aki a pályára lépett (11), de az egyetemet nem végezte el.

Temperamentuuna azonban sok bajt okozott; ezzel a kellemetlenségek özönét zúdította önmagára is. Idők múltán szinte mindenkit megbántott; lapja elvesztette hivatalos jellegét, éles konfliktusokba került nemcsak az alkalmazottak szövetségével, hanem a gyógyszerészi közéletnek csaknem minden szereplőjével. Pörök, bojkottok szegélyezték életútját, így a laptól történt megválása inkább több megnyugvást, mint sajnálkozást keltett. Utóda a Hetilap szerkesztői állásában Koritsánszky Ottó (1882—1952) lett.

Varságh egyébként az 1927-ben alapított lapot csak nagyon rövid ideig szerkesztette; úgy kellett megválnia e laptól, hogy még az olvasóközönségtől sem búcsúzható el (12). Maga az új lap is csak úgy maradt fenn, hogy a Gyógyszerészi Hetilappal és az Értesítővel közös lett az „egyesített” kiadóhivatal és e három lap váltakozva jelent meg hetenként. Előtte — 1923. július elsejétől — a HETILAP, az Értesítő és az 1885-ben indult Gyógyszerészi Közöly volt kénytelen erre a gazdasági egyesülésre: hetenként felváltva jelentek meg, előfizetni is csak együtt lehetett rájuk (13). Koritsánszky 1936-tól átvette a Közöly szerkesztését. Ekkor a Közöly volt az országos egyesület hivatalos lapja (14). A Hetilapot Réthelyi József szerkesztette. A felszabadulást egyik lap sem érte meg.

Kitekintés

A felszabadulást követően a szakma sokáig nélkülözte a szaklapját. Csak 1946 őszén indult meg

„A Gyógyszerész” elnevezéssel egy folyóirat a Magánalkalmazottak Szakszervezetének tulajdonában. Bár akkor, amikor a lap irányítása egészében Székely Jenő kezébe került, a kéthetenként megjelenő folyóirat felvállalta az ismeretterjesztő (továbbképző) írások mellett néhány kísérletes közlemény megjelentetésével a szakma egészének szolgálatát — ennek gátat szabott az, hogy éppen a gyógyszerértékek általános államosítását követően (ez 1950. július 28-án történt) az addig kéthetenként megjelenő folyóirat csak havonta jelenhetett meg. Így — sem indulásakor, sem később — nem tekinthette magát a Hetilap jogutódjának még akkor sem, ha ez egyáltalában célja lett volna. E lap 1956-ban megszűnt; 1957-ben indult helyette a „Gyógyszerész”, mely 1987-ben így 31. évfolyamába lép.

1862-ben az alig több, mint hatszáz gyógyszerérték évtizedekig el tudott tartani egy hetilapot, sőt: 1885-től az akkori kb. 1000 gyógyszerérték kettőt. Ma 1500-nál

több gyógyszerérték (meg a gyógyszerészet kiszélesedett más, ipari, ellenőrző, oktató, kutató stb. területei) csak egyetlen havi folyóiratra fizethet elő a kéthavonta megjelenő Acta Pharmaceutica Hungarica-n kívül.

Kempler Kurt dr.

1. *Halmaj J.*: Communicationes ex Bibl. Hist. Med. Hung. 21—22, 112, 1961. — 2. *Rixer A.—Zalai K.*: Gyógyszerészet 1975. 343—345. pp. — 3. *Szállási Á.*: Orv. Hetilap 1978. 595—598. pp. — 4. *Kempler K.*: Gyógyszerészet 1972. 467—470. pp. — 5. Gyógysz. Hetilap 1887. 2—4 pp. — 6. Gyógysz. Almanach. Bpest, 1895. 53—54. pp. — 7. Gyógysz. Hetilap 1871. 651. p. — 8. Gyógysz. Hetilap 1871. 662. p. — 9. Gyógysz. Hetilap 1902. 542. p. — 10. *Baradlai—Bársony*: A magyarországi gyógyszerészet története Bpest, 1930. II. 653. p. — 11. Gyógysz. Közöny 1900/636—637. pp. — 12. *Baradlay—Bársony*: i. m. 653. p. — 13. Gyógysz. Zsebnaptára 1927. 402—404. pp. — 14. Gyógysz. Zsebnaptára 1938. 282—283. pp.

Takáts Géza (1892—1985) Az első magyar érsebész-angiológus?



Az egyre sokasodó érsebészeti és angiológiai folyóiratok böngészői számos érdekes és színvonalas közlemény mellett, nem várt csemegére bukkanhattak 1986-ban. Ismerős név tűnik fel neves szerző tollából — in memoriam — címeként: Geza de Takats 1892—1985. Két megemlékezést olvashatunk, előbb az 1986-tól már havonta megjelenő Journal of Vascular Surgery áprilisi

számában, majd az újonnan megalakult Annals of Vascular Surgery májusi, első évfolyam 1. számában. Gondolom, sokan mások is értetlenül állnak e név előtt, és érdeklődéssel olvassák a fenti két — és egyéb — számomra hozzáférhető forrásokból összeálló, nagyszerű életpálya körvonalait.

Takáts Géza

1892. december 9-én született Budapesten. Apja, nagyapja és dédapja szemész volt. 1910-ben iratkozott be az orvosi egyetemre, a harmadévet Freiburgban töltötte Aschoff előadásait hallgatva. Az I. világháború kitörése után az Olasz frontra, a Dolomitokba vezényelték. 1915-ben került vissza Budapestre, ahol folytatta tanulmányait. Ezt követően az Orosz frontra irányították, egy mozgó sebészi csoportba, majd Belgrádba helyezték a Balkán-szárny főhadiszállására. A háború pusztításai láttán döntött a sebészet mellett. 1918-tól a budapesti I. Sebészeti Klinikán végzett sebészeti tanulmányokat, majd Koppenhágában Rovsing professzor mellett töltött el 1 évet.

Apja segítségével, aki az Orvosi Egyetem dékánja volt, 1923-ban Rockefeller ösztöndíjat kapott. Harvey Cushing, Allen o. Whipple és Charles Frazier sebészeti osztályainak meglátogatása után a Mayo Klinika kísérleti laboratóriumában dolgozott Frank C. Mann irányításával. Itt találkozott Carol Beeler-rel, aki az elkövetkező 60 évben hűséges társa volt. Feleségéről mondta: „Annyira különbözik a többi nőtől, komoly, nyugodt, tájékozott, és nálam sokkal jobban siel és golfozik.” Az esküvő után visszatértek Magyarországra, „egy forrongó állapotban levő, érdekes országba”, majd 1 év után ismét Chicagóba utazik, ahol a Northwestern University Medical School Allen B. Kanavel vezette sebészeti osztályán lett ösztöndíjas. Ott alapított angiológiai klinikát 1928-ban. 1935-ben székhelyét a University of Illinois-ba helyezte át, ahol 1952-ben a sebészet professzora lett.

Magyarországon megjelent publikációi sorát az 1922-ben az Orvosképzésben közzétett, a sárgaság sebészeti vonatkozásairól szóló közleménye nyitja meg. A következő évben a periarteriális sympathectomiáról és lépkiirtás utáni csontvelőfunctio-vizsgálatokról ír az Orvosképzésben, ill. a Magyar Sebésztársaság Munkáiban. 1924-ben két közleménye jelenik meg az Orvosi Hetilapban, melyeket már Chicagóból, ill. Rochesterből írt.

Az „Amerikai levél”, általános tájékoztatást nyújt az USA-ban gyakorlatban levő oktatásról és egészségügyi ellátásról. Őt is magával ragadja az orvostudományban tapasztalt „hihetetlen haladás az utolsó 10—15 év alatt”. Az oktatás az angol iskola szellemében folyik — írja — melynek legfőbb erőssége a fiziológia, de megszokottá vált, hogy a frissen végzett orvosok 1 évre német vagy osztrák egyetemre mennek, hogy a német klinika előnyeivel is megismerkedjenek. A hallgatók mindennapjairól így ír: „A német »Bursenschaft«-ok mintájára nagyszámú »Fraternity House« van minden egyetem körül; ezeknek a keletkezése, alapítása igen egyszerű, 20—25 diák összeáll, kibérelnek egy kis kétemeletes házat, felváltva főznek, takarítanak, felszolgálnak, kis könyvtárat tartanak a legszükségesebb könyvekből. Ivás nincs. Az iskolaév végén elmennek villamoskalauznak vagy munkásnak s két hónap alatt könnyen megkeresik az egész évre való összeget. Jómódú diákok nagy klubhelyiséget tartanak fenn minden kényelemmel, uszodával a pincében, tornateremmel, könyvtárral.” Az orvostovábbképzésről írja: „Bármely sebészi osztályon, vagy magánkórházban állandóan 5—6 vendégorvos található, a műtét előtt az egész kórtörténetet felolvassák s a műtét phasisait elmagyarázzák, mert hiszen a nagy concurrentia mellett ez a legjobb reklám.”

A Mayo-testvérek alapította, példaszerűen szervezett, és már akkor hatalmassá nőtt klinikán tett látogatásáról az elragadtatás hangján ír Rochesterből: „A klinikának 8 gyönyörű műtőterme van. Mind a 8 amfiteatrálisan van építve, úgy hogy a kísérő és látogató orvosok, kik egy emelettel feljebb jönnek be, kényelmesen ülve jól láthatnak, de a sterilitást nem zavarják. Mintegy 30—40 orvos nézi naponta a műtéteket, ezek számára a beteg beállítása után a kórtörténet-kivonatot felolvassák s műtét alatt kis klinikai előadásokat rögtönöznek s az orvosok kérdéseire felelnek, úgy hogy ez tulajdonképpen állandóan folyó továbbképző tanfolyam jellegű bír.” „A gyomorvarrógépet, és pedig Pecz Aladár módosítását, itt ismerik, állapotokon ki is próbálták, de valahogyan nem került használatba.” A betegek előkészítéséről írtak megszívlelendők: „A betegek előkészítésére nagy gondot fordítanak. A beteg teljes belgyógyászati vizsgálat után kerül a sebészi osztályra a diagnosztikai klinikáról. Pylorus-szűkület esetén néha 8—10 napig mossák a gyomrot, akár 2—3-szor naponként, míg az izomzat valamilyen tónusra szert tesz. A basedowosokat naponta 10—30 csepp Lugoldattal készítik elő, mellyel tényleg le tudják szállítani az anyagcsere értékét.” „Az egész klinikát jellemzi a hihetetlen szívélyesség és készség, mellyel mindent mindenkinek megmutatnak, minden titkolódzás nélkül. Az évi 65—70 000 beteg, s a nagyszámú látogató orvos a világ minden tájáról a legjobb benyomásokkal hagyja el a klinikát.”

1925-ben „Az altatás módjai az Egyesült Államokban” címmel az Orvosi Hetilapban megjelent közleményében írja: „Míg 1913-ban a Dollinger Klinikán a műtétek 95%-a, 1924-ben a Budapesti I. Sebészeti Klinikán a műtétek 64%-a helyi érzéstelenítésben történt, jelenleg az Egyesült Államokban a műtétek 80—85%-át általános bódításban végzik. Ezt főleg a beteg igényli, de a sebész is jelentős idővesztésnek érzi a helyi érzéstelenítéssel járó manipulációkat.” Beszámol továbbá a kéjgáz használatáról, szülő nők „önbódításában”.

1934-ben terjedelmes közlemény jelenik meg az Orvosképzésben „A végtagok keringési zavarairól” címmel. A beteg panaszainak és fizikális vizsgálatának részletes leírása után ismerteti a functionalis és organikus érelzáródás elkülönítésére akkor használt két módszert, a Novocain infiltrációt és melegfürdőt. A csonkolás magasságának meghatározásához a fizikális vizsgálaton kívül az oscilometriát és Histamin-próbát javasolja. A claudicatiót és nyugalmi fájdalmat okozó végtagischaemia kezelésére ekkor még csak a „szív-munka támogatását” ajánlja.

A „Tüdőembolia-diagnózis, megelőzés, kezelés” címmel 1940-ben a JAMA-ban megjelent cikkében már a vénás thrombectomiáról ír.

A Heparin hatásmechanizmusának tanulmányozása vezette annak az eljárásnak leírásához, melyet ma a thromboembolia alacsony dózisu Heparin profilaxisa néven ismerünk. A thrombosis és thrombolysis egyensúlyának vizsgálata eredményeképp először írta le 1943-ban a Surgery, Gynecology and Obstetrics-ben, hogy nincs két ember, aki egyformán reagál Heparinra, és a megfigyelt thromboticus és haemorrhagiás szövődmények a rossz adagolás következményei. E kutatások vezettek a mai felfogáshoz, miszerint a Heparin adagolás egyetlen módja a véralvadási rendszer monitorozása melletti folyamatos infusio.

Több mint 60 évig gyakorolt jelentős hatást az általános sebészet fejlődésére, az érsebészet, mint különálló disziplína megalakulására. Kutatásokat végzett, melyek terápiás konzekvenciákkal jártak, másokat serkentett kreatív gondolkodásra. Mint Andrew Dale, méltatásában kiemelte „Oly időben, mikor a rohanás volt a megszokott, sajátos kedvességével, gondolatgazdagságával és barátságosságával tűnt ki.” Szakmai és közéleti tevékenységén túl építészekhez, költőkhöz, és filozófusokhoz fűződő barátságait is ápolni tudta.

Az Amerikai Érsebész Társaság alapító tagságának legidősebbike, teljes szellemi frissességben, rövid betegség után 1985. október 4-én hunyt el.

A következő társaságoknak volt elnöke: Chicago Heart Association 1962-ben; Society for Vascular Surgery, 1953-ban; North American Chapter of the International Cardiovasc. Society 1952-től 1954-ig; Chicago Surgical Society 1954-ben; International Cardiovasc. Society 1965—67-ig; és széles körű műveltsége elismeréséül a Chicago Irodalmi Klub elnöke 1971-ben.

A következő könyvek szerzője: Local Anaesthesia (1928), Thromboembolic Disease (1955), Vascular Surgery (1959).

Nagy műveltségű kozmopolita, fáradhatatlan tudós és orvos lehetett Takács Géza, aki hozzájárult egy önálló szakterület megalakulásához. Megérdemli, hogy

nevét a hazai orvostársadalom is megismerje. Az idősebb orvosnemzedék ismeri és azt is tudja, hogy a közműltban meghalt Grósz István bátyja volt.

IRODALOM: A sárgaság sebészi vonatkozásairól. Orvosképzés 12: 401—410 1922., — periarterialis sympathectomiáról. Orvosképzés 13. 236—243 1923., — A csontvelő functionális vizsgálata különös tekintettel a lépküirtásra. Magyar Sebész-társaság Munkái 10. 249—252 1923. Nagygyűlés, Amerikai levél. Orv. Hetil. 68. 26. 403—404 1924., A Mayo Klinika. Orv. Hetil. 68. 25. 579—580 1924., — Az altatás módjai az Egyesült Államokban. Orv. Hetil. 24. 568—570 1925., A végtagok keringési zavarairól. Orvosképzés 24. 1934. Verebélyi Különszám 84—96. (A cikket már az USA-ból írta. Chicago). — Pulmonary embolism. Surgery, 6. 339—367 1939., — Chapters on Throm-

bosis and embolism, in Christopher, Frederick: Textbook of Surgery, ed 2., — Philadelphia, W. B., Saunders Co. 1939., — Pulmonary embolism: suggestions for the diagnosis, prevention and management. JAMA, 114. 1415 1940. — Heparin tolerance: a test of the clotting mechanism. Surg. Gynecol Obstet, 77. 31—39 1943. — The significance of intermittent claudication. Southern Med. J. 58. 501—2, 1965. — The fibrinolytic potential. Rev. Surg. (phila) 25. 453—6. 1968. — Bodily defenses against thrombosis. Am. J. Surg. 120. 73—81 1970. — How to forecast and prevent thromboembolism. Med. Times 99. 49—57 1971. — J. Vasc. Surg. 3. 575—576 1986. — Ann. of Vasc. Surg. 1. 157—158 1986.

Végezetül szeretnék köszönetet mondani a B.-A.-Z. Megeyi Kórház Orvosi Könyvtár lelkes dolgozóinak, akik az adatgyűjtésben segítségemre voltak.

Keresztury Gábor dr.

A magyar bányáorvoslás a XVIII. században

Az iparosodás e fontos századában az akkor alsó-magyarországi bányavárosok: *Selmecbánya*, *Bélabánya*, *Besztercebánya*, *Bakabánya*, *Újbánya*, *Libetbánya* és *Körmöcbánya* fontos szerepet játszottak főleg az arany-, ezüst és réztermelésben (4, 5). Ezért nem meglepő, ha itt születtek meg a bányatechnika olyan fontos vívmányai, mint a robbantások, a bányák térképezése, a gőzerőnek és a sűrített levegőnek kontinensünkön az első bányabeli alkalmazása. Itt születik meg továbbá az első hidraulikus szivattyú, létesül az első európai aknakötélglyár és megjelenik a XVIII. században az első intézményes munkásbiztosítás (3, 4, 5). Ezek után az sem meglepő, ha 1735-ben itt alapították Európa első bányászati szakiskoláját, amely nagy mértékben járult hozzá a bányatechnika fejlődéstörténetéhez.

Név szerint ki kell emelnünk a német eredetű Hell-család szerepét, közülük *Hell Máté* Kornél és fia *Hell József* Károly selmeci főgépmesterek voltak. A két Hell (családjukból származik a híres csillagász *Hell Miksa* is) és *Mikoviny Sámuel* bányamérnök nevéhez fűződik a váltóvízi kerékkel működő bányavízmentesítő gépezet, amely sok emberi és állati (főleg bányalovak) nehéz munkáját végezte el, s ezzel a tönkremenetel helyett korszerűvé vált a bányavárosok termelékenységére.

Selmecbányán és *Körmöcbányán* már az Árpádházi-királyok alatt fontos aranybányászat folyt (Európa-szerte elfogadták a körmöci aranypenzt), van emlékünk a *xenodochiumról*, de az első kimondottan bányakórházat 1750-ben építették. A kórháznak két nagyobb és három kisebb kórterme volt, rendeloszobájában *műtéteteket* is végeztek. Nagy gondot okozott viszont az egész városnak az általános vízhiány, hiszen a bányák elszívják a talajvizet, így kutak fúrására aligha akadt lehetőség. A két kitűnő Hell megfelelő víztárolókat is létesített, egyrészt a vízkerekek működtetésére, másrészt a lakosság vízzel való ellátására, ami természetesen ivásra nem volt megfelelő tisztaságú, de erről a zseniális bányamesterek nem tehettek (16). *Selmecbányán* már 1740-ben megjelent a *bányászszaszály* nevű betegség (a patkóbél parazitája, az *Ancylostoma duodenale*), amit valószínűleg a *Fuggerek* idejében, majd *Mária Terézia* uralkodása alatt bevándorló olasz bá-

nyászok hurcoltak be. *Tóth Imre* bányakerületi főorvos egyértelműen kimutatta az *Ancylostoma duodenale* pusztító szerepét, majd az ellen való védekezést is. Még száz évvel később is bizonyos aknák munkásainak több mint 85 százaléka volt fertőzött. „Nagyon valószínű, hogy az emberi ürülékkel telített piszkos vízzel való foglalkozás, a víz *anchilostomum-féreg* bábjaival lehetett telítve, s így a jobbágyok azzal fertőzték meg magukat és súlyosan betegedtek meg. Innét a bányamunkától való irtózás.” Írta igen szakszerűen *Tóth Imre* bányakerületi főorvos (2).

A magyar orvostörténelemből és az NDK—magyar orvostörténeti kapcsolatok múltjának eddigi ismereteiből tudjuk, hogy a XVIII. század elején *Moller Károly Ottó* besztercebányai „*Orvosi Akadémiájáról*” kerültek főleg Halle egyetemére azok az orvosjelöltek, akik később az alsó-magyarországi bányavárosok egészségügyi teendőit látták el, német diplomával. Közülük külön figyelmet érdemel *Kochlatsch István* Antal, aki 1721-ben a Magdeburg-Halle város egyetemén nyomatott ki és védte meg „A fémek okozta egynemű megbetegedésekről” című orvostudományi értekezését. *Kochlatsch*, vagy *Kohlács István* Antal disszertációját magyarul először *Bugyi Balázs* ismertette a *Bányászati és Kohászati Lapok—Bányászat* című folyóirat 1972. 7. számában (7). A disszertáció eredetijének másolatát *Wolfram Kaiser* professzor volt szíves a magyar szerzőnek másolatban megküldeni. *Kochlatsch* értekezése szerint a fémeket tartalmazó kőzeteknek a bányászása, azokból kohókban a fémek kinyerése, majd feldolgozása során keletkező betegségek nem egyformák. Ezeknek a megítélése csak a tényleges orvosi és bányászati tapasztalatok alapján lehetséges. A fémek hatásának kitett egyének arca sápadt, végtagjaikon remegés, görcs vagy bénulás jelentkezhet, akár egymással társulva is, de a legsúlyosabb ártalmak a *tüdőkön* mutatkoznak. A megbetegedést a belélegzett levegő okozza, amely tüdőtágulást, az abban keringő vér pangását, a tüdőkben az erek tágulását okozza. A tüdőbe jutó levegőnek tisztának, megfelelő sűrűségűnek, hőmérsékletűnek és károsító anyagoktól mentesnek kell lennie. A kohókban uralkodó nagy meleg, a bányák mélysége a levegő sűrűségét, hőmérsékletét, nedvességtartalmát és mindenekelőtt tisztaságát befolyásolja, a tüdő-

szövetet, a benne elhelyezkedő ereket károsítja és a köpet kiválasztásához, a köhögéshez és mindenekelőtt „az élet energiának” — az életkedvnek, az erőbeli állapothoz — a csökkenéséhez vezet. A tüdőt keresztül a vérbe is eljutnak a szervezetet károsító fémek.

Kochlatsch értekezésében taglalja azokat a külső körülményeket, amelyek a bányászok és kohászok egészségének károsodásához vezetnek. Munkájában a bányászok és kohászok jól ismert korabeli felfogását ismerteti, alkalmazva az alsó-magyarországi bányavideken elfogadott szakkifejezéseket. Ő a levegő „aránya” változásának tulajdonít különösebb szerepet. Nem csoda, hiszen a magyar bányorvos a flogisztion-elméletet megteremtő Georg Ernst Stahl (1660—1734) tanítványa volt, az oxigén szerepét csak később tisztázta a tragikus sorsú nagy francia tudós, *Lavoisier*. Az oxigén szerepének lényegét azonban Kochlatsch doktor sejteti. Hangsúlyozza, hogy a bányák jobb szellőztetésével, a megfelelő légvezető csövek és szellőztető gépek útján, levegőcserével, a baj mérsékelhető. A bányászott kőzetek fémtartalma közül különösen az ólom kórokozó szerepét kiemeli. A szervezetbe jutó fémek az idegek, az izmok, az inak révén eljutnak a bőr felületéhez és ott az izmok, az inak bénulását, görcsét okozhatják. A selmeci bányászok között gyakori az orrnyálkahártya károsodása és a nyelvbénulás. A tüdők károsodása következtében gyakori a fulladás, fokozott köpetkiválasztás és vérköpés, amely gyakorlatilag a szilikózisnak, illetve a sziliko-tuberkulózisnak felel meg. A fémek másik része a beleken keresztül választódik ki, visszaszívódva károsítja a májat, tünetei: hasi görcs, hasmenés, illetve székrekedés. Gyógyításában a megelőzésnek tulajdonít fontos szerepet, pl. a bányák és kohók megfelelő szellőztetésével, egészséges életmóddal és a jó bor mértékletes fogyasztásával. Ami egyrészt helyettesíti a fertőzött vizeket, másrészt roboráló hatása van a szervezetre.

Megjegyezni kívánom, hogy a *Bugyi* Balázs által Halle-ből kért disszertáció (amint a mellékelt címlap demonstrálja), megtalálható könyvtáramban. Címe: *Dissertatio inauguralis medica, de metallicarum nonnullis morbis* (Halaë magdeburgicae, 1721), amelyet a „Neosolio-Hungarus” Kochlatsch egykori mesterének, Moller Károly Ottónak ajánlott a címlap belső oldalán. Kétségtelenül méltatja egy levélmellékletben Hermann András „selmeci kartárs szakmai érdemeit”. A „selmeci kartárs” nyilván Kochlatsch István Antal. Am Kochlatsch doktor is írt üdvözlő verset Hermann disszertációjához a következő aláírással: Steph. Anton, Kochlatsch, p.t. Med. Pract. Schemnicziensis.”

Hermann értekezése 1719-ben jelent meg, ám az aláírás alapján doktorunk akkor már a selmeci bányászok orvosa volt, valószínűleg a Moller Károly Ottó akadémiajában elvégzése alapján (1).

Mivel a XVIII. században *Nagybánya* nem Erdélyhez tartozott, megemlíteném feltétlenül *Károlyi* Sándor háziorvosának, *Köleséri* Sámuelnek a szerepe, de még inkább a *Rácz* Sámuelé, aki 1777-ben a Nagybánya körüli bányák orvosa volt és beszámolt az ercbányászok között előforduló „*colicae metalicae*” nevű betegségről az *Ephemerides Vindobonenses* hasábjain.

Selmeci bányász bányakerületi főorvos volt a XVIII. században *Hoffinger* János György (1756—1793), aki *Toth* Imre előtt már pontosan leírta az anchylostomia-

DISSERTATIO INAUGURALIS MEDICA,
DE
**METALLICOLA-
RUM NONNULLIS MORBIS.**

Quam,
PROPITIO NUMINE DIVINO
GRATIOSÆ FACULTATIS MEDICÆ CONSENSU,
P R Æ S I D E
DN. D. MICHAELÉ ALBERTI,
POTENTISSIMI REGIS BORUSSIE CONSILIARIO AU-
LICO, MEDICINÆ ET PHILOSOPHIÆ NATURALIS PRO-
FESSORE PUBLICO ORDINARIO, ACADEM. CÆ-
SAR. NAT. CURIOS. COLLEGA,
FACULTATIS MEDICÆ DECANO SPECTATISSIMO,
PATRONO, PRÆCEPTORE AC PROMOTORE SUO
CUM HONORIS CULTU PROSEQUENDO,
PRO GRADU DOCTORIS

SUMMISQUE IN ARTE MEDICA HONORIBUS, INSIGNIBUS
AC PRIVILEGIIS MORE MAJORUM SOLENNI OBTINENDIS,
HORIS ANTE-ET POMERIDIANIS.
D. XVII. JANUARIIS MDCCXXI.
PUBLICÆ VENTILATIONI SUBMITTET,
RESPONDENS

STEPH. ANTONIUS KOCHLATSCH,

NEOSOLIO - HUNGARUS.

HALÆ MAGDEBURGICÆ,

Typis JOANNIS CHRISTIANI HENDELI, Acad. Typogr.

sis által kahexiához vezető betegség tüneteit. *Hoffinger* a *Sendschreiben über den Einfluss der Anquickung der gold- und silberhaltigen, Erze auf die Gesundheit der*

MActe animo, ne linque pedem, nec retrabe gressum,
Emensum stadium declivi perferce gradu,
Sis labor eximius, sint fyrtes atque Charybdes.
Filum Ariadnæum præsto est. Sic itur ad astral.
Sic via per tenebras ad lucem panditur alman!
Obstaculum tandem superat labor improbus omne,
Felix qui potuit rerum cognoscere causas!
Dum nullum studium subterfugit atque laborem.
Virtutem infequitur tandem pede gloria preffo,
Omnem pro meritù operam decorabit Apollo
Gratus: at auspiciis præsto est felicibus ecce,
Et letabundus dignos impertit honores.
Gratulor ex animo, totoque e pectore letor,
Supremum Numen cumulos superaddas honorum,
Aspiret votis, & singula cæpta secundet,
Et precor ut memori semper me mente recondas.

ita applaudens scribebat

I. H. POTTER, M. D.

VT monumenta meæ pietatis, Frater! haberes,
Quanta Tibi potuit munera, mittit amor.
Vfus amoris enim tecum mihi firmior omni
Et fuit, & fiat, scis! adamante velim.
Quique sumus vincti studiis communibus ambo,
Qua in me tu fueras hac Tibi mente precor:
Quam cupis, ut felix posses excolere Quædam,
Et rota sincero currat ut axe Tua.
Profit! ametque suum Cultorem, cum Ioue Musa,
Aegris, & Medico profit! opemque ferat.
Hoc duce namque nouus Medicus celebraberis Herrmann
Pauperis & Ditis, Fratris & ore tui.

jure
Ciuis, amoris & generis propinquitate
coniunctissimi

STEPH. ANTON. KOCHLATSCH,

p. t. Med. PraeS. Schemnicziensis,

108 (o) 808



Arbeiter (Schemnitz, 1790) című munkájában az új amalgámozási eljárás előnyeiről írt az olvasztással szemben. Hét esztendő alatt mindössze öt higanymérgezési esetet látott.

Amint a fentiekből kitűnik, a XVIII. században Magyarországon elsősorban még a fémbányászat dominált, s a bányagépesítés mellett az egészségügy is a kor színvonalán állott.

Szállási Árpád dr.

IRODALOM: 1. *Kochlatsch*: Dissertatio inauguralis medica, de metallicorum nonnullis morbis (Halae megdeburgicae, 1721). — 2. *Tóth Imre*: Az alkalmazott higiéné a bányászat és kohászatnál (Selmecbánya, 1907). — 3. *Mihalovits János*: A selmeci bányászati akadémia alapítása és fejlődése 1846-ig. (Sopron, 1938). — 4. *Borovszky Samu*: Hont vármegye (Magyarország vármegyéi és városai sorozat). — 5. *Faller Jenő*: A magyar bányagépesítés úttörői a XVIII. században (Bp. 1953). — 6. *Gortvay György*: Az újabkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története (Bp. 1953). — 7. *Bugyi Balázs*: Az első magyarországi bánya- és kohóegészségügyi könyvről. (Bányászati és Kohászati L. 1972. 7.).

Figyelmükbe ajánljuk mintaboltjaink szolgáltatásait.

ÁRUKÍNÁLATUNK:

Egyszer használatos tűk, vérnyomásmérők, sztetoszkóp,
EEG-EKG papírok, pácienskábelek, véralkohol vizsgálati egységdoboz,
kézi acélműszerek, Medicopy SC-10 lapmásológép.

A mintaboltokban rendelkezésre áll a Medicor által gyártott termékek áru-
és árkatalógusa, amely alapján termékeinkről pontos felvilágosítást adunk.

Budapest: XIII., Váci út 62.	Tel.: 296-235
Győrben: Felszabadulás útja 78/A	13-641
Debrecenben: Dózsa György u. 1—3.	17-733
Kecskeméten: Batthyány u. 18.	29-585

Rendeléseiket a Belkereskedelmi Főosztályra szíveskedjenek megküldeni. Címe:

MEDICOR

Belkereskedelmi Főosztály
1389 Budapest, Váci út 48.
Bp. 62 Pf. 150 · Tel.: 495-529

medicor



Antinukleáris orvosmozgalom

A remény receptje (A Prescription for Hope.) Bernard Lown: New England J. Medicine, 1986 314, 985

A Nemzetközi Orvosmozgalom a Nukleáris Háború Megelőzéséért 1985-ben megkapta a Nobel-békedíjat. A szerző a Harvard Egyetem kardiológus professzora, a mozgalom társelnöke 1985. december 11-én a díj átvételekor Oslóban tartott Nobel-előadásában nemesveretű mondatokkal vázolta fel az emberiség ez idő szerinti legnagyobb problémájának, a nukleáris háború veszélyének keletkezését, mai és jövőbeni hatásait, valamint összefoglalta a nemzetközi orvosmozgalom erkölcsi indítékait és eddigi eredményeit. A beszéd főbb gondolatai a következők:

Amikor Nobel Alfréd 1895-ben megfogalmazta végrendeletét, a világ a 20. századra vonatkozó reményekkel és optimizmussal volt tele. A tudomány a zord környezet feletti uralmat, a háborúkat és brutalitást eredményező társadalmi viszonyok megszüntetését, a fejlődő technológia a szűkös életkörülmények végét, a bőség korát ígérte. Az I. és II. világháború ezeket a jóakarató reményeket elcsöpörte, sőt ezután olyan népirotyó fegyvereket halmozott fel, amelyek pusztító kapacitása a II. világháborúénak sokezeresese. A nukleáris korszakban már nem úgy vetődik fel a kérdés, hogy mennyivel több életet lehet kioltani, hanem úgy, hogy a háború lehetetlenné tenné az emberiség további létezését.

Minden történelmi korszaknak megvan a Cassandrái, de korunk az első, amelyben a világégre vonatkozó jóslatok objektív tudományos analízisből származnak. Közel negyed százada ismert, hogy az orvostudomány egy nukleáris háború után semmi segítséget nem tud felajánlani. Környezeti következménye az, hogy az eget füsttel, porral, korommal befedi, sötétséget és fagyos hideget okoz. Az időjárási hatás évekig tarthat és nem kímél meg a déli féltekét sem. Tűzviharok miatt a levegőbe halálos mérgek kerülnek, s mire a por, mérgek és a korom végül is feltisztulna, egy másik csapás várna a szerencsétlen túlélőket, az ultrabolya sugárzás megnövekedett szintje, amelyet az atmoszféra ózontartalmanak csökkenése okoz.

Ez a kép még nem is sorolja fel hiánytalanul a biológiai, környezeti következményeket. Jóformán ismeretlenek azok a szinergisztikus hatások, amelyek a törékeny ökoszisztémában bekövetkezhetnek. „Tudjuk, hogy a nukleáris háborúnak sohasem szabad bekövetkeznie. Ez vajon remény, vagy bizonyosság?” Téves elképzelés lehet, hogy a nukleáris háborút sohasem fogják megvívni. Ma a szembenálló felek folyamatosan és teljes egészében mozgósítva vannak egy azonnali háborúra. Ez az ugrásra kész állapot nem tarthat állandóan. Továbbá a nukleáris fegyverek hallatlan növekedése, a rakéták növekvő pontossága és a válaszadó

rendszerek folyamatos számítógépesítése mind olyan instabilitást okoznak, amelyből egy nukleáris háború akár műszaki meghibásodás, akár téves számolás, emberi aberráció, vagy büntény következtében kirobbanhat. Az egyre csökkenő időtartam a rakéta elindítása és a nukleáris robbanás között a kritikus döntést a számítógépekre hagyja, amelyet esendő emberek programoztak.

Ezeknek a fegyvereknek a birtoklását az elrettentés elméletével indokolják. Ez tarthatatlan szemlélet. Ahhoz ugyanis, hogy ez hatékony legyen, annak tökéletesen és örökre működni kellene. Ez nem engedhető meg. Az agressziót nem lehet megátolni fenyegetéssel. Különben is nehéz elképzelni olyan fenyegetést, amelynek gyilkoló kapacitása egyenértékű több, mint egymillió Hirosimával. Ma egyetlen korszerű tengeralattjárónak a tüzelőereje kb. nyolcszorosa a második világháború tüzelőerejének. Ez elég ahhoz, hogy az északi féltekén minden nagyobb várost leromboljon. Miért kell akkor raktározni 18 ezer stratégiai fegyvert? Ebben a versenyben a futók már nem uralkodnak a lábuk felett.

„Hogyan jutottunk ilyen veszélyes és tragikus helyzetbe?” A történelem hajnala óta az ember eszközei hatnak viselkedésére, alakítják tudatát, biztosítják uralmát környezetére felett. A technológia szándéka az volt, hogy szolgálja az emberi érdekeket és növelje szabadságát az élet kényszerítő körülményeivel szemben. Thoreau szavaival azonban: „Saját szerzőségeink szerzőségeinké válnak”. Sőt, szerzőségeink akarataink ellenére kezdenek működni és kiirtással fenyegetnek minket.

Egy további téves elképzelés is előre lendíti a fegyverkezési versenyt: a halálos ellenség koncepciója. Az elképzelt ellenség kitörlik az emberi közösségből és olyan lelketlen tárggyá redukálják, amelynek megsemmisítése nem morális probléma.

„Mi orvosok letettünk egy szent és ősi esküt, hogy enyhítjük az emberi nyomorúságot és őriztük az életet. Ez társadalmi és erkölcsi kötelezettséget jelent számunkra, hogy közösen hallassuk hangunkat”. Az orvosok nem nyugodhatnak bele a katonai költségek növekedése mellett azokba az erőfeszítésekbe, amelyekkel a globális szegénységet, rosszul tápláltságot és betegségeket kívánják enyhíteni. 1984-ben a világ katonai kiadása meghaladta a 800 milliárd dollárt. Másfélszer mintegy 100 milliárd minden órában. Ugyanakkor, amikor a születéskor várható élettartam Afrikában 30 évvel kevesebb mint Európában; amikor több, mint 400 000 gyermek hal meg naponta rosszul tápláltságból és fertőzések miatt, és amikor több, mint 3 és fél milliárd gyermek hal meg évente és ugyanennyi marad hatalmas nyomorúságos védőoltások elmaradása miatt. Kétmilliárd ember nem jut az elengedhetetlen vízmennyiséghez. A katonai kiadások egyetlen napra eső része csökkenteni tudná, sőt esetenként meg is

tudná szüntetni ezeket a nyomorúságokat.

A Nemzetközi Orvosmozgalom a Nukleáris Háború Megelőzéséért csak nemrég ünnepelte megalakulásának 5. évfordulóját. Ezen rövid idő alatt segített áthatolni a hazugság ködén, elsőként fogta meg emberek millióit arról, hogy nézzenek szembe az elgondolhatatlannal. Bemutatta a közvéleménynek a borzalmas hosszú listáját. Meggyőzte a nagy nyilvánosságot arról, hogy nincs hatékony orvosi segítség. Bemutatta a polgári védelmi felkészülés eredménytelenségét egy nukleáris háború esetén. Meggyőző adatokat tárt fel arra vonatkozóan, hogy egy nukleáris háború a végső emberi és környezeti katasztrófát jelentené.

A Nemzetközi Orvosmozgalom sikere a két hatalmi blokk orvosi közötti szabadon folyó párbeszéd is. Einstein szavaival vallják: „Béke nem tartható fenn erőszakkal, azt csak megértéssel lehet elérni”. A szembenállás és konfliktusos világában a nemzetközi orvosmozgalom az együttműködés modelljévé vált, Kelet és Nyugat, Észak és Dél orvosi között.

„Hivatásunk és feladatunk a nukleáris fenyegetéssel szemben harcolni, mivel az élet feltételei biztosításának szenteltük magunkat és feladatunk a halál feltételeinek megelőzése. Hiszünk abban, hogy a népek felismerik: a harc nem különböző nemzeti sorsok, szembenálló ideológiák között van, hanem a katasztrófa és a túlélés között. Minden nép sorsában van, ami összefügg a másikéval. A nukleáris fegyverek közös ellenségük.”

„Hinnünk kell abban, hogy az ésszerűség fog győzni. Meg kell győznünk minden generációt arról, hogy ők csak átutazók ezen a földgolyón. Ez nem az övék. Nem ítélnének halálra még meg nem született generációkat. Nem törölhetik el az emberiség múltját, és homályosíthatják el jövőjét. A veszély nagysága és küszöbön álló volta össze kell, hogy kovácsolja az emberiséget a béke közös állapotába, ami egész századunkban hiányzik. Egy új évezred küszöbén a világ béke nem elérhetetlen, mert ezt támogatják az emberiség legmélyebb lelkerői, amikor kiirtással fenyegetik. Az emberek ésszerűsége, alkotóképessége és bátorsága bátorítja a hitet, hogy amit az emberiség alkot, azt ellenőrzése alatt tudja és akarja tartani.”

Köteles György dr.

A csernobili baleset és az orvosi feladatok. H. Jack Geiger: Journal of American Medical Association, 1986, 256, 609.

A szerző 1986. június elején előadó körúton tartózkodott a Szovjetunióban. Mődjára volt beszélgetni a csernobili baleset sérültjeivel foglalkozó orvosokkal, valamint a baleset egészségügyi ellátásának irányításában résztvevőkkel. Észrevételeiről, az összegyűjtött információkról számol be a közleményben.

A baleset 1986. április 26-án 1.23 órakor kezdődött egy gőzrobbanással, amikor két személy meghalt, ezt egy nagyobb hidrogén-gáz-robbanás követte, aminek következtében nagymennyiségű radioaktivitás került ki a reaktorból. Tűz keletkezett a grafittömbben. A mintegy 500 m magas égő felhő igen magas hőmérséklete a radioaktivitást nagyon magasra

juttatta. Ezért került el kezdetben a radioaktivitás 1000—2000 km-re is és lényegesen kevesebb a közvetlen környezetbe.

A balesetet követő reggel a 6. sz. Moszkvai Kórházból orvoscsoport érkezett Csernobilba, s a becslést sugárdózis alapján 1000—2000 embert szűrt meg órák alatt aszerint, hogy azonnali orvosi ellátásra pl. csontvelőátültetésre szorulnak-e, vagy kórházi ellátásra van-e szükségük. A dózísbecslést a sérült erőművön belüli helye és mozgása, a gyomor-bélrendszeri tünetegyüttes, különösen a hányás alapján, a bőr sugárkárosodásának (égésének) kiterjedése és mértéke szerint, valamint a fehérvérsejtszám csökkenésének meredeksége alapján végezték el.

Az első napon 129 beteget szállítottak Moszkvába repülőgépen, néhányat pedig Kievből. A második napon újabb 170 személyt küldtek Moszkvába. Két személy kivételével mindannyian a csernobili erőmű dolgozói, vagy tűzoltók voltak, 25—35 évesek, 10%-uk volt 40 éves, vagy ennél idősebb.

A dózismérés, a felületi radioaktív szennyezettség és a szervezeten belüli szennyezettség mérésének nehézségei ellenére úgy becsülték, hogy mintegy 50 személy kapott 5 Gy-nél nagyobb dózist, megközelítően 100-an 3—5 Gy közötti és egy további 100 főnyi csoport 1—3 Gy közötti dózist.

Szovjet orvosok már az első hét végén 6 csontvelő, ezenkívül 3 embrió-máj-átültetést végeztek. Az egyesült államokbeli Gale dr. megérkezése után további 7 csontvelő és 3 embrió-máj-átültetést végeztek. Június 7-én a 13 csontvelő recipiens közül csak 5 volt életben. Ez a halálozási arány előre várható volt. Mind a 6 embrió-máj-recipient meg halt nem csontvelő eredetű toxikózis következtében. Néhány átültetett 8 Gy, vagy ennél nagyobb dózist is túlélt, sőt egy személy 11 Gy után is életben maradt az átültetés sikertelensége ellenére. Feltehető, hogy a dózist túlbecsülték. Új tapasztalat, hogy a csontvelő igen nagy dózisok után is regenerálódhat. A csontvelő-átültetés jelentősége is változik, azaz ideiglenes pótlás szerepet kap, addig, amíg a spontán regeneráció meg nem indul.

A 299 kórházba szállított sérült közül június 7-ig 24 halt meg, 80 súlyos állapotban volt, 89 enyhén sérültet néhány napon belül ambuláns ellenőrzésre bocsátottak. A kezelés az égési sebek ellátását, trombocytá és vörsvérsejt transzfúziót, antibiotikum profilaxist és specifikus antitest terápia foglalt magába, ha fertőzés következett be, kiterjedt a folyadék-háztartás rendezésére és parenterális táplálásra. A betegeket egyágyas, egyirányú steril levegőáramlást biztosító berendezéssel ellátott kórtérmekekben helyezték el. Itt az ágyak műanyagátorban vannak elhelyezve, külön csöveken vezetnek be az ultrabolyva fényvel kezelt, szűrt levegőt, kesztyűkkel ellátott benyúló helyek biztosítják a beteg ellátását.

Az elhaltak mindannyian 6 Gy feletti dózist, valamint csontvelőátültetést kaptak, és súlyos bőrsérüléseket szenvedtek béta sugárzástól, sok esetben hógést is. A szekciók során mintegy 600 mintát vesznek, beleértve sok szerv vizsgálatát, azok radionukleidtartalmára vonatkozóan. Sok sérültnek száj és torok sugársérülése volt, valószínűleg a kripton és xenon belégzésétől. A fogak csekély indukált radio-

aktivitás-tartalmából arra következtettek, hogy a balesetnél a neutronsugárzás nem volt jelentős. A környezetbe főleg jód- és céziumizotóp került, továbbá kisebb mennyiségű stroncium, ruténium és niobium. Plutónium és más transzurán elemek nem szabadultak ki.

A környező lakosság áttelepítése a baleset után 36 óra múlva kezdődött, 1100 autóbusszal, mintegy 30 km sugarú körzetből kb. 10 000 személyt, ebben 25—30 000 gyereket evakuáltak 3 óra alatt. Mind a 100 000 személyt megvizsgálták annak eldöntésére, hogy sugársérülést szenvedtek-e. 18 000-et utaltak klinikák és kórházak felügyeletére, új lakóhelyükön. Az első héten gyermekek ereinél végeztek kromoszóma vizsgálatokat. A 100 000 személyből jelentős számú kapott több mint 0,5 Gy-t, főleg fall-out-ból származó közvetlen sugárzás, valamint a radionuklidok belégzése révén. Egy másik kisebb kitelepítésre is sor került május elején Kievből, amikor csecsemőket, gyerekeket és terheseket szállítottak más lakóhelyre, ugyanis 2 napon át emelkedett sugárzási szintet mértek. Ez alatt is azonban a lakosság egyedei csak kb. 0,6 mSv dózist kaptak, ami a természetes sugárterhelés évi dózisének mintegy fele.

Az orvosi reagálás mértékét jelzi, hogy Moszkvából 300 orvos ment a helyszínre és összesen 230 orvoscsoport 5000 orvossal és ápolóval vett részt a 100 000 ember vizsgálatában. A trombocita és teljes vérkészítményeket Moszkva 5 vradó központja biztosította. Szovjet kollégák szerint az eset az egész ország egészségügyi szolgálatát igénybe vette.

A sugáregészségügyi vizsgálatokat 188 állandó és 58 mozgó állomáson folytatták. 800 laboratórium mérte a talaj- és vízmintákat a Pripjat és Dnyeper folyókból, a kievi víztározóból. Folyamatosan ellenőrizték a tej- és egyéb élelmiszermintákat.

A mintegy 100 000-es lakossági csoport hosszú távú ellenőrzését mintegy 40 évre tervezik epidemiológiai módszerekkel, szovjet—amerikai együttműködésben. A vizsgálatokat részben az emberek egészségvédelméért, másrészt számos eddig még eldöntetlen sugárbiológiai kérdés megválaszolására végzik.

A csernobili baleset az akut sugársérülések és halálozások száma, a környezetbe jutott radioaktivitás mennyisége, az érintett terület nagysága és a feltételezhető hosszú távú következmények szempontjából a hírosimai és nagasaki bombázás óta a legjelentősebb nukleáris esemény. Hét évvel az egyesült államokbeli Three Mile Island-i reaktorbalesetét követően a második ilyen polgári atomerőművi reaktor-baleset, amely a nukleáris fűtőelemek olvadásával, mint legsúlyosabb következménnyel járt. A tapasztalatokat fel kell használni a jövő biztonsága érdekében. A legnagyobb tanulság, hogy a nukleáris balesetek hatásai nem ismernek politikai határokat, de ilyen a nemzetközi segítségnyújtásban, együttműködésben sem szabad ismerni.

Köteles György dr.

Idegsebészet

Az arteria carotis interna distalis extracranialis aneurysmájának sebészeti megoldása. Sundt, T. M. Jr. és mtsai (Mayo

Clinic, Rochester, Minn.): J. Neurosurg. 1986, 64, 169.

Az arteria carotis interna (ACI) extracranialis aneurysmája ritka rendellenesség, mellyel az irodalomban eddig kevés közlemény foglalkozott. Előidézheti traumás és spontán dissectio, fibromuscularis dysplasia, atherosclerosis vagy infectio.

A szerzők 19 esetük kapcsán részletesen tárgyalják a megbetegedés idegsebészeti vonatkozásait. A legmegfelelőbb sebészi beavatkozást — amely az aneurysma helyétől, nagyságától, a tünetektől és haemodinamikai megfontolásoktól függött — esetenként határozták meg. A sebészeti beavatkozások a következők voltak: a) az aneurysma resectióját követően egy vena saphena-szakasz beiktatása, b) az aneurysma-resectio után az ACI „end-to-end” anastomosisa, c) az ACI lekötése, d) az aneurysma lezárása clippel, e) extracranialis bypass műtét. A feltárást és a műtét technikákat részletesen tárgyalják. Az előbbi esetekben fontosnak tartják a ligamentum stylomandibulare resectióját; ezzel téve lehetővé a mandibula előre történő kimozdítását. Az utóbbi szempontjából lényegesnek ítélik az operációs mikroszkóp használatát. Mandibula-resectiót vagy egyéb durva beavatkozást nem tartanak szükségesnek.

A processus styloideusnak esetleges szerepet tulajdonítanak a distalis extracranialis ACI aneurysmák traumás kialakulásában.

A szerzők ezen laesiók sebészeti ellátása során fontosnak tartják az intraoperatív EEG-t és az agyi véráramlás mérést, mely utóbbi a Xenon—133 clearance-technikával történik. Ezek alkalmazása csökkentheti mind az intra-, mind a postoperatív ischaemiás szövődmények kialakulását.

A műtétek során ritka szövődményként jelentkezett a nervus glosso-pharyngeus és a vagus pharyngealis, illetve felső laryngealis ágainak sérülése, ami dysphagiát okozott.

Dávid Károly dr.

Subarachnoidális vérzések következményeinek értékelése. Saveland, H. és mtsai (University Hospital Lund, Sweden): J. Neurosurg. 1986, 64, 191.

A korábbi értékelések az aneurysma-ruptura súlyosságának megítélésakor csupán a beteg klinikai állapotát vették figyelembe. A CT bevezetésével a subarachnoidális, a kamrai és a parenchymalis vérömlenyek nagyságát is meg lehet állapítani. Ezek szintén meghatározók a súlyosság megítéléséről; korábbi megfigyelések szerint ugyanis a vasopasmus vagy a késői ischaemiás agykárosodások a subarachnoidális térben lévő vérmennyiséggel szorosan összefüggnek. Ezért a szerzők az ún. Hunt- és Hess-értékelést módosították, figyelembe véve az érpályából kilépett vérmennyiséget is.

78 aneurysma-ruptura utáni subarachnoidális vérzéses betegük 1 éves utánvizsgálata során szerzett tapasztalataik szerint az általuk javasolt módosított értékelési mód alkalmasabbnak tűnik prognosztikai célra, mint az eredeti Hunt- és Hess-féle. E módosítás a végső kimenetel szempontjából kedvezőtlennek tartja az olyan eseteket, akiknél jelentős munkaképesség-

csökkenés alakult ki, vagy az élet minősége egyéb vonatkozásban megromlott; annak ellenére, hogy durva neurológiai maradványtünetek nem voltak. A szerzőknek ugyanis alig volt olyan súlyos subarahnoidális-vérzett betegük, akinek ne lett volna pszichoszociális és kognitív zavara.

Dávid Károly dr.

Súlyos heveny fejsérülések agyi haemodinamikája. Messeter, K. és mtsai (University Hospital, Lund, Sweden): *J. Neurosurg.* 1986, 64, 231.

A szerzők 11 comatosus agysérült átlagos féltelkei vérátáramlását (CBF), valamint ennek hyperventilláció, ill. barbiturátkezelés hatására bekövetkező megváltozását vizsgálták Xenon-133 izotóp iv. beadása után egy új típusú, agy melletti mérésre szolgáló, hordozható készülékkel (Novo Cerebrograph 2a).

Hat betegüknél a szén-dioxid parciális nyomásának csökkentésével (hyperventilláció) arányosan csökkent a CBF (megtartott autoreguláció), öt betegüknél viszont gyakorlatilag változatlan maradt (hiányzó autoreguláció). A megtartott autoreguláció kedvező prognosztikai jelnek tűnik, mert 6 betegük közül 5 meggyógyult, míg a hiányzó autoregulációjú 5 beteg közül csupán 1.

9 betegüknél nem sikerült a koponyaűri nyomást (ICP) hyperventillációval az életveszélyes 20 Hgmm alá csökkenteni. Ezeknél barbiturát-kezelést alkalmaztak (kezdetben 400–750 mg, majd iv. infúzióban óránként és testsúlykg-onként 4–8 mg thiopental). A megtartott autoregulációjú betegeknek a CBF csökkenése mellett az ICP fokozatosan normálissá vált; kivéve azt az egy beteget, aki nem gyógyult meg. A hiányzó autoregulációjú betegeknek viszont növekedett, vagy változatlan maradt a CBF, az ICP pedig hosszú ideig, vagy egyáltalán nem csökkent 20 Hgmm alá. Ennek alapján összefüggés látszik lenni az autoreguláció megtartott volta és a barbiturát-terápia eredményessége közt.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a súlyos fejsérültek kezelésének fontos eszköze a CBF meghatározására szolgáló készülék, mert a segítségével nyerhető információ alapvetően befolyásolja a követendő terápiát.

Dávid Károly dr.

Az öklölvívás és a „full-contact” karate összehasonlító biomechanikai vizsgálata. Schwartz, M. L. és mtsai (University of Toronto, Toronto, Canada): *J. Neurosurg.* 1986, 64, 248.

Közismert tény, hogy az öklölvívók — a lejátszott menetek számával növekvő mértékű — agykárosodást szenvednek a fejüket ért ütések következtében. Gyorsulásmérőt ragasztva a küzdők fejére — nehézsúlyú boxolóknál — 100 G körüli gyorsulások is megfigyelhetők, ami megfelel annak az erőnek, amellyel egy rögzített utas feje beleütődik a műszerfalba kis sebességű autóbaleset alkalmával.

Sokkal kevésbé ismert a helyzet a viszonylag új, ún. „full-contact” karate

(kickboxing) esetében, melynél a rúgások és ütések teljes erővel „ülnek” — szemben a hagyományos karatéval —, melynél a küzdők legfeljebb csak érinthetik egymást.

A „full-contact” karate ütéseinél és rúgásainál erejét a szerzők úgy vizsgálták, hogy speciális bábujakat helyeztek el 175, ill. 125 cm magasra (álló, ill. guggoló férfit utánozva), minden irányú mozgást lehetővé tevő csuklóra. Beépített rugók kellő ellenőrt biztosítottak a bábujakat érő ütésekkel és rúgásokkal szemben. A sagittális és frontális gyorsulások mérésére műszereket helyeztek el a bábujekben, melyeket oszcilloszkóppal és adat-rögzítő számítógéppel kötöttek össze.

14 feketőes karate-küzdő rúgásai által okozott gyorsulások hasonló nagyságúak voltak, mint ütései utániak. Általában 90–120 G gyorsulásokat észleltek, függetlenül attól, hogy a rúgások, ill. ütések „csupasz” vagy „párnázott” (védőcipő, boxkesztyű) lábbal, ill. kézzel történtek.

Mindezek alapján szerzők úgy vélik, hogy hallani fogunk a „kickboxolók” encephalopathiájáról, ha e sportág szélesebb körben népszerűvé válik.

Dávid Károly dr.

Teljes spinalis subarahnoidális stop alatt végzett lumbalis punkciók követő neurológiai állapotromlás. Hollis, P. H. és mtsai (Mount Sinai Medical Center, New York, N.Y.): *J. Neurosurg.* 1986, 64, 253.

Teljes spinalis subarahnoidális stop alatt végzett lumbalpunkció (LP) — a fokozott koponyaűri nyomás esetén végzett LP-hoz hasonló mechanizmussal — neurológiai állapotromláshoz vezethet, melyről már 1940-ben Eaton és Craig beszámolt. A jelenséget „spinalis beékelődésnek” nevezték. A spinalis tumor alatti — amúgy is alacsony — nyomás az LP-t követően tovább csökken; még akkor is, ha csupán liquort bocsátunk le, vagy ha a liquort pótoljuk is — a punkciós nyíláson át a szövetekbe történő liquorcsorgás miatt.

A szerzők a „spinalis beékelődés” gyakoriságát vizsgálták retrospektíve 100 myelographiával igazolt, teljes spinalis subarahnoidális stopos betegnél. 50 esetben LP-val, 50 esetben Cl—2- (oldal-) punkcióval történt a myelographia. Az életkor, a neurológiai status, az elzáródás magassága, ill. a betegségtípus szerinti megoszlás e két csoportban hasonló volt. Az LP-csoportban 7 olyan eset volt (14%), amelyben — a végtagok izomerejét és a sphincter-funkciókat tekintve — jelentős neurológiai állapotromlás észlelték LP-t követően. 6 esetben ezekből 1–4 nap alatt következett be a romlás, mely az LP utáni liquorcsorgás mellett szólt. A Cl—2 punkciós esetekben állapotromlást nem észleltek.

A beékelődéses mechanizmus mellett — a szerzők szerint — a neurológiai állapotromlásban szerepet játszhat az epiduralis vénás pangás, amely az intrathecalis nyomásnövekedés következménye. Ez a pangás még tovább rontja a térfoglalás alatt a gerincevelőből a vénás vér elfolyását, amely duzzadást és ezzel még nagyobb kompressziót okoz.

A szerzők a Cl—2 punkciót biztonságos és hatásos alternatív módszernek tartják spinalis subarahnoidális stopra gyanús betegek esetében, mert felfelé nem jöhet létre spinalis beékelődés, míg az LP lefelé történő spinalis beékelődéshez vezet.

Dávid Károly dr.

Carotis endarterectomia változó klinikai képe és gyakorlata egy nagyváros és vonzáskörzete beteganyagában. Brott, T. G. és mtsai (Dept. of Neurology and Surgery, University of Cincinnati, College of Medicine, Cincinnati, OH 45627, USA): *JAMA*, 1986, 255, 2609.

A szerzők retrospektív klinikai feldolgozás formájában elemezték Cincinnati város és környéke (1,4 millió lakos) beteganyagán 1980-ban és 1983 júliusától 1984 júniusáig választott tárgyévben végzett carotis endarterectomiákat. A vizsgált populációt az egész USA szempontjából reprezentatívnak tekintik, mivel a lényeges demográfiai jellemzők (kor, nem, rassz, iskolai végzettség megoszlása) megegyeznek az országos statisztika értékeivel. A műtői indikáció köre felölelte az ictus cerebrovascularis (stroke) valamilyen megjelenési formáját, TIA-tól (transziens ischaemias attack) a neurológiai deficittel manifesztálódott formáig, valamint az ún. tünetmentes eseteket, ahol a műtét alapjául szolgáló laesio nem a tüneteknek megfelelő oldalon volt. Az operált esetek fele ebből a csoportból adódott mind a két vizsgált periódusban, mint ahogy a javallatban szereplő kórfarmák gyakorisági eloszlása sem változott az idők folyamán.

Annak ellenére, hogy az indikációs terület nem lett kiterjesztve, az elvégzett műtétek száma szignifikánsan, 74%-kal nőtt 431-ről 750-re, és ezt a növekményt az USA teljes lakosságára vetítve, a szerzők az 1986. évre 130 000 várható műtétet prognosztizálnak (1982-ben a ténylegesen végzett beavatkozások száma 82 000 volt). A perioperatív cerebrovascularis komplikációk száma szignifikánsan csökkent 8,6%-ról (1980) 5,1%-ra (1983–84), ugyanakkor a műteti mortalitás nem változott lényegesen (2,8%, ill. 2,3%). Perioperatív periódusnak a kibocsátásig eltelt időt tekintették a szerzők. A halálozás vagy a perioperatív stroke kombinált gyakorisága bár csökkent 9,5%-ról 6,5%-ra, a javulás mértéke nem volt szignifikáns a minta nagysága alapján számított 80%-os hatékonyság mellett sem (azaz csak 20% volt az ún. másodfajú hiba elkövetésének valószínűsége). Perioperatív stroke bekövetkeztének szignifikánsan nagyobb volt a valószínűsége olyan betegeknél, ahol a tüneteket okozó carotison végezték a műtétet, szemben az ún. aszimptomatikus esetekkel.

A dolgozat diszkussziójában a szerzők a műteti szám növekedésének okát nem az agresszívebb sebészi megközelítésben látják, hiszen az indikációs terület nem változott, és ezen belül sem változott az aszimptomatikus esetek aránya, holott a műteti javallat leginkább ebben az irányban lett volna kiterjeszhető. Egyértelműen a diagnosztika javulásával hozzák összefüggésbe a nagyobb számban felderített eseteket és különös jelentőséget tulaj-

donítanak a noninvazív eljárások (intra-venás digitális angiographia, Doppler-sonographia stb.) elterjedésének, amelyek ma már a terület valamennyi általános kórházának eszköztárában megtalálhatóak.

A perioperatív stroke gyakoriságának üdvös csökkenésére nem találtak magyarázatot. A saját mortalitási és morbiditási adatokat más statisztikákkal összevetve az összehasonlítást kedvezően értékelték. Mindazonáltal az esetek felét kitevő aszimptomatikus csoportot illetően aggodalmukat fejezik ki, vajon elfogadható-e egy preventív beavatkozásnál a műtéttel vállalt nem elhanyagolható kockázat. De még a symptomatikus carotis betegségek műtéti kezelésével kapcsolatban is felvetik egy prospektív, kontrollált vizsgálat szükségességét, miután az ez ideig egyetlen randomizált klinikai kísérlet — 16 évvel ezelőtt — nem mutatott pozitív eredményt a műtét javára, ugyanakkor a gyógyszeres kezelés hatékonyságát a megelőzésben bizonyítani lehetett.

[Ref.: A referált közleménnyel egy időben jelent meg egy hasonló tárgyú dolgozat a *Stroke* c. folyóiratban (Nicolee C. Fode et al.: Multicenter retrospective review of results and complications of carotid endarterectomy in 1981. *Stroke* 1986, 17, 370), amelyben a szerzők 46 intézetben végzett 3328 műtéti esetet dolgoznak fel. Bár analízisük kritériumai különböznek, a lényeges és összevethető adatok közel állnak az ismertetett cikk eredményeihez, és ez a tény a referált dolgozat relevanciájának kétségtelen bizonyítéka. Érdekes adalék lehet a *Stroke*-cikk szerzői részéről, hogy megállapításuk szerint az egyes intézmények mortalitási-morbiditási adatai széles határok között szórta és a nagyobb osztályok (azaz a többet operáló sebészek) statisztikája értékelhetően jobb volt a kisebbeknél.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a carotis endarterectomiák műtéti statisztikája mind az ismertetett dolgozat, mind egyéb adatok alapján jelentősen javult, különösen a nagyobb esetszámot operáló sebészek gyakorlatában. Mindazonáltal a csak a javuló technikát tükröző kedvező számok sem mondanak semmit ezen műtéttípus klinikai szükségességét illetően. Éppen a carotis endarterectomiáknál sokkal kisebb kockázatú cerebrális revaszkularizációs bypass műtétek (mortalitás 0,6%, 30 napos perioperatív periódusra vett morbiditás 2,5%; EC—IC Bypass Cooperative Study) relatív sikertelensége állította a carotis rekonstrukciós műtéteket a kritika frontvonalaiba.]

Nyáry István dr.

A trigeminus neuralgia műtéti kezelése. Menzel, J. (Neurochir. Klinik des Städt. Krankenhaus Köln-Merheim): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 1247.

A tipikus, vagy primer, „idiopathiás” trigeminus neuralgia, a nervus trigeminus területére korlátozott, villámszerűen fellépő fájdalmat okoz. Ezen fájdalmat „féllelmetesnek”, ember által érezhető maximálisnak tartják. A secunder, vagy atipikus trigeminus neuralgia az „idiopathiásal” szemben „symptomás”. Abban különbözik az előbbiből, hogy organikus eredetű. Előidézheti tumor, vagy ér anomá-

lia, s a fájdalom elhúzódó jellegű. Therápiája a roncsoló beavatkozás. Az ideg peripheriás ágain történő beavatkozás recidivához vezet, ezért már nem is alkalmazható. A retroganglionális rhizotomiát Spiller és Frazier a ganglion Gasseri extirpációjából fejlesztette tovább. A műtét lényege, hogy a hátsó trigeminus gyököt csak részben resecálják. Ezáltal a jó therápiás hatás mellett megmarad a cornea és a motorikus pályák szenzibilitása. Gyakran nem daganat, hanem hurokszerű érkacs komprimálja a gyököt. A műtéti megoldás ilyenkor az ideg dekompressziója. Miután a gnaglion Gasseri punctióját kidolgozták, a percutan beavatkozás került előtérbe. Elektrocoagulációval a ganglion részbeni roncsolása vált lehetővé. Hátránya a gyakori recidiva. A coagulációs áramot thermo-szondával pótolva sem javultak az eredmények. Az első négy évben 40%-os recidiva fordult elő.

Az operációs mikroszkóp bevezetése forradalmi változást hozott az idegsebészetben, így többek között a trigeminus neuralgia kezelésében is. Jannetta dolgozta ki rutinműtétté a trigeminus gyök mikrosebészeti dekompresszióját, a kisagy-híd szögletben.

A szerző intézetében négy év alatt 97 beteget operáltak Jannetta szerint. 87 esetben (89%) vascularis eredetű volt a neuralgia. Hét betegnél tumor találtak, s háromnál nem lehetett kideríteni a trigeminus neuralgia okát. Ezen három esetben utólag kellett coagulatiót végezni. Szóvdóményként egyensúlyzavarok és trochlearis paraesthesiák léphetnek fel, melyek azonban néhány nap, vagy néhány hét alatt megszűnnek. Két beteget veszítették el kisagyi laesio és alattomos vérzés miatt. A mikrovascularis dekompresszió előnye, hogy általa elkerülhetők a szenzibilitászavarok és a recidiva aránya a minimumra csökkenthető.

Viczián Antal dr.

A trigeminus neuralgia mikrosebészeti kezelése. Bingas, B. (Sankt-Gertraud-Krankenhaus idegsebészeti részlege. Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1985, 110, 270.

A trigeminus neuralgiákat (tic douloureux) mindmáig az ún. idiopathikus vagy pedig a symptomatikus csoportokba osztjuk. Az utóbbiak oka ismert: a nervus trigeminus bármelyik szakaszán létrejövő daganat, ér-torzóképződés, gyulladásos folyamat stb. okozhatja. A pathogenesisis illetően számos elképzelés látott napvilágot: pl. a végágak krónikus, mechanikus vagy vascularis eredetű irritációja a koponyaalonon; a paroxysmalis rohamok speciális epilepsiás rohamok megjelenési formái stb. Jannetta 1976-ban közölt megfigyelése óta egyre jobban elterjedt az a nézet, hogy a trigeminus neuralgiát az idegtörzs kisagy-hídszögletbeli ér-eredetű kompressziója okozza. A tartós nyomás miatt létrejövő myelin-degeneráció intraxonális rövidzárlathoz vezethet, amely érthetővé teszi, hogy miért idős korban jelentkezik leggyakrabban a betegség, és miért olyan ritkán társul hozzá idegműködés kiesés. Zimmermann azt is feltételezte, hogy a tartós nyomás a trigeminus gyökben és a Gasser-dúcban az axonalis anyagtranszportot megakadályozza, s az

így létrejövő trophikus zavarok fokozott neuron ingerelhetőséget okoznak. A gyógyszeres kezelésen kívül számos sebészeti eljárás is ismert: neuroexhairezis: a Gasser-dúc működését befolyásoló direkt műtétek (Härtel, Krause, Frazier, Stender, Taarnhöj) az ideg átmettszése a kisagy-hídszögletben (Dandy), vagy a tractus nervi trigeminibis (Sjöquist); a Gasser-dúc perkután koagulációja (Sweet). Ezek az eljárások mindig maradványtüneteket okoznak, néha dysaesthesiát, esetleg anaesthesia dolorosát hoznak létre. Ismert, hogy minél szelektívebb a Gasser-dúc termokoagulációja, annál rövidebb az eljárás fájdalomcsökkentő hatása. A Janetta által bevezetett és technikailag jól megalapozott microvascularis dekompressziót egyre több esetben alkalmazzák az idegsebészek, jóllehet egyelőre nem áll rendelkezésre olyan diagnosztikai eljárás, amely a nervus trigeminus és a környezetében lévő érkepletek (pl. arteria cerebelli superior) pontos viszonyát megmutatná.

Az eddig közölt eredmények (Janetta) biztatók, hiszen csak kb. 4%-ban fordult elő fájdalom-recidiva, és 1%-ban volt teljesen eredménytelen a műtét. Más szerzők ennél sokkal nagyobb (13%) recidivarányt figyeltek meg.

A cikk szerzője 3 év alatt 14 microvascularis dekompressziót végzett típusos tic douloureux miatt. Mindegyik műtét eredményes volt, jóllehet 8 betegen korábban már több, más típusú műtét is történt. 12 esetben arteria, 2-ben pedig vena okozta a nervus trigeminus leszorítását. Többször észlelt arachnoidális összenövéseket. Egy betegen alakult ki a műtét után facialis paresis, egyes esetben pedig átmeneti liquorsipoly komplikálta a gyógyulást. Az eljárás feltétlen előnyök tartja, hogy nem történik idegkárosítás, és így nem jön létre maradványtünet. A korábbi eljárásokhoz képest ritkábban észlelt a fájdalom-visszatérés. A módszer hátránya, hogy olyan intracranialis műtéttel történik a fájdalomcsillapítás, amely súlyos szóvdóményekkel járhat.

Dóczy Tamás dr.

Rosszindulatú agydaganatok intraoperatív ultrahangvizsgálata. Dewes, W., Braunke, H. (Städtische Krankenstalten Köln-Merheim): Electromedica 1986, 54, 102.

42 beteg agydaganatának műtete során alkalmazták a jobb tájékozódás elősegítésére az intraoperatív ultrahangvizsgálatot. 7 cm hosszú, 1 cm vastag, 1,5 cm széles, gázban sterilizálható transducert használtak 5 MHz frekvenciával. A transducert 13 esetben kipróbálták a durára és az agyfélzínre helyezve is. Azt találták, hogy a két módszer között nincs érdemi különbség, ezért a továbbiakban a tájékozódást mindig a dura megnyitása előtt végezték. Közvetítő anyagként az agyműtéteknél egyébként is használatos öblítő sóoldat szolgált. Az érintett agyi elváltozások átmérője 0,5 és 7 cm között volt. Az anyagban szerepelt 38% elsődleges agyi malignoma, 33% áttétes daganat, 12% jóindulatú agyi elváltozás, 7% extracerebrális térfoglalás és 10% vérzés. Valamennyi daganatot jól sikerült ábrázolni az ultrahangvizsgálattal, ugyanígy

a metastasisokat is. A diffúz invazív folyamatok közül a glioblastosis nem mutatott környezetéhez képest jelentős echogenitáskülönbséget, ezért megítélése inkább a normál agyszerkezet hiányából lehetséges. A közlemény 9 képpárral érkezteti a lehetőséget, melyek az egyes jellegzetes esetek műtét előtti CT képet mutatják az identikus sonographiás metasztázis mellett. Az ultrahangképen mindig jól látható volt a tumor környezetében a normális agyszerkezet is, ami az anatómiai tájékozódást megkönnyítette. A vizsgálatot értékes segítségnek tartják, mert birtokában elkerülhető a téves behatolás, mellőzhető a daganatkeresésre korábban szükséges punctiók, csökkenthető az egészség agyállomány műtét sértése, végül megrövidíthető a műtét ideje.

Lacszay András dr.

A vena Galeni aneurysmájának transtorcularis embolisatiója. Mirckle, J. P., Quisling, R. G. (Departments of Neurosurgery and Radiology, University of Florida, Gainesville, Florida): *J. Neurosurg.* 1986, 64, 731.

A vena Galeni (v. cerebri magna) az agyvelő belsejének elvezető vénája. Arteriovenosus malformatio esetén a nagy nyomással beömlő artériás vér (a cerebri posterior) óriási mértékben tágítja a vénát aneurysmához vezet. A fejlődési rendellenesség az életkortól függően többféle tünetegyüttes képében jelentkezhet: újszülött korban cerebriális ischaemia; kisgyermekkorban progresszív hydrocephalus, epilepsia; felnőtt korban subarachnoidalis vérzés, tömegeltolódás, esetleg néma laesio. Míg más agyi erek efféle fejlődési rendellenességei esetén a leghatékonyabbnak a sebészeti exciziót tartják, addig a v. Galeni fent leírt elváltozásánál a központi magyarázat rendkívül nehézségekbe ütközik, s az irodalomban igen szerény eredményekről olvashatunk. A szerzők az operatív helyett új, intervencionális radiológiai módszert dolgoztak ki, s ennek korai eredményeit ismertetik.

Az ún. transtorcularis (a confluens sinuumon keresztül történő) embolisatió célja a v. Galeni-shuntok áramlásának megszüntetése. Kis craniectomia után a v. Galeni real-time ultrahangvizsgálattal azonosítják, majd elvégzik a confluens sinuum punctióját. Ezután 8–10 cm-es angiographiás katehert vezetnek az aneurysma belsejébe. Az első ülésben 4–8 ún. Gianturco-spirállal az áramlást a felére csökkentik (Doppler-kontroll), majd 2-3 nap múlva egy második ülésben az aneurysmát teljes egészében lezárják további hurkok segítségével. A kétlépéses megoldásra a generalizált thrombosis, illetve a cerebriális infarctus elkerülése érdekében van szükség.

A vázolt beavatkozást eddig egy újszülött, egy 4 hónapos csecsemő és egy 4 éves kisgyermek esetében végezték el. A két utóbbi páciens közül az egyik 2 évvel az intervenció után radiológiailag gyógyult, a másikonál a közepagy mellett igen kicsi shunt figyelhető meg. Epilepsziás rohamok mindkét betegnél jelentkeztek, emiatt antiepileptikus kezelés alatt állnak. Az embolisatio előtti állapothoz képest mindkét gyermeknél jelentős fokú klinikai ja-

vulás észlelhető. Az újszülöttnél már az első beavatkozás a v. Galeni teljes occlusióját idézte elő. Az arteriovenosus shunt túl gyors elzárása cerebriális infarctushoz, s egyben a beteg halálához vezetett.

Még korai lenne egyértelműen állást foglalni a v. Galeni transtorcularis embolisatiójának eredményességét illetően, az azonban látható, hogy az eljárás technikailag kivitelezhető, és gyors javulást eredményezhet súlyosan beteg gyermekek esetében.

Kalina Ildikó dr.

Kórélettan

Interleukin-1: új hormon. Ramadori, G. és mtsai. (I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Mainz): *Dtsch. med. Wschr.* 1986, 111, 1032.

A szervezet a károsító ártalmakra nonspecifikus interleukin-1 (=IL-1) mediátorral válaszol, amelynek egyes hatásai hasznosak, mások károsak. A szervezetben az IL-1 kiváltotta komplex folyamatokat „akut fázis reakció”-nak nevezik.

Az IL-1-et többféle sejt termeli: mononukleáris fagociták, keratociták, Langerhans-sejtek, astrociták, mesangium, B-limfociták, endotel sejt, a hypernephroma sejtjei stb.

Az akut fázist kiváltó stimulusok lehetnek: mikroorganizmusok, exotoxinok, epesavak, C₅a, urát kristályok, lektinek, limfokinek stb. Általában akut infekciók, chronikus gyulladások, trauma, égés.

Az IL-1 indukálta akut fázis reakcióban változatos megnyilvánulásokkal találkozhatunk:

Az IL-1 a prosztaglandin szintézis stimulálása által a hypothalamus közvetítésével lázat vált ki. A láz fokozza az immunválaszt és gátolja a mikrobák és a daganat szaporodását, de ugyanakkor fokozza a szervezet kalóriaigényét és cardialis-vascularis zavarokat okozhat.

Az IL-1 a metabolizmust többféleképpen befolyásolja:

Hyposideraemia, infekciós anaemia jön létre. Ennek során laktoferrin szabadul ki a neutrofilekből, amely vassal vas-laktoferrin-komplexust képez és a RES-ben raktározódik. A szérumban a cink szintje csökken, a réz emelkedik, a szabad aminosavak megszorodnak, a N-mérleg negatív. Megnövekszik több hormonnak a termelése: inzulin, glukagon, ACTH, vazopresszin.

A májban fokozódik egyes fehérjék szintézise: „akut fázis proteinek” jelennek meg. Megszaporodnak a proteín-gátlók (alfa-1-antitripszin), az alvadási fehérjék (fibrinogén, prothrombin, VIII. faktor, plazminogén), a komplement komponensek és a transzport fehérjék (haptoglobin, haemopexin, ferritin, caeruloplazmin). Ugyanakkor csökken a szérumban az albumin, a transzferrin, a HDL és LDL szintje. „C-reaktív proteinek” jelennek meg. Fokozódik a szérumamiloid A, a HDL apoproteinjének a termelése.

Az IL-1 a NK, a T- és B-limfocitákat aktiválva növeli az immunválaszt, hypergammaglobulinaemia keletkezik. Az izomzatból a fokozott energiaigény fedezésére és proteinek újrasyntézise végett aminosavakat von ki. A csontvelőből neutrofileket, a synovialis sejtekből kollagenázét, az endotel sejtekből pedig

prosztaglandint szabadít ki. Utóbbi a thrombocyták aggregációját és az értó-
nust szabályozza. Fokozza a fibroblastok szaporodását.

A láz vagy a többi akut fázis reakció megnyilvánulást mérlegelve felvetődik a kérdés: A panaszokat csökkentjük, vagy a védekező funkciókat erősítjük? Egyértelműnek látszik az ízületi destrukció, az izomleépülés (myalgia) és a fejfájás enyhítése.

A kortikoszteroidok gátolják az IL-1-szintézist, immunszuppresszív hatásúak és általános gyulladáscsökkentők, de nővelik a fertőzési hajlamot. Ez a hátrány hiányzik a nem-szteroid gyulladáscsökkentőkből. Utóbbiak a prosztaglandin szintézist gátolják, amely az arachidonsavból, az IL-1 számos effektusának közös szubsztátumból képződik a ciklooxygenázét tartalmazó sejtekben.

(Ref.: Tudjuk, szervezetünk többféle mechanizmussal védekezik a károsító ártalmakkal szemben: gyulladás, immunreakció stb. Az interleukin mediátort az immunológiai kutatás derítette ki. IL-1-gyel jelölték az antigént prezentáló makrofág által szekernált faktort (monokint), amely a T-sejtekre hat, és IL-2-vel az aktivált T-lymphocyták termékeit (limfokinek): MIF, MAF, LIF, interferon, transzfer faktor stb. Újabb IL-3-ról is olvashatunk. (A kérdés még forrongásban van.) A referált közleményből láthatjuk, hogy az IL-1 már túlnötte az eredeti immunológiai keretét.)

Kollár Lajos dr.

Kivételes túlélés hideg vízben. Keatinge, W. R. és mtsai (Department of Physiology, the London Hospital Medical College, London, and Department of Physiology, Medical School, University of Iceland, Izland): *Brit. Med. J.* 1986, 292, 171.

Hajótörés után a 6 °C-nál alacsonyabb hőmérsékletű vízbe kerülő emberek általában 75 percen belül elpusztulnak hypothermia miatt. Ugyanakkor a negyvenes évek elejéről vannak olyan, nem egészen megbízható adatok, hogy egyesek több óráig, ilyen hideg vízben való tartózkodást is túlélték. Laboratóriumi körülmények között kifejezettebb zsírpárnával rendelkezők képesek ugyan egy ideig 5 °C temperatúrájú vízben is teshőmérsékletük megtartására, azonban a félóra után fellépő, hideg-okozta értágulat fokozott lehűlésükhöz vezet. A szerzők által észlelt esetben viszont hosszabb időn keresztül 5–6 °C-ú vízben tartózkodás sem végződött halállal.

A szóban forgó 23 éves izlandi férfi halálos csónakja 1984. március 11-én, este 10 óra tájban, messze a parttól felborult. Ekkor a tengervíz hőfoka 5–6 °C volt, a levegőé pedig –2 °C. Ő és 4 társából 2 felmászott a csónakra, azonban kb. 45 perc múlva úszni kezdtek a kb. 5 km-nyi távolságban levő part felé. Ezután kb. 10 perc múlva maradték 2 társa eltűnt. Rajta ing, meleg szveter és nadrág volt, s ebben úszott kb. 5–6 óráig a partig, végig birtokában szellemi képességeinek is.

E baleset után 17 hónappal az eseményt laboratóriumi körülmények közt imitálva, a szerzők néhány vizsgálattal próbálták közelebb jutni a kérdéshez.

Ezért az illetőt 83 percere nyakig 5,3—5,4 °C hőmérsékletű vízbe állították abban az öltözetben, melyet a csónak felborulásakor viselt, s felszolgáltatták, hogy végtagjaival úszó mozgást imitáljon. A vizet lassan áramoltatták és hőfokát állandóan ellenőrizték. Az illető halász jól fejlett egyén volt (magassága 193 cm, súlya 125 kg, testfelszíne 2,54 m², átlagos bőr-alatti zsírszövet-vastagsága pedig 14 mm volt). Ami közérzetét illeti, az a vízbekezdés utáni 2—3 percnél kellemetlen időszak elmúltával jó volt, bőrhőmérséklete 10 perc, illetve (zárójelben) 83 perc múlva a következő szinten volt: mellkas: 6,5° (5,7°) csökkenés, comb: 7,5° (7,0°) lehűlés és ujjak: 5,6° (5,5°) temperatúraesés. A didergés a bemelegítés után 20 perccel kezdődött, de nem okozott komolyabb közérzeti zavart; az egyetlen kellemetlenesség a 83. percben fellépő lábfájdalom volt. A rectalis, illetve a fülben mért hőmérséklet 1,15, illetve 0,85° C-szal csökkent, s a 75—83. perc tájára állandósult. A metabolikus ráta 30—35 percere a kiindulási érték négyeszeresére emelkedett, majd a 60—65. percere a hatszorosára.

A fentiek alapján bebizonyosodott, hogy a kísérleti egyén valóban képes volt órákon át úszni 5—6 °C-ú vízben, nagyjából normális testhőmérsékletet tartva. A vizsgálatban hőmérséklete a 75. perc táján állandósult. Metabolikus rátája hasonlóan viselkedett ahhoz, amit 1981-ben végzett vizsgálatokban a jó zsír párnával rendelkezőkön találtak; a különbség 30 perc után mutatkozott, amennyiben ezek az egyének ezután fokozatos perifériás hővesztés miatt progresszív lehűlés következett be a hideg okozta vasodilatatio kapcsán. A szerzők szerint ez az általuk vizsgált halász esetében azért nem következett be, mert ő fejlettebb bőr-alatti zsírszövettel rendelkezett.

(Ref.: nyilvánvaló, hogy a legfontosabb tényező mellett más körülmények is befolyásolják a végeredményt, pl.: milyen földrajzi szélességen élő nép tagja az illető, hozzászokhatott-e ehhez hasonló helyzethez; ezenkívül bizonyára nem elhanyagolható egyéni tényezők is szerephez jutnak a hidegvíz okozta megterhelés eltéréseiben.)

Major László dr.

Genetika

Örökletes receptordefektusok mint betegségek. Dreyer, M., Rüdiger, H. W. (Abeitsgr. f. Erb- u. Konstitutionskrankh., Med. Klin. d. Univ. Hamburg): Dtsch. med. Wschr., 1986, III, 465.

A receptoroknak kettős funkciójuk van: szavatolják a biológiai szignálok specifikitását és a célsejtek megfelelő reakciója kiváltásához a jelátvitelt szolgálják. A receptorok és működési mechanizmusaik sokfélesége e rendszerek nagyszámú genikus defektjét tételezi fel. Az így kialakuló körképek tünettábjában a megfelelő ligandok (pl. hormonok) fölszégének és a ligandhiány klinikai képének kombinációja áll az előtérben.

A szerzők (3 táblázatban is összefoglalva) áttekintik a különböző típusú receptorok hiánya vagy elégtelen működése talaján kialakuló körképeket. A cytoplasmikus receptorok defektjei közül a legismertebb a testoszteroné. Az X kromoszomához kötött recessív (hemizygota) ál-

lapot a testicularis feminisatio képében ismert, inkomplett formája a Reifensyndroma. Leírták már az L-trijódthyronin, a cortisol és a progesteron receptorának hiányát is, s a pseudohypoaldosteronizmus és a II-es típusú D-vitamin-reszistens rachitis esetén is felvetik a hasonló pathomechanizmus lehetőségét.

A sejtmembránhoz kötött receptorok defektjei közül a vasopressinét, LH-ét, TSH-ét, parathormonét, ACTH-ét és HGH-ét (növekedési hormon) említik, nem túl nagy számú irodalmi adat áttekintése alapján (ami a verifikált esetek ritkaságára utal). Különös jelentősége van az insulinreceptor genikus hibáinak. Az általában jellemző tünetek (magas insulinszint a serumban, rezisztencia az endogen és exogen hormonra) mellett előforduló jelenség még az acanthosis nigricans, hirsutismus, polycystás ovarium, lipotrophia vagy hypotrophia. Ezek különböző, örökletes, insulinrezisztenciával járó egyéb körképekből is ismertek, így ha e tünetek kiváltásának „közös nevező”-jét keressük, az a hyperinsulinaemiában lehet meg. Az acanthosis nigricans esetén az insulinfelesleg miatt e hormonnak az EGF- (epidermal growth factor) és FGF- (fibroblast g. f.) receptorokhoz való kötődését tételezik fel.

Nemcsak maga a receptor, hanem a jelátviteli mechanizmus más tagja is lehet hibás, ami egy körkép klinikumát és genetikáját szinesítheti. Pl. az Alström syndroma (autosomalis recessív öröklődésű retinadegeneratio, belsőfül-eredetű nagyothallás, nephropathia és insulinrezisztencia) esetén az insulin receptorok kóros érintetlenség. Donohue syndroma (leprechaunismus, recessív lipotrophia; praes és postnatalis növekedési zavarral, hirsutizmussal, szigetsejt hyperplasiával, akromegaloid tünetekkel és gnómszerű arccal jár) esetén két beteg insulinreceptorait vizsgálták. Egyikük fibroblastjain ezek száma volt csökkent, míg a másikban fel-tűnt a pH és hőmérséklet függésében vizsgált insulinkötés megváltozása.

A sejtmembránhoz kötött, külön effektor-systema nélküli receptorok legismertebb példája a LDL- (low density lipoprotein)-receptor. Ebben az osztályban eddig csak ennek ismert genikus defektje, ami a familiaris hypercholesterinaemia képében jelenik meg. Homozygotákban az 1000 mg/dl-t is meghaladhatja a plasmacholesterin és az első vagy a második évtizedükben jelentkezik a myocardium infarktus. Kezelen heterozygotákban ugyanez a negyedik évtizedre tehető, plasma-cholesterinjuk általában 300—500 mg/dl. A homozygota-gyakoriság 1:1 000 000, a heterozygotáké ennek megfelelően 1:500. Az LDL a receptorához kötődve internalizálódik s az intracellularisan szabaddá váló cholesterin gátolja a hydroxymethylglutaryl-CoA-reductaset, a cholesterinbiosynthesis kulcsenzimét. A receptor működésének (az internalizatió) hiányában a feedback gátlás elmarad. A homozygoták az LDL 2—25%-át, a heterozygoták 50—75%-át képesek megkötni a normál kontrollokhoz viszonyítva, a defekt típusától függően, de leírtak eseteket, amelyekben 100%-os kötés aktivitás mellett az internalisatio maradt el. Eddig összesen hétféle LDL-receptor mutációt fedeztek fel. Ezek ugyanazon locus alléljait definiálják.

Az említettekén kívül vannak olyan pseudo-reszisztencia formák, amelyekben a hormon (insulin, parathormon, TSH) génje úgy mutált, hogy a hibátlan receptorhoz való kötődés elmarad, ugyanakkor radioimmunoassay-vel normál értékeket határoznak meg.

A genikusan determinált különféle receptor-defektusok minden bizonnyal gyakoribbak és többfélék, mint ahogy azt ma ismerjük.

Schlammadinger József dr.

A cysticus fibrosis (mucoviscidosis) gén kötődése a procollagén 2 (1), valamint a COLIA2 géhez a 7 kromoszomán. M. Buchwald és mtsai (Dept. Genet., Hosp. Sick Children, Toronto és más intézetek): Cytogenet. Cell Genet. 1986, 41, 234.

A kiterjedt szerzőcsoport 53 cysticus fibrosos (CF) családban végzett molekuláris genetikai vizsgálatot a DNS mutáció igazolására, restrictió fragmentum hossz polymorphismus (RFLP) kimutatásával, igazolva, hogy Eco RI, Rsa I és Msp I restrictió endonuclease enzim emésztéssel technikával a CF gén a 7 kromoszoma hosszú karján a q21.3—q22.1 szakaszra lokalizálódik a procollagén alfa 2(I) gének megfelelően. Ezen kombinált kötődést genetikailag informatív CF családok vizsgálata alapján tisztázták, két generációs kanadai és dán családokban, tisztázódott, hogy a CF gén és a COLIA2 gén között 19 centimorgan a távolság. Szoros kötődés igazolódott a COLIA2 és a D7S15 DNA marker között, továbbá a serum paraoxonase (PON) enzimmarker között, korábban mindkettőről bebizonyosodott a CF-hez való kötődésük.

A rágesáló/humán hybrid sejtvonalon igazolt molekuláris genetikai vizsgálati eredmények alapján valószínűsíthető, hogy a CF génlocusa a 7 kromoszoma hosszú karján található, vagy a centromerhez szorosan elhelyezkedve vagy a hosszú kar középvonalában. Lehetséges az is, hogy a CF gén a 7 kromoszoma rövid karján, szorosan a centromer mellett lokalizálódik.

László Aranka dr.

A cysticus fibrosis (mucoviscidosis) praenatalis diagnózisa az első trimeszterben végzett DNA-próbák alapján. M. Farrell és mtsai (Dept. Biochem., St. Mary's Hosp. Med. School, London és más intézetek): Lancet 1986, I, 1402.

A CF létrejöttéért felelős mutációt vizsgálták a szerzők klonizált génpróbák révén, igazolva a CF gén lokalizációját a 7 kromoszoma hosszú karjára. A graviditás első trimeszterében 4 informatív CF családban, a terhesség második semesterében pedig 1 CF családban történt chorion boholyból foetalis DNS preparálás, valamint pJ3.11 és met.H, metD génpróbák végzése, Msp I, Taq I restrictió endonuclease enzimátikus emésztés után. A foetusoknál, valamint a szülők esetében, az érintett testvérek esetében, bizonyították CF, ill. egészséges homozygotaság fennállását, ill. a CF génhordozó állapotát a DNS mutáns sávok alapján.

A kockázati számítások alapján a várt téves negatív és téves pozitív arány kb. 2%, ill. 6%-nak adódott egy élő érintett CF beteg esetében végzett családvizsgálat kapcsán. Az említett génpórák kellő informáltságot engednek meg legalább egy érintett CF gyermek esetén a vizsgált CF házaspárok, ill. családok kb. kétharmadában. A fennmaradó harmadban csupán az egyik szülőnél tudtak mutáns chromosomális gént utaló örökletességet igazolni.

A placentaris mikroboholy enzimvizsgálattal a téves pozitív és téves negatív arányát 5, ill. 10%. A DNS próbak tovább javítják a korábbi enzimvizsgálatok diagnosztikus értékét, azonban a szerzőcsoport további bizonyításra és óvatos következtetésekre hívja fel a figyelmet.

László Aranka dr.

Myoglobin RIA-kimutató Duchenne típusú muscularis dystrophiás génhordozók. Sabria-Leal, M. és mtsai (Serv. Med. Int., Hosp. Germans Trias Pujol, Badalona, Univ. Auton. Barcelona): Eur. Neurol. 1986, 25, 253.

Duchenne típusú izomdystrophia (DMP) génhordozó genotípusának igazolása a genetikai tanácsadás számára mindenkor problémát jelentett, mivel a serum creatin-kinase (CK) korlátozott értékű. A szerzők a serum össz-CK aktivitást myoglobin meghatározással (RIA) kötétték össze, vizsgálva a két paraméter értékét a génhordozó állapot igazolása szempontjából. A DMP-s fiúbetegek húgái és az anyák képezték a két különböző korcsoportot. Az anyákat génhordozónak, a leánytestvéreket lehetséges carriereknek tekintették. Az idősebb korcsoport, az anyák, mint génhordozók csoportja különbözött a két vizsgált paraméterben a fiatalabb életkorú csoporttól, amennyiben a serum myoglobin és CK aktivitás szignifikánsan alacsonyabb volt. A génhordozó anyák csoportjában a CK 75%-ban, míg a myoglobin csak 56%-ban volt magasabb, mint a lehetséges génhordozó leánytestvérek csoportjában.

Fokozott myoglobinaemia normális CK aktivitás mellett nem fordult elő.

Figyelembe kell venni, hogy az életkorral a myoglobin és CK szint csökken, a génhordozó anyák csoportjában (n = 16) a myoglobin szint 55 ng/ml, a CK aktivitás 123,62 U/l átlagú volt, míg a lehetséges génhordozó leánytestvérek csoportjában 122,86, ill. 346,13 volt.

Talán standardizált fizikális gyakorlatokkal egybekötött myoglobin meghatározás javíthatja a génhordozó kimutatósi értéket, azonban a szinkron végzett CK és myoglobin meghatározás nem javítja a carrier felfedési rátát, mivel mindkét paraméter hasonló fiatalabb életkorban, a CK hatékonyabb kimutatósi paraméter mint a myoglobin az idősebb egyéneknél.

László Aranka dr.

Foetalis myosin immunreaktivitás humán dystrophiás izomban. Schiaffino, S. és mtsai (Inst. Gen. Path., Univ. Padova, Inst. Neurol. C. Besta, Milánó): Muscle a. Nerve 1986, 9, 51.

Az emlős izom fejlődése során specifikus myosin isoenzimek mutathatók ki izomhomogenisatumból. Humán izomban a foetalis isoformok jól elkülöníthetők a gyorsabb migrációjú adult típusú isoformoktól. A myosin könnyű láncában jellegzetes foetalis isoform tipus van jelen. A fenti szerzőcsoport korábban bizonyította a foetalis és neonatalis humán izmok myosin nehéz láncában az eltérő myosin isoenzimeket. Kimutatták, hogy a myosin nehéz lánc DMP-s izomrostok többségében foetalis típusú myosin nehéz lánc antigenitását sajátosságokkal rendelkezik. Immunfluorescens vizsgálatokat végeztek normális és humán dystrophiás izmok bovin típusú foetalis myosinnal és specifikus foetalis myosin nehéz láncokkal szembeni antitestek használatával (anti-bF). Megelőzően patkány vázizomban találtak foetalis és korai postnatalis periódusban, valamint regenerálódó izmokban myosin isoenzimek megfelelő kifejeződését anti-bF technikával. Humán foetalis és neonatalis izomban a rostok többsége anti-bF-fel festődött, míg a normális felnőtt izomban csupán az izomkötegek közül néhány rost festődött, ill. reagált a histochemiai reakcióban. DMP-s betegek izombiopsiás anyagában számos rost festődött, egyrésztük kis regenerálódó rost, a rostok többsége nagyobb, feltehetően megelőzően regeneratív hatások eredményeként képződött rostok reagáltak. DMP-ben kimutattott foetalis myosin immunreaktivitás a foetalis-specifikus myosin isoenzimek kifejeződését tükrözi és újabb értékes tesztet képez dystrophiás izom esetében a rostregeneráció és rostpusztulás megítélésében.

László Aranka dr.

Dipeptidyl peptidase I-aktivitás vizsgálata Duchenne típusú muscularis dystrophiás betegek fibroblastkultúrájában. Sinclair, Ch. E. és mtsai (Dept. of Neurochem., Musc. Dystrophy Group Res. Lab., Gen. Hosp. Newcastle upon Tyne): Muscle a. Nerve 1986, 9, 152.

Korábban Duchenne típusú progresszív myopathiás betegek (DMP) fibroblastkultúra-sejtjeiben eltérő protease aktivitást közöltek. Gruenstein és mtsai a Cl-aktivált lysosomal enzim, a dipeptidyl peptidase I (cathepsin C, DPP I.) csökkent aktivitását igazolták ezen kórképben. Feltételezték, DMP-s lysosomalokon belüli fokozott Cl-koncentráció feed-back mechanizmus révén vezethet a DPP I. synthesis csökkenéséhez.

Jelen szerzőcsoport DMP-s betegek fibroblastkultúra-sejtjeiben a kontroll csoporttal szemben nem talált DPP I. aktivitás eltérést. Ezen adat ellentmond a korábban DMP-ben közölt 70% aktivitásnövekedésnek. Az irodalom hangsúlyozza az eltérő egyéni aktivitásváltozásokat, utóbbi magyarázata nem világos, lehetséges, hogy az eltérő substrat tehető benne felelőssé. A szerzők a korábban mások által használt gly-phe-2-naphthylamid helyett gly-arg-7-amino-4-methylcoumaridet használtak. A gly-arg derivátumok sokkal szenszitivább substratok DPP I-re vonatkozóan, mint a gly-phe derivátumok, a 7-amino-4-methylcoumarin intenzívebben fluoreszkál, mint a

2-naphthylamin, így hozzájárul a szenzitivitás fokozódásához. A szerzők a specifikus enzim meghatározáshoz pH 6-ot használtak, a korábbi tanulmányok 5 pH-jával szemben.

László Aranka dr.

Terápiás kérdések

A vény nélkül kapható gyógyszerekkel kapcsolatos lehetőségek és nehézségek Ausztriában. Rosenkranz, H.: Swiss Pharma, 1986, 8, (5), 17.

Ausztriában 1984. április elseje óta van érvényben az az új gyógyszertervezés, amely az 1947. évi, a gyógyszerkülönlegességekre vonatkozó jogszabályt váltotta fel. Ez utóbbi már sok joghézagot tartalmazott. Az új szabályozás is fenn tartotta a kötelező árszabályozást, nem rövidítette meg az új molekulák forgalomba hozatalához szükséges várakozási időt, és nem engedte meg semmiféle gyógyszernek önkiszolgáló formában való árusítását. Fokozott súlyt helyeztél mind a szakemberek, mind a nagyközönség tájékoztatására, és ezt a kötelezettséget hangsúlyozza. Ennek legfontosabb előírásait a szerző szó szerint közli. Újdonságnak számít, hogy míg régebben a nem erős hatású gyógyszereket is csak kizárólag a gyógyszerárak forgalmazhatták, addig most kellő hatásági engedéllyel ez a jog másutt is elérhetővé válik (pl. drogériában). A törvény 1990. március 31-ig nem tervez változtatást a forgalmazás illetve a hirdetés terén, de ettől az időponttól kezdve csak az engedélyezési eljárásnak újból megfelelő készítményeket kíván forgalomban tartani. Nem világos, hogy ez vajon minden termékre ki fog-e terjedni. Mindenképpen várható azonban az öngyógyoszerelés nagymérvű kiterjesztése, kiszélesedése. Ezt annál is indokoltabbnak tartja, mert egy közzétett összesítő táblázat szerint Ausztriában a legalacsonyabb (mindössze 15,5%) a forgalomban levő gyógyszerkészítmények között a vénymentesek aránya. A táblázat szerint a többi országban az arány a következő: NSZK: 55%, Svájc: 44%, Franciaország: 45%, Nagy-Britannia: 51%, Finnország 20%, Dánia 21%, Svédország 28%, Írország 34%. Figyelemre méltó az északi, skandináv államok óvatossága.

Kempler Kurt dr.

Gyógyszerek, amelyek nem szűnhetnek meg. Weintraub, M., Northington, F. K.: JAMA, 1986, 255, 327.

A szerzők arról szólnak, hogy a gyakorló orvosok illetve betegek érdeke sokkal nagyobb befolyással rendelkezik a gyógyszergyártó iparra, mint azt hinnénk. Példaként bemutatják 5 gyógyszer rövid történetét. Ezeket az ipar valamilyen okból (többnyire azért, mert nem voltak már jövedelmezőek) kivonta a forgalomból, azonban ezt az elhatározásukat előbb-utóbb meg kellett változtatni az orvosi vélemények alapján.

Az első példa a Parnate (tranylcypromin-szulfát) nevű MAO inhibitor, melyet még 1964-ben a gyártó Smith Kline & French Labor. az FDA egyetértésével ki-

vont a forgalomból számos erős mellékhatása miatt. Ezt követően azonban sok orvos hiányolta a készítményt, mely más gyógyszerre nem reagáló depresszióknál bevált. Ezekre a „Parnate-specifikus” betegekre való tekintettel az FDA revidálta az álláspontját és mivel adott esetekben a hatás érdekében érdemes volt a mellékhatások kockázatát vállalni, a készítmény új, szigorú, a veszélyekre erőteljesen utaló jelzéssel 1964 augusztusában újra kaphatóvá vált.

Az Inversine (mecamylamin hydrochloricum) orális ganglion blokkoló. Az ötvenes években került forgalomba. Később, amikor a jobb vérnyomáseszköztök egész sora jelent meg, forgalma erősen lecsökkent. Ezért a gyártó Merck Sharp & Dohme elhatározta 1983 júliusában, hogy az USA piacáról kivonja. Az amerikai orvosok viszont egyes, jól ellenőrzött betegek hiányolták. Egy ritka kórképnél: az autonóm hyperreflexes szindrómánál még jobban hiányzott. Kérésükre a szer újra kapható, bár forgalma igen csekély.

A Vasoxyl (methoxamin-hcl.) nevű alfa-receptor agonista gyártását, amikor forgalma évi 100 ezer dollár alá esett, a gyártó Burroughs Wellcome Co. 30 év után megszüntette. Sokszáz aneszteziológus kívánságára azonban — akik ezt a szert egyes esetekben nélkülözhetetlenek tartották — újból forgalomba hozta.

A hatvanas évek közepén a Lederle Lab. hozta forgalomba a Levoprome (methotrimeprazin) nem kábító analgetikumot. Im. használták, de sok mellékhatást produkált, így pl. ortostatikus vérnyomásesést. A 80-as évek kereslete lecsökkent, ezért a gyártó 1983-ban megszüntette. Számos reklamációra azonban a következő év közepén újra forgalomba hozta. Az orvosok azzal érveltek: azon betegeknek, akiknél más hasonló szertől légzési depresszió keletkezett, nem szeretnék nélkülözni a Levopromet; e betegek számára értékes e szer.

A Nisilint (alfaprodin-hcl.) egy rövid hatású kábító analgetikum. Se. használták a szülészeti analgézisban. Súlyos mellékhatásokat (apnoe) okozott, így forgalmának esése miatt gyártója, a Hoffmann-La Roche 1980 szeptemberében kivonta az USA piacáról. Ezt követően számos fogorvos reklamált. Súlyos gyermekesetekben hiányolták. Kitént, hogy alacsony adagban alig mutat toxicitást. Így a gyártó új indikációval újból forgalomba hozta.

Az említett 5 készítmény nem kifizetődő a gyártók számára. A Parnate forgalma még a legnagyobb, megközelíti az évi másfél milliárd dollárt, a Levoprome-é azonban 50 ezernél is kevesebb, az Inversine-é pedig a legkisebb: kevesebb évi 15 ezer dollárnál. Nyilvánvaló, hogy a gyári költségek (az ellenőrzés, a gyógyszerfigyelés stb.) önnél magasabbak. A gyártók feltehetően azért tesznek mégis eleget az orvosok kérésének, mert remélik, hogy akkor egyéb gyártmányaikat is rendelni fogják, azaz engedékenységük a „public relation”-t szolgálja.

Kempler Kurt dr.

testhelyzet hatása. Ring-Larsen, H. és mtársai (Hvidovre Hospital, Denmark): Brit. med. J. 1986. 292. 1351.

A diuretikus kezelés célja az, hogy csökkenjen a szervezet nátrium- és víztartalma, de ez a hatás oedema és ascites jelenlétében mellékhatásokkal jár. Ez többnyire dózistól függ, ezért a lehető legkisebb adagra csökkentik a diuretikum adagját. A hatásos vízelethajtók bevezetése előtt az oedemás betegeknek ágynyugalomra rendeltek, s ez többnyire csökkentette a vízenyít. A vízszintes helyzetben fekvés jó hatását a diuresisre tapasztalati tények igazolják, de kritikus utánvizsgálat még nem történt, amely bizonyítaná, hogy az ágynyugalom javítja a diuretikumok hatását.

A tanulmány 12 beteget vizsgált, akiknek az átlag életkora 60 év volt (30—82 között). 6 betegnek cirrhosisa volt ascitessel, 6 beteg oedemás szívelégtelenségben szenvedett. A cirrhosisa esetek (4 férfi, 2 nő) szövettanilag igazolt alkoholos cirrhosisos voltak, akik a vizsgálat idején nem fogyasztottak alkoholt. A pangásos szívbetegek (4 nő 2 férfi) cardiosclerosos esetek voltak NYNA II—IV. stádiumban, minimális lábszároedemával, kp. fokú pulmonális pangással. A gyógyszerek között nem szerepelt bétablokker, de három beteg digoxint szedett. Valamennyi beteg iv. kapott 1 mg bumetamidot reggel 8-kor, majd randomizálás szerint a betegek fele ágyban feküdt, másik fele pedig fentjáró maradt. 6 óra múlva lemérték a gyűjtött vizeleteket, majd vérmintákat vettek és meghatározták a plasma renin, noradrenalin és aldosteron szintjét, illetve meghatározták a glomerulus filtrációt. A második nap pihenőnap volt, majd a harmadik nap megismélték a kísérletet, de most a korábban ágynyugalomra kijelölt betegek fentjártak, a fentjárók pedig ágyban maradtak, így mindegyik beteg önmaga kontrollja volt.

Az eredmények azt mutatták, hogy a diuretikus hatás kifejezettebb volt ágynyugalomban. A fentjáró beteg szervezete homeostasisra törekszik, hogy perfundálni tudja a szívet és az agyat, és ebbeli törekvésében 20—30%-kal csökkenti a hasúri szervek vérellátását. Ezenkívül megnövekszik a sympathicus idegrendszer aktivitása, aktívulódik a renin-angiotensin-aldosteron rendszer, s ez növeli a Na. reabsorbtóját, a vesékben átfolyó vér mennyiségét, és ezáltal csökken a glomerulus filtráció mennyisége is.

Indokoltnak látszik a diureticum adása után néhány órás ágynyugalom, mert erősebben mobilizálódik az ascites és az oedema. Hogy ez a hatás hogy érvényesül a diureticum rezisztens ascites és oedemák esetében, ez további vizsgálatokat igényel.

Kara József dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: az az orvos-nemzedék, — amely első klinikai tapasztalatait még az orvostan fejlődésének olyan korszakában szerezte, amikor a megfigyelés, tapintás, kopogtatás és hallgatóság eljárásait nem becsülte le — jól tudja, hogy nem az ágynyugalom javítja a diuretikumok hatását, hanem a testhelyzet egymaga hatalmas mennyiségű oedemának kiürítését idézi elő.

Nemegyszer láthattuk, hogy az akkor „myodegeneratio cordis” miatti decom-

penzált beteg lábujjától az inguinális hajlatig terjedő vízenyője pusztán lefeketésre, mielőtt még bármilyen gyógyszeres kezelésben részesült volna, másnapra úgyszólván teljesen kiürült.

Idült májkárosodásban szenvedő betegek ascitesének gyors kiürülése: a perifériás vízenyők jelentősége. Pookros, P. J., Reynolds, T. B. (University of Southern California, Liver Unit. USA): Gastroenterology, 1986, 90, 1827.

Shear és mtsai. megállapították 1970-ben, hogy az ascitesben szenvedő cirrhotikus beteg napi 200—300 g-ot veszít a súlyából, ha nincs oedemája, de ha oedemája is van, ez a súlyvesztés 1 kg-ot is kitehet. Bár utánvizsgálat nem történt, ez a megállapítás érvényben maradt az utóbbi 15 évben. A tanulmány szerzői Shear-ék adatait próbálták megerősíteni, és feladatuk tűzték ki annak vizsgálatát, hogy rapid diuresis során mennyi a diuresis csak ascites esetén, ill. ascites és oedema egyidejű fennállásakor, és milyen jellegű változások alakulnak ki a plasma volumenrel illetően.

14 asciteses idült májbeteg vizsgáltak, orálisan adagolt diureticumok mellett. A kezelés kezdetekor 8 betegnek volt egyidejűleg oedemája is, 6 betegnek csak ascitese. A betegeket úgy választották ki, hogy a portális hypertoniával rendelkezők kerültek be a vizsgált csoportba és kizárták a heveny alkoholos hepatitiszt, a vese elégtelenséget, a gastrointest. vérzést és az encephalopathiát. Egyik betegnek sem volt sárgasága.

A betegeket a kísérlet időtartama alatt hospitalizálták és valamennyien 22 mEq Na, 60 g fehérje és 1000 ml folyadék tartalmú diétát kaptak naponta. Valamennyi beteg furosemidet kapott és hozzá vagy verospirot vagy amiloridot. A dózist úgy állították be, hogy elérjék a napi 1 kg súlycsökkenést. Minden reggel test-súlymérés volt, illetve lemérték a 24 óra alatt gyűjtött vizeletet, vérmintákat vettek, és mérték az ascites volumenét, és a plasma mennyiségét is. A kísérleti időszak 14 ± 5 nap volt.

Kontroll csoportonként 10 asciteses vagy ascitessel és oedemával rendelkező idült májbeteg vizsgált, akik nem kaptak diureticumot, de ugyanazokat a vizsgálatokat végezték náluk is, mint a kezelt csoportban. Mind a három csoport zömében férfiakból állt, az átlag életkor 47 ± 11 év volt.

Eredmények: A plasma volumen 24%-kal csökkent az oedema nélküli asciteses betegekénél, de nem változott, ha egyidejűleg oedema is jelen volt. Az oedema kiürülése után azonban ezen betegcsoportban is ugyanúgy csökkent a plasma volumen, mint az oedema nélküli ascites csoportban.

Valamennyi betegnél, ahol az ascitest nem kísérte oedema, a rapid diuresis során emelkedett a vér CN és creatinin tartalma, és csökkent a creatinin clearance. Általában az első hét végén már észrevehető volt a vesefunkció romlása, de a második hét végéig nem vált statisztikailag szignifikánssá.

Hasonló romlást a vesefunkciónál nem tudtak megfigyelni azon csoportban, ahol oedema is jelen volt, de az oedema kiürü-

lésével ugyanúgy változott a vese működése, mint az oedema nélküli csoportban. A diureticumok elhagyása után a vese-funkciós értékek minden betegnél spontán rendeződtek. Az oedema nélküli betegek se. K. szintje minden esetben emelkedett a rapid diuresis során, míg az oedemás betegek se. K. szintje normális szinten maradt, vagy csak minimálisan emelkedett. A vizeletbe kiválasztott K mennyisége enyhe emelkedést mutatott az oedemás csoportban (+18%) és csökkenés volt észlelhető az oedema nélküli csoportban (-32%).

A se. Na. szignifikánsan csökkent az oedema nélküli csoportban, de nem változott az oedemás csoportban. A szerzők a dolgozat végén a következőket állapítják meg:

- Asciteses betegek komoly mértékben képesek diuretikus terápiára folyadékot üríteni, és a plasma volumen és a vese-funkció rovására;
- azok a betegek, akik az ascites mellett perifériás oedemával is rendelkeznek, védettek a vese-funkció romlásával szemben, mert a nem asciteses folyadék mobilizálása védi a plasma koncentrációt;
- az oedema nélküli betegek diuretikus kezelése során hyponatraemia, hypochloraemia, és hyperkalaemia alakul ki, míg az oedemával is rendelkezőknél ez nem figyelhető meg;
- oedema és ascites együttes jelenlétének a napi diuresis mennyisége elérheti a 2 litert, míg az oedema nélküli esetekben a napi 750 ml a biztonságos.

Kara József dr.

Diureticum okozta súlyos hyponatraemia időskorban. Ashouri, O. S. (Baptist Medical Center, Jacksonville, USA): Arch. Intern. Med. 1986. 146. 1355

Súlyos hyponatraemia, jelentős idegrendszeri károsodással gyakran figyelhető meg azon betegek között, akik thiazid vagy hasonló diureticum származékokat szednek. Az irodalomban nincs egységes álláspont a prognózist és a terápiás eredményeket illetően. A közlemény 8 sikeresen kezelt súlyos hyponatraemiás esetet dolgoz fel.

Az átlag életkor 71 ± 12 év volt, valamennyien nők voltak, akik hypertonia miatt szedtek diureticumot. A diuretikus kezelés tartama nehezen volt meghatározható. 2 beteg szociális otthonból került be. A klinikai tünetek között coma, confusio, görcsös rohamok, gyengeség, elcsúszás szerepeltek. Hypovolaemia valamennyi csoportban megállapítható volt különböző mértékben, oedemát nem észleltek. Az agy CT vizsgálata során nem derült ki olyan betegség, amely a tünetekért felelős lett volna. A kezelés során 3%-os Natrium chlorid oldatot alkalmaztak $35-50$ ml/h adagban. 6 óra után 20 mg furosemidet adtak iv., majd ezt az adagot megismételték 24 óra múlva. A se. Na. szintet $132 \pm 5,6$ mmól/l-re átlagban $28,8 \pm 6$ óra alatt sikerült korrigálni. Valamennyi beteg felépült, anélkül, hogy neurológiai tünetek maradtak volna vissza, kivéve egy beteget, aki respirációs elégtelenségben halt meg 6 hét után, de ez a beteg is visszanyerte az eszméletét, amikor rendezték a se. Na. szintjét.

Különös figyelmet érdemel, hogy dominálónak nőkre szerepelnek az összeállításban. Abramow és Cogan 1984-ben hasonló megfigyelést közöltek. Diureticum által okozott súlyos hyponatraemiás esetek között 12-ből 11 nő volt, s az általuk közölt irodalmi adatok szerint 84% a női nem aránya a közölt hyponatraemiás esetekben. Fichman és mtsai 1971-es közleményében 25 esetből 20 nő volt, Ashrat és mtsai 1981-ből származó tanulmányában 71%-a nő volt a diuretikus kezelés következtében kialakult súlyos hyponatraemiásoknak. Ez azt sugallja, hogy a női nemhez társuló kisebb izom- és testtömeg okozhatja a gyakoribb hypovolaemiát diureticum adása után. Döntő kérdés, hogy miért az idősebb korosztály szenved ebben a tünetcsoportban, bár a diuretikus terapia széles körben elterjedt. Idős korban gyakori több betegség együttes jelenléte és ezek potenciálják a diuretikus effektus mellékhatásait. Az első betegnek krónikus hasmenése volt, a 2., 3., 4. betegnek diabetes mellitusa, az 5. beteg polydipsiás volt, a 7. többször szenvedett cerebrovascularis insultust. Az idegrendszeri tünetek súlyossága felveti a kérdést, hogy az idős agy korlátozott mértékben tud védekezni az agyoedema ellen, amit a hyponatraemia vált ki és gyakrabban alakul ki benne strukturális változás.

A megfigyelések arra utalnak, hogy a korai korrekció meggátolja a strukturális változásokat, amelyek a prolongált hyponatraemia során szükségszerűen kialakulnak.

Kara József dr.

Haematologia

A Cyclosporin-A interakciója cytostaticus szerekkel. Kloke, O., Osieka, R. (Innere Univ.-Klinik, Westdeutsches Tumorzentrum, Essen): Klin. Wschr. 1985, 63, 1081.

Lymphoid leukaemia acut formájában az első remissio biztosítása általában nem probléma, a remissio fenntartása és a relapsus kezelése azonban igen nagy terápiás gondot jelent. Különösen vonatkozik ez a T-sejtes formára. A szerzők acut T-sejtes lymphoid leukaemiás betegén 2 év múlva jelentkezett relapsus, melynek szokásos kezelését a beteg visszautasította, s csak orális terápiát volt hajlandó elfogadni. A kezelést orálisan adott etoposiddal végezték ($100-300$ mg/nap, 2-5 napig), amire a blastok száma 1-2 log-sal csökkent ugyan, de csakhamar újra emelkedett. Ekkor határozták el, hogy a kóros T-sejtek számát hetenként kétszer orálisan adott cyclosporin-A-val ($8,3$ mg/kg) csökkentik folytatva az etoposiddal adagolást is. Erre a blastok száma hirtelen lecsökkent, azonban hyperbilirubinaemia és légzési elégtelenség lépett fel, s a beteg meghalt. Boncollásnál a normális myelopoiesis depressióját észlelték és blastokat egyáltalán nem találtak. Következtetésként levonható volt, hogy a cyclosporin-A-val kombinált etoposid sokkal hatásosabb volt, mint az etoposid egymagában, azonban a kettő toxikus hatása összegeződött. Bár in vitro vizsgálataival is ki lehetett mutatni azt, hogy a cyclosporin fokozza az etoposid és a doxorubicin terápiás hatását, a toxikus

hatás összegeződésének veszélye miatt a kombinált adagolás erősen meggondolandó.

Berkessy Sándor dr.

Nagy dózisú cytosin arabinosid + daunorubicin terapia acut non-lymphoid leukaemiákban az első remissió fenntartására. Wolff, S. N. és mtsai (Dept. of Medicine, Vanderbilt University, Nashville, Tenn.): Blood, 1985, 65, 1407.

A nem-lymphoid acut leukaemiák 75%-ában lehet az első indukció során komplett remissiót elérni, azonban az esetek 80%-ában 2 éven belül relapsus jelentkezik. A remissió minél további fenntartása érdekében intenzív consolidációs kezelést kell folytatni, erre újabban a 3 g/m² adagban alkalmazott nagy dózisú cytosin arabinosid terápiát tartják alkalmasnak. A szerzők az említett adagban 12 órás infúzióban naponta kétszer alkalmazták, összesen hat napon át. A második komplett remissió 50%-ban jelentkező esélyét valamelyest fokozni lehet, ha a 7. és 9. napon a beteg 30 mg/m² daunorubicint is kap. A szerzők 36 acut non-lymphoid leukaemiás betegük első remissiójának fenntartására végezték ezt a terápiát. Betegeik közül 2 halt meg sepsisben, 14 beteg 48 hónapig volt teljes remissióban, a cikk megírásakor pedig többi betegük 11-62 hónapja remissióban él.

Bőségesen észleltek mellékhatásokat: dermatitist, conjunctivitist, cerebellaris tüneteket, gastrointestinalis panaszokat és májműködési zavart. A kezeléssel kapcsolatos neutropenia általában 21 napig, a thrombopenia 22 napig tartott. Kimutatták, hogy a szer ilyen adagolásban a cerebrospinalis térbe is átkerül.

A nagy dózisú cytosin-arabinosid + daunorubicin terápiát elsősorban a relapsus-kezelés eszközeként tartják.

Berkessy Sándor dr.

Acut pancreatitis kialakulása nagy dózisú cytosin arabinosid kezelés kapcsán. Siemers, R. F. és mtsai (Dept. of Medicine, Section of Hematology, Marshfield Clinic, Wisc.): Cancer, 1985, 56, 1940.

Acut pancreatitis számos okra lehet visszavezethető, így kiválthatja: alkohol, azathioprin, thiazidok, furosemid, sulfonamidok, tetracyclin stb. Az anticancerogén chemotherapeutikumok közül az L-asparaginase és az ezt követően adott konvencionális dózisú cytosin arabinosid is.

A szerzők két acut lymphoblastos leukaemiában szenvedő beteget kezeltek daunorubicin + vincristin + prednisolon indukciós terápiával, consolidációs kezelésként pedig cytosin arabinosidot alkalmaztak egyikükönél $6,9$ g adagban 12 órás infúzióban 11 alkalommal, másikuknál $5,25$ g-ot 12 órás infúzióban 6 alkalommal. Mindkét esetben az utolsóként adott infúziót követően hasi fájdalmak, puffadás, hasmenés, respirációs zavar lépett fel kifejezett és gyors serum-amylase érték emelkedése kíséretében. A szer elhagyására a tünetek fokozatosan csökkentek, a pancreatitis gyógyult, a betegek remissióban maradtak.

A nagy dózisú cytosin arabinosid terapia során naponta 1,0—7,5 g/m² (!) cytosin arabinosid adagot szoktak infundálni több napon át. A várt cytotoxikus hatás mellett súlyos myelosuppressio, gastrointestinalis panaszok, conjunctivitis, tüdőoedema, idegrendszeri tünetek, májkárosodás léphetnek fel. A fent ismertetett acut pancreatitis lehetőségét korábban még nem közölték, ezért a szerzők szükségesnek tartják, hogy a resistens leukaemiák nagy dózisú cytosin arabinosid kezelése során minden acut abdominalis panasz esetén gondoljunk pancreatitis lehetőségére is. Kezelésként ketoconazol, antibiotikumokat, nasogastriku szondázást, cimetidint, analgetikumokat alkalmaztak.

Berkessy Sándor dr.

Felnőtt acut leukaemiás betegek túlélése OAP-protokoll+BCG vaccina-kezelés kapcsán. Hewlett, J. S. és mtsai (Cleveland Clinic Foundation, University Hospital of Cleveland): Arch. Intern. Med. 1985, 115, 1006.

A szerzők 216 felnőtt acut leukaemiás beteget kezeltek olyan chemoterapiás protokoll szerint, amelyben cytarabint (Ara-C, cytosin arabinosid, Cytosar) alkalmaznak 100 mg/m² adagban 10 napon át napi 24 órás folyamatos infúzióban, s amelyben az első napon 2 mg Vincristint adnak iv., valamint orálisan 100 mg prednizolont 10 napon keresztül. Randomizáltak a 7., 10. és 21. napon a betegek egy része 2×10⁸ csiraszámú BCG vaccinát is kapott a bőrbe scarificációs technikával. Ezzel a kezeléssel acut myeloid leukaemiában az esetek 53%-ában következett be komplett remissio, acut lymphoid leukaemiában pedig 71%-ban. A remissio fenntartásában a BCG vaccinának kedvező hatását észlelték. Az átlagos remissio-tartam AML-ben 48 hét, ALL-ben 21 hét volt, a komplett remissióba kerültek 26%-a pedig öt év elteltével is életben volt.

Megjegyzendő, hogy a fent leírt 10 napos OAP kúra során remissióba került betegekben a consolidációs kezelés 3 ötnapos OAP kúrából állott, melyet 14 naponként ismételték, a fenntartó kezelések ugyancsak 5 napos OAP kezelések voltak 28 napos időközökben. A mellékhatások között a thrombopenia volt a legkifejezettebb.

Berkessy Sándor dr.

Granulocytadús plazma (buffy coat, határreteg) transfúziója neutropeniás betegek kezelésére. Reiss, R. F. és mtsai (Dept. of Medicine and Pathology, Westchester County Medical Center, Valhalla, N. Y.): Haematologia, 1985, 18, 265.

Neutropeniás betegek kezelésére, infekciók kivédésére, ill. leküzdésére a leggyorsabb módszer a granulocytadús

határreteg (buffy coat) transfúziója. A szerzők 22 neutropeniás beteget kezeltek ezzel a módszerrel olyképpen, hogy egy-egy alkalommal általában 13 palack vérből előállított készítményt transfundáltak. A betegek egy részénél a transfúzióként bevitt granulocyták mennyisége 10,2×10⁹, másik részénél 6,3×10⁹ granulocytá volt. Előbbi esetben a túlélés aránya 30%, utóbbi csoportban 28%, tehát lényeges különbséget nem találtak. Ugyanakkor azok a neutropeniás betegek, akiket intézetükben tipizált donoroktól leukaferesissel nyert granulocytá koncentráttal kezeltek, 69,2%-ban gyógyultak meg infekciókból. Véleményük szerint a buffy coat transfúziójának nincs jelentős haszna, mindenáron az egy donortól sejtseparátorral nyert készítmények adására kell törekedni.

Berkessy Sándor dr.

Enyhe és közepesúlyos A-haemophiliás és Willebrand-betegek kezelése desmopressinnel. De la Fuente, B. és mtsai (Dept. of Medicine, University of Connecticut Health Center, Farmington): Ann. Intern. Med. 1985, 103, 6.

Néhány évvel ezelőtt mutatták ki, hogy a diabetes insipidus kezelésére alkalmazott szintetikus vasopressin analóg, a desmopressin (1-desamino-8-arginin-vasopressin, DDAVP) átmenetileg emeli a vér VIII. faktor szintjét, mobilizálva az endothelialis VIII. faktort. Ez a hatás átmeneti, viszonylag rövid ideig tart és olyan mértékű, hogy enyhe vagy közepesúlyos VIII. faktor hiányában elegendő a haemostasis egyensúlyát helyreállító VIII. faktor-szint biztosítására.

A szerzők 68 VIII-faktor hiányos vérzékenységben szenvedő beteget kezeltek iv. adott desmopressinnel (Stimate, Armour Pharmaceutical Co.), akik között 40 A-haemophiliás, 21 Willebrand-beteg, 5 haemophilia carrier nő és 2 VIII-faktor inhibitoros, nem haemophiliás beteg volt. A desmopressint általában közvetlenül a beavatkozások előtt (foghúzás, tonsillektomia, nagy sebészeti műtétek stb.) adták be 0,3 µg/kg adagban, 50 ml isotonias konyhasó infúzióban, 15 percnél valamivel hosszabb idő alatt. Az infúzió előtt 4 órával (majd a beavatkozás után még 3—5 napon át) szájon át 24 g/nap epsilon-amino-capronsavat kaptak a betegek, hogy kivédjék a desmopressin okozta fokozott fibrinolytikus aktivitást. Az egészségesek vérének VIII. faktor szintjét 0,5 U/ml-nek vették, és igyekeztek az infúzióval ezt az értéket megközelítő VIII. faktor szintet elérni. (A-haemophiliások vérének VIII:C aktivitása 0,06—0,29 U/ml között volt.) A kezelt és vizsgált esetekben a VIII:C-szint az infúzió után 15—30 perccel érte el maximális értékét, majd lassan csökkent, ezért a beavatkozások azonnal elkezdtek, ha kellett, az elkövetkező órákban vagy napokban ismételték a desmopressin infúziót. Részletesen leírt eredményeik szerint csak ritkán kellett a be-

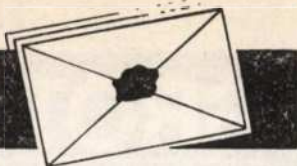
teg vérzékenysége miatt mégis csak VIII. faktor koncentráttum adásához folyamodniuk. Mellékhatásokat is észleltek, ezek: melegség-érzés, fejfájás, átmeneti bőrkirpiulás, ritkán ortostatikus collapsus, egy esetben hyponatraemia okozta epileptiform roham volt. Összességében mégis azt lehetett megállapítani, hogy a desmopressin infúzió veszélytelen, csekély mellékhatásai vannak, de a vele elérhető eredmény igen jó. Megítélésük szerint a nem súlyos haemophiliák és Willebrand betegségek eseteit nem tekintve a desmopressinnel indukált VIII. faktor-szint korrekció a jövő egyik ígéretes therapiás lehetősége ezekben a betegségekben.

Berkessy Sándor dr.

Granulocytás sarcoma myelofibrosis leukaemiás fázisában. Jacobs, P., Sellars, S. (Dept. of Haematology, University of Cape Town Medical School, Dél-afrikai Közt.): Postgrad. Med. J. 1985, 61, 1069

A sajtóságosan zöld színű „lágyrésztumort” 1823-ban Burns írta le. A chloroma elnevezést King adta 1853-ban. A tumor leukaemiával való kapcsolatát 1893-ban Dock figyelte meg, de tévesen lymphoid tumornak vélte. Összefüggését a granulocytá-sor leukaemiás burjánzásával 1903-ban Türk tárta fel. Anger (1914) állapította meg, hogy a tumormassza zöldes színe a sejtek myeloperoxidase tartalmával van összefüggésben. Az elmúlt évtizedek során tisztázódott, hogy — a Rappaport terminológiája szerint (1966) granulocytás sarcoma — elsősorban a krónikus granulocytás leukaemia egyik szövődőmánya, annak késői fázisában jelentkeznek és számos szervben megjelenhetnek, így leírták a mellékben, ovariumokban, uterusban, cervixben, perineuralis régiókban, a szemben és az orbitában stb. Myelofibrosis stacioner fázisában rendkívül ritka, a szerzők ezért ismertetik 54 éves nőbetegük esetét. Az éveken keresztül ismételt crista-biopsiákkal igazolt myelofibrosis nem leukaemiás fázisában betegük zygomatikus régiójában kezdetben lassan, majd gyorsabban növekedő tumor jelent meg. Ennek szövettani vizsgálata kétségtelenül granulocytás sarcomára utalt, ezért e terület irradiációját végezték el. A tumor 4 hét alatt teljesen regredált, azonban csakhamar a vérkép myeloblastos transzformációja követte a lokális javulást. Mivel a csontvelő súlyos myeloblastos infiltrációja volt kimutatható, daunorubicin + VP 16—213 kezelést kezdtek. A chemoterapiára a csontvelői és perifériás vérkép is teljes mértékben normálissá vált, a korábbi myelofibrosisos kép újra a betegség stacioner fázisának képét nyújtotta. Bár myelofibrosisban a chloroma kialakulása ritka, előfordulására mégis számítani lehet, s mivel e tumorosus képletek radiosensitívek, elsőként irradiációjukat kell elvégezni, chemoterapiára blastos transformatio egyéb jelei esetén van szükség.

Berkessy Sándor dr.



Megjegyzés „A klinikai kutatás nemzetközi helyzetének néhány mai vonása” c. tanulmányhoz

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1986. 127. évfolyamának 49. száma közli Rák Kálmán professzornak, a DOTE II. Belgyógyászati Klinikája igazgatójának Korányi Sándor-emlékelőadását, amely a Társaság XX. Nagygyűlésén Budapesten hangzott el 1986. március 20-án. Rák professzor előadásának mintegy befejezésképpen Hetényi Géza Tiszaparti klinikájának munkásságát méltatja és szívesen emlékezik vissza a vele eltöltött évekre. „A korszak, amelyről szó van — írja —, Korányi Sándorral vagy ha tetszik, a két Korányival kezdődött. Rusznyák Istvánnal és Hetényi Gézával, később Magyar Imrével folytatódott, s benne élünk ma is, mert fennmaradt az ő tanítványaikban. Azokban, akiknek elsőrendű feladata a nemes szellemi örökség ápolása, s lehető továbbadása a soronkövetőknek.”

Én másképpen fogalmaznék, pl. így: „A korszak, amelyről szó van, Korányi Sándorral vagy ha tetszik, a két Korányival kezdődött. Rusznyák Istvánnal, Haynal Imrével és Hetényi Gézával folytatódott, s benne élünk ma is, mert fennmaradt az ő tanítványaikban.”

Haynal Imre Korányi Sándornak időrendben második adjunktusa volt, aki 1938-ban megjelent „A szív és vérerek betegségei” c. alapvető könyvét hálás tanítványaként, őszinte tisztelettel ajánlotta volt professzorának. Korányi Sándor ekkor már nyugdíjas volt és klinikáját két éve miniszteri rendelet záratta be. A könyv megjelenése után 6 év múlva halt meg Korányi Sándor 1944. április 12-én reggel, 78. évében. Nem véletlen, hogy temetésén a gyászbeszédet kedvenc tanítványa, Haynal Imre professzor tartotta. Az Orvosi Hetilap 88. évfolyamának 18. számában 1944. április 29-én megjelent nekrológijában úgy kezdte emlékezését Haynal professzor, hogy „Nehéz napjainkban sokat gondoltunk egy évek óta betegen fekvő öregúrra, Korányi Sándorra, aki betegségének megpróbáltatásait bölcs lelki békével viselte.” És így fejeződik be az írás: „Amíg lesz magyar klinika és magyar egyetem, Korányi Sándornak, mint a legjobbak egyikének emléke mindig élni fog.”

A nehéz napok elmúltak, a magyar egyetemet a napokkal a temetés előtt bevonuló németek sem tudták elpusztítani.

Korányi Sándor emléke fennmaradt, él bennünk, tanítványaiban és az egész magyar orvostársadalom kezelettel és tisztelettel őrzi emlékét. Valamennyiünk feladata a nemes szellemi örökség ápolása és lehető továbbadása a soron következőknek. A sorból azonban az iskolateremtő Haynal Imre professzort és akadémikust nem lehet „kifelejteni”.

Antalóczy Zoltán dr.

T. Szerkesztőség! Nagyon köszönöm Antalóczy Zoltán professzor kiegészítő megjegyzéseit. Sorai hiányt pótolnak, teljes mértékben el kell hogy fogadjam érvelését: Haynal Imre professzor, kit magam is ismerhettem, s szinte legendás emberi tulajdonságai miatt nagyon tiszteltem, Korányi Sándor tanítványa, s mint a budapesti egyetem tanszékvezető professzora, a Korányi-iskola kétségkívül jelentős egyénisége volt.

Elfogultságom talán magyarázható. Előadásom bevezetőjében a közvetett kapcsolattal, a Szegedre került tanítvány, Hetényi Géza klinikáján töltött évekkal igyekeztem indokolni azt, hogy a megtisztelő feladatra, Korányi Sándor-emlékelőadás tartására vállalkoztam. Az előadás végén kétségtelenül szívesen emlékeztem az ötvenes évek Tiszaparti klinikájára. Nem mondtam, de tagadhatatlan, hogy mindennek előtt a Korányiét követő Hetényi-iskolára, s annak feladataira gondoltam, akkor is, ha tökéletesen igaz, hogy egy klinika géniuszának öröksége valamennyi tanítvány és utód közös szellemi kincse, s annak megőrzése, ápolása is közös feladat! De ha az előadó, bizonyos kockázat árán is, a nagy örökösök nevének említésére vállalkozik, a sorból, s most egyetértően idézem Antalóczy professzort, Haynal Imre nevét nem lehet (vagy inkább nem szabad) kifelejteni (de félreértés ne legyen, csak így, idézőjel nélkül!).

Rák Kálmán dr.

Harcban az áltudomány, a kuruzslás, a sarlatanizmus ellen

T. Szerkesztőség! Aki csak félszempennel is odafigyelt a hazánkban nemrég lezajlott Nemzetközi Onkológus Kongresszusra, tájékozódhatott arról, hogy világszerte milyen hallatlan erőfeszítéseket tesznek a

rosszindulatú daganatok korai felismerése és gyógyítása érdekében. Annál meglepőbb, hogy amikor évi sokmillió dolláros költségvetéssel, csúcstechnológiával rendelkező kutatók ezreinek erőfeszítését gyakran csak szerény siker kíséri külföldön is, hazánkban is, minduntalan akad egy-egy botcsinálta feltaláló, aki vagy fanatikus megszállottságból vagy a gyors meggazdagodás reményében egyetemes panaceát kínál a szorongatott betegeknek. Ha e panaceák híre csak suttogó propaganda útján terjed, rendszerint nem okoz nagy kárt. De ha a tömeghírközlő eszközök: a rádió, a napi sajtó és mindezek előtt a szinte mindenható televízió állnak a feltalálók mellé, talán nemcsak a nagyközönségben kelt indokolatlan reményeket, és egyidejűleg gáncoskodással vádolják mind az egészségügyi hatóságokat, mind egy-egy szakma reprezentánsait, megeshet az is, hogy egy-egy ilyen ügy hullámverései még akár a Parlamentbe is eljutnak. Aki valaha is csak félfüllel hallott reklámról, jól tudja, hogy még a negatív célzatú megnyilatkozásoknak is lehet pozitív hatásuk, ha tájékozatlan vagy félretájékoztatót közönséget érnek. Ennek kárát pedig egyértelműen a betegek látják, de ért az orvosoknak is.

A kuruzslás sárkányát végleg elpusztítani nem lehet, éppen ezért javaslatom az lenne, hogy valahányszor felüti fejét — bármely köntösben, akár fehér köpenyben is — a MOTESZ illetékes szakosztálya foglaljon állást az Orvosi Hetilapban egy-egy új csodaszerezzel kapcsolatban. Egy-egy ilyen gyors nyilatkozat legalább orvoskörökben tisztázza vizet öntene a pohárba és elejét venné annak, hogy tájékozatlanul vagy félretájékoztatóva akár még orvos is, vagy nem-orvos politikai vezető a kuruzslók támogatójává váljon.

Javasolnám továbbá még azt is, hogy a MOTESZ kényszerítse ki a tömeghírközlő médiumok vezetőitől hibás tájékoztatás helyreigazítását. Addig ugyanis, amíg az „audiatur et altera pars” elve nem érvényesül, teljesen egyenlőtlen a küzdelem. Meg vagyok győződve arról, hogy ha felelős és lelkiismeretes, a betegek érdekeit szem előtt tartó orvosok is nyilvánítanak tárgyilagos véleményt, akár régi akár új csodaszerekről, akkor előbb-utóbb korrekció és egészséges együttműködés jönne létre az újságírók és az orvosok között. Ez pedig elsősorban a betegek érdeke.

Szendei Ádám dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Szendei dr. „Levelét” az Orvosi Hetilap szerkesztősége és szerkesztőbizottsága építő jellegűnek tartja és azzal teljes mértékben egyetért.

HYGROTON®

antihypertensivum
diureticum

tabletta



HATÓANYAG:

50 mg chlortalidonum tablettánként.

JAVALLATOK:

Különböző eredetű (kardiális, renális stb.) ödémás állapotok; enyhe és közepes súlyos hipertónia (enyhébb esetekben önmagában is, vagy más antihypertenzívumokkal kombinálva).

ELLENJAVALLATOK:

Súlyos vese- és májelégtelenség, a gyógyszer és egyéb szulfonamidok iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel. A napi adagot célszerű reggel, étkezés közben bevenni.

FELNŐTTEK

kezdeti napi adagja ödémában 100—200 mg. Kivétel esetekben, az ödéma gyors megszüntetése érdekében 300—400 mg is adható. A kívánt terápiás hatás elérése után át kell térni a fenntartó adagra, amely általában 25—50 mg naponta, vagy 3-szor 50—100 mg hetente.

Hipertenzió kezelésére a betegség enyhébb formáiban a kezdő napi adag 25—50 mg, a fenntartó adag naponta 25 mg vagy hetente 3-szor 50 mg. A vérnyomás elégtelen csökkenése esetén más antihypertenzívummal (pl. béta-receptorblokkolóval) ajánlatos kombinálni. Ennek során többnyire lehetővé válik az alkalmazott gyógyszerek adagjainak csökkentése.

GYERMEKEK

kezdő adagja 1—5 éves korban napi 25 mg, fenntartó adag hetente 3-szor 25 mg, 6 éves kortól a kezdő adag napi 25—50 mg, fenntartó adagja naponta vagy másodnaponta 25 mg.

MELLÉKHATÁSOK:

Enyhe szédülés, adinámia, fáradtságérzés, elsősorban a kezelés elején. Ezek a panaszok többnyire spontán vagy az adagok átmeneti csökkentésére megszűnnek. Gastrointesztinális panaszok főként akkor je-

lentkeznek, ha a gyógyszert éhgyomorral veszik be. Ritkán izomgörcs, paresztézia, ortosztatis hipotenzió, szomjúságérzés, szívritmuszavarok, látászavar, cholestatikus icterus, pancreatitis, allergiás bőrtünetek, fényérzékenység, nekrotizáló vasculitis, leukocitopénia, trombocitopénia, aplasztikus anémia. Allergiás tünetek jelentkezésekor a kezelést abba kell hagyni.

Hosszabb alkalmazás esetén előfordulhat az elektrolit- és a folyadék egyensúly zavara, elsősorban hipokalémia, továbbá okozhat hiperkalcémiát, hiperurikémiát, szénhidrát-anyagcserezavarokat. Rejtett cukorbetegséget, latens köszvényt manifestálhat.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadása:
lítiumsókkal (a Li-szint toxikusig emelkedhet).

ÓVATOSAN ADHATÓ:

- vérnyomáscsökkentőkkel (hatásukat fokozhatja, adagjuk módosítására lehet szükség);
- szivglükozidokkal (toxicitásuk hipokalémiában fokozódik);
- orális antidiabetikumokkal (hatásukat csökkentheti, hiperglikémia veszélye);
- kortikoszteroidokkal (a K-vesztés fokozódik);
- nem depolarizáló izomrelaxánsokkal (hatásukat fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS:

Tartós kezelés esetén a szérumszint ellenőrzendő, különösen a leginkább veszélyeztetett szív- és májbetegéké,

ill. erős hányás esetén, vagy ha szájszárazság, gyengeség, letargia, álmoság, izomfájdalom vagy görcs, hipotenzió, oliguria, tachikardia, gyomor- és bélpanaszok jelentkeznek. Káliumban gazdag étrend (gyümölcs, fűszerek) javasolt, és szükség lehet — különösen káliumhiány jelei, fokozott K-vesztés vagy egyidejű digitális-, ill. kortikoszteroid-kezelés esetén — a rendszeres gyógyszeres K-pótlásra.

Korlátozott veseműködés esetén a kreatinin clearance-t is ellenőrizni kell.

Vesebetegekben fokozhatja az azotémiát és kumulálódhat, ilyenkor, továbbá, ha oliguria lép fel, adását abba kell hagyni.

Májbetegeknek óvatosan kell adni, mivel az elektrolit-egyensúly, ill. a szérumszint ammóniaszint kismértékű megváltozása májkóráttal idézhető elő.

Súlyos cerebrális és koronária szklerózis esetén adása fokozott óvatosságot igényel.

TERHESEKNEK

csak indokolt esetben, a kezelés hasznának és kockázatának gondos mérlegelésével adható, mivel csökkenti a plazmatérfogatot, az uteroplacentaris vérellátást és átjut a placentán. Így fennáll a fetális, ill. neonatális sárgaság, trombocitopénia és egyéb károsító hatás veszélye. Átjut az anyatejbe, ha szedése feltétlenül szükséges, a szoptatást abba kell hagyni. Tartós adásakor manifeszt és látens diabéteszben a szénhidrát-anyagcsere rendszeresen ellenőrizni kell; szükség lehet az inzulinadag növelésére. Ugyancsak rendszeresen figyelemmel kell kísérni a beteget a húgysav-anyagcsere zavara esetén.

Ortosztatikus hipotenziót okozó hatását az alkohol, barbiturátok, diazepam fokozhatják. Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel; főleg gépjárművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egyszer vagy kétszer — ismételtethető.

CSOMAGOLÁS:

30 tabl. 5,— Ft.



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
Ciba-Geigy licencia alapján



KÖNYVISMERTETÉS

H. Nigst: Nervenkompressionssyndrom an der oberen Extremität. (Ideg-kompressziós szindrómák a felső végtagon) (Hippokrates Verl., Stuttgart 1986) Ára: 72,— DM

A neves svájci kézsebész, *Henry Nigst* szerkesztésében megjelent könyv az 1984. júniusában Baselben megtartott IX. Kézsebész Kongresszus második főtémájának anyagát öleli fel, amely a felsővégtag kompressziós szindrómáit tárgyalja. Már a bevezetőben megemlíti, hogy a könyvnek nem célja az, hogy részletekbe menően ismertesse az összes ismert felsővégtagi kompressziós szindrómát, aki tehát olyan céllal veszi kezébe a könyvet, hogy erről a kérdéstről áttekinthető képet kap, családni fog.

A könyv felépítése hűen követi a kongresszus anyagát, azaz az egyes tanulmányokat a vita anyaga követi. A viták részletes ismertetése nem lehetséges a sok résztvevő és az igen sokszor egymásnak ellentmondó vélemények miatt. Az áttekinthető referátumot az ismert nevű baseli neurológus, *Kaesser* írta. An. radialis, n. medianus, n. ulnaris és a n. suprascapularis kompressziós szindrómáit tárgyalja tünettan és klinikai diagnosztikai szempontok szerint. Sajnálatos módon nem tesz említést a TOS-ról, (mellkas kimeneti szindróma) amely pedig napjainkban sok problémát okoz angiologusnak, neurológusnak és sebésznek egyaránt. A referátumot a téma megvitatása követi. Ebből azt emelném ki, hogy igen nagy igény van a pontos elektrodiagnosztikára, amely megkönnyíti a kézsebész állásfoglalását. Műtéti indikáció szempontjából nincsenek határozottan körvonalazott elvek.

A következő fejezet a műtéti metszések helyét részletezi a következő kórképekben: TOS, incisura scapulae szindróma, processus supracondyleus és pronator szindróma, distalis medianus kompresszió, proximális és distalis ulnaris laesio, felső, középső és alsó radialis kompresszió.

A r. thenaris és r. palmaris n. mediani anatómiai variációit és ennek sebészi jelentőségét tárgyaló rész után a ritkábban előforduló kompressziós szindrómákkal foglalkozik a könyv. E fejezeten belül két kórképet tárgyalnak: a pronator teres és a n. interosseus anterior szindrómát. A könyv a mikroendoneurolysis tárgyaló résszel zárul. A szerzők vitatják a mikrosebészi módszerek értékét. Az interfascicularis neurolysisről kifejezetten óvnak, minthogy állatkísérletekben kimutatták, hogy igen súlyos károsodások alakulnak ki az idegben. Ezzel szemben viszont a klinikai megfigyelések szerint az epineurium felhasítása nagyon jó eredményeket ad, ha az idegen valahol befűződés látható.

A 107 oldalas könyvet részletes tárgymutató teszi könnyen kezelhetővé. Kiállítása megfelel a nyugat-német könyvek színvonalának és nem takarékoskodtak a színes műtéti ábrákkal sem.

A könyv a neurológusnak nem mond újat, de igen hasznos, gyakorlati tudnivalókat ad a kézsebész számára, ami ért-

ető, ha meggondoljuk, hogy a „Bibliothek für Handchirurgie” sorozatban jelent meg.

Kómár József dr.

P. Thurn, G. Friedmann: Computertomographie der Wirbelsäule und des Spinalkanals. Enko. Stuttgart. 1986. 2. kiadás, 119 oldal, 283 ábra. Ára: 85,— DM

A könyv, mely 5 német szerző (P. Thurn, G. Friedmann, K. Lackner, S. Schroeder, K. H. Prömpfer) munkája, az „ortopediai könyvtár” sorozatban jelent meg, az 1983-as kiadás 2., átdolgozott változata, komputeres tomográfiával foglalkozó ortoped szakorvosok és neuroradiológusok számára készült. A szerzők a bonni egyetem ortopediai, valamint a kölni és bonni egyetem radiológiai klinikáján elvégzett, több, mint 3000 gerinc CT vizsgálat eredményét foglalják össze; rövid, áttekinthető, közérthető formában, minden lényeges állítást egyértelmű, a témához illeszkedő, meggyőző képpel dokumentálva.

A könyv 9 fejezetre oszlik (vizsgálati technika, anatómia, fejlődési rendellenességek, a lumbális gerincetorna szűkületei, discus hernia, daganatok, traumás eltérések, a gerincűr gyulladási, osteoporosis), minden fejezet végén 1984—85-ös adatokat is tartalmazó szakirodalmi áttekintést, összesen mintegy 223 utalást találunk.

Az első kiadáshoz képest a mű terjedelme alig változott, 12 új ábrát iktattak bele, kisebb kiegészítéssel bővült a fejlődési rendellenességek fejezete, lényegesen átdolgozták a porckorongszérvről és a traumás elváltozásokról szóló részeket.

Ahhoz, hogy a gerincről — főként a gerincetornáról — hasznos információt, értékelhető horizontális síkú axialis rétegek képet nyerjünk, nemcsak megfelelő készülék (1 mm körüli térbeli felbontás, igen jó abszorpciós felbontás, 1—10 s-os scannelési idő, 2—4 mm-es rétegvastagság, ±20 fokos gantry-döntés, automatikus beállítás, scout view, valamint számos kiértékelő program) szükséges, de a beteg megfelelő elhelyezésével, pontos beállításával, a vizsgált sík egyértelmű lokalizálásával, szükség esetén nephrotrop kontrasztanyag infúziós bejuttatásával vagy kiegészítő myelográfiával a vizsgálat módszertani buktatóit is el kell kerülni.

Komputeres tomográfiával foglalkozó radiológus számára főként a discus herniáról, a lumbális spinális stenosisról szóló és a traumás elváltozások CT vizsgálatát taglaló fejezet értékes.

A lumbális discus herniák CT diagnosztikája elérte a myelográfia találati pontosságát (95—98%), a CT vizsgálat a myelográfiánál lényegesen jobb hatásokkal (94%) deríti ki a postoperatív korai- és késői szövődeményeket valamint a discus hernia recidívát.

Az ischialgiform panaszokkal, neurogén claudicatio-val járó lumbális spinális stenosis csak 10-szer ritkább, mint a discus hernia, etiológiáját tekintve veleszületett

vagy szerzett lehet, leggyakrabban a kisízületi degeneratív folyamatokhoz társul. Ilyenkor a csigolyaívek megvastagodnak, a kisízületek körüli csontapposító a gerincetornát hátulról és oldalról szűkíti. A kórkép diagnosztizálására és progressziójának megítélésére a CT alkalmasabb módszer, mint a myelográfia.

Trauma után a gerinc CT vizsgálata — már első vizsgálatként is — indokolt (atlasi ívtörések, atlas és epistropheus darabos törések, Jefferson törés, atlantooccipitalis-atlantoaxialis luxatio, C. III—VI. féloldali luxatiós törések stb.), különösen akkor, ha a neurológiai tünetek a gerincetorna sérülésére, intraspinalis vérzésre, a gyökök vagy a myelon kompressziójára utalnak. Kevésbé súlyos esetben is tisztázhatja a hagyományos csontfelvétellel és a neurológiai lelet közötti ellentmondást, alkalmas arra, hogy a spinális térben lévő vérömleny, csontszilánkok, traumás discus herniát kimutassuk, a kórképet súlyosító paravertebralis lágyrész folyamatokat is felderítsük. A CT vizsgálat előnyei, kíméletessége, csekély kockázata a politraumatizált, nem mozgatható vagy kórkörös nyaki gipszkötéssel rendelkező betegek számára felbecsülhetetlen.

A könyv értékét nem rontja, hogy a fejlődési rendellenességek csoportosítása több ponton vitatható, az osteoporosisról szóló fejezet nem minden vonatkozásban korszerű, s a CT myelográfiákat ma már az Amipaque-nál korszerűbb kontrasztanyagokkal (Iopamiroval vagy Omnipaque-kal) végezzük.

Most, hogy hazánkban az egészségügyi ellátás felső fokán, korlátozott mértékben, de már elérhető a modern készülékekkel végzett CT vizsgálat, e szép kiállítástú könyv szakmai értéke megnövekedett, a benne foglaltak egyre aktuálisabbá válnak.

Bartha László dr.

Horst-Eberhard Richter, Dieter Beckmann: Herzneurose. 1986. (3., unveränderte Auflage), Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart—New York, 205 oldal. Ára: 19,80 DM (Flexibles Taschenbuch)

A szívneuroziszról szóló kis monográfia a német szakirodalom klasszikusa, 1969-ben jelent meg először, most harmadik, lényegében változatlan kiadásban a népszerű Thieme-zsebkönyvsorozatban adták ki. Ez a kiadás is mutatja, hogy a kötet még mindig aktuális. Ilyen átfogó és koncepcionális munka a szívneuroziszról még nem jelent meg, és az utóbbi 20 évben sem történt kísérlet hasonló monográfiára, noha a szívneurozisz formakörébe tartozó kórképek a gyakorlatban mind nagyobb számban fordulnak elő. A két szerző a giesseni egyetem pszichoszomatikus intézetében öt év szívneuroitikus beteganyagát dolgozta fel, pszichoanalitikus szempontok szerint, a részletes anamnézis, az alapos klinikai kivizsgálás, valamint a pszichológiai terápiák adatainak számítás-gépes elemzése révén. Ehhez még az MMPI-teszt adatait is hozzávették, lényegében az MMPI-tesztet a kutatás speciális módszereként. Összesen 125 esetet vettek fel mintájukba.

A kötet először áttekinthető a problémát. Megállapítja, hogy a szívbetegként kezelt esetek között is meglepően sok a neuro-

tikus, és a szívpanaszokkal jelentkezőket az orvosok először szomatikus diagnózissal látják el és szívbetegként vizsgálják ki és kezelik. Ebből sok iatrogén károsodás származik. Bár a szívneurózis fogalma nem jó, a gyakorlatban ez terjedt el a pszichoanalitikus terminológia szerint „aktuálneurózisnak”, ill. szorongásos-szomatizációs neurózisnak tekinthető kórkép megjelölésére. A korábbi vizsgálatok hajlottak szomatikus predispozíciók és örökletes tényezők hangsúlyozására, az újabb kutatások viszont azt mutatták ki, hogy különféle ritmuszavarok és kiváltéppen a szopora szívverés könnyen kondicionálódik és reflexesen könnyen rögzül, könnyen kapcsolódhat a szorongáshoz, a jelenség pszichogenitása tehát kétségtelen. Jellegzetes egzisztenciális konstellációban keletkezik az első roham. Az esetek több mint felében kimutatható, hogy a szívneurózis keletkezése előtt közvetlenül valamely családtag vagy közeli ismerős szívbetegségben meghalt, és ez mintegy modellel adott a szívre vonatkozó félelmekhez. Csaknem az esetek felében mutatható ki konfliktus a lényeges kapcsolatokban közvetlenül a kórkép kialakulása előtt. Az első panaszok gyakran súlyosbodnak az orvosok óvatlan közlései nyomán, a beteg feszültséggel túltelített lelkiállapotában az orvosi kijelentések mintegy a betegség tudat kristályosodási magvaivá válnak. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a szívneurózis nem megy át szívbetegségbe, évtizedes katamnesztikus vizsgálatok sem mutatnak ki nagyobb számú szívbetegget az egykori szívneurotikusok között. A szívneurózis kórjelöltje jó, bár kb. a felében az eseteknek hosszú ideig tart a betegség, a neurózis kronifikálódik, a betegek az egyik orvostól a másikig járnak.

A szerzők a számítógépes elemzés alapján a szívneurózis tünetegyüttesén belül öt csoportot különítettek el. Az A csoport a leggyakoribb, kb. az esetek 50%-át teszi ki (nem tévesztendő össze a Friedmann-féle A-típusú személyiséggel, amely a koronáriabetegekre jellemző, a szerzők kiemelik, hogy a szívneurotikusok személyiségprofilja a koronáriabetegektől nagyban különbözik). A B-típusba kb. 30% tartozik. Az A-típusba tartozók nyugtalanok, félnek az infarktustól, nyomott hangulatúak. A második — a B — csoportba tartozóknak több a testi panaszuk, bár levertébbek, de ugyanakkor aktívabbak is, a rohammentes időszakokban tevékenyek és megpróbálnak küzdeni a betegség ellen, míg az A-típusúak átadják magukat a szomatikus betegségtudatnak.

A szerzők a következő pszichoanalitikus elméletet állítják fel a szívneurózissal: A szívneurózisban azok az emberek betegednek meg, akiknek családi szocia-

lizációja folytán önértékelésük károsodott és akik hajlamosak a függőségi kapcsolatokra, mert önértékelésük deficitjét szoros és kizárólagos párkapcsolatokkal próbálják kompenzálni. Amikor a függőségi jellegű kapcsolat veszélybe kerül, akkor lép elő a szívneurózis. A szív szimbolikus szerepe nagyon fontos a tünetválasztásban és a szívbetegségtől, infarktustól vagy szívhaláltól való manifeszt félelem lényegében a pszichikus dezintegrációtól való félelem kifejezése.

A szerzők a szívneurózisban sok hasonlóságot találnak a depresszióval, véleményük szerint azonban a szívneurotikusok önértékelése nem olyan súlyosan károsodott, mint a depressziósoké. A károsodás a B-típusban kisebb, mint az A-ban. Terápiát is javasolnak, ez főleg a dependens kapcsolat krízisére és fenyegető elvesztésére vonatkozik. Nagy szerepet kapnak a különböző mozgásterápiák a komplex klinikai kezelésben.

A kis könyv nagyon sok egyéb fontos információt tartalmaz, minden orvosnak ajánlható, aki neurotikusokkal kapcsolatba kerül. A szívneurotikus betegekkel a magyar orvos különösen gyakran találkozik, és sajnos nálunk az iatrogén kihatású diagnosztikus és terápiás közelítésmódok különösen gyakoriak. A neurózisosztályok tapasztalata általában megerősíti a szerzők leírásait. A recenzens a megjelenés évétől kezdve ismeri és használja ezt a kötetet és sok segítséget kapott tőle a nagyon gyakori szívneurotikus tünetcsoport kezelésében. Az évek folyamán azonban felfogása eltávolodott Richter és Beckmann felfogásától. Egyrészt azt tapasztalta, hogy a szívneurotikusok egy része inkább a határeset- (borderline-) szindróma kategóriájába tartozik, és náluk a tüneti kezelés vagy a konfliktus- és kapcsolatorientált pszichoterápia kevés eredménnyel kecsegtet, mert a tünetek megjelenése inkább általános dekompenzációt jelent, másrészt viszont nem elsősorban a személyiségfejlődés antecedens zavarait találta a tünetcsoport mögött, mint inkább az identitás aktuális fejlődési krízisét. A szívneurózisok többsége e tünetegyüttesben konfrontálódik azzal, hogy nem úgy él, ahogyan szeretné, nem azt csinálja, amit akar, nem olyan kapcsolatokban él, amelyekben szeretne. Változni és változtatnia kell. A változás viszont fenyegetésekkel, kockázatokkal jár. Ha azonban sikerül a változási életfeladatot fókuszba állítani, a szívneurotikus tünetegyüttes rövid pszichoterápiás módszerekkel megoldható. A szívbetegségtől való félelem az esetek többségében azt a félelmet tükrözi, hogy az adott egzisztenciális konfliktushelyzet halálhoz, öngyil-

kossághoz vezethet, és a kórkép lényegében a személyiség tiltakozása ezzel szemben. Richter és Beckmann is említi, hogy a tünetcsoportban az orvos könnyen átvetheti a függőségi viszonypartner szerepét, vagyis a beteg az orvostól várja a mágiikus segítséget abban, hogy a rettegett fatális kimenetel ne következzen be. A recenzens is aláhúzná azonban — a két német szerzőhöz hasonlóan —, hogy a szívneurózis nem azonos a depresszióval és ritkán is megy át abba. Ennélfogva hibás gyakorlatnak tartja a mind többször előforduló pszichiátriai megoldást: a szívneurotikus depresszióssá nyilvánítását. Ebbe minden szívneurotikus szívesen belemeleg, és az antidepresszáns kezelésre általában tünetileg gyorsan javul is, viszont a kezelés abbahagyása után hamar visszaesik. Szinte tragikus, ami történik, a neurozisosztályokon gyógyszerekkel és tüneti pszichológiai beavatkozásokkal kezelt szívneurotikusok (akik rendszerint legalább egy — gyakran iatrogén hatású — belgyógyászati vagy kardiológiai kivizsgálás és kezelési próbálkozás után, béta-gátló szerre beállítva kerülnek oda) visszaesnek és nagyon szívesen fogadják a neuropszichiátriai osztályok álláspontját, a larvált vagy látens depresszió diagnózisát és a nagy ígéretekkel induló antidepresszív gyógyszeres kezelést. A jó javulás után szabályszerű a visszaesés, ez azonban már kikerül a depresszió kiterjesztett diagnózisát használók látóköréből, akik a „sikeres” eset nyomán még inkább propagálják a depressziós közelítésmódot. A betegek krónikussá válnak, pszichopatizálódnak, az értelmiségi esetek egy része pszichoanalízisbe kerül, ahol a figyelem teljesen a múlt felé fordul.

Látható mindebből, hogy Richter és Beckmann ma is aktuális kérdéshez nyúlt hozzá. Nem véletlen, hogy ma is szükség van könyvükre, ma ilyen könyvet általában nem mernek írni, ill. nem könnyen találnak rá kiadót, a 125 eset kevésnek látszik, az adatok pedig túl „puhának”, ma ugyanis anamnézis, pszichoterápiás exploráció és egyszerű tesztek nyomán nem lehet „kutatni”, ehhez ma „kemény” adatok kellene, tehát — pszichológiai szinten — sok teszt és kérdőív, a személyiségre vonatkozó kérdésfeltevések teljes elhagyása, szignifikáns különbségek kimutatása a vizsgálati és a kontrollcsoport között. A szívneurózis viszont így nem kutatható, mint más komplex viselkedésmód vagy viselkedészavar sem. Éppen az uralkodó felfogás ellensúlyozása miatt is fontos, hogy Richter és Beckmann érdekes könyvét minél több gyakorló orvos és különösen pszichiáter és pszichoterapeuta olvassa.

Buda Béla dr.

A Pest megyei Tanács Flór Ferenc Kórházának Tudományos Köre (Kerepestarcsa) 1987. március 12-én, (csütörtökön) 14 órai kezdettel a Kórház nagy tanács-termében **dr. Eckhardt Sándor**: Az onkológiai ellátás helyzete című tudományos előadását hallhatják.

a Szentesi Kórház Tudományos Bizottsága 1987. március 12-én 18 órai kezdettel a Kórház ebédlőjében tudományos ülést rendez.

Program:

Czakó T., Papp Z., Assefa A., Zsoldos F., Petri I.: Benignus epeútbetegségek műtéti kezelésében szerzett tapasztalataink a diagnosztika fejlődésének tükrében.

Illyés M., Monoki E., Varga E.: Mész-tejpe

Monoki E., Varga E., Csipő L.: Primer malignus non Hodgkin gyomorlymphoma
Assefa A., Papp Z., Czakó T., Petri I.: 5 éves gyomorrákos betegeink értékelése
Papp Z., Czakó T., Assefa A., Zsoldos F., Petri I.: Vastagbélperforációs eseteink az elmúlt 10 évben

Dibuz M., Illyés M., Csipő L.: Chronicus pancreatitis okozta duodenumstenosis

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1987. március 17-én 14 órai kezdettel a Fodor József Teremben (Bp., IX. Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Téma:

Konch Ágnes, Kecskeméti István, Erdős Gyula: Rezisztenciavizsgálatok esétanynon; eredmények és következtetések.
Kecskeméti István, Konch Ágnes, Erdős Gyula: Rezisztenciavizsgálatok háziillegyen; eredmények és gyakorlati vonatkozások.

A Magyar Haematológiai Társaság Haemostasis Szekciója, a Debreceni OTE Haemostasis Klubja és a Debreceni Akadémiai Bizottság 1987. március 18-án (szombaton) egész napos konferenciát szervez **A pulmonális embolia időszerű kérdései** címmel Debrecenben a DAB Székházban (Thomas Mann u. 49.).

Program:

Délelőtt 10—13 óra

1. **Gomba Szabolcs:** Patológia
2. **Musztek László:** Thrombogenesis
3. **Rák Kálmán:** Klinikum
4. **Boda Zoltán és Hársfalvi Jolán:** Laboratóriumi diagnosztika
5. **Péter Mózes:** Radiológia
6. **Szabó Tibor:** Izotóp diagnosztika
7. **Pető Iván:** Plethysmographia

Megbeszélés

Délután 15—18 óra

8. **Mihóczy László:** Pulmonális hipertensio
9. **Rák Kálmán:** Antikoaguláns kezelés
10. **Sas Géza:** Thrombolysis

11. **Pfliegler György:** Plasminogen aktivátorok

12. **Péterffy Árpád:** Sebészeti kezelés

13. **Sándor Tamás:** Sebészeti prophylaxis

14. **Komáromy Béla:** Thromboembolia a szülészet-nőgyógyászatban
Általános megbeszélés.

A Korányi Frigyes TBC és Tüdőgyógyász Társaság és a Magyar Dermatológus Társulattal, a Magyar Gyermeorvos Társasággal és a Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társasággal közösen 1987. március 20-án 10 órai kezdettel a **Weil Emil** teremben (Münnich F. u. 32.) egészségügyi szakdolgozók és orvosok részére **allergia napot** rendez.

Program:

Dervaderics Mária dr.: Alapvető tudnivalók az allergiás betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról

Gyakorlati bemutató és konzultáció (1—2 kisterem)

Bőrpróba (Phazet), allergén provokáció Laboratóriumi vizsgálatok (Elisa, PRIST, RAST)

Hans Jürgen Glowania (BRD): Az allergiás betegségek diagnosztika (angol)

Kerekasztal vita az immunterápia aktuális kérdéseiről

Résztevők: **Cserhádi Endre dr., prof. Dobozy Attila dr., Herjavec Irén dr., Nékán Kristóf dr., Temesvári Erzsébet dr.**

Moderátor: **Kraszkó Pál dr.**

A tudományos ülés után a Pharmácia

állófogadást ad a megjelenteknek.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülései Bizottsága 1987. március 24-én 16 órai kezdettel a SZAB Székház dísztermében (Szeged, Somogyi u. 7.) az Ideggyógyászati Klinika munkatársainak részvételével tudományos előadást rendez.

1. **Székely Judit, Vetró Ágnes, Bencze Erika, Rajki Ilona:** Depresszív tünetek jelentkezése 9—10 éves általános iskolásokon

2. **Temesváry Beáta:** Az orvos és az öngyilkosság

3. **Kovács Zoltán:** Pszichoterápiás ülés elemzése a verbalizáció és önexploráció összefüggései

4. **Hegyí Ágnes:** Megkésett beszédfejlődésű gyermekek logopédiai kezelésének lehetőségei klinikai körülmények között

5. **Janka Zoltán, Somogyi A. (V. oh.), Kálmán János, Maglóczky Erzsébet, Szentistványi István:** Demencia előfordulás szociális otthonban és pszichiátriai osztályon: a Mini Mental Teszt tapasztalatai

Mosonmagyaróvári Városi Tanács Kórház vezetése 1987. március 26-án 13 órai kezdettel **Fehér János dr.:** Alkohol okozta májbetegségek című orvostovábbképző tudományos előadását hallhatják.

A Magyar Sebész Társaság 1987. március 28-án (szombaton) 10 órai kezdettel a Semmelweis OTE Nagyvárad téri Elméleti Tömbjének „zöld” előadótermében **vezetőségválasztó közgyűlést** tart.

Napirend:

- Elnöki megnyitó
- Főtktkári beszámoló

Számvizsgáló Bizottság beszámolója
Ügyviteli kérdések, hozzájárulások
Alapszabály módosítására javaslat
Fiatall Sebészek Fórumának jutalmazása

A vezetőség lemondása
Az új vezetőség megválasztása

Pályázati felhívás

A **Társadalmi beilleszkedési zavarok** kutatásának **Programtanácsa** pályázatot hirdet olyan szakemberek számára, akik közvetlenül nem részesülnek a főirány pénzügyi támogatásában, vagyis nem vesznek részt a Ts 3/4-es kutatási programban, az alábbi témakörökben:

— A devians viselkedés területi jellemzőinek vizsgálata

— A Magyarországon jelentős devianciák történeti aspektusai

— Az intézeti életrend megújítására irányuló kísérletek a nevelőotthonokban és a nevelőintézetekben

— Szenvedélybetegségek megelőzésének és gyógyításának lehetőségei

— Az öngyilkosság a fiatalok körében

— megelőzés eredményessége az egészségügyi szolgálat, a gondozó intézmények rendszerében (területi ellátási modellek)

— Beilleszkedési zavarokkal foglalkozó hatóságok és „kezeltjeik” kapcsolata és együttműködése (esettanulmányok, elemzési összefoglalók)

— A devians jelenségek tömegkommunikációs megjelenítése, és az ezzel kapcsolatos jogi és etikai problémák.

A pályázat fő célja azoknak a **kutatási eredményeknek és rendszerezett gyakorlati tapasztalatoknak** a feltárása, amelyek a kutatási program szervezeten kívül szülnének meg, de a kutatási program tudományos céljainak vagy az intézményrendszer gyakorlati fejlesztése feladatainak magas szinten megfelelnek.

A pályázaton résztvehetnek mindazok a szakemberek, akiknek tevékenységi köre a társadalmi beilleszkedési zavarokkal, azok megelőzésével, az érintettek ellátásával kapcsolatos.

A pályamunka terjedelme 3—5 szerzői ív. (60—100 2-es sortávolsággal gépelt oldal).

Beküldési határidő: 1987. december 31.

A nyomdakész formában elkészített pályázatokat 3 példányban a TBZ kutatási program Programirodájára (MTA 1051 Budapest V. ker. Münnich Ferenc u. 7. I. em. 127.) kérjük névmegjelöléssel és postai cím feltüntetésével eljuttatni.

PÁLYADÍJAK:

I. díj 30 000 Ft

II. díj 20 000 Ft

III. díj 15 000 Ft

Megfelelő színvonalú pályamunkák beérkezése esetén kategóriánként több díj is kiadható. A pályázatokat bizottság bírálja el.

Erdemnyihirdetés: 1988. június

A díjazott pályamunkákat a kutatási program részben vagy egészben közre kívánja adni.

Budapest, 1987. január

A Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatási program Programtanácsa

**Az Országos Osvostudományi
Információs Intézet
és Könyvtár**

**TÁJÉKOZTATÓJA
szakirodalmi szolgáltatásairól**

Olvasó- és kölcsönző szolgálat

A könyvtár az egészségügyben dolgozók részére nyilvános és díjtalan. A könyvek kölcsönzési ideje 3 hét. A folyóiratok helybenolvasását biztosítjuk, kívánságra a kiválasztott közleményről gyorsmásolatot készítünk, oldalanként 5 Ft-ért.

Nyitvatartási idő: hétfőtől péntekig 8—16 óráig.

Referenz szolgálat

Személyesen, telefonon, vagy levélben felvilágosítást adunk a szakirodalommal kapcsolatos kérdésekről. Központi katalógusainkból megállapítható, hogy a keresett könyv vagy folyóirat az ország mely szakkönyvtárában található.

Témafigyelő szolgálat

Az orvostudomány 36 féle szakterületéről válogatott idegen nyelvű közlemények magyar nyelvű referátumait szolgálja. A kartonok egyéni dokumentáció kialakítására alkalmasak. Egy-egy téma (havi 10 referátum) évi előfizetési díja 300 Ft.

Gyorstájékoztató szolgálat

A hazai és külföldi szakirodalom 78 témakörét figyeli. A kartonon a szokásos bibliográfia adaton kívül (szerző, közlemény címe, folyóirat adatai) a szerző munkahelyi címe is megtalálható. A szolgáltatás évi előfizetési díja témánként 200 Ft.

Fordítószolgálat

Évente többszáz külföldi szakközleményt fordítat. E fordítások jegyzékét a

„Gyógyszereink” című folyóirat havonta közli, amelyek alapján a fordítások másolatai megrendelhetők oldalanként 10 Ft-ért.

Egyéni, vagy intézeti megrendelésre, idegen nyelvű közlemények magyarra fordítása, illetve kéziratok idegen nyelvre fordítása is lehetséges.

Irodalomkutatás

Megrendelhető egyéni igény szerint bármely orvosi témakörből. A bibliográfia tartalmazza a kért nyelvterület és időszak releváns szakközleményeinek címadatait a hazai és a külföldi szakirodalomból. A szolgáltatás alapdíja 50 Ft.

Tartalomjegyzék sokszorosító szolgálat

E szolgáltatás keretében 400-nál több külföldi szakfolyóirat tartalomjegyzékének fénymásolata rendelhető meg. Az évi előfizetési díj a folyóirat periodicitásától függően változik (40 Ft-tól 400 Ft-ig).

Számítógépes szolgáltatások

1. Irodalomkutatás a MEDLINE adatbázisból, amelyet az Amerikai National Library of Medicine állít elő 3000 féle folyóirat feldolgozásával. A bibliográfiai adatokhoz a citátumok 50%-ában angol nyelvű referátum társul. Az információkat a legfrissebb irodalomtól 1966-ig visszamenően, tetszés szerinti időszakra a számítógéppel folytatott párbeszédűs üzemmódban hívjuk le. Egy irodalomkutatás ára — a téma differenciáltságától függően — 1000—3000 Ft.

2. MEDINFORM-adatbázisból (bolgár, csehszlovák, kubai, magyar, NDK és szovjet irodalom 1981-től): folyamatos irodalomfigyelés meghatározott témakörök irodalmának 2—3 havonkénti keresése és eljuttatása a megrendelőhöz; irodalomkutatás esetenkénti megrendelése alapján, egyéni igény szerint.

A MEDINFORM-szolgáltatások kísérleti jellegűek, ezért egyelőre díjmentesek. A szolgáltatások részletes ismertetését, valamint a szakirodalmi tájékoztatás egyéb formáit az OIK propaganda füzeté tartalmazza, amely díjmentesen igényelhető.

Postai cím:

**Országos Orvostudományi
Információs Intézet és Könyvtár**
Bp. Pf. 452, 1372 (Szentkirályi u. 21.)
Tel.: 343-789

A Magyar Radiológusok Társasága

1987. március 27-én (pénteken) 14 órai kezdettel a Radiológiai Klinika Tantermében (Bp., VIII., Üllői út 78/a) „Nappalaink korszerű kontrasztanyagai” címmel tudományos ülést tart.

Program:

Az ülést megnyitja: *Horváth Ferenc dr.*

Elnökség: *Berentey Ernő dr., Engloner László dr., Gyarmati János dr., Horváth László dr., Kéki Miklós dr., Makó Ernő dr., Palik Imre dr., Péter Mózes dr., Repa Imre dr., Soós József dr., Than Zoltán dr., Vadon Gábor dr.*

Megfigyelőként részt vesznek: Az Egészségügyi Minisztérium képviselője; Országos Gyógyszerészeti Intézet képviselője

Felkért előadások hangzanak el:

Bracco cég részéről

BYK Gulden cég részéről

Nicholas cég részéről

Nycomed cég részéről

Schering cég részéről

Kérdések, hozzászólások

Magyar és angol nyelvű szinkron tolmácsolási lehetőség biztosított.

A Magyar Nephrológiai Társaság 1987. március 13-án 13.30 órai kezdettel a Semmelweis OTE Szemészeti Urológiai Klinikájának tantermében (Bp. VIII., Mária u. 39.) „A nephrológia legújabb eredményei a Budapesti Európai Vese-kongresszus tükrében” címmel tudományos ülést rendez.

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége adminisztratív munkakörbe gépelni tudó munkatársat keres.
Az orvosi szaknyelvben járatosak előnyben.
Jelentkezés a 325-109-es telefonszámon

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(614c)

Emőd Nagyközségi Tanács (3432 Emőd, Vörösmarty u. 1-3. Tel.: Emőd, 42-206) pályázatot hirdet **gyermekorvosi** állás betöltésére.

Az állás azonnal elfoglalható. Három szobás összkomfortos lakás biztosított.

Tóth Elek
tanácselnök

(628b)

Lajoskomárom Nagyközségi Közös Tanács elnöke — egyetértésben a sárbogárdi városi főorossal — pályázatot hirdet elhalálozás miatt megüresedett **körzeti orvosi** állásra, Szabadhidvég községben.

Bérezés az érvényben lévő jogszabályok szerint. Hétfélig ügyeleti szolgálat, dégi telephellyel, 7 orvos bevonásával megszervezett.

Két és fél szobás — 1986. évben felújított —, rendelőlvel egybeépített, komfortos, garázzsal ellátott lakást biztosítunk.

A pályázatokat a tanács elnökéhez kell benyújtani.

Csulik György
tanácselnök

(630b)

Nagyatád Városi Tanács VB. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Nagyatád, Bajcsy-Zs. u. 1. 7500) pályázatot hirdet egy **sebész főorvos** (2104. ksz. főorvos II.) **urologiai szakvizsgával** állásra.

Bérezés a 14/1983. ÁBMH sz. rendelet szerint. A kinevezésre kerülő orvos részére lakást biztosítunk.

Szirtes István dr.
igazgató főorvos

(631b)

A **Törökszentmiklósi Városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet** igazgató főorvosa pályázatot hirdet a **Szülőotthonában** megüresedett **másodorvosi** állás betöltésére. A Szülőotthon 24 ágyas korszerű körülmények között működik.

Az állás betöltéséhez szükséges szülész-nőgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Bérezés ksz. szerint szolgálati időnek megfelelő alaphérem mellett 400 Ft munkahelyi pótlék és felemelt ügyeleti, készenléti díj, melynek összege havri 6-8000 Ft-ig terjedhet.

Az állás elnyerése esetén a Városi Tanács lakást biztosít megbeszélés alapján. Az orvos felesége részére megfelelő állás elnyeréséhez segítséget nyújtunk.

Süle Mihály dr.
igazgató főorvos

(632b)

Az **Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály** vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Bv. Központi Büntetés-végrehajtási Intézetben új szervezésű **intézetvezető főorvosi** állás betöltésére.

Előszörban általános orvostan, belgyógyászati, illetve üzemorvosi szakvizsgával rendelkezők jelentkezését várjuk.

A jelentkezés alappfeltétele a feddhetetlenség. A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János bv. o. ales.
osztályvezető

(633b)

Az **Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály** vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Bv. Központi Büntetés-végrehajtási Intézetben új szervezésű **intézetvezető főorvosi** állás betöltésére.

A jelentkezés alappfeltétele a feddhetetlenség. Illetmény az IM kulcsszám szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezheti.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr. bv. o. ales.
osztályvezető

(634b)

Az **Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály** vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Budapesti Fegyhas és Börtönben (1475 Budapest 10, Pf. 22. Kozma u. 13.) beosztott **orvosi** állás betöltésére.

A jelentkezés alappfeltétele a feddhetetlenség. Illetmény 6-9000 Ft, szolgálati időtől függően. Lakás 1 éven belül beköltözhető.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr. bv. o. ales.
osztályvezető

(635b)

Az **Igazságügyi Minisztérium Bv. Egészségügyi Osztály** vezetője (1361 Budapest, Pf. 15. Steindl Imre u. 8.) pályázatot hirdet a Baracskai Fogházban újonnan létesített **beosztott orvosi** állás betöltésére.

A jelentkezés alappfeltétele a feddhetetlenség. Illetmény 7-10 000 Ft, szolgálati időtől függően. Lakás azonnal beköltözhető.

A pályázatokat az IM Bv. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Személyes informálódás a 314-514 telefonon lehetséges.

Tóth Kovács János dr. bv. o. ales.
osztályvezető

(637a)

A **Mátrai Állami Gyógyintézet** (3233 Mátraháza) pályázatot hirdet a Kékesztetői Egységében **belgyógyászati osztályon** 2 fő **segédorvosi** állásra.

Az állásra szakvizsgával, vagy azzal nem rendelkezők is pályázhatnak.

Az Intézet összkomfortos garzonlakást térítésellenében biztosít.

Kósa Erzsébet dr.
mb. főigazgató főorvos

(639a)

A **Budapesti és Pest Megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság** pályázatot hirdet megüresedett **ellenőrző főorvosi** állásokra.

Megfelelő járóbeteg-ellátási és keresőképesség-elbírálási tapasztalattal bíró, elsősorban belgyógyász szakorvos, vagy szakképesítés nélküli hosszabb körzeti orvosi (üzemorvosi) gyakorlattal rendelkező, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött orvosok pályázhatnak.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél: Budapest VIII., Mező Imre út 19/b. I. em. 167. Telefon: 339-379 és 131-883.

Poár Jenő
Személyzeti és Munkahelyi
önálló osztály
vezetője

(642a)

Fővárosi Tanács VB. Egyesített Csecsemőotthonok Közp. (Bp. VI., Kmetty u. 31.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a XII. Rege u.-ra kihelyezett osztályára **beosztott intézeti orvosi** állásra.

A pályázat elnyeréséhez csecsemő- és gyermekgyógyász-szakképesítés szükséges. A csecsemőotthoni gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Várady Borbála dr.
főigazgató főorvos

(643a)

Főv. Tanács VB Egyesített Csecsemőotthonok Közp. (Bp. VI., Kmetty u. 31.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **osztályvezetői gyermekorvosi** állás betöltésére.

A pályázat betöltéséhez csecsemő és gyermekgyógyász-szakképesítés, 5 évet meghaladó csecsemőotthoni és vezetői gyakorlat szükséges.

Dr. Várady Borbála
főigazgató főorvos

(646)

Annual Review of Medicine 1-22 kötet eladó.
T.: 119-950.

(647)

Isaszeg Nagyközségi Tanács elnöke (2117 Isaszeg, Rákóczi u. 45.) egyetértésben a gödöllői körzetközpont főorvosával, meghirdeti a községben újonnan szervezett II. sz. **körzeti gyermekorvosi** állást, amely azonnal betölthető.

A lakáshelyzet megoldása és a bérezés megbeszélés alapján történik.

Az állás betöltése Budapestre történő kijárással is megoldható.

Tóthné Paes Vera
tanácselnök

(648)

A **DANUBIUS Szálló és Gyógyüdülő Vállalat** pályázatot hirdet belgyógyász, **reumatológus orvosi** állás betöltésére.

Pályázhatnak azon fiatal orvosok, akik 3 éven belül diplomáltak és folyamatosan van a reumatológus szakvizsga megszerzése.

Német, illetve angol nyelvtudás beszédszintű ismeretek szükségesek. A munkakör helye: Thermal Hotel Bük. Fizetés meggyezés szerint.

A szükséges képest lakás-megoldásra lehetőség van A pályázatokat a vállalat központjába várjuk, a Személyzeti Szociális Igazgatóságra 1987. április 1-ig (Cím: 1138 Budapest, Margitsziget).

Csep Lajosné
munkahelyi osztályvezető

(649)

A **Belügyminisztérium Korvin Ottó Kórház és Intézményei** főigazgató főorvosa pályázatot hirdet, egy fő **belgyógyász szakorvos** állás betöltésére.

Illetmény és egyéb járandóságok a Belügyminisztériumban érvényben rendelkezések szerint.

A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül — a BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei Főigazgató főorvosához (1071 Budapest, VII., Gorkij fasor 9-11.) kell benyújtani.

(650)

A **Szőnyi Tibor Kórház és Intézményei** (2600 Vác, Szőnyi tér 3.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház korszerűsített és bővített traumatológiai osztályára **osztályvezető főorvos** és 3 fő **traumatológiai szakorvos** állás helyre.

Sebészeti gyakorlattal rendelkezők előnyben, szakvizsga előtt állók is pályázhatnak. Pályázat a szolgálati út betartásával. Illetmény kulcsszám szerint.

Az állások Budapestre való kijárással /kórházi autóbusszal/ is betölthetők.

Dr. Kollár Lajos
intézeti igazgató főorvos
c. egyetemi docens

(651)

A **Balatonfüredi Állami Kórház** főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi munkakörök betöltésére: **röntgen szakorvos, gyógyszerész, ápolónő, labor asszisztens.**

A gyógyszerész alkalmazásánál előnyben részesül a gyógyszerhatástan vizsgával rendelkező pályázó. Jelentkezéseket a Kórház főigazgató főorvosa részére 8230 Balatonfüred, Gyógy tér 2. kérjük benyújtani.

Kovács Sándor
főigazgató helyettes

(652)

A **Törökszentmiklósi Városi tanács Egyesített Gyógyító Megelőző Intézet** igazgató főorvosa (5200 Török szentmiklós Kossuth Lajos u. 126. Pf. 104.) Szolnok megye) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

1 fő **szülőotthoni beosztott orvos,**
1 fő **körzeti orvosi,**
2 fő **gyermekközeti orvosi,**
1 fő **belgyógyász felülvéleményező főorvosai,**
1 fő **laboratóriumi főorvosai,**
1 fő **fogorvosi állásra.**

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH számú rendelet alapján szolgálati időtől függően. Az állások azonnal elfoglalhatók. Lakást a Városi Tanács megbeszélés alapján biztosít.

Dr. Süle Mihály
igazgató főorvos

**Az Orvosi Hetilap szerkesztősége adminisztratív munkakörbe gépelni tudó munkatársat keres.
Az orvosi szaknyelvben járatosak előnyben.
Jelentkezés a 325-109-es telefonszámon.**

Egyéneknek és közületeknek is megrendelhető az

ACUPUNCTURE INFORMATIQUE

c. 1986-ban kiadott francia könyv, mely az orvosi informatika eszközeivel (több mint 30 számítógépes programmal) segíti az akupunktúrát alkalmazó szakembereket!

Ára: 1277 Ft

Érdeklődés: **Bakó Józsefné, Könyvértékesítő Vállalat**
Import Csoport, XIII., Váci út 19. Telefon: 498-320/135

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, 1374 Budapest V., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest V., József nádor tér 1., 1900),

közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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

Előfizetési díj egy évre 780,— Ft, negyedévre 195,— Ft, egyes szám ára 15,— Ft

Kossuth Nyomda — 87.0038 — Felelős vezető: Bede István vezérigazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

128. ÉVFOLYAM

*

11. SZÁM

*

1987. MÁRCIUS 15.

TARTALOMJEGYZÉK

*Szalka András dr., Ferencz Adrienne dr.,
Prinz Gyula dr. és Bán Éva dr.:*
Bacteriaemiával járó Streptococcus pneumoniae
fertőzések felnőttkorban 559

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Solti Ferenc dr.:
Morgagni—Adams—Stokes tünetegyüttes 563

*Baranyi Éva dr., Brooser Gábor dr.,
Borbély Judit dr. és Tóth Jenő dr.:*
A cukorbeteg anyagserehelyzetének
vizsgálata szemészeti beteganyagban 567

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

*Domján Lajos dr., Simon László dr., Balogh
István dr., Szabó Károly dr., Katona Judit dr.
és Borszéki Ilona dr.*
Kőzúzás az epeutakban: nagyméretű epeüti
kövek endoscopus eltávolításának egyik módszere 571

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Zalányi Sámuel jr. dr.:
Új lehetőségek az anovuláció kezelésében.
Ultrahang-folliculometria és az endogén
LH-kiválasztás fokozása progesztagénekkel 577

KAZUISZTIKA

*Temesi Mihály dr., Szabó Mária dr. és Brasch
György dr.:*
Ultrahang vizsgálattal kimutatott szokatlan
lokalizációjú szepsziszgóc 581

ÚJABB MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Borbély László dr. és Karchner Hans dr.:
Állcsontpótlás mikrovasculáris módszerrel
végzett csontátültetéssel 585

Beszámoló 589

Folyóiratreferátumok 593

Könyvismertetés 603

Megjelent 605

Eü. Min. tájékoztatója 606

Hírek 607

Pályázati hírdetmények 608



HATÓANYAGOK

11 fehér tabletta 0,05 mg levonorgestrelumot és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz. 10 rózsaszínű tabletta 0,125 mg levonorgestrelumot és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Az Anteovín ún. bifázisos fogamzásgátló tabletta, amely az ovuláció gátlásával hat. A második ciklusfélében alkalmazott magasabb gesztagén tartalmú rózsaszínű tabletták biztosítják a mensruációs ciklusok élettani hormonviszonyait utánzó adagolást, az endometrium szekréciós átalakulását.

JAVALLAT

Orális fogamzásgátlás.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhesség, icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnézisben, Dubin-Johnson- és Rotor-szindróma, májműködési zavarok, cholelithiasis, cholecystitis, trombóziskészség, súlyos organikus szívbetegség, krónikus colitis, az endokrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőrák, továbbá laktáció és intolerancia.

ADAGOLÁS

Az Anteovín tablettát – a kombinált fogamzásgátló tablettákhoz hasonlóan – a menstruációs ciklus első napjától számított 5. naptól kell alkalmazni 21 napon át. Napl 1 tablettát kell ezonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruációszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkezésétől és tartamától, az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg

a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

A két, egymástól különböző színű tabletta összetétele eltérő. A szedést a fehér színű tablettákkal kell elkezdni, majd ha azok elfogytak, a rózsaszínűekkel kell folytatni. Ha a tabletták napi bevétele a szokásos időben elmarad, azt a legrövidebb időn belül pótolni kell.

Nem tekinthető folyamatosnak az ovuláció-gátlás, ha a kúra folyamán 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A fogamzásgátló hatás kialakulásához bizonyos időre van szükség, biztos antikonceptív hatás csak a szedés második ciklusában van.

AZ ALKALMAZÁS KÜLÖNLEGES SZEMPONTJAI

A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttörésszerű vérzés esetén a tabletta szedését abba kell hagyni, és nőgyógyászati vizsgálatot kell végezni. A vizsgálat eredményétől függően a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdni. Az áttörésszerű és pecsételő vérzés jelentkezése az Anteovín kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik.

Tekintettel az Anteovín tabletta igen alacsony hormontartalmára, hasmenés és hányás esetén – az akadályozott felszívódás miatt – a fogamzásgátló hatás átmenetileg szünetelhet. Ezért az Anteovín rendelésekor mindazon interkurrens betegségek figyelembe veendő, amelyek hányással, hasmenéssel járnak. Egyszeri heveny tünet esetén aznap 2 tabletta adandó. Elhúzódó, tartós diarrhoe vagy hányás a szedés felfüggesztését, és más, hagyományos védekező módszer alkalmazását teszi szükségessé. A differenciált tablettarendelés szempontjait figyelembe véve, az Anteovín az enyhén gesztagén fenotípusú nők részére a legalkalmasabb. Minthogy az Anteovín használat mellett a méhnyálkahártya átalakulása biztosított, adolecensnek és még nem szült nőknek különösen előnyös.

Funkcionális vérzészavarok, közepidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az Anteovín tabletta terápiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK

A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, nausea a folyamatos kezelés során rendszerint megszűnik, vagy csökken. Súlynövekedés vagy -csökkenés egyaránt előfordulhat.

GYÓGYSZERKOLCSONHATÁSOK

Az Anteovín alacsony hormontartalmából következik, hogy hatásfokát – enzimindukció révén – néhány egyidejűleg szedett gyógyszer csökkentheti (áttörésszerű vérzés) vagy felfüggesztheti. Ilyen interakciót okozó fontosabb gyógyszerek a rifampicin, a fenobarbitál-származékok, a fenitoin, a széles hatású antibiotikumok és a szulfonamidok.

FIGYELMEZTETÉS

Varicositasban, epilepsziában, hipertóniában, depresszióval járó pszichiátriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

A magzat védelme érdekében a tervezett terhesség előtt 3 hónappal a tabletták szedését tanácsos abbahagyni és más, nem hormonális védekezési módszerhez folyamodni.

MEGJEGYZÉS *

Rendelhetőségét a – módosított – 23 (1973/Eü. K. 17) EüM számú utasításban, valamint az Egészségügyi Minisztérium 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1) számú közleményében foglaltak szabályozzák.

„Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 3 hónapra elegendő gyógyszer mennyiség rendelhető.”

CSOMAGOLÁS

3x21 db

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Bacteriaemiával járó *Streptococcus pneumoniae* fertőzések felnőttkorban

Fővárosi László Kórház IV. Belgyógyászat
(főorvos: Ferencz Adrienne dr.)
Mikrobiológiai Laboratórium
(főorvos: Bognár Szilárd dr.)

A szerzők 32 *Streptococcus pneumoniae* bacteriaemiával járó esetüket elemzik és ennek kapcsán rámutatnak ezen infekciók jelentőségére. Valamennyi kitenyészett *Streptococcus pneumoniae*-törzs penicillinérzékeny, s az esetek csaknem felében tetracyclin-rezisztens volt. Ugyanakkor a kórházba küldés előtt a leggyakrabban alkalmazott terápia a tetracyclin volt. Betegeik közül tízet elveszítették a kórházi adekvát antibiotikus kezelés ellenére. Míg a beküldő orvosok az idegrendszer gyulladást többnyire helyesen ismerték fel, egyetlen pneumóniás beteg beküldési diagnózisa sem volt helyes. A súlyos *Streptococcus pneumoniae*-infekcióra hajlamosító tényezők közül a szerzők a krónikus alkoholizmusra hívják fel a figyelmet.

Streptococcus pneumoniae bacteraemias in adults. The authors studied 32 cases of *Streptococcus pneumoniae* bacteraemias and pointed out the significance of these infections. Each of the *Streptococcus pneumoniae* strains was sensitive to penicillin, but nearly half of the isolates showed resistance to tetracycline. Tetracycline was, however, the most common antibiotic used prior to admittance. In spite of adequate therapy 10 patients died in the hospital. While the neurological disorders were generally recognised by the general practitioners, no one of the referral diagnosis was correct in cases of pneumonia. Of the several factors predisposing to severe *Streptococcus pneumoniae* infections attention has been called to alcoholism.

A második világháborút követően közel húsz évig uralkodott az a felfogás, hogy a *Streptococcus* (S.) *pneumoniae*- (korábbi néven Pneumococcus-) infekciók kérdése megoldott. Valamennyi S. *pneumoniae*-törzs ebben az időben in vitro érzékeny volt penicillinre. Úgy tűnt, hogy a penicillinkezelés önmagában is elegendő ahhoz, hogy a S. *pneumoniae*-fertőzésekben a letalitás minimálisra csökkenjen. Austrian és Gold (1) 1964-ben elsőként mutatott rá arra, hogy a súlyos S. *pneumoniae*-infekciók nem tűntek el. A közlemény megjelenése után — mind a mai napig — a figyelem középpontjába a bacteriaemiával járó S. *pneumoniae*-fertőzések kerültek. Gruer és mtsai (6) 1984-ben saját, valamint angol, amerikai, finn és svájci szerzők 20 éves beteganyagát (2459 beteg) elemezték. Megállapították, hogy a S. *pneumoniae*-infekciók letalitása jelentős (15—34%), s az elmúlt 20 évben nem változott, annak ellenére, hogy a betegek döntő többsége adekvát kezelésben részesült.

Joggal felmerülhet a kérdés, hogy mi a helyzet Magyarországon? A klinikai, járványügyi, bakteriológiai laboratóriumok évi jelentése szerint 1984-ben 4340 S. *pneumoniae*-törzset izoláltak. Vérből 47, a liquorból 73 alkalommal sikerült a S. *pneumoniae*-t kitenyészteni. Ugyanakkor a KSH adatai szerint hazánkban 1984-ben 106 egyén (75 férfi és 31 nő) halt meg S. *pneumoniae* pneumóniában; 80 esetben a boncolási lelet, 14-ben a kezelőorvos, 12-ben egyéb orvos véleménye volt a diagnózis alapja (9). Arról adatot nem találtunk, hogy a bakteriológiai vizsgálatok mennyiben támasztották alá a diagnózist. E statisztikai adatok a S. *pneumoniae*-infekciók hazai előfordulását jóval kisebbnek mutatják, mint a külföldiek (6,15). Feltételez-

hető, hogy a S. *pneumoniae*-fertőzések a bakteriológia — mindenekelőtt a haemocultura — vizsgálat elmaradása miatt ritkábban kerülnek felismerésre, s így jelentőségük nagyobb, mint azt az említett statisztikai adatok tükrözik.

Saját eseteink ismertetésével elsősorban a bacteriaemiával járó felnőttkori S. *pneumoniae*-infekciók manifesztációjára, azok súlyosságára, a súlyos infekciókra hajlamosító tényezőkre és a diagnosztikus tévedésekre kívánunk rámutatni. Tesszük ezt annak reményében, hogy a hazai klinikusok és epidemiológusok figyelme e nem csekély letalitással járó infekciók iránt éberebb lesz.

Betegek és módszerek

A László Kórház IV. Belosztályán 1978. január 1. és 1985. december 31. között ápolt 18 150 beteg összesen 5936 vérmintájából végeztünk bakteriális infekció alapos gyanúja miatt bakteriológiai tenyésztést. A haemocultura a Hemobact (Orion Diagnostica, Espoo, Finland) táptalaj felhasználásával történt. Az izolált törzseket az Országos Közegészségügyi Intézet módszertani útmutatója (10) alapján identifikáltuk. A vérből izolált baktériumok antibiotikum rezisztenciáját semiquantitatív (korong) módszerrel vizsgáltuk.

Eredmények

Az 5936 haemoculturából 404 esetben (6,8%) sikerült pathogen baktériumot izolálni. A 404 pozitív vérminta 246 betegből származott. A kimutatott kórokozókat az I. táblázat szemlélteti. S. *pneumoniae*-t 32 beteg vérből sikerült izolálni, vagyis a S. *pneumoniae* az E. coli és a *Staphylococcus aureus* után a harmadik gyakorisági helyet foglalta el a bacteriaemiával járó infekciók között. A betegek életkora 18—83 (átlag: 42,1) év volt.

1. táblázat. A haemoculturákból izolált kórokozók

Kórokozó	Esetszám
<i>E. coli</i>	57
<i>S. aureus</i>	34
<i>S. pneumoniae</i>	32
Streptococcus (alfa haemolysáló)	20
Salmonella (non typhoid)	14
<i>S. faecalis</i>	12
Staphylococcus (coagulase negatív)	12
Klebsiella species	12
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8
<i>Proteus mirabilis</i>	7
Flavobakterium	5
Egyéb (1-1 esetben)	33
Összesen	246

Az izolált *S. pneumoniae*-törzsek antibiotikum-érzékenységét a 2. táblázat mutatja. Kiemelendőnek

2. táblázat. A haemoculturákból izolált 32 *S. pneumoniae* törzs antibiotikum-érzékenysége

	Pen.	Eryth.	Lin.	Amp.	Ceph.	Tetr.	Chl.	Sum.
Érzékeny	32	29	31	32	32	17	24	23
Mérsékelten érzékeny	—	—	1	—	—	—	4	2
Rezisztens	—	3	—	—	—	15	4	7

tartjuk, hogy míg valamennyi törzs penicillin-érzékeny volt, a törzsek csaknem fele tetracyclin-rezisztensnek bizonyult.

A bacteriaemiával járó *S. pneumoniae*-infekciók szervi manifesztációit a 3. táblázatban tüntettük fel.

3. táblázat. 32 *S. pneumoniae* bacteriaemia megoszlása az infekció lokalizációja szerint

<i>S. pneumoniae</i> infekció	Eset-szám	Halá-lozás
Pneumonia lobaris:		
1 lebenyt érintő	9	1
2 lebenyt érintő	5	—
Bronchopneumonia	1	1
Meningitis purulenta	6	—
Meningitis purulenta + koponya-trauma	1	—
Meningitis purulenta + sinusitis	1	1
Meningitis purulenta + otitis media chronica	1	1
Meningitis purulenta + pneumonia lobaris	4	3
Meningitis purulenta + pneumonia lobaris + sinusitis	1	1
Meningitis purulenta + pneumonia lobaris + otitis media chronica	2	2
Bacteriaemia*	1	—

* 1 beteg kórtörténete

fesztációja nem volt. Betegünk csaknem egyharmadát (10 beteg) elvesztettük, ezek csaknem felét (4 beteg) még az osztályunkra történt felvétel napján.

A súlyos infekcióra hajlamosító tényezőként kell megemlíteni a krónikus alkoholizmust, amely 16 esetben fordult elő: közülük 6 meghalt. Hét beteg olyan alapbetegségben szenvedett, amely a kórlefolysást kétségtelenül súlyosbította (decompensatio cordis, emphyema pulm., myeloma multiplex, sarcoma, diabetes med., agyalapi fractura.)

A 32 beteg kórházba küldését indokló diagnózist a 4. táblázat mutatja. Látható, hogy amíg a menin-

4. táblázat. A *S. pneumoniae* bacteriaemiával járó esetek kórházba küldési és kírásai diagnózisa

Beküldési diagnózis	Kírásai vezető diagnózis			
	Menin-gitis pur.	Pneu-monia lob.	Broncho-pneu-monia	Bacte-riaemia
Meningitis	9	2	—	—
Encephalitis	7	—	—	—
Hepatitis infectiosa	—	4	—	—
Enteritis infectiosa	—	2	1	1
Dysenteria	—	2	—	—
Infectio virosa	—	2	—	—
Influenza	—	1	—	—
Status febrilis	—	1	—	—

gitisek többségében a központi idegrendszer gyulladással megbetegedését a beküldők helyesen ismerték fel (meningitis purulenta és az encephalitis elkülönítése a liquor vizsgálata nélkül gyakorta nem lehetséges), addig valamennyi „csak” pneumoniás beteg beküldési diagnózisa téves volt. A 15 *S. pneumoniae* pneumoniaiban 7 esetben a vezető tünet a hasmenés volt. Egyetlen esetben sem tenyésztett ki a székletből pathogen bélbaktérium. Úgy tűnik, hogy a pneumoniasok beküldési diagnózisai sokkal inkább a legfőbb tüneteken (hasmenés, sárgaság, fejfájás, láz) alapultak, mintsem a gondos fizikális vizsgálaton. Felvételnél 12 esetben a tüdőgyulladásra utaló vizsgálati eltérések már fennálltak.

Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a pneumoniásnak bizonyult 15 betegünk közül a kórházba küldés előtt mindössze egy részesült penicillin terápiában (penicillin + streptomycin!), míg 4 beteg csak tetracyclint, 1 tetracyclint + erythromycint, 1 Sumetrolimot, 1 erythromycint + Sumetrolimot kapott.

Valamennyi általunk észlelt *S. pneumoniae*-fertőzés területen szerzett volt.

Néhány jellegzetes eset ismertetésével kívánjuk illusztrálni a *S. pneumoniae*-infekciók jelentőségét.

1. D. J. 18 éves férfi beteget 1981-ben ápolunk osztályunkon. 1 napos lázas állapot után, kifejezett fejfájással, gyakori híg székürítéssel került felvételre. 4 napig lázas volt. Vvt. stílyedése 30 mm/ó, fehérvérsajt-száma $12,4 \times 10^9/l$ volt. A felvétel napján vett vérből *S. pneumoniae* tenyésztett ki. Négy nap után spontán leláztalanodott, s később relapsus nem következett be. Székletéből pathogen bélbaktérium nem tenyésztett ki.

Lobaris pneumonia kapcsán a *S. pneumoniae* bekerülhet a véráramba és ezt követően purulens meningitis léphet fel. A helytelen diagnózis és az inadekvát kezelés 3-4 nap alatt a beteg halálához vezet.

2. B. Gy. 31 éves férfi kórelőzményében rendszeres alkohozálás szerepelt. 1985. szeptember 7-én került az egyik fővárosi kórház belosztályára 2 napja tartó lázas állapot, véres köpet miatt pleuropneumonia diagnózissal. Felvételkor icterusos volt, kérdésekre inadekvát válaszokat adott. A bal felső lebeny felett hörgei légzést hallottak. Fehérvérsejt-szám $15,0 \times 10^9/l$ volt. Lázcsillapítót, Furosemidet, Diaphyllint, Torecant és intravénásan Tetrant kapott. Másnapra láza ugyan csökkent, de eszméletlenül vált és meningeális izgalmi tünetek alakultak ki. A neurológus konziliárius javaslatára *Herpes simplex* encephalitis gyanújával helyezték át.

Az osztályunkon elvégzett liquor vizsgálat purulens meningitist bizonyított. A liquor üledékben *Gram* pozitív diplococcusokat láttunk, a vérből és a liquorból *S. pneumoniae* tenyésztett ki. A kórokozó tetracyclin rezisztensnek bizonyult. Penicillin terápia, váladék leszívás, agyoedema csökkentő kezelés ellenére légzés felületlenül vált, s 2 órán belül respirációs osztályra helyezték át. Itt a terápia folytatása és a gépi lélegeztetés állapotában változást már nem hozott, s 3 óra múlva nyúltvelői beékelődés következtében meghalt. A boncolásnál a bal felső lebenyben lobaris pneumóniát találtak, melyhez következményes purulens meningitis társult. A halál közvetlen okát az agyoedemához társuló nyúltvelői beékelődésben jelölték meg. A máj 2250 g súlyú, állománya kissé pettyűdt volt, felszíne simának bizonyult, de szerkezete megtartottnak látszott. A szövettani vizsgálat akut alkoholos hepatitis mutatót cholestasissal.

A területen szerzett bakteriális pneumóniák döntő többsége *S. pneumoniae*-eredetű. Az inadekvát kezelés miatt a folyamat gyorsan progrediál, gyakran több lebenyre kiterjedő tüdőgyulladás alakul ki.

3. V. T. 41 éves férfi kórelőzményéből emphysema pulmonum emelhető ki. 1983. december 21-én vettük fel osztályunkra. Betegsége 4 nappal korábban kezdődött hidegrázással, magas lázzal és hasmenéssel. Otthonában Tetran B és Erythromycin kezelésben részesült. A beküldési diagnózis toxikus vírusinfekció volt. A mellkason elől, jobb oldalon tompulatót kopogtattunk ki, felette crepitiátót hallottunk. A pulzusszám $110/min.$, RR $80/60$ Hgmm volt. A mellkas rgt. a jobb felső és középső lebenyben elhelyezkedő lobaris pneumóniára utalt. A vérből *S. pneumoniae* tenyésztett ki, amely tetracyclin, chloramphenicol és erythromycin rezisztensnek bizonyult. Penicillin kezeléssel hatására 72 óra alatt lelézalanodott, detoxikálódott és 15 napi ápolás után gyógyultán távozott.

4. K. J. 31 éves férfit 1979. november 22-én körzeti orvos hepatitis infectiosa, status febrilis diagnózissal küldte osztályunkra. Otthonában Tetran B kezelést kapott 8 napon át. Felvételkor már 12 napja lázas volt. Laboratóriumi leletei közül említésre méltóak: vvt. süllyedés $105 mm/ó$, fvs $6,3 \times 10^9/l$, balra tolt minőségi vérvkép, SGOT $280 U/l$, SGPT $80 U/l$, szérum bilirubin érték normális volt. Fizikális vizsgálattal bal oldalon elől és hátul végig tompulatót kopogtattunk, felette crepitiátót hallottunk. A mellkas rgt. is megerősítette a kétlebenyes tüdőgyulladást. A máj 2 haránt ujjal haladta meg a jobb bordaívét, tömött tapintatú, éles szélű, de felszíne sima volt. Tekintettel arra, hogy a kórelőzményben penicillin allergia szerepelt Erythromycin (1800 mg/die infúzióban) kezelést kezdünk. Kórházi ápolásának 5. napján kaptuk meg a haemocultura eredményét. A *S. pneumoniae* tetracyclin rezisztensnek bizonyult. Gyógyultán távozott, SGOT és SGPT értékei rendeződtek. A beteg a rendszeres alkoholfogyasztást tagadta.

Az elülső és középső scala-törésekhez gyakran átmeneti, vagy tartós liquorrhea. Ezen betegekben a purulens meningitist legtöbbször a *S. pneumoniae* okozza.

5. N. J. 21 éves férfi 1984 szeptemberében alkoholos állapotban basis fracturát szenvedett, mely miatt 2 hétig kórházban ápolták. Ezt követően nem állították munkába, mert fejfájásról, látászavarról és vízszert orrfolyásról panaszkodott. Felvétele napján (november 19) otthonában eszméletlenül találták. Meningeális izgalmi tünetek miatt utalták fertőző kórházba. Az azonnal elvégzett liquor vizsgálat purulens meningitist igazolt, az üledékben *Gram* pozitív diplococcusokat láttunk. A liquorból két alkalommal, a vérből egyszer *S. pneu-*

moniae tenyésztett ki. Penicillin (4×5 millió E/die) terápia hatására lelézalanodott, tudata feliszult, meningeális izgalmi tünetei megszűntek, s csak a meningitis előtt is már fennálló bitemporalis hemianopsiáról panaszkodott. A koponya rgt-en jobb oldalt, fronto-parietalisan szabálytalan, ipszilón alakú $3-4$ cm hosszúságú törésvonal volt megfigyelhető. Ápolásának 13. napján teljes jólét közepette mindkét orrlyukából liquorcsorgást észleltünk és ezért az Országos Idegsebészeti Intézetbe helyeztük át. Itt 1984. december 20-án a feltételezett liquorcsorgást lezárították. Azóta a betegnek agyhártyagyulladás nem volt.

A gennyes agyhártyagyulladás mindaddig nem gyógyítható meg, amíg a szóba jöhető góccokat nem szüntetjük meg. *S. pneumoniae* meningitisben a fül és a paranasalis üregek gondos vizsgálata kötelező.

6. V. N. 32 éves férfi elmondása szerint 28 éves kora óta voltak epilepsziás rohamai. Rendszeresen Andaxint és Diphedant szedett. A saceres rohamokat alkoholizmusával hozták kapcsolatba. 2 napos lázas állapot után 1983. november 20-án eszméletlenül vált, s meningeális izgalmi tünetek alakultak ki. Még ezen a napon osztályunkra került. Liquora purulens volt, az üledékben *Gram*-pozitív diplococcusokat láttunk. A vérből és a liquorból kétszer *S. pneumoniae*-t tenyésztettünk ki. Vizsgálata során jobb oldalon gennyes sinusitis maxillárisit találtunk. A mellkas rgt-en jobb oldalon a felső lebeny bázisán tüdőgyulladás volt látható. Penicillin, orrmelléküregek átöblítés, komplex agyoedema elleni kezelés állapotában változást nem hozott. Légzés leállás miatt még a felvétel napján respirációs osztályra helyezték át. Hat napos intenzív osztályi kezelés után halt meg. A boncolásnál a sinus sphenoidalisban gennyet és az agy convexitásának megfelelően zöldessárga gennygyülemet találtak. Az agy tekervényei laposak, a barázdák sekélyek, az állomány térsza tapintású volt. Az agykamrákban is genny volt. A máj makroszkópos képe egyértelműen zsírmájnak felelt meg.

7. K. P. 21 éves férfi betegsége bal oldali kínzó fülfájdalommal kezdődött 1983. december 15-én. Másnap a rendelőintézetben paracentesis történt. Ezen a napon már lázas volt. December 17-én a bal füléből genny folyt, sokszor hányt, s láza változatlanul fennállt. A gyakori hányások miatt Torecant rendelték. December 19-én hajnalban zavarttá, majd eszméletlenül vált. Felvételkor purulens meningitis állapítottunk meg, s még a délelőtti folyamán bal oldali mastoidectomia történt. A műtétkor talált elváltozás heveny osteomyelitisnek felelt meg. Műtétet követően légzészavar miatt respirációs osztályra került, s 6 óra múlva nyúltvelői beékelődés miatt meghalt. A liquor üledékben diplococcusokat láttunk. A vérből, a liquorból és a fülváladékából *S. pneumoniae*-t tenyésztettünk ki.

A cirrhosis hepatitis különösen hajlamosít súlyos *S. pneumoniae*-infekcióra.

8. F. Z. 51 éves férfi veséjét 1952-ben sérülést követően távolították el. Elmondása szerint évek óta rendszeresen ivott. Egy napja tartó magas lázzal ($39,5^\circ C$), icterusos állapotban, hepatitis infectiosa kórismével került felvételre. Fizikális vizsgálattal jobb oldalon a felső lebenynek megfelelően pneumóniát, a hasban ascitist találtunk. Máj 4 haránt ujjal haladta meg a jobb bordaívét, felszíne finoman göbös volt, széle éles, állománya tömött. Hepatitisi infectiosát biztosan kizártuk a klinikai kép és a laboratóriumi leletek alapján. Már felvételkor vesefunkciós értékei beszűkült veseműködésre utaltak. Penicillin és Penbitrin kezelést kezdünk. Másnapra állapota romlott, váladékát nem tudta felköhögni, s ezért respirációs osztályra helyezték át. Icterusa mélyült, veseműködése tovább romlott, majd 11 napi kórházi kezelés után meghalt. A felvétel napján vett vérből *S. pneumoniae* tenyésztett ki. A boncolásnál cirrhosis micronodularist, bő kaparékot adó septicus lépét (730 g), kétoldali pleuropneumóniát és cholaemiás nephrosist találtak.

Megbeszélés

A 10 halállal járó, 32 *S. pneumoniae* bacteriaemiás fertőzés bizonyítja azt, hogy a hetvenes évek végén és a nyolcvanas évek első felében Magyarországon is komoly gond volt a súlyos *S. pneumoniae*-infekció.

Feltételezhető, hogy Magyarországon a *S. pneumoniae* bacteriaemia ténye csak az esetek töredékében nyer bizonyítást. Ezt támasztja alá az is, hogy Károlyi (8) még 1984-ben is hiányolta a rutinszerű haemocultúrát a pneumóniák diagnosztikájában. Az Amerikai Orvosok Kollégiumának véleménye alapján (15) 1000 lakosból legalább 1 betegszik meg minden évben *S. pneumoniae* pneumóniában. Ha ezt az adatot elfogadjuk, akkor Magyarországon kb. 10 000 *S. pneumoniae* pneumonia fordul elő évente, s ezek kapcsán 2500—3700 esetben kerül be a kórokozó a véráramba (5). Finland (4) és mások (7, 13) is egyetértenek abban, hogy kezelés nélkül a halálozás *S. pneumoniae* okozta tüdőgyulladásban 30%, de adekvát kezeléskor is 5—7%. Ez azt is jelenti, hogy hazánkban évente legkevesebb 500-an halnak meg ebben a betegségben, vagyis ötször annyian, mint amennyien a hazai statisztikában szerepelnek (9). Persze kérdéses, hogy egy másik ország epidemiológiai adatai alapján következtethetünk-e a betegség hazai gyakoriságára, mégis saját megfigyeléseink is arra utalnak, hogy a hazai adatok a *S. pneumoniae*-infekciók jelentőségét alábecsülik.

Nyomatékosan hangsúlyozni kell, hogy a nem kórházban kezdődő bakteriális pneumóniák 55—76%-a ma is *S. pneumoniae* eredetű (2, 3, 11), s ez a leggyakoribb kórokozó a felnőttkori bakteriális meningitisekben (13).

A *S. pneumoniae*-infekciók diagnosztikájában központi helyet képvisel a haemocultura. Gruer és mtsai (6) 111 bacteriaemiával járó *S. pneumoniae*-fertőzés elemzése kapcsán kiemelik azt, hogy a diagnózist a beteganyag 70%-ában nem tudták volna megállapítani a vér bakteriológiai vizsgálata nélkül. Felnőttkorban a *S. pneumoniae* pneumóniák 25—37%-ában kerül a kórokozó a véráramba (5), s a bacteriaemia ténye a letalitást megkettőzi. Még gyakoribb (30—90%) a *S. pneumoniae* meningitist kísérő bacteriaemia (13), amely szintén — különösen orrmelléküregi és fülészeti góc egyidejű fennállása esetén — nagy fokban rontja a prognózist.

A gyógyult és a halálos kimenetelű esetek aránya beteganyagunkban megegyezik mások adataival. Austrian és Gold (1) 10 év alatt 529 *S. pneumoniae* bacteriaemiával járó beteget kezeltek, s közülük 131 halt meg (24,8%). Ők rámutattak arra is, hogy a 3-as típusú történt fertőződéskor a letalitás még magasabb (55%), s 60 éves kor felett a halálozás gyorsan emelkedik. Az elhaltak 43%-át a kórházi felvételt követő első 24 órában veszítették el. Ha ezen az időszakon sikerült átsegíteni a beteget, a prognózis lényegesen javult. Összehasonlították a bacteriaemiával járó *S. pneumoniae* pneumóniás betegek túlélését a szűrőterápiás és a penicillinkezelésben részesült csoportokban. A túlélés a betegség kezdetétől számított 20. napon 17%, 53%, ill. 85% volt. Az első 5 napon a három csoportban a túlélést illetően nem volt különbség, vagyis a penicillin kedvező hatása csak az 5. nap után mutatkozott. Vizsgálataik alapján feltételezték, hogy a szervezet védekezőképessége a behatoló kórokozóval szemben az antibakteriális terápia megkezdése előtt, ill. kezdetén csököt mond. A dononi St. Thomas-kórházban 1970—1984 között 325 *S. pneumoniae* bacteriaemiás beteget ápoltak (5). A megbetegedettek 28,6%-a halt meg. A 93 elhalt közül 56 már a felvételkor moribund állapotban volt. A legtöbb halálos eset — 65 (70%) — a

kórházi felvételt követő első 24 órában fordult elő.

Austrian és Gold (1) azt is vizsgálta, hogy mennyire rontja a betegek életben maradási esélyeit az, hogy a *S. pneumoniae*-infekció előzetesen meglévő betegség talaján, avagy anélkül jött létre. A 455 pneumóniás között 248 betegben találtak hajlamosító tényezőt. Közülük 75 (30%) halt meg, míg a 207, egyébként egészséges közül csak 14 (7%). Ők nem tapasztalták azt a szoros kapcsolatot, amely az alkoholizmus és a *S. pneumoniae*-infekciók között fennáll.

A *S. pneumoniae*-fertőzésekben ma is a penicillin az első választandó gyógyszer (3, 7, 13), azzal a kiegészítéssel, hogy a penicillinnel szemben mérsékelten érzékeny és rezisztens törzsek száma világszerte emelkedik (14). Ismertetett betegek történetei is alátámasztják azt, hogy tetracyclint csak akkor szabad alkalmazni *S. pneumoniae* pneumóniában, ha biztosan tudjuk, hogy a kórokozó érzékeny rá. Meningitis purulenta kezelésére ez az antibiotikum alkalmatlan. Kívánatos volna a vérből és a liquorból izolált valamennyi *S. pneumoniae* antibiotikum-érzékenységeinek figyelemmel követése és a korongdiffúziós módszerrel nem teljes bizonyossággal megítélhető penicillinre mérsékelten érzékeny és rezisztens törzsek quantitativ érzékenységi vizsgálatainak elvégzése. A *S. pneumoniae*-fertőzések kezelésében feltehetően növekedni fog pneumóniában a második generációs és meningitisben egyes harmadik generációs cephalosporinok szerepe (12, 16).

Közleményünkkel szeretnénk arra is felhívni a figyelmet, hogy a *S. pneumoniae* pneumóniák diagnosztikája az alapellátásban elégtelen, s az általánosan használt tetracyclin-készítményekkel szemben a penicillin korai alkalmazása még ma is életmentő lehet.

IRODALOM: 1. Austrian, R.—Gold, J.: Pneumococcal bacteremia with especial reference to bacteremic pneumococcal pneumonia. Ann. Intern. Med. 1964, 60, 759. — 2. Berritson, E. és mtsai: Etiology of community-acquired pneumonia in patients requiring hospitalisation. Eur. J. Clin. Microbiol. 1983, 4, 268. — 3. Donowitz, G. R., Mandell, G. L.: Empiric therapy for pneumonia. Rev. Infect. Dis. 1983, 2, 840. — 4. Finland, M.: Pneumococcal infections. in Bacterial infections of humans. Ed. Evans, A. S., Feldman, H. A. Plenum Medical Book Company. 1982. 417. old. — 5. Grandsen, E. R. és mtsai: Pneumococcal bacteremia. 325 episodes diagnosed at St. Thomas's hospital. Brit. Med. J. 1985, 290, 506. — 6. Gruer, L. D.—McKendrick, M. V.—Geddes, A. M.: Pneumococcal bacteremia: a continuing challenge. Q. J. Med. 1984, 53, 259. — 7. Joklik, W. K.—Willett, H. P.—Amos, D. B.: Zinsser Microbiology. 18th edition. Appleton Century Crofts. 1984. 477. old. — 8. Károlyi A.: A primer pneumóniák diagnosztikusa és terápia lehetőségeiről. Pneum. Hung. 1984., 37, 407. — 9. KSH. Demográfia Évkönyv 1984. Budapest, 1985., 234. old. — 10. Lányi B.: Járványügyi és klinikai bakteriológia. Módszertani útmutató. Országos Közegészségügyi Intézet. Budapest, 1980. — 11. MacFarlane, J. T. és mtsai: Hospital study of adult community-acquired pneumonia. Lancet. 1982, 2, 255. — 12. Plant, M. E.—Perlino, C. A.: Cefamandol vs. procain penicillin for treatment of pneumonia due to Streptococcus pneumoniae. A random trial. J. Infect. Dis. 1978, 137, S 133. — 13. Robert, R. B.: Streptococcus pneumoniae. in Principles and practice of infectious diseases. Second edition. Ed. Mandell, G. L., Douglas, R. G., Bennett, J. K. E. A Wiley Medical Publication. 1985. 1143. old. — 14. Simberloff, M. S. és mtsai: Antibiotic resistant isolates of Streptococcus pneumoniae from a clinical specimens: A cluster of serotype 19 A organisms in Brooklyn, New York. J. Infect. Dis. 1986, 153, 78. — 15. Sisk, J. E.—Riegelman, R. K.: Cost effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia—An update. Ann. Intern. Med. 1986, 104, 79. — 16. Tauber, M. G.: Therapie der bakteriellen meningitis. Dtsch. Med. Wschr. 1986, 111, 747.

SOLTI FERENC DR.

Morgagni—Adams—Stokes tünetegyüttes

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Ér-Szívsebészeti Klinika, Budapest
(igazgató: Szabó Zoltán dr.)

Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 1979—1985. években 2340 pacemaker-beültetést végeztek, ezek közül 720 esetben (30,8%-ban) Morgagni—Adams—Stokes-tünetcsoporthoz (MAST) képezte a pacemaker-beültetés okát. A syncopés rohamok alapját okozó ingerképzési és ingervezetési zavar fajtáját 112 esetben lehetett tisztázni; intermittáló 3° pitvar—kamrai (AV-) blokk 31%-ban, sinus arrest 24%-ban, 3° AV-blokk és sinus arrest együttesen 25%-ban, AV-blokkhoz társuló kamrai fibrilláció 13,5%-ban és elsődleges kamrai fibrilláció 6,5%-ban szerepelt a syncopé kiváltásának okaként. A szerzők áttekintik saját megfigyeléseik és az irodalmi adatok alapján a MAST klinikai jelentőségét, elektrofiziológiai sajátosságait és terápiáját. A MAST sajátos típusát képezik a carotis sinus hyperaesthesiához társuló syncopék, az extracranialis érszűkülettel társuló syncopék és az epilepsziával szövődött MAST. A MAST prognózisa a pacemaker-terápia elterjedésével nagymértékben megjavult, de az elsődleges kamrai fibrilláción alapuló syncopék kórjósolata még ma is elég rossz, kivételt képez azonban ez alól a hosszú QT-szindrómához (HQT) társuló kamrai lebegés, remegés.

Morgagni—Adams—Stokes attack.

Between 1979 and 1985 2,340 patients were implanted with pacemaker in the Cardiovascular Surgical Institute in Budapest, from among them in 720 cases (30.8%) Morgagni—Adams—Stokes attack was the indication for pacemaker implantation. The arrhythmic basis of the syncopie attack could be established in 112 cases; intermittent 3° AV block in 31%, sinus arrest in 24%, sinus arrest + 3° AV block in 25%, ventricular fibrillation associated with intermittent AV block 13.5% and primary ventricular fibrillation in 6.5%. The authors survey the clinical importance, the electrophysiological characteristics and the therapy of the Morgagni—Adams—Stokes-syndrome. There exist some special types of this Morgagni—Adams—Stokes attack, too: the association of syncopie with extracranial arterial stenosis, the syncopie attack based on carotid sinus hypersensitivity and the association of epilepsy with Morgagni—Adams—Stokes-syndrome. The prognosis of the Adams—Stokes attack has changed and improved with the advent of pacemaker therapy, but the late outcome of syncopie attack based on ventricular fibrillation has remained severe with the exception of ventricular fibrillation associated with long QT syndrome.

A rohamokban jelentkező, rövid eszméletvesztéssel járó Morgagni—Adams—Stokes-tünetegyüttes (MAST) már régóta ismert kórkép (1, 16, 24). A syncopé idején pulzus nem tapintható, szívhangok nem hallgatók, a nyaki vénák teltek, verítékezés, sápadtság, halálfélelem kíséri a tüneteket. A roham alapja a súlyos aritmia okozta keringésmegállás. Az aritmia gyakori fajtája a sinus arrest (a pitvari és kamrai kontrakció hiánya), vagy a teljes pitvar—kamrai blokk (a kamrai kontrakció hiánya). Ezen aritmia képezi az úgynevezett hypodinámiás (adinámiás) típus alapját. Ritkább a hyperdinámiás forma, ilyenkor kamrai fibrillatio áll fenn, ezért szünetel a keringés. Az elektrofiziológiai vizsgálatok elterjedése óta változtak, bővültek és tisztultak ismereteink a betegség patomechanizmusát ille-

tően. Megváltozott, jelentősen javult a kórkép prognózisa a pacemaker-terápia bevezetése és fejlődése során.

Tanulmányunk célja a MAST áttekintése az újabb ismeretek birtokában.

Betegcsoport, klinikai vizsgálatok

Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 1979—1985 között 2340 pacemaker-beültetés történt. E betegek közül 720 esetben (30,8%-ban) MAST volt megállapítható és ez képezte a pacemaker-beültetés javallatát. A rohamok az esetek többségében típusosak voltak, hirtelen fellépő, rövid ideig tartó eszméletvesztés. Az esetek többségében a rohammentes időben sinuscsomó-betegség (SSS), vagy ingervezetési zavar (1°—2° AV-blokk) tünetei voltak kimutathatók. Atípusos syncopét 133 esetben észleltük. Közülük 6 esetben a syncopéhoz hosszabb, 4—10 percig tartó eszméletvesztés társult és kifejezett tónusos-clonusos görcsök is jelentkeztek. A roham után gyakori volt a retrográd amnesia. Mind a hat esetben epilepszia társulása volt valószínűsíthető, ezek a betegek a pacemaker-beültetés után tartósan antisaceres kezelést (többnyire diphenylhydantoin) is

Kulcsszavak: Syncopé, sinus arrest, intermittáló AV blokk, kamrai fibrilláció

Rövidítések: MAST: Morgagni—Adams—Stokes tünetegyüttes; AV: pitvar-kamrai; SSS: sinus csomó betegség; HQT: hosszú QT szindróma

kaptak és ezután tünetmentessé váltak. Hét betegnek a syncopét követően múló beszédzavara, végtagi paresise, szédülése és átmeneti kettőslátása volt. Ezen betegeknek a MAST-kórképen kívül extracranialis érszűkülete (arteria carotis interna stenosis, vertebralis stenosis) is volt. A két kórkép együttes fennállása hozta létre a tüneteket. A rohamot syncope — asystolia — vezette be és lényegében ez provokálta a tranzitórius cerebrális iszkémiás attackot. Őt beteg esetében helyreállító érműtét (carotis interna thromboendarterectomia) volt végezhető, ezek teljesen tünetmentesek lettek a pacemaker-beültetés, illetve az érműtét után. Két esetben nem volt végezhető helyreállító érműtét, ezek tartós Cavinton- és salicylkezelésben (thromboocytá aggregatio-gátlásra) részesültek. Pacemaker-beültetés után ugyan már nem jelentkezett eszméletvesztéses rosszullét, de kisebb cerebrális attackok (homályos látás, múló szédülések) még ezután is előfordultak.

A 720 MAST közül 112 esetben sikerült tisztázni az asystolia okát képező ingerképzési, illetve ingervezetési zavart. A roham elektrofiziológiai alapját háromfélon lehetett tisztázni: 1. A syncope alatt EKG-felvétel történt, vagy 24 órás tartós EKG-felvétel során jelentkezett a roham. 2. Az aritmia provokálható volt (például carotis sinus hyperaesthesia állt fenn és carotis sinus-ingerlésre, megszedülés során 3° pitvar—kamrai (AV-) blokk, vagy sinuscsomó ingerképző tevékenységének hosszabb szünete (sinus arrest) volt látható az EKG-görbén. 3. Elektrofiziológiai vizsgálat történt az aritmia természetének tisztázására és eközben volt a kérdéses aritmia provokálható. A 112 esetünk syncopét kiváltó aritmiaíniak típusait az 1. sz. táblázatban foglaltuk össze.

Táblázat. Adams—Stokes attackot okozó aritmiaíniak fajtái (112 eset)

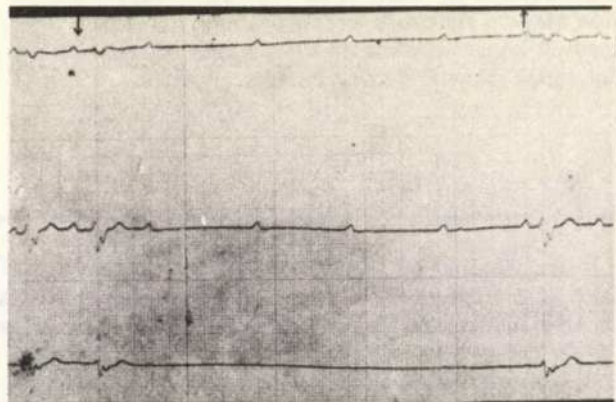
Aritmia típusa	Eset-szám	%-os arány
1. Totális AV-blokk	35	31%
2. Sinus arrest	27	24%
3. Sinus arrest + totális AV-blokk	28	25%
4. Kamrai fibrilláció + AV-blokk	15	13,5%
5. Kamrai fibrilláció	7	6,5%

Amint látható, a MAST leggyakoribb oka az intermittáló 3° AV-blokk volt. Valamivel ritkább volt a sinus arrest mint a roham oka. Gyakori az AV-blokk és sinus arrest együttes jelenléte a syncope alatt. A 3° AV-blokk és a sinuscsomó ingerképző tevékenységének szünete is gyakori volt. Jólal ritkábban észleltük az ún. hyperdinámiás típust. Viszonylag gyakori volt az, hogy ilyenkor a kamrai fibrillatio 3° AV-blokkal társult. A 15 esetből hat betegnek hosszú QT-tünetegyüttese (HQT) volt, három betegnek iszkémiás szívbetegsége és két betegnek dilatációs cardiomyopathiája volt. Elsődleges — primaer — kamrai fibrillatioja hét betegnek volt (6,5%). Közülük három esetben rövid kamrai tachycardia előzte meg a kamrai fibrilláció felépését. A hét eset közül három betegnek volt QT-megnyúlása, míg négy betegnek iszkémiás szívbetegsége volt.

A pacemaker-beültetés után rendszeres antiaritmias kezelésben részesültek azok a betegek, akiknek hosszú QT-szindrómájuk volt. Gyógyszeresen tartósan betareceptor-gátló gyógyszereket kaptak (az esetek egy részében diphenylhydantoin is szedtek a betegek). A primaer kamrai remegéssel járó MAST-betegek pacemaker-beültetés után rendszeresen kaptak antiaritmias gyógyszert (Prokainamidet, Lorcainidet vagy amiodaronet).

A 720 pacemaker-beültetésben részesült MAST-beteg közül 460 beteg (életkor: 36—81, átlagéletkor: 65,5 év) állt tartósan (12—57 hónap) rendszeres ellenőrzés alatt. Közülük az ellenőrzés ideje alatt 16 beteg meghalt, közülük hat esetben feltehetően aritmia képezte a hirtelen halál okát. A hat beteg közül két esetben AV-blokkal társuló kamrai fibrillatio és négy esetben elsődleges kamrai fibrilláció volt a syncope oka.

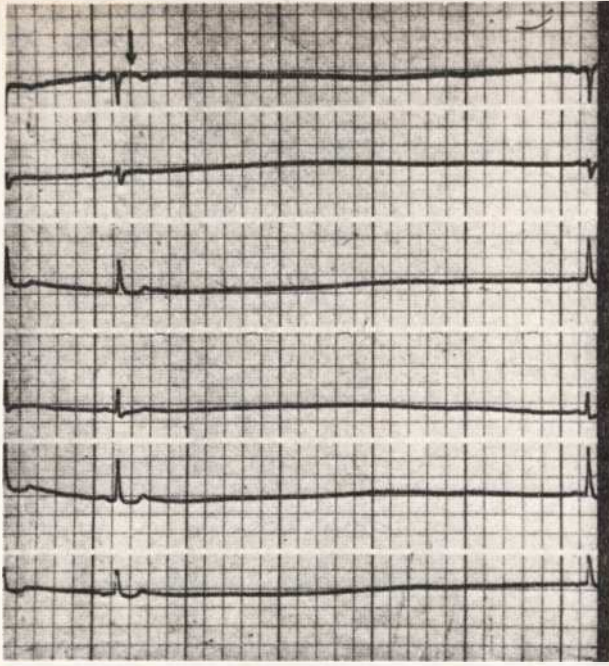
Figyelemre méltó még az, hogy a vizsgálati idő alatt (1979—1985) összesen 832 beteget küldtek be klinikánkra MAST-diagnózissal pacemaker-indikáció eldöntése céljából. Közülük 112 beteg esetében megállapítható volt az, hogy a rosszullétek okát nem syncope képezte, nem állt fenn MAST. Az esetek többségében cerebrovascularis károsodás (cerebroscerosis) állt fenn, tartós cerebrális elégtelenség jeleivel (állandó szédülés, egyensúlyzavar, feledékenység, gyengeség). Hat betegnek pedig epilepsziája volt (epilepsziás rohamok syncope nélkül). Két betegnek agyi tumora volt, ez váltotta ki a clonusos-tónusos epilepsziás típusú ruhamokat. A MAST alapját képező aritmiaíniak főbb típusainak jellegzetes EKG-képet mutatjuk be beteganyagunkból az 1—3. sz. ábrán.



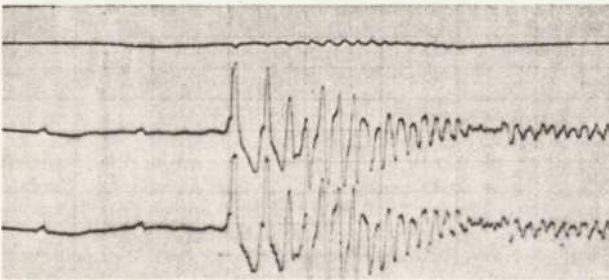
1. ábra. Intermittáló 3° AV-blokkon alapuló MAST 25 mm/s papírsebességgel készült EKG-felvétel. I—III. végtagi elvezetések. Sinus alapritmus, majd carotis sinus ingerlése (//) hirtelen 3° AV-blokk alakul ki és 5000 ms ideig tartó arrest jön létre

Megbeszélés

A MAST általános jellemzőit, a rövid eszméletvesztést és a keringés leállítását már a kórkép első leírói (1, 16, 24) felismerték. Érdekes módon azonban a betegséget az epilepszia egyik megnyilvánulásának tartották és a roham kialakulásának okát a tartósan meglassult szív működésnek tulajdonították. His írta le először a MAST okaként a hirtelen kialakuló, totális AV-blokkot (11). Ma már nyilvánvaló az, hogy a MAST-ot hirtelen



2. ábra. Sinus arreszten alapuló MAST
25 mm/s papírsebességgel készült EKG-felvétel, aVR, aVL, aVF unipoláris és I—III. bipoláris végtagi elvezetések. Az EKG-felvétel alatt hirtelen (//) hosszú sinus arreszt (5000 ms ideig) jött létre



3. ábra. 3° AV-blokkhoz társuló kamrai fibrilláción alapuló MAST
Az EKG regisztrálás alatt fellépett MAST attack. 25 mm/s papírsebességgel és I—III. végtagi bipoláris elvezetésekkel készült felvétel. Teljes 3° AV-blokk, majd ezt követően kamrai fibrillációba átmenő kamrai tachycardia látható az EKG-felvételen

kialakuló ingerképzési vagy ingerületvezetési zavar váltja ki, sem a tartós bradycardia, sem a tachycardia nem vált ki syncopét. Az is tisztázódott, hogy az eszméletvesztés nem epilepsziás rohamon alapul. Meg kell jegyezni azonban azt, hogy néha a MAST syncopéja nem könnyen különíthető el az epilepsziás rohamtól. Ritkán az eszméletvesztés hosszabb ideig (pár percnél tovább) tart és ilyen roham végén kisebb göresök jelentkezhetnek (6). Érdekes kép a MAST társulása epilepsziával (3, 10). Ilyenkor rendszerint a syncopé provokálja az epilepsziás rohamot. Az ilyen esetek gyógyulásához pacemaker-beültetés és antisaceres kezelés folytatása szükséges (3). Sajátos formája még a MAST-nak a syncopés rohamok társulása feji — agyi — verőér-szűkülettel. Többen megfigyelték már azt, hogy a tranzitorikus cerebrales iszkémiás rohamok néha aritmia

felléptére jelentkeznek (2, 4, 6, 13, 20, 22, 25). MAST syncopés attackja fennálló agyi érstenosis mellett átmeneti, göccs cerebrales iszkémiát okoz. Ilyen esetekben a hatásos kezelés a súlyos aritmia kialakulásának megakadályozása pacemaker-beültetés segítségével és ha lehetséges, ezután az érstenosis sebészeti megoldása (rendszerint carotis desobliteráció). Ha helyreállító érműtét nem végezhető, úgy a pacemaker-beültetés után csak a tranzitorikus cerebrales iszkémiás rohamok enyhülése és gyérülése várható.

A carotis sinus hyperaesthesiához társuló syncopés rohamok is a MAST sajátos formáját képezik (19). A rohamok ilyenkor rendszerint a carotis sinus reflex provokálására (fej elfordítása, nyakkendőkötés, borotválkozás) jelentkeznek. A syncopé alapját képező aritmia (rendszerint sinuscsomó-leállás, 3° AV-blokk) ilyen esetekben könnyen felderíthető a carotis sinus reflex óvatos kiváltásával elektrofiziológiai vizsgálat során (5, 23).

A MAST syncopés rohamának elkülönítése más eredetű (epilepszia, cerebrales iszkémiás attack, hypoglycaemia, hypertensiv encephalopathiás beteg, hypertonias crisis) eszméletvesztéses rohamoktól, általában nem okoz nagyobb nehézséget. Kétes esetben tartós EKG-monitorozás (Holter-monitor) segítséget nyújthat. Ha a 24 órás EKG-regisztrálás során többször észlelhető lenne hosszabb szívütemkihagyás (sinus arreszt, teljes AV-blokk), vagy halmozott — en salve — extrasystole-sorozat, úgy a rosszulletek syncopés eredete valószínűnek látszik.

A MAST syncopés rohama ugyan többféle aritmián, különböző ingerképzési és ingerületvezetési zavaron alapulhat (lásd 1. táblázat), de a hypodinámias syncopé sokkal gyakoribb, mint a hyperdinámias típus. A régebbi, általános nézet szerint egészen kivételes a kamrai fibrilláción alapuló MAST. Újabb vizsgálatok, megfigyelések alapján azonban kiderült az, hogy a kamrai fibrilláción alapuló syncopé mégsem olyan ritka (8, 12, 21, 23). A MAST eszméletvesztéses roham alatt kb. 15—20%-ban rövidebb kamrai fibrilláció észlelhető, a kamrai fibrilláció kialakulása azonban az esetek nagyobb részében másodlagos és teljes AV blokk (ritkábban sinus arreszt) előzi meg a fibrilláció felléptét (7, 12, 14, 21). Külön említést érdemel a HQT és a hyperdinámias típusú MAST társulása. A kamrai fibrillációval járó syncopében viszonylag gyakori a QT időtartós megnyúlása (7, 9, 17, 26). Az ilyen MAST prognóza viszonylag jó, a pacemaker beültetés és betareceptor blokkolók tartós szedése rendszerint teljes tünetmentességet eredményez.

A MAST az aritmiák legsúlyosabb klinikai megnyilvánulása és ezen felül nem ritka kórkép. 10—15 évvel ezelőtt még a MAST képezte a pacemaker beültetés leggyakoribb indikációját (40—60%-ot). Az utóbbi években ugyan jelentősen csökkent a pacemaker beültetés javallatában a MAST százalékos aránya, de ugyanakkor igen jelentősen megnőtt a pacemaker beültetések évenkénti száma. Így ma is jelentős számú beteg kerül MAST miatt pacemaker beültetésre. Figyelembe véve a MAST alapját képező legfontosabb aritmia-csoportok (3° AV blokk, sinus csomó betegség, iszkémiás eredetű kamrai irritabilitás) előfordulási arányát és ezen belül a MAST kifejlődésének valószínűségét a fenti aritmiákban, egy millió lakosra számítva kb. 20—30 MAST

előfordulásával lehet számolni évente. Ez Magyarországra vonatkoztatva évente 200–300 új MAST jelentkezését jelentheti.

Terápia

A MAST kórjólata a pacemaker terápia előtt igen súlyos volt. Az első roham jelentkezése után a betegek több mint fele egy éven belül meghalt (13). A pacemaker beültetés elterjedése óta a MAST prognózisa nagyon sokat javult. A pacemaker beültetéssel a MAST-ban szenvedő betegek kb. 85%-a tünet- és panaszmentessé válik. A pacemaker beültetés helyettesítésére, vagy akár átmeneti pótlására nem áll hatáson gyógyszeres kezelés rendelkezésre. A kivételesen hyperkalaemiához társuló 3.° AV blokkon alapuló MAST terápiájaként a pacemaker beültetés előtt a káliumszint gyógyszeres csökkentése (pl. diuretikumok) szóba jöhet (15).

MAST rohamok észlelése, felismerése pacemaker beültetés sürgős indikációját képezi. A pacemaker beültetés magában nem mindig hatásos bizonyos típusú MAST-ban. Így a carotis stenosishoz társuló syncope eseteiben gyakran helyreállító érműtét végzése is szükséges a pacemaker implantáció után a jó terápiás hatás elérésére. A HQT-hoz társuló MAST eseteiben pacemaker beültetés után nagy adag beta receptor blokkolót is kell tartósan adni a betegnek. Mivel a QT megnyúlás a szívütések frekvenciájától is függ, ezért ilyen esetekben általában állítható frekvenciájú pacemaker készülék beültetésére van szükség s viszonylag nagy szaporaságú elektromos kamrai ingerlést kell alkalmazni a kamrai tachycardia, illetve kamrai remegés biztos kivédésére. A súlyos szívbetegséghez társuló elsődleges kamrai fibrilláció képezi a MAST legsúlyosabb eseteit. Ilyenkor a pacemaker beültetés mellett feltétlenül tartósan antiaritmiás gyógyszereket is kell alkalmazni, de sajnos nem ritkán ez sem elegendő. Ha egyidejűleg koszorúérszűkület, vagy szívaneurysma áll fenn, úgy ezek műtéti megoldása is indokolt. A primaer kamrai fibrilláción alapuló MAST kezelésére az automata-defibrillátor pacemaker beültetése ad új lehetőséget. Ez az eljárás azonban még széles körben nem alkalmazható (az ilyen pacemaker készülék igen nagy, igen drága, a defibrilláló elektród elhelyezéséhez mellkas megnyitás, szívműtét szükséges és nagy a készülék energiafogyasztása, ezért gyorsan kimerül). Remélhető, hogy a közeljövőben az automata-defibrilláló pacemaker tökéletesedésével a kamrai fibrilláción alapuló MAST hatásos kezelése is megoldódik.

IRODALOM: 1. Adams, R.: Case of epilepsy, attended with remarkable slowness of the pulse. *Med. Chir. Trans.* 1827, 2, 73. — 2. Mc Allen, P. M.—Marshall, J.: Cardiac dysrhythmia and transient cerebral ischemic attacks. *Lancet* 1973, 1, 1212. — 3. Balogh A.—Solti F.—Sárai K.: Differenciáldiagnosztikai problémák convulsiv jellegű Adams—Stokes és epileptiás rohamok kapcsán. *Orv. Hetil.* 1977, 118, 142. — 4. Corday, E.—Rothenberg, S. F.—Putnam, T. J.: Cerebral vascular insufficiency. *Arch. Neurol. Psychiatry* 1953, 69, 555. — 5. Doherty, J. V. és mtsai: Electrophysiologic evaluation and follow-up characteristics of patients with recurrent unexplained syncope and presyncope. *Am. J. Cardiol.* 1955, 5, 703. — 6. Duvernoy, W. F.—Nair, M. R.—Zobl, E. G.: Convulsiv disorders mimicked by prolonged asystolia and cured by permanent pacing. *Heart Lung* 1980, 9, 711. — 7. Földváry Gy.: Szokatlanul hosszú QT és óriási negatív T-hullám Morgani—Adams—Stokes szindrómában. *Cardiologia Hung.* 1972, 1, 33. — 8. Furman, S.: Fundamentals of cardiac pacing. *Am. Heart J.* 1967, 73, 261. — 9. Gottsegen, Gy.—Török E.: Psychogen kamraremegés. *Orv. Hetil.* 1962, 103, 2361. — 10. Haslam, R. H. A.—Jameson, H. D.: Cardiac standstill stimulating repeated epileptic attacks. *J. Am. Med. Assoc.* 1973, 224, 887. — 11. His, W.: Ein Fall von Adams—Stokes-scher Krankheit mit ungleichzeitigen Schlag der Vorhöfe und Herzkammern. *Dtsch. Arch. Klin. Med.* 1899, 64, 316. — 12. Jensen, G.—Sigurd, B.—Sandoe, E.: Adams Stokes seizures due to ventricular tachydysrhythmias in patients with heart block: prevalence and problems of management. *Chest* 1975, 67, 43. — 13. Johansson, B. W.: Adams—Stokes syndrome. A review and follow-up study of fortytwo cases. *Am. J. Cardiol.* 1961, 8, 76. — 14. Kenderesi P.: Adams—Stokes szindrómával járó kamralebégés és teljes pitvar-kamrai block együttes antiarrhythmias és pacemaker kezelése. *Orv. Hetil.* 1976, 118., 520. — 15. Kerkovits Gy.—Mázsár M.: Terápiás kísérletek Morgani—Adams—Stokes rohamok megelőzésére. *Orv. Hetil.* 1965, 106., 1493. — 16. Morgani, G.: De sedibus et causis morborum. 1761. — 17. Parizel, G.: Life-threatening arrhythmias in subarachnoid hemorrhage. *Angiology* 1973, 24, 17. — 18. Pickering, G.: Arterial occlusion especially of the coronary arteries and of the subclavian and carotid arteries. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 1963, 113, 105. — 19. Roskam, J.: Un syndrome nouveau: syncopes cardiaques graves et syncopes répétées par hyperreflectivité sino-carotidienne. *Presse Méd.* 1930, 38, 590. — 20. Rotherberg, S. F.—Corday, E.: Etiology of transient cerebral stroke. *J. Am. Med. Assoc.* 1957, 164, 2005. — 21. Dansoe, E. és mtsai: Pacemaker treatment of bradycardia-released ventricular tachycardia or fibrillation. In: *Cardiac Pacing* Edit. Thalen, J. H. Van Gorcum, Assen 1973/345 p. — 22. Solti F.: Association of obliterative extracranial vascular disease with carotid sinus hyperaesthesia: a possible mechanism of transitory cerebral ischaemia. *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 1975, 32, 321. — 23. Solti F. és mtsai: Pathogenesis and therapy of the carotid sinus syncope. *Z. Kardiol.* 1980, 69, 656. — 24. Stokes W.: Observations on some cases of permanently slow pulse. *Dublin Quart. J. Med. Sci.* 1846, 2, 73. — 25. Walter, P. F.—Reid, S. D. jr.—Wenger, I. K.: Transient cerebral ischemia due to arrhythmia. *Ann. Intern. Med.* 1970, 72, 471. — 26. Wennervold, A.—Sandoe, E.: Paroxysmal malignant arrhythmias in childhood and adolescence. In: *Cardiac arrhythmias*. Eds.: Sandoe, Flensted-Jensen, E., Olesen, K. H. Astra, Södertälje 1970, 767 p.

(Solti Ferenc dr., Budapest, Városmajor u. 68. 1122)

A cukorbetegség anyagcserehelyzetének vizsgálata szemészeti beteganyagban

Orvostovábbképző Intézet, Szemészeti Klinika
(igazgató: Brooser Gábor dr.)

Szerzők diabeteses profilú szemészeti osztály beteganyagán vizsgálták a cukorbetegség anyagcsereállapotát. A betegek anyagcsereállapotának felmérésére 8 meghatározásból álló napszaki vércukorprofil vizsgálatot végeztek, melynek alapján a betegeket ideális, megfelelő, elfogadható és rossz anyagcserehelyzetű csoportokba sorolták. Megállapították, hogy az általuk vizsgált 308 cukorbeteg 62%-a rossz anyagcserehelyzetű volt, az inzulinnal kezelt cukorbetegek között ez az arány 77%. A kezelés megfelelő módosítása után — átlagosan 6,7 nap múlva — 61 rossz anyagcsereállapotú beteget ismétellen ellenőriztek. Egy beteg kivételével valamennyi esetben jelentős javulást észleltek. Felhívják a figyelmet arra, hogy az adott esetben célravezető diéta megtanítása és a megfelelő inzulinkezelési rendszer bevezetése mellett döntő a beteg együttműködésének megnyerése, hogy a rossz anyagcsereállapotú betegekben tartós javulást érhesse el.

Examination of metabolic state of diabetics in ophthalmic ward. The authors have investigated the metabolic state of diabetics in an ophthalmic ward with diabetic profile. In order to determine the diabetic state of patients blood sugar was analysed from 8 different aspects on the basis of which the patients were divided into 4 groups: ideal, appropriate, acceptable, bad. It was established that 62% of the 308 patients examined in the ward belonged to the fourth group, while this ratio was 77% in insulin treated diabetics. After modification of the treatment—6.7 days on average—61 patients with bad diabetic state were controlled and except for one, a significant improvement was observed. The authors point out that in the interest of long-lasting improvement it is decisive—along with teaching the proper diet and introducing the appropriate insulin therapy—to create a good cooperation with the patient.

A cukorbetegség a civilizált országokban egyike a leggyakoribb népbetegségeknek; a lakosság 2–5%-át érinti (29). A diabetes mellitussal kapcsolatos halálozás az öt leggyakoribb halálok között szerepel (29). Hazánkban e betegség mortalitása 11,5/100 000, a cukorbeteg várható élettartama — a kialakulás idejétől függően — 50–70%-a az egészségesekének (25). A halálokok között a diabeteses kóma már ritkának mondható, annál gyakoribb az érszövődmények miatti halálozás: veseelégtelenség, cardiovascularis megbetegedés. Egy legújabb hazai elemzés (27) szerint ezek számára az utóbbi 25 évben rohamosan növekedett. Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy elsősorban az érszövődmények vezetnek a cukorbeteg munkaképesség csökkenéséhez, vakságához is.

A diabeteses érszövődmények kialakulásának oka ma sem tisztázott, de a szakértők egyetértenek abban, hogy megelőzésük — jelenleg — egyetlen reményteljes módja a beteg optimális anyagcsereállapotának biztosítása (8, 20, 29). Mind több klinikai megfigyelés (9, 13, 17, 19), epidemiológiai (14, 28) és kísérletes adat (10, 16) szól amellett, hogy a jellegzetes szemfenéki és glomeruláris microangiopathia kialakulása szoros összefüggésben áll a hosszantartó hyperglükemiával. Ezzel szemben a vércukorszint megfelelő, közel normális szinten tartása a retinopathia és nephropathia korai stádiumában feltartóztathatja a folyamat progresszióját (12, 20, 22).

A jó anyagcsereállapot biztosítása nem csak az ér-

szövődmények megelőzése szempontjából fontos, hanem hozzásegíti a cukorbeteg ahhoz, hogy az egészségesekéhez hasonló életmódot folytasson és egészséges gyermekeknek adjon életet (3, 5, 7). Az Egészségügyi Világszervezet cukorbetegséggel foglalkozó Szakértői Bizottsága 1985-ben közzétett állásfoglalása szerint feltétlenül törekedni kell a cukorbeteg normoglycaemiás anyagcsereállapotának biztosítására (29).

Ebben a munkában az volt a célunk, hogy megvizsgáljuk, hogyan valósul meg hazánkban ez a WHO által javasolt törekvés. Magyarországon a cukorbeteg anyagcsereállapotának reprezentatív felmérésére mindeztidre nem került sor. Az Orvostovábbképző Intézet Szemészeti Klinikája a diabeteses betegek ellátásával kiemelten foglalkozik, az ország minden részéből érkeznek ide cukorbeteg. Ugyanakkor e betegek elvileg nem anyagcserejük rendezése céljából kerülnek felvételre, hanem azért, hogy szemészeti ellátásban részesüljenek. Ily módon lehetőségünk nyílt arra, hogy viszonylag nagy számú hazai cukorbeteg anyagcserehelyzetéről képet nyerhessünk.

Beteganyag és módszer

Munkánk során az OTKI Szemészeti Klinikáján 1984. június 1. és 1985. május 31. között észlelt 308 cukorbeteg anyagcserehelyzetét vizsgáltuk. A betegek életkora 21–86 (átl. 60,8) év volt, cukorbetegségük tartama 0,5–36 (átl. 13,9) év, közülük 127 férfi volt és 181 nő. Klinikai felvételük időpontjában a betegek közül 17 csupán diétázott, 120 orális anti-diabetikumokat szedett és 171 inzulinkezelésben részesült. Az egyes betegek diabetesének típusa a rendelkezésünkre álló adatok alapján nem volt egyértelműen megállapítható. Míg a betegek mintegy egyharmada (110 beteg) a területi betegellátásból érkezett — tehát anyagcserejüket már hosszabb ideje

Kulcsszavak: cukorbetegség, anyagcsereállapot, antidiabetikus kezelés, páciensnevelés

körzeti orvosuk ellenőrizte —, addig 198 beteg antidiabetikus kezelésének módját a felvételt megelőzően kórházi belosztályon történő észlelés alapján állapították meg. A betegek közül 105 budapesti lakos volt, 203 vidéki.

A betegek anyagcsere-állapotát a klinikai felvételt követő napokban elvégzett, legalább 8 (a főétkezések előtt 3, a főétkezések után 2 órával 3, éjfélikor 1, hajnali 4 órakor 1) meghatározáson alapuló napszaki vércukorprofil vizsgálat alapján igyekeztünk felmérni. A vércukor-meghatározásokat az Orvostovábbképző Intézet Kémiai Laboratóriuma végezte, enzimatikus (glukózoxidáz) módszerrel. E vizsgálati periódus alatt a betegek a felvételük előtti antidiabetikus kezelési módot folytatták, változtatás nélkül. A vércukorprofil vizsgálatok eredménye alapján a betegeket optimális, megfelelő, elfogadható és rossz anyagcsere-állapotú csoportokba soroltuk. A csoportba sorolás szempontjait az 1. táblázat tartalmazza. Ezt kö-

1. táblázat. Betegeink anyagcsereállapotának jellemzésére szolgáló vércukorértékhatarok

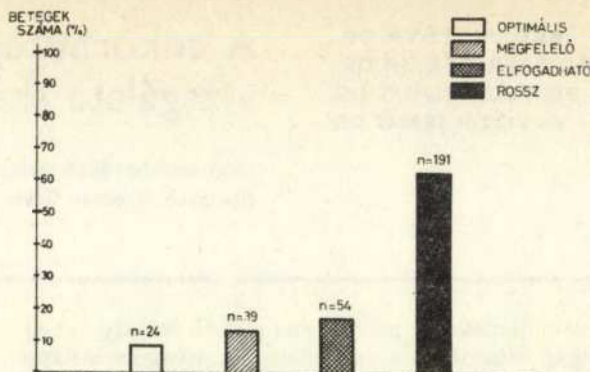
Anyagcsereállapot	Vércukor mmol/l
Optimális	3,5—8,5
Megfelelő	3,0—10,0
Elfogadható	2,8—12,0
Rossz	<2,8 — >12,0

vetően — ha erre vitathatatlanul szükség volt —, megkíséreltük a betegek anyagcserehelyzetét javítani. Ebben segítségünk-re volt az intenzív anyagcsere-ellenőrzés lehetősége gyors vércukor-meghatározó készülékek (Dextrometer, Ames) és teszt-papír csíkok (Dextrostix, Ames) felhasználásával, határt szabott viszont a szemészeti kezelés időtartama: a betegek klinikai tartózkodásának idejét elsősorban szemészeti szempontok határozták meg. A betegek klinikai elbocsajtása előtt 61 esetben volt módunk arra, hogy a legalább 8 meghatározásból álló vércukorprofil vizsgálatot teljességében megismételjük: ezek a betegek felvételükkor valamennyien a rossz anyagcserehelyzetű csoportba tartoztak. E 61 beteg közül 16 anyagcsere-állapotáról az intézeti észlelést követő 6—12 hónap múlva is sikerült információt nyernünk glikozilált hemoglobin A_{1c} meghatározás (Bio-Rad haemoglobin A_{1c} oszlop teszt-KIT, California, USA; norm. érték: átlag 4,77% szélső értékek 2,9—7,1 %) segítségével.

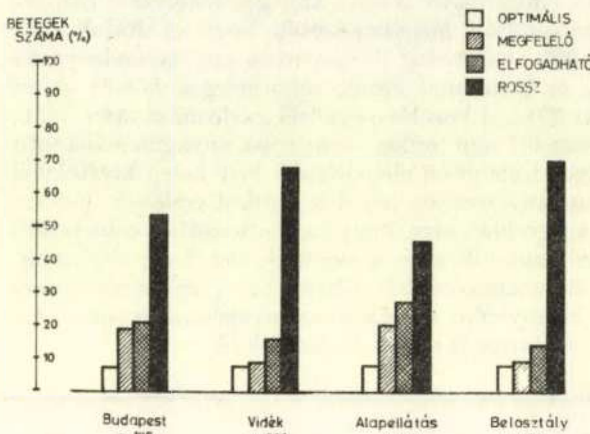
A kezelés módosítása során valamennyi beteggel részletesen megbeszéltük, és elfogadtattuk az állapotuknak és otthoni életmódjuknak is megfelelő diétát, melyet az alkalmazott inzulinkészítmény hatásával összhangban állapítottunk meg. Szükség esetén megváltoztattuk az inzulinkezelés rendszerét: az inzulin adagját növeltük vagy csökkentettük, illetve módosítottuk a napi inzulininjekciók számát és beadásuk időpontját. Indokolt esetben az inzulinkészítmény megváltoztatására vagy az inzulinkezelés bevezetésére is sor került.

Eredmények

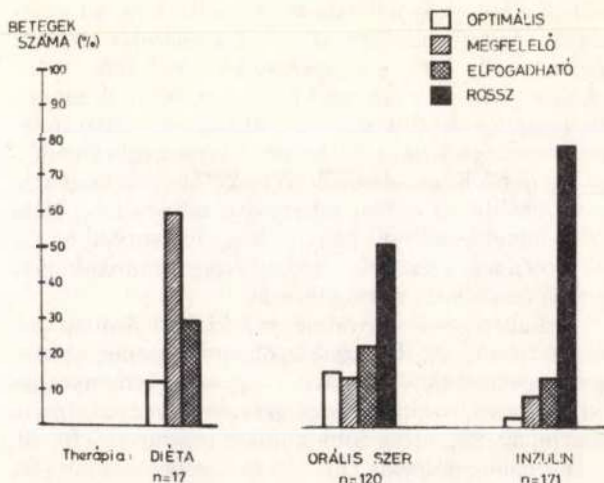
A vizsgált 308 beteg közül 24 optimális, 39 megfelelő, 54 elfogadható és 191 rossz anyagcsere-állapotú volt: e legutóbbi csoportba tartozott tehát a betegek több, mint 60%-a (1. ábra). A budapesti és vidéki betegek anyagcserehelyzete között nem mutatkozott jelentős különbség, továbbá a belosztályon kezelt betegek állapota semmi esetre sem volt jobbnak mondható, mint a körzeti orvosok által gondozottaké (2. ábra). Amikor a betegek anyagcsere-állapotának alakulását az alkalmazott antidiabetikus kezelés módja szerint vizsgáltuk (3. ábra), azt tapasztaltuk, hogy a csupán diétával kezelt csoport állapota volt a legmegfelelőbb (l. „Megbeszélés”-t is). Figyelemre méltó, hogy az inzulinnal kezelt betegek közel 80%-ának (131 beteg) anyagcserehelyzete elfogadhatatlanul rossz volt.



1. ábra. A betegek anyagcsere-állapota felvételkor (n=308)



2. ábra. A betegek anyagcsere-állapotának alakulása a kezelés beállításának helye szerint (n=308)



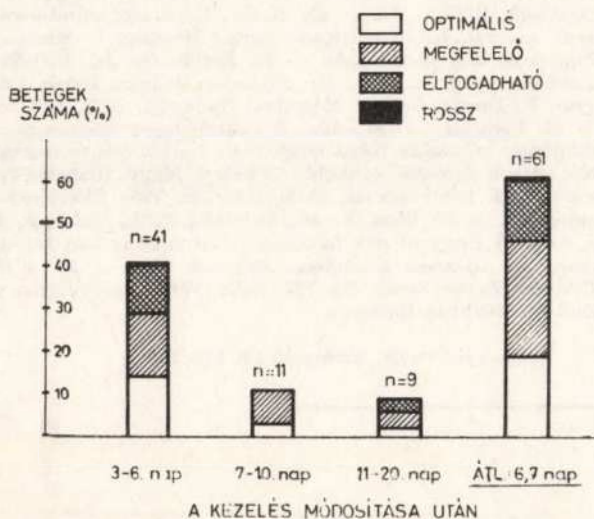
3. ábra. A betegek anyagcsere-állapota az antidiabetikus kezelés módja szerint (n=308)

Intenzív ellenőrzést és a kezelés módosítását követően 61 — felvételkor rossz anyagcsere-helyzetű — beteg esetében nyílt módunk az anyagcsere-állapot ismételt részletes felmérésére. E betegek kezelése során 8 esetben csupán a megfelelő diéta megtanítására és bevezetésére volt szükség, 27 esetben a megfelelő diéta megkezdése mellett az inzulinkezelés rendszerét is módosítottuk; míg 26 esetben új inzulinkészítmény bevezetésére is szükség volt a diétás oktatás mellett (2. táblázat). Az antidiabetikus kezelés módosítása után

2. táblázat. 61 rossz anyagcsere helyzetű cukorbeteg anyagcsere-állapotának változása a kezelés módosítása után

Terápiás módosítása	Anyagcsereállapot				Összes
	Optimális	Megfelelő	Elfogadható	Rossz	
Diéta	2	2	4	0	8
Inzulinkezelés rendszere	6	16	4	1	27
Új inzulin-készítmény	11	9	6	0	26
Összesen	19	27	14	1	61

betegünk anyagcsere-állapota számottevően megváltozott: a betegek mintegy egyharmada optimális, közel fele megfelelő anyagcserehelyzetbe került, és mindössze egy olyan beteg volt, akinek vércukorértékeit nem sikerült legalább elfogadható szintre hozni a rendelkezésünkre álló idő alatt (2. tábl.). A kontroll vércukorprofil vizsgálatok a módosított kezelés bevezetése után átlagosan 6,7 nappal történtek (4. ábra).



4. ábra. Betegeink anyagcsere-állapota elbocsajtásuk időpontjában (n=61)

Az intézeti észlelést követő 6–12 hónap múlva 16 beteg anyagcserehelyzetéről nyerhettünk információt: glikozilált haemoglobin A_{1c} értékük átlagosan 6,89 (4,5–9,5) % volt.

Megbeszélés

A cukorbetegség állapota *Skyler* szerint (23, 24) akkor ideális, ha az étkezés előtti és az étkezés után 2 órával mért vércukorszintek 3,9–6,7 mmol/l közöttiek, elfogadható, ha ezek az értékek 3,9–8,3 mmol/l közé esnek. Magunk felmérésünk során legalább 8 meghatározásból álló vércukorprofil vizsgálatot végeztünk. Ily módon lehetőségünk volt az ú. n. konvencionális inzulinkezelés (naponta egyszer vagy kétszer adagolt intermedier hatású inzulin-készítmény) során gyakran előforduló éjszakai-hajnali hypoglicæmiák (21) felis-

merésére, felvilágosítást kaptunk a napi vércukoringadozások nagyságáról és segítségét a legmegfelelőbb kezelési mód megválasztásához (15, 18). Ugyanakkor értékelésünkben a *Skyler* által javasoltnál sokkal enyhébb kritériumokat alkalmaztunk: az optimális anyagcsere-állapotúnak ítélt betegcsoport vércukorszintjei a *Skyler* által elfogadhatóan tartott értékhatárokat is valamelyest meghaladták. Az anyagcsere-állapot hosszabb távú, retrospektív megítélését a glikozilált haemoglobin meghatározás teszi lehetővé (14): magunk e vizsgálatot a módosított kezelés bevezetése után fél-egy év múlva, a kezelés eredményességének ellenőrzésére végeztük el.

Felvételkor a vizsgált cukorbeteg mintegy felének, az inzulinnal kezelték négyötödének anyagcsere-állapota elfogadhatatlanul rossz volt, függetlenül attól, hogy budapesti vagy vidéki lakosok voltak-e. A belosztályokról érkezett betegek viszonylag rosszabb helyzetére magyarázatot adhat, hogy azokat a betegeket, akiket az alpellátás nehezen kezelhetőnek ítélt, előbb belosztályra és nem közvetlenül a szemészetre utalta be.

Tapasztalataink szerint a legsúlyosabb problémát még ma is a betegek diétás ismereteinek nem egyszer teljes hiánya okozza. *E megállapítás még akkor is helytálló, ha figyelembe vesszük, hogy a csupán diétával kezelt betegek anyagcsere-állapota volt viszonylag a legjobb (ill. szénhidrát-anyagcserezavarra viszonylag a legenyhébb).* Az orvosnak is, a betegnek is kényelmesebb, ha orális antidiabetikumra tér át, minthogy a szükséges diétát megtanítsa, illetve betartás. Megfelelő diétás ismeretek nélkül azonban az orális antidiabetikus kezelés is eredménytelen (4), így nő az inzulinnal kezelték száma, akiknek anyagcsere-állapota változatlanul rossz. Az inzulinkezelés bevezetések rendszerint elmarad a diétának az adott inzulin-készítmény hatásdinamikájához történő igazítása, mely az eredményes beállítás alapvető feltétele (25). Csak a diéta megtanításával néhány nap alatt a betegek 13%-át legalább elfogadható anyagcsere-állapotba lehetett hozni, és azoknak a betegeknek, akiknél az inzulin adagolásának rendszerét kellett megváltoztatni, vagy új inzulin-készítményt kellett bevezetni, szintén döntő jelentőségű volt a megfelelő étrendi kezelés elsajátítása.

Másik igen fontos tényező a betegek közreműködésének megnyerése. A „paciens nevelés” az utóbbi években ismét egyre nagyobb hangsúlyt kap (1, 2, 29). A hazai (6, 11) és külföldi (15) megfigyelésekkel egybehangzóan magunk is azt tapasztaltuk, hogy e munkában igen nagy segítséget nyújtanak a most már mind szélesebb körben hozzáférhető gyors vércukor-meghatározó készülékek. Abban, hogy alig egy hét alatt rossz anyagcsere-állapotú betegeink egyharmadát optimális, közel felét megfelelő és egy kivételével valamennyit legalább elfogadható állapotba lehetett hozni, úgy gondoljuk szerepe volt a gyors vércukor-meghatározó készülékek alkalmazásának is. A vércukorszint változásának rendszeres regisztrálása nemcsak az orvosnak nyújt hasznos információt, hanem a beteg maga is közvetlenül érzékelheti, hogy egy diétás vagy életrendbeli változás milyen befolyást gyakorol anyagcsere-egyensúlyára. Ez a beteg motivációja szempontjából, tapasztalataink szerint, igen fontos tényező.

Természetesen az anyagcsere-állapot rendezése önmagában nem elegendő. A cukoranyagcsere egyensúlyának hosszútávú biztosításához, a diétás „kisiklá-

sok" megelőzéséhez a beteg tartós motivációja szükséges. Ebben segítséget nyújthat a kezelőorvossal fenn tartott rendszeres kapcsolat. Betegeinknek, akiknek többsége diabeteses retinopathiában szenvedett, jelentős motiváló tényezőt jelenthetett a további látásromlástól való félelem is. A 61. legalább elfogadható anyagcsere-állapotba hozott betegünk közül 16-ot tudunk fél—egy év múlva is ellenőrizni. Az ekkor elvégzett glikozált haemoglobin A_{1c}-meghatározások arra utaltak, hogy cukoranyagcserejük továbbra is egyensúlyban van.

IRODALOM: 1. *Assal, J. PH. és mtsai* (Ed): Diabetes education: how to improve patient education. Excerpta Med., Amsterdam, 1983 (Int. Congress Series, 624). — 2. *Bakos, J., Gimesi, A., Simon, K.*: Alkalmos-e az alapellátás a cukorbeteg-gek oktatására? Magyar Diabetes Társaság VIII. kongresszusa, Székesfehérvár, 1986. Előadáskivonatok, 11. — 3. *Baranyi, É.*: Diabeteses gondozás. In: Diabetes Mellitus. Szerk.: Magyar, I., Tamás, Gy. Jr. Medicina, Budapest, 1979, 219. old. — 4. *Baranyi, É.*: Orális antidiabetikumok. In: Diabetes mellitus. Szerk.: Magyar, I., Tamás, Gy. Jr. Medicina, Budapest, 1979, 177. old. — 5. *Baranyi, É. és mtsai*: Diabéteszel szövődményt terhesség gondozásának belgyógyászati vonatkozásai. Orv. Hetil. 1980, 121, 995. — 6. *Baranyi, É., Tamás, Gy. Jr.*: Vércukor önvizsgálatok diabeteses terhességben, Magyar Diabetes Társaság V. kongresszusa, Szekszárd, 1980. Előadáskivonatok, 69. old. — 7. *Baranyi, É.*: Az inzulinérzékenységet és a diabétesz mellitusz kezelését befolyásoló tényezők nem inzulin dependens cukorbetegségben és diabétesz terhességben. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1983. — 8. *Brooser, G.*: A retinopathia diabetica kezelésének interdiszciplináris feladatairól. In: Az orvostudomány aktuális problémái. Szerk.: Káldor, A., Gergely, J., Kulka, F. Medicina, Budapest, 1982, 43, 73. old. — 9. *Eschwege, E. és mtsai*: Delayed progression of diabetic retinopathy by divided insulin administration: a further follow-up. Diabetologia, 1979, 16, 13. — 10. *Fox, C. J. és mtsai*: Blood glucose control and glomerular capillary basement membrane thickening in experimental diabetes. Brit. Med. J. 1977, 2, 605. — 11. *Füvényi, J. és mtsai*: Vércukor profil vizsgálat és vércukor mintavétel otthon („home monitoring”). Magyar Diabetes Társaság VII. kongresszusa, Tatabánya, 1984. Előadáskivonatok, 42. old. — 12. *Friberg, T. R. és mtsai*: The effect of long term near normal glycaemic control on mild diabetic retinopathy. Ophthalmology, 1985, 92, 1051. — 13. *Goldstein*

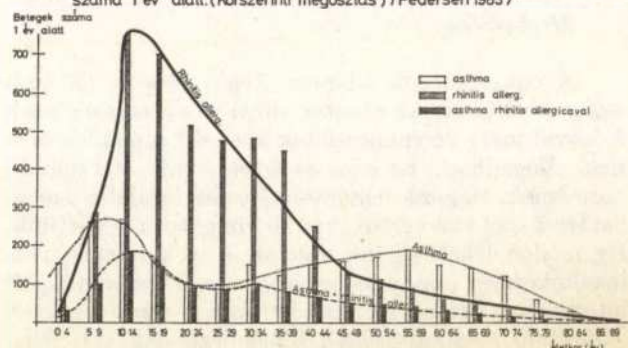
és mtsai: Evidence for an association between long-term glycaemic control and development of diabetic retinopathy. Diabetes, 1983, 32, suppl., 197. — 14. *Jermendy, J. és mtsai*: Glikozilált hemoglobin meghatározás a cukorbeteg ellenőrzésének új lehetősége. In: Az orvostudomány aktuális problémái. Szerk.: Káldor, A., Gergely, J., Kulka, F.: Medicina, Budapest, 1984, 49, 121. old. — 15. *Ludvigsson, J., Hermansson, G.*: Strategy for self monitoring of diabetic control. Acta Endocr., 1985, Suppl. 272, 83. — 16. *Mauer, M. S., Brown, D. M., Steffes, M. W.*: The relationship of glucose control to renal morphology in diabetes mellitus. In: Diabetes Management in the 80s (Ed: C. M. Peterson) 1982, Praeger Publishers New York. — 17. *Östman, J.*: Can adequate control of diabetes prevent the development of vascular complications? Acta Med. Scand. Suppl. 1983, 671, 5. — 18. *Petrányi, Gy. Jr.*: Speciális intenzív betegellátó részleg: az akut szénhidrátanyagcsere-zavarok kezelése és a folyamatos vércukormeghatározás. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1980. — 19. *Pirart, J.*: Diabetes mellitus and its degenerative complications—a prospective study of 4.400 patients observed between 1947 and 1973. Diabetes Care, 1978, 1, 168. — 20. *Pirart, J.*: Metabolic control and prevention of diabetic complications. Minerva Endocrinol. 1984, 9, 11. — 21. *Pramming, S. és mtsai*: Nocturnal hypoglycaemia in patients receiving conventional treatment with insulin. Brit. Med. J. 1985, 291, 376. — 22. *Skyler, J.*: Complications of diabetes mellitus: relationship to metabolic dysfunction. Diabetes Care, 1979, 2, 499. — 23. *Skyler, J. és mtsai*: Insulin therapy in diabetes mellitus. In: Insulin update (Ed.: J. S. Skyler). Proceedings of a Symp. in Florida, USA 1982, Excerpta Med., p. 23. — 24. *Skyler, J. S.*: Intensive insulin therapy: accelerated application by simple advances. In: Clinical experiences with Novopen. Proceedings of the third Internat. Hvidovre Symp. Copenhagen, Denmark, 1985, p. 19. — 25. *Szollár, L.*: A szénhidrátanyagcsere zavarai. In: Kóreltetan. Szerk.: Hársing, L. Medicina, Budapest: megjelenés alatt. — 26. *Tamás, Gy. Jr.*: Inzulin a diabétesz gyógyításában. In: Diabetes Mellitus. Szerk.: Magyar, I., Tamás, Gy. Jr. Medicina, Budapest, 1979, 192. old. — 27. *Tornóczy, J. és mtsai*: A cukorbeteg microangiopathiájának változása Tolna megyében: morbiditási és mortalitási adatok elemzése az utóbbi 25 évben. Magy. Diabetes Társaság VIII. kongresszusa, Székesfehérvár, 1986. Előadáskivonatok, 16. — 28. *West, K. M., Erdereich, L. J., Stober, J. A.*: A detailed study of risk factors for retinopathy and nephropathy in diabetes. Diabetes, 1980, 29, 501. — 29. *WHO Technical Report Series*, No. 727, 1985. (WHO Study Group on Diabetes Mellitus, Geneva).

(Baranyi Éva dr. Budapest, Pf. 112, 1389.)

Helyreigazítás:

Az Orv. Hetil. 128. évfolyamának 8. számának 409. oldalán, Mezei Györgyi dr.: A szénanátha asthmával való kapcsolata c. dolgozatából az ábra sajnálatos nyomdai hiba folytán kimaradt. Az ábrát pótlólag közöljük:

Asthma és/vagy allergiás rhinitis miatt orvoshoz fordult betegek száma 1 év alatt. (Korszerűtlen megoszlás) / Pedersen 1983 /



DOMJÁN LAJOS DR.,
SIMON LÁSZLÓ DR.,
BALOGH ISTVÁN DR.,
SZABÓ KÁROLY DR.,
KATONA JUDIT DR.
ÉS BORSZÉKI ILONA DR.

Közúzás az epeutakban: nagyméretű epeúti kövek endoscopos eltávolításának egyik módszere

Bács-Kiskun Megyei Hollós József Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét,
Endoscopos Osztály

(főorvos: Domján Lajos dr.)

Tolna Megyei Tanács V. B. Kórháza, Szekszárd,

II. Belgyógyászati Osztály

(főorvos: Simon László dr.)

Fővárosi János Kórház és Rendelőintézet, Budapest,

Központi Röntgenosztály, Radiogastroenterológia

(főorvos: Balogh István dr.)

Bács-Kiskun Megyei Hollós József Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét,
Röntgenosztály

(főorvos: Laczay András dr.)

A szerzők ismertetik az epeúti kövek zúzásával szerzett első tapasztalataikat. Részletesen leírják a műszert és a methodikát. A Pauldrach cég által gyártott endotriptommal jó tapasztalatokat szereztek a mechanikus epekőzúzásban. Nagy kövek is eltávolíthatók, de a túlságosan nagy kövek a műszer Dormia kosarába nem foghatók be és így nem zúzhatók szét. A közúzást a szerzők értékes módszernek tartják azokban az esetekben is, ha a kő strictura felett van, vagy méretbeli különbség van a kő és a distalis choledochus szakasz tágassága között. A beavatkozás könnyű és gyakorlatilag szövődménymentes. Az epekőzúzás értékes terápiás eljárás gyakorlott endoscoposok kezében.

Lithotripsy in the bile ducts. A method for endoscopic lithotripsy of large bile duct stones. Early experiences of mechanical lithotripsy in the bile ducts are discussed by authors. Method and instrument used is outlined in detail. By using the endotriptor produced by Pauldrach Firm authors gained very good experiences in mechanical lithotripsy. Large bile duct stones could also be removed by this method, but extremely big stones could not be grasped and smashed by the Dormia basket of the endotriptor used by them. Lithotripsy is very valuable in endoscopic extraction—due to lithotripsy—of stones located above stricture or when there is incongruence between the stone and the distal part of the common bile duct's wideness. The method is easy and is without any complication. Mechanical lithotripsy, therefore, is a very valuable therapeutic mean in the hands of skilled endoscopists.

Az endoscopos sphincterotomia (EST) és kő-extractió módszerét 1974-ben írták le *Classen és Demling* [2], illetve *Kawai és mtsai* [5]. Magyarországon először *Papp és mtsai* [10] majd *Mályi és Szántó* [8] alkalmazták 1977, illetve 1978-ban. Az EST lehetővé tette az epeúti kövek kisebb kockázattal járó nem sebészi eltávolítását. A módszer széles körben elterjedt és hazánkban is rutin beavatkozássá vált nagyobb gastroenterológiai centrumokban. Az epeúti kövek 8–13%-a azonban sphincterotomia útján nem távolítható el [12], amelynek okai lehetnek: a. túlságosan nagy kő; b. a kő-

átmérő és a distalis choledochus szakasz tágassága közötti aránytalanság; c. ha a kő strictura felett van; s d. ha gyomorresectio (pl. Billroth II) miatt a Vater papilla felkeresése és kanülálása nem lehetséges.

Safrany [13] 4 cm-nél nagyobb kő spontán távozásáról számolt be, s csaknem minden — a témában gyakorlott — endoscopos tapasztalt hasonló, olykor meglepő eseteket, nagy kő spontán távozására várni azonban veszélyes, szövődményekhez vezethet. *Orii és mtsai* [9] 1983-ban megjelent közleményükben Yag-lézerrel történő epekőzúzásról számoltak be. A lézernyalábot choledochoscopon intraoperative, vagy choledochofiberscopon T-drénen bevezetve adagolták, s 12 betegben arra az eredményre jutottak, hogy a lézer bilirubin kövek zúzására megfelel, cholesterolin kövek szét-

roncsolására azonban nem. Javítható az eredmény cholesterolin kövek monoctanoinnal való körüláramoltatásával.

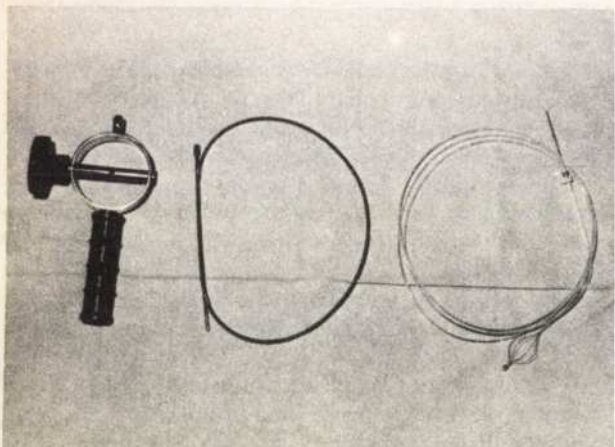
1985-ben *Allen és mtsai* [1] ismertették choledochusba folyamatosan adagolt methyl-tert-butyl éterrel szerzett biztató kezdeti eredményeiket.

Ezidáig azonban a legjobb eredményeket mechanikus, illetve azzal kombinált közúzással sikerült elérni. 1977-ben *Koch és mtsai* [6] elektrohidraulikus közúzót szerkesztettek. A lithotripter végébe, melyet az endoscop biopsziás csatornáján vezettek be, két rúd-elektrodát építettek. A d. choledochusba hipertoniás oldatot befecskendezve a folyadék-közegben, a rúd-elektrodára alkalmazott elektromos kisülés útján oly nagy energiát sikerült előállítani, ami a kő szétrobbanásához vezetett. A nagy erővel szétrepülő kődarabkák azonban a d. choledochus perforációját okozhatták, ennek elkerülésére az elektrodákat tartalmazó lithotriptort Dormia kosárral vették körül, s ezzel sikerült befogni a szétrobbanó kő-fragmentumokat. *Demling és mtsai* [3] illetve, *Riemann és mtsai* [11] már valódi mechanikus lithotriptorral szerzett tapasztalataikról és eredményeikről adtak számot. A Pauldrach cég segítségével a műszert átalakítva *Runge és mtsai* [12] 100 kg-os erő kifejtésére alkalmas lithotriptort használtak és 1985-ben már 63 sikeres közúzásról számolhattak be.

Ezen eszköz beszerzésével magunknak is alkalmunk nyílt epeközúzásra, s mivel hazánkban még hasonló közlésről nincs tudomásunk, úgy gondoljuk első tapasztalataink közreadása hasznos lehet.

Methodika

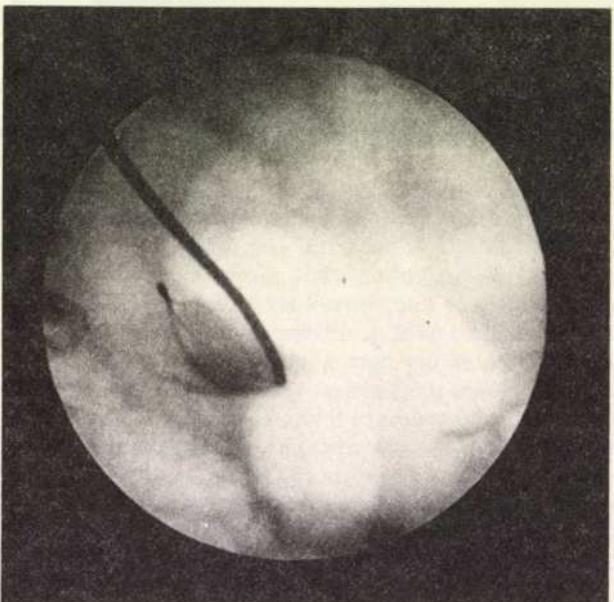
A Pauldrach-féle endotripter részei egy teflonnal borított, nagyszilárdságú acélból készült nagyméretű Dormia kosár (1. ábra), egy 80 cm hosszú, 3,3 mm külső átmérőjű acélspirál és maga a markolattal ellátott zúzóeszköz. Ha endoscopos retrograd cholangiographia során a choledochusban, vagy az intrahepatikus epeutakban kő van, megfelelő indikáció fennállása esetén, EST-t kell végezni. Ezt követően a JF—IT—10 Olympus típusú duodenoscop biopsziás csatornáján bevezetjük az említett Dormia kosarat, s abba a követ befogjuk (2. ábra). Ezután a teflon borítót és magát az endoscopot a Dormia kosár acélhuzaljáról le kell húzni és a betegből kiemelni. Most bármely irányban forgathatjuk a beteget, képerősítőn ellenőrizve, hogy a Dormia kosár 4 acéldrótja jól körülfogja az epe-



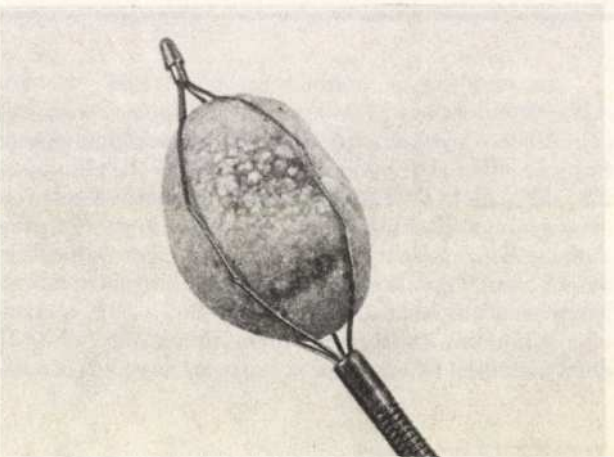
1. ábra. Pauldrach-féle endotripter



2. ábra. Acél Dormia kosár felvezetése a d. choledochusba



3. ábra. Teflon boríték és endoscop lehúzása után acélspirál a Dormia kosár végéhez vezetve



4. ábra. A kő széttörése

követ. Az 1. ábrán látható acélspirált a Dormia kosár huzaljain szánkázta a kosár végéhez visszük (3. ábra), az acéldrót külső végét pedig a közúzó (endotriptor) közepén elhelyezett tengely perforált lyukába fűzve a kerék forgatásával megkezdjük megfeszíteni, amíg az acélspirál külső vége a közúzó keretének felső részén levő foglatba nem illeszkedik. Ezzel feszülés alá helyeztük a kosárba fogott követ.

A kerék további forgatásával a befogott kő darabokra törik (4. ábra). A kődarabokat — amennyiben azok még a szem ellenőrzése mellett spontán ki nem ürülnek a duodenumba — hagyományos Dormia kosárral extraháljuk.

Eddigi kisszámú gyakorlatunk is bizonyította, hogy az eljárás meglepően könnyű, minimális időt vesz igénybe, a beteget nem terheli.

Első betegünket más megyéből irányították hozzánk (Kecskemét). Előbb elvégeztük az EST-t, majd 6 nap után a 3 db nagy követ kitöltött d. choledochusból két nagy követ szétzúztunk és extraháltunk (5. ábra). A harmadik követ nagy mérete miatt nem lehetett



5. ábra. Darabokra zúzott epekő

tett az endotriptor Dormia kosarába befogni, így azt nem zúhattuk szét. Föléje nasobiliaris katétert vezetünk, majd a beküldő intézet sebészeti osztályán műtetre került sor a már nem sárga betegben jó műtéti viszonyok mellett (az idős nőbetegben megelőzően pancreatitis is lezajlott). A nasobiliaris drén kellő epe-elfolyást biztosított, s műtét után is bennhagyták, így nem kellett Kehr csövet alkalmazni. A nasobiliaris katétert a postoperatív ötödik napon eltávolíthatták.

Másik két esetünkben egy 3 cm nagy követ zúztunk szét más intézetbe kiszállva. A d. choledochusból, 16 mm EST-metszés mellett távolítottuk el sikeresen a már leírt módon. Harmadik esetünkben kis 18 mm-es követ fogtunk be és zúztunk szét a korábbi cholecystectomy következtében kialakult 8 mm-es choledochus szűkület fölötti területről.

Megbeszélés

Nagy sebészi statisztikák szerint minden tizedik epekő miatt operált beteg epeúti kővel távozik az intézetből, vagy másodlagos epeúti kövesség alakul ki. A második sebészi beavatkozás, a d. choledochus megnyitása lényegesen növeli a műtéti kockázatot. Nagy haladást jelentett az EST bevezetése. Az esetek egy része azonban endoscopos úton nem oldható meg. A mechanikus lithotripsia tovább gazdagította endoscopos terápiás fegyvertárunkat. Magunk a Pauldrach-féle endotriptor alkalmazásával 3 sikeres közúzást végeztünk és meggyőződünk az eljárás-könnyedségéről és veszélytelenségéről. Az irodalmi adatok alapján és saját szerény tapasztalataink szerint úgy véljük, hogy az endotriptorral végzett epeúti epekőzúzás nemcsak nagy kövek eltávolítására alkalmas — a Dormia kosárnál nagyobb kövek nem ragadhatók meg, s így nem zúzhatók szét. Tovább növelhető a kisebb kockázattal járó endoscopos kőeltávolítások lehetősége azzal, hogy a módszer alkalmas szűkület feletti kis kövek, valamint EST-metszés és kő közötti nagyságbeli aránytalanság esetében is.

Az eljárást hasznosnak, könnyűnek tartjuk, így bevezetését minden endoscopyban járatos kollegának ajánlhatjuk.

IRODALOM: 1. Allen, M. J. és mtsai: Rapid dissolution of gallstones by methyl-tert-butyl ether: Preliminary observations. *New. Engl. J. Med.* 1985, 312, 217. — 2. Classen, M., Demling, L.: Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla Vateri und Steinextraktion aus dem Ductus Choledochus. *Dtsch. med. Wschr.* 1974, 99, 496. — 3. Demling, L., Seuberth, K., Riemann, J. F.: A Mechanikel Lithotripter. *Endoscopy*, 1982, 14, 100. — 4. Frimberger, E. és mtsai: Einglekammer Papillenstein: mechanische Lithotripsie möglich. *Dtsch. med. Wschr.* 1983, 108, 38. — 5. Kawai, K., Akasaka, Y., Murakami, K.: Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointest. Endoscopy*, 1974, 20, 148. — 6. Koch, H., Stolte, M., Walz, V.: Endoscopic lithotripsy in the common bile duct. *Endoscopy*, 1977, 9, 94. — 7. Koch, H., Rösch, W., Walz, V.: Endoscopic lithotripsy in the common bile duct. *Gastrointest. Endoscopy*, 1980, 26, 16. — 8. Mátyi, I., Szántó, I.: Endoscopos sphincterotomia. *Orv. Hetil.* 1978, 119, 2205. — 9. Orii, K. és mtsai: Lithotomy of intrahepatic and choledochal stone with Yag-laser. *Surg. Gynec. Obst.* 1983, 156, 485. — 10. Papp J. és mtsai: Endoscopos papillotomia (EPT). *Orv. Hetil.* 1977, 118, 1525. — 11. Riemann, J. F., Seuberth, K., Demling, L.: Clinical application of a new mechanical lithotripter for smashing common bile duct stones. *Endoscopy*, 1982, 14, 226. — 12. Runge, D. és mtsai: Mechanische Lithotripsie von Gallengangsteinen. *Dtsch. med. Wschr.* 1985, 110, 1981. — 13. Sáfárány L. és mtsai: Spontanabgang grosser Steine aus dem Choledochus. *Dtsch. med. Wschr.* 1981, 106, 1135.

(Domján Lajos dr. Kecskemét, Pf. 149. 6000)

ERYC[®]

250 mg

antibioticum contra
Gram-positiv microbia

kapszula



HATÓANYAG

250 mg erythromycinum kapszulánként.

JAVALLATOK

Az erythromycin iránt érzékeny Gram-positív kórokozók (Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus), néhány Gram-negatív kórokozó (Neisseria meningitidis, Neisseria gonorrhoea), valamint egyéb kórokozók: Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Clostridium perfringens, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Entamoeba histolytica által okozott infekciók kezelésére és megelőzésére. Enyhe és középsúlyos infekciók kezelésére, megelőzésére.

Légúti infekciókban: pharyngitis, tonsillitis, bronchitis, lobaris és broncho-pneumonia, atipusos pneumonia, sinusitis, otitis media kezelésére.

Máj-, epe- és bélfertőzésekben: cholangitis, cholecystitis, intestinalis amoebiasis (extraenterális amoebiasis) kezelésére nem alkalmas.

Urogenitalis infekciókban: gonorrhoea, penicillinallergia esetén a syphilis kezelésére, krónikus prostatitisben.

Bőr- és légútiinfekciókban: streptococcus és staphylococcusok által okozott fertőzések, mastitis, furunculosis, carbunculus. Elsőként választandó gyógyszer penicillin-allergia esetén annak helyettesítésére, valamint legionellosis terápiaiban.

Profilaxis: vitimos betegekben endocarditis megelőzésére fogászati és szájsebészeti beavatkozáskor, penicillin allergiában a rheumás láz megelőzésére.

ELLENJAVALLATOK

Erythromycin túlérzékenység, súlyos májkárosodás.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek: 6 óránként 250 mg étkezés előtt 1 órával. A napi adag a kórkép súlyosságától függően 4 g-ig emelhető.

Szokásos adagja gyermekeknek: (súly, életkor és a fertőzés súlyosságától függően): enyhe és középsúlyos esetben általában 30–50 mg/tskg naponta, 3–4 részre elosztva.

Lehet a napi adagot 2 részben is adni: 12 óránként étkezés előtt. Súlyos esetben a gyógyszer adagja kétszeresére emelhető. Streptococcus fertőzésben legalább 10 napig adjuk.

Megelőzésre felnőtteknek: streptococcus fertőzés megelőzésére naponta 2×250 mg, endocarditis megelőzésére a fogászati, illetve sebészeti beavatkozás előtt 1 órával 500 mg, majd 6 óránként 250 mg, összesen 4 alkalommal.

Adagolása a szokásostól eltérő esetekben: primer syphilis kezelésére 10–15

nap alatt összesen 30–40 g megfelelően elosztva. Gonorrhoeás infekcióban 3 napon át erythromycin laktobionát injekció (500 mg 6 óránként), majd per os 250 mg 6 óránként 7 napig. Legionárius betegség súlyos eseteiben intravénás adagolás szükséges, középsúlyos esetekben felnőtteknek per os naponta 4×500 mg 14 napon át.

Amoebás dysenteria: felnőtteknek 4×250 mg, gyermekeknek 30–50 mg/tskg/nap 10–14 napig.

MELLÉKHATÁSOK

Nagyobb adagok esetén gasztrointestinális panaszok, enyhe hasi fájdalmak, hányinger, hányás, hasmenés. Allergiás bőrtünetek, anaphylaxia, cholestatikus icterus.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

Nagy teofillin adagok egyidejű adása esetén megemelkedhet a teofillin szintje a szérumban, így a teofillin toxicitása is, ebben az esetben a teofillin adagját csökkenteni kell. Baktericid hatású antibiotikumokkal együtt adva azok hatását csökkenti.

FIGYELMEZTETÉS

Beszűkült májfunkciójú beteg esetén adagolása fokozott figyelmet és ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS

✘✘ Csak vénre adható ki, egyszeri alkalommal. Az intézet készletéből kell térítésmentesen kiadni a bőr- és nemibeteg gondozóban gyógykezelés alatt álló nemibetegnek.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula 10,— Ft
100 db kapszula 40,— Ft



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

ZALÁNYI
SÁMUEL JR. DR.Új lehetőségek az anovulatio kezelésében.
Ultrahang-folliculometria és az endogén
LH-kiválasztás fokozása progesztagénekkalSzegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti
és Nőgyógyászati Klinika
(Igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerző 30 anovulatiós asszony 121 ciklusában 5×50 mg clomiphen-citráttal stimulálta a tüszőnövekedést, amit ultrahang folliculometriával ellenőrzött. A tüszőrepedést szintetikus progesztagénekkal, elsősorban medroxyprogeszteron-acetát 5 mg-os adagjával váltotta ki, sikertelenség esetén a dózist megismételte. A korábban már kezelt betegcsoportban (17 asszony) csaknem az esetek háromnegyed részében először kezelt csoportban ugyancsak az esetek háromnegyed részében sikerült ovulatiót kiváltani. A 11 terhességből azonban 9 az először kezelt csoportban következett be, és közülük 5 sikeresen, szüléssel fejeződött be. Megállapítható, hogy a folliculometria helyettesítheti az indukált ciklus hormonális monitorozását. A kis dóziszú szintetikus progesztagének nagyobb anyagon is alkalmasnak bizonyultak ovulatio kiváltására.

New method in the treatment of anovulation: small dose progesterone in the midcycle guided by folliculometry. Follicle growth was stimulated by 50 mg clomiphene citrate for 5 days and monitored by ultrasonography in 121 cycles of 30 previously anovulatory women. Follicular rupture was induced by synthetic progestogens, first of all by 5 mg medroxyprogesterone-acetate, the dose was repeated if ovulation was not confirmed on the next day. Ovulation was successfully induced 71.8% of the women previously treated by other regimens and in 74.5% of the untreated ones. Of the 11 pregnancies however, 9 were conceived in the previously untreated group, and all 5 deliveries had taken place in this group. It was concluded that folliculometry may be a substitute for hormonal monitoring of clomiphene-stimulated cycles. Synthetic progestogens proved to be efficient in eliciting follicular rupture on a larger population of anovulatory women.

A női meddőség kimutatható okainak kb. fele hormonális eredetű (1). A peteérés szabályozásának mindhárom szintjén lehet ugyan zavar, de a kórkép végül is anovulatio formájában jelenik meg. Az utóbbi években sikerült a folliculust kismenedecei ultrahangvizsgálattal láthatóvá tenni és növekedését nyomon

követni (2, 3). Az is bebizonyosodott, hogy a folliculus ösztadiol termelése szorosan összefügg annak átmérőjével (4), ill. térfogatával (5). Sőt kimutatható a többszörös folliculogenesis, a hyperstimulatio is, így az anovulatio kezelésének monitorozásában a folliculometria a hormonszintek követésével egyenértékűvé kezd válni. Hazánkban különösen fontos helyet foglalhat el az ultrahang folliculometria (UHFM) az anovulatio-kezelés monitorozásában, mivel nagyon kevés az olyan intézet, melyben az ösztadiol értékek napi meghatározása lehetséges volna, mert a vizsgálatnak mind tárgyi, mind személyi feltételei hiányoznak. Márpedig a folliculus növekedésének stimulálása után a kezelés eredményét az dönti el, hogy a folliculus rupturáért kiváltására általánosan használt humán chorion gonadotropint (HCG) a megfelelő időben adjuk-e? A HCG alkalmazásának az a jelentős veszélye, hogy túl korán adva, LH-szerű hatása nem a folliculus rupturájához, hanem annak atresziájához vezet (6). Korábbi megfigyeléseim, miszerint a gyenge progesztagén hatású medroxyprogeszteron-acetát (MPA) alkalmas az endogén LH kiválasztás fokozására, sőt fiziológiához hasonló LH csúcs kiváltására mind egészséges (7), mind anovulatiós asszonyokban (8, 9) felbátorítottak, hogy

Kulcsszavak: clomiphén, folliculometria, progesztagén, ovulatio.

Rövidítések:

UHFM	— ultrahang folliculometria
HCG	— humán chorion gonadotropin
LH	— luteinizáló hormon
MPA	— medroxyprogeszteron-acetát
CC	— clomiphen citrát
FSH	— folliculus stimuló hormon
NET	— noretiszteron
BBT	— alaphőmérséklet-görbe
RLF	— rövid lutális fázis
LUF	— luteinizált folliculus
FPP	— folliculus persistens

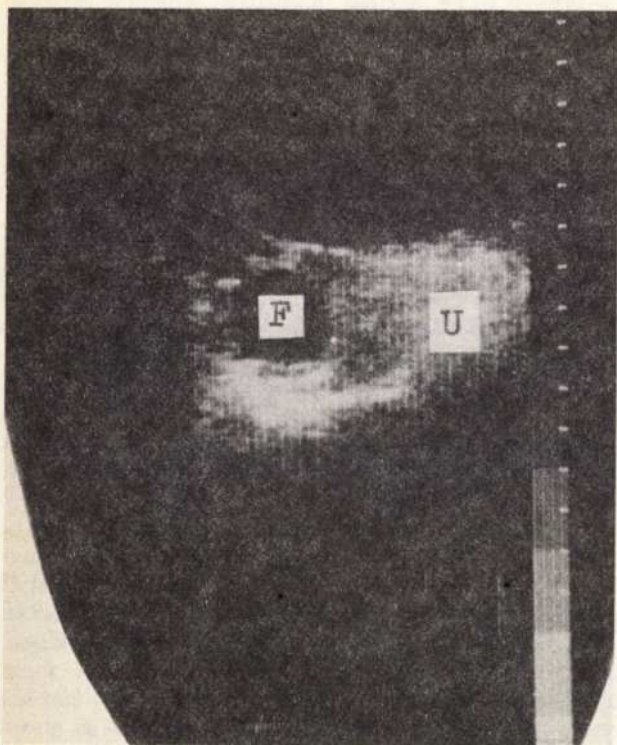
kiterjedten alkalmaztam ezt a hormont ovulatio-inductióra.

Gyakorlatomban bevezettem az UHFМ alkalmazását a folliculogenesis ellenőrzésére, HCG helyett pedig progesztagéneket — elsősorban MPA-t — alkalmaztam a tüszőrepedés kiváltására. Jelen munkámban az 1984. június 1. és 1986. május 31. között eltelt két év eredményeit mutatom be.

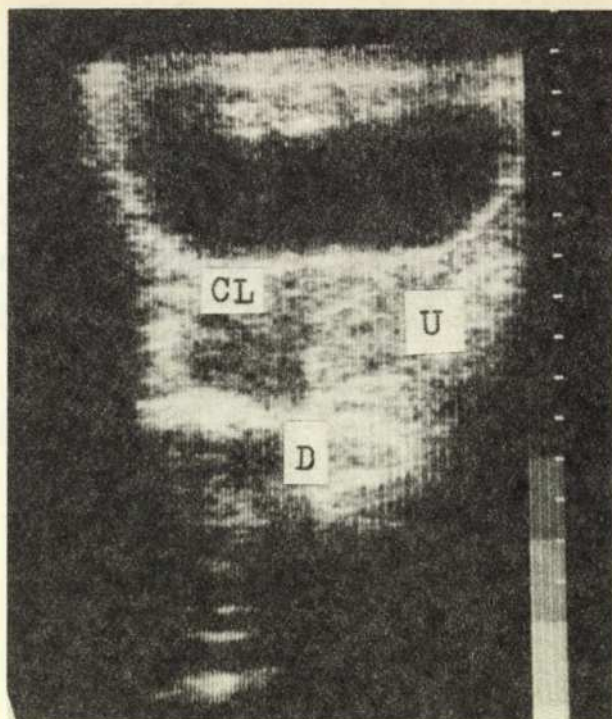
Beteganyag és módszerek

A vizsgálatban 30 primer vagy szekunder sterilitásban szenvedő asszony vett részt. A megfigyelés összesen 121 ciklusra terjedt ki. A betegek közül 17-en korábban már kivizsgálás és kezelés alatt álltak, 13-an viszont először fordultak orvoshoz panaszukkal. A steril házaspár kivizsgálásában a WHO kritériumait vettem figyelembe (10). A megelőző kezelés clomifén citrát (CC) 100—150 mg-os adagja volt egyedül, vagy HCG-vel kombinálva, illetve CC, FSH és HCG sequentális adása. A két betegcsoport jellemző adatait megvizsgálva, csak korukban találtam szignifikáns különbséget: a kezelték életkora $30,2 \pm 4,1$, a kezeletleneké $25,4 \pm 3,5$ év (átlag \pm standard deviáció) volt. A különbség enyhén szignifikáns ($p < 0,05$).

A jelen kezelést 5×50 mg CC-tal kezdtem a ciklus 5—9. napján, amennyiben ezzel nem sikerült kielégítő folliculus-növekedést elérni, akkor a CC adását a ciklus 3. napján indítottam. Ha ez sem vezetett eredményre, akkor a dózist 5×100 mg-ra emeltem. A viszonylag kis dózist azért választottam, mert a CC dózis-hatásfüggését nem sikerült meggyőzően igazolni, a nagyobb dózisok adásakor viszont a káros anti-ösztrogén hatások lépnek előtérbe, veszélyeztetve a kezelés sikerét. Folliculus stimuláló hormont (Pergonal, Serono) csak 3, már kezelt asszonyban, 5 ciklusban alkalmaztam a CC adását követő napokon, viszonylag kis dózisban (esetenként 2—3 ampulla i. m.). A folliculus növekedést telt hólyag mellett ADR 2130 típusú real-time ultrahang készüléken ellenőriztem. Körülbelül 20 mm-es tüszőnagyság elérésekor 5 mg MPA-t, 10 esetben 2,5 mg noretiszteront (NET) adtam p. o. Sikeresnek tekintetem a kezelést, ha bekövetkezett a tüszőrepedés (1. és 2. ábra)



1. ábra. Érett, 27×21 mm-es folliculus a jobb ovariumban a 12. ciklusnapon.
Magyarázat: U — uterus, F — folliculus



2. ábra. A folliculus helyét corpus haemorrhagicum foglalja el, a Douglasban folyadék látható a 13. ciklusnapon
Magyarázat: U — uterus, CL corpus luteum, D — Douglas-üreg

és azt legalább 10 napos hyperterm szakasz követte az alaphőmérséklet görbén (BBT). Rövid luteális fázist (RLF) diagnosztizáltam, ha a hyperterm szakasz ennél rövidebb volt. Előfordult a meg nem repedt folliculus luteinizációja (LUF) is, amely az ultrahang képen a folliculus fal megvastagodásában és a folliculus üregének beszűkülésében mutatkozott, a BBT görbén a hőmérséklet felemelkedése elhúzódóbb volt. A perzisztáló folliculusban a fal nem vastagodott meg, hyperterm szakasz nem alakult ki, a BBT monofázisos maradt. Ha a perzisztáló folliculus átmérője meghaladta a 30 mm-t, cystának tekintetem. Amennyiben folliculus-növekedés a 20. ciklusnapig sem indult meg, azt a ciklust sikertelennek tekintetem és 10 napig 5 mg NET adásával luteális supplementációt végeztem, amit 2-3 nap múlva megvonásos vérzés követett.

1. táblázat Az ultrahang folliculometriával monitorozott ciklusok-eredménye
* egy perzisztáló folliculus cystává alakult
Magyarázat: LF — luteális fázis, LUF — luteinizált folliculus

Betegcsoport	Ovulációs ciklusok száma		Anovulációs ciklusok száma		Terhességek száma				
	Ciklusok jellege								
	Norm. ovulations	Rövid LF	LUF	Perzisztáló folliculus	Folliculus \emptyset	Spontán abortus	Extraut. graviditas	Folyamatban	Szülés
Előzetesen kezelték n=17	40	11	6	4	10	1	1	—	—
Előzetesen nem kezelték n=13	33	5	1	3	9	2	—	2	5
Összesen n=30	73	16	7	7	19	3	1	2	5

Eredmények

A 30 kezelt asszony 121 megfigyelt ciklusának eredményeit az I. táblázatban foglaltam össze. Külön vizsgáltam a már kezelt és az először általam kezelt asszonyokat. Erre azért volt szükség, mert irodalmi adatok (11) szerint az első ciklusokban a CC kezelés eredményesebb. Százkét ciklusban látszott kielégítő folliculus-növekedés, 9-ben a folliculus spontán megrepedt, legkorábban már a 8. ciklusnapon. Hetvennégy esetben 5 mg MPA-t adtam a tüszőrepedés kiváltására, amennyiben a másnapi folliculometria még nem igazolta a tüszőrepedést, a dózist megismétltem. Tíz asszonyban 2,5 mg NET-t alkalmaztam p. o. Erre a MPA hiánya miatt kényszerültem, de az eredmények azt bizonyították, hogy ez a progesztagén is alkalmas tüszőrepedés kiváltására. Abban a 19 ciklusban, amikor nem indult folliculus növekedés, 10 napig adott 5 mg NET-al egészítettem ki a kezelést részben lutealis supplementatio, részben megvonásos vérzés kiváltása céljából. Ez tapasztalatom szerint a következő ciklusban javította a CC kezelés hatásosságát is. A tüszőrepedést 73 esetben normális luteális fázis követte, 16-ban pedig megrövidült. Hét esetben talákoztam LUF szindrómával, 6-ban pedig a folliculus perzisztált, melyből 1 esetben cysta alakult ki.

Külön figyelmet érdemel, hogy abban a 89 ciklusban, amelyben tüszőrepedés következett be, ennek időpontja csak 23 esetben volt a 14. ciklusnap. A 14. nap előtt 25 esetben, utána 2 napon belül 22 esetben, 2 napon túl 19 alkalommal következett be tüszőrepedés. A legkésőbbi tüszőrepedés, melyet normális luteális szak követett, a 27. ciklusnapon történt. Ezek az adatok is felhívják a figyelmet az UHFМ fontosságára, hiszen ha HCG-t adtam volna a tüszőrepedés kiváltására és azt UH kontroll nélkül tettem volna, 19 esetben valószínűleg tönkrement volna a még nem kellően fejlett folliculus.

Terhesség 11 esetben következett be, közülük 1 sp. tüszőrepedést követően. Három terhesség fejeződött be spontán vetéléssel a terhesség 6., 7., illetve 9. hetében. Két terhesség még jelenleg is tart (a 2. trimeszterben), 5 pedig már szüléssel végződött. Egy asszonyt bal oldali kúrterhesség miatt meg kellett operálni, a korai diagnózis azonban lehetővé tette a kúrt konzerválását.

Amennyiben csak az előzetesen nem kezelték eredményeit vizsgáljuk, az sokkal kedvezőbb képet mutat. Itt az 51 kezelt ciklusban 38 esetben történt tüszőrepedés (74,5%), 33 esetben normális luteális fázissal, 1 folliculus luteinizálódott, 3 perzisztált és 9 esetben nem észleltem tüszőnövekedést. Még figyelemreméltóbb, hogy mind az öt szülés ebben a csoportban volt, két terhesség folyamatban van és kettő fejeződött be spontán vetéléssel.

Megbeszélés

A 30 anovulatio miatt kezelt nő 121 ciklusából 80-ban sikerült UHFМ ellenőrzés mellett, progesztagen adásával tüszőrepedést kiváltani a folliculus növekedésének CC-tal való serkentése után. További 9 asszonyban spontán következett be ovulatio, ami összesítve 73,5%-os sikerességet jelent. Az UHFМ segítette a tüszőnövekedés monitorozásában és az ovulatiót kiváltó szer

adásának időzítésében, folliculogenesis híján pedig lehetővé tette a luteális supplementatiót. A bekövetkezett 11 terhesség (9,1%) átlagos eredménynek mondható, hasonlóan a 3 vetélés is. Az először kezelt csoportra vonatkoztatva az ovulatiós arány 74,5%, a terhességi ráta viszont 17,6%, ami másfélszerese a korábbi külföldi és hazai adatoknak (11,12), ha azokat egy ciklusra vonatkoztatjuk. Ez arra utal, hogy a progesztagénnel indukált endogén LH kiválasztás és tüszőrepedés fiziológiasabb viszonyokat teremt, mintha HCG-t adnánk és ezzel hasonló ovulatiós arány mellett is nőhet a teherbeesés valószínűsége. Bebizonyosodott az is, hogy a progesztagénnel indukált endogén LH csúcs klinikai beteganyagon is alkalmas tüszőrepedés kiváltására, sőt a szokásosan adott HCG-vel szemben előnye lehet, hogy nem okozza a folliculus atresiáját, így azonos cikluson belül is ismételhető.

Megállapítható, hogy az UHFМ önmagában is elegendő a tüszőnövekedés monitorozására, a tüszőrepedés kiváltásának időzítésére, így laboratóriumi kapacitás szabadulhat fel. A módszerrel olyan kórképeket is sikerült kiszűrni (LUF, FP, ovarialis cysta), illetve valószínűsíteni (RLF) amelyeket egyébként nem, vagy csak drága idő- és munkaigényes vizsgálatokkal lehetne diagnosztizálni. Az UHFМ bevezetése ajánlatos mindenütt, ahol anovulatiós asszonyok CC és/vagy FSH kezelését végzik.

Bebizonyosodott, hogy a korábban már alkalmazott MPA kezelés klinikai anyagon is alkalmas tüszőrepedés kiváltására, a korábbi vizsgálatok szerint az endogén LH secretio fokozása révén. HCG alkalmazása mellett tehát javasolható a kisdózisú progesztagén kezelés a folliculus fejlődésének jól megválasztott időpontjában.

IRODALOM: 1. Cates, W., Farley, T. M. M. and Rowe, P. J.: Worldwide patterns of infertility: Is Africa different? *The Lancet*, 1; 596, 1985. — 2. Robertson, R. P. és mtsai: Assessment of ovulation by ultrasound and plasma estradiol determinations, *Obstet. Gynecol.* 54: 686, 1979. — 3. Queenan, J. T. és mtsai: Ultrasound scanning of ovaries to detect ovulation in women. *Fertil. Steril.* 34, 99—104 (1980). — 4. Vargyas, J. M. és mtsai: Correlation of ultrasonic measurement of ovarian follicle size and serum estradiol levels in ovulatory patients following clomiphene citrate for invitro fertilization. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 144, 569—573, (1982) — 5. Hoffman, D. I. és mtsai: Ovulation induction in clomiphene-resistant anovulatory women: different follicular response to purified urinary follicle-stimulating hormone (FSH) vs. purified urinary FSH and luteinizing hormone. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 60, 922—927 (1985) — 6. Yen, S. S. C.: The polycystic ovary syndrome. *Clin. Endocrinol. (Oxf.)* 12, 177 (1980) — 7. Zalányi, S. Jr., Aedo, A. R., Johannisson, E., Landgren, B. M. and Diczfalusy, E.: Pituitary, ovarian and endometrial effects of graded doses of medroxyprogesterone-acetate administered on cycle days 7 to 10 *Contraception* 33 (10) (1986). — 8. Zalányi, S. Jr.: Luteinizáló hormonkiválasztás fokozása és ovuláció kiváltása medroxyprogesteron-acetáttal. *Magyar Nőorv. L.* (közlésre elfogadva). — 9. Zalányi, S. Jr.: Induction of LH surge and ovulation by medroxyprogesterone-acetate. Abstracts of the First International Congress on Gynaecological Endocrinology, Madonna di Campiglio, Italy, 1986. márc. 16—22. — 10. World Health Organization, Human Reproduction Programme 78923 sz. vizsgálat. — 11. Kincses L.: Clomiphennel végzett ovulatio inductio. Kandidátusi értekezés, 1976. — 12. Whitelaw, M. J.: Clomiphene citrate: experience with 217 patients. *Fertil. Steril.* 17, 584 (1966).

Tensiomín[®]

25, 50 és 100 mg-os tableta

antihypertensivum

A Tensiomín tableta hatóanyaga, a captopril az angiotenzinkonvertáz enzim specifikus gátlásával megakadályozza az angiotenzin I — angiotenzin II átalakulást, így a szervezet egyik legerősebb vazokonstriktor anyagának képződését. Fő farmakológiai hatása a perifériás rezisztencia csökkentése, amely mind az arteriolákon, mind a venulákon érvényesül. Alkalmazása — mellékhatásai miatt — az egyéb kezelésre rezisztens hipertóniás, a nem operálható renovaszkuláris hipertóniás betegeknek, valamint egyéb kezelésre refrakter szívelgtelenségben szenvedőknek javallt. Hatásmechanizmusából adódóan renovaszkuláris hipertóniában a szokásosnál lényegesen kisebb adagokban hatékony, ezért diagnosztikus tesztként is felhasználható.

Hatóanyag

25 mg, 50 mg és 100 mg captopril, tablettánként.

Javallatok

Hipertónia: renovaszkuláris hipertónia inoperálabilis esetekben, illetve operálabilis esetekben a műtéti egyéb vérnyomáscsökkentőkre rezisztens hipertóniákban monoterápiában vagy kombinációban (diuretikumok és/vagy béta-blokkolók).

Kardiális dekompenzáció: az egyéb kezelésre refrakter esetekben diuretikummal és/vagy digitálisal kombinálva.

Ellenjavallatok

Terhesség (terhességi hipertóniában adása egyéni elbírálást igényel) szoptatás (ha adása elkerülhetetlen akkor a szoptatást fel kell függeszteni), leuko- illetve thrombopenia.

Adagolás

Egyéni elbírálást igényel.

Szokásos adag felnőtteknek: Hipertónia: kezdő adag naponta 3-szor 25 mg. Ha a vérnyomáscsökkenés 2 hetes kezelés után nem kielégítő, az adag naponta 3-szor 50 mg-ig emelhető, további vérnyomás csökkenés elérésére — újabb 2 hét elteltével — tiázid diuretikum és/vagy bétablokkoló adható. 300 mg napi adag felett a mellékhatások gyakorisága jelentősen megnő, ezért ennél magasabb napi adag nem javasolt.

Renovaszkuláris hipertónia: naponta 3-szor 12,5 mg.

Kardiális dekompenzáció: kezdő adag naponta 3-szor 25 mg, fenntartó adag naponta 3-szor 50 mg.

Beszűkült veseműködés esetén a maximális napi adag: creatinin clearance

ml/min/m ²	ml/sec./m ²	ml/sec.	dózis/mg
80–41	1,33–0,68	2,31–1,18	300
40–21	0,68–0,35	1,15–0,81	150
20–11	0,33–0,18	0,57–0,31	75
10	<0,17	<0,29	37,5

SI

Gyermekgyógyászati alkalmazás: nagy óvatosságot igényel, csak igen indokolt esetben adható.

Javasolt napi adag: 1 mg/testsúly kg, 2 mg/testsúly kg-ig, emelhető.

A tablettát étkezés előtt 1 órával kell bevenni.

A gyógyszerre történő beállítást kizárólag belgyógyász szakorvos végezheti.

A beállítás idejére fekvőbeteg gyógyintézetben elhelyezés javasolt. A kombinációban alkalmazott egyéb szerek adagját egyénileg kell meghatározni.

Mellékhatások

Vese: proteinuria, amely együtt járhat membranózus glomerulopathiával. Nephrosis-szindróma.

Hematológia: myeloid hypoplasia következtében fellépő neutropenia vagy agranulocytosis, következményes inféktiókkal. Autoimmun betegségben szenvedőkben előfordulása gyakoribb.

Dermatológia: bőrkütiés, ritkán Quincke-ödéma, arckipírulás.

Kardiovaszkuláris: átmeneti súlyosabb hipotenzió, főleg diuretikumokkal

kezelt szívelgtelenségben szenvedő betegeken. Igen ritkán tachycardia, mellkasi fájdalom, palpitatio (főleg folyadék-depletált betegeknél).

Izérzészavar: (fémés, sós íz érzése) általában a kezelés 2–3 hónapjában magától megszűnik.

Gasztrointesztinális: étvágytalanság, szájszárazság, aphtózus ulcerációk a szájnyalkahártyán, émelygés, hányás, peptikus fekély, cholestasis, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.

Idegrendszeri: fejfájás, szédülés, alvászavar, paraesthesia.

Laboratóriumi eltérések: emelkedett máj-enzim értékek, karbamid nitrogén, kreatinin szint, kálium-szint a szérumban, a vizeletben acetona vizsgálva

áfpozitív reakció.

Gyógyszerkölcsonhatások

Együttadása kerülendő: a szérum K⁺-szintjét emelő (pl. kálium megtakarító) szerekkel (hyperkalaemia lehetősége).

Óvatosan adható: értágító hatású szerekkel (hipotónia lehetősége).

Túladosagolás kezelése: a hipotónia fiziológiás sóoldat infúziójával általában megszüntethető. A captopril hemodialízissal a keringésből eltávolítható.

Figyelmeztetés

Súlyosabb veseelégtelenség esetén a kezelést alacsony adagokkal kell kezdeni (naponta 3-szor 6,25 mg), emelését óvatosan kell végezni. A terápia megkezdése előtt, majd havonta a 24 órás quantitativ proteinürítést meg kell határozni. Ha a proteinürítés meghaladja az 1 g/nap értéket, vagy fokozódik, a terápia folytatását alaposan meg kell fontolni. A fokozott proteinürítés a terápia első nyolc hónapjában várható, ezért a 9. hónaptól csak háromhavonta szükséges az ellenőrzés.

A só- és/vagy folyadékdepletált betegekben adagolása nagy óvatosságot igényel, mert a fokozott renin-felszabadulás következtében a captopril vérnyomáscsökkentő hatása nagyobb mértékű.

Szívelgtelenségben szenvedő betegek beállítása során az első adagokat követően gyakrabban lép fel hipotónia, ezért a gyógyszerre történő beállítás feltétlenül fekvőbeteg gyógyintézetben történjen. Az előzetesen diuretikummal kezelt betegek javasolt kezdő adagja naponta 3-szor 6,25 vagy 12,5 mg. A fehérvérsejtszámot a kezelés első három hónapjában havonta, majd háromhavonta kell ellenőrizni. Autoimmun betegségben szenvedők fehérvérsejtszámát az első 3 hónapban két hetente, majd két havonta kell ellenőrizni.

4 × 10⁹/l (4000/mm³) alatti fehérvérsejtszám esetén qualitív vérkép ellenőrzése is szükséges. Ha neutrofil granulociták száma 1 × 10⁹/l (1000/mm³) alá csökken, a kezelést be kell szüntetni.

Infekció első tünetére azonnal vérkép-ellenőrzés szükséges. Műtétek alatt esetleg jelentkező hipotóniát volumenexpánzióval kell megszüntetni.

A beállítást végző orvos tájékoztassa a beteget, hogy:

- fokozott izzadástól, folyadékvesztéstől óvakodjon, súlyos hányás hasmenés esetén forduljon orvoshoz (ezeknek az állapotoknak a következménye súlyos hipotenzió lehet);
- inféktió első tünetére vagy ödéma fellépésekor azonnal forduljon orvoshoz;
- a terápiaát önkényesen ne szakítsa meg;
- a szívelgtelenségben szenvedő beteg óvakodjék fizikai megterhelés hírtelen fokozásától;
- a gyógyszer biztos felszívódása érdekében a tablettát 1 órával az étkezés vegye be.

Csomagolás

30 db tabl. (25 mg) 10,— Ft
20 db tabl. (50 mg) 15,— Ft
20 db tabl. (100 mg) 20,— Ft

Megjegyzés

✳ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételtethető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetékes szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gon-dozó) szakorvosa javasolja.



GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

TEMESI MIHÁLY DR.,
SZABÓ MÁRIA DR. és
BRASCH GYÖRGY DR.

Ultrahang vizsgálattal kimutatott szokatlan lokalizációjú szepszizgóc

Baranya Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet
Pécs, Radiológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Varga Gyula dr.)
Fertőző Osztály
(osztályvezető főorvos: Brasch György dr.)

A szerzők 25 éves nőbeteg interruptiót követően kialakult szepszizsének esetét ismertetik. A számos negatív eredményű vizsgálattal szemben a szepszizgócot az ultrahang vizsgálat és célzott percutan punctio tisztázta. Csak így válhatott sikeressé az iliopsoas mögött elhelyezkedő abscessus drainálása. Ezután a beteg residuális elváltozások nélkül teljesen meggyógyult.

Focus of sepsis of unusual location revealed by ultrasound examination. The authors describe the development of sepsis following induced abortion of a 25-year-old woman. After negative results of different examinations the septic focus could be revealed by ultrasound examination and percutaneous puncture. Thus, the drainage of the abscess located behind the iliopsoas could be carried out successfully and the patient recovered completely.

Schottmüller, H. klasszikus megfogalmazása szerint szepszis akkor alakul ki, ha a szervezetben olyan góc képződött, melyből pathogen baktériumok kerülnek állandóan vagy periodikusan a véráramba úgy, hogy ez az invázió szubjektív és objektív kóros jelenségeket vált ki. (Schottmüller, H. cit. Bingold, K. 11.) A kórokozók a behatolási kapun át jutnak a szervezetbe. Ez a behatolási kapu maga lehet a szepszizgóc, de ha a későbbiekben nincs ilyen szerepe, akkor egy vagy több másodlagos gócból jutnak a kórokozók a keringésbe.

A behatolási kapu illetve a szepszizgóc felkutatása és szanálása feltétlenül szükséges, mert a kórkép enélkül — antibiotikus kezelés ellenére is — fatális kimenetelűvé válhat. Közleményünkben olyan szokatlan elhelyezkedésű góc diagnosztikáját mutatjuk be, melyben ultrahang vizsgálattal és a célzott percutan punctióval sikerült a beteg sorsát döntően befolyásolni.

Esetismertetés

H. I.-né 25 éves nőbeteg szepszizis lázal, baloldali nagy csípőfájdalmakkal került felvételre.

Anamnézisben felvétele előtt 23 nappal intrauterin spirál ellenére bekövetkezett graviditás interruptiója szerepel. 3 nappal a beavatkozás után jelentkezett bal csípőfájdalma és láza.

Fizikális státusából az egy harántujjal nagyobb máj, a másfél harántujjal nagyobb, kissé tömött lép, a bal csípőizület abductió mozgáskorlátozottsága és fájdalma emelhető ki. Hasa puha, jól betapintható.

Laboratóriumi eredményei közül a gyorsult vvt-süllyedés (1/83 mm), enyhe leukocytosis és neutrophilián kívül egyéb negatív.

A röntgen vizsgálatok — a kétirányú lumbosacralis gerinc és a bal csípőfelvétel — negatív eredményűek. A melléküreg felvételén látható ujjbegynyi homogén lágyrészfátyok baloldali sinusitis maxillarisra utalhat.

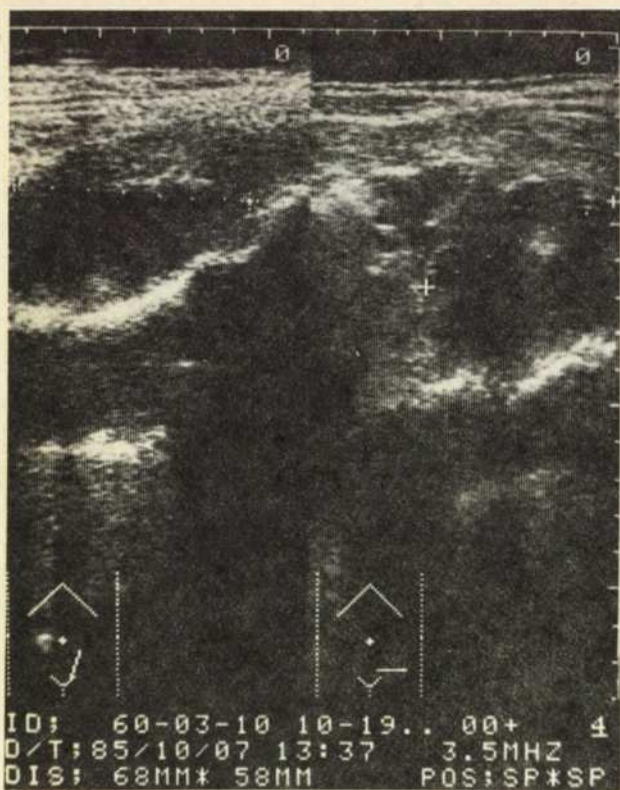
Első ultrahang vizsgálatok a lép megnagyobbodott, hülsban mért átmérője 8 cm. A medencében a kissé nagyobb uterus mellett a bal ovarium szabályosan látható. A bal adnexumtól lateralisán és dorsalisán a csípőlapát belső felszínén 7×7 cm nagyságú, szabálytalan struktúrájú, de belsőjében folyadékot is tartalmazó, lekerekített kontúrú képlet ábrázolható (1. ábra). Néhány nap múlva kontrollt és ennek leletétől függően célzott punctiót javasolunk.

Az ezt követően sorra került sebészeti, fül-orr-gégészeti, neurológiai, orthopaediai konzilium teendőit nem talál. Ismételt nőgyógyászati vizsgálat a genitális eredetet biztonsággal kizárja. Baloldalon, a sacrum mellső felszínén rectális vizsgálattal ujjbegynyi duzzanat tapintható. Ennek narkózisban történt punctiójakor folyadékot nem sikerült nyerni. Második ultrahang vizsgálatok dorsalisán, a csípőlapát mellett leírt képlet folyadéktartalma fokozódott, s ismételten javasoljuk a percutan punctio elvégzését.

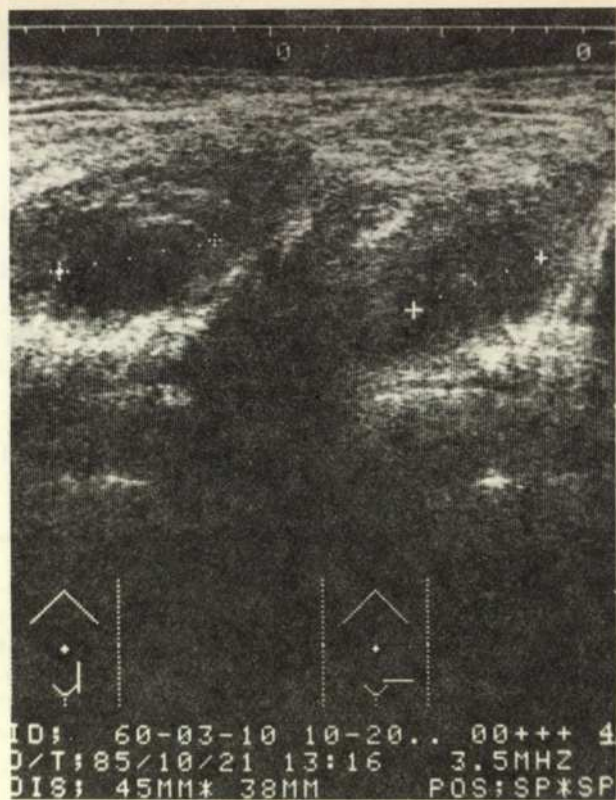
A haemocultura, széketleltetés (Salmonella typhi, Yersinia), a garatleltetés stb. és a harmadszor ismételt nőgyógyászati vizsgálat negatív. A laparoscopia a genitáliák megbetegedését, a sigma, a coecum és az appendix kóros eltérését is kizárja.

A szepszizis láz miatt folyamatosan antibioticus kezelést végzünk. Kristályos penicillin, majd Ampicillin + Gentamicin, végül Dalacin és — anaerob kórokozókat gyanítva — mindvégig Klion adagolása történik. A kontroll ultrahang vizsgálatok során a korábban leírt képlet nagysága kissé ugyan csökkent, de változatlanul kimutatható. (2. ábra.) Az ultrahang morfológia változatlansága alapján retroperitonealisán — a m. iliopsoas mögött, az os ilei belső felszínén — elhelyezkedő abscessust véleményeztünk. Mivel egyéb vizsgálatok, konziliumok eredménytelenek és csak az ultrahang kép utal szepszizgócra, az ultrahang irányítású, célzott percutan punctio elvégzésére kerül sor. (3. ábra.)

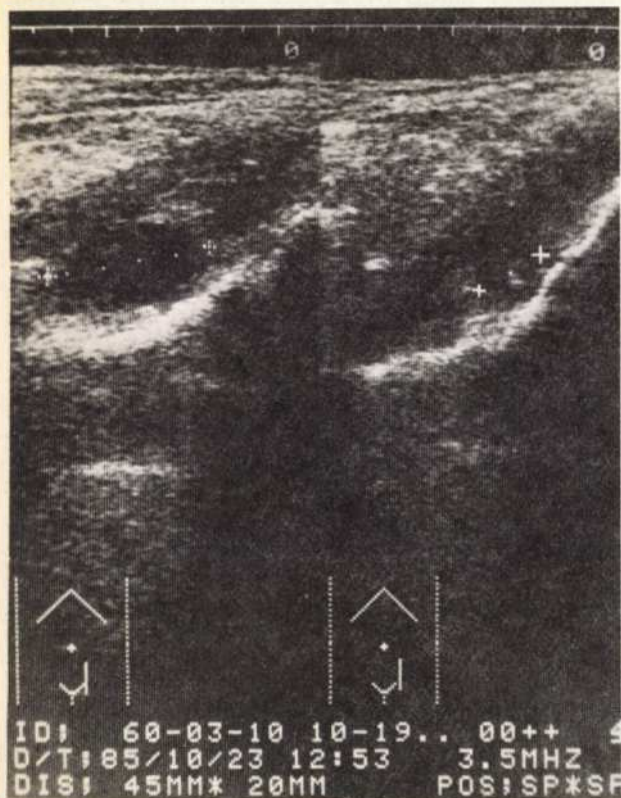
A crista ilei magasságában, attól mintegy 2 cm-re mediálisan bevezetett vékonytűt folyamatos ultrahang ellenőrzés mellett az echoszegény, sűrű folyadéktartalmú terimébe juttatjuk. Ebből sűrű, sárgás-barna, szagtalan, kb. 40 ml folyadékot nyertünk, ami makroszkóposan gennynek felel meg. A labora-



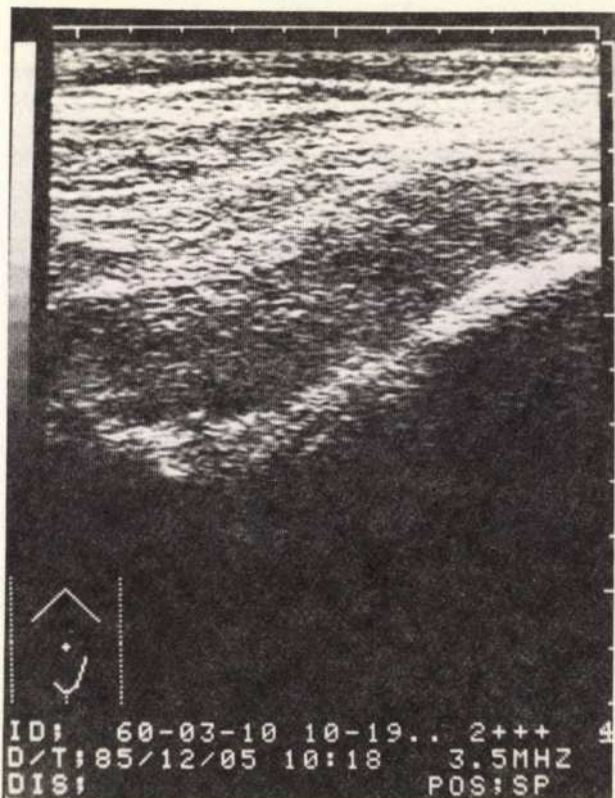
1. ábra. Az os ilei belső felszínén echoszegény 7×6 cm nagyságú képlet látszik a m. iliopsoastól dorsalisán (+-tel jelölt hossz- és harántmetszeti kép). A test-sémán a transducer helyzetét jelöltük



2. ábra. 11 nap múlva történő kontrollnál a kiterjedés kissé csökkent, $4,5 \times 4$ cm-es (+-tel jelölt hossz- és harántmetszeti kép)



3. ábra. Az echoszegény képlet a percutan punctio előtt $4,5$ cm nagyságú (bal oldalon), 40 ml genny leszívása után (jobb oldalon) nagysága 2 cm-re csökkent (+-ek jelzik mindkét hossz-metszeti képen)



4. ábra. A panaszmentes beteg ultrahang képe normális viszonyokat mutat. Az os ilei belső felszínén a műtét után 2 hónappal a m. iliopsoas szabályos izomstruktúrája ábrázolható

tóriumi vizsgálatok is exsudatumot igazolnak. Cytológiai vizsgálata gennysejteket mutat ki, és a specifikus eredetet kizárja. A leoltás során baktérium nem tenyészik ki.

A beteg bal csípőfájdalmai, járási nehézségei az alkalmazott antibiotikumokra kistokban, a punctio után kifejezetten csökkennek. Az ismételt kontroll alkalmával a sűrű folyadék-tartalom csökkent, de kisebb kiterjedésben még mindig kimutatható.

A góc teljes szanálására laparotómia történik a punctio irányának megfelelően előlről, intraperitoneális behatolásból. A feltárás után végzett sokszoros, különböző irányú próbapunctiók eredménytelenek, majd hosszas keresés után laterálisan, a csontos medence belső felszínén egy kb. 6 cm nagyságú üreget sikerül megnyitni. Ennek alapján a csont is egyenletlen tapintatú. 4 drain behelyezése után a hasfalat zárják. A beteg láza, csípőpanaszai ezután megszűnnek. További antibiotikus kezelés mellett a draine 1 hét múlva eltávolíthatók, a sebgyógyulás zavartalan.

A kontroll ultrahang vizsgálatkor a beteg teljesen panaszmentes, kóros nem ábrázolható (4. ábra.)

A beteg az azóta eltelt csaknem egy év után is tünet- és panaszmentes.

Megbeszélés

A szepszis diagnózisához és kezeléséhez feltétlenül szükséges a behatolási kapu illetve a szepikus góc kimutatása, sebészi ellátása és antibiotikus kezelése (1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 13, 14).

Esetünkben a nőgyógyászati beavatkozás — interruptio — után kezdődött a beteg szepikus láza és bal csípőfájdalma. A behatolási kapu nagy valószínűséggel a genitális traktus lehetett. A gyulladás innen lymphogen úton terjedhetett a m. iliopsoas bursájába. Feltételezhető, hogy elgennyedt retroperitoneális nyiroksomó volt a másodlagos szepsziszgóc.

A csigolyák osteomyelitiséből kialakult retroperitoneális abscessus, ami a psoas izomzat fasciája alatt descendál, jól ismert klinikai kép. Ilyenkor fizikális vizsgálattal a csípő kényszertartásban rugalmasan rögzült a psoas kontraktúrája miatt. Esetünkben ezt nem észleltük. A csigolyatuberkulózis következtében kialakult hidegtályog sem valószínű a szepikus állapot miatt. A röntgen felvételek negativitása (csontfolyamat nem mutatható ki, és hiányzik a psoas kontúr elmosódottsága is) sem támasztják alá a tuberkulotikus folyamatot.

Leekam, R. N. (9) közléséből ismert, hogy meggyobbodott iliopsoas bursa gyulladása hasonló klinikai képet hozhat létre. Az esetek mintegy 15—20%-ában ez közlekedik a csípőízülettel és súlyos coxitis kialakulásához vezethet. Esetünkben a coxitis jellegzetes fizikális és röntgentünetei is hiányoztak. (Ennek diagnosztizálására egyébként az arthrographia elvégzését javasolják (12). Betegünk nagy fájdalmát az iliopsoas dislocatiója és nyomása okozta.

Az esetismertetésben felsorolt nagyszámú invazív és noninvazív vizsgálatból egyedül az ultrahang jelezte következetesen a kóros képletet a medencében. Az ult-

rahang differenciál diagnosztikában az abscessust az esetleges térfoglaló folyamattól kell elkülöníteni. A kontroll vizsgálatok során észlelt folyadék-tartalom felszaporodás, gyors morfológiai változás segítséget nyújt, de ennek alapján is csak valószínűsíthető a tályog.

A differenciáláshoz teljes értékű bizonyítékot az ultrahang irányítású percutan punctio szolgáltat. Kóros ultrahang morfológiai kép esetén egyéb vizsgálatok elvégzése nélkül is ez a legegyszerűbb, a beteg számára legkevésbé megterhelő invazív módszer, ami esetünk tanulsága szerint döntő jelentőségű a diagnosztikában. Enélkül a sebészi feltárás a jelen esetben nem történt volna meg, sőt műtéti drainálásra sem került volna sor a sokszoros eredménytelen próbapunctio után, amennyiben előzetesen a percutan diagnosztikus punctio az abscessus jelenlétét nem bizonyítja. (Itt természetesen nagy segítséget jelenthetett volna az intraoperatív ultrahang vizsgálat elvégzése, melyre jelenleg éppúgy nincs lehetőségünk, mint a tályogüreg percutan drainálásának megoldására.)

Megállapíthatjuk, hogy az ultrahang vizsgálat és percutan punctio együtt volt döntő jelentőségű a beteg eredményes gyógyításában. Ha ezeket nem végezzük el, a szepszis a fiatal beteg halálát, szerencsésebb esetben az esetleges osteomyelitis kialakulása hosszú ideig tartó kórházi kezelését vagy életre szóló rokkantságát okozhatta volna.

IRODALOM: 1. Ágoston, E. és mtsai: Anaerob sepsis. *Orv. Hetil.* 119, 3255, 1978. — 2. Csépanyi Attila, Várhelyi Imre: Sürgősségi betegellátás. *Medicina, Budapest*, 314, 1983. — 3. Csütörtöki, V., Gács, M., Stipkovits, L., Primasz, P., Galamb, M.: Mycoplasma hominis által okozott szepikus állapot kétoldali tuboovárialis abscessussal. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 47, 569, 1984. — 4. Daschner, F.: Septicemia in patients with reduced immunity. *MMW*, 122, 51, 1980. — 5. Fehér L., Bares, I.: Koaguláze negatív staphylococcusok szerepe septicus kórképekben. *Orv. Hetil.* 126, 26, 1599, 1985. — 6. Sanus, C., Hermann, G.: Enlargement of the iliopsoas bursa: unusual cause of cystic mass on pelvic sonogram. *J.C.U.*, 10, 133, 1982. — 7. Kalabay, L., Békésy, Zs., Vutskits, Zs., Sárvári, A., Tóth, K.: A fertőzés okainak keresése 200 műtét programozott vizsgálata alapján. *Magyar Sebészet*, 37, 354, 1984. — 8. Leekam, R. N., Matzinger, M. A., Mustard, R. A., Grosman, H.: Enlarged iliopsoas bursa simulating neoplasm on sonographic examination. *J. Ultrasound Med.*, 4, 493, 1985. — 9. Münnich, D., Bodrogi, J.: Sepsis részjelenségeként észlelt gennyes agyhártyagyulladás. *Orv. Hetil.* 126, 16, 975, 1985. — 10. Pohle, H. D.: Sepsis-pathogenesis and clinic. *Z. ges. inn. Med.*, 35, 538, 1985. — 11. Schottmüller, H. cit. Bingold, K. In: Bergmann, G. et al.: Handbuch der inneren Medizin. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg 1952, 943. — 12. Staple, T.: Arthrographic demonstration of iliopsoas bursa extension of the hip joint. *Radiology*, 102, 515, 1972. — 13. Tauchnitz, C. et al.: Diagnosis and therapy of septic syndromes. *Z. ges. inn. Med.*, 36, 236, 1981. — 14. Warns, C. M. et al.: Sepsis. Current aspects of its etiology clinical aspects and prognosis in 220 patients. *MMW*, 124, 505, 1982. — 15. Weinstein, M. P. et al.: The clinical significance of Positive Blood Cultures. *Rev. Infect. Dis.*, 5, 35, 1983.

(Temesi Mihály dr. Pécs, Hermann Ottó u. 3. 7624)

Tisacid

TABLETTA

J 200

HATÓANYAG

500 mg Aluminium-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS

A tablettá hatóanyaga új szeretlen molekulavegyület, amely gyors, tartós és előnyösen nagy savmegkötőképességgel rendelkezik. Endoszkópos vizsgálatok igazolták, hogy a tablettá a gyomorba jutva 1 percen belül szétesik, és részei rátapadnak a nyálkahártyaredőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé.

Szokásos adagolásnál nem okoz foszfát deplációs szindrómát és nem emeli a szérúm alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel. Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

JAVALLATOK

Hyperaciditás, akut és krónikus gastritis, ulcus duodeni és ulcus ventriculi, gyomorégés.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorégés, vagy gyomor-fájdalom esetén 1-2 tablettá 1 órával étkezés után. Erős hypersecretiónál az adag 3-4 tablettára is emelhető. Tartós kezelésre átlagos adagja $3 \times 1-2$ tablettá a főétkezés után 1 órával, szükség esetén a főétkezések közötti időszakban, ill. az esti lefekvés előtt további 1-2 tablettá adható.

A tablettát a szájbán való szétrágás után, vagy egészben kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁS

Ritkán obstipatio, eructatio

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Együttadása kerülendő

- tetraciklinekkel (kelátot képez, mely az antibiotikum-hatás csökkenését eredményezi)
- vassókkal nátriumfluoriddal (felszívódásukat gátolja).

Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozzák az abszorpció gátlásával, vagy a gyomornedv pH-jának módosításával, ezért az együtt adott gyógyszerek bevétele között legalább két órának kell eltelnie.

FIGYELMEZTETÉS

Vesefunkció zavaráknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

30 tablettá, térítési díj: 7,20 Ft.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári



BORBÉLY LÁSZLÓ DR. és
KARCHNER HANS DR.

Állcsontpótlás mikrovascularis módszerrel végzett csontátültetéssel

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Fogászati és Szájsebészeti Klinika
(igazgató: Mari Albert dr.)
Universitätsklinik für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde, Graz
(igazgató: Univ. Prof. H. Köle)

A szerzők fél állkapocs hiányát sikeresen pótolták mikrovascularis módszerrel átültetett csípőcsont segítségével. Ismertetik a módszer kialakulásának történetét, a műtéti technikát, a módszer előnyeit és hátrányait, s beszámolnak sikeres alkalmazásáról. Irodalmi adatok és saját véleményük alapján a módszert alkalmazni találgatják kiterjedt csontdefektus pótlására azokban az esetekben, amikor a hagyományos csontpótlás legtöbbször sikertelen.

Mandibular reconstruction using free iliac bone by microvascular anastomosis. The authors reconstructed successfully the half of mandible using free iliac bone graft by microvascular method. The historical development, the operative technique, the advantage and disadvantage of the method are discussed. A free iliac bone grafting was applied successfully. With the agreement of literature dates they have found it as a useful procedure for reconstruction of large bone defects especially in those cases, where the conventional bone-grafting is usually failed.

Az állkapocs szegmentális hiánya súlyos arcdeformitáshoz vezet, és jelentős működésbeli zavart okoz. A rágóizmok a rezekált csontvégét a defektus oldala felé húzzák, a fogsorok záródása tökéletlenné válik, nehezített a rágás és a nyelés, a hangképzés is zavart szenved. Az arc aszimmetriája és deformitása megnehezíti a beteg társadalomba való beilleszkedését (16).

Az állcsontpótlás a helyreállító sebészet régi feladata, és sokféle módszert dolgoztak ki a minél tökéletesebb anatómiai, működésbeli és esztétikai eredmény elérése céljából.

A csontpótlás legkorszerűbb, igen jó eredménnyel kecsegtető módszere az élő csonttal történő pótlás. Ez történhet nyeles osteomusculocután lebeny segítségével (7, 8, 11), vagy mikrovascularis módszerrel végzett lebenyplasztikával.

Mikrovascularis módszerrel végzett sikeres csontátültetésről a világon először Taylor és mtsai (19) számoltak be, akik tibia szegmentális hiányát pótolták fibula segítségével, megmentve így a végtagot az egyébként elkerülhetetlen amputációtól.

Állkapocshiányt pótoltak Serafin és mtsai (15) majd Ariyan (2) bordatranszplantációval; O'Brien és mtsai (5) pedig az a. dorsalis pedis vérellátásán alapuló osteo-cutan lebennyel rekonstruáltak összetett arcdefektust. Taylor és mtsai (17, 20) a lágyéktájék vérellátásának minden eddigénél gondosabb tanulmányozása után kidolgozták és sikeresen alkalmazták a csípőcsont mikrovascularis módszerrel történő transzplantációját, mely valamennyi között a legalkalmasabbnak bizonyult kiterjedt állkapocshiány pótlására.

Műtéti technika

Ha lehetőség van rá, két team dolgozhat egyszerre. Egyik a defektust készíti elő a transzplantátum befogadására (csontvég szabaddá tétele, recipiens erek kiperarálása), másik a lebenyt készíti.

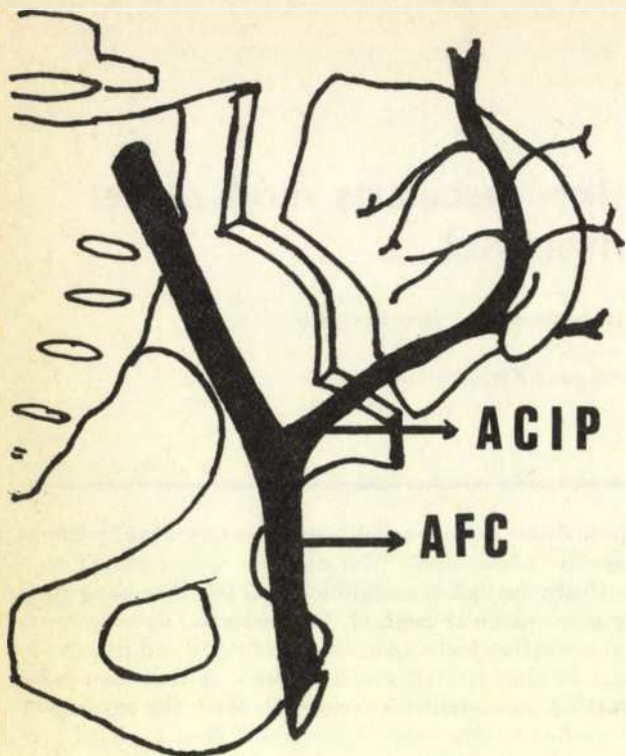
A lebenypreparálás első lépése az a. femoralis communis feltárása. A ligamentum inquinale felemelésekor közvetlenül alatta identifikálható az ér laterális oldalán eredő a. circumflexa ilei profunda, mely a csípőlapát belső felszínét borító m. iliacus felszínén laterálisan és hátrafelé fut, ágakat bocsátva az említett izomhoz, a csípőcsont, a hasi izmokhoz és a csípőtaraj feletti bőrterülethez (1. ábra). Vele párhuzamosan fut kísérő vénája, mely a femorális artériát megkerülve ömlik a femorális vénába.

Lépésről lépésre követjük az érnyelet, a ligamentum inquinalet megkíméljük, de a hasi izmokat a csípőtarajtól két cm-re medialisán haránt irányban átvágjuk. A csípőlapát külső felszínén eredő izmokat subperiostealisan leválasztjuk, s kijelöljük a szükséges csontszegmentumot, mely a defektussal azonos nagyságú és formájú. A m. iliacust az átültetendő csontszegmentum kontúrjának megfelelően metsszük át, s a kijelölt csontot csontfűrészsel körbevágjuk.

Ekkor a transzplantátum már csak érnnyelén függ, melynek átvágása csak akkor történjen, amikor a befogadó ágy és a recipiens erek előkészítése befejeződött, minimálisra csökkentve így a lebeny ischaemias idejét.

A recipiens artéria leggyakrabban az a. carotis externa valamelyik ága (gyakran az a. thyroidea sup., vagy a. facialis). A recipiens véna bármelyik nyaki véna lehet, melynek átmérője a lebeny érrel hasonló méretű, vagy nagyobb. Ha a donor és recipiens ér keresztmetszete megközelítőleg azonos, akkor end-to-end, különben end-to-side anasztomózis készítenőd.

A transzplantátumot helyére illesztjük, a csontot rögzítjük, ezután optimális helyzetbe hozva a donor és recipiens ereket, approximátorban rögzítjük, majd operációs mikroszkóp segítségével elkészítjük az érvarratokat. A lebenyt a műtét ideje alatt nem perfundáljuk, szisztémás vérárvadagátást sem a műtét ideje alatt, sem a műtét utáni időszakban nem végzünk. Az érvarratok elkészülte után az approximátort eltávolítjuk, s



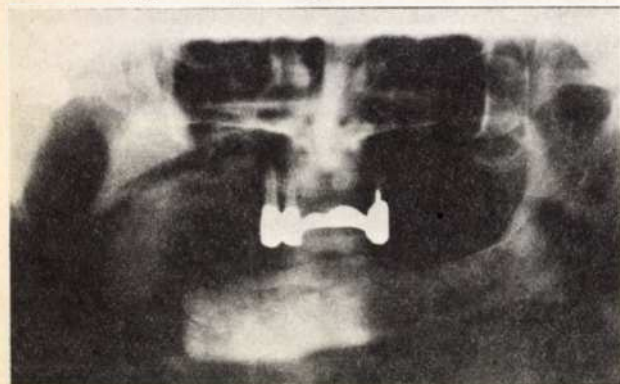
1. ábra. A csípőcsont rekonstrukcióra felhasznált szegmentjének a vérellátását az a. femoralis communisból (AFC) eredő a. circumflexa ilei profunda (ACIP) biztosítja

miután meggyőződünk a lebeny megfelelő vérkeringéséről, a lebeny és a defektus megfelelő szöveteit összevarrjuk.

A lebeny adó helyének zárása különös gonddal történjen. Gondos vérzésállapítás után még egyszer meggyőződünk arról, hogy a peritonéum-zsák nem sérült-e meg, majd rekonstruáljuk a hasfalat: a haránt és belső ferde hasizmot a m. iliacus-szal, a külső ferde hasizmot a farizom és a m. tensor fasciae latae leválasztott szélével egyesítjük, ezzel megelőzzük a postoperatív sérv kialakulását. Ezért nem vágjuk át a lágyékszalagot az érnél preparálásakor.

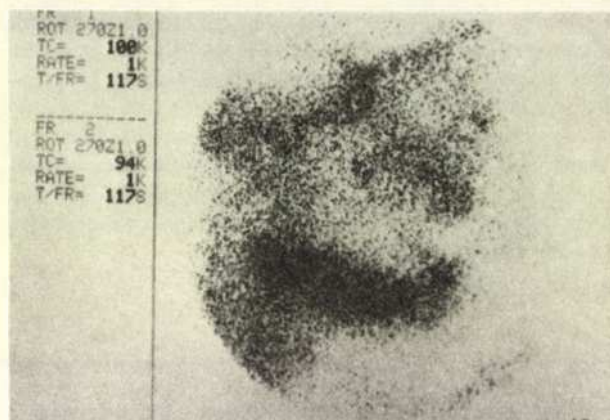
Esetismertetés

W. J. 47 éves férfibeteg 1986 februárjában került felvételre állsontpótlás céljából. Másfél évvel korábban a retromoláris régióban elhelyezkedő, jól differenciált laphámrák miatt összetett műtétet végeztek más intézetben ($T_2N_1M_0$ stádium), mely során a jobb állkapocsfület exarticulálva a szemfogig eltávolították. Elsődleges pótlás nem történt. A műtét utáni időszakban a mandibulacsonkban osteomyelitis zajlott le sipolyképződéssel, mely műteti beavatkozás után gyógyult. A beteg másfél évvel a műtét után daganat- és tünetmentes, igényli az állsonthiány pótlását (2. ábra).

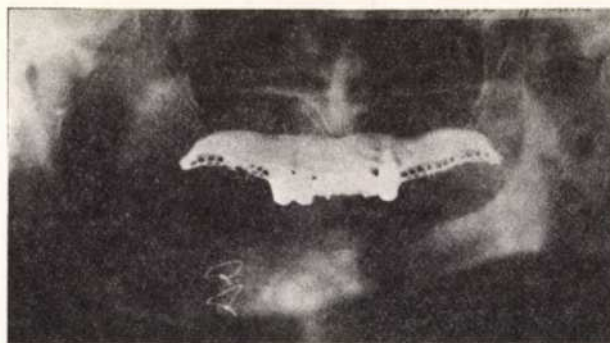


2. ábra. A műtét előtt készült röntgenfelvétel

1986. február 6-án műtétet végeztünk: az egyik operáló munkacsoport nyaki metszésből feltárta a csontvéget, előkészítette a befogadó lágyrészt és a transzplantátum számára, kipreparálta a recipiens ereket. Ez idő alatt a másik munkacsoport L alakú transzplantátumot készített élő a baloldali csípőlapátból, melynek érnyele ideális volt: egy artéria és egy véna látta el a transzplantátumot. A recipiens artéria az a. thyroidea sup., a recipiens véna a v. jugularis media volt. A donor és recipiens erek keresztmetszete megközelítőleg azonos volt, így end-to-end anasztomózt készítettünk. Az érvarrat ZEISS OPMI 6 operációs mikroszkóp segítségével, Ethilon 10—0 vastagságú atraumatikus fonállal, csomós öltésekkel készült. Az approximator eltávolítása után a lebeny széléből vérzés volt észlelhető. Az intraoperatív lézer doppler áramlásmérés a csont kifogástalan vérkeringését igazolta. (Készülék: PERIFLUX Laser Doppler Flowmeter PF 2) Az osteosynthesis drótvarrattal történt, a rekonstruált állsontot intermaxillárisan rögzítettük négy héttig. A műtétet követő harmadik napon technetium izotóppal (Tc^{99}) végzett vizsgálat megfelelő izotópdúsítást ábrázolt (3. ábra). A műtét utáni időszak eseménytelen volt, sebei elsődlegesen gyógyultak (4. és 5. ábra).



3. ábra. Az izotópfelvétel ábrája



4. ábra. A műtét után készült röntgenfelvétel

Megbeszélés

Az ideális csonttranszplantátum autogen, teljességében élő csontsejteket tartalmaz, nem szívódik fel, eredeti szerkezetét és formáját megőrzi — mindez régóta ismert a klinikumban, de a korszerű helyreállító sebészet új koncepción alapuló lebenyplasztikájáig (osteomusculocutan lebenyek), és a mikrovascularis sebészet megjelenéséig megoldhatatlan feladatot jelentett.

Régi törekvést valósított meg Östrup és Fredrickson (12), amikor kidolgozták a mikrovascularis módszerrel történő csontátültetést. Kísérleteikkel bizonyították, hogy legeredményesebb a csontátültetés akkor,



5. ábra. A gyógyult beteg, három hónappal a rekonstrukciós műtét után

ha mind a centrális, mind a periostealis vérellátás megmarad; ebben az esetben a transzplantátum teljes egészében élő marad. Ugyanakkor arra a következtetésre jutottak, és ebben egyezik *Buncke* (6), *Ariyan* (1) és *Papanastasion* (13) véleménye, hogy ha csak a csont periostealis vérellátása marad meg, a transzplantátum ebben az esetben is túlél, és ennek a csontnak a biológiai viselkedése az ép csonttal azonos marad.

Serafin és *mtsai* (15), majd *Ariyan* és *Finseth* (2) az állkapocs hiányát bordával pótolták. *Serafin* (14) a borda feletti bőrszigettel képzett összetett lebenyt, s az érző ideget is rekonstruálta. *O'Brien* és *mtsai* (5) az állsont szegmentális hiányát a II. metatarsus csonttal pótolta, tápláló ereinek helyreállításával. A problémát mindkét transzplantációnál az jelenti, hogy sem a borda, sem a lábközépcentum nem elég nagy tömegű teljes értékű anatómiai helyreállításához, s kedvezőtlen formájuk miatt a csontot „zöldgallytöréshez” hasonlóan modellálni kell. Fél állkapocs nagyságú defektus pótlására pedig méreteinél fogva már egyik sem alkalmas.

Taylor és *mtsai* (20) a csípőcsont vérellátásának tanulmányozása során arra a megállapításra jutottak, hogy az a. circumflexa profunda látja el a csípőlapát jelentős részét a m. iliacus perforans rendszerén keresztül. Ennek ismeretében kidolgozták mikrovascularis módszerrel történő transzplantációját (18, 20, 21). Az első sikeres műtét 1978-ban történt (21). Módszerüket más munkacsoportok is sikerrel alkalmazták (3, 4, 9, 10).

A módszer előnye, hogy a defektusnak megfelelő formájú (L alakú), nagy tömegű csont nyerhető, a csípőcsont íve követi az állkapocs ívét, de ha ez a görbület nem elegendő, a belső csonthártya és az izom—csont összeköttetés épségének megőrzésével, több helyen bevágva, tetszőleges ív alakúvá modellálható fém-sín mentén, mely az osteosynthesist s a stabil rögzítést is biztosítja. A módszer hátrányaként említhető, hogy:

I. időigényes (mint minden mikrovascularis sebészeti beavatkozás), II. az adó hely morbiditása nem elhanyagolható, mert a csípőcsont kontúrjának megváltozása a csípő aszimmetriáját okozza, a járás nehézkese két hónapig, s a n. cutaneus femoralis lateralis átmetszése miatt az ellátott terület hosszú időre érzéketlenné válik.

A módszer felbecsülhetetlen értéke, hogy élő csont transzplantációjával végezhetünk állsontpótlást olyan esetekben ahol a hagyományos csontátültetés eredménye kedvezőtlen, mint:

- I. heges, rossz vérellátású befogadó ágy esetén
- II. besugárzott területen
- III. előzőleg sikertelen csontpótlás történt,
- IV. nagyméretű csontdefektus, mely a fél állkapocsra kiterjed, vagy azt meghaladja.

IRODALOM: 1. *Ariyan, S.*: The viability of rib grafts transplanted with the periosteal blood supply. *Plast. Reconstr. Surg.* 1980, 65, 140. — 2. *Ariyan, S., Finseth, F. J.*: The anterior chest approach for obtaining free osteocutaneous rib grafts. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978, 62, 676. — 3. *Bitter, K. és mtsai*: Mikrochirurgische Transplantate versus herkömmliche Lappenplastiken zur Deckung grosser Tumordefekte der Mundhöhle und des Gesichts *Dtsch. Z. Mund-Kiefer-Gesichts-Chir.* 1980, 4, 23 S—28 S. — 4. *Bitter, K., Schlesinger, S., Westermann, U.*: The iliac bone or osteocutaneous transplant pedicled to the deep circumflex iliac artery II. Clinical application. *J. max.-fac. Surg.* 1983, 11, 241. — 5. *O'Brien, B. Mc., C. és mtsai*: Microvascular osteocutaneous transfer using the groin flap and iliac crest and the dorsalis pedis flap and second metatarsal. *Brit. J. Plast. Surg.* 1979, 32, 188. — 6. *Buncke, H. J. és mtsai*: Free osteocutaneous flap from a rib to the tibia. *Plast. Reconstr. Surg.* 1977, 59, 799. — 7. *Cuono, C. B., Ariyan, S.*: Immediate reconstruction of composite mandibular defect with a regional osteomyocutaneous flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1980, 65, 477. — 8. *Demergasso, F., Piazza, M. V.*: Trapezius myocutaneous flap in reconstructive surgery for head and neck cancer: an original technique *Am. J. Surg.* 1979, 138, 533. — 9. *Ferreira, M. C. és mtsai*: Mandibular reconstruction with free osteocutaneous iliac crest flap based on the deep circumflex vessels. — *Chir. Plastica* 1985, 8, 83. — 10. *Leung, P. C., Chow, Y., Y., N.*: Reconstruction of proximal femoral defects with a vascular-pedicled graft. *J. Bone. Joint Surg.* 1984, 66, 32. — 11. *Maruyama, Y., Urita, Y., Ohnishi, K.*: Rib-latissimus dorsi osteomyocutaneous flap in reconstruction of a mandibular defect. *Brit. J. Plast. Surg.* 1985, 38, 234. — 12. *Östrup, L. T., Fredrickson, J. M.*: Distant transfer of a free, living bone graft by microvascular anastomoses. *Plast. Reconstr. Surg.* 1974, 54, 274. — 13. *Papanastasion, V., W., Lalonde, D. H., Williams, B.*: The vascular pattern and viability of microvascularized rib grafts based on periosteal circulation—an experimental study. *Ann. Plast. Surg.* 1984, 13, 375. — 14. *Serafin, D.*: Microsurgical composite tissue transplantation C. V. Mosby, St. Louis, Toronto, London 1979. pp. 439. — 15. *Serafin, D., Villareal-Rios, A., Georgiade, N. A.*: A rib-containing free flap to reconstruct mandibular defects. *Brit. J. Plast. Surg.* 1977, 30, 263. — 16. *Steckler, R. M., Edgerton, M. T., Gogel, W.*: „Andy Gump”. *Am. J. Surg.* 1974, 128, 545. — 17. *Taylor, G. I.*: Reconstruction of the mandible with free composite iliac bone graft. *Ann. Plast. Surg.* 1982, 9 (5): 361. — 18. *Taylor, G. I.*: Reconstruction of the jaw with free composite iliac bone grafts. in: *Buncke, H. J., Furnas, D. W.*: Symposium on clinical frontiers in reconstructive

microsurgery. C. V. Mosby, St. Louis, Toronto 1984. — 19. Taylor, G. I., Miller, G. D. H., Ham, F. J.: The free vascularized bone graft: a clinical extension of microvascular techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 1975, 55, 533. — 20. Taylor, G. I., Townsend, P., Corlett, R.: Superiority of the deep circumflex iliac vessels as the supply for free groin flaps: experimental

work. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979, 64, 595. — 21. Taylor, G. I., Townsend, P., Corlett, R.: Superiority of the deep circumflex iliac vessels as the supply for free groin flaps: clinical work. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979, 64, 745.

(Borbély László dr. 6720 Szeged, Lenin krt. 64.)

AZ BEMUTATÓTEREM

1987. I. félévi kiállítási programja

- MÁRCIUS 24–27.** OMKER ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSA a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elméleti tömbjében.
- APRILIS 14–16.** Kiállítás a LASIS cég, OMKER által forgalmazott laboratóriumi készülékeiből és berendezéseiből.
- MÁJUS 12–13.** Bemutató a BENTLEY cég, általunk forgalmazott termékeiből. A kiállítással egy időben a cég szakemberei előadást tartanak membrán oxigénátorok témájában.
- MÁJUS 26–28.** Kiállítás az OMKER V. kereskedelmi osztálya által forgalmazott kórházi és laboratóriumi bútorokból (bútorújdonságaiból).
- JÚNIUS 9–11.** Kiállítás az OMKER II. kereskedelmi osztálya által forgalmazott egyszer használatos termékeiből.

KÜLÖN FELHÍVJUK FIGYELMUKET AZ OMKER

évenként egyszer megrendezésre kerülő nagyszabású ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA, melyet 1987. március 24–27-e között rendez a Semmelweis OTE elméleti tömbjében, Bp. VIII., Nagyvárud tér 4. sz. alatt.

OMKER BEMUTATÓTEREM

Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.

Nyitva: 9–16 óráig



MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!

„Thermomedia '86.” — Az Európai Termológiai Társaság IV. Nemzetközi Kongresszusa. (Grác, 1986. szept. 10—13.)

A hangulatos barokk kisváros, Grác adott otthont az Európai Termológiai Társaság IV. kongresszusának. Az ülések a Grazer Congress elegáns eklektikus épületének kamarazene-termében és konferenciahelyiségeiben, legalább két párhuzamos szekcióban zajlottak. A kongresszus elnöke G. Stüttgen, titkára a gráci H. Waltner volt.

22 országból, köztük még Indiából, Japánból is, 258 regisztrált résztvevője volt a kongresszusnak, nem voltunk tehát sokan, így kellemes, baráti, szinte családias légkör alakulhatott ki. A kongresszus nemzetközi jellegének megfelelően számos amerikai, kanadai résztvevő is volt. Magyarországot 15-en képviseltük, a szocialista országokból még néhány NDK-beli, lengyel, román, jugoszláv, ill. csehszlovák résztvevő volt jelen.

Az összejövetel rangját a termológia legközismertebb nagyságainak jelenléte adta meg: részt vett és előadást tartott többek között Mrs. Abernathy, Amalric, Hobbins, Ring, Lauth.

61 előadás hangzott el és 39 postert szemlélhettünk meg. Ezenkívül volt videobemutató és egy rendkívül érdekes kerekasztal-megbeszélés az emlő radiológiai és termográfiai diagnosztikájának összehasonlításáról.

A kongresszus témái a termológia legidősebb kérdéseit fogták át, különösen hangsúlyozva annak elméleti, technikai alapjait. Az előadások túlnyomó többsége a teletermográfiát, sőt az újabb, computerrel kombinált teletermográfiát vette alapul, lemeztomográfiaival csak kevés előadás foglalkozott, jöllehet a teletermográfia mindenütt ritkább, mint a gyakorlatban szélesebb körben használt lemeztomográfia.

A témák az alábbiak voltak:

Humán termofiziológia. 5 előadás, 4 poster- és 1 videobemutató foglalkozott ezzel, közöttük Czifrány előadása a gyermekkori fej- és nyakdaganatok teletermográfiai vizsgálatáról. Benkő előadásában példákkal igazolta a mechanikai és pszichés hatások eredményét az emberi test hőleadásában. — A posterek között meggyőző képeket láthattunk az osteoporotikus fájdalom pontos lokalizációjáról.

Onkológia. A 9 előadás és 3 poster többsége az emlőrákkal foglalkozott. Ezek között Amalric, valamint Lauth előadása volt a legtanulságosabb. Amalric 110 000 vizsgálat alapján a termográfia megbízhatóságát a mamográfiaival, az ultrahanggal és a mágneses magrezonanciával hasonlította össze. Megállapította, hogy az emlőrák kimutatásában a legmegbízhatóbb a mamográfia, ezt követi az NMR, és csak ez után a termográfia, így tehát a termográfia csak kiegészítő módszer, használatáról azonban nem szabad lemondani, mert éppen a korai esetekben hasznos lehet, és mert az álnegatív eseteket anyagában 20%-ról 2%-ra csökkentette. Alkalmazása főleg fiatalok indol-

kolt. — Lauth 60 000 beteg vizsgálati adatait elemezve ugyanerre a következtetésre jutott, hogy a termográfia csupán a mamográfia és a fizikális vizsgálat kiegészítője. — Ez a két előadás az egész kongresszus legjelentősebb előadásai közé tartozott. — Érdekesekek voltak Priebbe fejtegetései arról, hogy — szerinte — a rák keletkezésének oka a sejtananyagcsere ritmusának megbomlása pszichés hatásra.

Kalorimetria és ennek alkalmazása a bőrön. Az e tárgyban összegyűjtött 8 előadás és 2 poster a különböző betegségek, ill. postoperatív állapotok által kiváltott bőrhőmérséklet-változásokkal foglalkozott. Koteles, Kerekes, Lelik és Szanyik a termográfia sugársérülés kiterjedésének kimutatásában játszott szerepét értékelte.

Hőmérsékletmérések és radiometriás módszerek. 8 előadás és 5 poster elsősorban elméleti fejtegetésekkel, kísérleti eredmények és készülékek ismertetésével foglalkozott. Újszerű volt Hippchen postere a has termográfiai vizsgálatáról. Ő a lemeztomográfiát erre alkalmasabbnak tartotta. Ugyanerre a meggyőződésre jutottak Linke és Mitsai is, csontquesterek intraoperatív vizsgálata kapcsán.

A mozgásszervek megbetegedései és ezek fizioterápiája. 9 előadás és 10 poster foglalkozott ezekkel a kérdésekkel. Közös jellemzőik: zömükben computerizált teletermográfiát, sőt elektronikus kontakt termográfiát használtak, vizsgálataik dinamikusak voltak, tehát a vizsgált végtagok lehűtése után bizonyos idővel az újrafelmelegedést vizsgálták, ennek üteméből és mértékéből következtettek az illető végtag kóros voltára. Kiemelték, hogy ez a módszer kiválóan alkalmas az egyes betegségek lefolyásának folyamatos kontrolljára. — Természetes, hogy a gyuladással járó folyamatok fokozott hőtermelése igen hálás terület a termográfiai diagnosztikának. Ezen előadások és posterek különösen precíz előkészítésükkel, pontos megfogalmazásaikkal, adataikkal tűntek ki. A posterek között magyar szerzők munkáit is láthattuk: Lángfy, Boczán, Czeglédi, Uzoni, Osváth és Tompa a fájdalom, majd a fájdalomcsillapító hatásait regisztrálta sportolók izomzatában, Lelik és Bodó izomsérülések gyógyulásakor a lemeztomográfiai kép változását vetette össze az izomzat kreatin foszfokináz-szintjének változásával.

Mikrohullámok szerepe a diagnosztikában és a kontrollvizsgálatokban. Az elhangzott 9 előadás a mikrohullámok fizikájával, elméleti alapjaival, kísérletes eredmények közlésével foglalkozott. — A mikrohullámok 3—5 cm mélyen hatolnak a bőr alá, és az ott lévő elváltozásokat jelzik.

Érbetegségek és neurológia. 6 előadás és 12 poster foglalkozott ezzel a kérdéssel. Az érbetegségek diagnosztikájában döntőnek tartották a lehűtött végtag felmelegedésének mértékét és sebességét, kóros állapotokban a felmelegedés lassúbb és kisebb mértékű. Ebben a csoportban kapott helyet az andrológiával foglalkozó két előadás, ezek egyike Göblyös, Rózsahegyri és Fenyvesi beszámolója volt, ez a varicoké-

lével, a here hormonkezelés utáni hőtermelés-változásával, a varicokéle és a gynaekomastia viszonyával és a rejtett-herójúság kimutatásával foglalkozott. — A posterek többsége a fájdalom lokalizálását ábrázolta. Boczán postere, mely a vegetatív idegrendszer és az infravörös termográfia kapcsolatát taglalta, megállapította, hogy a szervezet hőtermelését befolyásolja a napi bioritmus, fizikai és pszichikai megterhelés, izgalom, depresszió, infarctus előtti és utáni állapot. Autóvezetők, kamionsofőrök fáradtságának mértéke termográfiával kvantitatíve kifejezhető. — Váci depressziós betegek arcának hőtermelését vizsgálva meghatározhatónak tartja, hogy mikor tekinthető a depresszió gyógyultnak, a hőtermelés növekedése alapján. — Néhány poster a mélyvénás trombózis műtét előtti és utáni diagnosztikájával foglalkozott.

Hyperthermia. Az ezzel kapcsolatos 7 előadás többsége onkológiai jellegű volt. Főbb megállapításai: a szervezet hőmérsékletének fokozása a daganatok besugárzásának eredményeit javítja, sőt a cytostaticumok hatását is fokozza. Kevésbé sugárérzékeny, vagy sugárrezisztens tumorkok remisszióját fokozza a hyperthermia, míg az ezzel kombinált besugárzás mennyisége csökkenthető. — Ismertetették az ehhez alkalmazható műszereket, és az eddig elért kísérleti eredményekkel foglalkoztak.

Termológiai technikák. 9 előadás és 6 poster alkotta ezt a sorozatot. Főleg készülékeket ismertettek, ezek között a számítógépes rendszerek alapvetőek. Segítségükkel térbeli termogramok is nyerhetők. A posterek között Guseo és Boczán képes beszámolója a pulzáló elektromágneses tér hatásait ismertette az emberi szervezet hőkibocsátására.

A posterek szerzői külön üléseken kaptak lehetőséget posterük ismertetésére és a felmerülő kérdések megválaszolására.

A kongresszus ideje alatt színvonalas technikai kiállítás is volt, melyen az újabb készülékeket mutatták be, zömében teletermográfiai készülékek computerizált formáit. 11 cég mutatta be gyártmányait.

A látottak és hallottak egyértelműen bizonyítják, hogy a termográfia alkalmazása már most is igen széles körű, és egyre sokoldalúbbá válik, a diagnosztika egészében egyre határozottabb helyet foglal el. Egyre több az olyan terület, melyben alkalmazásától eltekinteni már nem célszerű. Amint ezt számos előadás és poster is hangsúlyozta, a termográfia legnagyobb előnye a non-invazivitás, mely a módszert az egyes kórfolyamatok dinamikus észlelésére, követésére különösen alkalmassá teszi.

A társasági programok közül kiemelkedett a tartományi kormányzó gazdag fogadása az Eggenberg-kastély gyertyafényes barokk termeiben, és a gráci polgármester fogadása a karmelita kolostor barokk reflektóriumában. A többi program részben magyaros egzotikumokkal gyönyörködtette a résztvevőket, így kirándulhattak Piberbe, a lipicai lótenyésztő megtekintésére, valamint a riegiersburgi kastély megtekintése után a Jennerdorfbán megrendezett búcsúvacsorán osztrák cigányzenét élvezhettek. A kongresszus után a rendezőség Magyarországra szervezett kirándulást. A kongresszus ideje alatt a kísérők részére városnéző-körsétákat biztosítottak, így mód volt Európa

legnagyobb középkori fegyvergyűjteményének megtekintésére is.

A kongresszus hivatalos nyelve az angol, francia és német volt, szinkrontolmácsolás nélkül, mivel a résztvevőktől elvárják ennek a három nyelvnek az ismeretét. Az angol nyelv dominanciája azonban szembetűnő volt, sőt volt rá eset, hogy azt az előadót, aki nem angolul mondta el előadását, vagy nem angol nyelven intézett kérdést az előadóhoz, az elnök felszólította, hogy előadásának lényegét, ill. a feltett kérdést angolul ismételve meg. Más esetben az elnök felszólította az ülés elején az előadókat, hogy előadásukat angol nyelven tartsák meg.

Amikor külön ki kell emelnem a 15 magyar résztvevő aktivitását, akiknek mindegyike vagy előadást tartott, vagy posztert mutatott be, de legalábbis hozzászólt az elhangzottakhoz, ugyanakkor nem hallgathatom el azt sem, hogy a magyar résztvevők egyéni turistaút-lehetőségeik terhére, BC-számla birtokában, vagy a legkülönbözőbb „kiskapuk” igénybevételével juthattak csak el a kongresszusra, külön-külön kérve a részvételi díj elengedését.

Utójára, de nem utolsó sorban mindannyiunk nevében hálás köszönetemet fejezem ki dr. H. Waltnernak, a kongresszus titkárnak, aki velünk, magyarokkal nemcsak a kongresszus, de annak előkészítése során is lekötő rokonzenével viseltetett, a részvételi díj elengedésére intézkedett, sőt, részemre — mivel egyébként, előadás tartására való meghívásom ellenére sem juthattam volna el — lehetővé tette, hogy a kongresszus vendégként vehessek azon részt.

Mivel a hivatalos iratok Ausztriából szinte az utolsó pillanat után érkeztek meg, ezúton fejezem ki köszönetemet az Orvostovábbképző Egyetem Személyzeti Osztálya, ill. az Egészségügyi Minisztérium Külső Kapcsolatok Főosztálya dolgozóinak azért a káprázatos gyorsaságért, mellyel utazásom ügyében intézkedtek.

Utóirat: dr. Benkő Imrénnek, a MATE Hőtechnikai Mérések és Termogrammetria Szakosztálya elnökének kezdeményezésére 1986. dec. 2-án a résztvevők ismer-

tették gráci előadásait, ill. az ott elhangzottakat referálták, hogy a kongresszus anyaga Magyarországon is ismert legyen, az ülés azonban sajnálatosan kevés érdeklődőt vonzott, holott a témák és az előadások érdekessége nagyobb számú hallgatóságot is meggyőzött volna a tomográfia sokoldalú alkalmazhatóságáról, biztató jövőjéről.

Göblyös Péter dr.

A sugárterápia pontosságának és megfelelő minőségének biztosítása „Továbbképző konferencia”. Passau, 1986. október 16—21. (WHO tanfolyam)

A passau Városi Kórház Röntgendiagnosztikai és Sugárterápiás része kivételes helyzetet vívott ki magának. A kategóriájában rendkívül jól felszerelt és vezetett intézmény egyaránt rendelkezik a diagnosztika modern eszközeivel, pl. MRI készülékkel, valamint a nagy pontosságú sugárkezelés tárgyi és személyi feltételeivel. Ezen alapvető tényezőkn túlmenően feltehetőleg a város egyedülállóan szép fekvése is szerepet játszott abban, hogy az Egészségügyi Világszervezet itt rendezte meg továbbképző tanfolyamát.

A résztvevők — jobbára sugárterápiás intézményekben dolgozó fizikusok és orvosok — a világ legkülönbözőbb tájairól jöttek itt össze azzal a céllal, hogy egyrészt kialakítsák, másrészt megtanulják azokat a vizsgálatokat, és technikákat, melyek segítségével a sugárterápiás tevékenység a lehető legnagyobb pontossággal végezhető. A tanfolyam során előadók és hallgatók között élénk tapasztalatsere alakult ki, így képet lehetett nyerni arról, hogy a különböző országokban milyen szintű sugárterápiás gyógyítás folyik. Szomorúan kellett tudomásul vennünk, hogy e tekintetben hazánk — részben modern eszközök hiányában — nem tartozik az élenjárók közé.

A mélyenfekvő rosszindulatú daganatok besugárzása során a sugárterápiás tervezés kiindulópontjául szinte valamennyi intézetben — beleértve egyes fejlődő országokat is — a megfelelő diagnosztikus

értékű CT képeket, illetve szimulátort vagy e két módszernek kombinációját használják.

A modern képalkotó eljárások tudják egyedül csak biztosítani a daganat elhelyezkedésének és nagyságának pontos meghatározását, valamint azt a sugárterápiás alapkövetelményt, hogy a célterületre minél nagyobb dózist, a környező ép szövetek minél nagyobb kímélete mellett juttassunk el. A sugárterápiás kezelés következő modern tagja a megfelelő energiatartományban pontosan dolgozó gyorsító. Ezen készülékek azonban biztonság-gal csak megfelelő technikai felkészültség mellett üzemeltethetők, gyakori ellenőrzésük elengedhetetlen. A fizikai feladatok mellett a gyógyítás minőségében alapvető szerepet játszik magának a kezelésnek alkalmankénti ellenőrzése: a terápiás készülékkel közvetlenül történt, bizonyító értékű radiológiai felvétel. Hazánkban — jöjjön számos sugárterápiás intézmény működik — csak kevés helyen adóttak a lokalizáció tárgyi feltételei, kifejezetten e célra készült röntgenlaboratórium pedig mindössze egy központban található.

A tanfolyam során a szervezők (Institut für Strahlen-Hygiene des Bundesgesundheitsamtes és Radiologische Abteilung des Städtisches Krankenhauses, Passau) sort kerítettek arra, hogy a résztvevők a vezető iparvállalatok képviselőivel találkozzanak, illetve azok termékínátát megismerhessék. SIEMENS, PHILIPS, CGR és VARIAN készülékekről, illetve az új fejlesztésekről alkothattunk képet a beszámloló nyomán. Ennek alapján elmondható, hogy a besugárzók vonatkozásában a kínálat feltehetően nagyjából a korábbival megegyező marad, újdonságokra számíthatunk azonban a kiegészítő készülékek vonatkozásában. A PHILIPS cég dózisztervező egysége már jelenleg is három dimenziós tervezést tesz lehetővé, a SIEMENS termékfejlesztése során pedig a közeljövőben várható a kínálat hasonló bővítése. Ugyancsak a SIEMENS cég fejlesztésében várható speciális, sugárterápiás lokalizáció céljaira átalakított CT készülék megjelenése.

Stumpf János dr.



Orvostudomány

Jézus Krisztus fizikai haláláról. Edwards, W. D. és mtsai: JAMA, 1986, 225, 1455.

A szerzők bevezetőjükben hangsúlyozzák, hogy céljuk nem teológiai tanulmány írásra volt, hanem a rendelkezésre álló források (az antik és a modern szerzők írásai, a régészeti leletek és a torinói lepel) alapján Jézus halálának orvosi szempontból történő vizsgálata.

Az előzményeket röviden ismertetik. A rituális hűsvéti vacsora után Jézus tanítványai a Gecsemáné kertbe ment, itt lépett fel nála az egyébként igen ritka haemohidrosis jelensége; a véres izzadás az izzadságmirigyekbe történő bevándorlás következménye. Hatására a bőr sérülékenyebb, vérzékenyebb lesz. Kevéssel éjjel előtt itt fogták el Jézust, és többszöri tárgyalás és bántalmazás után délelőtt halálra ítélték.

Minden római kivégzés törvényes bevezetése rendszerint korbácsolással történt. A szokásos eszköz a rövid korbács (flagrum) volt, amely több bőrszíjból állt, a szíjakra pedig vasgolyókat vagy hegyes birkacsont darabkákat kötöttek. A zsidó törvények legfeljebb 39 ütést engedtek meg, a római törvények ilyen limitet nem ismertek. A korbácsolás súlyossága az azt végrehajtó katonától (licitor) függött, eredménye az áldozat legyengítése, collapsusa vagy akár halála is lehetett. Orvosi szempontból a korbácsolás a vázizomra kiterjedő igen fájdalmas, tekintélyes vérvesztéssel járó lacerált sebéseket okozott, következményes shock-állapottal. A vérvesztés mértéke megszabta azt, hogy meddig élt az áldozat a kereszten.

Jézust a források szerint súlyosan megkorbácsolták, így állapota a keresztrefeszítés előtt mindenképpen rossz, de lehetséges, hogy kritikus volt.

A keresztrefeszítést valószínűleg a perzsák kezdték el alkalmazni, Nagy Sándor vezette be Egyiptomban és Karthágóban, az utóbbiakról tanultak el a rómaiak, akik tovább tökéletesítették. Egyike volt a legmegalázóbb és legkegyetlenebb kivégzési módoknak, amely lassú halált okozott, maximális fájdalommal és szenvedéssel, és amelyet általában csak a legaljasabb bűnök elkövetőinek tartottak fenn. A kereszt — bár számos változata volt — lényegében két részből állt: egy függőleges rögzített cölöpből (stipes) és az erre ráilleszthető horizontális keresztárból (patibulum). Az egész kereszt súlya kb. 150 kg lehetett, ezért az elítélt csak a kb. 50 kg súlyú keresztgerendát vitte a szokásnak megfelelően a korbácsolás helyétől a városon kívüli kivégzőhelyre, az állandóan ott lévő stipeshez.

A kivégzés helyén az elítélt borból és epéből kevert keserű italt kapott, majd kiterjesztett két karját a patibulumhoz szegtezték. A szeg hossza 13—18 cm, legnagyobb átmérője kb. 1 cm volt. Ezután a patibulumot az áldozattal együtt felhelyezték, és ráillesztették a stipesre, rögzít-

tették, majd a lábakat egymásra helyezve, enyhén behajlítva és rotálva a stipes elülső felszínéhez szegtezték. Ezt követően az elítélt feje fölé helyeztek egy táblát (titulus), amelyen a nevét és a bűnét tüntették fel. A keresztrefeszítés utáni túlélés az áldozat állapotától, a korbácsolás és a vérvesztés súlyosságától függően 3—4 órától 3—4 napig tartott. Az elítéltet római katonák őrizték, és csak akkor engedték leemelni a testet, ha biztosak voltak a halál beálltában, vagy ha biztosan halált okozó sebzést ejtettek ők maguk rajta.

Orvosi szempontból tekintve: a karon a szeglet a radius és a kéztő vagy a kéztőcsontok két sora közt verték be; így nem keletkezett csont- és komolyabb érsérülés, viszont valószínűleg sérült a n. medianus. Az ideg, valamint az innsérülések következtében jellegzetes markoló kéztartás alakult ki. A lábakon a szög a tarsuson haladt keresztül, idegsérülést és esetleg a mély talpi ív sérülést okozva. A keresztrefeszítés tehát — ellentétben a korbácsolással — nem okozott lényeges vérvesztést. A kereszten függő áldozat súlya az intercostalis izmokat belégzési helyzetben tartotta, a kilégzéshez fel kellett emelnie a testét, lenyomva és kiegyenesítve a lábait és behajlítva a karjait. Ez részint nagyon fájdalmas volt, részint igen fárasztó. A korbácsolt hát közben a stipeshez dörzsölődött, tovább fokozva a fájdalmat és állandó vérvesztést eredményezve. Minden légvétel tehát óriási fájdalommal járt, és egyben gyengítette is az áldozatot, siettetve ezzel az agóniát. A halált több tényező együttesen okozta, ezek az egyes esetekben különbözhettek is egymástól, de a két vezető ok valószínűleg mindig a hypovolaemiás shock és a kimerülés következtében kialakult asphyxia volt. Amennyiben az elítélt halálát siettetni akarták, összetörték a lábszárcsontjait. Ez a crucifragiumnak nevezett művelet lehetetlenné tette a test megtámasztását, ezzel a kilégzés is lehetetlenné vált, így a fulladásos halál percek alatt bekövetkezett.

Jézus aránylag rövid (3—6 óras) szenvedés után hirtelen felkiáltva halt meg a kereszten. Mikor a római katona lándzsájával a halott mellkasába szúrta, onnan vér és „víz” folyt.

A rövid ideig tartó agónia az erős korbácsolás okozta nagy vérvesztésből következhetett. A hirtelen bekövetkező halál valamilyen katasztrofális terminális esemény (pl. fatális ritmuszavar) lehetőségét veti fel. A sebzésből folyó „víz” származhatott akutan kialakult pleurális vagy perikardialis folyadékgyülemről, a vér pedig a jobb pitvarból vagy kamrából.

A szerzők végül leszögezik, hogy a történelmi és az orvosi adatok azt bizonyítják, hogy Jézus biztosan meghalt a kereszten.

Tagányi Károly dr.

Égésügyi szervezéstudomány

„Költségrobbanás” a Német Szociális Köztársaság egészségügyében. (Szerkesztőségi közlemény): Heilberufe, 1986, 38, 6, 204.

Az elmúlt évben az NSZK biztosított betegeinek önrészesedése nem kevesebb, mint 6 milliárd márkára (DM) — azaz a 10 évvel ezelőttinek négyszeresére — emelkedett. Ez azt jelenti, hogy egy „átlagos család” a biztosítási díj(ak)on kívül, évenként mintegy 400 márkát kényszerül téríteni az egészségügyi ellátás nyújtotta szolgáltatásokért.

A kölni „Capital” című közgazdasági folyóirat egy igen részletes áttekintést közöl az egészségügyben történt árváltozásokról, különös tekintettel a fekvőbeteg gyógyintézetek ápolási díjaira. Eszerint jelenleg például az egyégyes betegszobáért naponta a következő díjat kell téríteni: Bonnban az egyetem klinikáin 429,— DM., a városi klinikákon Mannheimben 448,— DM., a hannoveri Nordstadt kórházban 496,— DM., a hamburgi egyetem klinikáin 501,— DM. Egészséges véve az ápolási díjak négy év alatt kerekén 35%-os emelkedést mutatnak.

Jelentősen befolyásolják a költségek emelkedését azok a hivatalos rendeletek és utasítások, melyek az NSZK egészségügyében az utóbbi három esztendő során léptek hatályba. Ezek nyomán például a vénnyírás térítési díja 1,50 helyett 2,— DM lett; a kórházi bentartózkodás önrészesedése az első két héten naponta 5,— DM; a fogszabályozó kezelésnél a költségek 20%-át, fogpótlásnál 40%-ot kell a biztosított betegnek téríteni. Az idén év elején érvénybe lépett törvények hatásait még nem sikerült felmérni.

Pillanatnyilag a helyzet hátróztott arra mutat, hogy az állam ki akarja magát vonni a kórházak fenntartásának költségviseléséről, ami az egészségügyi intézményeit rendkívül kedvezőtlenül érinti (különösen a gazdaságilag gyengébb régiókban). Egyéb jelek is utalnak arra, hogy ez a „piaci gazdálkodás” jellegű szemlélet az egészségügyi szolgáltatások gyökeres korlátozására vezet. Sajnos az egészségügyön belül is erős a profit-orientáltság. Bizonyítja ezt az a múlt évi memorandum, mely (egyebek között) javasolja, hogy az orvosi kezelések költségeinek előbb 20%-át, majd később 30%-át maga a biztosított beteg legyen köteles téríteni.

Cselkó László dr.

A kórházminőség értékelése statisztikai eredmények tükrében. Luft, H. S., Hunt, S. S.: JAMA, 1986. 255, 2780.

Az ellátás minőségét a kórházakban tradicionálisan egyedi esetek áttekintésével értékelik. Ez ugyan figyelembe veszi mindegyik betegnél a teljes klinikai képet, de az esetek áttekintése időigényes, drága és legfőképp nem teszi lehetővé beteg tömegén keresztül az ellátási rendszerek minőségének értékelését. Az adatok számítógépes feldolgozása lehetővé teszi egy kórház teljes beteganyagára vonatkozó kórlap feldolgozást, úgy hogy az adatokat az értékelés céljainak megfelelően csoport-

tosítják. Az így rendezett adatok az egyes kórházak egymással való összehasonlításának és értékelésének is teret nyújtanak. A szokászerűen összegyűjtött összefoglaló adatok felbecsülhetetlenül értékesek olyan vizsgálatokhoz, amelyek teljesítmény rendszerekre összpontosítanak.

Voltak már korábban konfliktusok, viták, amikor a nyilvánosságra hozott adatokat arra használták fel, hogy bíráljanak egyes kórházakat és orvosokat állítólagos rossz eredményeik miatt.

A cikk rámutat arra, hogy míg az összefoglaló adatok megfelelőhetnek igen sok kórház eredményeinek a kutatásához, statisztikailag magasan szignifikáns összefüggések felismeréséhez, azonban — és ez a fő mondanivalója a szerzőknek — gyakran alkalmatlanok különösen jó vagy rossz eredményekkel rendelkező kórházak azonosítására, minősítésére. Ennek oka egyrészt a betegek eredményeiben rejlő változatosság hasonló diagnózis és kezelés esetén, másrészt a különös diagnózisú és terápiát igénylő betegek alacsony száma bármelyik kórházban.

A cikk a fenti problémát illusztrálja 151 kórház szívkatéterezésén átesett betegek összefoglaló adatainak felhasználásával. Míg határozottan fordított összefüggést állapítanak meg a szívkatéterezésen átesett betegek száma és kórházi halálozások között, ugyanakkor az átlagos eredményről szignifikánsan jobb vagy rosszabb kórházak azonosítása elég nehéz.

A vizsgálatba bevont, szívkatéterező laboratóriummal rendelkező 151 kórházat egy évben fogadott betegek száma szerint csoportosították. A kórház kategóriák 1—200, 201—400, 401—500, 501—750, 750 > beteg évente. Az egyes betegekről szóló adatokat, betegjegyzőkönyveket kórházi szinten összesítették, az esetekben levő különbségeket a kórházaknál rizikófaktor mátrixszal mérték.

A beteg életkora és betegsége a két legfontosabb hatás a halál valószínűségére, így a kutatók a betegeket 12 csoportba — három életkor és négy diagnózis csoport lehetséges kombinációiba — sorolták be. Mind a 12 csoportra vonatkozóan kiszámították a várt (valószínűnek tartott) halálozások számát (illetve rátáját), úgyhogy az egyes kategóriákban a kórházi betegek számát (illetve arányát) beszorozták a 151 kórház egyesített adataiból nyert cella specifikus halálozási rátával. Ez a közvetve standardizált halálozási ráta vagy másként a várt halálozás rátája, amely azt mutatja, hogy mennyi lenne a halálozás, ha a kórház az átlagnak megfelelően teljesítene korrigálva az esetek kórházi különbségeivel. A várt halálozási rátákat a kórházak csoportjaira is kiszámították hasonló módon. Az egyes kórházak eredményeinek vizsgálatához binomiális eloszlást használtak, illetve a betegszám és az eredmény közötti összefüggés elemzésére regressziószámítást alkalmaztak.

Magasan szignifikáns fordított kapcsolatot találtak az esetekhez hozzáigazított kórházi halálozási ráta és a kórházban szívkatéterezésen átesett betegek száma között.

Az óksági összefüggésen még vitatkoznak, tehát hogy a magasabb betegszám vezet jobb eredményekre, vagy a jobb eredmények vonzzák nagyobb számban a betegeket, ez azonban az eredményt nem érinti.

A fenti összefüggés feltárásán túl, felvetődik, hogy az adatokat fel lehet-e használni — a tapasztalt (észlelt) és a várt halálozások összevetése útján — a kórházi ellátás minőségéről való ítéletalkotásra, annak megállapítására, hogy egy kórház az átlagosnál szignifikánsan jobb vagy rosszabb eredménnyel rendelkezik.

A szerzők számszerűen, konkrét példák segítségével mutatnak rá néhány statisztikai nehézségre az átlagosnál jobb, illetve rosszabb kórházi teljesítmények minősítésével kapcsolatban. (Binomiális eloszlás természete, a betegek eredményeiben rejlő változatosság, alacsony betegszám).

Ha egy kórház eredményei a vártnál szignifikánsan jobbabbak vagy rosszabbak, ezért nem lehet sem felmagasztalni, sem elmarasztalni, mert az eredmények véletlenül is adódhatnak. Statisztikailag szignifikáns eredmények ugyan nem definiálhatók tehát ily módon, de az így nyert információt a kórházak ellátásának minőségéről fel lehet használni elsősorban további kutatások alapjául.

A cikk javasolja, hogy a várt teljesítésnél szignifikánsan rosszabb kórházakat ellenőrző listára kellene helyezni, és a folyamatosan megfigyelt eredményeket vissza kellene csatolni az intézetekhez, ahol speciális vizsgálatok és ajánlások révén lehetőség nyílna a változtatásra.

Célszerű egyrészt hosszabb időperiódus adatait összegyűjteni, másrészt a halálon kívül egyéb paraméterek (komplikációk, kórházi ápolás jellemzői, kórházba kerülés előtti állapot) elemzését is bevonni a vizsgálatba.

A szerzők óva intenek a statisztikai eredmények körültekintés nélküli általánosításától, különösen akkor, ha az egyes kórházak vagy orvosok értékelésére irányul, és a biztosítótársaságok szerződés-kötési irányultságát is befolyásolja.

László Ágnes dr.

Az automatizált irányítási rendszer az egészségügyi intenzifikálása problémáinak megoldásában. Zsadanov, A. M. Szovjet-szkoje zdravoohranenije, 1986. (7.) 12.

A cikk szerzője, aki egyébként nem orvos, hanem a technikai tudományok kandidátusa, a szovjet egészségügy előtt álló két fő feladatot, az ágazat intenzifikálását és az egész lakosság gondozását, csak úgy tartja megvalósíthatónak, ha a kórház-poliklinikai hálózatban fokozatosan, de nem késlekedve, kialakítják az irányítás automatizált rendszerét. A feladatokat megvalósításához — a jelenlegi adatokat figyelembe véve — az évenkénti lakosságszűrés 2,3, a gondozási munka volumenét 2,5, a hospitalizációt az eddigieknek 1,2-szeresére kell emelni.

A munka intenzitásának fokozását az eü. intézetek „átbocsátóképességének” az emelésében látja, ami a munka termelékenységének emelésére épül. A munka termelékenységének javítása viszont elképzelhetetlen az orvosi, technológiai és az adminisztratív irányítási folyamatok komplex mechanizálása és automatizálása nélkül. A területi automatizált irányítási rendszernek 3 szintjét különbözteti meg: 1. az egészségügyi- (orvosi)—technológiai, 2. a szervezési-technológiai és 3. az adminisztratív-irányítási rendszer

szintjét. Ezeknek természetesen számos alrendszerük van.

Az automatizált irányítási rendszer elterjedésének előfeltételei közé tartozik megfelelő automaták biztosítása, szervizelésük, az orvosi műszerpark korszerűsítése és fejlesztése, s az egész eddigi munka bizonyos fokú átszervezése.

A rendszer prototípusaként a lettországi automatizált irányítási rendszer szolgálhat, amit ott 61 eü. intézetben, köztük 44 nagy forgalmú poliklinikán vezetnek be. Lettorszában pl. a mikrocomputerek alkalmazásán alapuló komplex automatizált szűrővizsgálat több ezer orvost és szakdolgozót szabadított fel az ezzel kapcsolatos munkavégzés alól, ugyanakkor a kisebb létszámú személyzet a szűrővizsgálatok számát az eddigi 2—3-szorosára emelte. Az integrált automatizált irányítási rendszer elsősorban a poliklinikákat érinti, melyekben a munka intenzitása még nagyobb mértékben — a korábbiaknál 4—5-szörösére — nőtt az utánvizsgálatok számának és a gondozási munka jelentős megnövekedésével, nem beszélve arról, hogy a szűrővizsgálatok zöme is a poliklinikákon történik. Nyilvánvaló, hogy mindezzel együtt megnövekedett a hospitalizációs igény is. Ennek a kielégítése viszont ismét csak az említett rendszer alkalmazásával vált lehetővé, amivel az egy főre jutó ápolási napok számát sikerült csökkenteni. Egyébként a fekvőbeteg részlegnek maguk is részt vesznek a szűrővizsgálatokban: minden oda bekerült beteg elvégzik azokat a vizsgálatokat is, melyeket a szűrővizsgálatok során előírnak.

Varga János dr.

Integrált automatizált rendszer kidolgozása és bevezetése a kardiológiai betegek gondozási folyamatában. Anrejev, N. A., Erenstein, R. H. (A Lett Egészségügyi Minisztérium Kardiológiai Tudományos Kutatóintézete, Riga): Szovjet-szkoje zdravoohranenije, 1986. (6.) 7.

A Szovjetunióban az utóbbi években egyre többet foglalkoznak az egész lakosság gondozásának megvalósításával. Ezeknek a törekvéseknek a computerek gyors elterjedése új lendületet adott. Sok szerző a computereket nem annyira az egyes betegek kivizsgálására tartja alkalmasnak, mint inkább a statisztikai adatok automatizált regisztrálása és a gondozási irányítása automatizált rendszernek kidolgozására és alkalmazására. A szerzők ugyanezt a koncepciót vallják, s az utóbbi évtizedben néhány megbetegedés terén a gyakorlatban is bizonyos tapasztalatra tettek szert. Ezúttal a kardiológiai betegek gondozása integrált automatizált rendszeréről számolnak be.

Strukturálisan automatizált rendszerük 3 alrendszerre oszlik.

Az első: a beteg sokprofilú vizsgálatának alrendszere. Ezt „Iszkra 226” mikrocomputerrel végzik Basic-nyelven. A készülék 2000 anamnesztikus, fizikális vizsgálati laboratóriumi stb. tünet, jel, eredmény felhasználásával működik; erre „tanították be” a computert. Az elektronikus számítógépek képernyőjén — a legtapasztaltabb szakorvosok diagnosztikai logikáját követve — teszi fel kérdéseit, maximálisan 68-at; az ezekre adható válaszok

maximális száma 317. A beteg — gép dia-
logusát középkáderek segítik. A tünetek
diagnosztikai értékét a computer ismeri,
s mindezek alapján 70 diagnosztikai hipotézis
megalkotására képes, s 40 elemi javaslat
adására. A dialógus átlagosan 12
percet vesz igénybe.

A másik: az adatok automatizált regis-
ztrálására. Ezt SzM—4 computerrel vég-
zik, DSM—11 operációs rendszer segítsé-
gével. Az SzM—4-nek 16—32 display-je
van, kielégítő terminálhálózattal rendel-
kezik, s 40—50 000 lakos adatainak tárol-
lására és felhasználására képes.

A harmadik: a gyógyító-megelőző tevé-
kenység irányításának alrendszere. A
computer minden gondozott adatait és
diagnózisát tartalmazza; ezek külön-külön
lehívhatók, de kidolgozott program
alján maga is közli, melyik beteg mikor
köteles megjeleneni ellenőrző vizsgálaton,
s megadja az egyes betegek vonatko-
zóan az elvégzendő vizsgálatokat. Termé-
szetesen a kezelő orvos módosíthatja a
gép javaslatait, de ezt be kell táplálni a
computerbe.

Emellett az elektronikus számítógép
évente egyszer az alábbi dokumentációkat
teszi közzé: az epikriziseket, az egyes gon-
dozói csoportok vizsgálati szintjét, a gon-
dozottak megoszlását diagnózis, nem,
életkor stb. szerint, a gondozás hatékonysá-
gának néhány mutatóját, nevezetesen:
a táppénzes betegek számát nosológiai
egységek szerint, a táppénzes napok szá-
mát 100 gondozottra számítva ugyancsak
nosológiai egységek szerint, a gondozot-
taknak az egyes betegségekben való leta-
lítását, a gyakorlatilag egészségesek cso-
portjából a rizikótényezők csoportjába
kerülők százalékát, és fordítva, a rizikó-
tényezők megbetegedéseinek arányát, a
rokkantakká váltak százalékát.

A készülékek nem drágák, az automa-
tizált rendszer működtetése egyszerű, s a
gondozás kiterjesztése előtt nemcsak új
perspektívát nyit, hanem színvonalát is
magasabbra emeli.

Varga János dr.

**Az epeutak ultrahangvizsgálata pro-
filaktikus szűrésben.** Zubovszkij, G. A.,
Hmelevszakaja, N. M. (Az Oroszországi
Föderáció Eü. M. Röntgen-radiológiai
Tudományos Kutató Intézete, Moszkva)
Medicinskaja radiologija, 1986 (5.) 20.

A járóbeteg-ellátásban azért nehéz a
hepato-biliaris rendszer megbetegedéseinek
felismerése, mivel a klinikai tünetek
gyakran bizonytalanok, a betegek sokszor
panaszmentesek. Miután az ultrahang o
megbetegedések kimutatására különösen
alkalmas, ugyanakkor veszélytelen és egy-
szerű módszer, célszerűnek tűnt szűrő-
módszerként történő kipróbálása is.

Egy gyárban 900 férfit és nőt vizsgáltak
meg echográfiával az általuk megállapí-
tott és a közleményben részletesen leírt
módon. A dolgozók 18—65 éves korúak
voltak. 757 személy panaszmentes volt,
143 fő viszont a jobb bordaív alatt vagy az
epigastalis tájékon jelentkező fájdalomra,
kellemetlen érzésekre, hányingerre,
szájszárazságra, bélműködési zavarokra
stb. panaszkodott.

A vizsgálaton átesett személyek 19%-
ában mutattak ki epehólyag-megbetegede-
sét. A betegek 80%-át most szűrték ki

először. Epehólyagkövet 37 betegben ta-
láltak, közülük 20 panaszmentes volt, 132
betegnél észleltek idült epehólyaggyulla-
dást, közöttük 90-nek nem volt panasza.
Két beteg epehólyagjában polypus volt,
mindkettőnek voltak panaszai. Jellemző-
nek találták, hogy epekövetbetegségben a
már említett gyakoriságú panaszokon kí-
vül a betegség nem járt egyéb klinikai tü-
netekkel, ugyanakkor az idült epehólyag-
gyulladás mindössze 31%-ban volt vi-
szonylag enyhe lefolyású.

A kiszűrt betegeket nyilvántartásba
vették, s további megfigyelés alatt tartják
őket. Lehetővé vált kezelésük racionálissá
tétele. Vizsgálataik teljes mértékben igaz-
olták, hogy az ultrahang igen alkalmas
az epehólyagelváltozások kimutatására és
a betegek követésére a járóbeteg-ellátás
feltételei között is.

Varga János dr.

**Az Orosz Föderáció egészségügyi fej-
lesztésének soronlévő feladatai.** Trubilin,
N. T. Zdravoohr. Rosz. Fegyveracii, 1985,
(6.) 3.

Az Orosz Föderációban a XI. ötéves
terv során az orvos-ellátottság mutatója
elérte a 44,6 orvost 10 000 lakosra, közép-
káderekből pedig a 120,6-ot. A városi lak-
osok orvoshozfordulása átlagosan évi
12,5 igénybevételt ért el, míg a falusi lak-
osságé 5,7 igénybevételt. A rendelőin-
tézeti kapacitás elérte a 2,7 milliő orvos-
hoz fordulást egy műszakban, elsősorban
a belgyógyászati és gyermekgyógyászati
körzeti ellátást fejlesztették. Ezek feltöl-
töttsége elérte a 96,5%-ot. A lakosság kör-
házi ágyakkal való ellátottsága 132,9 ágy
10 000 lakosra számítva. A hospitalizáció
színvonalra városi lakosok körében eléri az
1000 lakosra számított 226 értéket, falun
ez a mutató 276.

Továbbra is aktuális probléma maradt
a cardiovascularis betegségek, a daganat-
ok, a traumatizmus elleni küzdelem, a
falusi lakosság egészségvédelmének foko-
zása, az anya- és csecsemővédelem. Az
Orosz Föderáció egészségügye előtt az
alábbi feladatok állnak: a haladó tudomá-
nyos eredmények széleskörű alkalmazása,
a tartalékok feltárása, a megelőző rend-
szabályok hatékonyságának fokozása, a
lakosság orvosi ellátásának minőségi és
kulturáltságbeli javítása.

Csenke László dr.

Sportorvostan

**Hyponatraemia és ultramaratonni fu-
tás.** Frizzell, R. T. és mtsai: JAMA, 1986,
255, 772.

Az amerikai orvosok sportegyesületén
belül az American Medical Joggers Associa-
tion, a rendszeresen és már sportszerűen
kocogóknak 1983. okt. 2-án rendezte meg
5. ultramaratonni versenyét, több mint
200 résztvevővel, 32 °C csúshőmérséklet
is elérő meleg időben. Célként az élet-
kortól függően 80, illetve 100 km-es (50,
illetve 62 mérföldes) távot jelölve meg.

Ketten a távjuk lefutása után vízintoxi-
kációnak imponáló tünetekkel a szükség-
ambulanciára kerültek kollégáikhoz. Az 1.
eset egy 24 éves medikus volt, aki előző-

leg már 4 maratoni versenyen vett részt.
100 km-ét a 2. helyen véggezve 8 óra és
36 perc alatt futotta le, de a finis után 5
perccel teljes testi és szellemi gátoltságba
esve stuporózássá és dezorientálttá vált.
Dehidrációs jeleket nem tapasztaltak és
a neurológiai leletek is negatívak voltak.
Normál sóoldat és káliumklorid iv. adá-
sát követően átmeneti apnoeal kísért
grand mal görcsroham lépett fel nála.
A 2. eset egy 45 éves orvos volt, aki már
14 maratont tudott maga mögött. 80 km-t
futott és bár a távolság második felében
átmenetileg erőtlenné vált, a kijelölt
80 km-es távolságot mégis 10 óra és 36
perc alatt megtette. A verseny után fél
órával azonban zavartsága és dezorien-
táltsága miatt szintén kórházba kellett
szállítani. Mindkettőnél súlyos hypona-
triaemiát észleltek 123, illetve 118 maeq l-es
értékekkel.

A só- és vízháztartás zavara két ténye-
zőre volt visszavezethető. Egyrészt az iz-
zadás általi masszív nátriumvesztésre,
másképpen a futás közbeni elektrolitszegény
és elektrolitmentes folyadékfelvételle. A
két futó ugyanis a nagy októberi hőségben
14—17 liter folyadékot (izzadással 10—14
litert, vizelettel 2—3 litert) vesztett, ami
250—560 maeq nátriumvesztést jelent.
Ugyanakkor a futás közben — saját be-
vallásuk szerint — 20—24 liter folyadékot
ittak meg, túlnyomórészt kóla és ivóvíz
formájában és csak részben elektrolit-gluc-
kó oldatban. Ezáltal a nátrium felvéte-
lük csak 196, illetve 110 maeq volt, mind-
két futónál nátriumdeficit és 6—7 literes
folyadékhiány alakult ki hyponatrae-
miával és a jellemző tünetekkel. A hy-
ponatraemiát egyrészt a nagyobb és vissza-
tartott hig folyadékfogyasztás, másrészt
az izzadással kapcsolatos túlzott sóvesztés
okozta. A tünetek versenyt követő kezde-
te a futás utáni hirtelen gastrointestinalis
felszívódásra és ezáltal a plazma még só-
szegényebb koncentrációjára vezethető
vissza. A hyponatraemia így nemcsak a
versenysport, hanem a túlzott állóképese-
séget igénylő megterhelések következmé-
nye is lehet.

Angeli István dr.

**Csökkent FSH, LH és prolaktinválasz
provokációs tesztekre távfutó nőkn.** Ron-
kainen, H. (Univ. Oulu): Fertil. Steril.
1985, 44, 755.

12 élvonalbeli távfutón, 11 kocogón és
nem futó kontroll személyeken 100 µg
luteinizáló hormon releasing faktor, 200
µg thyreotrop-releasing faktor, illetve
10 mg metoclopramid után a 20, 60, 80
és 120 perccel levett vérben nézték a hor-
monválaszt.

A távfutók vér ösztadiol és progeszter-
on szintje nyugalomban is alacsonyabb
a kontrollokéhoz képest. A normális nyu-
galmi FSH, LH és prolaktin szintjük vi-
szont a provokációra kevésbé nőtt meg
mint a kocogóké (heti 15—70 km!) és a
nem futóké.

A távfutó nők petefészekének funkciója
gyengébb, ez (is) magyarázhatja a men-
struációs rendellenességeket. A kocogókon
normális hormonális viszonyokat találtak.

Apor Péter dr.

Mindennapi mozgatórendszeri panaszok a fizikailag aktívokon. Polisson, R. P. (Duke Univ., N. Carolina): Med. Clin. N. Amer. 1986, 70, 469.

A fizikai aktivitás „mánia” a lágyrész-sérülések, túlerőteltetéses tünetek, biomechanikai okú traumák robbanásszerű sokasodásával jár. A panaszok fele a térd körül, egytizede a boka körül lép fel. Háromnegyedrészben az egyéni, rekreációs célú aktivitást zavarják. Csúpan 8%-uk igényel sebészt a kórismézéshez vagy a gyógyításhoz.

A vállat a dobások során akár 800 mkp-ot elérő kinetikus energia viselheti meg. Supraspinatus tendinitis, biceps tendinitis, subacromialis bursitis a gyakori diagnózis, az elkülönítés valójában nagyon nehéz. Mindenképpen a rotátorköpeny (mikro) traumái képezik a kiindulópontot már fiatal korban is. Az úszón, teniszesezőn, kézilabdázón fájdalmas vállhelyzet, pontérzékenység tapasztalható, negatív rgt. mellett. Később a tartós, kiújuló, bár nem éles fájdalom bursitisnek mondjuk, melyet becsipődési jel, fájdalmas abdukción, kattanáserzés kísérhet. Komoly sérülésre utal, ha a paszszíve abdukált kar az eleresztéskor leesik.

Átmeneti pihenés, s tünetek által megszabott léptékű igen fokozatosan emelt újraedzés, izületi nyújtás, izomerősítés és ezt követő jegelés az alapellátás. Nemsteroid gyulladásgátlók 7—10 napos szedése jó lehet. A II. szakaszban adható helyileg steroid. Inveterált esetben acromioplastika, a rotátorköpeny helyreállítása jön szóba.

A könyök lateralis epicondylitise (teniszkönyök) mindig biomechanikai hibára vezethető vissza: nehéz ütő, feszes húr, kemény labda, rossz ütőtechnika. Az ext. carpi rad. brevis eredése érzékeny, a fájdalom az izom mentén a III. metacarpushoz sugározhat. A kezelésben a csukló behajlításának megakadályozására éjszakai extenziós sínhez, a könyök alatt napközben szorítószalag-viselést javasolja az előbbi eljárások mellett. Helyi steroid indikált, nem gyógyuló eseteket a sebész oldhat meg csakúgy, mint a medialis epicondylitissel.

A lumbosacralis gerincszakasz súlyemelés, futás, tánc, tenisz során fájdulhat meg. Ugrások, futás alatt sokszor a testsúly 3—8-szorosát kitevő erőt kell tompítani. Izomrelaxáns adását csak e körképénél javasolja a szerző, viszont a helyi hűtés, majd melegítés mellett foglal állást.

A csípő körüli panaszokat gyakran a trochanter major bursájának gyulladása okozza. Oldalirányú nyomás — pl. forgás az ágyban — fájdalmat okoz, a farizom tájára is sugárzik a fájdalom a csípő mozgásakor. Ismételt csípőcsavarás (aerobik tánc) a csípő apophysitisét okozhatja.

A combhajlítók húzódása a rugalmatlan izomzatot fenyegeti, elégtelen bemelegítés vagy túlfáradás következtében. Izomnyújtás és erősítés a fő gyógyító eszköz.

A futók leggyakoribb panaszja a patellofemorális fájdalom. Számos ok (comb-feszítő gyengeség, pes anserinus merevesség, extrém lábcsárterő stb.) járul hozzá, hogy a térdkalács nem a számára kiképzett izvápában mozog, a belső felszíne érdessé válik, porcdegeneráció lép fel. A patella ütése, a széleinek nyomása fájdalmat okoz. Az okokat kell kikapcsolni.

Az iliotibiális szalag a térd mozgatása során átpattna a lateralis condylus felett és fájdalommal válhat. Csaknem azonos tünetekkel jár a popliteus tendinitis, a lefelé sokat futók panaszainak magyarázója.

A shin splint szindróma klasszikusan a tib. posteriornak a belső boka mögé futó ina mentén fellépő fájdalmat jelöli, tágabb értelemben minden, a térd alatt fellépő panaszt így neveznek. A láb hyperpronációja, egyenetlen, kemény talaj hajlamosít rá. A hirtelen gyorsítással-lással járó sportok (tenisz, labdarúgás) az Achilles ín-vádlizom átmenet táján okoznak túlterhelést, esetleg szakadást is. Az Achilles ín és a sarokcsont közötti bursa gyulladása szokott felterjedni az ín mentén. A sarokcsont talpi oldalán is van bursa, gyulladása a plantaris fasciitis. Lapos láb, rossz cipő, magas heti kilométer-szám okozhatja a fájdalommal.

A metatarsus stressz-törése elég gyakori, felismerését nehezíti, hogy csak scintigráfiával lehet diagnosztizálni a kezdetben. Túlsúly, edzéskihagyás utáni újratekezés az anamnézis jellegzetes jegye.

A kezeléseknél a tünetek által megszabott pihenés, antireumatikumok, helyi jegelés és melegítés (e sorrendben!) stretching, izomerősítés, és a biomechanikai okok kiiktatása az általános teendő. A helyi steroid, a műtét a ritkán indokolt.

Apor Péter dr.

A labdarúgás élettana. Ekblom, B. (Karolinska Inst., III. Physiology Dept.): Sports Med. 1986, 3, 50.

A közlemény szerzője két évtizeden át orvosa az egyik legjobb svéd labdarúgó-csapatnak. A játékosok mozgását 1982-ben 45 mérkőzésen vizsgálták, két másodpercenként rögzítve a megtett utat és a labdával végrehajtott mozgásokat. Két megfigyelő adatai csúpan 2%-nyit különböztek. A svéd I., II., III. és IV. osztály csapatai közül egyet egy évben hatszor vizsgáltak, így összesen 12 ezer játékos mérkőzéséről van adatuk. Emellett kispályás, 2×20 perces mérkőzésadatok, valamint egy német II. ligás és két angol, elsőosztályú csapatnál is végeztek hasonló felméréseket.

A 90 perc alatt a játékosok által megtett út nagyjából azonos volt, a mérkőzés iramára és az évszakra tekintet nélkül. Egy védőjátékos pl. 9,1—9,6 km közötti távot tett meg mind a hat mérkőzésen, egy középpályás 10,2—11,2 km-t, egy csatár 9,8—10,6 km-t. A svéd játékosok átlagos távja 10 km körül volt minden mérkőzésen, hasonlóan egy 1968-ban megjelent svéd tanulmányban leírtakhoz. Negyedóránkénti bontásban is azonos volt a megtett táv, fáradás jeleit a megtett táv alapján nem regisztrálták. Valamennyi osztályban a védők 9,6, a csatárok 10,1, a középpályások 10,6 km-t tettek meg. Az ausztrál profi játékosok 11,5 km-t, az angol legjobbak 13,5 km-t, a másodosztályban 11,2 km-t futottak-jártak meccsenként. A Liverpool játékosain *Railley* a 70-es évek közepén 7,1—10,9 km-t regisztrált. A német csapat játékosai 9,8 km-t tettek meg.

A nagyobb különbség a csapatok között az intenzív, gyors futással megtett távol-

ságban van: a svéd csapatok az össztáv 8%-át futották gyorsan, a német a 10%-át, az angolok 11,2%-ot, az ausztrál profik 18,8%-ot. Harminc fokos melegben a gyors futások aránya a felére csökkent.

A szerelések száma átlagosan 14, a fejelelése 9 volt a svéd, német és az ausztrál csapatoknál, az angoloknál 19 és 13.

A pulzuszám a mérkőzés kétharmadában a maximális érték 85%-a felett van, ebből ítélve az aerob kapacitás 80%-át használják ki a játékosok a mérkőzés egésze alatt.

A testhőmérséklet (rektálisan mérve) tükrözi az energiaszámítást. Az első osztályban 39,5±0,3 fokot mértek, az alacsonyabb osztályokban néhány tízed fokkal kevesebbet.

A vér-tejsavérték a félidők végén 9 és 7 mmól/l az I. osztályban, 4 körül volt a IV-ben, de a 36—40 évesek kispályás meccse után is 8 mmól/l körül volt. Ebből ítélve a lehető legmagasabb értéket (12—15 mmól/l) a mérkőzés közben feltehetően többször is eléri.

Az izom glukogén *Karlsson* 1969-es és *Jacobs* 1982-es vizsgálatai szerint már az első félidő végére erősen megcsappan, ami a futásintenzitás csökkenését vonhatja maga után. A megelőző, glukogén-emelő étrend és edzés, a mérkőzés alatt a cukorkorpótás, és meccs után a helyreállítás mielőbbi megtörténte nagyon fontos.

A testsúly egy-két és fél, nagy melegben 5 kg-ot is csökkenhet.

Az izom rostösszetétele gyors dominanciát és jelentékeny rosthypertrofiát mutat.

Az aerob kapacitás a válogatott szintű játékosokon 65—67, olykor 70 ml/kg/perc, az első osztályban 59—62, a szabadidő-fozizókön 45—50. A nagyobb aerob kapacitás nagyobb iramú mérkőzést tesz lehetővé.

Az anaerob alaktacid teljesítmény (lépcsőn feljutás során a vertikális testtömeg emelés; kerékpáron sprintteszt) 10—20%-kal nagyobb, mint az edzetleneken. A Cybex II-ön mért izokinetikusan erő főleg a védőkön nagy, és korrelál a felülés magasságával.

Az izületi hajlékonyság a normálisnál kisebb, bizonyosan a mozgatórendszer „ápolásának” elmaradása miatt. Nyújtó (stretching) gyakorlatok a sérülések előfordulását csökkentik.

[*Ref. A sportjátékokról tanulmánykötet jelent meg a Medicina Sport kiadásában, Istvánfi Cs. szerkesztésében, melyben hazai szerzők tekintik át az élettan, pszichologia, táplálkozás stb. kérdéseit is.*]

Apor Péter dr.

Kocogók lábproblémái. Itin, P. Th. Rufi (Dermatologische Universitätsklinik Basel): Schweiz. med. Wschr. 1986 116, 1189.

A testi aktivitás egészségmegőrző szerepét már *Platon* hangsúlyozta. Napjainkban pedig már a rendszeres kocogás és fizikai aktivitás kardiovaszkuláris rizikót csökkentő hatásáról írnak és kocogást, mint legnépszerűbb sportfajtát ma Amerikában 30 millió ember űzi. Teljesen problémamentesnek azonban nem bizonyult, sőt egyesek börtöngyógyászati jelenségeket is tapasztaltak vele kapcsolatban. Ezeknek többsége a túlzott mechanikai és hő-

igénybevételből adódott, melyekhez még az infekcióknak kedvező bõrmiõlõ, valamint allergiás-toxikus reakcióik kapcsolódhatnak.

A kocogás bõrproblémái lehetnek: 1. *Bullosis mechanica* (lábhólyagok). Ez a leggyakoribb és a dõrzsõlés, izzadás kiktõszõbõlésével elõzhetõ meg. Szõvõdménye a fájdalom és ráfertõzõdés. Az idült mechanikus terhelés már a talpak hyperkeratosisát okozza. 2. *A piezogen csomók* a bõrelváltozások 10–20%-át teszik ki. 3. *Hyperkeratosis haemorrhagica*, ami tulajdonképpen egy barnásfekete körülírt hyperkeratosis és traumás bevérzés következtében legtõbbször a laterális lábészelen felül. 4. *Kocogó-lábujjak* (subungualis haematoma) fõleg a laterális lábészelen. Tartós futás esetén ugyanis egy számmal nagyobb a lábméret. Fájdalmasak és könnyen befertõzõdnek. 5. *Kocogó-petechiák*, mindkét láb ugróizületében, viszonylag ritkák. 6. *Allergiás és fototoxikus kocogó-dermatitis* az USA-ban ismert inkább. 7. *Bõrinfekciók*. Ezek a nedves miliõ, magasabb temperatúra és szénmonoxid (szellõzés hiánya következtében jönnek létre. 8. *Hõproblémák és ezek bõrhatása*. Lehetnek disszeminált, intravazális alvadásból eredõ generalizált haematomák, szokatlan szoláris arcprururák, viszketõ dermatosisek, urticariák, hidegártalomként Raynaud jelenségek. 9. *Kocogó-pruritus* ritka megfigyelésként. 10. *Kocogó-emiõbimbõ*, ami a maratoni futónõk 0,47%-ában lép fel a mamma feldõrzsõlõdése miatt. Férfiakon is elõfordul. Megelõzésére a nõk kocogáskor viseljenek melltartót. 11. *Kocogó-alopeciát* egy esetben írtak le, napokig tartó fejhallgató viselésre. 12. *Külsõ behatásként* a gépjármûforgalom baleseti lehetõségei, ködös idõben, és menetirányban történõ kocogásnál adóttak. De sérülést okozhatnak a figyelmen kívül eldobott üvegek, kutyaharapás, sõt ragadozó madarak által, költési idõben okozott fejsérüléseket is leírtak.

A közlemény a jelzett bõrelváltozások közlésével nem a kocogás egészségvédõ funkcióját vitatja, hanem ezeknek a szõvõdményeknek a megelõzését szorgalmazza.

Angeli István dr.

Sportolók légzésteljesítménye az átlagos maximális kilégzõgörbe alapján. Bertolon, J. F. és mtsai: Int. J. Sports Med. 1986, 7, 80

A felnõtt evezõsök, kajakozók, úszók és a kontrollként vizsgált medikusok, valamint ugyanezek sportágak serdülõkorú versenyzõinek vizsgálata azt igazolja, hogy a csúcsáramlás, a FEV₁ és a FEV_{0,75} jelzi leginkább az edzettséget. Csak az evezõsök vitálkapacitása volt nagyobb. A FEV_{0,25} akkora mint az edzetleneké. A serdülõkõn 7–10 hónap alatt a csúcsáramlás 14, a FEV₁ 7, a FEV_{0,75} 5%-kal nõtt. A kilégzõizomzat teljesítõképességének javulására utalnak e megfigyelések. A legjobban a FEV₁ reprodukálható, a legérzékenyebb a csúcsáramlás változása.

Apor Péter dr.

Az úszó-váll. Ciullo, J. V. (Sports Medical Center, Harper Hosp., Detroit): Clinics in Sports Med. 1986, 5, 115.

Az amerikai férfi úszókön 82, a nõkõn 47 százalékos gyakorisággal fordul elõ mellõs vállpanasz. Ezek egyrészt subluxatio, izvápa-szél kopás, acromioclavicularis (ac.) izület szétválás okozza, azonban leggyakoribb a rotátor-köpeny elváltozása.

Az acromion és a ligamentum ac. által képezett boltozat és az alattuk futó m. supraspinatus in közötti bursa beékelõdhet, majd hypertrofizálódik és fibrotizálódik, ezzel az izületi mozgás zavart szenved és fájdalommal válik. A húszéves pillangózók és gyorsúszók már degeneratív elváltozásokkal úsznak, melyek radiológiai jelei a következõk: cysták a tub. maiorban, trabecularis atrófia, a supraspin. tapadásának osteosclerosis. Az ún. „3 irányú-vállfelvetelek” közül az axillaris irányú a nem-csontosodott acromialis apophysist mutatja ki (ez sebészi beavatkozást igényel). A proc. coracoideus cystája, az izomtapadás helyén túlhúzás nyomai fedezhetõk fel. A 15 fokban feji irányú ap-felvételek arthritis, osteolysis, degeneráció jeleit láthatjuk. A burzafelvételek kombinált antrográfia a 20 évnél fiatalabbakon sokszor még normális eredményt ad.

A panasz a felkarba, a delta tapadásához sugárzó fájdalom, a felkar felemelt helyzetében (a kar a levegõben elõre jön a gyorsúszáskor) fájdalommal kísért kattanásérzés lép fel. Az ac. szalag felett egy ponton nyomásérzékenységgel jellemzõ. A „gerelyhajító” mozdulat során a fenti kattanás reprodukálható. A helyi fájdalom a felkar vízszintesen, alkar befelé hajlított helyzetében is kiváltható. Az érzékeny bursa tapintható, ha a test mellett lógó kart felnyomjuk a vállóverb. Crepitatio tapintható a felemelt kar hátravitelek (mint amikor a gerelyt hátraviszszük a hajítás elõtt). A tenyérrel lefelé helyezett akaratlanlag abdukción a supraspinatus megfeszülése miatt fáj, míg felfel nõzõ tenyérrel nem. A csak 120 foknál nagyobb abdukciónak jelentõs fájdalom az ac. izület betegségére vall. Mivel az úszók kifelé rotátorai gyengék, a rotátorok erõsítése — gumikötéllel, izokinetikusan — indokolt. A Cybexszel regisztrált erõgõrben a kattanás pillanatában erõsõkfenés észlelhetõ.

A konzervatív kezelés 4–6 hetes csökkentett gyorsúszóedzés — inkább mellúszás-kéztempót végezzen az úszó. Helyi jegelésre, szalicilatokra, karnyújtó-, súlyzó gyakorlatokra van szükség. A delta magasságában feltett szorítókötés (õntapadó szalag) az edzés alatt is viselhetõ. A nyújtást vízszintes, erõltetett vállflexióval, a fej felett hyperabdukciónal, a csuklón viselt súlyokkal elõrehajolt testhelyzetben vagy úszópádon végzett stretching-gyakorlatokkal oldhatjuk meg. Helyi steroid vagy lidocain ellenjavallt!

A 18–20 éves úszókön ezek az eljárások már nem szoktak segíteni. Az ac. szalag végének egyszerű rezekciója (ambuláns mûtét) nem elegendõ, ehelyett a szalag teljes rezekcióját javasolja a szerzõ, vagy az alsó acromioplaztikát. Fiatal úszókön a bursát távolítják el, remélve, hogy fél év alatt újraképzõdik. Felnõtteken a clavicularis végének rezekciója mellett az acromion transzpozícióját ajánlják. (Részletes mûtéti leírások olvashatók.)

Elengedhetetlen a fokozatos bemelegítés, a terhelés fokozatos emelése, a vállizmok rendszeres nyújtása, és a legkisebb

panaszok esetén is a konzervatív kezelés egybõ tényezõ. Két év alatt a fenti szabályok betartásával a panaszok gyakorisága 80-ról 14%-ra csökkent, s a rotátorok erõsítésével tovább ritkult.

Apor Péter dr.

Psychiatria

Alzheimer betegség. Katzman, R. (Department of Neurosciences M-24, University of California San Diego, La Jolla, CA 92093): New Engl. J. Med. 1986. 314. 964.

Az idõskori idegrendszeri kórképek jeles ismerõje foglalja össze ebben a cikkben azokat a kutatásokat, amelyek elõbbre vitték — de még nem oldották meg — az Alzheimer-betegséggel (A. b.) kapcsolatos kérdéseket az utóbbi években. Az Egyesült Államok területén mintegy 2 millió lakost érint a probléma, de a népesség elõregedésével párhuzamosan az esetek száma nõni fog. (A szerzõ az Alzheimer-típusú senilis demenciákat is az A. b. csoportjába sorolja. Ref.)

A betegség történeti áttekintése, leírása, klinikai diagnózisának kritériumai és nehézségei, a jelenlegi, csupán tüneti kezelés, rendelkezésre álló genetikai ismereteink az Alzheimer-betegséggel kapcsolatban, az eddig észlelt rizikófaktorok ismertetése képezik a cikk elsõ felét.

Pathofiziológiai ismereteink a biokémiai és morfológiai elváltozásokon alapulnak. Ez utóbbiak: kéregsorvadás, neuronvesztés, Alzheimer-féle fibrilla-elváltozás (AFE) és neurit-plakkok (senilis plakkok újabb elnevezése) jelenléte. Mindezen morfológiai elváltozások közös jellemzõje: 1. a speciális eloszlás az agyféltekékben belül, 2. extra- és intracelluláris köros fehérjék felszaporodása. Modern morfológiai módszerekkel mérve az agyféltekék idegsejt-vesztése nem is olyan nagy, csupán 10%-ra tehetõ, tünetmentes egykorú idõs emberek idegsejt-számához viszonyítva. A sejtvesztés azonban a nagy átmérõjû sejtekben nagyobb; 40–60%-ra tehetõ, míg a kisebb sejtek megmaradnak. Sejtvesztésért mértek a hippocampusban, entorhinális kéregben, locus coeruleusban és a basalis magban is. Bár a sejtvesztés a szellemi leépülés súlyos fokán sem válik súlyosabbá, de olyan specifikus szisztémákat érint, melyek pusztulásukkal fontos területek összeköttetéseit szakítják meg, pl. a hippocampusét.

A neurit-plakkok és AFE-k anatómiai eloszlása a kéregben sem egyenletes. Elsõsorban az asszociációs kéreg szenved, leg-súlyosabban a parieto-temporális terület. A plakkok és AFE-k száma egyenes arányban van a szellemi kapacitás hanyatlásával. Esetleges személyiségváltozás, ill. az érzelmi élet zavarai a limbikus struktúrák elváltozásából adódhatnak.

A. b.-ben az idegrendszernek legalább négy nagy ascendáló projekciós szisztémája szenved zavart; mindegyikükben neuron-vesztés, AFE vagy degeneráló idegvégzõdés található: a cholinergias szisztéma (Meynert-magból eredõen), a noradrenerg-szisztéma (locus coeruleusból eredõen), a szerotoninerg-szisztéma (dorsalis tegmentális terület) és a reticularis projectio (paramedian reticularis magból eredõen).

A neurotranszmitter-szisztémák változásai közül konstans a kéregben a cholinacetiltransferase enzim nagymértékű csökkenése: ezt már a tünetek kezdetekor megtalálták. A szellemi képességek hanyatlásával párhuzamosan csökken az agykéreg cholinacetiltransferase-tartalma is. Ezen alapuló terápiás kísérletek folynak; eddig azonban nem hoztak tartós eredményt (pl. cholin és lecitin, mint acetilcholin precursorok; az acetilcholinestérázát blokkoló physostigmin stb.).

A másik neurotranszmitter, melynek hasonló mértékű csökkenését észlelték A. b.-ben: az agykéreg és hipocampus nagy és középnagy sejtjeiben jelenlévő somatostatin. A. b.-ben a somatostatin receptorok száma is nagymértékben csökken, a neurit-plakkokban viszont tömegesen találtak somatostatin-végződéseket és az AFE-k némelyike is somatostatint tartalmaz. Egyéb neurotranszmitterek normális értékeket mutattak.

Positronemissziós tomográfiával a nagyagyféltekében a betegség előrehaladásával párhuzamosan jelentős volt az O csökkenése és glukóz utilizáció hanyatlása.

Molekuláris szinten folyik a kutatás az A. b.-re annyira jellemző fibrosus proteinek keletkezésére vonatkozóan. Ezek egyrészt az AFE-t adó páros helicalis filamentumok alkotóelemei, másrészt a neurit-plakkok amyloidmagjában és az érfal-amyloidban találhatóak. Bár ultrastrukturálisan ezek a fibrosus proteinek különböznek egymástól, a molekuláris elemzés során úgy találták, hogy közös, vagy hasonló peptidalegységek alkotják őket, melyeket 4 kilodaltonnal lehet jellemezni. Most már csak a következő faktort kellene megtalálni, amelyik a polymerek különböző megjelenési formáitért felelős, attól függően, hogy az elváltozás a neuronban, vagy az extracelluláris térben jön-e létre.

Végül a szerző felvázolja a jövő kutatásának feladatait. Elsősorban a betegség okát kell felderíteni, hogy megelőzhető, vagy progressiója megakadályozhatóvá váljék: ez a munka molekuláris biológiai és genetikai vonalon folytatódik. Szükség volna mielőbb jó perifériás markerra, szérum, lymphocytá vagy fibroblastok vonatkozásában. Epidemiológiai kutatások kellenének, hogy tisztázzák a rizikófaktorok jelentőségét. További fontos feladatok: jobb diagnosztikai lehetőségek, javuló tüneti kezelés, jobb ápolási viszonyok és az ápolást végzők tehermentesítése.

Majtényi Katalin dr.

A demencia differenciáldiagnosztikája.
Mulle, G. P.: Brit. med. J. 1986, 292, 1416.

A demencia oka ma elfogadottan nem egyszerűen az idős kor. A demens betegek számáránya ugyan az évek előrehaladtával emelkedik az egyes korosztályokban, de a 80 év feletti népesség 80%-a nem demens. A közlemény cíljá, hogy a 60 év feletti életkorban gyakrabban fellépő, szellemi hanyatlással jellemzett kórképek differenciáldiagnosztikai kérdéseit tárgyalja. A leggyakoribbnak tartott Alzheimer-féle betegségén kívül szerző a következő megbetegedésekkel kapcsolatos kérdéseket érint: vascularis megbetegedé-

sek következményeként kialakuló demenciák, normál nyomású hydrocephalus, jóindulatú feledékenység, sokszor tévedésre okot adó depressziós tünetcsoport, gyógyszerek túlzott szedésének, ill. gyógyszer-mellékhatásnak tulajdonítható demenciák, Jacob-Creuzfeld-féle betegség, Parkinson-, ill. Huntington-kórhoz társuló demenciák és ezek differenciáldiagnosztikai kérdései.

Helyes diagnózishoz elsősorban jó és alapos anamnéziszfelvétel vezet, nem kevésbé fontos az alapos klinikai kivizsgálás. A differenciáldiagnosztikai elkülönítéskor általában ismert módszereket említ (pl. hirtelen neurológiai tünetek kialakulása vascularis, vérzéses előzményre gyanús). A vascularis demenciák elkülönítésére a Hachinsky-tesztet tartja jónak. Laboratóriumi, nem rutin jellegű vizsgálatra szerző szerint ritkán van szükség. A nyomelemek meghatározását — a réz és a cinkmeghatározások szerepelnek példaként — ott tartja szükségesnek, ahol az addig kapott adatok eltérésekre gyanút szolgáltatnak. Laboratóriumi vizsgálatokkal kimutatható a demencia hátterében esetleg meghúzódó B₁₂-vitamin- és thyroxinhány. A közleményben idézett munkák nagy statisztikák alapján mutatják ki, hogy ezeknek a vizsgálatoknak az egyes beteg számára igen nagy haszna lehet, de a demenciák döntő többsége nem ilyen hátterű és így e terápiás kísérletek sem vezettek nagyszámú javuláshoz.

Az újabb vizsgálati eljárások közül kiemelten, külön fejezetben foglalkozik e közlemény a computertomográfiával. Véleménye szerint kevés az olyan beteg, akinek demenciája a CT-vizsgálat eredményének birtokában folytatott kezelés miatt javult vagy gyógyult. Felferíthetőek a vascularis elváltozások talaján kialakult demenciák egyes csoportjai, bár nem mindig. Kimutatható a normál nyomású hydrocephalus, de a legnagyobb mértékű segítséget a térszűkítő folyamatok vizsgálatában kapja az orvos, ami érthető, ha tudjuk, hogy idős egyének tumorainál kb. 30%-ban nincsenek lokalizációs lehetőséget nyújtó tünetek a központi idegrendszer területén.

Tisztázatlan eredetű demenciáknál szerző véleménye szerint a laboratóriumi vizsgálatokat mindenképpen érdemes elvégezni, a CT elvégzését azonban csak abban az esetben látja indokoltnak, hogyha a beteg somatikus állapota egy esetleges későbbi műtétet nem zár elve ki.

(A referens véleménye szerint e közlemény igen rövid terjedelme nem volt elegendő ahhoz, hogy a szerző e szerződéses témával megbirkózzék. Valószínűleg ennek is tudható be, hogy indokolatlanul sokat foglalkozik általánosan is ismert adatokkal, s a szűkre szabott terjedelmű munkában is ismétlésekbe bocsátkozik, szeríntem felesleges. A gondolatmenet sem töremsentes. A munka érdeme, hogy néhány, nem rutin-szerűen alkalmazott diagnosztikai eljárást igyekezett a diagnosztika tárházában a megfelelő megvilágításban tárgyalni, ill. elhelyezni.)

Szilágyi Á. Katalin dr.

Pszichoterápia: a dolgok jelentésének átalakítása. Frank, J. D. (Johns Hopkins University School of Medicine, Balti-

more, Maryland, USA): J. Roy. Soc. Med. 1986. 79. 341.

A pszichoterápia haszna, hatékonysága körül tovább folynak a viták. Nincs elméleti rend a kérdésben, ennek egyik oka az, hogy kb. 150-re tehető a pszichoterápiás iskolák, irányzatok száma. A konceptuális rend akkor valószínűleg meg, ha azt tételizzük, hogy minden pszichoterápia a jelentések síkján fejt ki a hatását. A páciens vagy a problematikusan viselkedő vagy viszonyuló ember nem látja meg bajainak értelmét, nem tud eligazodni azok jelentésében, emiatt nem is képes befolyásolni azokat. Mivel panaszaival és tüneteivel szemben tehetetlen, demoralizálódik, elkeseredik, elcsigged, feladja terveit. A pszichoterapeuta ezen úgy tud segíteni, hogy értelmet ad a helyzetnek, megmagyarázza a tünetek jelentőségét és jelentését a betegnek, ill. olyan cselekvési procedúrát ír elő számára, amely a betegnek új értelmet, új célképzeteket ad, bizalmat kelt benne, aktivitásra serkenti. A pszichoterápia során mindig változnak az attitűdök is, nem csupán új viselkedésmódok kialakításáról vagy új cselekvési sémák gyakorlásáról van szó. A pszichoterápia mindig ellene hat a beteg demoralizációjának. A terapeuta a betegre a kommunikáción át hat. Leginkább a terapeuta—beteg-kapcsolat az, amely a hatást közvetíti, számos adat bizonyítja, hogy már a kapcsolatba lépés is csökkenti a szorongást és sok — ún. non-specifikus hatás révén (pl. placebo hatások) segíti, hogy a beteg valamilyen értelmes jelentést alakítson ki magának bajáról. A terapeuta—beteg-kapcsolat nagymértékben aktivizál is, új cselekvésre serkenti, bizalmat kelt az előírt terápiás tevékenység iránt. Sokat számít a terápia sikerében a terapeuta kommunikáló képessége. Az egyes terápiás iskolák mintegy ideológiát, rendszerezett jelentést adnak a tüneteknek, magyarázatot nyújtanak azok okaira és eljárásait kínálnak megszüntetésükre. Nem indoktrinációról van itt szó, lényegében ugyanazok a folyamatok működnek, amelyek az ember élményszerveződését, dolgainak értelemmel való feltöltését amúgy is szabályozzák, pl. amelyek sajátos élettörténetet gyúrnak meghatározott hangsúlyokon és élménytorzításokon át a múlt emlékezeit anyagából, ill. amelyek ideológiát képeznek az énről kifelé kelténi igyekezett benyomás létrehozásához. A pszichoterápia mindig ezekkel a subjektív, eleve „szerkesztett” és torzított információkkal dolgozik, nagyon kevés a „tény”, amire támaszkodhat, ilyen értelemben leginkább a hermeneutikához hasonlít a gyakorlata. Mindebből nagyon sok szempont következik. Az pl., hogy pszichoterápia csak olyan állapotok, viselkedésmódok befolyásolására alkalmas, amelyek a jelentés síkján megközelíthetőek, ill. amelyek neurológiai folyamatstruktúrája a kommunikáción át érkező ingerek, jelentések révén módosítható.

A szerző a fenti általános modell alapján értelmezi az egyes pszichoterápiás iskolák gyakorlatát, magyarázatot ad, miért nem sikerül a pszichoterápia hatékonyságát bizonyítani az eddigi empirikus és redukecionista módszerekkel, amelyek főleg az összehasonlítás segítségével igyekeztek objektív különbségeket találni a különböző technikák eredményei között. A szerző állást foglal a pszichoterápia fontosságá és szükségességé mellett.

[Ref.: A szerző a pszichoterápia egyik legnevesebb — és legkorosabb — szakembere, lényegében a pszichoterápia körül zajló vitákhoz kíván hozzászólni, amelyek az elmúlt években főleg angol szaklapokban jelentek meg. A vitákban a biológiai pszichiáterek a pszichoterápia hatástalansága, szükségtelensége mellett foglaltak állást. Frank modellje nagyon jó általános magyarázó elvnek tűnik. A jelentés („meaning”) szintje, mint a pszichoterápiás hatás szubsztátuma, összhangban van a pszichoterápiás módszerek kommunikációs értelmezésével, mint integrációs magyarázattal, módszertani „közös nevezővel” és nagy jelentőségű, hogy Frank a személyiség kognitív önszervezésének folyamatát kapcsolja össze a pszichoterápiát, tehát azzal a móddal, ahogyan az emberek élményeikből és tapasztalataikból kialakítják, fenntartják és szüntelenül formálják identitásukat, a cselekvésük számára értelmet adó, önmagukra vonatkoztatott, komplex jelentésrendszert.]

Buda Béla dr.

Depresszióhoz, ill. Cushing-kórhoz társuló hyperkortizolizmus. Eltérő válaszok kortikotrop-releasing hormonra. Ph. W. Gold és mtsai (Neuro-Psych. Munkacsoport, Nat. Inst. of Health, Bethesda): N. Engl. J. Med. 1986, 314, 1329.

Az endogen depresszió aktív fázisát gyakorta kíséri hyperkortizolémia, csökkent dexametazon-szuppresszibilitás. Kévé, hirtudizmusos beteg esetében a kórkép nehezen differenciálható el Cushing-kór korai stádiumától, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy ez utóbbihoz is társulhatnak depressziós jelek.

A klinikai és biokémiai tüneteknek a két kórkép között észlelt jelentős átfedése arra készítette a kutatók egy részét, hogy közös patofiziológiai mechanizmust feltételezzen a primer depresszió és a hipofízis Cushing-kór között.

A szerzők állati eredetű kortikotrop-releasing hormonra (CRH) (1 µg/tskg, iv. bolus, 20.00 órákor) adott plazma ACTH- és kortizolválaszt vizsgálták depressziós, cushingos és kontrollcsoportban. A cushingosok ACTH-válasza jelentősen nagyobb, a depressziósoké pedig kisebb volt, mint a kontrolloké. A depressziósok alapkortizol-szintje és a CRH-ra adott ACTH-válaszuk között észlelt negatív korreláció a szerzők szerint arra utal, hogy a hipofízis szintjén érvényesül ezen betegcsoportban a negatív feed-back. A depressziósok hyperkortizolizmusának oka ezek szerint hypothalamikus szinten vagy előlért keresendő — feltehetően az elsődleges ok a CRH fokozott szekréciója. A depressziós betegek endokrin-szabályozását így a következők jellemzik: supra-hipofízis szinten fokozott CRH-szekréció, hipofízisszinten a megtartott feed-back, a mellékvesekéreg szintjén pedig (egy korábban is kimutatott) fokozott ACTH-érzékenység. Ezzel szemben a cushingos csoport patofiziológiai jellemzői: a negatív feed-back hipofízisszinten jelentősen károsodott, hypothalamikus szinten viszont érvényesül (ennek következményeként az endogen CRH-szekréció visszaszorul). Inzulinnal kiváltott hipoglikémia mindkét betegcsoportban csökkent kortizolválaszt eredményez, de ennek okai el-

térőek: cushingosoknál a CRH szupprimáltsága az ok, a depressziósok esetében viszont az adenohipofízis kortikotrop-sejtjeit fékezi a fennálló hyperkortizolémia. Az ugyanaznak közös jellemző csökkent dexametazon-érzékenység okai is az eltérő szintű feed-back-zavar alapján értelmezhetők. A szerzők az exogen CRH-ra adott ACTH-választ a Cushing-kór és a depresszió között differenciáldiagnosztikailag alkalmas eszköznek tartják.

Vida Sándor dr.

A hipotalamusz—hipofízis—mellékvesekéreg-tengely kóros működése anorexia nervosában. Ph. W. Gold és mtsai (Nat. Inst. of Health, Bethesda): N. Engl. J. Med. 1986, 314, 1335.

A súlyvesztés fázisában levő anorexia nervosus (a. n.) betegek jellegzetes klinikai képéhez konzekvens endokrin-abnormalitásként olyan fokú hyperkortizolizmus is társul, amelyet cushingosok és depressziós betegek esetében figyelhetünk meg. A kísért hipotalamikusan hipogonadizmus és a kóros arginin—vazopresszin-szekréció hipotalamikusan vagy előlért endokrin-regulációs zavarra utalnak a kórképben. Az a. n. klinikumának ismertsége és viszonylagos gyakorisága ellenére keveset tudunk a hyperkortizolizmus okáról, patomechanizmusáról.

A szerzők 9 a. n.-es beteget vizsgáltak. Hyperkortikolizmusukra utalt az emelkedett 24 órás vizeletkortizol-ürítés és az este levett vérminta magas össz- és szabadkortizol-koncentrációja. Kortikotrop-releasing hormonra (CRH) (1 µg/tskg, iv. 20.00 órákor) az egészséges kontrollokhoz képest csökkent ACTH-, de kifejezetten se kortizolválaszt észleltek betegeiknél. A csökkent ACTH-válasz a hipofízis szintjén érvényesülő negatív feed-back megtartottságára utal (egyidejű hyperkortizolizmus esetén). A szerzők által feltételezett elsődleges endokrin zavar hypothalamikus (vagy magasabb) szinten keresendő a. n. esetében. Feltételezésük szerint az endogen CRH fokozott szekréciójáról van szó. A depresszióban általuk kimutatott hasonló természetes endokrin diszfunkció (l. előző ref.), valamint a két pszichiátriai betegség klinikumának és genetikai vonásainak hasonlósága alapján feltételezhető a patofiziológiai rokonság is közöttük, ennek alapján más megvilágításba kerülhet a pszichiátriai betegségek jelenlegi klaszifikációja.

[Ref.: A releasing-hormonok mind szélesedő diagnosztikai alkalmazásával a „szupra-hipofízis szintű” endokrin diszfunkciók vizsgálata is lehetővé váltik. Ez az esz-köztár a hipofízis—mellékvesekéreg-tengely vonatkozásában is bővül, és talán hamarosan a gyakorlatban is alkalmazott lesz. A fentiekben adódó másik észrevétel, hogy az endokrin-alapú kutatások egy része egyre határozottabban a neuro-pszichiátriával épít ki mind szorosabb kapcsolatot és sajátosan interdiszciplináris jellegűt. S talán a gyakorló endokrinológus is bizonyos kérdésekben mind nehezebben fog boldogulni pszichiátriai ismeretek nélkül.]

Vida Sándor dr.

Klinikai vizsgálatok a kedélybetegség feniletilamin hipotéziséről. Sabelli, H. C. és mtsai: J. Clin. Psychiat. 1986, 47, 66.

A kedélybetegség feniletilamin (PEA) hipotézisét H. C. Sabelli és munkacsoportja az 1970-es évek elején fogalmazta meg számos közleményben: a PEA stimuláns, amphetaminszerű hatásokkal rendelkező biogén amin, az agyban akkumulálódik és specifikusan a B-MAO metabolizálja. A hipotézis szerint a PEA-szint csökkenése patogenetikus szerepet játszik egyes depressziókban, emelkedése pedig mániás állapotokban. A múlt évtizedben végzett mérések eredményei azonban ellentmondások maradtak, hiszen a rendkívül alacsony PEA-szintek mérése akkor még metodológiailag nagyon megbízhatatlan maradt. Egy 1985-ben kidolgozott HPLC és GLC módszercsoporttal azonban lehetővé vált mind a PEA, mind annak metabolitja, a fenilecetsav (PAA) megbízható mérése.

12 egészséges kontrollban a plazma-PAA-szint szignifikánsan magasabb volt, mint 23 gyógyszermentes depressziós betegben; csak 4 kontrollszemély, míg 19 depressziós beteg mutatott 400 ng/ml-nél alacsonyabb értéket. A 24 órás vizeletben ürített PAA-mennyiség a depressziós betegek közel 50%-ában (47 esetben 97-ből) 70 mg/24 h alatt maradt, és átlagban is közel 50%-kal alacsonyabbnak bizonyult, mint 48 kontrollszemély ürítése. Nem volt különbség uni- és bipoláris betegek között, de alacsonyabb PAA-ürítést találtak a súlyosabb, mint az enyhébb depressziós betegekben. 13 beteg sikeres antidepresszáns kezelése során a PAA-ürítés szignifikánsan nőtt, míg 30 eredménytelen kezelés során nem változott. Mániás betegek közel felében szignifikánsan emelkedett értékeket mértek, ezek kezelés (lítium és neuroleptikumok) során igen nagy szórással, de általában csökkentek. Egy nyílt, kontrollálatlan vizsgálatban fenilalanin adására a hangulat javulása volt észlelhető 40-ből 31 esetben, 11 beteg depressziója teljesen megszűnt.

A vizsgálatok a kiindulási hipotézis mellett szólnak, és igazolják a vér-, ill. vizelet-PAA-mérések klinikai relevanciáját. Az eredményeket életkor, nem, rassz, motoros aktivitás vagy diétetikus faktorok nem magyarázták, a vizeletgyűjtést kontrollálták, a gyógyszerhatások ugyan-csak nem befolyásolták a kapott értékeket (sőt, azok inkább az antidepresszáns kezelés eredményével, mint tényével függtek össze). Mivel egyelőre más pszichiátriai betegkezelési adatok nem állnak rendelkezésre, az eredmények specifikitása még nem íté-
lhető meg. Mivel a vizelet-PAA mennyisége a mg-os nagyságrendbe esik, a plazma-PEA µg-os szintjeivel szemben, az előbbi mérés könnyen és megbízhatóan végezhető; az előzetes eredmények alapján ez a mérés mintegy 15% álpozitív és 30–50% érzékeny eredmény mellett is a depressziók laboratóriumi vizsgálatainak lehetőségeit bővítheti.

[Ref.: az 1970-es évek első felében sorra megjelent publikációk a PEA-hipotézist többek között egyes élvezeti szerek (cocain, marijuána stb.) hatásával is összefüggésbe hozták, mivel mindezek emelték a vizelet PEA-tartalmát és a PEA hatása egyértelműen amphetaminszerű. A PEA ugyan-akkor nem neurotranszmitter (nem raktározódik specifikus helyeken, könnyen áthatol

a barriereken stb.), hanem inkább modulátor. Szintjézt elsősorban MAO-inhíbitorok emelik — ezek antidepresszáns hatásában kétségtelenül szerepet játszik. Prekurzora, a fenilalanin, egyébként több korábbi klinikai vizsgálatban is több-kevesebb antidepresszáns hatást mutatott (pl. Beckmann, 1980); sajátosságosan hangulat- és motilitásjavulás, depresszív gondolatok és anhedonia csökkenése, míg az alvásra, étvágyra, szorongásra nem hatott. A PEA-hipotézis esetleg segíthet a kedélybetegségek biológiai korrelátumai komplexitásának jobb megismerésében.]

Bánki M. Csaba dr.

A vérkeringési eredetű psychés zavarok, haemabsorptiós és hyperbarikus oxigén kezelés. Morkovkin, F. M. Fel: Zsurnal neuropathologii i psichiatrii, 1986. 86. 1401.

Mind ez ideig a vérkeringési eredetű psychopathológiai zavarokat psychotrop gyógyszerekkel igyekeztek befolyásolni. Ezzel szemben kiderült, hogy a legtöbb komplikáció amúgy is a neuroleptikus és antidepresszáns kezeléssel kapcsolatban jön létre.

Ennél a nozológiai egységnél feltételezhető, hogy bizonyos detoxikációs módszerekkel javítani lehet az anyagcsere-folyamatokat, továbbá a vér rheológiai tulajdonságainak javítása révén a keringést is. Azt már előzőleg is leírták, hogy a hyperbarikus oxigénkezelés az agyi vérkeringési zavaroknál javítja a prognózist. Ebben a feldolgozásban 56 vérkeringési eredetű psychés zavarnál alkalmaztak ilyen kezeléseket, melyek közül 22-en hyperbarikus oxigén-, a többiek pedig haemabsorptiós kezelésben részesültek. A betegek túlnyomólag 60 év fölötti nők voltak.

A somatikus és neurológiai vizsgálat, valamint az anamnesis mindezen betegknél vérkeringési zavarokat mutatott ki, ezen túl agyi érlemeszedést, koszorúsér-betegséget, ischaemiás szívbetegséget, postinfarktusos cardiosclerosis, hypertoniát, szívbetegséget és chronikus szív-olégtelenség valamelyikét is észlelhetők betegek többségén. Az agyi vérkeringési zavart átvészelt betegeknek maradó károsodásként hemiparesist, esetleg aphasit észleltek. Az EEG-vizsgálat rendszerint göccs izalmi tüneteket mutatott a károsodásnak megfelelő localisatióval. Csak a súlyosabb fokú elváltozás esetén alkalmazták a fenti két módszert. Ezeknél főként depressziós-hallucinatoros, illetőleg téves eszmékkel járó psychés zavarok álltak fenn.

A kezelés során már 15 perccel annak kezdete után a betegek jobb hangulatról számoltak be, javult tájékozódási készségük, részletesen és kritikusan tudtak számot adni betegségükről. Igaz, hogy később némelyik betegnél a psychés tünetek visszatértek, bár nem olyan súlyos mértékben, ezeknél vagy ismételt kezelést alkalmaztak, vagy psychotrop készítményeket adtak.

Hyperbarikus oxigénkezelést úgy végeztek, hogy 1,5 atm.-val 40—60 percig folytatták a kezelést, főleg depresszív, és depressziós-hallucinatoros syndromáknál. Legalább 3-4 kezelést végeztek a tartós javulás esélyéért. Először a betegek alvászavara javult, majd a feszültség, nyugtalanság, legvégül pedig a hangulata változott. Majd megszűnt a hallucinatoros, később pedig a doxasmás psychés zavar is. Egyik nőbetegükönél, akinél feltehetőleg toxicatiós eredetű hallucinatio állt fenn, javulást észleltek a depressziót illetően, hallucinatioja azonban megmaradt. Nem észleltek javulást viszont egy obsessiós, phobias syndrománál. Fontosnak tartják megjegyezni, hogy ezen kezelés alatt a betegek nem kaptak psychotrop szereket, illetőleg másik betegcsoportnál egész minimális ataracticum volt csak szükséges. Érdekesnek tartják, hogy a hyperbarikus kezelés kapcsán csökkent a vér tryglycerid-szintje.

Mechanizmusként úgy vélik, hogy a szöveti oxigénhiány felszámolásában nyújt segítséget a plazma oxigénszintjének emelkedése. Hiszen tudott, hogy tulajdonképpen a hypoxia játszik vezető szerepet a psychés zavarok kifejlődésében vérkeringési eredetű psychosoknál.

Véleményük szerint e két módszer szélesíti a kezelési arzenált, a vérkeringési zavar okozta psychés zavarok kezelésénél.

Tass Gyula dr.

A borderline személyiségzavar diagnosztikus kategóriájának stabilitása és megkülönböztethetősége. Barasch, A. (Payne Whitney Clinic, the New York Hospital—Cornell Medical Center): Am. J. Psychiatry, 1985, 142, 1484.

A szerzők vizsgálatukban 3 éves követéssel tanulmányozták pácienseik esetében a borderline személyiségzavar diagnosztikus stabilitását, kapcsolatát az affektív betegségekhez és a funkcionális állapotromlás súlyosságát, ezen keresztül a többi személyiségzavarhoz való viszonyát. 1979-ben 76 páciens vizsgáltak, akik a DSM—III kategóriái szerint a személyiségzavar diagnosztikus kritériumainak megfeleltek, 18 és 45 év közötti életkorúak voltak; közülük 30 páciens tudtak 3 év múlva részletesen újra vizsgálni. A DSM—III kategóriái mellett a Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB) és a Global Assessment Scale (GAS) felvételével 2 független, korábbi eredményeket nem ismerő kutató végezte az utánvizsgálatokat.

A DSM—III szerint a borderline személyiségzavar figyelemre méltó diagnosztikus stabilitást mutatott 3 év után, 10 páciensből 6 mindegyik DSM—III kritériumnak megfelelt, 3 pedig 4 itemnek felelt meg. A DIB hasonlóan prediktív értékűnek bizonyult. A borderline pácienseik 40%-ának volt maior depressziós epizódja 3 éves követés során, ugyanakkor a többi személyiségzavar esetében is a páciensek 40%-ának volt hasonló epizódja. Úgy tűnik, a borderline személyiségzavarnak a többi személyiségzavarral szemben nincs szorosabb kapcsolata az affektív betegségekkel (eredményeik úgy is interpretálhatók természetesen, hogy a DSM—III maior depresszió kritériumai túlságosan tágak). Borderline-páciensek nem mutatnak szignifikánsan nagyobb funkcionális állapotromlást, mint az egyéb személyiségzavarban szenvedők a követés során. Véleményük szerint ez komoly érv azzal a feltételezéssel szemben, hogy a border-

line személyiségzavar csupán a súlyos személyiségzavarok nem specifikus megjelenése lenne.

Fekete Sándor dr.

Prefrontalis kéregdiszfunkció, mint a pszichotikus állapotok közös jellemzője. H. F. Müller (Douglas Hospital Center, Montreal, Canada): Acta psychiatr. scand. 1985, 71, 431.

A szerző a pszichotikus állapotok olyan bio-pszichológiai modelljét vázolja fel, mely elvileg jól vizsgálható a modern fiziológiai módszerekkel és összegegyeztethető a korszerű bio-fiziológiai és pszichológiai elméletekkel, feloldandó a lélek—agy felesleges dualizmusát, nyitott mind a biológiai, mind pszichoterápiás gyógyítási lehetőségek felé.

H. Jackson (1884) elméletéhez nyúlunk vissza, aki szerint a központi idegműködés az egyszerűtől a bonyolult felé hierarchikus szervezett, betegségeknel e rendszer lépcsőzetes inaktiválódása történik, dedifferenciálódáshoz vezetve.

Véleménye szerint a prefrontalis kéreg tekinthető olyan elsődleges integráló központnak, ami megfelel a jacksoni „legfelsőbb szintnek”. Filogenetikusan az embernél éri el fejlettsége maximumát és az ontogenezis során is a legkésőbb fejlődik be az érese. A hátsóbb kérgi és a limbikus területekkel való rokonsága, kiterjedt összeköttetései alkalmassá teszik arra, hogy a befelé és kifelé történő információáramlás szabályozásában „kormányos” szerepet töltsön be, figyelembe véve a külvilágra és a saját identitásra vonatkozó belső modelleket. Lényeges hangsúlyozni, hogy e terület ontogenetikus fejlődése nemcsak a biológiai tényezőktől, hanem az egyéni tapasztalatoktól is függ, ahogy Jackson is azt állította, hogy ez a „legkésőbb kifejlődött központ folyamatosan fejlődik”. Mindez jól összegegyeztethető pl. Lewin pszichológiai elméletével.

Patofiziológiai vizsgálatok szerint a döntően negatív tünetekkel járó krónikus pszichotikus állapotokban e kérgi terület aktivitása csökken, ahogy ezt a lokális agyi keringési, anyagcsere- és elektrofiziológiai vizsgálatok mutatják. A pszichózis pozitív tünetei a prefrontalis régió kívüli kérgi területek aktivitásnövekedésével kapcsolatosak, ennek oka a prefrontalis szabályozás zavara, súlyos esetben teljes dekompenzálódása lehet.

Elképzelhető a hátsóbb területek elsődleges aktivitásfokozódása is, ez viszont gátlólag hat a prefrontalis működésre, circulus vitiosus okozva.

Mindez a jacksoni értelemben vett diszsolúcióhoz vezet: regresszió a legújabb központoktól a kevésbé differenciáltak felé. A prefrontalis kéreg a belső modellekhez igazítja a beérkező információkat, ennek zavara a realitásérzők csökkenéséhez vezet, pszichológiai értelemben identitászavarhoz és az én-határok elvesztéséhez.

A szerző rendkívül fontosnak tartaná e terület funkcióinak mind normális, mind patológiai állapotokban történő bio-fiziológiai vizsgálatát, e korszerű bio-fiziológiai tesztek kidolgozásának közvetlen terápiás haszna is lenne, hiszen ha a prefrontalis terület megbízható elektrofiziológiai indikátorai elérhetőek lennének, akkor le-

hetőség nyílna a szabályozás (én-funkciók) bio-feedback módszerrel történő erősítéséhez.

Lajtavári László dr.

Paramedicina

A homeopata orvoslás kritikája a természettudományos irányú orvoslás szemzőgéből. Hopff, W. H.: Schweiz. Apoth.-Ztg. 1986, 124, 589.

A régi nagy mester: *Samuel Hahnemann* elveitől ma már sokan eltávolodtak. Sokszor hallani: a homeopata orvoslás az, amely kizárólag növényekkel történik. Tényleg vannak olyan homeopaták, akik csak növényi, vagy növényi eredetű szerekkel gyógyítanak. Az eredeti tan azonban kémiai anyagokat is tartalmazott, illetve alkalmazott. Ezek zömmel ma is szervesen vegyületek. A „hasonlót hasonlóval” elve oly ősi, mint a gyógyítás maga. Hahnemann hibás megfigyelésén alapszik az egész elv: a kínakérget hibásan alkalmazta. Önmagán figyelte meg, hogy túladagolásra láz, emiatt hidegrázás következett be. Helyesebben: ő vélte csak úgy, hogy ez láz (mert hidegrázása volt), pedig ez esetleg a túl alacsony hőmérséklet következménye is lehetett. Nem tudni, mi volt, mert a hőmérőt akkor még nem ismerték. Innen vette az ötletet: kis adagokkal hozzá kell szoktatni a szervezetet a lázhoz. Kerestek és találtak más szereket is, amelyek betegséghez hasonló tüneteket váltanak ki. Ezeket az anyagokat aztán végtelenül felhígították.

Nem tagadható: a homeopata kezelés után — hasonlóan más paramedicinális gyógymódokhoz — sokszor érhető el gyógyhatás különféle betegeken. A homeopata szaklapok szerint titokzatos erők ébrednek a betegeken. [De abban tévednek: ezt nem a készítmény, hanem az emberi hit eredményezi, hanem az emberi hit eredményezi, amely pszichésen hat.] Amerikában a Hahnemann Medical College (Philadelphia) 1848 óta azon fáradozott, hogy e szerek hatását bizonyítsa, de 1952 óta nem ad ki többé homeopata orvosi bizonyítványt. Vajon miért van akkor mégis oly sok híve még mindig? — A válasz: az emberek hiszékenységé.

Kempler Kurt dr.

Álörvosi paramedicinális kezelésmódok daganatos betegeken. Obrist, R., M. von Meiss, J. P. Obrecht: Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 283.

A szerzők következtetéseiket 101 tumoros ambuláns beteg felmérése alapján szűrték le. Az idült, életveszélyes lefolyású betegségekben szenvedők tekintélyes száma alkalmaz ugyanígy olyan diagnosztikus és kezelési módszert, melynek hatása nincsen bizonyítva. A rákos betegek ilyen célú kiadásait évi 2 milliárd dollárra becsülik, a problémával pedig az onkológusok nap mint nap találkozhatnak, sőt a háziorvosok is gyakran fordulnak hozzájuk ilyen irányú tanácsot kérve.

Ezekben a bizonyított hatás nélküli kezelésmódokban általában hiányzik a szokásos és előírt in vitro és in vivo vizsgálások elvégzése és azok eredményének értékelése. Ezek eredménye nem az orvosi szaklapokban, hanem a laikus újságokban jelenik meg, inkább misztikus, mint fizio-

lógias bemutatásuk pedig legtöbbször nehezen kontrollálható. A probléma ugyan nem új, de mégis mind ez ideig kevés vizsgálatot végeztek e kezelésmódok okának és gyakoriságának tisztázására.

A szerzők felmérésüket onkológiai osztályuk 101 ambuláns betegén végezték kérdőíves módszerrel.

A gyakoriságot illetően 32, a felmért betegek 31,7%-a élt ilyen paramedicinális kezelésmóddal és csak 8 (25%) számolt be erről kezelőorvosának. Ezek többnyire Iscadorral kezelt betegek voltak, melyet azok subcutan injicáltak.

Az alkalmazott anyagok és azok hatása. E kezelésmódok egynegyedét diétás rendszabályok (gyümölcslevek, céklalé, C- és D-vitamin, tejsavas készítmények) képezték, a többiek közül pedig az Iscadorkezelés emelkedett ki. 12 beteg állapotának javulásáról, 1 pedig — kezelőorvosának megerősítése nélkül — metasztatizált tüdőcarcinomájának megkisebbedéséről számolt be. Az orvosi vélemények 1 tumorjavulásról, 2 általános javulásról, 3 változás nélküli állapotról, 1 rosszabbodásról számoltak be a paramedicinális kezelés kapcsán.

A költségeket illetően az ily módon kezelt betegek több mint kétharmada (22) 300 svájci franknál kisebb kiadásról számolt be, a 7 Iscadorral kezelt költségeit pedig a biztosító társaság fizette.

A daganatos diagnózist tekintve a sarcomások 67%-a, a here-teratomások 57%-a választotta a paramedicinális kezelést is.

A kezelés eredményében a csak orvosi szempontok szerint és paramedicinálisan is kezeltek között lényeges különbséget nem észleltek.

[Ref.: *Egyes táplálékok és táplálékosztási tényezők a rákos megbetegedések létrejöttében és megelőzésében biztosan szerepet játszanak. E tapasztalatok gyógykezelésben történő hasznosítása esetében paramedicinálisan beszélni egyre inkább dogmatikus túlzás. Komoly és megalapozott orvosi közlemények sokasága foglalkozik ma már — számosat magam is referáltam — nemcsak egyes táplálékfeleségek, hanem egyes ételek elkészítésének és tartósításának rákkeltő hatásával. A túlzott és főleg zsíros-hús-fogyasztás vastagbél-rákkeltő hatása egyértelműen bebizonyosodott, a viszonylagos A- és C-vitaminhiány ilyen hatását pedig az idült alkohol-fogyasztók között lehet igazolni.*

A szerzők következtetése nemcsak az esetek kis száma és az epidemiológiai esetkontroll feldolgozás hiánya miatt sántít és vitatható, hanem az eredmények — ami legfeljebb a kis számok miatt nem lehet meggyőző — matematikailag jobban utánaszámolva is mást mutatnak. Így kiderül, hogy a paramedicinális lehetőségekkel a malignusabb daganatokkal megbetegedettek éltek inkább és 3 éves túlélésük mégis 10,4%-kal (43,7, illetve 33,3%), teljes remissziójuk pedig 6,7%-kal (34,0, illetve 27,5%) volt nagyobb, kisebb progresszióval. Ami az Iscador injekciós kúrát illeti, annak jó hatásáról már az orvosi szaklapok is írtak.

Mind ezek természetesen nem jelentik azt, hogy a tumoros betegek gyógykezelésében az orvostudomány mai álláspontjától eltekinthetünk.]

Angeli István dr.

Szerk. megjegyzés: A kommentárral nem mindenben értünk egyet.

Termékenység, meddség

Populációs tanulmány az infertilitás okáról, kezeléséről és kimeneteléről. Hull, M. G. R. és mtsai (Dept. Obstetrics and Gynaecology, Bristol Maternity Hospital, Bristol BS2 8EG, Anglia): Brit. med. J. 1985, 291, 1693.

A szerzők Bristol és környéke lakosságában (393 000) előforduló infertilitás gyakoriságát 17%-nak találták. Évenként átlag ezer házaspár 1,2%-a jött infertilitás miatt vizsgálatra. A tanulmányozott 708 házaspár infertilitása 1—13 év, átlagosan 29 hónapja állott fenn. Az asszonyok kora 18—46, átlagosan 28 év, 59%-uk sohasem volt terhes. A férjek kora 18—64, átlagosan 31 év. Az infertilitás leggyakoribb oka ismeretlen: 28%, sperma defekt/diszfunkció: 24% és ovulációs hiba: 21%. Endometriózist csak 6%-ban találtak és ritkán okozott tubakárosodást. A férfi infertilitás legtöbb esetében a szerzők szerint nincs hatásos kezelés. Még ha az azoospermias betegeket kizárják, a kilátás akkor is csak 20% körül van a természetes fogamzásra.

A tisztázatlan okú infertilitás képezte a legnagyobb csoportot. A legfontosabb tényező a terhesség kilátásaira vonatkozólag az infertilitás fennállásának időtartama. Az in vitro fertilizációra való képesség azonban normális marad és a terhesség kilátásai jók.

Jakobovits Antal dr.

Méhenküli terhesség utáni sterilitás és petevezeték-működés. Volobujev, A. J., Orlova, V. G. (Anya- és Csecsemővédelmi Intézet, Moszkva): Akusersztvo i ginekologia, 1985, (9), 34.

A szerzők a petevezeték működését tanulmányozták méhen kívüli terhesség miatt operált, II. sterilitás miatt jelentkező betegeken. Vizsgálataik arra irányultak, hogy a petevezeték funkcionális zavarának kialakulásában milyen szerepet játszanak a függelékek lobos folyamata, ill. az androgének.

A petevezeték perisztaltikáját kimográfias pertubációval, a hormonműködést az ösztrogének, 17-KS, DEA meghatározásával, ill. dexametazon terheléssel állapították meg. Korábbi kutatásaikkal igazolták, hogy párhuzam van a 17-KS és DEA excretiója, valamint a petevezeték, a tuba-uterinális és isthmico-ampullaris sphincter tónusa között. Mostani eredmények szerint a méhen kívüli terhesség legnagyobb kockázatát a vesekéreg szubklinikai hiperfunkciója (emelkedett DEA, csökkent ösztrogen/DEA és 17-KS/DEA hányados) által kiváltott perisztaltika-zavar jelenti. A lobos folyamat a hormonális motilitás-zavart tovább fokozza. A lobellenes, fibrolitikus és hormonális terápia után a kezelt betegek 53%-a esett terhesre. Az ismételt graviditás extrateruterina gyakorisága 6,7% volt, ami ovarialis hormonzavar esetén 11%-ra emelkedik.

Orosz András dr.

Heterológ művi inszemináció a meddő házasságban. Lukin, V. A. és mtsai (Anyas- és Csecsemővédelmi Intézet, Moszkva): Akusersztvo i ginekologia, 1985, (10), 44.

A meddő házasságok kb. 30%-ában a gyermektelenség andrológiai okkal magyarázható. Az ilyen esetekben szóba jöhető heterológ művi inszemináció (továbbiakban: hmi.) hatékonysága széles határok között mozog. Glezerman például 85,2%-ban, míg Weller csak 27,8%-ban tudott terhességet elérni. A nagy szórás a páciensek kiválasztásának különböző szempontjaival, az alkalmazott sperma milyenségével (natív, fagyasztott) és a bevétel módjával magyarázható.

A közlemény 255 hmi. eredményéről számol be. 244 esetben andrológiai (143: azoospermia, 95: oligoasthenospermia, 5: teratonospermia, 1: polyspermia), nyolcban genetikai ok, háromban pedig Rh-izomizáció volt az indikáció. 30 hónap alatt 2024, átlagosan egy páciensnél 7,9 hmi.-t végeztek 627 menstruációs ciklus során. 224 kezeltnél csak hmi. történt és 68 (30,4%) terhesség következett be. Sikertelen homológ inszemináció után 31 esetben folyamodtak hmi.-hoz, ami 7 betegen volt eredményes. A terhességek 82,6%-a az első 3 ciklusban jött létre. A 75 terhességből 53 élő gyermek (3 ikerpár) született. (Ref.: a szerzők csak utalnak arra, hogy női szubfertilítást esetén ovuláció-indukciót is végeztek.) 17 terhesség spontán vetéléssel fejeződött be. Méhen kívüli terhességet 2 kezeltnél állapítottak meg.

Összegezve megállapítható, hogy hmi. után minden harmadik esetben következett be terhesség. Az eredménytelenség azzal is magyarázható, hogy a páciensek ötöde az első sikertelen ciklus után megszakította a kezelést. Szembetűnő a spontán vetélések nagy száma, ami további vizsgálatokat igényel. A szerzők végül hangsúlyozzák, hogy 165 pár esetén női szubfertilítást is észleltek.

Orosz András dr.

A tubáris eredetű sterilitás kibővített kivizsgálása. Szavickij, G. A. és mtsai (Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Leningrád): Akusersztvo i ginekologia, 1985, (9), 32

A laparoszkópiát az utóbbi években egyre gyakrabban alkalmazzák a sterilitásos betegek kivizsgálásában. A belső nemi szervek anatómiai és funkcionális állapotának értékelésén, a peritubáris adhéziók oldásán kívül az ováriumok generatív működésének a megítélésében is hasznos lehet. Ez utóbbi egyre nagyobb jelentőségre tesz szert az in vitro fertilisatio elvégzésében.

A szerzők 59 tubáris sterilitásos beteg hagyományos kivizsgálását laparoszkópiával egészítették ki. A beavatkozás előtt a tüszőérést klomifencitráttal és hCG-vel stimulálták. A laparoszkópia optimális idejét szonográfiával határozták meg. A vizsgálat során valamennyi 8 mm-nél nagyobb tüszőt megpungálták petesejt nyelés céljából. A petesejteket in vitro fertilisatio céljából tenyésztették. Nyolc betegen sikertelen volt a percutan punctio

(2 esetben nem találtak 8 mm-t elérő tüszőt, kettőben posztovulációsak bizonyult a beavatkozás, négyben a kifejezett adhéziók zárták ki a sikert). Az eredményesen pungált 51 betegből 112 tüsző bennéket aspirálták. Végeredményben 32 betegből nyertek 49 petesejtet. A tenyésztésre alkalmasnak ítélt 32 petesejt közül 10 fertilizációja volt sikeres és fejlődött tovább in vitro 2–8 blasztomérből álló petéig. A tenyésztésre alkalmatlan petesejtek több mint felét idült függelékgyulladás következtében kialakult durva anatómiai elváltozások esetén nyerték. A szerzők végül hangsúlyozzák, hogy a petefészek laparoszkópiás vizsgálatával ellenőrizhető a reprodukív rendszer működése. Az ily módon nyert információ segítségével eldönthető, hogy ki alkalmas tuba-plasztikai műtetre, ill. in vitro fertilisatióra.

(Ref.: Irodalmi adatok szerint a tuba-sterilitás mikrosebészeti kezelése után 34–64%-ban, míg egyszeri in vitro fertilisatio után 15%-ban következik be terhesség.)

Orosz András dr.

Tubáris sterilitás kezelése mikrosebészeti módszerrel. Ivanyuta, L. I. és mtsai (Bujko Tudományos Kutató Intézet, Kijev): Akusersztvo i ginekologia, 1985, (9), 42.

A szerzők 306 tubáris sterilitás miatt hagyományosan (163) és mikrosebészeti módszerrel (143) operált betegről számolnak be. Anyagukban 129 salpingolysis (57. ill. 72), 126 salpingostomia (88. ill. 38), 36 neosalpingostomia (11. ill. 25). 5 end-to-end anastomosis (1. ill. 4) és 10 tuba-implantatio szerepel. A petevezetékek átjárhatóságát mikrosebészeti módszerrel 86,5%-ban, hagyományosan operálva 70%-ban sikerült helyreállítani. A teherbeesési arány az előző sorrendben 29,2%, ill. 17,7% volt. A négy mikrosebészeti módszerrel végzett end-to-end anastomosis után 2 esetben következett be terhesség. A közlemény végső konklúziója, hogy a nőgyógyászati mikrosebészet lényegesen javítja a tubarekonstrukciós műtétek sikerét.

Orosz András dr.

A tuba uterina endometriosisának diagnosztikája. Scserbinov, A. E. és mtsai (Szerzdovszki Anya- és Csecsemővédelmi Intézet): Akusersztvo i ginekologia, 1985, (9), 65.

Sterilitás kapcsán a petevezeték endometriosisa az utóbbi időben egyre gyakrabban kerül szóba. A közlemény szerzői a sterilitás miatt kivizsgálásra került betegek tuba-endometriosisának diagnosztikájáról számolnak be. A szokásos hisztoszalpingográfiával vizsgált 180 sterilitásos nő 19,4%-ában állapítottak meg endometriosis-gócokat a petevezetékben. Az érintett betegek több mint har-

madában okozott az endometriosis tuba-okklúziót. Későbbi vizsgálataik során a HSG-t pneumopelviográfiával egészítették ki. Az ilyen módon ellenőrzött 50 beteg 32%-ában láttak endometriózist. Öt endometriosisos betegen végeztek rekonstrukciós műtétet. A szövettani vizsgálat mind az öt esetben megerősítette a röntgendiagnózist.

A közlemény rámutat a női sterilitás egyik lehetséges, eddig nem eléggé hangsúlyozott okára.

Orosz András dr.

Exogén és endogén tényezők hatása a HMG (humán menopauzális gonadotropin) által stimulált terhességi rátára in vitro fertilizáció és embrió transzfer esetén. H. W. Michelmann és mtsai (Christian-Albrechts-Univ., Frauenheilkunde, D-2300. Kiel 1, Hegewischstr. 4.): Fertilitat, 1985. 1. 22.

Az in vitro fertilizáció (IVF) és az embrió transzfer (ET) elméletileg igen egyszerű műveletnek tűnik, hisz nem kell hozzá más, mint egy érett petesejt, ezt in vitro megtermékenyíteni és a méhbe beültetni. A gyakorlat mégis azt mutatja, hogy mind-egyik legfeljebb az esetek harmadában lehet elérni, hogy a terhesség a méhben tovább növekedjék.

A sok sikertelenségnek számos technikai oka lehet, ezért ezek tökéletesítésére törekednek: az embrió tenyésztő-kultúra javítása (pH, ozmózis, vízminőség stb.); az átviteli technika finomítása (speciális katéter); tüsző-punkció pelviszkópiával; megfelelő minőségű sperma legyen; a ciklus követésére ultrahang és hormonológiai vizsgálatok; megfelelő eset kiválasztása (kor, hormon-adagolásra megfelelő hatás); megfelelő számú ET. Mindezen feltételek biztosítása esetén sem lehet előre garantálni a sikert.

A szerzők 1984-ben 42 IVF+ET-t végeztek ugyanazon módszerrel: a ciklus második napjától kezdve hMG stimulálás, majd hCG (humán choriogonadotropin) adagolás naponta végzett hormon-meghatározásokkal.

Igy a 42 esetből 11 terhesség származott és összevetve a terhes és nem terhes csoportot, különbséget csak abban találtak, hogy jobban reagáltak a hormon-kezelésre bizonyítottan azok, akik teherbe is estek, ezen kívül e csoportban több tüsző is ért meg és több petesejtet nyertek. Abban az esetben, ha terhesség bekövetkezett, a sperma minősége is megfelelő volt.

[Ref.: A cikkből kiténik, hogy oligo- és astheno-zoospermia esetén is felhasználták a férj spermáját, de nem derül az ki, hogy miért nem alkalmaztak donorspermát. Már csak azért is feltűnő ez, hisz gyakran kerül sor donor-spermával történő inszeminációra (esetleg a férjével összekeverve), ha nem biztosan fertil a férj.]

Aszódi Imre dr.

Dr. George Chapchal és dr. Dietrich Jaster: Orthopädie im Kindes- und Jugendalter. (A gyermek- és fiatalkor ortopédiája.) Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig. 1986. 344 old. Ára: 73,— M

A gyermek- és fiatalkor ortopédiájával foglalkozó könyv több szerző munkája. A svájci Chapchal és az NDK rostocoki egyetemén dolgozó Jaster mellett magdeburgi, drezdai és schwerini vezető ortopéd munkáját dicséri ez a hézagpótló könyv.

A könyv 344 oldalon 192 képpel és 23 táblázattal jelent meg.

Az ortopédiai betegségeket 13 fejezetben tárgyalja. Minden fejezet további alfejezetekre oszlik. A könyv végén 508 irodalmi adat fejezetek szerinti csoportosítása jó áttekintést nyújt az érdeklődők részére.

Az I. fejezet az általános vizsgálati, diagnosztikai és terápiási módszereket tárgyalja.

A II. részben a csontos váz veleszületett anomáliáiról, szisztémás megbetegedésekről olvashatunk.

A III. fejezetben az epiphysis porc növekedési szerepeinek. A serdülőkorban gyakran találkoznak különböző növekedési porcbetegségekkel, így ennek a résznek a részletes tárgyalása hiánypótló.

A csont és az izületek gyulladási állapotok ismertetése és a különféle vitaminhiány zavarok ortopédiai vetülete és megjelenése fontos fejezete a fiatalkori megbetegedéseknek. A modern gyógyszeres szemlélet ismertetése és az ortopédiai eljárások korszerű alkalmazása jellemző erre a részre.

A csontdaganatok ismertetése és kezelési elveinek felállítása modern és korszerű. A tudomány előrehaladtával csökkent a csonkoló eljárások száma és ennek a fel fogásnak hű tükrö ez a fejezet.

A perifériás idegrendszer elváltozásai és a neuromuscularis megbetegedések ismertetése következik a sorban.

A baleseti sebészeti rész ismertetése a német nyelvű ortopédiai szakkönyvekből általában hiányzik. Ezért üdvözölhetjük a gyermek- és fiatalkor traumatológiájának ismertetését és a terápiás szempontok felsorolását.

A könyv utolsó három fejezete külön-külön tárgyalja a nyak-törzs, a felsővégtag és az alsóvégtag megbetegedéseit. Didaktikusan és korszerűen írja le a sok problémát okozó scoliosis, a csípőficam és a dongaláb felismerését, osztályozását és részletes kezelését. A három igen fontos ortopédiai megbetegedés mellett a veleszületett és szerzett betegségek ismertetése közül a statikai megbetegedésekre hívom még fel a figyelmet.

A könyv szerkesztése igen jó. Könnyen áttekinthető, nagyon jók a képek és ábrák, szép a kivitel. Szerkesztésmódja az orvostanhallgatók és szakorvosjelöltek részére nagyon korszerű, a benne foglaltak könnyen megtanulhatóak. Tartalma azonban egyéb szakorvosok részére is hasznos tudnivalókat tartalmaz. A gyermek- és

serdülőkori ortopédiai megbetegedések ismerete a gyermekgyógyászok, gyermeksebészek és az általános orvosok részére is fontos, így ők is megtalálják a könyvben a részükre szükséges mondanivalót.

Bender György dr.

Rationelle Therapie in der inneren Medizin. — Herausgegeben von H. Losse, U. Gerlach und E. Wetzels. — 3. neubearbeitete Auflage. G. Thieme Verlag Stuttgart — New York, 1986. — 373 oldal, 26 fejezet, 8 ábra, 62 táblázat. Ára: 84,— DM

A münsteri klinikán és poliklinikán, valamint a rosenheimi városi kórházban dolgozó szerzők 10 év alatt harmadszor adták ki könyvüket. 37 szerzőtársal dolgoztak, közülük sokan ugyancsak münsteriek. Braunsteiner osztrák, Rahn holland, Siegenthalerék és Streuli svájci intézetekben dolgoznak.

Mi tette szükségessé 10 év alatt a 3. kiadás megjelentetését? A bevezetőben a szerzők kifejtik, hogy a gyorsan specializálódó belgyógyászat a gyakorló orvosok számára tájékozódási nehézséget jelent a terápiás aktualitások terén. Másrészt a multimorbiditást is vethet fel olyan terápiás problémákat, melyeket még a specialista sem ismer mindig.

A 26 fejezetből 4 esik az általános részre, 2 a speciális részre, ezek között legbővebb az endokrinium betegségeit tárgyaló 5 fejezet. A speciális részt határterületi fejezetek zárják le (reumás és degeneratív betegségek, allergiás betegségek, fertőzések, tuberculozis, malignus tumorkonkratív kezelése, exogen intoxikációk). A könyv végén a tárgymutató előtt alfabetikus gyógyszerregiszter van oldalszám hivatkozásokkal. Minden fejezet végén egészen friss irodalmi adatok találhatóak, köztük nem kevés 1985-ös!

Az általános részben figyelemreméltó az a megállapítás (18. old.), mely szerint 1972-ben egy év alatt 874 betegből 10,6% volt a mellékhatás, kórházi felvétellel emiatt a betegek 3,5%-a szorult. A gyógyszeres kölcsönhatások kérdése állandóan napirenden tartható az egyre bővülő terápiás fegyvertár miatt is. A gyakorlatban igen sűrűn használt cumarinok, anti-diabeticumok és antihypertensivumok más gyógyszerekkel való hatásérősítő vagy hatásgyengítő kölcsönhatásairól jó összefoglaló táblázat olvasható a 24. oldalon. Külön alfejezet foglalkozik a választható gyógyszerek kérdésével. Az NSZK-ban bizonyosan megnehezíti a tájékozódást az, hogy 400-nál több szívglycosida-készítmény van forgalomban.

A részletes rész a szív és a keringés betegségeivel kezdődik, itt tárgyalják a hypertonia és hypotonia korszerű gyógykezelését is. Az idült szívelégtelenség terápiaiban már jó hatású szerként említett a captopril-t és az enalapril-t is (37. old.). A vénák betegségeinek gyógyszeres kezelésére az NSZK-ban 1985-ben 207 készit-

mény állt rendelkezésre! Ez az óriási szám mindenesetre megkérdőjelezi mindezek hatásosságát.

A légzőrendszer betegségei részben figyelemreméltó a Hamman-Rich-féle intersticiális tüdőfibrosis kezelési lehetősége D-penicillamin + corticosteroid + azathioprin mediatióval, resistens esetekben prednison + cyclophosphamid kombinációval. A vérképző szervek betegségei között az innsbrucki Braunsteiner hangsúlyozza azt, hogy a heveny lymphocytás leukaemiában a terápiát csak speciális centrumban lehet végezni. A nyelöcső és gyomorbeltractus betegségei részben a vékony- és vastagbél localisatiójú Crohn-betegségben az 5-aminosalicylsav jó hatásáról esik szó (151. old.). A biliaris tractus betegségei között májcomában a plazma-pheresis terápiát említett, kategorikusan hangsúlyozzák, hogy hepatitisben terheségmegszakítás nem indokolt (156. old.). A vesék és húgyutak betegségei fejezetben jó csoportosítás olvasható a terheségi pyelonephritisekben használható szerek-ről (tetracyclinek, gentamycin, tobramycin nem — 178. old.).

Az endokrinium betegségeit 5 fejezet tárgyalja. A 196. oldalán a Cushing-syndroma kezelésében az inoperábilis mellékvesec. esetén újabb az o,p-DDD (a DDT-vel rokon vegyület) kezelést ajánlják 3–10 g-os napi adagban (Mitotane, Lysodren). Szerencsés beosztás az aldosteronismusok taglalása első-másod-harmadlagos formában. A malignus phaeochromocytomában napi 2 g methyltyrosin (Metirosin) csökkenteni képes a catecholamin bioszintézist (201. old.).

Különös gondtal tárgyalják a corticosteroidok indikációs területét, mivel 34%-ot is elérő mellékhatásokról tudósítanak (203. old.). Érdekes, hogy a pajzsmirigy betegségei részben a lítiumról csak annyi van, hogy tartós kezelésre nem alkalmas mellékhatások miatt. Az anyagcserebetegségek (elhízás, soványág) részben hangsúlyozott mértékűen olvasható a jejunioileostomia értékéről (255. old.). A víz-, elektrolyt-, sav-bázis háztartás zavarai, a mozgásszervek rheumatikus és degeneratív betegségei, kollagenosisek részben csak ismert megállapítások szerepelnek. Az antibioticum fejezetben szerencsés táblázatos csoportosítás van a legfontosabb bacteriumok által okozott fertőzések, és több táblázat az antibioticumok felhasználási lehetőségeiről (302–304. old.), a yersinia és campylobacter fertőzésekről nem esik szó.

Az utolsó fejezetek egyikében az intoxicációk tárgyalása során lista található az NSZK-ban fellelhető toxicológiai centrumokról (18 helyen), az NDK-ban 9 helyen, egyébként zömmel az európai fővárosokban lévő toxicológiai központokról. A malignus tumorkonkratív kezelése c. utolsó fejezetben (a münsteri Ritter írta) a tumorok és a hormonterápia, valamint az immunstimulatio (pl. interferonnal is — 345–346. old.) lehetőségéről vannak adatok.

Összefoglalva: A 10 év alatt 3 kiadást megért könyv jó útmutatást nyújt a gyakorló orvosoknak, fiatal, szakvizsga előtt álló belgyógyászoknak. Érdeme a jó áttekinthetőség, könnyen utána lehet olvasni a fejezetcímek alapján a legújabb terápiás lehetőségeknek. A Thieme-kiadó a szokott gondossággal jelentette meg ezt a kiadványt is, mely a belgyógyászati te-

rápiával részletesen foglalkozó, különösen fiatalabb orvosok számára igen jó össze-foglaló tájékoztató mű.

Iványi János dr.

Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Gyógyszerek a gyermek- és ifjúsági pszichiátriában) Szerkesztette: Gerhardt Nissen. Georg Thieme Verlag Stuttgart. 1986 56. old. Ára: 30,— DM

G. Nissen, würzburgi gyermekpszichiáter professzor szerkesztésében megjelent könyvecske az 1983-as bécsi Pszichiátriai Világkongresszuson, a gyermek- és ifjúsági pszichiátriában alkalmazott gyógyszerekről szóló szimpózium anyagát tartalmazza.

Nissen bevezetőjében hangsúlyozza a gyógyszeres kezelések fontosságát a gyermekpszichiátriában és élesen vitába száll az utóbbi években eluralkodó antipszichiátriai irányzatokkal és a túlzóan pszichológizáló tendenciákkal. A könyv céljával tűzi ki, hogy a klinikumban dolgozó gyermek- és ifjúsági pszichiáterek szemszögéből mutassa be a gyakorló gyermekorvosok, neurológusok és az általános orvosok számára a pszichofarmakoterápia jelentőségét és egyúttal a korlátait is.

A könyv négy gyógyszercsoportot tárgyal. Az első és legnagyobb terjedelmű fejezetet H.C.B. Denber amerikai gyermekpszichiáter írta a szorongásoldókról. Bevezetőjében a szorongás néhány elméleti kérdéséről tárgyalja, kitér a gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelés elválaszthatatlanságára. A fejezet első részében a benzodiazepin alkalmazási lehetőségeit, farmakokinetikai vonatkozásait és mellékhatásait tárgyalja. Hangsúlyozza, hogy a téma több vonatkozásában sajnos gyermekkori vizsgálatok nem történtek, így csupán a felnőtt betegekkel végzett vizsgálatok eredményei extrapolálhatók.

A fejezet második részében a szakirodalmat egyre inkább foglalkoztató béta-blokkolók alkalmazásáról ír. Mindkét gyógyszercsoport alkalmazási területe a szorongásoldás mellett kiterjedhet különböző gyermekkori kórképekre, jelenségekre is. Így próbálkozások történtek gyógyszeresen nehezen befolyásolható agresszivitás esetén is, valamint számos vizsgálat számol be a jó eredményekről ténél, iskolafóbiánál, mutizmusnál. Lehetségesnek tartja a két gyógyszer kombinálását is bizonyos esetekben. Hangsúlyozza, hogy a két gyógyszercsoport specifikitásának kidolgozásához további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

A második fejezetben R. J. Corboz és W. Felder zürichi pszichiáterek a gyermek és serdülőkorúak antidepresszív kezelésének tapasztalataival foglalkoznak. A fejezet igen rövid, az antidepresszív kezelés széles indikációs területét a gyermekkori kórképekben nem is említi (enuresis, tanulási zavar stb.). Lényegében csupán a ma

alkalmazható antidepresszánsokat sorolja fel és még említést tesz a lithium és a triptopán alkalmazásáról.

K. Minde kanadai gyermekpszichiáter a stimulánsokról és a nootropikumokról ír. Megjegyzi, hogy bár ma már hatalmas irodalmi anyag áll rendelkezésünkre, a jól megtervezett és kontrollált vizsgálatok összefoglaló elemzése is ismételtent megtörténtek, ennek ellenére néhány kérdés még nyitva áll. Különösen a nootropikumok alkalmazásának területén találunk sok ellentmondó adatot: az Egyesült Államokban ezeket a szereket nem alkalmazzák, míg Európában széles körben elterjedtek. A stimulánsok a hiperaktivitással járó figyelemzavar szindrómában bizonyítottan hatékonyak: a hatás dózisfüggő és időtartama relatíve rövid. A kognitív teljesítményt elsősorban teszthelyzetekben előnyösen befolyásolják, a hatás a gyógyszereszedés abbahagyását követően nem marad fenn. A speciális olvasási ill. tanulási nehézségek esetén a stlmulánsok előnyös hatása nem bizonyítható.

Az utolsó, igen rövid fejezetben M. Dugas párizsi gyermekpszichiáter a neuroleptikus kezelés jelentőségét tárgyalja. Rövid áttekintést nyújt a dopamin elméletéről és a gyógyszerek közvetlen és tartós mellékhatásairól. A serdülőkorúak kezelésének indikációi megegyeznek a felnőtt betegekével. A gyermekkorban előforduló pszichózisok kezelésében — részben ezek ritkasága, részben gyógyszeres befolyásolhatatlansága miatt — a neuroleptikumok jelentősége elhanyagolható. Alkalmazásuk elsősorban súlyos agresszivitásnál, eretikus állapotokban jelentős. Francia területen a figyelemzavarral járó hyperkinetikus szindrómának kezelésében is elterjedten alkalmazzák. A szelektív dopaminerg hatású szereket Gille de la Tourette szindrómánál, ténél, valamint dadogásnál is használják.

A könyv irodalomjegyzéke számos korszerű közleményt tartalmaz, amit haszonnal lehet forgatni. A könyv jól tükrözi a gyermekpszichiátriai farmakoterápiának azt az inherens nehézségét, hogy a nosológiai besorolás és az éles életkori sajátosság-váltások (farmakokinetikai vonatkozások!) miatt nehéz kellő számú homogén csoportot alkotni kontrollált farmakológiai vizsgálatok számára. A felnőtt populációnál nyert adatok extrapolálása kérdéses.

A könyv fejezetei eltérő igénnyel és színvonalon tárgyalják a gyermekkorban alkalmazott pszichofarmakoterápia kérdéseit és többnyire csupán a problémák elnagyolt felvetéséig, az ellentmondó vélemények és adatok egymás mellé állításáig jutnak el. A könyvecske így sem szemléletformálást, sem pedig szisztematikus áttekintést nem nyújthat. A két évvel korábban ugyanazon kiadónál megjelent *Kinder — und Jugendpsychiatrische Pharmakotherapie* című könyv — melynek társszerzője Nissen — az előszóban kitűzött célnak sokkal inkább megfelel.

A gyermekpszichiáterek számára a könyv nem kínál valóban új és alkalmazható információkat, a nem szakember számára pedig a problémák eltérő szinten történő felvetése és tárgyalása miatt kevés támpontot nyújt.

Gádos Júlía dr.

Paul Lüth: Hat Gottfried Benn den Ärzten heute noch etwas zu sagen? Erinnerungen an eine Begegnung. 1986. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 86 old. Ára: 32,— DM

A szerző — az általános orvostan professzora — már számos könyvet, tanulmányt tett közzé a német irodalomban nevéssé vált orvosokról, akiket regényeik és verseik tettek ismertté. „Alfred Döblin als Arzt und Patient” című könyvéről az elmúlt évben az Orvosi Hetilap is közölt ismertetést. Most orvos-költőt mutat be, Gottfried Benn-t, aki igazán híressé a második világháború után vált, holott versei, verseskötetei már az első világháború előtt megjelentek. Benn soha sem tudott megélni az irodalomból, bőrgyógyászati praxisát élete végéig nem adta fel, fogorvosnő feleségével együtt lakásban rendelt. Itt kereste fel őt a szerző 1948-ban, hogy azután 1954-ig szoros baráti kapcsolatban maradjon vele. Levelezésükből most a könyv számos részletet ad közre, néhány oldal kézírás fénymásolatát is tanulmányozhatja az olvasó. A leírásból kitűnik, hogy Benn szelíd, elmélkedő ember volt, aki értetlenül és elidegenedve szemlélte a német történelem eseményeit, teljesen lírájába vonult vissza. E lírában — Paul Lüth szerint a világirodalomban egyedülálló módon — az orvosi gyakorlat mindennapjai elevenednek meg, mert a költő ebből szerzi benyomásait. Első verseskötete még Benn korboncnok korszakából származik és a költemények tetemekkel, szervekkel foglalkoznak. Benn a második világháború után kapott csak visszhangot és elismerést. Néhány tanulmánya az elmechanizálódott, lélektelen orvosi gyakorlatot bírálja, ezeket a tanulmányokat tartja Lüth aktuálisnak a mai orvosok számára, természetesen a költemények irodalmi becsén túlmenően. Benn 1885-ben született, Lüth a kötetet a centenáriuma szánta.

Az orvosok irodalmi érdeklődésének és tevékenységének a német nyelvterületen hagyományosan is kultusza van, orvosírói egyesületek virágoznak, folyóiratok és könyvsorozatok (pl. az „Ärzte-Lyrik heute”) jelennek meg, ez a kulturális közeg érthetővé teszi Paul Lüth e munkáját is, amelyet leginkább orvosírók, orvostörténészek és a háború utáni német újrakeletkezés, a „Nachkriegszeit” kutatói forgathatnak haszonnal.

Buda Béla dr.

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

1986. 6. sz.

- Rácz István dr.*: In memoriam Dr. Faragó László
Kiss Mária dr., Hunyadi János dr., Kaiser Gabriella dr., Dobozy Attila dr., Koszó Ferenc dr. és Simon Miklós dr.: HLA vizsgálatok porphyria cutanea tarda-ban
Pólay Anna dr., Lakatos Tibor dr., Bános Tivadar dr. és Márkus Vera dr.: A vitiligo társulása belbetegségekkel kozmetológiai beteganyagon
Kádár László dr. és Török László dr.: Acrodermatitis chronica atrophicans
Battyáni Zita dr., Kiss Anikó dr., Hrabovszky Tamás dr. és Schneider Imre dr.: Gyermekkori recidiváló digitális fibrosus tumor
Varga Éva dr., Újlaki Éva dr., Zombai Erzsébet dr., Szepes Éva dr. és Somos Zsuzsanna dr.: Arndt-Gottron syndroma (Skleromyxoedema)
Füzi Miklós dr.: Sexuális kontaktussal átvitt férfi pneumococcus urethritis
Varga Mariann dr., Pályi Irén dr., Nagy Éva dr. és Schneider Imre dr.: Az Ebr-

mycin^R gél bőrgyógyászati beteganyagon végzett vizsgálata
Kósa Ágnes dr. és Bojtó István dr.: A vitiligo 8—MOP kezelésének értékelése

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1986. 6. sz.

- Simon Tamás, Juricskai István, Porszász János, Mezey Béla, Tegzes László, Pál Tibor, Kovács Sándor, Tekerés Miklós*: Szívritmus-változások a fizikai terhelés kezdetén
Tamás Péter, Bódis József, Csaba Imre: Vörösvérsejt deformabilitás meghatározása egészséges és toxaeмиás terheségekben
Köbor András, Zeles Tivadar, Fejérdy Pál, Tóth Pál: Alumínium hatása kísérleti állatok keményszöveteknek mechanikai tulajdonságaira különböző fehérjetartalmú táplálás esetén
Somogyi Anikó, Rhenso Gonzales-Cabello, Szondy Éva, Blázovics Anna, Gergely Péter, Fehér János: Hiperlipémia hatása patkány lépsejtek mitogén-indukált blasztogenezisére
Sípos Adrián, Seres Tamás, Szegedi Gyula: Systemás lupus erythematosusos betegek perifériás lymphocytáinak in vitro antinukleáris antitest termelése
Dobronyi István, Varga Gábor, Hídvégi Edít: Caerulein kezelés fokozza újszülött patkányok testtömeg- és pancreasnövekedését

Tóth István, Faredin Imre: A „Sex Hormone Binding Globulin” a „Corticosteroid Binding Globulin” kötőkapacitásának meghatározása emberi szérumban
Varró András, Suravicz Borys, Elharrar Victor: Antiaritmiás anyagok hatása a korai extraszisztolék repolarizációjára és az extraszisztolék által létrejött diszperzió mértékére

FOGORVOSI SZEMLE

1986. 12. sz.

- Dr. Csehák J.*: Ünnepi beszéd
Dr. Ember E.: A TMI diszfunkciós szindróma epidemiológiai vizsgálata
Dr. Sallay K.: „A fogágybetegség” genetikai hátteréről?
Dr. Schranz D.: Még egyszer: A fogágybetegség genetikai hátteréről
Dr. Sallay K.: Parodontológiai tünetekkel járó genetikai szindrómák és a „fogágybetegség”
Dr. Simkó L.: A sztomatológia oktatása Debrecenben
Dr. Szóke J., Dr. Esztári I., Dr. Pienihákinen, Kausi, Dr. Bánóczy J. és Dr. Scheinin, Arje: A WHO xilit-cariesprevenatív program hároméves eredményei magyarországi gyermekotthonokban
Dr. Nyárasdy I. és Dr. Fehérváry E.: Evciorl és Isopast tömések összehasonlító klinikai vizsgálata

A Medicor felhívja partnerei szíves figyelmét, hogy 1987 I. félévében az alábbi rendezvényeken vesz részt kiállítással:

1987. március 24—27. Semmelweis Orvostudományi Egyetem (Bp. IX., Nagyvárad tér 4.) **OMKER Orvosi Műszerkiállítás**

1987. április 23—24. Csongrád, a **Magyar Belgyógyász Társaság Kongresszusa**

1987. május 5—8. **Budapesti Kongresszusi Palotában** a **Magyar Mentésügyi Tudományos Társaság Kongresszusán**

1987. május 20—28. BNV-én.

Látogatásukat előre is köszöni:

**Belkereskedelmi
Főosztály**

Telefon: 495-529

1386 Budapest 62.

Pf. 150.

medicor

Az Egészségügyi Minisztérium TÁJÉKOZTATÓJA

az 1986. december havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek közül a salmonellosis és a hepatitis infectiosa megbetegedések tárgyhi esetszáma alig tért el az előző havitól, a dysenteria jelentősen csökkent, a dyspepsia coli kétszeresére növekedett. Az e csoportba tartozó fertőző betegségek decemberi járványügyi helyzete a salmonellosis kivételével kedvezőbb volt a korábbi évek hasonló időszakánál.

A cseppfertőzéssel terjedő, egyedileg jelentendő betegségek decemberi száma a szezonális időszaknak megfelelően mérsékelten növekedett az előző hónapoz viszonyítva. A tárgyhónapban észlelt mérsékelt emelkedés ellenére a járványügyi helyzet igen kedvezően alakult; valamennyi e csoportba tartozó betegség jelentési száma jóval kevesebb volt az 1980—1984. évi mediánok értékénél.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül a me-

ningitis serosa és encephalitis infectiosa megbetegedések száma lényegesen nem tért el a november hónapban regisztrálttól, előfordulási számuk közel azonos volt a megfelelő mediánok értékeivel.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény

November végétől, december elejétől kezdődően az ország egyes területein, de elsősorban a keleti ország-részben észlelték az influenza, ill. influenzaszerű megbetegedések halmozódását. December utolsó 3 hetében 9 megyéből (Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár, Szolnok, Tolna) és a fővárosból összesen mintegy 130 000 megbetegedést jelentettek. Az esetek döntő többsége a gyermekek és fiatal felnőttek körében fordult elő. A hónap végéig összesen 10 beteg (Budapest 6, Pécs 2, Jászfényszaru 2) vizsgálati anyagából H1N1 al-típusú influenza A vírustörzset izoláltak. Az Országos Közegészségügyi Intézet Influenza laboratóriumában a megvizsgált influenza vírustörzsek antigénszerkezeteileg az influenza A/Singapore/6/86 prototípus törzshöz közelállónak bizonyultak.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)

1986. december hónap (+)

Betegség	December		Jan. 1.—Dec. 31. (+)			
	1986	1985	Median 1980— 1984	1986	1985	Median 1980— 1984
Typhus abdominalis	—	1	—	3	4	10
Paratyphus	—	—	—	—	—	1
Salmonellosis	636	494	537	13132	9468	8730
Dysenteria	139	127	339	2788	3217	5597
Dyspepsia coli	31	9	28	268	291	546
Hepatitis inf.	296	372	347	3601	4120	4127
Poliomyelitis	—	1	—	—	1	1
Diphtheria	—	—	—	2	1	—
Scarlatina	817	746	1227	6009	6112	14016
Morbilli	3	4	31	60	70	1074
Rubeola	581	633	1168	15253	25817	17448
Parotitis epid.	2830	2322	4176	28217	35411	46901
Pertussis	1	1	1	17	33	27
Meningitis epid.	6	2	6	53	55	70
Meningitis serosa	22	33	25	317	448	495
Encephalitis inf.	18	19	21	546	421	580
Mononucleosis inf.	46	63	61	714	755	764
Keratoconj. epid.	9	26	3	130	2946	65
Malaria*	—	2	—	12	11	25
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	8	6	22	155	281	208
Tetanus	1	1	2	33	33	43
Anthrax	—	1	—	—	1	—
Brucellosis	1	—	2	10	4	24
Leptospirosis	3	5	5	49	57	48
Tularemia	6	5	6	126	25	23
Ornithosis	—	1	—	5	5	1
Q-Laz	—	—	—	2	2	5
Lyssa	—	1	—	—	2	—
Taeniasis	3	4	3	33	44	54
Toxoplasmosis	36	27	8	333	188	133
Trichinellosis	—	—	—	13	25	7
Lyssa fert. gy. ser. (rabies exposure)	248	146	143	2560	2084	1900

(+) előzetes, részben tisztított adatok
(* importált esetek)

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1986. július—december

Betegség	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
Typhus abdominalis	1	—	1	—	1	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	2037	1509	1573	1754	664	636
Dysenteria	268	366	498	391	243	139
Dyspepsia coli	29	31	29	26	14	31
Hepatitis inf.	265	276	317	335	309	296
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	1	—	—	—
Scarlatina	177	126	271	610	719	817
Morbilli	5	4	2	9	4	3
Rubeola	802	318	265	320	419	581
Parotitis epid.	2070	893	946	2164	2410	2830
Pertussis	5	—	2	—	1	1
Meningitis epid.	6	2	5	3	3	6
Meningitis serosa	33	34	36	34	21	22
Encephalitis inf.	176	71	28	28	18	18
Mononucleosis inf.	52	54	70	74	60	46
Keratoconj. epid.	9	11	32	25	5	9
Malaria*	2	—	1	1	3	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	30	17	12	13	10	8
Tetanus	6	5	5	5	2	1
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	3	—	2	1	—	1
Leptospirosis	3	2	13	6	4	3
Tularemia	4	7	5	7	4	6
Ornithosis	—	—	—	—	1	—
Q-Laz	1	—	—	—	—	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	2	2	6	1	3	3
Toxoplasmosis	25	13	21	30	27	36
Trichinellosis	—	—	—	—	—	—
Lyssa fert. gy. ser. (rabies exposure)	185	191	226	213	216	248

(+) előzetes, részben tisztított adatok
(* importált esetek)

Az Országos Orvosszakértői Intézet főigazgatósága — az OTE szervezésében — 1987. március 19-én 10 órai kezdettel V. emeleti dísztermében (Bp. VIII., Mező I. út 19/a) orvostovábbképző-napot rendez.

Előadások:

1. *prof. dr. Bodosi Mihály:* A cervicobrachialgia tünetegyütteséről, különös tekintettel idegsebészeti vonatkozásaira — Hozzászólások, vita
2. *Hajtner Zsolt dr.:* Cerebrovasculáris kórképek és a neurológiai ellátás — Hozzászólások, vita

Budapest Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Kállai Éva Kórházának Tudományos Köre 1987. március 20-án (pénteken) 13.30 órai kezdettel a kórház előadótermében (Bp. VIII., Kállai É. u. 6—8.) tudományos ülést rendez.

Üléselnök: *Ménesi László dr.* és *Timmer Margit dr.*

Program:

1. *Ménesi László dr.:* Orrpótlás kettős lebennyel
2. *Vértes László dr.:* Gregor Johann Mendel
3. *Papp Csilla dr., Székely Miklós dr., Lászlófi Marianna dr., Vértes László dr.:* Saint-syndroma — áttekintés és esetismertetés
4. *Jermendy György dr., Iványi András dr., Regöly-Mérei János dr., Szabó Éva dr., Vértes László dr.:* A Neubrandenburgi Megyei Kórház-Rendelőintézet V. Tudományos Üléséről

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1987. március 23-án 15 órai kezdettel az ORFI Lukács Klubtermében (Bp., Frankel L. u. 25—27.) az ORFI Központi Röntgen-Osztályának tudományos előadásait hallhatják.

Program:

1. *Luzsa György dr.:* A csípőízület strukturális elváltozásainak retrospektív elemzése
2. *Kiss-Tóth Péter dr.:* Beszámoló az oberammergaui (NSZK) Reuma Centrumban tett tanulmányútról
3. *Luzsa György dr.:* A komputertomográfia szerepe a mozgásszervi megbetegedések elkülönítésében
4. *Kiss-Tóth Péter dr.:* A nyelöcső passzázvizsgálat differenciáldiagnosztikai értéke

A Magyar Orvostudományi és Egészségügyi Ügyi Oktatási Társaság 1987. április 1-én 10 órai kezdettel az Orvostovábbképző Egyetem Oktatási Épületében tartja tudományos konferenciáját és évi közgyűlését.

A konferencia tárgya: az 1988-ban Edinburgh-ban tartandó Orvostudományi Világkonferencia főtémáihoz csatlakozó hazai állásfoglalás kialakítása, melyre

minden érdeklődőt szívesen lát a rendezőség. A konferencia és az azt követő közgyűlés befejezésének várható időpontja 14 óra.

Program:

1. Megnyitó
2. *prof. Gunnar Ström:* Bevezető referátum
3. *prof. Zoltán Örs Tamás:* Képzési célok és kompetenciák orvosképzésünkben
4. *prof. Tigyí András:* Kiválasztási és felvételi rendszer orvosgyetemünkben
5. *prof. Kertai Pál:* Orvosképzésünk színvonalának feltételei
6. *prof. Forgács Iván:* Szükségletorientált-e orvosképzésünk és -továbbképzésünk?
7. Vita, összefoglalás
8. Közgyűlés

AZ ORSZÁGOS ORVOSTUDOMÁNYI INFORMÁCIÓS INTÉZET ÉS KÖNYVTÁR TÁJÉKOZTATÓJA SZAKIRODALMI SZOLGÁLTATÁSAIRÓL

Olvasó- és kölcsönző szolgálat

A könyvtár az egészségügyben dolgozók részére nyilvános és díjtalan. A könyvek kölcsönzési ideje 3 hét. A folyóiratok helybenolvasását biztosítjuk, kívánságra a kiválasztott közleményről gyorsmásolatot készítünk, oldalanként 5 Ft-ért. Nyitvatartási idő: hétfőtől péntekig 8—16 óráig.

Referens szolgálat

Személyesen, telefonon vagy levélben felvilágosítást adunk a szakirodalommal kapcsolatos kérdésekről. Központi katalógusainkból megállapítható, hogy a keresett könyv vagy folyóirat az ország mely szakkönyvtárában található.

Témafigyelő szolgálat

Az orvostudomány 36-féle szakterületéről válogatott idegen nyelvű közlemények magyar nyelvű referátumait szolgálja. A kartonok egyéni dokumentáció kialakítására alkalmasak. Egy-egy téma (havi 10 referátum) évi előfizetési díja 300 Ft.

Gyorstájékoztató szolgálat

A hazai és külföldi szakirodalom 78 témakörét figyeli. A kartonon a szokásos bibliográfia adaton kívül (szerző, közlemény címe, folyóirat adatai) a szerző munkahelyi címe is megtalálható. A szolgáltatás évi előfizetési díja témánként 200 Ft.

Fordítószolgálat

Évente több száz külföldi szakközleményt fordítat. E fordítások jegyzékét a „Gyógyszereink” című folyóirat havonta közli, amelyek alapján a fordítások másolatai megrendelhetők oldalanként 10 Ft-ért.

Egyéni, vagy intézeti megrendelésre, idegen nyelvű közlemények magyarra fordítása, illetve kéziratok idegen nyelvre fordítása is lehetséges.

Irodalomkutatás

Megrendelhető egyéni igény szerint bármely orvosi témakörből. A bibliográfia tartalmazza a kért nyelvetterület és idő-

szak releváns szakközleményeinek címadatait a hazai és a külföldi szakirodalomból. A szolgáltatás alapdíja 50 Ft.

Tartalomjegyzék-sokszorosító szolgálat

E szolgáltatás keretében 400-nál több külföldi szakfolyóirat tartalomjegyzékének fénymásolata rendelhető meg. Az évi előfizetési díj a folyóirat periodicitásától függően változik (40 Ft-tól 400 Ft-ig).

Számítógépes szolgáltatások

1. Irodalomkutatás a MEDLINE-adatbázisból, amelyet az Amerikai National Library of Medicine állít elő 3000-féle folyóirat feldolgozásával. A bibliográfiai adatokhoz a citátumok 50%-ában angol nyelvű referátum társul. Az információkat a legfrissebb irodalomtól 1966-ig visszamenően, tetszés szerinti időszakokra a számítógéppel folytatott párbeszédés üzemmódban hívjuk le. Egy irodalomkutatás ára — a téma differenciáltságától függően — 1000—3000 Ft.

2. MEDINFORM-adatbázisból (bolgár, csehszlovák, kubai, magyar, NDK-és szovjet irodalom 1981-től): folyamatos irodalomfigyelés meghatározott témakörök irodalmának 2-3 havonkénti keresése és eljuttatása a megrendelőhöz: irodalomkutatás esetén készített megrendelés alapján, egyéni igény szerint.

A MEDINFORM-szolgáltatások kísérleti jellegűek, ezért egyelőre díjmentesek. A szolgáltatások részletes ismertetését, valamint a szakirodalmi tájékoztatás egyéb formáit az OIK propagandafüzete tartalmazza, amely díjmentesen igényelhető.

Postai cím: Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár
Bp. Pf. 452, 1372 (Szentkirályi u. 21.)
Tel.: 343-789

A Debreceni Orvostudományi Egyetem és a Debreceni Akadémiai Bizottság Orvosi és Biológiai Szakbizottsága a DOTE Radiológiai Klinikája közreműködésével a DAB Székházában (Debrecen, Thomas Mann u. 1.) 1987. március 30-án (hétfőn) 18.30 órai kezdettel tudományos ülést rendez.

Program:

1. *Csernyánszky I., Pászter T.:* A hagyományos radiológiai eljárások szerepe a vesedaganatok diagnosztikájában
2. *Balogh E., Darida S., Baranyai T.:* Ultrasonográfia jelentősége a vesedaganatok felfedezésében
3. *Vargha Gy., Veréb Gy.:* A CT és az MRI diagnosztikus értéke vesedaganatok diagnosztikájában
4. *Péter M., Bálint M., Absi M., Baranyai T.:* Angiográfia helye a vesetumorok kórismézésében
5. *Mültényi L., Erfán J., Csejtei A., Vargha Gy.:* Vesedaganatok sugárterápiája
6. *Csejtei A., Vargha Gy.:* A neutrontherápia jelentősége Debrecenben külföldi tapasztalataink alapján
7. *Dézi Z., Borbély T., Groske E., Pintye É.:* Számítógépes besugárzástervezés kérdései

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

128 ÉVFOLYAM

*

12 SZÁM

*

1987. MÁRCIUS 22.

TARTALOMJEGYZÉK

Prof. Dr. Dr. h. c. Berencsi György 611

*Illyés Miklós dr., Doszpod József dr.
és Gáti István dr.:*

A magzati és a lepényi keringés ultrahangos
vizsgálatának klinikai jelentősége 613

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Kálmánchey Rozália dr., György Ilona dr.,
Dobos Matild dr., Sólyom András dr.
és Csapó Sándor dr.:*

A Rett-szindrómáról 619

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

Szilárd János dr.:

A gyermek- és serdülőkori pszichiátria,
valamint gyermekneurologia 623

KLINIKÓFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

*Szabó Ildikó dr., Róna Kálmán dr.,
Czinner Antal dr., Gachályi Béla dr.
és Káldor Antal dr.:*

A humán szérum paraoxonáz-aktivitás
polimorfizmusának vizsgálata gyermekekben 631

KAZUISZTIKA

*Bodolay Edit dr., Vértes Péter dr., Szabó Gábor dr.,
Demeter József dr., Damjanovics László dr.
és Szegedi Gyula dr.:*

Myocarditis, ritmuszavar kevert kötőszöveti
betegségben 635

HORUS

*Betegségleírások középkori krónikákban 639
Újabb orvosi kar kérdése a századfordulón 641
ifj. Jancsó Miklós emléke 645*

Folyóiratreferátumok 647

Könyvismertetés 657

Hírek 659

Pályázati hírdetmények 660

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

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

JAVALLATOK

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

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

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

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

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

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

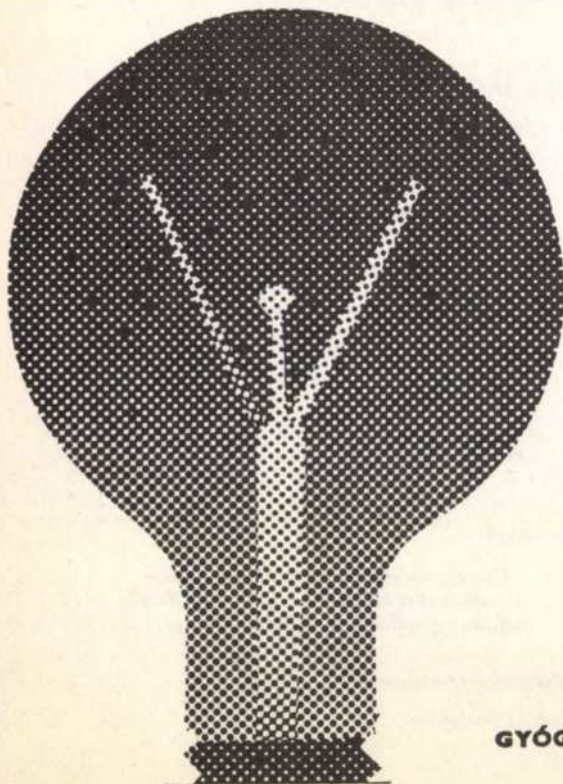
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

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

MELLEKHATÁS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Dr. Dr. h.c. Berencsi György

(1913—1986)



Berencsi György nyugalmazott tanszékvezető egyetemi tanár, a Szegedi Orvostudományi Egyetem tudományos tanácsadója, 1986. november 20-án, váratlanul, rövid betegeskedés után elhunyt. Berencsi professzor 1913-ban született Budapesten, édesapja szintén orvos volt.

Orvosdoktori oklevélét „sub auspiciis” kiüntetéssel szerezte meg.

Ilyen minősítéssel is csak díjtalan gyakornokként, majd tanársegédként dolgozhatott a budapesti egyetemi Kórtani és Bakteriológiai Intézetben. Megélhetése biztosítására a MABI-ban, majd az OTI-ban orvostisztviselői állást is kellett vállalnia. 1945-ben Népbetegségek patológia témakörből magántanárrá habilitálták.

Ezután évekig Püspökladányban körzeti orvosként dolgozott, itt sem szűnt meg a népbetegségek fel-tárásával, vizsgálódásával foglalkozni.

Később a Debreceni Tüdőbeteg Gyógyintézet laboratóriumi főorvosává, majd az egyetem TBC-klinikájának docensévé nyert kinevezést. Kandidátusi disszertációját a TBC bakteriohisztológiájáról készítette.

1966-ban tanszékvezetővé nevezték ki a SZOTE Közegészségtani és Járványtani Intézetébe, amelynek élén 1983-ig állott. A későbbiekben tudományos tanácsadóként vett részt igen aktívan az Intézet életében. Intézetvezetői munkája mellett 1968—71 között az Általános Orvostudományi Kar dékáni, 1973—76 között az oktatási rektorhelyettesi feladatokat is ellátta.

Szakmai ambícióját, fáradhatatlanságát, kiterjedt érdeklődési körét jellemzi, hogy hat szakorvosi képesítéssel rendelkezett. Hosszabb időn át tagja, majd elnöke volt a Szegedi Városi Hazafias Népfront Bizottságnak.

Tudományos és szervezői tevékenységét számos kitüntetéssel méltányolták. Elnyerte a Higiénikus Társaság Fodor József-, valamint a Tisza menti Közegészségtani Napok-émlékérmét, az oktatástügy kiváló dolgozója, a Munka Érdemrend arany fokozata és a Szocialista Magyarországért kitüntetések.

Számos nemzetközi együttműködésben vett részt, ez irányú működéséért a Hallei Egyetem díszdoktorrá választotta, a Pozsonyi Egyetem aranyéremmel tüntette ki.

Szenvedélyes szeretettel végzett szakirodalmi tevékenységet. Szerkesztő bizottsági tagként tevékenykedett az Egészségtudomány, a Felsőoktatási Szemle, az Infection Control folyóiratok, a Handbuch der Antiseptika, valamint a Krankenhaushygiene könyvsorozat

tok szerkesztő bizottságában. Évtizedeken át volt az Orvosi Hetilap külső munkatársa.

Közleményei meghaladták a 400-at, ezek között számos monográfia és könyvfejezet is szerepelt.

Széles körű érdeklődése folytán sok kutatási területtel került kapcsolatba, mindegyiknek a központjában a népbetegségek és ezek felszámolási, csökkentési lehetőségei állottak. A szegedi Közegészségtani Intézetben toxiko-higiénével, epidemiológiával foglalkozott. Folytatta elődje, Kanyó Béla professzor által megkezdett úttörő jelentőségű vizsgálatokat, a mezőgazdasági dolgozók, a szocialista mezőgazdaság higiénés problémáinak a kutatását.

Erősen foglalkoztatták oktatási, nevelési kérdések is.

Mindezeket az — áttekinthetetlen mennyiségűnek tűnő — feladatokat precízen ellátta, elképzeléseit, céljait maradéktalanul végrehajtotta.

Ehhez óriási energiára, szorgalomra és munkaszeretetre volt szüksége. A tudományos munkában, kutatásban, publikálásban fáradhatatlannak bizonyult. Hatalmas irodalmi ismeretanyaggal rendelkezett.

Kongresszusokon mindig újra és újra meglepte hallgatóit, amikor fáradhatatlan hozzászólóként nem csak okos, megszívlelendő tanácsokat adott az egymás után következő előadóknak, de fejből idézte pontosan a témakörrel foglalkozó hazai és külföldi publikációkat is.

Mindig jókedvű, kedves, figyelmes, udvarias maradt. Tanácsait, javaslatait úgy mondta el, legyen az kongresszusi hozzászólás, vagy intézeti vita, hogy azt a másik fél sosem érezte lehangolóknak, hanem úgy vette, ahogy adták: baráti segítségként.

Böles rezignációval és derűvel fogadta az elkerülhetetlen öregedés emberi és munkahelyi nehézségeit. Rendkívül kulturáltan és tapintatosan adta át az intézetvezetés feladatait e sorok írójának. Feltűnés nélkül húzódtott vissza, de állandóan készenlétben állt, hogy tanácsot — és semmi esetre sem utasítást — adjon, ha szükséges.

Mint a toxikohigiéné művelője maradandót alkotott a magyar közegészségügyben. De maradandónak kell hogy bizonyuljon az orvosgenerációkat nevelő fáradhatatlan munkája is. Lelkes, jó humorral fűszerezett előadásai, egyetemi jegyzetei a közegészségtan még jobb megismertetését szolgáló nyilvános szigorlatoztatásai minden bizonnyal mély és reméljük sokáig fennmaradó nyomokat hagytak a hallgatók generációiban, hiszen több alkalommal „az év oktatója” címet is megkapta tőlük.

Kiváló oktatói munkája emlékének ápolására, a Közegészségtani Intézet ezentúl minden évben megrendezi a „Berencsi György tanulmányi verseny”-t.

Emlékét igazán azonban akkor őrizzük meg, ha sikerül megközelítenünk azt a lelkesedést, szorgalmat, önzetlen tudomány szeretettel, a higiéné és a higiéné ismereteinek átadása iránti őszinte rajongást, amely Őt fűtötte, cselekedeteit mozgatta.

Tisacid

R

TABLETTA

J 200

HATÓANYAG

500 mg Alumínium-magnesium-carbonicum-hydroxydatum.

HATÁS

A tablettá hatóanyaga új szeretlen molekulavegyület, amely gyors, tartós és előnyösen nagy savmegkötőképeséggel rendelkezik. Endoszkópos vizsgálatok igazolták, hogy a tablettá a gyomorba jutva 1 percen belül szétesik, és részei rátapadnak a nyálkahártyaredőkre. A gyomornedv pH-ját nem emeli 5 fölé.

Szokásos adagolásnál nem okoz foszfát deplációs szindrómát és nem emeli a szérum alumínium szintet sem. Vizsgálatok igazolták, hogy a hatóanyag nem szívódik fel. Megvonáskor rebound jelenség nem lép fel.

JAVALLATOK

Hyperaciditás, akut és krónikus gastritis, ulcus duodeni és ulcus ventriculi, gyomorfégés.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek: egyszeri adagja gyomorfégés, vagy gyomorfájdalom esetén 1-2 tablettá 1 órával étkezés után. Erős hypersecretiónál az adag 3-4 tablettára is emelhető. Tartós kezelésre: átlagos adagja 3 x 1-2 tablettá a főétkezés után 1 órával, szükség esetén a főétkezések közötti időszakban, ill. az esti lefekvés előtt további 1-2 tablettá adható.

A tablettát a szájból való szétrágás után, vagy egészben kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁS

Ritkán obstipatio, eructatio

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Együttadása kerülendő

- tetraciklinekkel (kelátot képez, mely az antibiotikum-hatás csökkenését eredményezi)
- vassókkal nátriumfluoriddal (felszívódásukat gátolja)

Az antacidumok számos gyógyszer felszívódását akadályozzák az abszorpció gátlásával, vagy a gyomornedv pH-jának módosításával, ezért az együtt adott gyógyszerek bevétele között legalább két órának kell eltelnie.

FIGYELMEZTETÉS

Vesefunkció zavaroknál nagy adagban hosszú ideig tartó alkalmazása kerülendő.

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

30 tablettá, térítési díj: 7,20 Ft.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári



A magzati és a lepényi keringés ultrahangos vizsgálatának klinikai jelentősége

Orvostovábbképző Egyetem Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Gáti István dr.)

A szerzők a lepényi és a magzati keringés vizsgálatának Doppler ultrahangos módszerét mutatják be. Méréseiket a magzati aorta descendensen, az arteria umbilicalisokon és a myometrium arteria arcuatain végezték és leírják ezen erek keringésének jellemzőit szövődménymentes terhesség, valamint méhen belüli retardatio eseteiben. Eredményeik alapján megállapítják, hogy a magzat állapotának megítélésében az aorta descendens és az arteria umbilicalisok vizsgálatának van meghatározó szerepe. Méhen belüli retardatióban 67%-ban észleltek kóros keringési viszonyokat, míg azon esetekben ahol a visszamaradt magzati fejlődést az anya hipertóniája hozta létre 83%-ban figyeltek meg csökkent — hiányzó végdiastolés áramlással járó — magzati keringést. Eredményeik összhangban állnak korábbi, radioizotópos módszerrel történt mérések adataival, amelyek szintén arra mutattak, hogy a retardált magzatok nem mindegyikében kóros az uteroplacentaris keringés. Megfigyelték, hogy a retardatio legsúlyosabb — méhen belüli elhalással járó — eseteiben közvetlenül (24 órán belül) a magzat elhalása előtt jellegzetes fordított, a szív felé irányuló áramlás észlelhető diastolében a magzatok aorta descendensén. Véleményük szerint a terhességet ennél korábban kell befejezni; eddigi tapasztalataik szerint akkor, amikor a diastolés áramlás teljes hiánya figyelhető meg az arteria umbilicalisok mellett az aorta descendensen is.

Clinical significance of ultrasonic examination of fetal and placental blood flow. The authors present the Doppler ultrasound method of the examinations of placental and fetal circulation. They have accomplished their measures on the fetal descending aorta, on the umbilical arteries and on the arcuate arteries of the myometrium and they describe the features of circulation of these vessels in uncomplicated pregnancies and intrauterine growth retardation (IUGR). On the basis of their results they establish that there is a determinant role of examinations on the descending aorta and on the umbilical arteries in the assessment of fetal well-being. They observed pathological circulations of 67% in IUGR cases though where the IUGR was caused by maternal hypertension 83% of decreased blood flow with missing end-diastolic velocity was found. These results are in good agreement with previous radioisotopic observations, which showed that not all of IUGR cases can be featured by disturbed circulation. They had observed in the most severe forms of IUGR, where intrauterine death followed, that a reversal of the diastolic blood flow on the descending aorta could be found preceding 24 hours of the actual fetal death. Upon their opinion the pregnancy has to be terminated much earlier. On the basis of their experience up till now the appropriate time for termination is, when a complete disappearance of diastolic flow can be observed both on the umbilical arteries and on the fetal descending aorta, as well.

A magzat méhen belüli életében meghatározó jelentőségű keringési viszonyok vizsgálatára mind ez ideig csak invazív, a klinikai gyakorlatban korlátozott mértékben alkalmazható módszerek álltak rendelkezésünkre (1, 23, 28). A lepényi keringés radioizotópos mérésének kifejlesztése nagy előrehaladást jelentett, azonban hátránya volt, hogy a keringés magzati oldalról nem nyújtott információt (6, 8, 9, 21, 27).

Az utóbbi évek során ultrahangtechnikában elért jelentős fejlődés azonban lehetővé tette, hogy a magzati és a lepényi keringést non-invazív módszerrel tudjuk vizsgálni. Az első lépéseket *Fitzgerald* és *Drumm* tették meg 1978-ban, amikor az arteria umbilicalisokról származó jeleket analizálták kontinuális Doppler eszközzel (13). A pulzus-Doppler segítségével *McCallum* és *munkatársai* (1978) már szelektíven tudták vizsgálni a köldökzsinór arteriális és vénás áramlását (22). *Gill* (1979) B-kép és pulzus-Doppler kombinációjával első-

ként végzett méréseket a véna umbilicalis intraabdominális szakaszán átáramló vér mennyiségi meghatározására (15). 1980-ban *Eik-Nes* és *munkatársai* kifejlesztették az úgynevezett „duplex” ultrahangos érzékelő fejet, amely már lehetővé tette a magzati aorta descendens vérátáramlásának mérését is (11). Végül 1983-ban *S. Campbell* írta le az uterinális erek (arteria arcuata) ultrahangos vizsgálatának technikáját (4).

A véna umbilicalis és az aorta descendens vérátáramlásának mennyiségi meghatározása — mint intrauterin diagnosztikai módszer — azonban nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Az eljárás legnagyobb hibájának az érátmérő mérés pontatlansága bizonyult, amelyet az ultrahangos képalkotás fizikai alapjaiból eredő behatárolt, véges felbontóképesség okozott (10, 16, 17, 18, 20). Ennek következtében a kutatások homlokterébe a méhen belüli keringés minőségi elemzése került, amely az érpályában áramló vér sebességével arányos Doppler-ultrahang frekvenciaváltozások időbeni elemzéséből, azaz az erek sebességpulsusának vizsgálatából áll.

Munkánkban ez utóbbit, az intrauterin keringési

viszonyok kvalitatív jellemzőit kívánjuk bemutatni a klinikai gyakorlat számára nyújtott információ diagnosztikus értéke és a módszer megbízhatósága szempontjából.

Anyag és módszer

Méréseinket ADR 5000 Kranzbühler (Squibb Medical Systems) duplex rendszerű készülékkel végeztük, amely pulzus-Doppler és lineáris real-time scanner kombinációja. A pulzus-Doppler 2 MHz-es transducerre 50°-os szögben rögzített a 3 MHz-es lineáris fejhez. A különböző frekvenciák következtében szimultán real-time és Doppler üzemmódra van lehetőség. A biometriás paraméterek (biparietális átmérő, haránt mellkas átmérő, háskörfogat) rögzítése után a képernyőn látóterbe hoztuk a magzati aorta descendens és a köldökzsinórt, majd a pulzus-Doppler mintavételi mélységének és szélességének szem ellenőrzése mellett történő pontos beállításával tiszta, eredetét tekintve egyértelmű sonogramot nyertünk a vizsgált érről. Az uterinális keringést reprezentáló arteria arcuaták felkeresése során a méh laterális részére helyeztük a transducert. Ezáltal — az esetek egy részében — rövid, vékony kis erek váltak felismerhetővé, amelyeket S. Campbell nyomán (aki az uterinális keringés vizsgálatának első leírója) az arteria arcuaták ultrahangos megjelenítésének tartottunk. A felfogott jelek feldolgozása diszkrét Fourier-módszerrel, spektrum-analizátor segítségével történt. A képernyőn látott sonogram végeredményben az ér sebességpulzusának grafikus megjelenítése volt, ahol a vér áramlási sebességével arányos frekvenciaváltozások komponensei az idővel összefüggésben ábrázolódtak. Méréseink során minden esetben 150 Hz-es zajszűrőt alkalmaztunk. A spektrumot akkor rögzítettük, amikor a magzat éppen nem mozgott és nem lélegzett. A műveletek során segítséget nyújtott, hogy nem csak láttuk, hanem hallottuk is a hangszóróból a felerősített Doppler-jelet. A legerősebb, legtisztább hang és kép elérésére törekedtünk minden esetben. Vizsgálataink során a terhesek félig oldalt fekvő helyzetben voltak egy esetleges véna cava inferior syndroma elkerülése céljából. Eredményeink értékelésekor a Pourcelot által leírt rezisztencia-indexet (RI) alkalmaztuk, amelynek alapja a végdiastolés sebesség (Doppler-frekvencia) és az ér által perfundált területek vascularis rezisztenciája közötti összefüggés. Nevezetesen, minél nagyobb a végdiastolés sebesség, annál kisebb a perifériás ellenállás (26).

$RI = \frac{A-B}{A}$ ahol A = maximális systolés, B = maximális végdiastolés frekvencia. Az RI értéke 0 és 1 között változhat.

Anyagunkban 1985 júliusa és 1986 augusztusa között 510 szövődménymentes, 28–40 hét közötti gestatiós korú terhesen elvégzett több ezer vizsgálat segítségével meghatároztuk a magzati aorta descendens, az arteria umbilicalis és az arteria arcuaták normális sebességpulzusának jellemzőit. A magzatok átlagos születési súlya 3210 ± 493 gramm, átlagos gestatiós kora $38,9 \pm 1,6$ hét volt.

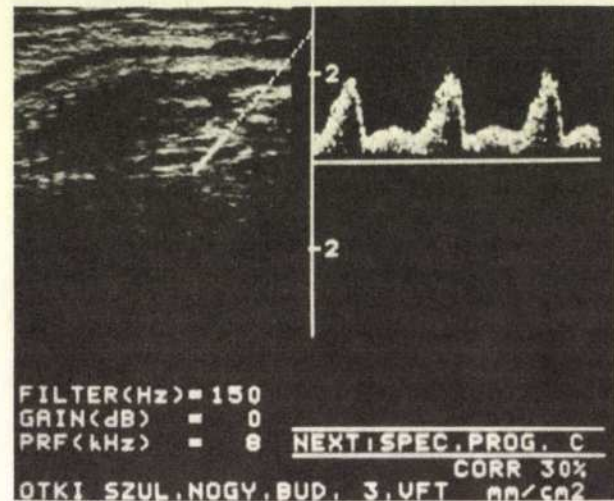
A patológiás csoportot 54 intrauterin retardált eset képezte, ahol a születési súly 10 percentilis alá esett és klinikailag is igazolható volt a malnutritio. A retardált magzatok átlagos születési súlya 1765 ± 559 gramm, átlagos gestatiós kora $36,4 \pm 2,9$ hét volt. Az alacsony gestatiós kor oka a magzatok jelentős részénél fellépő intrauterin életveszély miatti korai terminálás volt. A patológiás csoportban szintén a magzati aorta descendens, az arteria umbilicalis és a myometrium arteria arcuatáinak sebességpulzusait elemeztük a már megadott szempontok alapján. Az átlagos vizsgálati szám betegenként $3,5 \pm 2,8$ (1–13), a vizsgálatok közötti átlagos időtartam $3,8 \pm 2,9$ (1–18) nap volt. A szülés időpontja és az utolsó vizsgálat között átlagosan $1,2 \pm 1,6$ (0–5) nap telt el. Az intrauterin retardatio hátterében 30 esetben anyai hypertonia (6 toxæmia, 10 rákakódásos toxæmia és 14 essentialis hypertonia), továbbá két esetben súlyos asthma bronchiale állt. 22 esetben nem tudtuk a méhen belüli retardációval összefüggésbe hozható anyai betegséget kimutatni. Anyagunkban fejlődési rendellenességgel született magzatok nem szerepelnek.

Eredmények

1. A foetális és a placentáris keringés jellemzői normális terhességben

a) A magzati aorta descendens az ultrahangkészülék képernyőjén könnyen látóterbe hozható volt minden esetben, így a pulzus-Dopplerrel történő megcélzása nem okozott nehézséget.

A magzati aorta descendens normális sebességpulzusa bifázisos és folyamatos áramlás figyelhető meg az egész diastolés alatt. Jól felismerhető a systolés csúcs, a dicrot hullám és jellegzetes a viszonylag magas végdiastolés sebesség. Ilyen jellegű keringést észleltünk 505 szövődménymentes terhesség során a harmadik trimeszterben. Hiányzó végdiastolés áramlást mindössze öt esetben figyeltünk meg, amelyet a félig oldalt fekvő helyzetben történt vizsgálat ellenére is kialakult véna cava inferior syndroma okozott. Ezt bizonyítja, hogy ha e betegek a vizsgálatot teljes oldalt fekvő helyzetben végeztük, klinikai tüneteik és szubjektív panaszai (hypotensio, collaptiform rosszullét, hányinger, dyspnoe) is megszűntek, illetve a korábban hiányzó végdiastolés áramlás újra megjelent a magzatok aortáján. A magzati aorta descendens normális sebességpulzusát az 1/A ábrán mutatjuk be.

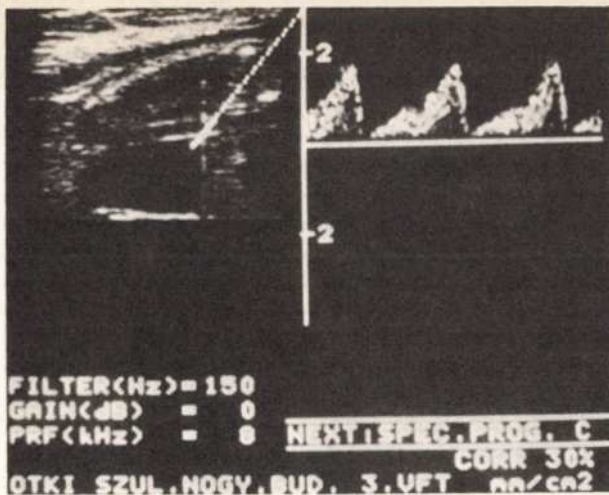


1/A ábra. A magzati aorta descendens normális sebességpulzusa (36 hetes szövődménymentes terhesség)

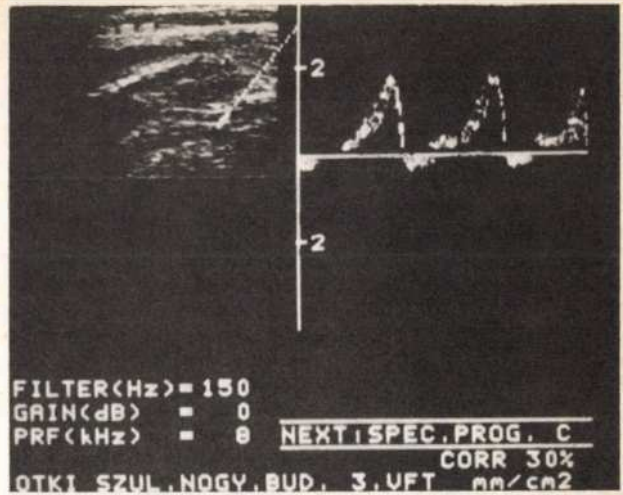
A görbe formája a terhesség előrehaladtával módosul. A dicrot hullám mélyül, a végdiastolés sebesség pedig — jóllehet kismértékben — de fokozatosan növekszik. E változások a magzat és a lepény vascularis rezisztenciájának terminus felé történő fokozatos csökkenésével állnak összefüggésben. A különbség elsősorban középido és terminus közeli esetek között szembe tűnő. A harmadik trimeszterben észlelt változás csekély. Az RI számított értéke $0,82 \pm 0,054$ -nek bizonyult a terhesség 28–40. hete között.

b) Az arteria umbilicalisok normális sebességpulzusát magas, a systolés csúcs mintegy harmadát kitevő végdiastolés sebesség jellemzi, amely a cotyledok alacsony vascularis ellenállását tükrözi. A harmadik trimeszterben észlelhető normális áramlás képe látható a 2/A ábrán.

A magzati aortához hasonlóan a köldökzsinórt ultrahanggal könnyen látóterbe lehetett hozni, így a sonogramok eredete itt is egyértelmű volt. A gestatiós kor előrehaladtával a végdiastolés sebesség az arteria umbilicalisokon szintén emelkedett, azaz a lepény vascularis ellenállása csökkent. Vizsgálataink



1/B ábra. Diszkrét keringési zavar csökkent végdiastolés áramlással (D.-né T. R. II. P. Grav. s. 39. Essentialis hypertonia. Intrauterin retardatio)



1/D ábra. Terminális, a magzat méhen belüli elhalását közvetlenül megelőző áramlás „reverse flow”. (K.-né Sz. M. II. P. Grav. s. 34. Rárákódásos toxoemia. Intrauterin retardatio)

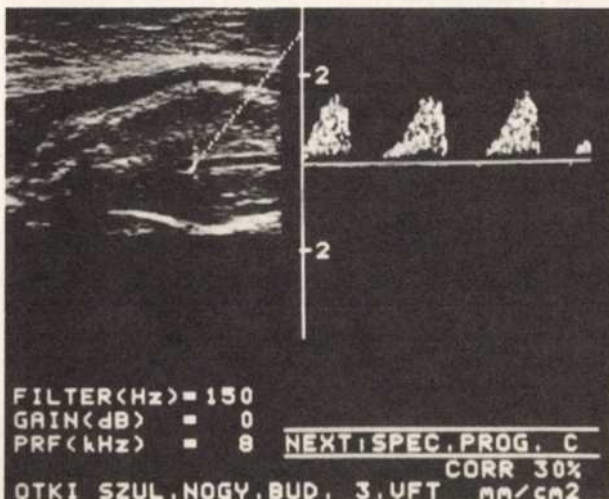
alján normális terhességben az arteria umbilicalis RI-e a 28—40. hét között $0,6 \pm 0,073$.

c) A *myometrium arteria arcuatait* — ellentétben az előbbiekkal — az esetek kevesebb, mint 40%-ában sikerült csak a képernyőn látótérbe hozni még a leggyakorlottabb vizsgálónak is. Ennek következtében az eret a vizsgálatok többségében vakon, a jellegzetesnek tartott hang és Doppler spektrum alapján azonosítottuk.

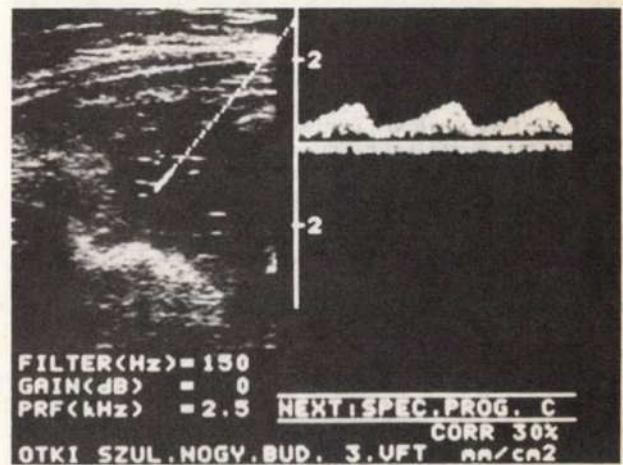
Terhességi korrall összefüggő alakváltozást nem észleltünk, már a 18. héttől kimutatható volt az igen magas diastolés, illetve végdiastolés sebesség, amely a systolés csúcsérték csaknem kétharmadát tette ki. Az RI $0,33 \pm 0,06$ -nak bizonyult a harmadik trimeszterben.

2. A foetális és a placentáris keringés jellemzői patológiás terhességben

a) Intrauterin retardált magzatok *aorta descendens*-én előbb a végdiastolés sebesség csökkenése, majd a véráramlásnak a diastole egyre nagyobb részére kiterjedő hiánya volt megfigyelhető. A magzat méhen belüli elhalását a diastolében fellépő ellentétes irányú



1/C ábra. Súlyos keringési zavar hiányzó diastolés áramlással (K.-né Sz. M. II. P. Grav. s. 34. Rárákódásos toxoemia. Intrauterin retardatio)

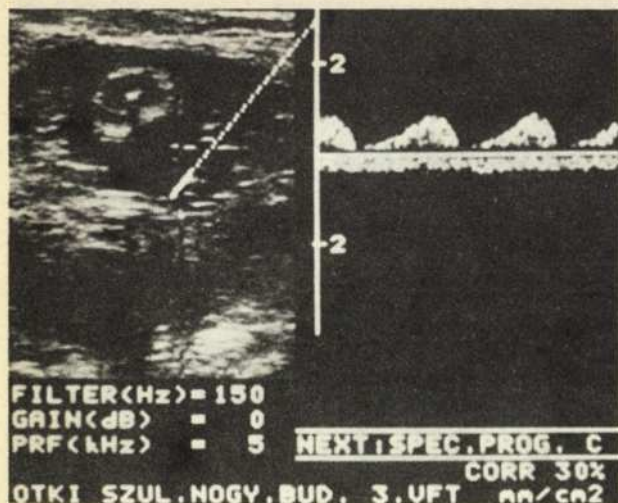


2/A ábra. Az arteria umbilicalis normális sebességpulzusai (36 hetes szövődéyménymentes terhesség)

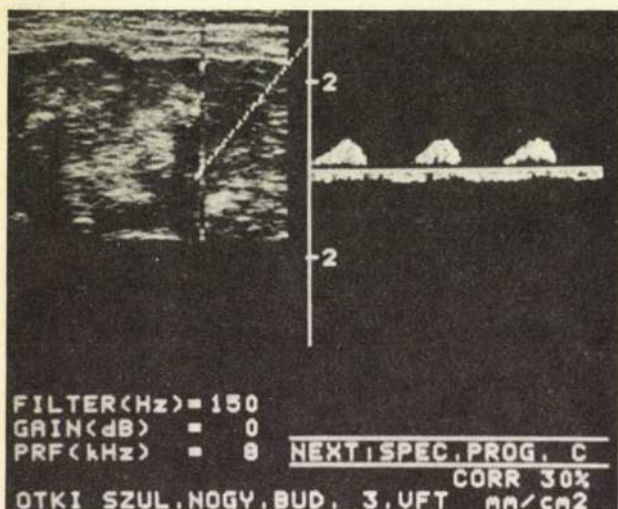
áramlás (reverse flow) előzte meg. Az 1/B, C, D ábrákon a magzati *aorta descendens* kóros sebességpulzusainak különböző súlyosságú fokozatait tüntettük fel a normális (1/A) áramlás képével egybevetve. A „B” jelzésű görbe diszkrét, a „C” súlyos, a „D” pedig terminális a magzat méhen belüli elhalását közvetlenül megelőző keringési zavar képének felel meg.

b) Hasonló változások voltak észlelhetők az *arteria umbilicalisokon* is. A magzat oxygenisatioját meghatározó boholykeringés zavarát itt is a végdiastolés sebesség csökkenése, majd a diastolés áramlás hiánya, illetve végső esetben a „reverse flow” megjelenése jellemezte. A leírt változások láthatók a 2/B, C, D ábrákon.

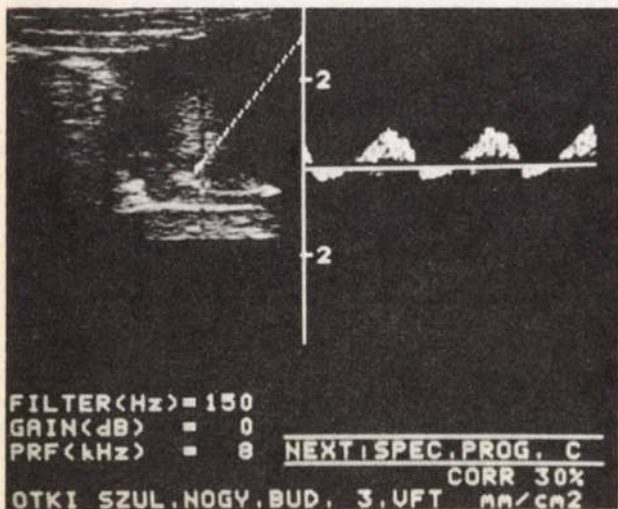
c) A placentáris keringés anyai oldalát reprezentáló *arteria arcuata* sebességpulzusán 54 intrauterin retardált esetünk közül mindössze 12-nél volt észlelhető a végdiastolés sebesség 2 SD-t meghaladó mértékű csökkenése, illetve a dicrot hullám megjelenése. Figyelembe véve azt is, hogy az intrauterin retardatio nem minden esetben jár együtt uteroplacentáris keringési zavarral, a közel 78%-ban észlelt normális áramlás nehezen volt magyarázható. Különösen akkor, ha



2/B ábra. Diszkrét keringési zavar éppen megszűnt végdiastolés áramlással (D.-né T. R. II. P. Grav. s. 39. Essentialis hypertonia. Intrauterin retardatio)



2/C ábra. Súlyos keringési zavar a diastole egésze alatt hiányzó áramlással (K.-né Sz. M. II. P. Grav. s. 34. Rárákódásos toxaemia. Intrauterin retardatio)



2/D ábra. Terminális „reverse flow” (K.-né Sz. M. II. P. Grav. s. 34. Rárákódásos toxaemia. Intrauterin retardatio)

figyelembe vesszük, hogy abban a csoportban is csak 10 esetben volt kóros az arteria arcuaták áramlása a 30 közül, ahol a retardatio az anya hypertoniájának talaján alakult ki.

Emiatt felmerült a methodikai hiba lehetősége, amelynek bizonyítása, vagy elvetése céljából végzett vizsgálataink meglepő adatokat szolgáltatottak. Ugyanazon betegen, azonos időpontban elvégzett sorozatos mérések alkalmával hol „normális” $0,33 + 2 \text{ SD}$ -n belüli, hol pedig „patológiás”, az előbbi értéket (0,45-öt) meghaladó RI-et mértünk attól függően, hogy a myometrium melyik területét céloztuk meg a Dopplerral.

Véleményünk szerint az arteria arcuaták sebességpulszusának a klinikai gyakorlat igényeit nem kielégítő reprodukálhatóságát — mint már említettük — ezen erek vizualizálhatóságának nehézsége, ennek következtében a regisztrált sonogramok bizonytalan eredete magyarázhatja.

Mindezek alapján anyagunkban csak akkor tekintettük kórosnak a foetoplacentáris keringést, ha az aorta descendensen és/vagy az arteria umbilicalisokon a végdiastolés áramlás megszűnését észleltük, azaz a számított RI értéke 1,0 volt.

Eredményeinket — e kritériumok alapján — táblázatban foglaltuk össze. Ebből kitűnik, hogy az eutrophiás magzatot szülő szövődmenymentes csoportban az 510 vizsgált esetből 505-ben normális keringési paramétereket észleltünk. Intrauterin retardatio-ban a módszer sensitivitása 67% volt (54 esetből 36 kóros flow). Az eljárás legérzékenyebbnek (83%-os sensitivitással) a retardatio azon formájában bizonyult, ahol a magzatok visszamaradt fejlődését az anya hypertoniája okozta (30 esetből 25 kóros keringés).

A méhen belüli keringési viszonyok eutrophiás és retardált magzatok esetében az aorta descendensen és az arteria umbilicalisokon mért adatok alapján

	Keringési paraméterek		
	Eset-szám	Normális	Kóros
Összes vizsgált terhes	564	523	41
Eutrophiás magzatot szült	510	505	5
Retardált magzatot szült	54	18	36
Normotoniás anya retardált magzatot szült	24	13	11
Hypertoniás anya retardált magzatot szült	30	5	25
A retardáltak perinatalis vesztesége	11	0	11
Ebből intrauterin elhalás	6	0	6*

* 5 esetben „reverse flow” volt megfigyelhető

Azon retardált magzatok vizsgálata során, akik a perinatalis időszakban, illetve méhen belül elhaltak, minden esetben kóros circulációs viszonyokat mértünk.

A módszer gyakorlatba történő bevezetésének első fázisában a keringési viszonyok minőségét még nem tudtuk (tapasztalatok híján) figyelembe venni klinikai

döntéseink során, így ebben az időszakban a terhesség kimenetele és a keringési viszonyok közötti összefüggést retrospektíven elemeztük. Ennek során hat súlyos intrauterin retardált magzat keringésének részletes vizsgálatával — akik később méhen belül elhaltak — specifikus, az intrauterin elhalást közvetlenül megelőző jelenséget figyeltünk meg. A magzatok aorta descendensén észlelt teljes diastolés áramlási hiányt (1/C ábra) ugyanis öt esetben fordított, a szív felé irányuló áramlás, ún. „reverse flow” (1/D ábra) megjelenése követte, amely után mind az öt magzat 24 órán belül (6—23 óra) meghalt. Egy esetben nem tudtuk kimutatni „reverse flow”-t a magzat méhen belüli elhalása előtt. Ennek oka feltehetően az volt, hogy itt a vizsgálat és az elhalás között több mint 72 óra telt el, így nagyon valószínű, hogy e terminális állapotot tükröző keringési zavar itt is kialakult, csak fennállása idején nem végeztünk vizsgálatot.

Az említetteken kívül még további két — egyben legutóbbi — esetünkben észleltünk „reverse flow”-t, amikor is a jel alapján azonnal császármetszést végeztünk. Az egyik 37 hetes magzat 1300 gramm súllyal asphyxiás állapotban (Apgar: 2/6) született. Az intenzív neonatológiai ellátás eredményeképpen él, jól fejlődik. Anatómiai vizsgálatokkal azonban minor eltérések mutathatók ki. A másik 33 hetes magzat 1120 gramm súllyal született, szintén asphyxiásan (Apgar: 4/6). Intenzív neonatológiai ellátás ellenére a 3. postnataális napon veseelégtelenség következtében exitált.

Megbeszélés

Az arteriás sebességpulsus alakját számos tényező befolyásolja. A systolés csúcsig terjedő szakasz meredeksége a szívizom contractiós erejével, a leszálló ágé az érfal tágulékonyásával függ össze. A dicrot hullám megjelenését, illetve formáját a vizsgált ér szívtől való távolsága, valamint a perifériáról reflektálódó nyomáshullám befolyásolja. A végdiastolés sebességet (frekvenciát) azonban az ér által perfundált területek vasculáris rezisztenciája határozza meg (24).

Ennek megfelelően az aorta descendens mért érték a magzat splanchnicus területének, alsó végtagjainak és az arteria umbilicalisoknak a perifériás vasculáris ellenállásáról nyújt felvilágosítást. Az aorta descendens átáramló vérmennyiségnek nagyjából a fele jut a zsigerek és az alsó végtagok perfusiójára, míg a másik rész a lepény ellátására (12, 15, 16). Következésképpen az aorta descendens mért sebességpulsus elemzése révén módunk van arra, hogy a magzati keringésben bekövetkező változásokat nyomon tudjuk követni. Dawes (7) alapvető vizsgálataiból ismert, hogy a vena umbilicalison szállított vér mennyiségének és/vagy oxygen tenziójának csökkenése esetén a magzat keringésének redistribúciójával kompenzálja a bekövetkezett változást. Ennek során a létfontosságú szervek (agy, szív) megfelelő perfusióját perifériás vasoconstrictio árán biztosítja, amelynek létrejöttét a sebességpulsus elemzésével nyomon tudunk követni (2, 7, 25). Emelkedő perifériás ellenállás esetén ugyanis a végdiastolés áramlás előbb csökken, majd megszűnik (19). A vasoconstrictio és perifériás rezisztencia fokozódás olyan mértékű is lehet, hogy csaknem teljes elfolyási akadály alakulhat ki, amelynek következté-

ben a systolés volumen egy része a diastolében visszafelé, a szív irányába áramlik az aortában. Ennek jele feltehetően a sebességpulsuson megjelenő „reverse flow”. Természetesen e változásokhoz — mint már említettük — mintegy 50%-ban a lepény vasculáris ellenállásának növekedése is hozzájárul.

A lepény fokozott keringési ellenállása morfológiailag a tertier villusokban lévő arteriolák számának megkevesbedésében, illetve átmérőjük csökkenésében nyilvánul meg, amelyet egyrészt ezen erek hiányos kifejlődése, másrészt obliteratív degenerációja hoz létre (14). Az arteria umbilicalisokról felvett Doppler sonogramok tehát e folyamat meglétéről, illetve súlyosságáról informálnak (32).

Az arteria arcuatak sebességpulsusának vizsgálata a spirális arteriák, illetve ezeken keresztül az intervillusus tér perfusió állapotának megítéléséhez tudna adatokat szolgáltatni. A végdiastolés sebesség csökkenését S. Campbell a spirális arteriák 18. terhességi hétig bekövetkező trophoblast invasiojának hiányával, ill. elégtelen voltával magyarázza (4). Toxaemiában, intrauterin retardatióban a trophoblast invasio insufficiens voltát valóban kimutatták (3, 30). Essentialis hypertonia, vagy toxaemia talaján kialakult intrauterin retardatióban azonban S. Campbell (16) eseteinek csak mintegy felében (19 esetből 10-ben) észlelt pathológiás sebességpulsust az arteria arcuatakon. B. Trudinger (31) anyagában is hasonló arányban (60%) volt csökkent a végdiastolés sebesség az előbbi szerzővel hasonló beteganyagban. Saját vizsgálataink során is számos esetben, amikor a kórkép alapján súlyos uterinális perfusió zavar lett volna várható, normális áramlásra jellemző képet kaptunk.

Mindezek alapján jutottunk arra a következtetésre, hogy az intrauterin keringés minőségének megítélésében a foetális oldalon van meghatározó szerepe. Ennek megfelelően ugyanis — eredményeink alapján — a „reverse flow” megjelenése a magzati aortán és/vagy a köldökzsinór arteriáin a magzat 24 órán belül várható elhalását igen nagy valószínűséggel jelzi, így a terhesség azonnali befejezését indokolja. E döntésünket azonban a rendelkezésünkre álló viszonylag rövid cselekvési idő és az ekkorra már kialakult magzati károsodás miatt ennél korábban kell meghoznunk; *eddig tapasztalataink szerint a magzat intrauterin állapotát megítélő klinikai, laboratóriumi és biofizikai paraméterek figyelembe vételével akkor, amikor az arteria umbilicalis mellett az aorta descendens is a diastolés áramlás teljes hiánya figyelhető meg (1/C és 2/C ábra)*. Ez ugyanis azt jelenti, hogy a magzat végső kompenzációs mechanizmusával, keringésének redistribúciójával képes csak életfontos szerveinek oxygenisatióját biztosítani.

Vizsgálatai eredményeink összhangban állnak korábbi radioizotópos megfigyeléseinkkel, amelyek szerint nem minden intrauterin retardatio esetén kóros a lepényi, illetve most már igazoltan a magzati keringés (6, 8, 9). A perfusió elsősorban akkor csökken, ha a kórkép toxaemia, vagy essentialis hypertonia talaján alakul ki (30 esetből 25-ben). Normotonia mellett lényegesen ritkábban fordul elő kóros méhen belüli keringés (24 esetből 11-ben). Ezekben az esetekben merül fel a lepény parenchymás-celluláris elégtelensége (5, 29). A lepény anyai oldalán uralkodó kóros nyomásviszonyok itt ugyanis nem tevődnek át direkt módon a mag-

zati keringésre, ezáltal az intrauterin asphyxia csak később és kisebb mértékben alakul ki.

A foetoplacentáris keringés ultrahangos vizsgálata egyszerűbben kivitelezhető és veszélytelenebb a radioizotópos módszernél. Alkalmos a legsúlyosabb esetek gyors kiszűrésére, ahol a magzati keringésben már redistribúció jött létre. Az intrauterin retardáció azon formájában azonban, amikor a magzat keringése nem károsodott, lényeges lehet a circulatio anyai oldalának radioizotópos módszerrel történő mérése, mivel a parallel végzett vizsgálatok feltehetően további adatokat szolgáltatnak az intrauterin retardatio eredetének kiderítése szempontjából.

IRODALOM: 1. *Assali, N., Rawramo, L., Peltonen, T.*: Measurement of uterine blood flow and uterine metabolism. VIII. Uterine and fetal blood flow and oxygen consumption in early pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1960, 79, 86. — 2. *Bernham, R. E. és mtsai*: Distribution of the circulation in the normal and asphyxiated fetal primate. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970, 108, 956. — 3. *Brosens, I., Dixon, H. G., Robertson, W. B.*: Fetal growth retardation and the arteries of the placental bed. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1977, 84, 656. — 4. *Campbell, S., Diaz-Recasens, J., Griffin, D. R.*: New Doppler technique for assessing uteroplacental blood flow. *Lancet* 1983, 1, 675. — 5. *Campbell, S.*: Fetal Growth. In *Beard, R. W. és Nathanelig, P. W.* (Eds.): Fetal physiology and medicine. W. B. Saunders Ltd, London, 1976, 271. old. — 6. *Csákány M. Gy. és mtsai*: Az uteroplacentáris keringés vizsgálata késői terhességi toxemiában. *Magy. Nőorv. L.* 1981, 44, 97. — 7. *Dawes, G. S.*: Fetal and neonatal physiology. Year Book Medical Publishers. 1968, 60–78. és 97. old. — 8. *Doszpod J. és mtsai*: A lepényi keringés radioizotópos mérésének klinikai jelentősége. *Orv. Hetil.* 1980, 52, 3177. — 9. *Doszpod J. és mtsai*: A lepényi keringés és a kardiokográfiás non stressz-teszt (NST) közötti kapcsolat vizsgálata intrauterin retardáció esetében. *Magy. Nőorv. L.* 1983, 46, 244. — 10. *Erskine, R., Ritchie, J.*: Qualitative measurement of fetal blood flow using Doppler ultrasound. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1985, 92, 600. — 11. *Eik-Nes, S. H., Brubakk, A. O., Ulstein, M. K.*: Measurement of human fetal blood flow. *Lancet* 1980, 1, 283. — 12. *Eik-Nes, S. H. és mtsai*: Ultrasound measurement of human fetal blood flow. *J. Biomed. Eng.* 1982, 4, 28. — 13. *Fitzgerald, D. E., Drumm, J. E.*: Non-invasive measurement of human fetal circulation using ultrasound: a new method. *Br. Med. J.* 1977, 2, 1450. — 14. *Giles, W. B., Trudinger, B. J., Baird, P. J.*: Fetal umbilical artery flow velocity waveforms and placental resistance: pathological correlation. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1985, 92, 31. — 15. *Gill, R. W.*: Pulsed-Doppler with

B-mode imaging for quantitative blood flow measurement. *Ultrasound Med. Biol.* 1979, 5, 223. — 16. *Griffin, D., Cohen-Overbeek, T., Campbell, S.*: Fetal and uteroplacental blood flow. In *Campbell, S.* (Ed.): Clinics in Obstetrics and Gynaecology. W. B. Saunders Company, London, 1983, 10, 574., 583. és 595. old. — 17. *Illyés, M., Gáti, I.*: Examinations on intrauterine fetal and placental blood flow by ultrasound method. In *Gáti, I.* (Ed.): Recent progress in perinatal medicine IV. Orvostovábbképző Intézet, Budapest, 1985, 157. old. — 18. *Illyés M. és mtsai*: Az uteroplacentáris és főtális keringés ultrahangos vizsgálata. *Magy. Nőorv. L.* 1986, 49, 203. — 19. *Jouppila, P., Kirkinen, P.*: Increased vascular resistance in the descending aorta of the human fetus in hypoxia. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1984, 91, 853. — 20. *Kaesemann, H., Trenkel, K.*: Kombinierte B-Bild Doppler Sonographiemessungen am in-vitro-Modell und in fetalen Gefäßen. *Z. Geburtsh. Perinat.* 1986, 190, 43. — 21. *Lampé L. és mtsai*: A myometriumban ¹³³Xe-clearance vizsgálata a terhesség végén. *Magy. Nőorv. L.* 1971, 34, 107. — 22. *McCallum, W. D. és mtsai*: Fetal blood velocity waveforms. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 132, 425. — 23. *McCallum, W. D.*: Thermodilution measurement of human umbilical blood flow at delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 127, 491. — 24. *McDonald, D. A.*: Blood Flow in Arteries. Edward Arnold Ltd, London, 1974, 118. old. — 25. *Meschia, G.*: Supply of oxygen to the fetus. *J. Reprod. Med.* 1979, 23, 160. — 26. *Pourcelot, L.*: Applications cliniques de l'examen Doppler transcutané. In *Peronneau, P.* (Ed.): Velocimetric ultrasonor Doppler. *P. Inserm.* 7—11 Octobre 1974, 34, 625. — 27. *Rekonen, A. és mtsai*: Measurement of intervillous and myometrial blood flow by an intravenous ¹³³Xe method. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1976, 83, 723. — 28. *Rudolph, A. M. és mtsai*: Studies on the circulation of the previable human fetus. *Pediatr. Res.* 1971, 5, 452. — 29. *Seeds, J. W.*: Impaired fetal growth: definition and clinical diagnosis. *Obstet. Gynecol.* 1984, 64, 303. — 30. *Shepherd, B. L., Bonnar, J.*: An ultrastructural study of uteroplacental spiral arteries in hypertensive and normotensive pregnancies and fetal growth retardation. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1981, 88, 695. — 31. *Trudinger, B. J., Giles, W. B., Colleen, M. C.*: Uteroplacental blood flow velocity-time waveforms in normal and complicated pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1985, 92, 39. — 32. *Trudinger, B. J. és mtsai*: Fetal umbilical artery flow velocity waveforms and placental resistance: clinical significance. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1985, 92, 23.

Megjegyzés a korrektúráról

Kéziratunk benyújtása után néhány hónappal jelent meg dr. Pál Attila és dr. Asim Kurjak a „Véráramlás vizsgálata ultrahanggal a terhes méhben és a magzati erekben” című közleménye (*Orv. Hetil.* 1986, 52, 3171). Örömmel egészítjük ki irodalmi hivatkozásainkat e jelentős munkával.

(Illyés Miklós dr. 1389 Budapest, pf. 112)

BEVEZETÉS AZ AKUPUNKTÚRA GYAKORLATÁBA

C: a 3 órás videoanyagot megrendelheti szakcsoportunknál. A programot az 1985-ben az USA-ban kiadott ACUPUNCTURE A COMPREHENSIVE TEXT című könyv alapján szakértők közreműködésével állítottuk össze.

Ára: 5000,— Ft/kazetta

Címünk: Art Komplex Kulturális Szolgáltató Kiszövetkezet

POLIÉDER szakcsoport 1431 Budapest, PF. 154.

KÁLMÁNCHEY
ROZÁLIA DR.,
GYÖRGY ILONA DR.,
DOBOS MATILD DR.,
SÓLYOM ANDRÁS DR.
és CSAPÓ SÁNDOR DR.

A Rett-syndromáról

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Gyermekklinika
(igazgató: Schuler Dezső dr.)
Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika
(igazgató: Karmazsin László dr.)
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet
(igazgató: Pásztor Emil dr.)

Két Rett-syndromás betegüket ismertették a szerzők hazánkban elsőként. A syndroma ismérvei: kizárólag lányoknál a kezdeti normális fejlődés után 7—18 hónapos korban a fejlődés megáll, majd regrediál, súlyos dementia és autizmus alakul ki alaliával, hypomimiával, a kezek igen jellegzetes, más betegségben nem észlelhető „tördelő” „kézmosó” stereotyp mozgásaival, törzsataxiával, élénk mélyreflexekkel, epilepsia hajlammal és később az alsóvégtagok spasticus paresisével és vasomotor zavarai, szerzett microcephaliával. A klinikai megfigyelésen túl sensoros kiváltott válasz vizsgálatokat végeztek, melyekkel eltérést nem kaptak. Eredményeik a Rett-syndroma pathogenesisére vonatkozó újabb irodalmi adatokat támasztják, alá melyek szerint a betegség oka elsődlegesen nem az agykéregben hanem a basalis ganglionokban van, azok neurotransmitter rendszerében keresendő. Közleményükkel felhívják a figyelmet erre a különös és az irodalmi adatok szerint nem ritka betegségre, melynek felismerése a diagnosztikus kritériumok ismeretében nem jelent nehézséget.

Rett's syndrome' The authors report for the first time in Hungary on two cases of Rett's syndrome. The syndrome affects only girls and shows the following characteristics: the development which displays normal course stops at the age of 7—18 months and regresses subsequently, severe dementia and autism with alalia, hypomimia, very characteristic stereotypic „wringing” „washing” movement of the hands -never observed in other diseases-, truncal ataxy, intensive deep reflex, predisposition to epilepsy, later spastic paresis of the lower limbs, vasomotor disorders and acquired microcephalia develop. Besides clinical observation sensory evoked response examinations were carried out which showed no alteration. The results of the authors support the new literary data concerning the pathogenesis of Rett's syndrome according to which the primary cause of the disease is not in the cortex but in the basal ganglions and must be sought for in their neurotransmitter system. The authors wish to draw attention to this peculiar disease not unfrquent according to the literary data. Its recognition is not difficult if the diagnostic criteria are known.

Rett bécsi gyermekneurológus 1966-ban közölte huszonkét mentálisan retardált leánygyermek esetét, akikre jellemző volt, hogy a kezdeti normális fejlődés után 7—18 hónapos korban a szellemi fejlődés megállt, majd gyors regressio következett, mely súlyos demenciát és autizmust eredményezett 18 hónapon belül, a kezek célszerű használatának elvesztésével, jellegzetes ritmusos, monoton „kéztördelő,” „kézmosó” stereotyp kézmozgásokkal, törzsataxiával, később az alsóvégtagok spasticus tónusfokozódásával, vasomotor zavarai és epilepsia hajlammal.

A syndroma pathológiai alapjaként az agy diffúz atrophiját jelölte meg.

Ezt a tünetcsoportot, melyet első leírójáról Rett-syndromaként tartjuk számon, később mások is leírták. Hagberg Svédországból 1980-ban 16 esetet közölt, majd munkatársaival 1983-ban Svédországból, Franciaországból és Portugáliából 35 esetet gyűjtött össze. 1984-ben, 1985—1986-ban Olaszországból, Japánból, Nagy Britanniából, az Egyesült Államokból is közöltek

eseteket (11, 13, 9, 17, 1). Eddig több mint 150 esetet (5) tartanak számon az irodalomban. Svédországban és Skóciában (5, 9) előfordulása 1/15 000 leánygyermek. Ez a phenylketonuria előfordulásának kétszerese. A gyermek- és serdülőkori súlyos mentális retardációk 5—6%-át teszik ki a progresszív agyi betegségek és metabolikus zavarok, ennek 1/4—1/3 része Rett-syndroma Hagberg szerint (5).

Rett eredeti leírását (14, 15), mely szerint a syndroma hyperammonaemiával jár, a későbbi megfigyelések nem erősítették meg (6). A laboratóriumi vizsgálatok leletei általában normálisak (15, 6, 9, 13), kivéve az EEG-t, mely diffúz, vagy focalis abnormitásokat mutat (6, 17, 9, 13).

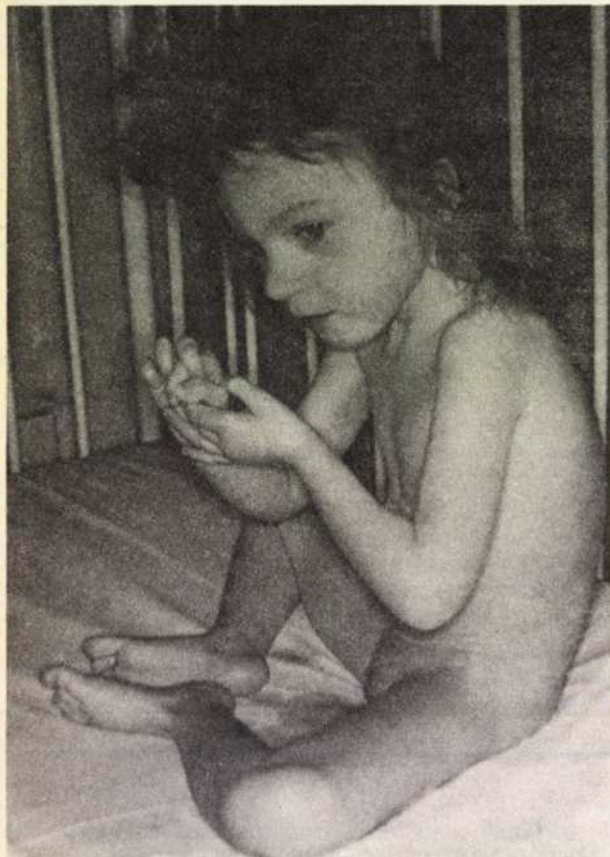
A syndroma oka nem ismert. Az X chromosoma domináns mutációját feltételezik (6), mely a hímnemű hemizygota implantációs képtelenségéhez vagy korai abortusához vezet. Újabb vizsgálatok gyakoribb fragilis X chromosomát találtak a p22-e helyen (4).

Közleményünkben beszámolunk két Rett-syndromás gyermekről. A betegek sensoros kiváltott potenciál vizsgálatait is elvégeztük a folyamat jobb megértése

céljából. Célunk, hogy felhívjuk a figyelmet hazánkban is erre a különös, de nem nagyon ritka betegségre.

Esetismertetés

1. beteg: Felvételtkor 4 év és 11 hónapos. Terminusra 3380 g súllyal, zavartalan 4. terhességből, 4. gyermekként, normális szüléssel született. Familiáris anamnesise negatív. Normális korai fejlődés, majd 1,5 éves korában kezdett kapaszkodva felállni, biztosan ülni, 5-6 szót mondott. Ekkor a fejlődésben megállt, majd rohamosan regrediált: nem beszélt, nem állt fel, nem ült fel többé, környezete iránt közömbössé vált. Egyidejűleg a kezeiben különös tördelő, összedörzsölgető stereotyp mozgások jelentek meg. Vizsgálatkor (1. á. h.): fejkörfogat: 45 cm: <2 percentil, testsúly: 10,3 kg: <3 percentil, hossz: 96 cm: <3 percentil. Arca finom vonású, bőre, haja egészséges.



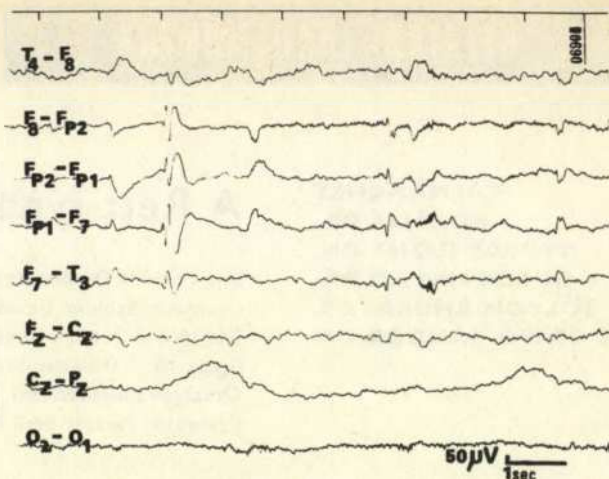
1. ábra. 1. betegünk, 4 év 11 hónapos. Jellemző mozgásminta a kezekben: „kézmosó”, „kéztördelő” mozgás

Belső szervi eltérés fizikális vizsgálattal nem észlelhető. Neurológiailag: enyhe bilaterális ptosis, testszerte élénk mélyreflexek, a törzsközei izmokban kissé fokozott tónus, a végtagizmokban hypotonia és hypotrophia alsóvégtag-túlsúllyal. Önállóan felülni, megfordulni nem tud, felülítve támasszal is bizonytalanul ül. Spontán háton fekszik, kezeit gyakran tördeli, időnként a szájához emeli. Időnként külső ok nélkül mosolyog, máskor hyperventilál, fogait csikorgatja, articulátlan hangon kiált néha. Arca mimikaszegény, tekintete üres. Kontaktus nem teremthető, figyelme időnként rövid időre felkelthető, többnyire azonban környezetére nem figyel, közömbös.

Vizsgálati leletek: vérkép, süllyedés, májfunctiók, se K, Na, Ca, Mg, Cl normális. Vizeletfajsúly, ubg: norm., fehérje, cukor neg., ül: norm. Se és vizelet aminosav-összetétel: norm. Vizelet-heparánsulfát: norm.

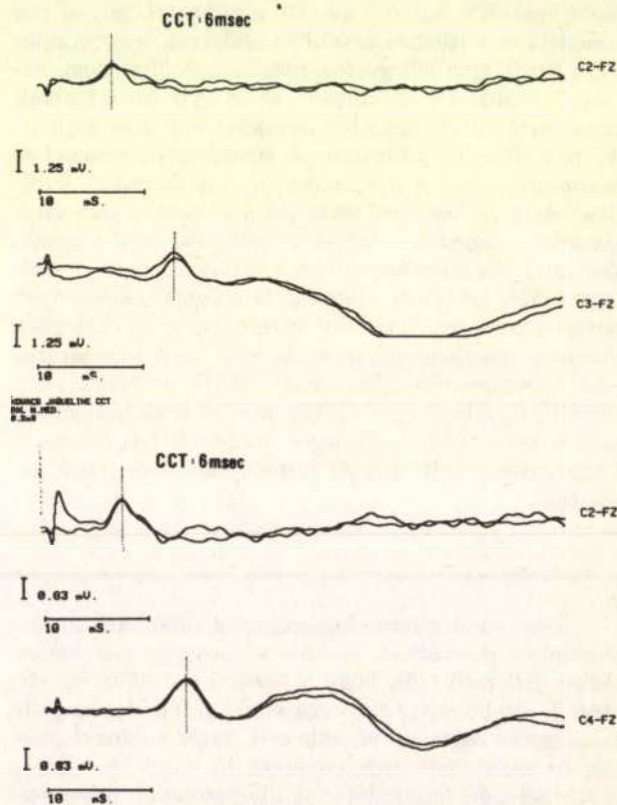
Se NH₂: 43, 125 µg/dl, fehérjeterhelés után: 105 µg/dl (norm. max.: 80 µg/dl).

EEG (2. á. h.): mindkét oldalt fronto-temporálisan singuláris túske-hullám mintájú convulsiv jelek.



2. ábra. 1. beteg EEG-je: mindkét oldalt fronto-temporálisan singuláris túske-hullám mintájú convulsiv jelek

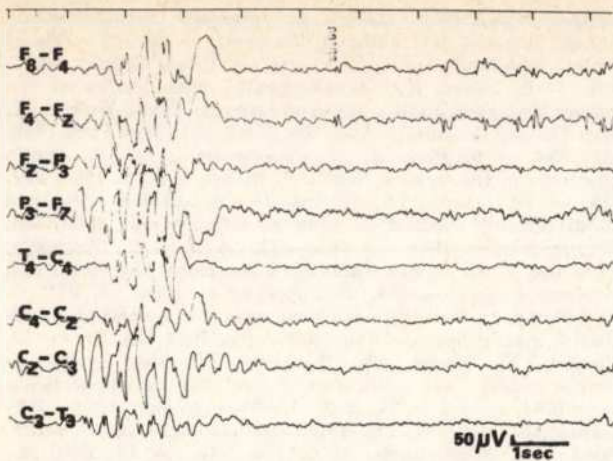
KOUACS JARQUELINE JOBB H MED 2-SEC



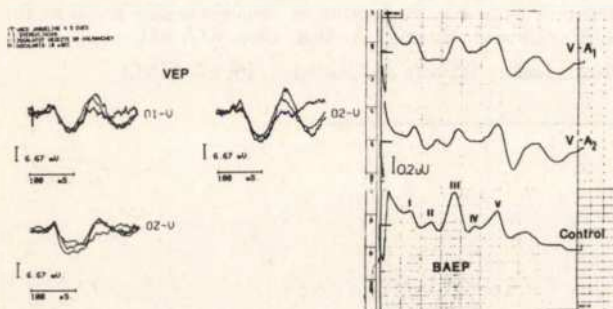
3. ábra. 1. beteg somatosensoros centrális vezetési ideje (CCT): normális (életkorának megfelelő)

Kiváltott potenciálvizsgálatok: Vizuális kiváltott potenciálok Harden és Pampiglione szerint regisztrálva (VEP): normális (3. á. h.). Agytörzsi kiváltott potenciálok Jewett módszere szerint regisztrálva (BAEP): normális (4. á. h.). Somatosensoros kiváltott potenciálok centrális vezetési ideje Hume és Cant módszere szerint regisztrálva (CCT): normális (5. á. h.).

2. beteg: Felvételtkor 2 éves és 5 hónapos. Terminusra 3400 g súllyal, zavartalan 2. terhességből, 2. gyermekként, normális szüléssel született. Familiáris anamnesise negatív. Korai fejlődése normális volt, de a bonyolult mozgások kialakulása lassú: 8 hónapos korában kezdett tárgyak után nyúlni, fogni, 10 hónapos korában felülni, 13 hónapos korában térdelni, tér-



4. ábra. 2. beteg EEG-je: jobb frontálisan fokalisan lassú tüske, ill. generalizált szabálytalan lassú tüske-hullám mintájú convulsiv csoportok



5. ábra. 2. beteg vizuális (flash) kiváltott potenciáljai (VEP) és agytörzsi kiváltott potenciáljai (BAEP): normális

den csúszkálni. Ekkor a fejlődésben megállt, majd lassú regressio kezdődött. A külvilág iránti érdeklődése fokozatosan csökkent. Egyidejűleg a kezek stereotyp tördelő mozgása jelent meg.

Vizsgálatok: fejkörfogat: 46 cm = 2 percentil, testsúly: 11,1 kg = 3,5 percentil, testhossz: 90 cm = 26 percentil. Arca szép vonású, haja egészséges. Belső szervek eltérő fizikális vizsgálattal nem észlelhetők. Neurológiailag: testszerte élénk mélyreflexek, a végtagokban egyhe hypotonia. Önállóan oldalra fordul, négykézláb tolja magát. Felülni nem tud, felültetve támasz nélkül bizonytalanul ül meg. Spontán tördelő, kézmosó kézmozgások, időnként kezeit szájába veszi. Arca mimikaszegény. Időnként külső ok nélkül hyperventilál, mások fogait csikorgatja, néha articulálatlanul kiált, többnyire azonban különböző arccal fekszik, környezetére nem figyel, hozzátartozóit nem ismeri fel. Figyelme rövid időre időnként felkelhető.

Vizsgálati leletek: vérkép, süllyedés, májfunctiók, se K, Na, Ca, Mg, Cl, vércukor, vizelet fajsúly, ubg: norm., fehérje, cukor: neg., ü: norm. Serum aminosav chromatographia: kissé emelkedett fenilalanin, tirozin, leucin. Vizelet aminosav: norm. Lumbális liquor: norm.

Se NH3: 69, 78, 68, 23 mmol/l, fehérjeterhelés után: 83 mmol/l (norm. max. 40 mmol/l.)

EEG: (4. ábra) jobb frontálisan fokalisan singuláris lassú tüske ill. generalizált szabálytalan lassú tüske-hullám mintájú convulsiv csoportok.

Kiváltott potenciál vizsgálatok:

Vizuális kiváltott potenciálok (VEP): normális (5. ábra).

Agytörzsi kiváltott potenciálok (BAEP): normális (5. ábra).

Somatosensoros kiváltott válaszok centrális vezetési ideje (CCT): normális.

Megbeszélés:

Ismertetjük két Rett-szindrómás gyermek esetét. A szindróma diagnosticus kritériumai [(15, 5, 6) 1. táblázat] 1. lányoknál fordul elő, 2. kezdeti normális psychomotoros fejlődés, 3. 7—18 hónapos korban a fejlődés megáll, 4. ezt követően rohamos regressio következik, súlyos demenciával, autizmussal, 5. alalia, hypo-ill. amimia, 6. stereotyp kézmozgások a hasznos kézmozgások elvesztésével „kéztördelő”, „kézmosó” mozgások, melyek igen jellemzőek és más betegségekben nem észlelhetők, 7. törzsataxia, 8. élénk mélyreflexek, 9. szerzett microcephalia, 10. epilepsia hajlam különböző rohamformákkal, 11. későbbi években: spasticus paraparesis és vasomotorzavarok az alsóvégtagokon.

A Rett-szindróma diagnosticus kritériumai

1. Lányoknál fordul elő;
2. Kezdeti normális psychomotoros fejlődés;
3. A fejlődés megállása 7—18 hónapos korban;
4. Majd regressio: súlyos demencia, autizmus 18 hónapon belül;
5. Alalia, hypo-ill. amimia;
6. Stereotyp kézmozgások: „kézmosó”, „kéztördelő” mozgások a hasznos kézmozgások elvesztésével;
7. Törzsataxia;
8. Élénk mélyreflexek;
9. Szerzett microcephalia;
10. Epilepsia hajlam, különböző rohamformákkal;
11. Későbbi években: spasticus paraparesis, vasomotorzavarok az alsó végtagokban.

A klinikai megfigyelésen túl érdekesnek látszott a sensoros pályák objectív vizsgálata, mivel a betegek látszólag indifferensek sensoros ingerekre és csak igen erős stimulusok hoznak létre minimális reflexválaszt. Másrészt pathológiailag a Rett-szindrómában enyhe diffúz corticalis atrophia észlelhető, lassú progressív idegsejtpusztulással, Alzheimer II. tip. astroglia reactióval, valamint a fehérállomány enyhe-közepes spongiformis károsodásával (15), minek alapján feltételezhető, hogy sensoros kiváltott potenciálok károsodnak a sensoros pályák, vagy a kéreg károsodása következtében. Több demyelinisatiós, vagy degeneratív betegségben leírtak vizuális kiváltott potenciál (7), centrális vezetési idő (3, 12) ill. agytörzsi kiváltott potenciál (16) változásokat. Két betegünk vizuális, somatosensoros centrális vezetési idő és agytörzsi kiváltott potenciál eredményeit a saját és az irodalomban közölt (7, 10, 9) normális control adatokkal összehasonlítva eltérést nem észleltünk. Hasonló vizsgálatokról egy közlemény számol be Rett-szindrómás betegeknél (17) 5 betegnél vizsgálva normális agytörzsi kiváltott potenciálok és 5-ből 4-nél normális vizuális kiváltott válaszokat kaptak, 1 betegnél a vizuális kiváltott válaszok bilaterális corticalis dysfunciónak feleltek meg. Somatosensoros kiváltott válaszokról nem találtunk irodalmi adatokat Rett-szindrómában.

Vizsgálataink arra engednek következtetni, hogy a betegség, legalábbis viszonylag korai szakaszában nem érinti a primer sensoros pályákat és a sensoros kérget.

Ezek az eredmények összegegyeztetetők Nomura 1984-ben (13) és Kerr 1985-ben (9) közölt feltételezésével, mely szerint a szindróma elsődlegesen az extrapyramidális rendszer betegsége lenne és a basalis ganglio-

nok neurotransmitter rendszerében keresendő a primer ok. Ezt a feltevést támasztják alá Zoghbi (17) eredményei is, aki a liquor biogénamin szintjeinek mérése alapján arra következtetett, hogy Rett-szindrómában a dopamin és norepinephrin anyagcsereje korán zavarttá válik (a dopamin 80%-ban a basalis ganglionokban található) valamint Brucke (2) postmortem histokémiai vizsgálatai, melyek a corpus striatum dopaminhiányát mutatták.

IRODALOM: 1. *Al-Mateen, M., Philippart, M., Shields, D.*: Rett. syndrome. *Am. J. of Disease of Children*, 1986, 140, 761. — 2. *Brucke, T., Sofic, E., Wichart, I. és mtsai*: Rett syndrome: Biogenic amines and metabolites in post-mortem human brain and different body fluids, abstracted. *J. Neurochem.*, 1985, 44 (suppl.), 197. — 3. *Cracco, J., Bosch, V., Cracco, R. Q.*: Cerebral and spinal somatosensory evoked potentials in children with CNS degenerative disease. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.* 1980, 49, 437. — 4. *Gillberg, Chr., Wahlström, J., Hagberg, B.*: Infantile autism and Rett's syndrome: common chromosomal denominator. *Lancet*, 1984, 1094. — 5. *Hagberg, B.*: Rett's syndrome: Prevalence and Impact on Progressive Severe Mental Retardation in Girls. *Acta Paediatr. Scand.* 1985, 74, 405. — 6. *Hagberg, B. és mtsai.* A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: report of 35 cases. *Ann of Neurology*, 1983, 14, 471. — 7. *Harden, A., Pampiglione, G.*: Visual evoked potential electroretinogram and

electroencephalogram studies in progressive neurometabolic storage diseases of childhood. Desmedt, J. E. (ed.): *Visual evoked potentials in man.* Coarenton Press, Oxford, 1977, 470. — 8. *Hecox, K.*: Developmental dependencies of the human brainstem auditor evoked response. Bodis-Wollner, I. (ed): *Evoked Potentials.* Ann. Ny. Acad. Sci., New York, 1982, 388, 536. — 9. *Kerr, A. M., Stephenson, J. B. P.*: Rett's syndrome in the west of Scotland. *British Med. J.* 1985, 291, 579. — 10. *Lauffer, H., Wenzel, D.*: Maturation of central somatosensory conduction time in infancy and childhood. *Neuropediatrics*, 1986, 17, 72. — 11. *Lugaresi, E., Cirignotta, F., Rossi, P. G. és mts.* Infantile behavioural regression and respiratory impairment. *Neuropediatrics*, 1984, 15, 211. — 12. *Lütsch, J.*: Pathophysiological aspects of central and peripheral myelin lesions. *Neuropediatrics*, 1984, 15, 24. — 13. *Namura, Y., Segawa, M., Hasegawa, M.*: Rett syndrome-clinical studies and pathophysiological consideration. *Brain Dev.* 1984, 6, 475. — 14. *Rett, A.*: Über ein eigenartiges Hirnatropisches Syndrom bei Hyper ammonenie im Kindersalter. *Wien Med. Wochenschr.* 1966, 116, 723. — 15. *Rett, A.*: Cerebral atrophy associated with hyperammonaemia. *Handbook of clinical Neurology.* Amsterdam—New York—Oxford, 1977, 29, 205. — 16. *Stockard, J. J., Sharrow, F. W.*: Unique contributions of short-latency auditory and somatosensory evoked potentials to neurologic diagnosis. Desmedt(ed) *Clinical Uses of Cerebral, Brainstem and Spinal Somatosensory Evoked Potentials.* Progress in Clin. Neurophysiol. S. Karger, Basel, New York, 1980, 231. — 17. *Zoghbi, H. Y., Percy, A. K., Glaze, D. G. és mts.* Reduction of biogenic amine levels in the Rett syndrome. *N. Engl. J. Med.* 1985, 313, 921. —

(Kálmánchey Rózália dr. Budapest, Pf. 83. 1450.)

A MEDICOR, a MATE Orvostechnikai Szakosztályával és a Neumann János Számítógéptudományi Társasággal közösen egészségügyi szoftverbemutatót és -vásárt rendez a MEDICOR-ban (Bp. XIII., Váci út 48. e—f)

1987. április 7—9 között

A bemutatóra kidolgozott vagy kidolgozás alatt álló, az egészségügy területén alkalmazható orvosi programmal lehet jelentkezni.

A sikeres programokat a MEDICOR kül- és belföldi forgalmazásra díjazás ellenében átveszi.

A legjobbnak minősített programot a társadalmi zsűri külön is egy értékes, új orvosi műszerrel jutalmazza.

Bővebb felvilágosítás és jelentkezés: Kiss Miklós osztályvezető

medicor

MEDICOR,

tel.: 495-130/879

SZILÁRD JÁNOS DR.

A gyermek- és serdülőkorai pszichiátria valamint gyermekneurológia

Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeógyászati Klinika
(igazgató: Szilárd János dr.)

A gyermek- és serdülőkorai pszichiátria, valamint a gyermekneurológia helyzete országosan ellentmondásos és nem megnyugtató. Még mindig számottevő az elmaradás a nemzetközi színvonaltól és megoldási formáktól. A tanulmány taglalja a fejlődés eredményeit és nehézségeit, vitatja, hogy ez az egységes gyermekgyógyászati ellátás koncepcióján belül megoldható. A betegforgalom adatai, az életkor szerinti ellátás, az osztályos háttér, a szervezeti integráció egyaránt igen ellentmondásos képet mutat. A nemzetközi tapasztalatokkal egybevetve következtetések adódnak: A gyermek- és serdülőkorai pszichiátriát, ill. a gyermekneurológiát két önálló diszciplínának kell tekinteni, ennek az intézményrendszer, a szakmai irányítás és a tudományos tevékenység vonatkozásában egyaránt biztosítani kell a feltételeit. Hangsúlyozást érdemel a serdülőkor sajátos problematikája. Legalábbis megyénként komplett és komplex gondozóintézetek kialakítása szükséges megfelelő létszámmal.

The child and adolescent psychiatry and the child neurology. The situation of child and adolescent psychiatry and the child neurology is contradictions and not reassuring in this country. The lag compared to the international level and solution patterns is still considerable in this respect. The present study analyses the results and difficulties of recent development and argues against the concept of settling within a unified pediatric network. The data of patient frequentation, the treatment and care according to the age, the hospital background, and the organizational integration each shows a rather contradictory picture. Considering a comparison with the international practice, several conclusions are drawn: the child and adolescent psychiatry and the child neurology should be regarded as two independent and distinct disciplines. Proper conditions must be provided for this purpose in the fields of institutional network, professional guiding, and scientific activity as well. The specific problems associated with the adolescent age deserve emphasized attention. It is necessary to develop at least in each county a complete and complex health care institute with sufficient number of the staff.

„a gyermekpszichiátria feladata az érési, fejlődési életszakasz pszichés-idegi zavarai-val való foglalkozás, ezek kórismézése, kezelése, szoros kapcsolatban mindazokkal a tudományokkal és intézményekkel, melyek a gyermek szociális adaptációjával foglalkoznak”. (Stutte)

Hazánkban — több országhoz hasonlóan — már a múlt században voltak olyan törekvések, melyek a gyermek- és serdülőkorúak kóros pszichés jelenségeinek szakszerű vizsgálatát, rendszerezését, sőt az e területen dolgozó szakemberek szervezeti összefogását szorgalmazták. Századunk második felében gyorsult meg a fejlődés világszerte oly mértékben, hogy megközelítőleg hasonló tendencia eredményeképpen a gyermek- és serdülőkorai pszichiátria többé-kevésbé önálló diszciplínává vált számos országban. Ugyanez a gyer-

mekneurológiáról kevésbé mondható el; nem egy európai országban a mi fogalmaink szerinti gyermekneurológiai betegek ellátása vagy a gyermekpszichiátriai hálózat, vagy gyermekgyógyászat feladata. (1, 5, 7, 14, 17, 19, 21, 23).

Az e területen dolgozó hazai szakemberek számára fájó és nyugtalanító jelenség, hogy hazánk nem volt eddig képes felzárkózni az európai (tehát a számunkra reális összehasonlítási alapot nyújtó) gyermekpszichiátriához. Míg Európaszerte általános az önálló tudományos társaság, tanszékek, a populáció egészét átfogni igyekvő gyermekpszichiátriai hálózat léte, addig e téren hazánkban sok a „fehér folt”, gyakori e szakma betegeinek „mellékfeladatként”, heti 1–2 órában történő ellátása. Bár az elmúlt két évtizedben megnőtt a gyermekpszichiátriai osztályok, ambulanciák és szakemberek száma, kialakult a szakképzés megszerzésének lehetősége, nőtt az ez iránti igény, és a következő években is az egészségügy szándéka e hálózat fejlesztése, még messze vagyunk attól, hogy a feladatok kielégítő ellátásához szükséges feltételekkel rendelkezünk. (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 18, 24).

Kulcsszavak: gyermekpszichiátria, gyermekneurológia, serdülőkor, ambuláns és osztályos ellátás, társszakmák, társadalmi jelentőség

Magam 1965-ben kezdtem el kopogtatni az illetékes szakmai fórumok ajtaján a tennivalók érdekében, hosszú időn keresztül teljesen eredménytelenül.

1978-ban az Orvosi Hetilap hasábjain Varghával és Farkasinszkyval írtuk le véleményünket, javaslatainkat a fejlődéssel és a továbblépéssel kapcsolatban. (E cikk megírhatóságához hozzájárult, hogy közben egyetemi tanszék élére kerültem). Az azóta eltelt idő semmiben sem cáfolta s nem tette elvültté az akkor leírtakat. (21)

Az elmúlt időszakban néhány olyan elvi megfogalmazás, állásfoglalás, megoldás született, melyek az előrelépést voltak hivatottak szolgálni e feladatnak azonban már eleve csupán részben felelhettek meg. Két ilyen elvet kell kiemelnünk:

1. Az *egységes gyermekgyógyászati ellátás koncepciója*, és ennek értelmében a gyermek- és serdülőkorai pszichiátria szervezeti elhelyezése a gyermekgyógyászatban belül.

2. Azon *nézetek és szervezeti formák*, melyek az idegrendszerrrel foglalkozó — igen eltérő — medicinális szakmákat (gyermekneurologia, gyermekpszichiátria, gyermekidegsebészet, elektro-neurofiziológia stb.) igyekeznek az „egységes tudomány” és tevékenység kereteibe szorítani.

Meddig gyermek a gyermek?

ad 1.) Vitathatatlanul kell minden tevékenységet rendszerezni és szervezetileg összefogni. Bio-pszichoszociális történések sora bizonyítja, hogy a gyermek *minőségileg más* mint a felnőtt; nem annak kicsinyített megfelelője. Az elmúlt évtizedekben számos tanulmány fejtette ki, hogy milyen hibák adódhatnak abból, ha egy gyermek vizsgálatából az „általános” gyermekgyógyászati vizsgálatok kimaradnak. A túlságosan „pediatrai” szemléletnek azonban több gyenge pontja is van:

a) már az *életkort* sem ítélik meg egységesen a különböző gyermekgyógyászati iskolák. Van, ahol a 14 éves kornál, másutt van ahol a 18 éves kornál húzzák meg a felső határt. (Mint minden merev határ, a 14 éves kor éppúgy mesterséges, mint a 18 év).

b) a 0—18 éves korosztály egységes ellátásának elve szervezetileg tekintve rendszerező hatású, de ha az extrém pólusaira, az újszülöttre, vagy az akceleráció jóvoltából „anyányi” (vagy már valóban anya) 16—18 évesre gondolunk, a *különbség* nagyobb, mint bármely orvosi szak palettáján belül.

c) ha azt hangsúlyozzuk (joggal), hogy a gyermek nem a felnőtt kicsinyített mása, akkor a realitás megkívánja annak hangsúlyozását is, hogy a *serdülő nem egyszerűen nagyra nőtt gyermek; hanem a felnőtt és a gyermektől egyaránt minőségileg sokban különböző lény*. A serdülőkorúak ellátása sok szakterületen más szakma feladata (nőgyógyászat, fül-orr-gégészet, urológia, stb.), mégpedig úgy, hogy a felnőttek ellátásától való eltérés éppúgy elhalványul, mint a sajátos gyermekgyógyászati aspektusok szerepe. (14, 15, 21, 22)

Integrált rész-tudomány vagy önálló disciplina?

A gyermekpszichiátria önállósodása Európában elválaszthatatlan Tramer nevével, akinek néhány alapvető megállapítása ma is időszerű: Egyik tétele, hogy gyermekkori pszichés elváltozások esetén az egész organizmust kell vizsgálni, az alkati, érési, fejlődési tényezőket figyelembevéve. Kimondja, hogy „a gyermekpszichiátria elválaszthatatlan kapcsolatot igényel a pszichiátriával és a gyermekgyógyászattal egyaránt, de önálló ága az orvostudománynak”. (23)

15 évvel ezelőtt előrelépést jelentett a Magyar

Gyermekgyógyász Társaság, a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága, a Magyar Idegsebész Társaság közös „gyermekként” létre hozott Gyermekneurologiai-Gyermekpszichiátriai és Gyermekidegsebészeti *közös szekció*. Életképességét igazolta, hiánypótló szerepét, mozgósító hatását kedvezően érvényesítette; ugyanakkor születésétől fogva magában hordozta azokat a feszültségeket és ellentmondásokat, amelyek e szakterületek közös, de nem önálló tudományos társaságkénti reprezentációjából adódtak. E három diszciplína egységes hálózatkénti működtetése vitatható. Megalakulásakor átvette az ideg- és elmeorvosok akkori — azóta túlhaladott — álláspontját, amely a felnőtt neuro-pszichiátriában is ellenezte a különválasztást. Ismeretek e téren az elmúlt évtized ellentmondásos fejlődésének adatai, tendenciái. Az egészségügyi kormányzat koncepciója a szétválást szorgalmazza, számos osztály, gondozóintézet, stb. ennek szellemében létesült. Ugyanakkor ezzel ellentétes tendenciák is hatottak. Ez a kettség megoldásokban is, tendenciáiban és szemléletében is fennáll és újratermelődik. Sokatmondó mozzanat, hogy jóval inkább a társadalom által észlelt növekvő számú viselkedési anomália (antiszocialitás, narkómánia, gyermekkori szuicidium) okozta nyugtalanság adott készletet a még mindig döcögő fejlesztés meggyorsítására, mintsem a szakemberek egyértelmű állásfoglalása, vagy a „kevesébe feltűnő” pszichés problémákkal küszködő gyermekpopuláció nem kevésbé nyugtalanító sorsa iránti aggodás.

Természetesen érthető az aggodás; köztudomású, hogy hazánkban növekedett a fiatalkori antiszocialitás és más viselkedési anomáliák gyakorisága, e jelenség egyre fiatalabb korosztályokat érint. E jelenségekkel kapcsolatban mai napig sem tisztázott társadalmunkban a szakmai munkamegosztás, de a kompetencia határai sem rendezettek. Elterjedt a szkepszis, sokan infaszt, megoldhatatlan problémának tartják e jelenségeket — pedig, ha van lehetőség és szükség beavatkozni a tragikus betegségkarrierbe: az épp gyermekkorban van! Hasonlóképpen általános a pszichés probléma lebecsülése, nem kellő ismerete ill. mindezzel szemben a fenntartás.

a) A szomatikus szemléletben felnövekedett orvosgenerációk és az ezzel átítadott közvélemény számára sokkal könnyebben kerül reflektorfénybe egy-egy szomatikus tünet felismerésének, helyes értelmezésének elmulasztása, mint akár tömegesen előforduló mulasztás az érdemi pszichés okok, összefüggések, alterációk tisztázását illetően. Mindez nyomatékosan érvényes a gyermekpszichiátriára is.

b) A gyermekgyógyászat műveléséhez eleve szükséges empátia és a védő, segíteni akaró attitűd a gyermekgyógyászati gyakorlatban — tiszteletre méltó kezdeményezésektől és kivételektől eltekintve — általában a pszichésanomáliát jelentő gyermekek — legalábbis a legutóbbi időkig — mintha nem vonatkozna. „Leírják” őket vagy legalábbis csupán érintőlegesen látják el, nem egyszer specializált intézmény híján — még a felnőtt pszichiátriának is szívesebben átadják, mint kezelik. Persze az igazsághoz tartozik, hogy a „felnőtt” pszichiáterek törődése és érdeklődése irántuk sem volt soha „túlfejlett”.

c) Az a differenciálódás, amely az elmúlt évtizedekben az egységes belgyógyászat vagy sebészet létét is megkérdőjelezte ill. jórészt „alap ill. szakrendelés-

szintű" ellátási feladatokra korlátozta, elérte a gyermekgyógyászatot is (persze a pszichiátriát is). Nem szólva arról, hogy nincs olyan orvosi szakma, az ún. „legkisebbekig” bezárólag, amely ne tudná olyan betegek példáit felsorolni, akiknek tényleges baját, panaszait lényegét és esetleg a megoldáshoz vezető utat a „kis diszciplína” ill. annak művelője ismerte fel és tisztázta.

Növekvő igények:

Az elmúlt években egyre inkább érzékelhetőbb lett az elvi lehetőségek és elvárások ill. a gyakorlati tények, feltételek közötti feszültség. Ma már magától értetődő, hogy az utóbbi évtizedekben a medicinális ismeretek és módszerek fejlődése sajátos problémákat vet fel. Növekszik azoknak az egyedeknek a száma (értelmi fogyatékos, viselkedési zavarok, stb.) akiknél valószínűségi kórisme, az etiológiára vonatkozó vélemény megadható.

Az újabb lehetőségek aláásták a terápiás nihilizmust, pl. a csecsemő- és újszülöttkorban diagnosztizálható (perinatalis, enzimdefektuson alapuló, stb.) idegrendszeri károsodások kezelhetőségét illetően.

Differenciáltabban szemléljük az újszülött, csecsemő- és kisgyermekkorban jelentkező konvulzív tüneteket, és az ún. heredodegeneratív kórképek csoportja sem csupa ismeretlen már. (2, 4, 12, 20, 21).

Ily módon a gyermekneurologia is ma a korábbihoz képest nagyságrenddel nagyobb feladatkört kapott. A mozgásszervi, érzékszervi, értelmi fogyatékos gyermekpopuláció szakszerű és intenzív foglalkozást (gondozást) igényel, hiszen ha van betegcsoport, ahol a kimenetel döntően az idejekorán történt felismeréstől és kezelésbeviteltől függ, úgy ez ilyen. Nem vitatható elvárás az idegrendszeri károsodások miatt sérült egyedek kezelését és gondozását ellátni képes hálózat megteremtése. Ennek megoldásaként a gyermekideggondozó intézetek feladatává kívánják tenni (esetenként már a „0” évtől, ami ugyancsak sajátos szemléleti változás és ellentmondás) a mozgásszervi károsodott csecsemők és kisgyermek gondozását, ellátását is. Viszont hol marad ekkor még a neurotikus, depresszív, beilleszkedési-alkalmazkodási nehézségek miatt feltűnővé váló, öngyilkosságot megkísérlő és sok más, az előbbieknél kevésbé megfogható, de jóval nagyobb számú populáció ellátása!

Nómenklátúra, előtételek vagy szakmai fogalomzavar?

Egyáltalán nem csupán formális jelentőségű az *intézetek elnevezése*. Köztudomású, hogy a magyar szóhasználatban az orvosi illetve a laikus közvélemény „ideggyógyászat” (idegi probléma, ideggondozás, stb.) alatt nem ugyanazt érti. Orvosilag a fogalom a neurologiát jelenti, a közvélemény viszont elsősorban a pszichés alterációkat érti ezalatt, az idegességtől a pszichózisig. (Rögtön hozzá kell tennünk, hogy ez a „fogalomzavar” a felnőtt pszichiátria öröksége, ahol hasonlóan várat magára a fogalmak tisztázása!). Az elmúlt években vita folyt hazánkban a mentalhygiéne definíciójáról és kompetenciájáról. Vitathatatlannal azoknak van igaza, akik e téren a szélesebb társadalmi tevékenységet sürgetik. Ezen belül a pszichiátria sem

miképp nem vállalhat „omnipotens” szerepet, legfeljebb a problémák jelzése, megfogalmazása, és a feladatok megoldásának koordinálása érdekében tehet sokat — de ezt tennie is kell! — Ha tehát az a gyermekpszichiátriai intézetek címtáblájára a mentalhygiéne íródik, ez kifejezi ugyan a pszichés problematikát, de elmosza a szakmai és társadalmi teendők határát.

A gyermekpszichiátriai hálózat jelene:

Az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetnek rendelkezésre álló összesített adatok szerint Budapesten 8, az ország más területein összesen 22 gyermek- és ifjúsági ideggondozó intézet működik, de nincs minden megyében önálló gondozóintézet, fő állásban folytatott gondozómunka.

A legszerényebb nemzetközi becslések szerint kb. 20 ezer főnyi gyermek- ill. fiatalok populáció — a neurológiai feladatokat nem számítva — egy szakorvos, két pszichológus, két pedagógus gyógypedagógus, egy logopedus, két gondozónő munkáját igényli. A hazai gondozóintézetek ellátottsága vidéken nem éri el ennek 50%-át, a pszichológus ellátottság a 20%-ot, a gondozói ellátottság a 33%-ot, még Budapesten sem optimalisak az arányok. (9)

Elgondolkoztató a gondozóintézetek *betegforgalmi statisztikája*. 1985-ben 35 775 gyermek volt gondozásban, az egy gondozóra jutó évi találkozásszám 4,4; de pl. egy gondozónőre átlagosan 459 gondozott jutott.

Életkor szerint: a 0–4 éves korúak közül 4 443 gyermek áll gondozásban, 5–9 éves 13 820, 10–14 éves 12 426, 15–19 éves 6 214. A nyilvántartott betegek közül a legtöbb epileptiform tünetegyüttest mutat (9 614, 26,9%). Az ún. „sajátos gyermekkori szindrómák”, a neurotikus funkcionális kórképek, pszichoszomatikus betegségek együttesen ennél alig többet tesznek ki (11 149 főt, 31,3%), a gondozásba vett új betegek között viszont ezek száma a legtöbb.

Betegségcsoportok

1984-ben: 36 893-ból 11 227 gyermek (30,4%) neurológiai kórjelzéssel került nyilvántartásba. Ebben a számban nem szerepel 2 085 „sajátos fejlődési elmaradásban és részképességfejlődési zavarban” szenvedő gyermek. 3 363 (9,1%) az oligophrenia miatt nyilvántartott betegek száma.

A számok legalább négy jelenséget jeleznek:

a) Bizonyos („feltűnő”) kórképek országosan nagyobb valószínűséggel kerülnek gondozásba, nyilvántartásba (pl. epileptiform tünetek).

b) Ezek nagyságrendje arra is utal, hogy ellátásuk a speciális szemléleten, sajátos vizsgálati kritériumokon túlmenően mennyiségileg is megnövekedett (s perspektivikusan: specializált) országos hálózatot igényel.

c) Bizonyos betegségcsoportokból viszont sokan nem jutnak el szakorvoshoz, nem kerülnek nyilvántartásba. (Elsősorban oligophrenia, pszichés anomáliák). A nyilvántartott oligophrenek számát az összlakosságra extraponálva 0,0003% a gyakoriság, (ami természetesen irreális) tehát az oligophrenek jelentős részéről az ifjúsági ideggondozók adatokkal sem rendelkeznek. Az 5 035 főnyi neurozis-pszichoszomatikus betegségekben szenvedő csoport is (13,6%) irreálisan alacsony, ez a szám egyaránt ellentmond a gyakorlati tapasztalatok-

nak, és a külföldi megfigyeléseknek, miszerint még az általános gyermekgyógyászati osztályokon fekvő gyermekek 10—20%-a is mutat kóros pszichés tüneteket.

A szervezeti-gazdasági és szakmai integráció:

A gyermek- és serdülőkori pszichiátriai gondozóintézetek kapcsolatrendszere továbbra is rendezetlen, sokféleképpen szabályozott. Ma is — változatos képet mutatva — gyermekgyógyászati, pszichiátriai, neurológiai, ifjúsági osztályokhoz, kórházakhoz, rendelőintézetekhez tartoznak, többnyire az adott helyi sajátosság, érdeklődés vagy érdektelenség függvényében. A szervezeti és a szakmai kapcsolódás számos esetben nem is azonos.

Hasonlóan ellentmondásos a kép az *osztályos háttér*et illetően, amely sem a regionális követelményeket nem elégíti ki, sem azt a kritériumot, hogy mindig álljon rendelkezésre hozzáértő, az orvosnak szakmai támaszt, a beteg állapotának megfelelő ellátási lehetőség biztosító osztályos háttér.

Jóformán nincs két gyermek- és ifjúsági ideggondozó intézet, amely pácienseinek osztályos elhelyezését azonos rendszer szerint intézi illetve intézheti. Ez már azért sem meglepő, mert ezek az osztályok maguk is részben általános, részben speciális gyermekgyógyászati osztályok, más esetekben viszont felnőtt pszichiátriai vagy neurológiai osztályok, stb. Így csak elenyésző számban áll egy-egy gyermek- illetve ifjúsági ideggondozó intézet számára rendelkezésre az a lehetőség, hogy mind gyermekgyógyászati, mind neurológiai, mind pszichiátriai kivizsgálást vagy kezelést igénylő betegeit ill. bármilyen korosztályú pácienseiket bármilyen probléma esetén szakmailag adekvát osztályra beutalhassa.

Sajnálatos ellentmondás, hogy miközben a gyermekpszichiátriai gondozói hálózat a feladatok arányához képest alulfejlett, az elmúlt évtized során annyi párhuzamos hálózat alakult, mintha munkanélküli szakemberek tömegének kellett volna mindenáron munkalehetőséget biztosítani. Helyes elv, hogy van hálózat, amely nevelési tanácsadással, a pályaválasztás kérdéseivel, az ifjúság mentálhygiénéjével foglalkozik, stb. Sajnálatos viszont, hogy ezek feladatelosztása, terheltsége meglehetősen egyenetlen, kompetenciájuk vitatható, nem szólva arról, hogy az a mikszáthi jelenség, amikor párhuzamos hatóssághoz tartozó intézetek és szakemberek kapcsolattartása és kommunikációja nehézkes, vagy szinte lehetetlen, napjainkban is tovább él.

Következtetések:

A gyermekpszichiátria és a gyermekneurológia két önálló diszciplína, melyeknek — bár sok összefüggő és közös feladatuk is van — jól definiálható, körülhatárolható teendők vannak.

A *gyermek- és a serdülőkori pszichiátria* azon betegségekkel, tünetekkel, állapotokkal foglalkozó orvosi szakterület, ahol az állapotváltozás előterében a pszichés funkciók megváltozása, működési-fejlődési zavara áll. Ezek okai lehetnek a szomatikus és a pszichoszociális szférában (mintegy a pszichotrauma okozta élményreakciótól az epilepsziás pszichózisig). Alapelv, hogy a gyermekkor pszichopatológiája nem azonos a felnőttkorral és nem is annak egyszerűen kicsinyített variánsa.

A gyermekpszichiátriai hálózat működése akkor optimális, ha gyermekpszichiáter irányítja, a gyermekgyógyászatra, a felnőtt-pszichiátriára, a neurológiára és sok más szakma közreműködésére is támaszkodva. Ugyanez érvényes az osztályos háttérre is, nem mellőzve adott esetben más szakok kompetenciáját és a sokféle átmeneti-korrektív-rehabilitáló (és „habilitáló”) intézmény szükségességét.

A *gyermekneurológia* mindazokkal a károsodásokkal, működési zavarokkal, betegségekkel foglalkozik, ahol a gyermek állapotában elsősorban a neurológiai funkciókban észlelhető károsodás, (túlnyomó többségükben kimutatható — körülírt — szervi elváltozással). Így a gyermekneurológia kompetenciájába tartoznak: a konvulzív roszulléteket mutató gyermekek kivizsgálása és gondozása, a motorium és az érzékszervi működések neurológiai eredetű károsodásai, a „klasszikus” feladatok: daganatok, gyulladások, heredodegeneratív betegségek, stb. mellett.

A fentiekből következik, hogy *külön-külön a gyermekpszichiátriának és a gyermekneurológiának is számára válna önálló tudományos társaság, tanszéki hálózat, országos, majd megyénkénti szakfelügyeleti rendszer kiépítése.*

Különösen szembetűnő a pszichiátriai és neurológiai szemlélet eltérése a *serdülőkor* megítélésében.

Külön kell hangsúlyozni a *serdülőkori pszichiátria* ellátás sajátos követelményeit, hiszen ez a legveszélyeztetettebb korosztályt jelenti, pszichésen ugyanakkor kifejezetten sajátos problémáit.

A serdülőkor a fokozott érzelmi befolyásolhatóság, a nagy amplitúdójú érzelmi megnyilvánulások, a szinte törvényszerű identitás zavar — és keresés, élményéhség, a kollektív — csoportthatások, az élmények iránti felfokozott érzékenység, az oppozíciós magatartás, az önálló életkép, életcél, életfelfogás kialakulásának és a szülőktől való leválásnak az időszaka. Az akceleráció következtében egyre markánsabb diszkrépancia figyelhető meg a gyorsult testi, (hormonális-szexuális és részben az intellektuális) érés, ill. pszichés (*érzelmi-szocializációs értelemben*) éretté válás között, de erről a serdülő nem vagy alig győzhető meg. Külön veszélyforrás a „felnőt” pszichés betegségek gyakori első manifesztációja ebben az időben, nem is szólva korábban inkább csak a felnőttkor korosztályokat érintő pathológiás jelenségek (narkómánia, alkoholizmus, szucidium) halmozódó megjelenéséről.

A mindezen feladatok ellátása iránti sajátos igény korántsem menti fel a gyermekgyógyász szakorvosi hálózatot a pszichiátriai és neurológiai alapismeretek elsajátításának és alkalmazni tudásának kötelessége alól; és éppúgy nem igazolhatja a „felnőt” pszichiáter és neurológus érdektelenségét, elzárkózását gyermekbetegek szükség esetén történő vizsgálatától. Végre azonban be kell látni és láttatni, hogy ahogy az általános orvosi hatáskör, úgy az általános gyermekgyógyász feladatkör és tevékenység nem azonos a polihisztorság kritériumaival. (10, 16, 17, 19)

Természetesen az önállóság nem jelenthet izolációt. Előfordulhat pl., hogy az epilepsziás roszulléteket mutató gyermeknél a pszichés alteráció kerül előtérbe. A medicinán belüli kompetencia a betegségek egész sorát illetően jobban és világosabban meghatározott tapasztalati alapon, mint elméletileg. (Daganatos megbetegedések konzervatív vagy operatív kezelése, külön-

féle urológiai megbetegedések, az ulcus betegség, ideggyógyászati-sebészeti-pszichés aspektusai, stb.).

Rövid távon nem képzelhető el a két hálózat teljesen önálló kiépítése, ehhez nincsen elegendő szakember. Ezért első lépésként célszerű a gyermekneurológiai és a gyermekpszichiátriai feladatok összekapcsolt ellátása (gondozás, szakrendelés), de csak azzal a feltétellel, ha azon belül a kétféle specializált tevékenységet folytató munkacsoportok működnek.

Közvetlen feladat egy-egy komplett és komplex gondozóintézet kialakítása megynként. A perinatalisan sérült idegrendszerű gyermek szakszerű vezetésére, rehabilitációjára, az epilepsziás gyermekek kivizsgálására és gondozására, a neurotikus, pszichotikus, szuicid, narkomán, stb. gyermekek és fiatalok ellátására, és gondozására egyaránt rendelkezésre kell, hogy álljon elegendő számú és megfelelően képzett szakember. Mindehhez hozzátartozik a gondozás kritériumát kielégíteni képes kapacitás: a felkutatás, felkeresés, követés, visszarendelés, tanácsadás, stb., egyaránt bennfoglaltatik a gondozás kritériumában. Ugyanakkor célszerű az „általános” gyermekneurológiai és pszichiátriai feladatok ellátására fokozatosan további decentrumok kiépítése a nagyobb városokban.

Logikus követelmény az osztályos háttér biztosítása. Ebben a gyermekgyógyászati, gyermekneurológiai, ill. gyermekpszichiátriai, serdülő osztályok nem jelenthetnek alternatívát, hanem egyaránt objektív szükségletek. Fontos szempont az elhelyezés tagolása, „zsilipelési” lehetősége.

A gyermek- és a serdülőkori pszichiátria, de jórészt a gyermekneurológia is elsősorban extramurális munkát igényel. Igazi gyakorlati tapasztalatokat, életközeli szakmai élményeket általában elsősorban az ambuláns ellátás keretében lehet szerezni. Ezért célszerű a szakorvosképzés olyan módosítása, hogy az osztályos gyakorlati idő mellett megfelelő időtartamú, gondozóintézetben ill. ambulancián, szakrendelésen végzett tevékenység is megkívánt arányos része legyen a szakvizsga letételéhez szükséges időnek.

Korábbi tanulmányunkban idéztük Spiel véleményét, aki szerint a gyermekpszichiátria önállósodása sehol nem ment végbe „szülési fájdalmak” nélkül. Hazánkban viszont a „szülők” (t. i. a pszichiátria, ideg- és elmeorvosok, ill. gyermekgyógyászok) közötti „gyermekelhelyezési per” annyira elhúzódik, hogy szükség-szerűen késlelteti az utód érését, felsejülését, e szakterület kiteljesedését.

A gyermekpszichiátria és a gyermekneurológia két olyan testvérként képzelhető el, akik nagyon sok szempontból életük, tevékenységük során egymásra vannak utalva, akiknek nemcsak két „szülője”, hanem számos hozzátartozója is van, a genetika, az immunológia, az

endokrinológia, nem szólva a szociológiáról, pszichológiáról, stb. Kívánatos lenne, ha mindezek a tudományágak támogatnák, elősegítenék e két, társadalmi és népgazdasági szempontból fontos feladatot ellátó szakterületet, ezt követeli a szakszerűség, a tudományos fejlődés, de a humánus és a gazdaságosság érdeke egyaránt.

IRODALOM: 1. Harbauer, H. et al.: Lehrbuch der speziellen Kinder- u. Jugendpsychiatrie. Springer, Heidelberg 1980. — 2. Helmchen, H., B. Müller-Derlinghausen: Psychiatrische Therapie Forschung. Ethische und juristische Probleme. Berlin-Heidelberg—New York: Springer, 1978. — 3. Kaplan, H. I., Freedman, A. M., Sadock, B. J.: (1980) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. I—III. Baltimore, London. — 4. Levine, R. J., K. Lebac: Some ethical considerations in clinical trials. Zit. S. Biefang, W. Köpcke, M. A. Schreiber. — 5. Nissen, G.: (1983) Kinder- und Jugendpsychiatrie-Entwicklungstendenzen. In: „Wie weit es die Medizin gebracht hat.” München. — 6. Nissen, G.: Psychiatrie des Schulalters. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien. — 7. Nissen, G.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1986. — 8. Olbing, H.: Kontrollierte therapeutische Studien bei Kindern. In: H. Müller, H. Olbing: Ethische Probleme in der Pädiatrie. München—Wien—Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1982. — 9. Pável, M., Máty, K.: Család- és Nővédelmi Társ. Kongr. 1985. X. 4. — 10. Remschmidt, H.: Das Wohl des Kindes aus ärztlicher Sicht, Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 6, 409—428, 1978. — 11. Remschmidt, H., Schmidt, M. H.: (Hrsg.) (1985) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. 3Bde., Stuttgart, New York. — 12. Remschmidt, H. und H. Schmidt: Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1986. — 13. Schmidt, M., G. Essrer: Psychologie für Kinderärzte, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1985. — 14. Spiel, W.: Öst. Arztezt. 1975, 30/4, 195. — 15. Stutte, H.: Kinder- u. Jugendpsychiatrie. In Psychiatrie der Gegenwart. Band II. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1960. S. 952. — 16. Stutte, H. (1960) Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie. In: Gruhle H. W., Jung, R., Mayer-Gross, W., Müller, M. (Hrsg.) Klinische Psychiatrie II. Psychiatrie der Gegenwart. Berlin Heidelberg New York. — 17. Stutte, H., Harbauer, H. (1966) Zur Geschichte jugendpsychiatrische Institutionen. In: Förster E., Wewetzer, K. H. (Hrsg.) Jugendpsychiatrische- und psychologische Diagnostik. Bern, Stuttgart. — 18. Stutte, H.: (1972) Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kisker K. P., Meyer, J. E., Müller, M., Strömgen, E., Psychiatrie der Gegenwart, Klinische Psychiatrie I. Berlin—Heidelberg—New York. — 19. Stutte, H.: (1974) Zur Geschichte des Terminus „Kinderpsychiatrie”. A. Paedopsychiat 41, 209—215. — 20. Szilárd, J.: Medizinische und gesellschaftliche Aufgaben bei der Gegenwart, Band II. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1960, S. 952. — 21. Szilárd, J., Vargha, M., Farkasinszky, T.: A gyermek ideg- és elmeorvosok helye és feladatai. Orvosi Hetilap 1978, 119. évf., 21. sz. 2181—2186. — 22. Szilárd, J.: Pszichiátriai irányzatok: divergencia vagy konvergencia. Ideggy. Szle, megjelenés alatt. — 23. Tramer, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Schwabe, Basel/Stuttgart, 1964. — 24. Wing, J. K.: Wissenschaftliche Prüfung der sozialen Aspekte psychiatrischer Therapie. In: H. Helmchen, B. Müller—Oerlinghausen: Psychiatrische Therapie-Forschung. Berlin—Heidelberg—New York, Springer, 1978.

(Szilárd János dr. Szeged, Pf. 397. 6701)

KÖZEGÉSZSÉGÜGYI-JÁRVÁNYÜGYI ÁLLOMÁSOK FIGYELEM!

Magyarországon is hozzáférhető a nemzetközileg elismert

TEKNAR

szabad forgalmú szúnyoglárvairtó-szer

Hatékony és környezetkímélő biológiai készítmény a legelterjedtebb csípőszúnyogok lárvái ellen.

Felhasználható: tavak, áradáskor elöntött, lápos, mocsaras területek, agyaggödrök, stb. kezelésére, korai stádiumú szúnyoglárvák ellen 0,75—2,50 liter/ha mennyiségben.

A korszerű biopreparátum használata rendkívül előnyös:

- egyedüli hatékony készítmény a csípőszúnyogfajták lárvái ellen
- melegvérűekre gyakorlatilag veszélytelen
- szelektív hatású a zooplanktonnal szemben

A készítmény szakszerű alkalmazását a CORAX KKV vállalja!

A biológiai vizsgálatokat végezte és értékelte:

Országos Közegészségügyi Intézet Dezinszekciós és Deratizációs Osztálya
Keszthelyi Agrártudományi Egyetem Növényvédelmi Intézete
Gödöllői Agrártudományi Egyetem Növényvédelmi Tanszéke
MTA Balatoni Limnológiai Kutatóintézete, Tihany

Eü. Min. engedély sz.: 50.915/86, 52.963/86.

Forgalomba hozza: **CORAX Környezetvédelmi Közös Vállalat, Budapest**

Telefon: 227-666, 223-835

Telex: 22-7082

Levélcím: 1400 Bp. Pf. 90.

Gyártja: **Sandoz AG** (Basel, Svájc)

**SZABÓ ILDIKÓ DR.,
RÓNA KÁLMÁN DR.,*
CZINNER ANTAL DR.,
GACHÁLYI BÉLA DR.,
és KÁLDOR ANTAL DR.***

A humán szérum paraoxonáz-aktivitás polimorfizmusának vizsgálata gyermekekben

Apáthy István Gyermekkórház III. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Czinner Antal dr.)

* Orvostovábbképző Egyetem I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Káldor Antal dr.)

A szerzők, részben rokon kapcsolatban álló magyar gyermekpopulációban (n=200) vizsgálták a paraoxon-hidrolitikus enzim aktivitásának megoszlását. Vizsgálataik szerint gyermekeken a fenotípusok megoszlása megfelel az egyéb európai felnőtt populációban észlelt, közel 50–50%-os bimodális megoszlásnak. Felhívják a figyelmet arra, hogy a NaCl jelenlétében mért paraoxonáz aktivitás növekedés a myocardialis infarctuson fiatalon átesett szülők gyermekei között (n=24) jelentősen alacsonyabb, mint az egészséges szülők gyermekeinél (n=176).

Polymorphism of the human serum paraoxonase in a Hungarian children population. The authors studied the distribution of paraoxon hydrolytic activity in serum in 200 Hungarian children of Caucasian origin—the first in Hungary. The activity of paraoxonase in serum was found to be bimodally distributed and was identical to other population studies in European Caucasians adult subjects. This study shows, that in the presence of NaCl the degree of stimulation of paraoxonase activity was lower in the children group (n=24) having parents with myocardial infarct than in the control group (n=176).

Régi megfigyelés, hogy az organofoszfát növényvédő szer toxikus hatása az inkorporációnak kitett személyeken különböző. Az utóbbi években kiderült, hogy a humán szérum tartalmaz egy arilészteráz, melyet paraoxonáznak neveznek (E. C. 3.1.1.2.) és az polimorf jelleggel bontja a kolinészteráz bénító paraoxont, mely az elterjedten alkalmazott organofoszfát növényvédő szerből a parathionból keletkezik.

Európai fehér populációkban a humán szérum paraoxonáz aktivitása bimodális eloszlást mutat, a vizsgált angol (10), német (5, 6), kanadai (1), dán (2) és egyesült államokbeli (3) személyeknek kb. a fele tartozik valamelyik fenotípusba. A fenotípusba tartozást két allél gén egy génlókuszon (EsterázA) határozza meg, domináns jelleggel (3, 10). Az alléleket N^H- és N^L-el (10) illetve ESA A és ESA B-vel (3) jelölik, utalva a kvalitatív különbségekre az izoenzim tulajdonságokban. A „B” izoenzim aktivitása jelentősen fokozható NaCl-al, míg az „A” aktivitása nem. A „B” izoenzim aktivitása általában nagyobb (3). A két izoenzimnek különböző a K_m értéke, a kalciumigénye és a pH-optimuma (2, 1). Újabbán a két homozigóta („A” és „B”) fenotípustól egy harmadikat is elkülönítenek, mert a nagyobb aktivitású „B” csoport két szubpopulációra bontható (5, 7, 8, 9).

Amerikai szerzők (9) 88 myocardialis infarctuson (MI) átesett személy paraoxonáz aktivitását hason-

lították egy 195 személyből álló kontroll csoporthoz. Mindkét csoport paraoxonáz aktivitása bimodális eloszlást mutatott, de a MI-s csoport paraoxonáz szintje szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollénál. Az addigi adatok alapján nem lehetett eldönteni, hogy az észlelt alacsonyabb paraoxonáz aktivitás a MI következménye vagy az alacsony paraoxonáz aktivitás „rizikó faktor” a MI kialakulására.

Jelen vizsgálatainkban vizsgáltuk a paraoxonáz fenotípus megoszlását gyermekekben, és — elsősorban irodalmi adatok alapján — arra kerestünk választ, hogy feltételezhető-e a kapcsolat a paraoxonáz fenotípus és a myocardialis infarctus (MI) előfordulása között (8, 9).

Beteganyag és módszer

Vizsgálatainkat 200 kórházi felvétellel kerülő gyermekekben végeztük, akiket felsőlégtüti hurut, bizonytalan hasi panaszok miatt vizsgáltunk. Az elvégzett klinikai és laboratóriumi vizsgálatokkal máj, vese és kardiális megbetegedés fennállását kizártuk. Nemek szerinti megoszlás: 118 fiú (átlagéletkor: 5,6 év) és 82 lány (átlagéletkor 6,17 év). A vizsgálatban részt vevőket két csoportra osztottuk; 24 gyermek egyik szülője fiatalon (40 év alatt) MI-ből gyógyult, míg 176 gyermek szülei e vonatkozásban egészségesek voltak. Az egészséges szülőktől származó 176 gyermek paraoxonáz aktivitásából határoztuk meg a fenotípusok gyakoriságát. A vérvételekre minden esetben az esetleges gyógyszeres kezelés bevezetése előtt került sor.

Kulcsszavak: farmakogenetika, paraoxonáz polimorfizmus magyar gyermekpopuláció.

A levett vérmintákat centrifugáltuk (10 perc, 3000 ×g, 4°C) és a szérumot -20°C-on tároltuk. (A paraoxonáz aktivitás -20°C-on három hónapig stabil (3, 6).

A paraoxonáz aktivitást Krisch (6) és Eckerson (3) módszere alapján határoztuk meg; a reakcióelegy 1,0 mM paraoxont (SERVA, Heidelberg, NSZK), 1,0 mM CaCl₂-t (Reanal, Bp.) tartalmazott 0,05 M glicin NaOH (Reanal) pufferben (pH=10,5). A reakcióelegy 0,8 ml-hez 0,2 ml 0,05 M glicin NaOH puffert adtunk és 25°C-on termosztáltuk, majd 10 µl szérum hozzáadása után 412 nm-en szérumot nem tartalmazó vakkal szemben spektrofotométeren (Spekord M 40, Carl Zeiss Jena, NDK) mértük a felszabaduló p-nitrofenol mennyiségét. Percenként 1 µmol p-nitrofenol (Sigma, St. Louis, USA) felszabadulás 1 egység paraoxonáz aktivitásnak felel meg.

A módszerhez hozzátartozik a paraoxonáz aktivitásának NaCl jelenlétében történő meghatározása is; az előzővel hasonló módon, de a 0,8 ml reakcióelegyhez ezúttal 0,2 ml 5 M NaCl-t (0,05 M, pH=10,5 glicin/NaOH pufferben) adtunk és így mértük a felszabaduló p-nitrofenol mennyiségét.

A NaCl-os aktiválás hatását az alábbi módon értékeltük:

$$\frac{\text{NaCl jelenlétében Paraoxonáz-aktivitás} - \text{NaCl nélkül Paraoxonáz-aktivitás}}{\text{NaCl nélkül Paraoxonáz-aktivitás}} \times 100 (\%)$$

A statisztikai analíziseket Student-féle kétmintás t-próbával és χ^2 -próbával végeztük, Hewlett-Packard HP 97 és HP 85B számítógép alkalmazásával.

Eredmények

A NaCl aktiválás nélkül mért paraoxonáz aktivitások mindkét csoportban unimodális eloszlást mutatnak. Ez összhangban van más szerzők adataival (1, 3, 4, 5, 6). A NaCl jelenlétében mért paraoxonáz aktivitások megoszlása mind az egészséges, mind a MI-on átesett szülők gyermekeit tartalmazó csoportban bimodális. Az ábrán tüntettük fel e bimodális eloszlásokat, ahol NaCl jelenlétében észlelt aktivitásnövekedést százalékban fejeztük ki és hisztogramban ábráztuk. A két eloszlás jellege hasonló ($\chi^2 = 1,405$), az egyes

fenotípusok százalékos előfordulása közti különbségek nem szignifikánsak (táblázat).

A fenotípusok megoszlása (n=20)

	„A” fenotípus eset- szám	%	„B” fenotípus eset- szám	%
Egészséges szülők gyermekei	80	45,5	96	54,5
Myocardialis infarctuson átesett szülők gyermekei	14	58,3	10	41,7

Az egészséges szülők gyermekeit tartalmazó populáció paraoxonáz aktivitása NaCl hatására 145,6% ± 80,6% (átlag ± S. D.) -ra, a MI-on átesett szülők gyermekeiből álló csoport esetében 114,0% ± 82,5%-ra fokozódott. A különbség Student-féle két mintás t-próbával vizsgálva jelentős (t = 1,71, p < 0,1).

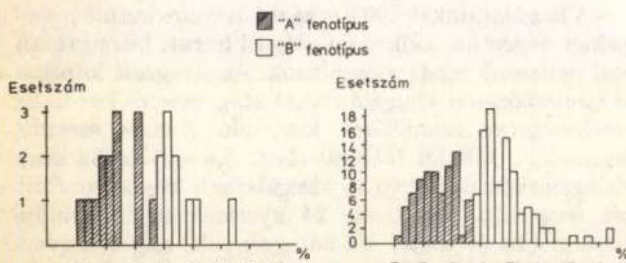
Megbeszélés

200 gyermek szérum paraoxon-hidrolitikus enzimaktivitásának vizsgálata alapján — mely tudomásunk szerint az első paraoxonáz fenotípus meghatározás volt Magyarországon — a fenotípusok hazai megoszlása gyermekeken megfelel a felnőtteken észlelt közel 50-50%-os bimodális európai átlagnak.

A nagyobb aktivitású fenotípusba tartozásnak külön jelentőséget adhat, hogy egyes szerzők szerint (3, 4, 7, 8) a kismennyiségű organofoszfát intoxikációval szemben védő hatást jelent a magasabb szérum paraoxonáz enzimaktivitás. A NaCl jelenlétében mért százalékos paraoxonáz aktivitásnövekedés MI-on átesett szülők gyermekeinél jelentősen alacsonyabb (p < 0,1) egészséges szülők gyermekeinél észleltéhez képest. Figyelembe véve, hogy az egészséges szülők gyermekeiből álló csoport a jövőben MI-ban megbetegedő „szülő” populációt is magába foglalhatja, a tényleges különbség ennél nagyobb lehet.

McElveen (9) és mtsai közleményéhez kapcsolódva, a jelen munkánk alapján úgy gondoljuk, hogy a paraoxonáz aktivitás genetikusan meghatározott, és a csökkent aktivitás fokozott MI hajlamot jelenthet.

IRODALOM: 1. Carro-Ciampi, G., Kadar, D., Kalow, W.: Distribution of serum paraoxon hydrolyzing activities in a Canadian population. *Can. J. Physiol. Pharmacol.* 1981, 59, 904. — 2. Eiberg, H., Mohr, J.: Genetics of paraoxonase. *Ann. Human Genet.* 1981, 45, 323. — 3. Eckerson, H. W. és mtsai: The human serum paraoxonase polymorphism; Identification of phenotypes by their response to salts. *Am. J. Human Genet.* 1983, 35, 214. — 4. Eckerson, H. W., La Du, B. N.: A mathematical model for Evaluating the Reaction of Paraoxon with human serum cholinesterase and with polymorphic forms of paraoxonase. *Drug Metabolism and Disposition* 1983, 12 (1), 57. — 5. Geldmacher — v. Mallinckrodt, M.: Polymorphism of human serum paraoxonase. *Human Genet. (Suppl.)* 1978, 1, 65. — 6. Krisch, K.: Enzymatische Hydrolyse von Diäthyl-p-nitrophenylphosphat (E 600) durch menschliches Serum. *Z. klin. Chem. klin. Biochem.* 1968, 6, 41. — 7. La Du, B. N., Eckerson, H. W.: Could the Human Paraoxonase Polymorphism Account for Different Responses to Certain Environmental Chemicals? *Genetic Variability in Responses to Chemical*



Paraoxonáz aktivitás hisztogramja. Bal oldalon myocardialis infarctuson átesett szülők gyermekei, jobb oldalon az egészséges szülők gyermekei. Az abcisszán az aktivitás %-ban, az ordinátán az esetszám

Exposure 1984, 16, 167. — 8. *La Du, B. N., Eckerson, H. W.*: The polymorphic paraoxonase arylesterase isoenzymes of human serum. Federation Proc. 1984, 43, 2338. — 9. *McElveen, J. és mtsai*: Distribution of Paraoxon Hydrolytic Activity in the Serum of Patients after Myocardial Infarction. Clinical

Chemistry 1986, 32, 671. — 10. *Playfer, J. R. és mtsai*: Genetic polymorphism and interethnic variability of plasma paraoxonase activity. J. Med. Genet. 1976, 13, 337.

(Szabó Ildikó dr. Budapest, Pf. 112. 1442)

AZ BEMUTATÓTEREM

1987. I. félévi kiállítási programja

- MÁRCIUS 24–27.** OMKER ORVOSI MŰSZER- ÉS KESZÜLÉK KIÁLLÍTÁSA a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elméleti tömbjében.
- ÁPRILIS 14–16.** Kiállítás a LASIS cég, OMKER által forgalmazott laboratóriumi készülékeiből és berendezéseiből.
- MÁJUS 12–13.** Bemutató a BENTLEY cég, általunk forgalmazott termékeiből. A kiállítással egy időben a cég szakemberei előadást tartanak membrán oxigenátorok témájában.
- MÁJUS 26–28.** Kiállítás az OMKER V. kereskedelmi osztálya által forgalmazott kórházi és laboratóriumi bútorokból (bútorújdonságaiból).
- JÚNIUS 9–11.** Kiállítás az OMKER II. kereskedelmi osztálya által forgalmazott egyszer használatos termékeiből.

KÜLÖN FELHÍVJUK FIGYELMÜKET AZ OMKER

évenként egyszer megrendezésre kerülő nagyszabású ORVOSI MŰSZER- ÉS KESZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA, melyet 1987. március 24–27-e között rendez a Semmelweis OTE elméleti tömbjében, Bp. VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt.

OMKER BEMUTATÓTEREM

Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.

Nyitva: 9–16 óráig



MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!



MINIPRESS*

tabletta

1 mg és 2 mg

antihypertensivum



HATÓANYAG:

Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum (prazosinum hydrochloricum alakjában).

A Minipress csökkenti a teljes perifériás ellenállást. Értágító hatása, mely elsősorban az arteriolákon érvényesül, a posztzinaptikus alfa-receptorok bénításának a következménye. A Minipress vérnyomáscsökkentő hatását nem kíséri reflex-tachycardia, nem jár együtt a szív-perctérfogat, a szívfrekvencia, a vese vérértáramlása és a glomerulus filtráció klinikailag értékelhető változásával. A plazma renin aktivitást nem növeli.

Az antihypertenzív hatás feltehetően perifériás értágítás következménye. Hatáscsökkenés tartós kezelés során sem fejlődik ki. A kezelés hirtelen abbahagyását követően a vérnyomás „rebound” emelkedése nem fordul elő.

Keringési elégtelenségben a terápiás hatás a bal kamrai töltő nyomás (a szív előterhelése) és a talpas perifériás ellenállás (a szív utóterhelése) csökkentésének, valamint a szív-perctérfogat növelésének az eredménye. Ezek a hatások mind az arteriolákon, mind a vénákon kiegyensúlyozottan érvényesülő értágító hatással hozhatók összefüggésbe.

Értágító hatása következtében mérsékli a Raynaud-szindróma és betegség tüneteit.

Mivel a vese vérértáramlását és a glomerulus filtrációt nem befolyásolja kedvezőtlenül, biztonságosan adható csökkent veseműködés esetén is.

JAVALLATOK:

Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. Adható önmagában vagy diuretikumokkal és/vagy egyéb antihypertenzív gyógyszerekkel együtt. Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség. Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést (szivglükozidok és diuretikumok), ha arra a beteg nem reagált megfelelően, vagy refraktorról vált. Raynaud-szindróma, Raynaud-betegség.

ELLENJAVALLATOK:

A gyógyszer iránti túlérzékenység. Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció, mint aorta stenosis, mitrális stenosis, tüdőembólia és restriktív pericardiális folyamat.

Friss miokardiális infarktus következtében kialakuló szívelégtelenség Minipress-kezelésére nincs elegendő tapasztalat.

Terhes és szoptató anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS:

Hypertóniában a kezelést célszerű napi 2–3-szor 0,5 mg-os adagokkal kezdeni, legalább 3 napig. Ez az adag a következő 3 napban

2–3-szor 1 mg-ra emelhető. Ezt követően a dózisok fokozatosan emelhetők a kívánt vérnyomáscsökkenés eléréséig, vagy maximum napi 20 mg-ig. A hatás rendszerint 1–14 napon belül alakul ki.

Beszűkült veseműködésű betegek általában a Minipress kis adagjaira is jól reagálnak, ezért a kezelést ajánlott napi 0,5 mg-mal kezdeni és az adagokat óvatosan emelni.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 3–4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2–3 naponként emelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig.

Szokásos fenntartó adag: 4–20 mg napi 3–4 részletben.

Raynaud-szindróma, ill. -betegség kezelésére javasolt kezdő adagja naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1–2 mg.

MELLÉKHATÁSOK:

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpitió.

A kezelés során ezek a mellékhatások rendszerint megszűnnek vagy oly kismértékűek, hogy a gyógyszer adagjának csökkentését nem teszik szükségessé.

Ritkán előfordult hányás, hasmenés vagy székrekedés, alhasi diszkomfort érzés és/vagy fájdalom, ödéma, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS:

A betegek igen kis százalékában a Minipress első adagja hirtelen nagyfokú reakciókat vált ki: pár perces, ritkán 1 órán át tartó eszméletvesztést. Ez a jelenség, mely feltételezhetően ortostatikus hipotenzio következménye, túlérzékeny betegeken, rendszerint az első adag bevételeét követő 30–90 percen belül következik be, és előzetesen jelentkező szédülés,

gyengeség és izzadás kíséri. Ez a jelenség spontán rendeződik, és az esetek többségében az első adagok után, ill. óvatos dózis-beállítást követően nem ismétlődik. A leírt hatás dózisdependens, a hipertónia súlyosságával nem függ össze. A kezdeti hipotenzív tünetek gyakorisága és súlyossága kis kezdő dózisok adásával és az adagok óvatos emelésével csökkenthető.

A betegek figyelmét fel kell hívni, hogy kerüljék az olyan helyzeteket, melyekben a Minipress-kezelés bevezetése során jelentkező szédülés vagy eszméletvesztés következtében sérülés érheti.

Akut vagy krónikus bal kamrai elégtelenségben, erőteljes diuretikus vagy értágító kezelést követően adott Minipress a bal kamrai töltődés csökkentése révén a szívperctérfogat és szisztémás vérnyomás szignifikáns csökkenését okozhatja. Ilyen esetekben a prazosin-kezelést ajánlott kis dózissal kezdeni, és az adagokat fokozatosan emelni a beteg gondos megfigyelése mellett.

Keringési elégtelenségben néhány betegnek több hónapos kezelés során a Minipress hatásosságának csökkenését észlelték. Ez a betegség többségében súlygyarapodással és folyadékretenciót jelző perifériás ödémaképződéssel járt együtt. Mivel az ilyen súlyos betegek állapotának spontán romlása is feltételezhető, a prazosin terápia oki befolyása nem bizonyított. Ezt figyelembe véve fontos a diuretikumok adagjának gondos, a beteg klinikai állapotának megfelelő beállítás. Azokban az esetekben, amikor annak ellenére, hogy nincs folyadékretenciós, a beteg állapota mégsem javul kielégítően, a Minipress adagjának növelése rendszerint hatásosnak bizonyul.

Mivel a Minipress csökkenti a perifériás ellenállást, Raynaud-szindrómában, ill. -betegségben történő alkalmazásakor a beteg vérnyomását — elsősorban a kezelés kezdetén — gondosan ellenőrizni kell. Fokozott óvatosságot ajánlott olyan betegek esetében, akik egyéb vérnyomáscsökkentő hatású gyógyszert is szednek.

MEGJEGYZÉS:

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

100x1 mg-os tablettá, 8,— Ft
100x2 mg-os tablettá, 10,— Ft

* Pfizer Inc., New York védjegyzett neve

ELŐÁLLÍTJA:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján

BODOLAY EDIT DR.,
VÉRTES PÉTER DR.,
SZABÓ GÁBOR DR.,
DEMETER JÓZSEF DR. és
DAMJANOVICS
LÁSZLÓ DR. és
SZEDEDI GYULA DR.

Myocarditis, ritmuszavar kevert kötőszöveti betegségben

Debreceni Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Szegedi Gyula dr.)
Ideg-Elmegyógyászati Klinika
(igazgató: Molnár László dr.)
Kórbonctani Intézet
(igazgató: Gomba Szabolcs dr.)
Országos Reuma és Fizioerápiás Intézet
(főigazgató főorvos: Korondi István dr.)

A szerzők egy kevert kötőszöveti betegségben szenvedő nőbeteg esetét ismertetik, akinek myocarditis okozta halálát. A mononukleáris sejtes infiltráció leg súlyosabban a myocardium ingervezető rendszerét károsította, mely ritmuszavart okozott. Betegünk sorsa és az irodalomban eddig ismertett esetek azt jelzik, hogy kevert kötőszöveti betegségben a myocarditis a gyermekekori és a felnőttkori esetekben egyaránt rossz prognózisú.

Myocarditis, rhythm disturbance in mixed connective tissue disease. The authors discuss the case of a woman, who was suffering from mixed connective tissue disease and died of myocarditis. The mononuclear cell infiltration severely damaged the impulse conducting system thereby causing arrhythmia. The fate of our patient and other document cases show if myocarditis is present the prognosis for both children and adults with mixed connective tissue disease is bad.

A kevert kötőszöveti betegség (angol nevének rövidítését használva MCTD — mixed connective tissue disease) poliszisztémás autoimmun kórkép, melyre arthritis, Raynaud-jelenség, myositis, légzésfunkciós zavar és változatos megjelenésű bőrtünetek együttes előfordulása a legjellemzőbb (2, 9). A kórlefordulás során azonban a többi szerv károsodása is előfordulhat. A betegek szérumban az extrahálható nukleáris antigén (ENA) ribonukleoprotein (RNP) komponense ellen termelődött autoantitestek vannak (9).

1977-ben elsőként *Singsen és mtsai* (10) ismertették négy olyan gyermek kórtörténetét, akiknél a myocardium lézió halálos kimenetelű volt. 1980-ban *Whitlow és mtsai* (11), 1982-ben *Grossmann és mtsai* (5), 1983-ban *Alpert és mtsai* (1) felnőttkori, halált okozó myocarditisről számoltak be.

Munkánkban egy MCTD-s nőbeteg esetét ismertetjük, akinek halálát cardialis elégtelenséghez vezető myocarditis és következményes ritmuszavar okozta.

Rövidítések:

MCTD — mixed connective tissue disease
ANF — antinukleáris faktor
IC — immunkomplex
ENA — extrahálható nukleáris antigén
RNP — ribonukleoprotein
PSS — progressiv systema sclerosis
SLE — systema lupus erythematosus
DIP — distalis interphalangealis ízület
PIP — proximalis interphalangealis ízület

Esetismertetés

Cs. G.-né (született: 1932) betegsége 1977 őszén kezdődött Raynaud-jelenséggel a kéz ujjain. 1978 januárjában a kéz ujjvégein a zsibbadás erősödött, vállizületi fájdalom jelentkezett, proximalis és distalis interphalangealis ízületi duzzanat alakult ki, ami miatt az egyik reumatológiai osztályon kezelik. We: 70 mm/ó, fvs: 12,4 g/L, Waaler—Rose-teszt, LE sejtjelenség negatív.

Kézféltelen: mindkét processus styloideus radiában, a sajkacsontokban, a bal I. metatarsus bázisában és az V. ujjak körömperece testében pseudocysták. Kezdődő autoimmun kórképet, elsősorban rheumatoid arthritist tételeztek fel, és a beteg 10 napon át napi 30 mg Polcortolone-t kapott, majd két hónapra át napi 10 mg-mal folytatták a kezelést, melyre az ízületi duzzanat és fájdalom mérséklődött. 1979 augusztusában aktív arthritis-szel ismételtelen intézetben kezelték, rheumatoid arthritist azonban nem sikerült igazolni. 1980 januárjától csípő-vállkönyök és kéz kisizületben mozgáskorlátozottság, kézfej- és ujjduzzanat jelentkezett. Mindkét felkarizomzatban heves fájdalomról, izomgyengeségről panaszkodott, amely miatt 1980 júniusában az Országos Reuma- és Fizioerápiás Intézetbe (ORFI) került.

Laboratóriumi vizsgálatok: We: 65 mm/ó, fvs: 4,8 g/L, gamma globulin: 29%, Waaler—Rose-teszt: negatív, LE sejtjelenség: negatív, antinukleáris faktor (ANF): 1 : 10-es hígításban: + + + +, 1 : 100-as hígításban ++ foltos pozitívítást jelzett. Anti-DNS: negatív, anti-ENA: + I. típus, szérumban C3 szint, immunkomplex (IC): normál érték. Szérumban elektrolitok, máj és vesefunkciók normálisak.

EMG vizsgálat eredménye: negatív.

Izombiopszia a baloldali musculus deltoideusból: Szövetileg a harántcsikolt izmok mérsékelt kaliberingadozása látható a sarcolemma magok göccs felszaporodásával. A rostnyalábok közötti erekben, illetve körül körjelző elváltozás nincs. Vélemény: focalis myositis.

Az arthritis, Raynaud-jelenség, myositis és a szerológiai pozitívítás alapján az ORFI-ban kevert kötőszöveti betegség-

get diagnosztizáltak. Napi 60 mg-os dózisban alkalmazott steroid kezelés után fenntartó adagként napi 15 mg Prednisonolt szedett folyamatosan.

1981 augusztusában az ízületi fájdalmak hevesége, a vascularis cephalalgia, pseudoneurastheniás panaszok ismételt in-
tézeti kezelést tettek szükségessé az ORFI-ban.

A radiológiai elváltozások súlyosbodtak. A kéz kisízületekben az ízfelszínek alatt számos subchondralis felritkulás és sclerosis. A sacroiliacalis rések szűkebbek, az ízfelszínek simák. We: 68 mm-ó, ANF: 1:10-es hígításban: ++++ foltos pozitív, C3: 0,96 g/L (normál érték: 0,9–1,5 g/L), IC: 223 mg/L (normál érték: 190 mg/L-ig). EKG: sinus ritmus, elvett kamrai ES-ek láthatók.

A steroid adagját átmenetileg napi 40 mg-ra emelték, melytől a heveny tünetek két héten belül rendeződtek.

1981 novemberében láz, pneumónia zajlott le, melyre ott-honában Tetrant, szalicilt szedett. Ekkor a beteg az előírt steroid kezelést két hónapig önkényesen elhagyta, és a továbbiakban is rendszertelenül szedte.

1982 januárjától panaszodik mellkasi szorító fájdalomról, mely olykor szapora, szabálytalan szívdobogásérzéssel járt. 1982. április 2-án már egy hete fennálló láz, palpitáció, fulladás miatt, elesett állapotban szállítják klinikánkra.

Fizikális vizsgálatok: Bőrön testszerte foltos, helyenként összefolyó erythema, a PIP, DIP ízületek duzzadtak, nem deformáltak. Bal oldalon az elülső axillaris vonalban pleuropericardialis dörzszőrej hallható. Tachyarrhythmias szívritmuskódás, szívfrekvencia: 150/min, arteria radialis pulzus 90/min, vérnyomás: 140/90 Hg-m.

Neuropsychiatriai vizsgálatok: Organikus neurológiai gócjel nincs. Enyhe somnolencia. Időben részlegesen tájékozott. Indítékszegénység, lassú psychomotilitás. Vélemény: diffúz cerebralis keringésvizsgálat.

EKG: Lassú dysrhythmias alaptevékenység. Körülírt károsodásra, konvulzív tevékenységre utaló jel nincs.

Cisternalis liquor: Viztiszta, normális összetételű.

Laboratóriumi leleteiből: We: 110 mm/ó, fvs: 10,0 g/L, Hb: 6,8, Htc: 0,35, SGOT, kreatin kináz, karbamid nitrogén, glucose, szérumban kreatin: norm. érték. Se Na: 126 mmol/L, Se K: 3,9 mmol/L, LE sejtjelenség: negatív, ANF: + foltos pozitívitás, szérumban összhaemolitikus komplement, C3 komplement faktor: normális értékek, anti-DNS: 13 U/L, anti-ENA: 15,2 µg/ml (norm. érték: 6,4 µg/ml), anti-RNP: 4,51 µg/ml (norm. érték: 7,19 µg/ml), T3: 0,99, T4: 100 nmol/L.

Mellkas röntgen: A bal rekeszfél elmosott kontúrú, sinuskban kevés folyadék. A szív mindkét irányban megnagyobbodott, pulzációja megtartott.

EKG: 150/min frekvencia, fibrillo-flattern, a végtagi és mellkasi elvezetésekben fél mm-t meghaladó ST depresszió.

Az észlelt elváltozásokat az alapbetegség szövődményeként jelentkező pericarditis siccanak, myocarditisnek és következményes ritmuszavarának véleményeztük. 200 mg Diadron F aquosumot, valamint digitalist, diureticumokat, infúzióban Propanololt adtunk. A sav-bázis egyensúly zavarát korrigáltuk.

A beteg általános állapota csupán átmenetileg javult. A tachyarrhythmia a következő 44 órában az ismételt adott

steroid ellenére sem csökkent, heveny tüdővízenyő, majd asztolia alakult ki, és a beteg 1982. április 3-án meghalt.

Körbontani vélemény: A halál oka tüdővízenyő, diffúz myocardium károsodásával, fibrines pericarditis-szel.

Körözveten: Szívizom: Elsősorban a szív ingervezető rendszerében, illetve annak környezetében interstitialisan gócosan, helyenként összefolyóan idült, lobos, lymphocytakból és plazmasejtekből álló beszűrődés látható. A lobosodás számos helyen jól megfigyelhetően a kisebb erek, arteriolák, venulák köré lokalizálódik. A myocardium egyéb területeiről indított blokkokban ugyanezen elváltozások láthatók, de mérsékeltébb súlyossággal. A koszorúserekben vasculitisre utaló jelek nincsenek (á. ábra). **Tüdő:** Az alveolusok lumenében halvány eosinophil festődésű oedema folyadéknek megfelelő anyag. Lényegesebb kötőszövet szaporulat nem látható. **Vese:** Jelentős parenchyma pusztulás, glomerulonephritisre utaló jel nincs. A vese erei elváltozást nem mutatnak.

Megbeszélés

Betegünkben az arthritis, Raynaud-jelenség, myocarditis, erythemás bőrlézés, cerebralis tünetek és a szerológiai pozitívitás kevert kötőszöveti betegséget igazoltak. A halál oka az alapbetegség aktiválódásaként olyan myocarditis, mely legsúlyosabb formában a szívizomzat ingervezető rendszerére lokalizálódott.

A myocardium érintettsége progressív systemás sclerosisban (PSS), myositisben, leggyakrabban systemás lupus erythematosusban (SLE) fordul elő (3, 6, 7).

PSS-ben a myocardium és az ingervezető rendszer fibrosisa dominál (3). SLE-ben a lupus carditis valamelyik megjelenési formáját betegeink 42%-ában észleltük, máris a betegség jelentkezését követő egy éven belül, mely a későbbiekben cardialis decompensatiohoz vezetett (6).

MCTD-ben a szív érintettsége nem tartozik a betegség kardinális tünetei közé. Az elmúlt évtized megfigyelései szerint MCTD-ben a cardialis tüneteket az ingerképző és az ingervezető rendszer károsodása vagy myocarditis okozta (1, 4, 8). A ritmuszavarok és szár-blokkok myocarditis nélkül steroidra jól reagálnak. Ezt bizonyítják *Emlen* és *mtsai* (4), illetve *Rakovec* és *mtsai* (8) által közölt esetek is.

Az általunk ellenőrzött 67 MCTD-s beteg közül 25-nél találtunk átmeneti ritmuszavart és/vagy a szár-blokkok különböző típusát, mely steroid adásával jól befolyásolható volt.

A myocarditis MCTD-ben azonban rendkívül rossz prognózisú, nemegyszer halálos kimenetelű lehet, nemcsak gyermekkorban, hanem a felnőttkori esetekben is. Ha a myocardium gyulladása az ingervezető pályákat is károsítja — mint esetünkben —, az állapot még súlyosabb, és rendkívül hevenyen cardialis elégtelenséghez vezet.

Az alapbetegség aktiválódását jelzi, hogy a myocarditis-szel szövődött MCTD-s betegek szérumban kóros mennyiségben találtak IC-eket és anti-RNP autoantitesteket. Hogy az anti-RNP milyen egyéb szérumfaktorokkal együtt vezet myocardium elégtelenséghez, ma még pontosan nem ismert.

Így a relatív jóindulatúnak tartott MCTD-ben a mellkasi fájdalom, egyidejű lázas állapot és a legesekélyebb EKG eltérések is komolyan értékelendők, mivel csak gondos követéssel, és szükség esetén a steroid gyors emelésével várható kedvezőbb prognózis.



1. ábra. Gócos lympho-plasmocytás infiltráció a myocardium állományában. H. E. 134x

IRODALOM: 1. *Alpert, M.-A. és mtsai*: Cardiovascular manifestations of mixed connective tissue disease in adults. *Circulation* 1983, 68, 1182. — 2. *Bodolay E., Szabolcsi M., Szegedi Gy.*: A kevert kötőszöveti betegség helye az autoimmun betegségek között, és jellemző klinikai tünetei. *Orvosképzés* 1985, 60, 36. — 3. *Bullkey, B. H., Klacsmann, P. G., Hutchins, G. M.*: Angina pectoris, myocardial infarction and sudden cardiac death with normal coronary arteries: A clinico-pathologic study of 9 patients with progressive sclerosis. *Am. Heart J.* 1978, 95, 563. — 4. *Emlen, W.*: Complete heart block in mixed connective tissue disease. *Arthritis Rheum.* 1979, 6, 679. — 5. *Grossmann, L. A., Lu, J. K. H.*: Myocardial involvement in mixed connective tissue disease. *New York State J. Med.* 1981, 81, 379. — 6. *Horváth S. és mtsai*: Systemas lupus

erythematosusos betegek ischaemiás szívelváltozásai. *Magyar Belorv. Arch.* 1983, 37, 306. — 7. *Oka, M., Raasakka, T.*: Cardiac involvement in polymyositis. *Scand. J. Rheum.* 1978, 7, 203. — 8. *Rakovec, P. és mtsai*: Panconductional defect in mixed connective tissue disease. *Chest* 1982, 2, 257. — 9. *Sharp, G. C., Irwin, W. S., Tan, E. M.*: Mixed connective tissue disease—an apparently distinct rheumatic disease syndrome associated with antibody to an extractable nuclear antigen (ENA). *Am. J. Med.* 1972, 52, 148. — 10. *Singsen, B. H. és mtsai*: Mixed connective tissue disease in childhood. A clinical and serological survey. *J. Pediatr.* 1977, 90, 893. — 11. *Whitlow, P. L. és mtsai*: Myocarditis in mixed connective tissue disease. *Arthritis Rheum.* 1980, 7, 808.

(Bodolay Edit dr., Debrecen, Pf. 3. 4004)

Tisztelettel meghívjuk Önt a Semmelweis Orvostudományi Egyetem
(Budapest, IX., Nagyvárad tér 4.)

1987. március 24—27. között

megrendezendő orvosi műszerkiállításon a **Medicor stand**
megtekintésére.

Kiállítandó árucsoportok:

röntgenberendezések
labordiagnosztikai készülékek
elektromedikai készülékek
műtéti berendezések

medicor

Medicor

Belkereskedelmi Főosztály

Prolixan 300

mV 200 Antirheumatica Antiphlogistica

KAPSZULA

ÖSSZETÉTEL:

1 kapszula 300 azapropazonmot. tartalmaz:

HATÁS:

újszerű, nem szteroid jellegű gyulladásgátló gyógyszer. Hatóanyagának, az azapropazonnak specifikus fizikai-kémiai tulajdonsága, hogy a gyulladós, ödémás szövetekben feldúsul. Előszlása lényegében az extracelluláris térre és a sejtmembránra korlátozódik. Blokkolja 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 gyulladós mesenchimareakció korai szakaszához csatlakozva. Ezzel együtt gátolja a mediátorok felszabadulásával kiváltott gyulladós fájdalmat is.

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

JAVALLATOK:

Degeneratív ízületi megbetegedések: athrosis spondylarthrosis, spondylosis. Gyulladós ízületi és gerincbetegségek: rheumatoid arthritis, spondylarthritis ankylopoetica. Lágyrész-rheumatismusok: periarthrités humeroscapularis, tendovaginitis, periostitis. Posttraumás fájdalmak és duzzanatok: rándulás, tompa ütés, distorsio, zúzódás, luxatio, fractura. Postoperatív fájdalmak és duzzanatok.

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

ELLENJAVALLATOK:

Gyomor- és nyombélfekély.

ADAGOLÁS:

Kezdő adagja naponta 4×1 kapszula. Szükség esetén az adag individuálisan napi 3×2 kapszulára is emelhető. Fenntartó adagja $2-3 \times 1$ kapszula étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK:

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

GYOGYSZER-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 bőr tünetek esetén adagolását meg kell szüntetni. Ha a beteg anamnézisében gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán fellépett gyomor- vagy bélvérzés, vagy gyomor-, ill. nyombélfekély szerepel, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

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

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

30 db kapszula térítési díja: 10,- Ft.

Forgalomba hozza:

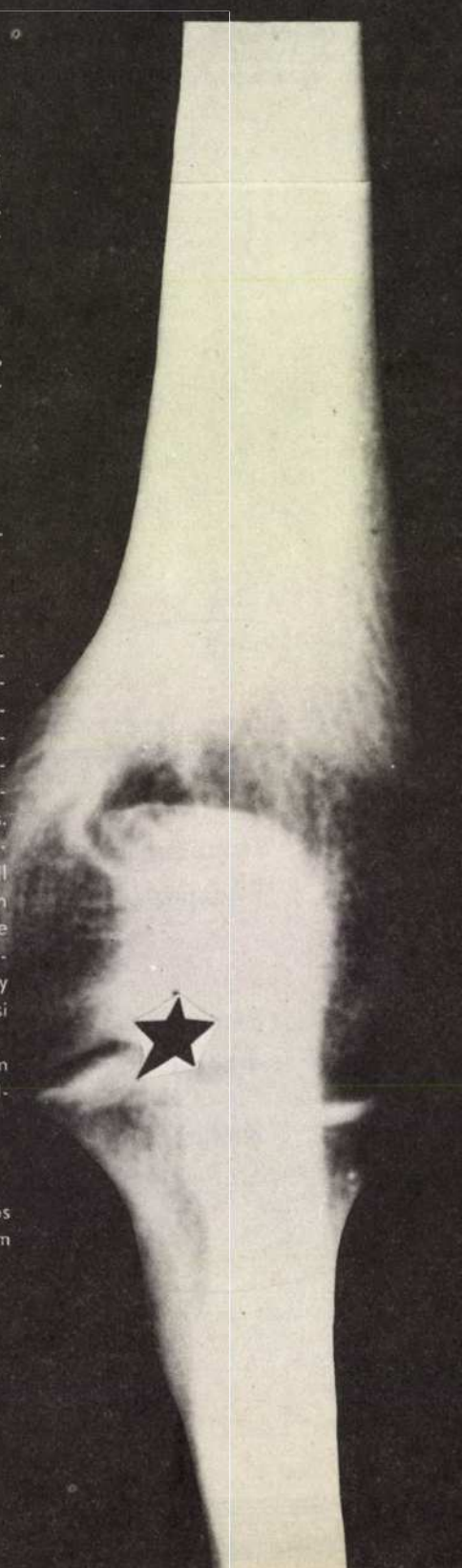
**ALKALOIDA
VEGYÉSZETI GYÁR,**

Tiszavacsúti



Robapharm A. G.

– Basel licenria alapján



Betegségleírások középkori krónikákban

A régmúlt korok kórképeinek megismerésére kevés lehetőségünk van. A *palaeopathológia* elsősorban a csontvázleletek kóros eltéréseit vizsgálhatja, egyéb betegségről (daganat, fertőző betegség stb.) csak egy-egy esetben kaphatunk felvilágosítást, akkor, ha ezek nyomot hagytak a csontmaradványokon is. A múmiák vizsgálata több eredményt hozhat, de ezek csekély száma miatt csak kevés kutatónak jut osztályrészül ilyen megfigyelések végzése (11, 18, 20, 21). Égővönkön csak kivételesen következik be spontán mumifikáció, így ez a lehetőség a középkori magyarság betegségeinek megismerésében alig jön számításba. Tudunk ugyan arról, hogy a pálosok *márianosztrai* kolostorának templomkriptájában a 13–14. században több, spontán mumifikálódott tetem volt, de ezek későbbi sorsa ismeretlen. A közelmúltban *Katona* (13) ismertette, hogy a pápai bencés (korábban pálos) templom kriptájában a 110 koporsóban ma is több (nem mondja hány) mumifikálódott holttest van. Sajnos ezek palaeopathológiai vizsgálata a mai napig sem történt meg. További lehetőség a képzőművészeti alkotások, emlékek orvostörténeti elemzése lenne, bár középkori emlékeink nagy része elpusztult, így ez a lehetőség is igen szűkkörű. Ezért látom különös jelentőségét a — szintén nem túl nagyszámú — írásos emlékeink orvostörténeti vizsgálatának.

Az utóbbi évtizedekben fellendült *palaeodemográfiai* vizsgálatokból tudjuk, hogy a 10–13. században a születéskor várható élettartam 28,7 év, férfiaknál valamivel magasabb volt mint nőknél. Már abban a korban is kimutatható volt, hogy a jobb körülmények között élő arisztokrácia és felső papság élettartama magasabb, csecsemőhalandósága pedig kisebb volt, mint a köznépé (2, 6, 7, 8). A népesség egyharmadát a 16 éven aluliak tették ki, s az évi 35 ezrelékes összhalálozáson belüli részesedésük 40% volt. Ma még nem tudjuk, hogy milyen betegségek okozták a középkori magyarság halálózását, inkább csak negatívumokra vagyunk utalva. Jelentősebb halálozással járó járványról csak a 14. századtól van tudomásunk, de *Fügedi* (7) szerint a *pestis* sem okozott olyan mérvű pusztítást mint Nyugat-Európában. A középkori Magyarországon legfeljebb kisebb körzetekben volt éhínség, a kenyérgabona termelése összhangban volt a lakosság számával (7), a fejlett állattenyésztés és halászat miatt pedig bőséges volt a húsfogyasztás (16), így hiányos táplálkozásról nem beszélhetünk. A palaeopathológiai vizsgálatok alátámasztják ezt a megállapítást, ugyanis is táplálkozási elégtelenséggel összefüggő csontelváltozás csak kivételesen fordul elő a középkorban (18). A háborús sérülések, pusztítások legfeljebb a lakosság 5–10%-át érinthették, tehát ezzel sem magyarázható az alacsony élettartam és a magas halálozás. Azt hiszem nem tévedek, ha a halálozás döntő többségét *betegség-eredetűnek* gondolom, de ezekről a betegségekről igen keveset tudunk. Legjobb tudomásom szerint a

krónikáink és legendáink ilyen irányú rendszeres feldolgozása még nem történt meg. A krónikák — érthető módon — elsősorban a királyaink életét, cselekedeteit ismertetik, a legendákból és a szentté avatási iratokból pedig a köznép és a kismemesség életére és betegségeire következtethetünk (12).

Munkámban a négy legismertebb krónikánk (*Képes krónika*, *Gesta Hungarorum*, *Hess A.: Budai krónika* és *Thuróczi J.: Chronica Hungarorum*) adataira, valamint az Árpád-korban keletkezett *öt legenda* (három Szent Istvánról, egy-egy pedig Szent Imréről és Szent Lászlóról) anyagára támaszkodtam. Ezek közül a *Gesta Hungarorum* alig tartalmaz egészségügyi vonatkozást. A *Pray Kódexben* (13. sz.) pedig nem betegségleírások, hanem skót és német eredetű egészségügyi regulák olvashatók, s ezekkel most nem foglalkozhatok. A határt — nemcsak történeti okokból — az 1500. évnél vontam meg, bár így kimaradt a vizsgálódásból jónéhány, 1500 körüli években keletkezett kódex (Nádor Kódex, Sándor Kódex, Érdy Kódex stb.), amelyek szórványosan tartalmaznak orvostörténetileg értékelhető adatot. A krónikák és legendák adatai helyenként kiegészítik egymást királyaink betegségeire, halállokaikra vonatkozóan.

I. István királyról a *Képes Krónika*, a *Budai Krónika* és a *Chronica Hungarorum* egybehangzóan azt írják, hogy a halála előtt több évvel, súlyos lábfájdalom gyötörte, mozgásképtelenné vált és testileg leromlott. Háromévi betegkedés után következett be javulás, de régi erejét soha sem nyerte vissza az uralkodó. A lábfájást, mozgásképtelenséget okozó betegség lehetett idiült, reumás ízületi gyulladás is, de tekintve, hogy maradandó károsodás (kontraktúra) nem alakult ki, a kéz és ujjak kisízületei nem vettek részt a folyamatban, valószínűbbnek tartom, hogy *köszvény* gyötörte az államalapítót.

I. András királyról azt írja a *Budai Krónika* és a *Képes Krónika* hogy fia, *Salamon* lakodalma után hamarosan *szélütés* érte, megbénult, és mind a téli, mind a nyári hónapokban hordszéken kellett vinni. A benu-lása ellenére — amely valószínűleg bal oldali volt — beszédképessége megmaradt, önállóan intézkedett, részt vett az országos tanácskozásokon. Később a trónviszály során I. Andrást elfogták, „... és mivel gondozás nélkül tartották fogva, ... egy *Zircnek* nevezett *falu közelében elhalálozott*”. Ebből az is kiderül, hogy I. András állandó ápolásra szorult, s hogy ez a gondozás megfelelő lehetett, bizonyítja, hogy a király pár évvel túlélte első agyvérzését (vagy agyi thrombosisát) és csak akkor halt meg amikor a lázadók fogságában nem kapott megfelelő ápolást. Az általa alapított tihanyi apát-ság altplomában temették el.

Salamon királynak nem a betegségeiről, hanem a jelleméről ír érdekes dolgokat a *Budai Krónika*, bár szükségesnek tartja azt is megjegyezni, hogy sem *Salamonnak*, sem testvérének *Dávidnak* sohasem voltak

gyermekai. Salamon irigy, lobbanékony, féltékeny természetű, könnyen befolyásolható, de „néha szerfölött makacs és összeférhetetlen volt”. Később fordulat következett be magatartásában, emberkerülővé vált, remetének állt és nem beszélt környezetével.

Könyves Kálmán betegségéről kizárólag a Képes Krónika tudósít. Azt írja róla, hogy „testalkatára nézve hitvány volt, de ravasz és tanulékony, borzas, szőrös, vaksí, púpos, sánta volt és selypített”. Ennyi rosszat sehol, senkiről nem írnak a krónikák, ezért nagyon valószínű, hogy az ellenséges *Álmos-ág*, uralomrajutása után ezzel is igyekezett befeketíteni az erőskezű királyt. Kálmán *scoliosisáról* egyéb forrásból is tudunk, de gyenge látása ellen szól, hogy rendszeresen olvasott, a könyveket szerette. Nem valószínű a beszédhibája sem — hiszen bármennyire is a királyi család tagja volt —, mint leendő klerikustól megkövetelték volna a helyes, vagy legalábbis érthető beszédet. Az 1113. év végén keletkezett az a betegsége, amely később a halálát okozta. Füléből (vagy a mastoideális tájról) gennyes folyás indult meg, amelyet *Draco* nevű orvosa flastrommal kezelte. A folyamat nem nyugodott meg, nagy lokális és fejfájás keletkezett, majd „amikor tovább már nem viselhette el”, megmutatta a flastromot és a sebet *Ottmár* ispánnak. Ez úgy vélte, hogy a flastrom „a fül üregén át kiszívta agyának nem kicsiny részét” s ebből arra következtetett, hogy a király rövidesen meg fog halni. Könyves Kálmán 1114. február 3-án (körülbelül két és fél hónapos betegeskedés után) hunyt el, minden valószínűség szerint otitis media és otogén agytályog következtében. A krónika történetében nemcsak a viszonylag pontos körleírás érdemel figyelmet, hanem az is, hogy egy laikus (ti. az ispán) is tud a közép és belsőfül, ill. az agy kapcsolatáról.

II. *István királyt* kifejezetten szadistának írja le a *Képes Krónika*. Elevenen égettette meg „Krisztina úrnőt”, máskor az emberekre lóganéjt tetetett s ezt meggyújtatta, „nagy égő gyertyákat csöpögtetett (sic!) az emberek fenekébe”. II. István röviddel halála előtt „*vérhasba esett*” a kunok között. Átmeneti javulás után állapota gyorsan rosszabbodott és pár nap alatt meghalt. A király betegsége valóban dizentéria lehetett, ködös, eszméletlen állapot nem alakult ki, mindvégig eszméletén volt, rendelkezett. A krónika beszámol a király korábbi „súlyos betegségéről” is, azonban a leírásból nem derül ki, hogy mi volt ez és hogy összefügghet-e a halált okozó vérhással? Az kétségtelen, hogy e korábbi betegsége idején is halálát várta a környezete.

III. *Béla király* betegségeiről nem a krónikák tudósítanak, csak annyit írnak róla, hogy több mint 23 évig uralkodott. III. *Béla* az egyetlen Árpád-házi királyunk akinek a maradványait pontosan ismerjük, 1967-ben *Regöly-Mérei Gyula* végezte el a palaeopathológiai vizsgálatokat a sír felbontásakor. Az 50 éves kora körül elhunyt uralkodó életében nem vesztette el egyetlen fogát sem és szuvasodás sem volt kimutatható. Koponyájában kisebb osteomát talált a vizsgálat és a bal hüvelykujj alappercének és metacarpusának synostosisát (19).

IV. *László királyt* 13 éves korában, 1275 nyarán nagy fejfájás, hideglelés, magas láz kínozza. A király ekkor önkívületben, vagy ködös állapotban volt. Tudati állapotát úgy próbálták vizsgálni, hogy ujját megszorították, de az a fájdalomingerre nem reagált. Pár

napi eszméletlenség után krízis állt be és erős izzadás után állapota javulni kezdett. Egy hét viszonylagos jóllét után ismét rosszabbul lett, majd hosszas lábadozás után amnéziával gyógyult. A betegség leírásából, továbbá abból, hogy IV. László nyáron betegedett meg, elsősorban *hastifuzra* gondolok, de nem zárható ki a *meningitis* lehetősége sem. Ez utóbbi ellen szól az átmeneti javulást követő relapsus és az, hogy marandó károsodás — az emlékezetkiesésen kívül — nem maradt vissza. A meningitis mellett szól, hogy a kezdő és vezető tünet a fejfájás volt, valamint az hogy a környezetben nem volt hasonló megbetegedés. Noha IV. László betegségéről több forrásból is tudunk, egyik sem említi, hogy hasonló betegség előfordult volna a meglehetősen zárt környezetben (IV. László a Nyulak szigetén betegedett meg).

Róbert Károlynak 1330 tavaszán megdagadt a keze és a lába, „a fájdalom szerfölött gyötörni kezdte”. Úgy látszik a betegsége hamarosan gyógyult, mert ugyanebben az évben már hadjáratot vezetett *Bazaráb* oláh vajda ellen. Róbert Károly 1288-ban született, 11 éves kora óta tartózkodott Magyarországon, nem valószínű tehát, hogy 42 éves korában lépett volna fel nála a *heveny reumás láz*. Valószínűbb, hogy *idiült reumás polyarthritise* volt, amely visszatérően hosszú időn át főként az alsó végtagokon jelentkezett.

Nagy Lajosról a Budai Krónika említi meg, hogy „egy számszerj nyilától életveszélyesen megsebesült a lábán . . . és alig menekült meg a haláltól”. A király hosszú ideig betegeskedett és valószínűleg a sebe elfertőződött és *szepezs* lépett fel. Hasonló esetet mond el a *Képes Krónika Gyula* ispánról, aki ugyancsak nyiltól sérült a lábán, majd mire Oroszföldről visszahozták Magyarországra, meghalt. Ismerve a *számszerj* erejét az sem zárható ki, hogy csontsérülést okozott és idiült osteomyelitis keletkezett Nagy Lajosnál. Ez utóbbi lehetőség mellett szól, hogy a király hosszú ideig nem tudta használni sérült lábát. Nagy Lajos halálának körülményeit nem részletezi a krónika, *Vladár* (23) más adatok alapján úgy véli, hogy *lepra* okozta Nagy Lajos halálát.

Őseink italozásáról, alkoholizmusáról a legrégebb leírást nem is a magyar krónikákban, hanem *Ekkehard* sankt-galleni Annalesében (5) találjuk. A híres sankt-galleni kaland leírásában ez olvasható: „*Bort, amelyet tele csöbrökben a középre helyeztek annyit ivott mindenki különbség nélkül amennyi jól esett*”. Amint a későbbiekből kiderül, ez a „*jól esett*” kitélet azt jelenti, hogy teljes lerészegedésig ittak. *Anonymus* azt írja, hogy *Árpád* és fő emberei első jelentősebb győzelmüket követően „*...egy héten át lakomáztak és majdnem minden nap megittasodtak*”. A krónikák többször szólnak királyaink, főuraink italozásairól. IV. László kicsapongó életmódja, részegeskedései közismertek. Kevésbé ismert, hogy II. István is szinte naponta részegeségig ivott. *Vak Béla* uralkodása alatt az „udvarbeliek megszokták, hogy mindent megkapnak a királytól, amit csak részegségében kérnek tőle”. I. *Géza* királyunk alatt hazánkban járt és közel két évtizedet itt töltött arab utazó azt írja, hogy országszerte *víz helyett és egész nap bort isznak a magyarok*, bár udvariasan hozzáteszi, hogy a magyarok nem szoktak berúgni, ellentétben a hazánkban élő mohamedán hitű más nemzetiségűekkel. Ez utóbbiakat — a magyarok nagy megrökönyödésére — al Garnábi el is tiltotta a borivástól (1).

A krónikák uralkodóink betegségeire, halálukra szoltaltatnak értékes adatokat. A közép betegségeinek sokkal bőségebb, színesebb leírása legendáinkban, szentté avatási iratokban található, amely külön tanulmány tárgyát képezi (12).

Józsa László dr.

IRODALOM: 1. *Abu-Hámil al-Garnábi*: Utazás Kelet és Közép-Európában 1131—1153. Gondolat. Budapest, 1985. — 2. *Acsádi Gy.*: A középkori magyar halandóságra vonatkozó paleodemográfiai kutatások eredménye. Statisztikai Kiadó. Budapest. 1963—64. — 3. *Anonymus*: Gesta Hungarorum. Magyar Helikon. Budapest. 1975. — 4. *Athleta Patriae*. Szent-László tanulmányok. Szent István Kiadó. Budapest. 1980. — 5. *Elkehard*: Annales Sanctgallenses Maiores. Közli: A magyarok elődeiről és a honfoglalásról c. mű. Gondolat. Budapest. 1975. — 6. *Fügedi E.*: A XV. századi magyar arisztokrácia demográfiai viszonyai. Statisztikai Kiadó. Budapest. 1963—64. — 7. *Fügedi E.*: A középkori Magyarország demográfiájának mai állása. Demográfia, 13, 500—509, 1969. — 8. *Györfy Gy.*: Magyarország népessége a honfoglalástól a XV. század közepéig. in: Magyarország Történeti Demográfiája Budapest. 1963.

— 9. *Hess A.*: Chronica Hungarorum. Magyar Helikon. Budapest. 1973. — 10. István király emlékezete. Magyar Helikon. Budapest. 1973. — 11. *Józsa L.*: Palaeopathology of arteriosclerosis. Cor et Vasa 8, 231—236, 1966. — 12. *Józsa L.*: Pathográfiák középkori legendákban és szentté avatási iratokban. Orv. Hetil. közlés alatt. — 13. *Katona I.*: A pápai bencés templom kriptája. Orvostört. Közl. 66—68, 109—127, 1973. — 14. Képes Krónika. Magyar Helikon. Budapest. 1971. — 15. László király emlékezete. Magyar Helikon. Budapest. 1977. — 16. *Matolcsi J.*: Állattartás őseink korában. Gondolat. Budapest. 1982. — 17. *Magyary-Kossa Gy.*: Magyar Orvosi Emlékek. III. M. Orvosi Könyvkiadó Társ. 1931. — 18. *Regöly-Mérei Gy.*: Palaeopathologia II. Az ősembéri és a későbbi emberi maradványok rendszeres kórbonctana. Medicina. Budapest. 1962. — 19. *Regöly-Mérei Gy.*: III. Béla király és Antiochiai Anna csontvázának palaeopathológiai vizsgálata. Orv. Hetil. 109, 423—427, 1968. — 20. *Ruffer M.*: Studies on the palaeopathology of Egypt. Univ. Press. Chicago. 1921. — 21. *Sandison T.*: The histological examination of mummified material. Stain Technol. 20, 277—285, 1955. — 22. *Thuróczy, J.*: A magyarok krónikája. Magyar Helikon. Budapest. 1978. — 23. *Vladár I.*: Nagy Lajos király betegségről. Orv. Hetil. 114, 98—101, 1973. — 24. *Zolnay L.*: Ünnepek és hétköznap a középkori Budán. Gondolat. Budapest. 1969.

Újabb orvosi kar kérdése a századfordulón

A kiegyezés után Eötvös József második minisztersége alapvető változásokat eredményezett a felsőoktatás, ezen belül az orvostudomány területén is. Az egyetemen kapcsolatos reformok előkészítése idején több intézkedés történt az orvostudomány feltételeinek javítására, így a kémiai intézet felállítása, a gyakorlati szülészeti bevezetése a kötelező tárgyak sorába, valamint a vizsgák nyilvánosságának elrendelése. Ezen intézkedések közül talán a legfontosabb volt a pesti orvosi kar által kiadott diploma általános érvényessége az egész Birodalom területén.

A pesti egyetem átszervezéséről szóló törvényjavaslattal egyidőben terjesztették az országgyűlés elé a kolozsvári egyetem felállítását célzó indítványt is. A lyceum, a jogakadémia és az orvos-sebészeti intézet egyesítéséből jött létre az ország második egyeteme, de az is ismeretes, hogy Eötvös József valójában négy egyetem felállítását tervezte. Ez akkor nem valósulhatott meg, de az elképzelés továbbra is foglalkoztatta a szakembereket és az oktatásügy irányítóit. Az orvosi karok bővítése, illetve az orvostudomány szempontjából elsődleges cél volt, hogy a túltelítettséggel küzdő, intézményeit modernizálni kívánó pesti orvosi kart tehermentesítsék, e képzésnél is érvényesíthessék a területi elveket. [1; Kolozsvár az ország keleti területeit volt hivatva orvosokkal ellátni, míg a nyugati és a déli részeket is hasonló intézményeknek kellett volna biztosítani. Az adott korban a bécsi egyetem orvosi kara szinte hazánk harmadik orvosi karának számított, hiszen a korabeli statisztikák szerint az itt beiratkozott orvosok mintegy 40%-a magyar volt, sőt ez az arány a kolozsvári egyetem felállítását követően sem csökkent. (Ezen egyenlőre nem akartak változtatni, hiszen a bécsi orvostudományi intézmények ugyancsak segítségére voltak a magyar orvostudományoknak. Végül 1885-ben a bécsi Valóság és Közoktatásügyi Minisztérium rendeletben tiltotta meg a magyarországi szabad beiratkozását a bécsi

orvosi karra.) A hazai orvostudomány reformja és a második orvosi kar felállítása után évente mintegy 500 hallgató nyert orvosi diplomát magyar egyetemeken, ami az 1876. évi Közegészségügyi Törvény kívánalmait megközelítően sem tudta kielégíteni.

A közegészségügyi törvény az ország lakosságának számához, a népsűrűséghez és település rendszeréhez igazodó új egészségügyi igazgatási formát, ezen belül orvosellátási minimumot határozott meg. A lakosság számához igazítva „orvostartási kötelezettséget” írt elő, ami — szemben a 4 ezer orvossal és 1500 seborvossal szemben — legalább 10 ezer orvos működését feltételezte. Ezt a hatalmasnak tűnő létszámot a budapesti és a kolozsvári orvosi kar (figyelembe véve a külföldi tanulmányokat is) semmi körülmények között nem tudta rövid időn belül biztosítani. [2;

A tényleges orvoshiány, a képzési intézmények meghatározott lehetőségei minden körülmények között indokoltá tették a további orvosi karok alapítását, az országon belüli arányos eloszlását. Ez is magyarázata annak, hogy az 1870-es évek derekától a harmadik orvosi kar felállításának kérdése nem kerül le az orvosi közvélemény fórumairól, újabb és újabb javaslatok születtek a megvalósítására. Igaz, az orvostudomány reformja után jelentősen megnövekedett a hallgatók és a végzetek létszáma, s bár igen lassú ütemben, csökkent az orvoshiány, a ösztönzőleg hatott a javaslatok megszületésére.

E javaslatok közül igen figyelemre méltó a Bp-i Kir. Orvosegyesület elemzése egy újabb orvosi kar felállítása érdekében 1877-ben. Az Indoklásban külön kiemelték, hogy a hazai lehetőségek hiányában orvostársadalmunk jelentős része külföldön szerzi meg képesítését, elsősorban német egyetemeken. A hazafias érzelmű orvosok joggal feltették szakterületüket a „germanizálástól”, hiszen a német egyetemen végzették „le-nézték” a hazai orvosi karokon tanultakat. Ugyancsak

fontosnak tartották, hogy az egyetem egyben legyen *kutatási hely* is, viszont a túlsúlyolt karokon az oktatás elvonja a tanszemélyzet idejét a tényleges kutatásoktól. Minden körülmények között indokoltnak tartották az újabb karok megszervezését, hiszen hazánknál jóval kisebb államok is több egyetemmel rendelkeztek. Így az öt milliós *Hollandia* öt, a négy milliós *Belgium* négy, *Svájc* öt, de még *Csehország* is négy orvosi karral rendelkezett. [3;

Más orvosi fórumokon megfogalmazott javaslatok is egységesen állami érdeké tették az újabb orvosi karok megalapítását, sőt még — figyelembe véve az oktatási lehetőségeket — városokat is ajánlottak. Így ajánlották *Debrecent, Pozsonyt, Kassát, Pécsét és Szegedet*. A javaslatok hatására a vallás- és közoktatásügyi miniszter 1881-ben ígéretet tett arra, hogy a meglévő két egyetem teljes kiépítése után, sor kerülhet újabbak alapítására. E kérdésben 1883. május 8-án tanügyi értekezletet hívtak össze, ahol sorra megvitatták a szóba került városok esélyeit és lehetőségeit. Itt hangzott el átmeneti megoldásként, hogy a pesti egyetem orvosi karán szervezzenek párhuzamos tanszékeket, ezek bekapcsolásával növeljék a hallgatói létszámot, költségmegtakarítással pótolni lehetne az újabb kar hiányát. E nézettel szállt szembe *Fodor József* az *Orvosi Hetilap* hasábjain megjelent írásában [4.]. Nézete szerint ez nem oldana meg semmit, hiszen a párhuzamos tanszékek csupán a meglévő hallgatói létszám mellett, az oktatás színvonalának emelését szolgálhatják, elősegíthetik az egyetemi intézetekben folyó kutatásokat. Viszont a hallgatói létszám emelése mellett az egyetem befogadóképessége szűkös, így csak zsúfoltságot, a jelen helyzet konzerválását eredményezheti. Inkább — mondta *Fodor József* — Budán kellene felállítani a harmadik egyetemet, ami versenyszellemet eredményezhetne a két intézmény között. Egészségesebbnek tartaná viszont, ha a harmadik egyetem valamelyik magyar vidéki városban kerülne feállításra, ami egy nagyobb terület ilyen igényét is kielégíthetne, biztosítaná a szakemberekkel történő ellátását. Az egészségügy szempontjából erre igen nagy szükség volt, hiszen jelentős orvoshiány éppen vidéken mutatkozott. „... Többszörösére kell emelnünk orvosaink számát. Nagy területek, ropant számú népessége az országnak nem bír orvossal. Oda kell orvos, s hogyha nem tudna megélni, az államnak kell eszközt találni, hogy ottmaradásra bírja az orvost. Kétségtelenül meg kell találni az eszközt az orvosok oda telepítésére, mielőtt több gondot fordítunk a nép egészségére, mielőtt nagyobb értéket tulajdonítunk egy korán elveszett gyermekéletnek, mint egy elhullott bornyúnak...” [4.;

Helytelennek tartotta azt, hogy évente legalább ezer magyar hallgató tanul külföldi orvosi karokon, noha a hazai egészségügy szempontjából jobb lenne magyar egyetemeken történő képzésük. Jelentős részüket nem tér haza, illetve végzése után nehezen találja meg helyét magyar orvos társadalomban. Hazai képzésük is csak indokolja az újabb orvosi kar megszervezését. Viszont ki kell emelnünk, hogy *Fodor József* híve volt a más egyetemekkel, orvosi karokkal való szoros kapcsolatnak, de ezt elsősorban a továbbképzés szempontjából tartotta fontosnak. Éppen ezért indítványozta az ösztöndíjak kiszélesítését, e rendszerbe újabb egyetemek bekapcsolását. A tanulmány további részében *Fodor* igen élesen szembe helyezkedett az úgyne-

vezett *csonka egyetem* alapítás gondolatával. (A költségesnek tartott orvosi kar elhagyásával kívántak többen újabb egyetemeket megszervezni vagy ennek megindítását későbbre halasztani.) „*En ellenkező véleményen vagyok. Semmiféle tudományra és szakmára nézve nem tartom annyira szükségesnek az új egyetem felállítását, mint éppen az orvostudományra és az orvosokra nézve. Jogtudományt művel ugyanis a sok jogakadémia, természettudományt művelnek a nagyszámú gimnáziumok és más főbb iskolák skaktanárai. Csupán az orvostudomány az, amelynek tudományos művelése úgyszólván — kettős dicséret a ritka kivételnek — egyedül a két egyetem néhány tanárára van szorítkozva.*” — írta *Fodor József*.

Ezen években szinte minden fórumon szót emeltek az újabb egyetem érdekében, sorra jelentek meg nyomtatásban a különböző javaslatok. Ezek közül kiemelkedik *Pávai Vajna Gábornak* Pozsonnyal kapcsolatos írása, melynek gondolatmenete sokban rokon *Fodor* előbb ismertetett okfejtésével. Viszont vitába szállt azzal a nézettel, hogy a budapesti orvosi kar újabb fejlesztése biztosíthatja a hazai orvoshiányt. Ezt az álláspontot éppen gazdasági oldalról cáfolta, szerinte sokkal olcsóbb egy új létrehozása, mint a meglévő bonyolult továbbfejlesztése. Szakmai szempontból is az egyetemek *arányos területi elosztása* mellett kardoskodott, elsősorban Pozsony mellett érvelt. „Minél több egyetem van — írta — valamely országban, annál nagyobb a verseny és az előre törekvés s annál jelesebb és jelesebb szakférfiak képződnek. Régi igazság, hogy verseny nélkül nincs haladás, a megállapodás egyenlő a haladással.” [5.;

A nyomtatásban megjelent javaslatok közül ugyancsak figyelemre méltó volt *Pisztory Mór* és *Vass Pál* javaslata, hiszen mindkettő ugyancsak orvosi karral képzelte el Pozsonyban, illetve Szegeden a harmadik egyetemet. A már említett *Pávai Vajna Gábor* vitája *Vass Pállal* abban állt, hogy mindegyik saját városát tartotta fontosabbnak. Az biztos, hogy a véleményező bizottság Pozsonyt látta jobb helyzetbe egy esetleges orvosi kar megszervezése szempontjából.

Az ország anyagi ereje nem tette lehetővé az újabb egyetem megszervezését, bár erről 1885-ben határozatot is hozott a minisztertanács, de végrehajtását későbbre halasztották. Ezzel egyidőben a vallás- és közoktatásügyi miniszter intézkedett a hazai orvosképzés megerősítéséről, hiszen ebben az évben megszigorították a magyar hallgatók tanulmányait a bécsi egyetemen, majdnem *300 medikus hazai képzését kellett biztosítani*. Így megkezdték a budapesti orvosi karon a párhuzamos tanszékek szervezését, a belső klinikai telep mellett intézkedtek a külső felépítéséről is. [6.;

A harmadik egyetem kérdése ezután sem került le az orvostársadalmunk alapvető kérdései közül, bár bizonyos tekintetben háttérbe szorult az érdekvédelmi mozgalmak mögött. A vita újból a századforduló első éveiben lángolt fel, elsősorban az orvosképzés reformja kapcsán. Ismét előtérbe kerültek a két orvosi kar intézményeinek szűkös lehetőségei, az a körülmény, hogy nagyobb létszámú hallgató befogadását nem biztosíthatták. A közegészségügyi törvény 1908-ban történt kiegészítése, az egészségügyi közigazgatás reformja csak sürgették a megoldatlan orvosképzési problémákat. A *Chyzer*-féle országos felmérés, az *Orvosszövetség* hasonló statisztikái, bizonyították a vidéki orvosellátás *egyenlenségeit, hiányosságait*. Mind sürgetőbbé vált a me-

dikusok létszámának emelése, viszont gazdasági szempontból — ezt a napisajtón kívül a kiküldött bizottság is alátámasztotta — olcsóbbnak bizonyult az újabb egyetemek alapítása, mint a meglévők továbbfejlesztése. Hosszas előkészítés után született meg 1912-ben az országgyűlés határozata, hogy hajtsák végre az 1885. évi törvényt, *alapítsanak két új egyetemet* [6;].

Az 1912. évi XXV. tv. kimondta a pozsonyi és a debreceni egyetem megszervezését, utasította a vallás-és közoktatásügyi minisztert a végrehajtásra. Igaz, a rendelet nem mondott ki időpontokat, de *mind a négy karon* meg kellett kezdeni a szervező munkát. Bizonyos szempontokból meglepetés volt Debrecennek Szeged elé történt sorolása, de az előbbi városban felépült az orvosképzést is segítő megyei kórház, a város alapítványt tett és ingyen telket biztosított e karnak, meglévő gyógyító intézményeit pedig megfelelő szintre emelte. Pozsony esetében kétség sem merült fel annak jogossága és szükségszerűsége iránt. [7;]

Ennek ellenére a megvalósítás konkrét lépései csak nagyon tétován követték egymást. A pozsonyi *Erzsébet Egyetem* esetében vita folyt a karok elhelyezéséről, a mosonmagyaróvári gazdasági akadémia bekebelezéséről stb. Ezek után 1913-ban megnyílt a jogi, 1914 április 2-án pedig az orvosi kar is. Ez természetesen nem jelentette az oktatás megkezdését, csupán az első kinevezések, intézményeknek klinikákká történt „átkereszlése” történt meg. Valójában a pozsonyi *Allami Kórház* egyes osztályait nyilvánították klinikákká, megfelelő szintű szakembereket állították az élükre. A tényleges oktatás megindulását nemcsak az első világháború kitörése akadályozta, hanem a természettudományi-bölcsészeti karral közös intézetek és tanszékek hiánya is. Felállításuk és felszerelésük — a háború miatt is —

anyagi nehézségekbe ütközött. Magának az egyetemnek a hivatalos felavatása 1916. szeptemberében történt meg, a karokon az oktatás 1918-ban indult meg. A Monarchia felbomlása új helyzetet teremtett, az *Erzsébet Egyetem* előbb Budapesten, majd Pécsen talált végső elhelyezést, míg pozsonyi épületeiben megalakult a *Komensky Egyetem*.

Debrecen esetében az orvosi kar szervezése 1914-ben indult meg *Kenézy Gyulának* egyetemi tanárrá történt kinevezésével, de — Pozsonyhoz hasonló okok miatt — az oktatás csak az 1918/19. évi tanévvel kezdődött meg. Ekkor 171 orvos és 28 gyógyszerész hallgató iratkozott be, minden évfolyamon 1921-től folyt képzés. A pénzügyi nehézségek ellenére 1916-tól folytak az orvostudományi épületek kiépítése, amit csak tíz évvel később fejeztek be [7;].

Valójában csak az első világháborút követő években valósult meg (a kolozsvári orvosi karnak Szegedre történt áttelepülését is figyelembe véve) a hazai orvosképzés négy orvosi karra történő építése, amely hivatva lett az egészségügy szakemberképzésének biztosítására.

Kapronczay Károly dr.

IRODALOM: 1. *Györy Tibor*: Az orvostudományi kar története. Bp. Egyetemi Nyomda, 1936, 345. — 2. *Kapronczay Károly*: A magyar orvostársadalom vizsgálata a dialízis korában. Bp. 1977. Semmelweis Orvostört. Könyvtár és Levéltár) Adattár — 3. Semmelweis Orvostörténeti Szaklevéltár. Bp-i Kir. Orvosegyesület Levéltára. 1877. — 4. *Fodor József*: A harmadik egyetemről. Orv. Hetil. 1883, 23, 535. — 5. *Pávai Vajna Gábor*: Pozsony és a harmadik egyetem. Pozsony. 1884. 43. — 6. A debreceni és a pozsonyi egyetemről szóló törvény szakvéleménye. Bp. Felsőoktatási Egyesület, 1912. — 7. *Szodoray Lajos*: Orvosképzés a vidéki egyetemeken. Orv. Tört. Közl. 1969, 51—53, 241.



ifj. Jancsó Miklós emléke

Tavaly a Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertani Intézetében a Jancsó Miklós-emlékérem és -jutalomdíj átadásakor különös megatottsággal emlékeztek meg ifj. Jancsó Miklósról, két évtizeddel halála után. Az emlékülésen, amelyen a hagyományos emlékelőadás elhangzott nemcsak az intézet kutatói, de az egyetem, a város tudományos életének számos képviselője részt vett. A megemlékezések fedezete hatalmas életműve, melyet idő előtti távozásával hagyott hátra és amely ma is elismerésre készlet és ösztönzést nyújt a munkában.

Ifj. Jancsó Miklós 1903. április 27-én Kolozsvárott született. Az orvosi pálya iránti vonzalmat a családi légkör és első sorban édesapja id. Jancsó Miklós oltotta belé. Szegeden folytatta orvosi tanulmányait és e városban avatták 1928-ban orvosdoktorrá. Már egy évvel korábban belklinikai gyakornok, telve tudományos ambícióval hiszen édesatyja, aki Kolozsvárott a nagy hírű Purjesz iskola méltó folytatója volt, céltudatosan tudományos pályára orientálta fiát.

Invenciózus rátermettségét a kutatásra már szigorú korában, első nagy felfedezésével bizonyította. Módszert dolgozott ki a szifilisz akkor leghatásosabb

gyógyszerének, a salvarsannak a tanulmányozására. Ezzel megkezdte munkássága egyik nagy témakörének művelését. Még avatása évében jelenik meg monográfiája „Histochemiai tanulmányok chemotherapiás arsenobensol-származékok viselkedéséről az emberi és állati szervezetben” címmel. Ez igen kedvező fogadtatásban részesült a berlini Robert Koch Intézetben, ahol a húszas és a harmincas évek fordulóján tanulmányozta a chemotherapiai kutatás módszereit. Tehetségének kibontakozása, előmenetele a szegedi Gyógyászati Intézetben Issekutz Béla, a neves farmakológus inspiráló hatása alatt töretlenül ível felfelé. Berlinből hazaérkezve és 1932-ben az adjunktusi címet elérve, Európában egyedülálló módon, chemotherapiai osztályt létesítenek számára és „Chemotherapia és méregtan” tárgyköréből magántanárrá képesítik. 1935-ben a betegségek elleni küzdelemben új vizsgálati módszerek bevezetésével jelentős megállapításokat dolgoz ki a chemotherapeuticumok hatásmechanizmusának vitás kérdésében. Felfedezi a dekametilén-diguanid és rokon származékaik hatását tripanosomiazisban. E felismerések eredményeként születtek meg a tömegpusztító trópusi ártalmak (álomkór, kalazár betegség) leghatásosabb gyógyszerei. Világhírű gyógyszerkutatók eredményeit a farmakológia jelentős fejleményeként értékelték.

Nagy jelentőségűek a reticuloendothelialis rendszer és a vesehámszövetek tárolóképességére, annak hisztaminvaló befolyásolására vonatkozó kutatásai. Erről 1947-ben megjelent tanulmányában így számol be: „1940 óta folytatott vizsgálataim arra az eredményre vezettek, hogy a reticuloendothelialis phagocytaműködést, mint kémiai aktivátor, a histamin váltja ki...”. Az antihisztamin-hatás felfedezésével új lehetőségek nyíltak a hisztamin biológiai jelentőségének tanulmányozására, amit a világon először ifj. Jancsó Miklós használt fel egy egészen új, addig nem is sejtett hisztaminhatás felismerésére. Erről nyújt tájékoztatást híres műve, a „Speicherung, Stoffanreicherung im Retikuloendothel und in der Niere”, amely 1955-ben jelent meg. E munka kapcsán jelentette ki Issekutz professzor: „... a teljesítmények olyan jelentősek, hogy véleményem szerint Jancsó Miklós professzort valóban méltóvá tesz a fiziológiai és orvosi Nobel-díjra”. Hasonlóképpen részletesen indokolt külön javaslattal

élt Baló József professzor is. Sajnos, a Nobel-bizottság a javaslatokat nem fogadta el. Nem ismerték fel Jancsó korszakalkotó munkásságát s jelentőségét nem tudták kellően méltányolni.

Ifj. Jancsó Miklós széleskörű munkássága során eredményesen foglalkozott a neurogén gyulladás farmakológiájával, a hőreguláció és fájdalomérzés hatásmechanizmusával is. Az Orvosi Hetilap szerkesztősége felkérte Jancsót, hogy Markusovszky születésének 150. évfordulója alkalmából az 1965-ben megjelenő évfolyamba tanulmányt írjon. Ez volt az utolsó magyar nyelvű értekezése, amelyben méltó befejezésképpen tisztázni igyekezett a neurogén gyulladás annyira bonyolult és sokat vitatott problémáját. Ezek a kísérletek — mint Issekutz professzor megállapítja — jól beilleszthetők Jancsó alaposan megtervezett, következetesen felépített kutatássorozataiba, bár természetesen további vizsgálatra szorulnak. Számos kísérlet vár még ellenőrzésre és közlésre, amelyet Jancsó már nem tudott befejezni és megírni. Munkatársai folytatták a mester nyomdokán haladva a kutatásokat a tőle kijelölt és a tudományos haladás által esedékessé vált utakon.

Ifj. Jancsó Miklós 1938-tól haláláig majdnem három évtizedet töltött oktató és kutató professzorként a szegedi egyetem Gyógyászati Intézetében. Kiemelkedő munkásságáért a Magyar Tudományos Akadémia levelező, majd rendes tagjává választotta. Két alkalommal tüntették ki Kossuth-díjjal, 1948-ban, amikor első alkalommal került sor e tekintélyes díj odaítélésére és az ötvenes évek derekán. 1961-ben elsőként nyerte el a Hőgyes Endre-émlékéremet. 1963-ban a Munkaérdemrend arany fokozatával, és Purkyné-éremmel tüntették ki. Számos hazai és külföldi tudományos társaság választotta tagjai sorába. A Szegedi Orvostudományi Egyetem egy évvel halála után, 1967 novemberében „Jancsó Miklós-émlékérem és -jutalomdíj” alapítását határozta el. Azóta minden év április havában ünnepi ülésen kerül sor az emlékérem átadására és egyidejűen emlékelőadást tartanak. Az előadások érdemi módon a tudományos munka számbavételével tisztelnek a kiváló tudós, úttörő kutató, iskola-teremtő oktató emléke előtt.

Zallár Andor dr.,
Takáts István dr.

SZERZŐINK FIGYELMÉBE

1985. január 1-től a szerzői honoráriumok számfejtése, nyilvántartása és a rendszerileg előírt adatszolgáltatási kötelezettség feldolgozása számítógépen történik. Ennél fogva a Kiadó a szerzői honoráriumokat és a különlenyomatokat csak akkor tudja kiutalni, ill. elkészíteni, ha a vezető szerző személyi száma, továbbá a személyi igazolványában feltüntetett neve, állandó lakhelyének címe a birtokában van.

Ezért kérjük postafordultával a kért adatokat a szerkesztőségnek eljuttatni.



Orvosi deontológia

A Nobel Békédíj. (Szerkesztőségi cikk.): *Lancet*, 1985. 2. 1282.

Az 1985-ös Nobel Békédíjat a Nemzetközi Orvosmozgalom az Atomháború Megelőzéséért (IPPNW) kapta. Ez a szervezet az utóbbi öt évben azon fáradozott, hogy felhívja a világ és a világ vezetőinek figyelmét egy esetleges atomháború veszélyeire.

Egy békemozgalom, melyet orvosok hoztak létre, egyáltalán nem áll példa nélkül a történelemben. Hasonlóval találkozhatunk már az ókori Egyiptomban és Görögországban is. A rombolás fenyegetésének mértéke azonban napjainkra megszorozódott. A nyolcvanas évek elején az orvosok hagyományos figyelmeztető és tiltakozó szavát az eszeten pusztítás lehetősége ellen az IPPNW emelte fel. A díj odaítélése egyesekben heves, sőt hisztérikus kirohanást váltott ki. Ezek elítélik dr. Lownt és dr. Csaszovnak. Az IPPNW más vezetőivel együtt, mert nem kapcsolják össze az atomháború elleni tiltakozásukat az emberi jogokért és más politikai célokért való küzdelemmel. Egyesek szerint az IPPNW sebezhető abban a tekintetben, hogy közömbös az emberi jogok kérdésével kapcsolatban. Azonban más nézetek szerint éppen a legalapvetőbb emberi jogot kell védeni — a túlélés jogát.

Az IPPNW és más hivatásos szervezetek kampánya, mely igyekszik elretteníteni az USA-t és a Szovjetuniót az önpusztítástól és a világkatasztrófától, nem lehet politikamentes. Ha az orvosok meghátrálnak az összes elképzelhető politikai tőnustől félelmit deklarálása során, úgy befolyásuk gyengülni fog.

A rémület megújuló kiáltását, amiért az IPPNW Oslóban elnyerte ezt a kitüntetést, életben kell tartani, mint a foglalkozás lelkiismeretének megnyilvánulását.

Magyar László dr.

A Nemzetközi Orvosmozgalom az Atomháború Megelőzéséért. (IPPNW). (Szerkesztőségi cikk.): *Lancet* 1985. 2. 1289.

Az 1985-ben a Nobel Békédíjat az IPPNW-nek adományozták. Ez alkalomból a norvég Nobel-bizottság megállapította: Az IPPNW az atomháború katasztrófális következményeinek tudatosításával jelentős szolgálatot tett az emberi ségnek. Ez által fokozta a közvélemény ellenállását az atomfegyverkezéssel szemben, és így lehetővé tette, hogy nagyobb figyelem forduljon egészségügyi kérdések felé. A bizottság különösen fontosnak tartja azt a tényt, hogy a szervezetet szovjet és amerikai orvosok közösen hozták létre és jelenleg már több mint 40 ország tagja a szervezetnek.

A díjat a szervezet két társelnökének: Bernard Lown-nak (USA) és Jevgenyij Csaszovnak (Szovjetunió) adták át.

Az IPPNW munkájáról. Az IPPNW az atomfegyverkezés ellen harcoló nemzeti

orvoscsoportok szervezete. Jelenleg 41 ország mintegy 135 ezer orvosát képviseli. A szervezet alapvető tevékenysége kezdettől fogva a nukleáris háború elleni küzdelemre összpontosul. A szervezet az atomháború egészségügyi következményeit ismerteti szerte a világon. Az IPPNW nem foglal állást az egyes kormányok politikájával kapcsolatban.

A szervezet évente nemzetközi kongresszusokat szervez, 1985-ben a kongresszus Budapestben volt. A kongresszust 1986-ban Kölnben rendezik. Az IPPNW szerte a világon könyveket, újságokat jelentet meg, előadásokat szervez rádióban, televízióban egyaránt. A szervezet különböző tagországainak orvosai egymás országába látogatnak, az IPPNW programjának megvalósítása érdekében. A szervezet megbeszéléseket folytat magas kormányhivatalnokokkal. A szervezet együttműködik az ENSZ-szel és a WHO-val.

A szervezet titkárságába minden tagország egy képviselőjét delegálja. A titkárság amerikai és szovjet társelnököket választ és egy végrehajtó bizottságot.

Az IPPNW központi irodájának címe: 225 Longwood Avenue, Boston MA 02115. Az európai iroda címe: Southbank House, Black Prince Road, London SE1 7SJ.

Magyar László dr.

A robbanást megelőző pusztítás. A fegyverkezési verseny következményei. Sidel, V. W. (Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, New York): *Lancet*, 1985. 2. 1287. (A cikket a *Lancet* az IPPNW budapesti, 5. kongresszusa alkalmából kiadott cikkgyűjteményből vette át.)

Az elmúlt éjjel 20 gyermek halt meg olyan betegség következtében, mely megelőzhető immunizációval, egészséges ivóvízellátással, alapvető tápanyagok nyújtásával. Azoknak a gyerekeknek a száma, akik a következő három napon fognak meghalni, de haláluk elkerülhető lenne, nagyobb mint a Hirosimát és Nagasakit ért atomtámadás során elpusztultak száma.

Ugyanennyien vannak azok a gyerekek, akik jelentős tartós károsodást szenvednek el ezektől a betegségektől. Minden második másodpercben meghal így egy gyermek, és ugyancsak minden második másodpercben tartósan károsodik egy másik.

Ugyanekkor a világ másodpercenként 25 000 US dollárt költ fegyverkezésre. 1985-ben a világ fegyverkezése 800 milliárdba került, ez naponta 2 milliárd, 100 millió minden órában, 1,5 millió percenként és 25 000 US dollár másodpercenként.

De nemcsak pénzről van szó. Átlag minden ötödik tudós és mérnök fordítja tudását fegyverek előállítására. Ez a hatalmas pazarlás tovább nem folytatható.

A fejletlen országok lakosságának átla-

gos jövedelme 1980-ban 170 US dollár, a fejlődő országokban 520, a fejlettekben 6230. Az évi egészségügyi kiadások egy főre számolva a fejletlen országokban 1,70, a fejlődőkben 6,50 és a fejlettekben 244 US dollár. Több mint 300 millió gyerekek éheznek a harmadik világban. 2 milliárd ember nem jut megfelelő ivóvízhez. Számos fejletlen országban a születések kevesebb mint 3%-ánál áll rendelkezésre orvosi vagy bába által nyújtott segítség.

A gazdag országok hússzor többet költenek fegyverkezésre, mint a fejlődő országok gazdasági segítésére. A fegyverkezésre költött pénz kis része is jelentős haladást eredményezne az egészségügyben. Az egy óra alatt fegyverkezésre költött pénz egyetlen húsz év himlőellenes küzdelmeinek költségével. Egy fél nap alatt a fegyverkezésre költött pénz elég lenne a világ összes gyermekének védőoltására. Négy napi fegyverkezési költség elegendő lenne a malária elleni küzdelem öt éves költségvetésére.

A világon jelenleg 16 milliárd tonna dinamitnak megfelelő atomfegyver van raktáron, négy tonna jut minden emberre. Einstein szerint: Az elszabadított atomerő mindent megváltoztatott, kivéve gondolkodásmodunkat és így egy páratlan katasztrófa felé haladunk. Meg kell változtatnunk gondolkodásmodunkat a túlélés érdekében.

Az IPPNW céljai: Az atomfegyverek számának csökkentése és teljes felszámolása, az atomháború megelőzése. Az IPPNW rövid távon küzd a világ gyermekeinek egészségének javításáért, központi célja első osztályú egészségügyi ellátás kiterjesztése az egész világon, és hosszú távon egy új nemzetközi gazdasági rend életrehozásáért küzd, mely megszüntetné a szegény nemzetek kizsákmányolását a gazdag országok által.

Az orvosok nem hagyhatják figyelmen kívül azt a fenyegetést, amit a fegyverkezés jelent, nemcsak amikor a fegyvereket használják, hanem már jóval azok használatbavétele előtt. A felelősség az egész világé. Az orvosoknak segíteni kell mindenütt a fegyverkezési verseny befejezésében, és szorgalmazniuk kell, hogy a fegyverkezésre költött hatalmas pénzesz- szegyetek az ember szolgálatába állítsák.

Magyar László dr.

Recept a túlélésre. Lown, B., Pastore, J. (Harvard School és Tufts University, USA; az IPPNW társelnöke, ill. titkára): *Lancet*, 1985. 2. 1285.

Az orvos beteggel szembeni felelőssége túlterjed a helyes diagnózis felállításán. A hatásos gyógymód megtalálása és alkalmazása a cél. A kórimzés és a kezelés szétválaszthatatlan folyamat és mindkettő része a gyógyításnak.

Több mint két évtizede hívják fel az orvosok a figyelmet egy atomháború szörnyű egészségügyi következményeire, és a fegyverkezési verseny társadalmi és egészségügyi költségeire. A tények nem vitathatók. Termonukleáris háború esetén az orvosok kezében semmi lehetőség sem marad segíteni, a szervezet egészségügyi ellátás, melyet oly sok nehézséggel sikerült létrehozni, tökéletesen megsemmisül. Bár 1945 óta atombombát háborúban nem használtak, de a döntő csatára való

készülődés költségei már eddig is sok áldozatot követeltek. Valójában a napi költségek (több mint 2000 millió dollár) töredéke 40 ezer gyereket menthetne meg naponta az éhhaláltól, a fertőző betegségektől és a hasmenéstől.

Orvosi felelősségünk valóban nem terjed tovább mint az egészségnevelés?

Bár sokan közülünk egyetértenek azaz, hogy a fegyverkezési verseny valamint az atomháború példátlan orvosi, gazdasági és környezeti következményekkel jár, de ugyanakkor vonakodnak tenni valamit orvosi minőségükben. Nem eleget, hogy az orvos tevékenysége csupán az atomháború orvosi és környezeti következményeinek leírására szorítkozzon. Szükséges, hogy az orvos olyan politikát támogasson, mely csökkenti a valószínűségét egy atomháborúnak.

A történelem során az orvos sohasem zárkózott el különböző társadalmi és politikai kérdésekbe való beleszólástól, ha ezek érintették a közösség egészségét. A preventív medicina elveit követve az orvosok politikai és társadalmi küzdelmekre kényszerültek. Az orvosok harcoltak az ólomtartalmú festékek használatá ellen az iskolákban, a biztonsági öv bevezetéséért az autókban, a dohányzás ellen stb. és senki sem vágta őket azzal, hogy nem illetékesek a fenti kérdésekben. Az orvosoknak válaszolniuk kell az élet által felvetett erkölcsi kérdésekre. Az atomkor orvosainak legfőbb feladata megelőzni az utolsó járványt. Korlátozott atomháború nem lehetséges, és a polgári védelmi készültség értelmét veszti egy atomháború esetén.

Az IPPNW 41 országra kiterjedő szervezet, és széles alapjai lehetővé teszik a szabad párbeszédet a két szembenálló hatalmi csoportosulás orvosi között.

A szervezet Helsinkiben megtartott negyedik kongresszusán felhívást fogadott el széles körű moratóriummal kapcsolatban az összes nukleáris robbantást illetően. Ez jelentené az orvosi receptet a túlélésre. A föld alatti robbantások jól ellenőrizhetők a tudomány jelenlegi állása szerint és nem kíván helyszíni ellenőrzést.

1963-ban a légköri atomrobbantások betiltásának egyezménye történelmi precedens, de azt eredményezte, hogy a föld alatti kísérleti robbantások száma megszorodott. Az utóbbi tíz évben átlagban hetente történt egy föld alatti robbantás. A kísérleti robbantások folytatása elengedhetetlen ezen fegyverek fejlesztéséhez.

Az orvosok felelőssége olyan receptet írni a hatásos kezelésre, mely véget vet ennek a betegségnek. A moratórium minden nukleáris robbantást illetően kell, hogy az első lépés legyen.

Magyar László dr.

Az APACHE II score rendszer használata annak eldöntésére, hogy az intenzív osztályon levő betegek közül ki az, akinek a sorsán a teljes parenterális táplálás nem változtat. R. W. S. Chang és mtsai (Nutrition Support Service, Department of Surgery and Intensive Care Unit, Department of Anaesthesia, Riyadh Armed Forces Hospital, Riyadh, Saudi Arabia): Lancet, 1986. I. 1483.

A szerzők az APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)

score rendszert tanulmányozták, alkalmas-e annak eldöntésére, hogy az intenzív terápiás osztályra (ITO) felvett és teljes parenterális táplálásra (TPT) szoruló betegek közül ki az, akinek az életkilátásai nem függenek ezen igen költséges terápiás beavatkozástól.

Az APACHE II rendszert az USA-ban fejlesztették ki. A rendszer 12 fiziológiai változót értékel pontrendszer szerint, melynek értékéből a beteg általános állapotára lehet következtetni, függetlenül az alapbetegségtől. Az alapbetegségre és életkorra vonatkozó módosító értékek belekalkulálása az összpontszámra a rendszer további finomítását jelentik. Ebből az értékéből egy képlet segítségével a „risk of death” azaz, az elhalálozás kockázata, kiszámítható.

A szerzők három betegcsoport vizsgálatára során kívántak meggyőződni a rendszer alkalmazhatóságáról.

Az első csoportot 210, az ITO-ra felvett beteg alkotta válogatás nélkül. Céljuk annak megállapítása volt, hogy az USA-ban kidolgozott rendszer érvényes-e szaúd-arábiai beteganyagra is. Ennek érdekében a felvett betegeknél meghatározták a pontszámot, melynek alapján megjósolták a várható halálozást, majd értékelték a valóságos és a jósolt halálozás egybeesését.

A második csoport vizsgálatánál a TPT érdemességének, illetve feleslegességének kritériumait kívánták meghatározni 89 korábban TPT-ban részesült beteg adatainak utólagos elemzése alapján. Úgy találták, hogy a halálozási kockázat 60%-os értékénél 100%-os volt a specificitás az elhalálozásra vonatkozóan, ugyanakkor a szenzitivitás csak 15,56%, melynek értékét a túlélőnek jósolt, de meghaltak arányából számították.

A harmadik betegcsoportban — 26 beteg — 60%-os halálozási kockázattérteket véve figyelembe, meghatározták, ki az, akinél a TPT-től nem várható javulás.

A vizsgálatra az ösztönözte a szerzőket, hogy az egészségügyi ellátásban világszerte egyre nagyobb különbség van az igények és a lehetőségek között. Egy beteg napi TPT-nak költsége 130—200 angol font. A rendelkezésre álló pénzüsszeg gazdaságos felhasználásának egyik módja a kifejezetten költséges terápiás eljárások indikációjának etikailag is elfogadható felülvizsgálata.

Véleményük szerint a betegeket 3 csoportba lehet sorolni: 1. aki nyer a kezeléssel, 2. aki lehet hogy nyer, 3. aki biztosan nem nyer.

A szerzők több prognosztikus indexet tartalmazó rendszert tanulmányoztak és arra a következtetésre jutottak, hogy a szelekcióra az APACHE II rendszer a legalkalmasabb, mivel segítségével meghatározható, hogy ki az, aki mindenképp meghal — és nem az, hogy ki marad életben — és így nem nyer a TPT alkalmazásával.

A rendszer szenzitivitását a vizsgálat két alkalommal történő elvégzésével fokozza, ezeket a beteg ITO-ra való felvételekor és a TPT megkezdésekor végezték. Ezzel egyben a beteg állapotváltozásának a dinamizmusát is követni tudták.

A szerzők jelen munkájuk ideje alatt nem mondták le senkinek a TPT-ről.

[Ref.: A munka fontos morális és filozófiai kérdéseket vet fel. Ha valóban alkalmazható, akkor a gyógyítás más területeire is ki lehet terjeszteni, ami veszélyessé válhat és esetleg

terápiás nihilizmushoz vezethet. Nem szabad elfelejteni: „a statisztika a gyógyításban azt a célt szolgálja, amit a részeg embernek a lámpaoszlop — nem azért kell, hogy világot adjon, hanem hogy támasztékul szolgáljon”]

Brolly Mária dr.

Krónikus dialízis kezelés megszakítása. Neu, S., Kjellstrand, C. M.: N. Engl. J. Med. 1986. 314, 14.

Az életet fenntartó orvosi kezelések megszüntetése a medicina legfontosabb etikai kérdései közé tartozik. A cikk szerzői krónikus dialízis programban lévő betegeknél a dialízis kezelés megszakításának körülményeit vizsgálták. Felméréseiket a Regional Kidney Disease Program keretében Minnesota állam legnagyobb krónikus dialízis centrumában, a Hennepin County Medical Centerben végezték. Az 1966 és 1984 között dializált 1766 páciensből 155-nél (9%) került sor a kezelése megszakítására. A 155 betegből a kezelések beszüntetésére vonatkozó döntés hozatalakor 66 volt mentálisan kompetens, 66 inkompetens, a többi 23 páciensnél a kompetencia a kórtörténetből nem volt megítélhető.

A dialízis megszakítására vonatkozó döntést a 66 kompetens betegből 58 saját maga határozta el, az inkompetens betegeknél az esetek 73%-ában a kezelőorvos részéről indult el a kezdeményezés, míg 23%-ban a család javasolta a kezelése megszüntetését.

Az orvosok döntéshozatalra vonatkozó kezdeményező szerepét az idők folyamán fokozódó mértékben a család vette át. A kezelés megszüntetése átlagosan 30 hónap tartamú dialízis után történt (4 betegnél több mint 9 év után). A betegek a megszakítást követően átlagosan még 8,1 napig voltak életben, 80%-uk a kórházban halt meg.

A megszakításra gyakrabban került sor idős betegeken és diabeteseseken. A dialízis terápia időszakában fellépő komplikációk közül cerebrovascularis történet, dementia, szív- és krónikus tüdőbetegségek előfordulása gyakoribb volt azokon, akiknél végül megszüntették a kezelést, míg nem volt különbség a diabeteses betegek körében a vakságra, illetve amputációra vonatkozóan.

A szerzőknek az a véleménye — a legtöbb vallással egyetértésben —, hogy a kompetens betegeknél jogában áll a számukra terhes kezelést visszautasítani. Ugyanakkor az inkompetens betegek kezelésének folytatására, vagy megszakítására vonatkozóan különbözőek a nézetek úgy az orvosok, mint a jog képviselői között. A szerzők nem vállalkoznak a kérdés eldöntésére. Hajlanak arra, hogy mind az idős, mind a diabeteses betegeket krónikus dialízis programba felvegyék, nem látván előre a kezelés további kimenetelét, de mint végső, bár nagyon nehéz lépést — ha a kezelés a betegnek fájdalmat, vagy kényelmetlenséget okoz — a dialízis abbahagyását nem vetik el, ha azt a döntésképes páciens, vagy kompetencia hiányában a család kéri.

Pálinkás András dr.

Endocrinologia

Növekedési hormon, 1985. R. D. G. Milner (University of Sheffield, Children's Hospital, Sheffield S10 2TH): Brit. med. J. 1985. 291, 1593.

1985 eseménydús év volt az emberi növekedési hormonnal kapcsolatosan. Az év tavaszán az USA-ban és Angliában négy fiatal — a 60-as és a 70-es években emberi hypophysisból nyert növekedési hormonszintézissel kezelt — beteg halt meg Creutzfeldt—Jakob-kórban. A fiatal életkorban bekövetkezett halál kapcsán felvetődött, hogy a terápiában használt emberi hypophys extractum slow vírussal fertőződött. A Creutzfeldt—Jakob megbetegedésről ismert, hogy e ritka előfordulású kórkép (1 : 1 000 000) melyet a slow vírus okoz, encephalopatiával jár és az elhalálozás általában 50—60 éves korban fordul elő leggyakrabban. Az említett haláleseteket követően leállították az emberi hypophysisból előállított növekedési hormon terápiát, bár mind ez ideig nem sikerült a hypophysis kivonatokból — a rendelkezésünkre álló technikával — a slow vírust izolálni.

Angliában 1978-ban az Egészségügyi Szolgálat Emberi Növekedési Hormon Bizottságot hozott létre, mely negyed-évenként ülésezve a humán növekedési hormon előállításával és az alkalmazásával kapcsolatos kérdésekkel foglalkozott. A négy fiatal Creutzfeldt—Jakob halálesetét követően az emberi hypophysisból nyert növekedési hormon terápia leállítása után szükségszerűen a figyelem a rekombinációs DNA technológiával előállított növekedési hormon felé irányult. Igen rövid idő alatt, 1985 októberére, sikerült a Kabi—Vitrum licence alapján a bioszintetikus növekedési hormon előállítását. Az így előállított hormon vírus fertőzéstől mentes, ára azonban háromszorosa az emberi hypophysisból nyert hormonénak. A szintetikus növekedési hormon készítmény előállításával felvetődtek az indukációs, terápiás kérdések mellett az anyagi kérdések is. A továbbiakban is legideálisabbnak látszik a speciális növekedési centrumokban ezen kérdések eldöntése. Az Egészségügyi Szervezet Emberi Növekedési Hormon Bizottsága feladata marad a korábban emberi növekedési hormonnal kezelt betegek figyelemmel kísérése.

Godó Béla dr.

Növekedés növekedési hormon nélkül: hatásos növekedési faktor a keringésben. Geffner, M. E. és mtsai (UCLA Medical Center, Department of Pediatrics, Los Angeles, California, USA): Lancet, 1986. I. 343.

A növekedés nem függ szükségképpen növekedési hormon (GH) jelenlététől. A foetusban az inzulin az elsődleges növekedési faktor, azaz a GH és a pajzsmirigy hormonnak nincs lényeges szerepe a méhen belül.

A szerzők egy tízéves fiúgyermek esetében a szokásos növekedési hormon stimulációs teszttel és a 24 órás növekedési hormon profil vizsgálatokkal egyértelműen bizonyították a növekedési hormon elégtelenségét. A gyermek GH szintjét RIA és RRA módszerrel mérve — a két

módszerrel hasonló értékeket észleltek, ami kizárja az immunoreaktív GH hiányt — hároméves korban: 2,8 ng/ml, ötéves korban: 3,1 ng/ml, hétéves korban: 2,8 ng/ml és tízéves korban: 2,4 ng/ml (a GH normál értéke: > 5ng/ml). A somatomedin-C vizsgálat (több módszerrel mérve) a gyermek kronológiai és csontéletkorához viszonyítva a normál érték alsó határát adta. A gyermek 4,5 éves koráig a klinikai kép alapján a növekedésben egyértelműen elmaradt volt. Felvetődött a növekedési hormon terápia bevezetése, de erre nem került sor, mert spontán növekedésselgyorsulás volt megfigyelhető 5—10 éves kor között. A laboratóriumi vizsgálatok között a T₄, prolactin és a koponya CT sem mutatott kórosat. Kiegészítő vizsgálatokkal bizonyítani lehetett, hogy a gyermeknek semmiféle neurológiai, szemészeti, anatómiai rendellenessége nincs és gigantizmusra utaló jelek sincsenek. Erythroid progenitor sejt tesztrel a gyermek szérumának aktivitása a kontroll szérum háromszorosa volt. A Laron-típusú alacsony növsű gyermekek erythroid progenitor sejtjeinek is háromszoros stimulációját lehetett megfigyelni a gyermek szérumának alkalmazásával.

A klinikai kép és a laboratóriumi eredmények alapján a szerzők arra következtettek, hogy a növekedési hormontól és a somatomedin-C-től függetlenül gyorsult meg a gyermek növekedése. Feltételezhető, hogy a keringésben egy aktív növekedési faktor volt jelen. Erre az alábbiakból lehet következtetni: 1. a növekedési hormon elégtelensége a RIA és RRA módszerrel bizonyított, 2. a somatomedin-C a normál érték alsó határán volt (ezekből következik, hogy a növekedés meggyorsulása nem a GH-tól és a somatomedin-C-től függött), 3. a gyermek szérumának erythroid progenitor sejt stimulációja a kontroll háromszorosa volt, sőt a szérum tízszeres hígításban is akromegáliás szérum stimulációs hatást volt képes kiváltani, 4. a gyermek széruma a Laron-típusú alacsony növsű gyermek erythroid progenitor sejtet is stimulálta és ezen sejtekről ismert, hogy teljesen rezisztensek emberi növekedési hormonra (még 500 ng/ml koncentrációban is).

A szerzők véleménye szerint ezen betegük növekedése független a növekedési hormontól és más ismert növekedési faktortól.

Godó Béla dr.

Ektop GHRH-kiválasztású akromegalia. Schulte, H. M. és mtsai (Med. Klinik der Universität Essen): Klin. Wschr. 1986. 64. (Suppl. V.), 8.

Ritkák az olyan hypophysisen kívüli daganatok, amelyek ektop növekedési hormon releasing hormon („growth hormone releasing hormone”: GHRH) elválasztásával akromegáliát eredményeznek. A GHRH-szerkezetét két egymástól független kutató csoport tárta fel (Guillemin és Vale, 1982). A releasing hormonnak (RH) kóroktani szerepe ma már elfogadott tény a hypo- és hypergonadotrop betegségeknél.

A szerzők egy GHRH-t elválasztó nasnyálmirigy-daganatos nőbetegüknél GHRH adása után a növekedési hormon-

szint emelkedésének hiányát az elkülönítő kórisme lehetséges kritériumának tekintik. A secernáló pancreas-tumor műtéti eltávolítása előtt és után, valamint egészséges és 17 hypophysis akromegáliás betegüknél meghatározták a plasma GHRH és a serum GH-tükrét. A 17 hypophysis eredetű betegnél, valamint az egészséges probandusoknál nem volt a plasmában a GHRH-tükrő változása kimutatható. Ezzel szemben a GHRH-t secernáló nőbetegüknél 600 pg/GHRH emelkedett plasmatickért találtak. Az ektop GHRH-eltávolítást a pancreasdaganat radioimmunológiai vizsgálata igazolta.

ifj. Pastinszky István dr.

Akromegalia növekedési hormon-releasing-hormon—(GH—RH) termelő pancreastumor kapcsán: klinikuma és morfológiája. Donhuijsen, K. és mtsai (Inst. f. Pathologie und Endokrinologie der Med. Klinik der Universität Bern): Schweiz. med. Wschr. 1986, 116, 615.

Az akromegalia oka rendszerint a növekedési hormont fokozottan termelő hypophysis-adenoma. Hypophysis daganat nélküli betegek észlelése utalt az extrahypophyser növekedési hormon kutatására. A növekedési hormon-releasing-hormon („growth hormone releasing hormone”: GH—RH) tumoreredetű ektopikus termelése igen ritka.

A gyomorbélhuzam és a hasnyálmirigy endokrin daganatai a fő elválasztási termékekük szerint jelöltek meg; így pl. „gastrinoma”, „glukagonoma”, vagy „somatostatinoma”. Ennek megfelelően a GH—RH termelő tumorokat „somatolibrinoma” vagy helyesebben „GRF-oma” terminológiával osztályozzák. A GH-t előidéző endokrin aktív pancreas-daganatokból sikerült biológiailag aktív peptideket izolálni és a szerkezetüket is meghatározni. Ezeket a peptideket az aminosavak száma szerint hp (human pancreatic)—GR—RH 1—44 és hp—GH—RH—1—38 rövidítésekkel jelölik.

A szerzők az irodalomban negyedik GH—RH-termelő pancreastumor esetét írják le. Az 51 éves akromegáliás nőbetegüknél a hypophysis neuropathológiai szövettani vizsgálata adenomát nem talált; a bromocriptinkezelés is eredménytelen volt. A sonographia és CT-lelet alapján a pancreasfejből eltávolított daganat histológiai, immunokémiai és elektronmikroszkopos vizsgálata a GH—RH-omát igazolta; hasonlóan ezt erősítették meg a perifériás, valamint a daganat vérből és az extractumából végzett immunológiai vizsgálatok.

A megfigyeléseik arra utalnak, hogy a GH—RH meghatározás hasznos diagnosztikus eljárás az akromegalia kóroktani tisztázására még a sebészi beavatkozás előtt.

ifj. Pastinszky István dr.

TRH által serkentett növekedési hormon elválasztás akromegáliásokban. Eversman, T. és mtsai (Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München und Neurochirurgische Klinik der Universität Erlangen): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 1091.

Irodalmi adatok szerint a thyreoretropin elválasztást serkentő (=releasing) hormon (TRH) egészszéges emberben csak a TSH és prolactin (PRL) szekrécióját serkenti, míg a növekedési hormon (GH) elválasztását nem befolyásolja. Ettől eltérően viszont TRH hatására akromegaliás betegek GH szintje emelkedik. E jelenség megfigyelhető még terminális veseelégtelenségben szenvedő, májcirrhosisos, endogen depressiós, hypothyreosisos és anorexia nervosa betegekben is. Ismeretesek olyan terápiás konzekvenciái is jelentősebb adatok, melyek szerint az olyan akromegaliás betegek, akiknek GH szintjét a TRH stimulálni képes, azok dopamin agonistákkal (bromocriptin, lisurid) eredményesen kezelhetők. Az akromegalia endokrin diagnosztikája elsődlegesen az 5 ng/ml fölé emelkedett bazális GH szinten alapul, továbbá azon, hogy 100 g glukóz orális adására a GH szint 2 ng/ml alá nem csökken. TRH próba során a GH stimulálhatósága akkor állapítható meg, ha a GH legalább a bazális szint kétszeresére emelkedett. 10 év alatt 188 beteget vizsgáltak, akik közül 182 beteget elsődlegesen műtéti kezelésben részesítettek. Eredménytelen műtét után a betegeket besugárazták (5000 r), és/vagy bromocriptinnel kezelték. Néhány betegnél második műtéti beavatkozásra is sor került. A betegeken a TRH próbát azzal a céllal végezték, hogy megállapítsák azt, hogy a GH szint stimulálhatósága segítségét jelent-e a terápiás lehetőségek (műtét, besugárazás, bromocriptin) közötti sikeres választásban.

A 182 operált betegük közül 106-nál sikerült a GH szint normalizálódását elérni. 7 operált betegben figyeltek meg jelentős GH szint emelkedéssel járó recidívát. 6 beteget újra operáltak, de egyik betegnél sem tudták a hormonszintet normalizálni. A hypophysis elülső lebeny funkciója műtét előtt 112 betegben volt csökkent. Műtét után javulást figyeltek meg 17 betegben, 14 beteg romlott. A 46 bromocriptinnel kezelt beteg közül 18 beteg GH-szintje lett normális. Valamennyi hyperprolactinaemiás betegük (n=13) PRL szintjét normalizálta a bromocriptin. A 27 besugárazott beteg GH-szintjének átlaga jelentősen csökkent, de nem normalizálódott. A 27 besugárazott betegben (közülük 25 esett át előzetesen műtéten) átlagosan 7,7 hónappal a besugárazás után bromocriptin kezelést alkalmaztak. E betegek közül 13-nak csökkent a normális szintre a szérumszintje.

A szerzők a betegek kezelése előtt, majd azután elvégzett TRH próba eredménye, — tehát a TRH-ra adott GH-szekréció fokozódása, ill. a stimulálhatóság kezelés utáni megszűnése —, és az alkalmazott kezelési módok eredményessége között összefüggést nem találtak. Véleményük szerint a próba eredményének prognosztikai jelentősége nincs, a helyes terapia megválasztásában segítséget nem jelent.

Balácsi Imre dr.

A virilizáló mellékvese hyperplasia kezelése serdülőkorban. Dexamethason alkalmazása és kilemeltsége. Job, J. C. és mtsai (Service d'Endocrinologie Pédiatrique, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, F-75014 Paris): Arch. Fr. Pédiatr. 1985, 42, 765.

A 21-hydroxylase-hiány okozta virilizáló mellékvese hyperplasiát (v.m.h.) elvileg hydrocortisonnal, vagy cortisonnal kell kezelni. Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy a kialakult egyensúly és a növekedés kedvezőbb hydrocortisonnal, mint egyéb glucocorticoiddal. Legújában felnőtteknél a dexamethason (DXM) bizonyult a hyperandrogenia legmegbízhatóbb kezelésének.

A serdülőkorban változatos helyzetek alakulhatnak ki. Bármely legyen a korábbi helyzet, a serdülőkorban nagyon különbözőképp alakulhat ki, de a gyógyszereléstől függetlenül, a biológiai egyensúly helyreállítása, a hydrocortison, vagy a fluorocortison adag növelését igényli, hogy a hyperandrogenia (h.a.) mellékhatását elkerüljük. A pubertás végén azonban sem a hydrocortison, sem a/vagy fluorocortison adagolása nem teszi lehetővé a h.a. elkerülését. Ebben a helyzetben tehet nagy szolgálatot a DXM.

A szerzők közleményükben 18 beteg (15 leány, 3 fiú) kezelésének eredményéről számolnak be. A klinikai tüneteket és a DXM előírás körülményeit táblázatban ismertetik. Ugyancsak egy táblázatban részletezik a DXM kezelés módosítását és az elért eredményeket.

A megbeszélésben kiemelik: 1. A DXM-nak elalvás előtt történő adagolása tartósabb gátló hatást biztosít, mint a hydrocortison. 2. Az irodalomban a DXM napi egyszeri, esti adagolását ajánlják; a szerzők vizsgálati eredményei ezt nem igazolták. 3. Eltérőek a vélemények a hydrocortison és a DXM adagolását illetően is. 4. Az irodalmi adatok és jelen vizsgálatok összevetésével a következőket ajánlják: a) A 21-hydroxylase-hiány kezelésében a pubertás végén a DXM kezelést akkor ajánlják, amikor a szokásos kezelés ellenére is megmaradtak a hyperandrogenia klinikai tünetei. b) A kezdő napi DXM adag serdülőknél 0,5 mg/napra korlátozandó, ennél kezdetben kisebb adagot kell alkalmazni; 0,25 mg/nap. c) Ezt az adagot esténként kell adni. d) A DXM adagját individuálisan kell megadni. e) A túl-adagolás elkerülésére kívánatos, hogy a plazma 17-hydroxyprogesteron-szint mérésükkel emelkedett legyen, vagy — ami ugyanazt jelenti — a vizelet pregnantriol szintje. f) Csak az elmondottak alapján kísérlethetjük meg a 21-hydroxylase-hiányban szenvedő serdülők sikeres optimális kezelését.

Kövér Béla dr.

Neurológia

A frakcionált utántöltés: haladás az inoperabilis rosszindulatú agydaganatok interstitialis sugárkezelésében. Oppel, F. és mtsai (Universitätsklinikum Steglitz, Freie Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 914.

A szerzők áttekintik az inoperabilis agydaganatok sugárkezelésére alkalmazott eddigi eljárásokat, majd azok hátrányainak kiküszöbölésére olyan utántöltéses („afterloading”) technikát ismertetnek, mely a tumor optimális frakcionált interstitialis átsugárzását biztosítja külső sugárkezeléssel kombinálva. A daganat kiterjedésének, térbeli elhelyezkedésének pontos CT felmérése után stereotaxis-

készülék segítségével furatlyukon keresztül a daganatba vezetőhüvelyt helyeznek, amit kívül a bőrön rögzítenek. A beavatkozás egyidejűleg biopsiás mintavétel lehetőségét is biztosítja. A daganatban lévő hüvelybe azután tetszés szerinti időközben és aktivitással vezethető be izotópkészítmény. Erre a célra ¹⁴²Iridiumot alkalmaztak távvezérléses technikával. A készítmény a vezetőhüvelyben tetszés szerinti mélységben helyezhető el, így a sugáradag eloszlása a daganat kiterjedésének megfelelően változtatható. Naponta két kezelést végeznek 2 Gy egyszeri dózissal általában 10 napig, amíg a kiegészítő külső besugárzást is számítva elérik a tumor széli részén a 60 Gy összdózist. A kezelés befejezése után a vezetőhüvelyt helyi érzéstelenítésben eltávolítják.

Eddig 7 beteg kezelésére alkalmazták a módszert a törzdúcok, a 3. agykamra, a trigonum, a praecentralis és parietomediális regio területén elhelyezkedő astrocytoma, oligodendroglioma és glioblastoma miatt. A vezetőhüvely behelyezése egy esetben sem jelentett problémát. Egy betegük sebfertőzés nyomán fokozódó agyvizenyő következtében meghalt, boncolás nem történt. Hat betegükben az ellenőrző CT vizsgálatok a maximálisan 6 hónapos követési idő alatt a daganatok visszafajlődését igazolták. Hosszútávú eredményekről természetesen nem számolhatnak be. A neurológiai tünetek 6 betegben a sugárkezelés után javultak, egyben kissé romlottak. A jó térbeli és időbeli sugáreloszlás mellett a személyzet és a beteg környezetének sugárvédelme ideális, a kezelési idő rövidebb az egyéb eljárásokénál.

Lacza András dr.

Atípusos pyridoxin-hiányos rohamok: súlyos, de kezelhető gyermekkori epilepsziák. Guotières, F., Aicardi, J. (Hôpital des Enfants Malades 75734 Paris Cedex 15, France): Ann. Neurol. 1985, 17, 117.

Pyridoxin-hiány okozta konvulziókat eddig csak az újszülöttkorban ismertünk. A szerzők most 3 esetet ismertettek, ahol a súlyos rohamok a születés utáni 3. héttől a 6. hónapig terjedő időszakban jelentkeztek. Egyoldali és generalizált klónusos rohamokat egyaránt megfigyeltek, amiket csak iv. antikonvulzívumok nagy adagjaival vagy azokkal sem lehetett megszüntetni. 40 mg iv. pyridoxin adása után néhány perccel a rohamok minden esetben megszűntek. További rohamok megelőzésére az ismert antiepileptikumokat történő fenntartó kezelés csak részben volt hatékony, viszont napi 50 mg per os adott pyridoxin tartós rohammentesség eredményezett. A pyridoxin megvonása után 6–20 nappal a rohamok minden esetben kiújultak, újbóli beállításra ismét szüneteltek. Az első rohamok után az EEG és CT leletek nem voltak jellegzetesek. A követés során mindhárom gyermek szellemileg visszamaradottnak bizonyult.

A saját és az irodalmi adatok alapján az atípusos pyridoxin-hiányos epilepsziára a következők jellemzők: Korai elszórt rohamok után gyógyszer nélkül is hosszús, több havi rohammentes időszak, majd spontán vagy egyéb, járulékos rohamprovokáló tényező jelenlétében halmozódó súlyos motoros rohamok, status

epilepticus jelentkeznek, legtöbbször a 3—14. hónap közötti időszakban. A rohamok iv. pyridoxinra gyorsan megszűnnek, fenntartó pyridoxin-kezeléssel általában rohammentesség érhető el. Pyridoxinhiányos állapotra utal még a rohamokat megelőző nyugtalanság, hányás, tartós sírás is.

A szerzők gyanítják, hogy az atipikus (késői) pyridoxinhiányos rohamok gyakoriak; biztosan gyakoribbak, mint az újszülöttkori, típusosnak tartott esetek. Ezért javasolják, hogy különösen a fenti gyanújelek esetében, de akár rutinszerűen is, minden, másfél éves kor előtt kezdődő, ismeretlen eredetű hosszas roham esetén 100—200 mg iv. pyridoxinnal kellene kezdeni a kezelést. Pozitív esetben per os 50 mg pyridoxint kell beállítani tartós szedésre. Intercurrens betegség, láz esetén az adagot emelni kell (egy esetükben 100 mg-ot adtak naponta). Korai, megfelelő kezelés hiányában súlyos szellemi visszamaradásra lehet számítani.

Clemens Béla dr.

Van-e helye a bromidoknak a mai anti-epilepsziás kezelésben? Boenigk, H. E. és mtsai (Epilepsie-Zentrum Bethel, Bielefeld-Bethel, B.R.D.): *Nervenarzt* 1985, 56, 579.

A múlt század derekán bevezetett bromid-kezelés az epilepszia első hatásos gyógyszeres kezelése volt. A viszonylag szűk terápiás dosis-intervallum és korszerűbb antiepileptikumok felfedezése miatt azonban kiszorult a gyakorlatból. Viszont a legkorszerűbb kezelés mellett is terápia-rezisztens betegek nagy száma szükségessé teszi a régebbi kezelési formák revízióját. A szerzők 22 gyermek- és felnőttkori epilepsziás beteget vizsgáltak, akiknek secunder generalizált („organikus-generalizált”), vagy gócból generalizálódó rohamaik voltak, és az általában használatos korszerűbb antiepileptikumokkal nem értek el eredményt. Ezeket a betegeket egy, már beállított kezelés (legtöbbször valproat + phenobarbital) mellé fokozatosan növekvő dosisban bromidot (Dibro-Be, Brauegg Arzneimittel KG) adtak, folyamatos vérszintellenőrzés mellett. Az eredményt átlagosan 8,5 hónapi követés után értékelték. Rohammentes lett 14%, több mint 50%-kal csökkentek a rohamok 45%-ban. 5 esetben állapotrosszabbodás következett be, ebből 2 esetben Lennox-Gastaut szindrómában az alvás alatti tónusos rohamok halmozódtak. A dosis-vevő viszonyok bizonytalanok voltak, a hatásos terápiás vérszint 0,5—1,9 g/l között volt. 1 g/l szint felett 6 esetben az óberségi szint csökkenését észlelték. Egyéb mellékhatás, antiepilepticum-interakciókat nem észleltek. Terápia-rezisztens generalizált rohamoknál javasolják a bromidok kipróbálását.

Clemens Béla dr.

Komplex parciális rohamok „elnyomása” a beteg által. Pritchard, P. B. és mtsai (VA Med. Ctr., Neurol. Serv., 109 Bee St., Charleston, SC 29403): *Ann. Neurol.* 1985, 18, 265.

Némely epilepsziás betegek, akik rohamaikat röviddel előre megérik (pontosabban, ahol a roham legalábbis kezdetben nem jár tudatvesztéssel), szándékos viselkedés-formákkal gyakran képesek rohamaik teljes kifejlődését megakadályozni. A szerzők, felmérendő e spontán jelenség gyakoriságát, 89, parciális rohamoktól szenvedő beteget kérdeztek ki. Közülük 7 állította, hogy az időben felismert rohamokat valamilyen szándékos, forszírozott tevékenységgel képesek elnyomni. Ezt a csoportot a többiekkel összehasonlítva, feltűnt jobb intellektusuk, magasabb iskolázottságuk, jobb szociális adaptációjuk. Fontos, hogy mindegyiküknek komplex parciális rohamai voltak és gyakoribb volt köztük a jobb féltekei EEG-eltérés is. Kísérleti adatok bizonyítják, hogy krónikus epilepsziás gócek tüzelése operáns kondicionálással megváltoztatható. Feltehetően ez az alapja a spontán megtanult és megerősített operáns rohamkontrollnak.

A szerzők lehetségesnek tartják, hogy a módszert epilepsziások tudatos tanulás során is elsajátíthatják.

Clemens Béla dr.

Tranziens computer-tomográfias (CT) kóros elváltozások parciális rohamok után.

Jayakumar, P. N. és mtsai (Sree Chitra Tirunal Inst., Med. Sci Technol., Dept. Radiol. Neurol., Trivandrum, India): *Acta Neurol. Scand.* 1985, 72, 26.

Egy gyermek és két felnőtt esetében parciális epilepsziás rohamok után 1 héten belül készült CT felvételek a roham kiinduló pontjának megfelelő helyzetű, hypodens elváltozást jeleztek a fehérállományban. 5—7 hét múlva készült kontroll felvételek a hypodensitás eltűnését vagy nagyfokú csökkenését jelezték. A betegek kórtörténete és a betegvizsgálat sem utalt az elváltozás nagyságának megfelelő agyi kórfolyamatra. Valószínű, hogy a hypodensitás a roham okozta ödémának felel meg, amit a rohammal járó lokális keringészavar és a vér-agy-gát átjárhatósága okozott. Az ilyen, roham okozta változások változó ideig perzisztálhatnak. Ezért a szerzők úgy vélik, hasonló esetekben a helyes diagnózishoz kellően hosszú, rohammentes időszak szükséges.

Clemens Béla dr.

Phenytoin, phenobarbital és carbamazepin plazma-szintek hatékonysága a rohamtípus függvényében. D. Schmidt és mtsai (Grossharden Clin., Maximilians Univ., Dept. Neurol., München): *Arch. Neurol.* 1986, 43, 263.

A jelenlegi gyakorlatban az antiepileptikumok, köztük a fenti három igen elterjedt szer ún. terápiás plazma-szintjét a rohamtípusra való hivatkozás nélkül szokás megadni. Közleményükben a szerzők egy differenciáltabb megközelítés lehetőségét vizsgálták. A prospektív tanulmányban 78 epilepsziás beteg szerepel, akiknek generalizált és/vagy parciális rohamaik voltak. A rohamtípus meghatározása nagy gondtal történt, a klaszifikálásnál az ILAE 1981-es rohamfelosztását

kövezték. A betegek a három felsorolt antiepileptikum egyikét kapták alacsony, majd fokozatosan növekvő, teljes rohammentességet biztosító dózisban. A legalább 1 év rohammentességet eredményező dózisnak megfelelő gyógyszer-szintet határozták meg korszerű módszerekkel. Ismételt meghatározásokkal úgy találták, hogy a plazma-szintek ingadozása nem éri el a 15%-ot. Kizárólag generalizált rohamokban a phenytoin, a phenobarbital és carbamazepin rohammentességet biztosító ún. terápiás vérszintjei sorrendben 14, 18, 5,5 $\mu\text{g/ml}$ voltak. Parciális rohamoknál ugyanezen sorrendben 23, 38, és 7 $\mu\text{g/ml}$ szükséges a rohammentesség eléréséhez. Nem volt különbség egyszerű és komplex parciális rohamok, generalizálódó és nem-generalizálódó rohamok között. 9 betegen parciális és generalizált rohamok is jelentkeztek; náluk a teljes rohamkontrollhoz inkább a parciális rohamokhoz közelálló vérszintre volt szükség.

A szerzők által felrajzolt és más irodalmi adatokkal egyező álláspont szerint generalizált rohamoknál az antiepileptikumok alacsonyabb vérszintje elegendő a tartós rohammentességhez, mint parciális rohamoknál. Javasolják a terápiás vérszint fogalmának ilyen, differenciált felfogását, de hozzátézik, hogy számos részlet vár még tisztázásra.

Gyakorlatukban a szerzők úgy találták, sok esetben parciális rohamok azért perzisztálnak, mert az orvosok, elérvén az elfogadott terápiás vérszint-tartomány felső határát, nem merik a dózist emelni, akkor sem, ha toxikus tünetek nem jelentkeznek.

Ilyen esetekben az antiepileptikum adagját egészen addig emelni kell — vérszinttől függetlenül —, míg a kívánt terápiás hatás vagy toxikus hatások nem jelentkeznek.

Clemens Béla dr.

A totális lymphoid irradiatio hatása krónikus progresszív sclerosis multiplexben.

Cook, S. és mtsai (University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey Medical School, New York; VA Med. Center, East Orange; and Clara Maass Medical Center, Belleville; New Jersey, USA): *Lancet*, 1986, 1, 1405.

A totális lymphoid irradiatio (TLI), mint hosszú hatású és relative biztonságos immunosuppressív módszer hatását tanulmányozták krónikus progresszív sclerosis multiplex (SM) betegeknél. Átlagosan 21 hónap követési idő alatt hasonlították össze a véletlenszerűen kiválasztott 20—20 klinikailag definitív SM-es páciens TLI és placebo terápiás eredményeit. 20—60 éves korú, legalább 3 éve tartó progresszív lefolyású SM-es betegeket kezeltek (Kurtzke disability status scale alapján 4—8 pont). Részletes laboratóriumi, EEG, CT vizsgálatokat követően a betegek 11 fractióban 1980 cGy totális sugárdózist kaptak. A placebo kezelést ugyanolyan protokoll szerint végezték. Az állapotváltozásokat folyamatosan regisztrálták. A csoportokat statisztikai módszerekkel hasonlították össze.

A betegek önjellemzése, a terápiát nem ismerő neurológus vizsgálatai, illetve az állapotot mérő skálák alapján szignifikánsan kisebb mérvű állapotromlást ta-

pasztaltak a TLI-vel kezelt csoport funkcionális statusában ($p < 0,01$). A betegek a kezelést jól tolerálták, általában csekély átmeneti mellékhatások voltak tapasztalhatóak (hajhullás, hányinger), amelyek azonban a TLI csoportban gyakrabban jelentkezve a vizsgálat kettős vak módszerének értékét csökkentették. A TLI után tartósan abszolút lymphocytopenia volt megfigyelhető. Szignifikáns kapcsolatot találtak ($p < 0,01$) a TLI utáni első év során a vér lymphocytáinak abszolút száma és a későbbi betegséglefolyás között. A prognózis azoknál volt rosszabb, akiknél a lymphocyták száma relatíve magasabb maradt a TLI után. Neoplasiát nem észleltek. A szerzők új, az eddigi próbálkozásoknál csekélyebb mellékhatású, bár még kísérleti stádiumban levő terápiás lehetőségnek tartják módszerüket a chr. progresszív SM kezelésében.

Fekete Sándor dr.

Hyperbarikus oxygenisatio és a sclerosis multiplexes betegek vörösvérsejt antioxidáns enzimjei. Ansari, K. A. és mtsai: Acta Neurol. Scand., 1986, 74, 156.

Warren vizsgálatai óta tudjuk, hogy a hyperbarikus oxigén kezelés csökkenti az állatok kísérletes encephalomyelitisének kifejlődését. Ennek ismeretében vizsgálták a sclerosis multiplexnél a hyperbarikus oxigén hatását, a vörösvérsejt antioxidáns enzimjeire.

18 biztosan sclerosis multiplexes betegnél meghatározták a vörösvérsejt glutation peroxidáze, a superoxid dismutáze és kataláze enzimatartalmát. Ezek egy részénél 10%-os hyperbarikus oxigént, nagyobbik részükénél pedig 100%-os hyperbarikus oxigént használtak 90 percig. Ez után ismét meghatározták a fenti enzimeket, ugyanez történt, 20 más nem sclerosis multiplexben szenvedő idegbetegnél is. Így a kontroll csoport mellett, egy placeboval kezelt multiplexes csoportot is kaptak.

Eredményük szerint, Hunter adataival megegyezően, a glutation peroxidáze a multiplexeseknél valamivel alacsonyabb szintű, mint más idegbetegségben szenvedőknél. A hyperbarikus oxigén kezelésre, a glutation peroxidáze értéke nem változik jelentősen. A superoxid dismutáze enzim a sclerosis multiplexes vörösvérsejtben alacsonyabb a kontrollhoz képest, a hyperbarikus oxigén hatására ez az enzim szint emelkedik. A placebo kezelés kapcsán nem történik emelkedés.

A kataláze aktivitás szintén alacsonyabbnak tűnik a multiplexesek vörösvérsejtjeiben, ez az enzim a hyperbarikus kezelésre növekszik, függetlenül attól, hogy 100%-os vagy 10%-os oxigénnel történik a kezelés.

A hyperbarikus oxigén kezelés kapcsán a sejtekben növekednek a szabad oxigén gyökök, melyek redukálhatóak hidrogén hyperoxid segítségével superoxid dismutáze enzim jelenlétében, de kataláze segítségével is. Az oxigén stressze tehát nem minden antioxidáns enzim szaporodik föl.

Tass Gyula dr.

Cranio-cervicalis erek ritka rendellenességei subarachnoidealis vérzéssel. Guhl, L.,

Thron A. (Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen): Fortschr. Röntgenstr. 1986. 145, 331.

Két év során 1420 betegen végeztek agyi angiográfiát. A vizsgálatok mintegy 10%-a történt subarachnoidealis vérzés okának tisztázására. Az anyagban 7 érfejlődési rendellenesség fordult elő, mint a trigemina primitiva, az a. vertebralis fenestratioja, az a. carotis interna hiánya, az a. cerebri anterior segmentalis hiánya, az a. subclavia és axillaris hypoplasziája, illetve aplasiája részleges vertebralis aplasiával és fibromuscularis dysplasiával. A 7 érrendellenesség közül csak egy a trigemina primitiva volt melléklettel hypophysistumor esetében, a többi 6 subarachnoidealis vérzés tisztázására végzett angiographia során derült ki. Utóbbi hatból 3 esetben találtak aneurysmát a vérzés okaként, egyben felvetődött annak gyanúja, de a műtét nem igazolta.

Nem válogatott beteganyagban subarachnoidealis vérzés hátterében 60–80%-ban sikerül vérzésforrásként aneurysmát kimutatni, ez körülbelül megegyezik a fenti érrendellenességekben észlelt aneurysma-incidenciával. Feltűnő ugyanakkor, hogy 7 cerebrovascularis rendellenesség közül 6 subarachnoidealis vérzés miatt került vizsgálatra. Ez arra utal, hogy ilyen esetekben fokozott a vérzés veszélye, gyakoribb az aneurysma előfordulása. Nem világos, mi az oka az érrendellenességek és aneurysmák gyakori együttes előfordulásának. Felvetődik az érfaalak genetikusan determinált gyengesége mellett áramlási tényezők szerepének lehetősége. Kétségtelen, hogy a rendellenes ér szerkezet megváltozott áramlási viszonyokkal jár, de ez nem elegendő magyarázat. Az aneurysmák ugyanis ilyen esetekben is az ismert praedilektív helyeken vannak, nem pedig a rendellenes ér áramlási területében.

Laczay András dr.

Facio-scapulo-humeralis izomdystrophia: Az izombiopsia helyének megválasztása. Bodensteiner, J. B., Schochet, S. S. (Gyermek-neurológiai Klinika Oklahoma City és West Virginiai Egyetem Patológiai Intézet, Morgantown): Muscle and Nerve, 1986, 9, 544.

A facio-scapulo-humeralis izomdystrophia (FSH) az egyik leggyakoribb örökösödő izombetegség. A hasonló klinikai formában megjelenő kórképektől csak szövettani vizsgálattal különíthető el. Az izomintama vételének szokványos helye a m. deltoideus, m. biceps brachii, m. triceps brachii, m. gastrocnemius, m. vastus lateralis. Ezeket az izmokat jól ismerjük (rostösszetétel, rostátmérő stb.), technikailag is könnyű a mintavétel, s gyakran ezekből történik biopsia FSH esetén is. A szerzők 5 betegüket ismertették, akiknél az arc és nyakizmok sorvadtak voltak, egyéb tünetek is FSH-ra utaltak, közülük 4 páciensnél a m. deltoideusból, egyénél a m. gastrocnemiusból (!) történt korábban biopsia, negatív eredménnyel. Betegeiknél a m. supraspinatus és m. infraspinatus sorvadt volt, de funkciókárosodásuk minimális volt. A m. supraspinatusból végzett újabb biopsia FSH-ra jellegzetes szöveti elváltozásokat mutatott. A m. supraspinatus alkalmasnak tartják izommin-

ta vételére FSH gyanúja esetén, nemcsak azért mert részt vesz a folyamatban, hanem azért is mert nem szokták injekciózás céljára felhasználni és neurogén károsodása is igen ritka.

[Ref.: Az izomopathológiai közleményekben gyakran olvasható, hogy a biopsiák 30–50 százalékában nem volt kóros eltérés. Valószínűleg ehhez hasonló esetekről van szó, amikor nem adekvat helyről történik a mintavétel.]

Józsa László dr.

Kapillárisok megoszlása ép és beteg emberi vázizomokban. Carry, M. R., Ringel, S. P., Starcevic, J. M. (Neurológiai Klinika, Colorado Egyetem, Denver): Muscle and Nerve, 1986, 9, 445.

A vázizmok (m. vastus lateralis, m. biceps femoris, vagy m. deltoideus) kapillarizáltságát vizsgálták 24 egészséges felnőtt, 5 csecsemő, 5 gyermek és 91 neuromuscularis betegségben szenvedőnél. Meghatározták az egy izomrostba jutó kapillárisok számát (C/F), a négyzetmilliméterenkénti kapilláris számot (CD), az egy izomrost körül elhelyezkedő hajszálerek számát (CAF), az izomrostok átmérőjét és az I. típusú rostok arányát. Az ép izomban a C/F és a CAF értékek lineáris összefüggést mutattak a rostátmérővel, Duchenne dystrophiában a CF és a CAF érték szignifikánsan kisebb a CD szignifikánsan magasabb volt, mint az ép izomokban. Gyulladásos myopathiákban, inaktív atrofóban, denervációs atrofóban és spinális izomatrófia esetén a CD és CAF szignifikánsan csökkent és a neurogén izomatrofóban nem találtak összefüggést az izomrost átmérő és az izomsejt körüli hajszálerek száma között. Az izomrost átmérő és izomrost-típus szerinti kapillarizáltság csak ép izomban mutatja az ismert összefüggéseket, kóros izomokban ezek megváltoznak. Denervációs izomatrofóban az I. izomrostok átmérője csak 20 százalékkal nagyobb, mint a 2. típusúaké, a CF és CAF értékek viszont 56, ill. 92 százalékkal magasabbak, mint ép izomban. Zárványtest myopathiában és limb-girdle dystrophiában a CF és CAF értéke emelkedik, de az I. típusú rostok aránya magasabb, mint a CF és CAF növekedése.

[Ref.: Az izom hajszálerezettségében a rosttípus, részben a rostátmérő függvénye. Az oxidatív anyagcserejű I. típusú rostok körül 2–6-szor annyi kapilláris van, mint a glikolitikus 2. típusú rostok körül. Ha a rosttípusmegoszlás változik, maga után vonja a kapillarizáltság változását és fordítva, a hajszálerek számának változása befolyásolja a rosttípusmegoszlást. A referált vizsgálatok tanulsága, hogy genetikai kórképekben ezek az összefüggések módosulnak.]

Józsa László dr.

Érbetegségek

Percutan hőlézeres angioplasztika: kezdeti klinikai eredmények lézersondával teljes perifériás artériás elzáródásoknál. Cumberland, D. C. és mtsai (Northern General Hospital, Sheffield, UK; and Boston University Medical Center, Boston, Massachusetts, USA): Lancet, 1986, I, 1457.

Teljes, krónikus artériás elzáródás esetén az angioplasztika legnagyobb gondja a ballonkatéter befogadó csatorna elkészítése, és a siker az elzáródás hosszával fordítottan arányos. Olykor rövid szakaszos elzáródás is megfigyelhető a beavatkozást anatómiai okok, vagy az ér lumen elzáró massa keménysége miatt. Az atheromák és thrombusok lézer energiával oldhatók, de állatkísérletekben gyakran fordult elő érfal perforáció, akármi-lyen hullámhosszú lézert vagy átadó rendszert alkalmaztak. A kisszámú klinikai tapasztalat is ezt igazolta. Új típusú lézerszondát fejlesztettek ki, ami az összes lézere energiát hővé alakította úgy, hogy a szonda végén 400 °C hőmérséklet volt a beavatkozás alatt.

56 teljes érlezáródást okozó perifériás típusú verőérszűkületben szenvedő beteget kezeltek ezzel az új típusú lézerszondával. Az 53 femoro-poplitealis elzáródás hossza 1—35 cm között volt (átlag 8 cm), a három iliacalis elzáródás 4—6 cm volt. A vizsgálatot helyi érzéstelenítésben intraarterialis heparin védelemben végezték (5000 E). Sikeres esetben angiographia történt az ér lumen tágasságának megállapítására, és az esetleges embolisatio felismerésére, majd minden esetben ballonkatéteres angioplasztika történt, és ezt követően ellenőrző angiogram. A lézerszondával 56 eset közül 50 sikerrel járt. Egy perforáció fordult elő, két esetben a szonda az érfal rétegei közé került, klinikai következmények nélkül. Distalis thrombosit észleltek egy nem heparinizált betegnél, és 24 órán belül két reocclusio fordult elő.

Nem tudni, hogy ezzel a lézerszondával mennyi a vaporisációs hatás és mennyi a lézer-hőhatásra kialakuló, az elzáró anyagot felpuhító hatás, ami megkönnyíti a szonda számára az elzáródásnak való átjutást. További kísérleti és klinikai munka szükséges ahhoz, hogy olyan ér lumen tágasságot érjenek el, hogy a ballon katéter tágításra ne legyen szükség, illetve az eszköz az aortoiliacalis szakaszon is biztonságosan használható legyen. Az eddigi kezelt klinikai tapasztalatok azt látszanak igazolni, hogy a módszer és az új típusú lézerszonda alkalmas a biztonságos ballonkatéterezéshez szükséges csatorna kialakítására teljes érlezáródással járó, perifériás típusú verőérszűkületben szenvedő betegeken.

Kiss Lajos dr.

Aneurysma megjelenése, mint emlőcsomó. T. C. B. Dehn, E. C. G. Lee (Nuffield Dept. of Surgery, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU): Br. Med. J. 1986, 292, 1240.

Akut hipertensív állapotokban az arteria-ruptura jól ismert szövődmény, különösen az agyi erekben és az aortában. Az intercostalis arteriák aneurysmája ritka elváltozás, ami traumák után szokott kialakulni.

A szerzők akut hipertensív krízis során a jobb emlőben megjelenő ún. ál v. false-aneurysmát írnak le. A beteg éjszakai hipertensív krízis alatt a jobb emlőre lokalizált, heves fájdalomra ébredt és a következő reggelen az emlő alsó felében kétes elszíneződést észlelt. Trauma nem szerepelt az anamnézisben. Három héttel később 3 cm átmérőjű, mobilis csomó

volt tapintható a felső-külső quadransban. Aspirációval festenyezett folyadékot nyertek. Az ultrahang és mammográfia cystikus laesiót mutatott. Auscultatióval a jelzett csomó fölött hangos zörejt találtak. (A fizikális vizsgálat még ilyen esetben sem pótolható vagy nélkülözhető — Ref.) A csomó mediális szegmentjének kompressziója esetén a zörejt eltűnt. A vizsgálat terelte a gyanút aneurysma irányába, melyet angiográfiával megerősítettek. Az aneurysma a második intercostalis arteriából származott. Sebészi eltávolítás, majd histológiai feldolgozás történt. Ennek során nem találtak az ér falában atherosclerotikus degenerációt, trauma, vasculitis vagy media-degeneráció szöveti jelet.

Bugovics Elemér dr.

Tüdőfolyamat képében jelentkező, valódi aorta aneurysmából kialakult ál-aneurysma. Shin, M. és mtsai (Department of Radiology, Department of Cardiovascular Surgery, University of Alabama, School of Medicine and Veterans Administration, Birmingham): AJR 1986, 146, 155.

A hasi aorta aneurysmái többnyire semmiféle panaszt nem okoznak mindaddig, amíg nyomást nem gyakorolnak a szomszédos szervek valamelyikére, vagy nem rupturálnak a pleurális, peritoneális illetve retroperitoneális térségbe. A betegek általában hasi fájdalom miatt keresik fel az orvost, s nem ritka eset, hogy a vizsgálat ilyenkor rugalmas, pulzáló hasi elváltozást tapint. Az aorta aneurysma legtöbbször erősen dohányzó, hypertóniás, 60 év feletti pácienseknél fordul elő. Ha átmérője meghaladja a 6 cm-t, akkor a 10 éven belüli ruptura valószínűsége 45—50%, ha 6 cm-nél kisebb, akkor ez az érték csak 15—20%. A szerzők egy szokatlan localisatiójú, panaszt még rupturája után is alig okozó hasi aorta tágulatról számolnak be.

Egy 61 éves, erősen dohányzó férfi esetét ismertetik, aki a felvétele előtti 3 hónapban sokat köhögött, többnyire fehéres színű, esetenként véres köpetet ürített. Testsúlya ezalatt az idő alatt 17 kg-mal csökkent. Fizikális vizsgálatakor mindkét alsó végtagján gyengült perifériás pulzustapintottak, vérnyomása 140/100 Hgmm volt. A has palpációjakor kórosat nem észleltek. A mellkasi röntgenfelvétel a jobb tüdő alsó lebenyének körülírt folyamatát mutatta, ez a korábbi képeken nem volt látható. A klinikai kép alapján bronchogen carcinomát feltételezve bronchoscopiát végeztek, ez azonban semmiféle endobronchialis laesiót nem tudott kimutatni. A szövettani vizsgálat sem talált malignitásra utaló jelet. Ekkor a beteget mellkasi CT vizsgálatra küldték. A felvételek egy retroperitoneális helyzetű, a tüdőben látható elváltozással is összefüggő, 9×13,5 cm-es szabálytalan alakú és sima szélű árnyékot mutattak a renalis hilus valamint a rekesz között. A homogén képlet densitása (40—45 H) a véréhez volt hasonló. Tágult hasi aortát, s abban a lumen és a fal között thrombusra utaló alacsonyabb densitású területet észleltek. A jelek olyan óriási ál-aneurysmára utaltak, amely az aorta atherosclerotikus aneurysmájának meg-

repedése után alakult ki és a rekeszt a mellüreg felé domborította be. A beteg a feljárt mütét elől elzárkózott. Hazatérte után 1 hónappal, masszív haemoptoét követően shockos állapotban került, majd apnoe és szívmegállás következett be. Sikeres cardiopulmonalis resuscitatio után ismét a kórházba került. Ekkor a mellkasi röntgenfelvételen jobb oldalon pleurális folyadék és az alsó lebenyben kiterjedt homály volt látható. Az azonnal elvégzett mütét folyamán a hasi aorta jobb oldalán, a truncus coeliacus eredése felett 4×6 cm-es nyílást találtak. A haematoma a jobb rekeszfélén át betört a mellüregbe és erodálta a tüdő parenchymát. A sikeres foltplasztika utáni 10. napon a beteg légzési elégtelenség tünetei között meghalt.

A szerzők megállapítják, hogy az eredménytelen tumorkeresés után — a többi módszerrel ellentétben — a mellkasi CT vizsgálat messzemenően hasznosnak bizonyult az aorta aneurysma felismerésében. Egyértelműen tisztázta az ál-aneurysma kiterjedését és az aortához való viszonyát. Minden valószínűség szerint a tágulat szokatlanul magas helyzete lehetett az oka annak, hogy a vérzés nem intra-, hanem retroperitoneális volt. Ezzel magyarázták azt is, hogy a rekeszt is bedomborító hasi aneurysmát kezdetben intrathoracalis elváltozásként vélték.

Baranyai Árpád dr.

Percutan transluminális angioplastica az aorta abdominalis alsó szakaszán. Charlebois, N. és mtsai (Department of Radiology, Université de Montreal; Institut de Cardiologie, Montreal; Hôpital du Sacre Coeur): AJR 1986, 146, 369.

A percutan transluminális angioplastica (PTA) az utóbbi években egyre nagyobb teret hódít az érszűkületkezelésében. A módszert legelterjedtebben a perifériás és renalis artériák, valamint a koszorús erek stenosisainál alkalmazzák. Az aorta abdominalis ballonos tágítása ritkaság (eddig 7 közlemény), az ismertett esetek száma nem haladja meg a 10-et.

1980—1985 között a szerzők 14 beteg (13 nő, 1 férfi, átlag életkor 50 év) végeztek ilyen beavatkozást. A páciensek kivétel nélkül erősen dohányoztak, felvételükre mindkét alsó végtagi claudicatiós panaszai miatt került sor. Az angiographia minden esetben az aorta abdominalis alsó szakaszán (a bifurcatio felett átlagosan 8 mm-re) rövid, segmentális, súlyos fokú (átl. 80%-os) stenosisát mutatott ki. 11 esetben jó kiáramlási pálya, 2 ízben enyhe fokú perifériás érbetegség, és 1 betegnél súlyos kísérő betegség volt kimutatható.

A beavatkozás reggelén minden páciens 650 mg acetylaltilatolt kapott. A katheretert az a. femoralison keresztül vezették a stenotikus aorta szakaszba. A ballon méretét a szűkülettől függően (8—11 mm-es ballon átmérő) választották meg. Az angioplastica előtt meghatározták a szűkületre jellemző nyomásgrádiens, majd a dilatációt addig ismételték, amíg a grádiens legalább a kiindulási érték felére nem csökkent. Postinterventiválisan a betegek 3 hónapon át napi 100 mg dypiridamolt kaptak, s életük vé-

gégig naponta 650 mg acetylsalicylatot kell szedniük.

A PTA előtt átlagosan 47 Hgmm (25—74 Hgmm)es nyomásgrádiens mértek, ez az érték a beavatkozás után csupán 13 Hgmm-nek adódott. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a nyomásmérés az angiographiánál megbízhatóbb információval szolgál az áramlási akadály mértékére vonatkozóan. A betegeket rendszeresen ellenőrizték (Doppler-sonographia, oscillografia) az átlagosan 16 hónapos követési idő alatt. 18 hónappal a PTA után 14-ük közül 13 panaszmentes volt, s a noninvasív paramétereket sem találták károsnak. 1 páciensnél 3 hónapon belül ismét jelentkeztek a claudicatiós panaszok.

A PTA 2 esetben járt szövődémmel. 1 ízben, 3 órával a kezdetben sikeresnek látszó beavatkozás után iliofemorális thrombosis jött létre. A betegen azonnal thrombectomiát végeztek, 3 hónappal a műtét után tünetmentes. Egy másik alkalommal a complicatio a ballon rupturája volt (gond nélkül eltávolították).

A szerzők szerint a hasi aorta alsó szakaszának stenosisa miatt végzett PTA a sebészi megoldás valódi alternatívája. Kiemelik, hogy a beavatkozás anaesthesiológiai rizikó nélküli, kevés szövődémmel jár, s a műtéthez képest olcsó eljárásnak számít. A hasi aorta rövid szakaszú, nem aneurysmatikus szűkülete esetén a PTA a választandó megoldás.

Baranyai Árpád dr.

Aorta ruptura mint a percutan transluminális angioplastica lehetséges szövődéme. Berger, T. és mtsai (Department of Diagnostic Radiology, Department of Surgery, Free University of Berlin): AJR 1986, 146, 373.

Amíg az aorta diffúz, atherosomatous, nagy kiterjedésű szűkületei és oclusioi sebészi megoldást kívánnak, az infrarenalis helyzetű, focalis és körkörös stenosisok kezelésében a percutan transluminális angioplastica (PTA) tekintendő optimális eljárásnak. A PTA végzése közben a betegek által gyakran jelzett helyi fájdalom oka az érfa túlzsúrolt feszülése. Laplace törvénye értelmében, a tágitás során az artériafal túlfeszítésének veszélye arányos a kezelt érszakasz átmérőjével, vagyis az aorta területén végzett angioplastica rendkívül igényes feladat.

A szerzők az irodalomban elsőként számolnak be PTA-t követően kialakult aorta rupturáról. Claudicatiós panaszok miatt felvett (200 m-es dysbasias távolság) 59 éves nő angiographiáját készítették el. Az angiogramon a hasi aortán 4 cm-rel a bifurcatio felett focalis, koncentrikus stenosis volt látható, emellett az a jobb a. iliaca communis segmentalis szűkületét, valamint a jobb a. femoralis superficialis és tibialis anterior oclusióját észlelték.

Az aorta és a jobb a. iliaca communis PTA-ját 2 db 9 Ch átmérőjű, 8×4 mm-es ballonnal ellátott katheretrel végezték úgy, hogy a két ballont a stenotikus segmentumban egymás mellé vezetve (kissing technika) egyidőben fújták fel. Az eljárás harmadszori ismétlésekor a beteg enyhe hasi fájdalomról panaszkodott, erre való tekintettel a tágitást befejezték. A

kontroll angiogramon a kitágult lumen és a két alsó végtag áramlásának jelentős javulása volt látható. Az érfa dissectiójára utaló jelet, extravasatumot nem észleltek.

8 óra múlva erősödő hasi fájdalom mellett a betegen hypovolaemiás shock tünetei kezdtek mutatkozni, ám alsó végtagi ischaemiára semmi sem utalt. A sürgősen elvégzett feltárás során hatalmas kiterjedésű retroperitonealis haematomát találtak, s megállapították, hogy a vérzés az aorta tágitott segmentumának falán elhelyezkedő 3 cm-es repedésből származott. A repedés két kemény tapintatú atherosclerotikus plaque területén jött létre. A fal hasadékat borító adventitialis réteg csak utóbb, közvetlenül a shockos tünetek jelentkezése előtt szakadt át, s ez tette lehetővé a retroperitonealis vérömleny keletkezését. A sebészek thrombectomiát végeztek, majd a falat vénás foltal zárták. A beteg a kórházból 8 nap múlva jó állapotban távozott.

Noha számos szerző meszes plaque-ok jelenlétét az aorta falában a PTA abszolút ellenjavallatának tekinti, néhányan ilyen esetekben is alkalmazzák. A PTA sikerének döntő feltétele — az operátor valamint az asszisztencia kellő gyakorlata és a megfelelő gépi háttér mellett — az atheromás laesio kiterjedésének és jellemzőinek pontos megállapítása. A nagy átmérőjű erek meszes, excentrikus szűkületei rendkívüli elővigyázatot igényelnek az érfa túlfeszítésének elkerülése érdekében.

Baranyai Árpád dr.

Fibromuscularis intima dysplasia és Takayasu-arteriitis: elhúzódoó javulás percutan transluminális renalis angioplastica után. Srur, M. és mtsai (Section of Cardiovascular Radiology, New York Hospital-Cornell Center, New York): Radiology, 1985, 157, 657.

A renovascularis hypertensio hátterében meghúzódoó második — az atherosclerosis után — leggyakoribb ok az a renalis fibromuscularis dysplasia. Ezen elváltozás formáit aszerint szokás csoportosítani, hogy a folyamat az érfa mely rétegét érinti. Ily módon intimalis, medialis és subadventitialis fibroplasia, valamint kombinált fibromuscularis hyperplasia különíthető el egymástól. Közülük a media fibromuscularis hyperplasiája — melyre az angiogramon a „gyöngyfűzér” jellemző — a legtöbbször előforduló (60—70%). A többi — az érfestés alapján egymástól ritkán megkülönböztethető — kórforma csak elvétve észlelhető.

A Takayasu-arteriitis (puseless disease) a renalisis a-arteriitis esetében a productív granulomatous gyulladásos reactio az intima collagenosus megvastagodását, a media és az adventitia kifejezett fibrositását idézi elő.

A szerzők 250 percutan transluminális renalis angioplastica (PTa) kapcsán szerzett tapasztalataikat ismertetik. A beavatkozások közel kétharmadát az a renalis atherosclerotikus elváltozása miatt végezték, a betegek maradék egyharmadánál az interventióra fibromuscularis dysplasia miatt került sor. A diagnosztikus angiographia az utóbbi esetekben többnyire media laesiót mutatott ki. 4 renalis hypertensióban szenvedő páciens-

nél azonban csupán focalis stenosisot találtak, a jellegzetes gyöngyfűzér szerű kép hiányzott. A szokatlan lelet, a betegek relatív fiatal kora (14—31 év), és a focalis, distalis helyzetű szűkület alapján fibromuscularis intima dysplasiát diagnosztizáltak 3 esetben. A 4. beteg renalis hypertensióját nagy valószínűséggel Takayasu-arteriitis okozta (gyorsult súlygyarapodás, magas antinuclearis antitest titer). Nála a renalis stenosis mellett truncus celiacus és az a. mesenterica superior szűkülete is kimutatható volt.

A több mint 70 fibromuscularis dysplasia esetében jó eredménnyel végeztek PTA-t, Grüntzig módszere szerint. A külön kiemelt 4 beteggel kapcsolatosan azonban érdekes megfigyeléseket tettek. E laesiók mindegyike kezdetben kifejezetten ellenállt az angioplasticának, még a maximális 5 atm-ás ballon nyomás mellett is csak inkomplett dilatációt értek el. A közvetlenül a beavatkozás után készített angiogram szerint kb. 60%-os stenosis látszott megmaradni ez esetekben. Az 1. beteg hónapokkal későbbi ellenőrző angiogramján az érintett segmentum területén teljes dilatációt (!) találtak. A jó radiológiai eredmény ellenére a páciens vérnyomása nem csökkent lényegesen, ezt a szerzők a dilatatio során bekövetkezett ballon ruptúra okozta felső polaris arteria oclusióval magyarázzák. A 2. és 3. beteg ellenőrző vizsgálatakor is az a renalis komplett dilatációját figyelték meg. E két beteg vérnyomása a PTA után lényegesen csökkent. A Takayasu-arteriitis eredetű a renalis stenosis is nagy mértékben mérséklődött, az interventio után 6 hónappal készített kontroll angiogram szerint.

A szerzők a fibrosus laesio főbb jellemzőit az alábbiakban foglalták össze:

- a) a renalis angiogram focalis, distalis helyzetű stenosis mutató, „gyöngyfűzér” nem látható;
- b) a szűkület még maximális ballonnyomást alkalmazva sem tágítható tökéletesen, ennek ellenére a későbbi kontroll vizsgálat minden esetben nagyfokú javulást, esetleg komplett dilatációt mutat ki;
- c) ezen formánál az intimabéli fibrosus szövetszaporulat jellemző, ellentétben a media laesiójánál tapasztalható laza, collagen rost szaporulattal.

A PTA megprezsi az intima és az adventitia fibrosus kötegeit. A kezdeti, csupán inkomplett dilatatio oka minden bizonnyal átmeneti érszűkület lehet. A későbbiekben a retraction fokozódik, a lumen kitágul, és a kontroll angiogram teljes javulást mutathat. A szerzők hangsúlyozzák, hogy fibromuscularis intima dysplasia esetében a PTA során célszerű megelégedni az elért mérsékelt dilatációval, mert a beavatkozás erőltetése csak a szövődémenyeket gyarapíthatja, s a tágulás és spasmus oldódása után fokozatosan ügyi bekövetkezik.

Baranyai Árpád dr.

A brachiocephalikus artériák tágitása percutan transluminális angioplastica révén. Vitek, J. J. és mtsai (University of Alabama at Birmingham): Radiology 1986, 158, 779.

Dotter eljárásának, majd a Grüntzig-féle ballonkatéteres technikának a megjelenése után rohamosan terjedt el a világon a percutan transluminális angioplastica (PTA). A brachiocephalikus artériák terén csak az utóbbi időben kezdik kiterjedtebben alkalmazni, mert érhető módon félték a szövődémenként fenyegető agyi embóliáktól. Szaporodtak azonban a kedvező tapasztalatok, és a jelen közleményben már 36 beteg 38 brachiocephalikus artériáján végzett PTA eredményeiről számolnak be a szerzők. A beavatkozás előtt elvégzendő a teljes agyi keringés angiográfiás feltérképezése, amire a digitális subtractió angiográfiát (DSA) alkalmasnak és előnyösnek tartják. A katéter felvezetésére legmegfelelőbbnek a femoralis utat találták. A tágító ballon átmérője feleljen meg a tágítandó artéria szabad szakaszán mért átmérőnek, vagy annál valamivel nagyobb legyen. Gyógyszeres kiegészítő kezelésre kizárólag aspirint használtak. 19 carotis externa közül 18-at eredményesen tágítottak, 15-ben elérték az eredeti átmérő 75%-át. A carotis interna egyidejű elzáródása miatt 16 betegben a PTA után temporalis superficialis — cerebri media bypass készült. A PTA eredménye a későbbi ellenőrző vizsgálatok alapján tartósan bizonyult. Hasonló jó eredménnyel végezték a beavatkozást 10 baloldali és 3 jobboldali a. subclavia szűkület megoldására, 5 esetben az előzőleg fennállott subclavian steal megszűnt. Megfelelő eredményt értek el továbbá 4 vertebralis és 2 innominata szűkület PTA kezelésével is. 1982-ben végezték az első ilyen beavatkozást. Betegeiket azóta figyelemmel kísérik, de a PTA következtében szövődémenként nem észleltek. Átmeneti vagy tartós neurológiai komplikáció anyagukban nem fordult elő.

Laczay András dr.

A gyulladással aorta aneurysma -aorta-körül fibrosis- radiológiai vizsgálata. Cullenward, M. J. és mtsai (University of Wisconsin Clinical Science Center, Madison): Radiology 1986, 159, 75.

Az egyszerű aorta aneurysma elkülönítendő az idült gyulladással jellemezhető, aorta-körül fibrosissal szövődő formától. Erről az utóbbi években főként az urológiai szakirodalomban olvashattunk, mivel a folyamat gyakran ráterjed az ureterekre is, és vizeletlefolyási zavarokat okoz. Előfordulásával az összes hasi aorta aneurysma 5—23%-ában számolnak. A beteg deréktáji vagy hátfájdalommal sebeszhet vagy urológushoz kerül, és ha elégtelen kivizsgálás következtében egyszerűen aneurysma kórimégé jutnak, csak esetleg műtét közben derül ki annak gyulladással jellege. Ez a várható gyógyszereredményt előnytelenül befolyásolja, mert a műtét előtti steroidkezelés a gyulladás csökkentésével előnyösebb feltételeket teremt.

Szövettanilag az aortafal fragmentációja mutatatható ki az elastica interna elvékonyodásával, a media simaizomzatának pusztulásával, atherosclerosis elváltozásokkal, a környezetben kötőszövetrel, melyben lymphocyták, plasmasejtek, histiocyták mellett érújkepződés és mikroszkopos vérzések láthatók. Fertőző ágens kimutatni nem sikerült, ezért inkább immunhátteret feltételeznek, mint kóroki té-

nyezőt. Az egyszerű aorta aneurysmától való elkülönítésnek radiológiai lehetősége az ultrahang, CT és a MR vizsgálat. Ultrahangvizsgálattal a tágult, vaskosfalú hasi aorta körül széles echoszegény terület mutatható ki a gyulladással szövődésnek megfelelően. Keresztmetszeti képen ez ábrázolódik a CT és a mágnesrezonancia felvételeken is. A feltételezett kórimégé alapján végzett steroidkezelés hatásfoka is jól lemérhető ezekkel a vizsgálóeljárásokkal, mert az aortatágulat körüli echoszegény, illetve hypodens zóna megkeskenyedése kitűnően ábrázolható. Bár a műtét beavatkozás kilitásait a steroidkezelés javítja, arra is ügyelni kell, hogy annak szövődémenként az aneurysma rupturája is előfordulhat. A szerzők 6 saját esetüket ismertetik.

Laczay András dr.

Az arteria pulmonalis elváltozásaival kezdődő Takayasu arteritis. Hayashi, K. és mtsai (Nagasaki School of Medicine): Radiology 1986, 159, 401.

A Takayasu-betegség általában az aortaív és nagy ágai szűkületével jelentkezik. Ismert, hogy ezenkívül a tüdőartériákra is ráterjedhet. Ritkák azonban az olyan esetek, mikor a kórfolyamat az a. pulmonalisra kezdődik. A szerzők két saját esetet ismertetnek. Mindkettőt kezdetben idült pulmonalis embóliának tartották, míg az elvégzett angiographia a tüdőartériák kiterjedt szűkületét és elzáródását mutatta. A helyes kórimégé csak 5, illetve 13 évvel később derült fény, amikor mindkét betegben az aortaív és a belőle eredő nagy artériák elváltozásai is kialakultak az erre utaló klinikai tünetekkel. Az ekkor elvégzett DSA (digitális subtractió angiographia) és szelektív coronarographia összekötötést mutatott ki a coronaria rendszer és a bronchialis artériák között. Egyik betegben a bronchialis ágon át az a. pulmonalis is gyenge telődést mutatott. Betegeiknek ennek ellenére nem voltak ischaemiás szívpanaszok. Natív röntgenfelvételen a következő jelek voltak kimutathatók: szívnagyobbodás, keskeny tüdőartériák, oligaemiás tüdőmezők, a bordakontúrok kimarodása, az aorta segmentális vagy általános tágulása és meszesedése, a leszálló aorta kontúrjának hullámos volta vagy elmosódottsága. A szerzők saját eseteiken kívül mindössze további 5 olyan eset ismertetését találták az irodalomban, melyekben a Takayasu-kór a tüdőartériákon kezdődött.

Laczay András dr.

A teljes iliaca-elzáródás transluminális angioplasticája. Colapinto, R. F. és mtsai (Toronto General Hospital): Amer. J. Roentgenol. 1986, 146, 859.

Az artériák teljes elzáródását általában nem atheroma okozza, hanem az atherosclerosis szűkület talaján kialakuló thrombus. A thrombus proximal és distal felé addig terjed, amíg a keringést biztosító collateralisok útját nem állják. Így az a. iliaca communis elzáródása általában az aorta bifurcatiójától az a. iliaca interna eredé-

sőig terjed, az iliaca externáé pedig az iliaca internától a femoralis communisig. A thrombus évekig gumiszzerű, nem mereven szervült anyag maradhat, melyen a katéter többnyire különösebb nehézség nélkül átvezethető. Ha az elzáródás nagyon hosszú szakaszra terjed, és ezen belül több atheromás plaque van, akkor nehezebb a helyzet. Ilyen esetekben adódnak elsősorban a technikai sikertelenségek.

A szerzők 59 beteg 64 elzárt a. iliaca-jának percutan transluminális recanalizációját (PTA) kísérelték meg Grüntzig-féle ballonkatéterrel. A recanalizatio 50 esetben — 78% — sikerrel járt. Az azonos oldali a. femoralis minden esetben átjárható volt, és lehetővé tette a katéter azonos oldali felvezetését. Az elzáródás hossza 1,0—19,0 cm volt. Minél hosszabb szakaszra terjedt az elzáródás, annál nagyobb volt a sikertelen kísérletek száma, 5 cm alatt 8%, 5 cm felett 30%. Négy éven át követett betegeik körében az eredmény 78%-ban bizonyult tartósnak. Ha az iliaca communis és externa is elzáródott, a kilitások rosszabbak, 8 ilyen esetben csak háromban sikerült a recanalizatio. Szövődémenként két betegben észleltek distalis embolisatiót, ez 3,1%. Az iliaca-elzáródás sebészi megoldásának 2,5% mortalitása az egyéb előnyök mellett döntő érveként esik latba a PTA mellett. A PTA eredménytelensége esetén a sebészi rekonstrukció változatlan esélyekkel végezhető el.

Laczay András dr.

A computer tomographia és az ultrahang alkalmazása az adventitia cystás elváltozásánál. Fitzjohn, T. P. és mtsai (Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne NE7 7DZ): Brit. J. Radiol., 1986, 59, 933.

Az adventitia cystás betegsége szokatlan, de jelentős elváltozása az érrendszernek. A mucin tartalmú cysta az adventitián belül fejlődik ki, leggyakrabban az art. poplitea szintjében. Az ismeretlen etiológiájú betegség főképp a fiatalabb korú férfiakat érinti, amikor még a degeneratív érrendszeri elváltozások nem várhatók. A claudicatiós panaszokkal járó egyéb betegségektől fontos az elkülönítés, részben a jó prognózis, részben az eltérő kezelés miatt.

A szerzők egy 49 éves, nem dohányzó, átlagos testsúlyú férfi esetét ismertetik, akinek 6 hónapja fennálló claudicatiós panaszok szerepelnek az anamnézisében. Az angiographia során a bal popliteán külső, éles szélű a lument szűkítő benyomatot találtak. Poststenotikus tágulat, atheromás elváltozás nem volt és a distalis szakaszok is épek voltak. Az elvégzett CT és UH vizsgálat az érfal elülső, külső részéből eredő homogén szerkezetű szövetszaporulatot mutatott. A sebészi megoldást követően kórszövet-tani vizsgálat egy makroszkopos nagyságú mucin tartalmú cystát igazolt, mely az adventitia myxoid cystás degenerációjából alakult ki.

Bár ez a betegség a claudicatiós panaszokkal járó betegségek csoportjában meglehetősen ritka, 1/1200. A szerzők kiemelik a dg. pontos felállításának szükségét. A hagyományos sebészi megoldással szemben újabbban az UH által vezérelt punkció szerepel terápiás megoldásként.

A cysta kb. 10%-ban kiújulhat, ilyenkor ismételt punkciót alkalmaznak.

Az elváltozásnak jellegzetes angiographiás képe van; a kontrasztoszlopon éles, külső benyomat, amit a kontrasztanyag részben körülvehet. Poststenotikus tágulat, atheroma nincs, bár hosszabb idő után a szűkült részen kialakuló turbulens áramlás intima károsodáshoz, thrombusképződéshez vezethet.

Befejezőként a szerzők kiemelik, hogy az angiographia során felfedezett ilyen jellegű elváltozásoknál a térdhajlat CT és UH vizsgálata nagyon hasznos, mind a diagnózis pontos felállításában, mind az elvégzendő terápia szempontjából.

Puskás Tamás dr.

Percutan transhepatikus cavographia alkalmazása a vena cava inferior kettős elzáródásában. Tsutomu Araki és mtsai (Department of Radiology, University Hospital of Yamanashi): Brit. J. Radiol., 1986, 59, 937.

A vena cava inferior (későbbiekben VCI) leggyakrabban a rekesz, illetve a vena renalisok beszájadása alatti szakaszon záródik el. A szerzők a két szegment együttes elzáródását, a köztük lévő ép szakasz ábrázolásával, bizonyították egy beteg kapcsán percutan transhepatikus cavographiával.

Esetükben egy 52 éves férfit ismertettek, akinek az anamnézisében varicositas és visszatérő alsóvégtagi thrombophlebitis szerepelt. Computer tomographiás vizsgálattal a VCI hasi szakaszán meszesedést és a rekesz szintjében elzáródást találtak. Alsóvégtagi cavographia és a medence CT vizsgálata mindkét vena iliaca communis elzáródását, illetve a VCI infrarenalis szakaszának a meszes-

dését mutatta. Tág kollaterálisok telődtek a vena iliaca communisok szintjében és a hasfali vénák között.

A percutan transhepatikus portographiához hasonlóan, UH vizsgálat segítségével, megpungálták a VCI-t. Ezzel egy időben felső végtagi cavographiát végeztek a vena cava superior töltésével. Ezzel a vizsgálattal a rekesz magasságában 1 cm hosszú elzáródást találtak.

A VCI elzáródása nem túl gyakori, ennek kettős elzáródását még nem közölte az irodalom. Az elzáródást okozhatja a vena külső kompressziója, a hepaticus szakasz congenitalis hiánya, congenitalis membrán, thrombosis, tumor-thrombus. Jelen esetben a rekesz szintjében lévő meszesedés, az ismétlődő thrombophlebitisek és a meglehetősen hosszán elzáródott alsó szakasz a thrombosis és a congenitalis membrán közös kórereditét vetik fel.

Végezetül a szerzők kiemelik a VCI teljes hasi szakaszának non invazív vizsgálatát, amennyiben azon a rekesz szintjében már találtak elzáródást, az esetleges kettős elzáródás bizonyítására, illetve kizárására, mert ez a későbbi terápiát is módosíthatja.

Puskás Tamás dr.

Az arteriaelzáródás sonographiás kóris-méje. Mergelsberg, M. és mtsai (Medizinische und Radiologische Universitätsklinik Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 1055.

32 beteg 50 alsó végtagjának ereit vizsgálták LS 3000 Picker készülék 5 MHz linearis real-time transducerével B és M üzemmódban. A B üzemmód a morfológiai megítélés mellett a lüktetést is jól mutatja, az M mód pedig utóbbinak képi

rögzítésére alkalmas. A vizsgálat az a. iliaca externától kezdve kiterjedt az a. femoralis superficialis és profunda, a femoralis-elágazás és a poplitea teljes lefutására a trifurcatióig. Figyelték az érlüktetést, az érfa és érlumen echoszerkezetét, az esetleges szűkületeket, a megkerülő keringésre utaló pulsatiót a környező izomzatban. Az arteria lüktetésének hiányát elzáródásnak értékelték, az elzáródás distalis végét pedig az újra megjelenő pulsatio jelöli kielégítő megkerülő keringés esetén. Az ultrahangvizsgálat eredményét a digitális subtractív angiographia képeivel hasonlították össze.

A sonographia 31, a DSA 26 végtagon utalt arteriaelzáródásra, a sonographia 18, a DSA 24 esetben zárta ki azt. 42 esetben, azaz 84%-ban a két eljárás eredménye megegyezett. Ellentmondó eredményt 7 esetben kaptak. Egy végtagon a DSA, hat végtagon ellenben a sonographia mutatott ki a másik módszerrel nem észlelt érelzáródást. Egy esetben az ultrahangvizsgálat bizonylatlan leletet adott. Az egyetlen téves negatív sonographiás lelet esetében jelentős érszűkület állott fenn elzáródás nélkül.

Az érfa elváltozások terén a sonographia főlegnyben van a DSA-val szemben, mert utóbbi természetesen megítélésében a lumen ábrázolására képes. Közismert a real-time sonographiával kombinált Doppler-vizsgálat kitűnő teljesítőképessége az erek állapotának megítélésében. A szerzők tapasztalata alapján kielégítő eredménnyel használhatóak erre a frekvenciás transducerrel ellátott konvencionális real-time készülékek is. Ily módon az egyszerűbb, olcsóbb és veszélytelenebb ultrahangvizsgálat lehetővé teszi az angiographia javallatának célzott, pontos felállítását vagy esetenként azt feleslegessé is teszi.

Laczoj András dr.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

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

JAVALLATOK: Fejnőttek: Sterilitás, habituális abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophias zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórallapotok, égbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Fejnőttek: Általában hetente 1-2 alkalommal napi 1-3 kapszula vagy hetenként 2-3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2-3 kapszula, 2-3 hélig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5-6 héten át. Habituális abortus, abortus imminens esetén adagja alyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150-130 mg im.

Gyerekek: Általában 3-12 hónapos korig napi 0,3-1,0 ml im. 1-14 évesig hetente 2-3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5-1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutios adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5-10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémlában 0,3-0,5 ml im., 2-5 napon át.

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

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

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 x 1ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest



KÖNYVISMERTETÉS

Joachim Gabka: Komplikationen und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung (Ratschläge und Darstellung dringlicher Eingriffe mit Erläuterung forensischer Konsequenzen) Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1986. 398 oldal, 168 ábra, 3. átdolgozott kiadás, Ára: 36 DM.

A könyv — elsősorban szájszészeti tartalmát illetően — több, mint amit a cím ígér. Bőségesen tartalmaz anamnestikus, diagnosztikus, sőt műtéttechnikai ismereteket is.

A nálunk személyesen is jól ismert szerző maga szájszészis lévén csaknem kizárólag e tárgykörbe tartozó anyaggal foglalkozik. A szorosan vett konzerváló fogászati 27, a szájnyalvóhártya betegségeit és az általános betegségek szájtüneteit 24, a fogpótlást és fogszabályozást összesen 27 oldal tárgyalja. Kétségtelen, hogy iatrogen ártalmak és sürgős beavatkozást igénylő esetek elsősorban sebészi beavatkozás közben, vagy annak következtében fordulnak elő. Ilyen szempontból jogos a könyv ilyen jellegű súlyozása.

A fogorvosok általában nem sokat törődnek az anamnézissel. Ezt elsősorban az időhiány indokolja.

A szerző 8 kérdést ad meg, amelyekkel a fogorvos a legfontosabb információkat rövid idő alatt megkaphatja. A válaszok értékelése is hasznos útbaigazítást ad.

Behatóan foglalkozik a helyi és vezetési érzéstelenítés technikájával, a hibákkal és azok elkerülésének módszereivel.

Meglepő, hogy az arzén-devitalizációt még mindig elfogadhatónak tartja, azzal az indoklással, hogy azt ma is számos fogorvos alkalmazza. Kizárólag a jól záró fedőtömés szükségességét hangsúlyozza. Mi az arzén használatát már régóta elvetendőnek tartjuk a periodontiumra gyakorolt nekrotizáló hatása miatt.

Az extrakciónról szóló fejezetben nagyon helyesen hívja fel a figyelmet a profilaktikus feltárás fontosságára és előnyeire a fogóval végzett erőszakos extrakciós kísérlettel szemben.

Az antibiotikumok használatának jól meghatározott indikációja mellett olyan betegeknek, akiknél az anamnézisen felfedezett gyulladási reakció szerepel, antiflogisztikumok (Prolixan, Voltaren) használatát javasolja már a preoperatív szakaszban is.

Kétoldali állkapocsficam esetén az általánosan elfogadott és alkalmazott módszer helyett mást javasol. Szerző szerint nagyobb erőt lehet kifejteni és könnyebb a repositio, ha az orvos a beteg háta mögött áll, és a beteg fejét a mellkasához támasztva rögzíti.

A mű jelentős része a fogorvosi tevékenységből származó szavatossági perekkel foglalkozik. Ezek anyagával egy — a szerző által kezdeményezett — doktori disszertáció szolgál. Számunkra szokatlan, hogy az elégedetlen betegek egy része „fájdalomdíj”-ért pereli a fogorvost, mégpedig jelentős összegekre. Igaz, hogy a mellel megemlített honoráriumok összege sem csekélység.

A könyv kiállítás mintaszerűen szép.

Remek papír, kiváló nyomdatechnika, elősorrú ábrák (a röntgenképek is), jó áttekinthetőség jellemzik a munkát, amelyet 14 oldalas tárgymutató és 5 oldalas irodalomjegyzék tesz teljessé.

A munka sikerét jellemzi, hogy 12 évvel belül már 3. kiadását érte meg.

Elsősorban fogorvosstanhallgatóknak segédtankönyvként és fogorvosoknak továbbképzés céljaira ajánlható, de még gyakorlott szakemberek is találhatnak benne figyelemre méltó ismereteket.

Berényi Béla dr.

Instrumental examination of the motor system. (A motoros rendszer műszeres vizsgálata.) Szerk.: Tóth Sz. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1986. 281 oldal, 425 Ft.

A 16 fejezetből álló mű minden egyes fejezetét a szakterület prominens képviselői írták. Valamennyi fejezetben érvényesült az a koncepció, hogy szerzők a téma elméleti hátterét is ismertessék.

Az első fejezet (szerzője Tóth Szabolcs) a motoros központra vonatkozó ismeretek fejlődéséről, valamint az elektromiográfia és más műszeres vizsgálati eljárások kifejlődéséről ad 9 oldalon történeti áttekintést. Hangsúlyozza, hogy a motorium komplex rendszer, mely mélyen be van ágyazva olyan alapvető funkciókba, mint a kezdeményezőköszög, magartatás, emlékezés és gondolkodás. — A második fejezetben Tóth Szabolcs a központi motoros idegrendszer anatómiájával és élettanával foglalkozik. A 30 oldalas fejezet a következő fejezettel együtt ad a témáról elméleti áttekintést. A fejezet ábrái nagyon szemléletesek, és jelentősen megkönnyítik az elméleti alapokban való tájékozódást. — A harmadik fejezet szerzője, Mechler Ferenc, a perifériás motorium anatómiájával és élettanával foglalkozik. A 8 oldal terjedelmű fejezet röviden a vázizmok, valamint a perifériás motoros és érzőidegek, valamint a motoros egység strukturális és funkcionális sajátosságait ismerteti. — Az első három fejezet elméleti bevezetése után tulajdonképpen a Nagypál Tibor által írt 14 oldalas negyedik fejezet az első, mely már konkrétan a mozgatórendszer vizsgálatához szükséges módszereket ismerteti. Röviden mutatja be a különböző transzducereket és elektródfeleleteket, erősítőket, regisztráló berendezéseket, oszcilloszkópokat. Összehasonlítja a nálunk viszonylag gyakrabban használatos 4 különböző elektromiográf paramétereit, és végül az analízis módszereiről és a komputer alkalmazásának lehetőségeiről is rövid tájékoztatást ad. — Az ugyancsak Nagypál Tibor által írt 7 oldal terjedelmű ötödik fejezet általában az izom működését kísérő elektromos és hőmérséklet-változásainak méréséhez szükséges elektródákat ismerteti. — A hatodik fejezet, melynek szerzője Mechler Ferenc, az izom elektromos aktivitásának intracelluláris és extracelluláris elvezetési módszereit ismerteti 14 oldal-

lon. — A hetedik fejezetben Tóth Szabolcs a központi motoros rendszer betegségeivel foglalkozik. Ismerteti a piramidális és extrapiramidális rendszer vizsgálatában alkalmazható eljárásokat (19 oldal). — A következő 7 oldalas fejezetben Mechler Ferenc részben az elülső gyöki, részben a motoros neuron betegségeiről ír. — A kilencedik fejezetben Tóth Szabolcs a perifériás idegek sérülésével és regenerációjával kapcsolatban szükséges vizsgálati eljárásokat ismerteti. — Bekény György a 8 oldal terjedelmű tizedik fejezetben a miopathiák elektromiográfias vizsgálati tapasztalatait, a 27 oldal terjedelmű tizenegyedik fejezetben pedig a miotóniás betegségek elektromiográfias vizsgálatát ismerteti. — Mechler Ferenc a tizenkettődik fejezetben a kollagén betegségekkel kapcsolatban az elektromiográfias vizsgálatok lehetőségeit írja le. — Blaine S. Nashold a szerzője a 15 oldal terjedelmű tizenharmadik fejezetnek, melyben a kóros motoros funkciók, elsősorban a rigiditás és tremor mérésével foglalkozik. — A tizenegyedik fejezetben Marek Péter az extraokuláris izmok elektrofiziológiai módszerekkel történő vizsgálati lehetőségeit ismerteti, bevezetve a Remenár László által írt tizenötödik fejezetet, mely az extraokuláris izmok betegségeinek az elektromiográfias vizsgálatát ismerteti. — Az utolsó fejezetben Nagypál Tibor az ideg és izom elektromos tevékenységének matematikai analiziséről ír 18 oldalon logikus és méltó befejezéseként a színvonalas műnek.

Minden egyes fejezetre jellemző az adott terület irodalmának gazdag ismeretése. A 16 fejezet összes irodalmi citátuma a könyv végén található, és 40 oldal terjedelmű, biztosítva, hogy az olvasó az egyes témák irodalmi vonatkozásaiban tájékozódhasson. A könyvben 143 ábra és 4 táblázat van, melyek nagyon színvonalasan illusztrálják az egyes fejezetek anyagát.

A mű hasznos lehet minden neurológus és neurofiziológus számára, de nélkülözhetetlen mindazok számára, akik a motoros idegrendszer betegségeinek felismeréséhez műszeres vizsgálatokat kívánnak igénybe venni.

Varga Emőke dr.

William A. Silverman: Human Experimentation. A Guided Step into the Unknown. (Emberen végzett kísérlet. Irányított lépés az ismeretlenbe.) Oxford University Press. 1985. Ára: 20 Font kötve. (Megjelenés alatt fűzve!)

Nem véletlen, hogy napjaink egyik legismertebb és méltán nagyrabecsült neonatológusa vállalkozott ennek az újszülöttgyógyászat keretein messze túlmutató könyvnek a megírására, hiszen a modern orvostudomány talán legkiszolgáltatottabb „célállomás” éppen az újszülöttek, koraszülöttek, akik az utóbbi évtizedekben nemegyszer estek áldozatul kellően át nem gondolt és megtervezett terápiás próbálkozásoknak. Azt sem lehet ugyanakkor vitatni, hogy a medicina egyetlen területe sem nélkülözheti a technikai fejlődéstől, valamint az újabb gyógyszeres és egyéb kezelési eljárásoktól joggal várható előnyök ésszerű kiaknázását az ezzel járó kockázat szigorú mérlegelése mellett.

Silverman professzor, aki egy korábbi munkájában (Retrolental Fibroplasia: A Modern Parable. — Retrolentális fibroplázia: modern példabeszéd. Grune and Stratton, New York 1980.) a koraszülöttek nemritkán vaksághoz vezető szembetegségének igen tanulságos történetét adta közre, avatott kézzel nyúl az embe-
reken végzett kísérletek etikailag — ér-
hetően — kényes, manapság is széles kör-
ben vitatott kérdéséhez. A tudomány és az
orvoslás történetének alapos ismerete, a
neonatólógia múltjának és jelenének kri-
tikai szemlélete hatja át ezt a lebilincse-
lően érdekes, találoan szellemes idézetek-
kel és megjegyzésekkel tarkított könyvét
is. Példamutató az a tudományos igénye-
ség, félreismerhetetlen logikai okfejtés is,
amivel hitelt érdemlően bizonyítja Mer-
vyn Susser igazát: a randomizált, kont-
rollált klinikai tanulmányok legalább any-
nyira fontosak az orvosi gyakorlatban,
mint a mikroszkóp.

Sajnos még az utóbbi időkben is vi-
szonylag kevés, minden szempontból jól
tervezett és megvalósított ilyen jellegű
klinikai tanulmány lát napvilágot. Nem
elegendő ugyanis tisztában lenni az össze-
hasonlító vizsgálatok jelentőségével, de
annak is tudatosulnia kell a kutatóknak,
hogy a randomizált klinikai kísérletek
módszertana ma már — s nem túlzás ezt
állítani — külön tudományágat képvisel.
Az adekvát kérdésfeltevés, a randomizá-
ció módja, az esetszám megválasztása, a
„maszkírozás” tökéletesítése, a szubjektív
és objektív körülményekből fakadó hiba-
források elkerülése, a precíz statisztikai
elemzés körültekintő elvégzése, az ered-
ményekből levonható következtetések
mértéktartó interpretálása, s még számos
feltétel kell ahhoz, hogy igazán színvona-
las és meggyőző klinikai tanulmány szü-
lessék.

Ehhez nyújt nélkülözhetetlen segítsé-
get Silverman könyve. A módszertani le-
írások túlmenően különös hangsúlyt kap-
nak az orvostudomány jövőjét érintő fel-
vetések is elsősorban azért, hogy nem
csak a „miként”, hanem a „miért” és
„mi célból” kérdésekre való választást

— azaz az egészséges klinikai szemléle-
tet — sürgeti a kontrollált tanulmányok
megtervezésekor.

Ilyen értelemben az orvostanhallgatók,
a jövő klinikusai számára is hasznos útra-
valólul szolgál.

Silverman professzor alighanem erre
gondolt, amikor hajdani tanítómesteré-
nek, Richard L. Daynek a következőkép-
pen dedikálta legújabb könyvét: „Ő volt
az, aki észrevette, hogy a diák olyan va-
laki, aki másféleképpen gondolkodik, s
úgy vélte, hogy az agynak ezt az egésze-
ges állapotát veszélyes lenne kezelni.”

Lakatos Lajos dr.

**Kardiovasculäre Receptoren. Neue
pharmakologische und klinische Aspekte.**
(Kardiovascularis receptorok. Új pharma-
kológiai és klinikai szempontok.) —
Szerk.: P. Schölmerich, H.-J. Holtmeier.
— G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York
1986, Ára: 88,— DM

A Belgyógyász Társaság 1984 decem-
berében Düsseldorfban megtartott Sym-
posiumán 22 előadás hangzott el a szív-
glycosidák, catecholaminok és más endo-
gen hatóanyagok receptorairól. Az egyes
gyógyszerek hatása a szívizomzat ké-
miai receptorainak mennyiségétől, állapo-
tától és minőségétől függ. A receptor fe-
hérjetermészetű anyag. Ilyenek többek
között, a szívglycosidák receptorai: a
Na⁺K⁺ ATP-ase az az enzim, amely a
szívglycosidákat megköti, de csak a
pumpacyklusban viselkedik receptorként,
azaz miközben a sejtből került Na⁺-t ki-
juttatja a sejtből. A kötődés pozitív
inotrop hatást eredményez. — F. God-
fraind leszögezte, hogy a korszerű gyógy-
szerek mellett a szívglycosidáknak válto-
zatlanul fontos szerepük van a szívelég-
telenség kezelésében. Targyalja a digitalis
receptorokra ható agonista/antagonista
effektusokat. A Ca⁺⁺ fokozza a contrac-
tíós izomfehérje affinitását és kötődését,

a pozitív inotrop hatás a Ca⁺⁺ concentra-
tio intracellularis intermittáló megnöve-
kedésével van kapcsolatban. *Werdan és
mtsai* azt állítják, hogy noha a szívglyco-
sidákat 200 éve alkalmazzák hydropiás
szívinsufficiencia kezelésében, a tolerancia
és a toxicitás kérdésében számos tényező
tisztázatlan. A mellékhatások főleg rhyth-
muszavarokban jelentkeznek, amelyek a
pozitív inotrop effectussal kombinálódnak.
A dosis csökkentése ezeket a mellék-
hatásokat rendszerint megszünteti, külö-
nösen, ha a kezelést nagy adagokkal kel-
lett kezdenünk. A mellékhatások a re-
ceptorszám csökkenésekor, az affinitás
fokozódásakor, acidosisban, hypokalae-
miában és ischaemiában jelentkeznek.
— A receptorhatást csirkeembryo sejt-
kultúrában vizsgálják. — H. Lüllmann
szerint a szívglycosidák alkotják azt a
gyógyszercsoportot, amely javítani képes
a chr. insufficiens szív contractió erejét,
therápiás szélességük azonban csekély.
Számosan foglalkoztak az alpha és beta
adrenoceptorokkal. — A beta₁ és beta₂
adrenoceptorok a jobb pitvar contractio
képességét szabályozzák (O. E. Brodde).
— Az alpha adrenoceptorok útján pozitív
inotrop hatás is létrejöhet, az alpha₁/
alpha₂ receptorok prae/ postsynapticus
arányának hypotoniában van jelentősége.
E tekintetben kiemelendő a felkar véná-
nak postsynapticus alpha₂ receptor ellá-
tottsága (P. A. van Zwieten és mtsai).
— A dopamin receptorok tekintetében
egyelőre bizonytalanság van, noha szá-
mos hatásuk ismert (E. Mutschler). — Az
adrenerg receptoroknak sajátos feladatuk
van a szív saját keringésének regulatiojában,
funkcióik traininggel befolyásolhatók
(R. Bühler és mtsai). Idősebbek hyperto-
niájában a beta receptorok működészava-
ra szerepel az alpha receptorok egyidejű
fiziológiás magatartása mellett. Fialatok
hypertoniájában a beta receptoroknak
van jelentős szerepük. Just H. és Th.
Meinertz befejezésül áttekintik és össze-
foglalják az adrenerg receptorokra ható
mimetikus és blockoló gyógyszereket és
alkalmazásuk várható eredményeit.

Szentiványi Mátyás dr.

Kórházak, klinikák, szanatóriumok, figyelem!

Kártevőirtó szolgálat igénybevétele nélkül is megszabadulhat
a fertőzést okozó csótányoktól a

MAXFORCE

új csótányirtószer használatával.

A csalétek kihelyezésével permetezés nélkül biztosíthatja a csótánymentességet.

Megvásárolható a **Budapesti AGROKER Vállalatnál**

Telefon: 635-452 és a 637-800; Telexen: 22-4365

Az Európai Tüdőgyógyász Társaság a Korányi Frigyes TBC és Tüdőgyógyász Társasággal együtt Budapestten rendezti 7. Kongresszusát 1988. szeptember 5—11. között.

A kongresszus témái: A tüdő betegségeinek és a tüdőinfekciónak megelőzése, illetve szűrése

Hivatalos nyelv: angol
Információ + jelentkezés: MOTESZ Kongresszusi Szervező Iroda SEP Kongresszus 1361 Budapest, Pf. 32

A Magyar Onkológusok Társasága XVII. Nemzetközi Kongresszusát a Magyar Urológusok Társasága részvételével 1987. november 11—13. között tartja a Budapesti Kongresszusi Központban. (Novotel — Budapest XI., Jagelló út 1—3.)

Kongresszus témái:
1. Urológiai daganatok
2. Új diagnosztikus eljárások az onkológiában
3. Biotechnológiai eljárások a daganatkutatásban
4. Szabadon választott témák az elméleti és klinikai daganatkutatás témaköréből

A Kongresszus tudományos programja felkért előadások és poszterek formájában kerül lebonyolításra. A posztersectiókban 2-3 diapozitív vetítésére is lehetőség nyílik. A diapozitívok mérete 5×5 cm.

Poszterméret: magasság 120 cm; szélesség 100 cm.

A felkért előadások és a poszterek abstractjainak beküldési határideje: 1987. május 31.

Az utóbbiak elfogadásáról a Szervező Bizottság 1987. szeptember 15-ig értesítést küld.

Kérjük, hogy az abstractokat a Magyar Onkológusok Társasága főtítkára címére küldjék, a mellékelt formában. (Dr. Besznyák István, 1122 Budapest, Ráth György u. 7—9. Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti Osztály)

A Kongresszus részvételi díja: 500 Ft 35 éven aluliaknak: 200 Ft a nem MOTESZ-tagok részére 700 Ft 1987. november 11-én 20 órai kezdettel a Budapesti Kongresszusi Központ, Novotel Szállodában fogadást adunk, ennek részvételi díja 300 Ft.

A Kongresszussal kapcsolatban a MOTESZ Kongresszusi Szervező Irodája (Budapest, Pf. 32, 1361. Telefon: 125-012) ad felvilágosítást.

A Magyar Ortopéd Társaság 1987. március 30-án (hétfőn) 18 órai kezdettel a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagytermében (Bp. XI., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.

Előadók: az Újvidéki Ortopédiai Klinika vezetői

1. Mikic, Z.: A térd meniscusainak gyógyulása. Kísérletes tanulmány (angol)
2. Somer, T.: A térdszalagok sérüléseinek radiológiai vizsgálata. Klinikai és kísérletes vizsgálatok

3. Jovanovic, A.: Az acromioclaviculáris ízület késői rekonstrukciója (angol)

4. Esetmegbeszélések
A Klinika Nagytermében 16 órai kezdettel gyógyteraszok részére Koczor János: Nyaki gerincpanaszok felnőttkorban. Felkért hozzászóló: Rozgonyi Zsuzsa.

A könyvtárban 17 órai kezdettel Köllő Katalin: A lumbosacralis gerinc radiológiája

A Magyar Gyermeorvosok Társasága Dél-Magyarországi Decentruma 1987. május 8—9-én 8.30 órai kezdettel Szentesen az Ifjúsági Művelődési Központban tudományos ülést rendez.

Üléselnök: Prof. dr. Boda Domokos
Program:

1. Tankó A., Altorjay B., Nagy J., Nagy T., Tóth Gy., Füzési K. és Szabó M. (Kecskemét Kórház; Szeged Gyermek-klinika): Fejlődési rendellenességek prenataális ultrahang-diagnosztikája (referátum)

2. Csorba M., Harmath Gy. és Pintér S. (Szolnok Kórház; Budapest Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet): Újszülöttek neurosonográfiai vizsgálatával szerzett tapasztalataink.

3. Pataki L. (Szeged Gyermekkorház): A fénykezelés hatásmechanizmusának aktuális kérdései. (referátum)

4. Fekete Farkas P. (Budapest, II. sz. Gyermekklinika): Kardiológiai ellátást igénylő ritmuszavarok újszülötkorban. (referátum)

5. Szabolcs J. (Budapest, II. sz. Gyermekklinika): A teljes tüdővéna-transzpozíció ellátásának lehetőségei és prognózisa.

11.30 órákor
Üléselnök: Prof. dr. Pataki Lajos

6. Vámos J., Baranovszky M., Szabó T. és Pintér S. (Szolnok Kórház, Gyermekosztály; Debrecen Gyermekklinika): Szérum rez- és coeruleoplazmin szint koraszülöttekben.

7. Solyom J. (Budapest, II. sz. Gyermekklinika): A congenitális adrenalis hyperplasia újszülöttkori tömegszűrése: érvék és ellenérvek.

8. Román F., Sánta A., Rimanóczy Á. és Toldi Z. (Szeged, Gyermekkorház, Gyermek- és Idegklinika): I. típusú diabeteses gyermekek vörösvérsejtjeinek 86/Rb felvétele és leadása.

9. Tóth Gy., Mihai K., Fekete M. és Almási M. (Kecskemét, Kórház Gyermekosztály, Szeged Kórleletani Intézet): Fialta korban infarktuson átesett szülők gyermekei szerotonin anyagcseréjének vizsgálata.

10. Katona Z. (Kiskunfélegyháza, Kórház, Gyermekosztály): A vajterhelés jelentősége a zsírfel szívóvárási zavarok vizsgálatában.

11. Révai K., Kurcz M. és Streitman K. (Budapest, Heim Pál Gyermekkorház): Kóros IgE szinttel járó csecsemőkori obstructiv bronchitisek követése.

Ebédészület
15.30 órákor Esetbemutatók.

Üléselnök: Tóth György dr.

12. Liptai Z., Vámos J., Tóth T. és Pintér S. (Szolnok Kórház, Gyermek és Patológiai Osztály): Adiponecrosis subcutanea neonatorum.

13. Kószó P., Berényi K. és Butor É.

(Hódmezővásárhely, Kórház, Gyermekosztály): Újszülöttkori subcutan zsírcnecrosis esete.

14. Csorba M., Vámos J., Horváth Gy., Tóth E., Bugyi Zs. és Pintér S. (Szolnok, Kórház, Gyermekosztály; Budapest Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet): Ultrahang vizsgálattal igazolt mellékvesevérzést követően életben maradt újszülötteink.

15. Bálok M., Illyés M., Csipő L. és Kovalovszky L. (Szentes, Kórház, Gyermek- és Röntgenosztály): Hypoplasiás bal colon szindróma újszülöttnél.

16. Brunner P., Révai K. és Streitman K. (Budapest, Heim Pál Gyermekkorház): Eczemaherpeticum csecsemőkori esete és terápiája.

17. Szabó É. és Butor É. (Hódmezővásárhely, Kórház, Gyermekosztály): Fialta csecsemőkori leukaemiai diagnosztikus problémái.

18. Kürti S., Nemes A., Virág I. és Pintér S. (Szolnok, Kórház Gyermekosztály; Szeged, Gyermekklinika): Idegrendszeri és légúti tüneteket követő krónikus myeloid leukaemia.

19. Molnár A., Gál J., Pataki L., Martonyi E. és Román F. (Szeged Gyermekkorház): Angioendotelomatosis proliferans progressiva systematisata előfordulása csecsemőkorban.

20. Kürti K., Hanusz L., Julesz J., Román F., Pataki L., Tóth I. és Vecsernyés M. (Szeged Gyermekkorház, I. sz. Belklinika): Pubertás praecox korai diagnózisának lehetősége.

21. Kémárky J. (Jászberény, Kórház): 10 éves gyermekben észlelt, spontán gyógyult posttraumás haemobilia.

22. Czimmer J. (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): 12 éves fiú vérző gyomorfekélye.

23. Nemes A., Darvas É., Károly É., Csenkér É., és Pintér S. (Szolnok, Kórház, Gyermekosztály, MÁV Kórház, Ideggyógyászat): Spinalis izomatrophia intermedier formája.

9-én, 8.30 órákor
Üléselnök: Márkus Vera dr.

24. Némédi M., Pohánka Ö., Márkus E., Karuczka A-né és Pintér S. (Szolnok, Kórház, Gyermek- és Szülészeti Osztály): Kolpitisek neonatológiai jelentősége vizsgálataink alapján.

25. Endreffy H. és Endreffy I. (Nyíregyháza, Kórház, Gyermekosztály, Szentes, Kórház, Gyermekosztály): A mucopolysaccharidosis röntgen tünetei.

26. Fűrér K. és Tóth M. (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): A kisa dagú, folyamatos rachitis prophylaxis bevezetésének szervezéstechnikája.

27. Kováts A. és Tóth M. (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): Újabb szempontok a natív, fagyasztva tárolt anyatej alkalmazásához.

28. Haszon I., Bodrogi T. és Turi S. (Szeged, Gyermekklinika): Perzisztáló, ill. recidiváló, izolált haematurias eseteink hosszú távú követésének vizsgálata.

29. Bálint P., Butor É., Kószó P., Kopp M. és Szabó É. (Hódmezővásárhely, Kórház, Gyermek- és Röntgenosztály): Hasi fájdalom, mint húgyuti rendszer megbetegedésének vezető tünete.

30. Dobos É., Tekulics P., Bartyik K. és Toldi Z. (Szeged, Gyermekklinika): Intenzív osztályunkon kezelt mérgezőesetekkel szerzett tapasztalataink.

Üléselnök: *Prof. dr. Pintér Sándor*

31. *Benkő K.* (Szeged, Ifjúsági Ideg-gondozó): Epileptikus és fejfájós gyermekek gondozói anyagunkban.

32. *Varga L.* (Szentés, I. Gyermekkörzet): Gondolatok a nyolcadikosok továbbtanulási előtti komplex szűrővizsgálatáról.

33. *Adorján I., Németh M., Greiner E. és László A.* (Szolnok, Kórház; Budapest, OÉTI; Szeged, Központi Klinikai Kémiai Laboratórium, Gyermekklinika): Fizikai táborozás hatása kövér gyermekek serum lipid- és lipoprotein szintjére, valamint testtömegükre.

34. *Galsi M., Pintér S., Fehér E., Próbald F-né, Benkő Cs., és Bozsik Z-né* (Szolnok, Kórház, Gyermekosztály, Megyei Tanács Egészségügyi Osztály; Serdülők antikoncepciós szedése).

35. *Függ Zs.* (Szeged, Gyermekklinika): Gyermekek a kórházban.

36. *Kovalovszki L.* (Szentés, Kórház,

Gyermekosztály): Csecsemő és gyermek-ellátásunk a kórházban és a területen.

További felvilágosítást ad: *Kovalovszki Lajos dr.* főorvos Városi Tanács Kórháza Csecsemő és gyermek osztály, Szentés, Pf: 60. 6601

A Magyar Infektológiai Társaság, mint a MOTESZ tagja, 1987. március 26-án, (csütörtökön) 10 órai kezdettel az Országos Közegészségügyi Intézet „Fodor József” termében (Bp, Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést rendez.

Program:

1. Vezetőségválasztó és tisztújító közgyűlés
2. *Princz Gy., Bán É., Fekete S., Szalka A.* (László Kórház): Corynebacterium JK szepszis felnőtt leukemiás betegben.
3. *Nagy R., László A.* (Kazincbarcika, Kórház): Herpesz rekurrens különös esete
4. *Császár K., Schrefel O., Tóth A.,*

Barna M., Szarka E. (László Kórház): Rotavírus fertőzés osztályunk beteganyagában.

5. *Makara M.* (László Kórház): Acut intermittens porphyriás esetek gyakorlatainkban.

Üléselnök: *Bodor György*

A Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1987. március 26-án 14 órai kezdettel a Kórház Tanácstermében tudományos előadást tart.

Program:

1. *Balázs Péter:* A tartós intraoesophagealis pH mérés a cariatájék jóindulatú betegségeinek diagnosztikájában.
2. *Bartha Elektra, Perényi Tamás:* A 2 D echokardiográfia értéke a kamrai aneurizmák kimutatásában angiokardiográfia kontroll alapján.
3. *Palócz Erzsébet:* A Captopril szerepe az ischaemiás szívbetegségekhez társuló szívelégtelenség kezelésében.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(651b)

A Balatonfüredi Állami Kórház főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi munkakörök betöltésére:

- röntgen szakorvos,
- gyógyszerész,
- ápolónő,
- laborasszisztens.

A gyógyszerész alkalmazásánál előnyben részesül a gyógyszerhatástan-vizsgálóval rendelkező pályázó.

Jelentkezéseket a Kórház igazgató főorvosa részére 8230 Balatonfüred, Gyógy tér 2. címre kérjük benyújtani.

Kovács Sándor
főigazgató-helyettes

(652b)

A Törökszentmiklósi Városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet igazgató főorvosa (5200 Törökszentmiklós, Kossuth Lajos u. 126. Pf. 104) (Szolnok megye) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

- 1 fő szülőotthoni beosztott orvos,
- 1 fő körzeti orvosi,
- 2 fő gyermekkörzeti orvosi,
- 1 fő belgyógyász felülvéleményező főorvosi,
- 1 fő laboratóriumi főorvosi,
- 1 fő fogorvosi állásra.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH számú rendelet alapján szolgálati időtől függően. Az állások azonnal elfoglalhatók. Lakást a Városi Tanács megbeszélés alapján biztosít.

Süle Mihály dr.
igazgató főorvos

(654a)

Magyar Tudományos Akadémia Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézet igazgatója (Budapest VIII., Szilgony u. 43.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

- tudományos munkatárs,
- tudományos segédmunkatárs.

Az állások betöltéséhez orvosi vagy biológusi diploma szükséges. Kísérleti munkában való jártasság, angol nyelvismeret előnyt jelent.

Az illetmény megállapítása a 23/1983. (XII. 17.)

ÁBMH sz. rendelet értelmében történik. Jelentkezés az Intézet személyzeti megbízottjánál. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Stark Ervin dr.
igazgató

(657a)

A Pomázi Munkaterápiás Intézet (2013. Pomáz, Mártírok útja 22.) pályázatot hirdet 5 fő beosztott orvosi állásra, pszichiátriai és alkohológiai osztályaira.

Pszichiátriai szakvizsgálóval rendelkező szakorvosok, illetve szakvizsga előtt állók jelentkezését várjuk.

Érdeklődni lehet a 06-26, 25-022, illetve 25-370 telefonszámokon.

Lakást biztosítani nem tudnak.

Adorján Ferenc dr.
igazgató főorvos-h.

(660a)

Mezőtúri Városi Tanács Egészségügyi Intézményei (5400 Mezőtúr, Kossuth út 11.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

- 1 fő TBC Gond. Intézet vezetői,
 - 1 fő Szakorvosi Rendelőintézetbe belgyógyász csoport vezetői állásra, belgyógyász-szakképzés szükséges,
 - 1 fő Szakorvosi Rendelőintézetbe fül-orr-gégész csoport vezetői állásra, szakorvosi képzés szükséges,
 - 1 fő kórház belgyógyászati osztályára szakorvos-vagy orvosgyakornok,
 - 2 fő körzeti gyermekgyógyász szakorvosi állásokra.
- Illetmény a vonatkozó jogszabályok szerint kerül megállapításra.
- Lakást a jogos igénynek megfelelően biztosítunk.
- Az állások azonnal elfoglalhatók.

Simon Gyula dr.
igazgató főorvos

(661)

A MÁV Vezérigazgatóság Egészségügyi Főosztály vezetője (1940 Budapest, Népköztársaság útja 73—75.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedő MÁV Pécsi Területi Egészségügyi Központ igazgató főorvosi állása betöltésére.

A munkakör betöltésének feltételei: szakorvosi képzés, 5 éves szakmai és vezetői gyakorlat, társadalom-orvostan-tanfolyami végzettség, erköcsi feddhetetlenség.

Bérezés a 14/1983. ÁBMH sz. rendelkezés alapján a 2101 kulcsszám szerint. A pályázat elnyerése esetén a dolgozó és igény jogosult családtagjait a vasutas dolgozókat megillető díjmentes utazási kedvezmény (belső és külföldi) illeti meg.

Az állás 1987 második félévétől foglalható el.

A beküldendő pályázat tartalmazza: részletes önéletrajzot, az eddigi munkakörök, tevékenységek felsorolását, a jelenlegi munkahelyét, beosztását, munkakörü besorolását, jövedelmét, szakmai tevékenységét vezetői koncepcióját.

A pályázat beküldésének határideje: a hirdetés megjelenésétől számított 30. nap.

A pályázattal kapcsolatban felvilágosítást ad Visnye Istvánné a 228-698 telefonszámon.

Tari Imre dr.

(662)

A Lovászai Községi Közös Tanács elnöke meghirdeti a tornyiszentmiklósi körzeti orvosi állást.

Rendelével, tanácsadóval egybeépített, egyedi gázfűtéses, 3 szobás, garázsos családi házat biztosítunk

Tóth Sándor
tanácselnök

(663)

Újkígyós Nagyközségi Közös Tanács VB. Szakigazgatási Szerve pályázatot hirdet gyermekorvosi állás betöltésére.

Jelentkezni lehet személyesen vagy írásban a tanács elnökénél. 5661 Újkígyós, Kossuth u. 41.

Bálint Istvánné dr.
szakig. szerv. vez.

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, 1374 Budapest V., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-600

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR) (Budapest V., József nádor tér 1., 1900),

közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra. Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 780,— Ft, negyedévre 195,— Ft, egyes szám ára 15,— Ft

Kossuth Nyomda — 87.0084 — Felelős vezető: Bede István vezérigazgató

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

128. ÉVFOLYAM

*

13. SZÁM

*

1987. MÁRCIUS 29.

TARTALOMJEGYZÉK

*Babos Márta dr., Zsámbor Csilla dr.,
Révész Tamás dr., Koós Rozália dr.,
Kardos Gabriella dr. és Schuler Dezső dr.:*

Gyermek és a kórház. A kivédhető pszichés
ártalmakról 663

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Kiss János dr., Bohák Ágnes dr.,
Vörös Attila dr. és Szirányi Endre dr.:*

Ultrahangvezérelt percutan transhepaticus
cholecysta punctio szerepe az acut epehólyag-
gyulladás kezelésében 667

*Kautzky László dr., Korányi László dr.,
Gerő László dr., Halmos Tamás dr.
és Orosz Antal dr.:*

Humán és sertésinzulin kötődése az egészséges
és I., illetve II. típusú cukorbeteg
vörösvértest- és monocyta-receptoraihoz 671

ORVOSI KIBERNETIKA

Simon László dr. és Jávor András dr.:

A számítógép alkalmazása a gastroenterológiában 675

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Forgács Erika dr., Salgó László dr.,
Hencz Péter dr. és Deák György dr.:*

Vérképelváltozások jelentősége az újszülöttkori
sepsis diagnosztikájában 681

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Kincses László dr. és Kolozsár Sándor dr.:

Endometriosis externában szenvedő steril betegek
Danazol-kezelése 685

Beszámolók 691

Folyóirat-referátumok 693

Könyvismertetés 707

Pályázati hirdetések 709

Hírek 710

HISTODIL

tabletta

200 mg cimetidinumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS

A cimetidin specifikusan ható kompetitív hisztamin H_2 -receptor antagonist. Hatásmechanizmusát tekintve különbözik az eddig alkalmazott ulcus-ellenes szerektől. Hatékonyan gátolja a gyomorsav-szekréción, elősegíti az akut és krónikus peptikus fekélyek, valamint az eróziós gastritis okozta akut vérzések gyógyulását, szabályozza és ellensúlyozni képes a hipersekreciós 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 terápiaja.

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 javasolt.

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, délben, vacsorakor és lefekvéskor 2–2 tablettát) lehet emelni, fekvőbeteg-gyógyintézetben, fokozott ellenőrzés mellett.

A napi 2 g (10 tablettát) maximálisnak tekintendő!

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

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

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, 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.

GYÓGYSZERKOLCSONHATÁSOK

Óvatosan adandó: – orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedése):

– benzodiazepinekkel (ezek hatását megnyújtja).

**Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest**

Gyermek és kórház. A kivédhető pszichés ártalmakról

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

A kórházban naponta, ill. ritkán látogatott gyermekek pszichés problémáit vizsgáltuk a szülőknek küldött kérdőíves összehasonlítás, valamint a szülők és gyermekek interjúvolása alapján. A naponta látogatott gyermekeknél is megfigyelhető a kórházi ápolás után megnövekedett anyai dependencia, de a ritkán látogatott gyermekeknél emellett megnő a magatartási zavarok és nyomasztó élmények aránya. Erre utalnak a szóasszociációs próba eredményei is. A súlyosabb pszichés károsítások nagyrésze kivédhető az anyák ápolásban való bevonásával és a kórházi környezet „gyermekbarátivá” tételével.

The child and hospital. On the avoidable harmful effects. We examined the psychological problems in children who were visited daily or less frequently while in hospital, through questionnaires sent to the parents and through direct interviews with the children and mothers. Children visited daily still develop an increased dependence on their mothers, while those visited less frequently also show a high proportion of behavioural changes and relate disturbing experiences. This was also the finding through a word—association test. More severe psychological disturbances can be avoided by involving mothers in the care of their children in hospital and through the introduction of a friendlier environment there.

A XX. században a születés, betegség és a halál a család kötelékéből a kórházi környezetbe helyeződött át. Csak így volt biztosítható ugyanis a korszerű, magasszintű orvosi, nővéri ellátás. A nyilvánvaló előnyök mellett sajnos hátrányok is jelentkeztek, mint pl. az emberi kapcsolatok elszemélytelenedése, vizsgálat- és betegség-centrikus felfogás, amely a megoldandó feladatra és nem a gyógyulásra váró emberre összpontosít. Különösen feltűnő és tarthatatlan ez a szemlélet a gyermekgyógyászatban (12). Csaknem 30 éves világszerte a törekvés a gyermekkorházak „humanizálására” és hazánkban is több, mint 15 éve folynak kísérletek a „családcentrikus” ápolás megvalósítására. 1973-ban hazánkban elsőként bevezettük a naponkénti látogatást. A közhiedelemmel szemben ez nem vezetett a kórházi társfertőzések számának emelkedéséhez (5).

Már akkor rámutattunk, hogy a naponkénti látogatás mellett ritkábban jelentkeznek pszichés problémák a hazavitel után. Később visszatérve e témához arra hívtuk fel a figyelmet, hogy éppen a csecsemő és kisded-korú gyermekeknek van legnagyobb szüksége a töretlen szülő—gyermek kapcsolatra (6). Ennek ellenére, 1982—83-as felméréseink még mindig azt mutatják, hogy az ország gyermekosztályainak tekintélyes hányadában még nem valósították meg a naponkénti látogatást (7).

E közleményünkben ismét e fontos problémára kívánjuk felhívni a figyelmet. Vizsgálatainkban a kórházi ápolás során okozott pszichés problémákkal, ill. ezek egy részének kivédésével foglalkoztunk. Naponta, ill. ritkán látogatott beteg gyermekek és szüleik kérdőíves, valamint interjú formájú véleményének elemzése képezi cikkünk anyagát.

Módszerek

1. Kérdőíves összehasonlítás a naponta, ill. hetente 1—2 alkalommal látogatott gyermekosztályokon

A klinika egyik általános profilú belosztályáról küldtünk ki kérdőíveket, olyan 4—12 éves korú gyermekek szüleinek, akik legalább 10 napig voltak kórházban és azóta legalább 3 hónap telt el, de nem több, mint 1 év. A vizsgálat a Guilford-féle páros összehasonlítás matematikai statisztikai módszerén alapul (3).

A szülőknek 36 kérdéspár közül kellett kiválasztaniuk az általuk fontosabbnak ítéltet. A kérdések a gyermek magatartására, étvágyára, szokásaira, élményeire stb. irányultak és a kérdések más-más párosításban ismétlődtek. Így a választás (preferencia) következetessége jól lemérhető és a két csoport (naponta, ill. ritkán látogatott gyermekek szülei) egymással összehasonlítható volt. Összesen 24, ill. 26 szülő küldött vissza kérdőívet.

2. Szabad interjú a volt betegekkel

A naponta, ill. ritkán látogatott csoportba tartozó gyermekekkel történt beszélgetések során azok elmondhatták, mire emlékeznek szívesen vagy nem szívesen a kórházi ápolás idejéből, ill. egyetlen kérdésre válaszolniuk kellett, hogy ti. „Mi volt a legrosszabb a kórházban?”

Összesen 27 gyermekkel készítettünk ilyen interjút (12 naponta látogatott, 15 ritkán látogatott). Életkoruk 5 és 12 év között volt.

3. Szóasszociációs próba

14 naponta látogatott és 20 ritkán látogatott, 5—12 év korú gyermekkel végeztettük el ezt a próbát. A vizsgálat során a gyermekeknek 30 ún. ingerszóra kellett egy másik szót asszociálniuk. A közömbös in-

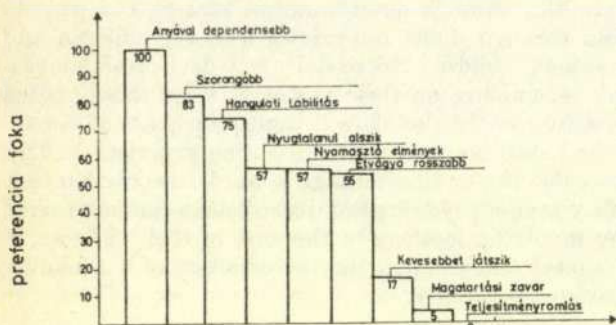
* Az ugyanezen számban közzétett recenziót az olvasó figyelmébe ajánljuk.

gerszavak között 7, a kórházzal kapcsolatos szó is volt, mint pl. fáj, seb, vér, orvosság stb. A reakcióidőt stopperrel mértük.

Eredmények

1. A kérdőíves összehasonlítás során a naponta látogató szülők mindegyike első helyre rangsorolta az „anyától dependensebb”, azaz ragaszkodóbb (a kérdőíven „anyásabb”) megállapítást (1. ábra). A szorongás,

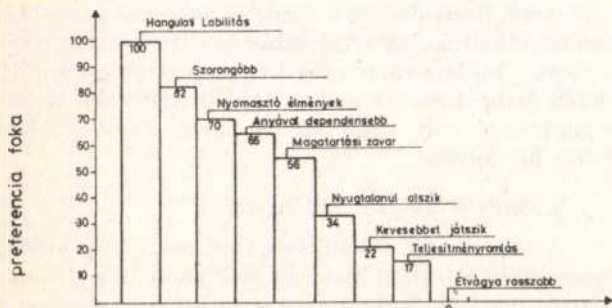
NAPONTA LÁTOGATÓ SZÜLŐK PREFERENCIA TÉNYEZŐI



hangulati labilitás, mint a kórház-betegség természetes következményei a 2. ill. 3. helyen szerepeltek. Magatartási zavart csak a szülők 5 százaléka észlelt.

A ritkán látogatott gyermekek szülei egyöntetűen a hangulati labilitás rangsorolták első helyre. Magasabb arányban jeleztek nyomasztó élményeket a gyermek beszámolója alapján és 56 százalékban fordult elő magatartási zavar ebben a csoportban. Az anyához való fokozottabb kötődés kevésbé volt gyakori, mint a naponta látogatott csoportban.

RITKÁN LÁTOGATÓ SZÜLŐK PREFERENCIA TÉNYEZŐI



A kérdőíves válaszok következetessége mindkét csoportban statisztikailag szignifikáns volt.

2. A gyermekkel készített interjúk során minden megkérdezett gyermek első helyen az anyától, apától, otthontól való elszakadást említette. A különbség a két csoport válaszaik közül kb. így foglalható össze: a naponta látogatott gyermekek szerint a legrosszabb az volt, hogy „nem volt velem mindig az anyukám”. A ritkán látogatott csoportban ez rendszerint így hangzott: „hogy otthagyt az anyukám”.

Figyelemre méltó, hogy a ritkán látogatott gyer-

mekek, mint pozitív élményről számoltak be a nővérek kedvességéről, a naponta látogatottaknak ez természetesen tűnt. A megkérdezett gyermekek mindegyike pozitívumként értékelte, ha játékra, rajzolásra, festésre, gyurmázásra volt lehetősége a kórházban.

3. A szóasszociációs próba során a ritkán látogatott gyermekek kritikus szavakra adott reakcióideje szignifikánsan hosszabb volt, mint a naponta látogatott csoporté (1. táblázat). Ez azt jelenti, hogy a ritkábban

1. táblázat. A szóasszociációs próba eredménye a naponta, és a ritkán látogatott gyermekeknél

Betegcsoport	Életkor	Reakció-ideje átlaga (sec)	
		közömbös szavak	kritikus szavak
Naponta látogatott gyermekek (n=14)	5—12	1,7	1,9
Ritkán látogatott gyermekek (n=20)	5,5—12	2,1	3,1

látogatott gyermekek számára nagyobb pszichés erőfeszítést jelent a negatívumokat hordozó emlékek elfojtása.

Megbeszélés

Robertson (8) úttörő munkássága óta egyre nagyobb figyelem irányul világszerte a kórházban ápolott gyermekek pszichés traumatizációjának kivédésére. A betegség, fájdalom és idegen környezet káros hatását megelőzve, a szülőktől való hosszabb távollét, szeparáció jelenti a legsúlyosabb lelki terhet e gyermekek számára.

Kérdőíves vizsgálatainkban jelentős különbséget találtunk a naponta, ill. ritkán látogató szülők preferencia tényezői között. A napenkénti látogatás után is megnőtt a dependencia, vagyis a gyerekek jobban „csüngtek” anyjukon. Komolyabb magatartási zavart, teljesítmény vagy étvágyromlást azonban nem tapasztaltak. A ritkábban látogatott csoportban ezzel szemben dominált a hangulati labilitás és gyakrabban számoltak be nyomasztó élményekről.

Mint arra Robertson (8) rámutatott, a kórházba került gyermekek viselkedésében 3 fázis figyelhető meg:

1. A tiltakozási fázis néhány órától néhány napig tarthat és ezalatt a gyermek sír, dobálja magát, elfordul még a kedves közeledéstől is.

2. A reménytelenségi fázisban a gyermek csendesen fekszik vagy ül, látszólag teljesen nyugodt, de figyelmes szemlélő számára jól láthatóan letört, depressziós.

3. A megtagadási fázisban a gyermek ismét vidámnak tűnik, játszik és kedves az ápoló személyzethez. Valójában az történt, hogy a szülők távollétét tovább nem bírva, a gyermek „megtagadja” őket, „kiiktatja” őket tudatából. Ha tartós a szeparáció, megszakadhat a szülő—gyermek kapcsolat folytonossága és ezt nehéz ismét helyreállítani.

Douglas (2) retrospektív vizsgálatai szerint összefüggés volt az 5 éves kor előtti kórházi bennfevés és a

serdülőkorban jelentkező olvasási (!) zavarok között. Eredményeit mások is megerősítették (4).

A szóasszociációs próba során volt betegek közül a ritkán látogatottak jóval hosszabb reakció-idővel reagáltak az ún. kritikus szavakra, mint a naponta látogatottak. Ez azt mutatja, hogy a „kórház”, „injekció” stb. szavakhoz asszociált kellemetlen élmények elfojtása sokkal nagyobb erőfeszítést igényel az előbbi csoportban, mint azoknál, akik a kellemetlen beavatkozások során is élvezhették szüleik aktív támogatását és nem voltak magukra hagyva e nehéz periódusban.

A látogatás hiányát a mi betegek úgy fogalmazzák meg, hogy „otthagytott az anyukám”. Ez is világosan mutatja, hogy — különösen az óvodáskorú gyermekeknél — nem lehet sem racionálisan elmagyarázni, hogy hosszú ideig elszakítják őket szüleiktől, sem orvosi, nővéri kedvességgel pótolni a szülő—gyermek kötődést. Természetesen a pszichés károsítás mértéke függ attól, hogy milyen kedvesen vagy éppen hidegen bának a gyermekkel, hogy van-e játék és tanulási lehetőség stb. De végső soron a legfontosabb, hogy biztosítsa-e a kórház vagy klinika a család további funkcionálását a kórházi körülmények között. A WHO számára készített felmérés szerint, ma Európában még nagyon jelentős különbségek vannak e téren (10).

Vannak olyan országok, ahol törvény vagy törvényerejű rendelet biztosítja, hogy a szülő annyi időt tölthet kórházban fekvő gyermekével, amennyit tud (11) és vannak sajnos olyanok — ha jóval kisebb számban is — ahol a gyógyítandó gyermeket a szülők „leadják” és csak gyógyulás után látják viszont. Néhány éve végzett országos felmérésünk szerint ez utóbbi megoldás még hazánkban is meglehetősen elterjedt. A látogatófolyosók egy elavult szemlélet megtestesítői, s míg egyfelől semmilyen közegészségügyi szempont nem indokolja létüket, másfelől a gyermekek megnyugtató helyett éppen felizgatja őket szüleik üvegen keresztül látása (7).

Magyarországon közismerten magas az alkoholizmus, a válás és az öngyilkosságok aránya. Tekintettel arra, hogy a kórházi szeparáció késői pszichés problémákat okozhat és a gyermekek 20—25%-a rövidebb-, hosszabb időre kórházba kerül, egyáltalán nem közömbös az ezzel járó pszichés károsítások kiküszöbölése vagy legalább nagy mértékű csökkentése (1, 9). Bár ez kétségtelenül komplex kérdés és nem független egy ország gazdasági, szociális viszonyaitól, már szemléleti változtatásokkal is rengeteget tehetünk a probléma csökkentésére. Ezek közül a sajátosan gyermekgyógyászati problémák közül csak néhányat kiragadva, ide sorolnánk a következőket:

1. A szülészeti osztályokon az újszülöttek anyjkkal való elhelyezése (rooming-in).

2. Csecsemő-osztályokon a szoptató mamák elhelyezése, és minden szülő számára a kötetlen látogatás

biztosítása, hogy akkor látogathasson, amikor ráér, nem akkor, amikor az osztály számára kényelmes. A szülők bevonása gyermekük ápolásába, etetésébe, az osztály tisztántartásába.

3. Gyermeosztályokon szintén a kötetlen látogatás bevezetése, szülők bevonása az ápolásba, a kezelésekre, a takarításba stb. A játékfoglalkoztatás és oktatás biztosítása.

4. A beteg gyermek pszichés problémáinak oktatása a kórházi személyzet számára.

5. Testvérek számára biztosítani a látogatást, hogy így is segítsük a család integritásának fennmaradását.

6. A gyermekek saját ruhájukat és pizsamájukat használhassák és velük lehessenek kedvenc játékaik.

7. Külsejében a gyermekosztály közelítsen az otthon, de legalábbis az óvoda berendezéséhez, hogy ezzel is csökkenteni tudjuk a kórház pszicho-traumatizáló hatását.

8. Gyermekeket ne ápoljanak felnőtt osztályon, ahol a kórház egyéb stresszhatásai mellett még szokatlan és ijesztő jeleneteknek lehetnek szem- és fültanúi.

Amikor 10 évvel ezelőtt előadásokban és közleményekben felhívtuk a figyelmet a fenti problémákra, úgy gondoltuk, ez gyors változást fog eredményezni a kórházban ápolat gyermekek sorsában. A fejlődés, úgy tűnik, lassú (7, 9). A szemléletmódbeli változásokhoz a társadalmi igényre is szükség van, hogy tehát a szülők is sürgessék ennek szükségességét. De a legfőbb: szélesíteni azon orvosok és nővérek körét, akik megértik és átérzik a gyermekek problémáját és aktív tevékenységet fejtenek ki a kórházi gyermekosztályok „humanizálásának” érdekében.

IRODALOM: 1. *Alpár Zs.*: A betegség és a kórház hatása a gyermekre. Egészségügyi Munka, 1975. XXII., p. 5. — 2. *Douglas, J.*: Early hospital admission and later disturbances of behavior and learning. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1975, 17, 456. — 3. *Guilford, J. P.*: Psychometric methods. McGraw-Hill, New York, 1936. — 4. *Quinton, D., Rutter, M.*: Early hospital admission and later disturbances of behaviour: an attempted replication of Douglas' findings. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1976, 18, 447. — 5. *Révész T. és mtsai*: Összehasonlító vizsgálatok naponta látogatott és hetente egyszer látogatott klinikai gyermekosztályon. *Orvosi Hetilap*, 1976, 117, 2355. — 6. *Révész T. és mtsai*: Még egyszer a gyermekek kórházi látogatásáról. *Orvosi Hetilap*, 1980, 121, 1977. — 7. *Révész T., Schuler D.*: Gyermekkórházi kultúra hazánkban. Múlt, jelen és jövő. *Orvosi Hetilap*, 1984, 125, 1677. — 8. *Robertson, J.*: Young children in hospital. Tavistock Publication, London, 1958. — 9. *Schuler D.*: Iatrogen ártalmak jelentősége a gyermekgyógyászatban. *Gyermekgyógyászat*, 1986, 37, 8. — 10. *Stenbak, E.*: Care of children in hospital. WHO Publications, Genf, 1986. — 11. *The Welfare of Children in Hospital*. Central Health Services Council London, 1959. — 12. *Vernon, D. T. A., Schulman, J. L., Foley, J. M.*: Changes in children's behaviour after hospitalization. *Am. J. Dis. Child.*, 1966, 111, 581.

(Bakos Márta dr. Budapest, pf. 83. 1450)



1. Agy „in situ” boncolása
2. Kivett agy boncolása I.
3. Kivett agy boncolása II.
4. Fej boncolása és metszetei I.
5. Fej boncolása és metszetei II.
6. Fej boncolása és metszetei III.
7. Nyak boncolása I.
8. Nyak boncolása II.
9. Mellüreg boncolása I.
10. Mellüreg boncolása II.
11. Hasüreg boncolása I.
12. Hasüreg boncolása II.
13. Retroperitoneum

A hihetetlen mértékben megnövekedett új információk feldolgozása és alkalmazása szinte megoldhatatlan feladat elé állítja egy-egy szakterület művelőit az orvosi gyakorlatban. Emellett az egyszerű már megszerzett ismeretek is igénylik a naprakész aktív tudást. Az anatómiai alapismeretekre vonatkozóan különösen érvényes ez a manuális szakok esetében. A szerzők az összeállításukkal ez utóbbi esetben igyekeztek hathatósan segíteget nyújtani.

Az anatómiát 25 témakörben dolgozták fel. Az egyes témaköröket eredeti preparátumok színes diafelvételei alkotják. Minden egyes témakörhöz 20-25 sorszámozott és indexszámmal jelölt dia tartozik írott szöveggel és kazettás hanganyaggal. Így az egyes témák hanganyaggal együtt, illetve anélkül a szöveg olvasásával is tetszés szerint vetíthetők vagy visszajátszhatók. Az egyes témakörök hanganyagának lejátszási ideje kb. 20-25 percig tart. Így az alkotók lehetőséget teremtettek ahhoz, hogy egy-egy részterület anatómiáját a használók rövid idő alatt átismételhessék, aktívvá téve ezáltal a már megszerzett alapismereteket. A felvételek összeállításánál a szerzőket a funkcionális szemlélet vezette és főleg a nehezebben érthető térbeli helyzeteket és a szervek syntopiáját mutatják be.

A 25 témakört tartalmazó együttes az alábbi felosztásban tárgyalja az anatómiát:

14. Női kismedence
15. Férfi kismedence
16. Érzékszervek
17. Felkar boncolása
18. Alkar boncolása
19. Kéz boncolása
20. Felső végtag metszetei
21. Comb boncolása
22. Alsó végtag boncolása
23. Láb boncolása
24. Alsó végtag metszetei
25. Törzs metszetei

A sorozatból már elkészült 1., 2., 3., 9. és a 10. témaanyag. Hamarosan készen lesz: 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. és a 25. sorszámú anyag rész is.

A szerzők remélik, hogy hasznosan hozzájárulnak e sorozattal az anatómiai alapismeretek elmélyítéséhez, és munkájukat az orvostanhallgatók, gyakorló orvosok és orvosi munkacsoportok is sikerrel és örömmel használják ismereteik bővítésére, illetve aktivizálására.

Az egyes témakörök mutatós műbördobozban, a diák számára speciális tartóval, magyar szöveggel, a használt nomenklatúra összefoglalójával és kazettás hanganyaggal kerülnek forgalomba. A szöveg a magyar mellett német és angol nyelvű változatban is kérhető.

Az egyes témakörök megrendelhetők:

LICENCIA Találmányokat Értékesítő és Innovációs Külkereskedelmi Vállalat
 1051 BUDAPEST Bajcsy-Zsilinszky út 16.
 (Szidor László) 172-894

KISS JÁNOS DR.,
BOHÁK ÁGNES DR.,
VÖRÖS ATTILA DR.
ÉS SZIRÁNYI ENDRE DR.

Ultrahangvezérelt percutan transhepaticus cholecysta punctio szerepe az acut epehólyag-gyulladás kezelésében

Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Kulka Frigyes dr.)
Röntgenológiai Intézet
(igazgató: Csákány György dr.)

A szerzők 11 betegnél végeztek ultrahang vezérelt cholecystapunctiót (UG PTCP) acut cholecystitis kezelésében. A beavatkozásoknak szövődménye nem volt. A módszert alkalmasnak tartják az acut panaszokat okozó és patológiai következményekkel járó epehólyag feszülés megszüntetésére.

Role of percutaneous transhepatic cholecyst puncture directed by ultrasound in treating cholecystitis. The authors have performed ultrasound-directed cholecyst puncture (UG PTCP) in treatment of acute cholecystitis. No complication was observed. The method is regarded as appropriate to cease gallbladder tension causing acute complaints and pathologic consequences.

Az epehólyag-betegségben szenvedők kb. 20%-ánál fordul elő acut cholecystitis (6) és ezek 10–15%-ában gangraena vagy perforáció. Ez viszonylag nagyszámú beteget jelent.

Az acut epehólyag-gyulladás kezelésében a műtét időpontjának megválasztása az epesebészet egyik vitatott területe. Vannak sebészek, akik a korai, mások a gyulladás lezajlása után végzett ún. elektív műtét hívei. Mindkét választási lehetőségnek van kockázata.

Az ultrahang-vezérelt percutan transhepaticus cholecysta punctio (UG-PTCP) új lehetőséget ad az acut cholecystitis — hydrops/empyema cholecystae — kezelése során. Az OTKI I. Sebészeti Klinikáján 11 betegnél végeztük ezt a beavatkozást.

Beteganyag és módszer

Betegeink acut cholecystitis, hydrops/empyema cholecystae diagnózisokkal kerültek felvételre. A típusos, heves jobb bordaív alatti feszítő-görcsös fájdalom mellett minden esetben jól tapintható volt a megnagyobbodott epehólyag. A szokásos klinikai és laboratóriumi vizsgálatok után ultrasonographiás vizsgálat (Brüel-Kjaer Ultrasonónd Scanner Type 1846) történt. Az ultrahangvizsgálat során meghatároztuk az epehólyag nagyságát, elhelyezkedését és a hydrops kiváltó okát. *Lényeges annak a helynek a kiválasztása, ahol a tervezett punctio irányában a peritoneum és az epehólyag között kb. 2 cm vastagságú májparenchyma van.* A tű transhepaticus vezetése akadályozza meg — a beavatkozást követően — az epehólyag tartalmának a peritonealis térbe való kijutását.

A cholecysta punctiót elvégezhetőnek tartottuk, ha acut

Kulcsszavak: ultrahang; percutan cholecysta punctio; cholecystitis acuta

sebészeti beavatkozásra (pl. perforatio miatt) nem volt szükség és a percutan májpunctiót kizáró okok nem álltak fenn (pl. a beteg kooperációjának hiánya, súlyos véralvadási zavar) (2).

Az UG—PTCP minden esetben a jobb subcostalis területen történt, a májpunctiónál használatos mandrinos tűvel.

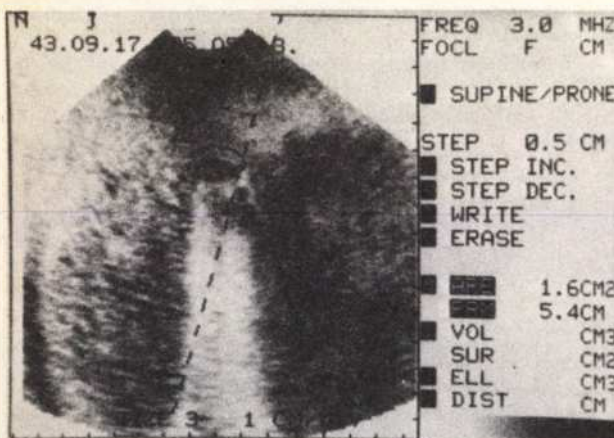
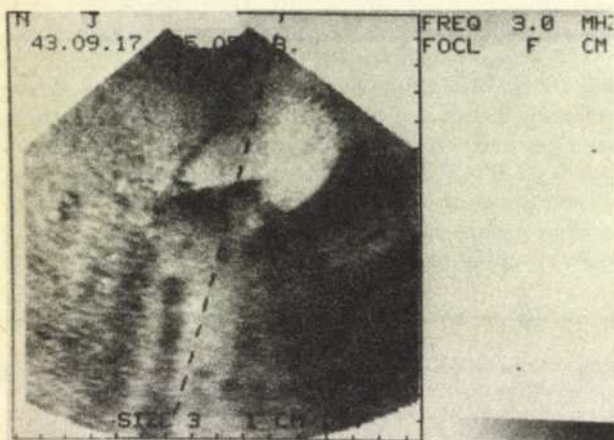
Az UH-vezérelt cholecysta punctiót 11 betegnél végeztük (1. ábra). Betegeink kora 42 és 85 év között volt, közülük egy férfi és 10 nő.

A leszívott epehólyag-tartalom mennyisége 80–140 ml között volt. A punctatumból bakteriológiai vizsgálat történt.

Az első ilyen jellegű beavatkozást 1985. március 20-án végeztük.



1. ábra. Ultrahang felvételek (a—b, c—d)
a) Megnagyobbodott, kőmentes epehólyag (acut cholecystitis). b) UG—PTCP közben készült felvétel. A marker a szúrás irányát jelzi, a nyíl a punctiótól okozta echora mutat. c) A megnagyobbodott, folyadékkal telt epehólyagban számos kő látható. d) Az epehólyag folyadéktartalmának leszívása után csak a kövek okozta hangárnyékok figyelhetők meg.



Esetismertetés

1. K. S. 53 éves beteg felvételére lázas állapot és heves, jobb bordaív alatti görcsös fájdalmak miatt került sor. A fizikális vizsgálat során a jobb subcostalis régióban kb. fű.ököl nagyságú, kifejezetten érzékeny resistencia volt tapintható. Laboratóriumi leleteiből: fvs: 12 600, Faresus: 84 mm/ó, Se. bi. tot: 32,9 nmol/l. UH-vizsgálat: Az epehólyag a szokásosnál jóval nagyobb. Hosszanti átmérője kb. 12 cm, benne kőre utaló belső echo figyelhető meg, széles acusticus árnyékolással. Az epehólyag fala megvastagodott, az epeutak normális tágaságúak. Percutan transhepaticus cholecysta punctióval 85 ml törmelékeny, sárgás-zöldes színű bennéket szívtunk le. A felvétele előtt megkezdett Tetrán-kezelést (2×500 mg iv.) folytattuk. A punctiót követően a beteg panaszai megszűntek és observációjának 5. napján hazabocsátottuk. Három héttel az UG—PTCP után, részletes kivizsgálást követően elektív műtét

et végeztünk. A műtét során, reactiómentes környezetben, enyhén gyulladással falú, csaknem a kövekre simuló epehólyagot találtunk, melyet eltávolítottunk. A histológiai vizsgálat: cholecystis chronica cum exacerbatione acuta. Cholesterin-granuloma az epehólyag falában.

2. G. L.-né, 85 éves beteg felvételére lázas állapot, általános gyengeség és jobb bordaív alatti görcsös fájdalmak miatt került sor. Anamnesisében coronaria-sclerosos talaján kialakult cardialis decompensatio és nephrosclerosis szerepelt. A fizikális vizsgálatnál jobb bordaív alatti izomvédekezést, fű.ökölnyi, rugalmas, kifejezetten érzékeny resistenciát észleltünk. Laboratóriumi leleteiben a gyulladással megerősítő gyorsult süllyedést, emelkedett alk. phosph.- és KN-értéket észleltünk. Az UH-vizsgálat során, nagy, folyadékkal telt epehólyag ábrázolódott, kőre utaló belső echokkal és acusticus árnyékolással. Az epehólyag-punctio során 140 ml enyhén epés színű folyadékot szívtunk le. A beavatkozást követően a beteg panaszai megszűntek. Általános állapota miatt műtétre nem került sor. Egyéb megbetegedései miatt ismételtlen kezelték Intézetünkben, de számottevő (epeút-rendszerre utaló) panaszai nem voltak.

Eredmények

A punctiót követően minden betegünkön azonnal megszűnt a jobb bordaív alatti feszítő fájdalom. Szövődményt nem észleltünk. Antibiotikus kezelést csak akkor kezdtünk, ha a beteg már a beavatkozást megelőzően lázas volt. Az alkalmazott antibiotikum kombináció Gentamycin/Brulamycin-Pembritin volt.

Az epehólyag punctatúmok közül a vizsgálat két esetben sterilnek bizonyult, a továbbiakban E. coli, Streptococcus fecalis és Klebsiella pneumoniae tenyésztett ki. Az elkészült antibioticum érzékenységi vizsgálatok után — eseteinkben — a megkezdett kezelés változtatására nem volt szükség.

Betegeink közül 8 esetben, a tünetek és panaszok megszűntével, részletes kivizsgálás és előkészítés után elvégeztük az elektív cholecystectomiát. A műtétekre a 8. és 22. nap között került sor. A műtét területen a megelőző punctióval összefüggésbe hozható elváltozást, acut vagy subacut cholecystitist nem észleltünk. Az intraoperatív cholegraphia a nagyepeutakban kövességet nem mutatott. Három betegünkön — általános állapotukra való tekintettel — nem végeztünk műtétet. Az UG-PTCP óta eltelt idő (9, 9, 7 hónap) alatt — a punctió megismétlése nélkül — számottevő (epeút-rendszerre utaló) panaszuk nem volt.

Megbeszélés

Burkhardt és Müller 1921-ben cholecysta punctióval készítette az első cholangiographiás vizsgálatot (1). Az első percutan transhepaticus epeút, illetve epehólyag drainage 1979-ben történt. 1984-ben már 36 epehólyag drainage-ről számoltak be (4). McGahan és Walter (5) a percutan epehólyag aspiratiót elsősorban diagnosztikus céllal végezte.

Megítélésünk szerint az UG—PTCP alkalmas arra, hogy a heveny panaszokat okozó és pathológiai következménnyel járó epehólyag-feszülést megszüntesse, a fertőző epehólyag-tartalmat eliminálja vagy csökkentse.

Az acut cholecystitis ún. hagyományos kezelésével, kezelési taktikájával szemben az UG—PTCP egyik nagy előnye, hogy a cholecysta-punctio után a betegek heves, feszítő fájdalmi azonnal megszűnnek.

Az epehólyag-feszülés következtében, az epehólyagfal intramuralis keringése károsodik és a folyamat előrehaladtával áttersztővé válik. A fertőzött epehólyag-tartalom kijut a környezetébe, annak minden következményével. A microcirculatio további romlása miatt az epehólyagfal elhal és perforatio alakul ki. Az időben végzett epehólyag-leszívás után a feszülés megszűnik és az intramuralis keringés helyreáll.

A leszívott váladék bakteriológiai vizsgálata alapján — szükség esetén — célzott antibioticus kezelés végezhető.

A percutan transhepaticus cholecysta punctio indokolt hydrops, illetve empyema által okozott epehólyag-feszülés megszüntetésére. A beavatkozást minden életkorban elvégezhetőnek tartjuk.

A leszívás után a beteg panaszai azonnal megszűnnek, a pathológiai történéssor regrediál és nem alakulnak ki az acut cholecystitis ismert szövödményei. Így lehetőség nyílik a gondosabb kivizsgálásra, a beteg műtéti előkészítésére és elektív műtét végzésére. Ez a betegnek és a sebésznek egyaránt nagyobb biztonságot jelent. Ezzel szemben, hosszabb kezelés és várakozás után, számos „a froid stádiumban” operált betegnél a környezete által körülhatárolt, szétesselt epehólyagot talál a sebész.

Az egyéb szervi megbetegedések miatt súlyos állapotban lévő betegeknel — lehet, hogy csak időlegesen — ezzel a kezeléssel három esetben elkerülhető volt a műtét.

A módszer, a már idézett szerzők (4, 5) tapasztalatai alapján további lehetőségeket is jelent az epebetegségek diagnosztikájában és kezelésében egyaránt.

IRODALOM: 1. *Burkhardt, H., Müller, W.: Versuche über die Punktion der Gallenblase und ihre Röntgendarstellung. Deutscher Zeitschrift für Chirurgie. 162, 168—197, 1921.* — 2. *Lintott, D. J.: Percutaneous transhepatic cholangiography Clinics in Gastroenterology 14, 373—385, 1985.* — 3. *Makuuchi, M., Bandai, Y., Yto, T. et al.: Ultrasonically guided percutaneous transhepatic bile drainage: A singlestep procedure without cholangiography. Radiology, 136, 165—169, 1980.* — 4. *Makuchi, M., Yamazaki, Y., Hasegawa, H. et al.: Ultrasonically guided cholangiography and bile drainage. Ultrasound in Med. and Biol. 10, 617—623, 1984.* — 5. *McGahan, J. P., Walter, J. P.: Diagnostic percutaneous aspiration of the gallbladder. Radiology 155, 619—622, 1985.* — 6. *McSherry, Ch., K.: Chronic and acut cholecystitis Current Surgical Therapy 1984—1985. The C. V. Mosby Co. Saint Louis—Toronto—London 1984.*

(Kiss János dr. Budapest, Pf. 112 1389)

Szerkesztőségi kommentár

Kiss János dr. és mtsai: „Ultrahang vezérelt percutan transhepaticus cholecysta punctio szerepe az akut epehólyag-gyulladás kezelésében” c. közzétett dolgozat, a cikknek a szerkesztőségi feldolgozás és levelezés után készült második változata, amely lényegében az első változattal azonos. Mindössze két esetismertetéssel egészült ki:

Egy klasszikus jobb bordaív alatti görcsökkel, fájdalmas gyulladással rezisztenciával, fokozott vörösvértestszűlyedéssel (84 mm/h) és fehér vérsajt szaporulattal (12 600) —

továbbá egy 85 éves, jobb bordaív alatti görcsökkel, fájdalmas rezisztenciával, lázzal, gyorsult vörös vérszejtsűlyedéssel járó két beteg körleírásával.

A két beteg közül az elsőt három héttel az akut szakasz után megoperálták; a második beteget előrehaladott kora, szívdekompenzációja miatt később sem műtötték.

Lényegében tehát a szerkesztőség kritikai megjegyzései a publikált cikkel szemben változatlanul fennállnak és ezért a szerzőkhöz írt levelünk pontokba foglalt kritikai megjegyzéseit a szerzők egyetértésével kommentárként fűzzük hozzá a közleményhez:

1. A szerzők szerint — és ebben irodalmi adatra hivatkoznak — „az epehólyag-betegségben kb. 20%-ban fordul elő akut cholecystitis és ezek 10—15%-ában gangraena vagy perforatio”. Ez utóbbi számarány az össz-beteganyagra vonatkoztatva 2—3% gangraenát, ill. perforatiót jelent. A gyakorlati tapasztalat ennek ellentmond.

Ez a nagy előfordulási gyakoriság minden valószínűség szerint szelektáltan sebészeti intézetbe való és oda utalt heveny epehólyag-gyulladásokból adódott.

2. Ismerjük az epesebészet „legvitatottabb területét”. Míg régen az idősebb sebész, ill. belgyógyász nemzedék a froid műtött, ill. operáltatott, addig 10—15 év óta vannak sebészek, akik az a chaud-ban végzett műtétet helyezik előtérbe. Megítélésünk szerint az újabb tapasztalatokat is figyelembevéve lehetséges, hogy mindkét eljárás járható út, de aligha hisszük, hogy a két eljárás között kockázati differencia volna az „a froid” műtét terhére. A két alternatíva közötti választást olyképpen megkerülni, hogy az akut cholecystitist punctióval kezeljük, ritka kivételektől eltekintve, szinte megengedhetetlen.

3. Az a froid, ill. a chaud időben végzett műtétnek nagyon kicsiny a kockázata: nagyobb beteganyagon biztosan ki fog derülni, hogy a punctiónak több a kockázata.

4. Szerzők 11 esetben pungáltak terápiás célból: ezek közül 8 esetben később műtöttek! Ilyen formán 8 betegnél, quasi felesleges punctiót végeztek. Egyébként az indikációról az egész dolgozatban nem írnak a szerzők.

5. Az igényes és kritikus olvasó számára elengedhetetlennek tűnik néhány eset részletesebb leírása, mert anélkül nem tudja megítélni a punctiók tevékenységét. Mivel a publikált két eset adatait nem tartottuk elegendőnek, valamennyi beteg lényeges adatainak (láz, vérszejtsűlyedés, jobb bordaív alatti gyulladással rezisztencia, epekó-rohamok az anamnézisben stb.) táblázatba foglalását kértük.

6. Valójában az akut epehólyag-gyulladás kezelési eljárásáról van szó, de nyilván meg kellene adni, hogy mikor kell ezt a terápiás módot alkalmazni. Elfogadható volna például olyan esetekben, ahol a beteg súlyos állapota nem teszi operálhatóvá a beteget.

7. Meggyőződésünk, hogy a józan orvosi megfontolás az epehólyag-punctió javallataként nem fogadhatja el a cikk ama megállapítását, amely szerint „ha akut sebészeti beavatkozásra nem volt szükség és a percutan májpunctiót” — helyesen epehólyag — „kizáró okok nem álltak fenn, a punctiót elvégezhetőnek tartottuk”. Hiszen várni is lehet!

8. A betegek kora 42—85 évig terjed! A 85 évesnél elképzelhető, hogy olykor a műtét helyett a sebész in-

kább választja az epehólyag-gyulladás e „modern” eljárását.

9. Az indikáció pontos körülírása feltétlenül szükséges, mert mennyiben eredmény az, hogy 8 esetben 8—22 nappal a punctió után megoperálták a beteget? Ezek szerint ebben a 8 esetben a punctió feleslegesen történt, és feleslegesen tették ki az eljárás kockázatának.

10. Miért nem lehet az esetek zömében a régi gyakorlat szerint várni és a heveny szak lezajlása után operálni? A punctió eljárás ellentmond minden eddigi sebész-belgyógyászati gyakorlatnak.

11. A „Megbeszélés” fejezet első bekezdésében a szerzők az epehólyag drainageről írnak, de más az epehólyag punctiója és más az epehólyag drainage, aminek nyilván megvan a jól körülírható javallata.

12. Az akut cholecystitis messze túlnyomó többségében köves eredetű, tehát műtéti javallatot képez!

Úgy véljük, a punctió a sebésznek semmiféle dilemmáját nem oldja meg.

13. Az e bekezdésben és az eddigiekben leírtak a klasszikus orvostant valójában teljesen figyelmen kívül hagyják. Ez a gyakorlat nyilván nem veszi számba a klinikai orvostan teljesítőképességét.

14. Az említett 3 esetben lehet az eljárás helyes indikációjáról beszélni, de ehhez az esetek részletesebb leírására lenne szükség.

15. Az akut cholecystitis diagnosztikája hagyományos módon kielégítően megoldható, és kezelése is csak kivételesen képezheti a punctió eljárásnak javaslatát. Ha hagyományos módon járunk el, az akut epehólyaggyulladások messze túlnyomó többségében kisebb kockázattal érünk el eredményt.

AZ BEMUTATÓTEREM

1987. I. félévi kiállítási programja

- APRILIS 14–16.** Kiállítás a LASIS cég, OMKER által forgalmazott laboratóriumi készülékeiből és berendezéseiből.
- MÁJUS 12–13.** Bemutató a BENTLEY cég, általunk forgalmazott termékeiből. A kiállítással egy időben a cég szakemberei előadást tartanak membrán oxigénátorok témájában.
- MÁJUS 26–28.** Kiállítás az OMKER V. kereskedelmi osztálya által forgalmazott kórházi és laboratóriumi bútorokból (bútorújdonságaiból).
- JÚNIUS 9–11.** Kiállítás az OMKER II. kereskedelmi osztálya által forgalmazott egyszer használatos termékeiből.

KÜLÖN FELHÍVJUK FIGYELMÜKET AZ OMKER

évenként egyszer megrendezésre kerülő nagyszabású
ORVOSI MŰSZER- ÉS KÉSZÜLÉK KIÁLLÍTÁSÁRA,
melyet 1987. március 24–27-e között rendez a
Simmelweis OTE elméleti tömbjében, Bp. VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt.

OMKER BEMUTATÓTEREM

Budapest, VI. Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.

Nyitva: 9–16 óráig



MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

A PROGRAMBAN VÁLTOZÁS LEHETSÉGES!

Humán- és sertésinzulin kötődése az egészséges és I., illetve II. típusú cukorbetegek vörösvértest- és monocyta receptoraihoz

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

(igazgató: Schweiger Ottó dr.)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Belklinika

(igazgató: Holló István dr.)

A szerzők összehasonlították a 125-I-humán és 125-I-sertés monojódi inzulin kötődését a vörösvértestek és monocyták inzulinreceptoraihoz. A sejteket egészséges, inzulinnal kezelt, normálsúlyú és inzulinkezelést nem igénylő elhízott cukorbetegek véréből izolálták. Nem találtak eltérést a kétfajta inzulin kötődésében.

The receptor binding of iodinated human and porcine insulin to erythrocytes and monocytes of normals, type I and type II diabetics. The receptor binding of 125-I-(A-14)-human and 125-I-(A-14)-porcine insulin to blood cells was investigated. There was no difference in the binding of the two different insulins to red blood cells or monocytes of normals, type I and type II diabetic patients.

Az emberi inzulin izolálását, kristályosítását már az 1960-as években elvégezték, megállapították a molekula összetételét is (10, 12).

Éhgyomri vércukor: $7,9 \pm 1,5$ mmol/l. 8 pontos vércukor profil napi átlaga: $8,8 \pm 1,6$ mmol/l. Bazális inzulin szint (IRI): $156,3 \pm 24,8$ pmol/l.

A humán inzulin nagyon hasonló a sertés inzulinhoz, egyetlen különbség, hogy a B lánc C-terminalis alaninja helyett treonint tartalmaz. A bovin inzulinból már 3 aminosavban tér el (A8, A10, B30). A humán inzulin ipari méretekben való gyártása megoldott, klinikai gyakorlatban való kipróbálása folyamatban van, de a humán inzulinra történő átállítás indikációi, előnyei még nem egyértelműen tisztázottak. Számos vizsgálatot végeztek, in vivo és in vitro körülmények között a sertés és natív, ill. félszintetikus emberi inzulin hatásának összehasonlítására (3, 8, 11, 15).

A betegek csak diétás kezelést kaptak. Más, szénhidrát-anyagcserét befolyásoló betegségeik nem volt, egyéb gyógyszerrel nem szedtek.

Módszerek

A vércukrot GOD-Perid (Boehringer, NSZK) eljárással mértük.

Az inzulin MTA RIA Kittel, a C-peptidet 125-I-tirozil C-peptid (Hoechst, NSZK) és antihumán C-peptid kecskesavó felhasználásával radioimmún módszerrel határoztuk meg. (4)

Hazánkban jelenleg már folyik a humán inzulin klinikai kipróbálása, magunk a kétfajta inzulin kötődésének in vitro vizsgálatát végeztük frissen izolált vörösvértestek és monocyták inzulin receptoraihoz.

A vörösvértestek szeparálását és az inzulinreceptorok vizsgálatát előzetesen leírt módszerünkkel végeztük (7), melynek során 30 ml vérből gradiens centrifugálással izoláltuk a sejteket. A vörösvértesteket (5×10^9 vvt (reakció elegy) 34 pmol/l mono-125-I-(A-14) sertés, vagy azonos mennyiségű mono-125-I-(A-14)-humán inzulin (NOVO, Dánia) és növekvő koncentrációjú ($0-6 \times 10^3$ nmol/l) jelöletlen sertés vagy humán inzulin (NOVO, Dánia) jelenlétében inkubáltuk (15°C , 3 ó). A monocyták (10^7 sejt/reakció elegy) esetében csak a maximális specifikus kötést mértük, mert 30 ml vérből több monocyta nem nyerhető.

A sejteket szilikon olajon át centrifugáltuk és a sejtekhez „kötött”, illetve a „szabad” radioaktivitás arányából számítottuk a specifikus kötési százalékot a 6×10^3 nmol/l inzulin koncentráció mellett mért, aspecifikus kötési érték levonása után.

A receptorok kötési kapacitását, illetve affinitását a leszorítási görbe adatainak Scatchard-féle analízisével számítottuk, mikroszámítógép segítségével. (7)

A vörösvértestek esetében csak a nagy affinitású és kis kötőkapacitású — fiziológiailag jelentős — receptorokat vettük figyelembe, és ezeknek az adatait adjuk meg.

Beteganyag

Az adatoknál az átlagot és az SD-t adjuk meg.

Normál csoport: 11 egészséges egyén (7 férfi, 4 nő).

Életkoruk: 23—36 év ($27,2 \pm 3,7$ év). Testsúlyuk: a normál súly százalékában $105 \pm 2,7\%$.

I. típusú (IDDM) cukorbeteg csoport: 14 (9 férfi, 5 nő), normál súlyú „inzulin dependens-diabetes mellitusos” beteg. Életkor: 17—36 év ($24 \pm 7,4$ év). Testsúly: a normál súly százalékában: $98 \pm 2,6\%$. Betegség tartama: 3—14 év ($8 \pm 3,8$ év). Éhgyomri vércukor: $8,4 \pm 1,5$ mmol/l. 8 pontos napi vércukor profil átlaga: $9,6 \pm 2,4$ mmol/l. Therapia: naponta $2 \times$ adott intermedier és gyorshatású inzulin (34 ± 14 E/nap). Basális C-peptid szint: $0,124 \pm 0,05$ nmol/l. Stimulált érték: 40 g szénhidrátot és 20 g fehérjét tartalmazó testreggeli után: $0,157 \pm 0,06$ nmol/l.

II. típusú (NIDDM) cukorbeteg csoport: 12 elhízott, „nem inzulin dependens diabetes mellitusos” egyén (6 férfi, 6 nő; életkor: 45—68 év; $58,5 \pm 9,3$ év). Testsúlyuk: a normál súly százalékában: $138 \pm 12\%$. Diabetes tartama: 5—13 év ($9,4 \pm 2,6$ év).

A sejtek felszínén elhelyezkedő receptorszám (receptor/sejt) kiszámítása a jelenleg rendelkezésünkre álló módszerek hiányossága miatt afiziológiás értékeket ad. A meghatározás ugyanis grafikus úton történik: a sejtekhez kötött, illetve kötetlen- (szabad) inzulin arányát ábrázoljuk a sejtek által megkötött inzulinmennyiség függvényében.

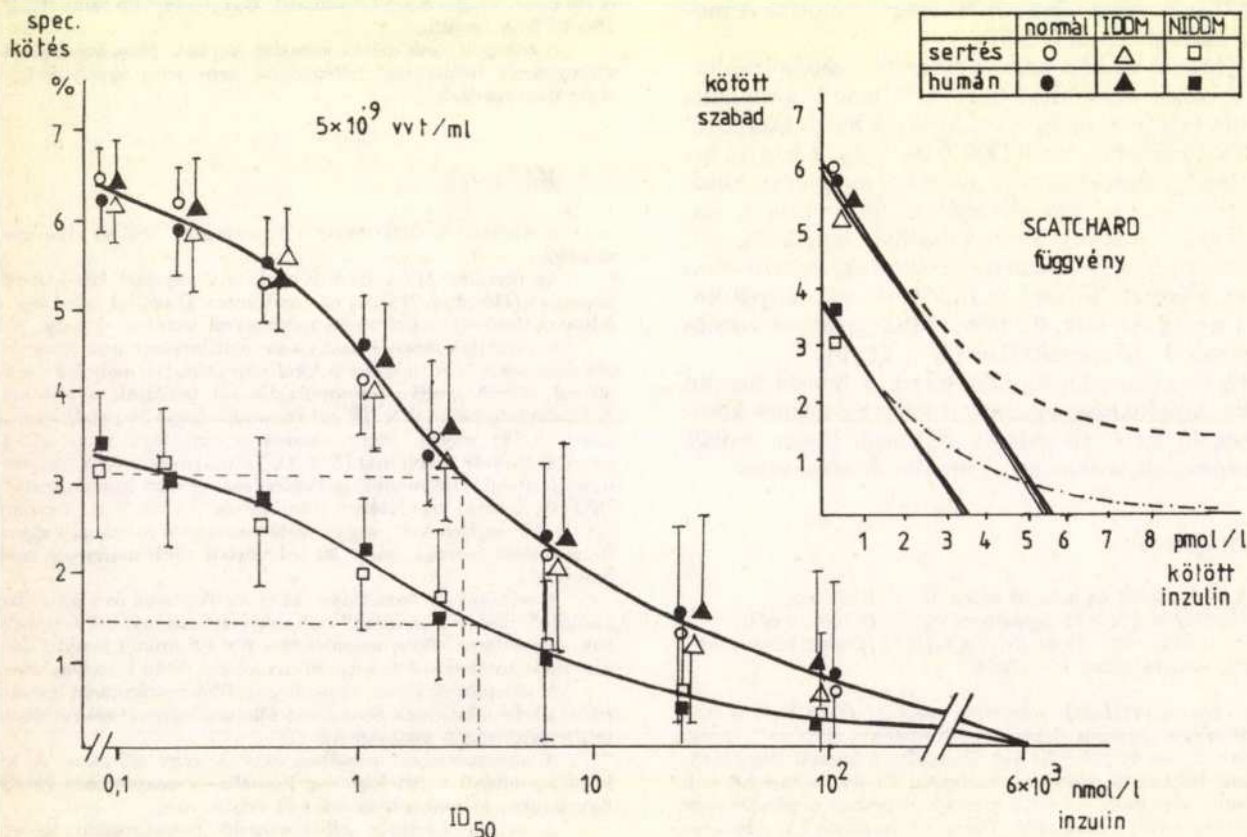
A Scatchard-féle értelmezés szerint a függvény és a vízszintes tengely metszéspontja jelenti az összes receptor kötési kapacitását. A magas inzulin koncentrációjú pontok esetében a reakcióelegyben levő (és a mérést lehetővé tevő) jelölt inzulin csak töredéke a jelöletlen inzulinak, így a görbe és a vízszintes

tengely metszéspontjának szórása is hatalmas nagyságrendi koncentrációkülönbségeket eredményez, mely az értékelést il-lúziórikussá teszi.

Eredmények

In vitro vizsgálatok során nem találtunk a nemek között különbséget a vörösvértestek vagy a monocyták inzulin-kötésében. Az IDDM csoportba tartozó nőket luteális fázisuk azonos periódusában vizsgáltuk, hogy kiküszöböljük az ebből adódó különbségeket.

	Vörösvértest				Monocyta	
	Max. spec. kötés %		Kötési kapacitás pmol/l		Max. spec. kötés	
	humán	sertés	humán	sertés	humán	sertés
Normál n=11	6,78 ±0,57	6,72 ±0,61	5,75 ±0,82	5,89 ±0,74	3,69 ±0,62	3,64 ±0,69
IDDM n=14	6,54 ±0,93	6,49 ±0,74	5,65 ±0,85	5,82 ±0,72	3,59 ±1,16	3,63 ±1,29
NIDDM n=12	3,62 ±0,69	3,74 ±0,76	3,75 ±0,65	3,63 ±0,74	1,91 ±0,71	1,82 ±0,82



1. ábra. A vörösvértestek specifikus inzulin-kötésének változása növekvő koncentrációjú jelöletlen inzulin jelenlétében. A 125-I-(A-14)-humán (sötét jelek) és 125-I-(A-14)-sertés (világos jelek) monojódi inzulin kötődése egészséges (O), IDDM (Δ) és NIDDM (\square) betegek izolált vörösvértestjeihez. Az ID_{50} az a jelöletlen inzulin mennyiség, amely a jelzett inzulin 50%-át szorítja ki a receptor-kötésből, a kötési helyek affinitására jellemző érték. A jobb felső sarok-

Amint a táblázat és az ábra adataiból látható, a 125-I-humán és sertés inzulin azonos mértékben kötődött a vörösvértestek és monocyták inzulinreceptoraihoz, akár egészséges, akár IDDM vagy NIDDM csoport betegeit vizsgáltuk. Nem változott az inzulin receptorok kötési kapacitása, illetve azok affinitása (az affinitást a görbe kezdeti meredek szakaszára illesztett egyenes hajlásszöge, illetve a félmaximális leszorítás: az ID_{50} értéke jelzi).

Megbeszélés

A humán inzulin a közelmúltban jelent meg a klinikai gyakorlatban, noha izolálását, kristályosítását már a 60-as években elvégezték (10).

A humán inzulin előállítására jelenleg négyféle módszer ismeretes. 1. emberi hasnyálmirigyből vonják ki, 2. aminosavakból szintetizálják, 3. recombinans DNS-technikával állítják elő, illetve 4. félszintetikus módszerrel a sertésinzulin B-30 alaninját enzimatikusan úton treoninra cserélik fel (3).

A humán inzulin szintetikus előállítása nemcsak nagymértékben csökkentheti a sertéshasnyálmirigy hiányából adódó gondokat, hanem elméletileg a diabeteskezelésben is kedvező lehet, mivel immunogenitása alacsonyabb, és várhatóan nagyobb a biológiai hatékonysága is.

A humán inzulinval foglalkozó tanulmányok eredményei azonban nem egyértelműek. Ismeretesek olya-

ban elhelyezett ábrán a receptorok kötési kapacitása látható. A függőleges tengelyen a kötött és szabad inzulin arányát, a vízszintes tengelyen a kötött inzulin mennyiségét ábrázoltuk. A függvény szerkesztésekor csak a kis kötőkapacitású és nagy affinitású receptorpopulációt vette figyelembe a számítógép. Az egyenes vízszintes tengellyel alkotott metszéspontja a receptorok kötési kapacitását jelzi, míg a meredek ség az affinitást tükrözi.

nok, amelyekben azonos moláris mennyiségű sertés- és humán inzulin hatására azonos anyagcsere-változást észleltek, de a növekedési hormon szintjét a humán inzulin jobban csökkentette (13, 11).

Más szerzők a prolactinszintet észlelték alacsonyabbnak humán inzulinnal történő kezelés során (9), és ellenanyagképző tulajdonsága is gyengébb volt, mint a sertésinzuliné (5). Nem találtak különbséget a kétfajta inzulin hatásában a máj glukóztermelését és a glukóz-clearance növekedését, illetve az inzulin szekréció-, a lipolízis- és a proteolízis-gátlását vizsgálva (6, 15).

Eltérő eredményekről számolnak be a kétfajta inzulinreceptor kötődésével foglalkozó közlemények is. Van olyan, amelyben a humán inzulin kötődését jobbnak találták (2), míg máshol nem észleltek különbséget a kétfajta inzulin kötődése közt, akár az egészségeseket, akár a diabeteszeseket vizsgálták (8, 13, 14).

Vizsgálataink során mi is azt találtuk, hogy a humán inzulin a sertésinzulinnal azonos mértékben kötődik az izolált vörösvértestek és monocyták inzulinreceptoraihoz, a csoportokon belül nem volt különbség, akár egészségeseket, akár I. vagy II. típusú cukorbetegeket vizsgáltunk.

A jelenleg is folyamatban levő klinikai megfigyelések, az irodalom adatai és saját in vitro vizsgálataink alapján úgy gondoljuk, hogy a humán inzulin hatásának mértéke és minősége azonos a sertésinzulinéval. Így nincs különbség a hormonhatás első lépcsőjét jelentő receptorkötődésben sem.

A fentiek alapján úgy véljük, hogy a sertésinzulinnal kezelt, de beállítási problémát jelentő cukorbetegünk kezelésében a megoldás nem a humán inzulinra történő átállítástól várható. Néhány, még nem kellően felmért klinikai indikációs területtől eltekintve (pl. immunológiai problémák, MC-inzulin-allergia, terhesség, rövid ideig tartó inzulinkezelés) az inzulincsere indokolatlan. A humán inzulin előállításának legnagyobb gyakorlati előnye talán, hogy megoldja a növekvő sertés-pankreasz-hiányt, és lehetőséget nyújt olyan cukorbetegnek korszerű kezelésére is, akik pl. vallási tilalmak

miatt (moszlim világ) idegenkednek a sertésből származó készítmények használatától.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton mondunk köszönetet a NOVO cégnek a humán és sertés 125-I-(A-14) inzulin biztosításáért.

IRODALOM: 1. *Arias, P., Kerner, W., Navascues, I.:* Semisynthetic human insulin and purified pork insulin do not differ in their biological potency. *Klin. Wochenschr.* 1985, *62*, 145. — 2. *Bachmann, W. és mtsai:* Binding of biosynthetic human insulin to erythrocytes of normal and insulin dependent diabetic subjects. Comparison with pork and human pancreatic insulin. *Diabetes Care.* 1981, *4*, 215. — 3. *Christensen, S. E. és mtsai:* A double blind study of the efficacy of neutral human and porcine insulin in type I diabetes using a glucose controlled insulin infusion system. *Metabolism.* 1984, *33*, 864. — 4. *Gerő L., Korányi L., Tamás Gy.:* C-peptid radioimmunológiai meghatározás. *Kísérletes Orvostud.* 1979, *31*, 427. — 5. *Heding, L. és mtsai:* Immunogenicity of monocomponent human and porcine insulin in newly diagnosed type I (insulin dependent) diabetic children. *Diabetologia.* 1984, *27*, Suppl. 96. — 6. *Home, P. D., Alberti, K. G. M. M.:* Human insulins. *Clin. Endocrinol.* 1982, *11*, 453. — 7. *Kautzky L., Korányi L., Halmos T. és mtsai:* Az inzulinkezelés csökkenése inzulin kezelést nem igénylő fiatal cukorbeteg vörösvérsejtjein. *Orvosi Hetilap* 1985, *126*, 2771. — 8. *Keefer, L. M., Piron, M. A., DeMeys, P.:* Human insulin prepared by recombinant DNA technique and native human insulin interact identically with insulin receptors. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1981, *78*, 1931. — 9. *Landgraf-Leurs, M. M. C., Brugelman, I., Kammerer, S.:* Counterregulatory hormone release after human and porcine insulin in healthy subjects and patients with pituitary disorders. *Klin. Wschr.* 1984, *62*, 659. — 10. *Mirsky, I. A., Jinks, R., Perisutti, G.:* The isolation and crystallisation of human insulin. *J. Clin. Invest.* 1963, *42*, 1869. — 11. *Müller R. és mtsai:* Comparison on the effect of semisynthetic human insulin on glucose kinetics, plasma free fatty acid and amino acid levels in men. *Horm. Metabol. Res.* 1984, *16*, 271. — 12. *Nicol, D. S. H., Smith, L. F.:* Amino acid sequence of human insulin. *Nature.* 1960, *187*, 483. — 13. *Prager, R., Schernthaner, G.:* Comparison of insulin receptor binding to monocytes in newly diagnosed type II diabetes mellitus. *Horm. Metab. Res.* 1982, *14*, 561. — 14. *Prager, R., Schernthaner, G.:* Insulin binding of human and porcine monocomponent insulin to monocytes in type I (insulin-dependent) diabetic patients and control subjects. *Diabetologia.* 1983, *25*, 235.

(Kauszky László dr. Budapest, Pf. 1. 15 29.)

BEVEZETÉS AZ AKUPUNKTÚRA GYAKORLATÁBA

C: a 3 órás videoanyagot megrendelheti szakcsoportunknál. A programot az 1985-ben az USA-ban kiadott ACUPUNKTURE A COMPREHENSIVE TEXT című könyv alapján szakértők közreműködésével állítottuk össze.

Ára: 5000,— Ft/kazetta

Címünk: Art Komplex Kulturális Szolgáltató Kiszövetkezet
POLIÉDER szakcsoport 1431 Budapest, Pf. 154.

A
Tudomány,
a Scientific American
magyar kiadásának

rákkutatási különszáma

megvásárolható, illetve rózsaszín
postautalványon megrendelhető
a szerkesztőségben,
Budapest, Sánc u. 3/b 1016.

A TETTENÉRÉS KÜSZÖBÉN

a
TUDOMÁNY

rákkutatási különszáma,
ára 140 forint.

SIMON LÁSZLÓ DR.
ÉS JÁVOR ANDRÁS DR.

A számítógép alkalmazása a gastroenterológiában

Tolna Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Simon László dr.)
és Dokumentációs és Információs Központ, Szekszárd
(főorvos: Jávor András dr.)

A szerzők ismertetik a Tolna megyei Kórházban kifejlesztett, számítógéppel támogatott komplex gastroenterológiai információrendszer elméleti alapjait és a gyakorlatban már megvalósított, a mindennapi munkában működő rendszer-elemeket. Az információrendszer három alrendszerből áll, a *klinikai alrendszer* az emésztőszervi betegek adatainak tárolását és feldolgozását végzi el, csökkentve ezzel az orvosok manuális adminisztrációs munkáját. A „kockázat-specifikus” *gondozási alrendszer* a folyamatos ellenőrzésre szoruló magas veszélyeztetettségű betegek gondozását automatizálja, összefogva ezzel az alapellátás és a gastroenterológiai centrum gondozási tevékenységét. A *szakértői rendszerek* fejlesztését is megkezdték, ezek áttekintését külön közleményben tervezik.

Computer aid in gastroenterology. The theoretical basis and the already working practical elements of a computer processed complex gastroenterological information system are reported by the authors. The system was developed in the Tolna County Teaching Hospital, and can be divided into three parts: the task of *clinical support subsystem* is the storing, analysis and retrieval of data of patients suffering from gastrointestinal diseases. This activity decreases the manual clerical work and helps the routine administration and clinical evaluation at the gastroenterological ward. The „risk-specific” *surveillance subsystem* deals with patients that need a special follow-up in respect of cancer development, therapeutical or rehabilitational risk. This work coordinates the surveillance activity of primary health care and gastroenterological centre, and eliminates the contradictions and overlapping in this circle. The development of *expert systems* is in progress.

„Miért nem vásárolják és használják a gastroenterológusok a számítógépet ugyanúgy, mint endoscopjaikat” — így kezdte *Spiro* azt a bevezetését, amelyet a problémakör jóformán egyetlen részletes összefoglalásához (2) írt 1984-ben. Valóban — az orvostudomány más területeihez képest a technikai újításokhoz (száloptika, ultrahang, lézer, stb.) mindig nagy affinitással viszonyuló, és azokat a szakma fejlődésében nagy profittal hasznosító gastroenterológusok relatíve későn és meglehetősen szűk területen kapcsolódtak be az egészségügyi informatika „forradalmába” (11).

A gépi háttér jólismert hiányosságain túlmenően hazánkban ezt a jelenséget a következő főbb okokra vezethetjük vissza:

- a gastroenterológusok — de sajnos ezt általánosabban az egész magyar orvosi karról elmondhatjuk — között az alapvető ismeretek és az oktatás hiánya miatt irracionális ellenérzés alakult ki a számítógépes adatfeldolgozással szemben:

- következésképpen hiányoznak a hazai, orvosi célú, könnyen alkalmazható, „felhasználó-orientált” — „user-friendly” software programcsomagok,

- ezért mind a gépi (hardware), mind a szellemi (software) megközelítés igen drága,

- és nem utolsósorban — az ismerethiány, valamint egészségügyi szisztémánk néhány jellemzője miatt — nem tisztázott az orvosok érdeklősége a számítógépes támogatás bevezetésében.

Ezzel szemben, szerte a világon — a gastroenterológia témakörében is! — számos érdekes kezdeményezésről számoltak be az adatgyűjtés és adatfeldolgozás (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18) a diagnosztikus és terápiás szakértői rendszerek (25) és a gondozás (4, 17, 19) területén.

Hazánkban az első ilyen jellegű munkáról a Szekszárdi OTE I. sz. Belgyógyászati Klinikájáról *Döbrönte* és *mtsai* (3) számoltak be, az elmúlt két év kongresszusain néhány más munkahelyről is hallhattunk előadásokat kezdeti eredményekről.

A szekszárdi Megyei Kórházban 1975 óta folyik a kórházi információrendszer elméleti alapjainak kidolgozása és gyakorlati kifejlesztése (8). Ennek részeként a klinikumban elsősorban a gastroenterológiai informatika területén tudunk előrelépni: 1981-től centralizáltuk a megyei emésztőszervi betegellátást és így azt reméljük, hogy komplex számítógépes rendszerünk modellként szolgálhat más betegcsoportok területi ellátásának támogatásához is.

A rendszer három alapvető eleme: a standardizált gastroenterológiai adatokat feldolgozó és archiváló kli-

nikai alrendszer, a „kockázat-specifikus” gondozási alrendszer, valamint a mesterséges intelligencia alapján működő, orvosi döntéseket előkészítő és támogató „szakértői” alrendszer (25). Alapvető felépítését 1. ábránk mutatja be.

I. Klinikai alrendszer

Az alrendszer feladatköre hármas tagozódású. Alapvető fontosságú az orvos manuális adminisztrációjának csökkentése. A számítógépes hálózat kialakításával kiküszöbölhető a nehézkes és redundáns leletáramoltatás, a vizsgálati eredmények időrabló, felesleges „kettős-hármas” könyvelése. Megfelelő hardware háttér biztosításával a másutt történő szakvizsgálatok és konzíliumok eredményei is gyorsan és könnyen hozzáférhetővé válnak, jól ellenőrizhetők és csoportosíthatók, megkönnyítik a valóban korrekciós zárójelentés szerkesztési munkáit. Mivel a rendszerben strukturált és standardizált fogalmakkal dolgozunk, a számítógépes rendszer alkalmazása elősegíti a differenciáldiagnosztikus és terapiás munka, az orvosi szemlélet egységesítését. Ugyanekkor lehetőséget nyújt a szakmai tévedések objektív megítélésére is, hiszen a diagnosztika „szintjeinek” megfelelően állandóan figyelemmel kísérhetők az egyéni döntések, és az ezeket módosító vagy megváltoztató eszközös vagy morfológiai adatok.

A rendszer jellegéből fakadóan jól megvalósítható

a második nagy feladat: az *adattárolás és adatfeldolgozás*. A korszerű világirodalmi adatbázis és prospektív gondolkodási mód alapján megszerkesztett szakmai szótárak nemcsak a szimplifikált statisztikai adatgyűjtést teszik lehetővé, hanem módot nyújtanak alapvető klinikai tudományos feldolgozásra, az epidemiológiai összefüggések feltárására, esetenként új konklúziók bizonyítására is.

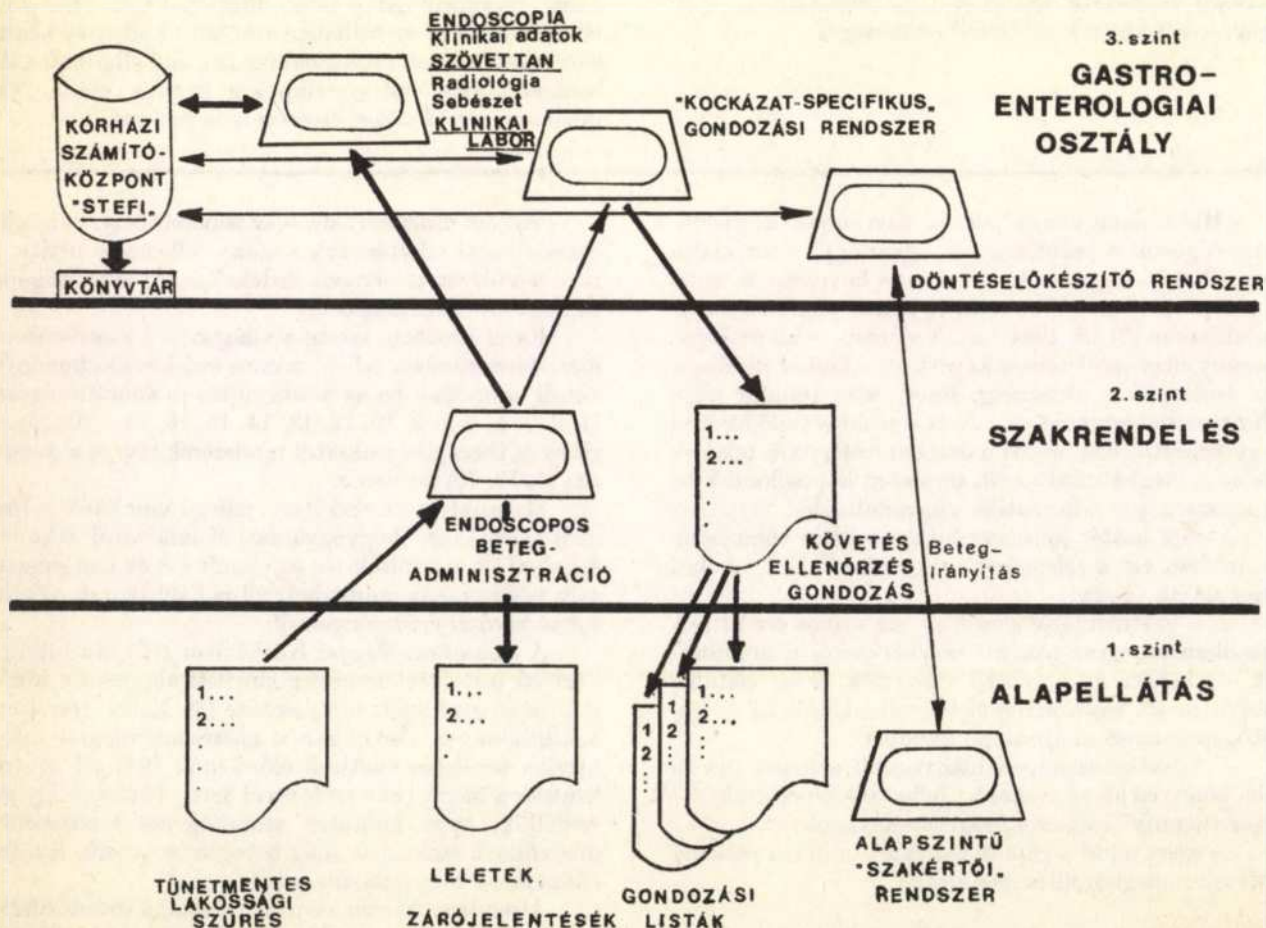
A harmadik feladat kórházunkban az orvostanhallgatók továbbképzése, a megye szakorvosjelöltjeinek felkészítése: az *oktatási munka*. E területen a klinikai támogató alrendszer strukturáltan gyűjti össze az aktuálisan hozzáférhető tudásbázis minden elemét, alkalmazza a világirodalom által elfogadott classificatókat, a kérdés-válasz sorrendek kötelező betartatása objektivitásra nevel, míg megteremti, majd megerősíti a diagnosztikus logika alapjait.

Üzemeltetés

A STEFI (Standardizált Egészségügyi Fogalmakon alapuló Információrendszer) eddigi üzemeltetését R-10 típusú (64 Kbyte központi kapacitású és 10 Mbyte lemezkapacitású) számítógép biztosította, jelenleg folyik az áttérés mikrogépek (MOD-81, VT-16) alkalmazására. Az alrendszer on-line (közvetlen kapcsolat a számítógéppel) üzemmódban, ASSEMBLER programnyelvvvel dolgozik. Működtetéséhez több feltételt kellett egyidejűleg megoldanunk:

a) *Real-time (azonnali válaszidejű) adatbevitel*: orvos-számítógép párbeszédet terveztünk meg, kódolt adatfelvételt kódo-

ábra. A gastroenterológiai információs rendszer felépítése



lasi ismeretek szükségessége nélkül. Az orvosi munka hatékony számítógépes támogatása megköveteli a klinikai adatok azonnali felvételét, hibajavítását, szükség szerinti eldolgozását. Ez a támogatás papírdokumentáció kódolása és utólagos adatrögzítése útján elképzelhetetlen.

b) *Adatfelvétel utáni azonnali nyomtatás:* háttérgép hiánya miatt, esetleges üzemzavar esetén biztonsági tartalékot jelent.

c) *Alkalmazkodás a betegfelvételi programhoz:* nincs szükség a betegek ismételt azonosítására, a személyi szám alapján történik az adatbevitel és a tárolás.

d) *Több terminál egyidejűen működhessen.*

e) *Bővíthető legyen a rendszer.*

f) *A későbbiekben fedje le a teljes gyógyítási-ápolási tevékenységet,* használata közben ne kelljen más dokumentálási módszert választani.

Gyakorlati működés

A számítógépben tárolt fogalomrendszer szükséges adatait ABC rendben jelenítjük meg a képernyőn. Ezek a fogalmak standardizáltak, a számítógépes orvosi szótár részei. A szakmailag összetartozó fogalmak dialógus-orientált gyűjteményéből „menü-sorokat” hozunk létre, amelyből a vizsgáló a megfelelő az első betű, illetve a szomszédaitól meghatározottan elválasztó betűsor leütésével választhatja ki. Minden válaszkódhoz a szótárszerkesztő orvos által megadott, kommunikatív formában megjelenő *mozaik-output* (a számítógép által használt kódok „lefordítása” érthető nyelvre. A szövegszerkesztésnél az egyes kódokhoz tartozó mozaikokból épül fel.) szöveg tartozik.

A beteg összes adatai természetesen csak a típusos esetekben standardizálhatók, így szótárainkkal a várható adatok mintegy 90–94%-át tudjuk előzetesen lefedni. Az esetleges atípusos eltérések, illetve az individuális terápiás utasítások, kórlefolyás dokumentálására szabadszöveges adatbevitelt biztosítottunk. A strukturált anyagban mód van abszolút számok, mérési eredmények (pl. fekély, planimetria) rögzítésére, a később beérkező eredmények (cytologia, biopsia stb.) archiválására is. Ezek az eredmények nyilvánvalóan módosíthatják is az első — endoscopos — megállapításokat, és így a rendszer a tapasztalatszerzés mellett a szakmai ellenőrzés eszköze is lehet.

Az adatbankkal való visszaélés lehetőségét a csak a felhasználók által ismert, titkos kulcsszavak („password”) alkalmazása zárja ki: a rendszer csak ennek ismeretében indítható. Működése gyors: a legbonyolultabb endoscopos lelet leírása is 2–4 perc alatt elvégezhető. A mikrogépek bevezetésével a beruházás: költségigény is csökken, az üzemeltetés pénzügyi feltevélei pedig igen kedvezőek.

II. „Kockázat-specifikus” gondozási alrendszer

A preventív medicina szellemében számos emésztőszervi megbetegedésben szenvedő beteg állapotát, kórlefolyását kell rendszeresen ellenőriznünk. Az ilyen értelemben vett gondozás szempontjából a gastroenterológiában két magas kockázatú csoportot alakíthatunk ki: az onkológiai, valamint a rehabilitációs szempontból veszélyeztetett betegek csoportjait. Mindkét csoportban végzendő surveillance-tevékenység közös eleme, hogy a betegek állapotának monitorozásával megelőzhetővé válik az adott kórlefolyamat romlása, vagy korábban felfedezhető egy új, onkológiai veszélyt jelentő elváltozás megjelenése.

Ugyancsak közös a két essenciális kérdés is: Mivel a folyamatos ellenőrzés gyakorlatilag lehetetlen, hogyan tudjuk meghatározni a monitor-vizsgálatok optimális időpontját? Hogyan tudjuk a minimálisra csökkenteni a felesleges vizsgálatok költségeit? A kérdések megválaszolására Eddy (4) dolgozott ki egy bonyolult computer-modellt.

Saját gondozói alrendszerünk előkészítésénél tekintetbe véve egészségügyi ellátásunk speciális jellem-

zőit, a fentiekben kívül más problémákat is figyelembe kellett vennünk:

a) A gondozás az alapellátás tevékenységi körébe tartozik. A gastroenterológiai rizikó-betegek ellenőrzése viszont magasszintű szakmai ellátást, gyakran nehezen hozzáférhető eszközös vagy laboratóriumi vizsgálatokat igényel, ezért ki kell küszöbölnünk az átfedéseket, a párhuzamos — szakmailag nem azonos szintű! — adatrögzítéseket, és meg kell szerveznünk — lehetőleg automatizáltan — az eddigi, legtöbbször ötletszerű betegirányítást, az alapellátás kezelőorvosa — a rendelőintézet — és az érdemi szakmai gondozást végző gyógyintézet körében.

b) Tekintettel a gondozást igénylő betegek igen nagy számára, objective kell vizsgálni a „cost/benefit” arányt, az ismert és feltételezett rizikófaktorok hosszútávú vizsgálatával le kell szűkítenünk a valóban „magas-kockázatú” emésztőszervi betegségek és állapotok körét.

c) Mivel ilyen nagymennyiségű, az időben változó adat reális feldolgozása manuális módszerekkel elképzelhetetlen, és jelenleg orvosainktól el sem várható, olyan könnyen kezelhető, interaktív üzemmódban dolgozó számítógépes rendszert kellett kifejlesztetnünk, amely már bizonyos „szakértői” elemeket is tartalmaz a felvett kockázati tényezők reális megítélésére (17, 18, 19).

Gondozási csoportok

a) Emésztőszervi rákmegelőzés

Számos kísérletes, epidemiológiai, klinikai és követési tanulmány (18) igazolja, hogy a *nyelöcső* és a *gyomor* területén onkológiai szempontból „magas veszélyeztetettségű” állapotnak, bizonyos esetekben fakultatív rákelőző állapotnak a következő betegségek tekinthetők:

- előrement stricturák
- Barrett-nyelöcső és -fekély
- anaemia perniciosa
- a gyomornyálkahártya — elsősorban atrophias gastritis és intestinális metaplasia talaján kialakuló — dysplasiája
- a gyomor atrophias-metaplasias típusú polypjai
- idült recidiváló gyomorfekélyek
- és a gyomorresectio utáni állapot bizonyos esetei.

Jól ismert az is, hogy a *vastagbél* polyposisainak egy része obligát rákelőző állapotnak tartható. Hazánkban az utóbbi években meredeken emelkedik a vastagbélrákok incidenciája, és igazolt az a megfigyelés is, hogy ezeknek a rákoknak csak elhanyagolható része képződik „de novo” az intakt vastagbél-nyálkahártyán, 92–96%-uk az adenoma-carcinoma átmenet következményeként fejlődik ki. Így alapvető fontosságú:

— a vastagbélpolypok és -polyposisok mielőbbi, szűrővizsgálat jellegű (Haemoccult-test) felfedezése, és ezeknek a betegeknek, valamint az endoscopias és/vagy sebészeti polypectomián átesett betegeknek rendszeres ellenőrzése,

— emellett a vastagbél nem specifikus gyulladással betegségeiben (colitis ulcerosa, Crohn-colitis) szenvedő betegek követése.

b) Klinikai kockázat

A klinikai gastroenterológiában a „magas kockázatú állapot” kifejezés a potenciális daganat-veszélyeztetettségén kívül magába foglalja azokat a megbetegedéseket is, ahol a monitorozás szükségességét az adekvát, effektív terápia ellenőrzése, a recidivák lehetőség szerinti megelőzése, a váratlan klinikai progressziók kivédése és a rehabilitációs és szociális igények indokolják. Így a preventív medicina szellemében szükségesnek tartjuk:

- az emésztéses fekélyek,
- az idült recidiváló pancreatitis,
- a chronicus agresszív hepatitis és súlyos steatososok
- colitis ulcerosa és Crohn-colitis folyamatos gondozását.

A gondozásszervezés számítógépes módszere

A gondozásszervezés számára egy SZM—4—20 típusú számítógép (256 Kbyte központi egység/8 × 2,5 Mbyte lemezkapacitás) terminálja áll rendelkezésünkre a Központi Gastroenterológiai Szakrendelésen, minden nap de. 8—12 óráig terjedő üzemidőben. Az üzemmód on-line, interaktív: a programot MUMPS-compatibilis DIAMS-nyelven írtuk.

Ezen a terminálon a következő műveletek végezhetők:

- a betegek azonosítása,
- a rizikófaktorok felvétele és a visszarendelési idő meghatározása,
- a kapacitásadatok regisztrálása,
- az adatok módosítása és eltávolítása.

A legfontosabb műveletek, a betegek ellenőrzési időpontjának meghatározását automatizáltuk, ezt computer végzi, egy, a rizikóállapot súlyosságát kifejező, empirikusan meghatározott, numerikus score-rendszer alapján. Minden ellenőrzött betegség viszonylatában kidolgoztuk a már bizonyított, valószínű vagy lehetséges kockázati tényezőket és így egy összesen 142 paramétert tartalmazó kérdés-felelet listát nyertünk. Minden paraméterhez egy pozitív vagy negatív számérték tartozik, melyek összessége határozza meg a következő ellenőrzési periódus időintervallumát. Például egy idült gyomorfekély esetében a következő paraméterek és scoreértékeik kerülnek kódolásra: kor, nem, családi előfordulás, esetleges ismert carcinogénikus tényezők, dietetikai adatok, szövettani eredmény (a dysplasia foka), savviszonyok, a fekély lokalizációja, a recidivák száma, súlyossága, frekvenciája stb.

Az összegzett scoreérték által meghatározott vizsgálási periódusokon kívül nyilvánvalóan mód nyílik a gondozó orvos egyéni szempontjai alapján aktuálisan meghatározott időpont-megjelölésre is, az adatok tárolása és a betegirányítás automatizálása ilyenkor is érvényesül.

A rendszer természetesen megfelelő flexibilis, lehetőség van a paraméterek bővítésére vagy megváltoztatására. Az új adatokat a megelőzőekkel együtt rögzíti, így a későbbiekben jelenlegi lineáris heurisztikus modellünk tovább javítható.

A rendszer által nyújtott szolgáltatások és listája:

— havi listát készít a gondozócentrum számára a tárgyhónaphban ellenőrzendő betegek nevének és kórisméjének megjelölésével, a betegbehívásokat elosztja a munkanapok, a leterheltség és a kapacitás figyelembevételével, ellenőrzi a megjelenéseket: ha az adott időpontban nem kerül új adat a beteg-file-ra, a rendszer automatikusan új behívást eszközöl, illetve figyelmeztetést ad ki,

— féléves vagy igény szerinti listát nyomtat az alapellátás orvosainak és belgyógyász sáv-főorvosoknak az általuk ellátott terület gondozott emésztőszervi betegeiről,

— értesítő levelet és postai címkét nyomtat a betegek behívásához.

Ezen túlmenően az összegyűjtött adatok természetesen folyamatosan hozzáférhetők, rendszerezhetők és tudományos igénnyel feldolgozhatók.

Az alrendszer eddigi eredményei és értékelése

A gondozási alrendszer eddigi két éves működése során a rendszerbe felvett és követett betegek megoszlását táblázatunk mutatja be.

táblázat. **A számítógépes gondozásban résztvevő beteganyag megoszlása**

Nyelőcső	
Barret-nyelőcső	4
Nyelőcső polyp	1
Gyomor	
Gyomornyálkahártya dysplasia különböző fokozatai	345
Idült peptikus fekély	234
Polyp vagy polypectomia után	122
Postresectios állapot	89
Epeutak	
Betegek ismert, de nem operált epekövel	32
Endoscopos papillotomia utáni állapot	18
Máj	
Chr. agressív hepatitis vagy steatosis	19
Pancreas	
Chr. recidiváló pancreatitis	134
Vékonybél	
Crohn betegség	6
Peutz-leghers syndroma	2
Vastagbél	
Colitis ulcerosa	44
Crohn colitis	12
Polyp, polypectomián átesett	107
Összesen:	1159

A gondozandó betegek felvételét az osztály és a szakrendelés orvosai végzik az aktuális aktív diagnosztikus és terápiás folyamat definitív befejezése (pl. gyomorfekély endoscoposan és szövettanilag igazolt gyógyulása) után. Ez az interaktív, a gondozottak által jól elfogadott művelet kb. 10 perces munkát jelent. A betegek részéről tapasztalt compliance kitűnőnek mondható, 92,8%-uk megjelent a számítógép felhívására.

A gondozási alrendszer valódi eredményei nyilvánvalóan csak többéves munka után lesznek lemérhetőek: ekkor az összegyűjtött adatok alapján lehetőség lesz a rizikófaktorok valódi értékelésének meghatározására és az ellenőrzött betegségek klinikai lefolyásának („natural history”) pontosabb megítélésére. Addig is, a mindennapi gastroenterológiai gyakorlat számára az alrendszer alkalmazásának előnyeit a következőkben foglalhatjuk össze:

a) összefogja és közös alapra helyezi az alapellátás és a szakmailag magasszínvonalú gastroenterológiai centrumok gondozási aktivitását, kiküszöbölve a betegirányításban jelenleg meglévő ellentmondásokat és átfedéseket;

b) a világirodalom legújabb eredményei alapján kategorizálja a „magas kockázatú” állapotokat, a kört leszűkítve csak a racionálisan ellenőrzendő és ellenőrizhető betegre;

c) csökkenti az ellenőrzés látóköréből kikerülő, „elvezett” betegek számát;

d) a gondozói munka manuális adminisztrációját a minimumra csökkenti

IRODALOM: 1. *Boutron, M. C. és mtsai:* Systeme informatique pour l'étude epidemiologique des cancers digestifs. *Acta Endoscopica* 1984, 14, 167. — 2. *Clamp, S. E. és mtsai:* Diagnosis of inflammatory bowel disease: an international multicentre scoring system. *Brit Med. J.* 1982, 284, 491. — 3. *Döbörönte Z. és mtsai:* Computer aided data processing for digestive endoscopy with the help of a code system. *Endoscopy*, 1975, 7, 1. — 4. *Eddy, D. M.:* Computer models for surveillance of gastrointestinal disorders. *Front. Gastroint. Res.* 1984, 7, 134. — 5. *Feczko, P. I. és mtsai:* A computer-based gastrointestinal information management system. *Radiology* 1984, 152, 297. — 6. *Fries, J. F.:* Time-oriented patient records and a computer

data bank for clinicians. *N. Engl. J. Med.* 1976, 294, 1400. — 8. *Jávor A. és mtsai:* Development of medical information systems in Hungary. *Lecture Notes in Medical Informatics*, 1984, 24, 634. — 9. *Kellogg, C. H.:* Intelligent assistants for knowledge and information resources management. *IJCAI* 1983, 170. — 10. *Lederer, P. C., Ellermann, Ö. H.:* Hopes for computer aid in gastroenterology. *Hepato-Gastroenterol* 1985, 32, 1. — 11. *Levy, E., Rozen, P.:* An introduction to computers. *Front. Gastroint. Res.* 1984, 7, 14. — 12. *Lichtenstein, J. L.:* An overview of Hospital information systems: their relevance to gastroenterology. *Front. Gastroint. Res.* 1984, 7, 27. — 13. *Lovrek, V., Madjaric, M.:* Hospital information system development under conditions of limited hardware resources. *Lecture Notes in Medical Informatics*, 1984, 24, 51. — 14. *Rozen, P.:* Computer assistance in gastroenterology: a review. *J. Clin. Gastroenterol.* 1982, 4, 403. — 15. *Rozen, P.:* Computer aid for gastrointestinal endoscopy units. *Acta Endoscopica* 1984, 14, 151. — 16. *Rozen, P., Levy, E.:* Data management in a gastroenterology endoscopy service: initial experience using a minicomputer. *Front. Gastroint. Res.* 1984, 7, 96. — 17. *Simon L., Benedek Sz., Jávor A. és mtsai:* A magas kockázatú gastroenterológiai betegek számítógépes gondozása. *A Kórház-Rendelőintézet egyes területein elért eredmények*, 1983, Miskolc, 92. — 18. *Simon L., Jávor A.:* Theoretical and practical model of a gastroenterological information system in a country area. *Lecture Notes in Medical Informatics* 1984, 24, 607. — 19. *Simon L.:* The follow-up of patients at high risk for gastrointestinal diseases. Its computerized organization in a county hospital. *Acta Endoscopica* 1984, 14, 193. — 20. *Spiro, H. M.:* Introduction. *Front. Gastroint. Res.* 1984, 7, VI. — 21. *Young, D. W.:* An aid for reducing unnecessary investigations. *Brit. Med. J.* 1980, 281, 1610. — 22. *Young, D. W.:* House officer information system-HOIS. *Int. Biomed. Comput.* 1980, 11, 521. — 23. *Young, D. W.:* Doctors attitudes to a computer based clinical information system. *Methods. Inf. Med.* 1981, 20, 196. — 24. *Young, D. W.:* What makes doctors use computers: discussion paper. *J. of the Royal Society of Med.* 1984, 77, 663. — 25. *Jávor A., Simon L.:* Orv. Hetil., közlésre elfogadva.

(Simon László dr. Szekszárd, Pf. 85. 7101)

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

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

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habituális abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epé-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égesbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja alyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–130 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutios adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égesbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémiában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

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

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

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1ml ampulla

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

KÖZEGÉSZSÉGÜGYI-JÁRVÁNYÜGYI ÁLLOMÁSOK FIGYELEM!

Magyarországon is hozzáférhető a nemzetközileg elismert

TEKNAR

szabad forgalmú szúnyoglárvairtó-szer

Hatékony és környezetkímélő biológiai készítmény a legelterjedtebb csípőszúnyogok lárvái ellen.

Felhasználható: tavak, áradáskor elöntött, lápos, mocsaras területek, agyaggödrök, stb. kezelésére, korai stádiumú szúnyoglárvák ellen 0,75—2,50 liter/ha mennyiségben.

A korszerű biopreparátum használata rendkívül előnyös:

- egyedüli hatékony készítmény a csípőszúnyogfajták lárvái ellen
- melegvérűekre gyakorlatilag veszélytelen
- szelektív hatású a zooplanktonnal szemben

A készítmény szakszerű alkalmazását a **CORAX KKV** vállalja!

A biológiai vizsgálatokat végezte és értékelte:

Országos Közegészségügyi Intézet Dezinszekciós és Deratizációs Osztálya

Keszthelyi Agrártudományi Egyetem Növényvédelmi Intézete

Gödöllői Agrártudományi Egyetem Növényvédelmi Tanszéke

MTA Balatoni Limnológiai Kutatóintézete, Tihany

Eü. Min. engedély sz.: 50.915/86, 52.963/86.

Forgalomba hozza: **CORAX Környezetvédelmi Közös Vállalat, Budapest**

Telefon: 227-666, 223-835

Telex: 22-7082

Levél cím: 1400 Bp. Pf. 90.

Gyártja: **Sandoz AG** (Basel, Svájc)

FORGÁCS ERIKA DR.,
SALGÓ LÁSZLÓ DR.,
HENCZ PÉTER DR.
ÉS DEÁK GYÖRGY DR.

Vérképelváltozások jelentősége az újszülöttkori sepsis diagnosztikájában

Szegedi Megyei Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Újszülött Osztály
(főorvos: Deák György dr.)
Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika
(igazgató: Boda Domokos dr.)

A szerzők az újszülöttkori sepsisben észlelhető vérképelváltozásokat vizsgálták. A *Manroe*-kritériumok alapján 5 haematológiai paramétert összevetve 53 esetből 92%-ban az eredmények alátámasztották a sepsis diagnózisát, ezen belül pedig önmagában véve az Immaturus/Total neutrophil granulocytaszám hányadosa volt a leggyakrabban kórjelző. Az újszülöttek vérképelének gondos értékelése egyéb eljárások mellett jó támpontot nyújt a sepsis korai felismerésében.

Significance of blood count alterations in the diagnosis of neonatal sepsis. Alterations of the blood count observable in neonatal sepsis have been studied. On the basis of Manroe's criteria comparing 5 hematological parameters the results confirmed the diagnosis of sepsis in 92% of 53 cases. Within these the Immaturus/Total neutrophilic granulocyte count quotient was in itself the most frequent pathognostic sign. Careful evaluation of the blood count of neonates provides besides other methods important evidence for early recognition of sepsis.

Az elmúlt évtizedben létrehozott Perinatalis Intenzív Centrumok eredményeként az újszülöttkori mortalitás jelentősen csökkent, de a morbiditás lényegesen nem változott. Ennek okai között jelentős szerepet játszik az infekció. Az újszülöttkori sepsis (u. s.) halálozása még ma is 50% körüli (6).

Az u. s. felismerése nem mindig könnyű, hiszen más-más kóroki tényező hatására az újszülött reakciója szinte azonos: légzési, keringési zavar, acidosis, cyanosis stb. A korai diagnózis, az időben megkezdett kezelés kedvezően befolyásolhatja (2, 4, 9, 10) az u. s. letalításának alakulását. Az infekció jelenlétének igazolására ma már számos módszer áll rendelkezésünkre, mint például: mikrobiológiai vizsgálatok, az IgM-szint meghatározása, akut fázisproteinek kimutatása, határreteg (buffy-coat) vizsgálata stb., de ezek részben időigényesek, részben pedig változó érzékenyséűek.

Munkánk során a mindennapos gyakorlatban használatos vérképvizsgálatokat retrospektíve tekintettük át *Manroe* (7) kritériumai alapján, és próbáltunk összefüggést keresni a fertőzés jelenlétével. *Manroe* a haematológiai paraméterek közül a thrombocytaszámot, a fvs-számot, az abszolút granulocytaszámot, az éretlen neutrophil granulocyták számát, valamint az éretlen/össz. neutrophil granulocytaszám hányadosát (I/T) alakulását követte nyomon.

Anyag és módszer

1982 és 1985 között a szegedi Gyermekklinika Perinatalis Intenzív Centrumában és a Városi Kórház Újszülött Osztályán 53 septicus és 165 egészséges újszülött vérképelét vizsgáltuk. A betegek vérképelének elemzését a klinikai tünetek jelentkezésekor végeztük, minden esetben az első 48 életórában. Egészségesnek tekintettük azokat az újszülötteket, akiknek az első életheten infekcióra utaló tünete nem volt, az anya anamnézisében 12 órát meghaladó idő előtti burokrepedés nem szerepelt, illetve a szülést megelőző egy hónapban az anyának lázas betegsége, légúti vagy húgyúti infekciója nem volt. A sepsis diagnózisát akkor mondtuk ki, ha a klinikai kép mellett laboratóriumi, mikrobiológiai módszerekkel, illetve adott esetben a kórcsonctani lelettel tudtuk alátámasztani.

A vérkép vizsgálata során a nemek között szignifikáns különbséget nem találtunk, ezért feldolgozásunkban eredményeik összevonva szerepelnek. Septicus eseteinkben külön csoportban vizsgáltuk az érett, prae- és immaturus újszülötteket.

A bakteriológiai vizsgálatokat, köztük minden esetben a haemokultúra tenyésztését is, a szokványos módszerekkel végeztük. A B csoportú *Streptococcus* kimutatását a Pharmacia cég Phadebaet Strep tesztjével (Pharmacia, Svédország), illetve az API 20 Strep (API, Franciaország) segítségével végeztük, típusmeghatározás nem történt. A haematológiai paraméterek meghatározásához a szokásos manuális módszereket használtuk (OTKI-OLI Útmutató 1980.). Eredményeink összehasonlítására a Student-féle t-próbát alkalmaztuk.

Eredmények

Az egészséges újszülöttek vérképelének változását mutatjuk be az 1. táblázatban.

A fiziológiásnak tekinthető leukocytosis megszűnik a 3–4. életnapra. Egészséges újszülöttekben az I/T-hányados kórosnak minősülő fvs-szám mellett is a normál határon belül marad.

Kulcsszavak: vérképelváltozások, granulocyták, sepsis
Rövidítések: u. s. = újszülöttkori sepsis. I/T = Immaturus/Total neutrophil granulocytaszám

1. táblázat. Egészséges újszülöttek haematologiai paraméterei

Életkor	thrombo-cytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fvs-szám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	abs. granulocytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fi+pa (%) $\bar{x} \pm SD$	I/T $\bar{x} \pm SD$
1. nap	182 ± 61	12,0 $\pm 4,4$	7,5 $\pm 3,9$	6,4 $\pm 5,2$	0,11 $\pm 0,08$
2. nap	232 ± 80	11,0 $\pm 2,4$	7,1 $\pm 2,3$	3,8 $\pm 2,1$	0,06 $\pm 0,03$
3. nap	210 ± 51	8,7 $\pm 1,7$	4,5 $\pm 1,5$	4,8 $\pm 5,8$	0,07 $\pm 0,05$
4. nap	245 ± 59	8,2 $\pm 1,6$	3,4 $\pm 1,2$	2,1 $\pm 0,9$	0,05 $\pm 0,02$
5. nap	204 ± 69	9,5 $\pm 2,7$	4,9 $\pm 2,3$	4,3 $\pm 2,9$	0,08 $\pm 0,06$

fi+pa = éretlen neutrophil granulocyták aránya a kvalitatív vérképben
I/T = Immaturus/Total neutrophil granulocyták hányadosa

A septicus újszülöttek haematologiai értékeit a 2. táblázatban tüntettük fel súlycsoportok szerinti megoszlásban.

2. táblázat. Septicus újszülöttek haematologiai paraméterei

Súlycsoport (g)	n	thrombocytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fvs-szám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	abs. granulocytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fi+pa (%) $\bar{x} \pm SD$	I/T $\bar{x} \pm SD$
—1500	20	108 ± 50	13,7 $\pm 15,0$	9,6 $\pm 12,3$	13,9 $\pm 9,4$	0,23 $\pm 0,15$
1501—2500	13	112 ± 53	8,2 $\pm 5,3$	4,5 $\pm 3,7$	11,1 $\pm 6,9$	0,35 $\pm 0,24$
—2501	20	94 ± 45	10,9 $\pm 5,4$	7,4 $\pm 4,8$	20,8 $\pm 12,6$	0,55 $\pm 0,54$

fi+pa = éretlen neutrophil granulocyták aránya a kvalitatív vérképben
I/T = Immaturus/Total neutrophil granulocyták hányadosa

Az u. s.-ben az I/T-hányados volt leggyakrabban kórjelző már a sepsis korai szakában is.

Vizsgálati anyagunkban a haemokultúrából kitenyészett kórokozók megoszlását a 3. táblázat jelzi.

3. táblázat. Kórokozók megoszlása septicus újszülöttek haemokultúrája alapján

Kórokozó	n	%
B csoportú Streptococcus	24	45
Escherichia coli	8	15
Staphylococcus aureus	4	8
Klebsiella	1	2
Pseudomonas	1	2
2 vagy többféle baktérium	2	4
egyéb Streptococcus csoport	2	4
Candida albicans	1	2
baktérium nem tenyészett ki	10	18
Összesen	53	100

Az esetek 45%-ában B csoportú Streptococust (*Streptococcus agalactiae*) mutattunk ki. Az egyéb kórokozók között dominált az *Escherichia coli*, 18%-ban viszont nem sikerült a kórokozót izolálnunk.

A B csoportú Streptococcus gyakorisága, valamint az általa okozott súlyos elváltozások arra készítettek bennünket, hogy külön bontásban vizsgáljuk ezen betegek vérképváltozásait. A 4. táblázatban feltüntetett adatok jelzik ezen kiemelt betegcsoport haematologiai paramétereit összehasonlítva az egyéb kórokozók által okozott sepsis vérképváltozásaival.

4. táblázat. B csoportú Streptococcus és egyéb kórokozók okozta septicus állapot haematologiai paraméterei

Súlycsoport (g)	n	thrombocytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fvs-szám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	abs. granulocytaszám ($\times 10^9/l$) $\bar{x} \pm SD$	fi+pa (%) $\bar{x} \pm SD$	I/T $\bar{x} \pm SD$
B csoportú Streptococcus						
—1500	9	104 ± 55	15,8 $\pm 21,5$	11,1 $\pm 17,9$	18,0 $\pm 10,2$	0,34 $\pm 0,25$
1501—2500	6	113 ± 58	8,9 $\pm 5,9$	5,1 $\pm 4,8$	12,3 $\pm 5,3$	0,29 $\pm 0,17$
—2501	9	78 ± 36	13,5 $\pm 5,6$	9,1 $\pm 5,6$	21,6 $\pm 11,2$	0,39 $\pm 0,29$
Egyéb kórokozók						
—1500	11	112 ± 47	12,2 $\pm 7,4$	7,7 $\pm 4,9$	12,3 $\pm 8,3$	0,21 $\pm 0,11$
1501—2500	7	112 ± 53	11,2 $\pm 8,7$	3,9 $\pm 2,9$	10,0 $\pm 8,3$	0,18 $\pm 0,11$
—2501	11	106 ± 49	8,8 $\pm 4,2$	6,1 $\pm 3,8$	20,2 $\pm 14,0$	0,32 $\pm 0,21$

\bar{x} = $p < 0,01$

fi+pa = éretlen neutrophil granulocyták aránya a kvalitatív vérképben

I/T = Immaturus/Total neutrophil granulocyták hányadosa

Megbeszélés

Manroe (7) 1977-ben vizsgálta az u. s. vérképváltozásait. Normálisnak értékelte a thrombocytaszámot $100 \times 10^9/l$ és $300 \times 10^9/l$ között, a fvs-számot $5,0 \times 10^9/l$ és $15,0 \times 10^9/l$ között, az abszolút granulocytaszámot $2,0 \times 10^9/l$ és $10,0 \times 10^9/l$ között, az éretlen neutrophil granulocyták arányát a kvalitatív vérképben 20% alatt és az I/T-hányadost 0,20 alatt. Feldolgozásunkban mi is ezeket a normálértékeket vettük alapul. Akenzua (1), Xanthou (11) és Zipursky (12) az egészséges újszülöttekben az első életnapon észlelt kifejezett leukocytosis miatt a $20,0 \times 10^9/l$ alatti fvs-számot még fiziológiásnak tekintették.

Az 1. táblázatban feltüntetett adatok jelzik, hogy thrombocytaszám lényegesen nem változik, viszont a fvs-szám a 3—4. életnapig fokozatosan csökken, a perifériás vérben az éretlen neutrophil granulocyták alakok aránya kisebb lesz. A fvs-szám infekcióra utaló klinikai és egyéb laboratóriumi eltérések nélkül is nagy szórású mutató, hasonlóan Korányi (6) megállapításaihoz.

A normálnál alacsonyabb, illetve magasabb fvs-szám mellett egészségesekben az I/T-hányados a 0,20-at nem haladta meg.

Az u. s. korai szakában kifejezett thrombocytopenia 50%-ban fordult elő (27/53). *Mondanlon* (8) a septicus újszülöttek 63%-ánál talált kifejezett thrombocytopeniát. Mindhárom súlycsoportban a thrombocytaszám átlaga $120 \times 10^9/l$ alatt volt, de az érett újszülöttekben gyakrabban észleltünk pathológiás értékeket (13/20). A fvs-szám változása nem mindig kórjelző, számos esetben a normálisnak tekintett határon belül maradt. Leukopeniát elsősorban a fatális kimenetelű (8/24), illetve a koraszülött súlyú (11/33) septicus újszülöttekben tapasztaltunk. Az éretlen neutrophil granulocyták aránya nőtt a perifériás vérben, az I/T hányados még normális fvs-szám mellett is a vizsgált betegek többségében kóros volt, önmagában 60%-ban utalt infekcióra (32/53). A betegek 45%-ában B csoportú *Streptococcus* bizonyult kórokozónak. A B csoportú *Streptococcus* sepsis 58%-ban okozott thrombocytopeniát, 5/24 esetben fordult csak elő leukopenia, illetve 8/24-ben leukocytosis, az I/T-hányados pedig önmagában véve ebben a csoportban 70%-ban volt kórjelző. A B csoportú *Streptococcus* infekció a haematologiai paraméterek karakterisztikusabb elváltozását okozta, de az egyéb kórokozók által okozott sepsisben is jól alkalmazható a vérkép vizsgálata. Megállapításunkhoz hasonló *Baker* (2) és *Speer* (9) észlelése is.

Vizsgálati anyagunkban az öt haematologiai paramétert összevetve sepsisben 8%-os álnegativitást, az

egészséges csoportban pedig 24%-os álpozitivitást észleltünk, mely utóbbi döntően a gyakori $15,0 \times 10^9/l$ és $20,0 \times 10^9/l$ közötti fvs-szám következménye ($20,0 \times 10^9/l$ határértéknél az álpozitív esetek száma 12% volt). Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy az egyszerű és gyorsan kivitelezhető vérképváltozások vizsgálatának a jövőben nagyobb szerepet kell kapnia.

IRODALOM: 1. *Akenzua GI* és mtsai: Neutrophil and counts in the diagnosis of neonatal infection. *Pediatrics* 1974, 54, 38. — 2. *Baker C. J.*: Group B Streptococcal infections in neonates *Pediatr. rev.* 1979, 1, 5. — 3. *Benuck I.* és mtsai: Sensitivity of published neutrophil indexes in identifying newborn infants with sepsis. *J. Pediatr.* 1983, 103, 961. — 4. *Christensen, R. D.* és mtsai: The leukocyte left shift of in clinical and experimental neonatal sepsis. *Pediatrics* 1981, 98, 101. — 5. *Conlombell, L.* és mtsai: The number of polymorphonuclear leukocytes in relation to gestational age in the newborn. *Pediatr. Scand* 1971, 68, 709. — 6. *Korányi György*: Újszülöttkori fertőzések. *Medicina*, Budapest 1982, 56. — 7. *Manroe, B. L.* és mtsai: The differential leukocyte count in the assessment and outcome of early-onset neonatal group B Streptococcal disease. *J. Pediatr.* 1977, 91, 632. — 8. *Mondanlon, H. D.* és mtsai: Thrombocytopenia in neonatal sepsis: Time relationship between clinical signs, detection of thrombocytopenia and positiv blood culture. *Pediatr. Res.* 1977, 11, 503. — 9. *Speer, Chr. P.* és mtsai: Early diagnosis of neonatal septicemia. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 1985, 133, 665. — 10. *Squire, E.* és mtsai: Diagnosis of neonatal bacterial infection: hematologic and pathologic findings in fatal and nonfatal cases. *Pediatrics* 1979, 64, 60. — 11. *Xanthou, M.*: Leukocyte blood picture in ill newborn babies. *Arch. Dis. Child.* 1972, 47, 394. — 12. *Zipursky, A.* és mtsai: The hematology of bacterial infections in premature infants. *Pediatrics* 1976, 57, 839.

(Forgács Erika dr. Szeged. Pf. 445. 6701)

A MEDICOR, a MATE Orvostechnikai Szakosztályával
és a Neumann János Számítógéptudományi Társasággal közösen
egészségügyi szoftverbemutatót és -vásárt rendez
a MEDICOR-ban (Bp. XIII., Váci út 48. e—f)

1987. április 7—9 között

A bemutatóra kidolgozott vagy kidolgozás alatt álló, az egészségügy területén alkalmazható orvosi programmal lehet jelentkezni.

A sikeres programokat a MEDICOR kül- és belföldi forgalmazásra díjazás ellenében átveszi.

A legjobbnak minősített programot a társadalmi zsűri külön is egy értékes, új orvosi műszerrel jutalmazza.

Bővebb felvilágosítás és jelentkezés: Kiss Miklós osztályvezető

medicor

MEDICOR,
tel.: 495-130/879

CRUPODEX®

sebhintőpor



A Crupodex sebhintőpor dextranszermert (térhálóított dextransz polimert) tartalmaz 0,1—0,3 mm átmérőjű gyöngyök formájában. Nedvező sebekre szórva magába szívja az exsudatumot, az átitatott réteg rendszeres cserélése biztosítja a seb feltisztulását.

HATÓANYAG

60 g dextranszermert dobozonként.

JAVALLAT

Nedvező, gennyes sebek, pl. ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS

A vízzel vagy fiziológiás sóoldattal átitatott, még nedves sebre kell szórni, kb. 3 mm vastagságban, majd steril kötéssel lazán fedni, a kötést rögzíteni. A Crupodex réteg teljes átitatódása előtt (szürkés-sárgás elszíneződés), általában naponta 1-2 alkalommal, erőteljesen váladékozó sebek vagy fe-

kélyek esetén gyakrabban, kötészváltás szükséges. A kocsonyás réteget fiziológiás sóoldattal kell eltávolítani.

MELLÉKHATÁSOK

A szívóhatás következtében enyhe fájdalomérzés fordulhat elő.

FIGYELMEZTETÉS

Száraz sebekre nem használható. A szem közelében fokozott óvatossággal kell alkalmazni.

A kötést idejében kell cserélni, mert ha a Crupodex telítődik, kéregszerű réteget képez, és nehezen távolítható el. Ha a seb feltisztult és a váladékozás erősen csökkent, más kezelésre kell áttérni. A Crupodex a sima felületeket síkossá teszi, ezért ha a padlóra szóródik, gondosan fel kell takarítani.

MEGJEGYZÉS

✘ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A bőrtakaró idült folytonosság hiánya (ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása stb.) esetén – „Egészségügyi rendelkezés” jogcím megjelöléssel – térítésmentesen rendelhető, ha a beteg hosszabb ideig tartó, otthon is elvégezhető kötözése szükséges.

CSOMAGOLÁS

60 g 30 Ft.



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

KINCSES LÁSZLÓ DR.
ÉS KOLOSZÁR
SÁNDOR DR.,

Endometriosis externában szenvedő steril betegek Danazol kezelése

Szegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők 17 endometriosisban szenvedő steril beteget kezeltek Danazollal. A Danazol adagja 200 és 600 mg között váltakozott és a kezelést 3 hónapig folytatták. A kezelést követő 6 hónapon belül 4 terhesség következett be. A kezelés megkezdése előtt és alatt 4 hetente több esetben meghatározták a plasma FSH, LH és prolactin értékeit. Az FSH és az LH szintje egy eset kivételével csökkent, míg a prolactin értékek változatlan szinten maradtak. Mellékhatás négy asszonynál fordult elő (testsúlygyarapodás, fokozott szőrzetnövekedés). Vizsgálataik alapján az endometriosisal társult sterilitás gyógyításában a Danazol kezelés hasznos és eredményes, főleg olyan esetekben, amikor a megbetegedés enyhe és mérsékelt formában jelentkezik.

Danazol therapy of steril patients suffering from external endometriosis. The authors treated with Danazol 17 steril patients suffering from endometriosis. The dose of Danazol varied from 200 to 600 mg and was given for 3 months. Within 6 months following the therapy 4 pregnancies occurred. Before and during the therapy the FSH, LH and prolactin level of the plasma was determined in several cases every fourth week. Except 1 case the FSH and LH level decreased, whereas the prolactin values remained unchanged. Side effect occurred with 4 women (increase of weight and growth of hairs). On the basis of their examinations the authors consider Danazol therapy useful and successful in sterility associated with endometriosis, especially in mild and moderate cases.

A női infertilitás kivizsgálásában és kezelésében még számos nyitott kérdés merülhet fel. Ezen nyitott kérdések egyike a kismencedei endometriosis externa szerepe a női meddőség kialakulásában.

Spangler és mtsai szerint a sterilitásban szenvedő nők 7–15%-ában lehet kimutatni kismencedei endometriosis (9). Muse és Wilson igyekszik tisztázni az összefüggést az enyhe kismencedei endometriosis és a sterilitás között (7).

Az utóbbi években a nőgyógyászati szakirodalomban igen sok közlemény foglalkozik a Danazol néven forgalmazott antigonadotrop hatású szteroid készítménnyel. Ezt a vegyületet Manson és mtsai 1963-ban szintetizálták (6), és a nőgyógyászatban Greenblatt és mtsai alkalmazták először az endometriosis kezelésére (4).

Klinikánk kiemelten foglalkozik a női infertilitással ill. a gyermektelen házaspárokkal. A kivizsgálás során végzett laparoscopia alkalmával sok esetben endometriosiszt diagnosztizálunk. Functionális infertilitás esetén, mikor endometriosiszt is találtunk, Danazol kezelést alkalmaztunk. Mivel hazánkban is egyre több kórházban bevezetésre került vagy kerül a laparoscopia és a Danazol is talán hamarosan beszerezhető lesz, ezért szeretnénk közreadni a fenti készítménnyel szerzett tapasztalatainkat.

Betegek és módszer

A Szegedi OTE női klinikáján 17 endometriosisban szenvedő steril beteget kezeltünk Danazolla[®] (Winthrop Laboratorium, Divison of Sterling Drug LTD, Aurora, Ontario L4G3H6), akik életkora 21 és 37 év között volt. A kezelték közül 12 primer és 5 secunder sterilitással jelentkezett. Hysterosalpingographiával 4 esetben egyoldali kürtelzáródást igazoltunk, a többi esetben a méhkiürtök átjárhatóak voltak. A plasma prolactin és testosterone szint a normál tartományba esett. A kezelték férjei normospermiasok voltak.

Az endometriosiszt 10 esetben laparoscopiával, 5 esetben laparotomiával és 1-1 esetben célzott punctióval ill. szabad szemmel diagnosztizáltuk. Az endometrium szigetek szabad szemmel a hüvely fornixában voltak láthatók. Egyébként az utóbbi két esetben a diagnózis pontos igazolása céljából a laparoscopiát is elvégeztük.

Acosta és mtsai (1) osztályozzák az endometriosis súlyosságát (1. táblázat), ez alapján eseteink a következők voltak: enyhe 6, mérsékelt 4 és súlyos 7 eset. A hét súlyos esetből 5-öt operáltunk és a műtét során sikerült legalább az egyik oldali adnexumot konzerválni. Ezen eseteinkben a Danazol kezelés a műtét után történt. Két súlyos esetünkben műtétet tervezünk és a hormonális kezelést a műtétet megelőzően végeztük.

A kezelést napi 200 mg-mal kezdtük és 3 hónapig folytattuk. A dózist az első hónap után szükség szerint a vérzés mennyisége ill. elmaradásától függően 400, esetenként a harmadik hónapban 600 mg-ra emeltük. A kezelést nem tudtuk az irodalomban ajánlott módon 6 hónapig folytatni, mivel nem állt rendelkezésünkre elegendő Danazol. A kezelést a spontán menstruatio első öt napjában kezdtük el, a kezelés alatt több betegünkönél mértük a plasma FSH, LH és prolactin értékeit 4 hetente, valamennyi esetben regisztráltuk az óvredési hőmérsékletet, a menses jelentkezését ill. hiányát és a kismencedei állapotáról bimanuális vizsgálattal győződünk meg. Dokumentáltuk a beteg szubjektív panaszait és a jelentkező mellékhatásokat.

Kulcsszavak: endometriosis, sterilitás, Danazol

1. táblázat. Az endometriosis externa klasszifikációja Acosta szerint

1. Enyhe

- elszórt endometriosis gócek a Douglasban, a hólyagáthajlasi redőben vagy a kismedencei peritoneumon
- kicsiny felületes gócek az ováriumban
- nincs peritubaris adhaesio

2. Mérsékelt

- endometriosis szigetek egyik vagy mindkét ováriumban hegekkel és behúzódásokkal, kicsiny endometriómák
- kicsiny periovarialis és peritubaris adhaesiók
- felületes gócek a Douglas és a hólyag áthajlasi peritoneumán hegekkel és behúzódásokkal

3. Súlyos

- endometriosis szigetek egyik vagy mindkét ovariumban endometriómákkal, melyek nagyobbak mint 2 x 2 cm
- egyik vagy mindkét ovarium körül adhaesiók, melyek kapcsolódnak az endometrium szigetekkel
- egyik vagy mindkét kürt körül adhaesiók, endometrium szigetekkel kapcsolódva
- a Douglast endometrium szigetek és adhaesiók zárják el
- sacrouterin szalag megrövidülése, adhaesiók
- béltractus vagy a húgyúti rendszer részleges elzáródása

Eredmények

A kezelték fontosabb anamnesztikus és klinikai adatait táblázatban foglaltuk össze (2. táblázat).

A kezelték közül 4 asszonynál következett be terhesség a kezelést követő félévén belül. Az endometriosis súlyosságát tekintve 3 az enyhe és egy pedig a mérsékelt csoportba tartozott.

2. táblázat. A kezelték anamnesztikus és klinikus adatai

Eset	Életkor	Sterilitás foka	Az endometriosis externa diagnosztizálásának módjai			Szabad szemmel	Endometriosis súlyossága (Acosta szerint)	Danazol maximális dózisa (mg) die	Terhesség a kezelés után	Mellékhatások a kezelés alatt	
			Célzott punkció	Laparoscopia	Laparotomia						
1.	35	II		+			200	—	—		
2.	25	II		+			200	+	—		menses elmaradás
3.	35	II		+			200	—	—		az első hónap után
4.	28	I		+			200	+	—		
5.	23	I			+		400	—	—		
6.	23	I		+		+	300	+	—		
7.	26	I		+			400	—	—	súlynövekedés	
8.	36	I			+		400	—	—		vérzés elmaradása
9.	23	I		+			400	—	—		a 2. kezelt hónap után
10.	25	I		+			400	—	—		
11.	31	II			+		400	—	—	súlynövekedés	
12.	33	I		+			400	—	—		
13.	21	I		+			400	—	—		
14.	22	I		+			400	+	—		
15.	32	I			+		600	—	—	súlynövekedés	vérzés
17.	37	I	+	+			600	—	—	szőrzenövekedés	csökkent, de nem maradt el
17.	29	II			+		600	—	—		

A 7 súlyos esetből 5-öt a Danazol kezelés megkezdése előtt megoperáltunk. A műtét során sikerült legalább az egyik oldali adnexumot konzerválni. Ebben a csoportban ezidáig terhesség még nem következett be.

A Danazol kezelés alatt fellépő mellékhatások a következők voltak: 3 esetben tapasztaltunk 3–5 kg közötti súlynövekedést és egy esetben mérsékelt szőrzenövekedést. Akne megjelenését ill. hangmélyülést nem tapasztaltunk. A menstruációs vérzés mennyisége valamennyi esetben csökkent, több kezelt esetében a vérzés el is maradt.

A hormonvizsgálatok során a prolactin szintben lényeges változást nem tapasztaltunk. Az FSH és az LH egy eset kivételével csökkent a kezelés folyamán. A gonadotropinok változásait a 3. táblázat szemlélteti.

3. táblázat. A plasma FSH és LH értékei Danazol kezelés előtt és után

	Kezelés előtt		Kezelés után	
	FSH	LH	FSH	LH
n=7				
átlag	3,86	20,88	2,17	8,66
SD	1,8	24,97	1,26	11,9
SE	0,68	9,44	0,48	4,5

T — próba FSH: p < 0,05 LH: p < 0,1
FSH és az LH változás

Megbeszélés

Göretzlehner és mtsai (3) próbálják tisztázni az endometriosis következtében fellépő lehetséges sterilitás okokat. Szerintük lehetnek organikus és funkcionális

lis okok egyaránt. Az organikus okok közül az adhaesiókat kell kiemelni, aminek következtében a tubák átjárhatósága is megszűnhet. Meglepő, hogy sok funkcionális ok is lehetséges: anovulatio, luteális elégtelenség, secunder ovariális insufficientia.

Az endometriosis kezelése az állapot súlyosságától függően változó lehet. Súlyosabb esetben műtéti megoldás jön szóba, amit hormonterápiával is kiegészíthetünk. Enyhe esetekben a Danazol kezelés egymagában is célravezető lehet. Röntgen-therapia infertilitas esetén nem járható út (3). Daniell 54%-os terhességi arányt ért el a laparoscopia után 6 hónapig tartó Danazol kezeléssel (2). Ezt a sikerességi arányt nem tudtuk elérni (17 kezelt közül 4 esett teherbe), ennek az is lehet a magyarázata, hogy 5 asszonynál még nem telt el a 6 hónap a kezelést követően, másrészt viszont a kezelést az ajánlott 6 hónap helyett csak 3 hónapig tudtuk folytatni.

A Danazol kezelés kapcsán számos mellékhatással kell számolni: testsúlynövekedés, fokozott androgenizatio, hirsutismus, seborrhoea, aknék megjelenése (5). Eseteinkben mellékhatással alig találkoztunk (testsúlygyarapodás 3 betegnél, fokozott szőrzetnövekedés 1 esetben), aminek a kezelés viszonylagos rövid volta és a Danazol dózisének alacsony értéke is lehet a magyarázata.

Vizsgálataink alapján elmondhatjuk, hogy az endometriosisal társult sterilitás kezelésében a Danazol

therapia hasznos és eredményes, főleg olyan esetekben mikor a megbetegedés enyhe és mérsékelt formában jelentkezik. Súlyosabb esetekben a műtéti beavatkozást követően ill. megelőzően kiegészítő kezelésként alkalmazhatjuk, de ilyenkor az eredményesség már mérsékelt fokú. Az endometriosis szigetiek laparoscopia útján végzett electrocoagulatioja után a Danazol kezelés eredményessége fokozható (8).

IRODALOM: 1. Acosta, A. A., Buttram, V. C., Besch, P. K. és mtsai: A proposed classification of pelvic endometriosis. *Obstet. Gynecol.* 1973, 42, 19. — 2. Daniell, J. F., Christianson, C.: Combined laparoscopic surgery and Danazol therapy for pelvic endometriosis. *Fertil. Steril.* 1981, 35, 521. — 3. Göretzlehner, G., Lembke, J., Lembke, S.: Endometriose. *Zent. bl. Gynäkol.* 1986, 108, 329. — 4. Greenblatt, R. B., Dmowski, W. P., Mahesh, V. B. és mtsai: Clinical studies with an antigonadotropin-Danazol. *Fertil. Steril.* 1971, 22, 111. — 5. Lembke, J., Lembke, S.: Die Effektivität der Therapie der Endometriose mit Danazol und Chlormadinonazetat sowie deren Einfluss auf paraklinische Parameter. *Zent. bl. Gynäkol.* 1986, 108, 341. — 6. Manson, A. J., Stonner, F. W., Neumann, H. C. és mtsai: Steroidal heterocycles VIII. Androstan (2,3-d)-isoxazoles and related compounds. *J. Med. Chem.* 1963, 6, 1. — 7. Muse, K. N., Wilson, E. A.: How does mild endometriosis cause infertility. *Fertil. Steril.* 1982, 38, 145. — 8. Semm, K.: Endoscopic intraabdominal surgery. Copyright 1984, K. Semm, D-2300 Kiel. — 9. Spangler, D. B., Jones, G. S., Jones, H. W.: Infertility due to endometriosis: conservative surgical therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1971, 109, 850.

* (Kincses László dr. Szeged, Pf. 438. 6701)

A Medicor felhívja partnerei szíves figyelmét, hogy 1987 I. félévében az alábbi rendezvényeken vesz részt kiállítással:

1987. április 23—24. Csongrád,
a Magyar Belgyógyász Társaság Kongresszusa

1987. május 5—8. Budapesti Kongresszusi Palotában
a Magyar Mentésügyi Tudományos Társaság Kongresszusán

1987. május 20—28. BNV-én.

Látogatásukat előre is köszöni:

**Belkereskedelmi
Főosztály**

Telefon: 495-529

1386 Budapest 62.

Pf. 150.

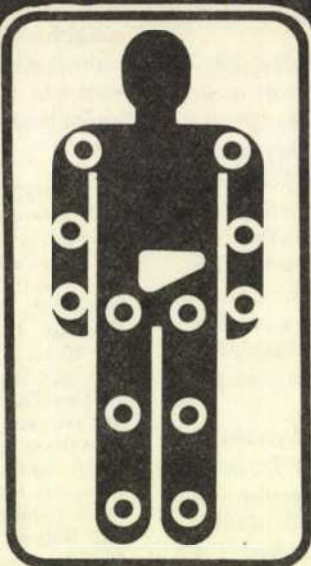
medicor

BYANODINE®

Antirheumaticum

Antidotum

kapszula



HATÓANYAG

150 mg Penicillaminum kapszulánként

JAVALLATOK

Rheumatoid arthritis (azaz progresszív vagy primer krónikus polyarthritis, p. c. p.), juvenilis krónikus (rheumatoid) arthritis, progresszív szisztémás szklerózis (scleroderma), krónikus agresszív hepatitis, nehézfém-mérgezések (réz, ólom, cink, higany, kobalt), Wilson-kór, cystinuria, cystinköképződés.

ELLENJAVALLATOK

A vérképzőrendszer súlyos károsodása, súlyos vesekárosodás, veseelégtelenség, penicillin-érzékenység, tisztázatlan autoimmun betegség, terhesség. Wilson-kórban és cystinuriában mérlegelendő, hogy az alapbetegség kezelésének elmulasztása, vagy a penicillamin adása jelenti-e a nagyobb kockázatot az anyára, ill. a magzatra.

ADAGOLÁS

A napi dózis és a kezelés időtartama függ az indikációtól.

Rheumatoid arthritisben kezdő adagként napi 150 mg-ot ajánlatos alkalmazni, ez az adag nagyobb időközönként (minimum két hetenként) 150 mg-mal emelhető. Az ajánlott maximális napi adag 600–750 mg, de a 900 mg-ot ne haladja meg. Klinikai javulás esetén a napi adag 300–450 mg-ra csökkenthető, melyet a mennyiségtől függően 2–3 részletben célszerű bevenni.

A gyógyszert a kedvező hatás elérése (mintegy 3 hónap) után is tartósan, 6–12 hónapig ajánlatos fenntartó kezelés formájában adagolni.

Juvenilis krónikus (rheumatoid) arthritisben átlagos napi adagja 6 éves kor alatt 150 mg, 6–12 éves korban 300 mg, 12 év felett a felnőtt kornak megfelelő napi adagokat alkalmazunk.

Krónikus agresszív hepatitis, progresszív szisztémás szklerózis esetében a rheumatoid arthritisnél leírt módon adagolható. Átlagos napi adagja felnőtteknek *nehézfém-mérgezésben* 900 mg, *Wilson-kórban* 900 mg, maximálisan 1800 mg, *cystinuriában* 900 mg.

MELLÉKHATÁSOK

Hányinger, hányás, étvágytalanság, ritkán cholestasis, az izézés és szaglászavara, esetleg teljes kiesése, exanthe-ma, láz, ritkán súlyos erythema exsudativum multiforme, pemphigusra emlékeztető bőrtünetek, proteinuria, illetve nephrosis szindróma kialakulása, hajhullás, csontvelő-dyscrasia: anaemia, leukopenia, thrombocytopenia, valamint lymphadenopathia.

A kezelés alatt autoimmun jellegű tünetegyüttesek: lupus erythematosusra hasonlító szindróma (dermatitis, sero-sitis), myastheniás reakció, myasthenia gravis alakulhat ki. A kezelés alatt antinukleáris ellenanyagok jelenhetnek meg.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

A PENICILLAMIN NEM ADHATÓ EGYÜTT a rheumatoid arthritis kezelésére alkalmazott egyéb, ún. bázisgyógyszerekkel: aranyókkal, cito-

sztatikumokkal, levamisollal, antimalá-riás szerekkel, valamint fenilbutazonnal (a mellékhatások halmozott fellépésének veszélye miatt) vastartalmú gyógyszerekkel (a kelátképző hatás miatt).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés első három hónapjában kéthetenként, majd havonként ajánlott a kvalitatív és kvantitatív vérkép (+ thrombocytaszám), vizeletfehérje-ürítés és -üledék vizsgálata. Súlyos anaemia (hemoglobin gyors, progresszív esése 5 mmol/l alá), leukopenia (fehérvérsejtszám 4000, neutrofilszám 2000 alatt), thrombocytopenia (100 000 alatt) esetén a kezelést véglegesen meg kell szakítani, szükség szerint a beteget hospitalizálni kell. Nyhe proteinuria (2 g/24 h) esetén a kezelés csökkentett adaggal folytandó, 2 g/24 h érték felett véglegesen megszakítandó. A kialakuló nephrosis szindróma reverzibilis. Nyhe allergiás tünetek esetén a kezelést meg kell szakítani, antiallergikumok adása javasolt. A penicillammal szembeni túlérzékenység többnyire a kezelés első 2–3 hetében lép fel. Átmeneti szünet utáni alkalmazáskor újra jelentkezhetnek a tünetek. A toxicitás jelentkezése néha dóziszfüggő. Súlyos dermatitis jelentkezése esetén a kezelést végleg abbahagyandó.

Izérszavarok esetén a kezelés B₆ vitaminnal való kiegészítése javasolt, amennyiben a panaszok nem enyhülnek, a kezelést végleg megszakítandó. A penicillammal közvetlen fájdalomcsillapító, illetve gyulladásgátló hatása nincs, ezért megfelelő indikációk esetén ilyen szerekkel a kezelést ki kell egészíteni.

Megjegyzés

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető. A gyógyszer annak a szakrendelésnek (gondozó) szakorvosa rednelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

40 db kapszula 10,— Ft.



Előállítja:



BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A német nyelvű országok gyermek-ideggyógyász társaságának 12. kongresszusáról (Bonn, NSZK, 1986. október 3—5.)

Hagyományosan október első hétvégéjén tartják a német nyelvű neuropédiátek (Ausztria, NSZK, Svájc részvételével) éves kongresszusukat. Ezekben az országokban — egészségügyi szervezésüknek megfelelően — gyermekideggyógyász tevékenységet csak gyermekgyógyászok végezhetnek.

Ebben az évben főtémaként a központi idegrendszer nem gennyes gyulladásos folyamatai, neuroendokrinológia (neurohormonális zavarok neurológiai betegségeiben), a centrális antikolinérgiás rendszer, valamint a gyermekkori epilepsziák farmakoterápiája szerepelt. E főtémák mellett a mintegy 350 résztvevő, a korábbi éveknél megfelelően, néhány szabadon választott témájú előadáson, több posterdemonstráción, valamint továbbképző jellegű programokon is részt vehettek. A szervezők az előadások magas színvonalát az előadások számának kívánatos korlátozásával, válogatásával biztosították, míg a posterdemonstrációk sokféleségük mellett meglehetősen eltérő színvonalúak voltak. A relatív nagyszámú résztvevő ellenére a rendezvényt a familiaritás és egészséges véve a nyitottság jellemezte.

A nem gennyes központi idegrendszeri gyulladással foglalkozó előadásoknak közel fele a gyermekkori Lyme-Borreliosis klinikumát, diagnosztikáját és epidemiológiáját vizsgálta, tekintettel e betegség aktualitására. (Az NSZK egész területén szokatlanul nagy számban diagnosztizálják a rutinszerűvé vált serológiai vizsgálatok nyomán.) A betegség ciklusos lefolyása, a neurológiai tünetek variabilitása mellett hangsúlyozták, hogy tapasztalataik szerint az idegrendszeri komplikációk gyermekeken — a felnőtteken észleltekkel szemben — rövidebb ideig állnak fenn, s kevésbé súlyosak. Leggyakoribb idegrendszeri tünet a facialis paresis volt. A lueshez hasonlítható krónikus progresszív Borellia-encephalomyelitis és az egyéb recidiváló formák mellett az intrauterin átvitel lehetőségére is felhívták a figyelmet (Ackermann, Köln).

Neuroendokrinológia témakörben kiemelkedő előadásokat tartott a Gupta professzor vezette munkacsoport (Tübingen). Különböző neurohormonok (elsősorban a melanotonin) diurnális ritmusának változásairól számoltak be hydrocephalusban, spasticus tetraparesisben, valamint többek között neurodegeneratív betegségeiben szenvedő gyermekeken megfelelő kontroll kollektívával összevetve.

Eredményeink alapján a központi idegrendszer érintettsége neuroendokrinológiai vizsgálatokkal meglepően korán igazolható. Antikonvulzívumok és neurohormonok interakciója közül szignifikáns melanotonin csökkenésről számoltak be carbamazepine monoterápiával mellett. A „Nerve growth factor” (NGF) szérumszintjéről tartott előadást gyulladáson, epilepszián, tumoros és herededegeneratív gyermek betegségekre Hanefeld professzor munkatársaival. Bioassay metodikával egészséges ember szérumban a normál értéket 5—25 pM között mértek, míg liquorban nem tudták e kemotaktikus és neurotrop faktor jelenlétét kimutatni.

A kongresszus leglátogatottabb és a legtöbb vitát elindító témája a gyermekkori epilepsziák farmakoterápiája volt. Mintegy vitaindítóként egy elismert gyermek-epileptológus tartott referátumot egy gyermekkori epilepszia szindróma farmakoterápiájáról (az epilepszia világkongresszuson (1985) javasolt irányelvek és saját tapasztalatai alapján). Így többek között külön referátum hangzott el az antikonvulzívumok gyermekkori farmakokinetikájáról, a BNS epilepszia, a myoklonikus-astatikus petit mal epilepsziák, az absence, a gyermekkori grand mal és a gyermekkori partiális rohamok terápiajáról. Valamennyi előadást igen élénk vita követte, mely a vezető epileptológusok közös állásfoglalásával zárult, mintegy javaslatot adva a mindennapi betegellátáshoz. Hangsúlyozta azt, hogy ezek a javaslatok és nem irányelvek! Így többek között a BNS epilepszia kezelésében a szintetikus ACTH kúra helyett a félszintetikus ACTH — Depo készítmény adása (megfelelő dózis, terápiás tartam, EEG-kontroll stb. javaslattal) került az előtérbe egy most folyó, multicentrikus vizsgálat első eredményei nyomán. Az NSZK több gyermekklinikájának részvételével egységes terápiás protokoll elvei szerint kezelik a BNS epilepsziában szenvedőket, tekintettel a kérdés megoldatlanságára. Minden bizonnyal figyelemreméltó további eredmények várhatók. Hangsúlyozták, hogy ezen epilepszia idiopathiás formája mintegy 90%-ban jól reagál a fenti terápiás sémára (Nolte, Tübingen). Különösen az absence epilepszia kezelése kapcsán éleződött ki a vita a valproát terápia körül. Scheffner professzor (Heidelberg) addig minden szempontból egészséges, induló absence epilepsziában szenvedő gyermekeken észlelt a valproát terápia megkezdését néhány héttel követő, feltartóztatlanul halálos szövődményt. Hangsúlyozta, hogy a valproát terápia kapcsán 1 : 100 000 arányban fellépő irreverzibilis máj-kórnak kített személyeket előzetes

vizsgálatokkal jelenleg még nem lehet megállapítani. Az ismert halálos szövődmények miatt elsőnek választott anti-epileptikumként a valproát-ot nem ajánlják a fenti országokban. Az ún. új anti-epileptikumok (progabid, clobazam, flunarizin, denzimol stb.) eddig terápiás átörést nem eredményeztek. Jók a klinikai tapasztalatok a carbamazepine-retard készítményekkel, ezeknek széles körű elterjedése várható.

A terápiás beszámoló mellett figyelemreméltó volt, hogy Aicardi nyomán mind nagyobb számban észlelik ezekben az országokban is az ún. atípussal centrotemporális (Rolandikus) gyermekkori epilepsziát. Ennek lehetőségét — a korábbi elvekkkel szemben — pl. egy előzetes agykárosodás nem zárja ki. A diagnosztikus vizsgálatok közül kiemelkedtek azok a beszámolók, melyekben a korszerű CT vizsgálatokat és a mágneses magrezonanciás (NMR) képalkotó vizsgálatokat hasonlították össze. Jelenleg az NMR indikációs területe egyre pontosabban definiálódik. Beszámoló hangzott el, az ugyancsak a közelmúltban megindult pozitron emissziós tomográfiával (PET) nyert eredményekről epilepsziás betegségeken, mely vizsgálatok a terápia rezisztens epilepsziák műtéti kezelésébe vezetnek át.

A továbbképző referátumok közül különösen figyelemreméltó volt a gyermekkori migrén felőlő áttekintés (Vassella, Bern). E témát aktuálisá tette az, hogy ezen országokban a gyermekkori fejfájás meglehetősen elhanyagolt terület. Az 1985-ös Fejfájás Világkongresszus nyomán különösen nagy hangsúlyt kaptak a speciális gyermekkori migrénformák (benignus paroxysmalis vertigo, Alice-in-Wonderland-Syndrom, transiens globalis amnesia, acut zavartsági állapot stb.). Ismertette a klasszikus migrén patomechanizmusával kapcsolatos új álláspontot, miszerint a Wolf-féle (vasoconstrictiót követő vasodilatatio) teóriát az agyi perfúziós vizsgálatokkal (Xenon-inhaláció) igazolt a spreading depression (Leao nyomán) magyarázat váltott fel. A résztvevők áttekintést kaptak, az egyes migrénformák kezelési elveiről. Itt kell megemlítenünk azt, hogy számos elismert készítmény közül lehet választani mind a profilaxis, mind az attack terápia (különböző gyógyszerbeviteli formában). Sajnálatos, hogy legnagyobb részük hazánkban jelenleg nem hozzáférhető.

Összefoglalva a tudományos ülés értékes áttekintést adott e három ország neuropédiater centrumainak klinikai jellegű tudományos kutató munkájáról. Ugyanakkor a praktizáló orvosok részére a neuropédiatria aktualitásai mellett számos vitatott kérdésben a vezető professzorok általában kölcsönösen elfogadott állásfoglalásának helyét adva, mintegy diagnosztikus és terápiás útmutatót adott.

Farkas Viktor dr.

PYRAZIDOL

tabletta

Antidepressivum

OSSZETÉTEL: 1 tabletta 25 mg, illetve 50 mg 1, 10-trimetil-8-metil-1,2,3,4-tetrahydropyrazino (1,2-a) indol hydrochloricumot tartalmaz.

HATÁS: Széles spektrumú antidepressívum. Hatásos nemcsak az izgatottsággal, de a gátoltsággal járó depressziók kezelésében is. Ebben különbözik az imipramin és amitriptilin típusú antidepresszánsoktól, melyek egyoldalúan csak stimuláló vagy szedatív hatást fejtenek ki. Gyakorlatilag nem rendelkezik paraszimpatolitikus hatással, mely az egyéb triciklikus antidepresszánsokra jellemző.

JAVALLATOK: Pszichomotoros gátoltsággal, izgatott-depressziós és izgatott-téveszmés komponensekkel, astheniás, hypochondriás és neurózisszerű tünetekkel kísért depressziók. Neuroleptikumokkal, trankvillánsokkal kombinálva atípusos lefolyású depressziók esetében is javallt. Időskori vaszkuláris depressziók. Mániás depresszív pszichózis, depresszióval együtt járó egyéb pszichés megbetegedések.

ELLENJAVALLATOK: Máj-, vesekárosodás, vérképzőrendszeri megbetegedések, narkotikum, altató, analgetikum okozta mérgezés, terhesség, kardiális elégtelenség.

ADAGOLÁS: Kezdő napi adag 50–75 mg két részre osztva, ez naponta 25–50 mg-mal növelhető. Az adag emelésének mértéke és a maximális adag egyénileg állapítandó meg. A terápiás hatás rendszerint a kezelés 7–14. napján jelentkezik 150–300 mg-os adagolásnál. Szükség esetén, ha a beteg jól tolerálja a készítményt, a napi adag 400 mg-ra emelhető. Neurotikus és reaktív depressziók kezelésére kisebb adagok alkalmazhatók. A kezelés időtartama egyéni. Endogen depresszió kezelésénél a tartós terápiás

hatás elérése után a kezelés még 2–4 hétig folytatandó, azt követően az adag fokozatosan csökkenthető.

MELLÉKHATÁSOK: A betegek általában jól tolerálják. Túlzékonyság esetén szájszárazság, izzadás, szédülés, tachycardia, artériás vérnyomásingadozás, alvászavar, izomtónus csökkenés, vizelési zavarok észlelhetők. Nagy adagnál fáradékonyság.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS: MAO-gátlókkal együtt nem adható.

FIGYELMEZTETÉS: Pyrazidol kezelés csak 2 héttel a monoaminoxidáz-gátlókkal végzett terápia befejezése után kezdhető meg. Fokozott óvatosságot és szigorú orvosi ellenőrzést igényel prosztatahipertrofia, galucoma, 65 éven felüli betegek (generalizált tremor veszélye), epilepsziás anamnéziséű betegek (roham kiváltása) schizophrénia (pszichózis aktiválódása), ambuláns kezelés (depressziós suicidum leletősége) esetén. Vérkép és májfunkció rendszeres ellenőrzése szükséges. A készítmény alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, továbbá tilos szeszes italt fogyasztani.

RENDELHETŐSÉG: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint egy vagy kétszeri alkalommal ismételhető. Az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta (25 mg), 50 tabletta (50 mg).

TÉRITÉSI DIJ: 8,- Ft; 10,- Ft.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT



Információ: MEDEXPORT Iroda

Budapest V., Balassi Bálint u. 25 1055

Tel.: 122-867, 316-531.

Exportálja: V/O MEDEXPORT

USSR, Moszkva

Kis kórházi osztályok és magánorvosok részére gyors, megbízható és gyönyörű betegnyilvántartó rendszert készítettünk Commodore—64-es számítógépre.

Valamennyi orvosilag szükséges információ megőrzését, a zárójelentés összeállítását, az adatok statisztikai feldolgozását és még jó néhány, az orvosi munkát megkönnyítő fejadat megoldását kínáljuk.

Részletes ismertetővel és referenciák bemutatásával állunk tisztelt érdeklődőink rendelkezésére:

KAZETTA SZÁMÍTÁSTECHNIKAI GMK

Bp. 1121 Kakukk u. 7. Tel.: 550-142



Szerzett immundefektus (AIDS)

HTLV—III/LAV izolálása AIDS-kockázatú nők cervicalis nyákjából. Vogt, M. V. és mtsai (Massachusetts General Hosp., Harvard Med. School, Boston City Hosp., Univ. School of Med. Boston): *Lancet*, 1986, 1, 525.

Az AIDS szexuális kontaktussal, vérrel és vérkészítményekkel vihető át, de a transzplacentáris átterjedés is ismert. Egyes afrikai országokban, melyekben az AIDS nőkön és férfiakon egyformán fordul elő, a HTLV—III/LAV vírus átvitele a prostituáltakkal való kapcsolattól és a szexuális partnerek számától függ. Az USA-ban és Európában a heteroszexuális transmissio ritkább, de biztosan ismert. Egyes amerikai városokban a prostituáltak 40%-a HTLV—III/LAV seropozitív. A vírus emberi spermából sikerült izolálni, de női genitális váladékból még nem.

A szerzők 14 seropozitív nő genitális váladékából és vénás vérből tenyésztették ki a vírust speciális táptalajon. A cervix nyákot a ciklus 7—21. napján vették és a tenyésztő médiumot 3-4 naponként cserélték. A vírust immunfluoreszcenciával identifikálták. A 14 nőből 4-nél sikerült a kitenyésztes, s a vírus átvihető volt. A vérből 7 esetben tenyésztett ki a kórokozót. A tenyésztés eredménytelen volt, ha a nyálkát előzetesen szűrték.

A vizsgált személyek közül 4 jelenleg, 5 korábban prostituált, és mindegyikük f.v. drog használó (élvező) is volt. A vizsgálat idején 4 terhes volt, közülük 1 coelostromából is kitenyészítették a vírust. A prostituáltak jelentős szerepet játszhatnak a vírus terjesztésében.

Sas Mihály dr.

AIDS-szel kapcsolatos retrovírus izolálása seropozitív nők genitális váladékából. Wofsy, C. B. és mtsai (California Egyetem San Francisco, San Franciscoi Általános Kórház és Berkeley Egyetem): *Lancet*, 1986, 1, 527.

Az AIDS-et okozó HTLV—III. retrovírust, amit még LAV (lymphadenopathiához társuló vírus), ARV (AIDS-el társuló retrovírus) néven is említenek, 300-nál több esetben sikerült kitenyészteniük perifériás mononuclearis sejtekből, serumból, plasmából, vizeletből, könnyből, nyálból és spermából, de kimutatható a liquorból és agyszövetből is. Műtán Afrikában ismeretes a betegség két irányú terjedése, vizsgálták a vírus jelenlétét a hüvelyben. A San Francisco-i AIDS kutatásban résztvevő, aktív nemi életet élő és seropozitív nőkön történt a vizsgálat. A hüvelyváladékot vatta csomóval, a cervixről és nyakcsatornából fa spatulával vették. A mintát mononuclearis sejtenyésztésbe oltották és passzálták. A vírust immunfluoreszcenciával mutatták ki.

A kórokozót 8 seropozitív nő közül 4

váladékából sikerült kitenyészteni. Korábbi vizsgálataik szerint a váladékban az ARV kis számban található meg, ezért szükséges a passzálas.

1985-ig az USA-ban a beteg férfiakkal mindössze 0,1%-a szerezte betegségét heteroszexuális kapcsolat útján. Ezt a lehetőséget jelen vizsgálat megerősítette. Műtán az ARV kis számban van jelen a hüvelyváladékban, ezért heteroszexuális kapcsolat esetén a transmissio gyakorisága alacsonyabb. A fertőzés lehetőségét a concomitáló kolpitis fokozza, mert ilyenkor a hüvelyváladékban több a vírust tartalmazó sejt (lymphocyta).

Sas Mihály dr.

Az AIDS-fertőzés gyakorisága egészségügyi dolgozók között. Geddes, A. M. (University of Birmingham, East Birmingham Hospital): *Brit. med. J.* 1986, 292, 711.

A közlemény áttekintést ad a témával kapcsolatban a nemzetközi szakirodalomban eddig megjelent közleményekről.

Ismereteink szerint a világon még nem fordult elő olyan AIDS-megbetegedés, amelyet egészségügyi dolgozó munkavégzés során kapott volna. Fertőződésről (seroconverzióról) is csak egyetlen esetben tudunk; egy angol nővér, aki újítást AIDS-es beteg vérért tartalmazó fecskendő tujával szúrta meg, vált HTLV—III-hordozóvá. Bár az eset már több mint másfél éve történt, a nővér azóta is tünetmentes.

Angliában a baleset óta 89 orvos és nővér „került kapcsolatba” AIDS-es beteg váladékaival munkája során — közülük 43-an tüszúrasos vagy más éles sérülést szenvedtek —, antitesttermelést azonban egyiküknél sem mutattak ki.

A WHO adatai szerint az Amerikai Egyesült Államokban 1758 hasonló esetet vizsgáltak ki. HTLV—III-ellenes antitesteket 26 egészségügyi dolgozónál regisztráltak; viszont ezek közül 23 homoszexuális férfi volt, és a fennmaradó 3 esetben sem lehetett egészen biztosan kizárni a más úton történt fertőződést.

Shanson és mtsai (1985) 150, Gerberding és mtsai (1985) 160 egészségügyi dolgozót (az utóbbiak egyharmada tüszúrást szenvedett, ill. bőrre fertőzőtől vér került) vizsgáltak meg serológiai. Converziót egyik munkacsoport sem talált.

Friedland és mtsai (1986) 39 AIDS-es beteg 101 otthoni contactját ellenőrizték 22 hónapon keresztül. Antitesttermelést csak egy 5 éves kislánynál figyeltek meg, aki valószínűleg intravénás kábítószer-élvező anyjától fertőződhetett. A munkacsoport eredményei alapján az is feltételezhető, hogy a HTLV—III-infekció nem terjed nyál közvetítésével. Ezt alátámasztják Ho és mtsainak (1985) vizsgálatai is, akik megállapították, hogy a vírus előfordulása a nyálban rendkívül ritka és alacsony titerű.

Bár a hepatitis B- és az AIDS-fertőzés útjai nagyon hasonlóak, az infekció bekö-

vetkezésének valószínűsége nem egyforma. A hepatitis B tüszúrást követő contagiója lényegesen magasabb, mint az AIDS-é. Ismeretes olyan eset, amikor egy egészségügyi dolgozó HTLV—III-mal és hepatitis B vírussal egyaránt fertőzött vértől csak a hepatitiszt kapta meg (Gerberding és mtsai, 1985). Ennek oka valószínűleg az, hogy míg a hepatitis B vírus 10^{13} , a HTLV—III csak 10^4 nagyságrendben fordul elő a betegek vérének 1 ml-ében (Levy és mtsai, 1985).

A szerző végül összefoglalja a körtermekben és laboratóriumokban betartandó legfontosabb elővigyázatossági rendszabályokat.

Az AIDS-es beteget a kórházban nem szükséges izolálni, csak akkor, ha vérzik, incontinsens vagy pszichotikus. Ugyanakkor nem célszerű immunzuppresszált beteggel közös körtermekben elhelyezni. Az ápolószemélyzet viseljen kesztyűt és műanyag kötényt. Sebészeti beavatkozásokor a szemvédelem is fontos.

A laboratóriumban kesztyű viselése kötelező. Szérumot csak zárt üvegekben szabad centrifugálni. A szennyezett felületek fertőtlenítésére a szerző a NaOCl-ot ajánlja; a fertőzött eszközök kezelésére pedig a mechanikus tisztítást, majd fél órás áztatást 2%-os glutaraldehidben, ill. az autoklavozást javasolja.

iff. Fűzi Miklós dr.

AIDS: megoldásra váró közegészségügyi probléma. E. D. Acheson (Department of Health and Social Security, London): *Lancet*, 1986, 1, 662.

A HTLV—III fertőzések következményei, járványtana már eléggé ismert. Ami megnehezíti a betegség megfelelő kontrollját, az a szexuális úton történő terjedés, a fertőzést követő hosszú tünetmentes időszak (3—5 év), amely idő alatt is a fertőzött egyén fertőzőképes, mivel a vírust hordozza.

Az új megbetegedések egymillió emberre számított előfordulási gyakorisága Európában 4 és 12 között van, az USA-ban 55.

A HTLV—III kimutatható a vérben, nyálban, könnyben, ondóban, hüvelyváladékban, anyatejben. A fertőzés átvitele elsősorban férfiak között szexuális úton, illetve vérrel, vérkészítményekkel, vagy vérrel szennyezett eszközökkel történhet. A vírust klórtartalmú fertőtlenítőszerrel, alkoholokkal, rövid behatási idő alatt inaktiválják.

A különösen veszélyeztetett csoportba tartoznak a homoszexuális vagy biszexuális férfiak, mindkét nembe tartozó injekciós kábítószer élvezők, és olyan betegek, akiknek gyakran van szükségük vérártómlesztésre, vagy véralvadási zavarainak kezelésére vérkészítményekre. Ezen csoportok körében végzett serológiai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a vizsgáltak 10—30%-a fertőződött és rendelkezik ellenanyagokkal. Az ebbe a csoportba nem sorolható lakosság körében a fertőzés előfordulási gyakorisága rendkívül alacsony, évente több mint 1 millió ember között fordult elő 1 új megbetegedés.

A fertőzés heteroszexuális átvitele ritka. Ezt bizonyítják az örömlányok körében az USA-ban és néhány európai or-

szágban végzett ellenanyag vizsgálatok eredményei is. A betegség elsősorban férfiak között fordul elő gyakrabban. Az USA-ban a férfi-nő arány 14 : 1, Nagy-Britanniában 20 : 1. Ugyanakkor Afrikában a Szaharától délre eső országokban a betegség közel azonos arányban fordul elő mindkét nem körében. E tény egyrészt az ottani szexuális szokásokkal, másrészt az orvosi és egyéb véres beavatkozásokhoz többször használt műszerek, eszközök fertőzöttségével függhet össze. Egyéb környezeti tényező szerepe ellen szól az, hogy a pubertás előtt ritkán találhatók ellenanyagok a gyerekek vérében.

A fertőzések megelőzése, a betegség gyógyítása védőoltás és a vírusra ható gyógyszer hiányában igen nehéz. Jelenleg legfontosabb feladatok: — a lakosság felvilágosítása a betegség természetéről és terjedéséről, a megelőzés lehetőségeiről,

— a fertőzöttek meggyőzése, a fertőzés terjesztésének a megakadályozására,

— a vérek, vérkészítmények szigorú ellenőrzése,

— a hemofiliások kezelésére használt VIII és IX faktorokat tartalmazó készítmények hőkezelése,

— felvilágosító program kidolgozása a veszélyeztetett csoportok részére,

— annak megakadályozása, hogy az egészségügyi dolgozók a fertőzöttek vérével szennyezett eszközöktől sérülést szenvedjenek.

A megelőzés érdekében igen fontos a fertőzöttekkel és betegekkel kapcsolatos vizsgálatok és intézkedések titkossága.

Lehel Frigyes dr.

Az AIDS Afrikában. Biggar, R. J. (Nemzetközi AIDS epidemiológiai részleg, NCI, Bethesda, USA): Lancet, 1986, 1, 79.

Az afrikai AIDS az Európában, illetve Amerikában észlelthez képest a hasonlóságok mellett több eltérő vonást is mutat. A cikk ezekkel foglalkozik. Alapvető köröki tényezőjük, a HTLV-III/LAV vírus feltehetőleg azonos. Közösek a lymphadenopathia különféle formái is. Eltér azonban, hogy Afrikában az opportunista fertőzések között oro-oesophagealis candidiasis, cryptococcus meningitis, cytomegalovírus chorioretinitis és herpes simplex fertőzések szerepelnek, de kifejezetten ritka a Pneumocystis pneumonia. A Kaposi-szarkóma noduláris, lassú progressziójú formája Afrika egyes részein évtizedek óta endémiás, nincs összefüggésben az AIDS-szel; az elmúlt években azonban számos alkalommal figyelhetők meg az agresszívabb lefolyású Kaposi-szarkómát is, ami egyezik az amerikai szindrómával.

A rendelkezésre álló adatok egy része (körtörténeti dokumentációk, populációmobilítási vizsgálatok stb.) amelletl szól, hogy az AIDS Afrikában is *újnan* fellépett tünetegyüttes, melyet nagyobb számban (1980-tól) Ruandában és Zaire-ban észleltek először. Az esetek száma 1983 óta Zambiában, Ugandában, sőt Tanzániában is emelkedik. Szeropidemiológiai adatok kétségtelenül ellene szólnak ennek a feltételezésnek: az 1960-as és 70-es évek óta tárolt, egészséges afrikaiakból származó savóminták 5–20%-ában lehetett ELISA-technikával LAV-antitestek je-

lenlétét kimutatni. Tekintve azonban, hogy 1980 előtt nem írtak le afrikai AIDS esetet, az antitestek specificitása feltehetőleg nem azonos teljesen az Európában és Amerikában észleltekével.

A LAV valószínű progenitor vírusa vagy egy olyan humán vírus lehet, melynek patogenezisa megváltozott az elmúlt évtizedben; vagy egy állati rezervoárból eredő vírus. Legvalószínűbb forrása az afrikai zöld majom, de a szerző felhívja a figyelmet arra, hogy számos olyan háziállatfaj, mellyel a trópusi Afrika lakossága a zöld majomnál lényegesen szorosabb tartós kontaktusban él, nincs hitelt érdemlően kivizsgálva ebből a szempontból.

Más az AIDS-agens transzmissziója is Afrikában, mint az USA-ban vagy Európában, amit elsősorban a betegség nemek közötti megoszlása támaszt alá. Ez Afrikában nagyjából egyforma férfiak és nők között, míg a másik két földrészen az arány 19 : 1 a férfiak terhére. Afrikában tehát a heteroszexuális átvitel a leggyakoribb út, kofaktoraként más szexuális úton terjedő betegség egyidejű jelenléte számos esetben igen valószínű.

A szerzett immunodeficiencia-szindróma Afrikában is észlelt gyors terjedése sürgősen megköveteli a transzmissziós lehetőségek pontos megismerését és az azonnali preventív intézkedéseket.

Nékám Kristóf dr.

A LAV-fertőzés és AIDS csecsemőkben. Blanche, S. és mtsai (Unité d'Immunologie et d'Hématologie Pédiatrique, F-75015 Paris): Arch. Fr. Pédiatr. 1986, 43, 87.

A szerzett immunanyaghiányos szindróma (AIDS — Acquired Immuno-Deficient Syndrome) fiatal felnőttek egy bizonyos „rizikós” csoportjában jól ismert: 1984. dec. 31-ig több mint 6000 betegről szereztek tudomást a világon, ezek közül 260 Franciaországban fordult elő. *Joncas* és mtsai hívták fel először a figyelmet gyermekek, különösen a csecsemők hasonló megbetegedésére. Azóta kb. 50 gyermekről számoltak be, akik AIDS-veszélyeztetett házaspárok gyermekei vagy transzfundált gyermekek voltak. Legtöbbjükben a LAV-t (Lymphadenopathia Associated Virus) bizonyították mint a szindrómát kiváltó ágenszt.

A szerzők hét LAV-fertőzött gyermekről számolnak be, akiknél a tünetek 1 éves koruk előtt kezdődtek. (1983. ápr. és 1984. jún. között. A közlemény szerkesztőségbe küldése óta újabb 15 beteget diagnosztizáltak, közülük ötnél a fertőzés transzfúziós eredetű volt.) Leírják a beteganyagot, a vizsgálat módszereket, a lymphocytá-populációt immunofluoreszcenciával különböző monoclonalis antitesteket (OKT3, OKT4, OKT8, ORTHO Lab.) használva, különböző nehézláncú immunoglobulinok specifikus antiszérumait, a lymphocyták proliferációs kapacitását tritiumos thymidin inkorporációja révén, az anti-LAV szerológiáját immunoenzimológiai úton és radioimmuno-precipitáció segítségével vizsgálták, meghatározták a vírus és jellegzetességeit. Táblázatokban mutatják be: betegeiknél (1–6 hónapos korúak) az első klinikai jellegzetességeket, a család-

ban észlelt elváltozásokat, az immunológiai és virológiai vizsgálatok eredményeit, a csecsemőkori LAV-fertőzés diagnózisát elősegítő faktorokat és az immunológiai eltéréseket.

A szerzők vizsgálataikra támaszkodva a következőket hangsúlyozzák: 1. az AIDS diagnózisát csecsemőkori az epidemiológiai (7 csecsemőből 5 Haitiből, 1 Zaire-ből származott, 1 transzfundált volt), klinikai és immunológiai adatok mellett a LAV izolálása, vagy szerológiai pozitivitása biztosítja, de a szülőknél észlelt elváltozást is figyelembe kell venni. 2. A hét LAV-fertőzött csecsemőből 1 1/2–4 1/2 éves korban három AIDS-ben meghalt, egy 1 1/4 éves korban kritikus állapotban van, három 1 — 2 1/2 éves korban vizsgálva fertőzésmentes. 3. A csecsemőkben, mint a felnőttekben, a klinikai képet polyadenopathia és splenomegalia urálja, ami mellett retardált súly-, hosszgyarapodás, gyakori különböző fertőzések — mint a hereditér, vagy kongenitális immundeficités állapotokban — tarkítják a képet. A LAV neurotrop, ezért felelős a fellépő encephalopathiáért. A Kaposi-szarkóma csecsemőknél csak kivételesen társul a betegséghez, lymphomáról nem számoltak be. 4. Az immundeficités állapot is hasonló a felnőtteknél ismertéhez, bár az in vitro lymphocytá proliferációs kapacitás és a késleltetett hyperszenzibilitási reakció megmaradhat. A kezdeti hypergammaglobulinaemiát (IgG, IgM) hónapokkal később hypogammaglobulinaemia követi. A hereditér immunanyaghiány főleg a celluláris immunitást érinti, így fellép a purin nucleosid phosphorylase-hiány, HLA antigén hiányos képződése. 5. A LAV-fertőzés kimutatása az első élethónapokban felveti a vírus transzmissziójának kérdését: igazolt a vírus passzálása transzfúziók révén, főleg ha a csecsemők azokat ismételtelen kapják az első napokban-hetekben. A LAV inkubációja rövidebb — 3–6 hónap —, mint felnőtteknél: 1–5 év. Felvetődik a placentáris, vagy az anyatejben át való transzmisszió lehetősége is. 6. Elhalt gyermekekben rossz jelként értékelték, hogy in vitro antigén-stimuláció után hiányzik a lymphocytá-prolifерáció és gyenge az antitestválasz. 7. A terápia tüneti. Mint egyéb immunanyag-hiányban, preventíve itt is antibioterápiát: trimetoprim-sulfamethoxazol kettőconazzollal együtt, esetleg rendszeres immunglobulin-infúziókat kell alkalmazni. Interleukin 2, antivirális interferon hatástalan. Nem hozott eredményt a csontvelő-transzplantáció sem. Nagy reményeket fűznek a retrovírusok szaporodását in vitro gátló anyagokhoz. 8. Újszülöttkorban a transzfúziók indikációját erősen meg kell fontolni, el kell érni a véradók rendszeres szűrését LAV-ra. Meg kell szervezni a csecsemőkori AIDS-, LAV-fertőzés bejelentési kötelezettségét.

Kövér Béla dr.

A HTLV-III-fertőzés diagnosztikája: tesztek, fertőzésvédelem. Hehlmann, R. (Med. Poliklinik der Universität München): Klin. Wschr. 1986, 64, (Suppl. V.) 79.

1. Az AIDS valószínű kórokozójának felfedezésével (LAV-, ARV- vagy AIDS-vírus terminológia) az 1984. év kezdetétől

HTLV—III-antitestek kimutatásával lehetővé vált a HTLV—III kórismézése. Az NSZK-ban a megfelelő rutinteszteket (ELISA, Western blot) sok helyen alkalmazták; a minőségi ellenőrzésre referens laboratóriumokat szerveztek és a nyilvános ellenőrzés folyamatos. 1985. I. 10. óta az NSZK-ban bevezették a véradószolgáltatásban a HTLV—III-tesztelést, így a vértranszfúzióval történő fertőzés messzemenően kizárható. Jelenleg még nem biztosan értékelhető problémát jelentenek a hamisan negatív, azaz antitest-negatív, de vírus-pozitív egyének; ezekről eddig csupán elvétve vannak irodalmi adatok. Ezen személyek kiszűrésére antigenteszt kidolgozása folyamatban van.

A megőrzött savóval végzett antitest-próbák lehetővé teszik az AIDS lappangási idejének és manifesztációs rátájának vizsgálatát. 6000 probandumon végzett kaliforniai tanulmány szerint hatévi megfigyelés után 30%-ra becsülhető a manifesztációs arány. Világszerte végzett vizsgálatok a HTLV—III afrikai eredetű utalnak; a vírusreservoirnak bizonyos majomspeciesek gyaníthatók.

2. Az AIDS kórokozójának és a fizikai sajátosságainak ismerete bizonyos módot nyújt az inaktiválásra és a fertőzéstől való védelemre. A HTLV—III, mint minden retrovírus, a kémiai és fizikai behatásokkal szemben igen labilis, azonban szobahőmérsékleten kiszáradt állapotban és kedvező körülmények között több napon át fertőző maradhat. A HTLV—III azonban a szokásos desiniciens szerekre és rövid ideig tartó felmelegítésre (30 perc 56 °C) viszonylag gyorsan inaktiválódik. A véralvadástényező-készítmények hőkezelése lehetővé teszi a vérbetegek védelmét a fertőzés veszélyétől. Orvosi és eü.-i személyzet vonatkozásában a megelőző eljárások a hepatitis-B-fertőzés követelményeivel azonosak (tűszúrású sérülések, fertőzötték nyálával, vérrel való bőr-érintkezés stb. kerülése).

ifj. Pastinszky István dr.

Adatok a HTLV—III-fertőzés oltási prophylaxisához és terápiájához. Goebel, F. D. (Med. Klinik der Universität Frankfurt a. M.): Klin. Wschr. 1986, 64, (Suppl. V.), 80.

A HTLV—III-fertőzések kezelési kísérleteinek eredményei rendkívül szerények. Hatásos terápia nincs eddig. Konvencionális oltás antitest-átvitel formájában vagy in vivo aktív antitestképzés előtt vagy legyengített vírus inoculációjával eredménytelen, mert eddig nem sikerült HTLV—III-t neutralizáló antitestet előállítani. Bizonyos próbálkozások kínálkoznak a célsejtek felületén a vírusreceptorok ellen a monoclonális antitestek képzésében, a vírusburok-fehérjék elleni antitestek fejlesztésében, amelyek a vírusburok kémiai összetételét módosítva a vírusfertőződés csökkenésére vezetnének. A másik kezelési princípium a vírusinfekcióhoz és -replicációhoz szükséges enzimek inhibitorok (reverse transcriptase) alkalmazása. Az eddigi kísérletek in vivo és in vitro hatásos enzimgátlást mutattak a vírustermelés csökkenésével, azonban az immunhiány semmit nem változott. A különböző, részben toxikus anyagokkal való kísérletek kihagyása után már rövid idő

múlva a vírusreplicatio megújulását észlelték. Esetleg hosszabb időn át tartó enzimgátlókkal való kombinatív kezelés, valamint immunmodulatorok vagy -stimulátorok alkalmazása eredményesebb lehetne.

ifj. Pastinszky István dr.

Morphologiai leletek lymphadenopathia-szindrómában (LAS) és a szerzett immunhiány-szindrómában (AIDS). Falk, S. és mtsai (Senkenbergisches Zentrum der Pathologie der Univ. Frankfurt/M.): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 714.

Az AIDS az immunrendszer komplex szabályozási és működési zavara, amelyben főleg a sejtjez közt, de a humoralis védekezés is kárt szenved. Fakultatív prodromális stádiuma a „lymphadenopathia-szindróma” (LAS), illetve az „AIDS-related complex” (ARC), amely lázzal, fogyással és egyéb specifikus tünetekkel jár, és 5–15%-ban AIDS-ba megy át. A kórokozó egy retrovírus („human-T-cell-lymphotropic virus III” (HTLV—III), illetve a „lymphadenopathy-associated virus” (LAV), amely vérrrel, vértermékekkel, ondóval átvihető, de a nyálban, könnyben, anyatejben is előfordul. A fertőzéshez valószínűleg nagyobb mennyiségű vagy ismételt vírusátvitel szükséges, de ezen kívül egyéb immunosuppressív befolyások is szerepet játszanak (férfi homoszexualitás, iv. gyógyszerfüggőség, afrikai, haiti származás, haemophilia, nemi érintkezés erősen kockázatos egyénnel, HTLV—III-pozitív szülő gyermekkel).

Az AIDS és LAS biopsia és autopsia anyagból nyert histomorphologiai leletei részben diagnosztikusan jelentősek, részben az immunhiány változatos spektrumát jelzik.

LAS. Az AIDS-betegek 50%-ában generalizált adenopathia található; jellegzetes a T-helper-/T-suppressor-sejtvizony inverziója, valamint a serum immunoglobulinok szaporodása. Kórszövettanilag a nyirokcsomókban két lényeges fő variáns ismeretes: 1. follicularis hyperplasia a postcapillaris venulák tágulatával, esetleg akut lymphadenitis; 2. másrészt a kis erek erős proliferációjával és lymphoid sejtes infiltratumaival, amely a normális nyirokcsomó szerkezetét szétzilálja („burn-out germinal center-like structures”); ezen utóbbi a LAS-nak az AIDS-ba való progressióját jelenti.

AIDS. Biopsiában a LAS-hoz hasonlóan a lymphaticus szövet lassankénti involúciója mutatható ki. A B-lymphocyták atipusos eloszlása mellett tovább súlyosabb a T-helper-/T-suppressor-sejtvizony. A nagyobb lépben a folliculusok sejtszegények. A thymusban extrem involúció, a Hassal-testek eltűntek. A csontvelőben kóroktanilag tisztázatlan gócszerű lymphocytás és histiocytás infiltrátumok; az erythropoiesis csökken, granulopoiesis hyperplasiája balratolódással és eosinophiliával. Myelodysplasiát is megfigyeltek. Az idegrendszerben a HTLV—III neurotropizmusa áll fent, de nehéz az elváltozásokat az opportunisztikus fertőzések következményeitől elhatárolni (cytomegalia vírus). „Subacute encephalitis”, a szürke és fehér állományban kis göcs demyelinisatio, diffúz gliosis, a későbbi stádiumban agy-atrophia, chr. meningitis, vacuolaris myelopathia szöveti képeit

figyelték meg. A herékben ismeretlen aetiologiájú atrophias jelenségeket észleltek a spermatogenesis csökkenésével, amely a „Sertoli-cell-only-syndrome” kórfelműjára mehet át.

Az opportunisztikus fertőzések a kórokozók ismert kórszövettani képét mutatják, amelyek közül a leggyakoribbak a következők: 1. protozoonok: pneumocystis carinii; toxoplasma gondii; cryptosporidium; isospora belli; entamoeba histolyca; 2. vírusok: papovavírus; herpes-vírusok; cytomegalia-vírus (CMV); varicella-zoster-vírus; Epstein—Barr-vírus; 3. mykobacteriumok: m. avium intracellulare; egyéb atipusos mykobacteriumok; m. tuberculosis; 4. gombák: candida albicans; aspergillus fumigatus; cryptococcus neoformans; coccidioides immitis; 5. egyebek: salmonella; legionella; listeria; nocardia asteroides; strongyloides.

Malígnus tumorok. A Kaposi-sarcoma fellépését az amylnitrit-tartalmú inhalatív használat elősegítheti; főleg homoszexuális AIDS-betegeknél (95%) mutatkoznak. Ez a tumor gyakran multifocalis, visceralis és igen agresszív jellegű. A daganatszövet képe jelentősen változatos és gyulladáson beszürodött. Hasonlóan gyakoriak a malignus lymphomák. A non-Hodgkin-lymphomák extranodálisan manifesztálódhatnak az agyban, csontvelőben, hasban. Legtöbbször nagy malignitású immunoblastos lymphomákról, vagy Burkitt-típusú lymphoblastos malignus lymphomákról van szó. Immunhistochemiailag csaknem mindig B-sejtszármazékok fordulnak elő. AIDS-ban ritkák a malignus epithelialis tumorok (bronchus-, prostata-, oesophagus-, anogenitalis carcinoma).

A jövőben az AIDS-betegek morphologiai vizsgálatára akár biopsiás, akár autopsiás anyagban nagyobb figyelmet kell fordítani. Az immunhistochemiai vizsgálatok nem fixált anyagból történnek és súlyosan fertőzőek.

ifj. Pastinszky István dr.

Kaposi-sarcoma az AIDS-ben. Braun-Falco, O. (Dermatol. Klinik der Universität München): Klin. Wschr. 1986, 64, (Suppl. V.), 78.

AIDS-ban a Kaposi-sarcoma különböző megnyilvánulásai ismeretesek, ezért ennek a prognosztikai megítélése a betegség lefolyásában nehéz. A Kaposi-sarcoma változókéony lefolyása miatt a systemás terápiás eljárások hatásosságának elbírási is problematikus. Számos lokális módszer alkalmazása lehetséges: elektrodessiccatio, curettage, excisio, laser-therápia, valamint a sugaras kezelés. A chemotherápiás módszerek alkalmazása ma még kevés eredménnyel bíztat. A legújabb terápiás modalitások közé sorolhatók az alpha-interferonokkal való próbálkozások. Végeredményben a Kaposi-sarcomás AIDS-betegek részére nem áll definitív hatásos kezelés rendelkezésünkre.

ifj. Pastinszky István dr.

Cryptococcosis disseminata két AIDS-betegen. Staib, F. és mtsai (Fachgebiet Mykologie im Robert Koch Inst. des Bun-

desgesundheitsamtes Berlin und II. Med. Klinik des Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin); Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 1061.

A *Cryptococcus neoformans* (c. n.) madárürülékekben fordul elő, és innen kerülnek a szaporodásra képes gombaspórák a levegőporba. Az inhalált c. n.-sejtek az immunkompetens egyéneket a T-sejtek aktivitása folytán nem fertőzik, illetve nem betegítik meg; viszont az AIDS-betegeknél a hiányzó celluláris reakció folytán a fakultatív kórokozók nagy száma ellenére a c. n.-fertőzés esetén csaknem szelektív systemás fertőzés jön létre. Erre utalnak 1982—1984-ben közzölt USA-beli adatok; 3710 AIDS-betegből 189 betegedett meg c. n.-fertőzésben, viszont az egyéb systemás mykosisok száma csekély vagy véletlen volt. A dissemináltan lefolyó c. n.-fertőzés végtádjuma a központi idegrendszer fertőzés. Ismeretlen eddig a c. n.-inhalatio lefolyása, persistenciája, kolonizációja az alveoláris lumenekben és septumokban, valamint *Cryptococcoma* képződése a tüdőben, továbbá haematogen szóródása egyéb szervekben (központi idegrendszer, máj, csontok).

A szerzők két homoszexuális AIDS-betegénél a c. n.-nak a májban, illetve a máj- és lépünkatonban való mikroszkopos kimutatása vezetett a *Cryptococcus* systemisata diagnózisához. A vizeletben, liquorban tuskészítményes vizsgálattal ugyancsak sikerült a betokolt c. n.-sejteket kimutatni. A c. n.-nak a hörgőváladékból, liquorból, vizeletből történő egyidejű kimutatása bizonyította a fertőzés diagnózisát; a Guizotia-abessynica-kreatinin-agar differenciális táptalajon sikerült a c. n. kitenyészése, valamint a sejtszám meghatározása is. A c. n. serum és a liquor antigentitert megfeleltek a mikroszkopos diagnózisát. A fertőzésnek. Amphotericin-B és fluocytosin (Ancotil) hat anyag kezelése után c. n. a felsorolt anyagokból már nem volt kitegyészthető.

A c. n.-sejtek ökológiai kutatásai csaknem kizárólag madárürülékkel való expositióra utaltak. Az AIDS-betegeknek c. n.-fertőzésre való rendkívüli hajlama folytán következetesen kell megvalósítani az expositio prophylaxist és a c. n.-fertőzés célzott mykológiai ellenőrzését; a hörgőváladékban, köpetben való korai kimutatása lehetőséget nyújt a korai hatásos kezelésre.

ifj. Pastinszky István dr.

Malignus lymphomák klinikuma és terapiája AIDS-ben; AIDS-encephalopathia symptomatológiája. Huhn, H. (Universitäs — Klinikum Berlin—Charlottenburg); Klin. Wschr. 1986, 64, (Suppl. V.) 78.

1. Malignus lymphomák klinikuma AIDS-ban

1.1. Non-Hodgkin-lymphomák (NHL). AIDS-ban NHL-k halmozottan fordulnak elő. Az oki összefüggés egyes esetekben nehezen bizonyítható, mert a malignus lymphomák per se éppennygy immunhiányra és oportunistikus fertőzésekre vezetnek. A NHL-k AIDS-ban csaknem kizárólag B-sejtes lymphomák. Az esetek mintegy kétharmadában nagy malignitású lymphomák fordulnak elő; a betegek

egyharmadában a lymphomák közepes vagy alacsony malignitásúak. A NHL-k klinikai megnyilvánulásaikban következő sajátosságokat mutatnak: az esetek 90%-ában a kórisme felállításakor extranodalis manifesztációk állnak fent; csaknem minden betegnél intracerebrális góccok található; a gyomorbélhuzamban és tüdőparenchymában a betegek 10—20%-ában található manifesztációk. Egyes esetekben a NHL előzőleg fennálló Kaposi sarcoma területén keletkezik és a gyomorbélfolyamat esetén vérzésekkel jelentkezik, és az elkülönítő kórismében problémákat okozhat. A haemofilias betegeknek a subcutan és intramuscularis lymphoma-manifesztációk haematomákkal téveszthetők össze.

1.2. Mörbus Hodgkin. Az AIDS egyes eseteiben Hodgkin-kórt diagnosztizáltak. Itt is szokatlan klinikai lefolyás mutatkozhat, pl. a tüdőparenchyma- és bélváltozások. Az elkülönítő kórismében főleg akkor vannak problémák, ha a Hodgkin-kór már megelőző lymphadenopathia-szindrómából alakul ki.

2. Malignus lymphomák terapiája AIDS-ban. A terapia lényegében követi a malignus lymphomák kezelésében ismert irányvonalakat. A nagy malignitású lymphoma-esetek többségében leggyakrabban a cyclophosphamid, adriablastin, vineristin, prednisolon, (CHOP) kombinációt alkalmazzák. A túlélési és a remissió ráta rosszabb összehasonlítva olyan lymphomabetegekkel, akik egyidejűleg AIDS-ban nem szenvednek. Különösen rövidült a várható élettartam olyan betegeknek, akik megelőzőleg generalizált lymphadenopathiában szenvedtek, akiknél a kórszöveten magas vagy közepes rosszindulatúságú igazolt és a központi idegrendszer is megbetegedett. Különösen kedvezőtlenül befolyásolja a prognózist, ha kifejezett immunhiány és oportunistikus fertőzések állnak fent.

3. AIDS-encephalopathia. Az AIDS-betegek mintegy harmadában klinikailag a központi idegrendszer dysfunctiója mutatható ki; a postmortalis neuropathológiai elváltozások aránya 80%. A leggyakoribb elváltozás a fehér állomány cerebellaris, cerebellaris, spinalis vacuolisatioja. Ezen elváltozások önmagukban, akár csak az ebből eredő klinikai panaszok emlékeztetnek a B₁₂-vitamin- vagy folsavhiány tüneteire. Más esetekben a mikroglia encephalitis nodularis jelenségei észlelhetők. Az elkülönítő kórismében mérlegelni kell a cytomegalia-, herpes-, toxoplasmosis-, cryptococcus-fertőzéseket.

ifj. Pastinszky István dr.

Fog- és szájbetegségek

Fogászati implantátumok: Schroeder, A. (Zahnmedizinische Kliniken der Universität, Bern, Schweiz); Dtsch. Med. Wschr. 1986, 111, 1427.

Az a gondolat, hogy az elvesztett fogakat valamilyen implantátummal pótolják, igen régi. Emlegetik egy, a prekolumbián időkben származó hondurasi koponya példáját, ahol az alsó oldalsó metszőfogatóból készített implantátummal pótolták. Az implantológia útja azonban a legutóbbi évtizedekig sikertelenséggel volt

kikövezeve. A referált cikk célja, hogy néhány általános elvi kérdést felvessen az implantátumokkal kapcsolatban, és a mai álláspontokat ismertesse.

A problémafelvetés a medicina egész területén ismeretes, a fogászati implantátumok azért foglalnak el különleges helyzetet, mert pillérekkel áttörnek a szájnálkahártyát és ezekre kell a fogorvosnak a fogakat építenie. Tehát a már ismert implantációs problémákon kívül számos egyéb (mechanikai, fertőzés stb.) problémával is számolni kell. Az idők folyamán különböző implantációs módszerek alakultak ki. Az ötvenes években rácszerű, pillérekkel ellátott fémtesteket ültettek a periosteum alá. A későbbiekben az implantátumok formájára koncentráltak, és azokat gyakran változtatták, az utóbbi 15—20 évben az implantátum anyagának kérdései foglalják el az érdeklődés fő területeit.

Az implantátum anyaga igen jelentős, mert a szervezetbe ültetett idegen testet a csontnak tolerálnia, akceptálnia és integrálnia kell. Ezeknek a követelményeknek ma leginkább a tiszta formájában alkalmazott titán fém, — melyet titán-oxidok stabil kristályaiával vonnak be —, a legismertebb, ezek a kerámia anyagok csoportjába sorolhatók. Ezekből az anyagokból készítik implantátumokra a csont ránó, rákúszik, különösen akkor, ha a felszínük durva, ilyenkor mechanikusan nem feloldható kapcsolat jön létre az idegentest és a csont között. Ezt nevezi az irodalom ankylotikus vagy osteointegrált beépülésnek. Kevésbé tűntek alkalmasnak az acél, nemesfémek és műanyagok, mivel ezekben a közvetlen összeköttetés a csont és az implantátum között nem jött létre, csupán lágyrészek közvetítésével. Ismét másképp reagál az állcsontok csontja az ún. „bioaktív” anyagokra, mint bioüvegek vagy szintetikus apatitok. Ezekkel az anyagokkal a csont kémiailag összeköttetésbe lép, hátrányuk azonban a csekélyebb mechanikai ellenállóképesség. A legutóbbi időkben az alumíniumoxid kerámiát alkalmazzák, melyeket ugyanúgy, mint a fémeket, megfelelő protézis hordozó implantátumává lehet kidolgozni.

Az implantátumok indikációs területének kialakulásához is idő volt szükséges. Etikusan gondolkodó fogorvos természetesen csak ott alkalmaz implantátumot, ahol más megoldás nem jöhet szóba. Ezek három klasszikus pontban foglalhatók össze:

1. az alsó állcsont teljes fogatlansága esetén, ahol az eddig elkészített protéziseket a beteg nem képes megszokni, viselni;

2. egyoldali foghiány esetén a felső vagy alsó állcsontban, ilyenkor egy hídpillér implantációjával a kivehető fogpótlás elkerülhető;

3. egyes fogak pótlása baleset vagy aplasia esetén, a hídkészítés elkerülése céljából.

Bár az implantátumokkal rengeteg kli-nika és fogorvos több évtizede foglalkozik, viszonylag kevés a statisztikák száma. A legnagyobb és legmegbízhatóbb statisztikával a göteborgi csoport rendelkezik, akik több mint 6000 implantátumot kontrolláltak, és 10—20%-os sikertelenséget észleltek. Általában az a fel-fogás, hogy ha az implantátum behelyezése után két év alatt nem következik be

komplikáció, akkor az implantátum a to-
vábbiakban várhatóan sikeresnek mond-
ható.

A cikk szerzője szerint az implantátu-
mok kérdése, problematikája még nem le-
zárt, mind az alaputatásoknak, mind a
klinikai kutatásnak még sok tennivalója
van ezen a téren.

Bánóczy Jolán dr.

**Odontogen sinusitis maxillaris bevitt
idegentestek után.** Konstantinov, D.,
D. Dimitrov (Med. und Stomatol. Fakult.
tät, Lehrstuhl f. Röntgenologie, Plovdiv):
Radiol. diagn. 1986, 27, 501.

A szerzők 548 olyan beteget vizsgáltak,
akiknél a felső állcsont fogain történt
stomatológiai beavatkozások kapcsán a
sinus maxillarisba idegentestek kerültek.
A legtöbb esetben a bejutott idegen test
foggyökér vagy zinkoxyphosphatecement
volt. A sinus maxillaris nyálkahártyáján
keletkezett elváltozások összefüggésben
voltak a sinusba került idegen test minő-
ségével és az arcüregben töltött időtar-
tammal. A zinkoxyphosphatecement és a
zinkoxyd még rövid időtartam alatt is az
arcból mucosáján kifejezett káros elvál-
tozásokat idéz elő, amely az egyszerű hy-
perplasiától a polyposus degenerációig
terjedhet.

Az idegentest kimutatását és a mucosa
káros elváltozásait radiológiailag: normo-
tomo- és zonographiával vizsgálták. Az
erősen sugárelnyelő idegentestek (a zink-
oxyphosphatecement és a zinkoxyd) jól
észlelhetők. A foggyökerek és egyéb ide-
gentestek egyes esetekben diagnosztikai
nehézségeket okozhatnak.

ifj. Pastinszky István dr.

Tüdőgyógyászat

Tengerész, hasában egy daganattal.
W. Y. Rijnberg, P. R. Hekking (Rotter-
dam): Ned. Tijdschr. Geneesk. 1986, 130,
147.

A kikötői kórházba felvett 31 éves pa-
kisztáni hajósakács három hét óta ét-
vágytalan, 4 kg-ot fogyott, alhasában j. o.
fájdalmat érez. A Mac Burney pontnál
5 cm átmérőjű, egyenetlen felszínű, rugal-
masan kemény, fájdalmas terimenagyob-
bodás tapintható. Arcszíne szürkés-sá-
padt, a has felett élénk peristaltica hall-
ható, egyéb leletek közül kiemelendő vas-
hiányos anaemiája. Echográfia kimutatja
az appendixájai beszűrődést, a rtg. ki-
mutatja a colon asc. nagyfokú stenosisát.
A jobb tüdőcsúcsot pleurális callus fedi,
j. o. paratrachealisan fokozott a rajzolat.
Bronchosopia a j. felsőlebeny hörgőszá-
jadékának beszűkülését mutatja ki. (A tü-
dőlelet egyébként a továbbiakban sem
változott.) A colonoscopia a colon ascen-
dens felhányszélű szűkületét állapítja
meg, a nyálkahártya vérvékeny. Makro-
scoposan malignus tumorra gyanús a kép,
a szövettani vizsgálat granuláló-fekélye-
söd gyulladást mutat ki.

A tüdőlelet miatt tbc-re irányul a figye-
lem. A Mantoux próba pozitív, (20 mm),
a bőrreakciók atypusos mycobacteriu-
mokra negatívak, számos köpet-, bron-
chus mosófolyadék-, gyomornedv vizsgá-

lat direktben Koch negatív. Crohn beteg-
ség mellett tbc, amoebiasis, malignus da-
ganat is szóba jöhet, de diverticulitis és
actinomycosis sem zárható ki. A beteg
foglalkozása és nemzetisége miatt hosz-
szabb observációra nincs mód, és tekin-
tettel arra, hogy a tengerészek rendszert
dissimulálnak, féltve munkahelyük-
ket, és bár közismert, hogy sebészi be-
avatkozásra bél tbc-nél csak kompliká-
ciók esetén van szükség, INH-RMP-PZA
védelemben elvégzik a laparotomiát. Az
eltávolított képlet savállókat nem tartal-
maz, a tuberculostatikus kezelést folytató-
ják. A beteg javulása folyamatos.

Később megjönnek a tenyésztési ered-
mények. Három vizelet, három gyomor-
bennék, három faeces, valamint a bron-
chialis mosófolyadék és a resectió készit-
mény tenyésztése negatív eredményt ad,
a három köpettenyésztés közül az egyik po-
zítív, és pozitív a colonoscopiánál levett
biopsia tenyésztési eredménye. Humán
mycobact. tenyésztett ki, mely SM-re ér-
zékenynek bizonyult. A kevés tünettel
járó bél tbc. diagnosishoz az egybeült
(tűdőben) található specifikus elváltozás
vezetett.

A biztos diagnosishoz a histológiai kép
mellett a mycobact. kimutatása szüksé-
ges, a tenyésztések terén a takarékosko-
dás nem jogosult. Téves diagnosishoz a téves
therápiával végzettség válhatik, a tbc-
nél nem ritkaság a postmortalis diagnosis.
Kreukniet és Deenstra már 1978-ban a
tbc-t „elfelejtett betegségnek” nevezték.
Figyelemztetéstük napjainkban is aktuális.

Ribiczey Sándor dr.

Tuberkulózis, tényleg problémamentes?
J. T. Steensma: Ned. Tijdschr. Geneesk.
1986, 130, 143.

Nagyszámú beteg kezeléséből levont
tapasztalatok alapján Hollandiában 1978
óta rövidebb időtartamú, kilenc hónapos
kezelést vezettek be a (tűdő)tbc legtöbb
kórformájánál. Lényeges feltétel, hogy az
INH és rifampicin (RMP) adagolás 9 hó-
napon át tartson. Az első 2—4 hónap alatt
harmadik-negyedik szerként pyrazinami-
dot (PZA), streptomycint (SM), vagy
ethambutolt (EMB) is adnak, ezt köve-
tően marad az INH—RMP kezelés. Ha a
vázolt kezelés nem vihető keresztül, a ke-
zelést 1—2 évre meghosszabbítják. Bovin
mycobact. okozta kórformáknál PZA nem
alkalmazható, a bacterium erre a szerre
reszisztens.

A vázolt kezelés látszólag egyszerű; az
előforduló buktatókra, problémákra szer-
ző egy körtörténettel hívja fel a figyelmet.

Tibia töréssel kerül egy 71 éves, felsze-
mére vak nő sebészetre, ahol melléklet-
ként pyuriát állapítanak meg, de banális
táptalajon bacteriuria nem mutatható ki.
Miután hasonló lelet urogenit. tbc-nél
gyakori, tbc-re is megindítják a tenyész-
tést. Mantoux próba negatív (0 mm),
tüdőlelet negatív, az i. v. pyelogramot
nem ítélik kórosnak, a beteget „gyógyul-
tan” hazabocsátják. Fél év múlva a beteg
ismét sebészetre kerül, pár hónapja mellé-
ben növe csomócska miatt, mely otthon
kifakadt, genny ürülése után a seb be-
gyógyult. A sebész a beszűrődést incin-
dálja, a sajtos massa kiürül, de a továb-
biakban a gennyürülés megmarad. Elkor-
jönnek csak rá a fél éve levett vizelette-

nyésztés pozitívására: bovin mycobact.
tenyésztett ki, PZA-ra fennálló reszisten-
tiával. Másfél hónapos sebészeti tartóko-
dás után a beteg a szerző intézetébe kerül.
Itt a Mantoux erősen poz. (25 mm), tüdő-
lelet negatív, a vizelettenyésztés myco-
bact.-ra negatívat mutat. A pyelogram-
mal a bal vesében minimális a kiválasztás,
ez két hónap múlva teljesen leáll (auto-
amputatio). A fistulából vett tenyésztés
mycobact. bovist eredményez. Az antitbc.
kezelést INH—RMP—SM-nel kezdik,
egyben megkezdődik a küzdelem a mel-
lékhatások és a reszistencia kivédésében.
Két hét múlva a RMP-t EMB-lal váltják
fel súlyos gastrointest. panaszok, enyhe
májfunktiozavar miatt, 4 hét múlva látás-
romlás miatt RMP-t adnak, most már
problémamentesen, a SM-t hallásromlás
miatt kell elhagyni, a beteg hallókészülé-
ket kap. A fistulát naponta mossák kana-
mycinnel—INH-val, hatheti kezelés után
a genny nem tartalmaz mycobact.-ot, de
a gennyürülés még két éven át fennáll,
a fistula csak ekkor záródik. Hathónapos
intézeti chemotherapia után a beteget
hazabocsátják azzal, hogy az INH—
RMP kezelést folytatnia kell. A háziorvos
azonban, többszöri sürgetés ellenére csak
INH-t ír fel a betegnek, aki öthónapos
INH monoterapia után ismét kórházba
kerül agyvérzéssel. Itt ismét kapja az
RMP-t, de fél év után a tbc. kezelést be-
fejezik.

Öt év múlva grippés panaszok vizsgá-
lata kapcsán a jobb tüdő alsólebeny csú-
csában beszűrődést találnak, mely széles-
spektrumú ab. kezelésre nem mutat reg-
ressziót, sőt a másik oldali tüdőben is je-
lentkeznek elváltozások. Tumor nem zár-
ható ki, de próbathoracotomiától, — a
beteg kora, a folyamat kétoldalisága, látás-
és hallásromlás, romlott vese- és máj-
működés, agyvérzés utáni állapot miatt
elállnak. Therapiás tesztet kezdenek,
INH—RMP és napi 1/2 g SM-nel, mire a
beteg állapota és a rtg. status látványo-
san javul, egy hónap múlva a SM adását
be is szüntetik (a választás nehéz volt:
„inkább sükettség, mint teljes vakág”).
A köpettenyésztés mycobact. bovist iga-
zol, de most már komoly INH reszistenciá-
val, melyet nyilván az öt év előtti IHN mo-
notherapia hozott létre. A tüdőelváltozá-
sok endogén reaktiváció eredményekén
jelentkeztek, a beteg ifjúkorában falun
élt, nyilván akkoriban nyers, fertőzött
tejet, vagy tejterméket fogyasztott. A
szarvasmarha gumókor eradikációja után
bovin mycobact.-ot csak falusi idős be-
tegeknél találnak.

(Ref.: A problémák nálunk sem ismerelle-
nek. Az integrálódott és pulmonológiává fej-
lődött szakma téren továbbra is monopoli-
helyzetben van: minden pulmonalis és
extrapulmonalis tbc-s beteg sorsáért felelős.
A bevált munkamódszerek elhanyagolása és
a lazítás az esetismertetésben szereplő buktatókhoz vezet. A betegnél elégtelen volt a felvilágosítás, nem ellenőrizték a gyógyszer-
relést, hiányzott a kapcsolat és információ-
csere az alapellátással, társszakmákkal, hiá-
nyos volt a laborleletek értékelése, nem tör-
tént családlátogatás, nincs említés kontakt-
védelemről. „Más szemében az infókat könnyű megtalálni...”)

Ribiczey Sándor dr.



A tüdő sarcoidosisos betegek vérében lévő kininleépítő enzimek aktivitása. Kaminskaya, G. O., Sehrt, I., Balta, N. Q. (Centr. Inst. Tuberculosis, Moscow, and Inst. Lung Dis. Tuberculosis Berlin-Buch): Z. Erkrank. Atm. Org. 1986, 166, 274.

Az angiotensin convertáló enzim (ACE) kimutatása a vérszérumban az utóbbi években felkeltette a kutatók érdeklődését. Sarcoidosisban (sarc.) az ACE-szint azoknál a betegeknek növekszik maximálisan, akik megelőzően több mint két évig betegek voltak. Egyes adatok szerint a betegség I. és II. stádiumát, míg mások szerint a fibrosos stádiumot jellemzi a legmagasabb ACE-szint. Ellentmondások az adatok az ACE dinamikájára vonatkozóan is. Egyes szerzők szerint a hormonterápiától függően, mások az ACE-csökkenést a kezelés hatékonyságának tulajdonítják. Az aktív sarc.-ban az ACE-szint növekedése nem kétséges, mégis e jelenség fontossága nem nyer kellő értékelést. A tüdőepithelium által szintetizált ACE regulálja a bradykinin plasmazintjét, másrészt a vérkinin-rendszer nagymértékben aktiválódik a gyulladáshoz tartozó folyamatok jelentős részében. A szerzők munkájukban ezért vizsgálták az ACE és kinin-rendszer kölcsönös összefüggését tüdő sarc.-ban.

192 tüdő sarc.-os betegnél a kinin-rendszer jellemzésére megvizsgálták a vérben a kinin képződés hányadosát és az antikinin-aktivitást. A szöveteileg igazolt betegek közül 93 volt az I. és 99 a betegség II. stádiumában. A kinin képződési hányados a kininogen-, a prekallikrein- és kallikrein-aktivitás tartamát át határozta meg. Az antikinin-potenciát a carboxypeptidase-N (Kininase I.), az ACE (Kininase II.) és az összkininase aktivitása jelentette. A Kininase I.-t és Kininase II.-t (ACE) spectrophotometriчески, az összkininaset biológiai úton, a natív bradykinin inaktiválása által mérték. A sarc.-os betegeknek kimutatható a kinin-rendszer aktiválása, amelyet a korai megbetegedési stádiumban az összkininase-aktivitás emelkedése és a további lefolyás alatt csökkenése kísér. A carboxypeptidase-N, az ACE és az összkininase-aktivitás nem korrelálnak.

Prugberger Emil dr.

Mellkasi lymphadenopathia visszatérése sarcoidosisban. Steiger, V., Fanburg, B. L. (New Engl. Med. Center, Boston): New Engl. J. Med. 1986, 314, 1512.

A sarcoidosisnak (sarc.) fontos jellemzői a megnagyobbodott intrathoracalis nyirokcsomók. A kéreghormon-kezelés alkalmazásával a nyirokcsomók visszafejlődhetnek, majd újra megjelenhetnek a terápia abbahagyása után. A normális nagyságúra visszafejlődött nyirokcsomó csak ritkán nagyobbodik meg ismét. Sarc.-os nyirokcsomó-duzzanatot spontán regressiója után nagy ritkaság ismételt visszatérése, ilyen csak néhány esetben közöltek az irodalomban. Ha előfordul, fel kell hogy merüljön malignus lymphoma gyanúja. Vesecarcinoma is előszeretettel metastatizál a kétoldali hilaris nyirokcsomókba, azok megnagyobbodását okozva.

A szerzők egy 21 éves fekete nőbetegük esetét ismertetik, akinél terhesség után légzési panaszok kapcsán észleltek nagy kétoldali hilaris nyirokcsomó-duzzanatot, diffúz tüdőbeszűrődéssel. A mediastinoscopia el nem sajtosodó granulomát mutatott. Kezelésre teljes regressio jött létre, de négy év múlva ismét jelentkeztek a kétoldali hilaris lymphomák, majd spontán visszafejlődtek. Kétévente ellenőrizték, normál mellkasröntg.-t találtak. A betegség kezdetétől számított 13 év múlva azonban mellkasi diszkomfortérzés kíséretében ismét megjelent a hilaris nyirokcsomó-duzzanat. A második mediastinoscopia is el nem sajtosodó granulomát mutatott.

Prugberger Emil dr.

Bronchoalveolaris hízősejtek sarcoidosisban: megnövekedett sejtszám és mediator-felszabadulás hangsúlyozása. Flint, K. C. és mtsai (Middlesex Hospital, London): Thorax, 1986, 41, 94.

Hosszú ideje ismert, hogy a mastocyták kapcsolatban vannak hypersensitiv reakciókkal. Ezeknek a sejteknek magas affinitásuk van IgE antitestekkel és gyorsan degranulálódnak az IgE-függő immuntörzéses következtében. Újabb leírta a hízősejtek aktiválódását a késleltetett cutan hypersensitiv reakciókban. A szerzők ezért vizsgálták a mastocyták számát és aktivációját sarcoidosis (sarc.) betegek bronchoalveolaris mosófolyadékában (BAL).

A BAL-t 36 szöveteileg igazolt tüdő sarc.-os betegen és 20 kontroll egyénen végezték. A sarc.-os betegek átlagéletkora 41, a kontrolloké 47 év volt. Utóbbiaknál a bronchosocopia rutin diagnosztikus célból történt. A mastocyták aránya a sarc.-os betegek BAL-ában 0,84% volt, összehasonlítva a kontroll csoport 0,32%-ával. Legnagyobb volt az arányszám azoknál a sarc.-os betegeknek, ahol a Gallium-67 scan erősen pozitív volt. Nem volt észrevehető kapcsolat a BAL-lymphocyták %-os arányával és a rgt.-stádiummal.

Az anti-IgE-indukált histamin-felszabadulás 15 sarc.-os beteg BAL-sejtjeiből jelentősen növekedett. A histamin-felszabadulás ilyen formája a pozitív Gallium-67 scan-nel rendelkező betegeknél volt nagyobb, és korrelált a lymphocytosis arányával. Az anti-IgE-indukált histamin-felszabadulás dóziszfüggő görbéje a BAL-lymphocyták több mint 20%-ával rendelkező betegeknél jóval nagyobb volt. Csökkentebb volt azoknál a betegeknél, ahol a BAL-lymphocyták aránya 20% alatt volt, valamint a kontroll egyénekénél.

A szerzők előzetes vizsgálatait azt sugallják, hogy a hízősejteknek és azok aktiválódásának szerepe lehet a sarc. pathológiájában. A lymphokinek szerepe a hízősejtek aktivációjában a késleltetett típusú hypersensitiv reakciókban ezért további kutatást érdemel.

Prugberger Emil dr.

Sarcoidosis. A klinikai, röntgenológiai és funkcionális leletek korrelációja, a bronchoalveolaris lavage-sejt megoszlásával. Vetter, N. (II. Intern. Lungenabteil.

Pulm. Zentrum, Wien): Wien. Klin. Wschr., 1986, 98, 178.

Sarcoidosis (sarc.) betegeknél a kéreghormon-kezelés megkezdésére döntő szempont a röntgenológiai, klinikai és funkcionális leletek alakulása. A szérumban angiotensin convertáló enzim, a Gallium-67 scintigraphia és a sejtmegoszlás a bronchoalveolaris lavage (BAL)-ban olyan paraméterek, melyek jelentősége vitatott a terápia eldöntésében. Több közlemény utal rá, hogy az alveolitis mértékének megítélésére a BAL lymphocytá-arány számából következtetni lehet. Ennek alapján a betegség lefolyása is jósolható, így jó mutató lehet a kezelés eldöntésére.

A szerző 46 szöveteileg igazolt sarc.-os betegnél vizsgálta a sejtmegoszlást a BAL-ban bronchofiberoscopia. A 26 férfi és 20 nő beteg átlagéletkora $37 \pm 11,2$ év volt. A vizsgálat a lymphocyták magas arányszámát ($28,4 \pm 22,4\%$) mutatta a BAL-ban, mintegy kifejezte a lymphocytás alveolitis tényét. Az alveolitis mértéke nem korrelált a klinikai adatokkal, a tüdő rgt.-lelettel és a funkcionális paraméterekkel. Nem volt összefüggés a panaszos és tünetmentes, a rgt.-nel igazolható és nem igazolható tüdőelváltozások, valamint a normális és kóros légzésfunkciók értékek és a BAL-lymphocytaszám viszonylatában. Voltak panaszos betegek extrathoracalis manifestációval és a BAL-lymphocyták magas arányszámával. Adatai szerint a klinikai, röntgenológiai és funkcionális leletek nem tükrözik a lymphocytás alveolitis mértékét, tehát a sejtmegoszlás megítélése a BAL-ban hasznos kiegészítő módszer a hagyományos vizsgálati eljárások mellett az aktivitás megítélésében.

Prugberger Emil dr.

Soliter csomó sarcoidosisban. Rose, R. M., Lee, R. G. L., Costello, Ph. (New England Deaconess Hospital, Boston, Massachusetts): Clin. Radiology, 1985, 36, 589.

Soliter csomó megjelenése a tüdőben mindig veszedelmes jel, mely primer vagy metastatikus rosszindulatú elváltozásra tereli a gyanút. Előfordulhat gyulladásos, infectious és vascularis kóreredet is. Ritka azonban ilyen esetekben a sarcoidosis (sarc.) szövetei kép, el nem sajtosodó granulomával.

A szerzők három betegnél találtak sarc.-os szövetei képpel a tüdőben soliter kerek csomót. Két középkorú férfinél mediastinoscopiaival, egy idős háziasszonynál a kerek képletből vett aspirációs tübiopsiával nyertek típusos granulomás szövetet. Egy esetben a submandibularis nyirokcsomó is tapintható volt, míg további kettőnél a klinikai és pathológiai leletek csak a mellkasra korlátozódtak. A granulomás gyulladás egyéb okait kizárva következtettek sarc.-ra. A prognózis valamennyinél nagyon kedvező volt. Felvetik a sarc. e korlátozott formájának előidőzésében a megelőző kéreghormon-kezelést és a 40 év feletti életkort, mely esetekben fellelhető volt.

Prugberger Emil dr.

Transbronchialis tüdőbiopsia sarcooidosisban. Értékelhető módszer-e az aktivitás feltérítésében? Poletti, V. és mtsai (Servizio di Istopatologia, Ospedale Bellaria Bologna): *Chest* 1986. 89. 361.

A sarcoidosis (sarc.) pulmonalis manifestációjának jelentős hányadát az alveolitis reprezentálja. Ez játszik központi szerepet a betegség pathogenesisében, melyet az alveolaris struktúrán belül a mononukleáris sejtek, a T lymphocyták és az aktivizálódott macrophagok kronikus felszaporodása jellemez. A folyamat mediálja a granulomák kialakulását, aktívabb esetekben a struktúra elpusztulását és a fibrosis megjelenését. A racionális terápia szempontjából szükséges az alveolitis prognosztikai értékelése. A cél elérésére három módszer nyert alkalmazást; a nyitott tüdőbiopsia, a Gallium-67 scintigraphia és a bronchoalveolaris mosás (BAL). A nyitott tüdőbiopsia egyenes módszernek látszik az alveolitis megközelítésére, de körülményessége és rizikói miatt egyazon betegnél csak egyszer alkalmazható. A Gallium-67 scan-nel a téves pozitív esetek száma nagy. A BAL veszélytelen és ismételtető, de a tüdőparenchyma effectorsejtjeinek csak durva felmérését adja.

A szerzők a tüdő sarc. aktivitásának az értékelésére 37 betegből vettek transbronchialis tüdőbiopsiás mintákat. A 15 férfi és 22 nőbeteg szövétlenül igazoltan tüdő sarc.-ban szenvedett. A transbronchialis tüdőbiopsiás mintákat összevetették a BAL-sejtmintákkal. A morfológiai vizsgálat 13 esetben diffúz, 11-nél gócos jellegű interstitialis alveolitis mutatott, mely dominánsan mononukleáris sejtekből, neutrophilekből és eosinophilekből állt. 5-nél a nodularis interstitialis laesiót mononukleáris sejtek összecsapódása okozta. 1 esetben diffúz intraalveolaris macrophagokból álló infiltratio, 27-nél granuloma, 1-nél hyalin membrán, 2-nél intraalveolaris fibrosis, 6-nál interstitialis fibrosis és végül 8-nál az alveolaris sejtek köbös metaplasziája volt fellelhető. Csak a diffúz alveolitis társult magas lymphocytosissal a BAL-ban. A klinikai módszerek szorosan kapcsolódtak a transbronchialis tüdőbiopsiával nyert képekhez.

A histopathológiai minták 2-4 mm szélességben heterogének. Ezért a transbronchialis tüdőbiopsia minták nem tekinthetők reprezentánsnak az alveolitis nagysága és intenzitása szempontjából. Mégis a szerzők tanulmánya azt demonstrálja, hogy a transbronchialis tüdőbiopsia hozzájárulhat a tüdő sarc. korai laesióinak tanulmányozásához és a betegség aktivitásának megítéléséhez. Erre a célra négy alveolaris minta elegendőnek látszik.

Prugberger Emil dr.

A tüdő pseudolymphomáinak differenciáldiagnózisa. Richter, H. J. és mtsai (Institut für Pathologie des Universitätsklinikum Essen und der Ruhrland Klinik Essen-Heidhausen): *Prax. Klin. Pneumol.* 1985, 39, 671.

A tüdő pseudolymphomája igen ritkán előfordul, ismeretlen etiológiájú, tumor-szerűen körülírt, jóindulatú lymphoproliferatív elváltozás. Jelentősége a rosszin-

dulatú pulmonalis lymphomától való elkülönítésében rejlik. Az utóbbi érdekében sem klinikai, sem radiológiai ismérvek nem állnak rendelkezésre, biztos kórismézésére csak morfológiai megközelítés útján nyílik lehetőség.

A közleményben 2 pseudolymphoma és 6 malignus lymphoma ismertetéséről van szó. A rosszindulatú alakok közül 4 monomorph (lymphocytás 2, centrocytás 1, nagysejtes 1), 2 lymphoplasmocytás jelleget mutatkozott.

Amíg a malignus monomorph elváltozás kórisméje viszonylag nem okozott nehézséget, a 2 kevert daganat elkülönítése a pseudolymphomától rendkívüli nehézséggel járt. Citológiailag atípia nem volt észlelhető, a tüdő szerkezete nem változott meg. A plasmocytás daganatsejtek előszeretettel submucosusan helyezkedtek el, gyulladásszerű reakció képében. Az inaktív csíracentrumok, az epitheloid sejtekben gazdag granulomák lymphoid interstitialis pneumoniára emlékeztettek. Az utóbbi ellen szóltak azonban a radiológiai jelek is — a diffúz, vonalas-nodularis góccok nélkül fennálló, körülírt kerekárnyékok. A kevertsejtes infiltratumban valódi termézetét csak immunhistochemiai úton lehetett megállapítani. Ennek jeleként a plasmasejtek monoclonalis IgM- és kappa-pozitivitást, ill. IgG- és lambda-negativitást mutattak.

A két pseudolymphomában viszont minden vonatkozásban reaktív gyulladásra utaló jelek álltak fenn, ilyen florid csíracentrumokkal. A tumorszerű infiltráció ellenére a szerkezet szövettanilag nem változott meg. Immunhistochemiailag polyclonalitás állt fenn. Sem a pseudolymphoma, sem a primer malignus lymphoma klinikai biopsiás módszerekkel nem különíthető el. Az intraoperatív gyors szövettani vizsgálat ilyen esetekben csak a pseudolymphoma vagy malignus lymphoma alternatív diagnózisára szorítkozhat, amely a takarékos resectio javallatát biztosíthatja. Az említett elváltozások pontos elkülönítése, tipizálása azonban csak speciális festések és immunhistochemiai eljárások igénybevételével lehetséges.

Barzó Pál dr.

Tüdőinfiltráció malignus lymphomában. Donhuijsen, K., Samandari, S. (Institut für Pathologie des Universitätsklinikum Essen): *Prax. Klin. Pneumol.* 1985, 39, 672.

A malignus lymphomákban különösen előrehaladott stádiumában nehéz eldönteni azt, hogy egy tüdőinfiltrátum az alapbetegség következménye, vagy pneumoniás eredetű-e. A szerzők ezért 280 malignus lymphoma miatt végzett obductio leleteinek feldolgozása révén igyekeztek olyan jelek után kutatni, amelyek a kérdés tisztázására felhasználhatók lehetnének.

Az értékelés során 80 (30%) esetben észleltek tumoros tüdőbeszűrődést, amely M. Hodgkinban volt a leggyakoribb (39%). Az igen rosszindulatú non-Hodgkin-lymphoma (NHL) hasonlóan nagy számban adott pulmonalis metastasiszt (37%), míg a kismértékben malignus NHL-ban csak 23%-ban fordultak elő át-tétek. Plasmocytomában a tüdő részvétele 19%-ot tett ki.

A különböző lymphoma-csoportokban mind diffúz, mind nodusos beszűrődéseket megfigyeltek, mégis kitértek bizonyos jellegzetességekre. Így M. Hodgkinban túlnyomóan (86%) csomós, a magas malignitású NHL-k 2/3-ában nodusos, 1/3-ában diffúz, ill. aprógócos infiltratio állt fenn. A kiskoban rosszindulatú NHL-k 80%-ában diffúz beszűrődéssel találkoztak, amelyek főként a peribronchialis, perivascularis és subpleuralis kötőszövetet érintették. Az infiltrátumok többé-kevésbé ráterjedtek az alveolaris septumokra is anélkül, hogy a tüdő szerkezetét károsították volna. Plasmocytomában a beszűrődések említett két fajtája fele-fele arányban jelentkezett. Két betegben az atípusos plasmasejtekből álló számos fohérvérsejt thrombuszt, plasmasejtes leukaemia következményeként értékelték.

Bronchopneumonia M. Hodgkinnal 1 alkalommal, nagymalignitású NHL-val, valamint plasmocytomával közel egyenlően 17%-ban, kevésbé rosszindulatú NHL-val 28%-ban szövődött. Fibrotizáló alveolitis M. Hodgkinban 34%-ban, nagymalignitású NHL-ban 17%-ban, kiskobú rosszindulatlással jellemezhető NHL-ban és plasmocytában 7, ill. 2%-ban fordult elő. A tüdők gombásan fertőződtek az alacsony malignitású NHL-k 16%-ában, az igen rosszindulatú NHL-k 10%-ában és a M. Hodgkin 7%-ában.

A felsorolt adatokból az a következtetés vonható le, hogy M. Hodgkinban a daganatos beszűrődéseket túlnyomóan különálló vagy összeolvadó góccok alkotják. Hasonló formában jelentkező pneumoniák, esetleg gombás eredetű lényegesen ritkábbak, ugyanakkor diffúz eltéréssel járó alveolitisek gyakoriak. Alacsony malignitású NHL-ban a kép fordított. Ezekben a nodusos elváltozások inkább bronchopneumonia, míg az infiltratív árnyékok daganatos eredet mellett szólnak. Follicularis lymphomára azonban ez a megállapítás nem érvényes, mivel annak tüdőáttétjei inkább gócos jellegűek. Így a chronikus lymphatikus leukaemiában megjelenő diszkrét tüdőinfiltrátumok pneumoniás vagy tumoros etiológiája aligha választható szét a klinikai kép alapján. Nagymalignitású NHL-ban a tüdőárnyékok szerkezetéből és megjelenési formájából differenciáldiagnosztikus következtetéseket levonni nem lehet. Megállapítható volt többek között az is, hogy atípusos plasmasejtek kiáramlása következtében létrejövő tüdőfolyamatok plasmocytomában sokkal gyakoribbak, mint az ismeretes, és helytelen az ilyen eseteket raritásnak tekinteni.

A szerzők úgy vélik, hogy a lymphoma szövettani típusának figyelembe vétele segítséget nyújthat az ilyenkor fellépő pulmonalis szövődmények elkülönítő kórismézésében.

Barzó Pál dr.

A klinikus és a laboratórium

A hiperamilazémia differenciáldiagnosztikájában alkalmazható laboratóriumi vizsgálatok. Tietz, N. W. és mtsai (Div. Clin. Chem. Dept. Pathology, University of Kentucky Medical Center, Lexington, KY 40536-0084, USA): *Clin. Chem.* 1986, 32, 301.

Az akut pancreatitis diagnosztikájában

ma is fontos szerepe van a szérumban alfa-amiláz enzimaktivitás meghatározásának. Ez azonban más megbetegedésekben is megemelkedik, ezért a szerzők olyan kiegészítő meghatározásokat kerestek, amelyek segítségével hiperamilazémiában differenciálni lehet a pancreas (akut pancreatitis 29, krónikus pancreatitis 6) és a nem pancreas eredetű (máj, bél 20, vese 21, tüdőcarcinoma 2) megbetegedéseket.

A vizsgálatokhoz az alfa-amilázt 3 módszerrel (szubsztrát: malto-tetróz, -heptóz, -hexóz, UV- és színreakció), az amiláz izoenzimeket szelektív inhibícióval és izoelektromos fókuszálással, a lipázaktivitást a szubsztrát pH-jának, illetve turbidimetriájának mérésével határozták meg, és mérték az immunreaktív tripszint is.

Akut pancreatitisben az esetek 86—100%-ában mindegyik módszerrel jelentős enzimaktivitás-növekedést találtak. Krónikus pancreatitisben 60—83,3%-ban kisebb mérvű amiláz-, lipáz- és tripszint-aktivitás-emelkedést találtak, míg a pancreas eredetű (P) amiláz izoenzim csak egy esetben volt emelkedett.

A nem pancreas eredetű hiperamilazémiás megbetegedésekben a lipáz- és tripszintaktivitás az esetek 41,7—87,5%-ában volt emelkedett, míg a pancreas eredetű amiláz izoenzim csak 16,7—25%-ban mutatott emelkedést.

A két hiperamilazémiával járó 15 tüdőcarcinomás esetben az S (nyál) típusú amiláz izoenzim növekedését tudták kimutatni.

A fenti eredmények alapján a szerzők úgy vélik, hogy a pancreas eredetű alfa-amiláz izoenzim meghatározása a legnagyobb klinikai differenciáló jelentőségű, mivel akut pancreatitisben megemelkedik, és a többi vizsgált megbetegedésben, a mért enzimektől eltérően, a legkevésbé téves pozitívítást eredményezi. A meghatározási módszerek közül a szelektív inhibíciós módszer elvégzése kielégítő lehet a rutin laboratóriumi használatra.

A nem pancreas eredetű megbetegedésekben talált amiláz-, lipáz- és tripszint-aktivitás-emelkedés magyarázata a pancreas másodlagos károsodása, illetve a meghatározási módszerek nagy érzékenysége lehet.

Góth László dr.

Az agaróz elektroforézissel és az inhibíciós teszttel elvégzett izoamiláz-meghatározás kiegészítő klinikai információja. Gorus, F. és mtsai (Dept. Clin. Chem., Akademisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan 101, B-1090 Brussel, Belgium): Clin. Chem. 1986, 32, 398.

A szerzők egy 45 éves nőbeteg esetének ismertetésével azt akarják hangsúlyozni, hogy az alfa-amiláz izoenzimeinek két módszerrel (agaróz elektroforézis: Corni- és inhibíciós teszt: Pharmacia) történő együttes meghatározása milyen diagnosztikai többletinformációt adhat.

A kórházi beteg anamnézisében alkoholfogyasztás, krónikus pancreatitis és diabetes szerepelt. Szérumban alfa-amiláz-aktivitása nem volt emelkedett, az ultrahang- és CT-vizsgálatok egy vastag falú pseudocystát jeleztek. Laparotomia során egy nagy pancreascystát találtak, amelynek tartalma nagyon magas alfa-amiláz-aktivitást mutatott.

A szérumban és a cysta tartalmából végzett elektroforitikus izoenzimkép a szokásos két pancreas (P_2 és P_3) izoenzim mellett két további (P_4 és P_5) izoenzimet mutatott abban a zónában, ahol a nyál S_3 és S_4 frakciói találhatóak. Ennek tulajdoníthatóan az elektroforézissel történt mérés azt mutatta, hogy a szérumban amilázaktivitásának fele és a cystafolyadék amilázaktivitásának 65%-a pancreas eredetű. Az inhibíciós teszttel azonban mindkét minta teljes amilázaktivitása pancreas eredetűnek bizonyult.

Ezen adatok és korábbi eredmények alapján a szerzők feltételezik, hogy a pancreascystában történt az alfa-amiláz posztranszlációs módosítása, ami az öregedett (aged), a szérumban is kimutatható P_4 és P_5 izoenzim-frakciókat eredményezte.

Az esetből a következő két tanulság vonható le. A P_4 és P_5 izoenzimek elektroforézissel a nyál eredetű S_3 és S_4 izoenzimektől nem különíthetők el, de a differenciálás az inhibíciós teszttel könnyen megvalósítható. Továbbá az, hogy hiperamilazémia nélkül is hasznos lehet az izoenzim-meghatározás.

Góth László dr.

A szérumban GOT-izoenzimek koncentrációjának és katalitikus aktivitásának változása szívinfarktusból. Niblock, A. E. és mtsai (Dept. Clin. Biochem. University Hospital, P.O. Box 5339, Postal Stn. A, London, Ontario, Canada N6A 5A5): Clin. Chem. 1986, 32, 496.

A szérumban GOT (AST) enzimaktivitásának változása már régóta használatos a szívinfarktus diagnosztikájában, azonban a citoszolban (c-AST) a mitokondriumban (m-AST) lokalizálódó két izoenzimről ez nem mondható el.

A szerzők 38 szívinfarktusból szenvedő betegnél az AST izoenzimeinek koncentrációját RIA-módszerrel, aktivitását pedig elektroforitikus elválasztás után fluoreszcenciás detektálással határozták meg. Az így kapott eredményeket a CK, CK-MB, LDH és LDH izoenzimek változásával hasonlították össze.

A mellkasi fájdalom jelentkezése után a c-AST 38,8 óra, az m-AST 34,2 óra, a CK-MB pedig 31 óra múlva érte el a maximumát. Az m-AST koncentrációja mintegy 24 órával később érte el az elhűződő maximumát (35—72 óra), mint az aktivitása, a c-AST ilyen effektusa nem volt megfigyelhető. Hasonló eltérés mutatkozott az m-AST felezési idejének meghatározásában: $59,8 \pm 2,7$ óra koncentrációméréssel és $34,2 \pm 4,2$ óra aktivitásméréssel. Maximális aktivitás esetén az m-AST mintegy 20%-a a teljes aktivitásnak.

Az AST izoenzimek maximális értéke, elsősorban a c-AST, korrelációt mutatott a szívizom-károsodás mértékével.

A vizsgálati eredmények alapján feltételezik, hogy a c-AST eliminálódása a szérumból egyidőben történik az enzim aktivitásának csökkenésével, míg az m-AST esetében azonban az eliminálódás lassabb, mint az aktivitás csökkenése, amíg egy közbülső, aktivitáscsökkenő részfolymatra utalhat.

Góth László dr.

Szűrőpapíron lévő vérminták fenilalanin- és tirozintartalmának meghatározása HPLC-eljárással. Roessel, R. A. és mtsai (Dept. Cell. Mol. Biol. Medical College of Georgia, Augusta, GA 30912 USA): Clin. Chim. Acta. 1986, 156, 91.

A szerzők az újszülöttek szűrővizsgálatai közül a vér fenilalanin- és tirozin-tartalmának meghatározására alkalmas nagyon érzékeny módszert ismertetnek.

A kapilláris vért szűrőpapírra viszik fel, ami száradás után postázható és tárolható. A laboratóriumban a vizsgálati mintát eluálják és az aminosavakat HPLC (nagyhatékonyságú folyadékkromatográfia) módszerrel elválasztják. Az elválasztott aminosavakat fluoreszcens anyaggal reagáltatják és a fluoreszcencia mérésével történik a mennyiségi meghatározás.

A módszer előnye: gyors (20 perc), nem igényel vénapunkciót, lineáris 20—2000 pmól/l koncentrációértékek között, VK < 3%, érzékenysége 100-szorosa a korábbi (ioncsere-kromatográfia) módszernek, a minta jól tárolható.

A szűrőpapírról eluált és a vénapunkció után nyert plazmából végzett összehasonlítás azonos eredményeket adott.

Az eljárás alkalmazható az újszülöttkori szűrésen kívül a nagy távolságra élő fenilketonuriás betegek monitorozására is.

Góth László dr.

A folyadékkromatográfia alkalmazása egy ritka hemoglobin-kombináció (hemoglobin S/Lepore Boston) felismeréséhez. Wessels, R. A. és mtsai (Dept. Pat. Baylor College of Medicine, and Texas Children's Hospital, Houston, TX 77225 USA): Clin. Chem. 1986, 32, 903.

A ritka, kettős heterozigóta hemoglobin (Hb S/Lepore Boston) felismerése az általánosan alkalmazott elektroforitikus és oldhatósági vizsgálatokkal meglehetősen nehéz. A helyes diagnózishoz szükséges további vizsgálat pedig munka- és időigényes.

A szerzők a nagyhatékonyságú folyadékkromatográfiai módszert (HPLC) választották a fenti hátrányok kiküszöbölésére. A humán hemoglobinok analízisére kifejlesztett gyenge kationcserélő oszlop alkalmazásával a vizsgálat 30 perc alatt elvégezhető. Az eljárást egy kilencéves kislány betegségének megállapítására alkalmazták, akinél a cellulózacetát-elektroforézis és az oldékonysági teszt homozigóta S-t mutatott ki, míg az agargél-elektroforézis eltérő eredményt adott.

A HPLC-vizsgálat a kislánynál (S=71%, F=14%, A₂=3%, Lepore=12%), az anyánál (A=78%, F=7%, A₂=3%, Lepore=12%) és az apánál (A=56%, S=36%, F=4%, A₂=4%) meggyőzően mutatta ki a hemoglobin S- és Lepore Boston-variánsokat együtt (kislány) és külön-külön (apa—anya) is, lehetővé téve a helyes diagnózist.

Góth László dr.

Latex agglutinációs teszt a toxikus shock syndromát okozó staphylococcus toxinjának kimutatására. Igarashi, H. és mtsai (Dept. of Microbiology, Tokyo Metro-

A Todd által 1978-ban leírt toxikus shock-szindróma kórokozója egy sajátos antigenitáshú staphylococcus, amely egy TSS toxin-1 elnevezésű toxint termel. E toxin kimutatására egy nem túl szenzitív géldiffúziós metodika terjedt el leginkább. A szerzők intézetükben TSS-ás betegekben kitenyészett toxin ellen termeltek nyulakban ellenanyagot, melyet latex partikulákhoz kötöttek, biztosítva a készítmény stabilitását változatos hőmérsékleti körülmények között, hosszú ideig. A vizsgálatot a szervezetből izolált staphylococcus-törzsek identifikálására lehet felhasználni. A laboratóriumi teszvizsgálatok szerint a latex módszer érzékenyebb a géldiffúziós módszernél, már 1,0 ng/ml TSS-toxin-1 kimutatása is lehetséges segítségével.

Berkessy Sándor dr.

Az LDH H alegységének hiányával járó megbetegedésben az inaktív alegység létezésének immunkémiai vizsgálata. Maekawa, M. és mtsai (Dept. Lab. Med. Hamamatsu University, School of Medicine, Handa-cho 3600, Hamamatsu City, 431-31, Japan): Clin. Chem. 1986, 32, 116.

Az LDH öt izoenzime a két különböző (H vagy B: szív, vvt és L vagy A: máj) alegység tetramer kombinációjának eredménye. Valamelyik alegység hiánya az esetek 0,15–0,20%-ában fordul elő.

A szerzők azt a kérdést vizsgálták, hogy az LDH H alegységének „hiánya” az alegység képződésének hiányát vagy enzimatikusan inaktív alegység képződését jelent-e.

Vizsgálataikat két, H alegység hiányt mutató, heterozigóta beteg és három kontroll egyén vörösvértest-hemolizátumaiból végezték. Az LDH H alegysége ellen termelt antitestért versengő inaktív és aktív H alegységek vizsgálata alapján számították a kötődési reakció egyensúlyi konstansát és az antitestkötő helyek számát. A kontrollhoz képest, H alegység hiányban kompetíció történt és az antitestkötő helyek számának emelkedését, valamint az egyensúlyi konstans értékének csökkenését találták.

Az eredmények alapján a szerzők azt a következtetést vonták le, hogy az LDH H alegység „hiányt” mutató heterozigóta betegekben valójában enzimatikusan inaktív H alegységvariáns képződik.

Góth László dr.

Az izoenzim analízist befolyásoló, különböző LDH-komplexek. de Rijke, D., Trienekens, P. H. (Clinical Chemical Laboratory, Groot Ziekengasthuis, Nieuwstraat 34,5211 NL's Hertogenbosch, Netherland): Clin. Chim. Acta. 1985, 146, 135.

A szerzők 3 olyan betegről (2 férfi, 1 nő) számolnak be, akiknél a vizsgálatok során nem várt, magas LDH-aktivitást találtak.

Az elektroforetikus LDH izoenzimkép a megszokottól eltérő képet adott. Az első esetben az LDH 3 izoenzim három, az LDH 4 pedig 2 izoenzim-formából állt,

amelyek LDH- és IgG-kappa-komplexnek bizonyultak. A második esetben az össz-LDH-aktivitásnövekedés az LDH 3 helyén található, megnövekedett aktivitású frakciónak volt tulajdonítható. Ez a frakció részben az LDH és az IgA-kappa komplexéből állt. A harmadik esetben az LDH 3–4 zónájában találtak egy széles, diffúz zónát, amelyről kimutatták, hogy az LDH–IgG-lambda-komplex.

A szerzők a fenti megállapításokhoz a vizsgálati eljárások széles körét (immunfixáció, nefelometriás immunglobulin-, immunfluoreszcenciás keringőantitest-meghatározás, gélkromatográfia) használták fel.

A keringő makromolekuláris LDH-komplexek kialakulására magyarázatot nem találtak, de felhívják a figyelmet, hogy az emelkedett LDH-aktivitás és izoenzimkép egyes esetekben megtévesztő lehet, ha az enzim-immunglobulin-komplexek lehetőségét figyelmen kívül hagyják.

Góth László dr.

Az LDH-IgG komplex immunkémiai tulajdonságai. Sudo, K. és mtsai (Dept. Lab. Med. Hamamatsu University, School of Medicine, Handa-cho 3600, Hamamatsu City, 431-31, Japan): Clin. Chem. 1985, 31, 1178.

A szerzők a szérumban található LDH–IgG-komplexek kialakulását és annak tulajdonságait vizsgálták.

Munkájuk során három, LDH–IgG-komplexeket tartalmazó beteg szérumból kiindulva a komplexről leválasztották az IgG-t, amit azután humán eredetű LDH inoenzimekkel inkubáltak. Az elektroforetikus eredmények azt mutatták, hogy az IgG komplexet képez az öt LDH izoenzimmel. A keletkezett komplex szolubilis, LDH-aktivitása nem csökkent és a humán IgG ellen termelt nyúlantiszérum a komplexet precipitálja. Az öt izoenzim közül az LDH 3 tartalmazta a legtöbb antigén-antitestkötő helyet és a komplex egyensúlyi állandója is az LDH 3 esetében volt a legnagyobb.

Eredményeik és a korábbi adatok alapján feltételezik, hogy az IgG kötőhely nem a H vagy az M alegység specifikuma, hanem a belőlük képződő tetramer struktúra sajátossága.

Három esetük alapján úgy gondolják, hogy az LDH–IgG-komplex jelenléte a szérumban egy olyan autoimmun megbetegedésre utalhat, amelyben főként az LDH 3 izoenzim elleni antitestek képződnek.

Góth László dr.

Újabb szérumban LDH-IgA komplex. Sacchetti, L. és mtsai (Institut. di Sci. Biochim. Università degli Studi di Napoli Via Sergio Pansini, 5, 80 131 Napoli, Italy): Clin. Chem. 1985, 31, 1254.

A szerzők egy 50 éves férfinál a rutin laboratóriumi vizsgálatok során kissé emelkedett szérumban-LDH-aktivitást találtak. Ezek után elvégezték az elektroforetikus LDH izoenzim-meghatározást, ami egy extra sávot mutatott az LDH 2 és 3 frakció között.

További vizsgálataikkal kizárták a ge-

netikai anomáliát és a szérumban esetleg feleslegben jelenlévő, az LDH-hoz nagy affinitással kötődő más anyagok zavaró hatását. Az immunológiai vizsgálatok a szérumban normál értékű immunglobulinokat mutattak. Az LDH extra sávját alkotó LDH-komplex másik tagjáról kimutatták, hogy az IgA.

Góth László dr.

Keringő, immunglobulin-prosztatikus foszfatáz komplexek Sjögren-szindrómában. Virji, M. A. (Clin. Chem. Lab., Univ. Health Center, Pittsburgh, Pittsburgh, PA 15621, USA): Clin. Chim. Acta. 1985, 151, 223.

A szerzők egy 68 éves Sjögren-szindrómában szenvedő férfi esetét ismertetik, akinél erősen emelkedett (10,9-szeres) savanyúfoszfatáz- és prosztatikus foszfatáz-aktivitásokat találtak a prosztata malignitás klinikai tünetei nélkül.

Az immunglobulin-foszfatáz komplex jelenlétét a szérumban ellen-immun-elektroforézissel, immunprecipitációval és agarózgél-elektroforézissel demonstrálták.

Az enzim-immunglobulin komplex kialakulásakor csökken az enzim-clearance. Ez a szérumban az enzim aktivitásának növekedését eredményezheti, és ezért megtévesztő lehet a klinikusoknak az enzimaktivitás diagnosztikai megítélésakor.

Góth László dr.

Az LDH izoenzimeit alkotó alegységek ellen képződött antitestek specifikitása. Podlasek, S. J. és mtsai (Clin. Lab. Georgetown University Hospital, Washington, DC 20 007): Clin. Chem. 1985, 31, 527.

A szerzők 12 olyan kórházi beteg szérumát vizsgálták, akiknél szívinfarktus gyanúja miatt LDH izoenzim analízis történt. Ezen esetekben az izoenzimkép az LDH-immunglobulin-komplexek jelenléte miatt, a szokásostól eltérő képet adott. 3 szívinfarktus utáni szindrómás (post-myocardial infarction syndrome) betegnél több napon át is ki tudták mutatni az enzim-immunglobulin-komplexet.

Vizsgálataik során a 12 beteg szérumból az immunglobulinokat szeparálták, részben (4 eset) azonosították (poliklonális IgG és monoklonális IgA-kappa), majd tisztított LDH 1 (H) és LDH 5 (M) izoenzimekkel inkubálták.

Az antigénspecifikitást és az elektroforetikus kép alapján a következő három csoportot állították fel: 1. M alegység elleni specifikitást, eltérően az LDH 4 felé, elhúzódon vándorló LDH 5. 2. mindkét alegység elleni specifikitást, erős és elhúzódon sávok az elektroforéziskor. 3. hibrid izoenzim elleni specifikitást, csökkent LDH4/LDH5, abnormál sáv az LDH 3 közelében.

A vizsgálati eredmények alapján feltételezik, hogy az izoenzim kép kialakulásában az LDH elleni anyagok jelenléte, illetve ezek változó titere is szerepet játszik.

Az LDH-immunglobulin komplexek jelenlétének kimutatása a szívinfarktus utáni szindróma diagnosztikájában lehet segítség.

Góth László dr.

Sebészet

A splenectomia következményei. Dürrig, M., Harder, F. (Department Chir. der Univ. Basel, Kantonsspital): Chirurg, 1986, 57, 189.

Mint az összes lymphatikus szövet 25%-a, a lép döntő szerepet tölt be a szervezet védekező mechanizmusában. Legfontosabb tevékenysége az előregedett erythrocyták és pathológiás sejtek sequestrálása. Ezen kívül eliminálja a Howell-Jolly, Heinz, Pappenheim testeket. Immunológiai feladata az antigének filtrálása és megfelelő formában feldolgozása. Endo-carboxy-peptidáz segítségével a lépben a leukophil gammaglobulinokból a gamma leukokinin, vagy tuftsin választódik le. Ez a tetrapeptid a polymorph magvú leukocytákat phagocytosisra stimulálja.

Splenectomia után thrombocytosis lép fel, ami azonban csak átmeneti jellegű, néhány hét alatt normalizálódik a helyzet. A lépnek a thrombocytákat tároló funkcióját más szerv veszi át. Jellemző az állandó leukocytosis is. A szerzők saját beteganyagukban posztraumás splenectomia után a serum immunglobulin G és A szignifikáns és tartós emelkedését észlelték. A lép eltávolítása fontos barriere-től fosztja meg a szervezetet. Ezzel magyarázhatók a gyakori postoperatív infekciók.

A szerzők 221 gastrectomia és 45 cardia resectio kapcsán megfigyelték, hogy ha ugyanakkor splenectomia is történt, szignifikánsan gyakrabban jelentkezett postoperatív pneumonia, subphrenikus tályog, vagy sepsis.

A postsplenectomiás sepsis hirtelen lép fel, magas bacteriaemiával, rendszerint nem identifikálható góccal jár. Általában hónapokkal vagy évekkel követi a lép eltávolítását.

A szerzők 389 splenectomizált beteg között 7 postsplenectomiás sepsist észleltek. Traumás léprepedés miatti splenectomia után aránylag kisebb az infekció veszélye, amit egyesek a splenosis kialakulásával magyaráznak, mások feltételezik, hogy az egészséges RHS-rendszer akadályozza a szövdmény kialakulását.

Statisztikai adatok azt igazolják, hogy septikus megbetegedés splenectomián átesettek között gyakoribb, mint az egyéb lakosság körében. Ugyanakkor, az aránylag ritka előfordulás miatt, különösen felnőtteknél, nem szabad ennek a szövdménynek túlzott jelentőséget tulajdonítani, különösen ha trauma következtében sérült lép eltávolításáról van szó.

Viczián Antal dr.

A léprepedés stádiumbecsntása — sebészi következtetések gyermekkorban. Helga Roth, Daum, R., Benz, G. (Kinderchir, Abt. des Chir. Zentrums Chirurg, Univ. Heidelberg): Chirurg, 1986, 57, 194

A lépruptúra gyermekkorban — a polytraumatizáltak vitális indikációit kivéve — nem jelent a priori splenectomiát. A szerv megtartása egészséges, vagy a részleges resectio ma már nagyrészt megoldható.

A lépsérüléseknek fokozatokba történő sorolása a megfelelő kezelés megválasztására érdekében célszerű.

Az I. stádiumba a subcapsularis haematomák, apróbb, a hilustól távolosó parenchyma sérülések sorolandók. A terápia lehet konzervatív, vagy a vérzést megszüntető műtét parenchyma tömítéssel. A II. stádiumot a hilushoz közel lévő ruptúrák jelentik, melyeket sebészetileg kell ellátni. A mélyebb sérüléseket coagulatióval kitakarítják, majd a vérző erek alóltése után a sérülést fibrin ragasztóval látják el. A III. stádiumot a részbeni hilus szakadás jelenti. Ez esetben szegmet resectio javallt. A reactio kiterjedése az artériás ellátástól függ. A IV. stádium a hilus teljes leszakadása. Két műtét megoldás jöhet számításba: a subtotalis resectio, vagy az autotranszplantáció. Elsősorban az orthotop maradék lép megtartására kell törekedni gyermekkorban. Megfigyelték, hogy az arteria lienalis leköttése, vagy embolizációja után részleges revascularisatio és a lép kisebb mérvű működése is megfigyelhető.

A béltraktus kísérő sérülései kontraindikálják az autotranszplantációt. A replantáció és a partiális resectio azonban elvégezhető. Az autotranszplantációnak rutinszerű alkalmazását gyermekkorban a szerzők nem javallják.

Viczián Antal dr.

A csontdaganatok operatív kezelése. Mutschler, W., Burri, C. (Klinik f. Unfallchir. Univ. Ulm/Donau): Chirurg, 1986, 57, 208.

A sebészi terápia célja a daganat radikális eltávolítása, lehetőleg az érintett terület funkciójának megtartásával. A műtét taktika a tumorbiológiai tulajdonságokhoz, a lokalizációhoz, a kiterjedéshez, továbbá a beteg korához, általános állapotához igazítandó.

Jó- és rosszindulatú daganatok, csont-áttétek és tumorszerű megbetegedések különböztethetők meg a csontokban. A benignus daganatok inaktív (B 1), aktív (B 2) és agresszív (B 3) csoportokba sorolhatók. Semimalignusnak nevezik az óriássejtes daganatot, a törzsközeli chondroblastomát és a proliferáló chondromát. A rosszindulatú daganat lehet kevésbé (I), vagy fokozottan malignus (II). Az első csoportba tartozik a parossealis sarcoma, a magasán differenciált chondrosarcoma, a fibrosarcoma és a malignus óriássejtes daganat. A II. csoportba sorolandó az osteosarcoma, a chondrosarcoma, a Ewing sarcoma és a malignus fibrosus histiocytoma. A -val jelölik a természetes compartimenten belül maradó, B-vel a compartimenten túllépő daganatokat.

Sebészi terápiaként az inaktív benignus daganatoknál intracapsularis excisio, az aktív jóindulatú daganatoknál marginális en bloc excisio, agresszív benignus daganatok esetében a kiterjedt en bloc excisio javallt. Az I A és I B malignus daganat műtét kezelése a kiterjedt en bloc excisio, illetve amputáció. II A esetében kiterjedt en bloc excisio (amputáció) + adjuváns terápia, vagy radikális resectio (exarticulatio) végzendő. A II B típus radikális resectiót (exarticulatio) + adjuváns terápia tesz indokolttá.

Speciális vizsgálati módszerek: a tomographia, scintigraphia, angiographia, computer tomographia és a biopsia. Fontos diagnosztikai módszer a szövettani viz-

gálat, ami nélkül nem választható meg a terápia. A túbiopsia nem megfelelő, alkalmasabb a nyílt biopsia. A próbaexcisio ellenjavallt, mert a szomszédos compartmenteket megnyílnak. A jóindulatú daganatok főleg a fiatal korra jellemzőek. 33%-ban a térdtájékon, 13,8%-ban a medence és csípőízületen, valamint a válltájékon jelentkeznek. A rosszindulatú daganatok 0,5—1%-a lokalizálódik a csontokra. A plasmocytoma 40—50%-ban, az osteosarcoma 20—30%-ban, a chondrosarcoma 15—20%-ban, a Ewing sarcoma 5—10%-ban fordul elő.

Az osteosarcoma kezelésében a legjelentősebb előrelépést az adjuváns chemoterápia bevezetése jelentette. További fejlődést hozott a neoadjuváns terápia, ami műtét előtti primer indukciós terápiából, helyi kezeléssel és postoperatív chemoterápiából áll. Ennek köszönhetően az ötéves túlélés osteosarcomával 10—20%-ról 70%-ra, Ewing sarcománál 50%-ra emelkedett. Osteosarcománál Leukovorin védelmében nagy dózisban methotrexat adása javallt, adriamycinel, cylophosphamiddal és cis-platinnal kombinálva. Hasonló chemoterápiás kezelés javallt Ewing sarcománál is.

Csont metastasis képzésre főleg a mamma-, a bronchus-, a prostatacarcinoma hajlamos. Az áttételek 62%-a a gerincoszlopban található. A műtét rendszerint csak palliatív jellegű. Abszolút indokolt a műtét pathológiás fracturáknál, melyek műtét nélkül nem gyógyíthatók.

Viczián Antal dr.

Scintigraphiásan hideg strumacsomók műtétí javallata a klinikai, scintigraphiás és a cytologiai leletek viszonylatában.

Spiegel, W. és mtsai (Abt. f. Nuklearmedizin und Teilbereich Angewandte Zytologie der Univ. Würzburg): Dtsch. med. Wschr. 1986, 111, 173.

A délnémet jódhiányos területeken a struma nodosának magas az incidentiája. A szerzők 2100 pajzsmirigyszegélyretrospektív elemzésével kívánták a struma resectio javallatának gyakoriságát és helyességét megállapítani. A pajzsmirigy térfoglaló folyamatainak diagnosztikus kritériumait az anamnesis, klinikai lelet, scintigraphia, finomtúbiopsia, valamint a sonographia szolgáltatták. A vizsgálatok I. csoportjában (1974/75) a klinikai leletek mellett csak a scintigraphia állott rendelkezésükre; a II. csoportban (1979/80) ezt még a cytologiai kritériumok is gazdagították; viszont a III. csoportban (1983/84) a hideg csomók megítélésére már a sonographiát is bevonták. Minden csoportban 700 beteg volt. A scintigraphiásan negatív csomók aránya messzemenően azonos volt a vizsgált csoportokban (I. és II.: 21%, III.: 22%). Az ultrahangvizsgálat bevezetése után a scintigraphiásan hideg csomók műtétí javallata ritkábbá vált (I.: 56%, II.: 55%, III.: 44%). A diagnosztika fokozódó javulásával különösen csökkent a nem benignusnak tekinthető csomók aránya, amelyek kórszöveteti tisztázásra szorultak (I.: 32%, II.: 18%, III.: 8%). Az eredmények kiemelik a klinikai és a scintigraphiás leletek mellett a finomtúbiopsia, különösen

pedig a pajzsmirigy sonographia speciális értékét a csomós golyvák műtéti javallatainak és tervezésének felállításában.

ifj. Pastinszky István dr.

A struma dignitásának praecoperatív megítélése. Teuscher, J., Ehrenguber, H., Ballmer, F. (Univ. Klinik für Viscerale Chir. Inselspital Bern): Chirur, 1986, 57, 155.

A struma dignitása a műtéti indikáció szempontjából lényeges. Diagnosztikai módszerként első helyen áll a finomtű biopsia. Az anamnesztikus, klinikai és scintigraphiás adatok jelentősége tisztázatlan. Paraméterként számításba jöhet még a göb növekedése, konzisztenciájának megváltozása, a recidív golyva, a scintigraphiásan hideg göb.

A szerzők azt vizsgálták, hogy milyen mértékben észlelhető összefüggés a kór-előzmény, ill. klinikai és scintigraphiás adatok és a struma dignitása között. Megérősíthető-e a cytodiagnosztika egyéb jelekkel?

278 strumás beteget vizsgáltak. A betegeket három csoportba sorolták: benignus struma, onkocytás és atipusos adenoma, illetve malignoma. Tapasztalataikkal megérősíthették a cytodiagnosztika jelentőségét a göbös golyva praecoperatív értékelésében. Az atipusos adenoma és a follicularis neoplasia csak histológiai vizsgálattal kórismézhető. A finomtű biopsia nem elegendő. Cytodiagnosztika segítségével a malignus pajzsmirigy tumorok 74%-a műtét előtt felismerhető. Az anamnesztikus, klinikai és scintigraphiás adatok nem tudnak olyan egyértelmű és lényeges adatokat szolgáltatni, mint a cytologia. A göb gyors növekedése, vagy megváltozása, főleg a konzisztencia változás, malignus elfajulásra utalhat.

A kor szerinti megoszlást vizsgálva, 30 év alatti és 60 év feletti korban észlelték a malignitás gyakoribb előfordulását. A 60 év feletti gyakoribb részben azzal is magyarázható, hogy idősebb korban jóindulatú göbök miatt ritkábban indikálják a műtétet. Malignus hyperthyreotikus strumát nem észleltek. Ez azonban nem zárja ki, hogy a hyperthyreotikus struma is lehet malignus. Nem rosszindulatú daganat, hanem egyéb indikációk alapján operált strumás betegek között 13%-ban fordult elő carcinoma, 10%-ban onkocytás és atipusos adenoma. Ezért újonnan képződő, vagy növekvő göb setében, még ha szövettanilag nem is mutatható ki malignitás, indokoltnak tartják a műtétet. Minden negyedik carcinomát ugyanis nem sikerült műtét előtt diagnosztizálni.

Viczián Antal dr.

A pajzsmirigy úgynevezett atipusos adenomájának problematikája, strumaendemiás területen. Zimmermann, G. és mtsai (Chir. Abt., Krankenhaus Stadt Dornbirn, Institut f. Path., Abt. f. Nuklearmed., Landeskrankenhaus Feldkirch): Chirur, 1986, 57, 27.

A pajzsmirigy atipusos adenomája alatt sejtűds follicularis neoplasia értendő, ami az egyszerű follicularis adenomától az atí-

pusos sejtek, valamint a cytoplasma differenciáltsága, a „betokolt follicularis” carcinomától pedig az invazív növekedési hajlam hiánya különbözteti meg. Az atipusos adenoma a magasán differenciált carcinomától szériametszetekben is csak nehezen különíthető el, ezért az intraoperatív gyors szövettani vizsgálat eredménye csak fenntartással fogadható el. Igazolhatja a carcinomát, de negatív lelet esetében nem zárja ki azt.

A szövettani differenciálás nehézségei miatt felvetődik a kérdés, hogy elegendő-e a struma subtotalis resectiója, vagy legalább az egyik oldalon lobectomiát kell végezni. Akik a radikális műtétet részesítik előnyben, azzal érvelnek, hogy később, ha a szövettani vizsgálat mégis carcinomát derít ki és második műtétre kerül sor, az technikailag nehezebben végezhető el, mint a primer radikális műtét. A szerzők beteganyagában csupán 5 esetben fordult elő, hogy a gyors fagyasztásos módszerrel atipusos adenomának tartott daganat később bizonyult carcinomának.

A szerzők atipusos adenoma esetében subtotalis strumectomiát végeznek, az adenomának az épen történő kimetszésével. Primer thyreoidectomiára csak akkor kerül sor, ha már az intraoperatív szövettani vizsgálat carcinomára utal. Ha a rák később, a szövettani vizsgálat revíziója, vagy a paraffinos metszet alapján derül ki, szükséges a secunder radikális műtét.

A szerzők beteganyagában 1600 struma resectio között 47 atipusos adenoma és 85 pajzsmirigy carcinoma fordult elő.

Benignus struma műtét után 1,8%-ban, rák miatti thyreoidectomia, illetve palliatív műtét után 20%-ban észleltek recurrens bennulást.

A műtét után másfél-két évvel végzett kontrollvizsgálat alkalmával recidívát nem észleltek.

Viczián Antal dr.

Egyszakaszos elülső resectio mint a magas recto-vaginalis fistula terapiája. Kux, M., Fuchsjaeger, N., Hirbawi, A. (Chir. Abteilung St. Josef Krankenhaus Wien): Chirur., 1986, 57, 150.

A szerzők hét magas recto-vaginalis fistula kezelésével kapcsolatos tapasztalataikról számolnak be. Két esetben rectum resectio utáni, nem resorbeálódó varratokkal készített anastomosis késői szövődeményeként, három betegen diverticulum fedett perforatória következtében, két esetben végbélrák, illetve endometrioma penetrációja miatt jött létre a sipoly.

Valamennyi esetben egyszakaszos elülső resectiót végeztek, manuális varratokat alkalmazva. Az idült gyulladás és a betegek magas életkora ellenére a postoperatív lefolyás viszonylag zavartalan volt. A szerzők által alkalmazott műtéti technika segítségével zavartalan per secundam gyógyulást értek el. A lokális gyulladás egyetlen esetben sem szövődött általános tünetekkel. Elhatárolódás jött létre mind a hasüreg, mind a keringési rendszer felé.

A benignus fistulák, a nem eléggé radikális diverticulosis miatti resectio kivételével, gyógyultak.

A szerzők szerint a recto-vaginalis fistulák nemcsak somatikus egészségi prob-

lémát jelentenek, hanem súlyos psychés és szociális hatásuk is van.

A sipoly gyógyulását zavarhatja, ha rtg.-besugárzás csökkentette a rectum falának reparatív képességét. Kedvezőtlenül befolyásolja a gyógyulást a nem resorbeálódó varróanyag használata is.

Ezen sipolyok aetiologiája arra utal, hogy a peritoneum a gyulladással folyamattal szemben nagyobb ellenállással rendelkezik, mint a vagina fala.

A szerzők véleménye szerint, magasán elhelyezkedő recto-vaginalis fistulák, masszív lokális gyulladás esetében is egyszakaszos elülső resectióval kezelhetők, ha a végbélcsontot nem érte valamilyen károsodás.

Viczián Antal dr.

Endometriosis okozta sigma stenosis. Federmann, G., Saul, T., Penshuck, C. (Chir. Abt. Krankenhaus Goslar): Chirur, 1986, 57, 169.

Az extragenitalis endometriosisok 15–20%-a a colonban, főleg a sigmában, vagy a rectumban észlelhető. A kórképet az uteruson kívül elhelyezkedő, funkcionálisan aktív ectopiás endometrium szigetek idézik elő, melyek elsősorban a serosában, esetenként a bélfalban, ritkán a mucosában találhatók. Nagyrészt excentrikusan, néha circularisan növekednek, stenosis, vagy ileust előidézve.

A szerzők egy 44 éves nőbetegéről számolnak be, akinél hónapokkal intézeti felvétele előtt görcsös hasi fájdalmak, obstipációval váltakozó véres, nyákos hasmenések kezdődtek. Beöntéses kontraszt rtg.-vizsgálat a sigmában szűkületet mutatott ki. A biopsia nem utalt malignitásra.

A műtét alkalmával szilványi tumort találtak a sigmában, amely a bal ovariummal is összekapaszkodott. Resectiót végeztek. A histológiai vizsgálat alkalmával a bél hypertrophiált, pseudopolypus muscularis rétegében uterus nyálkahártya szigeteket találtak. Endometriosis externa mutatkozott nemcsak a sigmában, hanem a bal ovariumban is. Az endometriosis praecoperatív diagnosztizálása nehézségbe ütközött, mert ciklusos vérzések, vagy egyéb panaszok nem jelentkeztek a betegnél.

A terapia lehet hormonok adagolása és műtét. Konzervatív kezelésként számításba jöhetnek gestagenek, vagy oestrogen-gestagen kombinációk. Danazol az endometrium nyálkahártya proliferációját gátolja. Súlyosabb, főleg stenosis, ill. ileust okozó kórképeknél, vagy a hormonkezelés eredménytelensége esetén, műtét indokolt. A tumor progressiójától függően kell a műtét radikálisát eldönteni. Szükségessé válhat a bélresectión kívül kétoldali tubo-ovariectomia, totalis hysterectomiával is.

Ha nem sikerül valamennyi endometriosisos területet eltávolítani, postoperatív hormontherápia szükséges.

Viczián Antal dr.

Krónikus hypokalemia és intraoperatív dysrhythmiák. Vitez, T. S. és mtsai (Dept. of Anaesth., Univ. Utah School of Med., Salt Lake City, USA): Anaesthesiology, 1985, 63, 130.

A szerzők szerint széles körben elterjedt az a dogma, miszerint a krónikus hypokalémia (k.h.) növeli az intraoperatív dysrhythmiai (i. d.) előfordulási valószínűségét. Megállapításuk szerint az irodalom idáig csak *in vitro* adatokat szolgáltatott a k.h. esetleges dysrhythmogén hatásairól, s ők az elsők, akik humán populáción, intraoperatív vizsgálják a k.h. és az i. d.-k összefüggését. Vizsgálatsorozatukba 62 olyan k.h.-s beteget (se-K⁺: 2,6—3,4 mEq/l átlagosan: 3,1 mEq/l), — 43 beteg krónikusan diuretizált volt — vontak be, akik általános anesztéziára kerültek, akiknek se.K⁺-át és az EKG-t megvizsgálták a műtét előtti 24 órában, ill. akik biztosan nem szenvedtek akut K⁺-vesztő állapotban (pl. béltraktusból). A kontroll megfigyeléseket 88 normokalémiás (se.K⁺: 3,5—5,2 mEq/l, átlagosan 4,1 mEq/l) betegen végezték. Az esetleges intra és postoperatív EKG-elváltozások regisztrálását 69 esetben gyakorlott megfigyelő végezte, míg a többi 81 esetben Holter-monitorozást végeztek úgy, hogy a se.K⁺ értéket az aktuálisan altató, ill. megfigyelő személy nem ismerte, ill. K⁺-t nem adtak. A vizsgált k.h.-s csoportban lényegesen több volt a hypertóniás, ill. az ASA III—IV állapotú, egyebekben a csoportok hasonlóak voltak.

Preoperatív ritmuszavart a k.h.-s csoport 24%-ánál, míg a normokalémiás csoport 14%-ánál találtak: mindkét csoportban a kamrai korai ütés volt a leggyakoribb dysrhythmia, míg a második leggyakoribb a korai pitvari ütés volt.

A 150 beteg anesztéziáját zömében enfluránnal és isofuránnal végezték.

I. d. a k.h.-s csoportban a betegek 35%-ánál, míg a normokalémiás betegek 48%-ánál (!) fordult elő, a különbség nem szignifikáns. Ezen belül az egyes dysrhythmia-típusok lényegében hasonló gyakorisággal fordultak elő, életveszélyes ritmuszavar nem alakult ki, egy beteg sem szorult antidysrhythmogén kezelésre. Az egyetlen, az i. d.-kal korrelációt mutató faktor a preoperatív dysrhythmia volt.

A szerzők tapasztalataikat rendkívül kritikusan értékelik: matematikailag elégségesnek találták a vizsgált személyek számát, a technikai hibákat is figyelembe véve reálisnak tartják a kapott eredményeket. Mégis, kiemelik a következőket: minden k.h.-s betegük *asymptomatikus* volt, alig részesültek (a k.h.-s csoport 2%-a) digitális kezelésben, egy beteg sem szenvedett akut hypokalémiában — ezen tényezők a megfigyelések jó eredményeit lényegesen limitálják. Problémát jelenthet még, hogy a k.h. i. d.-gén hatásait vizsgálták csak, míg a k.h. a perioperatív időszakban egyéb szövődmények kialakulásában is szerepet játszhat; ilyenek pl.: a renális tubuláris acidózis, a cirrhotikus encephalopathia, a myocardium eltérő viselkedése hypoxiában és a postoperatív dysrhythmiaiak.

Egyet azonban *biztosan leszögeznek*: a k.h. önmagában ritkán felelős az i. d.-ért, s ebből két gyakorlati következtetést vonnak le: k.h.-s beteg sebészeti beavatkozását *nem kell* elhalasztani (tl. a se.⁺K szint normalizálásáig), másrészt (Ref.: *citált irodalmuk alapján*) az agresszív K-pótlás sokkal több és fatális dysrhythmia okoz, így az *kerülő* k.h.-s betegek esetén. [Ref.: *A cikkhez csatlakozó szerkesztői közlemény is kiemeli a szerzők alapvető megfigyeléseit, főleg azok gyakorlati következtetéseivel ért egyet; nem ért egyet azonban a hypokalémia fokának megállapításával — azt csak közepes fokúnak minősíti —, valamint leszögezi, hogy a fennálló szívbetegség, főleg myocardialis ischaemia k. h. esetén igenis emeli a súlyos kamrai ritmuszavarok előfordulási valószínűségét.*]

Keresztes László dr.

Nyirokcsomó, nyirokcsomó dissectio után. — Megelőzés és kezelés fibrinragasztóval. Waclawiczek, H. W., Pimpl, W. (I Chir. Abt. Landeskrankenhaus und Institut für Exp. und Gastroent. Chir. Salzburg): Chir., 1986, 57, 330.

A nyirokcsomók a hosszadalmas kezelés és a fertőzés veszélye miatt, ha nem is súlyos, de kellemetlen szövődmények számíthatnak. Különösen rosszindulatú daganatok miatti nyirokcsomó dissectio után, valamint érsebészeti beavatkozásokat követően jelentkezhetnek. 15—43%-ban fordulnak elő. Eddig csak szövőkímélő műtéti technika, nagyobb nyirokerekek leköltése és drenázs útján tudtak védekezni ezen szövődmény ellen. Újabban fibrin ragasztót alkalmaznak a nyirokcsomó megelőzése és gyógyítása céljából.

A szerzők 26 fibrin ragasztóval kezelt esetről számolnak be. A sipoly valamennyi betegen tumoros nyirokcsomó eltávolítás után keletkezett. Kíméletesen végzett műtéten és a nagyobb nyirokutak leköltésén kívül fibrin ragasztóval vonták be a sebfelületet. A nyirok magas fibrinolitikus hatása miatt 3500 IE/ml aprotinint adtak. A műtétet Redon drén behelyezéssel fejezték be. Kontrollként 26 tumoros nyirokcsomó dissectio után nem alkalmaztak fibrin ragasztót.

A 26 operált közül, kiknél fibrin ragasztót alkalmaztak, csak egy esetben (3,8%) képződött a hetedik postoperatív napon nyirok seroma, míg a kontroll csoportban ez 15,4%-ban fordult elő. A többi esetben rövidebb ideig és kevesebb nyirok folyt el a Redon drénon keresztül, mint a kontroll csoportban.

Therápiás beavatkozásként is bevált. Kétféle manifest nyirokcsomóbeteg közül hétnél bizonyult eredményesnek a fibrin ragasztó alkalmazása. Két esetben a ragasztás után újból Redon drénre kellett áttérni.

A nyirokcsomó ér-prothesises műtéteknél jelent veszélyt a kialakuló gyulladás miatt. Rendszerint több napon keresztül ismételt van szükség a fibrin ragasztó használatára.

Fontosnak látszik magas aprotinín és thrombin koncentráció biztosítása.

Viczián Antal dr.

SZERZŐINK FIGYELMÉBE

1985. január 1-től a szerzői honoráriumok számfeljegyzése, nyilvántartása és a rendelkezésre álló adatszolgáltatási kötelezettség feldolgozása számítógépen történik. Ennél fogva a Kiadó a szerzői honoráriumokat és a különlenyomatokat csak akkor tudja kiutalni, ill. elkészíteni, ha a vezető szerző személyi száma, továbbá a személyi igazolványában feltüntetett neve, állandó lakhelyének címe a birtokában van.

Ezért kérjük postafordultával a kért adatokat a szerkesztőségnek eljuttatni.



KÖNYVISMERTETÉS

Gyermekekről való gondoskodás a kórházban (Else Stenbak: Care of children in hospital. A WHO Európai Regionális Irodájának kiadványa, Koppenhága, 1986)

Régóta igény, hogy a WHO külön kiadványban foglalkozzon a kórházban ápolott gyermekek sorsával. J. E. Asvall, a WHO Európai Regionális Irodájának igazgatója előszavában rámutat arra, hogy a gyermekekről való gondoskodás óriási különbségeket mutat Európa különböző részein. A WHO 1982-ben bízta meg Else Stenbak dán gyermekápolónőt, hogy készítsen felmérést Európa különböző földrajzi fekvésű és politikai rendszerű országaiban a gyermekorvosok gondoskodási rendszeréről.

9 országban 24 kórházat járt végig a szerző és részben személyes beszélgetések, részben kérdőívek segítségével tájékozódott a kórházi gyermek-gondozás helyzetéről. A 9 országot véletlenszerűen választották ki, hogy minél jobban reprezentálják a régió 33 tagországát. A könyvben semmiféle utalás sincs arra, melyik országról, ill. városról van szó; kizárólag kórházi ellátással foglalkozik. A vizsgálatokat mindenhol az egészségügyi hatóságok közreműködésével végezte Else Stenbak.

Meglepő módon a vizsgált országokban a hospitalizált gyermekek (0—15 évesek) 65%-át felnőtt osztályokon ápolták, ami ellenkezik a modern ápolási szemlélettel. A szülők részvétele gyermekük ápolásában messzemenően különbözött az egyes országokban. Mindössze egy vizsgált országban írja elő törvény és további 2 országban rendelet, hogy a gyermek—szülő kapcsolat érdekében a szülőket ideiglenesen mentesíteni kell munkakötelezettségei alól, hogy így részt vehessenek gyermekük ápolásában.

Az átlagos ápolási idő 4,8—13,0 nap között változott. A gyermekek „elfektetését” eredményezi az az anti-humánus intézkedés, hogy a kórházak egy része a betöltött ágylétszám után kapja az ápolási költséget.

Nagyon kevés országban biztosítja törvény vagy rendelet a kórházban fekvő gyermekek oktatását vagy játékos elfoglalását. Ugyancsak hiányoznak olyan alapvető normák, mint pl. hogy hány gyermek essen egy-egy ápolónőre, hogy milyen legyen ezek képzettsége stb.

A vizsgált országok/kórházak kb. felében történik valamiféle előkészítése a gyermekeknek a kórházi felvételre. A 24 gyermekosztály közül mindössze 2-ben szokás, hogy a felvétel területéről egészséges gyermekeknek is bemutatják a kórházat, ílymódon is csökkente az esetleges felvételt követő szorongást.

Ami a látogatást illeti, a közel 30 éve folyó felvilágosító munka ellenére a 24 osztályból mindössze 11-en volt napi 24 óras (kötetlen idejű) látogatás. A többinél átlag napi 5 órás látogatás volt és egy osztályon egyáltalán nem volt mód a szülő—gyermek találkozásra. A testvéreket sok kórházban egyáltalán nem, vagy csak 15 éves kor felett engedték be.

Bár számos vizsgálat és tanulmány igazolta, hogy milyen fontos a szülők részvétele gyermekük ápolásában, a vizsgált osztályok mintegy felében volt csak erre rendszeresen, ill. intézményesen lehetőség. Biztató viszont, hogy sok helyen a szülő jelen lehet a gyermekén végzett beavatkozásnál (vérvétel, csontvelő vagy lumbál punkció stb.).

15 osztályon felkészítették a szülőket arra, hogy a beteg gyermek hazabocsátása után otthon milyen pszichés problémák várhatók. Ugyanezen osztályok figyelmeztettek arra a veszélyre, amelyet az otthon maradt egészséges gyermek „elhanyagolása” jelent.

Kívánatos lenne, hogy a kórházi ápolás alatt a gyermek 1 nővérhez kötődhesse, ez azonban csak kevés helyen valósul meg. A beavatkozások előtti felkészítés nagymértékben csökkenti a félelmet, feszültséget, de ez rendszerint elmarad vagy hiányos mértékű.

A vizsgálatok összefoglalása, ill. tanulságaként a szerző rámutat, hogy távolról sem megoldott ma még a kórházban fekvő gyermekek helyzete Európában. Hiába folyik felvilágosító munka közel 30 éve e témakörben, még sok-sok javítanivaló van Európa-szerte. (Gyanítom, hogy hazánk sem állna előkelő helyen a gyermekorvosok gondoskodás terén. R. T.) A könyv az utolsó fejezetben több oldalon keresztül sorolja fel azokat az ajánlásokat, amelyeket elengedhetetlenül fontosnak tartanak a kórházban ápolott gyermekek sorsának könnyítésére. Végül 47, a témakörhöz kapcsolódó irodalmi hivatkozás zárja a könyvet.

Else Stenbak könyvét melegen ajánlom minden gyermekgyógyásznak, azoknak is, akik már sokat megvalósítottak az ajánlott módszerek közül, de különösen azoknak, akiket még nem sikerült meggyőzni arról, hogy nemcsak a gyermekek szomatikus betegségét kell meggyógyítani, hanem ezenkívül kell szükségleteiket is szem előtt kell tartanunk. Kívánatos lenne a könyv magyar fordítását eszközölni és minél több nővérhez is eljuttatni.

Végül az ismertető szerint a könyv Magyarországon beszerezhető az Akadémia Könyvesboltból (Bp., Váci u. 22.).

Révész Tamás dr.

Brückner, H. und M. Hinze: „Zugangswege in der Traumatologie. Ein Operationsatlas”. 2. átdolgozott kiadás. J. A. Bartl, Leipzig, 1986 402, részben színes ábrával 227 oldalon. Ára: 120,— M

A könyvpiacra nem gyakori műtéti atlasz szerzőpárja a baleseti sebészetben elismert szaktekintély, emellett Brückner professzor jól ismert plasztikai sebészként is. Ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy éppen a látvány felől közelítve adják át tudásukat, hogy segítsék, tanítsák a következő traumatológus generációkat. Mint a könyv címében is utalnak rá, nem műtét-

tant írtak, hanem atlaszt a feltárásokról, melyeket maguk is eredményesen alkalmaztak. Ez hézagpótló munka és jól kiégyeztíti a mindennapi munka során kézbevehető kézikönyveket vagy műtét-nokat is.

Szerzők nem törekedtek teljességre, de gyors és célszerű útmutatást akartak adni az olvasónak ahhoz, hogyan jusson el a tervezett műtét megvalósítása során a sértült képletekhez. E szemlélethez választottak ábrázolási módot is. A zömmel fekete-fehér vonalas rajzokban néhány szín alkalmazásával emelték ki a fontos képleteket és sokszor elhagyták a részleteket, hogy az ne vonja el a figyelmet a lényegről. Mi az amit meg kell találnom, mi az amit meg kell kímélnem, mi az ami útbaigazít? ezekre a kérdésekre kerestek és adtak választ minden feltárás ismertetése során. Tömör, szabatos szöveg és ismét csak lényegretörő, figyelmet irányító, kiemelt mondatok alkotják a könyv stílusjegyeit. Szerkezete pedig ismét arra utal, hogy a mindennapi gyakorlatához adtak a szerzők útmutatót. A fejen végezhető feltárások között megtaláljuk a hétköznapi traumatológiai gyakorlatban előforduló műtéteket, melyeket idegsebész is elvégezhet. A törzs műtétei mellett szerepelnek a gerinc feltárásai is, emellett a haránt laparotomia éppúgy, mint a hólyag vagy a húgycső célszerű feltárása. A végtagokon végezhető feltárások között szerepel annyi, amennyivel meg lehet oldani a végtag traumatológiában adódó feladatokat.

Emellett ismét csak gyakorlati értékű, hogy az erek és idegek feltárásának bemutatása mellett teret szántak az ízületek és testüregek punkciójának, valamint a gyakorlatban alkalmazott blokádok leírásának is. Az utolsó alfejezetben szemléltető ajánlásokat lát az olvasó, hogy a különböző műtétekhez hogyan lehet célszerűen a műtőszobában elhelyezni a beteget.

A kiadó a szerző szándékát megvalósítva a gyakorlat igényeit elégítette ki, amikor célszerű köntösben adta az olvasó kezébe a kötetet.

Berentey György dr.

Banerjee, D. K.: Mikrobiologie der Infektionskrankheiten. Hippokrates Verlag, 1986. 107 o. 149 kép. Ára: 24,80 DM.

„A fertőző betegségek mikrobiológiája” című zsebkönyv eredetileg angolul jelent meg 1985-ben, a német nyelvű változatot 1986-ban adták ki.

A könyv a legfontosabb fertőző betegségek kórokozóival kapcsolatos ismereteket mutatja be. A kórképek csoportosítása, amennyire csak lehetett, szervek illetve szervrendszerek szerint történt (húgyúti-, légúti-, bélfertőzések, stb.). Az egyes kórokozók szöveges ismertetése a mikróba, valamint az általa létrehozott kórkép(ek) rövid leírását tartalmazza. Ezt követi a laboratóriumi vizsgálati lehetőségek tárgyalása majd a terápia. A könyv fő célja azonban elsősorban a vizualizálás, 100 oldalon 149 jó minőségű kép illusztrálja a szöveges részben leírtakat.

A klasszikus bakteriológiai kórképek mellett helyet kapott a kötetben néhány jelentősebb vírus elektronmikroszkópos képe (rota, EBV), valamint az oportu-

nisztikus fertőzések egyes kórokozójának ismertetése is (cryptosporidium, toxoplasma stb.).

A zsebkönyv értékes segítséget nyújt az infektológus, az epidemiológus számára. Tartalmilag tömör és modern, kiállításában szép, demonstratív.

Budai József dr.

Stoll, W., Schmid, T., Sander, G.: Ernährung in der Schwangerschaft. Bücherei des Frauenarztes. Beihefte der Ztschr. Geburtsch. Perinat. Bd. 22. F. Enke Verlag, Stuttgart 1986. 81 oldal. Ára: 29,— DM

A szerzőhármas Aaruban (Svájc) dolgozik. Az első szerző az ottani Kantonspital Női Klinikájának vezetője, a második általános orvos, aki előzőleg a Női Klinikán volt asszisztens és a harmadik a kórház vezető táplálkozás-tanácsadó-nője. A kis monográfia két részre oszlik. Az első rész tovább tagolódik: a fiziológiai normális nemterhes és a terhes táplálkozást — a második rész pedig a terheseknek adott tanácsokat és ezek eredményeit tárgyaló fejezetekre.

Az első két fejezetben a nemterhes és terhes állapot táplálkozás-tanát tárgyalják. Kitérnek a fehérje, zsír, szénhidrát, ásványi anyag és vitamin szükségletre. Terhesség és szoptatás idején az alap táplálék százalékos megoszlása: fehérjék 17%, zsírok 16% és a maradék szénhidrátok. A túl sok szénhidrátbevitel hypertriglyceridaemiához vezet fokozott lipogenezissel, testsúlynövekedéssel, zsíralekódással, csökkent zsírsavoxidációval és fokozott diabetes kockázattal. A kockázat különösen nagy, könnyen hasítható mono- és disaccharidok esetén, mint a cukorkák, fagyalt, sütemények, csokoládé, szirupok és édesített italok. A magas szénhidrát tartalmú táplálékok közül az egészségre elviselhetőbbek a barnakenyér, gyümölcsök, egyes főzelékek és a burgonya. A vashiány következtében előálló hypochrom anaemia megelőzésére a 16—20. terhességi héttől vasbevitel ajánlatos.

A születési súlyt 50—60%-ban az étkezéstől független tényezők befolyásolják. Az anya terhességi súlygyarapodásának a hatása az újszülött súlyára annál nagyobb minél nagyobb az anya kezdeti súlya. A terhesség első 2/3-ában az anyai szervezetben anaboliás hatás figyelhető meg. A táplálék fokozottan szívódik fel, az anyagcsere viszont csökken.

A testsúlynövekedés 1/3-a zsír, ami tartalékot képez az utolsó trimeszterben a magzat növekedéséhez és a szoptatás idején. A legtöbb zsír a szoptatás alatt lebontódik. Ábrákon mutatják be a súlygyarapodást a terhesség folyamán és, hogy a súlytöbbletben milyen fokban vesznek részt a magzat, alepény, a magzatvíz, a méh, az emlők, a vér és az extracelluláris folyadék.

A szerzők hangsúlyozottan tárgyalják a dohányzás és az alkohol kedvezőtlen hatását a magzatra.

A terhesek 22—47%-a dohányzik és ezek újszülöttjei 200 g-mal kisebb súlyúak. Gyakoribb a perinatális halálozás, az idő előtti lepényleválás, a placenta praevia, a vetélés és koraszülés. A dohányosnak mintegy 4000 összetevője károsító

hatású. A nikotin érszűkítő hatása csökkenti az intervillózus terek vérátáramlását.

A nagyobb mennyiségű alkohol drogszerűen hat. A szaporodás korában lévő nők mintegy 2%-a idült alkoholisták. Az alkoholos embryopathia különböző erősségű multiplex dysmorphiához és dysplasiához vezet. A fejlődésbeni elmaradás egyaránt érinti a testhosszt, a testsúlyt és a fejkörfogatot, tehát valódi hypoplasia az egész szervezet sejtszámának csökkenésével. Microcephalus következménye a pszichomotoros és szellemi retardáltság. Az alkohol ma a legfontosabb „magatartási teratogén”. Az ilyen gyermekek túlaktívak, gyenge a koncentráció-képességük és a hangulatuk labilis. Szembetűnő a cranio-facialis dysmorphia: ptosis, strabismus, maxilla hypoplasia, felfelé nyitott orrnyílások, a homlok magas és elődomborodó. Az anyai alkoholizmus idült fázisában világrajzott újszülöttek 43%-a súlyos embryopathia jeleit mutatja.

A szerzők klinikájukon 1976 óta táplálkozási tanácsadást rendszeresítették a terhesek részére, amit speciálisan képzett tanácsadók végeznek az orvosokkal együttműködve. A tanácsadás az első trimeszterben kezdődik 3—4 személyből álló csoportokban. A tanácsadás héténtente egyszer van, célja a terhességi táplálkozási szükségletek ismertetése, a táplálkozási szokások korrigálása és felhívják a figyelmet az izletes, változatos ételekre, amelyek megfelelnek a terhességi szükségleteknek. Hangsúlyozzák az ásványi anyagok (főleg a kalcium) és a vitaminok (gyümölcsök, főzelékek, saláták, gabonatermékek) szerepét. Az alkohol és a dohányzás kerülendő. Különös fontossága van az étkezés egyenletes elosztásának 5—6 kisebb étkezésre lehetőleg azonos időközökben. Kerülni kell a székrekedésre hajlamosító élelmet, mint a banán, kakaó, csokoládé, rizs, térszanteműek és a fekete tea. Táblázatokon illusztrálják a terhesség első és második felében követendő alacsonyabb és magasabb kalóriatartalmú ételek beosztását a napi hat étkezési szakaszban.

A 9 ábrával és 7 táblázattal illusztrált monográfia hasznos olvasmány a terhesgondozással foglalkozó orvosok és közepkáderek számára.

Jakovits Antal dr.

Steven Schwartz, Timothy Griffin: Medical Thinking. The Psychology of Medical Judgment and Decision Making. 1986. Springer-Verlag. New York—Berlin—Heidelberg—London—Paris—Tokyo. 277 old. Ára: 92,— DM

Az orvosi gondolkodás az utóbbi évtizedben egyre több figyelmet von magára és mind több kutatás tárgya. Az általános orvosi folyóiratokban és a szaklapokban gyakran találkozhatunk diagnosztikai folyamatábrákkal (flow chart), amelyek különböző kórképek vagy tünetegyüttesek számítógépes felismeréséhez is használhatók, és amelyek megkísérlik lépésekre bontani a diagnosztikus gondolkodást. Néhány évvel ezelőtt külön folyóirat is indult ilyenfajta közlemények számára Medical Decision Making (orvosi döntéshozatal) címen. A döntés nem véletlenül

kerül előtérbe a kutatásban, ugyanis ez az orvosi gondolkodás leglényegesebb mozzanata. A különféle információk értékelése alapján már a diagnosztikai tevékenység is döntések nyomán bontakozik ki, majd pedig a diagnózis teljes mértékben arra szolgál, hogy terápiai döntések származzanak belőle. A két szerző — mindketten pszichológusok, akik kognitív lélektannal foglalkoznak — a döntés folyamatát kíséri végig és sorra veszi mindazokat a lélektani modelleket, amelyek ennek során vizsgálhatóvá vagy értelmezhetővé teszik a gondolkodás sajátosságait. Kiemelik, hogy az orvosi gondolkodás probabilitásikus, vagyis valószínűségekkal dolgozik, meglehetősen kevés a biztos adat, ritkán egyértelmű a diagnózis. Már a leletek szintjén is nagy a hibaszázalék és az orvos saját következtetési, mérlegelési tévedése is gyakori. Különböző beállítódások, rejtett előfeltevések gyakran terelik hibás irányba a gondolkodást, ezt csak jóval később, esetleg rossz döntések után ismeri fel az orvos. Egész sor szituációs, diszpozicionális és szociális körülmény zavarja az objektív ítéletalkotást, ezeket az utolsó fejezet veszi sorra; a szerzők azért tették ezt a problémakört utoljára, mert ez lényegében független tényező az orvosi gondolkodástól, ezek inkább az orvosi szociológia foglalkozik.

A kötet főleg arra koncentrál, hogy melyek a döntés alapvető törvényszerűségei. Több kutatási eredmény arra mutat, hogy az emberi döntésnek sok korlátja, nehézsége van. Meghatározott a memória kapacitása, a tudott anyagból is csak kisebb számú elemet lehet alkalmazni, korlátozott számú a döntésben figyelembe vehető információk egyedisége is. Herbert A. Simon „korlátozott racionalitás” fogalmára támaszkodnak a szerzők (Simon legújabb tanulmányainak válogatása ilyen címen nemrég magyarul is megjelent a Közgazdasági és Jogi Kiadó gondozásában). A szokványos orvosi gondolkodásban sok a mellékút és a szükség-telen kerülő. A vizsgálatok szerint a tapasztalt orvost a kezdőtől nem a nagyobb tudás vagy a nagyobb emlékezeti teljesítmény különbözteti meg, hanem a gondolatok folyamatok célirányosabb szervezete és a diagnózis szempontjából lényeges lépések fókuszba állítása. A szerzők szerint hiba az, hogy az orvosok egyszerű utánzás és megfigyelés révén sajátítják el a diagnosztikus döntések képességét. Könnyebben tanulhatnak, ha tapasztalt kollégákkal való szoros együttműködésben az egyes mozzanatok közvetlenül kaphatnának visszajelentéseket. A kutatások szerint az eredmények oldaláról jövő visszajelentés a legjobb fejlesztő tényező. Mivel az emberi idegrendszer képességei korlátozottak, a különféle matematikai valószínűségmodellek és a logikailag kimunkált, a számítógépek diagnosztikai programjai részére kidolgozott algoritmusok sokat segíthetnek az orvosnak vagy a teamnek, márcsak azáltal is, hogy valamennyi körülményre és faktorra felhívják a figyelmet. A folyamatábrák különösen arra alkalmasak, hogy a késlekedéseket és a hibás lépéseket el lehessen kerülni a segítségükkel. A szerzők hangsúlyozzák, hogy hibás az a gyakorlat, amely minden lehetséges lelet gyors beszerzésére törekszik, így nagyobb a valószínűség, hogy a lényeges leleteket nem

veszi észre az orvos, vagy pedig, hogy nem gyanakodik, ha valamelyik lelet nem illik a valószínű diagnosztikus képbe (és így nem ismétli meg a vizsgálatot, vagy nem próbálja újra értékelni a röntgenképet vagy más, nem digitális kódban tükröződő leletet, ill. ésszerű időn belül nem kéri újból a szükséges diagnosztikai vizsgálatot).

A szerzők szerint az orvosi döntés gondolkodás lélektani lényegét még nem tárta fel a tudomány, itt még sok kutatásra van szükség, azonban az eddigi eredményeket is fel kellene már használni az orvosképzésben, pl. az egyes orvosi szak-

ágaknak tanítania kellene az optimális döntési folyamatokat, modelleket is.

A könyv hatalmas ismeretanyagot ölel fel, többszáz, főleg a hetvenes évek végéről és a nyolcvanas évekből származó forrásmunkát dolgoz fel. Igazi tudományos munka, amely csak érintőlegesen foglalkozik a gyakorlati felhasználással. Sok a matematika és a kísérleti, vizsgálati leírás a könyvben. A szöveget így leginkább kutatók, számítógépes diagnosztikával és adatkezeléssel foglalkozók vagy kognitív lélektanban dolgozó pszichológusok használhatják. Számos leírás azonban a gyakorló orvosnak is érdekes lehet,

így pl. az első fejezet, amely ismerteti az orvosi gondolkodás lélektani alapjait, a második fejezet, amelyben az alapadatok hibaforrásairól van szó, vagy pedig az utolsó fejezet, amely az orvosi munka szociokulturális és szituációs zavaró körülményeit veszi sorra. Minden fejezet végén van összefoglalás, amely a lényeges megállapításokat közérthetően is leírja.

A kötet nagyon szép kiállítású, mint ez a most már valóban multinacionálissá vált Springer-cég kiadványai esetében megszokott.

Buda Béla dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(660b)

Mezőtúri Városi Tanács Egészségügyi Intézménye (5400 Mezőtúr, Kossuth út 11.) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

- 1 fő TBC Gond. Intézet vezetői,
- 1 fő Szakorvosi Rendelőintézetbe **belgyógyász csoport** vezetői állásra, belgyógyász-szakképzés szükséges,
- 1 fő Szakorvosi Rendelőintézetbe **fül-orr-gégész csoport** vezetői állásra, szakorvosi képzés szükséges,
- 1 fő kórház belgyógyászati osztályára **szakorvos** vagy **orvosgyakornok**,
- 2 fő körzeti **gyermekgyógyász** szakorvosi állásokra.

Illetmény a vonatkozó jogszabályok szerint kerül megállapításra.

Lakást a jogos igényeknek megfelelően biztosítunk. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Simon Gyula dr.
igazgató főorvos

(664)

A **Kiskunhalasi Semmelweis Kórház** igazgató főorvosa (6401 Kiskunhalas, Semmelweis tér 15.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán a **Fertőző osztályon** megüresedett **1 fő osztályvezető főorvosi** állásra; az újonnan szervezett **34 ágyas traumatológiai osztályra 1 fő osztályvezető főorvosi** állásra; valamint Kiskunhalas városban az újonnan szervezett orvosi körzetbe (Kiskunhalas város székhellyel) **1 fő körzeti orvosi** és **1 fő körzeti orvosi állásra Pirtó község** székhellyel (Kiskunhalas városhoz csatolt község).

Bérezés a 14/1983. (XII. 7.) ÁBMH rendelete szerint. A pályázatot a 13/1984. Eü. M. M. ut. alapján kérem a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül címemre megküldeni.

Makay László dr.
igazgató főorvos

(665)

A **Pest Megyei Tanács Flór Ferenc Kórháza** (Kerpesztarcsa) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet a **Felnőtt Pszichiátriai Osztályon megüresedett** állásra. Az állásra

elsősorban biológiai pszichiatra iránt érdeklődő pályázó jelentkezését várjuk.

A Kórház Budapestről kék autóbusszal vagy HÉV-vel elérhető.

Kulcsszám és illetmény megállapítása az érvényes rendelkezések alapján történik.

A pályázatokat a Kórház főigazgató főorvosához kell benyújtani a szolgálati út betartásával, a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Cím: Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1. 2143

Szabadfalvi András dr.
főigazgató főorvos

(666)

Tatabánya Városi Tanács VB Egészségügyi Osztály (2801 Tatabánya V., Felszabadulás tér 8.) pályázatot hirdet **2 főfoglalkozású bányászati orvosi** állásra.

Bérezés a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH-rendelet alapján.

Az álláshoz megfelelő lakást biztosítunk, gépkocsihaszonlati átalányt. Évente iparvidéki jutalom, valamint a bányászásban dolgozók egyéb juttatásai.

Popinesák Géza dr.
mb. városi főorvos

(667)

Csornai Városi Tanács (9300 Csorna, Szabadság tér 6.) pályázatot hirdet a Kórház-Rendelőintézet (újonnan szervezett) függetlenített **igazgató főorvosi** állás betöltésére, aki megbízást kap a Városi Tanács VB Egészségügyi Osztály vezetésére is.

Pályázati feltételek: általános orvosi végzettség, valamely klinikai szakból és egészségügyi szervezésből szakorvosi képzés, megfelelő politikai végzettség.

Lakást biztosítunk.

Bérezés: a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendelet szerint.

Jelentkezést életrajz és szakmai tevékenység bemutatásával kérjük a Tanács Elnökéhez.

Kovács Miklós

(668)

A **Pásztói Városi Tanács Kórház** igazgatója (2060 Pásztó, Semmelweis u. 15-17.) pályázatot hirdet a rendelőintézetnél július 1-jétől megüresedett **2104. kulcsszámú főorvosi** állásra.

A pályázó — külön megbízással — ellátja a járóbeteg-ellátást irányító ig. h.-i feladatokat.

Lakás 1988-ban áll rendelkezésre.

Orvosháaspárt is tudunk fogadni, megbeszélés alapján.

További pályázatot hirdet **1 fő belgyógyász szakorvosi** állásra, akinek lakást szintén 1988-ban biztosítunk.

Illetménye: kulcsszámnak megfelelően. Nem szakorvos is pályázhat.

Kovács Bertalan dr.
kórházigazgató

(669)

Nagykanizsai Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Nagykanizsa, Fabik Károly út 2-8.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett **laboratóriumi osztályvezető** állásra, lakással és kiemelt bérrrel.

Wölfer Edit dr.
igazgató főorvos

(670)

Fővárosi Tanács VB Jahn F. Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1204 Bp., Köves u. 2-4.) pályázatot hirdet:

- 1 fő **belgyógyász csoportvezető** főorvos,
- 1 fő **belgyógyász** szakorvos,
- 1 fő **körzeti orvos**,
- 1 fő **rheumatológus** szakorvos (belgyógyászati gyakorlati és pszichoszomatikus érdeklődéssel rendelkezők előnyben),
- 1 fő **radiológus** szakorvos (belgyógyászati szakvizsgálással és izotópgyakorlattal rendelkezők előnyben)

állásokra.

Képzítés és bérezés a 14/1984. (XII. 17.) ÁBMH-rendelet szerint.

A pályázati kérelmeket a 19/1978. EüM. sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Radnasy József dr.
főigazgató főorvos

(671)

A **Mátrai Állami Gyógyintézet** (3233 Mátraháza) pályázatot hirdet a Mátraházi Egységben **pulmonológiai belosztályon 2 fő segédorvosi** állásra.

Az állásra szakvizsgálással, vagy azonnal rendelkezők is pályázhatnak.

Az Intézet összkomfortos garzonlakást térítés ellenében biztosít.

Kósa Erzsébet dr.
mb. főigazgató főorvos



Az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Papolczy Ferenc dr. kórházi szemész-főorvos emlékére pályázatot hirdet.

Pályázni lehet: elsősorban szemészeti tárgyú, másodsorban a rosszindulatú daganatokkal foglalkozó elméleti vagy gyakorlati jellegű, még nem közzétett, lehetőleg új témájú, a gyógyítást előbbrevívó, tudományos értékű munkával.

Az onkológia körébe tartozó munkák közül először azok nyerne díjazást, amelyek szemészeti vonatkozást is érintenek.

A pályázat jelígis! A jelígis lezáró borítékban kell a pályázó nevét, munkahelyét, lakását és születési évét elhelyezni.

Pályázhat: magyar állampolgárságú, munkaviszonyban álló szakorvos, vagy szakorvos által vezetett csoport.

Nem vehetnek részt akadémikusok és orvostudományok doktorai.

Az első díj mindkét pályázati témakörre:	20 000 Ft;
a második díj	15 000 Ft;
harmadik díj	10 000 Ft.

A pályamunkákat 1987. október 1-jéig kell megküldeni három példányban, magyar nyelven az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Titkárságára (1363 Budapest V., Münnich Ferenc utca 32.).

Ezen alapítvány lehetőséget ad fiatal szakorvosok külföldi kongresszusi részvételének támogatására, amennyiben az illető a fenti témákban, e tárgyban előadást tartott. A kérelmeket a munkahelyi vezető javaslatával, az előadás rövid kivonatának mellékelésével 1987. október 1-jéig kell a fenti címre eljuttatni.

A kongresszusi részvételi támogatás elbírálása a pályázatokkal egy időben történik.

A pályadíjakat Papolczy Ferenc dr. születésének évfordulóján (1987 novemberében) adják át.

Intéző Bizottság

A Magyar Belgyógyász Társaság Dél-magyarországi Decentruma XVIII. Vándorgyűlést Csongrádon rendezti a Városi Pártbizottság Disztermében. (Kossuth tér 9—11.)

Tudományos program

1987. április 16., csütörtök
Városi Pártbizottság Előadóterme
8.30 A Vándorgyűlés megnyitása

Üdvözlések
Technikai szünet
9.00 Előadások

Üléselelnökök: prof. Somogyi Endre dr., prof. Varró Vince dr.

Prof. Somogyi Endre dr. (Budapest, Igazságügyi és Törvényszéki Orvostani Intézet): *Etikai dilemmák, amelyek társadalmunkat foglalkoztatják* (referátum: 45 perc).

1. Niyuzó B., Garai I., Tóth S., Öveges L. (Kiskunfélegyháza, Városi Kórház, Belgyógyászati Osztály): A sürgősségi betegellátás néhány szakmai és etikai jellegzetessége intézetünkben

- 2. Róna L. (Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézménye, Békéscsaba): Embertípusok, orvostípusok etikai vonatkozásai és formálási lehetőségei
- 3. Tamási J., Garai I., Tóth S. (Kiskunfélegyháza, Városi Kórház, Belgyógyászati Osztály): Gyógyeljárások etikája
- 4. Domokos Zs. (Makó, Városi Kórház-Rendelőintézet): Orvos—betegkapcsolat néhány etikai kérdése
- 5. Gulyás L. (Kecskemét, II. Sz. Katonai Kórház, Belgyógyászati Osztály): Néhány etikai probléma a növényvédőszer-mérgezések tárgyköréből
- 6. Marschalek Gy., Szikulai L., Tóth S. (Kiskunfélegyháza, Városi Kórház, Belgyógyászati Osztály, Bács-Kiskun Megyei Tanács Egészségügyi Osztálya): Bács-Kiskun megye orvostikai helyzete 1970 és 1985 között
- 7. Csapó E., Lóránt Gy. (Városi Tanács Utókezelő Kórház-Rendelőintézet, Szeghalom): Chronicusbeteg-ellátás kérdései a szeghalmi Utókezelő Kórház Belosztályán az utóbbi 5 év tükrében
- 8. Hegyesi J., Lakatos L. (Városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet, Orosháza, II. Belgyógyászati Osztály): Tapasztalataink belgyógyászati szakrendelésen

Discussio
11.15 Szünet
11.30 Előadások

Üléselelnökök: Deli László dr., Szász Károly dr.

- 9. Fazekas T. (SZOTE, I. Belgyógyászati Klinika): Terápiarezisztens kamrai tachyarrhythmák kombinált amiodaronmexiletin-kezelése
- 10. Orosz I., Pap S., Zétényi Á. (Békés Megyei Tanács Kórháza, Gyula, II. sz. Belgyógyászati-Kardiológiai és Izotóp Laboratórium): Thallium—201 dinamikus szívizomszintigráfiával szerzett tapasztalataink
- 11. Csanádi Z., Szász K., Horváth L., Somfay A., Bakó E., Andó Á., Faragó J. (Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk): Non-Q myocardialis infarctusos betegek coronarogramja
- 12. Tiszai A., Gáspár A., Kiss Z. (Makó, Városi Tanács Kórház, Belgyógyászati Osztály): Torsade de pointes kamrai tachycardia Corontin- (prenylamin-) kezelés közben
- 13. Márk L., Deli L. (Békés Megyei Tanács Kórháza, Gyula, II. Belgyógyászati Osztály): Az acut myocardialis infarctus prehospitalis szakának és prodromalis tüneteinek elemzése
- 14. Somfay A., Szász K., Csanádi Z., Bakó E., Móczó I.* (Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk*, SZOTE II. Belgyógyászati Klinika): Bal coronariafőtörzs elzáródásának túlélése
- 15. Bakó E., Szász K., Horváth L., Somfay A., Csanádi Z., Andó Á., Faragó J. (Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet — Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk): Myocardialis infarctus EKG-képet utánzó coxsackie vírusfertőzés

- 16. Hajdu N., Harmati L., Tölgyes A., Selmeci Sz., Hernáth I., Herczeg B. (Országos Kardiológiai Intézet, Szolnok M. T. Hetényi G. Kórház Intenzív): Preexcitációs syndroma esete kettő bypass tractussal, pitvarfibrillációval, kamrai tachycardiával szövődve

Discussio
13.30 Ebédszünet
15.00 Előadások

Üléselelnökök: Balogh Elemér dr., Varga Gyula dr.

- 17. Deli L. (Békés Megyei Tanács Kórháza, Gyula, II. sz. Belgyógyászati Osztály — Kardiológia): Az antithrombotikus gyógyszeres kezelés problémái napjainkban (interactiók) — 15 perc
- 18. Benkő S.,¹ Vigh L.,² Józ F.,³ Varga Gy.¹ (-SZOTE II. sz. Belgyógyászati Klinika, ²MTA Szegedi Biológiai Központ, Debrecen, Kossuth L. Tudományegyetem): A kóros sejtek biomembránjának megváltoztatása hidrogénezéssel módszerrel
- 19. Dobos K., Zöllei M., Csepregi E.,¹ Varga Gy. (SZOTE II. sz. Belgyógyászati Klinika, -SZOTE Radiológiai Klinika): Csontelváltozások malignus lymphomákban
- 20. Nagy B., Kispál M., Szekeres V., Kovács A., ifj. Kispál M. (Szentos, V. T. Kórház, I. Belgyógyászati — Onkológiai részleg): Generalizált emlőrákos betegeknél alkalmazott ciklikus kemoterápiával nyert 10 éves tapasztalatok
- 21. Árok szállásy É., Borbényi Z., Varga Gy. (SZOTE II. sz. Belgyógyászati Klinika): Alacsony dózisú Alexan-kezeléssel szerzett tapasztalatok időskori acut myeloid leukaemiában
- 22. Szekeres V., Kispál M., Furák I., Kovács A., ifj. Kispál M. (Szentos, V. T. Kórház, I. Belgyógyászati — Onkológiai részleg): Postoperatív adjuváns polykemoterápiával emlőrákos betegeknél
- 23. Nyikos E., Nyirati G., Mohay A. (Baja, Kórház, II. Belgyógyászati Osztály): Non-Hodgkin malignus lymphoma a seniumban
- 24. Somos B., Lakatos L. (Városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézet, Orosháza, II. Belgyógyászati Osztály): Budd—Chiari-syndroma képében jelentkező tüdődaganat

Discussio
Pfizer tudományos iroda

A vérszírok alapvető szerepe a koronaria-betegség kialakulásában (diafilm) — az előadások szünetében

17.30 Vezetőségi ülés
1987. április 17., péntek
Városi Pártbizottság Előadóterme
8.30 Előadások

Üléselelnökök: Szebeni Ágnes dr., Winter Miklós dr.

Dr. Szebeni Ágnes kandidátus (Budapest, BM Korvin Ottó Kórház): A hasi ultrahang-diagnosztika lehetőségei a sürgősségi betegellátásban (referátum: 40 perc)

25. Ábrahám Gy., Nagy F. (SZOTE I. Sz. Belgyógyászati Klinika): Az ultrahangvizsgálat helye a belgyógyászati ügyeleti diagnosztikában

26. *Steffek M., Kander Z.* (B. M. T. Kórháza, Gyula — Röntgen Osztály): Az ultrahang helye és szerepe az akut hasdiagnosztikában
27. *Monoki E., Dibuz M., Ilyés M., Varga E., Csipő L.* (Városi Tanács Kórház-Rendelőintézete, Szentes — Röntgen Osztály): Acut indicatióval végzett ultrahangvizsgálatok tapasztalatai
28. *Nagy E., Szabó E.* (Szeged m. V. T. Kórház-Rendelőintézet — Röntgen Osztály): Az ultrahangvizsgálat jelentősége az „Acut has” diagnosztikájában
29. *Lehota V., Mihailovits K., Munka M., Tóth S., Tóth I.* (Kiskunfélegyháza, Városi Kórház, Belgyógyászati Osztály): Az UH-vizsgálat jelentősége acut has klinikai képét adó hasi cysták, ill. hasi aorta aneurysmák esetén
30. *Kopp M., Dömötör J.* (V. T. Kórház-Rendelőintézet, Hódmezővásárhely, Röntgen Osztály): COMBISON—320 készülékkel szerzett tapasztalataink a hasi ultrahang-diagnosztikában
31. *Gruber N., Piros Gy., Nagy F., Balázs B., Zombori J., Csanády M.* (SZOTE II. Belgyógyászati Klinika, I. Sebészeti Klinika, Kórbonctani Intézet): Gyorsan növekvő ismeretlen kiindulású hasi tumor

Discussio
10.45 Szünet
11.00 Előadások

Üléselnökök: *prof. Tényi Mária dr., prof. Szarvas Ferenc dr.*

32. *Bényei M., Bugyi Zs., Besze J., Sulyok L.* (Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok): UH-vizsgálat jelentősége és elsődlegessége a biliáris rendszer betegségeiben
33. *Róna L., Bratu A.* (Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézménye, Békéscsaba): Az epehólyagkő kóris-mézése az „ultrahang-éra” előtt és után
34. *Lakatos F., Borbola Gy., Nagy A.* (V. T. Egyesített Egészségügyi Intézménye, Békéscsaba, Kórház — Fertőző Osztály, Radiológiai Osztály, SZOTE I. Sebészeti Klinika): Echinococcus a májban
35. *Dibuz M., Ilyés M., Monoki E., Varga E., Csipő L.* (Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet, Szentes — Röntgen Osztály): Hasi UH-vizsgálat jelentősége lázas állapotban
36. *Bartók J.* (Szeged m. V. T. Kórház — Röntgen Osztály): A vesebetegségek összehasonlító sonographias vizsgálata
37. *Fraknói R., Maros T., Balázs M.* (Baja, Kórház — Röntgen Osztály, Sebészeti Osztály, Belgyógyászati Osztály): Ultrahanggal diagnosztizált felnőttkori polycystas tüdő
38. *Nyirati G., Fraknói R., Nyikos E., Mohay A.* (Baja, Kórház, II. sz. Belosztály): Colon tumort utánzó pancreascysta

Discussio
12.15 Szünet
12.30 Előadások

Üléselnökök: *Tóth Sándor dr., Lakos Antal dr.*

39. *Dudás M., Fazekas I.* (Megyei Kórház, Gyula, I. Sz. Belgyógyászati): Hyper-

toniás betegek terápiás hozzáállása („compliance”-a)

40. *Mohácsi G., Láng J., Csernai L., Sonkodi S.* (SZOTE I. Sz. Belklinika és Központi Izotóp Laboratórium): Kli-renz vizsgálatok nefrózis szindrómában és veseelégtelenségben
41. *Tichy B.* (SZOTE Sebészeti Klinika, Nephrológiai Osztály): Haemodialysis-igény és -kapacitás kérdései, a megoldás lehetőségei
42. *Pocsay G., Gyimesi A., Bányai T., Lőrinczy E.* (Megyei Kórház, Gyula, I. Sz. Belgyógyászati és Izotóp Laboratórium): Pajzsmirigybetegség gondozása (5 éves tapasztalat)
43. *Pokorny Gy., Maurer M., Iványi T., Gáspár A.* (SZOTE I. Belklinika — Ónálló Endokrin Osztály): Infúziós methylprednisolone lökés-kezelés cerebralis szövődménye

Discussio
13.30 Ebédszünet
15.00 Előadások

Üléselnökök: *Kovács Aranka dr., Biliczki Ferenc dr.*

44. *Jármay K., Wittmann T., Náfrádi J., Lakos A., Varró V.* (SZOTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Orosháza, Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály): Polyarthrités chr. progressívát kísérő, malabsorptióhoz vezető sekunder gastro-intestinalis amyloidosis esete
45. *Kovács A., Zagyó K., Lakatos L.* (Orosháza, Városi Tanács Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézete, II. Belgyógyászati Osztály): A nem steroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek és a gastrointestinalis laesiók
46. *Járján P., Csépe P.* (Hetényi Kórház, II. Belgyógyászati Osztály): Súlyos hasi actinomycosis sikeresen kezelt esete belgyógyászati osztályon
47. *Páger L., Papp Á.* (V. T. Kórház, Hódmezővásárhely, SZOTE I. sz. Belklinika): Epeútkövesség és malignus folyamat együttes előfordulása, az icterus differenciáldiagnosztikai problémái
48. *Olasz M., Zuberecz Z., Lakatos F., Csikász J.* (Békéscsaba, I. Belgyógyászati Osztály): Az alkohol szerepe az akut pancreatitis aetiológiájában
49. *Náfrádi J., Bálint G. A., Varró V.* (I. Belklinika SZOTE): Tapasztalataink ulcus pepticumban Colloid Bismuth Subcitrat (De Nol) alkalmazásával
50. *Bárdos J., Sepp J., Kiss Z.* (Makó, Városi Tanács Kórház, Belgyógyászati Osztály): Glikolizált haemoglobin-meghatározás ambulans cukorbetegségben
51. *Lovas S., Tóth E., Tóth K.* (Szentes V. T. Kórház, II. Belgyógyászati Osztály — Csongrád): Duodenum diverticulumokról eseteink kapcsán

Discussio
17.00 Elnöki zárszó

III. Egészségügyi Informatikai Vándorgyűlés — Pécs — 1987. MEDISOFT—87 mikroszámítógép- és softwarekiállítás-bemutató „Szentgáli Gyula” ifjúsági pályázat

Pécs Város Tanácsa Egyesített Egészségügyi Intézményei és az Apáczai Csere Já-

nos Nevelési Központ rendezésében 1987. október 18—19—20-án a Magyar Kórházszövetség Informatikai és Dokumentációs Szakbizottsága, a Neumann János Számítógép-tudományi Egyesület Orvos-Biológiai Szakosztálya, a Pécsi Akadémiai Bizottság Matematika-Számítástechnikai Szakbizottsága és a Társadalomtudományi Egyesület Informatikai Munkabizottsága együttműködésével.

Témája: A számítástechnika alkalmazásának tapasztalatai az egészségügyben
A Szervező Bizottság előadást és poszterrectiót tervez. Különösen az egészség megőrzésére irányuló rendszerek tapasztalatait várják, az egészségügy bármely területét — orvosi, szakdolgozói tevékenység, intézményműködtetés, gazdálkodás stb. — érintő működő rendszerek gyakorlati tapasztalatai mellett.

A Rendező Bizottság kéri a részt venni szándékozókat, hogy munkásságuk azon részének bemutatását tervezze, amelynek közlésére, vagy előadására még más fórumokon ez ideig nem került sor. Külföldi vendégek részvétele megoldható.

Jelentkezési határidő: 1987. április 30.
Kérjük az alábbi adatok közlését:

- név,
- munkahely,
- részvételi szándék, ill.
- tervezett előadás címe.

Levelezési cím: *Szilasi Anna dr.*, a Szervező Bizottság elnöke, 7633 Pécs, dr. Veress E. u. 2.

A jelentkezők részére a részletes tudnivalókat 2 héten belül közlik.

Az elfogadott kéziratok teljes szövegét kiadványban megjelentetik.
Részvételi díj: 500 Ft.

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet
Merényi Gusztáv Kórháza (Budapest, 1097 Gyáli út 17—19.) Kultúrtermében 1987. április 7-én (kedden) 14 órai kezdettel tudományos előadást tart.

Program:

1. *Hévízi Miklós dr.*: Sphincterpotlás anus praeternaturalisban
2. *Khoór Sándor dr., Fügedi Katalin dr.*: Terhelés EKG új komplex értékelése

A Magyar Reumatológusok Egyesülete 1987. április 10-én (pénteken) 15.30 órai kezdettel az ORFI Lukács Klubjában (Bp. II., Frankel Leó u. 27—29.) tudományos ülést rendez.

Program:

1. *Richter András dr.*: „Celluláris interakciók arthrozis szövetekben — változások a fűrdomillió hatására”
2. *A Belák Sándor-emlékérem átadása Richter András dr.-nak*
3. *Vértes Péter dr.*: „Kézváltozások diabetes mellitusban”
4. MRE-pályázat eredményhirdetése

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája 1987. április 6-án 14 órai kezdettel „Szülészeti genetika II” (A magzati diagnosztika gyermekgyógyászati ha-

tárterületei) címmel a klinika tantermében tudományos ülést rendez.

Program:

Moderátor: Papp Zoltán dr.

1. **Méhes Károly dr.** (Győr): A szindrómák gyakorlati jelentősége

2. **Kosztolányi György dr.** (Pécs): Cytogenetikai szindrómák

3. **Veress Lajos** (Debrecen): Down-szindróma és anyai szérum-AFP-koncentráció

4. **Tóth-Pál Ernő dr.** (Debrecen): Computer-szindrómák

5. **Kovács Zoltán dr.** (Eger): Malformációs tünetegyüttesek elkülönítésének számítógépes lehetősége

6. **Váradai Valéria dr.** (Debrecen): Perinatalis agykárosodások ultrahang-diagnosztikája

7. **Csécsei Károly dr.** (Debrecen): A dysmorphologia szülészeti jelentősége

8. **Kovács Tamás dr.** (Debrecen): Az embriológiai vizsgálatok haszna a szindrómákban

9. **Papp Zoltán dr.** (Debrecen): Klinikai szindrómák prae-natalis diagnosztikája

10. Kérdések, hozzászólások

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülései Bizottsága 1987. április 7-én 16 órai kezdettel a SZAB Székház dísztermében (Szeged, Somogyi u. 7.)

a Mikrobiológiai Intézet munkatársainak részvételével tudományos előadást rendez.

1. **Béládi Ilona és Mécs Imre:** A lymphokin-therápia perspektívái a humán és állatgyógyászatban

2. **Mécs Imre, Tóth Sándor, Endrész Valéria, Zsedényi Sára és Béládi Ilona:** Humán és sertés-interferonkészítmények előállítására és jellemzésére

3. **Rosztóczy István, Göndös Györgymé, Papós Miklós és Béládi Ilona:** Interleukin-2 termelése humán lymphocytákban

4. **Mándi Yvette, Seprényi György, Baranji Katalin és Béládi Ilona:** Az NK-aktivitás modulációja humán és szárnyas rendszerben

A Magyar Fogorvosok Egyesülete 1987. április 10-én 8.30 órai kezdettel a Semmelweis OTE Szájsebészeti és Fogászati Klinikán (Bp., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

1. **Tarján Ildikó dr., Bodnár Zsuzsanna dr., Simon Zsófia dr.:** Újabb eredmények a fejlődésben lévő maradógfogak gyökérkezelésében

2. **Német Ákos dr.:** Ajak-állconthasádkos gyermekek korai állcsont-orthopediai kezelésével szerzett tapasztalataim

3. **Balaton Péter dr., Juhász Gábor dr., Gács Mariann dr.:** Fogívszükületek mértéke Schmutz-index segítségével

4. **Gábris Katalin dr. és munkatársai:** Az Elmex-program eredményei a fogszábályozó-kezelések során

A Magyar Pszichiátriai Társaság Közép-magyarországi Tagozata 1987. április 24-én (pénteken) délelőtt 9 órai kezdettel a balassagyarmati kórház női ideg-elmegosztályának kultúrtermében „Pszichotrop szerek és pszichoterápia” címmel tudományos ülést rendez.

Program:

1. **Szabó Endre dr.** megyei elmegyógyász szakfőorvos megnyitója

2. **Hárdi István dr.** bevezetője

3. **prof. dr. Böszörményi Zoltán:** Pszichoterápia és a pszichotrop szerek

4. **Kappéter István dr.:** Pszichoterápia és a pszichotrop szerek az ideggondozói gyakorlatban

5. **Horváth Szabolcs dr.:** Pszichoterápia és a pszichotrop szerek a rehabilitációban

6. Hozzászólások, vita

7. Felkért hozzászóló: **Bitter István dr.**
Tájékoztatás: önköltséges ebédre Szabó Endre dr. főorvosnál való előzetes írásbeli jelentkezés alapján van mód.

Cím: Balassagyarmat, Kórház, Női ideg-elmegosztály

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége adminisztratív munkakörbe gépelni tudó munkatársat keres. Az orvosi szaknyelvben járatosak előnyben. Jelentkezés a 325-109-es telefonszámon.

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat, 1374 Budapest V., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-600

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,

a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)

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

közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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

Előfizetési díj egy évre 780,— Ft, negyedévre 195,— Ft, egyes szám ára 15,— Ft

Kossuth Nyomda — 87.0102 — Felelős vezető: Bede István vezérigazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030—6002