



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 40. SZÁM 2181—2236. OLDAL

BUDAPEST, 1990. OKTÓBER 7.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

JUMEX[®]

tabletta

ANTIPARKINSONICUM

HATÓANYAG: 5 mg selegilinum hydrochloricum tabl.-ként.

JAVALLAT: Parkinsonismusban a levodopa-terápia adjuválása. A jó terápiás effektus fenntartása mellett a levodopa mennyisége esetenként csökkenthető. Alkalmazható a parkinsonismus minden fázisában, különösen előnyös előrehaladott parkinsonismusban, ahol a betegek állapota napszakosan ingadozik.

ELLENJAVALLATOK: Minden dopaminhiánnyal nem járó extrapyramidális megbetegedés (esszenciális, familiáris tremor, chorea hereditaria stb.).

ADAGOLÁS: Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető.

Kombinált kezelés. A korábbi levodopa adag esetenként csökkenthető, az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszerint nem befolyásolja.

MELLÉKHATÁSOK: Nyugtalanág, álmatlanság, hallucinációk, téveseszmék, hyperkinesis, továbbá gyomor-bél panaszok, melyek a levodopa mennyiség csökkentésével mérsékelhetők, ill. megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉS: A levodopa-kezelésben részesülő parkinsonos beteg terápiájába a Jumex mennyiségét fekvőbeteg-gyógyintézeti idegosztályon kell beállítani. A beállítást végző osztály lehetőség szerint 3 havonként ellenőrizze a beteget, ha ez nem oldható meg, az ellenőrzést szakrendelésen (gondozóban) kell elvégezni.

MEGJEGYZÉS: ***Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Parkinson-kór és szindrómában szenvedő betegnek a kezelőorvos – körzeti-, üzemi orvos, az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa – térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 50 tabl.



CHINOIN BUDAPEST 

ORVOSI HETILAP

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:
FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:
KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:
Alföldy Zoltán dr., Árky István dr., Boda
Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr.,
Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi
György dr., Lampé László dr., Nász István dr.,
Oszvách Károly dr., Petrányi Gyula dr., Rák
Kálmán dr., Ribári Ottó dr. és Romics László dr.

*

Tanácsadó testület:
de Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes
Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:
Btáge Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto
Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fmts),
Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre
(London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G.
Nagy (Sydney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen
(Bern), M. Rojkin (New York), K. Tsuji (Tokyo).

131. ÉVFOLYAM

*

40. SZÁM

*

1990. OKTÓBER 7.

TARTALOMJEGYZÉK

Pávics László dr., Dóczi Tamás dr., Blahó Gábor dr.,
Bodósi Mihály dr. és Csernay László dr.:

Extra-intracranialis éranasztomosis műtét regionális
agyi vérátáramlásra gyakorolt hatásának vizsgálata
99mTc-HMPAO agyi SPECT-tel 2183

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Jermendy György dr., Tóth Lajos dr., Vörös Péter dr.,
Király Magdolna dr., Perényi József dr., Kammerer
László dr. és Pogácsa Gábor dr.:

A kardiorespiratorikus reflexkárosodás és a dista-
lis típusú neuropathia összefüggésének vizsgálata
autonom neuropathia klinikai tüneteitől mentes
cukorbetegekben 2187

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Szász Károly dr.:

Az EKG normalizálódása jobb kamrai infarctusban 2195

RITKA KÓRKÉPEK

Dobi Sándor dr., Horváth Andrea dr., Prinz Géza dr.,
és Várnai Ferenc dr.:

Importált alimentaris intoxicatio halméreggel
(ciguatoxin) 2201

Fecske Éva dr., Zádor András dr. és Mészáros
Zsolt dr.:

Tuberkulózist utánzó primer choriocarcinoma a
tüdőben 2205

HORUS

Kapronczay Károly dr.:

Ambró János emlékezete — halála centenáriu-
mára — 2209

Kiss László dr.:

Orvos-mezőgazdász vagy mezőgazdász-orvos:
Lübeck János Károly (1776—1814) 2210

Levelek a Szerkesztőhöz 2213

Könyvismertetések 2215

Népjóléti Minisztérium tájékoztatója 2219

Hírek 2221

Az Orvosi Hetilap referáló rovatának irányelvei 2233

Pályázati hirdetmények 2236

RABENID[®] 200 mg. drazsé

(sulfinpyrazonum)

- Erélyesen fokozza a húgysav-ürítést
- Regulálja a vérlemezék kóros működését
- Védőhatást fejt ki az erek endotheljére

Javallatok:

- köszvény tartós kezelése
- krónikus köszvényes arthritis
- szaluretikumok okozta hiperurikémia
- kombinált kezelés részeként a tromboembóliás szövődmények megelőzése
 - akut szívinfarktus után a szívhálál veszélyének csökkentése
 - agytrombózis utáni állapotok
 - ismétlődő felületi vénás trombózis
 - amaurosis fugax

Ellenjavallatok:

- aktív gyomor- és nyombél-fekély
- súlyos máj- és vesekárosodás
- szulfinpirazon- és egyéb pirazonon származékok iránti túlérzékenység

- terhesség (különösen az első trimeszterben)

A kezelés ideje alatt gondoskodni kell megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről és a vizelet alkalinizálásáról.

Tartós szedés esetén a vérképet, vesekárosodás esetén a vesefunkciót időnként ellenőrizni kell.

A hirtelen erős húgysavmobilizáció akut köszvényes rohamot válthat ki.

Gyártja:
Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest



Extra-intracraniális éranastomosis műtét regionális agyi vérátáramlásra gyakorolt hatásának vizsgálata 99mTc-HMPAO agyi SPECT-tel

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged,
Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium
(vezető: Csernay László dr.)

*Idegsebészeti Klinika
(igazgató: Bodosi Mihály dr.)

A szerzők 32 EC-IC bypass műtött beteg regionális agyi vérátáramlás vizsgálatának eredményeiről számolnak be. Az agyi perfúziós vizsgálatokat (műtét előtt és egy hónappal utána) 99mTc-HMPAO adása után, SPECT készülékkel végezték. A regionális agyi vérátáramlás, illetve annak zavara 19 esetben a műtét ellenére változatlan maradt, 7 esetben nőtt, 6 esetben romlott. Egy beteg a műtétet követően meghalt, egy nem került kontroll vizsgálatra. Eredményeik alapján megállapítják, hogy az EC-IC bypass műtét a regionális agyi vérátáramlást az esetek zömében, még a CT vizsgálattal kimutatható agyi strukturális károsodások hiányában sem javítja.

A nagyagyféltekei ischaemiák hátterében álló, a direkt sebési módszer számára nem hozzáférhető érelváltozások áthidalására Donaghy (10) és Yasargil (41) 1967-ben alkalmazták elsőként az extra-intracraniális éranastomosis műtétet (EC-IC bypass műtét). Hazánkban a módszert Mérei (25) vezette be. Az új sebési módszer hatékonyságának vizsgálatára 1977-ben nemzetközi, prospectív felmérést indítottak (3, 13). 1377 randomizáltan sebészileg vagy gyógyszeresen kezelendő csoportba sorolt beteg rendszeres vizsgálatát követően az 1985-ben lezárt tanulmány kimondta, hogy a műtét a gyógyszeres kezeléssel szemben — az ismétlődő szélütés veszélye szempontjából — nem vezet kedvezőbb eredményre (12). E tanulmányról és néhány hazai vonatkozásáról Nyáry és mtsai (26) adtak áttekintést.

Az EC—IC Bypass Tanulmányt megjelenése után sokan bírálták (1, 2, 8, 17, 36, 38, 40). A kritikákban komoly hangsúlyt kapott, hogy a betegkiválasztás csupán a klinikai tünetekre és az angiographiás vizsgálatok adataira támaszkodott.

A diagnosztikus eljárások fejlődésével időközben lehetővé vált olyan módszerek alkalmazása, amelyekkel a hae-

Effect of EC-IC bypass surgery on the rCBF assessed via 99mTc-HMPAO brain SPECT. Thirty-two patients suffering from occlusive cerebrovascular disease were investigated by means of 99mTc-HMPAO brain SPECT before and one month after EC-IC bypass operation. The regional cerebral blood flow was unchanged postoperatively in 19 patients, increased in 7 cases, and deteriorated in 6 patients. One patient died in the postoperative period and in another no follow-up SPECT could be performed. It is concluded that the regional cerebral blood flow, even in the absence of a morphological deficit on CT, was not improved by the operation in the majority of cases.

modinamikai zavart okozó érbetegségben szenvedők közül feltehetően elkülöníthetők azok, akikben a bypass-műtét remélt kedvező hatása igazolható (14, 21, 22).

Intézetünkben 1988 óta végzünk rendszeresen „single photon emission computed tomographiás” (SPECT) vizsgálatokat a regionális agyi vérátáramlás (rCBF) meghatározására. Az eljárás non-invasív jellege, könnyű kivitelezhetősége indított bennünket arra, hogy az EC-IC bypass műtétre kerülőkben, a beavatkozás regionális agyi vérátáramlásra gyakorolt hatásának mérésére vizsgálatssorozatot kezdjünk.

Betegek és módszer

A féltekei ischaemián átesett betegeket a nemzetközi EC-IC Bypass Tanulmány kritériumai alapján vettük fel és vizsgáltuk át. Az idegrendszeri tünetek (tünetmentes, vagy csupán enyhe féltekei, de javuló kórjelek) és az angiographiás leletek után készített SPECT vizsgálat alapján azokat, akikben átáramlászavar nem mutatkozott, nem soroltuk a műtétet kezelendőkhöz. A fennmaradó 32 beteg (10 nő és 22 férfi, átlagéletkoruk 47 év $SD \pm 14$) került műtétre és részletes elemzésre. A kórelőzményből igazolható kockázati tényezőket, valamint a klinikai kép dinamikáját, kimenetelét az 1. táblázatban foglaltuk össze. E tünetek hátterében az arteria carotis interna (ACI) elzáródása 27 betegben, jelentős siphon-táji szűkülete 1 beteg esetében, illetve az arteria cerebri media occlusiója (2 beteg) vagy főtrzsének haemodinamikailag jelentős szűkülete (2 beteg) állott (2. táblázat). Az első rCBF SPECT és a CT vizsgálat az ictus után több mint 4 héttel történt, 2 eset kivételével (2, ill. 3 hét, itt a CT vizsgálat 2, ill. 6 nappal előzte meg a SPECT-et). A CT és SPECT vizsgálat között 6,8 ($SD \pm 4,8$) nap telt el. A SPECT vizsgálat a műtétet 8,5 ($SD \pm 10,3$) nappal előzte meg, az ún. postoperatív ellenőrzést a műtét után átlagosan 35 ($SD \pm 8,5$) nappal végeztük.

Kulcsszavak: EC-IC bypass műtét, regionális agyi vérátáramlás, SPECT

Rövidítések: EC-IC bypass műtét = extra-intracraniális éranastomosis, rCBF = regionális agyi vérátáramlás, SPECT = single photon emission computed tomography, PET = positron emission computed tomography, ACM = arteria cerebri media, TIA (transient ischemic attack) = múló ischaemiás epizód, Stroke (completed stroke) = maradandó tünetekkel járó ictus cerebrovascularis.

1. táblázat: A betegek megoszlása a rizikófaktorok és a klinikai kép alapján

RIZIKÓFAKTOROK	n
Hypertonia	17
Ischaemiás szívbetegség	7
Emelkedett:	
— éhgyomri vércukor	4
— Htk	14
— vérzsír	12

Emelkedett értékek: vércukor >6 mmol/l, htk >50%, vérzsírok esetében se cholesterol >6,3 mmol/l és/vagy se triglicidrid >1,8 mmol/l

MŰTÉT ELŐTTI KLINIKAI TÜNETEK

TIA	7
Stroke	13
TIA + Stroke	12

2. táblázat: A betegek megoszlása négy ér angiographia eredménye alapján

Occl. ACI I. s./d.	21	+ sten. a. vertebr.	2
Occl. ACI I. u.	6		
Sten. ACI	1		
Occl. ACM	2	+ sten. ACI	1
Sten. ACM	2		

Rövidítések: Occl. = Occlusio; Sten. = stenosis; a. vertebr. = arteria vertebralis

Az agyi vérátáramlás SPECT vizsgálatokat 99mTc-HMPAO (CERETEC, Amersham, Anglia, ill. helyi felhasználási engedély birtokában az előzővel identikus saját készítmény) adása után a Gamma Művek MB 9300-as tomographiás gamma kamerájával, és a hozzá kapcsolt KETRONIC MEDAX N (Ketronic Urban GmbH, NSZK) számítógépes adatfeldolgozó rendszerrel végeztük. Az adatfelvétel során 64 × 64-es képmátrixban, 60 lépésben, 360 fokos körbejárással összesen 4–5 millió impulzust gyűjtöttünk be. Az adatfeldolgozás során egymást átfedő 3 soros sorösszevonást, Chang szerint abszorpció korrekciót, Lassen módszerével aktivitáseloszlás korrekciót hajtottunk végre (30). A 99mTc-HMPAO lipophil anyag, ami a regionális agyi vérátáramlással arányosan szabadon diffundál be az agyba, majd egy fizikokémiai átalakulást követően lokálisan kötve marad (csapdamechanizmus) (20, 28).

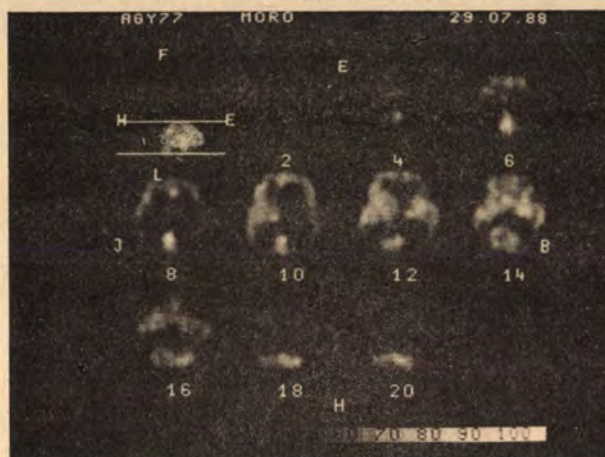
A készített képeket két személy értékelte, véleményeltérés esetén konszenzust alakítottunk ki. Az analízis során a csökkent, illetve fokozott aktivitású területeket értékeltük kórosnak. A műtét előtti és utáni vizsgálatok összehasonlításakor, a nagyagyféltekék csökkent perfúziójára utaló aktivitásdefektusok kiterjedésében bekövetkezett változásokat elemeztük.

Eredmények

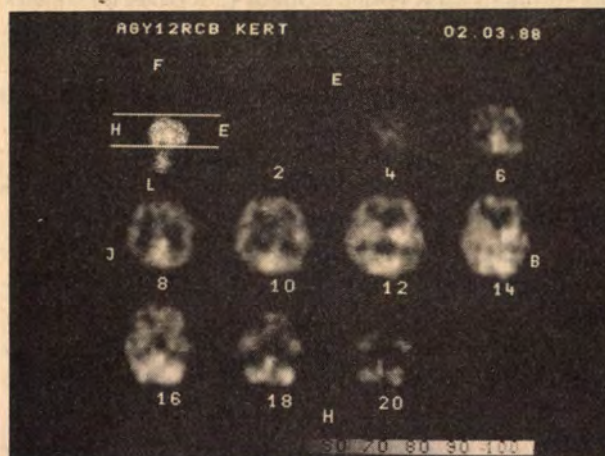
Az egy hónap múltán készített ellenőrző SPECT vizsgálat időpontjában a 34 bypass (2 betegnél mindkét oldalon készült éranastomosis) fizikális és Doppler-módszerrel kontrollálva átjárható volt. Összevetve a pre- és postoperatív vizsgálati leleteket azt találtuk, hogy az esetek zömében változás nem következett be, míg vérátáramlás-növekedést (1. és 2. ábra), illetve az átáramlászavar kifejezettebbé válását (3. és 4. ábra) közel azonos számban észleltünk (3. táblázat). Egy beteg a műtétet követően meghalt, egy esetben nem történt kontroll vizsgálat.



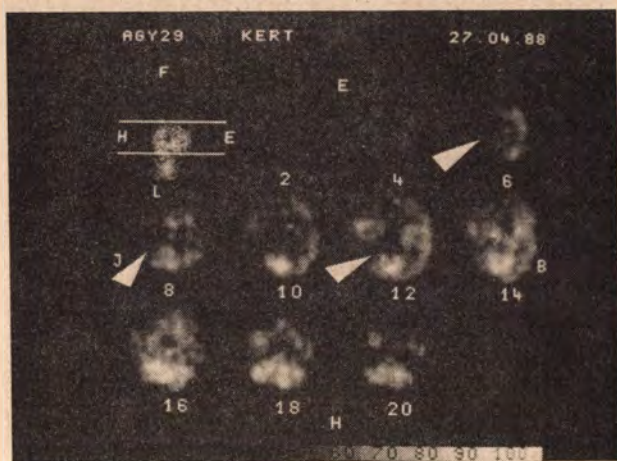
1. ábra: Occlusio ACM I. s. Műtét előtti agyi vérátáramlás SPECT vizsgálat. A nyílak a bal nagyagyfélteke kéregállományának kiterjedt hipoperfúziójára utaló aktivitáscsökkenést mutatnak. Az elváltozás távoli hatásaként kereszttezett cerebellaris diaschisis (5) is látható (18. metszet, nyíl). (Megj.: Az ábrákon feltüntetett számok a transzverzális metszetek sor-számát jelölik rendben a koponyatetőtől az agy alapig. A raszter skála, az agyi vérátáramlást reprezentáló radioaktivitás mértékével arányos szürkületi fokozatokat jelez.)



2. ábra: Az első ábrán bemutatott eset bal oldali EC-IC bypass műtete utáni vérátáramlás SPECT vizsgálat eredményképe. A bal oldali hipoperfúzió jelentősen mérséklődött, a kereszttezett cerebellaris diaschisis megszűnt.



3. ábra: Occlusio ACI I. u. A műtét előtt az agyi perfúziós SPECT vizsgálat során a jobb nagyagyfélteke kéregállományának megfelelően diszkrét vérátáramlás csökkenést figyeltünk meg.



4. ábra: A harmadik ábrán bemutatott eset jobb oldali EC-IC bypass műtét után. A SPECT vizsgálat a jobb nagyfélteke kiterjedt, súlyos perfúziós zavarát mutatja. A képen az elváltozás aktivitáshiányként rajzolódott ki (nyilak).

3. táblázat: Az EC-IC bypass műtét hatása a regionális agyi vérátáramlásra (n = 32)

nőtt	7
változatlan	19
csökkent	6

Abban a 23 esetben, ahol kellő minőségű és releváns CT-képek és SPECT-leletek részletes összehasonlítására mód nyílt, azt találtuk, hogy a ^{99m}Tc -HMPAO-val kimutatott regionális agyi vérátáramlászavar minden esetben nagyobb volt mint a CT-n látott strukturális károsodás (hipodenzitás) (29). Azokban az esetekben, amelyekben a CT negatív eredményt adott (8 beteg), 4 alkalommal, tehát az esetek felében nőtt az átáramlás a műtét után (4. táblázat).

4. táblázat: Az EC-IC bypass műtét hatása a regionális agyi vérátáramlásra CT negatív betegekben (n = 8)

nőtt	4
változatlan	2
csökkent	2

Megbeszélés

A pozitron emissziós komputer tomographia (PET) megjelenésével a cerebrovasculáris kórképek pathomechanizmusának megismerésében jelentős fejlődés következett be (14). Az új technikával az rCBF képi megjelenítése és kvantitatív mérése mellett a regionális agyi térfogat, oxigénextractio és metabolizmus is tanulmányozhatóvá vált. E vizsgálatok igazolták, hogy az agyi perfúziós nyomás csökkenésével az idegrendszeri károsodást elhárítani hivatott kompenzációs mechanizmusok indulnak meg. Az első lépés az érintett régióban bekövetkező autoregulációhoz kötött fokális (féltekei) térfogaton növekedés, változatlan vérátáramlás mellett. A perfúziós nyomás további csökkenésével ez a keringési autoreguláció kimerül, bár a vérátfolyási zavar kialakulása ellenére a szöveti oxigenizációt a fokozott oxigén extractio még megóvjá. Az idegszö-

vet anyagcserezavara (lágylás) csak akkor következik be, ha ez utóbbi kompenzáció is kimerül (14, 15, 35). Ismert, hogy a különböző haemodinamikai változások csak laza összefüggést mutatnak az angiographiával is megjeleníthető elváltozások súlyosságával (35).

A SPECT módszerrel végzett rCBF vizsgálatok világszerte elterjedtek, minthogy a PET eljárás bonyolult, költségigényes és ezért a rutinvizsgálatok számára kevésbé alkalmas. Az eddig használt radiopharmakonok közül — tapasztalataink szerint is — a ^{99m}Tc -HMPAO-val szerezhető információk a legmegbízhatóbbak (7, 20, 28, 31).

SPECT technikával betegvizsgálatainkban a klinikai tüneteknek megfelelő területeken vérátáramlászavart tudtunk kimutatni. Feltételeztük, hogy a tünetek előidézésében a perfúziós nyomás csökkenése is szerepet játszott. Az ily módon megjelenített ischaemiás régiók nem mindenben egyeztek azonban a CT-képekkel: következetesnek tűnt, hogy a ^{99m}Tc -HMPAO által jelzett hipoperfundált terület kiterjedtebb, mint a CT-hipodenzitás. Ez az eredmény egybecseng azokkal a mások által is megerősített megfigyelésekkel, hogy az ischaemiás stroke krónikus fázisában a strukturális károsodás környezetében is reverzibilisen károsodott ischaemiás területeket lehet igazolni (19, 24).

Az EC-IC bypass műtét elve, hogy vért juttatva az érintett (leggyakrabban arteria cerebri media) területbe, ott olyan kedvező vérátáramlást — s ily módon javuló keringési viszonyokat — hozunk létre, amely a fent vázolt mechanizmus kompenzációs lehetőségeit erősítve képes megállítani újabb ischaemiás rohamok jelentkezését. Feltételezésünk szerint ebben jelentős szerephez juthat a műtét hatására az érintett régióban a vérátáramlás növekedés és/vagy a hipoperfundált terület eltűnése.

Vizsgálatainkkal az esetek zömében változatlan, kisebb arányban — közel azonos számban — növekedett vagy csökkent átáramlási viszonyokat igazoltunk a műtét utáni szakban. Hasonló változatos adatokat olvashatunk az irodalomban is (11, 18, 27, 34, 39).

Bár néhány munkacsoport (4, 6, 9, 16, 23, 37) kisszámú betegvizsgálat alapján az EC-IC bypass műtétet követően kedvező keringési viszonyokról számolt be, Powers és mtsai 1989-ben megjelent közlése alapján a beavatkozás valós hatékonyságát nem tarthatjuk igazoltnak. Ők krónikus cerebrovasculáris betegségben szenvedőkben végeztek PET vizsgálatokat, s a betegeket az rCBF-, rCBV-, oxigén extractio- és anyagcsere-vizsgálatok alapján sorolták különböző veszélyeztetettségű csoportokba (32, 33). A 21 operált és 23 csak gyógyszerrel kezelt beteg közül csupán 3 kapott a későbbiekben szélütést, s mindhárom a műtét csoportból került ki. Észlelésük tehát igazolni látszik az EC-IC Bypass Tanulmány végkövetkeztetését.

Az általunk vizsgált betegcsoportban az EC-IC bypass műtétet követően egyértelmű regionális agyi vérátáramlás-fokozódást a neurológiai tünetekért felelőssé tehető területeknek megfelelően még azokban az esetekben sem tudtunk igazolni, ahol a CT vizsgálat negatív eredményű volt. Mindezek az eredmények eddigi elképzeléseinkkel szemben arra engednek következtetni, hogy az EC-IC bypass műtét nem a regionális agyi vérátfolyás fokozása útján fejti

ki vélt hatását az occlusiv eredetű cerebrovasculáris megbetegedésekben.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönetet mondanak Szlávay László professzornak és Várallyai György főorvosnak, a CT vizsgálatok elvégzéséért, és a felvételek interpretálásában nyújtott segítségükért.

IRODALOM: 1. Ausman, J. I., Diaz, F. G.: Critique of the extracranial-intracranial bypass study. *Surg. Neurol.* 1986, 26, 218. — 2. Awad, I. A. és Spetzler, R. F.: Extracranial-intracranial bypass surgery: A critical analysis in light of the international cooperative study. *Neurosurgery.* 1986, 19, 655. — 3. Barnett, H. J. M., Peerless, S. J.: Collaborative EC-IC bypass study: The rationale and a progress report. In: Moosy, J., Reinmuth, O. M. eds. *Cerebrovascular Diseases.* Raven Press, New York 1976, 1. — 4. Barnett, H. J. M., Fox, A., Hachinski, V., és mtsai: Further conclusions from the extracranial-intracranial bypass trial. *Surg. Neurol.* 1986, 26, 227. — 5. Baron, J. C., Bousser, M. G., Comar, D. és mtsai: Crossed cerebellar diaschisis in human supratentorial brain infarction. *Trans. Am. Neurol. Assoc.* 1981, 105, 459. — 6. Baron, J. C., Bousser, M., Rey, A. és mtsai: Reversal of focal „misery-perfusion syndrome” by extracranial-intracranial arterial bypass in hemodynamic cerebral ischemia. A case study with 15—0 position emission tomography. *Stroke* 1981, 12, 454. — 7. Costa, D. L., Ell, P. J., Cullum, I. D., és mtsai: The in vivo distribution of 99mTc-HMPAO in normal man. *Nucl. Med. Commun.* 1986, 7, 647. — 8. Day, A. L., Rothson, A. L., Little, J. R.: The EC-IC bypass study. *Surg. Neurol.* 1986, 26, 222. — 9. Derlon, J. M., Bouvard, G., Hubert, P., és mtsai: Étude hémodynamique des lésions obstructives de l'artère carotide interne: intérêt de la mesure couplée du débit et du volume sanguins cérébraux régionaux. *Rev. Neurol. (Paris)* 1987, 143, 32. — 10. Donaghy, P.: Evaluation of extracranial-intracranial blood flow diversion. In: Austin, G. M., ed. *Microneurosurgical anastomoses for cerebral ischemia.* CC Thomas, Springfield, Ill. 1976, 256. — 11. Di Piero, V. D., Collice, M., Gerundini, P., és mtsai: Long-term evaluation of rCBF with I-123-HIPDM and SPECT in patients with EC-IC bypass. In: Schmidt, H. A. E., Ell, P. J., Britton, K. E. eds. *Nuklearmedizin.* F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York 1986, 209. — 12. *The EC/IC Bypass Study Group.* Failure of extracranial-intracranial arterial bypass to reduce the risk of ischemic stroke. Results of an international randomized trial. *N. Engl. J. Med.* 1985, 313, 1191. — 13. *The EC/IC Bypass Study Group.* The international cooperative study of extracranial/intracranial anastomosis (EC-IC bypass study): methodology and entry characteristics. *Stroke* 1985, 16, 397. — 14. Frackowiak, R. S. J.: Pathophysiology of human cerebral ischemia: Studies with positron tomography and 15-oxygen. In: Sokoloff, L. ed. *Brain imaging and brain function.* Raven Press, New York 1985, 139. — 15. Gibbs, J. M., Wise, R. J. S., Leenders, K. L., Jones, T.: Evaluation of cerebral perfusion reserve in patients with carotid-artery occlusion. *Lancet* 1984, 1, 310. — 16. Gibbs, R. J., Wise, R. J. S., Thomas, D. J., és mtsai: Cerebral haemodynamic changes after extracranial-intracranial bypass surgery. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1987, 50, 140. — 17. Goldring, S., Zervas, N., Langfitt, T.: The extracranial-intracranial bypass study. A report of the committee appointed by the American Association of Neurological Surgeons to examine the study. *N. Engl. J. Med.* 1987, 316, 817. — 18. Halsey, J. H. Jr., Morawetz, R. B., Blauenstein, U. W.: The hemodynamic effect of STA-MCA bypass. *Stroke* 1982, 13, 163. — 19. Higa, T., Tanaka, T., Ikekubo, K. és mtsai: SPECT with N-isopropyl-p iodoamphetamine in occlusive

cerebrovascular diseases. *Clin. Nucl. Med.* 1986, 12, 855. — 20. Holmes, R. A., Chaplin, S. B., Royston, K. G., és mtsai: Cerebral uptake and retention of 99mTc-hexamethyl propilenamie oxim (99mTc-HMPAO) *Nucl. Med. Commun.* 1985, 6, 443. — 21. Holman, L. B., Moretti, J. L., Hill, T. C.: Brain imaging with radiolabeled amines and other perfusion tracers. In: Gottschalk, A., Hoffer, P. B., Potchen, E. J. eds. *Diagnostic nuclear medicine.* Williams & Wilkins, Baltimore 1988, 899. — 22. Lassen, N. A.: Measurement of regional cerebral blood flow with single-photon-emitting radioisotopes. In: Sokoloff, L. ed. *Brain imaging and brain function.* Raven Press, New York 1985, 9. — 23. Leblanc, R., Tyler, J. L., Mohr, G. és mtsai: Hemodynamic and metabolic effects of cerebral revascularisation. *J. Neurosurg.* 1987, 66, 529. — 24. Mountz, J. M., Modell, J. G., Norman, L. és mtsai: Prognostication of recovery following stroke using the comparison of CT and technetium-99m HM-PAO SPECT. *J. Nucl. Med.* 1990, 31, 61. — 25. Mérei F. T., Bodosi M., Gács Gy. és mtsai: Az arteria temporalis superficialis és az arteria cerebri media anastomosisa az agyi keringési elégtelenség kezelésében. *Orv. Hetil.* 1974, 115, 963. — 26. Nyáry I., Deák Gy., Horváth M. és mtsai: Extra-intracranialis mikro-ér-anasztomózis szerepe az ischémiás cerebrovasculáris ictus megelőzésében. *Orv. Hetil.* 1987, 128, 403. — 27. Onesti, S. T., Solomon, R. A., Quest, D. O.: Cerebral revascularisation: A review. *Neurosurgery* 1989, 25, 618. — 28. Pávics L., Csernay L., Dóczi T. és mtsai: Regionális agyi vérátfolyás vizsgálata SPECT-tel (Klinikai tapasztalatok, lehetőségek) *Orv. Hetil.* 1990, 131, 3. — 29. Pávics, L., Dóczi, T., Bodosi, M., és mtsai: 99mTc-HMPAO SPECT-Untersuchungen des Gehirns bei Patienten mit okklusiver Erkrankung der internen Carotisarterie. *Med. nucl.* 1990, 2, 85. — 30. Pávics L., Kuba A., Csernay L.: A regionális agyi vérátfolyás vizsgálata SPECT-tel (Gondolatok egy új eljárás bevezetéséhez) *Magyar Radiológia* 1989, 63, 310. — 31. Podreka, I., Suess, E., Godlberg, G. és mtsai: Initial experience with technetium-99m HMPAO brain SPECT. *J. Nucl. Med.* 1987, 27, 1657. — 32. Powers, W. J., Grubb, R. L. Jr., Raichle, M. E.: EC-IC bypass in hemodynamic cerebrovascular disease (response) *J. Neurosurg.* 1989, 71, 465. — 33. Powers, W. J., Grubb, R. L. Jr., Raichle, M. E.: Clinical results of extracranial-intracranial bypass surgery in patients with haemodynamic cerebrovascular disease. *J. Neurosurg.* 1989, 70, 61. — 34. Powers, W. J., Martin, W. R., W., Herscovich, P. és mtsai: Extracranial-intracranial bypass surgery: Hemodynamic and metabolic effects. *Neurology* 1984, 34, 1168. — 35. Powers, W. J., Press, A. G., Grubb, R. L., és mtsai: The effect of hemodynamically significant carotid artery disease on the hemodynamic status of the cerebral circulation. *Ann. Intern. Med.* 1987, 106, 27. — 36. Relman, A. S.: The extracranial-intracranial arterial bypass study. What have we learned? *N. Engl. J. Med.* 1987, 316, 809. — 37. Samson, Y., Baron, J. C., Bousser, M. G. és mtsai: Effects of extra-intracranial arterial bypass on cerebral blood flow and oxygen metabolism in humans. *Stroke* 1985, 16, 609. — 38. Sundt, T. M., Jr.: Was the international randomised trial of extracranial-intracranial arterial bypass representative of the population at risk? *N. Engl. J. Med.* 1987, 316, 814. — 39. Vorstrup, S., Lassen, N. A., Henriksen, L., és mtsai: CBF before and after extracranial-intracranial bypass surgery in patients with ischemic cerebrovascular disease studied with 133 Xe-inhalation tomography. *Stroke* 1985, 16, 616. — 40. Warlow, C. P.: Extracranial to intracranial bypass and the prevention of stroke. *J. Neurol.* 1986, 233, 129. — 41. Yasargil, M. G. In.: Yasargil, M. G., ed. *Microsurgery applied to neurosurgery.* Georg Thieme, Stuttgart 1969, 105.

(Pávics László dr., Szeged, Pf. 469. 6701)

Jermendy György dr.,
Tóth Lajos dr.,*
Vörös Péter dr.,*
Király Magdolna dr.,**
Perényi József dr.,***
Kammerer László dr.*
és Pogátsa Gábor dr.****

A kardiorespiratorikus reflexkárosodás és a distalis típusú neuropathia összefüggésének vizsgálata autonóm neuropathia klinikai tüneteitől mentes cukorbetegekben

Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórháza,
Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Kárpáti Pál dr.)
Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet, II. Belgyógyászati Osztály*
(főorvos: Kammerer László dr.),
I. Idegosztály* *
(főorvos: Fazekas András dr.),
Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet, I. Neurológia***
(tanszékvezető: Halász Péter dr.)
Országos Kardiológiai Intézet, Kutatási Osztály****
(főorvos: Pogátsa Gábor dr.)

A szerzők az autonóm kardiális neuropathia előfordulását és distalis típusú, szimmetrikus polyneuropathiával való összefüggését vizsgálták autonóm neuropathia klinikai tüneteiben nem szenvedő felnőtt cukorbetegekben. A kardiorespiratorikus reflexkárosodást a parasympathicus funkciózavart jelző tesztek (mély be- és kilégzésre, Valsalva-mánőverre és felállásra bekövetkező szívfrekvencia-változás) eredménye alapján ítélték meg. A distalis típusú, szomatikus neuropathia vizsgálatakor a klinikai megítélésen túlmenően a nervus peroneus motoros vezetési sebességét határozták meg. A 64 cukorbeteg közül 28 esetben (44%) a kardiorespiratorikus reflexek kifejezett károsodását, 19 esetben (30%) a károsodás enyhe jeleit észlelték, míg 17 betegben (26%) a kardiorespiratorikus reflexek épek voltak. A kardiális autonóm neuropathia kifejezett jeleit mutató diabeteses csoport ($n = 28$) motoros vezetési sebességének értéke ($41,8 \pm 0,7$ m/s) számottevően ($p < 0,01$) kisebb volt, mint a kardiális autonóm neuropathia nélküli betegcsoport ($n = 17$) hasonló értéke ($45,8 \pm 1,1$ m/s). Ez utóbbi érték viszont szignifikánsan ($p < 0,001$) kisebb volt, mint a kontrollcsoport ($n = 50$) motoros vezetési sebességének értéke ($53,7 \pm 0,7$ m/s). Cukorbeteg jelentős hányadában az autonóm neuropathiát vizsgáló tesztek eredményei (a parasympathicus funkciózavart jelző kardiorespiratorikus reflexválaszok) már akkor kórosak lehetnek, amikor autonóm neuropathia klinikai jelei még nem mutatkoznak. Erre elsősorban azokban a betegekben kell számítani, akik distalis típusú szimmetrikus polyneuropathiában, vagy a diabetes egyéb idült, specifikus szövődményeiben, illetve azok együttes előfordulásában szenvednek.

Kulcsszavak: diabetes mellikus, autonóm kardiális neuropathia, diabeteses polyneuropathia, kardiorespiratorikus reflexek, motoros vezetési sebességmérés, diabetes mellitus krónikus szövődményei.

Impairment of cardiorespiratory reflexes and its association with distal somatic neuropathy in diabetic patients free from clinical symptoms of autonomic neuropathy. Signs of autonomic cardiac neuropathy and its association with distal symmetrical polyneuropathy were investigated in adult diabetic patients free from clinical symptoms of autonomic neuropathy. Cardiorespiratory reflexes were assessed by non-invasive tests (deep-breathing, Valsalva manoeuvre and lying-to-standing) evaluating parasympathetic function of cardiac innervation. Measurement of motor nerve conduction velocity in both peroneal nerves and neurological physical examination were carried out for assessment of distal somatic neuropathy. Among 64 diabetics, definitive signs of cardiac autonomic neuropathy were found in 28 patients (44%), early signs of cardiac autonomic neuropathy were observed in 19 patients (30%) while no alterations were documented in 17 patients (26%). The values of motor nerve conduction velocity in peroneal nerves ($41,8 \pm 0,7$ m/s) were significantly ($p < 0,01$) lower in patients with definitive cardiac autonomic neuropathy ($n = 28$) than those ($45,8 \pm 1,1$ m/s) of patients without any signs of cardiac autonomic neuropathy ($n = 17$). These latter values were, however, significantly ($p < 0,001$) lower than those ($53,7 \pm 0,7$ m/s) of control subjects ($n = 50$). Abnormal results of non-invasive tests for autonomic neuropathy, i. e. alterations of cardiorespiratory reflexes indicating parasympathetic impairment in cardiac innervation could be often found in diabetics without clinical signs of autonomic neuropathy. These alterations could be frequently observed in diabetics with distal symmetrical neuropathy as well as in diabetic patients with one or more late specific complications.

Cukorbetegség szív-működési zavarának hátterében több tényező állhat. A coronariasclerosistól és a diabetes okozta szekunder szívizomkárosodástól eltekintve funkcionális következménye lehet a szív parasympathicus és sympathicus beidegzési zavarának is. Az innerváció zavara a diabeteses autonóm neuropathia (AN) egyik jeleként a kardiorespiratorikus reflexek károsodásában nyilvánulhat meg (9, 16).

A légzés és a szív-működés összefüggése jól ismert élettani adat. A kardiorespiratorikus reflexek vizsgálatára könnyen kivitelezhető módszerek terjedtek el napjainkban, melyekkel cukorbetegségben az AN jelenlétére, illetve annak súlyosságára lehet következtetni. A mély be- és kilégzésre, Valsalva-manőverre, illetve felállásra bekövetkező szívfrekvencia-változás regisztrálásával elsősorban a parasympathicus (vagus) beidegzés károsodását ítéldhetjük meg, míg a felállásra és tartós kézizomfeszítésre (sustained handgrip) bekövetkező vérnyomás-változás mérésével a sympathicus idegrendszer zavara regisztrálható (8, 9). Korábbi adatok azt jelzik, hogy cukorbetegségben a parasympathicus károsodás megelőzi a sympathicus idegrendszer sérülését (3, 7, 8). Követéses vizsgálat igazolta azt, hogy a káros kardiorespiratorikus reflexválasz megelőzheti az AN okozta tünetek kialakulását diabetes mellitusban (41).

A distalis típusú neuropathia az egyik leggyakrabban kimutatható szomatikus idegrendszeri szövődmény diabetes mellitusban. Jellemző megjelenési formája az alsó végtagokon észlelhető szimmetrikus polyneuropathia (1). E szövődmény az ideggyógyászati fizikális vizsgálaton túlmenően az egyes idegek vezetési sebességének mérésével mutatható ki (25).

A diabetes mellitus specifikus szövődményeinek esetleges együttes megjelenésével számos tanulmány foglalkozik (22). A neuropathia diabetica kórképén belül azonban kérdés az, hogy van-e összefüggés az AN (kis átmérőjű, myelinhüvellyel nem rendelkező idegrostok károsodása) és a distalis típusú szomatikus neuropathia (nagy átmérőjű, myelin hüvellyel bíró idegrostok érintettsége) között. Több közlemény foglalkozott e problémával neuropathiában szenvedő cukorbetegség esetén (5, 28, 34, 40, 43, 49), kevesen (38, 39) vizsgálták e kérdést olyan cukorbetegségben, akikben az AN klinikai jelei nem voltak észlelhetők.

Tanulmányunk során AN klinikai tüneteitől mentes cukorbetegség vizsgálatával arra kerestünk választ, hogy e betegcsoportban milyen gyakran fordul elő a kardiorespiratorikus reflexek károsodása, s igazolható-e összefüggés a kardiális AN és a distalis típusú szomatikus neuropathia között. Az AN-t a kardiorespiratorikus reflexkárosodás mértékével ítéldhetjük meg, a distalis polyneuropathia vizsgálatkor a klinikai megítélésen túlmenően a nervus peroneus motoros vezetési sebességét határoztuk meg.

Betegek és módszer

64 felnőtt cukorbeteg (36 férfi, 28 nő) vizsgáltunk. A betegek életkora 21 és 72 év között volt, diabetes-tartamuk 1 és 32 év között változott. 36 beteg 1. típusú diabetesben szenvedett és inzulin kezelésben részesült. 28 beteg diabetes 2. típusú volt

minősíthető (19 beteg orális antidiabetikus kezelésben részesült, 9 beteg „Spätersager“-nek volt tartható, s inzulint kapott).

Minden beteg sinus ritmusban volt. Szívelégtelenség, vagy tüdőbetegség klinikai és röntgenjeleit a betegekben nem észleltük. Alkoholt rendszeresen fogyasztó egyént nem vizsgáltunk. A tanulmányba nem vontunk be veseelégtelenség jelét (szérumban kreatinin $>210 \mu\text{mol/l}$) mutató nephropathiás cukorbeteg. A betegek a vizsgálat előtti legalább 48 órás periódusban nem szedtek olyan gyógyszert, amelynek szívfrekvenciát, vagy vegetatív idegrendszert befolyásoló hatása ismert. Idegrendszeri megbetegedésben, vagy a vizsgálatokat potenciálisan befolyásoló kórképben (35) szenvedő beteget nem vizsgáltunk. A betegek körlelményi adatai között külön figyelmet fordítottunk az AN okozta esetleges panaszokra (hasmenés, gastroparesis klinikai jelei, orthostatikus hypotonia, vizelési zavarok, izzadási rendellenesség, impotencia, ejakulációs zavarok), s a vizsgálatba csak azokat a betegeket vontuk be, akik AN klinikai tüneteitől mentesek voltak.

Kontrollként 15 egyént (13 férfi, 2 nő, életkoruk 32 és 66 év között) vizsgáltunk. A kontroll egyének éhgyomri vércukor értéke normális volt, vizeletben cukrot nem ürítettek, s glikohemoglobin értékük is normális tartományba esett.

A kardiorespiratorikus reflexek vizsgálatát a délelőtti órákban, inzulin beadását, vagy orális antidiabetikum bevitelét és reggeli elfogyasztását követően az irodalomban elfogadott módszer és értékelési kritérium (8) szerint végeztük. Folyamatos EKG regisztrálás mellett először a nyugalmi szívfrekvenciát állapítottuk meg, majd a mély be- és kilégzésre történő frekvencia-változást (deep breathing test) regisztráltuk. Ezt követően Valsalva-manőver során a Valsalva-hányadost, végül felállás kapcsán a 30 : 15 hányadost állapítottuk meg. A kardiorespiratorikus reflexkárosodás súlyosságát pontozási rendszerrel értékeltük. 0 pontot jelentett bármely teszt (mély be- és kilégzés, Valsalva-manőver, felállás) normális eredménye, 1 pontnak számított a teszt határértéke, míg 2 pontot ért, ha a teszt káros eredményű volt. A három teszt pontértékét összesítve kardiális AN nélkülinek számított a 0–1 pontot elért egyén, kardiális AN enyhe jeleivel rendelkezőnek minősült a 2–3 pontot kapott beteg, míg kardiális AN kifejezett jeleivel rendelkezőnek felelt meg a 4–6 pontot elért beteg. A reflexkárosodás jelenlétét és súlyosságát azonos orvos ítélte meg anélkül, hogy az EMG vizsgálat eredményét ismerte volna.

A nervus peroneus motoros vezetési sebességének mérésekor Medcor EMG 440 típusú myographot használtunk. Ideg ingerlésre felületi ingerlő elektródát (Medcor), a kiváltott motoros válasz regisztrálására koncentrikus tűelektródát, illetve idegről történt elvezetés esetén felületi elvezető elektródát (Medcor) használtunk. A vizsgálatot mindkét alsó végtagon elvégeztük, az adatok értékelésekor a két oldalon mért érték átlagát használtuk. Elektrofiziológiai laboratóriumunkban mért normális érték 50 felnőtt egyén (32 férfi, 18 nő; életkoruk 26 és 65 év között, átlag 48,3 év) vizsgálatára alapján 53,68 m/s, (SD: 4,75 m/s) volt. A distalis típusú szomatikus neuropathia kóriméjét az EMG lelete alapján állapítottuk meg akkor, ha a betegek nervus peroneus motoros vezetési sebességének értéke a kontroll egyénekben mért átlag — $2 \times \text{SD}$ értékénél (44,18 m/s) kisebbnek bizonyult. Az EMG vizsgálatot azonos orvos végezte úgy, hogy a kardiorespiratorikus reflexkárosodást kimutató vizsgálat eredményét nem ismerte.

A klinikai neurológiai vizsgálatot hagyományos módon (reflexek, motorium, érzőköri vizsgálata), minden esetben azonos neurológus végezte úgy, hogy az elektrofiziológiai vizsgálat eredménye előtte ismeretlen volt. Ha a klinikai minősítés és az elektrofiziológiai vizsgálat a distalis típusú polyneuropathia megítélésében egymástól eltért, akkor a betegek besorolásakor az EMG lelet eredményét tekintettük mérvadónak.

A retinopathia diabetica diagnózisát fundus vizsgálattal szemész szakorvos állapította meg. Nephropathia diabetica kóriméjét akkor állapítottuk meg, ha a vizeletben a napi fehérjeürítés meghaladta a 0,4 g értéket (46). A glikohemoglobin értékét kolorimetriás úton mértük (12). A szérumban kreatinin és a vércukor meghatározás rutin laboratóriumi módszerrel történt.

nitromint[®] · retard



NITROMINT®-retard

2,6 mg tabletta
koszorúér-tágító

A Nitromint-retard tabletta nyújtott hatású, a gastrointestinalis tractusból gyorsan és egyenletesen felszívódó nitroglicerín készítmény.

6–8 órát meghaladó hatástartama tartós szedés esetén alkalmassá teszi anginás roham megelőzésére, illetve a roham súlyosságának csökkentésére, a kardiális decompensatio kiegészítő kezelésére. Növeli az anginás beteg toleranciáját, átmeneti sublingualis Nitromint szükségletét.

Hatóanyag: 2,6 mg nitroglycerinum tablettánként.

Javallatok: Angina pectoris megelőzése és kezelése, digitális- és diuretikumkezelésre refrakter kardiális decompensációban kiegészítő kezelés.

Akut angina pectoris roham kezelésére nem alkalmas.

Ellenjavallatok: Emelkedett koponyaűri nyomás, glaukóma, súlyos anémia, ismert nitroglicerintolerancia.

Adagolás: Egyéni beállítást igényel, a beteg nitroglicerinerzékenységétől a betegség súlyosságától, a mellékhatások jelentkezésétől függően.

A tablettákat egészben kell lenyelni. Kezdő adagja általában naponta 3-szor 1 tabletta étkezés előtt.

Az adag szükség esetén fokozatosan napi 3-szor 2 tablettára, illetve 3-szor 3 tablettára emelhető. A kedvező terápiás hatás elérése esetén az adag csökkenthető napi 2 (reggel este 1–1) tablettára.

Mellékhatások: Fejfájás, szédülés, gyengeségérzés, enyhe gasztrointesztinális tünetek, ezek az adag csökkentésére elmúlnak, a kezelés megszakítását általában nem teszik szükségessé.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható: antihipertenzívumokkal, major trankvillánsokkal, triciklikus antidepresszánsokkal (vérnyomáscsökkenés léphet fel).

Figyelmeztetés: Alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

Megjegyzés: ✖✖ Csak vényre adható ki egyszeri alkalmakkal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés, (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 60 tabletta



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



Adataink statisztikai értékelésekor a Student-féle kétmintás t-próbát és a chi négyzet próbát használtuk. Az átlagérték mellett a középérték hibáját (SEM) tüntetjük fel.

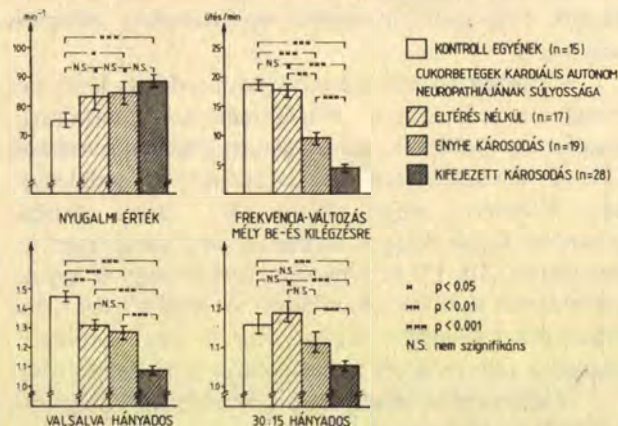
Eredmények

A 64 cukorbeteg közül 28 esetben (44%) a kardiorespiratorikus reflexek kifejezett károsodását, 19 esetben (30%) a károsodás enyhe jeleit észleltük, míg 17 betegben (26%) a kardiorespiratorikus reflexek épek voltak.

A kardiális AN súlyossága szerint csoportosított betegek életkora nem tért el számottevően a kontroll egyének életkorától. Az életkor vonatkozásában a cukorbeteg egyes csoportjai között sem volt szignifikáns különbség. A cukorbetegség tartama az egyes betegcsoportokban értékelhető különbséget nem mutatott. Az egyes csoportok szérum kreatinin értéke érdemben nem különbözött. A glikohemoglobin értéke a cukorbeteg egyes csoportjaiban szignifikánsan nagyobb volt, mint a kontroll csoport hasonló értéke, de a kardiális AN súlyossága szerinti betegcsoportok glikohemoglobin értéke között számottevő különbség nem mutatkozott (1. táblázat).

Az egyes betegcsoportok és a kontroll egyének nyugalmi szívfrekvenciáját, annak mély be- és kilégzésre történő változását, a Valsalva-hányados és a 30 : 15 hányados alakulását az 1. ábra szemlélteti.

A cukorbeteg nervus peroneusában mért motoros vezetési sebesség értéke számottevően kisebb volt, mint a kontroll egyének hasonló értéke. A cukorbeteg csoportjain belül az AN kifejezett jeleit mutató csoport motoros

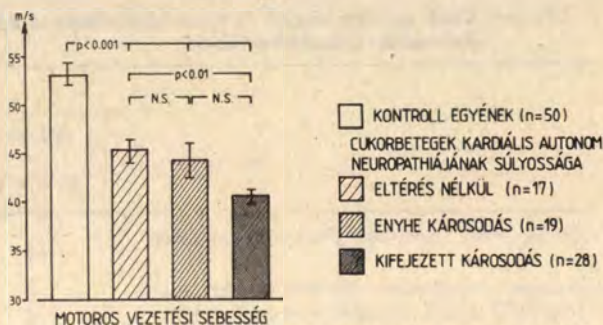


1. ábra: A nyugalmi szívfrekvencia és a kardiorespiratorikus reflexkárosodás alakulása cukorbetegben ($x \pm \text{SEM}$)

1. táblázat: A kontroll egyének és az autonóm neuropathia (AN) súlyossága szerint csoportosított cukorbeteg klinikai és laboratóriumi adatai ($x \pm \text{SEM}$)

	Kontroll egyének	Cukorbeteg		
	(n = 15)	AN nélkül (n = 17)	AN enyhe jeleivel (n = 19)	AN kifejezett jeleivel (n = 28)
Életkor (év)	49,7 $\pm$ 2,5	46,5 $\pm$ 2,4	47,5 $\pm$ 2,8	51,9 $\pm$ 1,9
Diabetes-tartam (év)	—	14,2 $\pm$ 2,3	12,2 $\pm$ 1,9	15,3 $\pm$ 1,6
Szérum kreatinin ($\mu\text{mol/l}$)	84,1 $\pm$ 4,2	77,5 $\pm$ 4,5	76,7 $\pm$ 3,7	93,9 $\pm$ 8,3
Glikohemoglobin (%)	4,9 $\pm$ 0,2*	7,4 $\pm$ 0,4	7,4 $\pm$ 0,4	7,3 $\pm$ 0,3

* $p < 0,001$ a cukorbeteg csoportjaihoz képest



2. ábra: A nervus peroneus motoros vezetési sebességének alakulása a kardiális autonóm neuropathia súlyossága szerint csoportosított cukorbetegben ($x \pm \text{SEM}$)

vezetési sebességének értéke számottevően kisebb volt, mint az AN nélküli cukorbeteg hasonló értéke (2. ábra).

Az EMG lelete és az AN-t jelző tesztek értéke 44 betegben (69%) azonos módon kóros (31 beteg), illetve normális (13 beteg) volt, míg 20 betegben (31%) a vizsgálati leletek e vonatkozásban egymástól eltértek (16 betegben az EMG lelete normális és a tesztek eredménye kóros, illetve 4 betegben az EMG lelete kóros és a tesztek eredménye normális volt).

Az EMG kóros lelete alapján perifériás neuropathiában szenvedő 35 beteg közül 31 betegben (89%) lehetett kardiorespiratorikus reflexkárosodást igazolni (23 esetben kifejezett, 8 betegben enyhe károsodás jelei voltak észlelhetők).

Az EMG lelete és a neurológiai vizsgálat alapján történt klinikai minősítés 48 betegben (75%) egybeesett, 16 betegben (25%) azonban azok egymástól eltérőek voltak (9 betegben az EMG lelete kóros volt, a klinikai vizsgálat viszont distalis polyneuropathiára utaló jelet nem talált, míg 7 betegben az EMG lelete normális volt, de a klinikai vizsgálat distalis polyneuropathiát jelzett).

A diabetes mellitus valamely késői szövődményében (retino-, nephro-, vagy neuropathia) szenvedő betegek száma az AN kifejezett jeleit mutató betegek csoportjában volt a legnagyobb. Retino-, nephro- és neuropathia együttes előfordulásában (diabeteses triopathia) szenvedő beteg az AN kifejezett jeleit mutató csoportban fordult elő a legnagyobb számban. Kóros EMG lelettel rendelkező beteg szintén a kardiális AN kifejezett jeleit mutató csoportban fordult elő leggyakrabban. Az egyes betegcsoportokban az antidiabetikus kezelés vonatkozásában értékelhető különbség nem volt (2. táblázat).

2. táblázat: Késői szövödmények és az antidiabetikus terápia megoszlása az autonóm neuropathia (AN) súlyossága szerint csoportosított cukorbetegekben

	Cukorbeteg			Szignifikancia		
	1. AN nélkül (n = 17)	2. AN enyhe jeleivel (n = 19)	3. AN kifejezett jeleivel (n = 28)	1—2	2—3 p értéke	1—3
Valamely késői szövödményben szenvedő betegek száma	10	13	26	NS	<0,05	<0,01
Diabeteses triopathiában szenvedő betegek száma	2	1	10	NS	<0,05	NS
Kóros EMG lelettel rendelkező betegek száma	4	8	23	NS	<0,01	<0,001
Antidiabetikus kezelés (orális/inzulin)	5/12	5/14	9/19	NS	NS	NS

NS = nem szignifikáns

Megbeszélés

Az AN klinikai tüneteiben nem szenvedő cukorbeteg 30%-ában enyhe, 44%-ában kifejezett kardiorepiratorikus reflexkárosodást igazoltunk. Ez az adat arra utal, hogy az AN-t vizsgáló tesztek eredménye a cukorbeteg jelentős hányadában már akkor kóros lehet, amikor AN klinikai jelei még nem mutatkoznak. Ez igaz akkor is, ha csak a kifejezett eltérést mutatók arányát vesszük figyelembe, tekintettel arra, hogy az enyhe károsodás (határértékű teszteredmény) jelentőségének megítélése nem egyöntetű (8). A cukorbeteg kardiorepiratorikus reflexkárosodásának gyakoriságáról beszámoló közlemények egymástól eltérő adatokat tartalmaznak, melynek oka a vizsgált betegcsoportok különbözősége lehet. Nem válogatott diabeteses csoportban kóros parasymphicus funkciót jelző eltérést a betegek 70–80%-ában is találtak (15, 23), mások (4, 11, 31, 50) ennél jelentősen alacsonyabb, 16–38% körüli előfordulási arányról tudósítanak. Az AN klinikai tüneteiben nem szenvedő cukorbeteg vizsgálatával más szerzők (27, 29, 32, 38, 39, 40) is — jelenlegi eredményünkkel egyhangzóan — azt találták, hogy e betegek jelentős hányadában kóros reflexválasz mutatható ki.

A kardiorepiratorikus reflexkárosodás elsősorban azokban a cukorbetegben volt észlelhető, akik distalis típusú polyneuropathiaiban is szenvedtek. Ez arra utal, hogy az autonóm és a szomatikus idegrendszer károsodása a cukorbeteg döntő többségében együtt fordul elő, s csak a betegek kisebbik hányadában lehet arra számítani, hogy az AN és a distalis típusú polyneuropathia egymástól függetlenül jelentkezik. Hasonló következtetésre jutottak más szerzők is a polyneuropathia klinikai megítélése (38, 39), illetve a perifériás idegek vezetési sebességének mérésével tett megfigyeléseik alapján (5, 50). Következtetésünk értékelésekor azonban figyelembe kell venni azt, hogy a perifériás szomatikus idegrendszer károsodását a proximális, visceralis autonóm idegrendszer érintettségével vetettük egybe. Az összefüggés tanulmányozásakor helyesebb lett volna az autonóm idegrendszer perifériás szakaszának vizsgálata, azonban az azt lehetővé tévő módszerek nehezebben kivitelezhetőek és bizonytalanul mérhetőek (36).

A kardiorepiratorikus reflexek az életkor előrehaladtával rigidebbé válnak (28, 37, 47), s a szerzők többsége (37, 47, 49) egyetért abban, hogy a tesztek értékelésekor az életkorra tekintettel kell lenni, illetve csak az életkor szerint illesztett csoportok hasonlíthatók össze. Az általunk vizsgált kontroll- és betegcsoport megfelelt e kritériumnak.

Az AN-t általában késői diabeteses szövödménynek tekintik (9). Ennek a ténynek megfelel a kóros reflexválaszt mutató betegcsoport diabetes-tartama. Meg kell azonban említeni azt is, hogy a reflexkárosodás nélküli betegcsoport diabetes-tartama érdemben nem különbözött az enyhe, vagy kifejezett károsodást mutató betegcsoport diabetes-tartamától. Így vizsgálataink során a reflexkárosodás és a diabetes-tartam között — más szerzőkhöz (16, 34, 50) hasonlóan — összefüggést nem tudtunk igazolni. Említésre érdemes, hogy a cukorbetegség felismerésével egyidőben észlelt kardiális AN-ról is beszámoltak (13, 24, 33), így a betegség tartam és a kardiális AN közötti összefüggés (31) nem tekinthető egyértelműen eldöntött ténynek.

A kardiorepiratorikus reflexkárosodás és a kb. két hónapra terjedő átlagos anyagcserehelyzet között összefüggést nem találtunk. Ez az adat megfelel más szerzők (16, 42) keresztmetszeti vizsgálat során nyert eredményének. Követéses megfigyelések (48), illetve inzulinpumpával kezelt betegek ismételt vizsgálatával nyert tapasztalatok (10, 17) viszont arra utalnak, hogy az anyagcserehelyzet javulását a kardiális AN-t jelző tesztek kóros értékeinek csökkenése kíséri, tehát a közel-normoglykaemiára való törekvés e szempontból is kívánatos (44).

A kóros reflexválaszt mutató betegcsoport nyugalmi szívfrekvenciája számottevően nagyobb volt, mint a kontrollcsoport, illetve a reflexkárosodás nélküli betegcsoport értéke. Ismert, hogy a szív parasymphicus beidegzésének károsodásakor a szívfrekvencia emelkedik, az esetleg társuló sympathicus idegrendszeri érintettség viszont a frekvenciát valamelyest csökkenti (3, 7, 21). Teljesen denervált szív esetén tartós tachycardia észlelhető (26). Betegcsoportunk nyugalmi szívfrekvenciájának alakulása alátámasztja azt, hogy a kóros reflexválaszt mutató betegek elsősorban parasymphicus beidegzési zavarban szenvedtek.

A distalis típusú, szomatikus neuropathia megállapításakor az EMG vizsgálat alapján történt besorolás a betegek 75%-ában egybeesett a klinikai vizsgálat alapján tör-

tént megítéléssel. A betegek 25%-ában észlelt eltérés magyarázata az lehet, hogy a nervus peroneuson kívül más ideg motoros vezetési sebességét, illetve érző ideg vezetési sebességét nem mértük. A klinikai diagnózis viszont nemcsak a nervus peroneus motoros működésének vizsgálatán, hanem a motorium és az érzőkör együttes megítélésén alapult. Ennek ellenére a betegek besorolásakor a nervus peroneus motoros vezetési sebességének értékét vettük alapul, mert annak vizsgálata szubjektív tényezőkkel kevésbé terhelt, s mérése az irodalomban általánosan elfogadott objektív módszer — más idegek vezetési sebességének méréséhez hasonlóan — a cukorbeteg perifériás típusú neuropathiás szövödményeinek vizsgálatakor (25).

A kardiális AN klinikailag jelentős következményekkel járhat cukorbetegben. A bal kamra systolés és diastolés funkciózavara összefüggésben lehet a kardiális AN jelenlétével (18, 19). Cukorbetegben gyakoribb a tünetmentes myocardialis infarctus, ennek hátterében szintén AN állhat (30). Kardiális AN-ban szenvedő cukorbetegben a QT távolság megnyúlása észlelhető (20), s ezen eltérés váratlan ritmuszavar, illetve hirtelen halál egyik oka lehet. Cukorbeteg narcosis során keringés- és légzésleállást, egyes esetekben hirtelen halált észleltek, s e szövödmények kialakulásában a kardiális AN-nak tulajdonítanak szerepet (14, 45). Diabeteses AN kifejezett tünetei esetén a prognózis rossz (2, 6, 8), bár ebben az AN okozta funkciózavarokon túlmenően a diabetes egyéb társuló szövödményei is szerepet játszanak.

A kardiorespiratorikus reflexek vizsgálata azért jelentős, mert egyrészt ezzel a módszerrel az autonóm idegrendszer funkciózavarát diabetes mellitusban könnyen és számszerűen meg lehet ítélni, másrészt e vizsgálattal felismerhetők azok a cukorbeteg, akik stressz-szituációkban (műtét, narcosis) a nem kívánt következmények elkerülése érdekében fokozott gondoskodást igényelnek.

Köszönetnyilvánítás: A glikohemoglobin meghatározást Szelényi Judit dr. végezte, szíves fáradozását ezúton is köszönjük.

IRODALOM: 1. *Bekény Gy.*: Diabeteses neuropathiák. In: Diabetes mellitus (szerk.: Magyar I., Tamás Gy.), Medicina, Budapest 1979. 295. o. — 2. *Clarke, B. F., Ewing, D. J.*: Cardiovascular reflex tests in the natural history of diabetic autonomic neuropathy. *N. Y. State J. Med.* 1982, 82, 903. — 3. *Clarke, B. F., Ewing, D. J.*: Resting heart rate and diabetic autonomic neuropathy. *N. Y. State J. Med.* 1982, 82, 908. — 4. *Dyrberg, T. és mtsai*: Prevalence of diabetic autonomic neuropathy measured by simple bedside tests. *Diabetologia* 1981, 20, 190. — 5. *Ewing, D. J. és mtsai*: Peripheral motor nerve function in diabetic autonomic neuropathy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1976, 39, 453. — 6. *Ewing, D. J., Campbell, I. W., Clarke, B. F.*: Assessment of cardiovascular effects in diabetic autonomic neuropathy and prognostic implications. *Ann. Intern. Med.* 1980, 92, 308. — 7. *Ewing, D. J., Campbell, I. W., Clarke, B. F.*: Heart rate changes in diabetes mellitus. *Lancet* 1981, 1, 183. — 8. *Ewing, D. J., Clarke, B. F.*: Diagnosis and management of diabetic autonomic neuropathy. *Br. Med. J.* 1981, 285, 916. — 9. *Ewing, D. J. és mtsai*: The value of cardiovascular autonomic function tests: 10 years experience in diabetes. *Diabetes Care* 1985, 8, 491. — 10. *Fedele, D. és mtsai*: Influence of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) treatment of diabetic somatic and autonomic neuropathy. *J. Endocrinol. Invest.* 1984, 7, 623. — 11. *Fernandez-Castaner, M. és mtsai*: Assessment of cardiovascular tests in di-

agnosis of diabetic autonomic neuropathy. *Diabet. Metabol.* 1983, 9, 264. — 12. *Flückiger, R., Winterhalter, K. H.*: In vitro synthesis of hemoglobin A_{1c}. *FEBS Lett.* 1976, 71, 356. — 13. *Fraser, D. M. és mtsai*: Peripheral and autonomic nerve function in newly diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes* 1977, 26, 546. — 14. *Garcia-Bunuel, L.*: Cardiorespiratory arrest in diabetic autonomic neuropathy. *Lancet* 1978, 1, 935. — 15. *Glück, Z. és mtsai*: Evaluation of autonomic neuropathy in diabetes mellitus. *Klin. Wochenschr.* 1979, 57, 457. — 16. *Halmos T., Pováczay É., Suba I.*: A kardiorespiratorikus reflex károsodása mint az autonóm neuropátia részjelensége diabetes mellitusban. *Orv. Hetilap* 1983, 124, 263. — 17. *Jakobsen, J. és mtsai*: Autonomic and somatosensory nerve function after 2 years of continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetes. *Diabetes* 1988, 37, 452. — 18. *Kahn, J. K. és mtsai*: Decreased exercise heart rate and blood pressure response in diabetic subjects with cardiac autonomic neuropathy. *Diabetes Care* 1986, 9, 389. — 19. *Kahn, J. K. és mtsai*: Radionuclide assessment of left ventricular diastolic filling in diabetes mellitus with and without cardiac autonomic neuropathy. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1986, 7, 1303. — 20. *Kahn, J. K., Sisson, J. C., Vinik, A. I.*: QT interval prolongation and sudden cardiac death in diabetic autonomic neuropathy. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1987, 64, 751. — 21. *Káldor A. és mtsai*: Az intrinsec szívfrekvencia vizsgálata diabetes neuropathiában. *Orv. Hetilap* 1977, 118, 739. — 22. *Kammerer L.*: A diabetes mellitus chronicus szövödményeiről (előfordulás, progressio, pathogenesis). Doktori értekezés, Budapest, 1984. — 23. *Kempler P. és mtsai*: Autonóm „cardiopathia” vizsgálata diabetes mellitusban. *Orv. Hetilap* 1984, 125, 3219. — 24. *Kempler P. és mtsai*: Cardiovascularis autonóm neuropathia vizsgálata frissen felfedezett diabetes mellitusban. *Magyar Belorv. Arch.* 1988, 41, 247. — 25. *Lawrence, D. G., Locke, S.*: Motor nerve conduction velocity in diabetes. *Arch. Neurol.* 1961, 5, 483. — 26. *Lloyd-Mostyn, R. H., Watkins, P. J.*: Defective innervation of heart in diabetic autonomic neuropathy. *Br. Med. J.* 1975, 3, 15. — 27. *Mackay, J. D. és mtsai*: Diabetic autonomic neuropathy. The diagnostic value of heart rate monitoring. *Diabetologia* 1980, 18, 471. — 28. *Masaoka, S. és mtsai*: Heart rate variability in diabetes: relationship to age and duration of the disease. *Diabetes Care* 1985, 8, 64. — 29. *Murray, A. és mtsai*: RR interval variations in young male diabetics. *Br. Heart J.* 1975, 37, 882. — 30. *Niakan, E. és mtsai*: Silent myocardial infarction and diabetic cardiovascular autonomic neuropathy. *Arch. Intern. Med.* 1986, 146, 2229. — 31. *O'Brien, I. A. D. és mtsai*: The prevalence of autonomic neuropathy in insulin-dependent diabetes mellitus: a controlled study based on heart rate variability. *Q. J. Med. New Series* 1986, 61, 957. — 32. *Pfeifer, M. A. és mtsai*: Quantitative evaluation of cardiac parasympathetic activity in normal and diabetic man. *Diabetes* 1982, 31, 339. — 33. *Pfeifer, M. A. és mtsai*: Autonomic neural dysfunction in recently diagnosed diabetic subjects. *Diabetes Care* 1984, 7, 447. — 34. *Pfeifer, M. A. és mtsai*: Correlations among autonomic, sensory, and motor neural function tests in untreated non-insulin-dependent diabetic individuals. *Diabetes Care* 1985, 8, 576. — 35. *Runge, M., Kühnau, J.*: Die autonome kardiale Neuropathie. *Dtsch. med. Wschr.* 1983, 108, 109. — 36. *Ryder, R. E. J. és mtsai*: Acetylcholine sweatpot test for autonomic denervation. *Lancet* 1988, 1, 1303. — 37. *Smith, S. A.*: Reduced sinus arrhythmia in diabetic autonomic neuropathy: diagnostic value of an age-related normal range. *Br. Med. J.* 1982, 285, 1599. — 38. *Sundkvist, G., Almér, L.-O., Lilja, B.*: Respiratory influence on heart rate in diabetes mellitus. *Br. Med. J.* 1979, 1, 924. — 39. *Sundkvist, G.*: Autonomic nervous function in asymptomatic diabetic patients with signs of peripheral neuropathy. *Diabetes Care* 1981, 4, 529. — 40. *Sundkvist, G., Lilja, B., Almér, L.-O.*: Deep breathing, Valsalva, and tilt table tests in diabetics with and without symptoms of autonomic neuropathy. *Acta Med. Scand.* 1982, 211, 369. — 41. *Sundkvist, G., Lilja, B.*: Autonomic neuropathy in diabetes mellitus: a follow-up study. *Diabetes Care* 1985, 8, 129. — 42. *Sundkvist, G. és mtsai*: Autonomic and peripheral nerve function in early diabetic neuropathy. *Acta Med. Scand.* 1987, 221, 445. — 43. *Tackmann, W. és mtsai*: Autonomic disturbance in relation to

sensorimotor peripheral neuropathy in diabetes mellitus. J. Neurol. 1981, 224, 273. — 44. Troni, W. és mtsai: Peripheral nerve function and metabolic control in diabetes mellitus. Ann. Neurol. 1984, 16, 178. — 45. Väisrub, S.: Cardiorespiratory arrest in diabetic autonomic neuropathy. JAMA 1978, 240, 1754. — 46. Vörös P. és mtsai: A proteinuria vizsgálata cukorbetegekben. Orv. Hetilap 1985, 126, 2327. — 47. Wieling, W. és mtsai: Reflex control of heart rate in normal subjects in relation to age: a data base for cardiac vagal neuropathy. Diabetologia 1982, 22, 163. — 48. Yeng-Chun Chen és mtsai: Relationship between the R—R in-

terval variation and metabolic states of diabetes. Diabetes Res. Clin. Pract. 1985, 1, 139. — 49. Young, R. J. és mtsai: Variable relationship between peripheral somatic and autonomic neuropathy in patients with different syndromes of diabetic polyneuropathy. Diabetes 1986, 35, 192. — 50. Ziegler, D. és mtsai: Peripheral and autonomic nerve function in long-term insulin-dependent diabetes. Diabetes Res. 1987, 4, 9.

(Jermendy György dr., Budapest, Gyáli út 17—19. 1097)

Cavinton® tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 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 emlékeztetése, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására. Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog. Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT: Terhesség.

ADAGOLÁS: Naponta 3×1—2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

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

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

KLION kenőcs

T 100 — Antiinfectiosa topica

TARTALOM:

Tubusonként (20 g) 1 g metronidazol benzoicumot és 0,02 g triclosanumot tartalmaz.

HATÁS:

A mikrobiológiai vizsgálatok alapján a metronidazol lokálisan alkalmazva baktericid hatást fejt ki az anaerob törzsekre (B. fragilis, Clostridiumok és anaerob Streptococcusok stb.). A triclosan antiszeptikum, ami kiszélesíti a metronidazol helyi antibakteriális hatásspektrumát.

JAVALLAT:

Metronidazolra érzékeny baktériumok jelenléte esetén a váladékozó *ulcus cruris* kiegészítő antibakteriális lokális kezelése.

ALKALMAZÁS:

A napi kötésváltáskor sebtoilette után az ulcusra kell kenni a Klion kenőcsöt és steril gézlappal befedni: Ha a gézlappal az ulcusra szárad, másnap Neomagnolos áztatással kell eltávolítani. A kezelést az ulcus feltisztulásáig kell folytatni.

KOMBINÁLT KEZELÉS:

A Klion kenőcs alkalmazásával egyidejűleg szisztémás keringésjavító készítmények adása javasolt.

ELLENJAVALLAT:

Égési sérülés. A készítmény bármely komponensével szembeni túlérzékenység. Metronidazol és/vagy triclosan rezisztens törzsek elszaporodása a sebfelszínen. Száraz, alig váladékozó ulcusoknál hatástalan.

MELLÉKHATÁS:

A készítmény bármely komponensével szembeni túlérzékenység előfordulhat. A kenőcs alkalmazásakor fájdalom és csípős érzés jelentkezhet, ami azonban rövid időn belül megszűnik és csak ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását.

FIGYELMEZTETÉS:

A hámfosztott területről a metronidazol felszívódhat, ezért az egyidejű alkohol fogyasztása tilos!

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

Szász Károly dr.

Az EKG normalizálódása jobb kamrai infarctusban

Csongrád Megyei Tanács Tüdőkórház-Gondozóintézet, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

(oszt. vez. főorvos: Szász Károly dr.)

A szerző 17 elülső, 48 hátsó fali bal kamrai myocardialis infarctushoz csatlakozó jobb kamrai necrosis 6 hónapos EKG utánkövetését végezte. A rehabilitációs időszakban és a fél éves kontroll vizsgálatnál 65 jobb kamrai infarctusos beteg QRS morfológiáját és ST elváltozását értékelte. A 6 hónap alatt 12 betegnek (18%) normalizálódott a QRS komplexusa a V3—4R elvezetésekben. A jobb praecordialis elvezetésekben a kontroll vizsgálatnál egyik esetben sem tapasztalt már ST elevatiót. Ugyanolyan arányban normalizálódott a jobb mellkasi elvezetésekben az EKG a bal kamra elülső, ill. hátsó fali necrosis esetén. Az EKG normalizálódása és az életkor között nem talált összefüggést.

ECG return to normal in right ventricular infarction. 6-month ECG follow-up was carried out in 65 patients with right ventricular infarction accompanied by anterior (n = 17) and inferior (n = 48) left ventricular necrosis. QRS morphology and ST segment alterations were evaluated in the period of rehabilitation and 6 months later. By the end of the 6th month QRS in V3—4R returned to normal in 12 patients (18%) and there was no ST elevation in none case by this time. Normalization of QRS in V3—4R was about the same in the two groups and it was independent from the age of patients.

Akut hátsó fali myocardialis infarctusban a jobb kamra károsodásának tünetét elsőnek Cohn és mtsai (6) írták le. Azóta egyre növekszik azon közlemények száma, melyek a jobb kamrai infarctussal (JKI) foglalkoznak különböző aspektusokból. Az irodalom (3, 5, 9, 10, 11, 15, 23) általában az akut JKI EKG jeleként a rövidebb ideig tartó ST elváltozást értékeli.

Elsőnek Morgera és mtsai (17) közölték a jobb mellkasi elvezetésekben (VR) az ST szakasz eltérés mellett a QRS komplexus változásokat. Ők a V3R és a V4R-ben JKI esetén QS, vagy QR komplexust találtak, melynek specificitása 100%-nak, sensitivitása pedig 78%-nak bizonyult. A rehabilitáció időszakában mi is (21, 22) vizsgáltuk a lezajlott JKI-t, és eredményeink azt igazolták, hogy a JKI-ra — ebben az időszakban — ST szakasz eltérés már nem jellemző, de igen jól felhasználható a QRS komplexus változása. Követéses vizsgálataink alkalmával azt tapasztaltuk, hogy a jobb kamrai necrosisra jellemző QS komplexus a V3—4R-ben időnként megszűnt. Ez a jelenség általában a bal kamra mellső fali infarctus EKG rS típusú regenerációjára jellemző, amit a bal praecordialis elvezetésekben lehet látni. Felvetődött a kérdés, hogy ezen elváltozás a bal kamra hátsó és elülső fali necrosisához csatlakozó JKI-ban egyaránt előfordul-e, vagy csak a mellső fali bal kamrai elháláshoz társuló jobb kamrai necrosis esetén jön létre.

Betegek és módszer

A betegeket 6—8 héttel az akut myocardialis infarctus lezajlása után vettük fel az osztályunkra. Minden betegnél a 12 elvezetéses EKG-n kívül 3 jobb mellkasi unipolaris elvezetést (V3R—V4R—V5R) készítettünk a korábban leírtak szerint (21). Hátsó fali myocardialis infarctus, vagy ennek gyanúja esetén az előző 15 elvezetésen kívül Antalóczy szerint 3 dorsalis elvezetést is végeztünk.

A vizsgálatból 5 beteget zártunk ki, 3-nak bal, 2-nek jobb Tawara-szár blokkja volt. Pitvarfibrilláció, atrioventricularis vezetési zavar a betegek között nem fordult elő.

A myocardialis infarctus diagnózisát az anamnesisre, az akut szakban jellemző enzimemelkedésre és a kialakult pathológiás Q hullámokra alapítottuk. A JKI-t a V3R és a V4R-ben levő QS komplexus alapján diagnosztizáltuk. A vizsgált esetekben nem szerepelt az anamnesisben korábbi szívizom elhálás és a 6 hónapos követéses időszakban reinfarctus nem fordult elő.

A 65 JKI-os beteget (47 férfi, 30—62 év, átlagéletkor 49 év és 18 nő, 32—58 év, átlagéletkor 51 év) két csoportba osztottuk, attól függően, hogy a JKI a bal kamra elülső, vagy hátsó fali necrosisához társult. A jobb kamrai necrosisos betegek a csak bal kamrai infarctusokhoz hasonlóan 3 hetes tréningprogramban vettek részt. Intézeti felvételük után és távozásuk előtt kerékpár ergométeren submaximális terhelést végeztünk a teljesítményképesség meghatározására. A submaximális terhelésen ebben az esetben az életkor alapján számított maximális frekvencia 80%-át elérő terhelési szintet értjük.

6 hónap múlva a betegek az osztály ambulanciáján kontroll vizsgálaton vettek részt. Anamnesis és fizikális vizsgálat mellett a fenti kritériumok alapján EKG vizsgálat történt. Az intézeti felvételtől készült EKG-t összehasonlítottuk a 6 hónap múlva készült kontroll felvétellel. Értékeltek az ST szakasz depressziót, vagy elevatiót a V1—3-ban és a jobb mellkasi elvezetésekben, valamint a QRS komplexus eltéréseit a V3—4R elvezetésekben. A V5R-ben fiziológiásan is előfordulhat Q hullám (1).

Kulcsszavak: jobb kamrai infarctus, EKG kép normalizálódás

A 65 jobb kamrai infarctusos beteg bal kamrai necrosis minden esetben pathológiás Q hullámmal járt, non Q myocardialis necrosis nem fordult elő. Kettős lokalizációjú bal kamrai elhalás nem volt a betegek között. A 6 hónapos követéses időszakban ingervezetési zavar kialakulását nem észleltük.

A 65 JKI betegből 17-nek elülső fali, 48-nak pedig hátsó fali necrosis zajlott le. A 17 elülső fali, bal kamrai infarctusos beteg közül — akiknek jobb kamrai necrosisuk is volt — 3-nak jelentkezett a V3—4R-ben QS komplexus helyett rS alakváltozás 6 hónap múlva. A 48 hátsó fali, bal kamrai infarctusos beteg közül 9-nek volt látható a 6 hónapos kontrollnál a jobb mellkasi elvezetésekben (V3—4R) rS komplexus. A két csoport között a különbség nem szignifikáns.

A V3R és V5R elvezetésekben sem felvételt, sem távozáskor nem észleltünk ST eltérést egyetlen betegnél sem, ugyanakkor V4R elvezetésben 3-nak volt 0,5—1 mm-es ST elevációja az akut myocardialis infarctus lezajlása után 6—8 héttel. Ezek közül 1-nek elülső, 2-nek pedig hátsó fali bal kamrai necrosis zajlott le. A 6 hónapos kontroll alkalmával egyikükön sem láttunk ST szakasz elváltozást.

A 65 JKI beteg közül azon 17-nek, akiknek elülső fali bal kamrai infarctusuk volt, 3-nak volt 1—2 mm-es ST elevációja a V1—3 elvezetésekben a rehabilitáció megkezdésekor. Ezen 3 beteg közül 2-nek a 6 hónapos kontroll vizsgálatnál megmaradt az 1 mm-es ST elevatio. A bal kamra hátsó fali elhalásához csatlakozó jobb kamrai necrosis csoportban egyetlen betegnél sem észleltünk a V1—3-ban ST szakasz elváltozást, annak ellenére, hogy V1—2 elvezetésekben fiziológiásan is előfordulhat 1—2 mm-es ST elevatio. Azon 12 betegnek (18%), akiknek a 6 hónapos kontroll vizsgálatnál a jobb praecordialis elvezetésekben rS komplexus alakult ki, átlagéletkora 49 év (32—61 év között), míg a VR elvezetésekben qS komplexust mutatók átlagéletkora 51 év (30—62 év között), a különbség nem szignifikáns.

A vizsgált 65 JKI beteg EKG-ján 5 esetben (7,6%, 3 elülső, 2 hátsó fali) észleltük a Q hullám eltűnését a bal kamrai necrosist jelző elvezetésekben. Ezekben az esetekben mind a jobb, mind a bal kamrai necrosis EKG képének teljes regressióját tapasztaltuk.

Megbeszélés

Az irodalomban több szerző (4, 7, 14, 18, 20, 24) foglalkozott a lezajlott bal kamrai szívmuscle necrosis után az EKG normalizálódásának kérdésével. A non Q myocardialis infarctusos betegek EKG-ja gyorsabban és nagyobb számban normalizálódik, mint a Q hullámmal rendelkezőké.

A bal kamrai infarctus EKG-ján rS és qS típusú regenerációt különítenek el (2).

Burns Cox (4) 5,6%-ban észlelte bal kamrai transmuralis necrosis után az EKG normalizálódást, Yusuf és mtsai (24) elülső fali infarctusos betegeknél ezt az arányt 21%-nak találta.

Pyörälä és Kentala (19) vizsgálata szerint az akut myocardialis infarctus után 8 héttel a Minnesota kódolás alapján a Q hullámok csökkenését észlelték a betegek 16%-ában. Kaplan és Berkson (14) valamint Mills és mtsai (18) megfigyelései szerint az akut szívmuscle elhalást követő 8—10 hét alatt észlelhető főleg az EKG kép javulása, ezt követően 1 évre már csak kis EKG javulás figyelhető meg. A myocardialis infarctust követő szívelégtelenséggel rendelkező betegek QRS komplexusában kis javulás volt csak azon csoporttal szemben, akiknek nem volt cardialis decompensációjuk (18).

Yusuf és mtsai (24) szerint a pontos mechanizmus oka, hogy miért növekszik az R és csökken a Q hullám nagysága, illetve utóbbi miért tűnik el, nem világos.

Gittler és mtsai (12) ezt a heg zsugorodásával magyarázták.

Coll és mtsai (7) nem találtak összefüggést a Q hullám regresszió és a coronaria status között, de a bal kamra funkció jobb volt a Q hullám eltűnést mutató csoportban.

Aorto-coronariás bypass műtét után szintén észlelték a kóros Q hullám eltérését. Conde és mtsai (8) ezen EKG elváltozással egy időben a bal kamra funkció javulását észlelték.

A Q hullám eltűnésének prognosztikai értéke nincs, hisz Kaplan és Berkson (14) és Kalbfleish és mtsai (13) adati is azt jelzik, hogy a Q hullám eltűnését mutató csoport nem különbözött túlélésében azoktól, akiknél a Q hullám megmaradt.

Erhardt és mtsai (10) szerint a jobb kamra legalább 25%-át érintő szívmuscle elhalás az akut szak első 10 órájában 0,05—0,01 mV ST elevációt okoz a V3R—V5R-ben, mely — mások (3, 16, 17) eredményével megegyezően — néhány napon belül megszűnik.

A JKI esetén a jobb mellkasi elvezetésekben a QRS komplexus regenerációját ugyanakkor eddig nem írták le. Eseteinkben a jobb mellkasi elvezetésekben mindig rS típusú regeneráció volt megfigyelhető — függetlenül attól, hogy a JKI a bal kamra hátsó, vagy elülső fali elhalásához csatlakozott.

A JKI EKG követése alkalmával egyetlen beteg sem kapott újabb infarctust, így az EKG változást ez nem okozhatta. Haemodinamikai adatokat az akut szakban ezen esetekben nem mértek, így összehasonlításra nem kerülhetett sor. Így azt, hogy a javuló haemodinamikai adatok okozták-e a jobb kamrai infarctus esetén az EKG normalizálódást, nem lehetett bizonyítani. A követéses időszakban beteget nem veszítettünk el, de az ismert tény, hogy JKI mortalitása legnagyobb az akut szakban. A JKI betegek 18%-ánál 6 hónap alatt az EKG normalizálódását észleltük, ami felhívja a figyelmünket arra, hogy jobb kamrai necrosis esetén az előző jobb praecordialis EKG elvezetések ismerete fontos. Enélkül a későbbiek folyamán a JKI megítélése EKG-ból nem lehetséges.

IRODALOM: 1. Andersen, H. R., Nielsen, D., Hansen, L. G.: The normal right chest electrocardiogram. *Cardiology*, 1987, 20, (1) 27. — 2. Antalóczy Z., Kárpáti P.: Myocardialis infarctus. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 1978, 258. — 3. Braat, S. H., Brugada, P., De Zwaan, C. és mtsai: Value of electrocardiogram in diagnosing right ventricular involvement in patients with an

acute inferior wall myocardial infarction. *Br. Heart J.*, 1983, 49, 368. — 4. *Burns-Cox, C. J.*: Return to normal of electrocardiogram after myocardial infarction. *Lancet*, 1967, 1, 1194. — 5. *Candell-Riera, J., Figueras, J., Valle, V. és mtsai*: Right ventricular infarction: Relationships between ST segment elevation in V₄R and hemodynamic, scintigraphic, and echocardiographic findings in patients with acute inferior myocardial infarction. *Am. Heart J.*, 1981, 101, 281. — 6. *Cohn, J. N., Guiha, N. H., Broder, M. I. és mtsai*: Right ventricular infarction. *Am. J. Cardiol.*, 1974, 33, 209. — 7. *Coll, S., Betrin, A., DeFlores, F. és mtsai*: Significance of Q-wave regression after transmural acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.*, 1988, 61, 739. — 8. *Conde, C. A., Meller, J., Espinoza, J. és mtsai*: Disappearance of abnormal Q waves after aortocoronary bypass surgery. *Am. J. Cardiol.*, 1975, 36, 889. — 9. *Croft, C. H., Nicod, P., Corbett, J. R. és mtsai*: Detection of acute right ventricular infarction by right precordial electrocardiography. *Am. J. Cardiol.*, 1982, 50, 421. — 10. *Erhardt, L. R., Sjörgen, A., Wahlberg, I.*: Single right-sided precordial lead in the diagnosis of right ventricular involvement in inferior myocardial infarction. *Am. Heart J.*, 1976, 91, 571. — 11. *Gefr, I. L., Shah, P. K., Rodriguez, L. és mtsai*: ST elevations in leads V₁ to V₅ may be caused by right coronary artery occlusion and acute right ventricular infarction. *Am. J. Cardiol.*, 1984, 53, 991. — 12. *Gittler, R., Schack, J. A., Vessel, A.*: The electrocardiogram one year after acute myocardial infarction. *Am. Heart J.* 1956, 51, 246. — 13. *Kalbfleish, J. M., Shadakhara, K. S., Conrad, L. L. és mtsai*: Disappearance of the Q-deflection following myocardial infarction. *Am. Heart J.*, 1968, 76, 192. — 14. *Kaplan, B. M., Berkson, D. M.*: Serial electrocardiograms after myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.*, 1964, 60, 430. — 15. *Klein, H. O., Tordjman, T., Ninio, R. és mtsai*:

The early recognition of right ventricular infarction: Diagnostic accuracy of the electrocardiographic V₄R lead. *Circulation*, 1983, 67, 558. — 16. *Kulbertus, H. E., Rigó, P., Legrand, V.*: Right ventricular infarction: Pathophysiology, diagnosis, clinical course and treatment. *Modern Concepts of Cardiovasc. Disease*, 1985, 54, 1. — 17. *Morgera, T., Alberti, E., Silvestri, F. és mtsai*: Right precordial ST and QRS changes in the diagnosis of right ventricular infarction. *Am. Heart J.*, 1984, 108, 13. — 18. *Mills, G. Y., Simon, A. J., Cisneros, F. és mtsai*: Myocardial infarction. Observation on one hundred patients who survived up to six years. *Arch. Intern. Med.*, 1949, 84, 632. — 19. *Pyörälä, K., Kentala, E.*: Disappearance of Minnesota code Q—QS patterns in the first year after myocardial infarction. *Ann. Clin. Res.*, 1974, 6, 137. — 20. *Raunio, H., Rissanen, V., Romppanen, T. és mtsai*: Changes in QRS complex and ST segment in transmural and subendocardial myocardial infarction. A clinicopathologic study. *Am. Heart J.*, 1979, 98, 176. — 21. *Szász K., Somfay A., Horváth L.*: Hátsó fali myocardialis infarktushoz társuló jobb kamrai infarctus EKG és coronarographiás jelei a rehabilitáció időszakában. *Orv. Hetil.*, 1986, 127, 2617. — 22. *Szász, K., Somfay, A., Horváth, L.*: EKG- und coronarographische Zeichen eines einem Vonderwandherzinfarkt hinzugetretenen rechtsventrikulären Infarkts in der Rehabilitationsphase. *Z. Kardiologie*, 1987, 76, 576. — 23. *Te-Chuan Chon, Van der Bel-Kahn, J., Allen, J. és mtsai*: Electrocardiographic diagnosis of right ventricular infarction. *Am. J. Med.*, 1981, 70, 1175. — 24. *Yusuf, S., Estrada-Yamamoto, M., Reyes, C. P. és mtsai*: Factors of importance for QRS complex recovery after acute myocardial infarction. *Acta. Med. Scand.*, 1982, 211, 157.

(Szász Károly dr., Deszk, Alkotmány u. 36. 6772)

Orvosi, orvosbiológiai, gyógyszerészeti, gyógyszerkísérleti célokra ajánlja
kétszer-desztillált víz előállítására alkalmas készülékét



a
Magyar Tudományos Akadémia
Kutatási Eszközök Kivitelező Vállalata
1141 Budapest XIV., Komócsy u. 29—31.

A MO-BI DEST

készülék alkalmas hálózati vízből egyszer („mono”) vagy kétszer („bi”) desztillált víz energiatakarékos előállítására. Gazdaságos üzemű, könnyen kezelhető, egyszerűen vízkőmentesíthető, automatikus működésű, védett a vízkimaradás esetén bekövetkező meghibásodás ellen.

Műszaki jellemzői:

	„mono”	„bi”
Fajlagos vezetés uS/cm	3,5	1,3
Desztilláló teljesítmény 1/h	2,4	2,1
Hűtővízszükséglet 1/h	30—40	50—60
Áramfelvétel VA	3300	
Hálózati feszültség V	220±10% 50 Hz	

A készülék árában az üzembe helyezés is benne foglaltatik.

Megrendelés, értékesítés:

MTA KUTESZ Kereskedelmi osztály

1142 Budapest Pf. 120. Tel.: 163-2450. Tx.: 22-6700. Fax.: 183-1781



BRONCHO-VAXOM®

Polyvalens

immunobiotherapeuticum

felnőtt, gyermek

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, bőrpirulás, viszketés ritkán előfordulhat. Anafilaxiás reakciót eddig még nem észleltek.

ADAGOLÁS

Akut 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 gyümölcslében vagy tejben is beadható.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre — egyszeri alkalommal — adható ki.

CSOMAGOLÁS

Broncho-Vaxom kapszula felnőtteknek 30 db

Broncho-Vaxom kapszula gyermekeknek 30 db



Forgalomba hozza:



BIOGAL Gyógyszergyár. Debrecen
OM labororium, Genf licence alapján

Naprosyn®



500 mg VÉGBÉLKÚP

mV 200
Antirheumatika
nem glukokortikoid

Hatóanyag: 500 mg naproxenum végbélkúp-pontként

Javallatok: Rheumás betegségek: rheumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew kór), és egyéb szeronegatív spondylarthritis, synovitis, bursitis, tendinitis, tenosynovitis, myalgia, discopathia, spondylosis.

Ellenjavallatok: Aktív gyomor- és nyombélfekély, naproxen, ill. szalicilát-túlérzékenység, terhesség, szoptatás. Súlyos vese- és májkárosodás.

Adagolás: Felnőttek szokásos adagja *naponta* 500–1000 mg (1–2 × 1 kúp este és/vagy reggel)

Mellékhatások *gyomor- bélrendszeri zavarok:* gyomorfájás, gyomorégés, telítettség-érzés, émelygés, hányás, diszkomfortérzés, hasmenés, nagyon ritkán gastrointestinalis vérzés. *Központi idegrendszeri tünetek:* szédülés, fejfájás, *vérképző-rendszeri tünetek:* trombocytopenia, aplastikus és haemolitikus anaemia, *egyéb:* bőrkiütés, perifériás ödéma, anaphylaxiás reakció előfordulhatnak.



Naprosyn®



500 mg VÉGBÉLKÚP

Gyógyszerkölcsonhatások:

Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás fokozódhat)
- fenitoinnal (toxicitását fokozhatja)
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye)
- szulfonamidokkal (fokozhatja a szulfonamidok toxicitását)
- propranolollal és egyéb béta blokkolókkal (béta blokkolók antihipertenzív hatását csökkentheti)
- methotrexattal (methotrexat toxicitása fokozódhat)
- Li (Li plazmaszintje megemelkedhet)
- furosemiddel (Na^+ ürítő hatást gátolja).

Figyelmeztetés: Ha a beteg anamnézisében előzetesen gyomor- bélrendszeri betegség és/vagy peptikus fekély szerepel, csak a szokott elővigyázatossággal adható. Máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Orális antikoagulánsokkal együtt adva a prothrombinidőt eleinte gyakrabban ellenőrizni kell. A vérlemezke aggregációt gátolja, a vérzési időt növeli, tartósabb alkal-

mazásakor a vérzési idő meghosszabodását okozhatja.

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva a vércukorszint eleinte gyakrabban ellenőrzendő, az antidiabetikum adagját esetleg újra be kell állítani.

Nem adható olyan betegeknek, akiknél acetilszalicilsav, vagy nem szteroid gyulladáscsökkentő asthmás rohamot, vagy urticariát vált ki (keresztallergia).

16 évesnél fiatalabb betegek kezelésére nem alkalmas a készítmény magas hatóanyagtartalma miatt.

A kezelés ideje alatt szeszesital fogyasztása tilos!

Megjegyzés: ✖ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

Csomagolás: 10 db kúp polietilénnel bevont alufóliában, falkartonban, betegájékoztatóval.

Térítési díj: 10,- Ft

Forgalomba hozza: Alkaloida Vegyészeti Gyár – Tiszavasvári

Dobi Sándor dr.,
Horváth Andrea dr.,
Prinz Géza dr.
és Várnai Ferenc dr.

Importált alimentaris intoxicatio halméreggel (ciguatoxin)

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Fertőző és Trópusi Betegségek Tanszéke
(tanszékvezető: Várnai Ferenc dr.)

Főleg trópusi területeken többféle halmérgezés fordul elő. A saxitoxin, terodotoxin, scombrotóxin, clupeotoxin hőlabil, azonban a ciguatoxin hőstabil, így alapos főzés, sütés után is súlyos mérgezés forrása lehet. 1987 decemberében Kubában járt turistacsoportban tömeges alimentaris mérgezés lépett fel halhús fogyasztása után. A legsúlyosabb állapotban lévő beteg osztályunkra került kiterjedt paraesisekkel. Az anamnesis, a klinikai kép és labor leletek ciguatoxin mérgezést valószínűsítettek. Napjainkban már hazánkban is számítani kell távoli, egzotikus „fish poisoning” esetek előfordulásával.

Imported alimentary intoxication with fish-poison. Various types of fish-poisoning mainly occur in tropical areas. Saxitoxin, tetrodotoxin, scombrototoxin and clupeotoxin are heat labile while ciguatoxin, in contrast, is heat stable thus it may be the source of severe poisoning even in case of thorough cooking and baking. In December 1987 a mass alimentary poisoning occurred following ingestion of fish meat in a group returning from Cuba. The most severe case was admitted to our department with symptoms of extended paresis. Diagnosis of ciguatoxin poisoning was established based upon the history, clinical features and laboratory results. Nowadays exotic, remote „Fish-poisoning” cases have to be taken into consideration even in our country.

Az alimentaris halmérgezésnek több fajtája ismeretes. Legegyszerűbben úgy jön létre hal-ételmérgezés, hogy a hal tárolása, feldolgozása folyamán kontaminálódik, s így bakteriális vagy vírusfertőzés passzív átvivője lehet. Tág értelemben a halmérgezés fogalmába az aktívan mérgező (csípés, harapás, szúrás) halaktól létrejött mérgezés is beleszámít, azonban főleg az angolszász szakirodalomban (8) „fish poisoning”-on az alimentaris úton létrejött mérgezést értik, ide értve a kagylóktól, rákoktól való mérgezést is, a valódi halak mellett. Az esetek többségében ehető tengeri állatokról van szó, de bizonyos időperiódusokban ezekben kumulálódnak planktonokból vagy algákból eredő toxinok.

A saxitoxin okozza sok trópusi országban a kagylóktól, osztrigától, csigáktól kapható mérgezést gyakran járványszerűen. Ez a mérge a tengerben felszaporodó dinoflagellátákból ered (Gonaulax catenella, G. excavata) (2). A toxin felszaporodása gyakran egybeesik az ún. „red tide” idejével, amikor a tenger vöröses árnyalatúvá színeződik a benne elszaporodó dinoflagellátáktól. A puhatestűekben a toxin felszaporodás néhány nap alatt végbemegy de a kiürülés több hetet vesz igénybe, s ez alatt az idő alatt a „tenger gyümölcsei” mérgezőek. A „red tide” jelensége nélkül is felszaporodhat a saxitoxin. A saxitoxinnak curare-szerű hatása van, de annál ötvenszer erősebb, már 0,5 mg fatális lehet az emberre (7).

A ciguatera intoxicatio az igazi halmérgezés, amely a nevét a Nyugat-Indiába bevándorló spanyoloktól kapta. Több mint 400, egyébként ehető trópusi halfajtától kapható időlegesen. A mérge a ciguatoxin egy nem kristályosítható sárga olaj, összképlete $C_{35}H_{35}NO_8$, quaterner nitrogén, hydroxyl csoportokat és egy cyclopentanon részt tartalmaz (12), hőstabil, szagtalan, íztelen, gyomorsavnak ellenáll. Eredete bizonytalan, egyesek algáktól származtatják, újabban bizonyos dinoflagelláták jönnek szóba. Passzálódik a növényevőkből a húsevőkbe, a halak nem betegszenek meg (13). A sejtmembránra a Ca^{++} és Na^{+} transzfert bénítja, cholinesterase bénító hatása is van, neuromuscularis blokádot okoz (4).

A puffancshalakban, naphalakban, varangyos halban, sünhalban képződik az ívás idején, s főleg a bőrben, májban, ovariumokban, belekben található a terodotoxin egy aminoperhydroquinasolin, $C_{11}H_{17}O_8N_3$, egy neurotoxin (14).

A scombrotóxin tonhalban, bonitóban, makrelában lelhető fel, bakteriális kontamináció eredménye, a tünetek a saxitoxin intoxicációhoz hasonlóak (6).

A clupeotoxin heringben, szardíniában, sprottniban, ajókában van, kevésbé gyakori, hatására keserűíz-érzés lép fel a szájban, a gastrointestinalis tünetek dominálnak (5).

Az Indo-Pacific zátonyok vidékén élő 10 halfaj hallucinogen toxint tartalmaz (1).

Esetismertetés

1987. dec. 24-én a Ferihegyi repülőtérre érkezett haza Kubából egy magyar turistacsoport, akik 11 nappal megelőzően Trinidadban a Colonial étteremben ebédeltek, egy nagy, egészen

Kulcsszavak: saxitoxin, terodotoxin, scombrotóxin, clupeotoxin, ciguatoxin

megsüttöt halat fogyasztottak. Ezt követően néhány órán belül szinte az egész csoport megbetegedett, általános rosszullét, ve-rejtékezés, viszketés, hányás, hasmenés, perioralis és végtagszib-badás, elgyengülés jelentkezett, többen voltak a collapsus hatá-rán. A Kubában eltöltött idő alatt a többség tünetei enyhültek, de gyakorlatilag az egész csoport még hazaérkezéskor is beteg volt. A legsúlyosabb állapotban lévő J. I. 33 éves férfit osztályunkra szállították. J. I., aki háromszoros adagot fogyasztott a halból, az ebéd után collabált, a helybeli kórházba szállították, ahol infúzi-ós kezelést kapott, ezt másnap megismételték majd két nap múlva Havannába vitték a „Cira Garcia” Central Clinicare. A betegnek heves fogsorfájdalma, fej-, ízületi, ill. végtagfájdalma, változó mérvű és lokalizációjú izombénulási voltak. Infúziókkal, injek-ciókkal, polyvitamin készítményekkel, analgeticumokkal, pred-nisolon és butazolidin tartalmú gyógyszerekkel kezelték. (A be-teg előzményi adataiban szerepel, hogy steroid hormon adagolásra K⁺-vesztés lép fel.) Lényegében változatlan álla-potban szállították haza.

A beteg *felvételi statusában* belszervileg lényeges eltérés nem volt kimutatható, vérnyomása: 120/80 Hgmm, pulzus: 60/min, rhythmusos, aequalis, kp. telt volt. EKG: Synus rhyt-mus. Normális átvezetés. Horizontális R tengely állás. Normális repolarizáció. Mellkas rtg: mellkasi szervek épek. Ormellékü-reg felvétel: arcüregek légtartók, jobb oldali sinus maxillaris nyálkahártyája megvastagodott. *Neurológiai statusa:* Meningea-lis izgalmi jelek nincsenek. Baloldalt 45 fokban Laségue pozitív. A fejen nyomásérzékenységet nem jelez, kivéve a homlok bal ol-dalát, itt kifejezett a kopogtatásérzékenység. A jobb occipitalis kilépési pont nyomásérzékeny.

Szagokat, ízeket jól érzi. Confrontalis vizsgálattal a látóte-rek teljesek. Pupillák kerek, egyenlőek, jól reagáló.

Szabad szemmozgások, kettős képet nem jelez. Jobbra te-kintéskor szélső helyzetben rotatoros nystagmus, mely a fej jobb-ra fordításával fokozódik. A jobb 1–2 trigeminus ág területén mérsékelt tact. alg. hyperaesthesia. Hallás ép. Mimikai izomzat szimmetrikus, kielégítően innervált, egészében mégis kissé pare-ticusnak imponáló. A rágóizomzatból a m. pterygoideusok mér-sékelt pareticusak. Beszéd, nyelés ép, légyszájpadok jól mo-zognak. Kinyújtott nyelv hegye középvonalban, atrofia, fasciculatio nincs. Egyenlő, mérsékelt élnék saját reflexek. Kó-rox reflexek, liberatiós jelek nincsenek. A bal felső végtag mér-sékelt, diffúzan, a bal alsó végtag kifejezettebben (főképp a m. quadriceps femoris) paretikus. Fasciculatio, hypotrophia nem észlelhető. Mingazzini helyzetben a bal alsó végtag süllyed. Vég-tagcoordinatio kifogástalan. Rövid ideig Rombergben megáll. Vakjárás ataxiás, de iránytartó. A jobb testfelel igen mérsékelt tact. alg. hyperaesthesia jelez. Vegetatív funkciók épek.

Vélemény: a betegnél észlelt perifériás neurogen paresisek és paraesthesiai mellett igen diszkrét agytörzsi jelek is észlel-he-tők. Javasolt: EEG, EMG vizsgálat, parasymphomimeticum, analgeticum adagolás, selectiv ingeráram. *EEG lelet:* mérsékelt-labialis elektrogenesis. Mindkétoldalt parieto-occipitalisan rithmusos 10 cps körüli alfa sorozatok láthatók. Temporalisan bé-ta, alfa tartományú hullámok közé elvéve egy-egy szabálytalan morphológiájú gyors theta csoport is vegyül. Hyperventilatio je-lentős változást nem hoz. Szemnyitásra attenuatio. Értékelhető oldalkülönbség, gócsjel, görcsjel nem látható. Vélemény: Bizto-san kóros elemet nem tartalmazó, mérsékelt labilis alfa-alap-tevékenységű EEG.

Elektromyographiás és elektroneurographiás lelet: Kon-centrikus tñelektrodával végzett elvezetés a kétoldali m. quadri-ceps femoris, a thenar és hypotherar izomcsoportból. A vizsgált izmokban nyugalmi aktivitás, fasciculatio vagy fibrillatiós poten-ciálok nem észlelhető. Akaratlagos innervatióra a jobb oldali kéz (thenar) izmokban részleges neurogen károsodás jelei észlel-he-tők fokozott polyfáziával.

Motoros vezetési sebességek: m. medianus j. o.: 38,7 m/sec, DL: 0,8 (4msec), b. o.: 44,2 m/sec, DL: 0,6 (4msec); n. ulnaris j. o.: 75,0 m/sec, DL: 1,3, b. o. 50,0 m/sec, DL: 0,5.

Vélemény: neurogen és myogen együttes károsodás képe, főleg a jobb n. medianus károsodásával. Liquor vizsgálat: Pándy: +, glükóz: 3,0 mmol/l, fehérje: 0,58 g/l, sejtszám = Ø Latex:

++, széklet tenyésztés: vegyes bact. protozoon, helmint. ismé-telten negatív. Clostridium botulinum toxin: negatív. Trichinella microprecipitatio: negatív. Egyéb labor értékei (We, Wa R, Hgb, Htk, Fvs, Se Na, Se K, Se Ca, SGOT, SGPT, gGT, Se. bi., vércu-kor, kreatinin, CPK, AST): a normális tartományban voltak.

Osztályunkon való bennfekvése alatt Ca-, K-mal dúsított Rindex infúsiókat, analgeticumot, B1, B12 vitamint adagoltunk, majd *Mestinon* therapiát is beállítottunk. Állapota fokozatosan de igen lassan javult, illetve időnként visszaeséseket mutatott. Nagymértékben javult állapotban (szobán belül önállásra, járó-képesen) engedték haza 21 napos ápolás után. Otthon miután ja-vaslatunkra nagy dózisban tovább szedte a Mestinont (= 4x2 tbl) parasymphomimeticum-túladagolás tünetei jelentkeztek, így újra felvételre került. A Mestinont kihagyva a parasymphi-cus tónusfokozódás tünetei megszűntek, de izomereje újra sokat romlott. Kisebb adag Mestinont kénytelenek voltunk újra beállí-tani, s újabb 13 napos kezelés után azzal engedték haza, hogy a végleges gyógyulás csak nagyon lassan, hosszú idő múltával várható.

A megkísérelt gyógytornáztatás izomállapotán rontott. A továbbiakban más, rehabilitációs jellegű intézményben is kezel-ték, s közel egy évnek kellett eltelnie, amíg állapota gyógyulnak minősíthető.

Az anamnesis, a körlefolyás és leletei alapján betegségét *ci-guatoxin* intoxicationnak minősítették.

Megbeszélés

Betegünk távoli, egzotikus vidéken szenvedte el az ali-mentaris mérgezést, s az anamnesisben halfogyasztás sze-repelt. Bár a halakkal, ha az romlott étel formájában kerül elfogyasztásra, banális (*Salmonella* stb.) ételmérgezés is létrejöhet (8), az elvégzett széklet bakteriológiai vizsgálat kórokozót nem mutatott ki. A tünetek és a körlefolyás arra utaltak, hogy valamilyen speciális mérgező jöhet számításba, amelynek a gastrointestinalis tüneteken kívül idegrendsze-ri, mozgásszervi támadáspontja is lehet.

Bár a szolgáltatott anamnestikus adatok egyértelműek vol-tak, nem lehetett kizárni, hogy a tengerparti étteremben fogyasztott ételek között kagylók, rákok is szerepelhettek, ezért szá-mításba kellett vennünk a *saxitoxinnal* való mérgeződés lehetőségét is. Már egy kagyló elfogyasztása is fatális lehet, mert egy átlagos kagyló napi 120 l vizet is átszűr, így akár 180 mg mérgező is kumu-lálódhat benne. A saxitoxin gátolja az idegekben a Na⁺—K⁺ pumpát s így blokkolja a vezetést. A klinikai tünetek 30 percen — 12 órán belül jelentkeznek. Száj körüli zsibbadás, bizsergés lép fel, amely a végtagokba is kiterjed, hányás jelentkezik. Már 12 órán belül is ataxia és légzésbénulás is felléphet. A halálozási ráta 10%. Ha a beteg átvészelte az első 12 órát, az életében maradási prognózisa jó, néhány nap alatt felépülhet, egyes esetekben azonban a betegség több hétig is elhúzódhat. A terapia tüneti, azaz hánytatás, gyomormosás, hashajtás, parenteralis bő folya-dékbevitel, szükség esetén művi lélegeztetés. Megelőzés: a vörös dagály idején tilos kagyló, rák fogyasztása. A „red tide” nélküli veszélyre felhívja a figyelmet az angolnak és tengeri halak pusztulása. A saxitoxin *hőlabil*, így alapos sütés, főzés minimalizál-hatja a veszélyt (9).

Az előzményi adatok azt viszont egyértelműen tartal-mazták, hogy a turistacsoport egy nagy, egészben megsü-tött csontos halat fogyasztott el s minden valószínűség amellet szól, hogy ez tartalmazhatta a mérgező ágenst. A trópusokon és a Karib-tenger vidékén is a *ciguatera* mér-gezés a honos, de igen változatos földrajzi és időbeli meg-oszlásban. Előfordul, hogy ugyanazon sziget egyik oldalán

kifogott hal ártalmatlan, a másik oldalról származó viszont mérgező (12). A ciguatoxin hatására a tünetek 4 órán belül, de néha csak 30 óra múltán lépnek fel: perioralis zsibbadás, bizsergés, amely szétterjed, hányás, hasmenés, hasi görcsök, fogsorfájdalom, testszerte viszketés, ataxia, izom-ízületi fájdalmak. Légzésdepresszió, apnoe halálhoz vezethet (4). Általában az első két nap gastrointestinalis tünetek dominálnak, majd gyengeség, paraesthesiák, bénulások jelentkeznek három héten át. A teljes gyógyulás csak hónapok, néha évek múlva következik be (Táblázat).

táblázat: Trópusi csontos halaktól kapható mérgezések

CIGUATOXIN
Több mint 400 trópusi halfajban
$C_{35}H_{35}NO_8$ — cyclopentanon
— quaterner nitrogen
— hydroxilcsoportok
HŐSTABIL!
Szagtalan, íztelen
Ca^{++} , Na^+ — transzport bénító neuromuscularis blokádnak cholinesterase bénító algákból, dinoflagellátákból

1748-ban egy Mauritius elleni brit expedíció 1500 embert vesztett ciguatera intoxicatio miatt (13). Késői, maradványtünetként főleg vazóaktív anyagok hatására (alkohol, nikotin) égő érzés, erythema is felléphet (4). Terápia: általában tüneti, sz. e. művi lélegeztetés, folyadékpótlás, Ca-gluconat, sz. e. atropin. Steroid ineffektív (11). Cholinesterase-reaktátorok csak korai fázisban hatnak (3).

Az anamnézis, a kórlefolyás, az egyéb leletek (Trichinella microprecipitacio is!) negativitása alapján, s mivel alapos sütésen is átesett a hal — s ezért a hőlabil tetrodotoxin, scombrotoxin, clupeotoxin eshetősége is kizárható volt —, a ciguatera intoxicatio látszott a legvalószínűbbnek (5, 6, 14). A bénulások változatos képe, időben és anatómiailag változó jellege, a javulást követő visszaesések is a ciguatoxin szerepét húzzák alá, mivel ez olyan vegyület, mely nehezen bomlik le, valószínűleg rossz antigen és így a szervezetben sokáig perzisztál, újra s újra lekötődhet a neki megfelelő struktúrákon (12).

Hazánkban a ciguatoxin kimutatására nincs lehetőség, Miami-ben ismert olyan intézet, ahol ki tudják mutatni. A fentieknek megfelelően a terapia is gondot okoz, leginkább a supportív jellegű beavatkozás, a Ca^{++} , K^+ adagolás, parasymphathicomimeticum jön szóba, igen súlyos esetben a művi lélegeztetésre is sor kerülhet. Stero-

id vagy ineffektív, vagy a K depléciós hatása miatt ártalmas is lehet (3, 11).

Gyógytornáztatással, fizioterapiával az állapot csak romlik, a nyugalomba helyezett mozgásszervek fokozatosan és lassan nyerik vissza funkcióképességüket.

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mivel manapság már egyre inkább számolni kell azzal, hogy eddig ismeretlen, távoli egzotikus megbetegedések hazánkban is előfordulhatnak, mint azt a bemutatott eset is példázza és ezen betegek ellátására a magyar egészségügynek is fel kell készülnie.

IRODALOM: 1. Bagnis, R., Berglund, F., Elias, P. S. és mtsai: Problems of Toxicants in Marine Food Products. Bul. Wld. Hlth. Org. 1970, 42, 69—88. — 2. Bates, H. A., Kostriken, R. and Rapaport, H.: Toxicon, 1978, 16, 595. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 3. Dawson, J. M.: Hawaii Med. J. 1977, 36, 239. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 4. Edmonds, C.: Dangerous Marine Animals of the Indopacific Region. Australia: Wedneil Pulications (1975) In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 5. Halstead, B. W.: Poisonous and Venomous Marine Animals of the Word. Vol. 2, p. 613. Washington, DC, Government Printing Office (1967) In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 6. Merson, H. M., Baine, W. B., Gangarusa, J. E., Swanson, R. C.: Scombroid Fish Poisoning. Outbreak Traced to Commercially Canned Tuna Fish. JAMA 1974, 228, 1268—1269. — 7. Popkiss, M. E. E., Hortsman, D. A. and Harper, d.: S. Afr. Med. J. 1979, 55, 1017. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 8. Reid, H. A.: Animal Poisons. Fish Poisoning. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 9. Rhodes, F. A., Mills, C. G. and Popei, K.: Papua New Guinea med. J. 1975, 18, 197. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr F. I. C. Apted I, Balliere Tintal, London, 1984, 544—546. — 10. Russel, F. E.: Marine Toxins and Venomous and Poisonous Animals. Advances in Marine Biology, vol. 3. London, Academic Press (1966) In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. E. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, 544—546. — 11. Russel, F. E.: Toxicon, 1974, 13, 383. In: Manson's Tropical Diseases. Ed: P. E. C. Manson-Bahr and F. I. C. Apted, Balliere Tindal, London, 1984, pp: 544—546. — 12. Scheuer, P. J., Takahashi, W., Tsuthsumi, J. és mtsai: Ciguatoxin: Isolation and Chemical Nature. Science N. Y. 1966, 1955, 1267—1268. — 13. Southcott, R. V.: Australian Venomous and Poisonous Fishes Clin. Toxicol. 1977, 10, 291—325. — 14. Torda, T. A., Sinclair, E. and Ulyatt, D. B.: Puffer Fish (Tetrodotoxin) Poisoning. Clinical Record and Suggested Management. Med. J. Aust. 1973, 1, 599—602.

(Dobi Sándor dr., Budapest, Pf. 29. 1450)

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetésében szereplő Nitromint retard tabletta rendelkezése az alábbiak szerint változott.
„Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal”



GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

A MEDICINA KÖNYVESBOLT AJÁNLATA

Az alább felsorolt kötetek
megvásárolhatók,
illetve a lap alján levő kupon
segítségével megrendelhetők!



Budapest, 1054 Akadémia u. 21. Tel.: 1-313-770

MEGJELENT:

Advances in Electrocardiology

Ed. by Z. Antalóczy—I. Préda—E. Kékes
Excerpta Medica International Congresseries

1600,— Ft

Forster Tamás—Csanády Miklós:

A színkódolt doppler echocardiográfia atlasza

550,— Ft

Hubbard L. Ron:

Dianetika

A személyiségfejlesztés új módszere

260,— Ft

Az alábbi megrendelőt borítékban vagy nyílt levelezőlapra, felragasztva kérjük megküldeni boltunknak.
Szállítás utánvéttel.

Cím: 1054 Budapest V., Akadémia u. 21.

Megrendelem az alábbi könyveket: _____

Név: _____

Pontos cím: _____

Személyi szám: _____

Tuberkulózist utánzó primer choriocarcinoma a tüdőben

Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet, Budapest,
Pathológiai Osztály
(osztályvezető: Sági Tamás dr.)
és Sebészeti Osztály
(osztályvezető: Réfi Miklós dr.)
Pest Megyei Tanács Tárogató úti Kórháza, Budapest, Pulmonológiai Osztály
(osztályvezető: Zádor András dr.)

A szerzők fiatal nőbeteg esetét ismertetik, akinek tüdejében tuberkulózisra jellegzetes üreges, infiltratív elváltozást észleltek, amelyet műtéti úton eltávolítottak. Szövettanilag az elváltozás choriocarcinomának bizonyult. Másol daganat nem volt észlelhető.

Tuberculosis-like primary choriocarcinoma of the lung.
The authors report the case of a young female patient in whose lung they found a hollow, infiltrating lesion characteristic of tuberculosis which was removed by operation. Histologically, the lesion proved to be choriocarcinoma. Elsewhere tumour could not be detected.

Az extragonadalis choriocarcinoma ritka daganatfajta. A hazai irodalomban 4 eset ismertetéséről tudunk (2, 5, 6, 14). Az elmúlt 10 esztendő irodalmát áttekintve mediastinumban (7, 8), gyomorban (13), agyban (11), húgyhólyagban (4), retroperitoneumban (15), duodenumban (9), vastagbélben (10) és lépben (3) találtak igazoltan extragonadalis eredetű choriocarcinomát.

1987-ig összesen 15 esetet ismertettek, amikor a daganat a tüdőben foglalt helyet (12, 16).

Ezek a számadatok egyértelműen bizonyítják a kórforma rendkívüli ritkaságát és egyben érdekességét is.

Esetismertetés

A 39 éves nőbeteg EF szűrés során emelte ki a tüdőgondozó és utalta be a Tárogató úti Kórház Pulmonológiai Osztályára 1987. november 11-én. A lényegében panaszmentes beteg tavasz óta indokolatlan fáradtságról számolt be. Anamnesisében 3 szülés szerepelt. Első gyermeke 3,5 hónapos korában meghalt. Jelenleg két élő gyermeke van, 18 és 13 évesek.

Fizikális vizsgálattal ép viszonyokat találtunk, laboratóriumi értékei normálisak voltak. Köpete mikroszkóposan és tenyésztéssel is Koch negatív. Mantoux reakciója (1 : 10 000 hígítás) 72 óra múlva hypererg. Nőgyógyászati vizsgálat: negatív tapintási lelet. Kolposcopia III/a displasia, cytologia P II.

Az oldalirányú rétegfelvételen (1. ábra) a jobb felső lebenyben 2 cm átmérőjű vastag falú üregárnyék, alatta homogén infiltratív árnyék látható, amely részben az alsó tüdőlebenyre is ráterjedni látszik. Légzésfunkciós vizsgálat kismértékű restrictív jellegű légzészavart mutatott. Bronchographia: a trachea és mindkét oldali hörgőrendszer feltelődött, kóros eltérés nem volt látható. A



1. ábra: Oldalirányú rétegfelvételen a jobb felső lebenyben 2 cm átmérőjű üregárnyék, alatta homogén infiltratív árnyék látható.

radiológiai elváltozás tb-s megbetegedésnek imponált, amelyet alátámasztani látszott a hypererg tuberkulin reakció is. Ellene szólt a köpet ismételt Koch negativitása, mikroszkóposan és tenyésztéssel egyaránt. Az esetlegesen felmerülő abscessus ellen szólt a beteg láztalansága, normális laboratóriumi értékei, jó általános állapota.

Köpetében többszörösen ismételt cytologiai vizsgálattal tumorsejteket nem észleltünk. Az ismételt transthoracalis tübiopsiák kellően értékelhető anyagot nem adtak. Serologiai vizsgálattal candida, aspergillus, echinococcus kizárhatóak voltak. Mindezekre való tekintettel antituberkulotikumok adását kezdtük el,

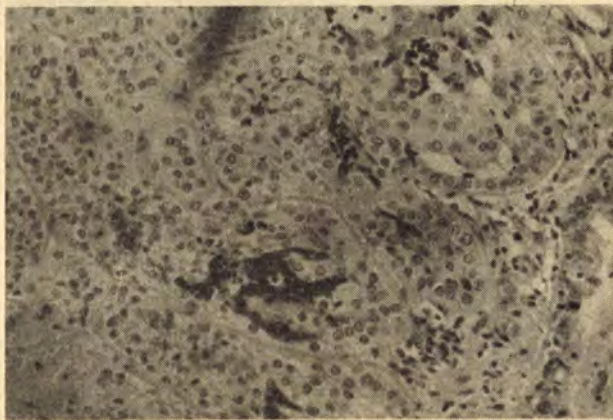
Kulcsszavak: primer choriocarcinoma, tüdő

de radiológiai változást az INH + PZA + Tubocin + Prednison kezelés során nem észleltünk.

Az elváltozások tisztázatlan aetiologiája miatt a mellkasbész konziliáriussal egyetértésben azok műtéti eltávolítása mellett döntöttünk. A beteget a tervezett műtét elvégzésére a Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztályára helyeztük. Antituberkulotikus védelemben 1988. március 10-én műtét történt. Jobb oldali posterolateralis thoracotomia a VI. bordaközben való behatolással. A VI–VII. bordák hátsó íveinél lapos, szilványi pleuratumornak imponáló elváltozás észlelhető, amely a csontos mellkasfallal összekapaszkodott. Az I–II. segmentumok határában peripheriásan zöld diónyi, tömött tapintatú, parenchymalis elváltozás, amely felett a pleura ép. Egyéb kóros eltérés a tüdőben, mediastinumban nincs. A tüdőben észlelt elváltozást UKL tüdővarrógéppel atypusosan resekáljuk, a gépi kapcsolót buktatjuk. A tumoros mellkasfalszakaszt a VI-os, VII-es bordákra terjedően az épből, ablakszerűen kivágva eltávolítjuk. Vérzéscsillapítás, két mellúri basalis drain behelyezése után a mellkasfal hiányát az izomzat levarrásával szüntetjük meg. Bőrvarrat. A műtétet követő zavartalan postoperativum 10. napján a beteg elsődlegesen gyógyult sebbel került visszahelyezésre a Pulmonológiai Osztályra.

Szövetten: vizsgálatra érkezett egy almányi tüdőlebenyrészlet, amelyben diónyi, térképszerűen határolt gelatinosus jellegű góc különíthető el. Továbbá egy $5 \times 3,5$ cm-es $0,5$ – $1,5$ cm vastag, lapos képlet, amelynek egyik felszíne szürkésfehér, heges, vörhenyes belfelszínén bors-borsónyi szürkés göcök találhatók, és egy 6 cm hosszú bordarészlet hasonló hosszúságú 1 – 2 cm vastag vörhenyes szövettel.

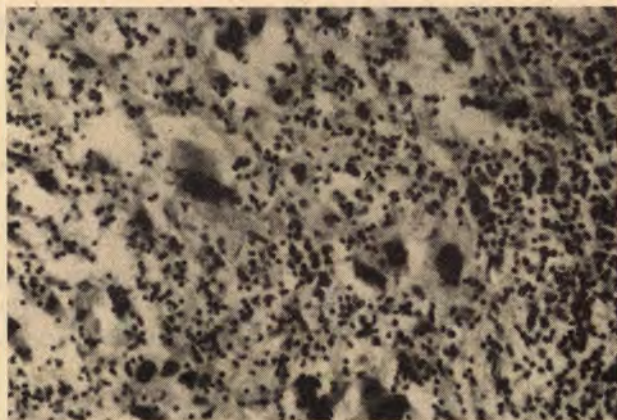
Mikroszkóposan mindhárom anyagban hasonló szerkezetű daganatszövet látható, amely capillarisokban gazdag, bevérzett és kiterjedt elhalásokat is tartalmaz. A daganatsejtek szolid fészkeket, ill. kötegeket képeznek. Egy részük nagy, polygonalis sejt, világosra festődő cytoplasmával, kifejezett atypiával (2. ábra).



2. ábra: Nagy polygonalis világos cytoplasmájú Langhans sejtek fészkei között elszórtan syncytialis elemek.

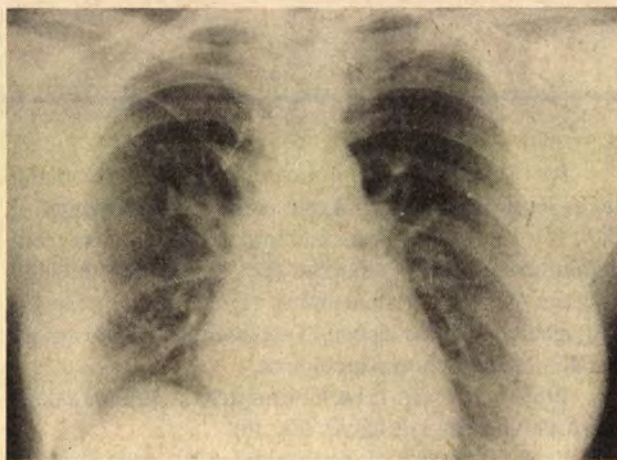
Más sejtek többmagvúak, kifejezetten polymorphak, polychromatikusak. Ez utóbbi sejtek syncytiotrophoblastokra emlékeztetnek (3. ábra). A daganatsejtek között nagy számban oszló sejtalkak is vannak. Hisztokémiai reakciók közül indirekt immunperoxidase reakcióval a daganatsejtek cytoplasmájában kevés keratin kimutatható, béta HCG különösen a többmagvú óriássejtekben adott intenzív pozitív reakciót. A leírtak és a látottak alapján a diagnózis *choriocarcinoma*. A histológiai lelet birtokában — gonadalis eredet után kutatva, ill. azt kizáró — ismételt nőgyógyászati vizsgálatot és abrásiót végeztettünk, amelyek negatív eredményt hoztak.

Menotest vizsgálat is negatív. A vizelet és vér béta-subunit vizsgálatai kóros értékeket nem mutattak. E vizsgálatok birtokában egyértelműen bizonyított a tumor extragonadalis eredete. A beteg 1988. május 10-én távozott otthonába. Azóta panaszmentes, állandó ellenőrzés alatt áll. A műtét utáni egyéves radiológiai vizsgálat tumorra utaló kóros eltérést nem talált. A mellkas rgt.



3. ábra: Lobsejtek között syncytialis elemek.

felvételen a műtét utáni állapot látható (4. ábra), a csontos mellkasfal részleges hiányával, a parenchymában levő gépi kapcsolattal. 1989 februárjában ismételt abrasio, szövetten és vér béta-subunit vizsgálata történt negatív eredménnyel.



4. ábra: Mellkasfelvételen a csontos mellkasfal részleges hiánya és a parenchymában levő gépi kapcsolat látszik.

Megbeszélés

A choriocarcinoma choralis elemekből felépülő tumor, amely lehet gonadalis és extragonadalis eredetű. A gonadalis eredetű tumorok nőknél gyakrabban fordulnak elő, az extragonadalisok inkább férfiakra jellemzőek. Az extragonadalis choriocarcinoma keletkezését általában teratogén elmélet alapján magyarázzák (1). Ezek szerint a blastula vagy morula stádiumban a totipotenciális sejtek maradványaiból vagy a primordialis csírasejtekből származnak. Ezen elemek embrionalis stádiumban leválnak az urogenitalis rendszerről és a későbbiek során differenciálódnak choriocarcinomává. A korai leválás nyújt lehetőséget intracranialis, mediastinalis és hasúri szervekben való megjelenésre is. A tüdő choriocarcinoma klinikai tünetei változatosak. Jelentkezhet röntgenfelvételen mint diffúz vagy körülírt elváltozás, megjelenhet általános tünetek vagy hormonális változás képében. Ez utóbbi főleg férfiakra jellemző, amely lehet gynaecomastia, libido elvesz-

tés és hereatrophia. A szerzők leggyakoribb tünetként haemoptoet, mellkasi fájdalmat és ismétlődő köhögést írtak le. Az általános laboratóriumi, valamint bronchoscopus vizsgálatok nem segítik elő a diagnózis felállítását. Több esetben tuberkulózis volt az első diagnózis.

Az extragonadalis choriocarcinoma terapiás kilátásai kedvezőtlenebbek a gonadalis eredetűeknél. Elsődlegesen a sebészi kezelés jön szóba, lehetőség szerint radikális műtéti megoldás választásával. Amennyiben a folyamat inoperabilisnak bizonyul, daganatellenes chemoterapiás kezelés lehetséges, sajnos nem igazán kedvező eredménnyel.

Az extragonadalis choriocarcinomás beteg esélyeit nagymértékben rontja az a tény is, hogy az esetek döntő többségében a tumor csak szövettani vizsgálattal kórismézhető. Indokoltnak látszik ezért, hogy a tüdőben előforduló terapia-rezisztens üreges-infiltratív elváltozások esetében minél előbb állítsuk fel a műtéti indiciót, és extragonadalis chorio-carcinomára is gondoljunk. Így nagyobb lehetőség nyílik a daganat kellő időben történő eltávolítására, hatásosabb gyógyítására.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton mondunk köszönetet dr. Sugár János professzor úrnak és munkatársainak az OTE Onkopathológiai Tanszéken elvégzett immunhistokémiai vizsgálatokért és dr. Gáti István professzor úrnak az elvégzett béta-subunit vizsgálatokért.

IRODALOM: 1. *Besznyák—Szende—Lapis:* A mediastinum tumorai és pseudotumorai. Akadémiai Kiadó, Budapest 1985, 118—120. — 2. *Brenner F. és mtsai:* Extragenitalis choriocarcinoma malignum férfibetegben. Orv. Hetil. 1975, 116, 988. — 3. *Carr, A. J. és mtsai:* Male choriocarcinoma of the spleen: a case report. Eur. J. Surg. 1987, 13, 75. — 4. *Gallagher, L. és mtsai:* Primary choriocarcinoma of the urinary bladder in association with undifferentiated carcinoma. Hum. Pathol. 1984, 15, 793. — 5. *Gyetvai Gy. és mtsai:* Élőben diagnosztizált extragenitalis choriocarcinoma férfiban. Orv. Hetil. 1971, 112, 2098. — 6. *Hartai A. és mtsai:* Élőben diagnosztizált, mellékvesében előforduló choriocarcinoma malignum férfiban. Orv.-Hetil. 1974, 115, 869. — 7. *Kathuria, S. és mtsai:* Primary choriocarcinoma of mediastinum with immunohistochemical study and review of the literature. J. Surg. Oncol. 1987, 34, 39. — 8. *Knapp, R. H. és mtsai:* Primary embryonal carcinoma and choriocarcinoma of the mediastinum. A case report. Arch. Pathol. Lab. Med. 1982, 106, 507. — 9. *Matthews, T. H. és mtsai:* Primary duodenal choriocarcinoma. Arch. Pathol. Lab. Med. 1986, 110, 550. — 10. *Ordóñez, N. G. és mtsai:* Choriocarcinoma of the colon. Am. J. Gastroenterol. 1984, 79, 39. — 11. *Page, R. és mtsai:* Primary intracranial choriocarcinoma. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1986, 49, 93. — 12. *Pushchak, M. J. és mtsai:* Primary choriocarcinoma of the lung. Arch. Pathol. Lab. Med. 1987, 111, 477. — 13. *Ramponi, A. és mtsai:* Gastric choriocarcinoma: an immunohistochemical study. Pathol. Res. Pract. 1986, 181, 390. — 14. *Sági T.:* Extragenitalis choriocarcinoma férfiban. Főv. Bajcsy-Zs. Kh.-Rendelő Jubileumi Tud. Évkönyv 1982, 286. — 15. *Shkolnik, Z. és mtsai:* Retroperitoneal choriocarcinoma in the male. Br. J. Urol. 1983, 55, 335. — 16. *Tanimura, A. és mtsai:* Primary choriocarcinoma of the lung. Hum. Pathol. 1985, 16, 1281.

(Fecske Éva dr., Budapest, Pf. 71. 1475)

ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ

Egészségügyi software-ek

Mic TOX

Növényvédőszer-mérgezés szakértői rendszere

- mérgezési tünetek
- elsősegélynyújtási módszerek
- mérgezések valószínűsítése tünetek alapján

Mic ALKOHOL

Az alkoholbetegség kórismézésének és gyógykezelési folyamatának szakértői rendszere.



MICROSYSTEM AZ EGÉSZSÉGÜGYÉRT!

1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 156-5366 Tx: 22-3768 Telefax: 155-9296



STREP-TEST

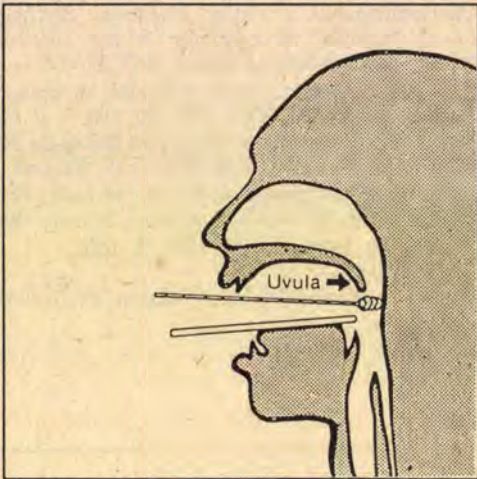
in vitro diagnosztikai készlet
Streptococcus A antigén kimutatására

OTI támogatja

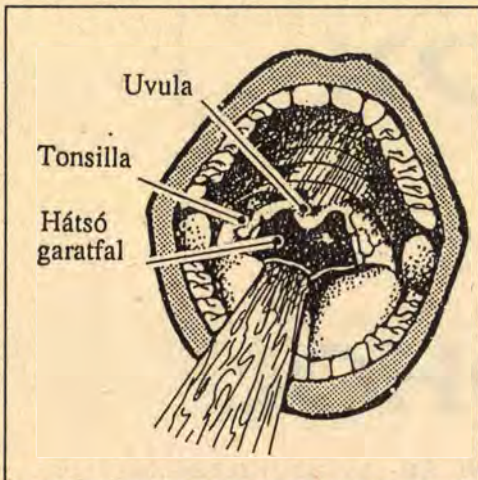
26 Ft térítési díj

75 vizsgálathoz elegendő anyagot tartalmaz

**A KIMUTATÁS IDŐTARTAMA
6–8 perc**



Streptococcus A antigén kimutatására
szolgál orr-, fül- torokkenetből.



**JELENTŐS
KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS!**

- A készlet minden eszközt tartalmaz, amely a vizsgálathoz szükséges.
- A tesztkészlet **75 vizsgálathoz elegendő** anyagot tartalmaz.
- Az egy vizsgálatra eső költség – **26.- Ft térítési díj**, töredéke a hagyományos tenyésztéses vizsgálatnak.
- Az **Országos Társadalombiztosítási Intézet** támogatja a termék forgalmazását.

18 HAVI SZAVATOSSÁG

Szakvélemények

- *SZEM Dr. Pintér Attila minisztériumi főtanácsos osztályvezető*
1990. május 21. – kivonat –
„A teszt alkalmazásával (negativitás esetén) elkerülhető a gyermek-közösségek felesleges preventív gyógyszerelése, a felvételi zárlat, a szülők tartós keresőképtelensége stb. Az alkalmazásával tehát jelentős költségmegtakarítás is elérhető.”
- *Orvostovábbképző Intézet I.sz. Gyermekgyógyászati Tanszék*
Dr. Nyerges Gábor, az orvostudományok doktora, tanszékvezető egyetemi tanár
1990. május 3. – kivonat –
„A gyorseszt – amelyet és amelyhez hasonlókat a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok már régen alkalmaznak – lehetővé teszi az azonnali actiológiai diagnózist... Ha a tenyésztéses vizsgálat és a felesleges antibiotikum kezelés költségeit tekintetbe vesszük, úgy a ráfordítás (haszon hányados) anyagi szempontból is a gyorseszt hazai bevezetése mellett szól.”
- *Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika*
Dr. Szabó Iván egyetemi adjunktus
1990. május 3. – kivonat –
„A STREP-teszt csomagolása, kivitele esztétikus, praktikus és célszerű... Véleményünk szerint nemcsak szájüregből, illetve garatból vett váladék vizsgálatára alkalmas, hanem fülészeti használata is célszerű.”

Forgalmazza: **Biomondex Kft.**
1476 Budapest, 100 Pf. 196

Az Egyesült Államokban 1984 óta forgalomban lévő gyorseszt

Megrendelhető: HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Vállalat
1368 Budapest, pf. 243

Ambró János emlékezete — halála centenáriuma —

Ebben az évben emlékezünk meg Semmelweis Ignác halálának 125. évfordulójáról és a sors véletlen összeesése, hogy most kell felidézünk hűséges követője, Ambró János életútját is elhunytának centenáriumán. Annak a magyar nőorvosnak az emlékét idézzük, akiről Kézmárczky így szólt: „...elsősorban *Fleischer Józsefnek és Ambró Jánosnak* köszönhetjük, hogy a Semmelweis koporsójára hulló röggök tanítását nem temették el teljesen Magyarországon.” Ambró János, a pozsonyi bábaképző intézet igazgatója, számos cikkben és előadásban hívta fel a magyar orvosok figyelmét Semmelweis érdemeire. „A szülőházak és Semmelweis tana” című előadásában 1870. január 8-án az Orvosegyesületben, nagy hittel és ragaszkodással szállt síkra Semmelweis tanítása mellett. „Tanulmányozni kell Semmelweis munkáját, hirdetni minden tanszéken, hogy minden orvos, egész kiterjedésében *correcte ismerje azt*” — mondta előadásában.

Valóban Ambró János volt azon nőorvosok közül az első, aki a nagy magyar orvos halála után alig öt esztendővel, teljes hittel és meggyőződéssel állt ki a semmelweisi tanok mellett és a gyakorlatban, a katedrán és a tudományos élet minden fórumán kiállt és hirdette annak igazát. Nevével majd minden, Semmelweis életművét feldolgozó munkában találkozunk, úgy említve mindenütt, mint az első magyar követőt, aki kiállt a mesterének tartott Semmelweis igazsága mellett. Viszont az utókor mintha ezzel megelégedett volna, például a Magyar Életrajzi Lexikon nem (a pótkötet sem) említi nevét, életére vonatkozó adatokat a legkülönbözőbb helyekről kell összekeresgetni.

Ambró János 1827. március 27-én született a Trencsén megyei *Beczkón*. Orvosi tanulmányait Bécsben és Pesten végezte, s az utóbbi helyen nyerte el orvosdoktori oklevelét, sebész- és szülésmesteri képesítését.

Nőorvosi gyakorlatát a bécsi Közkórházban, Klein osztályán kezdte el. Kiváló képességű orvosnak tartották, aki elmélyülten készült fel választott szakterületére. Pályakezdése nem éppen szerencsésen indult: 1854-ben, egy súlyosan fertőzött betegétől — kötőzés közben — szemén megsérült, fertőzést kapott, s ennek következtében később egyik szemére megvakult. Nem sokat időzött Bécsben, hiszen 1856-ban már Kisújszálláson találjuk gyakorló orvosként, ahol 1861-ben a vármegye tiszteletbeli, a város valószínű főorvosának nevezték ki.

A rendkívül érdeklődő fiatal orvos Semmelweis tanait az első pillanattól figyelemmel kísérte, annál is inkább, hiszen bécsi praxisa idején elég sok ellentmondásos tényezőt hallott a Bécsből Pestre tért, ott katedrát nyert kollégájáról. Vidéki gyakorlata viszont arra döbbsentette rá, hogy a jelentős mértékű csecsemőhalálozási arány egyik oka a gyermekágyasok rossz ellátása és a képzett bábák kétség-

beejtő hiánya. Már vidéki orvosként, később pedig főorvosként, hangot adott a bábaképzés mielőbbi megreformálása szükségességének, az ilyen jellegű képzőintézmények azonnali megszervezésének. Figyelemkeltő beadványai és kisebb írásai mellett, nagy gondot fordított a környezetében és a felügyeleti körzetében működő képzett és képesítés nélküli bábák tudásának gyarapítására, aminek következtében *Kisújszállás környékén* statisztikailag is kimutathatóvá vált a csecsemőhalálozás — ha nem is nagyarányú — *csökkenése*. Esméje egy orvosi irányítás alatt álló bábaképző intézet megteremtése volt, ahol a legvárhatóbb helyzetek megoldására készítenék fel a jelölteket. A babaügy érdekében kifejtett közírói tevékenységének köszönhető, hogy 1870-ben Pestre költözött, majd 1872-ben kinevezték az akkor alapított *pozsonyi bábaképző igazgatójának*.

Pesti évei idején az elsők között emlékezett meg az Orvosegyesületben Semmelweis Ignácra, szakmai szempontból értékelve életművét. Itt is tiltakozott a semmelweisi tanok pusztán „hullaméreg-elmélet”-ként való minősítése ellen, noha teljes mértékben valamilyen fertőzésnek tartotta a gyermekágyi láz kórhátrétét, de abban *nem* egyetlen oki tényezőnek a hullamérgezést. „A gyermekágyi láz oktana, bármennyire plausibilisnek tűnjék is fel első tekintetre, boldogult Semmelweis kóroktanára való nézete, ma a tudományban még mindig nyílt kérdés, s míg sokan vannak a gynaekológusok közül, kik Semmelweis nézetének hódolnak, éppen annyian, sőt talán többen is vannak azok, kik e nézetet nem osztják, s ha az infectio lehetőségét egyes esetekben úgy, mint azt Semmelweis tanítá, elfogadják is, nem tartják a gyermekágyi láz kizárólagos okául a hullamérgezést. És éppen, mert e kérdés, a tudománynak még mindig eldöntetlen kérdése, nem vala felhozható a műben, mint olyan mozzanat, melyhez többé vita nem fér, amelyből kifolyólag oly apodicticus biztonsággal diktálja a szerző a bábaképezésben megtartandó óvszabályokat azon célból, hogy ezen sokszor pusztító járválynak elejét vétessék.”* Ennek érdekében az általános tisztaság, a higiénés feltételek megtartása mellett, minden nőorvosi beavatkozás vagy vizsgálat megtétele előtt, javasolja kötelezővé tenni a klórmeszes kezdezinfekciót.

Elkötelezett híve volt Semmelweisnek, aminek talán legszebb hitvallása „A szülőházak és Semmelweis tanár úr tana” című tanulmánya. Itt külön kitért arra, hogy megértéssel kell a kortársaknak fogadniuk Semmelweis írásainak

*Ne csodálkozzunk Ambró felemás álláspontján, hiszen hogy a „bomlott hullaszerves anyag” tartalmazza a később bakteriálisnak felismert faktort, erről még fogalma sem lehetett. Épp elég érdem, hogy gyakorlatilag teljes mértékben felkarolta a semmelweisi non infectio, lényegében anticipált elvét.

hevét, hiszen azokban ő az értetlenséggel szemben kíván érvelni. „Személyes megtámadásai, animositása nem helyeselhető, ártott a nagy ügynek, melyért oly nemesen, hévvel buzgott, de most már megbocsátható, mert legtisztább erkölcsi alaplól indult ki s méltó elkeseredésében fájjalja, hogy rendíthetetlen alapon nyugvó tana döntő férfiak által kellőleg nem méltányoltatott” — írta ezen munkájából Ambró Semmelweis írásairól.

1872-ben új korszak kezdődött életében, amikor — valójában a kezdeményezésére alapított három bábaképző egyikében — *igazgatónak* nevezték ki a pozsonyi bábaképzőbe. Elképzeléseinek reális lehetőséget és működési teret kapott, amit szisztematikusan épített fel. Elsőnek tankönyvet írt a bábáknak, amelyben — Kézmárszky szavait idézve — „... az a sepsis elveit az akkori ismeretünk nyomán következetesen viszi keresztül, s jellemző szerzőjének fennkölt gondolkodására, hogy azt Semmelweis életrajzával kezdi meg.” E könyvet először szlovákul adták ki (1873), hiszen e nemzetiség volt többségben jelen intézetében, majd egy év múlva magyarul is napvilágot látott. Milyen tanár volt? Ismét csak Kézmárszky Tivadart kell idéznünk: „... Tanítványainak oktatásában példás buzgósággal járt el s egész lelkével foglalkozott mindegyikkel, nem kímélve semmi fáradságot, hogy jó bábákat szolgáltatson a közéletnek. Ragaszkodtak is hozzá növendékei mint valóságos atyjukhoz, kiről tudták, hogy azután is jóakaró tanácsadójuk és támogatójuk lesz. S mily szép viszony volt tanító és tanítványai között, az tapasztalhatta, aki a jó Ambrónak sugárzó arcát látta, a mikor jól felelt a vizsgán valamely tanítványa, vagy azt látta, hogy búcsúzik el könnyes szemmel végzett növendékeitől.”

Éppen a bábaképzés területén elért eredményei és e

célból kifejtett közéleti tevékenységéért 1878-ban beválasztották az *Országos Közegészségügyi Tanácsba*, ahol e kérdés szakfelügyelője lett. Élete csúcsának azt tekintette, hogy 1885-ben Pozsonyban szeretett intézete új épületbe költöztetett, s önállóan működhetett. Addig a pozsonyi Országos Kórház területén kaptak otthont és gyakorlati lehetőséget, ami nem egy esetben összetűzésekre is alkalmat adott. Ő nem a kórházról, a gyakorlati lehetőségtől kívánta elszakítani intézetét, de különbséget tudott tenni az oktatás és a gyakorlat területei között, amely két, alapjaiban összefüggő terület közül az első helyre az oktatást, az elméleti képzést helyezte, amelyet a gyakorlati képzésnek kellett követnie. Ambró János sokoldalú közéleti tevékenysége közé sorolható, hogy az első között hívta fel a szakmai és a laikus közvélemény figyelmét a *lencügyre*, ahogy ő nevezte, a „gyámoltalan gyermekek” kérdésére. A lencházak újjáteremtésére, állami megszervezésére, orvosi felügyeletére közalapítványt szervezett, amelyhez maga is jelentős összeggel járult hozzá.

Valójában szakmai tevékenységének delén, 1890. június 15-én távozott az élők sorából, s bár még sok tennivaló és célt tűzött ki maga elé, műve nem maradt befejezetlen.

IRODALOM: 1. *Ambró János*: Irányeszmék a magyar állam területén felállítandó bábá-intézetek szervezésénél. Pest, 1871. — 2. *Ambró János*: Kniha o porodnictve pre baby. V Skalici. Pozsony, 1873. — 3. *Ambró János*: Szülészeti tankönyv szülésznek számára. Pozsony, 1874. — 4. *Ambró János*: A pozsonyi kórház és a bábaképző hiányai. Pozsony, 1880. — 5. *Kiss F. (I.)*: Ambró János (1827—1890) Magyar Orv. Term. Vizsg. Nagyg. 1890, 25, 98. — 6. *Kézmárszky T.*: Ambró János. Orv. Hetil. 1890, 34, 251.

Kapronczay Károly dr.

Orvos-mezőgazdász avagy mezőgazdász-orvos:

Lübeck János Károly (1776—1814)

Lübeck János Károly 1776-ban született Bazinban (ma: Pezinok, Csehszlovákia). A „Szinnyei”, illetve a Magyar Életrajzi Lexikon 1770-es adatát korrigálnunk kell, hiszen Lübeck nekrológiájának szerzője 1814-ben egyértelműen a 38 éves korában elhunyt barátról emlékezik. A pozsonyi evangélikus líceum elvégzése után az ifjú Lübeck gyógyszerészgyakornokként kezdi pályáját atyja gyógyszerházában, Bazinban. További pályafutását illetően meghatározónak bizonyulnak a pozsonyi diákevek alatt szerzett élmények. A líceum tanára, *Tekusch János Mihály* az irodalmat, az írást kedvelteti meg tanítványával. Az atyai házból magával hozott botanikai ismereteit pedig *Lumnitzer István* doktor, a *Flora Posoniensis*, 1791 szerzője gazdagítja. Lumnitzer a líceum növények iránt érdeklődő diákjait maga köré gyűjtve, kirándulásokat szervez Pozsony környékére. E kirándulások lelkes résztvevője Lübeck is (1).

Talán Lumnitzer példája lebeg Lübeck előtt, mikor 1796-ban beiratkozik a jénai egyetem orvosi karára (2).

Többévi peregrináció után az oklevelet Bécsben szerzi meg, majd rövid időre Pozsonyban telepedik le mint gyakorló orvos s költő-szerkesztő. 1800-ban *Musen Almanach einiger Freunde ungarischer Musen* c. alatt, saját 40 költeményét is tartalmazó, irodalmi zsebkönyvet ad ki. Pozsonyi orvosi működéséről alig maradt fenn adat, nem tudjuk valódi indítékát sem a város elhagyásának. Győr megyébe, Sövényházára kerül *Neuhold* cs. kir. tanácsos házi orvosaként, majd ugyanilyen beosztásban a Torontál megyei Nagyszentmiklósról (ma: Simnicolau Mare, Románia), a *Nákó* család birtokára. *Rössler* szerint e két helyen a gazdaságban képezte magát Lübeck. Ez a megállapítás különösen a szentmiklósi tartózkodására érvényes. A modern gazdálkodási módok iránt nyitott *Nákó Kristóf* — 1782-ben például elsőként próbálkozik nagyszentmiklósi birtokán „pamut termő tsemetek” (gyapotcserje) termesztésével (3) — *Tessedik Sámuel* utasításai alapján uradalmában „gyakorlati gazdasági szorgalmassági iskolát” nyit meg. Nincs kizárva,

hogy Lübeck nemcsak mint orvos, hanem mint oktató is működött a Nákó-birtokon.

Lübeck Pestre való költözésének oka s ideje ismeretlen. Valószínű azonban, hogy 1803-ban már Pesten működik. Háromrészes — s még folytatást ígérő — tanulmánya jelenik meg a *Schedius-féle Zeitschrift*-ben (4). A széles körű olvasottságról tanúskodó orvostörténeti tanulmány a XVIII. sz. utolsó évtizedeiben közölt magyarországi orvosi és természettudományos munkákat tekinti át, különös figyelmet szentelve a *Nagyszombatban* végzett orvosok disszertációinak. Schedius lapja nem tudta betölteni azt az űrt, mely a magyar nyelvű folyóiratok hiányából keletkezett. Különösen a gazdasági munkák kis száma az, amely Lübecket arra ösztönzi, hogy saját folyóirattal kísérletezzék. Leendő hetilapját egy 1803 augusztusában keletkezett hirdetéssel mutatja be Schedius újságjában.

A hetilap, a *Patriotisches Wochenblatt für Ungarn* (PWU) 1804-ben jelenik meg Pesten, egyetlen évfolyamként, 52 számmal. (1807-ben változatlan tartalommal, de *Patriotischer Rathgeber für den ungarischen Stadt- und Landwirthschaft* c. alatt, 4 kötetben újra megjelenik). A lap sikerének egyik titka: Lübeck meg tudta nyerni munkatársnak a század eleji Magyarország számos német nyelven (is) publikáló orvosát, lelkészét, gazdasági szakemberét.

Íme — ízelítőül — néhány szerző s téma a PWU hasábjairól. *Tessedik* Sámuel a szarvasi gyakorlóiskola vizsgaanyagát ismerteti, ill. a lucerna termesztéséről értekezik. Gömör megye főorvosa, *Marikowski* György a rozsnói méhészetéről ad jelentést; egy másik főorvos, *Lenhossék* Mihály az esztergomi keserűvízről értekezik. *Németh* László, a győri evangélikus gimnázium rektora a keszthelyi Georgikonba kalauzolja olvasóit, mellékelve a gazdaság térképét is. A PWU-ban jelennek meg *Gertinger* János Sámuel, eperjesi gyógyszerész alapvető jelentőségű tanulmányai a répacukorgyártásról csakúgy, mint a magyarországi pomológia úttörőjének, id. *Leibitzer* János lőcsei tanárnak — azóta sokszor idézett — tanulmánya a kerteszet állapotáról Magyarországon. Nem maradhatott ki a lapból a korabeli magyar gazdaság egyik vezető ágazata, a szőlészet sem: a tokaji szőlővel s borral szerzett tapasztalatait teszi közkinccsé egy tállyai gyakorló orvos: *Fuker* Frigyes Jakab. A még gyermekcipőben járó ipar is képviselteti magát — *Farkas* András rozsnói rektor megyéje, Gömör iparáról ad áttekintést. Maga a szerkesztő-kiadó, Lübeck is egyike a legszorgalmasabb tollforgatóknak: ír a komló nélküli sörről; a kávéról; a gyümölcsfák átültetéséről; a fasorok kialakítására legalkalmasabb fákrol; a rizsművelésről, a lucerna termesztéséről.

Az orvostörténezt leginkább érdeklő két rovat közül a népi gyógymódokkal foglalkozót *Sennovitz* Mátyás eperjesi tanító tudósítása képviseli: egy Abaúj vármegyei falusi asszony olyan „bevált” szerét ismerteti, amely higany nélkül (ohne Merkur) gyógyítja a „vénuusz nyavalyát”. A magyarországi gyógyvizeknek szentelt rovat bevezetője Lübeck terjedelmére is tiszteletre méltó — 19 oldalas — tanulmánya: *Über den Gebrauch der Gesundbrunnen, be-sornders über den Gebrauch der Bäder*, azaz a gyógyforrások, különösen a fürdők használatáról. E rovat másik jelentős munkája a már említett Lenhossék-értekezés.

A PWU kedvező fogadtatás ellenére Lübeck 1805-ben új folyóiratot indít. Túl szűknek érzi előző lapja kereteit, amelyből többek közt kiszorult az irodalom s a történelem. Az új vállalkozás, az *Ungarische Miscellen zur Beförderung der Industrie und Kultur* (UM) irodalom rovata Magyarországon az elsőként követi az író személyétől eltekintve, csak a művet bíráló kritikai szellemet. Magyarul, jó tíz évvel később, *Kisfaludy* Károly vall majd hasonló elveket (5). Az UM első három füzeté verseivel, útleírásaival, Rössler Kristóf fiatal költőket tanító utasításaival visszacsúsztatja a PWU tudományos igényeket is kielégítő szakcikkeivel szemben. A 4. és 5. füzet — melyek csak 1807-ben jelennek meg — egyben Lübeck szerkesztői tevékenységének végét is jelentik.

Valószínű, hogy az 1800-as évek elején az újságkiadás nem lehetett kimondottan nyereséges üzlet. Lübeck ugyanis 1805-ben kénytelen fix fizetéssel járó állás után nézni, miután egy másik, állandó bérrel kecsegtető állástól — *Márton* István pesti gyakorló orvos visegrádi timsógyárának „kormányzásától” — visszalép. Három év múlva e visszalépésből fakadó kárát Márton végrehajtó útján kívánja Lübeckkel megtéríttetni (6).

Lübeck 1805 tavaszán Ipolyságra (ma: Šahy) költözik, ahol elfoglalja Hont megye — *La Rose* Ferenc fizikus halálával megüresedett — főorvosi állását. Igyekszik az 1802-ben Hontban is beindult himlőoltást felkarolni, 1806-ban a megye közgyűlése — valószínűleg Lübeck javaslatára — már a beoltottak pontos számának jelentését is megköveteli a járási seborvosoktól (6). 1808-ban évi fizetését 100 forinttal emelik a megye rendjei, figyelembe véve Lübecknek „az egészségnek a Megye egész kiterjedésin való ügyellés”-ben való fáradozásait. 1811-ben már kevésbé elégedett a tekintetes vármegye orvosai tevékenységével: a megyében dühösködő „marhadög” nem akar csillapodni. Pedig a Helytartótanács — a járványról hírt szerezve — azonnal Hontba küldi *Brunkala* Romant, „Tolnay Veterinaria Oktatónak Adjunctussát” (7). Ám a Pestről „kiszállt” szakember tanácsai is hatástalanok maradnak. Valószínű, hogy inkább a tél beállta, mintsem az orvosi intézkedések állítják meg a járvány terjedését. A december 20-i „különös gyűlés” megkönnyebbüléssel jelenti a Helytartótanácsnak a kedvező hírt; hozzáfűzve Lübecknek azon tapasztalatát, hogy „a *Marha* orvoslására az is *Szembe tűnő képen* használ, ha a betegeskedni kezdő marhának minden darabra nézve fél citrom bé adatik” (6).

Lübeck 1808-ban megkísérli a Pestre visszajutást is. Indul a *Schönbauer* József elhunytával megüresedett, s a sebészek számára belgyógyászatot előadó katedra betöltésére kiírt pályázaton — siker nélkül. Ám az egyetemi kudarc nem töri le, megkezdte eddigi összegyűjtött gazdasági ismereteinek, tapasztalásainak közreadását. 1812-ben, a pesti *Hartleben* kiadónál jelenti meg az *Allgemeinnes ökonomisches Lexikon* (Általános gazdasági lexikon) két vaskos kötetét. Az Ipolyságon, 1811 márciusában keltezett előszavában Lübeck hangsúlyozza, hogy fő célja munkájának: összegyűjteni, egy csokorba fűzni mindazon gazdasági ismereteket, tapasztalatokat s újdonságokat, amelyek a különféle gazdasági folyóiratokban szétszórva találhatók. A több mint 850 oldalnyi ábécésorrendben tált ismeret-

anyagot a szerző a földbirtokosoknak, mezőgazdászoknak, bérloknak, kincstári és uradalmi tiszteknek ajánlotta.

A gazdasági lexikon szerves kiegészítője az a szintén kétkötetes munka, mely ugyancsak Hartlebennél jelenik meg 1812 s 13-ban. Mint neve mutatja — *Der allgemeine ökonomische Sammler* — olyan gyűjteményről van szó, amely a gazdaságot, gazdálkodás tárgyköréből válogatta ki a legújabb ismereteket. (A munka érdekessége egyébként, hogy Lübeck írói álnév — Karol August Hellenthal — mögé rejtőzve adja közre gyűjteményét.) Lübeck utolsó — már csak halála után megjelenhető — gazdasági munkája a *Hülfsbuch für Weinbesitzer und Weinhändler* a magyarországi mezőgazdaságat már akkor egyik legsikeresebb ágazata, a szőlő- s borgazdálkodás művelőinek készült. Lübeck e talán legnépszerűbb munkáját — 1830-ban már az ötödik kiadásnál tart — Némethy József magyarra is lefordította: *Hellenthal K. A. segítő könyve a borosgazdák és a borkereskedők számára vagy a tökéletesített Pintze-Mester*, 1830 — (Hellenthal azonos Lübeckkel — ez a Rössler-féle nekrológból egyértelműen megállapítható).

Lübecknek van még egy posztumusz műve. A *Die Toilette der Grazien* 1815-ben jelenik meg először, tanácsokat osztva hölgyolvasóinak arról, hogy lehet a szépséget megtartani, sőt fokozni. A könyv sikerét bizonyítja, hogy 1818-ban *Der Schönheitsfreund oder ärztlicher Rathgeber* c. újra kiadásra kerül.

Lübeck e két utóbbi munka sikerének már nem örülhetett. 1814 tavaszán súlyosan megbetegedett. A két nappal halála előtt barátjának s kiadójának, Hartlebennek írt leveléből — Rössler közli nekrológiájában — arra következettünk, hogy *tuberkulózis* (Lungensucht) áldozata lett. 1814 szeptemberében lemond főorvosi hivataláról, Besztercebányára készül átköltözni, de a halál gyorsabb. 38 éves korában, Ipolyságon ér véget Lübeck élete, 1814. november 14-én.

Barátja, Rössler Kristóf, a *Vereinigte Ofner und Pester Zeitung* szerkesztője, meleg szavakkal búcsúztatja Lübecket. E nekrológ (1) — életrajzi s bibliográfiai adataival — azóta is leghitelesebb forrás Lübeck életművéhez. Ahhoz az életműhöz, amely torzó maradt, mert mint Rössler írja: „er starb zu früh für diese Welt”, hiszen nagy munkája a *Darstellung der ungarischen Landwirtschaft* már örökre befejezetlen marad. E — feltehetőleg csak kéziratban létező — munka további sorsa ismeretlen, valószínűleg elkallódott.

Ami megmaradt, a megjelent gazdasági gyűjte-

ményes munkák, a több kiadást megért borgazdálkodási kézikönyv elegendő indok arra, hogy Lübecket a századelő egyik jelentős mezőgazdasági írójaként tartsuk számon. Nem kevésbé jelentős szerepe a a gazdasági, ill. természettudományos sajtó úttörői közt sem. Folyóirataira is érvényesek orvoskollégája, *Schedel-Toldy* szavai a századelő német tudományos lapjairól: „... előkészítették a magyar tudományos időszaki sajtót. T. i. megvoltak az emberek, elkészülve az elmék, működésük iránya kifejezetten nemzeti: csak toll volt német” (9).

Lübeck lapjait jól ismerte a század eleji magyar szellemi élet vezére, Kazinczy Ferenc is. 1807. október 7-én írja Kis Jánosnak: „... Schédius és Rumys Lübeck Zeitschriftjeiben sok van, a mit magyarul is kellene olvasni” (Kazinczy Levelezése, V. kötet, 1844). Az UM 1805-ös évfolyamának a ménesi hegyeket leíró cikkét közli Richard Bright angol orvos is a *Travels from Vienna through Lower Hungary* c. útleírása függelékében. Bright 1814-ben keresztülutazott Ipolyságon is, de nem valószínű, hogy találkozott volna személyesen is — a már súlyosan beteg — Lübeck doktorral.

Lübeck János Károly életművével eddig — tudunkkal — érdemben senki sem foglalkozott. Duka Zólyomi 1966-os szlovák nyelvű írása (10) nem lépi túl a szokványos évfordulós megemlékezések kereteit. Csupán a múlt évi évforduló — 175 év telt el halálától — pezsdítette fel orvos-s tudománytörténészeink érdeklődését e jellegzetes reformkor előtti életmű iránt (11).

IRODALOM: 1. Gemeinnützige Blätter. 1814, 4, 95. — 100—102, és 103. szám. — 2. Mokos Gy.: Magyarországi tanulók a jénai egyetemen. Bp. 1890, 84. — 3. Magyar Hírmondó, 1782, 3, 525. — 4. Zeitschrift von und für Ungern, 1803, 2, III. Band, 9—39, 201—214, IV. Band 27—42. — 5. Zuber M.: A hazai németnyelvű folyóiratok története 1810-ig. Bp., 1915, 95. — 6. Hont vármegye jegyzőkönyve 1806, 1807, 1808 és 1811-re. — 7. Dokumentumok a magyar állatorvosi oktatás történetéhez. I. 1786—1816. Bp., 1987, 181. — 8. Győry T.: Az orvostudományi kar története 1770—1935. Bp., 1936, 269. — 9. Toldy, F.: A magyar nemzeti irodalom története IV. kiadás. Bp., 1878, 242. — 10. Vlastivedný časopis (Bratislava). 1966, 15, 139. — 11. Kiss L.: J. K. Lübeck a jeho práca z roku 1804, Lekársky obzor (Bratislava), 1989, XXXVIII, 467. Kiss L.: Lekár z Pezinka: J. K. Lübeck, Zdravie (Bratislava), 1989, XLV, 6. szám. Kiss L.: Orvos és mezőgazdász — 175 éve halt meg Lübeck János Károly. HÉT (Pozsony), 1989, 46. szám.

Kiss László dr.

A rendezvények és kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt 40 nap, a 10 hetes nyomdai átfutás miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését

Medicina Könyvkiadó Vállalat

A perinatalis vér-ólomszint kérdéséhez.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 130. évfolyama 50. számában (1989) mint aktuális problémával fogalkozó tanulmányt örömmel olvastam dr. Tóth Edit és mtsai „Perinatalis vér-ólomszint fokozott ólom-expozíciójú városban” című közleményét. A tanulmány szerint „a Nógrád Megyei Tanács Kórházának Szülészeti Osztályára bekerült” Salgótarjánban élő, de ólom-expozíciónak kitett munkahelyen nem dolgozott anyák vérében, anyatejében, ezen anyák egészségesen született újszülöttjeinek vérében az ólomkoncentráció jelentősen meghaladta az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által a lakosság esetében elfogadottnak ítélt ólomszinteket. A közölt adatok szerint az ólomszint több esetben a hazai ólomexponált munkahelyen dolgozók megengedett vér ólomszintjét is meghaladta. Az érdekes közleménnyel kapcsolatban néhány dologra szeretném felhívni a figyelmet, míg néhány adat kérdéseket vet fel, magyarázatot igényel. Ezek nélkül az információ nehezen értelmezhető:

— A szerzők szerint „A gyakorlatban az aktuális szennyeződés következményeit a vér ólomkoncentrációja és a vizelettel ürített delta-amino-levulinsav (ALA) mennyisége jelzik”; — bár szerzők közleményükben ALA-ra vonatkozó eredményeket — korrekten eljárva — nem közölnek, feltétlenül fel kell hívunk a gyakorló orvosok, (sőt a közvélemény) figyelmét arra, hogy az ALA értékek újszülöttekre, csecsemőkre, gyermekekre, fiatakorúakra hamis, a vér-ólomszinttel nem korreláló, ál-negatív és ál-pozitív eredményeket adnak. Vagyis az ALA mérése e népességi csoportok ólom-expozíciójának megítélésére alkalmatlan. Ennek ismerete gyakorlati szempontból fontos, mert megtévesztő, tudományosan nem megalapozott következtetésekre vezethet, esetenként felesleges pánik-keltésre más esetekben téves és az egészséget veszélyeztető ólom-expozíció alulbecslésére ad lehetőséget.

— Feltétlenül jelezni kellett volna a közleményben, hogy a szerves ólom-vegyületek rákkeltő hatásúak. A WHO-IARC 1987-től ezeket a vegyületeket a 2B kategóriás karcinogének közé sorolja. Minthogy rákkeltő anyagoknak mai ismereteink szerint az egészséget garantáltan nem károsító határértéke nincs, a hivatkozott, de szerzők irodalomjegyzékében fel nem lelhető WHO közleményben megadott „határértéke” erősen megkérdőjelezhető. A WHO ajánlott határértéke legfeljebb a közleményben felsorolt adreteriv ólomhatásokra — idegrendszer, vérképzést, magzatot, immunrendszert, veséket, gyomor-bél tractust károsító hatások esetében — tekinthetők érvényesnek. Csak megjegyzem: az ólomnak a közleményben jelzett

mutagén hatása kielégítően nem bizonyított.

— Megdöbbenően magas — 600—800 $\mu\text{g/l}$ -s anyai vér-ólomszinteket is mértek a szerzők. Ezek az értékek ólom-expozícióban dolgozók vérében is viszonylag ritkán fordulnak elő és a munkahelyen azonnali intézkedést követelnek. Mivel magyarázhatók ezek az értékek? (expozíciós források?). Különösen meglepőek ezek az eredmények, ha pl. Kabai 1986-os, a Munkavédelemben közölt adataival vetjük össze; Kabai dr. 800 $\mu\text{g/l}$ -es vér-ólomszintet 206 ólomexpozíciós munkahelyen dolgozó fiatal férfi vérében sem mért; 158 budapesti lakos esetében Kabai dr. 109 $\mu\text{g/l}$ vérólom-koncentrációt mért átlagban, míg a két szélső értéket 31, illetve 194 $\mu\text{g/l}$ -nek találta!

— A 600—700 $\mu\text{g/l}$ -es újszülött vérben mért ólom-koncentráció valóban nem okozott tüneteket? 800—1000 $\mu\text{g/l}$ -es újszülött vér-ólomszint halálós kimenetelű encephalopathiát idézhet elő, de az ALAD gátlása 100, a központi idegrendszer elektrofiziológiai változásai, a vörösvértest protoporfirin megnövekedése 100—300, a központi idegrendszer kognitív elégtelenségei, a perifériás ideg diszfunkció (lassúbbodott idegvezető sebesség), a csökkent haemoglobin szintézis 200—300 $\mu\text{g/l}$ értékeknél megjelenik. Szerzők az esetek 90%-ában >100—700 $\mu\text{g/l}$ vér-ólomszintet mértek. Ilyen értékek mérését követően az olvasó kíváncsi lenne és elvárja annak ismertetését, hogy milyen hatósági intézkedések történtek, megtalálták-e a legjelentősebb ólom-emissziós forrásokat, milyen beavatkozást rendeltek el azok restriktiójára? Erről sajnos a népegészségügyi szempontból fontos adatokat ismertető közlemény nem ad tájékoztatást. Ezen intézkedések — a mérések megfelelő validitása esetén — nem nélkülözhetőek. Ilyen szennyezettség mellett Salgótarján emberi életre akárcsak rövidbe időn át sem alkalmas.

Végezetül úgy gondolom célszerű a közlemény kapcsán jobban hangsúlyozni néhány tény

— az iskoláskor előtti életkorban a gyermekek magatartása (lakáson kívüli tevékenységük, a higiénés követelményekről való nem kielégítő ismeretük, igényük, a nem tiszta ujjak nyalogatása stb.) az ólom-expozíció kockázatát jelentősen megnöveli

— a gyermekek testtömegkg-ra számítva a felnőtteknél többet esznek és isznak; ezért per os ólom-expozíciójuk jelentősebb mint a felnőtteké

— a gyermekek gastrointestinalis tractusból való ólom felszívódása jelentősen meghaladja a felnőttekét (50% vs 10%!). Ugyanakkor a levegőből inhalációval történő ólom felszívódás gyermekekben sokkal kisebb, az összesnek mindössze 6%-a! Ez persze nem jelenti azt, hogy a gyermekek nyugodtan élhetnek ólommal szennyezett légterben, márcsak azért sem, mert az ólom ülepedik, az ülepedő por pedig a gyermekek kezéről azok gyomor-bél tractusába juthat

— a gyermekek között a táplálkozási hiányok (pl. vas, D-vitamin) — amelyek az ólom bélből való felszívódását megnövelik — jelentős

— a gyermekek vér-agy gátja (pl. az ólom átérésztés szempontjából) még nem kielégítően működik

— a gyermekek vérékőző és idegrendszere érzékenyebb az ólom mérgező hatására, mint a felnőtteké

— a placenta az ólommal szemben nem hatékony barrier; ezért a magzatok ólom elleni védelme alapvető

(a felhasználó irodalmat készséggel bőcsátom az érdeklődők rendelkezésére).

Ungváry György dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük dr. Ungváry György hozzászólását és kiegészítő megjegyzését cikkünkhöz. Ezek nagy részével mi is egyetértünk.

— Saját tapasztalataink is azt bizonyítják, hogy a vizelettel ürített ALA mennyisége alkalmatlan az ólom-expozíció mértékének a megítélésére.

— Az ólom mutagén hatására vonatkozó információkat az Irodalomjegyzékben az 5. sorszám alatt említett közleményből merítettük.

— Az átlagpopulációnál magasabb, szülés utáni anyai vér-ólom szintek magyarázatára csak feltételezésünk van. Az általunk ismert szakirodalomban nem találtunk adatokat sem a terhesség végén, sem közvetlenül a szülés után mért ólomkoncentrációkról. A magas értékek kialakulásában feltehetően szerepet játszhatnak a szülés után bekövetkezett hormonális és anyagcsere változások. Ezek egyike a szérum kalciumszintjének a csökkenése, melynek helyreállítására a csontok mésztartalma mobilizálódik. Ezzel párhuzamosan a depókból az ólom is bekerül a keringésbe.

— Eddig nem közölt eredményeink szerint az újszülöttekben mért magas ólomkoncentrációk csak átmenetiek. Ez lehet a magyarázata annak, hogy az igen nagy értékek ellenére nem jelentkeztek klinikai tünetek.

Mint ahogyan a cikkünkben is említettük, célunk csupán a figyelem felkeltése volt a fokozott környezeti szennyezettségre. Sajnos nem áll módunkban ennek megváltoztatása.

Ungváry doktor további kiegészítésével, észrevételeivel egyetértünk, köszönjük azokat.

Tóth Edit dr.

Septikus salmonellosis izületi manifestációjának kérdéséhez

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk dr. Barczy Judit és dr. Földes Gyula kollégák kiváló kazuisztikai közleményét az Orvosi Hetilap 1990. 18. számában, melyben septikus salmonellosis izületi manifestációjának gyógyult esetét ismertetik.

Tekintettel a betegség gastrointestinális tractuson kívüli jelentkezésében mutatott rokon vonásokra, szeretnénk egy csekély kiegészítést tenni.

Saját esetünkben fiatal férfibeteg Salmonella enteritidis által okozott sepsishez társuló pneumóniáját és empyemáját kezeltük sikeresen.

Az esetet a Pneumonologia Hungarica című folyóiratban közzétük (Major T.,

Zsámboki G.: Salmonella sepsis, pneumonia és empyema. Pneumonologia Hungarica 2988. 41: 175—179).

A két eset hasonlósága és a gyógyult septikus salmonellosisok igen csekély száma miatt szeretnénk volna hozzájárulni a sikeres kezelések irodalmának regisztrálásához.

Major Tamás dr.
Zsámboki Gabriella dr.

Hálásan köszönjük Major és Zsámboki doktorok kitüntető figyelmét, mellyel munkánkat illették. Kétségtelenül emelkedőben van világszerte a salmonellosisok, ezen belül az extraintestinalis lokalizációjú esetek száma. Éppen ezért nem látszik haszontalannak az ilyen esetek bemutatása a kérdéssel foglalkozó érdeklődők számára.

Barczy Judit dr.
Földes Gyula dr.

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM — Budapest, VI., Andrassy út 36.



KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

1990. szeptember—december

● **október 9—11.**

az ERBE-cég kiállítása

Nagyfrekvenciás sebészeti vágók, kryo-készülékek, defibrillátorok, monitorok, EKG-berendezések, ergometriás mérőhely, endoszkópiai vizsgálóeszközök, fizioterápiás készülékek, műtőlámpák és asztalok.

● **október 17.**

a VIENNATONE cég szimpóziuma

A legújabb típusú Viennatone hallásjavító készülékek alkalmazása az audiológiai gyakorlatban.

● **október 30 — november 1.**

a BRAND és a HEIDOLPH Elektro cégek bemutatója

Egy és többcsatornás pipetták és diszpenzerek, mikropipetták, üveg és műanyag laboratóriumi eszközök. Rotációs bepárlók, mágneskeverők, lombikrázók. Támolygó homogenizáló, perisztaltikus szivattyú, más laboratóriumi kisgépek.

● **november 6—8.**

IIM — Herco (NSZK) bemutató és szimpózium

Ioncserélő, vízlágyító, sótanító berendezések, az ezekben alkalmazott patronok. Baktériumszűrők, adagolószivattyúk, tartozékok. Vezetőképesség-mérő műszerek.

● **november 13—16.**

az AUTOGÉNTÉCHNIKA kiállítása

Kórházi és laboratóriumi gázellátó rendszerek és azok elemei. Oxigénterápia, vákuum- és injektoros szívás, a váladékgyűjtés eszközei.

● **november 20—22.**

az OMKER V. kereskedelmi osztály termékbemutatója

● **november 28—30**

DENTALEXPO '90

NEMZETKÖZI FOGÁSZATI ÉS FOGTECHNIKAI SZAKKIÁLLÍTÁS

a SOTE Elméleti Tömbjében

A programváltoztatás jogát fenntartjuk. Az OMKER Kiállítóterem programjairól a 1118-060 telefonszámon szívesen nyújtunk felvilágosítást.

J. Waldschmidt, B. Hamm., F. Schier: *Das akute Scrotum.* Hippokrates Verlag. Stuttgart. 1990. 151 oldal. 131 kép és ábra, 6 táblázat. Ára: DM 98,—

A gyermeksebészeti indíttatású szak-könyv, a mindennapi urológiai gyakorlatban is hasznos segítség lehet, hiszen az „acute scrotum” kórképpel, melyet leggyakrabban heretorsió, heré-mellékhere gyulladás, a scrotális vénák gyulladása vagy trombózis vagy a here függelékeinek torsiója okozhat, az urológus szakorvos is gyakran találkozik.

A könyv a modern scrotális diagnosztika (ultrahang, Doppler, scintigraphia, termographia, rtg.) áttekintése után részletesen tárgyalja a kórképet előidéző különböző betegségek patofiziológiáját és klinikai tüneteit. Különösen szemléltető az egyes kórképekkel kapcsolatos összefoglaló táblázat, mely vagy a kórokokat vagy a differenciáldiagnosztikai lépéseket foglalja össze. Ez a 28 összefoglaló táblázat (a 6 alaptáblázaton kívül) igen megkönnyíti a megértést, logikussá — könnyen áttekinthetővé teszi a témát és a könyvet. A terápiás javaslatok korszerűek.

Mivel a hazai gyermekurológiai szakirodalom ilyen célzottan ezt a témát nem tárgyalja, a könyv minden gyermekgyógyásznak, gyermeksebésznek, gyermekurológusnak ajánlható, de haszonnal forgathatja andrológus vagy nem gyermekurológiával foglalkozó urológus szakorvos is.

Áttekinthetőségén felül a könyv nagy értéke rendkívül demonstratív (és részben színes) képi anyaga, valamint jól megrajzolt szemléltető ábrái is. A kép — ultrahangkép — szemléltető ábra — összefoglaló táblázat séma a jövő tankönyveinek és szakkönyveinek kívánt formai módszere, a szokottnál jobb megértést, könnyebb tanulást tesz lehetővé.

A kötet megnyerő kiállítása a kiadó jó munkájának bizonyítéka.

Ennek a jól sikerült, komoly szakterületi igényeket kielégítő, fontos határterületi ismereteket nyújtó szakkönyvnek helye van a szakmai könyvtárak és szakemberek könyvespolcain

Frang Dezső dr.

Hubert Kennedy: *Karl Heinrich Ulrichs élete és műve.* Enke Verlag. Stuttgart, 1990. Ára: DM 48,—

A szerző 13 fejezetben mutatja be Ulrichs (1825—1895) életútját, munkásságát és személyiségét. 1867-ben — Németországban először — Ulrichs nyilvánosan lépett fel a homoszexuálisok jogaiért. Ulrichs jogot végzett és rövid ideig a Hannoveri Királyság igazságügyi tisztviselőjeként tevé-

kenykedett, majd 1854-től elhagyta az államapparátust és élete végéig független újságíróként dolgozott.

1879-ig 12 munkája jelent meg a homoszexualitás témaköréből, tevékenysége azonban nem érte el célját, mert 1871 után a porosz vezetés alatt egyesült német állam még a korábbiaknál is szigorúbban korlátozta a homoszexuálisok jogait.

Életének utolsó 15 évét külföldön — Olaszországban — töltötte, itt halt meg Aquilában 1895-ben, nagy szegénységben.

H. Kennedy így foglalja össze munkájának célját: „Fontosnak tartom, hogy ne csak a homoszexuálisok tudjanak Ulrichs-nak a homoszexuálisokról kialakított teóriájáról, melynek hatása a mai napig kimutatható és történelmileg is jelentős.”

Frang Dezső dr.

Alfred M. Debrunner: *Langzeitresultate in der Orthopädie Enke, Stuttgart, 1990.* 382 oldal, 223 ábra. Ára: DM 98,—

Az ortopédia azok közé a szakmák közé tartozik, amelyek gyógyító tevékenységének igazi értékét sokszor csak évtizedek múlva lehet megállapítani. Egy generáció felfedezéseit, bevezetett műtéteit csak a következő generációk tudják igazán minősíteni. A szükséges hosszú utánvizsgálati idő magával hozza azt is, amit a könyv kiadója előszavában említ, hogy a késői eredmények értékelése és dokumentációja képezi az alapját a kezelési indikációnak és egész ortopédiai tevékenységünknek. A könyv megjelenésének előzménye a Svájci Ortopéd Társaság 1978-ban, majd ennek 10 éves évfordulójára rendezett kongresszusa, melyeknek egyik fő témája a késői eredmények volt. Az 1988-ban Crans-Montanában rendezett kongresszusra e témában bejelentett előadások közül 71 különböző témájú előadás alapján készült cikket szerkesztett kitűnő formában Debrunner professzor.

Az ortopédiai betegségek lefolyásának és kezelésének hosszú távú megfigyelése és az életkor meghosszabbodásával, az eredményesebb gyógyítás miatt fontosabb lett. A késői eredmények ismeretében tudunk csak tisztességesen válaszolni a betegek kérdésére:

Ha megoperáljuk, az egész életére gyógyult lesz-e, milyen eredményre számíthat; Mi történik, ha nem operáljuk meg?

Ezt a könyvet áttanulmányozva ezekre a kérdésekre könnyebben válaszolhatunk.

A könyv felöleli az ortopédia legfontosabb területeit és az egyes cikkek szerzői között a speciális szakterület kiváló képviselőivel találkozunk. Igen gondosan szerkesztett munka, következetesen érvényesül a szerkesztői elv, amit nem lehetett könnyű megvalósítani 71 közleménnyel. Az ábra szám — 223 — csak hozzávetőleges, mert egyes ábrák több képből állnak. A sok és jó minőségű ábra nagyban emeli a könyv értékét.

Az első fejezetben Debrunner a beveze-

tőben a késői eredmények vizsgálatának fontosságát hangsúlyozza, mind a mindennapi gyakorlat, mind a tudományos szempontok szerint.

A késői eredmények értékelésében ismerni kell a betegség spontán lefolyását is, mert csak így tudjuk a kezelés eredményét jól meghatározni. A különböző kezelési módok ajánlásakor feltétlenül figyelembe kell venni a várható élettartamot. Svájcban az elveszületett nők 82%-a éri meg a 70. évet és 59%-a a 80. évet. A különböző életperiódusoknak egészen más a fiziológiai sajátossága, amit szintén figyelembe kell venni a hosszútávú utánvizsgálatoknál.

Fontos kérdés a profilaktikus műtétek indikációja és értékelése. A csípőarthrosist okozó csípő betegségek esetén minimum 30 év utánvizsgálati időt tart szükségesnek, más fűzeteknél még hosszabbat.

Hasznos útmutatást ad a késői utánvizsgálatok szervezésére, az eredmények értékelésére és összehasonlító vizsgálatára. Ezt követően áttekinti és összefoglalja a 71 közleményben leírtakat, talál egységes állásfoglalásokat és eltérő véleményeket is. Ez a cikk lehetőséget nyújt az olvasónak arra, hogy átolvassa, kiválassza azt a cikket, amit érdekesnek tart és részletesen meg kíván ismerni.

A második fejezet a gerinc betegségeivel foglalkozik. A legfontosabb gyermekkori betegségek közül érdekes megállapításokat olvashatunk a Scheuermann-féle betegség prognózisáról. A fokozott kyphosis műtéti korrekciója csak súlyos esetben és a növekedés befejezte előtt ad jó eredményt.

A scoliosis korrekciójára a zürichi Balgrist Klinikán 20 évvel ezelőtt bevezetett Harrington operációk főleg subjektíve adtak jó eredményt és módosult a műtét indikációja is. A műtét utáni korrekciós veszteség benuálós és neurofibromatosis miatt kialakult scoliosissal jelentős. A myelomeningocoelehez társuló scoliosis korán progresszív és fiatal korban kell törekedni a műtéti korrekcióra. Három közlemény foglalkozik a spondylolysis, spondylolisthesis és a degeneratív gerincbetegségek fixációs és decompressió műtéteinek késői eredményeivel és rámutatnak arra, hogy egy segmentum rögzítése esetén nagy valószínűséggel a szomszédos segmentumokban jelentkeznek panaszok.

Ugyancsak a Balgrist-i Klinikáról számolnak be spondylitis tbc miatt kezelt betegekről. A második világháború utáni menekültek közül került ki nagyrésztük, akiket a történelem tovább sodort, így csak kis részük tudták utánvizsgálni. A megfelelő gyógyszeres kezeléssel a sebészi beavatkozások csökkentették a deformitást.

A harmadik fejezetben a gyermekkori csípőbetegségekről szóló közlemények vannak. Megerősítést nyer az a korábbi megfigyelés, hogy az enyhe fokú displasiák tökéletesen gyógyulnak. Az irodalomban ritkán található jó eredményekről számolnak be Colonna műtét után. A Salter- és Pemberton féle medence osteotomiák késői eredményei jók, de fontos a helyes indikáció. A Perthes kór kezeléséről szólva alig

tudja a közlemény cáfolni a betegség „kaméleon” jellegét, ami nagyon megnehezíti a különböző kezelési módszerek értékelését. Az epiphyseolysis capitis femorisról szóló cikkek azt emelik ki, hogy nagyobb a femurfej remodellációs készsége, mint ahogy azt korábban gondolták. A subcapitalis osteotomia nagy jártasságot igényel és nagyobb a veszélye a femurfej necrosisának, mint intertrochanterikus vagy subtrochanterikus osteotomiánál. Infantilis cerebralis paresisben és antetorsio korrekciójára végzett femur osteotomia eredményeinek vizsgálata teszik teljessé a fejezetet.

A negyedik fejezetben 11 közlemény a csípőízületi arthrosis műtéti kezelésének eredményeit vizsgálja, nem egyszer 40 éves utánvizsgálati idővel. Az ünnepi előadást Jean Judet tartotta. Az Ő és fivére Robert nevéhez fűződik a csípőarthroplastica korszakának kezdete, így autentikus személytől olvashatunk az „Endoprothesis történetéről és filozófiájáról”.

A coxarthrosis miatt végzett ízületmegtartó műtétek — femur és medence osteotomia — egybehangzóan jó lehetőség a protézis idejének halasztásához, igazítani a protézis élettartamát a beteg várható élettartamához.

Külön érdeklődésre tarthat számot az endoprotézisek hosszútávú utánvizsgálata. M. E. Müller és Gschwend hiteles jó eredményei biztatóak.

10–20 évvel a műtét után a betegek több mint 90%-a elégedett, vagy nagyon elégedett volt a műtéttel. Az objektív vizsgálat

eredményei már kevésbé voltak jók. A betegek többnyire elégedettek voltak akkor is, ha a protézis kilazulás jelei mutatkoztak. A szárlazulás inkább okozott fájdalmat. Gschwend betegek közül 11,6%-ban volt szükség protézis cseréjére. Említik is, de az eredmények bizonyítják is, hogy a műtéti technika döntően befolyásolja az eredményeket. A másik két cikk a fentieket erősíti meg és az egyik a cementezés technikáját tartja fontosnak az eredmény szempontjából. Jó késői eredményeket észleltek a Balgrist Klinikán 20 évvel ezelőtt is gyakrabban végzett Shanz vagy angulációs resectió osteotómiával. Ugyanezen műtét az egyik lehetőség az elgennyedt csípőprotézisek megoldására. A cementes protézisek cseréjére az idő múlásával egyre gyakrabban kerül sor. Az első csere eredménye a gondos belgyógyászati vizsgálat és kezelés, valamint a gyors és kíméletes műtéti eljárás után jó. Az ismételt cserék esélyei azonban egyre rosszabbak.

Az ötödik fejezetben 18 közlemény foglalkozik a térdízületi betegségek kezelési eredményeivel. A retropatelláris fájdalom, patella chondromalácia miatt végzett műtétek eléggé bizonytalan eredményt adnak, még leginkább a laterális tokbemetszés ajánlható. Jó eredményekről számolnak be multicentrikus vizsgálat alapján a habituais patellaficam megoldásáról Ali-Krogius-Roux műtéttel. A térd valgus vagy varus deformitásához csatlakozó, túlnyomóan az egyik oldali condylaris ízületben kialakult arthrosis gyógyításában a varizáló vagy valgizáló tibia és femur osteotomiák tartósan

jó eredményt adnak. Egy-egy közlemény foglalkozik az osteochondritis dissecanssal, a Schlatter Osgood-féle betegséggel, villonodularis synovitis-sel és a tibia fej töréssel.

A hatodik fejezetben a láb betegségeiben alkalmazott műtétek értékelését találjuk. Az alsó és felső ugróizület arthrodese mellett a hallux valgus különböző műtéti értékelését adják. Jó eredményt közölnek a Keller Brandes műtétről. 17 évvel a műtét után a betegek 92%-a volt panaszmentes. A Kramer-féle retrocapitális metatarsus osteotomia után több komplikáció fordul elő. A Regnaud műtét, amely a Brandes műtét módosítása, ugyancsak 90%-on felüli jó eredményt ad. Összegezve a három cikkben közölt eredményeket egy negyedik megállapítja, hogy azok közel azonosak.

A hetedik fejezetben még 9 különböző témájú közleményben számolnak be késői eredményekről.

A késői eredmények ismerete a betegségek spontán lefolyása és a különböző kezelése után az ortopéd orvos számára nélkülözhetetlen az eredményes gyógyításhoz. Nemcsak a saját munkánk késői eredményeit kell ismernünk, de az előző generációét is, és lehetőleg nem egy emberöltő után kell felismernünk egy kezelési eljárásról azt, hogy hatástalan vagy éppen ártalmas. A könyv az ortopéd orvosokon kívül reumatológusoknak és traumatológusoknak is ajánlható.

Vizkelety Tibor dr.

MOTILIUM

filmbevonatú tableta

HATÓANYAG

10 mg domperidonum tablettánként.

HATÁS

A dopamin-antagonista hatása alapján a gastroduodenalis motilitást szinkronizálja és növeli, a különböző eredetű hányingert csökkenti. Helyreállítja a normális gyomor-motilitást és a felső gasztrointesztinalis traktus tónusát, növeli a csökkent nyomást az alsó oesophagus-sphincteren, növeli az oesophagus perisztaltikát, elősegíti a gyomorürülést, javítja az antrum és duodenum perisztaltikáját, regulálja a pylorus kontrakciót.

A domperidon a neuroleptikumokkal rokon szerkezetű vegyület. Kémiai sajátságai miatt nem jut át a vér-agy-gáton, így központi idegrendszeri (pszichotrop, ill. neurológiai) tüneteket nem okoz.

JAVALLATOK

A gastroduodenalis regio funkcionális zavara, hipotoniás és hipomotilitásos állapota, reflux oesophagitis, diabeteses enteropathia, ulcusban adjuvánsként a tünetek mérséklése, irritabilis colon syndroma. Dyspepsiás tünetekkel, csökkent gyomorürüléssel gastro-oesophagalis refluxszal, oesophagitis-sel járó körkerekben a kísérő tünetek (epigastriális teltségérzés, abdominális feszülés, fájdalom, felbőgös, flatulencia, hányinger, gyomorgégés, esetleg a gyomortartalom regurgitációja) enyhítése. Különböző eredetű nausea és hányás.

ELLENJAVALLATOK

Hyperprolactinaemia. Bár az állatokon végzett vizsgálatokban nem volt teratogén hatású, és a magzatba nem penetrált, terhes nőknek való adagolásra elegendő tapasztalat nincs, ezért terhesség és szoptatás idején az adása nem javallt. Újszülötteknek, csecsemőknek 1 éves életkorig

nem adható. (Mivel ebben a korban a vér-agy-gát működése és a gyógyszerek metabolizmusa nem teljes).

ADAGOLÁS

Felnőtteknek általában naponta 3–4 × 1 tabl., étkezés előtt kb. 15–30 perccel. Szükség esetén — kivételesen — napi 3 × 2-re emelhető az adag.

Gyermekeknek általában 20–30 ttkg között: naponta 2 × 1/2 tabl. 30 kg felett: naponta 2 × 1 tabl.

MELLÉKHATÁSOK

Növeli a szérum-prolactin szintet; ritkán emlőfájdalom v. nedvezés jelentkezhet. Az adagolás megszüntetésére általában a prolactin-szint normalizálódik. Egyéb mellékhatások: fejfájás, szédülés, szájszárazság, székrekedés. A jelentkező mellékhatások miatt nem feltétlenül szükséges az adagolás megszakítása.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK

Együttadása tilos!

- antikolinerg, atropinszerű vegyületekkel (antagonizálják a domperidon motilitásfokozó hatását),
- TRH-vizsgálat előtt 3 nappal abba kell hagyni a kezelést.

FIGYELMEZTETÉS

20 ttkg alatti gyermekek gyógyszerkezelésére nem alkalmas, mivel az 1–6 éveseknek pontos adagolást nem biztosít a 10 mg hatóanyag-tartalmú tableta. Galactorrhoea, amenorrhoea szindrómában alkalmazása fokozott körültekintést igényel (Se. prolactin szint növelő hatása miatt).

CSOMAGOLÁS

50 db filmbevonatú tableta

J 800

J 310

Naprosyn®



TABLETTA SZUSZPENZIÓ

mV 200
Antirheumatika
nem glukokortikoid

Hatóanyag:

250 mg naproxenum tabl.-ként;

25 mg naproxenum ml-ként;

Hatás: Nem szteroid gyulladáscsökkentő, fájdalom és lázcsillapító hatással. Felezési ideje a szérumban 13 óra, ami lehetővé teszi a napi 2 adagban 12 óránként való adagolást. Farmakokinetikai adatok a gyermekeknél megegyezik a felnőttekével. 95%-ban a vizelettel ürül.

Javallatok:

Rheumás betegségek: rheumatoid arthritis, juvenilis rheumatoid arthritis, osteoarthritis, spondylarthritis ankylopoetica (Bechterew kór), és egyéb szeronegatív spondylarthritis, synovitis, bursitis, tendinitis, tenosynovitis, myalgia, discopathia, spondylosis.

Kivételes esetekben a speciális terápia kiegészítése, az esetleges fájdalom-, gyulladás és láz csillapítása.

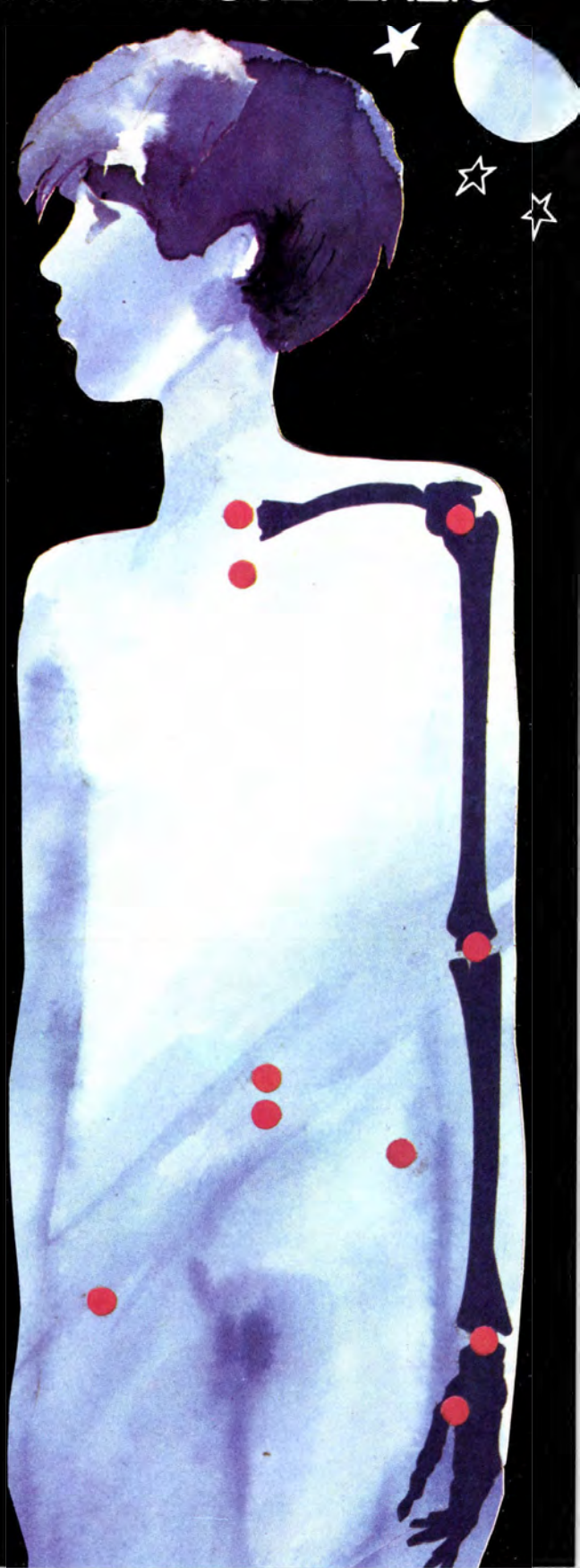
Ellenjavallatok: Aktív gyomor- és nyombélfekély, naproxen, ill. szalicilát-túlérzékenység, terhesség, szoptatás. Súlyos vese- és májkárosodás.

Adagolás és alkalmazás:

Felnőtteknek: kezdő adag naponta 500–1000 mg (2–4 tablettá, vagy 20–40 ml szuszpenzió) két részre osztva. Kifejezett éjszakai fájdalom és/vagy reggeli ízületi merevség, valamint osteoarthritis esetén, ha a fájdalom a meghatározó tünet, a kezdő adag 750–1000 mg is lehet, amit naponta két részben, néhány hétig célszerű adni. Fenntartó dózis 500 mg/2 tabl., vagy 20 ml szuszpenzió/naponta, szintén két részletben, általában reggel és este. Fájdalomcsillapításra esetenként hatásosan alkalmazható napi egyszeri 500–1000 mg adag, reggel vagy este.

Gyermekek kezelésére a szuszpenzió alkalmazása javasolt: reumás kórképben 10 mg/ttkg/nap két egyenlő részre elosztva 12 órás időközönként. Maximálisan alkalmazható adag 15 mg/ttkg/nap. A két hetet meghaladó alkalmazás csak folyamatos orvosi felügyelet mellett megengedett.

Életkor (év)	Átlagos napi adag	
3–6 éves	150–200 mg	2 × 3–4 ml
7–10 éves	250–300 mg	2 × 5–6 ml
11–14 éves	350–500 mg	2 × 7–10 ml



Naprosyn®



TABLETTA SZUSZPENZIÓ

Lázcsillapításra – ha egyéb lázcsillapító nem alkalmazható – kiegészítő terápiában 7,5 mg/ttkg a kezdő adag, majd 12 óránként 5 mg/ttkg. *A teljes napi adag a 15 mg/ttkg-ot, a kezelés időtartama pedig lázcsillapítás indikációjában a 3–4 napot nem haladhatja meg!*

Mellékhatások: gyomor-, bélrendszeri zavarok: gyomorégés, gyomorfájdalom, telítettség-érzés, émelygés, hányás, nagyon ritkán gastrointestinalis vérzés. *Központi idegrendszeri tünetek:* szédülés, fejfájás, *vérképző-rendszeri tünetek:* trombocytopenia, aplastikus és haemolitikus anaemia, *egyéb:* bőrküetés, perifériás ödéma, anaphylaxiás reakció előfordulhat.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása kerülendő:

– magnéziumoxid és alumínium hidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a naproxen felszívódást).

Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás fokozódhat)
- fenitoinnal (toxicitását fokozhatja)
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye)
- szulfonamidokkal (fokozhatja a szulfonamidok toxicitását)
- propranolollal és egyéb béta blokkolókkal (béta blokkolók antihipertenzív hatását csökkentheti)
- methotrexattal (methotrexat toxicitása fokozódhat)
- Li (Li szintje nő a plazmában)
- furosemid (Na⁺ ürítő hatást gátolja).

Figyelmeztetés: Ha a beteg anaemnézisében előzetesen gyomor- bélrendszeri betegség és/vagy peptikus fekély szerepel, csak a szokott elővigyázatossággal adható.

Kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Orális antikoagulánsokkal együtt adva a prothrombinidőt eleinte gyakrabban ellenőrizni kell. A vérlemezke aggregációt gátolja, a vérzési időt növeli, tartósabb alkalmazáskor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva a vércukorszint eleinte gyakrabban ellenőrizendő, az antidiabetikum adagját esetleg újra be kell állítani. Nem adható olyan betegeknek, akiknél acetilszalícilsav, vagy nem szteroid gyulladáscsökkentő asthmás rohamot, vagy urticariát vált ki (kelesztallergia).

A kezelés ideje alatt szeszesital fogyasztása tilos! 3 éves kor alatti gyermekeknél a gyógyszer alkalmazása kerülendő.

Kivételesen (pl. juvenilis rheumatoid arthritis) 1 éven felüli gyermekeknek is adható, ilyenkor, továbbá 2 hetet meghaladó kezelést igénylő esetben kizárólag állandó orvosi felügyelet (fekvő-beteg gyógyintézeti kezelés) mellett alkalmazható.

Megjegyzés: Csak vényre adható ki.

A Naprosyn tabletta az orvos rendelkezése szerint (egy vagy két alkalommal) ismételtethető.

A Naprosyn szuszpenzió vényre csak egyszeri alkalommal adható ki. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

Csomagolás: 30 db tabletta térítési díja: 10 Ft.
100 ml szuszpenzió térítési díja: 10 Ft.

Forgalomba hozza: Alkaloida Vegyészeti Gyár

A Népjóléti Minisztérium tájékoztatója az 1990. július havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő gyakoribb fertőző betegségek előfordulása a szezonális sajátosságuknak megfelelő volt. E betegségek járványügyi helyzete valamivel kedvezőbben alakult, mint az előző hónapban, ill. a korábbi évek azonos időszakában. Az 1984–88. évek tárgyhavi mediánjaihoz viszonyítva a salmonellosisok és a hepatitis infectiosa megbetegedések száma mintegy negyedével csökkent, a dysenteria bejelentéseké pedig csupán 16%-a volt annak.

A cseppfertőzéssel terjedő gyakoribb betegségek alakulása is az évszaknak megfelelő volt, az év eleje óta a tárgyhónapban észlelték a legkevesebb megbetegedést. E betegségek járványügyi helyzete a korábbi évek azonos időszakához viszonyítva is igen kedvezőnek ítéltető. A bejelentett esetek száma scarlatinából és parotitis epidemica-ból mintegy fele, rubcolából pedig mindössze 17%-a volt az 1984–88. évekre vonatkoztatott július havi mediánnak.

Az idegrendszeri fertőző betegségek közül kiemelendő a kullancsencephalitis, melynek előfordulása március óta folyamatosan fokozódott és július hónapra megtízszereződött. Az esetek száma azonban csaknem azonos volt az előző évvel.

A tárgyhónapban 5 AIDS megbetegedés került a nyilvántartásba, annyi, mint az év többi hónapjaiban együttvéve.

Kiemelésre érdemes járványügyi esemény

AIDS.

Budapesten egy 34 és egy 51 éves HIV pozitív férfi esetében Kaposi sarcoma, ill. mycobacteriosis —, egy 57 éves transzfúziós recipiens nő esetében CMV fertőzés és colitis, 64 éves férjénél pedig candidiasis —, egy 24 éves Pest megyei hemofilias betegnél ugyancsak candidiasis alapján diagnosztizálták a betegséget.

Ezzel a hazánkban nyilvántartott megbetegedések száma 42-re emelkedett, a betegség következtében elhaltaké változatlanul maradt.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1990. március hó

Betegség	Július		Jan. 1.—Július 31.			
	1990.	1989.	Me- dian 1984 — 1988	1990	1989	Me- dian 1984 — 1988
Typhus abdominalis	—	—	1	—	2	2
Paratyphus	—	1	—	—	1	—
Salmonellosis	1413	1634	1961	6 397	7 771	6 996
Shigellosis	34	145	—	415	907	—
Amoebiasis	10	6	43	44	—	—
Dysenteria (Shig. + amoeb.)	44	151	268	458	951	1 151
Dyspepsia coli	39	58	43	192	291	236
Hepatitis inf.	241	234	309	1 790	1 714	2 068
AIDS	5	3	—	10	8	—
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	1	—	—
Pertussis	7	—	5	14	6	15
Scarlatina	118	259	245	2 836	7 075	5 279
Morbilli	5	96	8	86	17 475	54
Rubeola	180	720	1062	4 527	18 990	23 928
Parotitis epid.	1287	1406	2322	16 292	16 063	30 919
Mononucleosis inf.	64	45	64	607	531	456
Keratoconj. epid.	67	12	5	257	30	48
Meningitis epid.	2	3	6	20	33	35
Meningitis serosa	22	50	33	134	183	176
Kullancsenceph.	61	62	—	151	162	—
Egyéb enc. inf.	26	21	—	85	109	101
Encephalitis inf. (KE + egyéb enc. i.)	87	83	99	236	271	258
Staphylococcosis	5	6	20	41	55	95
Malaria*	3	—	2	10	2	9
Tetanus	4	1	3	20	6	15
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	—	1	2	3	6
Leptospirosis	3	2	3	15	9	21
Ornithosis	—	—	—	—	1	3
Q-láz	1	—	1	5	1	4
Tularemia	1	7	3	31	46	18
Taeniasis	—	—	3	11	10	20
Toxoplasmosis	14	12	16	118	100	126
Trichinellosis	—	—	—	—	21	24

(+) előzetes, részben tisztított adatok(*) importált esetek

*

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendeléseink
kérjük feltüntetni MNB számlaszámukat.

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat



INFÚZIÓS PUMPA OE—200

Az OE—200 típusú INFUSOR a mai technika követelményeit minden szempontból kielégítő infúziós kontroller. Egyaránt alkalmas mind klinikai, mind ambuláns felhasználásra.

A készülék felépítése könnyű kezelhetőséget, tisztíthatóságot tesz lehetővé.

Az infúziós folyadékot szállító szivattyú hosszanti elrendezésű, hernyómozgást végző, perisztaltikus pumpa, amely meggátolja az infúziós vezeték károsodását és zárszerkezete biztonságos üzemelést eredményez.

A készülékbe épített akkumulátorok biztosítják a szünetmentes tápellátást és a hordozható kivitel.

A készülék vezérlése kis fogyasztású integrált áramkörökből épült fel, amelyek lehetőséget nyújtanak a nagyfokú pontosság és biztonság eléréséhez.

Az OE—200-as Infusor 1—600 ml/h értéktartományban képes az infúziós folyadék szállítására 1 ml/h-s felbontásban. Az akkumulátorok töltését a készülék folyamatosan és automatikusan végzi.

A készülék négy fontos védelmi rendszert tartalmaz:

- cseppdetektor,
- buborékfigyelő detektor,
- ajtózárt állapotfigyelő,
- akkumulátorfigyelő áramkör.

A cseppdetektor funkciója kettős. Egyrészt a cseppek figyelésével érzékeli az infúziós tartás kiürülését, másrészt a cseppek számlálásával pontos szállítás érhető el, és kijelezhető a páciensbe jutott folyadék mennyisége.

Az infúziós tartály kiürülését a pumpa azonnali leállása mellett piros fény villogása jelzi.

A levegődetektor feladata, hogy a páciensbe semmilyen körülmények között ne kerüljön levegő. Az ajtó mögött található detektor igen kis légbuborékot is nagy biztonsággal képes érzékeltetni a csőben. Ennek következtében a légbuborék a készüléket nem hagyhatja el, mert a detektor automatikusan letiltja a működést és riaszt (piros fény + hangjelzés).

Az ajtó zárt helyzetét külön áramkör figyeli. Hiba esetén a működést leállítja és hangjelzéssel riaszt. Az akkumulátor működését ellenőrző áramkör csak annak üzemelése alatt működik. Folyamatosan világít az akkumulátorjelzés, és ha az akkumulátor lemerülése kritikus értéket ér el, szaggatott fény- és hangjeleket ad a kezelőszemélyzet részére.

A készülékhez szükséges infúziós készletet a gyártó-mű folyamatosan biztosítja.

Műszaki paraméterek:

Érintésvédelmi osztály	I = IP 32, cseppgőztől védett
Hálózati tápfeszültség	220 V/50—60 Hz $\pm 10\%$
Teljesítményfelvétel	max. 25 VA



Működési hőmérséklet	5 °C—+35 °C
Relatív páratartalom	max. 45%
Akkumulátor üzemmód	max. szállításhoz 5 óra
Akkumulátor típus	VF 3—6
Újratöltési idő	min. 12 óra
Szállítási tartomány	1—600 ml/h 1 ml/h-ás lépcsőkben
Szállítási pontosság	$\pm 5\%$
Szállítási összmennyiség kijelzése	max. 9999 ml
Nyomás a pumpa kimenő oldalán	1 bar
Méret	140 × 220 × 240 mm
Súly	66 N

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Gyártja:
ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET
1081 Budapest, Rákóczi út 71.
Telefon: 1—142—642, 1—339—757

Kereskedelmi Osztály
Telefon: 1-144-776
Telefax: 22-7643 OMSZ

Exportálja:
MEDICOR
Forgalomba hozza:
OMKER



ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

HÍREK

Magyar Belgyógyász Társaság
XXXIII. Nagygyűlése

Program

Budapest, 1990. november 15–17.

Általános tudnivalók

A Nagygyűlés helye:

Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömbje

Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4.

Plenáris ülés: Díszterem

„A” Szekció: Díszterem

„B” Szekció: Elnöki páholy

Poszter szekció: Galéria

Regisztrálás:

1990. november 15-én, 16-án: 8.00–18.00

1990. november 17-én: 8.00–12.00

Résztvételi díj: 1000,— Ft, 35 éven aluliaknak 700,— Ft

Nyugdíjasoknak és orvostanhallgatóknak a részvétel ingyenes

A fogadás helye:

Iparművészeti Múzeum

IX., Üllői út 33–37. (Metróállomás: Ferenc körút)

A fogadás időpontja:

1990. november 16-án pénteken 20.00 óra

Csütörtök de.: Plenáris ülés Díszterem

9.00 Megnyitó

Prof. Dr. Varró Vince, a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke

I. Főtéma:

A VÉKONYBÉL BETEGSÉGEI

Moderátor: Várkonyi Tibor

9.30 Banai J. (Budapest):

Az endoszkópia szerepe a vékonybél betegségeinek diagnosztikájában

Bajtai A. (Budapest):

A vékonybél betegségeinek morfológiája

Vadon G. (Szeged):

A vékonybél betegségeinek radiológiai vizsgálata

Jávors T. (Pécs):

Klinikai malabszorpciós szindrómák

F. Kiss Zs. (Szeged):

A vékonybél betegségeinek immunológiája

11.00 Szünet

11.20 Beró T. (Pécs):

A vékonybél adaptáció klinikai vonatkozásai

Várkonyi T. (Szeged):

A vékonybél diszbakterózis klinikuma

Wittman T. (Szeged):

A vékonybél motilitási zavarai

Nagy F. (Szeged):

A vékonybél gyulladásos megbetegedései

Csütörtök du.: „A” szekció Díszterem

Csatlakozó és szabadon választott előadások

Elnök: Prónay Gábor

Nemesánszky Elemér

14.30 Banai J., Surján. L., Szántó I.
(OTE II. Sebészeti Klinika. Kórbonctani és Kórszövettani Intézet. Budapest)
Gluten-szenzitív enteropathia felnőtt korban
Petri M.

(Szanatórium, Visegrád)

A szénhidrát emésztés és felszívódás vizsgálat gastroenterológiai betegeknél
Schrádi O., Banai J., Szóór J.

(Kenézy Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Debrecen; OTE II. Sebészeti Klinika, Budapest)

Felnőtt coeliakiához társult vékonybél lymphoma

László A., Cseuz R., Neumark T., Nemesánszky E.

(ORFI II. Belgyógyászati Osztály, „K” Rheuma Osztály, EM Laboratórium, Budapest)

Diagnosztikus és terapiás problémák nem-trópusi sprue felnőttkori esetében

15.00 Vita

15.15 Nékám K., Láng I., Fehér J.

(Semmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Az élelmiszer additív intolerancia vizsgálatáról

Várnai Gy.

(Róbert Károly Kórház, Szakosított Körzeti Orvosi Rendelő, Budapest)

Néhány adat az ileitis regionalis patogeneziséhez

(Pszichoszomatikus és pszichoszociális összefüggések)

Döbrönte Z., Stöckert A., Szabó Gy., Végh Gy.

(Markusovszky Kórház II. Belgyógyászati Osztály; Gyógyszertár, Szombathely; Szent-Györgyi Albert OTE Kórélettani Intézet, Szeged)

Carcinoid syndroma kezelése Sandostatinnal

Kriváchy P., Babanász E., Koiss I., Gláz E., Tóth M., Tamássy K.

(Semmelweis OTE III. Sebészeti Klinika, II. Belklinika; Központi Állami Kórház Beldiagnosztikai Osztály, Budapest)

Új lehetőség a carcinoid krízis kivédésére: Somatostatin-analóg

15.45 Vita

16.00 Szünet, poszttervíták

Elnök: Lehoczky Dezső

Gógl Árpád

17.00 Gurzó M., Bérczy M., Ferencsik M., Vezendi K., Varga Gy.

(Szent-Györgyi Albert OTE II. Belgyógyászati Klinika, Szeged)

Vékonybél eredetű kifejezett malignitású non-Hodgkin lymphomák

Kriváczky P., Koiss I., Szabó K.

(Semmelweis OTE III. Sebészeti Klinika, Budapest)

Primer vékonybél melanomák

Biró L., Kovács M., Keleti Gy.

(László Kórház, Budapest)

Aranysó által indukált letális enterocolitis

17.25 Vita

17.40 Kristóf V., Bózsik B., Szirtes M., Simonfy J. (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest)

Lyme borreliosis következtében jelentkező Raynaud szindróma

Nahajevszky, S., Szabó T., Téri N.

(Megyei Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Győr)

A Lyme borreliosis differenciál-diagnosztikai problémái

Reményi P., Balkányi I., Jancsó Á.

(Uzsoki Kórház IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Monoszimptomás Lyme-kór esete

Kósa D., Patakfalvi A., Győri L.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászat, Psychiátria, Zalaegerszeg)

Akut hasi katasztrófa képében jelentkező és psychosist utánzó hyperthyreosis gyógyított esete

18.10 Vita

Csütörtök du.: „B” szekció Elnöki páholy

Kardiológia

Elnök: Kerkovits Gyula

Tenczer József

14.30 Antalóczy Z.

(OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Gigantikus balkamrai álaerusyma diagnózisa és sikeres műtéti megoldása

Kiss B., Szabó K.

(OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Medizinische Universität, Lübeck)

A jobb-kamrai infarctus diagnosztikája

Lozsádi N., Buday G., Kerkovits Gy.

(Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Q hullámmal járó és non-Q myocardialis infarktuskok holter monitorozása

Kozma G., Lozsádi N., Neuwald J., Buday G., Kerkovits Gy.

(Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Myocardialis infarctus — elektromechanikus disszociáció

15.00 Vita

15.15 Nagy K., Kelemen A., Janecskó M., Kovács L., Vecsey T.

(Központi Állami Kórház; Semmelweis OTE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest)

A diasztolés funkció jelentőségéről radionukloid ventrikulográfiás vizsgálatok alapján

Pártos O., Cserhalmi L., Borbás S., Istvánffy M.

(Országos Kardiológiai Intézet és Semmelweis OTE Kardiológiai Tanszék, Budapest)

A non-invaszív vizsgálati módszerek értéke congestív szívmegbetegedések utánkövetésében

Ványi J., Cserhalmi L., Borbola J., Hajdú E.

(Országos Kardiológiai Intézet, Budapest)

Ingerületvezetési és ingerületképzési zavarok előfordulása és jelentősége congestív szívmegbetegedések körlefozálásában

Rostás L., Cseh J., Gesztési T.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászat-Kardiológia, Szekszárd)

A pitvari vulnerabilitás vizsgálata paroxysmalis supraventricularis tachycardiákban



15.45 Vita

16.00 Szünet, poszttervíták

Elnök: Antalóczy Zoltán

Keller László

17.00 Lőrincz I., Wórum F., Kovács P., Polgár P., Mohácsi A., Nagy E.

(DOTE I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen) Klinikai elektrofiziológiai vizsgálatok tünetekkel járó fascicularis blokkos betegekben

Kiss Z., Gáspár A.

(Diósszilágyi Sámuel Kórház Belgyógyászati Osztály, Makó)

Calcium-csatorna blokkolók proaritmias hatása a paroxysmalis supraventricularis tachycardia megszüntetésében

Bajkay, G., Csukás M., Duba J., Török E. (Semmelweis OTE Kardiológiai Tanszék, Országos Kardiológiai Intézet, Budapest)

Ezer beteg egyéves követése szívizominfarctus után: Országos randomizált kettős-vak parallel vizsgálat

Kempler P., Váradai A., Szalay F., Rizsavi M., Fazekas K., Kádár E., Demeter A., Zólymi A.

(Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Cardiovascularis autonóm neuropathia diagnosztikus modellje diabetes mellitusban és krónikus májbetegségben

17.30 Vita

17.45 Wórum F., Lőrincz, I., Kovács P., Polgár P.

(DOTE I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen)

Hosszútávú követéses vizsgálat paroxysmalis tachycardiás betegekben elektrofiziológiai módszerekkel történt terapia beállítása után

Rusznák M., Hadházy Cs., Koháry E.

(Megyei Kórház III. Belgyógyászati-Kardiológia, Nyíregyháza)

A műbillentyűvel élő betegek gondozásával szerzett tapasztalataink

Nagy Gy., Kenyeres P.

(Mátrai Állami Gyógyintézet Kardiológiai Rehabilitációs Belgyógyászati Osztály, Mátraháza)

Familiáris tényezők gyakorisága és szerepe akut myocardialis infarctus keletkezésében és ismétlődésében

18.10 Vita

Csütörtök du.: Poszter szekció Galéria

Elnökök:

Jávör Tibor—Szalay Ferenc (1—8)

Leővey András—Gyetvai Gyula (9—16)

Holló István—Pár Alajos (17—23)

Csanády Miklós—Dalmy Lajos (24—30)

Romics László—Simon László (31—39)

1. Györkös A., Patakfalvy A., Sipos J. (Megyei Kórház I. Belgyógyászati, Kórbonctan, Zalaegerszeg)

A Wegener granulomatosisról 3 eset ismertetése kapcsán

2. Horváth G., Horváth Gy., Kelemen J. T., Dávid K.

(Központi Rendőrkórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Gastrointestinalis vérzéssel szövődött, foudroyans lefolyású, generalizált Wegener-granulomatosis.

3. Borbényi Z., Piukovics K., Gurzó M., Varga Gy.

(Szent-Györgyi Albert OTE II. Belgyógyászati Klinika, Szeged)

Lymphomatooid granulomatosis

4. Pápai Á., Szűcs G., Zeltner Gy.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály és Radiológiai Intézet, Miskolc)

Idegentest okozta gyomorperforáció ritka esete

5. Pécsi Gy., Rácz I., Szeri B.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Gastroenterológiai Endoscopia, Győr)

Diffúz antralis vascularis ectasis („görög-dinnye gyomor”), a krónikus gastrointestinalis vérzés ritka oka

6. Szalóki T., Varga Sz., Siba S., Preisich P., Domán J.

(Szőnyi Tibor Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Kórbonctan, Vác; Flór Ferenc Kórház I. Belgyógyászati-Gastroenterologia, Kerepestarcsa)

Diffúz angiodyplasia a gyomorban (2 eset bemutatása)

7. Dobi S., Tóth Sz., Horváth K., Kovács K., Szabó É., Várnai F.

(László Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Radiológiai Osztály; István Kórház Bőr-osztály, Budapest)

Abdominalis vascularis megbetegedés megtevesztő megjelenése

8. Kalo E., Jankovich, M., Förster Gy.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati, Általános Sebészeti, Kórbonctani és Kórszövettani Osztály, Miskolc)

Meckel diverticulumból származó masszív gastrointestinalis vérzés

9. Kovács L., Szabolcs I., Góth M., Szilágyi G.

(OTE I. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

A hypophysis mellőse leány hormonok reakciója primer hyperparathyreosisban és a műtét kezelése után

10. Dolgos J., Patakfalvi A., Horváth K., Farkas, M.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Radiológiai Osztály, Sebészeti Osztály, Zalaegerszeg; Izotóplabor, Kaposvár)

Súlyos hypercalcaemia-szindróma képében jelentkező hyperparathyreosis diagnózisa és eredményes műtét kezelése

11. Holländer E.

(Korányi Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Diabeteses amyotrophia

12. Korányi A., Andréka B., Brenner F., Szentcsiki M., Csökör Gy., Kocsis J.

(Megyei Kórház Izotóplabor, II. Belosztály, Tatabánya; Megyei Kórház Izotóplabor, Győr)

Amiodarone-okozta manifest és szubklinikus pajzsmirigydiszfunkció

13. Bakó Gy., Főrizs E., Kálmán K., Kelenhegyi Cs., Leővey A.

(DOTE I. Belklinika, Szemészeti Klinika, Debrecen)

Basedow-kóros, ophthalmopathiás betegek Cyclosporin-A kezelése: Esetbemutatók, tanulságok

14. Gyetvai Gy., Safrankó E., Bérczy J., Berhész I., Agyagosi D.

(Markhot Ferenc Megyei Kórház III. Bel-

gyógyászati Osztály; Heves Megyei Közegészségügyi és Járványügyi Állomás, Iskolaegészségügyi Osztály, Eger)

Golyva epidemiológiai vizsgálatok Heves Megyében

15. Kálmán K., Kelenhegyi Cs., Nagy V. E., Leővey A.

(DOTE I. Belgyógyászati Klinika, Szemklinika, Debrecen)

Újabb terápiás lehetőségek infiltratív endokrin ophthalmopathiában

16. Szabolcs I., Ploenes Chr., Bernard W., Hermann J.

(OTE I. Belklinika Budapest, Geriatriai Kórház, Düsseldorf, Bielefeldi Kórház, Bielefeld)

Gammacoat kétlépcsős thyroxin (FT4)—RIA használata geriatricai betegeken

17. Valkusz Zs., Julesz J.

(Szent-Györgyi Albert OTE Önálló Endokrin Osztály, Szeged)

A Sipple-szindróma családi előfordulása

18. Tóth M., Varga I., Rácz K., Kiss R., Fűtő L., Sergev D., Jakab Zs., Münnich E. Schaff Zs. Gláz E.

(Semmelweis OTE II. Belklinika, I. Pathológiai Intézet, Budapest)

Hormonálisan „inaktív” mellékvesekéregdenomák eltávolítása után jelentkező hypoadrenia

19. Kiss R., Rácz K., Karlinger K., Tóth M., Sergev O., Fűtő L., Varga I., Gláz E.

(Semmelweis OTE II. Belklinika; Országos Érsebészeti Intézet, Központi Radiológiai Diagnosztika, Budapest)

Mellékvesekéreg- és hypophysis adenomák társulása

20. Bérczy J., Gyetvai Gy.

(Markhot Ferenc Megyei Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Eger)

A neuroendokrin szabályozás vizsgálatának jelentősége infertilitásban

21. Tóth M., Barna I., Tislér A., De Châtel R.

(Semmelweis OTE I. Belklinika, Budapest és Heidelbergi Egyetem Gyógyszertani Intézete, Heidelberg)

A szérum kalcium szerepe a pitvari natriuretikus peptid (ANP) elválasztás szabályozásában

22. Barna I., Földes J., Tóth M., Tislér A., de Châtel R.

(Semmelweis OTE I. Belklinika Budapest és Heidelbergi Egyetem Gyógyszertani Intézete, Heidelberg)

Pitvari natriuretikus peptid (ANP) elválasztás vizsgálata hypothyreosisban szenvedő betegeken

23. Cseh K., Kalabay L., Jakab L., Pozsonyi T., Jakab L.

(Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

A tumor necrosis faktor szintjének mérése biológiai módszerrel és a hormon szerepe a vascularis endothel sejteket károsító folyamatokban.

24. Horváth M., Varsányi M., Mezey Zs., Rácz K., Gerő S.

(Semmelweis OTE Arteriosclerosis Kutatócsoport, III. Belklinika, Gerontológiai Kutatóközpont; István Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Immunológiai eltérések és azok in vitro gyógyszeres befolyásolhatósága heveny myocardialis infarctusban szenvedő betegekben.

25. Szatmári T., Farkas M., Lozsádi N., Buday, G., Kerkovits Gy.

(Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

A CT/QS2 prognosztikus értéke akut myocardialis infarctusban

26. Gáll Zs., Asbóth R., Nemes Cs., Dinnyea E.

(MÁV Kórház III. Belgyógyászati és IV. Belgyógyászati Osztály; Központi Meteorológiai Intézet; Semmelweis OTE Számítástechnikai Központ, Budapest)

Myocardium infarctus napi megoszlásának vizsgálata meteorológiai tényezőkkel való összefüggésben

27. Jermendy Gy., Tóth L., Vörös P., Pérenyi J., Kammerer L., Pogácsa G.

(Merényi Kórház, István Kórház, Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet, Országos Kardiológiai Intézet, Budapest)

Kardialis autonom neuropathia prospektív vizsgálata diabetes mellitusban

28. Fazekas T., Pogácsa G., Ungi I., Balázs M., Korom I., Mágóri A.

(Szent-Györgyi Albert OTE I. Belgyógyászati és Bőrgyógyászati Klinika, Patológiai Intézet, Szeged; Városló Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Baja)

Kamrai parasystolia felesleges Cordarone-kezelése során fellépő „pseudocyanosis” és hypothyreosis

29. Dóbi I., Sótónyi P., Juhász-Nagy S.

(Csepeli Kórház Sebészeti Osztály; Semmelweis OTE Igazságügyi Orvostani Intézet, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest)

Szívglükózid-hatás postischemiás módosulása a mesenterialis keringésben kutyán

30. Tóth Cs., Szalóky P., Pethő A.

(Markhot Ferenc Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Eger)

Melkersson-Rosenthal szindróma társulása letális kimenetelű krónikus myocarditisszel

31. Mohácsi A., Kozlovsky B., Paraghy Gy., Fülöp T. jr., Leővey A.

(DOTE I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen)

Apolipoproteinek és a HDL szubfrakciók meghatározása multilokalizációjú (coronaria-, carotis, peripheriás) atherosclerosisos elváltozások esetén:

További rizikótényező?

32. Landi A., Keller L., Bihari-Varga M.

(István Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Semmelweis OTE II. Patológiai Intézet, Budapest)

A vér lipiddiszetevői és rheológiai tulajdonságai arteriosclerosis obliteransban

33. Császár A., Menzel J., Karádi T., Dieplinger H., Romics L., Utermann, G.

(Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, Budapest; Leopold-Franzens Egyetem, Orvosi Biológiai és Genetikai Intézet Innsbruck)

Apolipoprotein A-IV-Budapest és A-IV-Budapest, két új humán izoform ismertetése és az apolipoprotein A-IV metabolizmus populációs felmérése

34. Pécsvárady Zs., Fabók., Meskó É. (Flór Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

A fehérvérsejtek szerepe a cardiovascularis betegségekben

35. Gesztési T., Jákó J., Rostás L., Deák Gy.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati-Kardiológiai; Szekszárd; OTE I. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Kardiovaszkuláris amyloidosis

36. Sámik J., Tóth T., Bartos L.

(Megyei Kórház IV. Belgyógyászati-Műveletosztály, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár)

Alagút-szindróma és haemodialysis: Sikeres műtét megoldás

37. Tislér A., Tóth M., Bősze P., Barna I., de Châtel R.

(Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinika; OTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest)

Pitvari natriuretikus peptid (ANP) vizsgálata Turner-szindrómában.

38. Iliás L., Pattantyus J., Bögi J., Fiala E. (Uzsoki Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Relapsing polychondritis

32. Szklendárik Gy., Kas P., Rozenberszki Zs., Farsang Cs.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Többprofilú belgyógyászati osztály számítógépes rendszere

Péntek de.: Plenáris ülés Díszt terem

2. Fő téma:

RITKA BELGYÓGYÁSZATI KÓRKÉPEK

Moderátor: Varró Vince

8.30 Varró V. (Szeged): Bevezetés

Antalóczy Z. (Budapest):

Szívropturához társult ál-aneurysma sikeresen műtött esetek

Holló I., (Budapest):

Normocalcaemiás primér hyperparathyreosis

Jávör T. (Pécs):

Familiális enterális lymphangiectasia

Lehoczky D. (Budapest):

Szisztémás mastocytosis

Pap Á. (Budapest):

Primér sclerotizáló cholangitis krónikus pancreatitis képében

10.00 Szünet

10.20 Rák K. (Debrecen):

Thrombotikus thrombocytopeniás purpura (Möschcowitz szindróma)

Sonkodi S. (Szeged):

Ask-Upmark-vese és a magasvérnyomás Szarvas F. (Szeged)

Gynaecomastiával manifestáló Wilson-kór Szegedi Gy. (Debrecen):

Kevert kötőszöveti betegség (MCTD)

Tamás Gy. (Budapest):

„Brittle” diabetes

Taraba I. (Budapest):

Wegener granulomatosis hirtelen kialakuló veseelégtelenséggel

Tenczer J. (Budapest):

Atípusos pitvar-kamrai járulékos kötegek 11.30 A Magyar Belgyógyász Társaság közgyűlése

Péntek du. „A” szekció Díszt terem

Csatlakozó előadások

Elnök: Szarvas Ferenc

Iványi János

14.30 Kolonics I., Seider J., Lengyel M., Lukács L.

(Országos Kardiológiai Intézet, Budapest)

Mélyvénás thrombosis — jobb pitvari thromboembolia — tüdőembólia: Diagnózistól a sikeres műtétig

László Z., Kempler P., Konderák J., Móczár E., Bohák A., Szántó I., Tenczer J.

(Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, OTE Radiológiai Klinika és II. Sebészeti Klinika, Budapest)

Chinidin Retard tabletta szokatlan mellékhatása

Rácz I., Pécsi Gy., Ónody Zs., Pap Zs., Láng L.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Győr)

Endotoxin sokkal és akut veseelégtelenséggel járó fulminans purulens cholangitis komplex és sikeres kezelése

Sümeghi L., Nemesánszky E., Neumark T., Bély M.

(ORFI II. Belgyógyászati Osztály és Kórbontani Osztály, Budapest)

Primer biliaris cirrhosis felismerésének útja ritka szövődménnyel

15.00 Vita

15.15 Haris Á., Radó Gy.

(Uzsoki Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Eryc által okozott akut májkárosodás

Arányi J.

(Uzsoki Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Ophthalmoplegia vezető tünettel járó cerebrales beriberi alkoholista betegen

Masszi T., Lehoczky E., Schranz V., Szegedi N., Szendrői M., Fekete S.

(Semmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, Pszichiátriai Klinika, Ortopédiai Klinika, Budapest)

POEMS szindróma: Első magyarországi eset?

15.40 Vita

16.00 Szünet, posztterviták

Elnök: Lehoczky Dezső

Szilágyi Géza

17.00 Abonyi J., Szalóky P., Juhász E., Halmos T., Besznayk I.

(Markhot Ferenc Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Eger; Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Általános Belgyógyászati Osztály, Országos Onkológiai Intézet Sebészeti Osztály, Budapest)

Doege-Potter szindrómát eredményező multicentrikus kiindulási tumor

Deák G., Arányi J., Rétai G., Radó J.

(Uzsoki Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Kardiológiai Osztály, Budapest)

Pseudopheochromocytoma

Dévai J., Jankovics K., Vallent K., Dávid K. (Központi Rendőrkórház I. Belgyógyászati Osztály, Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika, Budapest)

Cushing szindrómát okozó pancreas carcinoid tumor

Bene L., Kárteszi M., Göndöcs Cs., Szalay L., Engloner L., Fehér J.

(Semmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Ritka belgyógyászati megbetegedések ismeretlen eredetű lázas állapot hátterében

17.30 Vita

17.45 Domján Gy., Pető I., Pál A., Szarvas D., Sas G.

(OTE I. Belgyógyászati Klinika; Heim Pál gyermekkórház, Budapest)

Protein C hiány kombinációja homocysteinemiával, ill. kryofibrinogenaemiával: szemléltetváltozás a thrombophiliák pathogenesisében

Misz M., Kappelmayer J., Kovács J.

(DOTE II. Belgyógyászati Klinika Központi Klinikai Kémiai Laboratórium, Patológiai Intézet, Debrecen)

Thrombophilia ritka esete

Pató É., Monostori Zs.

(Uzsoki Kórház III. Belgyógyászati Osztály; Országos Érsebészeti Intézet Központi Radiológiai Diagnosztika, Budapest)

Dysplasia fibrosa polyostotica (Albright szindróma)

18.10 Vita

Péntek du.: „B” szekció Elnöki páholy

Angiologia, hypertonia, diabetes

Elnök: Juhász István
Rétsági György

14.30 Váradi A., Solti F., Iskum M.

(Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinika, Szív- és Érsebészeti Klinika; Újpesti Károlyi Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Vasodilatátorok hatása a perifériás vérőrbetegségben szenvedők végtag-keringésére
Tóth K., Nádas I., Vereckei K., Major L., Dömötör Gy.

(OTE II. Belgyógyászati Klinika, I. Sebészeti Klinika, Radiológiai Klinika, Budapest)

Alsó végtagi obliteráló arteriosclerosisban szenvedő betegeinkben az arteriosclerosis tünetmentes előfordulása egyéb érszakszokon

Szigyártó M., Váci I., Sipos Gy., Varga E., Nagy G., Zeltner Gy.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály Angiológiai Részleg, Radiológiai Intézet, Miskolc)

Mélyvénás thrombosis tüneteit utánzó elváltozások az alsó végtagokon osztályunk másfél éves anyagában

15.00 Tagányi K., Kristóf V., Szirtes M., Simonyi J.

(Bajcsy-Zsilinszky Kórház Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, III. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

A kémiai lumbalis sympathectomia angiológiai alkalmazása

15.00 Vita

15.15 Sipos Gy., Váci I., Szigyártó M.,

Varga E., Bilinszki E., Zeltner Gy.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály Angiológiai Részleg, Radiológiai Intézet, Miskolc)

Mélyvénás thrombosisok ultranagy dózisú (UN) streptokinase (SK) kezelése

Molnár F., Major L., Nádas I., Tóth K., Vereckei K.

(OTE Radiológiai Klinika, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Percutan endarteriectomia jelentősége és helye a perifériás vérőrbetegségek nem sebészeti terápiajában

Kristóf V., Szirtes M., Lengyel I., Schafer M., Simonyi J.

(Bajcsy-Zsilinszky Kórház; Országos Szív- és Érsebészeti Intézet, Budapest; Schering AG, Berlin)

Stabil prostacyclin analóg (Iloprost) iv. alkalmazása disztális túlsúlyú alsó végtagi arteriális keringészavarban

Blaskó Gy.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Az Epasol hatása a thrombocytá aggregációra és prognosztizálható szerepe a humán terápia gyakorlatban

15.45 Vita

16.00 Szünet, posztterviták

Elnök: de Châtel Rudolf

Halmos Tamás

17.00 Káli A., Hajdu E., Szenté A., Németh J.

(Országos Kardiológiai Intézet, Budapest)

Lokális thrombolysis femoro-iliacalis vénás occlusióban

Halmy L., Nemesánszky L., Rajki M.

(Központi Rendőrkórház V. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Woodway futószőnyeg felhasználása a kezelés hatásának objektív megállapítására arteriosclerosis obliteransban szenvedő betegek terápiajában

Dombi P., Szentcsiki M., Brenner F., Nemes J.

(Megyei Kórház II. Belosztály, Tatabánya; POTE I. Belgyógyászati Klinika, Pécs)

Renovascularis hypertonia betegeink kapcsán

Farsang Cs., Farkas K., Alföldi S., Finta E., Járni Z.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Ügyeleti szolgálat hatása az orvosok circadian vérnyomásváltozására (fehérvérnyomás hipertóniája)

17.30 Vita

17.45 Aczél K., Sal I.

(Központi Katonai Kórház, Budapest)

Aktív szemészeti kezelést igénylő súlyos diabeteses retinopathiás betegek retrospektív elemzése

Domán J., Kaszás I., Mojzesné F. M., Bartá K., Szalóki T.

(Szőnyi Tibor Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Központi Laboratórium, Vác; OTE Patológiai Tanszék, Budapest)

Domján Gy., Pető I., Schopper J., Szilvási I., Jákó J.

(OTE I. Belgyógyászati Klinika, Radiológiai Klinika, Budapest)

A monoclonalis antitestek vesekárosító hatásának non-invazív vizsgálata

18.10 Vita

Péntek du.: Poszter szekció Galéria

Elnökök:

Fehér János—Pokorny Gyula (1—9)

Burger Tibor—Tényi Mária (10—18)

Szegedi Gyula—Varga László (19—25)

Rák Kálmán—Patakfavi Albert (26—33)

Török Eszter—Kakukk György (34—40)

Káldor Antal—Gács János (41—48)

1. Udvardy M., Hársfalvy J., Rák K.

(DOTE II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen)

A thrombocytá-membránhoz kötött immunoglobulinok mennyiségi vizsgálata májcirrhosisban

2. Horváth T., Szabó L., Nagy Zs., Schvarcz T.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Kórbontani Osztály, Tatabánya; Keszthelyi Agrártudományi Egyetem Központi Laboratóriuma, Keszthely)

Idült alkoholos eredetű májbetegség vitaminszintjeinek összehasonlító vizsgálata a környezet prognózist befolyásoló szerepe szempontjából

3. Tasnádi Gy., Breckner M., Tóth E., Nagy L.

(MÁV Kórház III. Belgyógyászati Osztály és Laboratórium, MÁV Közegészségügyi Intézet, Budapest)

Ritka differenciáldiagnózis akut porphyriában

4. Dörgölő L., Neumark T., Román E., Nemesánszky E.

(ORFI II. Belgyógyászati Osztály, Kórbontani Osztály, Budapest)

A giardiasis felismerésének lehetőségei

5. Székely Gy., Tóth K., Kapcsulik P., Szlamka I.

(János Kórház IV. Belgyógyászati Osztály, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Röntgenosztály, Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika, Budapest)

Spontán portosystemás shuntok duplex ultrahangvizsgálata

6. Sréter L., Werling K., Jakab I., Fehér J.

(Semmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika; Jahn Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Két hepatoma-sejtvonal GM-CSF-t termel

7. Schnabel R., Dalmi L., Mester Á., Pakuta B., Malatinszky Gy., Bokor M., Garra I.

(Róbert Károly körüti Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest; Megyei Kórház Fertőző Osztály, Debrecen; Semmelweis OTE Radiológiai Klinika, Budapest)

Krónikus májbetegségek májsejt-membrán elleni autoantitestjeinek kimutatása immunbead módszerrel

8. Pete I., Gál Z., Varga L.

(Megyei Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Győr)

A krónikus portalis encephalopathiáról esetünk kapcsán

9. Valikovics F., Angyal S., Borbás B., Csépe K., Szegedi J.

(Jósa András Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Nyíregyháza)

Szervesoldószer mérgezés következtében kialakuló máj- és veseelégtelenség sikeres

kezelése haemoperfúzióval kombinált haemodialízissal

10. Visy L., Nahajovszky S., Téri N., Horváth Gy.

(Megyei Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Bőrgyógyászati Osztály, Győr)

Erythema exudativum multiforme differenciál-diagnosztikai problémái

11. Arányi J., Radó J.

(Uzsoki Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Rhabdomyolysis okozta myoglobinuria egy sportoló medikusban

12. Téri N., Nahajovszky S., Horváth O.

(Megyei Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Pathológiai Osztály, Győr)

„Hairy cell” leukaemia

13. Hérics M., Keresztury S., Nagy Zs.

(Simmelweis Kórház Krónikus Belgyógyászati, Pathológiai és II. Belgyógyászati Osztálya, Miskolc)

Tartós Desferal kezelés tapasztalatai haemochromatosisban

14. Papp Gy., Dolgos J., Patakfalvy A.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg)

Extrapulmonalis tuberculosis ritka megjelenési formái

15. Kempler P., László Z., Gyenes F., Littman L., Tenczel J.

(Simmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Ritka belgyógyászati betegségek diagnózisa 2D echocardiographiával

16. Jakó J., Nagy P., Dauda Gy., Szerafin L., Kovács, A., Póth I., Smaykó D., Babicz T.

(Megyei Kórház V. Belgyógyászati Osztály, Pathológiai Osztály, Nyíregyháza)

Malignus haematológiai kórképek és carcinoma társulása

17. Jakab I., Pecze K., Pálóczi K.

(Jahn Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Országos Haematológiai és Vértanszfúziós Intézet, Budapest)

Krónikus lymphoid leukaemia kialakulása polycythaemia rubra veraban

18. Dobos K., Gúró M., Csanaky Gy.

(Szent-Györgyi Albert OTE II. Belgyógyászati Klinika, Szeged; POTE Pathológiai Intézet, Pécs)

Krónikus lymphoid leukaemia haemophagocytotikus nyirokcsomó elváltozással

19. Waldhauser A., Rácz K., Karlinger K., Kiss R., Tóth M., Fűtő L., Sergev O., Gláz E.

(Simmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika; Országos Érsebészeti Intézet, Központi Radiológiai Intézet, Budapest)

Hydropericardium, mint a hypothyreosis vezető tünete

20. Fűtő L., Lateiwish A. M., Fehér J., Baraczka K., Rácz K., Kiss R., Tóth M., Gláz E.

(Simmelweis OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Raynaud szindróma és hypothyreosis

21. Zakar G., Ladányi E., Degrell P.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Nephrologiai Részleg, Pathológiai Osztály, Miskolc)

Hepatosplenomegalia, hypertonia, diabetes mellitus és veseelégtelenség társulása középkorú férfibetegben

22. Fekete S., Masszi T., Schranz V., Marticsek J., Prinz Gy., Végh T., Szende B.

(Simmelweis OTE III. Belgyógyászati Klinika, I. Pathológiai Intézet; László Kórház, Budapest; Flór Ferenc Kórház, Kerepestaresa)

Jób-szindróma

23. Pocsay G., Dudás M., Kander Z., Lőrinczy E., Iványi J.

(Pándy Kálmán Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Radiológiai Osztály, Izotóp Osztály, Gyula)

Adatok a rejtett tüdőembóliák kérdéséhez

24. Nagy A., Kricskovits A., Velösy Gy., Széplaki F.

(MÁV Tüdőgyógyintézet, Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Perifériás érbetegségek rizikófaktorai

25. Altörjai I., Krupinski K., Kirchmaier, C. M.

(DOTE II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen; Goethe Egyetem Angiológiai Intézet, Frankfurt am Main)

Az érfal és a vérlemezkék kölcsönhatásának in vitro vizsgálata humán ér-endothel-sejtenyészetben termelt extracelluláris matrix segítségével

26. Major L., Berentey E., Nádas I., Tóth K., Vereckei K.

(OTE Radiológiai Klinika, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Perifériás ér-obstrukciók nem sebészi rekanalizációja

27. Vereckei K., Nádas I., Tóth K., Major L., Dömötör Gy.

(OTE II. Belgyógyászati Klinika, I. Sebészeti Klinika, Radiológiai Klinika, Budapest)

Három éve követett perkután transluminális angioplasztikával kezelt perifériás verőérbetegségben szenvedő betegek eredményei

28. Wórum I., Cserényi L., Középesy L.

(Megyei Kórház Nephrológiai Osztály, Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét)

Vena jugularis kanül implantáció krónikus haemodialysis programban

29. Varga Gy., Barzó P., Zeltner Gy.

(Megyei Kórház Röntgen Intézet, Izotóplabor, I. Belgyógyászati Osztály; Semmelweis Kórház III. Tüdőbelsőszty, Miskolc)

Pulmonalis vasoconstrictio — a többirányú perfúziós tüdőszcintigramok tükrében

30. Radics K., Deák Bárdos G., Széplaki F., Kollányi G.

(MÁV Tüdőgyógyintézet Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Újonnan kifejlesztett impedancea rheographiával kapott eredményeink alsó végtag obliteráló arteriosclerosisban

31. Rajki M., Halmy L.

(Központi Rendőrkórház V. Belosztály, Budapest)

Arteriosclerosis obliteransban szenvedő betegek kardiológiai terhelhetőségének vizsgálata Woodway futószőnyeggel

32. Mikita J.

(DOTE II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen)

Pathológias haemorheológiai eltérések haematológiai betegségekben

33. Antalóczy Z., Nádas I., Vereckei K., Tóth K., Altomare Gy.

(OTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Fájdalom szindrómával nem kísért alsó végtagi obliteráló érbetegségek

34. Császár T., Hafner J., Patakfalvi A., Rácz Sz., Kutas J.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Radiológiai Osztály, Sebészeti Osztály, Zalaegerszeg)

Coeliaca stenosis és steal szindrómás esetünk az elmúlt 10 évben

35. Hafner J., Császár T., Patakfalvi A., Rácz Sz.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Radiológiai Osztály, Zalaegerszeg)

A vese thromboemboliás megbetegedései osztályunk beteganyagában

36. Deák-Bárdos G., Nagy A., Kricskovits A., Széplaki F.

(MÁV Tüdőgyógyintézet Belgyógyászati Osztály, Budapest)

Perifériás obliteráló arteriosclerosis és a szív

37. Tóth E.

(MÁV Kórház és Központi Rendelő, Érbeteg-gondozó, Budapest)

A kapillármikroszkópia szerepe a Raynaud-szindróma differenciáldiagnosztikájában

38. Erdélyi K., Veress G., Tihanyi L.

(Állami Kórház, Balatonfüred)

Az arteriális compliance változása diabetes mellitusban, krónikus mycardialis infarctusban és essentialis hypertensioban

39. Horváth P., Farkas K., Kusztos D., Harcos P., Hosszú M., Duray A., Szabó T., Hüttl K.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Neurológiai Osztály, Fül-Orr-Gége Osztály; Országos Érsebészeti Intézet, Budapest)

Nyelvesont nagyszarvának hyperostosisa okozta arteria carotis kompresszió következtében kialakuló TIA

40. Harmos G., Winkler G., Vörös P., Stókum É., Kammerer L., Salamon F.

(János Kórház II. Belgyógyászati Osztály; István Kórház II. Belgyógyászati Osztály; Chinoin Gyógyszerárugyár Izotóp Diagnosztika, Budapest)

A béta2-mikroglobulin ürítés 14 napos, igen alacsony kalóriatartalmú (300 kal/nap) fogyókúra során

41. Cziráki A., Hunyadi B., Rinfel J., Jávör T.

(POTE I. Belgyógyászati Klinika, Pécs)

Bypress 20 monoterápia hatása a vérnyomás diurnális ritmusára és a centrális hemodinamikára

42. Alföldi S., Járai Z., Monos E., Farsang Cs.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest)

„Fehérköpeny-jelenség” vizsgálata hypertoniásokban

43. Cserhalmi L., Huszár G., Ványi J., Korom Gy., Pártos O., Balogh N., Istvánffy M.

(Országos Kardiológiai Intézet és Semmelweis OTE Kardiológiai Tanszék, Budapest)

A Tensioin kezelés és gondozás hatása kongesztív szívizombetegek körlefo-lyására

44. Vezekényi Zs., Kovács Zs., Nagy Sz.

(I. Belgyógyászati Osztály, Gyógyszertár, Központi Laboratórium, Zalaegerszeg)

A bopindolol (Sandonorm) kezeléssel szerzett tapasztalataink essentialis hypertoniában
45. *Szegedi J., Daragó L., Sértő-Radics I.*

(Jósa András Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Számítástechnikai Csoport, Nyíregyháza)

A kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást befolyásoló rizikófaktorok előfordulása Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye hypertoniás beteganyagában

46. *Winkler G., Gerő L., Pánczél P., Illyés Gy., Varga P., Salamon F.*

(János Kórház II. Belgyógyászati Osztály; Semmelweis OTE I. és III. Belgyógyászati Klinika; Országos Traumatológiai Intézet, Budapest)

Klinikai és laboratóriumi (immun-, endokrin) paraméterek vizsgálata hosszú ideje fennálló, retinopathiával szövődött, ill. retinopathia-mentes insulin dependens cukorbetegségben

47. *Dudás M., Iványi J.*

(Pándy Kálmán Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Gyula)

Kezelt hypertoniás betegek életminősége
48. *Dömötör Gy., Nádas I., Tóth K., Vercekei K., Major L.*

(OTE I. Sebészeti Klinika, II. Belgyógyászati Klinika, Radiológiai Klinika, Budapest)

Koponya CT vizsgálatok jelentősége extracranialis agyi verőerek kezelésének stratégiájában

Szombat de.: Plenáris ülés Díszterem

3. Főtema: BELGYÓGYÁSZATI ANGIOLÓGIA

Moderátor: Farsang Csaba
Keller László

8.30 *Szollár L.*

Az atherosclerosis kialakulásának újabb elméletei

Kecskeméti V.

Az angiológia gyógyszerei

Meskó É.

A belgyógyászati angiológia helyzete és időszerű feladatai

Káli A., Maklári E., Kolonics I., Szemerédi P., Halmi M., Novák L.

Járásgyakorlatok érbetegeken

a) Prediktív adatok a járásgyakorlatok sikerének megítélésében (Káli A.)

b) A vér rheológiai viselkedése járásgyakorlatok hatására (Maklári E.)

10.00 Szünet

10.20 *Zeltner Gy.*

Haemodilutio és thrombolysis

Kristóf V.

Prostanoidok és érbetegségek

Nemes A.

A belgyógyász-sebész kooperáció a sebész szemszögéből az arteriális betegségek gyógyításában

Acsádi Gy.

A phlebologia legfontosabb problémái

11.40 Szünet

Szombat de.: „A” szekció Díszterem

CSATLAKOZÓ ELŐADÁSOK

12.00 *Farkas K., Horváth O., Kusztos D.,*

Harcos P., Hosszú M., Szilágyi L., Járányi Zs.

(Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Organikus Ideggyógyászati Osztály, Országos Érsebészeti Intézet, Budapest)

Agyi érbetegségeink kivizsgálásával és műtéti kezelésével nyert tapasztalataink

Ballagi F., Horváth I.

(Városi Kórház Érbeteg Rehabilitációs Osztály, Kapuvár)

Alsóvégtagi idült obliteratív verőérbetegségek komplex konzervatív terápiájával elért eredményeink

Tóth E.

(MÁV Kórház és Központi Rendelő, Érbeteg-gongozó, Budapest)

A gondozói rendszer, mint az angiológiai betegellátás egyik lehetséges formája

Meskó É., Pécsvárdy Zs., Németh J., Fabók Á., Kristóf K.

(Flór Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Kerepestarcsa)

Pest megye belgyógyászati érbetegellátása

Zeltner Gy., Váci I., Sipos Gy., Szigyártó M.

(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Angiológiai Részleg, Miskolc)

Belgyógyászati Angiológiai ellátás kialakítása és működésének tapasztalatai Borsod-

Abaúj-Zemplén Megyében

12.40 Vita

13.00 Elnöki zárszó

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1990. október 17-én 14 órakor az Intézet IV. emeleti nagy tanácstermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: Dr. Kondás József

Program

1. *Papp L.:*

Műlencse beültetésének eredményei és gondoljai 1989-ben

2. *Kondás J., Szentgyörgyi E., Kondér Gy.:* Transurethralis sebészeti megoldások osztályunk anyagában

3. *Helembai L., Karádi J., Balogh Á.:* Reto-rectalis tályogok

4. *Balogh Á., Karácsi J., Helembai L., Feczko J.:*

Alsó végtagi csonttörések egyidejű érendszerei megbetegedés okozta ritka szövőd-ményei

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciójának 1990. október 18-án (csütörtök) 9–13 órákor az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (Bp. II., Vörös Hadsereg útja 116.) kultúrtermében tartja az „Időskori neuropszichiátriai képek klinikuma” c. éves továbbképző tanfolyamának hatodik ülést.

Program

1. *Prof. dr. Péntes László:*

Az öregedés biológiai modell — elméletei

2. *Prof. dr. Fráter Rózsa*

Paranoid pszichózisok és paranoid személyiség fejlődések az időskorban.

3. *Dr. Majthényi Katalin:*

A demenciák neuropathológiája.

Üléselnök: dr. Donázy Marianne

A Bács-Kiskun Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya

A Bács-Kiskun Megyei Tanács Hollós József Kórház-Rendelőintézet és a Megyei Orvostudományi bizottság tisztelettel meghívja

A XXX. jubileumi

Bács-Kiskun Megyei

Orvos-Gyógyszerész napokra

Kecskemét, 1990. október 18–19.

Tájékoztató

Megnyitó és az I. Szekció helye:

Tudomány és Technika Háza, Szabadság tér Kongresszusi terem (II. emelet)

II. Szekció helye:

Előadóterem (I. emelet)

Megnyitó időpontja: október 18-án 9 óra

I. és II. Szekció: október 18-án 10–12 óráig és 14–17 óráig

I. és II. Szekció: október 19-én 9–12 óráig és 14–16 óráig

Tudományos előadások témája:

— Az interdiszciplináris csapatmunka szerepe a medicinában

— Az orvos-gyógyszerész tudomány fejlődése megénkben

— Szabadon választott

Az előadások ideje 8 perc.

A program betarthatósága érdekében az üléselelnökök az előadói időt nem hosszabbíthatják meg. Kérjük az előadókat, hogy az időtartamokat szigorúan tartsák be!

Vetítési lehetőség:

Mindkét szekcióban 5 × 5 cm-es diaprojektív, írásvetítő. Az I. Szekcióban videó. Kérjük a diaprojektíveket megfordítva vetítésre kész állapotban, a jobb felső sarokban beszámolva a szekció kezdete előtt a vetítőnél leadni.

Az előadások szövegét dolgozat formájában nyomdakész állapotban — az előadónak mellékelten megküldött irányelvek szerint — kérjük adják le az információs irodában, hogy azokat a Bács-Kiskun Megyei Orvosok-Gyógyszerészek Évkönyvében megjelentethessük.

Az Orvos-Gyógyszerész napok részvételi díja 250 Ft, a fogadás költsége 150 Ft.

A tudományos ülések, társas programok részvételi jegyei és az Évkönyvek a feladó-vevény ellenében az információs irodában vehetők át.

Az információs iroda működési ideje és helye:

Tudomány és Technika Háza földszinti előcsarnok, mindkét napon: 8–16 óráig

Társas program:

— Október 18-án 17.30 órakor Orgona Hangverseny a Kodály Zoltán Ének-Zenei Iskola Hangversenytermében (Szabadság tér 7.)

— Október 18-án 19 órakor állófogadás a Tudomány és Technika Háza földszintjén.

Egyéb programok lebonyolításához segítséget nyújt és mindenben készséggel rendelkezésre áll az Információs iroda.

Étkezési lehetőség:

Mindkét napon á la carte Híros Étterem,



NITROMINT®

aeroszol



NITROMINT® aeroszol

koszorúér-tágító

A nitroglycerin az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a koronária ereket, ezúton csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szív munkáját, oxigén-igényét, javítja a koronária-keringést, az ischaemiás szívizom oxigén-ellátását. Hatására javul a szív teljesítménye, nő a terhelési tolerancia. A szájnyálkahártyára juttatott nitroglycerin gyorsan felszívódik, hatása 1–2 percen belül jelentkezik.

Hatóanyag: 8 g nitroglycerinum solutum 1%
10 g-os palackonként (0,4 mg nitroglycerinum adagonként)

Javallatok: Akut angina pectoris roham, fizikai terhelés előtt alkalmazva a roham megelőzésére.

Ellenjavallat: Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzúgú glaukoma, súlyos hipotonia, emelkedett koponyűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

Adagolás: Az adagolószelep egyszeri lenyomásával 0,4 mg nitroglycerinnek megfelelő oldat távozik a mechanikus pumpával ellátott palackból.

Roham esetén a beteg ülő helyzetében 1–2 adagot kell a nyelv alá juttatni a szórófej lenyomásával. Szükség esetén ennél több, de 15 percen belül legfeljebb 3 adag alkalmazható.

BELÉLEGEZNI NEM SZABAD!

Mellékhatások: A szájban átmenetileg enyhe égő érzés, fejbén lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagolásakor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

Gyógyszerkölcsonhatás: Óvatosan adható: antihipertenzívumokkal, triciklusos antidepresszánsokkal, (hipotenzió fokozódik).

Figyelmeztetés: Nyíltzúgú glaukómában, migrén esetén adagolása fokozott óvatosságot igényel. Fokozza a katekolaminok, valamint a VMA (vanillinmandulasav) vizelettel való kiválasztódását.

A betegek nitroglycerin iránti egyéni érzékenysége nagyon eltérő, ezt az adagolásnál figyelembe kell venni.

A gyógyszer alkalmazása terhességben csak a haszn/kockázat alapos mérlegelése után ajánlott.

Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos!

Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó!

Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

Megjegyzés: ✱ ✱ Csak vényre adható ki a társadalombiztosítás támogatásával. Fogyasztói áron vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 1 palack (10 g)

EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



Három Gúnár Fogadó, Aranyhomok Hotel étterme, Liberté Kávéház étterme és a Tudomány Háza Klubjában.

Szállás igények:

Ígényüket kérjük azonnal levélben jelezni (név és szállás igény pontos feltüntetésével) Abonyi Gézánné osztályvezetőnek, Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét, Pf.: 149. Nyíri út 38. 6001. Telefon: 20-488/135

1990. október 18. csütörtök

9 óra:

Bevezetőt mond és az ünnepi megnyitó elnöke: **dr. Ligeti Zsuzsanna**
Ünnepi megnyitó, köszöntések
Ünnepi megemlékezés az Orvostudományi Bizottságról, Orvos-Gyógyszerész Napokról: **dr. Lusztig Gábor**

Előadások

I. Szekció

Üléseknők: Nagy Tamás, Lux János
Fetalis állapot-diagnosztika osztályunkon, a 15 éves praepartalis cardiocographia tükrében

Francia, L., Farmasi S., Kamasz K., Kincses S., Kiss N., Kóhalmi J., Rigó I., Lux J. (Kiskunfélegyházi Városi Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály)

Méhnyak-csonk sarcoma
Kincses S., Kóhalmi J., Lux J., Farmasi S., Szigeti I. (Kiskunfélegyházi Városi Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály) (Megyei Kórház Patológiai Osztály, Kecskemét)

Számitógépes tallózás osztályunk 1989. évi szülészeti eseményei között
Piskolti J., Makáry P., Tóth K., Vad Z., Horváth K.:

(Bajai Városi Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály)

Számitógépes gyógyszerrendelés bevezetésének tapasztalatai osztályunkon
Makáry P., Piskolti J., Pápay T., Horváth K., Vad Z.

(Bajai Városi Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Központi Gyógyszertár)

Calculus vaginae
Nagy Mihályi I., Mestyán R.

(Bajai Városi Kórház Onkológiai Osztály)
Tapasztalataink az insulin-dependens, illetve gestatis diabetes mellitusban szenvedő terhesek kezelésében

Juhász M., Kovács A. G., Temesvári B., Szűcs M.

(Megyei Kórház III. Belgyógyászati-, Szülészeti-Nőgyógyászati- és Gyermekosztály, Kecskemét)

Terhesgondozás gestatis diabetes esetén

Temesvári B., Kovács A. G., Nagy T., Bruncsák A.

(Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati és III. Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Gestatis diabetes hatása az újszülött állapotára

Kovács A. G., Temesvári B., Szűcs M.: (Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati és Gyermekosztály, Kecskemét)

Kyphoscoliosis és terhesség
Kovács A. G., Temesvári B., Szűcs M.

(Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati és Tüdőosztály, Kecskemét)

Az emlőradiológia fejlődése és interdisziplináris helyzete

Mecseri I.

(Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Vita — ebédszünet

14 órakor

Üléseknők: Dömötör Endre, Lóránd Pál
„Fájdalomterápia” mint új lehetőség az anaesthesiológiai osztály tevékenységében

Vass-Eysen, E., Hámori K.: (Megyei Kórház-Anaesthesiológiai és Interdisziplináris Intenzív Betegellátó Osztály, Kecskemét)

Az interdisziplináris együttműködés szemléletalkító szerepe sebész és radiológus között.

Szajki K., Lóránd P., Laczay A.

Szemléletváltozás a műtéti előkészítésben és a postoperatív kezelésben

Sahin-Tóth I., Kornó E., Andriská G. (Kalocsai Városi Kórház Sebészeti- és Központi Anaesthesiológiai Osztály)

Korai reoperációk alakulása kórházunk sebészetén 1975–1989

Csikós F., Ádám Z., Soós K. (Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti Osztály)

Masszív gastrointestinalis vérzés kezelésének alakulása 1975-től napjainkig
Maráz F., Zsuzsán Z., Darabos J., Csikós F.

(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti Osztály)

Kinológ sebészeti alkalmazása (Egy új antibiotikum kipróbálásának tapasztalatai)

Csikós F.: (Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti Osztály)

Interdisziplináris csapatmunkával diagnosztizált, sikeresen gyógyított retroperitonealis tumor

Lehota Gy., Putaki J., Mócsár E., Lesznyák J. (Kiskunfélegyházi Városi Kórház Sebészeti Osztály)

(Megyei Kórház Patológiai Osztály, Kecskemét)

Hasznos együttműködési tapasztalatok a mozgásszervi betegségek megelőzésében és kezelésében

Gréczy I., Tóth J., Czákó J. (Megyei Kórház Ortopédiai Osztály, Kecskemét)

Az endoszkópos módszer lehetőségei és perspektívái az ortopédiában

Sárány J., Nemes J., Fehér M. (Megyei Kórház Ortopédiai Osztály, Kecskemét)

Politraumázáltak és tömeges sérültek radiológiai ellátásának problémái

Szathmáry V. (Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Balesetes betegek érsérüléseinek ellátásában szerzett tapasztalataink

Lengyel J., Kecsés I., Csikós F. (Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti Osztály)

Idős tomportáji sérültek ellátása, mint interdisziplináris feladat

Mohás A., Ragadics E., Bíró S.

(Bajai Városi Kórház Traumatológiai Osztály)

Súlyos mellkassérülések korszerű terápiája

Szathmári Z., Juharosi L., Osabautey V. O. A. (Bajai Városi Kórház Traumatológiai Osztály)

Thoraco-abdominalis sérülések kezelésében elért eredményeink

Szappanos B., Dragon K., Kovács J. (Kiskunfélegyházi Városi Kórház Sebészeti Osztály)

Pszichiátriai betegek traumatológiai eseményeinek elemzése

Csomor L., Dömötör E., Szűcs A. (Megyei Kórház Traumatológiai- és Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Vita

II. Szekció

10 órakor

Üléseknők: Ligeti Zsuzsanna, Kövecz Gyula

Az orvosi munka fejlődése Kiskunhalason a XVII–XVIII. században
Kövecz Gy.

(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Patológiai Osztály)

Az interdisziplináris együttműködés gátjai
Vass-Eysen E.

(Megyei Kórház Anaesthesiológiai és Interdisziplináris Intenzív Betegellátó Osztály, Kecskemét)

A radiológiai munka alakulása Kecskeméten 1982–1989

Laczay A. (Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Az első magyarországi combnyakszegezések az 1930-as években Kiskunhalason

Kövecz Gy. (Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Patológiai Osztály)

A központi anaesthesiológiai ellátás megalakulása és fejlődése a kecskeméti megyei kórházban.

Vass-Eysen E.

(Megyei Kórház Anaesthesiológiai és Interdisziplináris Intenzív Betegellátó Osztály, Kecskemét)

A kecskeméti pszichiátria első 4 éve. Egy lehetséges modell szükségzerű bukása

Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Kiskunhalasi város halálozási adatai a „Polgármesteri Jelentés”-ek alapján

Kövecz Gy. (Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Patológiai Osztály)

A csapatmunka fogalmának új elemei, a mediko-szociális alapellátásban

Szabó Gy. (Bajai Egészségügyi Alapellátó Hálózat)

Az együttműködés jelentőségéről a sürgősségi betegellátás vonatkozásában, különös tekintettel a mentőorvosi gyakorlatra, Baján és környékén

Szabó L. P. (Bajai Mentőállomás)

Pulmonológia helye az egységes betegellátásban

Jármay Á., Ruby É., Góhér I.
(Megyei Kórház Tüdőgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Kapcsolataink kiszélesítése a többszörös rizikótényezőt hordozók ellátásában.

Gombás T., Morva L.
(Körzeti Egészségügyi Szolgálat, Kecskemét, Körzeti Egészségügyi Szolgálat Tataháza)

A helyszíni sürgősségi betegellátás fejlődése megyénkben (25 éves körzeti orvosi munkám tükrében)

Morva L.
(Körzeti Egészségügyi Szolgálat, Tataháza)

Vita — ebédszünet

14 órákor

Üléselnökök: Takáts János, Török László
Az interdiszciplináris együttműködés jelentősége a fej-nyak sebészetben

Takáts J.
(Megyei Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály, Kecskemét)

Microchirurgolaryngoscopia szerepe a gégebetegségek komplex kezelésében

Visnyovszky L., Vismeg S., Körmendy L., Koós K.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály)

Tracheo-bronchoscopia előfordulása kórházunk beteganyagában

Körmendy L., Visnyovszky L., Rácz J.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály)

Laryngomicroscopia — új diagnosztikus és terápiás lehetőség osztályunk gyakorlatában

Hauk I.
(Megyei Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály, Kecskemét)

Sebész-endoszkópos együttműködésnek jelentősége az epesebészetben

Szabó Gy., Bencsura I., Lele L.
Katona Kórház Általános Sebészeti Osztály, (Kecskemét)

Tympano-plasztikák osztályunk beteganyagában

Czinege G.
Megyei Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály, (Kecskemét)

Az allergia fül-orr-gégészeti vonatkozásáról

Bartalis É., Tóth Zs.

2. Katona Kórház Fül-orr-gégészeti Osztály, (Kecskemét)

A szexuális úton terjedő betegségek általános medicinális jelentősége és újabb aspektusai

Raffai S.
(Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Újabb módszerek a dermatochirurgia-plasztikában

Mari B.
Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A korrelációs dermatológia helye és szerepe az interdiszciplináris együttműködésben.
(Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A Boeck sarcoidosis diagnózisáról és gyógykezeléséről

Hajdú L.

(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kardio-pulmonológiai Gondozó Intézet)

Endoszkópos beteganyagunk mikológiai vizsgálata

Szili M., Várnyu A.
(2. Katona József Bőrgyógyászati- és Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

1990. október 19. péntek

I. Szekció

9 órákor

Üléselnökök: Csornai Márta, Katona József
A cerebrovascularis inzultusban szenvedő betegek adatainak elemzése

Sóvágó Zs., Jeszenszky V., Nádasdy M., Balogh E.

(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház II. Belgyógyászati Osztály)

Selectiv thrombolyticus eljárás agyi érelzáródás esetén

Soós K., Katona J., Kecskés I.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Ideg-Elmegyógyászat Neurológiai Osztály)

Thrombolytikus kezelés utáni neurológiai rehabilitáció lehetőségei

Katona J., Soós K.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Ideg-Elmegyógyászat Neurológiai Osztály)

Az agyi erek angiographiája (videóval)

Chiovini K.
(Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Az arteria carotis és vertebralis duplex sonographiája

Katona T.
(Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Carotis endarteriectomia átesett betegek utóvizsgálata

Csornai M., Chiovini K.
(Megyei Kórház Ideggyógyászati- és Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Vita — szünet

10³⁰ órákor

Üléselnökök: Tóth Sándor, Timár Sándor
Az interdiszciplináris csapatmunka szerepe a hypertoniás és cardiovascularis betegségekben szenvedők felkutatásában és gondozásában a körzeti orvosi gyakorlatban

Simek Á.
(Gara, I. sz. Körzeti orvosi rendelő)

A Holter monitorizálás diagnosztikus értéke az ischaemiás szívbetegségekben

Timár S.
(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A szívelgtelenség korszerű kezelése

Kerekes Cs., Nagy A., Timár S.
(Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Cardiológiai tényezők fiatalok cerebrovascularis megbetegedéseiben

Vöröss A., Tóth A., Császár E., Csornai M.
(Megyei Kórház Ideggyógyászati- és I. Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Cardiovascularis betegségek rizikófaktorainak vizsgálata gyermekekben. A kövérség meghatározása

Mihai K., Katona J., Szelei B., Márton H.
(Megyei Kórház Csecsemő- és Gyermekosztály, Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Stepáz kezeléssel elért eredményeink

Kecskés I., Soós K.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti és Idegsebészeti)

Intraoperative végzett transluminális angioplastikával elért eredményeink

Kecskés I., Lengyel J., Csikós F.
(Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Általános Sebészeti Osztály)

Perifériás érbetegségek sebészeti kezelése, ennek radiológiai háttere

Cserényi L., Bácskai F.
Megyei Kórház Általános Sebészeti-Radiológiai Osztály, (Kecskemét)

A perifériás érbetegségek radiológiai kezelése (videóval)

Bácskai F.
(Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

Vita — ebédszünet

14 órákor

Üléselnökök: Tóth Csaba, Bruncsák András
A percutan epekőeltávolítás technikája

Ficsór E., Tóth Cs.
(Megyei Kórház Urológiai-Sebészeti Osztály, Kecskemét)

A percutan epekőeltávolítás hepatológiai vonatkozásai 50 eset utánvizsgálata alapján

Kara J., Tóth Cs.
(Megyei Kórház IV. Belgyógyászat-Hepatológia- és Urológiai-Sebészeti Osztály, Kecskemét)

A percutan epekőeltávolítás során végzett epehólyagfal biopsziák szövettani értékelése

Serényi P., Lesznyák J., Tóth Cs.
(Megyei Kórház Urológiai Sebészeti Osztály, Kecskemét)

A percutan epekőeltávolítás korai eredményei

Hohmann E., Domján L., Tóth Cs.
Megyei Kórház Urológiai-Sebészeti és Endoszkópos Osztály, (Kecskemét)

Percutan epekőeltávolítás ultrahang ellenőrzésének tapasztalatai

Szelei B.
(Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Kecskemét)

HIDA-vizsgálatok percutan epekőeltávolítás előtt és után

Galuska L., Tóth Cs., Borszékai I.
(Megyei Kórház Izotópdiaosztika és Urológiai-Sebészeti Osztály, Kecskemét)

Tapasztalatok az apheresis interdiszciplináris alkalmazásában

Borka I., Hajnal L.
(Megyei Kórház Vértranszfúziós Állomás, Kecskemét)

Massív transzfúzió

Hauser M., Kálmán A., Kellner R., Torgyik Mihályné
(Bajai Városi Kórház Vértranszfúziós Állomás)

Polytransfusio

Kálmán A., Hauser M., Kellner R., Torgyik Mihályné
(Bajai Városi Kórház Vértranszfúziós Állomás)

II. Szekció

9 órákor

Üléselnökök: Szűcs Attila, Schwabik József
Egy új munkaterületben rejlő sajátos lehetőség

gek: a családsegítés és a pszichiátria kapcsolata

Szabó M., Nemes Ferencné, Szűcs A.

(Kiskunfélegyháza V. T. Egészségügyi Osztály, Családsegítő Központ, Kiskunfélegyháza, Megyei Kórház pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Epilepsziához és magatartászavarhoz vezető gyermekkori megbetegedés hosszútávú elektroklinikai megfigyelése

Gyenes V., Tóth Gy., Szegvári Zs., Szűcs A. (Megyei Kórház Gyermekgyógyászati és Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Laboratóriumi értékek dinamikus követése és értékelése alkoholbetegekben

Dombay S., Beliczay Zs., Kara J., Jancsó T., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Hepatológiai Gondozó, Központi Laboratórium, Kecskemét)

Gerontopszichiátriai betegek belszeri állapotának és farmakoterápiájának jellegzetességei

Csornai A., Strucz I., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

A lelki gondozásról az alkoholológiai szakellátásban

Horváth Á., Dombay S., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

A liquor cerebrospinalis mikrokémiai és immunológiai vizsgálatának differenciáldiagnosztikus jelentőségéről

Szegvári Zs. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Pszichometriás vizsgálatok differenciáldiagnosztikus jelentősége szenvedélybetegségekben

Zalarovits I., Papp Béláné, Fejes G., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Szenvedélybetegek EEG vizsgálatának jelentősége az úgynevezett „epilepsia alcoholica” megítélésében

Sturcz I., Baka G., Szegvári Zs., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Intelligenciavizsgálat alkoholbetegeknél

Papp Béláné, Oravecz E., Dombay A., Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

A pszichiátrián kezelt betegek kilátásai változó körülményeink között (H. H. H.)

Szűcs A. (Megyei Kórház Pszichiátriai Osztály, Kecskemét)

Cognitív P₃₀₀ acusticus kiváltott válasz vizsgálatának értékelése szorongásos állapotokban

Magyar L., Zimányi A., Kiss L. (2. Katona Kórház Ideggyógyászati Osztály, Kecskemét)

A vizuális munkavégző képesség mérésének tapasztalatai pilótáknál

Grósz A., Remes P., Bagány M. (Magyar Honvédség Repülőorvosi Vizsgáló és Kutató Intézet, Kecskemét)

Öt év öngyilkossági kísérleteinek részletes elemzése, a gondozás lehetőségei

Gubacsi L. (Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét)

Vita — ebédszünet

14 órákor

Üléselnökök: Biliczki Ferenc, Wórum Imre

A Porphyria acuta intermittens differenciáldiagnosztikai problémái — egy esetünk kapcsán

Nagy I., Gémes I., Bencsura I. (2. Katona Kórház Belgyógyászati- és Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét)

Prophyrias beteg komplex elektrofiziológiai vizsgálata

Zimányi A., Mátyás K., Lorencz Gy. (2. Katona Kórház Ideggyógyászati Osztály, Kecskemét)

Erythropoietin kezeléssel szerzett tapasztalataink

Kozák A., Endre V., Közepesi L., Wórum I. (Megyei Kórház Nephrológia, Kecskemét)

Együtműködés az intenzív osztályokkal akut uraemiás és toxikológiai esetek kezelésében

Közepesi L., Vásas S., Gémes I. (Megyei Kórház Nephrológia, Anaesthesiológia és Interdiszciplináris Intenzív Betegellátó Osztály, 2. Katona Kórház Belgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Sebész és nerológus együttműködés a krónikus dialízis programban

Wórum I., Cserényi L., Lóránd P., Közepesi L. (Megyei Kórház Nephrológiai Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét)

A tobramycinum sulfuricum (Brulamycin) vérszintjének és koncentrációjának vizsgálata lokális és szisztémás adagolást követően radioimmunoassay módszerrel

Földesi I., Tapasztó I., Sztanojev Gy., Kovács G. (SZOTE Nőgyógyászati Klinika, 2. Katona Kórház Szemészeti és Baleseti Sebészeti Osztály, Gyógyszertár, Kecskemét)

Együtműködésünk a Malignus Lymphoma Munkacsoporttal az osztály tizenöt éves beteganyagának tükrében

Komáromi M., Mohay A. (Bajai Városi Kórház II. Belgyógyászati Osztály)

Morfan szindrómás család gondozása

Kucska M., Császár E. (Megyei Kórház Ideggyógyászati Osztály, Kecskemét)

A thrombocyta funkció változása hosszán tartó busafogyasztás során

Joó I., Kürti K., Tóth S., Farkas T., Csengery I.

(Kiskunfélegyházi Városi Kórház Laboratórium Belgyógyászati Osztály, MTA Szegei Biológiai Központ, Haltenyésztési Kutató Intézet, Szarvas)

Vita

Az International Gastrosurgical Club és a Májkutató Alapítvány pályázatot hirdet gastroenterológiai és hepatológiai témakörbe tartozó modern klinikai és kísérletes módszerek elsajátítása céljából fiatal szakemberek részére.

Korhatár: 40 év.

A módszerek elsajátítására az alábbi városokban van lehetőség: München, Freiburg, Mainz, Amsterdam.

A tanulmányút időtartama: 1–3 hónap.

Ösztöndíj összege: havi 2–3000 DM.

A pályázatoknak tartalmaznia kell: a tanulmányozandó témát, az elsajátítandó módszereket, a jelölt szakmai munkásságát, munkahelyi vezető véleményét.

A pályázatokat a Májkutató Alapítvány kuratóriumának elnökéhez (Prof. Fehér János, 1088 Budapest, VIII., Szentkirályi u. 46., Semmelweis OTE, II. Belklinika) kell benyújtani.

Határidő: 1990. október 30.

A pályázatokat a nemzetközi kuratórium bírálja el.

A Magyar Kardiológusok Társaságának Experimentális Szekciója évi tudományos ülését 1990. november 8-án tartja a Semmelweis OTE NET Díszpályájában (Bp., VIII., Nagyváradi tér 4.).

Az előadásokat kérjük a következő címre bejelenteni.

Prof. dr. Pogátsa Gábor egyetemi tanár, Országos Kardiológiai Intézet, 1450 Budapest, Pf. 88.

A Markusovszky Lajos Alapítvány kuratóriuma pályázatot hirdet az Orvosi Hetilap borítójának korszerűsítésére és díszesebbé tételére.

A pályázatokat a kuratórium által felkért ad hoc bizottság bírálja el.

A nyertes pályamű 30 000 FT jutalomban részesül.

A pályázatokat az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe kell beküldeni.

Beküldési határidő: 1990. október 30.



KÁROS SZENVEDÉSTŐL MENTES.

ASS-500 mg pezsgőtabletta. Gyorssegély fejfájás, láz és gyulladás ellen.

ASS-500 mg pezsgőtabletta. Vízben oldható, a szervezetben gyorsan felszívódik.

S a fájdalom pillanatok alatt elmúlik.

ASS-500 mg pezsgőtabletta

Fájdalom- és lázcsillapító, valamint gyulladáscsökkentő, felnőttek részére.

Szokásos napi adagja, ha az orvos másképpen nem rendeli, felnőtteknek 2-3-szor 1-2 pezsgőtabletta. 10 éven felüli gyermekeknek szükség esetén 1 pezsgőtabletta.

A pezsgőtablettát egy pohár vízben fel kell oldani és étkezés után kell bevenni.

Gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője vagy annak akár gyanúja esetén is, kizárólag orvosi utasításra alkalmazható. Amennyiben alkalmazásra kerül a gyógyszer ezen betegségek esetén és esetleg tartós hányás, kábultság, eszméletvesztés lép fel, haladéktalanul orvost kell hívni a gyermekhez, mivel ezek a tünetek egy rendkívül ritka, de adott esetben életveszélyes betegség jelei is lehetnek.

A készítményt nem szabad szedni:

- terhes nőknek a terhesség utolsó három hónapjában;
- gyomor- és nyombélbetegségekben szenvedőknek
- fokozott vérzékenységű egyéneknek
- Szalicilát tartalmú készítmények iránt érzékeny egyéneknek

Csak az orvos kifejezett utasítása esetén alkalmazza a gyógyszert:

- asztma, szénanátha, orrnyálkahártya polyp, krónikus légúti fertőzés (főleg szénanáthaszerű tünetekkel kapcsolatosan) esetén



- egyéb gyógyszerekkel szembeni túlérzékenység (pl. csalánkiütés, viszketés, bőrreakciók) esetén
 - állandóan fennálló vagy ismétlődő gyomor- és nyombélpanaszok esetén
 - máj és vesebetegség esetén
 - terhesség alatt
 - szoptatás idején. Amennyiben rendszeresen nagyobb mennyiségű gyógyszer szedése válik szükségessé, a csecsemőt el kell választani
 - gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője vagy akár annak gyanúja esetén.
- A gyógyszer alkalmazása kapcsán előfordulhatnak gyomor- és bélpanaszok, asztmás rohamok, bőrreakciók, nagyobb adagoknál fülzúgás, szédülés. Bármilyen, a gyógyszer alkalmazása folyamán előforduló nem kívánatos mellékhatásról, valamint egyéb szokatlan tünetről vagy panaszról a kezelőorvost haladéktalanul tájékoztatni kell, és a gyógyszer további szedése csak az orvos utasítására folytatható. Fekete ún. szurokszéket esetén azonnal orvoshoz kell fordulnia.
- Gyermekek elől gondosan el kell zárni a gyógyszert! Más gyógyszer egyidejűleg csak a kezelőorvos tudtával szedhető, mert az együttes alkalmazás során módosulhat a gyógyszerek hatása.
- Száraz helyen, nedvességtől és fénytől védve szobahőmérsékleten tartandó!

Gyártja a Pharmavit Rt. Veresegyház, Lévai u. 5.

Az Orvosi Hetilap referáló rovatának irányelvei

Folyóiratreferáló rovatunk egy negyed évszázadot meghaladó fennállása elegendő tapasztalatot adott a szerkesztőségnek arra, hogy e rovat működését megfelelően értékelni tudja. Ennek során megállapíthattuk, hogy — elsősorban referáló munkatársainak szakszerű és áldozatos segítségével — a rovat figyelemfelkeltő és tájékoztató funkcióját jól betölti. Ez a megállapítás egyben azt is jelenti számunkra, hogy reális és közeli célként tűzhetjük magunk elé a rovat színvonalának további növelését. E cél érdekében a t. referáló munkatársainkat arra kérjük, hogy az alábbi szempontokat szíveskedjenek követni referátumaik elkészítésekor:

1. A referátumok témaválasztása

Szerkesztőségünk gyakorlata szerint referáló rovatunk alrovatokra oszlik, amelyek egy-egy nagy orvostudományi ág vagy klinikai szakterület körébe tartozó közlemények ismertetését foglalják magukban. Referenseink az illető tudományágak és szakterületek specialistái. Referáló rovatunk feladatának tartjuk, hogy a rovat megfelelően tájékoztassa az általános orvosokat és a speciál-szakmák művelőit (akik valószínűleg csak saját specialitásuk lapjait olvassák és általános tájékoztatást az Orvosi Hetilaptól várnak). E feladatból az következik, hogy az egyes szakterületek közleményeit referáló specialistának figyelemmel kell lennie olvasóira a referálandó cikk megválasztásában és az interpretáció módjában. Gondolnia kell arra, hogy ami a specialista számára érdekes és jelentős, az nem feltétlenül ugyanilyen az általános orvos vagy más szakmabeli számára. Az orvosok túlnyomó többsége és más szakmabeli nem érdeklődik pl. a műtéti és laboratóriumi eljárások technikai részletei iránt. Érdeklík ellenben a szakterülethez tartozó gyakori betegségek klinikai vonatkozásai, a nagy beteganyagon szerzett új tapasztalatok, az orvostudomány haladását képviselő új elméleti felismerések, új gyógy módok, diagnosztikai és prognosztikai szempontok, ismert gyógyszerek hatásmechanizmusának tisztázása, vagy éppen a meggyökeresedett és tankönyvi adattá vált elméleti magyarázatok megalapozott kritikája, új szindrómák, ritka, de elméleti vagy gyakorlati megfontolásokból jelentős betegségek kazuistikái stb. A referensnek megfelelő judíciummal ki kell választania az ilyen témájú közleményeket.

A kiválasztott cikkek megjelenési dátuma folyó évi vagy legfeljebb előző évi legyen! A referátumok csak kivételesen avulnak el a viszonylag hosszú átfutási idő alatt. Rovatunkat szeretnénk újszerű, informatív és jelentős referátumokkal megtölteni. Magyar nyelvű közleményeket és hazai szerzők külföldi folyóiratokban megjelent közleményeit ne referáljuk! Tapasztalatunk szerint igen ritka, hogy egy szakterület referensei azonos közleményt ismertetnek. Ilyen esetben mindig az előbb beérkező referátumot közöljük.

A szerkesztőség is rendszeresen felhívja munkatársainak figyelmét érdekes és értékes cikkekre.

2. A referátumok elkészítése

A referálónak a közleményen belül szelektálnia kell, ki kell emelnie a jelentős és általános érdekességű eleme-

ket és mellőzni vagy csak röviden érintenie a technikai (szövettan, műtétan, kémia stb.) részleteket. A stílusnak világosnak és közérthetőnek kell lennie. Idegen nyelvű szakkifejezések, amennyiben újak vagy speciális jelentéstartalmuk van, kapjanak zárójelben rövid magyarázatot. Rövidítéseket — eltekintve a közhasználatú rövidítésektől — csak a rövidített szó teljes kiírása és zárójelben a későbbi rövidítés megjelölése után alkalmazzunk.

A referátumok számára a referáló lapokban általában szokásosnál jelentősen nagyobb terjedelmet biztosítunk azzal a célkitűzéssel, hogy olvasóinknak ne feltétlenül kelljen elolvasniuk az eredeti közleményt. Éppen ezért ne az eredeti cikk összefoglalását használjuk fel a referátum elkészítéséhez és ne ismertessünk másutt megjelent referátumokat.

A referátum mondanivalójának kiegészítése, kommentálása céljából szívesen vesszük, ha a referens a referátum végére zárójelben hozzáteszi saját véleményét, megjegyzését. Ezt a referátumban kurzív szedéssel emeljük ki.

3. Formai követelmények a referátumokkal szemben

A referátumok tartalmát kérjük másfél-két normál gépelt oldalban (30 sor, 60 leütés) összefoglalni kettes sorközzel gépelve. Kivételesen fontos közlemények ismertetésekor ez a terjedelelem valamelyest növelhető. A gépelés csak a lap egyik oldalán legyen. Minden referátum új oldalon kezdődjék. A köznyelvbe áment szavak fonetikusán, az idegen szakkifejezések etimologikusan írandók! A cikk fejlécén először a cikk magyarra fordított címét írjuk, ezt kétszer húzzuk alá. Idegen nyelvű cím kiírása felesleges. A cím után a szerző neve következze oly módon, hogy előrekerüljön a szerző vezetékneve, s utána a szerző keresztnévét jelölő betű. Legfeljebb három szerző nevét írjuk ki ilyen módon, több szerző esetén az első három szerző neve után írjuk azt, hogy ...és mtsai. A szerző neve után zárójelbe téve adjuk meg a szerző munkahelyét és annak a városnak és országnak a nevét, ahol munkahelye van. Ezt követi a cikket tartalmazó folyóirat neve, a szokásos nemzetközi rövidítés szerint, majd pedig az évfolyam, a kötetszám (egyszer aláhúzva) és a cikk kezdő oldalszáma. A referátumot ne tagoljuk túlságosan, ne tartalmazzon alcímeket, táblázatokat, ábrákat. A referátum végén a referens tüntesse fel a nevét.

SZERZŐK FIGYELEM!!!

Orvosi, egészségügyi, ismeretterjesztő, szépirodalmi és gyermekkönyvek szerkesztését, kézirat előkészítését, nyomdai munkálatainak elvégzését ajánljuk Önöknek!

KÓRHÁZAK, ISKOLÁK!!!

Évkönyvek, emlékkönyvek, katalógusok szerkesztését, nyomdai munkálatainak elvégzését vállaljuk. Tervezéstől a kivitelezésig!

MINDEN ÉRDEKLŐDŐNEK!!!

Névjegykártyák, meghívókártyák, meghívólevelek, borítékok, levélpapírok, Ex Librisek, termékismertető, reklámnymtatványok készítését vállaljuk. Tervezéstől a kivitelezésig!

**FORDULJANAK HOZZÁNK
BIZALOMMAL!**

**CÉGÜNK NEVE GARANCIA
A MINŐSÉGHEZ!**

**SZERKESZTŐSÉGEINK
VÁRJÁK
MEGRENDELÉSEIKET!**



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*, *Clamidia trachomatis*, *Entamoeba histolytica* által okozott infekciók kezelésére és megelőzésére. Enyhe és középsúlyos infekciók kezelésére, megelőzésére.

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

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

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

Bőr- és lágyrészfertőzésekben: streptococcusok által okozott fertőzések, mastitis, furunculosis, carbunculus. Elsőként választandó gyógyszer penicillin-allergia esetén annak helyettesítésére, valamint legionellozis terápiaiban.

Profilaxis: vitiumos 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 körkép 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 osztva.

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 lactobionát 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 fájalmak, 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 vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

25 db kapszula



Előállítja:



BiOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
FAULDING (Ausztrália) licencia alapján

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

gyermekszemészeti szakgyakorlattal rendelkező pályázó.

A pályázatokat a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. sz. mellékletében foglaltak szerint a megjelenést követő 30 napon belül az intézet főigazgató-főorvosához kell benyújtani

Gorács Gyula dr.
főigazgató-főorvos

Köves u. 2–4.) pályázatot hirdet: az Alapellátás területére

3 fő körzeti orvosi állásra.

Kálnoki Gyöngyössy István dr.
főigazgató-főorvos

(180/a)

A Főv. Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1089 Bp., Üllői út 86.) pályázatot hirdet az újonnan kialakításra kerülő 10 ágyas szemészeti osztály osztályvezető főorvosi állására.

A kinevezés határozott időre szól, az illetmény a szakmai gyakorlati idő figyelembevételével kerül megállapításra.

Az osztályvezető feladatát képezi az osztály és az integrált szemészeti szakrendelés irányítása.

Pályázati feltétel: szemész szakorvosi képesítés és 10 éves klinikai szakorvosi gyakorlat.

A pályázónak meg kell felelnie az osztályvezető főorvosokkal szemben támasztott intézeti követelményrendszerben foglaltaknak. (Megtekinthető a Személyzeti és Oktatási Osztályon).

A pályázat elbírálásánál előnyben részesül a

(184)

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet (1096 Bp., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet transzfuziológus szakorvos részére a Vérellátó osztályon.

Pályázati feltételek: több éves gyakorlattal rendelkező segédorvos részére is.

Podhorányi György dr.
főigazgató-főorvos

(185)

A Bp. Főv. Tanácsa VB Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1204 Bp., XX.,

(186)

A Főv. Tanács VB Apáthy István Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (1146 Bp., XIV., Bethesda u. 3.) pályázatot hirdet szemész szakorvosi állás betöltésére.

Előnyben részesül, aki többéves gyakorlattal rendelkezik.

A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül kell benyújtani.

Az állás kinevezéssel a pályázat elbírálását követően azonnal elfoglalható.

Czinner Antal dr.
főigazgató-főorvos

NIZORAL krém (Ketoconazolum)

2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2%

natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható kenőcsben. HATÁS: A ketokonazol szintetikus imidazolszármazék. Széles hatásspektrumú gombaeellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcseréjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, ezáltal megváltozik a membrán permeabilitása, a sejt nem tud tovább osztódni. JAVALLAT: Minden bőrmikózis, melynek kórokozói: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — sarjadzógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare) A kezelésre reagáló körkék: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, intertrigo mycotica, intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. ELLENJAVALLAT: Ketokonazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívódása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. ALKALMAZÁS: A fertőzött bőrfelületet és környékét általában naponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentességig, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — dermatofitonok okozta bőrmikózis esetén 3–4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2–3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4–6 hét. Ha 4–6 hetes kezelés után sem számottevő a klinikai javulás, akkor újabb diagnosztizálásra van szükség. MELLEKHATÁS: Bőrvörösödés, égő, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkütes, dermatitis, illetve egyéb allergiás reakció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. FI GYELMEZTETES: Nátrium hiposzulfitt tartalma miatt szulfita érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiénés előírások betartására fel kell hívni. CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

A Janssen Pharmaceutica, Belgium
licence alapján gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár — Budapest

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloianisz u. 8. Megjelenik 10 950 példányban

A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató

Telefon: 1310-781

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

(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),

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

Szerkesztőség: 1361 Budapest V., Nádor u. 32. Pf. 9. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/123, 151

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félvre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.14054 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

VERAPAMIL

40 mg és 80 mg draszt

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK ANTIHYPERTENSIVA

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágtja a coronariákat és gátolja a coronaria-spasmust; a perifériás artériák tágtása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG: 40 mg ill. 80 mg verapamilum chloratum draszt-ként.

JAVALLATOK: Angina pectoris kezelése és megelőzése, supra-ventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, béta-blokkolókra nem reagáló hypertrophiás cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systoles vérnyomás < 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-blokk, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: Az egyéni érzékenységre megfelelően történik, az adag fokozatos emelésével. A **kezdő** adag általában 3x40 mg. **Átlagos** napi adagja **felelőtteknek** 3x80-160 mg. A 480 mg-os maximális napi adag csak kivételes esetben léphető túl.

Angina pectoris, hypertrophiás cardiomyopathia esetében a szokásos kezdő adag 3x40-80 mg naponta. Ez az adag növelhető naponta (instabil angina) vagy hetenként, az optimális klinikai válasz eléréséig. A szokásos napi összdózis 240 mg (effort angina), illetve 480 mg (nyugalmi és Prinzmetal angina).

Supraventricularis tachycardiákban az állapot súlyosságától függően naponta 3-4-szer 40-120 mg.

Kombinált kezelés: Lehetőleg önmagában adjuk. Szükség esetén kombinálható kinidinnel (kivéve hypertrophiás cardiomyopathiás betegek esetén), prokainamiddal, digitalis-készítményekkel (figyelembe véve a súlyos bradycardia és AV-blokk kockázatát). Ha feltétlenül szükséges, (béta)-blokkolókkal is adható együtt, a beteg gondos ellenőrzése mellett. (Balkamra elégtelenségben és AV vezelési zavarban szenvedő betegeknél a két szer nem kombinálható!)

Rövid és tartós hatású nitrátokkal együtt adva kedvező terápiás hatás érhető el.

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, az esetleg jelentkező mellékhatások a dózis csökkentésével általában megszűnnek vagy enyhülnek.

Leggyakoribb mellékhatások: obstipatio, fejfájás, szédülés, gyengeség, idegesség, pruritus, kipirulás, gyomorpanaszok, hányinger, ritkábban orthostatikus hypotonia, allergiás reakció. Egyéb mellékhatások előfordulásának esélye csekély.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK:

Együttadás tilos:

- disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakció veszélye miatt);
- kinidinnel, hypertrophiás cardiomyopathiában szenvedő betegeknek (jelentős vérnyomásesés veszélye miatt).

Óvatosan adható:

- antihypertensív szerekkel (ezek hatását növeli);
- digitalis-készítményekkel (50-70%-kal) megemeli ezek vérszintjét, ezért a digitalis adagját csökkenteni kell;
- béta-blokkolókkal (súlyos bradycardia, AV-blokk, asystole veszélye miatt);
- inzulinval (a Verapamil csökkenti a diabeteses betegek inzulin okozta hypoglykaemiáját).

FIGYELMEZTETÉS: Különös gondossággal adandó vese- és májkárosodás esetén, mivel a Verapamil kezelés alatt emelkedhet a szérumsztranszamináz- és alkalikus foszfatáz szintje. Súlyos májelégtelenségben az általában alkalmazott adag 30%-a ajánlott.

Wolff — Parkinson — White syndromás betegek pitvarfibrillációjának Verapamillal történő kezelése növelheti a kamrafibrilláció fellépésének kockázatát.

Hosszan tartó kezelés alatt rendszeres szemészeti ellenőrzés javasolt.

Lehetőleg ne alkalmazzuk terhességben (főként az I. trimeszterben) és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezeléssel egyidejűleg ajánlatos a szoptatást szüneteltetni. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

CSOMAGOLÁS: 50 drg (40 mg)
50 drg (80 mg)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest

CHINOIN BUDAPEST



SANDONORM® 1 mg tabletta

H 400 Antihypertensiva

A Sandonorm fő metabolitja a béta-1 és béta-2 receptorokon fejt ki gátló hatást. Kis mértékben intrinszik szimpatomimetikus aktivitással is rendelkezik. Membrán stabilizáló hatása in vitro és állatkísérletekben is észlelhető.

Nyugalomban és terheléskor is hatásos. Nyugalomban sem a szívfrekvenciát sem a perctérfogatot nem csökkenti lényegesen. Vérrnyomást valamint szívfrekvenciát csökkentő hatását a cirkadián ritmus megváltoztatása nélkül fejt ki. Mivel mérsékli a szív választását a béta adrenerg stimulációra, növeli az angina pectorisban szenvedő betegek terhelhetőségét, ezáltal csökkenti az anginás tüneteket.

Mivel a Sandonorm hatása — az ajánlott dózishatárok között — legalább 24 órán keresztül fennáll, napi egyszeri adása mind hipertóniában mind angina pectorisban elégséges.

HATÓANYAG: 1 mg bopindololum (hidrogénmaleinát só formájában tablettaként)

JAVALLATOK: Essentialis hypertonia és effort angina pectoris.

ELLENJAVALLATOK: Digitális refrakter szívelégtelenség, cor pulmonale, jelentős bradikardia, másod- és harmadfokú AV-blokk, asthma bronchiale. Terhesség, szoptatás.

ADAGOLÁS:

Essenciális hipertónia: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.) Amennyiben a hatás három hetes kezelés után nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2—2 mg-ra (reggel 1 1/2—2 tabl.) lehet növelni, vagy más farmakológiai csoportba tartozó vérnyomáscsökkentő gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni. A vérnyomás normalizálódása után — különösen enyhe vagy közepes súlyos hipertóniában — a napi adagot 0,5 mg-ig (reggel 1/2 tabl.) lehet lecsökkenteni.

Angina pectoris: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.) Amennyiben a hatás nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2—2 mg-ra (reggel 1 1/2—2 tabl.) lehet növelni. Ha a válasz még mindig nem megfelelő, más farmakológiai csoportba tartozó gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni. Mindkét indikációban a veseműködés súlyos károsodása esetén (kreatinin clearance kisebb mint 20 ml/perc) a kezdő adag napi 0,5 mg (reggel 1/2 tabl.) legyen.

MELLÉKHATÁSOK: Esetenként enyhe szédülés, fejfájás, fáradékonyság, nagyon ritkán bőrreakció léphet fel. Ilyenkor a dózist csökkenteni kell.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNYATÁSOK: Együttadása tilos intravénás Ca antagonistával. *Óvatosan adható:*

— verapamil típusú kalcium antagonistával (késlelteti az AV-átvezetést, kardiodepresszív hatás erősödhet).

FIGYELMEZTETÉS: Kezdő vagy manifeszt szívelégtelenségben szenvedő beteget béta-blokkolóval történő kezelés előtt megfelelő digitális-kezelésben kell részesíteni.

Altatással történő érzéstelenítés esetén igen fontos a kardiovaszkuláris rendszer körültekintő monitorozása. Ha az altatáshoz a béta-blokkád felfüggesztése szükséges, a Sandonorm dózist fokozatosan kell megvonni. A gyógyszer kistökü intrinszik szimpatomimetikus aktivitásának, valamint elhúzódo hatásának következtében a Sandonorm hirtelen elhagyása esetén sose következik be rebound jelenség. Phaeocromocytomában béta-blokkolót sosem szabad alfa-receptor blokkoló nélkül alkalmazni.

Béta receptor blokkolóval történő kezelés során előfordulhat, hogy súlyosbodnak a korábban már fennálló perifériás érbetegségek tünetei, melynek paraesthesia és a végtagok lehűlése lehet a következménye.

Veseelégtelenség esetén az alkalmazott dózist körültekintően kell megállapítani. Más béta-blokkolóval megfigyelték, hogy a súlyos veseelégtelenség tünetei esetenként tovább romolhatnak.

Egyidejű antidiabetikus terápia esetén óvatosság szükséges, mert a tartós éhezés jelentős hipoglikémiához vezethet és ennek fő tünete a tachikardia a béta-blokkád miatt rejtve maradhat, csupán az izzadás marad meg tünetként.

Amennyiben túladagolás miatt túlzott bradikardia alakulna ki, 0,5—1,0 mg (vagy több) atropin szulfátot kell i.v.-an adni. Egy másik lehetőség, hogy a béta-receptorok serkentése céljából lassú i.v. infúzióban 5 µg/perc dózisban izoprenalin hidrokloridot adunk a kívánt hatás eléréséig. Refrakter esetekben, vagy kezdődő szívelégtelenség kialakulásakor 8—10 mg glucagon hidrokloridot kell adni, melyet szükség esetén 1 órán belül meg lehet ismételni, majd ezt követően, ha még szükséges, 1—3 mg/óra sebességgel i.v. infúzióban lehet folytatni, miközben a beteget folyamatosan monitorozni kell.

A járművezető képességet és a baleseti veszéllyel járó munka végzését befolyásolhatja, ezért egyénileg kell meghatározni, hogy a gyógyszer milyen mennyiségben és mely adagolási módon történő alkalmazása mellett lehet járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni.

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 2×14 tabletta

Gyártja: SANDOZ AG. licence alapján



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 41. SZÁM 2237—2292. OLDAL

BUDAPEST, 1990. OKTÓBER 14.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

RUBOPHEN®

100 mg tabletta

500 mg tabletta

ANTIPYRETIKUS ÉS ANALGETIKUS HATÁSÚ

HATÓANYAG: 100 mg ill. 500 mg paracetamolum tablettaként.

JAVALLATOK: láz, illetve enyhe és közepes súlyos fájdalom csillapítása.

ELLENJAVALLATOK: Paracetamol túlérzékenység. A vese- és májfunkció zavara. Glukóz-6-foszfát dehidrogenáze hiánya (haemolitikus anémia). Meulengracht—Gilbert szindróma.

ADAGOLÁS: Szokásos felnőtt adagja 500—1000 mg (1—2 500 mg-os tabl.), a panaszok intenzitása szerint, maximum naponta 3000 mg (3×2 tabl.)

Szokásos adagja gyermekeknek:

3 hó—1 év: 50—150 mg (½—1½ 100 mg-os tabl.),

1 év—5 év: 150—250 mg (1½—2½ 100 mg-os tabl.),

5 év—14 év: 250—500 mg (2½—5 100 mg-os vagy ½—1 500 mg-os tabl.)

naponta 3—4-szer.

A gyógyszert evés után bőséges folyadékkal kell bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Igen ritkán fordulnak elő és nem jellemzőek. Szedése során érzékeny egyéneknél túlérzékenységi bőrreakciók alakulhatnak ki.

Nagy adagban toxikus, igen nagy adagban letális májkárosodást okozhat. Ennek korai tünetei: hányinger, hányás, izzadás, általános gyengeség, rossz közérzet.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- májenzim indukációt növelő készítményekkel: pl. fenobarbital, glutetimid, fenitoin, karbamazepin, rifampicin (a toxikus paracetamol metabolitok felszaporodhatnak),
- kloramfenikollal (ennek lebomlása megnyúlik, toxicitása nő),
- antikoagulánsokkal (protrombinidő megnő),
- doxorubicinnel (májkárosodás veszélye nő)

FIGYELMEZTETÉS: Kifejezett májkárosodás esetén óvatosan adagolandó. Befolyásolhatja a laboratóriumi tesztek eredményét (szérum; húgysav; vér: heparin, theophyllin, cukor; vizelet; aminosav szintjét). Túladagolása esetén hánytató (emetin) adása javasolt. Antidotumok: N-acetylcystein vagy methionin (a glutation prekursorai, amelyek inaktíválják a paracetamol toxikus metabolitját.) Terheseknek (különösen az I. trimeszterben) és szoptató anyáknak való adása megfontolandó. Egyidejű alkohol fogyasztás a májkárosodás veszélyét növeli.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS: 10 db 100 mg-os tabletta
10 db 500 mg-os tabletta

ELŐÁLLÍTJA: CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti
Termékek Gyára Rt.
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:
FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:
KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:
Alföldy Zoltán dr., Árky István dr., Boda
Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr.,
Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi
György dr., Lampé László dr., Nász István dr.,
Ozsváth Károly dr., Petrányi Gyula dr., Rák
Kálmán dr., Ribári Ottó dr. és Romics László dr.

*

Tanácsadó testület:
de Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes
Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:
Btáge Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto
Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fmts),
Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:
G. CSOMÓS (Hamburg)
G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berens-
mann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci
(Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey),
N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London),
K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), Gy. Nagy (Sid-
ney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), M.
Rojkin (New York), K. Tsuji (Tokyo).

131. ÉVFOLYAM

*

41. SZÁM

*

1990. OKTÓBER 14.

TARTALOMJEGYZÉK

Czeizel Endre dr.:
A genetikai tanácsadás gyakorlata 2239

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Nagy Attila dr., Bende János dr. és Karácsonyi
Sándor dr.:
A mély rektumrezekciókat követő lokális tumor re-
cidívák okairól és kezelésük lehetőségeiről 2247

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Tulassay Zsolt dr., Tulassay Tivadar dr., Szathmári
Miklós dr. és Wolfgang Rascher dr.:
Pitvari nátriuretikus peptid dumping szindrómában 2251

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Karoliny Gizella dr., Osváth Pál dr. és
Horváth Á. dr.:
Laryngitis subglottica kezelése belégzett cortico-
steroiddal 2257

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

Bégány Ágnes dr. és Vezekényi Klára dr.:
Melanoma szűrővizsgálatok Debrecenben 2259

KAZUISZTIKA

Boda Andor dr.:
Septopal R-lánc beültetéssel kezelt anya tejének
gentamicin tartalma 2263
Szendrényi Vilmos dr., Nagy Attila dr. és Nagy
Ferenc dr.:
A soliter ulcus recti simplexről 2767

Beszámolók 2269

Folyóiratreferátumok 2271

Levelek a Szerkesztőhöz 2287

Könyvismertetések 2289

Hírek 2291

Pályázati hirdetmények 2292

Apulein kenőcs és krém T 200

Antiinflammatorica topica
(ATC kód: D 07 AC 09)

Hatóanyag:

3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben,
3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható krémben.

Hatás:

A budesonid hatóanyag a prednisolon-sorba tartozó, nem halogénezett glukokortikoid. Lokális hatásereősége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat:

Kortikoszteroidra reagáló gyulladásos bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat:

Vírusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;
bőrtuberkulózis;

szifiliszes bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazás:

Az érintett területet naponta 1—2 alkalommal vékonyan bekenni.
Fenntartó kezelés esetén elegendő a napi egyszeri alkalmazás.

Mellékhatás:

Zárt fedőkötés gyorsítja a hatóanyag felszívódását, ezért ilyen kötéssel, valamint nagy felületen alkalmazva felszívódhat és szisztémás kortikoszteroid hatást fejthet ki.

Ritkán a zárt kötés alatt bevérvések is jelentkeznek.

Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőratrófia alakulhat ki. Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitis, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőrön papulózus dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés:

A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Négy héten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésével végezhető. Fertőzések esetén megfelelő antibakteriális, illetve antifungális kezelést kell folytatni. Bőrirritáció vagy szenzibilizáció esetén a kezelést abba kell hagyni.

Gyermekek kezelése megfontolást és fokozott körültekintést igényel.

Szem és szemkörnyéki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!!

Csomagolás:

1 tubus (15 g)

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR — Budapest

Az orvosi genetikai legfontosabb gyakorlati alkalmazása a genetikai tanácsadás. Ennek alapja az utódvállalás specifikus veszélye, amely a várható ártalom súlyosságának, kezelhetőségének, magzati diagnosztikájának, kockázatának, az anyai és családi veszélyek stb. becslése alapján állapítható meg. A specifikus veszély és az általános veszély elkülönítése nagyon fontos, mivel az orvosgenetikus csak az előbbiért felelős. A tapasztalatok alapján bemutatásra kerülnek a genetikai tanácsadást igénylők főbb csoportjai. Magyarországon kialakították az információval irányított tanácsadást, amely átmenetet jelent a korábbi utasításos és a jelenleg nyugaton elfogadott felvilágosító módszerek között.

The practice of genetic counselling. The most important practical application of medical genetics is the genetic counselling. It is based on the specific burden of potential offspring which involves severity and treatability of expected disorder, possibility of prenatal diagnosis, risk, etc. The separation of specific and random burdens is also very important. In Hungary a new counselling method entitled „information guidance counselling” was introduced which means an intermediate position between directive and non-directive counselling because of the expectation of family planners.

Az emberi öröklődés vizsgálatok és/vagy befolyásolásakor három szakterület különíthető el:

A *humángenetika* az emberi jellegek vizsgálatával foglalkozik a vércsoportoktól az értelmi szintig. Ennek megfelelően humángenetikus lehet a fizikustól kezdve a biológusokon és pszichológusokon át az orvosig mindenki.

A *klinikai genetikai* a genetikai betegségek diagnosztikájával és kezelésével foglalkozó, általában kórházi háttérrel rendelkező, orvosi tevékenység. Ennek megfelelően művelői általában olyan szakorvosok (gyermekgyógyászok, szülészek, andrológusok, belgyógyászok, neurológusok, pszichiáterek, szemészek, onkológusok stb.), akik saját szakterületükön belül a genetikai betegségekre specializáltak magukat.

Az *orvosi genetikai* a genetikai betegségek megelőzésével foglalkozó speciális orvosi szakma. Mindebből következően a Genetikai Tanácsadóban történő genetikai tanácsadás elsősorban az orvosgenetikusok feladata. Emellett az orvosgenetikusok az adott népesség genetikai ártalmainak: rendellenességeinek és betegségeinek gyakoriságát és okait meghatározó epidemiológiai és laboratóriumi vizsgálatok végzői, valamint a különböző preventív programok szervezői. Az orvosgenetikusnak éppen ezért a genetikai egész területén tájékozottnak kell lennie. A genetikai tanácsadás során a meddőség genetikai aspektusától a születéskor észlelhető veleszületett rendellenességeken át a gyermekek (pl. a különböző izomfajlulások), a felnőttkor (pl. colon polyposis vagy Huntington chorea) és az időskor (pl. Alzheimer kór) genetikai betegségeiig képesnek kell lennie a genetikai megelőzés aktuális lehetőségeinek biztosítására. E munka során az orvosgenetikusok természetesen szorosan együttműködnek a klinikai szakmák képviselőivel, mivel a kóroki diagnózis csak az ő segítségükkel érhető el (5).

A genetikai tanácsadás végzését mindenképpen *orvosgenetikai* szakvizsgálathoz kellene kötni. Ennek elrendelésére azonban eddig a SZEM, ismételt kérések ellenére, sem volt képes. Norvégiában ezt 1971-ben, Kubában 1976-ban oldották meg.

A genetikai tanácsadás célja

A genetikai tanácsadónak az a feladata, hogy a genetikai ártalomban szenvedő ún. proband rendellenessége vagy betegsége a családban lehetőleg még egyszer ne ismétlődjön meg, illetve hogy az ismert veszély-állapotok (pl. előrehaladott anyai életkor) esetén rendellenes utód ne szülessen. Mindezt a gyermeket akaró párok: a *családtervezők* sikeres gyermekvállalásának elősegítésével lehet elérni. A genetikai tanácsadók lényegében tehát a családtervezés egyik háttér intézmény-rendszerét képezik. A családtervezés a gyermekek számának és születési idejének tudatos befolyásolását, valamint a terhesség sikeressége és az utódok minél jobb egészségi állapotának elérése érdekében tett cselekvéseket jelenti. A *genetikai tanácsadásnak* három célja van:

1. A családtervezők *igényének* kielégítése. Ezt szolgálja felvilágosításuk a tervezett terhességvállaláskor az utódra és az anyára leselkedő specifikus veszély mértékéről. Ezt követően, ha a családtervezők kívánják, az orvosgenetikusok tanácsadással segítik a legmegfelelőbb döntést, és mindent megtesznek a döntés végrehajtása során az utódot és esetleg az anyát érintő veszély csökkentése érdekében.

2. A hatékony *orvosi ellátás* előmozdítása. Lehetőségünk van a várható specifikus veszély minél *korábbi* felismerésére. Egyrészt a méhenbelüli vizsgálatokkal mind több rendellenességben-betegségben kizárható vagy igazolható a várt veszély. A magzat súlyos ártalmak a terhesnek, illetve a házaspárnak jogában áll a terhesség 20. + 4. hetéig a terhesség megszakítását kérni. Élettel össze nem egyeztethető magzati ártalom esetében erre a terhesség későbbi időszakában is mód van. A módszertanában szélesedő és elmé-

lyülő magzati diagnosztika kiemelt jelentőséget ad a Magzati Diagnosztikai Központoknak. Másrészt a várható specifikus veszély segítheti a születést követő korai kórismézést és ezáltal a hatékonyabb kezelést. Így pl. a veleszületett gyomorkimenet szűkület várható előfordulásakor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az újszülöttekben esetleg jelentkező csillapíthatatlan hányás e rendellenesség jele lehet.

3. Az *ártalmak megelőzése*. A társadalom érdeke is, hogy minél kevesebb fogyatékos gyermek jöjjön a világra. A Genetikai Tanácsadóban dolgozó orvosgenetikusoknak a tanácsadás során ezért a társadalmi érdeket is helyes figyelembe venni. Ezt azonban sohasem helyezhetik a családtervezők egyéni érdeke fölé. Így skizofreniás leányanya vagy alkoholbeteg házaspár esetében a születéskorlátozás kívánatos lenne, mégis, ha ők a gyermekvállalás mellett döntenek, az orvosgenetikusnak ezt tudomásul kell venni és mindent meg kell tennie a veszélyek lehetséges csökkentése érdekében (3).

Az utódvállalás specifikus veszélyének meghatározása

A genetikai tanácsadás legfontosabb feladata tehát a családtervezők segítése. Ennek kiindulópontja a családtervezők utódvállalásakor várható *specifikus veszély mértékének* a meghatározása.

Az orvosi genetikában kellő jártassággal nem rendelkezők azt hiszik, hogy a genetikai tanácsadás során csupán a kockázatot, vagyis a várható ártalom előfordulásának a valószínűségét kell meghatározni. Ez alapvető tévedés. A feladat a specifikus veszély előrejelzése, amely 10 szempont végiggondolását teszi szükségessé és amelyek közül csak az egyik, s nem is a legfontosabb a kockázat. A részleteket illetően utalok két magyar nyelvű könyvemre (2, 4).

1. A várható ártalom *súlyossága*. Gyakorlati szempontból hét kategóriát érdemes elkülöníteni.

(1.) Önálló társadalmi tevékenységet lehetetlenné tevő rendellenességek (pl. Down-, vagy Martin-Bell-kór). (2.) A mindig letális ártalmak (pl. anencephalia vagy Werdnig-Hoffmann-betegség). (3.) Az életet veszélyeztető és a társadalmi beilleszkedést nehezítő ártalmak (pl. spina bifida cystica). A genetikai tanácsadás során ezen első három kategóriát ítélik nagyon súlyosnak. (4.) Az életet gyakorta veszélyeztető ártalmak (pl. komplex szív- és nagyér-rendellenességek). (5.) A társadalmi tevékenységet nehezítő fogyatékoságok (pl. mozgássérültség vagy vakság). Ez utóbbi két kategória súlyosnak ítéltető. (6.) Azok az ártalmak, amelyekben egyszeri (pl. gyomorkimenet-szűkület sebészi megoldása) vagy folyamatos orvosi kezeléssel (pl. vérzékenység A vagy B típusa) a társadalmi tevékenység biztosítható. (7.) Orvosi kezelést nem igénylő és a társadalmi tevékenységet nem veszélyeztető rendellenességek (pl. rövidujjúság).

2. A várható ártalom *kezelhetősége*. A fenilketonuria súlyos értelmi fogyatékoságban nyilvánul meg, az újszülöttkori szűrést követő speciális diéta azonban ezt képes kivédeni. A veleszületett gyomorkimenet-szűkület régen letális rendellenesség volt, jelenleg a korai műtétnek köszönhetően életkilátásaik jobbakként az átlagosnál. (Ez a nagyobb születési súlynak köszönhető). A vérzékenységben és sok más genetikai ártalomban szenvedők állapota tartós gyógy-

kezeléssel olyan mértékben javítható, hogy a társadalmi tevékenységük biztosítható.

3. A *magzati diagnosztika* lehetősége. Az ultrahang és a magzati szövetekből történő kromoszóma-, enzim- és génvizsgálatok lehetőségeinek javulásával egyre több genetikai ártalom ismerhető fel a magzati életben. A családtervezők döntő többsége az ezt követően felajánlott terhesség-megszakítási lehetőséget elfogadja, mivel jobbnak tartja a rendellenes gyermek megszületésénél (8).

4. A genetikai *kockázat* nagysága. Gyakorlati szempontból három kategóriát érdemes elkülöníteni.

(1.) A 10%-ot meghaladó „közepes” specifikus kockázat — három feltétel: súlyos, kezelhetetlen és magzati vizsgálattal fel nem ismerhető ártalom esetén — a terhesség 12. hetéig lehetőséget teremt a terhességmegszakítás orvosi javallatának a felállítására, illetve a családtervezéskor helyes, ha megfontolásra késztet. (2.) A 20%-ot meghaladó „magas” specifikus kockázat, a fenti három feltétel esetén, társadalmilag hasznossá tenné a születéskorlátozást és ezt az orvosgenetikusnak tudatosítani kell a genetikai tanácsadás során. (3.) Az 50% feletti „nagyon magas” kockázat a 20. + 4. hétig elvégezhető terhességmegszakítás lehetősége miatt fontos. Ez lényegében a magzati diagnosztika révén felismert rendellenességeket, illetve X-hez kötött öröklődéskor a fiú-nem igazolását jelenti.

5. A terhességvállalás *anyai* veszélye. A genetikai tanácsadás során (pl. a tumoros vagy juvenilis diabetes mellitusos családtervező terhességvállalásakor) erre is figyelemmel kell lenni. A tudathasadásos családtervezőnél szüléskor a laktációs psychosis előfordulásának 20%-os kockázata is jelentős veszély.

6. A terhesség alatt esetleg szükséges kezelések (pl. antiepileptikumok), illetve anyai betegségek (diabetes mellitus) és a munkahelyi hatások *teratogén* veszélye. Erre legjobb példa a terhesség alatt is feltétlenül kezelést igénylő epilepszia, ha ez Diphedan-nal, Sacerno-val, Ptimal-lal vagy Convulex-szel történik.

7. Az utódra leselkedő *családi* veszélyek. Az alkoholbetegség nem öröklődik, de az alkoholbeteg szülők a születést követően súlyos családi veszélyt jelentenek utódjukra.

A következő három tényező az árnyaltabb tanácsadáshoz szolgáltat támpontot.

8. A szülői fogadtatás becslése. Angliában egyes családok hajlandók Down-kóros gyermeket is örökbe fogadni. Nálunk a családtervezők többsége jelenleg csak „teljesen egészséges” gyermeket kíván vállalni.

9. A gyermek utáni vágy. Ezt a meglevő egészséges és beteg gyermekek száma jelentősen befolyásolja. Más a gyermekvállalás veszélyének a megítélése a gyermektelen vagy csak rendellenes gyermekű pároknál, mint az egy vagy több egészséges gyermeket nevelő családokban.

10. A család gazdasági-kulturális körülményei és pszichoszociális helyzete. Mindezek alapján a specifikus veszélynek *öt kategóriáját* érdemes elkülöníteni (I. táblázat):

I. A *szokásos* veszély esetén a gyermekvállalásnak nincs számottevő specifikus veszélye, tehát csak a minden terhességvállaláskor jelentkező minimális *általános* veszéllyel kell számolni.

II. A *csekély* veszélykor a genetikai tanácsadás során, vagy a progresszív betegellátás (pl. cukorbeteg és epilepszia

1. táblázat: **A specifikus veszély mértéke alapján elkülönített öt tanács-kategória**

A veszély mértéke	A tanács lényege	Előfordulás (%)
I. Szokásos	A terhesség vállalása ajánlható	40
II. Csekély	A terhesség, megfelelő előkészítés után, ajánlható	30
III. Kivédhető	A terhesség, pl. terhesség alatti magzati vizsgálat mellett, ajánlható	15
IV. Számottevő	A terhesség vállalása megfontolandó	10
V. Jelentős	A terhesség vállalása nem ajánlható	5

szakellátás) keretében, biztosítani kell a fogamzásra történő korszerű felkészítést.

III. A *kivédhető* veszély azt jelenti, hogy a súlyos és hatékonyan nem kezelhető ártalom magzati vagy újszülöttkori vizsgálattal nagy valószínűséggel felismerhető.

IV. A *számottevő* veszélykor, vagyis a súlyos, hatékonyan nem kezelhető és méhen belüli magzati vizsgálattal fel nem ismerhető magzati ártalom 10%-ot meghaladó, de 20%-ot el nem érő kockázatakor a terhességvállalás megfontolandó, illetve a terhes kérésére a terhesség 12. hetéig, orvosi-genetikai javallat alapján megszakítható.

V. A *jelentős* veszélykor a súlyos, nem kezelhető és méhen belüli vizsgálattal fel nem ismerhető magzati ártalom kockázata meghaladja a 20%-ot. Ilyenkor az utód egészségesen születési jogát, továbbá a család és a társadalom érdekét figyelembe véve, a születéskorlátozás kívánatos lenne.

A genetikai tanácsadást tehát nem az utódban várható specifikus ártalom kockázata, hanem a *specifikus veszély mértéke* határozza meg.

A rövidujjúság (brachydactylia) öröklődésének 50%-os kockázatát az elváltozás enyhése szinte semmissé teszi. A 45 éves terhes magzatjában 7% a kromoszóma-rendellenesség, elsősorban a Down-kór kockázata. Ez azonban a magzati kromoszóma-vizsgálattal felismerhető és a rendellenes gyermek születése megelőzhető. A csípőficamos szülő gyermekében az ismételt előfordulás kockázata 15% körül van. Az újszülöttkori szűrővel felismert hajlam rendellenességgé alakulása azonban kivédhető. A várható ártalom súlyosságának, kezelhetőségének, méhen belüli felismerhetőségének stb. megítélése tehát általában fontosabb a kockázat számszerű értékénél.

A specifikus és általános veszély

Az utódvállalkor a veszélynek mindig két kategóriáját kell elkülöníteni. Az egyik az előzőekben körvonalazott specifikus veszély, amely az adott családtervezőpár utódjára a családi gének összetételéből és más tényezőkből (pl. anyai betegség vagy életkor) ered. Ennek tisztázását célozza a családfa-felvétele, a családi-genetikai anamnézis, a szükséges laboratóriumi (pl. kromoszóma) vizsgálatok stb.

Az *általános* veszély a minden gyermekvállalkor várható „szokásos” veszélyek összességét foglalja magába. Így az általános veszély számos kedvezőtlen kimenetel-

re vezethető vissza, amelyeknek mértéke, a témában járatlanok számára, fenyegető (2. tábl.) Pedig ezek már a nyolcvanas évek, a korábbi időszakhoz képest javulást mutató gyakorisági értékei.

2. táblázat: **Az általános veszély összetevői**

Kedvezőtlen kimenetel	Magyarországi gyakoriság (%) a nyolcvanas években
Magzati halálozás	
Méhenküli terhesség	0,8
Felismert spontán vetélés	11,5
Halvaszületés	0,7
Együtt	13,0
Csecsemőhalálozás	1,9
Kissúlyú újszülött	9,8
Veleszületett rendellenesség	
súlyos	3,0
összes	6,5
Értelmi fogyatékos	2,9
Látás fogyatékos	0,1
Hallási fogyatékos	0,2
Mozgássérült	0,5

A részletek megbeszélése nélkül csupán öt kiegészítést teszünk: a) Természetesen a teljesen negatív családi anamnéziséű családtervezőkben ezek az értékek valamivel alacsonyabbak. (Az országos értékek a specifikus veszéllyel terhelt családokat is magukba foglalják.) b) Az általános veszély egyes összetevői átfedik egymást. Így a veleszületett rendellenességgel sújtottak szerepelhetnek a kissúlyú újszülöttek és a különböző fogyatékosok között is. c) Érdemes kitérni egy gyakori félreértésre. Sokan csak azt az ártalmat tartják genetikai eredetűnek, amely a családban már előfordult. Ez tévedés. A genetikai ártalmak döntő többsége derült égből villámcsapásként jelentkezik. Így pl. a genetikai eredetű veleszületett rendellenességek kb. 80%-a teljesen egészséges és negatív családi anamnéziséű családtervezők utódjában fordul elő. Az ilyen eredetű domináns és kromoszomális ártalmak ugyanis általában új mutációk következményei, a recesszívek pedig a mindannyiunkban meglévő lappangó mutáns gének párválasztás során történő összetalálkozásának a következményei. (Az emberi kromoszómaállományban mintegy 60 000 génpár lehet és ezek között kb. 6-ban az egyik hibás. A hibás-génhordozókban ezek gondot nem jelentenek, de ha a kromoszóma valamelyik helyén azonos hibás gént hordozók találkoznak össze, akkor az utódok 25%-ában várható a betegség megjelenése.) A részletesen genetikailag meghatározott rendellenességekben és betegségekben pedig a sok-génes (poligén) öröklődés és a küszöb-jelenség szolgál magyarázattal. Éppen ezért is beszélünk „*genetikai*” és nem „*öröklődő*” betegségekről és rendellenességekről. A genetikai ártalmaknak ez a gyakori váratlan „első” jelentkezése adja meg a *szűrővizsgálatok* (pl. anyai vér AFP és ultrahang szűrés terhesekben, PKU-szűrés újszülöttekben) közegészségügyi jelentőségét. Segítségükkel általában ezek is időben felismerhetők. d) Nagy erőfeszítéseket kell tenni az általános veszély további csökkentésére. Erre hivatott a Család- és Nővédelmi Tanácsadók keretében a Családtervezési Alkalmassági Vizsgálat és az Optimális Családtervezési Szolgáltatás. e) Végül a genetikai tanácsadás során az általános veszéllyel is mindig számolni kell. Emiatt sohasem mondhatjuk: nincs semmi veszély. Éppen ezért a „szokásos veszély” esetén is csak azt közölhetjük: „Az Önök gyermekvállalásakor nem nagyobb a veszély, mint bárki másnál”.

Az orvosi genetika hazánkban ismertté vált és ennek megfelelően sokan keresik fel a genetikai tanácsadókat. Ennek gyakoriságát az első találkozások (tehát az ismételt jelentkezéseket már figyelmen kívül hagyva) és az elveszületések hányadosa jelzi. A hazai 8% körüli gyakorisággal Európában (9), és így valószínűleg világviszonylatban is, az elsők között vagyunk. Az már más kérdés, hogy a tanácsot kérők gyakorta nem valós genetikai javallat alapján jelentkeznek.

A következő fontosabb csoportokat érdemes elkülöníteni:

1. A családtervezőkben teljesen, vagy részben genetikailag meghatározott ártalom fordul elő, vagy ennek gyanúja felmerül.

Teljesen örökletesen meghatározottnak tekintjük a génhibákra és a kromoszóma-elváltozásokra visszavezethető ártalmakat és állapotokat (hibás gén vagy kiegyensúlyozott kromoszóma-elváltozás hordozói.) A részben örökletesen meghatározott multifaktoriális kórereditű rendellenességek és betegségek általában sok-génes (poligenikus) hajlam talaján alakulnak ki és mindig izolált megnyilvánulásúak. Az ilyen, általában gyakori rendellenesség esetében akkor érdemes a Genetikai Tanácsadóba küldeni a családtervezőket, ha már van lehetőség a 2–10%-os kockázat csökkentésére. Ilyen pl. a velőcsőzáródási rendellenesség csoport,

3. táblázat: A genetikai hajlam talaján érvényesülő gyakori betegségek, magyarországi gyakoriságuk és örökletességük mértéke

BNO	Betegség	Gyakoriság 10 000 lakosra	Örökletesség (h ²)
240.0	Graves betegség	65	0,47
250.0	Nem inzulin-függő cukorbetegség	407	0,65
250.1	Inzulin-függő cukorbetegség	20	0,32
274.0	Köszvény	18	0,50
295.0	Tudathasadás	85	0,80
296.0–1	Unipoláris affektív pszichózis	500	0,60
296.2–5	Bipoláris affektív pszichózis	100	0,90
340.0	Szklerózis multiplex	4	0,58
345.0	Epilepszia	60	0,50
365.1–2	Zöldhályog (glaucoma)	160	0,32
401.0	Magasvérnyomás-betegség	850	0,63
410–411	Szívizom-infarktus (korai kezdetű)	500	0,65
454.0	Alsóvértágok visszértágulatai	1250	0,70
477.0	Szénaanátha	360	0,43
493.0	Asthma bronchiale	250	0,70
531–532	Peptikus fekély	460	0,65
556.0	Idiopathikus proctocolitis	3	0,60
574.0	Epekő-betegség	94	0,60
579.0	Coeliakia	13	0,63
592.0	Vesekő-betegség	90	0,80
691.0	Atopiás bőr-betegségek	60	0,70
696.1	Pikkelysömör	39	0,50
710.0	Systemás lupus erythematosus	4	0,90
714.0	Sokizületi gyulladás	131	0,58
720.0	Bechterew-kór	19	0,79
737.3	Adoleszens idiopathikus scoliosis	41	0,88

Együtt 5573 >0,30

tehát az anencephalia és spina bifida cystica. Az örökletes hajlam talaján érvényesülő gyakori betegségek (3. tábl.) közül néhányban a kockázat már közepes (10–19%) nagyságrendű, pl. affektív pszichózisok mindkét típusában vagy a skizofréniában.

2. Ha a családtervezők egészségesek, de családtervező-nő férfi rokonságában genetikai eredetű ártalmat észleltek.

Ilyenkor számolni kell az X-kromoszómához kötött gének csak férfiakban előforduló következményeivel, mint pl. a vérzékenység A és B típusával, a Duchenne-féle izombetegséggel és a Martin–Bell-féle értelmi fogyatékossággal.

3. A családtervezők családjában az első pontban említett gyakori rendellenességek vagy betegségek halmozódnak. Az egészséges családtervezők elsőfokú-rokonságában (tehát a leendő utód másodfokú-rokonságában) előforduló egy-egy autoszom domináns vagy recesszív génhiba, valamint a sok-génes eredetű kórképek általában már nem jelentenek olyan fokú specifikus veszélyt, hogy emiatt érdemes lenne a Genetikai Tanácsadó felkeresése.

4. Ha a családtervezők korábban született gyermekében teljesen vagy részben genetikailag meghatározott veleszületett rendellenesség vagy betegség fordult elő. A génhibák és kromoszóma-elváltozások általában többes rendellenesség-szindrómákat idéznek elő (6). Sajnos ezek azonosítása nem általános, ezért érdemes a tisztázatlan eredetű, tehát nem azonosított ártalmak, vagy ismeretlen ok miatt meghalt gyermekek szüleit is elküldeni a Genetikai Tanácsadóba, ha további terhessegre kívánnak vállalkozni.

5. Ha a családtervezők korábbi terhessegei közül kettő vagy több, szülészeti okkal nem magyarázható magzati halálozással (spontán vetéléssel vagy halvaszületéssel) végződött.

6. Ha meddő házaspár szokásos nőgyógyászati, andrológiai, immunológiai stb. vizsgálatokkor a genetikai ok lehetősége felmerül.

7. 38 éven felüli nők családtervezésekor. Helyesebb lenne 35 évnél meghúzni a határt. Jelenleg azonban a Magzati Diagnosztikai Központok szűkös kapacitása erre nem nyújt lehetőséget.

8. Közeli vérrokonok gyermekvállalási igényekor.

9. Ha a terhessegmegszakítást genetikai (vagy teratológiai) indok alapján javasolják elvégeztetni. Ennek elbírálására és a javaslat kiadására ugyanis, az érvényben lévő rendelkezések szerint, csak a Genetikai Tanácsadó jogosult.

10. Végül szokás megemlíteni egy olyan vegyes csoportot, ahová azok a családtervezők tartoznak, kiknek gyermekvállalásakor a felmerülő vélt vagy valódi genetikai ártalom megelőzésével kapcsolatban másutt nem tudnak segítséget nyújtani.

Mindezekből három következtetés vonható le. I. A Genetikai Tanácsadót a családtervezőknek még a terhessegvállalás előtt kell felkeresniük. II. Jó lenne, ha a genetikai tanácsadókat a családtervezők nem saját elhatározásból keresnék fel, hanem ide őket más szakemberek, előzetes helyzetelemzés után, utalnák be. Erre a Családtervezési Alkalmassági Vizsgálat keretében a „genetikai

alkalmasságot" tisztázó védőnő, és a genetikai ártalmak kóriszmézését végző kollegák lennének a legalkalmasab-
bak. III. A *teratológia* a külső okok miatt a méhen belül fejlődő magzatban kialakuló testi ártalmakkal és ezek megelőzésével foglalkozó tudomány. A hazai gyakorlatban a teratogén ártalmakkal kapcsolatos tanácsadás is a geneti-
kai tanácsadókban történik. Ebből azonban sok félreértés is adódik. Egyrészt a teratogének a magzat testi, a mutagé-
nek pedig a genetikai anyag (a kromoszómákon belüli gé-
nek) ártalmát okozzák. Ebből következően a teratogén ár-
talmak, szemben a genetikaiakkal, sohasem öröklődnek.
Másképp a teratogének és a mutagének általában különbö-
ző eredetű környezeti tényezők. Végül a tanácsadás mód-
szere is eltérő.

A teratológiai tanácsadás legtöbbször nem tesz szükségessé
vizsgálatokat, csupán a feltételezett teratogén hatás milyenségét,
erősségét és időpontját kell tisztázni. Ez csaknem mindig telefon-
on is megoldható. Emiatt hoztuk létre a Teratológiai Telefon
Tájékoztató-t (163-2229). Ezzel szemben a genetikai tanácsadás
a családfa-felvételén túl gyakorta igényel további genetikai (pl.
kromoszóma) és/vagy más vizsgálatokat, tehát mindenképpen
személyesen kell találkozni az orvosgenetikussal.

Tanácsadás módszere

A genetikai tanácsadás során *három alapelvet* kell ér-
vényesíteni:

1. A családtervezőknek joga a specifikus veszély mér-
tékét és ennek elhárítási lehetőségeit pontosan meg-
ismerni.
2. A családtervezési magatartást meghatározó döntés
joga és felelőssége a családtervezőké.
3. A genetikai tanácsadás során az orvosi titoktartást
biztosítani kell.

Magyarországon sikerült kialakítanunk a genetikai ta-
nácsadás *információval irányított módszerét* (2, 4). A szak-
irodalomban ezt már többször „magyar” módszerként is
említették (10). Korábban két módszer volt ismert. Az
egyik a teendőket „előíró”, ún. *utasításos (directive) ta-
nácsadás*.

Kezdetben ez volt a szokásos, már csak azért is, mivel az or-
vosi gyakorlatban ez járja. Hiszen a jó orvos előírja milyen
gyógyszert, milyen adagban, hogyan kell bevenni. A fasiszta Né-
metországban azonban ezt a módszert az eugenika alkalmazása-
kor törvényesítették és aljas politikai bűntények leplezésére hasz-
nálták fel. Így a módszer kompromittálódott. Ezentúl a
családtervezés olyan emberi szabadságjog, amely sok tekintetben
eltér a többi orvosi eljárástól. (Általában nem heveny betegsé-
gről, hanem egy magatartás befolyásolásáról van szó. Ezentúl a ta-
nácsadás célja a leendő gyermek egészsége, aki tehát nem azonos
a tanácsot kérő családtervezővel.)

A nyugati országokban a genetikai tanácsadás elvileg
csupán a veszélyekről és ezek kivédési lehetőségeiről szóló
felvilágosítást jelenti, tanácsot azonban nem adnak. Ezt
hívják ún. „*felvilágosító*” (non-directive) tájékoztatás-
nak. Tagadhatatlan, hogy e módszer kialakulására az or-
vosgenetikusokat Damoklesz kardjaként fenyegető általá-
nos veszély is meghatározó volt (3). Hiszen a specifikus
veszély helyes értelmezése és esetleges kivédése után szü-

letett 100 gyermek közül 3-ban súlyos rendellenesség for-
dul elő. Ez az általános veszély megnyilvánulása, amiért
az orvosgenetikust orvosi és jogi felelősség nem terheli.

Mégis, ez ronthatja a hírnevét, bizonyos esetekben a félreér-
tések kimagyarázása sok energiát igényel, sőt indokolatlan meg-
hurcolásokhoz is vezethet. Magam a genetikai tanácsadást Kop-
penhágában, Londonban és Edinburghban tanultam, így
természetesen a felvilágosításos módszert kezdtem alkalmazni
1971-től itthon is. Az előzetes tájékozódás során tisztáztuk ki a
proband, majd az ő kóroki diagnózisa és az öröklődés szabályai
alapján tájékoztattuk a családtervezőket a specifikus veszély mér-
tékéről és ennek csökkentési lehetőségeiről. De tanácsot nem ad-
tunk, vagyis nem mondtuk meg, hogy mit csináljanak. Ez a ta-
nácsadási módszer a családtervezők körében elégedetlenséget
váltott ki. Ahogy többen mondták: „Több segítséget vártam vol-
na el”. A dilemmát végül is egy tatabányai bányász oldotta meg,
aki szabódásomat látva kijelentette: „Mondja csak meg a doktor
úr, hogy maga mit csinálna a helyünkben, azután mi majd eldönt-
jük: megfogadjuk-e a tanácsát avagy sem”. Így, amennyiben a
felvilágosítás után a családtervezők igénylik az orvosgenetikai
családtervezési magatartásukat érintő véleményét is, azt magunk-
ra vonatkoztatva mondjuk el, amely pl. a következőképpen hang-
zik a két szélsőséges, szokásos és jelentős specifikus veszély ese-
tében: „Az Önök esetében semmivel sem nagyobb a
gyermekvállalás specifikus veszélye, mint más hasonló korú há-
zaspárnál, ezért én az Önök helyében minden aggodalom nélkül
vállalkoznék a terhességre” vagy „Az Önök gyermekvállalása-
kor az utódra olyan veszély leselkedik, hogy emiatt — egyelőre
— én az Önök helyében nem mernék a terhességre vállalkozni”.
Természetesen mi is maximálisan érvényesítjük a genetikai ta-
nácsadás galtoni elvét, miszerint a családtervezők joga és felelős-
sége a döntés, így, ha a jelentős specifikus veszély és tanácsunk
ellenére vállalkozni kívánnak a terhességre, mindent megteszünk
további segítségükre is.

A jelenlegi gyakorlat tehát figyelmen kívül hagyja a magzat-
utód érdekét, amely sok szakemberben és nem-szakemberben
rosszszérzést kelt (3).

A genetikai tanácsadás hazánkban kialakított „*infor-
mációval irányított*” módszere tehát *átmenetet* jelent az
utasításos és a felvilágosító eljárások között. Természe-
sen ezek különbözőségét igazából csak a genetikai tanácsa-
dásban nagy tapasztalattal rendelkezők értik meg. Mégis,
ez elvi jelentőségű. Egyrészt tiszteletben tartjuk a nemzet-
közi gyakorlatot és csak akkor adunk tanácsot, ha ezt ké-
rik. Másrészt figyelembe vesszük a családtervezők hazai
igényét. Ez is fontos szempont. Az orvosi ellátásban van-
nak kulturális különbségek, s erre érdemes figyelemmel
lenni, amíg magasabb etikai elveket (pl. az emberi szabad-
ságjogokat) nem sért. Ha ez utóbbi előfordul, akkor az or-
vosi gyakorlatot meg kell változtatni. Így hazánkban más
területeken még gyakorta nem veszik figyelembe a család-
tervezőknek ezt az alapvető jogát a döntésre. Az OSZNI
egyik 1986-ban kiadott Módszertani levelében olvashattuk
a „*terhesség nem vállalható*” utasítást (7). Mintha az orvos-
nak joga lenne ezt megtiltani! (1). Jelenleg is gyakorta elő-
fordul, hogy a Genetikai Tanácsadóba utaló kollega az or-
vosgenetikustól a terhességvállalás „*megtiltását*” kéri.
Meg kell értenünk, idejét múlta már az a gyakorlat, misze-
rint az orvos eldöntheti a paciens helyett a szükséges teen-
dőket. Ezen a beidegződésen, ha Európához akarunk tar-
tozni, sürgősen és gyökeresen változtatni kell. A hazai
igények alakulását bizonyosan az is motiválja, hogy az em-
bereknek nem volt lehetőségük a demokrácia „*megtanulá-*

sára", mivel mindig mások döntöttek helyettük. Remélhetőleg a társadalmi helyzet módosulásával majd a döntés jogát és felelősségét is jobban érzékeli mindenki, így a családtervezők is. Harmadrészt nem elhanyagolható szempont, hogy hazánkban az általános veszély érvényesülésekor az orvosgenetikusok nincsenek kitéve a jogi felelősségre vonás lehetőségének. Végül, de nem utolsósorban, a társadalmi érdek is jobban érvényesíthető e módszerrel. A szokásos veszélykor ugyanis társadalmilag is kívánatos az utódvállalás, míg a jelentős veszélykor a társadalom számára is fontos a születéskorlátozás. Genetikai Tanácsadónk tapasztalata szerint a szokásos veszélykor a családtervezők 95%-a kíván gyermekre vállalkozni, míg a sokkal ritkább jelentős veszély ismeretében 67% lemond a gyermekvállalásról. Ez utóbbi tanács-kategóriában — a sugallt tanács és a társadalmi érdek ellenére — gyermekre vállalkozók 33%-os aránya ugyanakkor egyértelműen igazolja a családtervezés emberi szabadságjogának honi érvényesülését.

Érdemes tehát hazánkban a genetikai tanácsadás során az információval irányított módszert alkalmazni, amíg a családtervezők ezt igénylik. Nem szükséges a problémát úgy megkerülni, hogy a külföldi szakembereket félrevezetjük, biztosítva őket, mi is csak a felvilágosító módszert követjük (10). Vannak elfogadható érveink a magyar tanácsadási módszer mellett és azt érdemes vállalnunk. Szakmai szempontból is hasznosabb valami újat csinálni, mint 101.-nek beállni a sorba.

Köszönetnyilvánítás. Köszönöm orvos munkatársaimnak: dr. Klujber Valériának, dr. Timár Lászlónak, dr. Gréger Juditnak, dr. Dobó Mártának, dr. Elek Csabának és dr. Dudás Istvánnak, valamint Nagy Erzsébetnek, Bajkóné Lohner Évának és Vértesi Csilának a Genetikai Tanácsadóban végzett közös munkát.

IRODALOM: 1. Ádám Gy., Czeizel E.: Az orvosi tanácsadás erkölcsi és jogi határai. Orv. Hetil., 1988, 127, 673. — 2. Czeizel E.: Genetikai tanácsadás. Elmélet és módszer. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1981. — 3. Czeizel E.: Egy orvosgenetikus etikai gondjai. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1983. The right to be born healthy. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest — A. R. Liss, New York, 1988. — 4. Czeizel E.: Genetikai tanácsadás. Gyakori rendellenességek és betegségek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987. — 5. Czeizel E.: Szükség van-e genetikai tanácsadásra essentialis hypertoniában? Orv. Hetil., 1988, 129, 1407–1415. — 6. Czeizel A., Telegdi L., Tusnády G.: Multiple Congenital Abnormalities. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest, 1988. — 7. O. Sz. N. I.: „Prékoncepcionális gondozás” Módszertani levél. Orvosi Hetilap, 1986, 127, 281–283. — 8. Papp Z.: Genetikai betegségek prenatális diagnosztikája. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980. — 9. Passarge, E.; Vogel, F.: The delivery of genetic counselling services in Europe. Hum. Genet., 1980, 56, 1–5. — 10. Wertz, D. C., Fletcher, I. C. (szerk.): Ethics and Human Genetic. A Cross-Cultural Perspective. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1989.

(Czeizel Endre dr., Budapest, Pf. 64. 1966)

A gyógyászat Düsseldorfban.

Düsseldorf – MEDICA. A gyógyászat nemzetközi fóruma – a gyógyászati és labortechnika, gén- és biotechnológia, gyógyszerészet és informatika széleskörű kínálatával.

31 országból több mint 1.200 kiállító mutatkozik be a vásáron.

A nemzetközi szakkereskedelem számára is szükségszerűség – és ez nemcsak a MEDICA-Business-Centernek köszönhető.

A kongresszus több mint 800 referens közreműködésével a továbbképzés és az eszmecserék találkozójelye.

A **MEDICA 90** a több mint 100.000 szakembernek áll a rendelkezésére az alábbi szolgáltatásokkal: **szakvásár, kongresszus, Orvos-klub, kiállítói szemináriumok, média utca.**

Tervezzon ezért időben! Az első információkat azonnal meg is rendelheti.

Kérem, küldjön információs anyagot a
☐ kongresszusról
☐ szakvásárról
Név: _____

Vállalat: _____

Utca: _____

Ország: _____

HUNGEXPO
Magyar Kereskedelmi Vásár- és Részvételi Társaság
1441 Budapest,
Pf. 44
Tel.: 122-9479,
142-1368
Fax: 122-1021

MEDICA 90 plus BIOTEC

22. Nemzetközi Kongresszus és Szakvásár

Diagnostika · terapeutika · technika
informatika · biotechnika · jurisztika

**DÜSSELDORF,
1990. november 21.–24.**

PARTNERLAND
FRANKREICH



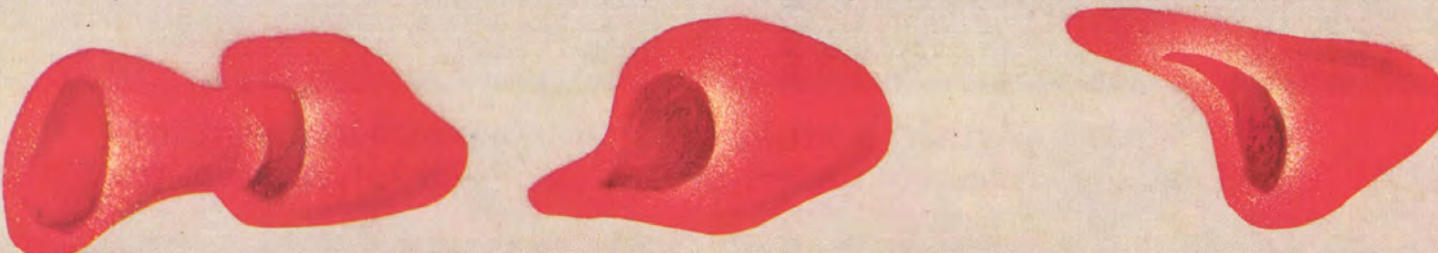
Messe Düsseldorf

Basis for Business



®Trental 400





[®]Trental 400

**Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére**

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum drazsénként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok (pl.: láb-szárfekély, gangréna). Agyi keringési zavarokból adódó állapotok (emlékezet és koncentrációs képességgel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás, stb.)

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 draszt) adható. Szétrágás nélkül, bő folyadékkal, étkezés után kell bevenni.

Mellékhatások: Alkalmazásakor előfordulhatnak gyomor-, bélpanaszok (pl. gyomornyomás, teltségérzés, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, melyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé.

Arckipirulás vagy forróságérzés, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris vagy vérnyomásesés nagyon ritkán jelentkezik, főleg magasabb dózisoknál. Ilyen esetekben a készítmény szedését szüneteltetni kell, vagy a dózis csökkentését fontolóra kell venni. Túlérzékenységi reakciók — viszketés, bőrvörösség, csalánkiütés, a bőr lokális duzzanata (angioneuroti-

**draszté
Vasodilator periphericus**

kus ödéma) — előfordulása ritka és rendszerint a terápia abbahagyásával gyorsan elmúlnak.

Antikoagulánsokkal vagy thrombocytá aggregációt gátlókkal, illetőleg nélkülük végzett Trental kezelés alatt ritkán bőr- és nyálkahártya vérzések léphetnek fel. Egyes esetekben thrombocytaszám csökkenés léphet fel.

Gyógyszerkölcsonhatások: Óvatosan adható: — vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás) — inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

Figyelmeztetés: Károsodott veseműködés esetén, csak csökkentett mennyiségben adható. Vérnyomáscsökkentőkkel együtt alkalmazva az adagolást újból be kell állítani.

Megjegyzés: ✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a készítményt térítésmentesen rendelheti.

Csomagolás: 100 drg

Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye



CHINOIN



Nagy Attila dr.,*
Bende János dr.
és Karácsonyi Sándor dr.

A mély rektumrezekciókat követő lokális tumor recidívák okairól és kezelésük lehetőségeiről

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Sebészeti Klinika
(igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)

A szerzők 64 rektumtumor miatt végzett mély gépi rezekciós műtét utánvizsgálatával elemzik a lokális recidívák okait és kezelési lehetőségeit. A műtét után 13 (20,3%) lokális recidívát észleltek. Öt esetben reoperáció során sikerült eltávolítani a tumort, 8 esetben nem. Az inoperábilis betegek mindegyike meghalt egy éven belül, az 5 operábilis betegből 3 túlélte ezt az időt. Megállapítják, hogy a lokális recidíva jelentkezésének valószínűsége párhuzamosan nő a tumor nagyságával, a tumor differenciáltságának fokával és csökken a tumornak a rezekciós vonaltól mért távolságával. Nincs összefüggés azonban az anastomosisnak a végbélnyílástól mért távolsága és a helyi tumorkiújulás gyakorisága között. Az irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján csak Dukes A vagy B stádiumú, jól differenciált és biztonságos alsó szabad széllal rezekálható, helyi propagációt és nyirokcsomó metasztázisokat nem mutató tumorok esetén javasolják a mély rektumrezekció elvégzését. Egyéb esetekben onkológiai szempontból csak a rektum exstirpációt tartják elfogadható megoldásnak.

The causes and treatment of the local tumor recurrences after low anterior resection of the rectum with EEA stapler. The postoperative course of 64 patients resected with EEA stapler because of their midrectal cancer have been followed. 13 (20,3%) local tumor recurrence have been observed in the first 24 postoperative months. 5 patients could be rectum exstirpated at the reexploration, only colostomy was performed in 8 cases. All the inoperable patients have died in a year, but 3 of the exstirpated ones overlived this time. A direct connection have been observed between the Dukes stadium and the differentiation of the tumor, the distance of the distal resection line from the lower end of the tumor and the probability of the local recurrence. No connection has been found between the distance of the tumor from the linea dentata and the local tumor recurrence. On the basis of the oncological observations the deep rectal resection can be performed only by tumors in stadium Dukes A and B, if the tumor is well differentiated, there are no signs for local propagation or lymph node metastases, and more then 2 cm distal distance can be kept by the resection from the lower and of the tumor. In all other cases the rectum exstirpation must be the method of choice.

A rektum középső és alsó harmadában elhelyezkedő tumorok eltávolítására a klasszikus sebészeti és onkológiai elvek szerint a rektum exstirpáció a megfelelő módszer (5, 9). A körkörös varrógépek megjelenése technikailag megteremtette a lehetőséget, hogy ezen a területen is megpróbálkozzunk a rezekciós műtétek végzésével (12, 13). Az utóbbi évek tapasztalatai azonban arra intenek, hogy a sebésztechnikai lehetőség bizonyos fokú onkológiai szabadsághoz vezetett (3, 7, 8, 11). Ezt igazolja, hogy egyes szerzők gondos betegkövetéssel szerzett adatai elfogadhatatlanul magas lokális recidíva arányról számolnak be. Felmerül az igény, hogy ennek a ténynek tisztázzuk az okait. Az így szerzett ismeretek hasznos útmutatást nyújtanak a

mély rektumrezekciók indikációs területének pontos körvonalazásához. A kérdés vizsgálatának különös hangsúlyt ad, hogy a lokális recidívák miatti reoperációk kimenetele gyakran kétséges, s egyes megfigyelések szerint még abban az esetben is feltűnően rövid a betegek túlélési ideje, ha a reoperáció sebészileg radikálisnak mondható.

Beteganyag és módszer

1984. július 1. és 1987. szeptember 30. között, 65 mély gépi rektum rezekciót végeztünk a rektum középső szakaszán elhelyezkedő tumor miatt.

A műtétet azonos munkacsoport, azonos elvek szerint végezte, melynek részleteit illetően előző közleményünkre utalunk (2). Egy beteget a korai postoperatív szakaszban elvesztettünk, így tanulmányunkban 64 esetet tudunk utánvizsgálni.

A hazabocsátás után a műtétől számított három hónaponként ellenőriztük betegeinket. A követési idő előre elhatározottan 24 hónap volt, mivel az irodalmi adatok szerint erre az időszakra esik a lokális recidívák jelentkezésének döntő hányada (4, 9, 12, 15, 19). A vizsgálat során nemcsak a helyi kiújulás jeleit kerestük. Figyelemmel kísértük a távoli metasztázisok jelentkezését is. Az eltelt időszak anamnézisének felvétele és a fizikális

Kulcsszavak: gépi rektum rezekció; indikáció; lokális recidíva; recidívák kezelése

*Jelenlegi munkahely: Veszprém Megyei Kórház, Sebészet

vizsgálat mellett hasi ultrahangot, minden esetben rektoszkópiát, szövettani mintavételt, esetenként CEA vizsgálatot végeztünk, és ellenőriztük a szérum alkalikus foszfatáz szintjét. Az utolsó két évben vitás esetekben CT vizsgálatra is sor került.

A műtét előtt minden esetben rektoszkópia történt és a tumor a linea dentatától való távolságát megmértük. A műtét preoperatívumon kifestett állapotban a szövettani rögzítés előtt megmértük a tumor alsó szélének a rezekciós vonaltól való távolságát. 28 mm átmérőjű varrógépfű használata esetén 10 mm-t, 31 mm-es fej alkalmazásakor 12 mm-t adtunk hozzá a mért értékhez.

Lokális recidíva észlelése esetén exploráltuk a beteget, és a tumort megkíséreltük radikálisan eltávolítani. A műtetre akkor is sor került, ha előre tudtunk a beteg májjáttétéről. Májmetasztázis észlelése esetén májrezekcióval, a metasztázis enukleációjával, inoperabilis esetekben a vena umbilicalis, illetve arteria hepatica kanülálásával egészítettük ki a műtétet. A műtét eredményességétől függetlenül egy évig minden reoperált beteg sorsát tovább követtük.

Éretékeltük, hogy:

1. Hány tumor recidíva jelentkezett a két éves megfigyelési idő alatt?
2. Mennyi idő telt el a tumor eltávolítása és a lokális recidíva jelentkezése között?
3. A tumor helyi kiújulását kísérték-e távoli metasztázisok?
4. Második ülésben el tudtuk-e távolítani a tumort?
5. Mennyi idővel élték túl a betegek a második műtétet?
6. Volt-e összefüggés a tumor stádiuma, differenciáltsága, a tumor alsó szélének a végbélnyílástól, illetve a rezekciós vonalnak a tumor alsó szélétől mért távolsága és a tumorrecidívák gyakorisága között?

Eredmények

Mint az 1. táblázaton látható, 1984. június 1. és 1987. szeptember 30. között 74 gépi anasztomozist készítettünk a rektum középső szakaszán (6–10 cm távolságra a végbélnyílástól). 9 esetben a műtétet benignus vastagbélbetegség, 65 esetben végbélrák miatt kellett elvégezni. Megjegyezzük, hogy minden betegünk kontinenciáját sikerült meg-

1. táblázat: A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Sebészeti Klinikáján készített mély gépi rektum anasztomozisok, lokális tumorrecidívák és kezelésük eredményei

Beteganyag	74
benignus betegség miatt	9
rosszindulatú daganat miatt	65
Letalitás	1 (1,3%)
Utánvizsgált betegek száma	64
Követési idő: 24 hónap	
Lokális recidívák száma	13 (20,3%)
csak helyi kiújulás	7
helyi kiújulás + távoli áttét	6
(csak távoli áttét)	(6)
A lokális recidíva megjelenésének ideje	
0–3 hónap között	—
4–6 hónap között	3
7–12 hónap között	5
13–18 hónap között	3
19–24 hónap között	2
A reoperáció eredményei	
operábilis (rektum exstirpáció)	5
egy év múlva élt	3
inoperábilis (colostoma)	8
egy év múlva élt	—

őrizni. A korai postoperatív szakban egy végbélrák miatt operált beteget elvesztettünk, így a prospektív utánvizsgálati tanulmányban csak 64 esetet tudtunk 24 hónapon át követni. A jelzett időszakban 13 betegen észleltük a tumor helyi kiújulását, ami az összes eset 20,3%-át tette ki. Hét betegen csak helyi recidívát találtunk, hat esetben májjáttétei is voltak a betegnek. Bár nem tartozik szorosan a tanulmány témájához, megjegyezzük, hogy ez idő alatt ezen kívül 6 olyan esetet találtunk, akinek csak távoli metasztázisa volt, lokálrecidívája nem. Három hónapon belül egyetlen lokális recidívát sem észleltünk. Ezt azért emeljük ki külön, mert a korán észlelt recidívák esetén joggal merül fel a gyanú, hogy eleve nem volt radikális a műtét. Utánvizsgált betegeink eltávolított bélszakaszának hisztológiai feldolgozása során egyébként egyetlen esetben sem észlelték tumorszövetet a rezekciós vonalban, illetve a körkörös varrógép által kivágott „gyűrűben”. A műtét utáni első félévben 3, a másodikban 5, a második év első felében 3, második felében 2 beteg tumora újult ki. A 13 beteg közül ötnek a reoperáció során rektum exstirpációval sikerült eltávolítani tumorát, 8 betegnél csak tehermentesítő colostomát, illetve rejtett colostomát tudtunk készíteni. A reoperációt követő első évben a rektum exstirpáltak közül 2 halt meg, az inoperábilis betegek egyike sem érte meg a reoperáció utáni első év végét.

A 2. táblázaton a tumor stádiuma és a lokális recidívák előfordulása közötti összefüggéseket vizsgáltuk. Megállapítottuk, hogy a tumor kiterjedésével párhuzamo-

2. táblázat: Összefüggés a tumor stádiuma és a lokális recidívák kialakulása között

Dukes stádium	n	lokális recidíva
A	4	—
B	21	3
C1	22	5
C2	17	5

san a lokális recidívák jelentkezésének valószínűsége nőtt. Míg Dukes A stádiumban operált 4 betegünk közül egy esetben sem, a B stádiumúak között 21/3, a C1 stádiumúak között 22/5, a C2 stádiumúakon viszont 17/5 arányban fordult elő lokális recidíva a műtétet követő első két évben.

A 3. táblázaton a tumor differenciáltsága és a lokális recidívák kialakulása közötti kapcsolatot elemeztük. A tu-

3. táblázat: Összefüggés a tumor differenciáltsága és a lokális recidívák kialakulása között

Differenciáltsági fok	n	Lokális recidíva
jól differenciált	14	1
közepesen differenciált	36	8
anapláziás	14	4

morstádiumoknál leírtakhoz hasonlóan itt is párhuzamosan nőtt a lokális recidívák száma a differenciáltság romlásával. Feltűnő különbség a jól differenciált és a közep-

sen differenciált tumorok között van, az utóbb említett csoportban ugyanis háromszorosára nőtt a jól differenciált daganatokhoz képest a lokális recidívák előfordulása.

A 4. táblázaton a tumor szélének a rezekciós vonaltól mért távolsága és a lokális recidívák előfordulása közötti kapcsolatot elemeztük. Megfigyeléseink egyértelműen

4. táblázat: Összefüggés a tumor alsó szélének a rezekciós vonaltól mért távolsága és a lokális recidívák kialakulása között

A tumor alsó széle és a rezekciós vonal közti távolság	n	Lokális recidíva
kevesebb mint 2 cm	13	7
2—3 cm között	26	5
5 cm-nél több	25	1

igazolják, hogy a tumor alsó széle és a rezekciós vonal közötti két centiméternél kisebb távolság nem elegendő onkológiai szempontból. E betegek több mint felének volt helyi tumor kiújulása, míg a két cm-nél távolabb varrt anasztomózisok esetén 26/5, illetve 25/1 arányra esett vissza.

Az 5. táblázat az anasztomózis végbenyílástól mért magassága és a lokális tumor kiújulások összefüggését

5. táblázat: Összefüggés az anasztomózisnak a linea dentata vonaltól mért távolsága és a lokális recidívák kialakulása között

Anasztomózis magasság	n	Lokális recidíva
8 cm felett	19	4
8 cm alatt	45	9

vizsgálja. A 8 cm felett és alatt varrt anasztomózisok után gyakorlatilag azonos arányú volt a recidívák előfordulása.

Megjegyezzük, hogy mindegyik összehasonlítás párból ellenőriztük a csoportok másik három szempontból való azonosságát, nehogy ezek különböző megoszlása befolyásolja az eredményeket. (Pl.: a tumorstádium és a lokális recidívák összefüggésének elemzésénél mindegyik betegcsoportban ellenőriztük, hogy van-e különbség az egyes csoportokban a 8 cm alatt, illetve felett varrt anasztomózisok, a jól, közepesen differenciált és anaplasztikus tumorok, valamint a tumornak a rezekciós vonaltól mért különböző távolsága előfordulásában). Szignifikáns eltérést egyik esetben sem találtunk.

Megbeszélés

Az utóbbi évtizedek kitaró munkája eredményeként sikerült elérni, hogy a végbéltumor miatt végzett műtétek közvetlen műtéti halálozása 1—3% közé csökkenjen, amely már nem haladja meg más nagy hasi műtétek letalitását (2,4, 16,20). Ennek megfelelően az eredmények tovább javítására irányuló törekvések támadási pontja a hosszú távú gyógyulási eredmények befolyásolása lett. A cél megvalósításához az onkológiai szempontok újraelm-

zése kínálja a legkézenfekvőbb lehetőséget. A radio- és kemoterápia, a műtétek radikalitásának ésszerű növelése hozott eredményeket, de a döntő áttörést még nem sikerült elérni (1, 6). Sajnálatos tény, hogy a körkörös varrógépek a technikai lehetőségeket kiterjesztették ugyan, de onkológiai okok miatt nem hatottak kedvezően a hosszú távú túlélésre. Elengedhetetlen feladat tehát e műtéti típus indikációs területének pontos körvonalazása. Az irodalmi adatok és saját eredményeink egybehangzóan arra utalnak, hogy prae- és intraoperative lehetőség van a mély rektum rezekcióra alkalmas betegek döntő hányadának kiválasztására (9, 10, 14, 17, 19, 20, 21).

Ismerjük a tumor differenciáltságát, megközelítő pontossággal felmérhető a tumor Dukes stádiuma, mérhető a rezekciós vonalnak a tumor alsó szélétől való távolsága és a perirektális terület intraoperatív citológiai vizsgálatára is van lehetőség. A felgyülemlett tapasztalatok alapján kijelenthető, hogy mély rektum rezekcióra csak a nem gelatinosus szerkezetű, jól differenciált, legfeljebb Dukes B stádiumú tumorok alkalmasak, melyek technikailag legalább 2—5 cm-re a tumor alsó szélétől rezekálhatóak. Tapintással, illetve szövettani módszerekkel meg kell győződni a perirektális szövetek tumormetasztázisra gyanús nyirokcsomóktól és a környező szövetek makroszkópos infiltrációjától való mentességéről is. Amennyiben a leírt kritériumoknak nem felel meg az eset, az erőltetett mély rektum rezekcióval a beteget az igen agresszív, s eredményesen csak kivételes esetekben kezelhető korai lokális recidíva veszélyének tesszük ki (12, 14, 19). Az anus nyílás fél—egy éves megőrzése nem kompenzálhatja a súlyos onkológiai veszélyeket.

A lokális recidíva még szoros betegellenőrzés mellett is gyakran olyan stádiumban kerül műtetre, hogy radikálisan nagy gyakorlatú sebészek is csak az esetek egy részében és igen nagy technikai nehézségek árán tudják eltávolítani. Az inoperábilis esetek sorsa kevés reménnyel kecsegtet. Megjegyezzük, hogy saját rossz tapasztalataink alapján a betegeken megkíséreltük lokális intraarteriális citosztatikum perfúzió és az erélyes besugárzás alkalmazását (SZAOTE Radiológiai Klinika). Eddigi két ilyen módon kezelt betegünk a reoperációt követő első évet néhány hónappal túlélte. Ennek alapján megfontolandónak tartjuk a kezelés alkalmazását akkor is, ha a reoperáció során még sikerül a rektum exstirpációját elvégezni (1).

A rezekciós műtétek kiterjesztésének lehetősége lehet a kismencedei blokkdisszekció alkalmazása, melyet egyes szerzők az utóbbi években propagálnak. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez a módszer igazán csak a teljesen kiürített kismencede mellett, tehát rektum exstirpációval együtt alkalmazható, a rezekciós műtétek esetén csak korlátozott értékű (10).

Külön értékelést érdemel a távoli metasztázissal, illetve metasztázisokkal kombinált lokális recidívák kezelésének kérdése. Kiszámú esetünk kapcsán ennek eldöntése nem lehet feladatunk. Mindenesetre a betegeken következetesen követtük klinikánkban a vastagbélumorkat kísért májmetasztázisok kezelésével kapcsolatos álláspontját. Amennyiben a lokális recidíva eltávolítható volt, a májmetasztázis is eltávolítottuk, de legalábbis megteremtet-

tük a feltételeit a májmetasztázis citosztatikummal történő perfúziós kezelésének.

IRODALOM: 1. *Anderson, J. M.*: Chemoradiotherapeutic prevention of local recurrence after stapled anastomoses in rectal cancer. *Scot. Med. J.* 1981, 26, 21. — 2. *Baradnay Gy., Nagy A., Zöllei I.*: Gépi varratok a vastagbélsebészetben. *Orv. Hetil.* 1986, 126, 909. — 3. *Bohey, L. E., Chaupis, P. H., Hughes, W. J., és mtsai*: Recurrence following anterior resection for carcinoma of the rectum with stapled anastomosis. *Acta Chir Scand.* 1984, 150, 683. — 4. *Gillen, P., Peel, A. L. G.*: Comparison of the mortality, morbidity and incidence of local recurrence in patients with rectal cancer treated by either stapled anterior resection or abdominoperineal resection. *Br. J. Surg.* 1986, 73, 339. — 5. *Goligher, J. C.*: Surgery of the anus rectum and colon. 4 th ed. New York; Bailliere Tindall 1980. p 661—662. — 6. *Herfarth, Ch., Schlag, P., Hohenberger, P.*: Therapeutische Möglichkeiten bei lokoregionären Rezidiven der Carcinome des Gastrointestinaltraktes. *Chirurg.* 1985, 56, 492. — 7. *Hurst, P. A., Prout, W. G., Kelly, J. M. és mtsai*: Local recurrence after low anterior resection using the staple gun. *Br. J. Surg.* 1982, 29, 275. — 8. *Leff, E. I., Shaver, J. O., Hoexter, B. és mtsai*: Anastomotic recurrence after low anterior resection. Stapled vs. hand-sewn. *Dis. Colon Rectum* 1985, 28, 164. — 9. *Luke, M., Kirkegaard, P., Lendorf, A., és mtsai*: Pelvic recurrence rate after abdominoperineal resection and low anterior resection for rectal cancer before and after introduction of the stapling technique. *World, J. Surg.* 1983, 7, 616. — 10. *Moriya, Y., Hojo, K., Sawada, T. és mtsai*: Significance of lateral node dissection for advanced rectal carcinoma at or below the peritoenal reflection.

Dis. Colon Rectum 1989, 32, 307. — 11. *Neville, R., Fielding, L. P., Amendoila, C.*: Local tumor recurrence after curative resection for rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 1987, 30, 12. — 12. *Odou, M. W., O. Connel, T. X.*: Changes in the treatment of rectal carcinom and effects on local recurrence. *Arch. Surg.* 1986, 121, 1114. — 13. *Ohman, U., Svenberg, T.*: EEA stapler for midrectum carcinoma: review of recent literature and own initial experience. *Dis. Colon Rectum* 1983, 26, 775. — 14. *Phillips, R. K. S., Hittinger, R., Blesovsky L. és mtsai*: Local recurrence following „curative” surgery for large bowel cancer. *Br. J. Surg.* 1984, 71, 17. — 15. *Reid, J. D. S., Robins, R. E., Atkinson, K. G.*: Stapling anastomoses for potentially curable carcinoma of the rectum. *Amer J. Surg.* 1984, 147, 629. — 16. *Rónay P. Daubner, K.*: A Dixon műtéttel szerzett tapasztalataink. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 2293. — 17. *Rosen, C. B., Beart, R. W., Ilstrup, D. M.*: Local recurrence of rectal carcinoma after hand sewn and stapled anastomoses. *Dis Colon Rectum* 1985, 28, 305. — 18. *Sauven P., Playforth M. J., Evans M., és mtsai*: Early infective complications and late recurrent cancer in stapled colonic anastomoses. *Dis Colon Rectum* 1989, 32, 33. — 19. *Schiessel, R., Wunderlich, M., Herbst, F.*: Local recurrence of colorectal cancer: effect of early detection and aggressive surgery. *Br. J. Surg.* 1986, 73, 342. — 20. *Tóth A., Görög D., Weltner J. és mtsai*: Colorectalis daganatok recidíváiról. *Orv. Hetil.* 1988, 129, 1147. — 21. *Wolmark, N., Gordon, P. H., Fisher, B., és mtsai*: A comparison of stapled, handsewn anastomoses in patients undergoing resection for Dukes B, C colorectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 1986, 29, 344.

(Nagy Attila dr., Veszprém, Marx tér 8. 8200)

KÖNYV AZ ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMRŐL

A Csokonai Könyvkiadó a Debreceni Orvostudományi Egyetemmél közösen megjelentette Bot György: A Debreceni Orvostudományi Egyetem története és professzorainak életrajza 1918—1988 c. könyvét. A több mint 20 éves kiadvány bemutatja az Orvosi Kar megszervezését és működését, majd önállósá válását, ismerteti az intézetek és klinikák működését, bemutatja igazgatóik életrajzát és tevékenységét. Több áttekintés, adat-felsorolás első alkalommal ebben a könyvben olvasható, mivel az eddig megjelent évkönyvek és időszaki kiadványok csak évekre elosztva tudtak közölni bizonyos adatokat, tudnivalókat.

Az életrajzok méltó emléket állítanak a DOTE professzorainak, köztük olyan kiváló személyiségeknek, mint Belák Sándor, Benedek László, Bókey Zoltán, Endes Pongrácz, Fornet Béla, Jeney Endre, Juhász Pál, Kenézy Gyula, Kesztyűs Loránd, Kettessy Aladár, Krompecher István, Kulin László, Petrányi Gyula, Sántha Kálmán, Szeleczky Gyula, Szodoray Lajos, Törő Imre, Verzár Frigyes, Went István stb.

A kiadvány ötödik része felsorolja az egyetem tiszteletbeli doktorait és a végzett orvosokat. Mindazoknak a neve olvasható tehát, akik 1922-től 1988-ig orvosi diplomát szereztek Debrecenben. A könyv postai utánvét-tel megrendelhető!

**Kapható a Medicina Könyvesboltban Budapesten, valamint Debrecenben
a Csokonai Kiadónál!**

Ára: 250,— Ft



Tulassay Zsolt dr.,
Tulassay Tivadar dr.,
Szathmári Miklós dr.
és Wolfgang Rascher dr.

Pitvari nátriuretikus peptid dumping szindrómában

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
I. sz. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Holló István dr.)
I. sz. Gyermekklinika
(igazgató: Miltényi Miklós dr.)
és Esseni Egyetem Gyermekklinika
(igazgató: Wolfgang Rascher dr.)

A szerzők a pitvari nátriuretikus peptid (ANP) plazma szintjének változását vizsgálták a dumping szindrómában kialakuló hipovolémiában. A vizsgálatokat tíz olyan betegen végezték, akiknek kórelőzményében Billroth II. típusú gyomorrezekció szerepel. Tíz, azonos életkorú személy vizsgálata nyújtott kontroll adatokat. A betegeken és a kontroll személyeken orális glukóz terhelés történt, majd a betegeken újabb glukóz terhelésre került sor, amelyek során a hipovolémia megelőzésére volumen pótlás történt. Az első glukóz terhelés során minden betegen kialakultak a korai dumping jellemző, szubjektív tünetei és szignifikánsan ($p < 0,001$) emelkedett a pulzusszám és a hematokrit, a plazma ANP tartalma pedig szignifikánsan ($p < 0,01$) csökkent. Szignifikáns negatív korreláció áll fenn a hematokrit és az ANP koncentráció változása között ($r = -0,89$, $p < 0,001$). A volumen pótlással együtt végzett glukóz terhelés során sem a szubjektív tünetek, sem pedig a vérkémiai eltérések nem alakultak ki. Az eredmények azt igazolják, hogy a dumping szindrómában kialakuló hipovolémiában a plazma ANP szintje átmenetileg csökken. Ez arra utal, hogy az ANP szekréció szabályozásában a térfogatnövekedés, eddig is ismert stimuláló hatásán kívül, a hipovolémia gátló hatása is érvényesül.

Atrial natriuretic peptide in dumping syndrome. The significance of atrial natriuretic factor (ANF) was investigated in the maintenance of the fluid volume in hypovolemia associated with dumping syndrome following gastric resection. The study was performed on 10 patients with Billroth II procedure. Ten age and sex matched patients — without previous gastric surgery served as controls. Each patient underwent oral glucose challenge. The patients following gastric resection underwent an other glucose challenge with intravenous infusion for the maintenance of the fluid volume. All patients with gastric resection showed subjective symptoms of the early dumping syndrome with significant ($p < 0,001$) increases in heart rate and in hematocrit, while plasma ANF level decreased significantly ($p < 0,01$). Significant negative correlation was found between the changes in hematocrit and the changes in plasma ANF level ($r = -0,89$; $p < 0,001$). Neither the subjective symptoms characteristic for early dumping syndrome, nor changes in the laboratory parameters were noted in the patients during the challenge with infusion. The results show that the hypovolemia in dumping syndrome is associated with significant decreased ANF activity, and in the regulation of ANF release besides the well known stimulating effect of hypervolemia, there exists an inhibition of secretion in volume depleted states.

Az utóbbi években ismertté vált, hogy a pitvari nátriuretikus peptid (ANP) alapvető szerepet játszik a szervezet folyadék és nátrium háztartásának szabályozásában. Hatására nő a vizelet mennyisége, a nátrium kiválasztása, a glomeruláris filtrációs ráta és a filtrációs frakció, csökken viszont az átlagos artériás középnyomás és több a volumen-szabályozásban jelentős hormon termelődése (7). Kísérleti és klinikai vizsgálatok egyaránt igazolták, hogy a keringő térfogat növekedése serkenti az ANP elválasztását (5, 7). Az azonban nem bizonyított egyértelműen, hogy a vér-térfogat csökkenése vajon gátolja-e a hormon termelődését.

A dumping szindróma a gyomorrezekció gyakori következménye. A korai dumping vezető tünete a hipovolémia, amely különböző hormonok plazma szintjének megváltozásával és vazomotor jelenségekkel jellemezhető (1, 2, 4).

Az irodalomban nem található adat a korai dumping szindrómában kialakuló hipovolémia és az ANP elválasztás változásának kapcsolatáról. Vizsgálataink célja az volt, hogy ezt a feltételezett összefüggést felderítsük.

Betegek és módszerek

Vizsgálatainkat 10 férfi betegen végeztük, akiknek a kórelőzményében fekélybetegség miatt Billroth II. szerint végzett gyomorrezekció szerepel. Panaszaik dumping szindrómára vol-

Kulcsszavak: pitvari nátriuretikus peptid, dumping szindróma, volumen-szabályozás

Orvosi Hetilap 1990. 131. évfolyam 41. szám

tak jellemzők. Tíz, azonos életkorú, olyan egészséges férfi vizsgálata nyújtott kontroll adatokat, akiknek az anamnézisében nem szerepel hasi műtét. A vizsgálatokhoz a betegek előzetes felvilágosításuk után beleegyezésüket adták.

A betegeken és a kontroll személyeken 75 gramm glukózzal orális glukóz terhelés történt. A gyomor-rezekált betegeken a glukóz terhelést megismételtük, amelynek során azonban a betegek a hipovolémia megelőzésére fiziológias só infúziót is kaptak. Az infundált térfogat mennyiségét az előző glukóz terhelés során észlelt hipovolémia mértéke alapján számítottuk ki (6). Ennek megfelelően az infúzió mennyisége átlagosan 640 ± 125 ml volt.

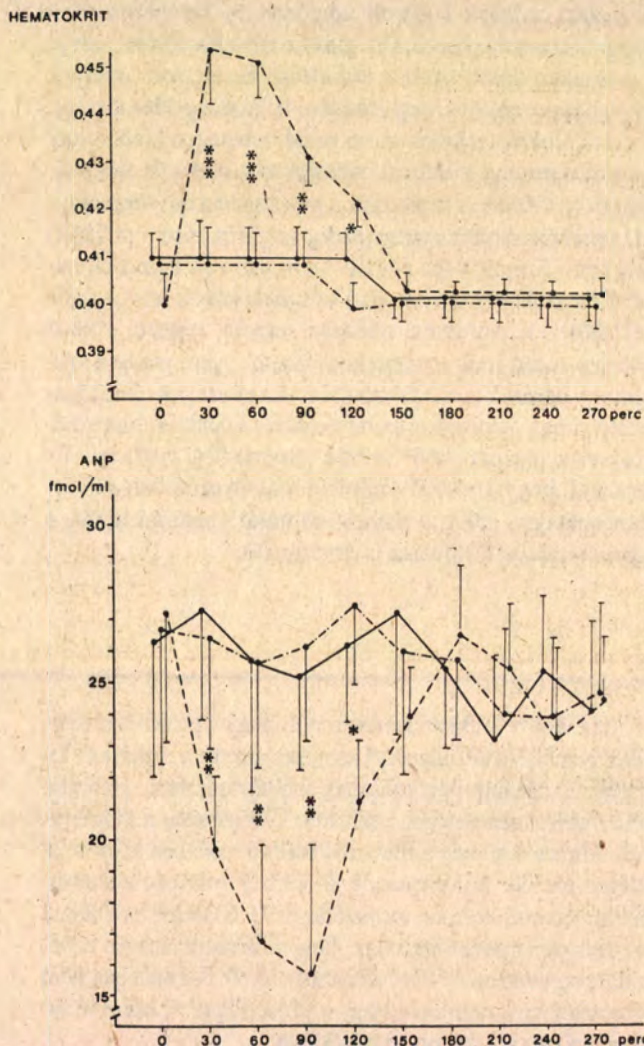
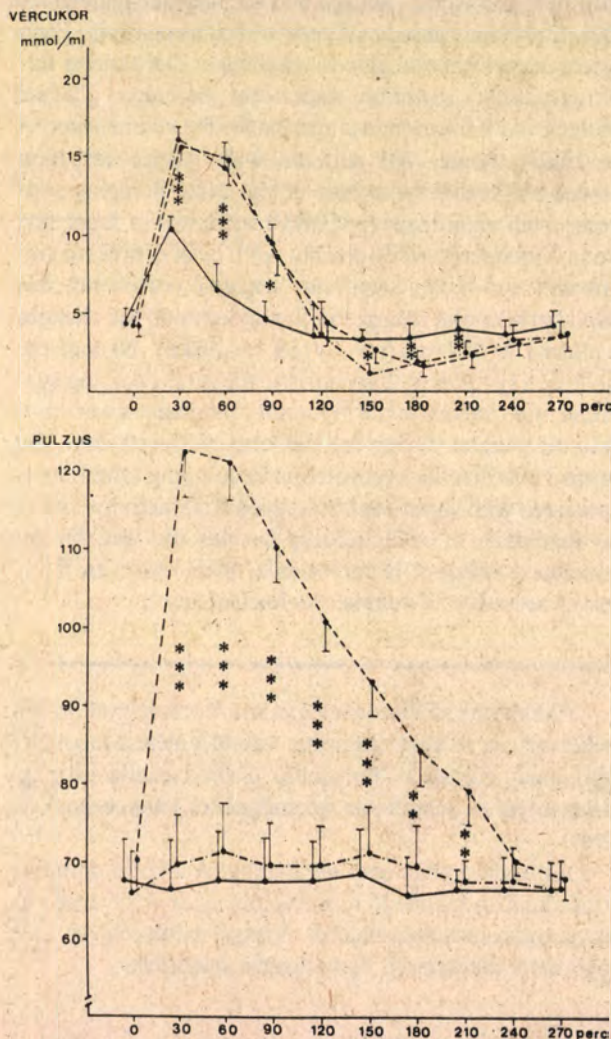
A terhelések során a betegek szubjektív tüneteit (palpitáció, gyengeség), illetve 30 percenként a pulzusszámot és a vérnyomást regisztráltuk. Vérvételek a glukóz elfogyasztása előtt (–15, 0 perc) és azt követően 30 percenként történtek, 270 percen át. A vérmintákból a hematokrit és a glukóz meghatározása standard laboratóriumi módszerekkel, a pitvari nátriuretikus peptidé pedig specifikus radioimmunoassay-val történt (3).

Az egyes időpontokban nyert adatokból átlagot és szórás számoltunk. A plazma térfogatának változását nem mértük közvetlenül, hanem a hematokrit és a hemoglobin értékek növekedéséből számítottuk ki (6). A glukóz terhelések során nyert eredmények összehasonlítására a statisztikai vizsgálat Student „t” próbával, a két változó közötti összefüggés kimutatására, a korre-

lációs koefficiens kiszámítása pedig lineáris regressziós analízissel történt.

Eredmények

A kiindulási értékek valamennyi vizsgálat során azonos tartományban találhatók (1. ábra). Az első glukóz terhelés során mindegyik betegen kialakult a korai dumping szindróma jellemző tünetei (palpitáció, gyengeség). Szignifikánsan ($p < 0,001$) növekedett a pulzusszám [kiindulási érték (X_0), illetve legnagyobb változás (X_{max}) $\pm$ SD; $X_0 = 70 \pm 3$, $X_m = 122 \pm 4$] és a hematokrit ($X_0 = 0,40 \pm 0,05$, $X_m = 0,45 \pm 0,03$). A hematokrit értékének ez az 5%-os emelkedése a plazma térfogat 19%-os csökkenésének felel meg (6). A betegek vérnyomása a terhelés során nem változott. A vércukor-szintje a glukóz elfogyasztása után meredeken növekedett, míg 150 perc múlva minden betegen hipoglikémia volt észlelhető. A plazma ANP tartalma a terhelés 30–120 perce között szignifikánsan csökkent ($X_0 = 27,24 \pm 5,10$,



1. ábra: A vércukor, a pulzusszám, a hematokrit és a pitvari nátriuretikus peptid (ANP) plazma szintjének változása gyomor-rezekált betegek volumenpótlás nélkül végzett (o---o), volumen-pótlással végzett (o....o), illetve a kontroll személyek (o—o) glukóz terhelése során.

- * $p < 0,05$
- ** $p < 0,01$
- *** $p < 0,001$

$X_{\max} = 15,94 \pm 3,61$ fmol/ml, $p < 0,01$), 150 perc múlva azonban már nem tért el a kiindulási értéktől. Szignifikáns negatív korreláció áll fenn a hematokrit és a plazma ANP tartalmának változása között ($r = -0,89$, $p < 0,001$).

A betegek a második glukóz terhelés során, a hipovolémia megelőzésére fiziológias só infúziót kaptak. E vizsgálat során a korai dumping szubjektív tünetei nem jelentkeztek és nem változott a betegek pulzusszáma, vérnyomása, a hematokrit érték és a plazma ANP koncentrációja sem. A két glukóz terhelés között a paramétereket tekintve statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozik (1. ábra). A vércukor szint változása viszont nem tért el az első vizsgálat során észlelt értékektől.

A kontroll személyek terhelése normális glukóz toleranciát bizonyított. A vizsgálat során sem szubjektív tünetek, sem pedig objektív, ill. vérkémiiai eltérések nem alakultak ki.

A kontroll személyek és a betegek első glukóz terhelése során kapott eredmények között is szignifikáns a különbség.

Megbeszélés

A korai dumping szindrómában kialakuló hipovolémia kompenzáló folyamat eredménye. A jejunumba jutó hiperozmoláris tápanyagok hatására folyadék és elektrolitok áramlanak a bélbe, ez a plazma térfogatának csökkenéséhez vezet. Több hormon koncentrációja megváltozik; emelkedik például a vazoaktív intesztinális peptid, a szertonin, a bradikinin és a neurotensin plazma szintje (1, 2, 4). Vizsgálataink az eddigi ismereteket kiegészítve, azt bizonyítják, hogy a plazma ANP koncentrációja korai dumping szindrómában csökken. A peptid szintjének csökkenése következményes eltérés, a hemokoncentráció kísérője. Ha ugyanis a hipovolémia kialakulását megelőzzük, a hormon plazma szintje változatlan marad.

A dumping szindróma alkalmas klinikai modell az ANP elválasztás szabályozásának vizsgálatára. Az intravaszkuláris tér ugyanis korai dumpingban úgy csökken, hogy közben a szervezet teljes víztartalma változatlan marad. A térfogat változásai vizsgálatunkban gyorsan követték egymást, hiszen a hematokrit növekedése már a glukóz elfogyasztása után 30 perccel megfigyelhető volt, 150 perc múlva pedig ismét elérte a kiindulási értéket. A hematokrit növekedésével párhuzamosan csökkent a plazma ANP szintje. A két paraméter változása között fennálló szignifikáns negatív korreláció a két változó összefüggésére utal.

Az eddigi irodalmi adatok alapján az már ismert, hogy a keringő térfogat növekedése fokozza az ANP kiáramlását (3, 7, 8). Vizsgálataink azt bizonyítják, hogy a hormon kiáramlás szabályozása ellenkező irányban is érvényesül, hiszen a hipovolémia csökkenti az ANP koncentrációját. A pitvari nátriuretikus peptid plazma szintjé-

nek szabályozása tehát két irányú: a hipervolémia fokozza, a hipovolémia pedig csökkenti a hormon kiáramlását.

Zisfein és mtsai kísérletéből ismertté vált, hogy patkányokban a keringő térfogat csökkenése redukálja az ANP mRNS koncentrációját (11). A pitvarokból nyert vér ANP szintje viszont nem tért el a kontroll csoport adatától. Korábbi vizsgálataink során diabeteses ketoacidózissal járó hemokoncentrációban alacsonyabb plazma ANP szintet észleltünk (7). Diabeteses ketoacidózisban a hipovolémia azonban jelentős mértékű és a súlyos anyagcsere zavarban a hormon szintet befolyásoló, egyéb mechanizmusok szerepe sem zárható ki biztonsággal. A dumping szindrómában kialakuló hemodinamikai változások kisebb mértékűek, gyorsan követik egymást és egyszerűbben áttekinthetők, ezért alkalmasabbnak látszanak az ANP szabályozásának vizsgálatára.

Vizsgálataink igazolták tehát, hogy 1. korai dumping szindrómában átmenetileg csökken a plazma ANP szintje és 2. az ANP kiáramlás csökkenése és a hipovolémia összefüggenek egymással. Eredményeink azt bizonyítják, hogy az ANP szekrécióját a keringő térfogat csökkenése gátolja. Irodalmi adatokból ismert a hipervolémia hormonelválasztást serkentő hatása. Az irodalmi ismeretek és a saját adatok összegezéséből tehát arra következtethetünk, hogy az ANP elválasztását a keringő térfogat mindkét irányú változása szabályozza.

IRODALOM: 1. Bloom, S. R., Blackburn, A. M., Ebeid, F. H. és mtsai: Neurotensin and the dumping syndrome. *Gastroenterology*, 1978, 14, 1011. — 2. Peskin G. W., Miller, L. D.: The role of serotonin in the „dumping syndrome” *Arch. Surg.* 1962, 85, 701–704. — 3. Rascher, W., Tulassay, T., Lang, R. E.: Atrial natriuretic peptide in plasma of volume-overloaded children with chronic renal failure. *Lancet*, 1985, II, 303–305. — 4. Sagor, G. R., Bryant, M. G., Ghatei, M. A. és mtsai: Release of vasoactive intestinal peptide in the dumping syndrome. *Brit. med. J.* 1981, 282, 507–510. 1981. — 5. Schütten, H. J., Johannesen, A. C., Torp-Pedersen, C. és mtsai: Central venous pressure — a physiological stimulus for secretion of atrial natriuretic peptide in humans? *Acta Physiol. Scand.* 1987, 131, 265–272. — 6. Strauss, M. B., Davies, R. K., Rosenbaum, J. D. és mtsai: „Water diuresis” produced during recumbency by the intravenous infusion of isotonic saline solution. *J. Clin. Invest.* 1951, 30, 862–868. — 7. Tulassay, T., Rascher, W., Körner, A. és mtsai: Atrial natriuretic peptide and other vasoactive hormones during the treatment of severe diabetic ketoacidosis in children. *J. Pediatr.* 1987, III, 329–334. — 8. Tulassay T.: Pitvari nátriuretikus peptid (ANP): a volumen és elektrolit-szabályozásban szerepet játszó új hormon. *Orv. Hetil.* 1987, 128, 343–347. — 9. Tulassay, Z., Tulassay, T., Gupta, R. és mtsai: Atrial natriuretic peptide in dumping syndrome. *Gastroenterology* 1988, 94, A 468. — 10. Zietse, R., Shalekamp, M. A.: Effect of synthetic human atrial natriuretic peptide (102–126) in nephrotic syndrome. *Kidney Int.* 1988, 34, 717–724. — 11. Zisfein, J. B., Matsueda, G. R., Fallon, J. I. és mtsai: Atrial natriuretic factor: assessment of its structure in atria and regulation of its biosynthesis with volume depletion. *J. Mol. Cell Cardiol* 1986, 18, 917–929.

(Tulassay Zsolt dr., Budapest, Korányi S. u. 2/a 1083)

STREP-TEST

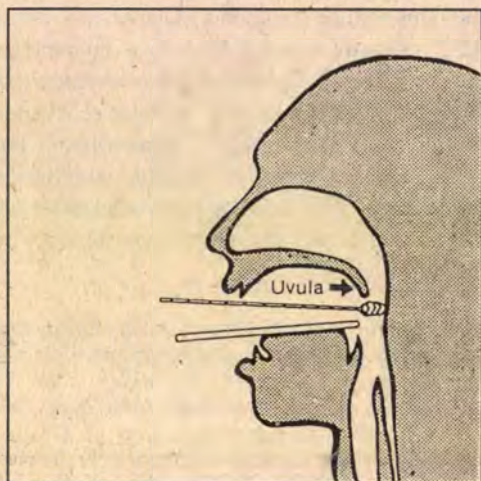
in vitro diagnosztikai készlet
Streptococcus A antigén kimutatására

OTI támogatja

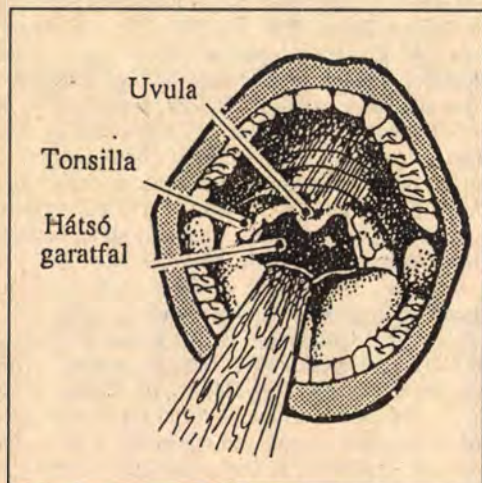
26 Ft térítési díj

75 vizsgálathoz elegendő anyagot tartalmaz

**A KIMUTATÁS IDŐTARTAMA
6–8 perc**



Streptococcus A antigén kimutatására
szolgál orr-, fül-, torokkenetből.



**JELENTŐS
KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS!**

- A készlet minden eszközt tartalmaz, amely a vizsgálathoz szükséges.
- A tesztkészlet **75 vizsgálathoz elegendő** anyagot tartalmaz.
- Az egy vizsgálatra eső költség – **26.- Ft térítési díj** – töredéke a hagyományos tenyésztéses vizsgálatnak.
- Az **Országos Társadalombiztosítási Intézet** támogatja a termék forgalmazását.

18 HAVI SZAVATOSSÁG

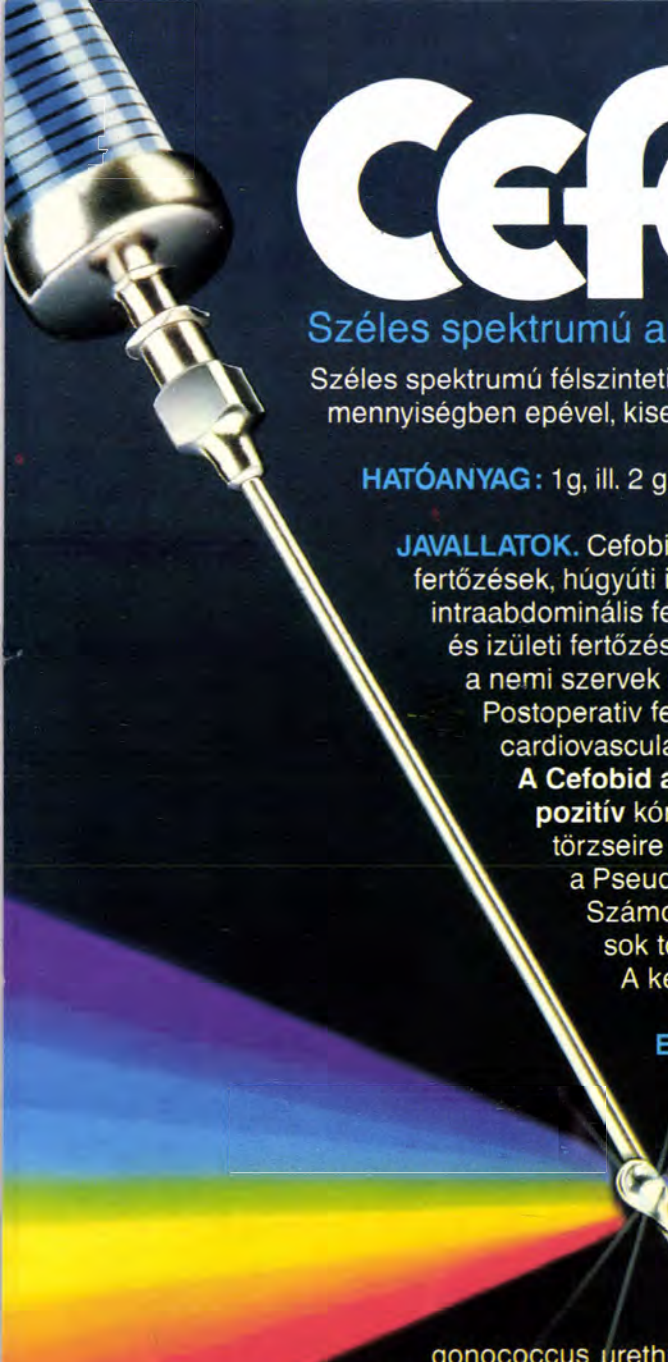
Szakvélemények

- *SZEM Dr. Pintér Attila minisztériumi főtanácsos osztályvezető*
1990. május 21. – kivonat –
„A teszt alkalmazásával (negativitás esetén) elkerülhető a gyermekközösségek felesleges preventív gyógyszerelése, a felvételi zárlat, a szülők tartós keresőképtelensége stb. Az alkalmazásával tehát jelentős költségmegtakarítás is elérhető.”
- *Orvostovábbképző Intézet I.sz. Gyermekgyógyászati Tanszék*
Dr. Nyerges Gábor, az orvostudományok doktora, tanszékvezető egyetemi tanár
1990. május 3. – kivonat –
„A gyorsteszt – amelyet és amelyhez hasonlókat a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok már régen alkalmaznak – lehetővé teszi az azonnali aetiológiai diagnózist... Ha a tenyésztéses vizsgálat és a felesleges antibiotikum kezelés költségeit tekintetbe vesszük, úgy a ráfordítás (haszon/hányados) anyagi szempontból is a gyorsteszt hazai bevezetése mellett szól.”
- *Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika*
Dr. Szabó Iván egyetemi adjunktus
1990. május 3. – kivonat –
„A STREP-teszt csomagolása, kivitele esztétikus, praktikus és célszerű... Véleményünk szerint nemcsak szájüregből, illetve garatból vett váladék vizsgálatára alkalmas, hanem fülészeti használata is célszerű.”

Forgalmazza: **Biomondex Kft.**
1476 Budapest, 100 Pf. 196

Az Egyesült Államokban 1984 óta forgalomban lévő gyorsteszt

Megrendelhető: HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Vállalat
1368 Budapest, pf. 243



Cefobid*

1 g és 2 g
injekció

Széles spektrumú antibiotikum im./iv. 12 óránként

Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

HATÓANYAG: 1g, ill. 2 g cefoperazonum (nátriumsó formájában) porampullánként.

JAVALLATOK. Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések, húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystitis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont és izületi fertőzések, medenceúri gyulladások, endometritis, gonorrhoea és a nemi szervek egyéb fertőzései.

Postoperatív fertőzések megelőzésére elsősorban hasi, nőgyógyászati, cardiovascularis és ortopédiai műtétek előtt.

A Cefobid antibakteriális spektruma kiterjed a legfontosabb **Gram-pozitív** kórokozókra, a Staphylococcus aureus penicillinázt termelő törzseire is, valamint a **Gram-negatív** kórokozók nagyrészt, a Pseudomonas aeruginosa-t is beleértve.

Számos **anaerob** kórokozó - többek között a Bacteroides fragilis sok törzse - érzékeny a Cefobidra.

A készítmény több béta-laktamázzal szemben ellenálló.

ELLENJAVALLAT. Cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység.

ADAGOLÁS. Felnőtteknek: szokásos napi adagja 2-4 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva.

Súlyos esetekben a napi adag 8 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva, esetleg napi 12-16 g, 8 óránként egyenlő részekre osztva. Szövődménymentes

gonococcus urethritisben a javasolt adag egyszeri 500 mg intramuszkulárisan.

A szokásos napi adag / 2-4 g / veseelégtelenségben is adható, mivel a

Cefobid nem elsősorban a vesén keresztül választódik ki. Azoknak a betegeknek, akik glomerulus filtráció mértéke 18 ml/perc-nél kevesebb, vagy a szérum kreatinin szintjük 3,5 mg/dl-nél magasabb, a Cefobid maximális napi adagja 4 g.

Gyermekeknek és csecsemőknek: 50-200 mg/ttkg naponta két vagy több egyenlő adagra osztva.

8 napnál fiatalabb újszülötteknek a gyógyszer csak 12 óránként adható. Súlyos fertőzésekben /pl. bakteriális meningitis/a napi adag elérheti a 300 mg/ttkg-ot is súlyos mellékhatás nélkül.

ALKALMAZÁS:

Intravénás alkalmazás

Folyamatos infúzió készítésekor a hatóanyagot tartalmazó porampullák tartalmát először grammonként 5 ml injekcióhoz való desztillált vízben kell feloldani. Az így készült oldat az alábbi infúziós oldatokhoz adható:

5 % glükóz infúzió	0,9 % NaCl infúzió
10 % glükóz infúzió	5,0 % glükóz és 0,9 %-os NaCl infúzió
	Sós nátrium laktát infúzió /Ringer laktát infúzió/

Intermittáló infúzió készítésekor az 1-2 g hatóanyagot tartalmazó ampullát kompatibilis infúziós oldattal 20-100 ml-re kell hígítani és 15-60 percig infundálni. Ha Aqua destillata pro inj. az oldószer, az oldási térfogat maximálisan 20 ml.

Cefobid*

Direkt intravénás injekcióban egyszeri legnagyobb adagja **felnőtteknek** 2 g, **gyermekeknek** 50 mg/ttkg. Ezt a mennyiséget annyi megfelelő oldószerben kell oldani, hogy az oldat koncentrációja 100 mg/ml legyen és lassan, legalább 3-5 percig kell beadni.

Intramuszkuláris alkalmazás

Az ampulla tartalmát annyi Aqua dest. pro inj.-ban kell oldani, hogy a nyert oldat koncentrációja 250 mg/ml legyen. Ha az oldat koncentrációja 250 mg/ml-nél nagyobb, készítéséhez Lidocain inj. használandó. Az opálósodás elkerülése céljából az oldat elkészítése 2 lépésben történjen: a porampulla tartalmát először desztillált vízzel kell oldani, majd megfelelő mennyiségű 2%-os Lidocain oldattal hígítani.

MELLÉKHATÁSOK: maculopapulás kiütés, urticaria, eosinophilia, láz. Előfordulásuk allergiás, ill. penicillinérzékeny betegeken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin és haematokrit érték csökkenése, átmeneti eosinophilia ill. hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfátáz értékek átmeneti emelkedése.

Lágy széklet vagy mérsékelt hasmenés. Intravénás alkalmazáskor ritkán phlebitis.

FIGYELMEZTETÉS: Penicillinérzékenység és más gyógyszerallergia esetén óvatosság ajánlatos. A részleges penicillin- és cefalosporin keresztallergiára klinikai és laboratóriumi adatok vannak. Az epével nagy mennyiségben választódik ki. Májbetegségben és/vagy epeelzáródásban a szérum felezési idő hosszabb és a vizelettel történő kiválasztás fokozódik. Még súlyos májkárosodás esetén is terápiás koncentráció alakul ki az epében, emellett gyógyszer felezési ideje 2-4-szeresére nő. Epeelzáródás, súlyos májbetegség és egyidejűleg fennálló vesekárosodás esetén az adagot csökkenteni kell. Ilyenkor a napi adag a 2 g-ot nem haladhatja meg.

A haemodialízis a felezési időt kissé csökkenti, amit a dialízis ideje alatt figyelembe kell venni. Más antibiotikumokhoz hasonlóan K-vitamin hiányt okozhat, ilyenkor prothrombin idő ellenőrzés, K-vitamin pótlás szükséges. A kezelés alatti és az alkalmazást követő 5 napon belüli alkoholfogyasztás kipirulást, izzadást, fejfájást, tachycardiát okozhat.

Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti.

Glükóz kimutatása a vizeletből - Fehling vagy Benedict oldat alkalmazása esetén - álpozitív reakciót adhat. A Cefobid és az aminoglikozidok oldatai egymással nem keverhetők, mivel közöttük inkompatibilitás áll fenn. Együttadásuk esetén a készítményeket egymás után és külön infúziós szerelékkel ill. külön helyre kell beadni. Ajánlatos elsőnek Cefobidot adni. Vesefunkció ellenőrzés is szükséges együttes terápiánál. Terhes asszonyokon és éretlen újszülötteken még nincsenek megfelelően ellenőrzött vizsgálatok, e betegeknek csak a gyógyszer adásának előnyeit és lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható. Kis mennyiségben kiválasztódik az anyatejbe, ezért a szoptatás ideje alatt csak óvatosan alkalmazható.

MEGJEGYZÉS:

++ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti /gondozóintézeti/ felhasználásra.

CSOMAGOLÁS:

1 amp. /1 g/

1 amp. /2 g/

FORGALMAZZA: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján.



* A Pfizer Inc., New York védjegyzett neve.



Karoliny Gizella dr.,*
Osváth Pál dr.,**
és Horváth Ágnes dr.

Laryngitis subglottica kezelése belégzett corticosteroiddal

Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet, III. Gyermekosztály
(osztályvezető főorvos: Osváth Pál dr.)

A szerzők vizsgálatai szerint az inhalatív beclomethasone enyhe pseudocroup syndromában önmagában, súlyosabb esetekben racem epinephrinnel kombinálva előnyös hatású, elsősorban a tünetek időtartamát rövidíti meg. Lényegesen csökkenti a súlyos, nyugalmi dyspnoeal járó laryngitis esetek progrediálását, amely a belégzett steroiddal kezelt 29 betegből csak 15-ben, míg a 18 steroidot nem kapó beteg közül 15 esetben következett be. A területi gyakorlatban a pseudocroup enyhébb eseteinek otthoni ápolását is lehetővé teszi a beclomethasone; figyelembe kell venni azonban, hogy a hatás kifejlődéséhez egy óra kell. A progrediáló laryngitis esetek súlyosbodása megakadályozható vele, ilyenkor azonban racem epinephrin adása is szükséges.

Treatment of pseudocroup syndrome with inhalative corticosteroids. On basis of examinations the authors established that in case of a mild pseudocroup syndrome the inhalation of beclomethasone in itself, in more severe cases combined with racem epinephrine has a favourable effect; it shortens the period of symptoms, and effectively reduces the progress of laryngitis with resting dyspnoe. In 15 cases out of 18 patients treated without local steroids, airway stenosis increased, while in patients getting inhalative steroids only 15 cases out of 29 worsened. In practice the use of beclomethasone makes possible the home treatment in mild cases of pseudocroup. It must be considered, however, that one hour is needed while its effect develops. The progress of laryngitis can be stopped by inhalative corticosteroids, but in most severe cases they must be combined with racem epinephrine.

A laryngitis subglottica vagy pseudocroup syndroma ma is félelmetes kórkép a gyakorló orvos számára: kiszámíthatatlan, a teljes jóllétből, vagy enyhe stridort követően órák alatt idézi elő a közvetlen életveszélyt. Az esetek többségében vírusfertőzés okozza, *Kelenhegyi és mtsai* (7), valamint *Zách* (17) vizsgálatai szerint felerészben parciális immundefectus talaján. Emellett számolni kell allergiás pseudocrouppal, bakteriális felülfertőződéssel és epiglottitissel is. A szokásos gyógykezelés (Ephedrin, Sandosten) az esetek egy részében eredménytelen, az otthoni ápolás a kockázat miatt nem vállalható, de intézetben is problémát okozhat az intubációt akadályozó nagyfokú gége és epiglottis oedema. Ez megelőzhető volna vénás Diadresonnal, de a vaskos, duzzadt szövetekben ez nem diffundál kellő mértékben. Ezért megkíséreltük a laryngitis subglottica kezelését az asthma bronchialeban kiterjedten alkalmazott lokális steroiddal, a beclomethasonnal (Aldecine) (1, 2).

Beteganyag és módszerek

Kórházunk a hét egy napján egész Budapestről veszi fel a pseudocroupos betegeket. Ekkor egyszerre 15–18 beteg is érkezhet. A kezelés indikációja a súlyossági foktól függött, ebben 5 fokozatot különítettünk el:

- I. Ugató köhögés és esetleg rekedtség izgalomban
- II. Ugyanez + stridor inspiratoricus
- III. A fentiek nyugalomban is jelentkeznek
- IV. A fentiek + juguláris behúzóadás + cyanosis izgalomban
- V. A fentiek nyugalomban is, tudatzavarral.

Próbálkozásunk az V. legsúlyosabb csoportra nem terjedt ki. 1985-ben 56 I–IV. súlyossági fokú laryngitis subglotticás beteget kezeltünk randomizálva. 7 betegnek volt allergiás anamnesise, a többi feltehetően vírus infectio következménye volt.

Gyermekenként megfigyelőlapot vezettünk, óránként regisztrálva a pulzust, légzésszámot, valamint a stridor és a rekedtség fokát. Az Aldecine-t 1–6 óránként adtuk, a Micronephrinet (racem epinephrine) (4, 6, 10, 11, 16) hasonló időközönként, 1–5 percig, TUR-USI ultrahangos porlasztóval, a gyári tömény oldatot nyolcszorosa hígítva.

A vizsgálatsorozatba csak 2 évesnél idősebb gyermekeket vettünk be, mivel a fiatalabbak nem képesek megfelelően belélegezni a sprayt.

A betegeket 4 csoportba osztottuk a kezelés szerint:

- a) a csak Aldecinet
- b) csak Micronephrinet
- c) a kettőt együtt kapókra

és d) az inhalációs kezelést nem igénylő enyhe esetekre. A súlyosabb betegek csoportjában (III., IV. fok) az Aldecine önmagában nem volt elég, ezért az eredetileg 18 esetből 6-nak Micronephrinnel is ki kellett egészíteni a kezelést.

Kulcsszavak: laryngitis kezelése, inhalatív corticosteroid

*Jelenlegi munkahely: Fővárosi Tanács V. B. Heim Pál Gyermek-kórház — Rendelőintézet Ifjúságegészségügyi Osztály

**Jelenlegi munkahely: Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet IX. Pulmonológiai és Allergológiai Osztály

A következő megállapításokat tettük (ábra).

I. Az Aldecine és Micronephrine együtt adva gyorsabb javuláshoz vezet, mint a Micronephrine egymagában.

		SÚLYOSSÁG FOKA					
KEZELÉS	TÜNETMENTESSÉG	0	1	2	3	4	5
Aldecine	12 órán belül		•	•			
	24		••	••			
	72		••	••	••		
Micronephrine	12 órán belül				■		
	24			■	■	■	■
	72			■	■	■	■
Együtt	12 órán belül		▲	▲	▲		
	24			▲	▲	▲	
	72			▲	▲	▲	▲
Inhalációs kezelést nem kapott	12 órán belül	••					
	24		•••				
	72						

ábra: A betegek osztályozása a kezelés és a tünetek súlyossága szerint

2. Az Aldecine enyhébb laryngitis subglottica esetekben gyors és jó hatású, súlyosabb esetben önmagában nem elegendő.

3. A III. súlyossági fokot, tehát a nyugalmi inspiratoricus stridort az Aldecinnel kezelték fele (15 a 29-ből), míg a csak Micronephrine-t kapók többsége (15 a 18-ból) érte el, vagyis a súlyos, életveszélyes helyzet létrejöttét sikerült meggátolni.

A statisztikai vizsgálat szerint az egyes kezelési módok különbsége nem éri el a szignifikancia szintjét, a kombinált kezelés előnye tendencia jellegű. Amellett kétségtelen, hogy a két szer kombinált adása esetén egyszer sem romlott a beteg állapota, intenzív osztályos áthelyezésre, intubációra, tracheotomiára nem volt szükség. A kombinált Aldecine + Micronephrine kezelésben részesülők többsége 24 órán belül tünetmentessé vált.

Megbeszélés

A laryngitis subglottica nem egységes eredetű kórkép, a súlyossága is az ártatlan, stridoros köhögéstől a közvetlen életveszélyig terjedhet. Mai ismereteink szerint elsősorban légúti vírusok okozzák az élet első 3–6 évében, ismertek azonban más kórokozók és súlyosságot befolyásoló tényezők: allergia (9, 17), parciális immundefectus (7), meteorológiai faktorok (13), légszennyezés (5) is. A kezelés ezért nemigen lehet sem oki, sem egységes.

Kétségtelenül jó hatású a racem epinephrin belélegeztetése, de az eljárás csak intézetben alkalmazható a lehetséges szívritmus zavarok miatt. (4, 6, 8, 10, 11, 12, 14). A vénás corticosteroidok mint nem specifikus gyulladásgátlók jönnek szóba, és így nemcsak allergiás, hanem rövid ideig adva virális eredetű kórképekben is nagy jelentőségük van. Az oedemás gége- és subglotticus terület rossz perfúziós körülményei miatt vetődött fel az, hogy a duzzanatot lokálisan alkalmazott corticosteroiddal hatékonyabban lehetne csökkenteni.

Az asztma bronchiale gyógykezelésében már egy év-

tizede alkalmaznak ilyen készítményeket, ezért meglepő volt, hogy nem találtunk az irodalomban olyan adatot, mely szerint az asztmában kiterjedten használt lokális steroidot laryngitis subglotticában is adták volna, jóllehet nyilvánvaló, hogy a szer nagyobb koncentrációban jut a gégebe, mint a bronchusokba.

Az ötletet egy allergiás eredetű, akut gégeoedemában adott életmentő hatású beclomethasone nyújtotta (15), melyet bronchoszkópiával kontrolláltak. Megfigyeléseink, és az itt demonstrált eredmények szerint virális gégeoedemában, tehát pseudocroupban a hatás kevésbé szembeötlő, mint az várható is volt, figyelembe véve, hogy a steroid hatás csak egy óra múlva jelentkezik. Előnyösnek bizonyult súlyos esetekben a racem adrenalinval való kombináció. Ez a kettős inhalatív kezelés azért is ajánlható, mert mint ismert, a szimpatikomimetikus szerek rendszeres adása a hatásosságban döntő adenylcyclase enzimet kimeríti, míg a steroid ezen enzim regenerációját elősegíti. A kórházban fekvő betegek számára ajánlható kombináció mellett a területi orvosi gyakorlatban lehet az Aldecine inhalációjának jelentősége: enyhébb, I., II. súlyossági fokú pseudocroup szindrómák, a tünetek szerint ismételt adva megszüntethetők, vagy átsegíthetik a beteget a nehéz időszakon. Számos ilyen észlelésünk volt, de rendszeresen nem gyűjtöttünk anyagot.

IRODALOM: 1. Axelsson, B., Brattsand, R., Andersson, Ph. et al.: Relation between the glucocorticosteroid effects of beclomethasone 17 alpha, 21-dipropionate, beclomethasone 17 alpha propionate and beclomethasone as studied in human, mouse and rat tissues. *Respiration* 1984, 46, Suppl. 1. — 2. Godfrey, S.: Aerosol glucocorticosteroids in childhood asthma. In *Glucocorticosteroids in Childhood Asthma. Symposium at the XIIIth Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology*. Budapest. 1986. — 3. Godfrey, S., Balfour-Lynn, L., Tooley, M.: Three to five year follow-up of the use of the aerosol steroid beclomethason dipropionate in childhood asthma. *J. Allerg. Clin. Imm.* 1978, 62, 385. — 4. Gardner et al.: The racemic epinephrine in the treatment of infectious croup. *Pediatrics*. 1973, 52, 52–55. — 5. Hardt, H. D. V.: Lufterschmutzung und bronchopulmonale Erkrankungen im Kindesalter. *Msch. Kinderhk.* 1985, 132, 2. — 6. Jordan, W. S. és mtsai: Therapy for Laryngeal Edema in Children. *JAMA*. 1970, 212, 585. — 7. Kelenhegyi K., Osváth P., Veres B.: Immunológiai vizsgálatok recidiváló laryngitis subglotticában. *Gyermekegyógyászat*. 1984, 35, 505. — 8. Lellei, I.: Pseudocroup, laryngotracheobronchitis maligna sicca. *Magyar Pediáter*. 1979, 13, 327. — 9. Osváth, P.: Allergicseszkiye Immunológicseszkiye Boleznii Gyetszkovo Vozraszta. Akadémiai Kiadó Budapest. 1984, 173. — 10. Répay G., Jantsek Gy.: Előadás a Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete ülésén. 1972, május 9. — 11. Rüll J., Hargitai R.: Laryngitis subglottica kezelése Micronephrine túlnyomásos lélegeztetésével. *Orvosi Hetil.* 1974, 46, 2727. — 12. Rüll J.: Tapasztalataink súlyos, életveszélyes, acut laryngitisek gyógykezeléséről. *Fül-Orr-Gégegyógyászat*. 1982, 27, Suppl. 130. — 13. Schweizer, E., Weber, G., Severien, C. Mietons, C.: Einfluss verschiedenen Wetterparameter und die Häufigkeit von stationär behandelten Kindern mit stenotischer Laryngotracheobronchitiden. *Msch. Kinderhk.* 1983, 136, 453. — 14. Singer, P. P.: Laryngotracheobronchitis: 2 Years Experience with Racemic Epinephrine. *CMA Journal*. 1976, 115, 132. — 15. Székely E.: Személyes közlés. — 16. Westley, C. R., Cotton, E. K., Brooks, J. G.: Nebulized racemic epinephrine by IPPB for the treatment of croup. *Am. J. Dis. Children*. 1978, 132, 484. — 17. Zach, M.: Krupp und Allergie. In: Wahn et al.: *Päd. Allergologie und Immunologie*. Gustav Fischer V. Stuttgart, New York, 1987.

(Karoliny Gizella dr., Budapest, Rosenberg hp. u. 27. 1054)

Bégány Ágnes dr.
és Vezekényi Klára dr.

Melanoma szűrővizsgálatok Debrecenben

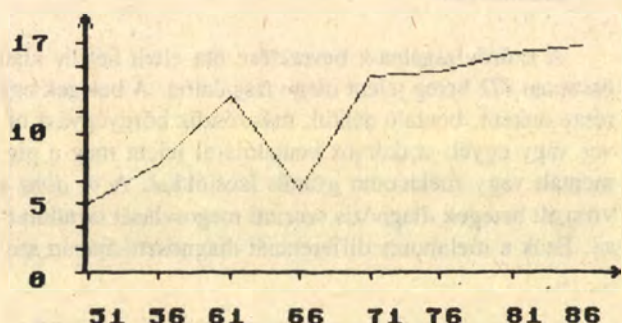
Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrklinika
(igazgató: Nagy Endre dr.)

Szerzők melanoma szűrővizsgálatot indítottak Debrecenben 1987-ben, melynek célja a melanoma megelőzése, korai felismerése, kezelése, mivel a magas mortalitású melanomában a prognózis lényeges javulása csak a korai diagnózis, kezelés esetén várható. Plakát, ismeretterjesztő röpirat, előadások útján tanítják önvizsgálatra a lakosságot, a melanoma szakrendelés szűri ki a melanoma gyanús pigmentált laesiókat, melyeket megműtenek, vagy obszerválnak.

Melanoma szűrővizsgálat bevezetésére került sor 1987-ben Debrecenben a Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrklinika szervezésében.

A szűrővizsgálat bevezetését két tényező indokolta: az előrehaladott elhanyagolt tumorok nagy száma és a növekvő előfordulási arány. A melanoma gyakoriságának növekedéséről számos szerző számol be (2, 4, 6, 8, 10, 13). A DOTE Bőrklinika évtizedek óta kezeli és gondolja a melanomás betegeket és ezen gondozás tapasztalata megerősíti az irodalomban leírt incidencia emelkedést (4, 5, 13). Az 1950-es években évi 3, 4, később az 1980-as években már 15–20 megbetegedést észleltünk.

Az 1. ábra 1950–86 között 5 éves bontásban a melanomás betegek számát ábrázolja. Az 1970-es évektől egy-



1. ábra: A melanomás betegek száma 1950–86 között 5 éves bontásban

értelmű emelkedés tapasztalható, ugyanis 1986-ban már 18 beteget észleltünk. Debrecenben elsősorban a debreceni és vonzáskörzetében élő melanomások kerülnek kezelésre, így ha a környező lakosságra számítjuk az előfordulási gyakori-

Melanoma screening examination in Debrecen. Melanoma screening examination has been organized in Debrecen. The aid of it is the early detection and treatment of melanoma. Different methods (educational pamphlet, postgraduate training of GP's, TV, radio) help the work of dermatologists.

ságot, akkor ez egy évben 100 000 lakosra 4 melanomás megbetegedést jelent. Korábban ez évi 1–2 beteg volt.

A gyakoriság mellett az elhanyagolt esetek nagy számát hangsúlyozzuk. A korai, csak a hámban terjedő melanoma sebészi in toto kezelése teljes gyógyulást eredményez (2, 7, 10, 11, 14). Az elhanyagolt melanoma már a tumor verticalis irányú növekedését jelenti, amikor az írható és a subcutis is involválja a tumor. Ebben a stádiumban a tumormélységtől és egyéb tényezőktől függően változik a prognózis (1, 2, 6, 7, 9). A végtagi melanomáknál 1,5 mm, a törzsi, fej, nyaki melanomáknál 0,75 mm-nél nagyobb tumormélység fokozza a metastasis kockázatát és rontja a túlélés esélyeit (6, 9, 12). A Debreceni Bőrklinikára a betegek túlnyomó többsége nagy, gyakran kifeléelyesedett, hónapok, vagy esetleg évek óta növekvő melanomával került. Azaz a jelentkezés idején behatárolható a várható élettartam, az adekvát kezelés ellenére. Adekvát kezelésen, általános narkózisban 3–5 cm-es biztonsági zónával sebészi eltávolítás, esetenként adjuváns cytostaticus kezelés, irradiatio, block dissectio értehető.

A táblázatban az 1981–88 között észlelt betegek a

1. táblázat: 1981–88 között észlelt melanomás betegek tumormélység szerinti megoszlása

Melanomavastagság	1981–1986 n	1987–1988 n
<0,75 mm	12 (11,53%)	10 (27%)
0,76–1,5 mm	38 (36,53%)	7 (18%)
1,51–3,0 mm	24 (23,07%)	12 (28%)
> 3,00 mm	30 (28,84%)	10 (27%)

histológiai vizsgálat során mért tumorstagság alapján vannak csoportosítva. A táblázat mutatja, hogy a relatíve jobbindulatú melanomák, 0,75 mm-nél nem nagyobb tumorstagság aránya csak 10%.

Elrettentő adat a 3 mm-nél mélyebb tumorok nagy

Kulcsszavak: melanoma, prognózis, megelőzés, szűrés

száma. Ez a szomorú tényező volt a másik indítéka a melanoma szűrővizsgálati kampány bevezetésének.

A szűrővizsgálat bevezetésével célunk a melanoma korai felismerése és kezelése, ill. a populáció figyelmének felkeltése. Ez utóbbi részben a nem bőrgyógyász orvosokhoz és az egész lakossághoz irányult. Az orvosoktól segítséget várunk a vizsgálataik során észlelt, gyanús pigmentált laesiók szakorvoshoz történő irányításában, a lakosságot pedig önvizsgálatra tanítjuk, figyelmüket saját bőrük felé irányítjuk.

Módszer

Első lépésként felvilágosító jellegű, a túlzott napozástól óvó plakátot terveztünk és készítettünk *Velényi Rudolf* grafikusművész közreműködésével. Ezeket a plakátokat eljuttattuk számos olyan helyre, ahol több ember megfordul (rendelők, gyógyszertárak, tüdőszűrő állomás stb.) (2. ábra).



2. ábra: A túlzott napozástól óvó felvilágosító jellegű plakát

Második lépésként a körzeti orvosoknak, belgyógyászoknak továbbképző előadásokat tartottunk a melanomáról, a legújabb, melanomával kapcsolatos irodalomról, tudnivalókról, egyben segítségüket kértük az általuk vizsgált betegek melanoma-szűrésében, a gyanús esetek szakorvoshoz irányításában.

Szerkesztettünk egy, a melanoma legfontosabb jellemzőit tartalmazó ismeretterjesztő röpiratot (3. ábra), melyeket orvosi rendelők várójába juttattunk el. Ezek elolvasása önvizsgálatra készíti a beteget és megjelenhet beutaló nélkül az erre a szűrővizsgálatra rendszeresített szakrendelésen.

A szakrendelésen döntünk a tumorgyanús esetek műtétéről, illetve obszervációjáról. Az obszerváció során folyamatosan

pontos írásos és fotodokumentációval rögzítjük a meghatározott időnként visszarendelt egyén státusát, s szükség esetén elvégezzük a műtétet.

Ezen kampány részeként a tömegkommunikációt is felhasználva, a helyi és országos tévében, illetve rádióban előadásokat tartottunk a melanomáról, a melanoma tüneteiről, a megelőzés fontosságáról.

HARCOLJUNK A FEKETE RÁK ELLEN!



A melanoma általában barna vagy fekete színű, gyakran kifehélyesedő igen rossz indulatú bőrdaganat. Az utóbbi időben gyakorisága nőtt. A melanomás betegek többsége későn fordul orvoshoz amikor a gyógyítás már nem eredményes.

A MELANOMA KORAI FELISMERÉSÉT SZOLGÁLJÁK A

- melanoma vészjelek:**
- 1./ meglévő barna anyajegyeken
 - nagyságbeli növekedés
 - színváltozás (barna, fekete, vörös)
 - felszíni változás (csomó, nedvezés)
 - a szélek szabálytalanná válása
 - gyulladás
 - vérzés
 - sok anyajegy egyidejű keletkezése
 - 2./ 30 éven felül ép bőrön barna, szabálytalan alakú, szélű folt, vagy változón pigmentált csomó keletkezett.

Fokozottan figyeljen bőrére, ha

- 1./ sok a festékes anyajegye
- 2./ világos a bőre, vörös a haja
- 3./ családjában melanoma fordult elő
- 4./ hajlama van napégésre
- 5./ vesézületett, vagy az élet első két évében keletkezett anyajegye van.

Megelőzés: Az anyajegyek védelme sérüléstől, a túlzott napozás, szolárium kerülése

A melanoma vészjelek észlelésekor azonnal forduljon orvoshoz! A melanoma kezdeti szakban műtétrel gyógyítható! A korai sebészeti beavatkozás életmentő! Az anyajegy a műtétrel nem válik rosszindulatúvá!

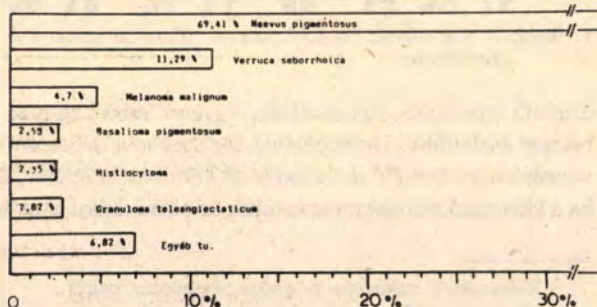
Ne késlekedjen forduljon időben orvoshoz, vigyázzon bőrére, figyelje anyajegyei változásait!

SZÜRŐVIZSGÁLAT HÉTFŐN ÉS CSÜTÖRTÖKÖN 9 és 12 ÓRA KÖZÖTT A BŐRKLINIKA JÁRÓBETEGRENDELÉSÉN

3. ábra: A melanoma legfontosabb jellemzőit tartalmazó ismeretterjesztő röpirat

Eredmények

A szűrővizsgálatok bevezetése óta eltelt két év alatt összesen 872 beteg jelent meg vizsgálaton. A betegek egy része önként, beutaló nélkül, más részük bőrgyógyász orvos vagy egyéb szakorvos beutalójával jelent meg a pigmentált vagy melanoma gyanús laesiókkal. A 4. ábra a vizsgált betegek diagnózis szerinti megoszlását tartalmazza. Ezek a melanoma differenciál diagnosztikájában sze-



4. ábra: A melanoma szűrővizsgálaton megjelentek diagnózis szerinti %-os megoszlása

replő kórképek. A legnagyobb arányú a naevus pigmentosus volt, közel 70%-ban, de nagy számban fordult elő veruica seborrhoica, basalioma pigmentosum, histiocytoma, granuloma teleangiectaticum is. Egyéb tumorként angiofibromát, világossejtes acanthomát, spinaliomát diagnosztizáltunk. Az esetek nagy részében a klinikai diagnózist hisztológiai vizsgálat is megerősítette, kivéve a típusos pigment naevusok egy részét.

Melanomát az összes beteg 4,7%-ában észleltünk. Megvizsgáltuk a 2 év alatt észlelt melanomák vastagságát (hisztológiai vizsgálat során mm-ben kifejezett tumorvastagság), mint a várható prognózist jelző fontos paramétert és összehasonlítottuk az 1981–86 között észlelt melanomákkal (táblázat): 0,75 mm-nél kisebb volt a tumorvastagság a betegek 27%-ában.

Megbeszélés

A melanoma szűrővizsgálat bevezetése időszzerű és halaszthatatlanul szükséges volt. Számos országban már régen bevezették (2, 7). Egy olyan tumorféleségben, amely a bőrön van, tehát kialakulásában, növekedésében szemmel követhető, nem megengedhető, hogy évente több ember haljon meg.

A DOTE Bőrklinika melanoma gondozása során nyert tapasztalat azt mutatja, hogy a betegek indolensek a melanomával szemben, mivel gyakran vérző tumort évekig is elviselnek bőrükön. De nemcsak a betegek, hanem a nem bőrgyógyász orvosok sem fordítanak kellő figyelmet a melanomára. Gyakran előfordul, hogy korábban már orvos látta a melanomás beteget és elküldte, megnyugtatta, nem kell törődnie vele, vagy kivette részlegesen, keskeny ép zónával, többször mint naevust, histiocytomát. Előfordul, hogy először a nyirokcsomóáttét kerül műtetre, mivel a beteg alapos vizsgálata elmarad.

A tumor növekvő előfordulása, melynek hátterében nem elhanyagolható az intenzív napozás rákkeltő hatása (3), a magas mortalitás — a betegek a primaer, több mm-es tumor eltávolítása után néhány éven belül meghalnak, máj, tüdő, agy, csontáttétekben — késztetett bennünket egy szűrővizsgálati kampány kidolgozására és bevezetésére. Ebben alapvető jelentősége van a társadalom aktív részvételének. Ezt célozza a felvilágosító plakát, ismeretterjesztő röpirat, előadások, a szakrendelésen történő esetenként ismételt megjelenés, a túlzott napozásról való lemondás.

A szakrendelésen, mint várható volt, számos, benignus pigmentált laesióval jelentek meg a betegek.

Véleményünk szerint azonban a negatív eredmény is azt igazolja, hogy a kampány elérte egyik célját, azaz az emberek figyelnek bőrükre.

Másik cél, hogy a melanomákat korai stádiumban tudjuk kiszűrni és kezelni, 2 év alatt nem következett be. Ez egyelőre nem meglepő, mert ilyen jellegű szűrővizsgálatra, hosszú ideje fennálló tumorokkal is jelentkeznek. A szűrővizsgálat előtti 10%-os korai esetszám most 27%-ra növekedett.

Következetes és egyre szélesebb körben kiterjedő kampánnyal évek múltán elérhető, hogy nem 27%, hanem lényegesen nagyobb lesz a korán kiszűrt melanomák aránya. Erre utal *Cristofolini* és munkatársai közlése, akiknek többéves megfigyelési idő áll rendelkezésükre (2).

Lényegesnek tartjuk továbbképző előadás tartását gyermekgyógyászok részére is, mivel szeretnénk felhívni figyelmüket a gyermekkori túlzott napozás késői veszélyére és a congenitalis (az élet első 2 évében keletkezett) naevus jelentőségére.

IRODALOM: 1. *Cascinelli, N. és mtsai*: Stage I. Melanoma of the Skin the Problem of Resection Margins. *Europ. J. Cancer*. 1980, 16, 1079. — 2. *Cristofolini, M., Piscioi, F.*: Malignant Melanoma Spectrum. 1987, 28, 4, 49. — 3. *Elder, D. E.*: Human Melanocytic Neoplasms and Their Etiologic Relationship with Sunlight. *J. Investigative Derm.* 1989, 92, 297. — 4. *Fitzpatrick, T. B.*: Enigma of the Pathogenesis of Primary Melanoma Changing Incidence and Mortality in Japan and the United States. *J. Invest. Derm.* 1989, 92, 234. — 5. *Garbe, C., Bertz, J., Orfanos, C. E.*: Malign. Melanom. *Hautarzt*. 1987, 38, 639. — 6. *Garbe, C., Stadler, R., Orfanos, C. E.*: Prognose orientierte Therapie bei malignem Melanom. *Hautarzt* 1986, 37, 365. — 7. *Illig, L., Paul, E., Hunderiker, M.*: Public and Professional Melanoma Education. *Z. Hautkr.* 1983, 58, 73. — 8. *Koh, H. K., Lew, R. A., Prout, M. N.*: Screening for melanoma skin cancer: theoretic and practical considerations. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1989, 20, 159. — 9. *Kuehnl-Petzold, Ch. és mtsai*: A Proposal for Staging Malignant Melanoma. *Arch. Dermatol. Res.* 1983, 275, 255. — 10. *MacKie, R. M., Young, D.*: Human Malignant Melanoma. *Int. J. Dermatol.* 1984, 23, 433. — 11. *Rhodes, A. R. és mtsai*: Risk Factors for Cutaneous Melanoma. *JAMA*, 1987, 258, 3145. — 12. *Sober, A. J. és mtsai*: Factors Associated with Death from Melanoma from 2 to 5 Years. Following Diagnosis in Clinical Stage I. Patients. *J. Invest. Dermatol.* 1983, 80, 53. — 13. *Szekeres L. és mtsai*: A Szegedi Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika vonzásterületébe tartozó bőrmelanomás betegek adatainak értékelése (1966–1985). *Bőrgyógy. és Vener. Szemle* 1986, 62, 109. — 14. *Whick, M. M. és mtsai*: Clinical Characteristics of Early Cutaneous Melanoma. *Cancer*. 1980, 45, 2684.

(Bégány Ágnes dr., Debrecen, Pf. 33. 4012)

Tisztelettel értesítjük a lap olvasóit, hogy az Orvosegyetem öregdiákjai és jelenlegi hallgatói márványtáblát fognak leleplezni megemlékezésül az Orvosegyetem forradalmi szerepére és 1956 elesettjeinek, kivégzettjeinek és harcosainak emlékére.

Együttérző érdeklődőket szívesen lát az Orvosegyetem 56-os Emlékbizottsága.

Időpont: 1990. október 19. (péntek) délután 3 órakor.

Helye: Üllői út 26. Klinikák kertje.

Tisztelt Partnereink!

Engedjék meg, hogy ismét felhívjuk figyelmüket egy olyan újdonságra, mely jelentősen segítheti munkájukat, javíthatja a gyógyító munka hatékonyságát, higiéniás körülményeit.

az EGÉSZSÉGÜGYI KENDŐCSALÁD nem hiányozhat egyetlen korszerű egészségügyi intézményből, háztartásból sem!



A termékcsalád tagjai:

- Fertőtlenítő kendő
- Antiszeptikus kendő
- Injekció előtti fertőtlenítő kendő
- Nővérendő
- Toilet-használat utáni kendő

Importálja: MEDICOR KERESKEDELMI RT.

Forgalmazza: FŐVÁROSI TANÁCS GYÓGYSZERTÁRI KÖZPONTJA

MEDICOR

Kaphatók: — Gyógyszertárakban
— FITOTÉKA-hálózatban
— Gyógynövény-drogéria szaküzletekben,
ahol bővebb információkat tartalmazó szórólapokkal
is állnak rendelkezésükre!

Boda Andor dr.

Septopal®-lánc beültetéssel kezelt anya tejének gentamicin tartalma

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest
(főigazgató-főorvos: Varga Árpád dr.)
Szeptikus Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály
(osztályvezető főorvos: Boda Andor dr.)

Szerző osteomyelitises szoptató anya femurjába 90 Septopal golyót ültetett be, majd folyamatosan vizsgálta a gentamicin kiválasztást az anyatejben. Megállapította, hogy az anyatejjel minimális gentamicin választódik ki, aminek toxikus hatása — mivel nem szívódik fel a bélhuzamból — a csecsemő számára kockázatot nem jelent. A kockázatot az jelentette volna, ha a csecsemőt korai elválasztással az anyatej előnyös immun-anyagaitól megfosztják.

Gentamycin concentration of a wet mother's milk treated by the implantation of Septopal®-chain. The author implanted 90 beads of Septopal into the osteomyelitic femur of a wet mother. The excretion of gentamycin in the mother's milk was continuously examined. The investigations revealed that the excretion of gentamycin with the mother's milk was so minimal that it did not signify any risk for the newborn baby.

F. K. 25 éves nőbeteget 9 évvel korábban a jobb femur osteomyelitise miatt kezelték. Bár a zárójelentés szerint a rtg.-felvételen sequester volt látható, műtétet nem végeztek. A beteg elmondta, hogy antibiotikumokat kapott. Az antibiotikus kúra végeztével panaszai megszűntek és 9 éven át panaszmentes volt. Felvétele előtt 3 hónappal, terhessége idején, egyre fokozódó fájdalmakat érzett a jobb combjában, amelyek különösen az éjjeli órákban jelentkeztek. 1985. március 11-én 3200 g súlyú egészséges leánygyermeket szült. A szülést követően fájdalmai fokozódtak és esetenként már láza is volt.

Osztályunkra 1985. április 22-én szeptikus, lázas állapotban vettük fel, heves fájdalmakkal a jobb comb alsó szakaszán. A beteg felvételekor tudtuk meg, hogy 6 hete szült és gyermekét rendszeresen szoptatja. Az 1. ábra a beteg felvételekor készült rtg.-felvételt mutatja be.

Tekintettel a heves klinikai tünetekre a femurt már másnap feltártuk. Az üregben seropurulens váladékot találtunk, és a sequestert könnyen eltávolíthattuk. Az üreg faláról csak minimális sarjszövetet tudtunk lekaparni. Ennek szövettani vizsgálata osteomyelitises sarjszövetet mutatott. A gennyből *Staphylococcus aureus* haemolyticus tenyésztett ki, amely az összes vizsgált antibiotikumra, beleértve a gentamicint is érzékeny.

3 Septopal láncot ültettünk be, összesen 90 golyót. (Egy golyó 7,5 mg gentamicin szulfátot tartalmaz, ami megfelel 4,5 mg gentamicinnak. A bevitt össz mennyiség tehát 405 mg gentamicin). A sebet két Redon-drain felett elsődlegesen zártuk. Szisztémás antibiotikus kezelést nem adtunk. A 2. ábra a műtét utáni radiológiai viszonyokat mutatja.

A műtétet követően a beteg azonnal láztalanra és panaszmentessé vált. A műtét másnapján felkelt és panaszmentesen járt. Harmadnap azt kérte, engedjük varratokkal haza, hogy otthona-



1. ábra: A femur alsó szakasza orsó alakban kiszélesedett. E területben hatalmas üreggárnnyék ábrázolódik, benne hosszú, keskeny sequesterrel

ban csecsemőjét szoptathassa. A Redon-draincsövek eltávolítása után a negyedik nap hazaengedtük.

Már ezt megelőzően is vettünk tőle gentamicin szint meghatározásra tejmintákat. Mivel kellően intelligens betegről volt szó, távozásakor elláttuk zárható kémcsövekkel és megkértük arra, hogy a vizsgálatok folytatása érdekében minden szoptatás alkalmával tegyen el mélyhűtőbe tejmintákat, és pontosan vezesse, hogy alkalmanként csecsemője mennyit szoptott.

Kulcsszavak: gentamicin pharmacokinetikája, osteomyelitis, lactatio



2. ábra: A fenestrált csontüregbe helyezett három Septopal lánc az üreget gyakorlatilag kitölti

A szoptatási periódus kényszerű megszakítása miatt az újszülött szopási kedve csökkent, emiatt az anya teje is hamarosan elapadt. Így adódott, hogy a műtétet követő tényleges szoptatási periódus csupán 9 napos volt. Az összegyűjtött tejminták mégis módot adtak arra, hogy értékelhető adatokhoz jussunk.

Eredmények

A gentamicin szint meghatározásokat agár-gél diffúziós módszerrel *Bacillus subtilis* felhasználásával a Darmstadt E. Merck cég Orvosi Mikrobiológiai Osztályán végezték el. Az 1. táblázat a meghatározások eredményeit mutatja be.

Megbeszélés

A haematogen osteomyelitist és a csont-ízületi gennyedéseket leggyakrabban kiváltó *Staphylococcus aureus haemolyticus* törzsek gentamicinnel szemben érzékenységüket többnyire megtartották. Tenyésztési eredmény megérkezéséig ezért kezdjük többnyire a kezelést gentamicinnel és többek között ez az oka annak, hogy a Septopal készítmény is gentamicint tartalmaz. Hátrányos tulajdonsága viszont a gentamicinnek, hogy hosszabb távon alkalmazva nephrotoxikus, ritkábban ototoxikus hatású.

1. táblázat: **Gentamicin koncentrációk az anyatejben Septopal-lánc beültetését követően** [A táblázaton nem tüntettük fel a csecsemő által egyes szoptatásokkal szoptott tejmennyiséget, amiről az anya naplót vezetett. Az utolsó oszlopban szereplő gentamicin mennyiségeket a szoptatási napló adatai alapján számítottuk ki (szoptott tejmennyiség x aktuális gentamicin koncentráció a tejmintában)]

GENTAMICIN KONCENTRÁCIÓK AZ ANYATEJBEN							Szoptatással a csecsemőbe bevitt gentamicin mennyisége μg -ban	
Dátum	Reggel óra perc	Konc. $\mu\text{g}/\text{ml}$	Délben óra perc	Konc. $\mu\text{g}/\text{ml}$	Este óra perc	Konc. $\mu\text{g}/\text{ml}$		
IV. 23.	Műtét napja	—nincs tejminta						
IV. 24.	10.00	0.07			20.30	0.07		
IV. 25.	8.20	0.11	13.20	0.07				
IV. 26.	7.15	0.09	13.50	0.09				
IV. 27.	8.00	0.09	12.00	0.08	22.00	0.07	28.8	Szoptatási periódus
IV. 28.	8.00	0.11	14.00	1.00	21.00	0.10	145.2	
IV. 29.	8.00	0.09	15.00	0.15	22.00	0.10	40.8	
IV. 30.	9.00	0.12	14.00	0.13	22.00	0.11	43.2	
IV. 1.	9.00	0.13	14.00	0.10	21.00	0.09	39.6	
V. 2.	9.00	1.00	14.00	0.09	21.00	0.09	141.6	
V. 3.	9.00	0.09	14.00	0.09	21.00	0.10	33.6	
V. 4.	7.00	0.14	14.00	0.14	22.00	0.10	45.6	
V. 5.	9.00	0.11	14.00	0.16	20.00	0.17	52.8	
V. 6.	6.00	0.12			20.00	0.11		
V. 7.	9.00	0.13			22.00	0.12		
V. 8.	9.00	0.13			21.00	0.11		
V. 9.	9.00	0.93			21.00	0.11		
V. 10.	7.00	0.14	13.00	0.50				
V. 11.	9.00	0.18			21.00	0.16		
V. 12.	3.00	0.13	14.00	0.15	21.00	0.14		
V. 13.	7.00	0.15	13.00	0.10	22.00	0.18		
V. 14.	9.00	0.20			21.00	0.10		
V. 15.	10.00	0.19			22.00	0.19		
V. 16.	9.00	0.20						

A Septopal lánc megalkotóját, Klemmet éppen az az elv vezérelte, hogy magas helyi antibiotikum koncentráció ellenére a véráramba és ezáltal a szervezet egyéb területeire csak kevés gentamicin jusson el. Ily módon annak toxikus mellékhatása gyakorlatilag nem érvényesülhet. A készítmény kidolgozásakor az E. Merck cég laboratóriumaiban meghatározták az egyes testnedvekben a gentamicin lánc beültetését követően jelentkező antibiotikum koncentrációkat. A beültetett golyók száma, a mérés időpontja és a mért értékek nincsenek szoros korrelációban. A vizsgált testnedvek között anyatej nem szerepelt.

Esetünkben lehetőség nyílt arra, hogy Septopal lánc beültetését követően az anyatejjel történő gentamicin kiválasztást megvizsgálhassuk. Tudomásunk szerint ez az első ilyen vizsgálati adat a szakirodalomban. Az 1. táblázat adataiból látható, hogy az egyes napszakok tejmintái közel azonos időpontból valók és a tejminták gentamicin koncentrációi 0,07 µg/ml és 1,0 µg/ml között ingadoznak. Más testnedvekhez hasonlóan itt sem mutatkozik semmiféle törvényszerű összefüggés a mért koncentráció és a Septopal lánc beültetése óta eltelt idő között. Annyi megfigyelhető, hogy a tejelválasztási periódus legvégére magasabb koncentrációk jellemzőek, ami magyarázható azzal, hogy a tejelválasztás csökkenésével az anyatej minden alkotórészeinek koncentrációja növekedhetett.

Gyógyszertan könyvek a csecsemőknek parenterálisan beadható napi gentamicin mennyiséget 2–5 mg/kg-ban jelölik meg. Tehát egy 3–4 kg-os csecsemőnek 6–20

mg adható. Az 1. táblázat adataiból látható, hogy a szoptási periódusban a napi anyatej mennyiséggel bevitt gentamicin mennyisége maximális esetben is csupán e dózisnak mintegy $\frac{1}{40}$, minimális esetben pedig csupán $\frac{1}{137}$ részét éri el. Ilyen kis mennyiségű gentamicin bevitelével járó veszély lényegesen alatta marad annak a kockázatnak, amit azzal vállaltunk volna, ha a csecsemőt az anyatejjel bevitt hasznos immun-anyagoktól fosztjuk meg. Hozzá kell tennünk, hogy az anyatejjel a csecsemőbe jutó gentamicin a bélből nem szívódik fel, a csecsemő vérkeringésébe nem kerül be, így nem is lehet toxikus. Egyetlen hatása az lehet, hogy az újszülött bélflóráját megváltoztatja.

Köszönetnyilvánítás. Mivel az anyatejben megjelenő gentamicin koncentrációja előre nem volt megbecsülhető, esetleges rendkívül alacsony koncentrációra számítva radio-immuno-assay vizsgálatot is lehetővé tevő laboratóriumba, hűtőtáskában légi szállítással küldtük ki az anyagot. A vizsgálatok elvégzését és az eredmények közlését ezúton köszönöm meg dr. Elvira Dingeldeinnak.

IRODALOM: 1. Klemm, K.: Die Behandlung chronischer Knocheninfektionen mit Gentamycin-PMMA-Ketten und Kugeln. In: Contzen, H.: Gentamycin-PMMA-Ketten-Gentamycin-PMMA-Kugeln, Symposium, München 12. November 1976. VIE Verlag. — 2. Gentamycin-PMMA-Ketten-Gentamycin PMMA-Kugeln, Polymethylmethacrylat mit dem Breitband-Antibiotikum Gentamycin und Röntgenkontrastmittel. Gyógyszerismertető. E. Merck Darmstadt, 1977. — 3. Gyermekgyógyászati Vademecum. Medicina, Budapest, 1975.

(Boda Andor dr., Budapest, Pf. 1. 1528)

ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ

Egészségügyi software

Mic PROF

Osztályos keretrendszer

- definiálható kórlapok
- szerkeszthető statisztikák
- betegkövetés
- lázlapvezetés

Mic BNO

A teljes BNO könyv magyar nyelvű változata!

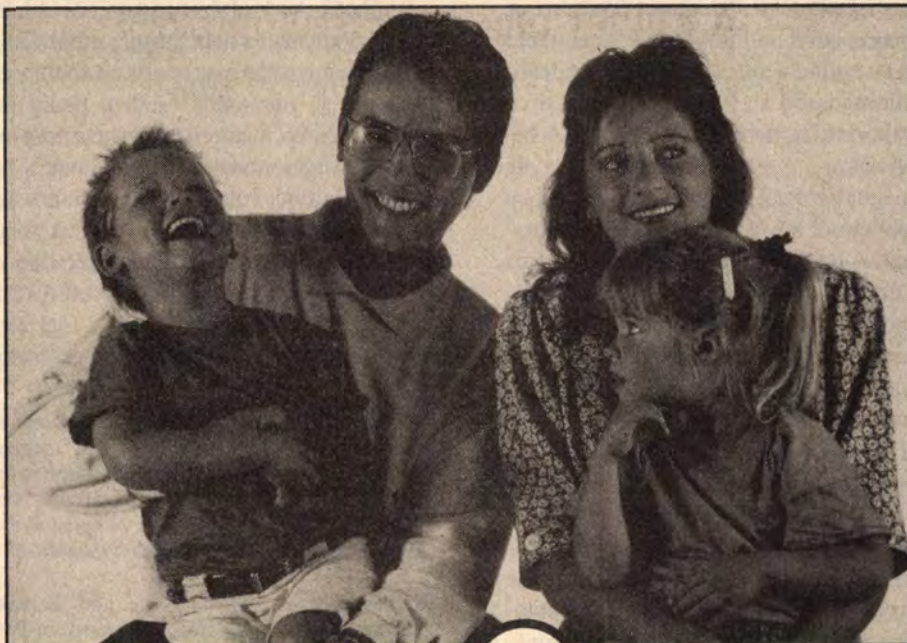
kérjen részletes tájékoztatót!



1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 156-5366 Tx: 22-3768 Telefax: 155-9206



2265



A FÁJDALOM ELSZÁLL, MINT A BUBORÉK.

ASS-100 mg pezsgőtabletta. Gyorsan oldódik, ízesíthető,
könnyen megiható, hamar felszívódik. **ASS-100 mg pezsgőtabletta.**
A gyógyszer, amelyre a gyerek egyszerűen csak azt mondja: **KLASSZ!**

ASS-100 mg pezsgőtabletta

Fájdalom és lázcillapító, valamint gyulladáscsökkentő
gyógyszer elsősorban gyermekek részére.
Gyermekek szokásos egyszeri adagja, ha az orvos másképpen
nem rendel:

3-4 éves korban	1 pezsgőtabletta
4-6 éves korban	2 pezsgőtabletta
6-9 éves korban	3 pezsgőtabletta

Fenti adag 4 óránként alkalmazva, de naponta legfeljebb ötször.
Gyermekeknek és serdülőknek csak az orvos kifejezett
utasítására adható.

A pezsgőtablettát 1 pohár vízben fel kell oldani és étkezés után
kell bevenni.

Gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője vagy
annak akár gyanúja esetén is, kizárólag orvosi utasításra
alkalmazható. Amennyiben alkalmazásra kerül a gyógyszer ezen
betegségek esetén és esetleg tartós hányás, kábultság,
eszméletvesztés lép fel, haladéktalanul orvost kell hívni a
gyermekhez, mivel ezek a tünetek egy rendkívül ritka, de adott
esetben életveszélyes betegség jelei is lehetnek.

A készítményt nem szabad szedni:

- terhes nőknek a terhesség utolsó három hónapjában
 - gyomor- és nyombélfekélybetegségben szenvedőknek
 - fokozott vérzékenységű egyéneknek
 - Szalicilát tartalmú készítmények iránt érzékeny egyéneknek
- Csak az orvos kifejezett utasítása esetén alkalmazza a gyógyszert:
- asztma, szénanátha, orrnyálkahártya polyp, krónikus légúti
fertőzés (főleg szénanáthaszerű



tünetekkel kapcsolatosan) esetén

- egyéb gyógyszerekkel szembeni túlérzékenység (pl. csalánkiütés, viszketés, bőrreakciók) esetén
- állandóan fennálló vagy ismétlődő gyomor- és
nyombélpanaszok esetén

- máj és vesebetegség esetén

- terhesség alatt

- szoptatás idején. Amennyiben rendszeresen nagyobb
mennyiségű gyógyszer szedése válik szükségesé, a csecsemőt
el kell választani

- gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője
vagy akár annak gyanúja esetén.

A gyógyszer alkalmazása kapcsán előfordulhatnak gyomor- és
bélpanaszok, asztmás rohamok, bőrreakciók, nagyobb
adagoknál fúúzugás, szédülés. Bármilyen, a gyógyszer
alkalmazása folyamán előforduló nem kívánatos mellékhatásról,
valamint egyéb szokatlan tünetről vagy panaszról a kezelőorvost
haladéktalanul tájékoztatni kell, és a gyógyszer további szedése
csak az orvos utasítására folytatható. Fekete ún. szurokszeklet
esetén azonnal orvoshoz kell fordulnia.

Gyermekek elől gondosan el kell zárni a gyógyszert!

Más gyógyszer egyidejűleg csak a kezelőorvos tudtával
szedhető, mert az együttes alkalmazás során módosulhat a
gyógyszerek hatása.

Száraz helyen, nedvességtől és fénytől védve
szobahőmérsékleten tartandó!

Gyártja a Pharmavit Rt. Veregyeház, Lévai u. 5.

A soliter ulcus recti simplexről

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged
Sebészeti Klinika
(igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)
és I. Belgyógyászati Klinika*
(igazgató: Varró Vince dr.)

Szerzők egy eset kapcsán ismertetik a soliter ulcus recti simplex előfordulását, etiológiáját, a diagnózis felállításának lehetőségeit, valamint a kezelés módszereit és eredményességét.

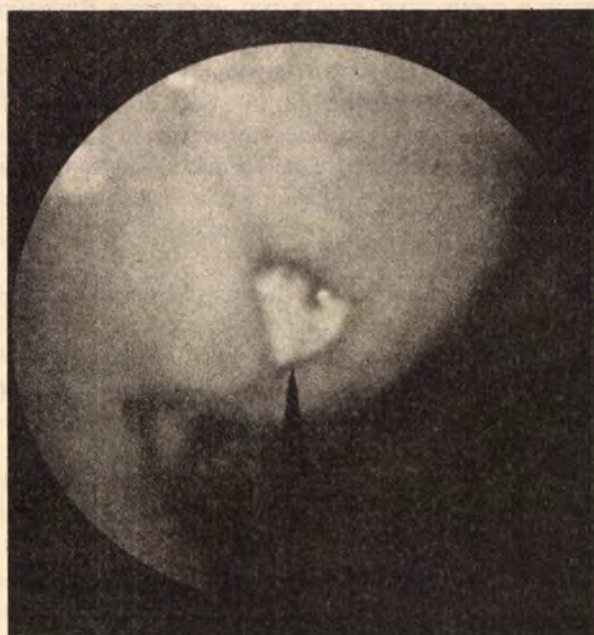
Solitary ulcus recti simplex. In connection with a case the authors describe the solitary ulcus recti simplex, dealing with its occurrence, etiology, possibilities in making the diagnosis, methods of therapy and their efficacy.

A soliter ulcus simplex recti a rectum malignus megbetegedéseinek képest ritkán fordul elő. Jelentőségét az adja, hogy makroszkóposan sokszor megtévesztően hasonlít a kifekélyesedett carcinomához (3, 8, 10, 11). A vizsgáló orvos jogosan a gyakrabban előforduló és veszélyesebb betegségre gondolva hosszadalmas vizsgálatoknak veti alá a beteget, s a többszöri negatív biopsziás lelet ellenére is megmarad a téves diagnózis és annak következményeitől való félelme. A rectum soliter kifekélyesedését 1830-ban Cruveilhier írta le, mint önálló kórképet (2). Klinikumát és patológiáját Madigan és Morson foglalta össze (7). Az irodalom eddig kb. 300 esetet közölt. Munkánkban egy fiatal férfi esetének ismertetése kapcsán foglaljuk össze a ritka kórkép jellemzőit és kezelési lehetőségeit.

Esetismertetés

R. I. 23 éves férfit évek óta kezeltük véres, nyákos székürítés miatt. Székelés kapcsán végbele egyre gyakrabban kifordult, fájdalmassá, duzzadtá vált. Colonoscopiával a rectum elülső falán az anusnyílástól 7 cm-re körülírt fekélyt észleltünk, a colon többi része ép volt (ábra). Rendszeres endoscopos ellenőrzések során a biopsziák szövettana benignus ulcus recti simplexet igazolt. Konzervatív kezelésre (széklet rendezés, kúpok, ülőfürdők, antibiotikum és szteroid tartalmú klizmák) panaszai átmenetileg csökkentek ugyan, rendszeres rectum prolapsusa azonban ismételtelen jelentkezett. A fekély időnként megkisebbedett, ill. „gyógyult”, de ismételtelen kiújult, egyre súlyosabb sphincter ani laesio tüneteit észleltük. Miután irrigoscopiás vizsgálattal elongált sigma belet találtunk, elhatároztuk a rectum rezekciós műtétét, mivel kisebb beavatkozástól előreláthatóan eredményt nem várhattunk, az ileus későbbi kialakulásának veszélye miatt. Az elongált sigmát rezekáltuk, BEA géppel (amerikai gyártmányú körkörös varrógép) készített anastomosissal állítottuk helyre a vastagbél folytonosságát. A rezekciós vonal kb. 10 cm-re esett a végbélnyílástól. A rectumot kétoldalt felhúzza a keresztcsinthez rögzítettük (rectopexia). 3 hónappal a műtét után a beteg panaszmentes, rectum prolapsusa megszűnt. Rectoscopos vizsgálattal igazoltuk, hogy a fekély gyógyult.

Kulcsszavak: végbél, fekély



ábra: Az anusnyílástól 7 cm-re levő körülírt fekély a rectum elülső falán (colonoscopiás felvétel).

Megbeszélés

A soliter ulcus recti simplex általában a rectum elülső falán, az anusnyílástól 5–10 cm-re elhelyezkedő körülírt elváltozás. Általában 40 év alatt, többségében nőknél jelentkezik (1, 11). Kialakulásában megkülönböztetünk egy preulcerosus fázist, amikor a nyálkahártya foltos, piros, területén petechiák láthatók. Szövettanilag fibromuscularis dysplasia észlelhető. A második, vagy ulcerosus fázisban 2–8 cm-es nagyságú, élesen körülhatárolt fekélyek jelentkeznek. Bizonyos esetekben 3–6 mm nagyságú gyulladt polipok is megjelennek, esetleg kifekélyesedett csúccsal. Ezek olyan rendezetlenek lehetnek, hogy egyetlen polipus képletre, villosus adenomára hasonlíthatnak. A muscularis mucosában mucinnal töltött cysták jelenhetnek meg (colitis cystica mucosa). Szövettanilag fibromuscularis hyperplasia kapillaris dilatációval, fokális ulceráció látható (7). A soliter ulcus etiológiája lényegében ismeretlen.

Traumás, ischaemiás, lokális fertőzéses, hamartomás eredetű feltételeznek. Szerepe lehet a stressznek, idegentest jelenlétnek, veselégtelenségnek, veleszületett anomáliának (anorectális gyűrű) (4, 6, 8).

Kialakulásának néhány tényezője bizonyítottan tekinthető. A komplex rectum prolapsus gyakran együttesen fordul elő az ulcus simplex rectivél. Az esetek 50 százalékában az ulcus a rectum részlegesen prolabált elülső falán észlelhető. Többek szerint az ulcus oka maga az előesés, a mucosa prolapsus („mucosa prolapsus syndroma”). Ennek igazolását abban látják, hogy a prolapsus korrigálása az ulcus gyógyulásához vezet (1).

A medencefenék izomzatának EMG (elektromyographia) vizsgálatával igazolták, hogy ezeken a betegeken a székelés során az izomzat, elsősorban a m. puborectalis nem ernyed el, hanem inkább összehúzódik (8, 9). Az anorectális szög, mely normális esetben 90 fok, és szerepet játszik a continencia létrejöttében, egészséges egyénben székelés alatt megnő, ezeken a betegeken azonban nem változik, ill. csökken. Ez irrigoscopiás vizsgálattal nyomom követhető (defecographia) (6). Ezek a vizsgálatok a prolapsus funkcionális eredetét támasztják alá (spasztikus medencefenék syndroma), amelyet másodlagosan követ a nyálkahártya gyulladása, majd a fekély kialakulása a mechanikus károsodás következtében (műszeres vizsgálatok, irrigoscopia, kemény széklet, digitális evacuatio). Az állandó izomfeszülés a bélfal ischaemiás károsodását hozza létre, melyet Rutter és Riddell az ulcus kialakulásának fő okozójának tart a prolabált rectumon. A keletkező epithel necrosis, majd fekély később stricturákat hozhat létre. Az analis reflex csökkenése a nervus pudendus neuropathiájának következménye, melyet a székelés elhúzódása vált ki. Ennek további következménye a harántcsíktal izomrostok degenerációja kontrakcióképességük csökkenésével. Ez nyomásméréssel igazolható (5, 6, 8).

A betegség során megváltozik a nyálkahártya mucintermelése. A normális esetekben domináló szialomucinral szemben a nyálkahártya szulfomucint termel (1). A betegség tünetei között változatos emésztési zavarok, állandó székelési inger, tenesmus, székrekedés, a „nem teljes székürítés” érzése, vérzés szerepel. A betegek gyakran arról számolnak be, hogy „valami van a végbelükben”. Ezt az anusnyílást el nem érő, részleges rectum prolapsus okozza, mely kitölti a rectum alsó szakaszát, és előfutára a komplett végbélelőesésnek. A betegség diagnózisának felállításában az endoscopos (rectoscopia, colonoscopia) vizsgálatoknak van elsődleges szerepe. A biopsia elvégzése kötelező a malignus betegségektől való elkülönítés végett. Az irrigoscopiás vizsgálattal (defecographia) a betegség funkcionális eredete tisztázható. Manometriás vizsgálattal a normálisnál alacsonyabb nyomásértékek

mérhetők. Ballonos eszközzel alacsonyabb volumennél székelési inger váltódik ki. (100 ml-nél székelési inger jelentkezik. Egészséges egyénben az inger 200 ml-nél nagyobb volumennél keletkezik.) Ez a rectum nyálkahártya fokozott érzékenysége utal (5, 8).

A betegség kezdetén meg lehet próbálkozni konzervatív kezeléssel, mely rostús diétából, laxánsok adásából áll (4). Kerülni kell az erőlködést székeléskor, mivel ez pudendus neuropathiához, ezen keresztül incontinenciához vezet.

Végleges megoldást a sebészeti kezelés hoz. Történetek próbálkozásai a m. puborectalis részleges resectiójával, a fekély kimetszésével, ezek azonban nem hozták meg a kívánt eredményt. Rectopexiát kell végezni a rectum prolapsus megszüntetésére. Egyesek emellett a rectum belső invaginációját is elvégzik. Ezt követően a fekély meggyógyul. Jó eredményeket értek el a fekély kimetszésével egyidejűleg elvégzett rectum elülső fal megkettőzésével. Külön problémát jelent, ha a betegség a sigmabél elongatiójával és/vagy obstipatióval jár együtt. Ezekben az esetekben a rectum fixációja — önmagában végezve — a műtétet követő invagináció, ill. strangulációs ileus veszélyét rejti magában. Ilyenkor a sigmabél resectióját javasolják. A ma elfogadható 1% alatti vastagbél resectiót kísérő halálozás mellett a nagyobb műtét kockázatát megengedhetőnek tartják. Extrém példaként említjük, hogy obstipatióval együtt járó eseteknél beszámolnak subtotalis colectomia elvégzéséről is (4, 6, 8, 10).

IRODALOM: 1. Clair Eh Du Boulay, J. Fairbrother, P. G. Isaacson: Mucosal prolapse syndrome, a unifying concept for solitary ulcer syndrome and related disorders. J. Clin. Pathol. 1983, 36, 1264. — 2. Cruveilhier, J.: Anatomie Pathologique du Corps Humain, Vol. 2. Livre 25 Paris: Bailliere, 1830, 4. — 3. John Hamilton Duff, Frederick Forbes Wright: Acute and chronic benign ulcers of the rectum. Surg. Gynec. and Obstet. 1981, 153, 398. — 4. M. J. Ford, J. R. Anderson, H. M. Gilmour és mtsai: Clinical Spectrum of „solitary ulcer” of the rectum. Gastroenterology 1983, 84, 1533. — 5. M. R. B. Keighley: Clinical and manometric features of the solitary rectal ulcer syndrome. Dis. Col. and Rect. 1984, 27, 507. — 6. Han C. Kuipers, Robert, H. Schreve, Henk Ten Cate Hoedemakers: Diagnosis of functional disorders of defecation causing the solitary rectal ulcer syndrome. Dis. Col. and Rect. 1986, 29, 126. — 7. Madigan, M. R., Morson, B. C.: Solitary ulcer of the rectum. Gut 1969, 10, 871. — 8. M. Pescatori, G. Maria, C. Mattana és mtsai: Clinical picture and pelvic floor physiology in solitary rectal ulcer syndrome. Dis. Col. and Rect. 1985, 28, 862. — 9. Rutter, K. R. P., Riddell, R. H.: The solitary ulcer syndrome of the rectum. Clin. Gastroenterol. 1975, 4, 505. — 10. M. Schweiger, J. Alexander-Williams: Solitary ulcer syndrome of the rectum. The Lancet 1977, 1, 170. — 11. G. Thomson, A. Clark, J. Handyside and G. Gillespie: Solitary ulcer or is it? A report of 6 cases Br. J. Surg. 1981, 68, 21.

(Szendrényi Vilmos dr., Szeged, Pécsi u. 4. 6720)

„A lelkiismeretes, gondos orvosnak, mielőtt betegének gyógyszert rendelne, nem csupán a gyógyítandó betegséget, hanem a beteg egész életmódját és összes testi tulajdonságainak természetét meg kell fontolnia.”

Cicero

BESZÁMOLÓK

A latin-amerikai országok XVI. koloproktológiai kongresszusa

Latin-amerikai országok XVI. koloproktológiai kongresszusa, nemzetközi részvétellel (XI. Congreso de la Asociación Latinoamericana de colo-proctologia, XVI. Congreso Nacional e Internacional de la sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A. C., XI. Curso Internacional de postgrado de Colo-proctologia Acapulco, Mexico, november 12–16, 1989).

A latin-amerikai országok koloproktológiai társaságának XI., a mexikói vastag- és végbél sebészek egyesületének XVI. közös konferenciája, valamint a vastag- és végbél betegségeinek gyógyításával foglalkozó továbbképző kurzus Acapulcóban került megrendezésre nemzetközi részvétellel 1989. november 12. és 16-a között.

A kongresszus megnyitása ünnepélyes keretek között (katonai tiszteletadás, fúvószena, hangulatos bevezető előadás a futballvilág bajnokságok történetéből, résztvevők köszöntése) zajlott le.

A kongresszusnak mintegy ötszáz résztvevője volt. A konferenciák házigazdája és rendezője a fenti társaságok elnöke, dr. Fidel Ruiz Healy volt.

A napi program workshopokkal kezdődött:

November 13-án, ano-recto-perianális tályogok sebészete. Amőbiázis. Bélvarratok. Végbélnyílás rákja. Vastagbélrák. Végbélrák. Colitis ulcerosa. Flexibilis endoszkópia. Diverticulum betegség. Művi bélnyílások ellátása. Aranyér kezelése.

November 14-én, vastag- és végbél daganat miatt operáltak ellenőrzése. Crohn-betegség. Bélvarratok készítésének problémái. Anorektális betegségek miatt kezelték ellenőrzése. STD. Alternatív lehetőségek az aranyér gyógyításában. Dermoid cysta kezelése. Végbélnyílás szűkülete. Anorektális fisztulák. Rektovaginális fisztulák.

November 15-én, végbélnyílás fekélyei és fisztulái. Gastrointestinalis vérzés. Inkontinencia. Ischemiás colitis. Premalignus elváltozások a kolorektumban. Megakolon. Kolorektális polipusok. Vastagbél előkészítés. Gyermekkori proktológiai problémák.

November 16-án, végbéltáji fájdalom. Postradiációs végbélgulladás. Végbélelőesés. Végbélkörnyéki viszketés. Radiológiai módszerek a koloproktológiában. Kolon eredetű szepszisek. Kiegészítő terápia végbélráknál. Végbéltáji traumák. Kolon traumái. Volvulus. Helyi kezelés végbélráknál.

A plenáris előadások kb. 20%-a elmaradt. A fő témák: Alternatív eljárások az aranyér kezelésében. STD ellátásában szerzett latin-amerikai tapasztalatok. Kolorektum betegségei kezelésének regionális problémái. Végbélrák helyi kezelése.

A plenáris előadásokat követő, olykor késő délutánba nyúló speciális előadások a napi fő témák részleteivel foglalkoztak. A továbbképző előadásokat naponta 16 és 19 óra között tartották.

Az előrejelzett 9 posterből 3 került bemutatásra.

Jómagam a kongresszuson a rendezőbizottság, a Medicor Rt., a Magyar Hűtőipar támogatásával vettem részt. A kolorektális betegségek ellátásának határterületeiről tartottam előadást. Két workshopban vettem részt (Végbéltáji fájdalom, Ischemiás kolitisz), és postert mutattam be az anorektum funkcionális vizsgálatáról (manometria, myográfia).

A kongresszust társasági programok (fogadás, folklórműsor, városnézés, intézménylátogatások) egészítették ki, majd záróünnepség (kongresszust megörökítő diavetítés, népzene, záróbeszéd) fejezték be.

Tizenkét kiállító volt. A fő témák: Gyógyszerek, plasztik diszpozibilis eszközök, endoszkópok, varrógépek, sztomák ellátását segítő eszközök.

A kongresszus utáni tanácskozásokat összegezve: A fő célok a gyakorlati jelentőségű, főként helyi speciális problémák megvitatása, az eddig rendelkezésre álló eredmények kiértékelése, valamint a szervezésből adódó gondok megtárgyalása, és ennek alapján a jövőbeli feladatok meghatározása voltak.

Czalbert H. János dr.

International conference on gallstones and their management. (Jerusalem, Israel 1990. II. 25–III. 1.)

A Soros-alapítvány jóvoltából közreműködő, aktív résztvevője voltam a fenti címmel megrendezésre kerülő konferenciának a világ számos országából összesereglett mintegy 100 kollégával egyetemben.

Sectionokon és paneleken meghívott előadók, a téma legismertebb kiválóságai szóltak meg, sor került 60 csatlakozó poster bemutatására is. Jeruzsálem atmoszférája és a szervezők igyekezete kitűnő kulturális programokat biztosított a megjelenteknek. A konferenciának a Hilton Szálló különtermei adtak otthont. Orvosi műszergyártó cégek, gyógyszergyárak állandó kiállítást működtettek a kongresszus időtartama alatt.

Az első nap sectionokban az epekőképződés legújabb teóriáit tárgyalták. Milyen jelentősége van a kőképződés és -oldódás kérdésében az epe „fő” alkotóelemeinek — a koleszterin, phospholipoid és epesavaknak — az aktuális biokémiai kutatások tükrében? Hogyan alterálja a belgyógyászati, avagy sebészeti tennivalót a májbetegség

mellett jelentkező epekővésség? Műtéti indikációt jelent-e a cholesterosis, vagy a dyskinesis, mely utóbbi a kőképződés megaláya lehet. A kérdések olyan szakértőit hallgattam — mint egyetlen magyar résztvevő — mint Conn, Paumgartner, Dowling és Northfield, hogy csak a legnagyobb nevek említésre méltók.

A második munkanapon kerültek „terítékre” a klinikust mindennapi munkájában leginkább izgató kérdések. Külön tárgyalta a fórum a hólyag-, ill. az epeúti kövek kezelésének kérdését. Az előbbinél az amerikai Thistle, az utóbbinál a német Classen vezette az ülést egy-egy izraeli partnerrel. Itt kristályosodtak ki a konferencia legfontosabb, legkorszerűbb kérdései, úgymint a szisztémás és lokális kőoldás. Válogatott betegeken (cholesterin tartalmú kövek, működő d. cysticus, intact májműködés) 6–24 hónapos orális gyógyszeres kőoldás (CDCA-chenodeoxycholsav + UDCA-ursodeoxycholsav) az esetek 60–70%-ában sikeres. Ma már csaknem rutinszerűnek számító EST után (endoscopic sphincterotomy) a közös epevezetékbe — sőt japán előadók szerint a functionáló cysticusan át a hólyagba is (!) — drainsó vezethető, mely naso-biliaris katéterként működve alkalmas bizonyos kémiai ágens bejuttatására (pl: MTBE-metil-tert-butil-éter, EDTA, Na-acetylcistein) az epeútba, vagy a hólyagba és a direkt kőoldás — elvileg — akár órák alatt lehetséges. Ennél invasívabb lehetőség a percutan kőoldás. Az epeutakba a májon át, a hólyagba a hasfalon keresztül vezethető a katéter (UH segítségével) hasonló céllal.

Ma még ritásnak tekinthető a lyoni Perrissat professzor laparoscopokkal végzett cholecystectomiája, melynek első lépése a nagyobb kövek mechanikus zúzása, hiszen másképp az 1–2 cm-es bőrnyíláson nem lehetne eltávolítani a nagyobb követ, köveket tartalmazó hólyagot.

Előadás és poster foglalkoztak a mindennapos gyakorlatnak tekinthető endoscopic lehetőségekkel, az EST után végzett kőeltávolítás, kőzúzás kérdésével és szövdményeivel. Cholelithiasis okozta cholangitis, acut pancreatitis kezelése csak endoscopic úton tartható korszerűnek. Az elmondottak alkalmazhatósága nyilvánvaló a cholecystectomyizáltak residuális, ill. recidív köveinek szanálására. Más-más lehetőség kínálkozik persze a korai postoperatív szakban felfedezett residuum eltávolítására, mint az első műtét után évekkel identifikált epeúti kő „ellátására”. Ezen utóbbi kérdésekkel foglalkozott posterünk „Aspect-change in the treatment of recidiv- and residual choledocholithiasis” címmel.

Nagy várakozás előzte meg az „Extracorporal shock wave lithotripsy” című kerekasztal-megbeszélést. A moderátor a haifai A. Barzilai professzor volt, aki az egyik legnagyobb tapasztalatú szakértője ennek a kérdésnek. Közel 200 esetét a kövek kémiai összetétele, nagysága, száma, a betegek testi adottságai szerint válogatta össze. A betegek epéjének egyhetes „előkezelését” végzi UDCA-val, ill. folytatja a

beavatkozás után egy hétig. Egy évig tartó UH-gal történő nyomon követés bizonyítja, hogy a „shock wave” hatására jelentkező 1–3 mm-es fragmentumok kiürülnek (vagy feloldódnak) és a betegek 85–90%-a kőmentessé válik. Milánóból, Brüsszelből, Ludwigshafenből, Japánból hasonló eredményekről számoltak be. Nyilvánvaló, hogy az igen költséges instrumentum segítségével is, csak az epekövesség 20–25%-a szanálható, hiszen csak számos — említett — tényező szerencsés összejárása esetén végezhető a beavatkozás a siker reményében.

A sebész referensnek a priori kötelessége megállapítani, hogy az epekövesség gyógyítása döntő módon a chirurgusok kezében maradt, és onnan még hosszú éveken át nem lesz kiragadható. A világhírű sebészek, belgyógyászok, endoscoposok, pathologusok, biokémikusok jelenlétében megtartott konferencia azonban útmutató volt. A sebészet jól ismert, klasszikus lehetőségei mellett figyelembe kell venni számos már jól bevált egyéb módszert az epekövesség gyógykezelésében, és fel kell figyelni újabb és újabb szárnypróbálgatásokra, melyek nagyszerű eredményekhez vezethetnek.

Nem elsősorban a kitűnő sebészi eredményeket nyújtó jó általános állapotú, szövődímentes cholelithiasisos betegek gyógyítása kedvéért kell minden egyéb terápiát megismerni, hanem a különböző diszciplínák képviselőiként minden eszközzel törekednünk szükséges a kövesség számtalan szövődímentétől szenvedő „high risk” betegek akut és elektív ellátása során a ma még igen magas mortalitás markáns csökkentésére.

Sugár István dr.

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM — Budapest, VI., Andrássy út 36.



KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

1990. szeptember—december

● **október 17.**

a VIENNATONE cég szimpóziuma

A legújabb típusú Viennatone hallásjavító készülékek alkalmazása az audiológiai gyakorlatban.

● **október 30 — november 1.**

a BRAND és a HEIDOLPH Elektro cégek bemutatója

Egy és többcsatornás pipetták és diszpenzerek, mikropipetták, üveg és műanyag laboratóriumi eszközök. Rotációs bepárlók, mágneskeverők, lombikrázók. Támolgyó homogenizáló, perisztaltikus szivattyú, más laboratóriumi kisgépek.

● **november 6—8.**

IIM — Herco (NSZK) bemutató és szimpózium

Ioncserélő, vízlágyító, sótalánító berendezések, az ezekben alkalmazott patronok. Baktériumszűrők, adagolószivattyúk, tartozékok. Vezetőképesség-mérő műszerek.

● **november 13—16.**

az AUTOGÉNTÉCHNIKA kiállítása

Kórházi és laboratóriumi gázellátó rendszerek és azok elemei. Oxigénterápia, vákuum- és injektoros szívás, a váladékgyűjtés eszközei.

● **november 20—22.**

az OMKER V. kereskedelmi osztály termékbemutatója

● **november 28—30**

DENTALEXPO '90

NEMZETKÖZI FOGÁSZATI ÉS FOGTECHNIKAI SZAKKIÁLLÍTÁS

a SOTE Elméleti Tömbjében



2270

A programváltoztatás jogát fenntartjuk. Az OMKER Kiállítóterem programjairól a 1118-060 telefonszámon szívesen nyújtunk felvilágosítást.

Endocrinologia

Hyponatraemia és SIADH syndroma hypopituitar betegekben. Oelkers, W. (Division of Endocrinology, Dept. Internal Medicine, Klinikum Steglitz, Freie Universität Berlin): New Engl. J. Med. 1989, 321, 492.

1965-ben Bethune és Nelson ismertette nyolc hypopituitar betegének esetét, akiknél a hyponatraemia vízretencióval együtt jelentkezett, nem pedig hypotóniás dehidrációval. Ahmed és mtsai nagyon sensitív bioassay alkalmazásával magasabb vasopressin plazma szintet mértek Addison-kóros és hypopituitar betegekben, akiknek cortison vagy hydrocortison suprphysiologias adagolásával a vasopressin szintjét csökkenteni tudták. A terápia hatásossága azt valószínűsíti, hogy a hydrocortison korrigálta a vasopressin hypersecretiót, mely az alacsony plazma osmolalitas miatt volt emelkedett. Mások a hydrocortison direkt, a vesére kifejtett hatását feltételezték. A hypopituitarismusban észlelt hyponatraemiás eseteismertetéseket ritkán tudták megmérni a plazma vasopressin szintet.

Néhány kezeletlen hypopituitar betegben súlyos hyponatraemia jelenik meg, azonban nem ismert, hogy az ilyen hyponatraemia vasopressin (antidiuretikus hormon = ADH) hypersecretio következménye-e. Ebben a közleményben öt súlyos, tüneti hyponatraemiát mutató nőbeteg (59–83 éves, SeNa: 111–118 mEq/l) esetét ismertetik, akiknek hypopituitarismus volt az alapbetegsége (közülük négy esetben ez volt az első észlelés).

A plazma vasopressin szint a plazma osmolalitáshoz viszonyítva (236–260 mOsm/tskg) szokatlanul magas volt (1,3–25,8 pM/l = 1,4–28 ng/l). Mind az öt beteg vesefunkciója normálisak voltak és sem dehydration, sem hypervolaemia jeleit nem lehetett észlelni. A hyponatraemia néhány nap alatt megoldódott hydrocortison terápia alkalmazására, miután normotóniás, vagy hypertóniás sóoldat infúziója alig bizonyult hatásosnak. Fenntartó adagú hydrocortison terápia mellett négy beteg plazma vasopressin és osmolalitas viszonya normális volt. Úgy vélik, hogy az ACTH hiány okozhat fokozott antidiuretikus hormon secretiót. A hydrocortison valószínűleg a vasopressin secretio elválasztás suppressiójával fejt ki jó hatását.

A hypothalamus-hypophysis regio CT-vizsgálata üres sella turcicát derített fel a 2. és 4. betegben, a többi esetben normális leletet adott. Az első és 2. betegben részleges postpartum hypophysis necrosist lehetett valószínűsíteni (Sheehan-syndroma), mivel mindketten oligo-, majd amenorrhoeássá váltak terhességük után. A 4. beteg még nem szült, de empty sella-sy-t állapí-

tottak meg, de sem nála, sem a 3. és 5. betegben nem volt nyilvánvaló oka a hypopituitarismusk.

Utánnymozással kiderült, hogy a 3. és 5. beteg már más intézetekben is feküdt megmagyarázhatatlan hyponatraemia miatt. A 3. beteg esetében pedig 1981-ben megállapították a hypopituitarismust, de a beteg nem szedte az előírt hydrocortison folyamatosan.

A hypothalamus vasopressin synthesise és a hypophysis hátsó lebenyének secretiója valószínűleg a glucocorticoidok gátló hatása alatt áll, bár ennek a feedbacknek az érzékenysége kisebb, mint az ACTH-cortisol rendszeré. Súlyos hyponatraemiát gyakran figyeltek meg hypopituitar betegekben. A közölt eseteismertetések és a most ismertett öt eset abban hasonlóak, hogy a glucocorticoid terápia rendszerint korrigálta a hyponatraemiát négy napon belül, míg isotóniás, vagy hypertóniás sóoldat alig volt hatásos. A térfogat csökkenés tünetei (hypotensio és csökkent vesefunkció) és a hypokalaemia hiányzott ezekben az esetekben, szemben az Addison-kórral.

Felmerül a kérdés, vajon az empty sella eredetű hypopituitarismus, vagy a Sheehan-syndroma speciális módon predisponál-e hyponatraemiára. Purnell és mtsai közepesen súlyos, vagy súlyos hyponatraemiát észleltek 13 Sheehan-syndromás betegükben 9-ben. Azonban hypopituitar és hyponatraemiát is mutató betegekben Bethune és Nelson a hypophysis tumorokat találta az okok között leggyakoribbnak. A legtöbb hyponatraemiás és hypopituitar beteg hypopituitarismus korábban nem volt ismert, ahogyan mi is észleltük 5-ből 4 betegünkben. Így a hypopituitarismust mindig valószínűsíteni kell a megmagyarázhatatlan hyponatraemiás esetekben. Bethune és Nelson szerint a hypopituitar betegekben gyakran múlt, súlyos infectio, vagy nagy mennyiségű folyadék bevitel adequat dózisú hydrocortison nélkül precipitálja a hyponatraemiát. Az öt itt közölt esetben a precipitáló tényezők: hypoglycaemia (2. beteg), tüdőgyulladás (4. beteg), ismeretlen eredetű lázas állapot (5. beteg). A 3. betegben diureticummal végzett antihypertensiv kezelés lehetett a precipitáló tényező, bár dehidrációra utaló tüneteket nem észleltünk. Két betegben hyponatraemiás attack már korábban is voltak, valószínűleg a chr. hypopituitarismus talaján.

Mivel ez nem prospektív tanulmány, a betegeket nem értékelhették standard módon. Azonban a plazma vasopressin szintek meghatározása mind az öt betegükben a hyponatraemia syndroma korai stádiumában történt. Minden betegben a se. creatinin szint kezdetben alacsony volt és fokozatosan emelkedett a hydrocortison terápia bevezetésére, mely így a volumen expansio állapotát jelzi, melyet valószínűleg a vízki-

választás korrigált, és nem sóretentio következtében jött létre. Azonban azt is tudjuk, hogy a sóvesztés is hozzájárul a hyponatraemiához SIADH-s betegekben és olyan egyénekben, akiknél a vasopressin experimentálisan túldozírozták. A hydrocortison valószínűleg úgy állítja helyre a Na excretiót, hogy közvetlenül gátolja a vasopressin termelést. Az arteriális hypotensio és a következményes baroreceptor mediált vasopressin secretio, ami súlyos glucocorticoid insufficienciában megjelenhet, szintén korrigálható hydrocortison adagolásával, de ez a mechanizmus nem valószínű az itt közölt esetekben, mivel ezek normotóniások és hyponatraemiások voltak.

Az itt közölt esetekben a hyponatraemiát vasopressin hypersecretio okozta. Ezért a hypopituitarismust a SIADH okai között figyelembe kell venni.

Bakó Gyula dr.

A SIADH (a hibásan fokozott antidiuretikus hormonelválasztás syndromája). Robertson, G. L. (University of Chicago, Chicago IL 60637): New Engl. J. Med. 1989, 321, 538.

Schwartz és mtsai klasszikussá vált közleményükben leírják az antidiuretikus hormon hibás secretiójának klinikai syndromáját (SIADH) és ebben arra a következtetésre jutnak, hogy a kórkép — hyponatraemia kóros kombinációja koncentrált vizelettel és renális sóvesztéssel — valószínűleg a fokozott vízfelvétellel együtt jelentkező tartós antidiuretikus hormon (vasopressin) secretiójának a következménye. Ezt a következtetést — mely azon alapult, hogy hasonló tüneteket okozott vasopressin adagolás szabad vízfelvétel biztosítása mellett normál egyénekben — megerősítette néhány évvel később a plazma vasopressin szint meghatározása a syndroma rákos és nem rákos formáját mutató betegekben.

Schwartz és mtsai már kezdetől hangsúlyozták, hogy a SIADH nem társult hypovolaemiával, hypotensióval, oedemával, veseelégtelenséggel, vagy mellékvese elégtelenséggel, jöllehet ezen állapotok mindegyikéről ismert, hogy hyponatraemiát okoznak károsodott vízkiválasztással együtt. Ezen kizáró állapotok fokozatosan a diagnózis kritériumává váltak, habár Bartter maga kevesebb megszorítást alkalmaz az utóbbi években. Mindazonáltal a szerző személyes meggyőződése, hogy a SIADH eredeti, szoros diagnosztikus kritériumait fenn kell tartani, mert a fokozott vasopressin secretio hypovolaemiában, hypotóniában és oedema képződésben nem tekinthető hibás secretiónak (a normális reguláció következménye). Ami még ennél is fontosabb, mindezek a kizáró állapotok markánsan különböznek a SIADH klasszikus, tiszta formájától pathophysiologiai értelemben, a klinikai kép és a szükséges terápia tekintetében. A kizáró kritériumok közé kell sorolnunk valószínűleg a nauseát is, mivel ez is fokozott vasopressin secretióval

jár, és olyan gyógyszerekkel gátolható, melyek hatástalanok a SIADH más formáiban.

A folyóirat ugyanezen számában *Oelkers* emlékeztet bennünket arra, hogy a mellékvese elégtelenség sekunder (hypophysis eredetű) formáinak klinikai képében a hyponatraemia, a károsodott vizelethígítás és a hibás vasopressin secretio könnyen összetéveszthető a klasszikus SIADH syndromával. Annak kimutatása, hogy ezek a körképek teljesen meggyógyíthatók glucocorticoiddal, azért fontos, mert kizárja annak lehetőségét, hogy az eltérések esetleg társult neurohypophysis károsodás következményei lennének. Ezek a megfigyelések megerősítik azokat az állatkísérletes és néhány betegben észlelt eltéréseket és azt sugalmazzák, hogy a vasopressin secretió maga a glucocorticoid hiány is képes stimulálni. Azonban ez a következtetés óvatosan kezelendő, mivel a használt kizáró klinikai kritérium, a hypovolaemia relatíve érzéketlen, az aldosteron secretio enyhén csökkent lehetett tartós ACTH hiányban és egy fontos megerősítő lelet, mint pl. a plasma renin eredménye hiányzott. Ebben az összefüggésben a posturalis hypotensio, a nausea és a hypoglycaemia szintén figyelembe veendő, mert mindhárom állapot fokozza a vasopressin secretiót, és a mellékvese elégtelenségben szenvedő betegekben jelen lehet.

Annak kimutatása, hogy a glucocorticoid hiány fokozott vasopressin secretióhoz vezet, nem zár ki egy további, vasopressintól független hatást a vizelet koncentrációjában. Évek óta ismert, hogy a mellékvesekéreg insufficiencia károsítja a vizelethígítást, vagy az oldott anyagtól mentes vízexcretiót (vagy mindkettőt) diabetes insipidusos betegekben és állatokban. Ez a vasopressintól független antidiuretikus hatás végső soron részben a glomerulus filtratio, vagy az oldott anyag excretio csökkenésének lehet a következménye, bár a glucocorticoidok maguk is fokozhatják a vese gyűjtőcsatornákat bélelő epithelium hydro-osmotikus permeabilitását.

Vannak más megválaszolatlan kérdések is a glucocorticoid insufficienciával élő betegek hyponatraemiájának mechanizmusában. Az egyik: Milyen típusú osmoregulatorikus defectus van jelen? SIADH tünetegyüttesű betegekben 3 kóros vasopressin secretio típust tártak fel — 1. az ún. „osmostat” alacsonyabb szintű beállítódása, 2. a hypotóniás suppressio selectiv elvesztése és 3. mindenféle osmoregulatio megszűnése. Érdekes tanulmány lehetne az osmoregulációs defectus hasonló jellegű megítélése mellékvese kéreg elégtelenségben, mert tisztázódhatna az a mechanizmus, mellyel a cortisol hiány megváltoztatja a vasopressin secretio kontrollját. A másik ugyanilyen fontos kérdés az: mi a szerepe a szomjázást kísérő zavaroknak a hyponatraemia kialakulásában? Egészséges egyénekben vasopressin adagolása nem vezet hyponatraemiához, hacsak a vízbevitel nem fokozódik. Márpedig a SIADH különböző megjelenési formáiban a vízbevitel általában fokozódni szokott. A legtöbb betegben a túlzott vízbevitel a túlbuzgó intarvenás, vagy orális folyadékbevitel miatt

jön létre. Más esetekben azonban a sok folyadékfogyasztás spontán jelentkezik fokozott szomjúságérzés miatt. Az erős szomjúságérzés és a fokozott vasopressin secretio együttes megjelenése nem meglepő, hiszen a két jelenségben ugyanazon típusú osmotikus és nonosmotikus stimulusok hatnak ugyanazon, vagy nagyon közel levő receptorokra és neurogen utakon. Így az is valószínű, hogy hypadreniás betegekben szintén fellép a kóros szomjúságérzés, és ez lehet az oka annak, hogy folyadékmegszorításra, vagy hypertóniás oldat infúziójára alig reagálnak. További vizsgálatok tisztázzák az ilyen betegek standard osmotikus stimulusra adott válaszát glucocorticoid terápia előtt és után, amivel aztán mindkét kérdésre meg lehet válaszolni.

Bakó Gyula dr.

Elsődleges aldosteronizmus: kórisme és kezelés. Young, W. F. jr. és mtsai (Mayo Clinic, Rochester, MN 55905, USA): Mayo Clin. Proc. 1990, 65, 96.

A Mayo Klinika 30 éves beteganyagára (262 beteg) és a vonatkozó irodalom 47 közleményére támaszkodó összefoglalóban a szerzők összesen 1391 elsődleges aldosteronizmusban szenvedő betegen nyert adatokat alapján foglalják össze ismereteinket erről az 1955 óta ismert tünetcsoportról. Becslések szerint hypertóniás betegek 0,05–2%-ában fordul elő hyperaldosteronizmus, közöttük 64%-ban adenoma, 32%-ban adrenal hyperplasia.

A klinikai kép alapján akkor van gyanú hyperaldosteronizmusra, amikor a betegnek hypertóniája mellett hypokalaemiája és alacsony kalium-ürítése van. Ha a terápiában szereplő diureticumot kihagyjuk, s a hypokalaemia megmarad, a gyanú hyperaldosteronizmusra terelődik. Ha kaliumpótlás mellett a kalium-szint normalizálódik, elsődleges aldosteronizmus nem valószínű, de továbbra is alacsony kalium-szint esetén a vizsgálatokat tovább kell folytatni és ha a plazma reninszerű aktivitása állóhelyzetben alacsonyabb, mint 3,0 ng/ml/h, továbbá a plazma aldosteron-koncentrációjának és a plazma renin-szerű aktivitásának aránya nagyobb 20-nál, a gyanú erősödik hyperaldosteronizmus irányában.

A diagnózis biztosítása annál is inkább fontos, mert az egyoldali aldosteronoma megoldása sebészi, míg a kétoldali adrenal hyperplasia eseteiben gyógyszeres kezeléssel lehet eredményt elérni. Aldosteront produkáló tumor kimutatására a képalkotó módszerek között a CT 73%-ban nyújt biztonságot az idézett saját anyag és 101 irodalmi adat alapján. 85%-os biztonságu a helyzetváltoztatásos teszt (fekve, majd 4 óra fentlétel után mért értékek), hasonló arányú a 18-hydroxy-corticosteron plazmaszintje, ennél valamivel kisebb biztonsági arányú a jodocholesterol scintigraphia, legbiztosabb (95%-os) a mellékvese vénás vérből való hormonmeghatározás.

Suppressióra szolgál a konyhasó bevitel,

továbbá a műtétek előtt használt spironolacton gyógyszeres próba. Ha az említett helyzetváltoztatás utáni mérések során a plazma aldosteron-szintje 33%-nál jobban emelkedik és a 18-hydroxy-corticosteron-szint kevesebb mint 100 ng/dl, akkor a hyperplasia a valószínű. Abban az esetben, amikor helyzetváltoztatásra az aldosteron-szint csökken, ezzel szemben a 18-hydroxy-corticosteron-szint 100 ng/dl fölé emelkedik, valószínűsíthető az adenoma. Ha CT segítségével a 2 mellékvese közül az egyik 1 cm-nél nagyobb mint a másik, ez a lelet még inkább alátámasztja az adenoma diagnózist és a klinikai képpel egybevetve műtéti megoldás a követendő eljárás. Megfelelő feloldóképességű CT scanner segítségével 7 mm-nél nagyobb tumor már felismerhető.

A műtetre kerülő betegnek célszerű legalább 2 hétig spironolactont adni az operáció előtt, így nagy valószínűséggel előre meg lehet mondani, hogy alakul a beteg vérnyomása, másrészt a hypokalaemia további rizikója kivédhető.

Hyperplasia esetén a szuverén szer a spironolacton, amely korrigálja az alacsony kalium-szintet és 4–8 hét alatt a vérnyomást normalizálja. Mellékhatásai ellenére ez az első választandó szer. Csak utána jön szóba az amilorid, illetve intolerancia esetén triamteren. Második lépcsőben következhetnek a calcium-csatorna antagonisták, az ACE inhibitorok és különösen hypervolaemia esetében sulfonamid-diureticumok.

Iványi János dr.

Prospektív tanulmányban részt vevő 84 endocrín pancreas tumoros beteg gyógyszeres kezelése és tartós túlélése. Eriksson, B. és mtsai (Ludwig Inst. f. Cancer Res., Univ. Hosp., S-751-85 Uppsala, Sweden): Cancer, 1990, 65, 1883.

A pancreas hormontermelő tumorai különböző klinikai képben nyilvánulnak meg a tumor formáitól függően (insulinoma, gastrinoma, glucagonoma, somatostatintoma), kb. egyharmaduk nem funkcionál. A tünetek felléptétől a klinikai diagnózisig eltelt idő olykor 1–2 év is lehet, s ekkorra a tumorok operálhatósága is többnyire késő.

Az uppsalai szerzőcsoport II év alatt összegyűjtött 84 hormontermelő pancreas tumoros beteg sorsát elemezte azzal a céllal, a gyógyszeres kezelés eredményes-e a betegek túlélését illetően. A 84 betegből 71 esetben vagy szövettani vizsgálat vagy a műtét során talált metastasis (legtöbbször a májban és a hasi nyirokcsomókban) utalt malignitásra.

59 malignus formában kísérelték meg a gyógyszeres kezelést. Ez az első lépcsőben streptozotocin, illetve fluorouracil vagy doxorubicin kombinációból állt. 44 betegből 20 esetben átlagosan 27,5 hónapig tartott erre a kezelésre a remissio. Azok a betegek, akik erre a chemoterápiás kombinációra nem reagáltak, rekombináns interferon (Introna, Schering) kezelésben részesültek,

Minipress*

Vérnyomáscsökkentő

tabletta 1 mg és 2 mg

Összetétel: Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum
/prazosinium chloratum alakjában/

ANTIHIPERTENZIV HATÁSA A PERIFÉRIÁS ELLENÁLLÁS CSÖKKENTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYE.

A vérnyomás csökkentése nem jár együtt a szív-perctérfogat, a szívfrekvencia, a vese vérellátása és a glomerulus filtráció mértékének klinikailag jelentős változásával.

Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a Minipress csökkenti az LDL szintet / aterogén koleszterin frakció / és nem befolyásolja vagy növeli a HDL szintet / protektív koleszterin frakció/.

Terápiás hatása szívelégtelenségben is érvényesül.

Keringési elégtelenségben a terápiás hatás a bal kamrai töltőnyomás, a szív előterhelése/ és a teljes 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.

Hatását jóindulatú prosztata hiperpláziában a mirigy- és izomszövet alfa₁-receptorainak gátlása révén fejti ki.

JAVALLATOK

Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia.

Adható önmagában vagy diuretikumokkal és/vagy egyéb antihipertenzív gyógyszerekkel együtt.

Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség.

Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést /szívglikozidok és diuretikumok/, ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterré válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud betegség.

Jóindulatú prosztata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység.

Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptatós anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermekeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS

Gyakorlati útmutató az adagolás beállításához hipertóniában:

	Reggel	Este
Első nap		0,5 mg
A következő 3 napon	0,5 mg	0,5 mg
Az ezt követő 3 napon	1,0 mg	1,0 mg
Ellenőrzés		
A következő napokon ha szükséges	2 mg	2 mg



Minipress*

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységének megfelelően növelhető max. napi 20 mg-ig.

A Minipresst célszerű naponta kétszer /reggel és este/ bevenni, de naponta háromszor is adható.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 2-4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2-3 naponként növelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig. Szokásos fenntartó adag 4-20 mg 3-4 részletben.

Raynaud-szindróma, illetve betegség kezelésére a javasolt kezdő adag naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1-2 mg.

Jóindulatú prosztata hiperplázia esetén az obstrukciós tünetek csökkentésére ajánlott kezdő adag este 0,5 mg majd 2-szer 0,5 mg 3-7 napig, ez fokozatosan hetente emelhető legfeljebb napi 2-szer 2 mg-ig. Ezen adag túllépése nem javasolt.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpitáció, ortosztatikus hipotónia. 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, májfunkciós rendellenességek, pancreatitis, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, hallucináció, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, alopecia, lichen planus, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás, láz, pozitív antinukleáris antitest titer, arthralgia. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS

Ritkán előfordulhat a kezelés elején, vagy a dózis növelésekor, hogy a Minipress bevétele után fél-másfél órával átmeneti szédülés, gyengeség, izzadás lép fel. Ilyen esetben, amíg a tünetek tartanak, célszerű fekvődni.

A gyógyszer rendelésekor a jóváhagyott alkalmazási előírás /Útmutatóhoz készült pótlap/ részletes információit kell figyelembe venni.

MEGJEGYZÉS: + Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db 1 mg-os tabl.
100 db 2 mg-os tabl.

ELŐÁLLÍTÓ: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
PFIZER Inc., New York, USA együttműködés alapján.



* PFIZER Inc., New York védjegyzett neve.



közülük 6 beteg az interferon terápiát kombinálva kapta chemoterapeuticummal. 32 beteg szerepelt ebben a csoportban, 63%-uk reagált jól a kezelésre, a remissio 20,5 hónapig tartott átlagosan. Egy harmadik csoport 14 beteget somatostatin analógot (Octreotide, Sandoz) kapott, ők 28%-ban reagáltak a terápiára. A tumor regresszióját a tumormassza legalább 50%-os csökkenésével mérték, CT, ultrasonographia, angiographia, tumor markerek csökkenése volt erre a módszer.

Mindhárom kezelési módnak mellékhatásai is voltak (chemoterápia során tápcsatornai tünetek, proteinuria, alopecia, átmeneti májműködési zavarok, lipid eltérések, autoimmun phenoménák; somatostatin analógra elsősorban hyperglycaemia). A 11 éves megfigyelési idő alatt 33 beteg halt meg (39%), a halált többségben tumor progressio okozta.

Az összes beteg túlélése az első tünetektől az utolsó ellenőrzésig átlagosan 14,2 év volt, ez bontásban a malignus tumoros betegek vonatkoztatva 10 évvel a diagnózis után 6,7 év, a benignus tumorosokra vonatkoztatva pedig 80%-os. A hormontermelő és nem termelő tumorok között (64, illetve 20 beteg) az első tünetektől számított és a diagnózis figyelembevételével is jelentős különbség van az átlagos túlélést illetően: a nem funkcionáló tumorosok túlélése lényegesen rövidebb.

Az alkalmazott gyógyszerek is befolyásolták a betegek túlélési idejét, a cytostaticumok és interferont kapók 5 éves túlélése 65%-os volt, míg a csak chemoterapeuticumot kapottak 5 éves túlélése 50%-os.

A neuropeptidek kutatása biztató lehet abban a tekintetben, hogy segítségükkel korai diagnózishoz lehetne jutni, s ezzel radikális sebészi megoldás válna lehetővé. Újabb ilyen szűrvizsgálatra alkalmas módszert vélnek felfedezni a plazmában meghatározható chromogranin A + B marker kimutatásával.

Iványi János dr.

Petit-mal-status hyperthyreosisban. Kahaly, B. és mtsai (Abt. Innere Medizin und Endokrinologie, III. Medizinische Klinik der Universität Mainz): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1607.

Sok anyagcsere- és endokrin megbetegedés gyakori szövődésményei az epilepsiás rohamok. Kevésbé ismert azonban, hogy a pajzsmirigy működési zavarai epilepsiás rohamokkal járhatnak. Az ún. „petit-mal-status” (pm.; „kis roham”, 1–5 mp-ig tartó, esetlegesen clonusos rángásokkal jelentkező epilepsiás roham), eddig még nem közölt súlyos hyperthyreosissal kapcsolatban, amit a szerzők egy 68 éves nőbetegük esetismertetésével példáznak, akinél először fellépő tónusos-clonusos rohamot, tartós zavartsági állapotot, a pajzsmirigy csomós megnagyobbodását és tachycardiás ritmuszavarokat észleltek. Az EEG-ban kontinuális poly-spike-hullám-elváltozás

mutatkozott. A 250 mg phenydan, 4 mg clonazepam és 7,5 mg midazolam sorozatos adása nem vezetett sem a klinikai, sem az EEG-lelet változására. Az általános intenzív kezelés és a nagy adagú thyreostatikus terápia (40 mg thiamazol iv. négyóránként) már néhány óra után a klinikai-neurológiai lelet normalizálódására vezetett. Az EEG sorozatos kontrollja a következő hetekben és hónapokban az abnormális elváltozások fokozatos eltűnését mutatták.

Észlelésük arra utal, hogy a thyreotoxikus krízisben a „petit-mal-status” ritka szövődésmény is lehet, ami csak EEG-mal kórismézhető; az anticonvulsiv kezelés eredménytelen volt, csak a thyreostatikus kezelés gyógyította a metabolikus kisiklást.

iff. Pastinszky István dr.

Hogyan áll jelenleg a pseudohypoparathyroidismus szindrómájának kérdése? Mallet, E. (Service de Pédiatrie et Groupe de Recherche de Biologie du Développement, Hôpital Charles-Nicolas, F-76031 Rouen); Arch. Fr. Pediatr., 1989, 46, 473.

Albright és mtsai 1942-ben számoltak be három beteg kapcsán egy kórképről, amelynek tünetei a hypoparathyroidia (hpth.) klinikai képét adták, de ahol hiányzott a parathyroidea-kivonatra adott hypercalcaemiás és phosphaturiás válasz. Ezt a kórképet pseudohypoparathyroidismus-ként (PHP) jelölték, és úgy vélték, hogy ez a szindróma a parathormonnal (PTH) szembeni rezisztencia eredménye. Albright elsőként írta le a róla elnevezett kórkép tüneteit, amit Albright-féle osteodystrophia hereditariaként könyvelt el az irodalom.

A kórkép előfordulási gyakoriságát 1:100 000–1 000 000-ra teszik. A hormonális rezisztencia meghatározása a PTH (parathormon) hatásmechanizmusának felismerésén keresztül érthető meg. Az 1. ábra révén kiűnik a PTH hatásmechanizmusa a sejtekben. Az adenylcyclase membrán receptorának három összetevője van: 1. A membrán külső részén elhelyezkedő hormonális receptor. 2. Egy katalitikus egység, amely az ATP magnézium együttesnek az AMPc-vé való átalakulásáért felelős. 3. A harmadik összetevő egy GTP (guanosin-triphosphat)-tal a membránban elhelyezkedő protein. Ez az ún. G-protein. Ez a „G-protein” felelős a receptor és a katalitikus adenylcyclase kapcsolódásáért.

Levine és mtsai a protein G-nek a vvs-ekben kifejtett hatásán keresztül kimutatták, hogy ez kb. 50%-kal csökken a PHP-s betegekben. A szerzők egy táblázatban mutatják be a PHP klinikai és biológiai jellemzőit. A csökkent vvs G protein aktivitás egy hormonális rezisztencia szindrómát jelez; ez egyéb hormonokra — pl. glucagonra, gonadotrophinekre — is érvényes. A G protein aktivitás csökkenése visszahatással van számos szöveti hormonra. Így pl. hpth.-s betegekben hypothyroidia és pri-

mer vagy szekunder amenorrhoea is kimutatható. Ez a hormonális rezisztencia gyakran változó, amire különböző hipotéziseket alkottak.

Az OHA-ban (osteodystrophia hereditaria Albright) egyes betegekben a G protein aktivitás normális. A hormonális rezisztencia csak a PTH-ra korlátozódik. Ami a csontsejtek PTH rezisztenciáját illeti, az érintett betegek hypocalcaemiások, s PTH-alkalmazás után nem emelkedik a vér-Ca szintjük. Egyes szerzők szerint PHP-s betegekben a PTH-ra adott Ca-szint megőrzése egy terápiásan bevitt D-vitamin adag után egy szekunderen kialakult szerzett rezisztencia eredménye az 1,25(OH)₂D₃-vel szemben.

A PHP klinikai és biokémiai aspektusának változékonysága genetikai heterogenitásra utal. A PHP-nál, bár a familiaritás régóta ismert, a betegség transzmissziója ma sem ismert.

A PHP-betegek gondozásba vételénél teljes endokrin értékelésre kell törekedni, főleg a TSH-val szembeni rezisztencia megállapítására. A vitamin-calcium kezelés mellett thyroidea-terápia is szükséges lehet. A Ca-szintet 2,2–2,4 mmol/l körül kell tartani. Az orális Ca-bevitel mellett parenterális adagolás is szükségessé válhat, emelet 1,25(OH)₂D₃ (Rocaltrol) kezelést is kell kezdeni. A jelentős haladás ellenére, ma még a PHP megértésében számos hiány mutatkozik.

Kóvér Béla dr.

Alkalikus csontphosphatase mint az akromegalia aktivitásának paramétere. Hampel, R. és mtsai (Klinik f. Innere Medizin der Universität Greifswald): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 363.

Az akromegalia aktivitásának megítélésére eddig a legbiztosabb kritérium a serum somatomedin-C tükrének meghatározása volt; ez az eljárás azonban igen költséges és csak kevés helyen végzik. A somatomedin-C (SmC) stimulálja többek között az osteoblast aktivitást; ez a hatás az alkalikus phosphatase (AP) szintjének emelkedésével jár, ami a vérsavóban jól meghatározható. Ezért vizsgálták a szerzők akromegáliában az alkalikus phosphatase mérésének diagnosztikus értékét a SmC meghatározással való összehasonlításban.

26 (11 férfi, 15 nő, 45,5 éves átlagkorú) akromegáliás betegnél meghatározták a növekedési hormon (SmC) vérsavó tükrét, az alkalikus phosphatase aktivitását és az alkalikus csontphosphataset az ún. májcsont-isoenzym-hányados formájában. A betegek közül 18 aktív, 8 pedig inaktív akromegalia volt. A kórfolyamat aktivitását az emelkedett (átlagban 660 ng/ml) és inaktivitást a normális (átlagban 186 ng/ml) SmC-szint jellemezte. Mind a 18 aktív akromegáliás betegnél kórosan alacsony májcsont-isoenzym-hányadost (átlagban 0,66) találtak; a 8 inaktív akromegáliás beteg közül 7 esetben a tükrök a normális kereteken belül maradtak.

Az alkalikus csontphosphatase mérése lényegesen olcsóbb és egyszerűbb, mint a SmC, és alkalmas az akromegalia aktivitásának megítélésére.

iff. Pastinszky István dr.

Cushing-syndroma CRF-termelő mediastinalis carcinoid kapcsán. Gerl, H. és mtsai (Klinik f. Innere Medizin und Inst. f. experimentelle Endokrinologie der Humboldt-Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 332.

A hypothalamikus hormonok ritkán ektop is képződhetnek, így leggyakrabban még a növekedési hormon-releasing-faktor következtében. A cortico-releasing-factor (CRF), mint a Cushing-syndroma okozója a ritkaságok közé tartozik és eddig zabsejtes tüdőrák, pancreastumor esetén észlelték. A CRF szerkezeti felépítése és synthese, valamint a radioimmunológiai és immunhistochemiai kutatási eredmények folytán ma már nem csupán post mortem diagnosztizálhatók az ektop CFR-termeléssel járó tumorok, amit a szerzők 35 éves Cushing-syndromás betegük esetismertetésével példáznak. A diagnózis gyanúja a feltűnő pigmentatio, a súlyos myopathia, a kifejezett hypokaliemiás alkalosis irányította a figyelmet. A dexamethason-teszt magas dózisban cortisol-suppressióra utalt. Röntgenológiai mediastinalis tumort észlelték; a sella normális volt. A CT indirekt sellaris térfoglaló folyamatot tárt fel, ami szintén CFR-termelő Cushing-syndromára irányította a figyelmet. A CFR-tükör a cubitalis vena véreben erősen emelkedett (280 ng/l) volt. A mediastinalis tumort műtétielt eltávolították, amely histológiailag carcinoidnak bizonyult. A CRF-tükör postoperative 70 ng/l-re süllyedt. A carcinoid szövet extractumában a CFR-tartalom 15,5, a β -endorphin szint 254 ng/g volt a tumor nedves súlyára vonatkozóan. A beteg kétoldali pneumoniában elhalálozott septikus kórvisszonyok között. Az autopsia normális nagyságú hypophysist és nodularis ACTH-hyperplasiát mutatott.

Ezek alapján a Cushing-syndroma ektop CRF-termelésű mediastinalis carcinoid folytán keletkezett.

iff. Pastinszky István dr.

A pajzsmirigy-tumorok első tünetei: a nem és az életkor befolyása jóhiányos területen. Reinwein, D. és mtsai: (Abt. f. klin. Endokrinologie der Med. Klinik und Poliklinik, Abt. f. Allg. Chir., Inst. f. Path. und Abt. f. Nuklearmed. der Universitätsklinik, Essen): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 775.

Az esseni egyetemen 1960–1980 között kezelt 604 pajzsmirigy-tumoros beteget retrospektíve, 1981–1987 között kezelt 512 beteget prospektíve vizsgáltak. Az egységes

WHO beosztás érdekében 225 szövettani mintát újraértékeltek: 19,6%-ban módosították az eredeti diagnózist és 6,2%-ban nem tudtak igazolni rosszindulatúságot. A tumor-alcsoportok megoszlása a vizsgált 25 év során nem változott. A jóhiányos területéről származó betegek 88,8%-ának volt differenciált pajzsmirigy-tumora (papillaris-follicularis arány: 1,72). Érdekes, hogy más, szintén jóhiányos német centrumokban nem észleltek ilyen nagy arányt. A diagnózis felállításakor a papillaris tumoros betegek átlagéletkora volt a legalacsonyabb (45,4 év), míg a differenciálatlan tumorosoké a legmagasabb (58,9 év).

Solitaer göb volt az első tünet a medullaris tumorok 38,5 és a papillaris rákok 42,3%-ában. Ezt követően multinodularis strumát észleltek leggyakrabban legelőször. Első tünetként nyaki nyirokcsomómegnagyobbodás a férfiak 21,1%-ában és a nők 10,3%-ában jelentkezett, leggyakrabban a medullaris rákokban (27). Távoli áttét, mint első tünet a papillaris tumorok 0,5%-ában, a follicularisok 6,9%-ában és a medullarisok 9,6%-ában volt megfigyelhető. Recurrens paresis az anaplastikus rákok 5%-ában fejlődött ki első tünetként.

Előrehaladottabb (T_3 – T_4) tumorstádiumot a 40 év alattiak 25,1%-ában, a 60 év feletiek 42,2%-ában tudtak kimutatni. A medullaris és anaplastikus rákok esetén azonban nem észleltek kedvezőbb tumorstádiumot a fiatalabbnál. A pajzsmirigy-tumoros betegek 7,5%-ának volt előzőleg pajzsmirigy-műtete és 2,6%-ban derítették ki gyermekkori nyaktáji röntgenbesugárzást. Hideg göböt az anaplastikus rákok 61%-ában, míg a follicularis carcinomák 47,3%-ában állapítottak meg, de 10,1%-ban a tumor forró göbként jelentkezett.

A női nem túlsúlyát csak a differenciált rákok esetén lehetett igazolni. A vizsgálatok eredményei alapján úgy látszik, hogy a jóhiánynak nincs befolyása az elsődleges tumortünetek kialakulására.

Csáky Gergely dr.

3 β -hidroxysteroid-hiány és 21-hidroxylase-hiány hirsutismusban. Frank-Raue, K. és mtsai (Abt. Innere Medizin der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1955.

A nő túlzott testszőrzetének kiváltója az androgének felszaporodása, amelynek oka a mellékvesében és a petefészekben kerekedő. A szerzők az adrenalis androgének túlzott termelésének okát 218 hirsutismusban szenvedő nő közül 16 (7%) esetben partialis 21-hidroxylase-hiányban és 38 esetben (17%) pedig a partialis 3 β -hidroxysteroid-dehydrogenase-hiányban találták. Hat nőnél (3%) a steroid-constellatio a fokozott adrenarchéhoz hasonlított. Az enzimizavarban szenvedő nőknél gyakoribbak (50%) voltak nagyobb testsúly- és menstruációs zavarok, mint az enzimizavarok nélkülieknél. A kórisme felállításakor a hirsutis-

mus foka és az életkor hasonló volt a partialis enzimzavarokban szenvedőknél és az anélkülieknél. A partialis enzimhiány diagnózisa az esetek többségében ACTH-stimulatio-tesztel biztosítható, mert a basalis értékek meghatározásával az enzimektusok nagyobb része nem deríthető fel.

iff. Pastinszky István dr.

WHO tájékoztatás

A Cooperative Medical System és a mezítlábas orvosok működésének csökkenésével összefüggő tényezők Kína mezőgazdasági területén. Naishu Zhu és mtsai (Shanghai Medical University, Shanghai, China): Bull. WHO, 1989, 67, 431.

1949 és 1982 között lényegesen javultak Kína közegészségügyi viszonyai. 265-ről 67-re csökkent 1000 élveszülöttre a gyermekhalandóság száma. A kedvező változásban szerepet játszik a jobb táplálkozás, a javuló vízellátás és az egészségügyi szervezethez. Az utóbbi főleg a mezőgazdasági területeken érvényesült, ahol a népesség háromnegyede él.

A háromlépcsős szisztéma első fokozata személyi szolgálat, a második 10–30 ágyas egészségügyi központok, a harmadik jól felszerelt körzeti kórházak, amelyek a járványügyi feladatokat is ellájták.

1955-ben a Cooperative Medical System (CMS) megalakult, az első lépcsőnek megfelelően. Ennek a keretében dolgoztak a „mezítlábas orvosok”. Feladatuk prevenció és gyógyítás mellett a betegek továbbítása a második lépcső szolgálatához. A működési területük szakmailag és földrajzilag kiterjedt 1965-ben, végezhetek nyugati rendszerű és hagyományos kínai terápiát. Egészségügyi állomásokká szélesedett a brigádszintű működésük és 1971-re a terület lakossága hozzájuk tartozott. A „mezítlábas orvosokról” (m. o.) a CMS gondoskodott. Feladatukká vált az egészségügyi nevelés, védőoltások elvégzése, fertőző betegségek jelentése, családtervezési tanácsadás. Kb. 1000 lakos tartozott egy m. o.-hoz. Koruk, iskolázottságuk és hajlandóságuk szerint választották ki őket a szolgálatra. Mezőgazdasági munkát is végeztek. Jövedelmük azonos volt a brigádjukhoz tartozó parasztok jövedelmével. Prémiumuk mértékét megszabták, hogy mennyi hazai gyógynövényt alkalmaztak a drága nyugati gyógyszerek helyett és mennyire voltak tartózkodóak a körzeti kórházak igénybevételével(!).

1976-tól kezdve előbb 6 hónapos továbbképzésben részesültek a m. o.-ok, főleg a kórházakban. 1970-től nyugati és kínai módszerek szerint sebészeti, egyéb szakmai ismeretekre tettek szert. Vizsga alapján falusi orvosokként működhetnek és állami állás teljes foglalkoztatásukat biztosította. Rövid idő alatt, kevés költséggel eredményes munkát végeztek. Nehézségeket okozott munkájukban, hogy nem tudtak szakmai-

lag fejlődni, nem bővíthették a felszerelésüket és kevés volt a jövedelmük. A fertőző betegségek száma csökkent, a csecsemőhalálozás a különböző tartományokban jelentősen csökkent. A védőoltások elvégzése nem volt ellenőrizhető a hiányos nyilvántartás miatt, továbbá földrajzi nehézségek következtében. A lakosság bizalma és igénye szolgálatukkal szemben megrendült. A CMS helyett szívesebben fordultak egyes tartományokban a költséges szolgálatokhoz.

A m. o.-ok egyre inkább végeztek mezőgazdasági munkát. A CMS jelentősége és munkája a tanulmányozott területeken egyre csökkent. Ennek több oka van. A keresetek jobbakk, ezzel a magasabb színvonalú ellátás igényei is nőttek. Ezzel a CMS és a m. o.-ok nem tarthattak lépést. A m. o.-ok alacsony fizetésük miatt is elhagyták a CMS szervezetét. A helyi vezetőség sem törődött megfelelően a CMS-sel és a m. o.-kal. A lakosság pedig a preventív ténykedésért nem volt hajlandó támogatni a szervezettel, úgy gondolván, hogy az a központi egészségügyi vezetőség feladata. A WHO tanulmányi csoportja a Közegészségügyi Szolgálat munkájával kapcsolatban ezzel egybehangzóan állapítja meg, hogy ennek eredményességéhez szükséges „politikai szándék, nemzeti elkötelezettség, a közönség részvétele”.

Farkas Éva dr.

Visceralis leishmaniasis és leküzdése Bangladeshből. Elias, M. és mtsai (Inter-country Consultative Meeting of Bangladesh-India-Nepal on the Control of Visceral Leishmaniasis, 1985, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi): Bull. WHO, 1989, 67, 43.

A visceralis leishmaniasis (v. l.) jelenlegi és múltbeli alakulását hasonlítják össze, főleg a bangladeshi helyzet alapján. Ezzel kapcsolatban felmerül a betegség leküzdésének a lehetősége és eredménye. 1950 előtt igen súlyos közegészségügyi gondot jelentett a nagy halálozással járó megbetegedés. 1960-ra sokat javult a helyzet a malária eradíciós program következtében, a DDT alkalmazásának köszönhetően. 1970-re ismét felütötte a fejét a betegség, beleértve a dermális, post-kala-azar 1.-t. A DDT alkalmazása ebben az időben csökkent.

Kevés járványtani adat van Bangladeshből a malária eradíciós időszakból. Mielőtt India elnyerte függetlenségét, csak egyes területeken folytak felmérések, annak ellenére, hogy a jelenlegi Bangladeshből is endémiás volt a kala-azar. 1950-ben Pakisztán keleti területén DDT permetezésével folyt az endémia megfékezése. A 15 éves kornál fiatalabb gyermekek 8,35%-ában volt pozitív az aldehid teszt. A családok 41%-ában legalább egy volt kala-azzal fertőzött. Annak ellenére, hogy 1960 óta ritka volt a megbetegedés, előfordultak v. l. és dermális post-kala-azar (d.

p. k. l.) esetek is. 1980–81-ben epidemia tört ki Pabna régióban. Erősen pozitív aldehid teszt mellett izolálható volt a *Leishmania donovani* a betegekben. 1 g/m² DDT permet szórása a területen jelentősen csökkentette a szűrés legyek számát és ezzel párhuzamosan szűnt meg a járvány.

Egyéb területeken is felütötte a fejét a járvány Indiában, de a betegek felfedezése hiányos volt személyi és tárgyi hiányosságok következtében. Szerepet játszott a távoli területeken dolgozó egészségügyiek hiányos ismerete a betegségről. A különböző *Phlebotomus* fajták közül Bangladeshből a *Phlebotomus argentinus* volt a leggyakoribb vektor. A betegség leküzdéséhez entomológiai, epidemiológiai kutatások szükségesek. Insecticidek alkalmazása a malária elleni stratégiában alkalmas a 1. vektorainak elpusztítására is. Epidemiológiai és általános egészségügyi oktatás elterjesztése elősegíti a betegek felfedezését. Esetek aktív felderítése egészségügyi képzett dolgozók feladata, házról házra járva. Láz, lépduzzanat, bőrlaesiók alapján a regionális laboratóriumok döntenek el, hogy l., vagy malária a megbetegedés. A passzív felderítés közegészségügyi felügyelők által kórházakból, privát orvosoktól szerzett adatokon alapszik. Központokban, kórházakban kezelik a betegeket, akiknek a felvilágosításra arra irányul, hogy milyen súlyos következménnyel járhat a kezelés elhanyagolása.

Farkas Éva dr.

Virushepatitis

A hepatitis C vírus. Zuckerman, A. J. (Royal Free Hospital School of Medicine, London): Brit. med. J., 1989, 299, 871.

A non-A, non-B hepatitis az egész világon előforduló nem egységes etiológiájú betegség. Terjedése a hepatitis B-vel számos hasonlóságot mutat. Azokban az országokban, ahol a véradozat hepatitis B vírusról szűrnek, a non-A, non-B hepatitis a posttranszfúziós hepatitisek 90%-át is kiteheti. A non-A, non-B hepatitisek 10–25%-a sporadikus, nem köthető transzfúzióhoz. A fertőzés módja ezen esetek többségében nem ismert, de feltehető, hogy a szexuális kontaktus az átvitelben fontos szerepet játszik.

Bár a non-A, non-B hepatitis általában enyhe lefolyású, a megbetegedések 40–50%-át krónikus májkárosodás követi, amely súlyos is lehet.

A Chiron Corporation (California, USA) kutatói 1988-ban géntechnikai eljárással tesztet fejlesztettek ki az egyik non-A, non-B hepatitis vírus elleni antitestek kimutatására anélkül, hogy magát a vírust (hepatitis C vírus, HCV) izolálták volna. A metodika röviden a következő volt. Non-A, non-B hepatitis-sel fertőzött csimpánzok plazmájából a nukleinsavakat kivonták és λ fággal *E. coli*-ba vitték. Sikerült olyan *E. coli* törzset létrehozniuk, amelynek egyik protein-

je egy non-A, non-B hepatitises beteg savó-jával antigén-antitest reakciót adott. Az ehhez a fehérjéhez tartozó DNS szakaszt a baktérium genomjából enzimatikusan kivágták, és segítségével a csimpánz plazmából nukleinsav hibridizációval egy nagyobb, szintén a vírus részét képező nukleinsavat azonosítottak. Az antigén termelését végül élesztőgombákban oldották meg.

A Chiron Corporationtól függetlenül, hasonló technikával két japán munkacsoport is tesztet fejlesztett ki a HCV diagnosztizálására. Bár a vírus izolálása eddig nem járt sikerrel, a HCV tulajdonságai és elektronmikroszkópos morfológiája alapján feltehetően a toga-, vagy flavivirusok közé tartozik, tehát arbovirus, átvitelében azonban vektor nyilvánvalóan nem játszik szerepet.

A Chiron Corporation új tesztjével már elvégezték az első vizsgálatokat. A megvizsgált posttranszfúziós non-A, non-B hepatitises betegek 85%-ának, a haemophiliás betegek 60–80%-ának, a krónikus aktív hepatitises, ill. cirrhotikus betegek (anamnézisükben transzfúzió is szerepelt) 60–70%-ának és az intravénás kábítószerélvezők 50–70%-ának vérében mutattak ki anti-HCV ellenanyagokat. Egy spanyolországi vizsgálat során 26 HIV-fertőzött homoszexuális férfi közül kettőt, 34 krónikus aktív hepatitises beteg közül 15-öt és 26 biliáris, alkoholos, ill. ismeretlen etiológiájú cirrhotikus beteg közül 10-et találtak HCV antitest pozitívnak.

Japán és olasz felmérések arra utalnak, hogy a HCV ellenanyagok előfordulásának gyakorisága magas májcarcinomás betegek között, különösen azokban az esetekben, amikor hepatitis B vírus markerek a betegek vérében nem mutathatók ki.

Az eddigi eredmények az anti-HCV teszt specificitását és viszonylagos érzékenységét bizonyítják és indokolják bevezetését a májbetegségek diagnosztikájában, valamint a véradozók szűrésében. Ugyanakkor a „Chiron teszt” végleges értékelése csak akkor válik majd lehetővé, ha már további tesztek is rendelkezésre állnak az eredmények megerősítésére. Így a C hepatitisről biztosan eldifferenciálhatók lesznek majd azok a non-A, non-B hepatitises, amelyeket még ismeretlen vírusok okoznak.

iff. Füzi Miklós dr.

Hepatitis C vírus-ellenes antitestek kimutatása követéses vizsgálattal krónikus és akut posttranszfúziós non-A, non-B hepatitisben szenvedők vérmintáiban. Alter, H. J. és mtsai (Department of Transfusion Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA): New Engl. J. Med., 1989, 321, 1494.

A szerzők 15 krónikus és 5 akut posttranszfúziós, non-A, non-B hepatitisben szenvedő betegnél végeztek szerológiai követéses vizsgálatot. A hepatitis C vírus-ellenes antitesteket (anti-HVC) a géntechnológiai úton klónozott és tisztított, C100–3



jelű vírusfehérjére kidolgozott radioimmunoassay-vel (RIA) mutatták ki. 70 nyitott szívűműtéten átesett beteget kezdtek követni; a transzfúziót kapott betegek közül 15 esetben kialakult non-A, non-B hepatitis mindegyikében kimutatható volt az anti-HVC, átlagosan 20 héttel a transzfúziót követően, illetve 15 héttel a klinikai tünetek kezdete után. Az 5 akut non-A, non-B hepatitis beteg közül 3 esetben lehetett anti-HVC-t kimutatni. Az ellenanyagok a krónikus hepatitisek után átlag 7 évig kimutatható szinten perzisztáltak, viszont a 3 akut non-A, non-B hepatitis esetében átlag 4 éven belül az anti-HVC kimutathatósága megszűnt. A poszttranszfúziós hepatitis okozó vérek donorai közül 88%-ban sikerült kimutatni az anti-HVC-t. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a poszttranszfúziós non-A, non-B hepatitis fő okozója a hepatitis C vírus, ezért a donorok anti-HVC-szűrése elengedhetetlenül fontos.

[Ref.: A non-A, non-B hepatitis vírusának kutatásában döntő fordulat következett be, mikor Q. L. Choo és mtsai sikeresen izoláltak egy non-A, non-B hepatitises beteg véréből komplementer DNS-klónt (Science, 1989, 244, 359). Ez a klón olyan antigént kódol, amellyel szembeni ellenanyagok a poszttranszfúziós, eddig non-A, non-B hepatitisnek nevezett betegségben szenvedők mintegy 80%-ának vérében megtalálható. (G. Kuo és mtsai, Science, 1989, 244, 362). Ezek a gén-klónozási vizsgálatok úttörőek abból a szempontból is, hogy a vírus izolálását és karakterizálását megelőzően születtek. A vírusra vonatkozó indirekt adatok alapján egy mintegy 80 nm átmérőjű, pozitív szálú RNS-t tartalmazó, lipid burokkal körülvett partikula lehet a fertőző ágens. Ezek alapján a hepatitis C vírus a Toga- vagy a Flaviviridae családba sorolható.]

A poszttranszfúziós non-A, non-B hepatitisek negatív anti-HBC lelete többféleképpen interpretálható. A hepatitis B vírusfertőzések kis hányada úgynevezett rejtett fertőzés, amikor csak a HBV DNS májsejtekből történő kimutatásával lehet felállítani a pontos virológiai diagnózist. Természetesen más hepatotrop vírus (pl. Cytomegalovírus) szerepe, vagy a nonvirális hepatitis is kizárható. Bár a RIA a legérzékenyebb antitest-kimutató módszerek egyike, elképzelhető, hogy az anti-HBC ellenanyagok kimutatására később kifejlesztett módszerek között lesz érzékenyebb is (jelenleg csak a RIA áll rendelkezésünkre). Végül, figyelembe kell venni egy másik non-A, non-B hepatitis vírus létezésének lehetőségét is, erre utaló előzetes adatok már vannak. A non-A, non-B hepatitis vírusos eredete mellett szól az interferon-kezelés hatásszája is, amint azt a következő két közlemény is tanúsítja.]

Szabó Béla dr.

mtsai (University of Florida, Gainesville, FL, USA): New Engl. J. Med., 1989, 321, 1501.

A transzfúziós hepatitisek mintegy 90%-át a hepatitis C (non-A, non-B hepatitis) vírus okozza (1. az előző referátumot). Kezeléséről eddig csak szórványos, előzetes publikációk jelentek meg. Jelen közlemény, amelyet 15 intézményből összesen 39 szerző jegyzett, arra a végkövetkeztetésre jut, hogy a hepatitis C-ben szenvedő betegek 24 héttel tartó interferon- α kezelése hatásos, bár a kezelés megszüntetése után a relapsus gyakori.

A kezelések néhány fontosabb adata: 166 krónikus hepatitis C-ben szenvedő beteg részesült 1, illetve 3 millió NE rekombináns interferon- α (IFN- α) kezelésben. Az Intron-A nevű készítményt hetente $3 \times$ szedték a betegek 24 héttel. A szérumban alanin aminoszint (ALAT) szint a 3 millió egységet kapott betegek mintegy felénél (46%) normalizálódott a kezelés végére, ezzel szemben az 1 millió egységgel kezelt betegeknek csak 28%-a, a nem kezelt betegek pedig 8%-a mutatott normál vagy közel normál értékeket 6 hónap elteltével.

Az INF kezelésre reagáló betegek 85%-ánál a szérumban ALAT szint teljesen normalizálódott abban a csoportban, ahol 3 millió NE IFN- α -t kaptak a betegek, viszont ahol csak 1 millió NE volt a napi adag hetente háromszor, a teljes normalizálódás csak a betegek 56%-ában alakult ki. A 3 millió egység interferont kapó betegek májbiopsiás vizsgálata a lobuláris és periportal gyulladás regresszióját is egyértelműen kimutatta.

A kezelés befejezése után 6 hónappal a betegek mintegy felénél relapsus alakult ki. Az IFN kezelés szokásos mellékhatásai (láz, myalgia, fejfájás, hasmenés, arthralgia stb.) az esetek mintegy 50%-ában jelentkeztek, viszont az első néhány injekció után el is múltak. A mellékhatások miatt a kezelést az esetek 14%-ában kellett megszüntetni.

Szabó Béla dr.

Krónikus hepatitis C kezelése rekombináns α -interferonnal. A. M. DiBisceglie és mtsai (Liver Diseases Section, National Institute of Health, Bethesda, MD, USA): New Engl. J. Med., 1989, 321, 1506.

Az előző referátumban ismertetett vizsgálathoz viszonyítva ez a közlemény lényegesen kevesebb betegben történő vizsgálat alapján részben eltérő eredményekre jutott. 41 hepatitis C-ben szenvedő beteg közül 21 részesült rekombináns IFN- α kezelésben (Intron-A), 2 millió NE/nap dózisban hetente háromszor sc, hat hónapig. 20 hepatitis C-ben szenvedő beteg placebo kezelésben részesült. Az IFN kezelésben részesült csoport serum alanin-aminoszint (ALT) szintje és a májbiopsziák szövettani képe szignifikánsan különbözött a placebo csoporttól: a betegek mintegy felénél kom-

lett remisszió alakult ki. Ezek az eredmények lényegében megegyeznek az előző közleményben ismertetettekkel. Lényeges különbség azonban, hogy a fél éves IFN kezelés befejezése után 6, illetve 12 hónappal a betegeknek már csak mintegy 10 százalékánál volt kimutatható a teljes remisszió. Ezért a szerzők itt úgy fogalmaznak, hogy az IFN- α kezelés a krónikus hepatitis C-fertőzés aktivitását hatásosan csökkenti, de a kezelés jótékony hatása gyakran átmeneti. A közlés értékét növeli, hogy a vizsgálatok randomizált módon, kettős vak módszerrel és placebo alkalmazásával (human szérumban albumin) történtek.

Szabó Béla dr.

Hepatitis C vírus antitestek hepatocellularis carcinomában szenvedő dél-afrikai négekben. Kew, M. C. és mtsai: (Dept. of Med., Univ. of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa): Lancet, 1990, 335, 873.

A hepatitis B vírus (HBV) és a hepatocellularis carcinoma (HCC) közötti kóroki összefüggés legszorosabb az afrikai Szahara közelében és Távol-Keleten, ahol a vírus endemiás és általános a HCC. A cirrhosis kóroki inkább kapcsolatos a HCC-vel mint a chr. HBV fertőzés, azokban az országokban, ahol a tumor előfordulása ritkább. A HBV- és a parenteralisan szerzett NANB vírus, összefüggésben a chr. vírus ürfő állapottal, chr. hepatitis vagy cirrhosist okozhat, vagyis a NANB hepatitis szerepelhet a HCC pathogenesisében. A HCV genom tenyésztésével és a keletkezett keringő antitestek (anti HCV) specifikus vizsgálatával ez a lehetőség tanulmányozható.

Az anti HCV magas arányát észlelték HCC-ben szenvedő olasz és spanyol betegekben. Ismeretes, hogy a vírus malignus átalakulása következhet be alkoholos cirrhosisban.

A szerzők az anti HCV jelenlétét vizsgálták HCC-ben szenvedő dél-afrikai négekben, és leleteiket összehasonlították a betegek HBV statusával.

380 — HCC-ben szenvedő — dél-afrikai néget és 152 kontroll egyént tanulmányoztak. Hepatitis C vírus antitesteket 110 betegben és 1 kontrollban mutattak ki. 184 beteg folyamatos HBV fertőzésben szenvedett, 122 beteg fertőzője a közelmúltban zajlott le. Csak 47 betegben nem észleltek HCV- vagy HBV-fertőzést utaló körjeleket. A HCV pozitívok között több volt a nő és a városi lakó, és magasabb volt az átlagéletkor. Dél-Afrikában a HCV kapcsolatos a HCC-vel, de a betegekben a HBV nagyobb arányban fordul elő.

Eredményeik alapján a HCV egyedül vagy a HBV-al együtt szerepelhet a dél-afrikai négek HCC-jének pathogenesisében. Csak néhány betegben nem találtak összefüggést a folyamatos vagy a már lezajlott HBV-, illetve HCV-fertőzés között.

Európában inkább a HCV, Dél-Afriká-

ban inkább a HBV okozza a HCC-t. A dél-afrikai, HCC-ben szenvedő négyek 60%-a cirrhotikus. Más területeken ez az arány 80–85%. Az afrikaiakban a cirrhosis csaknem mindig macronodularis, és az alkohol nem a legfontosabb aetiologiai faktor. A cirrhosis többnyire tünetmentes és rendszerint ad hoc kerül ki a HCC vizsgálatakor, ill. a boncolás során. Európában a cirrhosis micro- vagy macronodularis és leggyakrabban alkohol okozza. Az európai poszttransfúziós cirrhotikus betegek 62%-a anti HCV pozitív. Csaknem minden európai HCC-ben és HCV fertőzésben szenvedő betegnek cirrhosisa van.

A HCV és HBV kóroki szerepe HCC-ben más Európában és más Dél-Afrikában.

Barna Kornél dr.

A tumor necrosis alfa faktor és 1 béta-interleukin spontán termelődése a chronikus HBV fertőzés alfa interferon kezelése alatt. Daniels, H. M. és mtsai (Liver Unit, King's College Hosp. and School of Med., London, etc): *Lancet*, 1990, 335, 875.

A chr. HBV infectio kifejlődésének mechanizmusát nem ismerjük, de tudjuk, hogy az ilyen egyének sejtéhez kötött immunitása és citokin termelése jelentősen károsodott, beleértve a normálisnál alacsonyabb alfa interferon termelést is. A HBV őrítők alfa interferon kezelése többnyire a HBV replicatio átmeneti korlátozásához vezet. A kezelték 30%-a kimondott klinikai és laboratóriumi hepatitiszt jelzett, ezek között is a HBV replicatio tartós eliminációja következett be. Az alfa interferon a legtöbb betegben direkt antivirális hatással rendelkezik, kisebb arányban immunostimulátor hatása is van, ami hepatitis exacerbatiót és HBV eliminációt okoz. Ennek az immunostimulátor effektusnak természete tisztázatlan, de lehetséges, hogy más — az antivirális immunválaszban lényeges — citokinek inductióját is magába foglalja.

Két gyulladáshoz mediátor, a tumor necrosis alfa faktor (TNF alfa) és az 1 béta interleukin (IL 1 béta) in vitro antivirális aktivitását mutatják ki a fertőzött sejtek vírus elleni resistenciájának inductiója révén.

Céljuk az volt, hogy meghatározzák, vajon a TNF alfa vagy az IL 1 béta termelést befolyásolja-e az alfa interferon kezelés és ha igen, ennek mi az összefüggése a klinikai reakcióval.

7 chr. HBV őrítőben vizsgálták, hogy az alfa interferon kezelés alatt a TNF alfa vagy az IL 1 béta szerepel-e a HBV eliminációjában. 4 betegben az alfa i. kezelés során a HBAg eltűnt és a HBV replicációjának tartós gátlása következett be, 3–12 héten belül.

Ezen betegekben egyúttal spontán és jelentősen emelkedett (előzően mérhetetlen szintű) az in vitro (perifériás mononuclearis sejtekből származó) TNF alfa és IL 1 béta termelés. Nem történt (vagy csak csekély) változás a spontán TNF alfa és IL 1 béta productióban azon 3 betegben, akikben nem tűnt el a HBAg, az alfa i. kezelés során.

Eredményeik arra utalnak, hogy a TNF alfa és az IL 1 béta szerepelhetnek a vírus-hordozó hepatocyták tartós eliminációjában az alfa i. kezelés alatt és, hogy ezeknek a cytokineknek terápiás lehetőségeit érdemes vizsgálni.

Barna Kornél dr.

Chronikus hepatitis vese allograft recipiensokban. Pol, S. és mtsai (Unité d'Hépatologie, Hôpital Laënnec, Paris): *Lancet*, 1990, 335, 878.

Az irodalmi adatok eltérőek a vese-transzplantációban a májbetegségekre — a májbetegségekre gyakorolt hatásáról. A szerzőkkel ellentétben, a legtöbb tanulmány fokozott morbiditást, illetve mortalitást említ a chr. hepatitises egyének vese-transzplantációjában. A betegcsoportok heterogenitása és egészséges immunitású egyénekkel való összehasonlítás hiánya magyarázhatja az ellentmondásokat. A továbbiakban is fontos vizsgálni a májbetegségek hatását az átültetett vesére, különös tekintettel a transzplantáció előtti haemodialysisre.

Tanulmányuk célja: a) összehasonlítani a HBsAg-poz. és -neg. chr. hepatitis kimenetelét vese-transzplantált betegekben, b) a chr. hepatitis patológiai variánsainak, valamint a grafttal és a vesereciens túlélésével való kapcsolatának tanulmányozása — figyelemmel a HBV statusra és c) más tényezők: pl. a chr. hepatitis aetiologiája — különös tekintettel az idült alkoholfogyasztásra.

98 HBsAg pozitív és 31 HBsAg negatív, veseátültetésben részesült, chr. májbetegben vizsgálták a transzplantáció hatását a chr. májbetegségre — és viszont.

A chr. májbetegség diagnózisa a májbiopsiás anyag histológiai, semiquantitativ értékelésén alapult. A HBsAg pozitívok 88%-ának, a HBsAg negatívok 4%-ának (a vese-transzplantáció idején normális májjal) chr. hepatitis volt. Chr. persistáló hepatitis 32%-ban, chr. aktiv hepatitis 51%-ban, cirrhosis 17%-ban fordult elő. A túlélés aránya a HBsAg pozitív betegekben 78%, a HBsAg negatívokban 86% volt. Az allograft túlélése 64, ill. 71%.

Mind a HBsAg pozitív, mind a HBsAg negatív chr. májbeteg között lényegesen több volt az idült alkoholfogyasztó, mint a nem idült hepatitisben.

Az adatok arra utalnak, hogy a vese-transzplantációra alkalmasak lehetnek a haemodialysisre szoruló, chr. hepatitises betegek, HBV statusuktól függetlenül, bizonyos megfontolással.

Barna Kornél dr.

A hepatitis C vírus epidemiológiája. Előzetes tanulmány önkéntes vérédekben. Stevens, C. E. és mtsai (Wolf Szmunes Labor of Epidemiol., The New York Blood Center, etc): *JAMA*, 1990, 263, 49.

A vírushepatitis (vh) a transfusio (tf) leggyakoribb szövődménye. Az USA-ban az 1970-es évek vége felé 7–10%-ban fordult elő. A vérédek korábbi szűrése (emelkedett alanin aminosztransferase-GPT-, pozitív anti HB core) csökkentette ugyan, de nem eliminálta a post-tf vh-t. Újabbban a non-A, non-B hepatitis (NANB H) vírus genomját, az ún. Hepatitis C vírus (HCV) identifikálták. Kidolgozták a HCV keringő antitestjeinek (at) kimutatását a tisztított genom tenyésztéssel származó antigénnel (ag). Tapasztalataik szerint a HCV leggyakoribb oka a post-tf NANB vh-nek, és hogy a HCV elleni at kimutatható azokban a vérédekben, amelyek nyilvánvalóan post-tf vh-t okoztak.

1985–1986-ban végzett vizsgálataikban 18 268 vérédek vett részt. A normál GPT szint a 45 IE-t nem haladta meg, az anti HB core-t radioimmunoassay inhibícióval vizsgálták. 5 táblázaton és 2 ábrán láthatjuk a részletes adatokat. A vérédek 0,9–1,4%-ában észleltek anti-HCV-t. A feketékben és hispániaiakban magasabb arányban mint a fehérekben. Az anti-HCV gyakorisága az életkor IV. évtizedéig fokozódott, majd utána csökkent, jelezvén hogy a kor előrehaladtával a kimutatható at eltűnik. Az anti-HCV mind a GPT-vel, mind a HB core at jelenlétével vagy hiányával összefüggött. Ez a kapcsolat arra utal, hogy az emelkedett GPT szintű és a HB core at pozitív donorok kiszűrése részben alkalmas a post tf NANB vh megelőzésére. Az anti-HCV jelenléte azokban a donorokban, akikben sem a GPT nem emelkedett, sem anti-HB core at nem mutatható ki, arra utal, hogy az anti-HCV pozitív donorok kiszűrése tovább redukálja a post-tf vh rizikóját.

Barna Kornél dr.

Non-A, non-B hepatitis és hepatitis C vírus antitest. Mosley, J. W. és mtsai: (Div. of Blood Dis. and Resource, Nat. Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda): *JAMA*, 1990, 263, 77.

A post-tf NANB vh-t 1974 óta ismerik. Újabbban egy pozitív szálú RNA vírus genomját — amit ideiglenesen hepatitis C vírusnak hívnak (HCV) — kísérletesen fertőzött csimpánz májából és plazmájából szaporították. Megfelelő eljárással nyert antigénnel (ag) specifikus antitesteket (at) lehetett kimutatni parenterálisan, illetve nem parenterálisan szerzett NANB vh-es betegek serumából.

Az 1970-es évekből származó tárolt serumokban megvizsgálták a HCV elleni tartalmat (anti-HCV).

Öt kontroll egyén egyszeri serum próbája (ezek nem részesültek tf-ban) anti-HCV negatív volt. Négy másik kontroll egyénből — akik nem kaptak tf-t, de akik NANB vhb-ben betegedtek meg kórházi távozásuk után — három anti-HCV negatív maradt; a negyediknek postoperatív NANB vh-e keletkezett. Ennek serumát a műtét előtt anti-

HCV pozitív volt. Öt tf recipiens, akik post-tf B vht aquiritáltak, seronegativ maradt. Egy hatodik — akinek NANB hepatitis-e és hepatitis B vírus fertőzése is volt — serumában anti-HCV seroconversio következett be. Kilenc post-tf NANB vht esetből ötben anti-HCV seroconversiót észleltek.

Az eredmények azt mutatják, hogy az anti-HCV jelenléte aetiologiai alapot jelent a post-tf NANB vht esetek közel felében, különösen ha a betegség krónikus kórlefo-lyásba megy át. Jóllehet a seroconversio nélküli NANB eseteket másképp is lehet magyarázni, ezeket még ismeretlen, nem definiált vírus okozhatja.

Barna Kornél dr.

B vírus hepatitis: az epidemiológia változása az USA-ban. Új vakcinációs stratégia szükséges. Alter, M. J. és mtsai (Centers for Disease Control, Atlanta GA 30333): JAMA, 1990, 263, 1218.

A szerzők 4 megye területén (Jefferson, Denver, Pinellas, Pierce) végezték vizsgálataikat 1981–1988-ig. 7 év alatt 2237 akut B hepatitis fordult elő. A megbetegedés gyakorisága nem változott, 100 000 lakosra 13,2 eset. A kórházi felvételek száma csökkent 31%-ról 12%-ra. Icterust 86%-ban észleltek. Halálozás 0,5%.

A megbetegedések száma nem csökkent, de változott a kiváltó ok. A szexuális átvitel mindig fontos tényező volt. Talán az AIDS okozta félelem miatt 62%-kal csökkent a homoszexuálisan átvitt betegség, de 38%-kal nőtt a heteroszexuális fertőzés. A vakcináció eredménye, hogy az egészségügyi dolgozók B vírus hepatitisre 75%-kal csökkent. 1986 óta a donorokat antiHBc-re is szűrik, ezért csökken a transzfúziós átvitel jelentősége is. Ugyanakkor iv. drog következményeként 80%-kal több fertőzést észleltek. 30–40%-ban nem sikerült rizikó tényezőt kideríteni.

A nagy kockázatú (high risk) csoport vakcinálásával a B hepatitis nem csökkenthető, mert az esetek több mint 30%-ában nincs kimutatható rizikó faktor. Indokolt az egészségügyi dolgozók oltása, de ettől a betegség csökkenése nem várható, hisz a vakcináció bevezetése előtti időben is csak a megbetegedések 5%-a származott ebből a csoportból. Mivel a heteroszexuális átvitel jelentősége nő, a homoszexuálisok oltása nem jelent megoldást.

Nem szabad elfelejteni, hogy B vírus fertőzés után a felnőttek 6–10%-ában, 1–5 éves gyermekek között 25%-ban, csecsemők fertőzését követően pedig 70–90%-ban, alakul ki chr. hepatitis. Ideális immunizációs stratégia a gyermekek és serdülők általános oltása.

Ibrányi Endre dr.

Az idült hepatitis-B α -2b interferon kezelése. Müller, R. és mtsai (Abt. Gastroenterologie und Hepatologie der Medizinischen Hochschule Hannover): Dtsch. med. Wschr., 1990, 115, 403.

Az interferonok antivirális, immunmodulatorikus és antiproliferatív tulajdonságú glikoproteinek, amelyek ma már géntechnológiailag is előállíthatók és kisebb számban chr. hepatitis-B (HB) kezelésében is alkalmazták.

A szerzők prospektív, randomizált, kontrollált idült hepatitis-B-betegeknél azt vizsgálták, vajon a jól tűrhető, alacsony dózissal rekombináns interferon α -2b (rIFN- α -2b) adásával megakadályozható-e a hepatitis-B-vírus (HBV) replicációja és a hepatitis inaktív stádiumba vihető-e át.

58 (46 férfi, 12 nő, 41 éves átlagkorú) kórszövettanilag bizonyított HB esetben, valamint a vérsavóban HBs-antigén (HBs-Ag) és hepatitis-B-vírus (HBV/DNA) kimutatása után a betegeiket randomizáltan két csoportba osztották. 30 beteg hetente három ízben négy hónapon át subcutan 3×10^6 IU (3 Mio) rekombináns interferon kezelésben részesült. A terápia utáni megfigyelési idő hat hónap volt. A kezelt csoportból két, a kontroll csoportból egy beteget kellett az értékelésből kizárniuk. A terápia csoportban egy beteg teljesen (HBsAg, HBeAg és HBV-DNA mindig negatív), továbbá nyolc beteg csupán részben (HBeAg és HBV-DNA negatív) reagált a kezelésre. A kontroll csoportban három betegnél a HBV-DNA nem volt többé kimutatható. A különbség statisztikailag szignifikánsnak tekinthető. A HBV-jelek eltűnéséhez a serum transaminase aktivitásának normalizálódása társult. A májgyulladás reaktiválódása a seroconversio után nem volt megfigyelhető.

Vizsgálataik és egyéb szerzők szerint is az interferon- α -2b kezelés eredményes a nem suppressált idült hepatitis-B-betegeknél és aktív HBV-fertőzésnél.

iff. Pastinszky István dr.

A hepatitis chronica virostatikus kezelése. Schmid, M. (Medizinische Klinik, Watt-Regensdorf): Schweiz. med. Wschr., 1990, 120, 560.

A viralis genesisű hepatitis chr. immun-suppressiv terápiaja obsolet. Ma világszerte a géntechnikai előállított α -interferonnal végzett virostatikus terápiával folynak vizsgálatok. Az interferonkezelés legjobban a 18 és 60 év közti betegeknek válik be, akik HBe- vagy HBV-DNS-pozitívak, a serdülőkorban fertőződtek, és kezdetben manifest hepatitisben estek át. A homoszexuálisok nem jól reagálnak, éppen úgy idült aktív hepatitis anti-HBe pozitív betegek. Az utóbbiaknál a kezelés abbahagyása után magas a recidívák száma. A Delta-infekcióban, továbbá HIV-pozitív személyeknél eredmény nem várható. Az interferonkezelés ellenjavallt cirrhosisban, valamint az alkohol- és drogabususban szenvedő egyéneknél. A chr. aktív B-hepatitis kezelésében a különböző ellenör-

zött tanulmányok szerint 5, maximálisan 10 MU másodnapenkénti sc. vagy im., legalább 16 hétig tartó adagolásánál 30–50%-ban a HBe-nek anti-HBe-be való seroconversióját figyelték meg. A seroconversióval histológiai aktivitás lecsengése és a transaminase normalizálódása következik be. A melléktünetek a dózis nagyságától függenek (láz, izomfájdalmak, gripeszerű tünetek); a késői tünetek: ál-mosság, anorexia, nausea, testsúlycsökkenés, izlésszavarok.

Feltehető, hogy egy kombinált kezelés hatásosabb, mint a monoterápia. A kombinált kezelés azonban a már fennálló cirrhosis esetén ellenjavallt. Az adenin-arabinoz (ARA-A) az eredményeket fokozhatja, azonban a mellékhatások miatt nem vált be. A magas adagú cortison-inducióval végzett hathetes interferonkezelés az idült aktív hepatitisben az abrupt megszakitás után rebound májnekrosissal és a transaminase emelkedésével jár.

A chr. non-A, non-B-hepatitisben (HCV: C-hepatitis) az interferon hatása azonnal bekövetkezik, de a kihagyása után gyakori a recidíva. Multicentrikus ellenőrző vizsgálatok szükségesek és jelenleg folynak is a kérdés tisztázására.

iff. Pastinszky István dr.

Toxicologia

Kígyómarás a tudományban és klinikai orvostanban. 1. Russel-féle vipera: biológia, mérge és kezelés. (A. Read halálának évfordulója). Warrell, D. A. (Nuffield Dept. of Clin. Med., Headington, Oxford): Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1989, 83, 732.

A vipera russeli a világ nagy részében elterjedt: Afrikában, Dél-Ázsiában, Kínában, Indiában, Indonéziában (házánkban is megtalálható — Ref.). Ez a közlemény főleg a Dél-Ázsiában és a szigeteken élő állatokkal és a kígyómarással foglalkozik. Főleg lapos területeken, de hegyes vidékeken is él; az utóbbiakban sziklás, bozotos részeken, míg a lapos vidékeken művelhető területeken, mocsaras és vizes helyeken él. A kígyók főleg kisebb állatok fogyasztásából élnek: egerek, patkányok, békák, gyíkok stb. A nőstények 20–60 élő kígyót szülnek. A kígyómarást okozó fog 16 mm hosszú és az állat 21–380 mg mérget hordoz. A mérge különböző vegyületekből áll: főleg fehérjékből és annak 70%-a foszfolipase A₂, L-amino oxidase, foszfomonoeszteráze stb. Ezek haemolysist, rhabdomyolysist, májelhalást, vérlemmezke károsodást, ödéma-képződést, az erek tágulását, hypotensiót, histamin felszabadulást, serotonint, és főleg: a véralvadás csökkenését és vérzést okoznak. Ez utóbbit Macfarlane és munkatársai a vérzés „cascade”-jának felkutatására használták.

Fontos szerepe a kígyómarásnak Read szerint: a kígyómarás, még ha a maró fog be is hatol az emberi bőrbe, tünetek nélkül

zajlik le, vagy minimális tünetekkel jár. Burmában 28%, Sri Lankában 28%-ban viperamarás után nem voltak tünetek. A helyi tünetek közül a marás helyén fájdalom és esetleg a nyirokcsomók duzzanata is fellép; hányás és hasi fájdalom is jelentkezhet. Az általános kigyómérgezés következtében a vér nem alvad meg, és gyakoriak a neurotoxikus tünetek. Más vidékeken vérzés indul meg a marás helyén és az injekciós helyekről, a gingiváról és nemritkán haematuria fordul elő. Gyakran jelentkezik a shock. Faciális ödéma és tüdőviznyedő is felléphet. Néha conjunctivalis vérzés jelentkezik. Gyakori a veseelégtelenség, amelyhez oliguria és anuria is csatlakozhat. Enyhe haemolysis következménye a disseminált intravasculáris coagulopathiának. Rhabdomyolysis, neurotoxicitás, nehéz nyelés, elmosódott beszéd és általános izombénulás is megjelenhet. Kigyómarás után egyes betegek sötét vagy fekete vizeletet is ürítenek. Vannak betegek, akiknél haemo- és myoglobulinuria található a vérében és vizeletben.

A nagyobb városokban vesebetegségekkel foglalkozó orvosok viperamarás után gyakran láttak akut tubuláris necrosist, agyfűggetlét és mellékvese elégtelenséget. Rizstermelő környékeken gyakori a kigyómarás, de akut veseelégtelenség és halálozás viszonylag alacsony. Thaiföldön falusi környezetben a halálozást shock, agyvérzés és veseelégtelenség okozza.

Laboratóriumi vizsgálatok során leggyakrabban a vér nem alvad meg, hypofibrinogenaemia, XIII/a alvadási faktorhiány jelentkezett. A fibrin/fibrinogén degradációs terméke (FDP) magas. A vérlémezkek száma csökkent és a plazminogén és a sejtek aggregációja is alacsony volt. A fehérvérsejtek száma emelkedett, a haematokrit kezdetben magasabb, azután csökkent. A szérumban szabad haemoglobin volt található. A vizeletben fehérje, vvs. hengerek és szabad vvs-ek. A szérumban az albumin 28 g/l alá csökkent. Oliguria esetén a szérum kreatinin 3,4–68 mmol/l-re emelkedett.

Érdekes megfigyelés, hogy földrajzilag az egyes ázsiai területeken a kigyómarás különbözőképpen lép fel. A vérárvadás zavara csaknem mindenütt jelen van, de Sri Lankában e zavar mérsékeltebb volt. Intravasculáris haemolysis jellemző volt Sri Lankára, Indiára és Thaiföldre. Az izombénulás Indiában és Sri Lankában fordult elő. Úgy tűnik a viperaméreg nem azonos minden országban, kromatográfiás vizsgálattal ezt ki lehetett mutatni. Ezért van az, hogy a termeléstől földrajzilag távol eső vidékeken a szérum nem teljesen hatásos.

A gyógykezelés két fázisban történik: akut körülmények között és anti-méreg (antivenom) kezelés alkalmazásával. Ha a leszorítást 12 óra múlva feloldjuk, bizonyíthatóan, a kezelés 22%-ban eredményes volt. Az anti-méreg kezelés igen különböző, mert akár 15 perc múlva is meghalhat a megmárt egység.

A szerző szerint az akut anti-méreg kezelés indikációi: a vérárvadás hiánya, spontán

szisztémás vérzés, shock, alacsony vérnyomás, neuromyotoxikus tünetek, zavart elmeállapot, intravasculáris haemolysis és a marás körüli duzzanat megjelenése. Ugyancsak ide sorolható a nyirokcsomók duzzanata is. Ha 2 órával a marás után jut kórházba a beteg és az FDP fokozódik, több mint 80 mg/ml toxin van a vérben: intravénás anti-méreg kezelésben kell részesíteni. A lokális nyirokcsomó duzzanat azt jelenti: a fertőzés terjed. Ez a kezelés azonban nem véd meg a veseelégtelenségtől. Egyébként az anti-méreg kezelés visszaállítja a rendellenes vérárvadási zavart a normálisra. Sri Lankában a polspecifikus anti-méreg nem szünteti meg teljesen a vérzést. Ugyanitt 19 beteg közül 18-nál, akik 50–180 ml szérumot kaptak, a marási méreg még 7 napig is a vérben kimutatható volt. Burmában a shockban lévő betegeknek a plazma-expanderek emelték a vérnyomást.

A geográfiailag áttekinthető világban a vesebetegség a halál legfőbb oka. Az oliguriás betegek $\frac{1}{3}$ -a, rendszerint konzervatív kezelésre meggyógyul, ha rehidrációt, diuretikumokat és dopamint adunk; a peritoneális dialízis (72 órán belül) a 80%-os halálozást 20%-ra csökkenti. Olyan betegeknek, akik haemoglobin- vagy myoglobulinuriában szenvednek, a vesetünetek javíthatók: hypervolaemiás kezeléssel és az acidosis megváltozásával ilyenkor mannitol vagy bikarbonát infúziót kell adni. Neuro-myotoxiciáson gondosan figyelni kell a beteget és bulbáris vagy respirációs paralízisnél intubációval gépi lélegeztetést kell alkalmazni.

Ringelmann Béla dr.

Kigyómarás a tudományban és a klinikai orvostanban. 2. Immunológia a kigyómarás kutatásában. (A. Read halála évfordulója). Theakston, F. D. G. (A. Read Venom Res. Unit. Liverpool, School of Trop. Med.): Transaction of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg., 1989, 83, 741.

Kigyómarás esetén, ha a beteget kórházba szállítják, rendszerint nem hozzák a maró kigyót, ezért nagyon nehéz a szérumot kiválasztani. Pl. Nigériában a vipera (*Echis carinatus*) vérzést és vérárvadásokat okoz; az elapódok marása után viszont ptosis és légzési nehézségek állnak elő. A falusi lakosság nem számol be a tünetekről, ezért szükséges volna olyan immuno-assay kidolgozása, amely identifikálja a maró kigyót. Ez különösen fontos ott, ahol egyfajta kigyó él, és más vidékekre odaszármazó, a szokásostól eltérő species felismerése szükséges. Tizenhét éve folyik az enzimhez kötött immuno-assay (ELISA) vizsgálata. E módszerrel sok maró kigyót sikerült identifikálni, de pl. Thaiföldön összecseréltek két más-más csoportba tartozó kigyót, és a megmárt egyén a téves oltás következtében meghalt. Nigériában 31 marás után 26 viperamarás és 2 *Bitis carinatus* volt. A módszer egyszerű és még falusi környezetben is könnyen kivihető, de a klinikus számára

nem elég gyors. Liverpoolban kísérletek történtek egy kigyómarási eljárás végzésére, amely csak 10 percig tart. A fecskendőben végzett vizsgálatok nem megbízhatóak.

Epidemiológiai szempontból szükséges az ELISA kipróbálása kigyómarás után ugyanazon a személyen. Az eddigi adatok szerint az ellenanyag vipera és krait harapása után 2 héttel kimutatható, de ez emelhető akár 2 hónapig. Viperamarás után akár 20 évig ki lehet mutatni, de krait marása után gyorsabban tűnik el a vérből. Nigériában a marások után a vipera 63, a *B. arietans* 16, az *N. nigricollis* 7 és az *M. marculatus* 12%-ban okozott halálozást. A kigyómarás ellenőrzésében igen lényeges, hogy kontroll vizsgálathoz legalább 100 fő felnőtt egyén álljon rendelkezésre, ugyanazon törzsből és szociális csoportból. Egyesek szerint nem megfelelő kontrollok esetén nem-specifikus antitestek (pl. rheuma-antitest, parazita-antitest stb.) magasabbak, mint a kigyómarásos kontrolloknál.

Az ellenanyagok klinikai ellenőrzéssel vizsgálhatók, pl.: a coagulopathia visszafordításával (vipera esetén), vagy a neurotoxicitás megszüntetésével (krait marás esetén). Az immuno-assay használatával nemcsak az anti-méreg szintjét ellenőrizzük a bejövettelkor és a kezelés során, hanem a lósavóconjugátummal (Fab2) is meghatározzuk a keringő anti-méreg koncentrációját a vérben. Különböző okok magyarázhatják az anti-méreg hatástalanságát: rövidebb felezési idő a vérben, vagy más geográfiai terület kigyóinak használata a méreg készítésénél.

A kigyóellenes méreg előállításának költséges. Egyrészt sós kivonattal IgG-t készítünk, másrészt pepszin emésztéssel kivonjuk az Fab2 részét a molekulának. Az állatokat azonos takarmányon kell tartani, drága mérget használnak és költséges munkaórát vesznek igénybe. A szérumok kétfélék: 1. monospecifikusak, vagyis az állatot 1 kigyó mérgevel immunizálták; 2. polspecifikusak, amikor többféle, a területen előforduló kigyók mérgevel immunizálták. A klinikusok a polspecifikus vírust szeretik, de tudományos szempontból jobb a monospecifikus, mert *kisebb adagot kell beadni* és így a kigyóméreg (pontosabban anti-méreg) utáni anafilaxia sokkal kisebb. A vakcinák ára a falun élő dolgozók számára rendkívül drága: pl. Új-Guineában 800 ausztrál dollár, Nigériában kb. 60 font. Sokszor nem is tartanak az intézetek, vagy áruk olyan magas, hogy a hozzátartozók sem tudják megvenni.

Újabb az anti-méreghez hozzáadnak egyfajta kigyó elleni védőanyagot. Pl.: Malajziában négyeszer lett ily módon az ún. „pit” vipera elleni anti-méreg. Állatkísérletekkel bizonyítható, hogy liposoma tartalmú anyagok immunizálása gyorsan következik be, vagyis gyorsan hatnak. Újabban monoclonális antigént adtak egy oslaphoz, erről leoldották és rekombinánt deoxyribonuclein savval biológiaiag aktív antigént állítottak elő. Bár ez a módszer a gyógyításban esetleg alkalmas lehet, számok ok (pl. etikai okok) még nem teszik

emberi adásra alkalmassá. A viperaellenes mérgek kevert anyagokból állnak, ezért egy „cocktail”-t kellett előállítani monoclonális antitestekből. Egyes szerzők a N. nigricollis alfa-neurotoxinja ellen: monoclonális antitestet adtak és ez megakadályozta a neuromuscularis kötést, vagy neutralizálta a kötés helyén. Ennek használatát a jövőben reményekkel tölti el bennünket.

Új remények, hogy sok mérges kígyóval teli területen immunizálni lehet a lakosokat. Élő egyénis is történt ilyen kísérlet, de csak akkor volt hatásos, ha a kígyómarás rögtön, vagy röviddel az immunizálás után történt. Ezek és ehhez hasonló módszerek esetleg a jövőben hasznosak lehetnek.

Ringelmann Béla dr.

Anexat (Ro 15–1788) alkalmazásával szerzett klinikai tapasztalatok benzodiazepin és kevert gyógyszermérgezésben. Tantozzi, R. és mtsai: (Inst. of Pharm. Univ. of Ferrara, I–44100 Ferrara) Resuscitation 1988, 16, Suppl.:

A szerzők az Anexat (Ro 15–1788) antagonistát hatását vizsgálták benzodiazepin és kevert gyógyszermérgezésben. Ennek eredményéről számolnak be. 22 beteget kezeltek Anexattal. A betegek átlagéletkora 55 év (24–91) volt. Minden beteg comában volt, a coma mélységét Matthew és Lanson szerint osztályozták. 12 beteg benzodiazepin, 10 beteg kevert gyógyszermérgezésben szenvedett, melyben a benzodiazepin mellett phenothiazin és triciklikus antidepresszáns szerepelt. Az Anexat egyszeri iv. adása után a coma I. stádiumban levő betegeknek (7 beteg) gyors, 1–5 percen belül ébredést észleltek. A coma II. stádiumban levőknek (5 beteg) átmeneti javulás után a coma állapot ismét mélyült, a teljes ébredéshez többszöri iv. bólus injekcióra volt szükség. Az egyszeri dózis 2–5 mg között változott a betegek állapotától függően. A kevert gyógyszermérgezésben 4 esetben teljes ébredést értek el, 3 esetben a coma állapot javult, 3 esetben ineffektív volt a gyógyszer. Mellékhatásként szorongást, izgatottságot észleltek az ébredés után 5 betegnél.

A szerzők megállapították, hogy az Anexat effektív, jól tolerálható szer a benzodiazepin okozta mérgezésekben. Az hatékonyságot szignifikánsan jobbnak találták tiszta benzodiazepin túladagolásnál, mint kevert gyógyszermérgezésben. Az Anexat gyorsítja a felébredést, megrövidíti a kórházi tartózkodást és jelentősen csökkenti a rizikót idős betegekben. A gyógyszer iv. bólusban adását megfelelőnek találták, de a benzodiazepin mérgezés legsúlyosabb eseteinek kezelésében infúziós adást javasolnak.

Hegedüs Beatrix dr.

Organophosphat insecticidek okozta tüdővízenyő. Cheng Li és mtsai (Dep. Radiology, Hospital of the University of Pennsylvania): Amer. J. Radiology, 1989, 152, 265.

Az organophosphat (oph.) insecticidek világszerte a leggyakrabban használt vegyszerek a mezőgazdaságban. Gyakori a suicid mérgezés esetek száma is, így az altatószerek után a leggyakoribb suicidális mérgek az USA-ban. Gyakoriak a fel nem ismert ipari mérgezések is.

A szerzők az utóbbi 10 évben 13 (10 férfi, 3 nő; 1–28 évesek) oph.-mérgezést észleltek; ezekből 12 esetben suicid szándékból (25–50 ml) történt a mérgezés. A betegek 30 perc vagy 9 óra után súlyos intoxicatio jeleit mutatták (fejfájás, nausea, vomitus, izadás, gyengeség, pallor, lacrimatio, diarrhoea, hasi fájdalmak, salivatio, depressio, agitatio, arrhythmia, incontinentia urinae et alvi, semicoma, coma, egyre inkább fokozódó súlyos tüdőoedema). 11 beteg pralidoxin chlorid (PAM, Protopam, 2-PAM) és atropin kezelésre 2–5 nap alatt gyógyult. 2 fel nem ismert oph. mérgezett beteg az intenzív osztályon tüdőoedemában meghalt.

A leginkább ismert organophosphatok a parathion és a malathion. Az USA-ban évente 325 000 mezőgazdasági munkás exponált oph.-megbetegedésre. Az organophosphatok különböző hatásfokú cholinesteráz-inhibitorok, és mint „idegágyók” a vegyi fegyverek között szerepelnek. A parathion a „legveszedelmesebb”, a malathion a „kisebb” veszélyességű insecticid.

Eseteikben, valamint a két autopsiás esetben a jellegzetes tünet a tüdőoedema volt, ami az oph. muscarin-hatására vezethető vissza. Az oph.-mérgezés korai felismerése fontos az azonnali kezelés bevezetése végett.

iff. Pastinszky István dr.

A higany problémája. Blaurock-Busch, E.: Naturheilpraxis, 1990, 43, 5.

Ebből a mérgező elemről az egész világon évente 10 000 tonna termelődik a becslések szerint és mint környezeti mérgek közismert. Így a nagyhalak (pl. tonhal, kardhal) fogyasztása, melyeket az ipari szennyezettség fertőz, az ember higany túlterheléséhez vezethet.

Azt már régóta tudjuk, hogy a folyókba és tavakba oldhatatlan higanyvegyületek kerülnek, melyeket eddig ártalmatlannak tekintettünk. Ezekből azonban oldható kötések keletkezhetnek és válhatnak le, a halakba és növényekbe is könnyen belekerülve. Az így létrejövő metilhiganyvegyületek, melyek különösen jól reszorbeálódnak, főleg az agyszövetbe raktározódnak előszeretettel, a központi idegrendszer zavarát, sőt bénulást is okozva. Higany található a plasztikban, fekete nyomdafestékekben, más festékekben, kozmetikumokban, kontaktlencse-folyadékokban és részben a peszticidekben, de az ezüst- és amalgámtömések is felerősítik higanyból állnak. A szervezetbe kerülhet még gőz formájában, sőt a korróziók is termelik.

Kutatás/előfordulás/klinikum

A higany vörösvérsejtmérgek, chromosoma rendellenességet és ennek megfelelően

fejlődési rendellenességet okoz. Terhesek óvakodjanak az amalgámtömésektől, sőt terhességben ezeket kivenni célszerű. Alacsonyabb higanydózisoktól már 1976-ban lymphocytá-eltávolításokat tapasztaltak, az amalgámtömések kivételétől és visszahelyezésétől pedig T-sejt változásokat észleltek, ami azt bizonyítja, hogy a higany az immunrendszerre is befolyással bír. Feltételezik, hogy az amalgámtömésekben lévő nikkel is kedvezőtlenül befolyásolja az immunitást. Mindenesetre az amalgámtömések eltávolítása után a T-lymphocyták száma 55,3%-kal, a nikkelporcelán-tömések eltávolítására 37,55%-kal emelkedett.

Feltételezik, hogy már kis mennyiségű higany, allergiás jelenségeként okozhat lymphocytá-eltávolítást. Bár az amerikai fogorvosok társasága csak a lakosság 1%-ában feltételez ilyen jelenséget, egyes kutatók 16,1, illetve 22,5%-ban tapasztaltak az amalgámtömésektől pozitív allergiás reakciót. Az észak-amerikai bőrgyógyászok egyesületének 1200 betege közül 8% reagált a higanyra allergiás reakcióval és azt találták, hogy az ember szervezetének nikkel-, de főleg higanyterhelése az életkorral emelkedik. Kiderült, hogy a dermatitis tünetek direkt összefüggésben állnak a higanyterheléssel és számos kutató ennek hatására az immunrendszer zavarát észlelte.

Diagnózis. A szövetek higany túlterhelését a haj vizsgálata már a heveny tünetek megjelenése előtt tudja megbízhatóan bizonyítani. Az akut mérgezés vérvizsgálattal igazolható, és amíg a vese jól funkcionál, ez vizeletvizsgálattal is kimutatható.

A higany túlterhelés/mérgezés tünetei kezdetben szubklinikusak. Így ezek étvágy- és testsúlycsökkenés, fogínygyulladás, foglazulás, csökkent fájdalomérzés, hiperaktivitás, főleg gyermekeknél, stomatitis, fém íz a szájban, fokozott nyálérválasztás, hypertonia, magatartászavarok, depressio, ingerlékenység, elvörösödés, álmatlanság, gyengeség, hallucináció, psychosis, ataxia, kontakt allergia, asthma, gyengült vese-funkció lehetnek. Az emelkedő túlterhelés/mérgezés tünetei: fogvesztés, extrém tremor, heveny szellemi és érzelmi zavarok, konvulziók, fokozódó vesegyengeség.

Kezelés. A tehermentesítő gyógyszerkezelésben a kénartalmú aminosavaknak, lizinnek, metioninnak lehet fontos szerepe. A B₆-vitamin segíti a veseműködését, a szelén pedig a higany biokémiai antagonistája. Mivel a nagy mennyiségű szelén is toxikus, felnőtteknek naponta 100–300 µg-nál többet ne adjunk, 400 µg pedig már mérgező lehet. A többi antioxidáns, a C-, E- és A-vitamin szintén eredményesen alkalmazható, sőt a réz- és cinkhiány pótlása is segíthet.

Angeli István dr.

Családtervezés

A tabletta szedése ellenére bekövetkezett terhesség. Loch, E. G. (Deutsche Klinik f. Diagnostik, D–6200 Wiesbaden): Sexualmedizin, 1990, 19, 238.

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

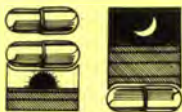
Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás: A koleszterinszintézis kulcsenzimjét, a HMG-CoA reduktáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet. A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést. Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok: Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltozásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolhatóak. Súlyos szekunder hypertriglyceridaemiák, amelyek az alapbetegség (diabetes mellitus, köszvény) megfelelő kezelése ellenére is fennállnak. Xanthomatosis hyperlipoproteinaemiával együtt járó akut pancreatitis, az arteriosclerosis agyi szív- és perifériás érrendszeri szövődményeinek megelőzése. A Lipanthyl-kezelés akkor indokolt, ha minimálisan 3 hónapig tartó, zsíryanycsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszeresedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az anamnézisből ismert cholelithiasis. Súlyos vesefunkció-zavarok, vesekövesség. Terhesség, szoptatás. Primer biliaris cirrhosis.

Adagolás: Napi adag 3 kapszula (reggel 2 kapszula, este 1 kapszula) étkezés közben, amelyet tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. A veseműködés károsodása esetén a napi adagot a funkció beszűkülésével arányosan kell csökkenteni.



Mellékhatások: Átmeneti gyomor- és bélpanaszok előfordulhatnak, melyek a dózis csökkentése után megszűnnek. Nem gyakori a szédülés, émelygés, hányás, urticaria, viszketés és fejfájás előfordulása. Ritkán fordul elő a szérum transzamináz átmeneti emelkedése, amely általában 8 napon belül normalizálódhat a kezelés megszüntetése nélkül.

Nagyon ritkán hajhullás és potenciazavar, izomgyengeség és izomfájdalom is előfordulhat.

Gyógyszerköölcsönhatás: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, vérzés-veszély),
- szulfanilkarbamid típusú orális antidiabetikumokkal (azok hatásának fokozódása, hipoglikémia veszélye),
- köszvényellenes szerekkel (húgysavürítő hatást fokozza).

Figyelmeztetés: A kezelés első 3 hónapjában a lipidszintek havonkénti ellenőrzése ajánlott, és amennyiben ezen idő alatt nem csökkenti a szérum lipidszintjét, más terápiára kell áttérni. Gyermekek öröklött hyperlipidaemiája esetén csak akkor adagolható, ha a hyperlipidaemia nem I. típusú, és 6 hónapos diéta nem hoz megfelelő eredményt.

Orális antikoaguláns adagját ismét be kell állítani!

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON®

H 500

injekció

tabletta



HATÓANYAG: 5 mg vinpocetinum tabl.-ként; 10 mg vinpocetinum (2 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: **Orálisan:** különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficiencia, angiospasztikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vaszkuláris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneráció, parciális trombózis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vaszkuláris, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labirintus eredetű szédülés.

PARENTERÁLISAN: Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

ELLENJAVALLAT: **Terhesség.** Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok esetén a parenterális alkalmazás.

ADAGOLÁS: Naponta 15–30 mg (3-szor 1–2 tabl.), a fenntartó adag napi 15 mg (3-szor 1 tabl.), hosszabb időn keresztül.

Cseppinfúzióban a kezdő napi adag 20 mg (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) lassan infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban).

Ha a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott össz mennyiség elérheti az 1 mg/ttkg-ot. **IV. ÉS IM. NEM ALKALMAZHATÓ!**

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az injekció heparinnal inkompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparinkezelésben részesül.

FIGYELMEZTETÉS: Az ampulla szorbitol-tartalma miatt diabetesesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A **tabletta** csak vényre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



Egy általános orvos azt a kérdést intézi a folyóirathoz, hogy mind többet olvas a szakirodalomban arról, hogy a fogamzásgátló tabletták és sok gyógyszer közötti interakció következtében gyakran lép fel terhesség, ugyanakkor ő ilyen esettel saját gyakorlatában még nem találkozott.

Loch professzor, a felmerült kérdés szakértője, aki erről sok cikket írt, válaszában kiemeli, hogy ilyen eredetű terhesség valóban előfordulhat és ezért elő is fordul, de aránylag ritkán. Viszont sokszor szükséges a pilula mellett más gyógyszer szedése is és a jelzett nem kívánt interakció következménye véleménye szerint úgy csökkenthető, hogy a beteg a pilulát és a másik gyógyszert ne egy időben szedje be, hanem a kettő között legalább kétórás időköz teljen el.

Aszódi Imre dr.

Az „idős először szülők” 1990-ben. Resnik, R. (University of California, San Diego School of Medicine, San Diego, CA 92103, USA): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 693.

Négy évtizeddel ezelőtt vezették be az idős primipara megjelölést a 35 éves vagy idősebb először terhesekre. A Nemzeti Egészségügyi Statisztikai Központ

1975-ben kimutatta a 30–34 éves először szülők gyakoriságának megkétszereződését. Újabban kimutatták, hogy a magas színvonalú terhesgondozás kedvező kimenetelt biztosít még a 40 éves vagy idősebb nullipara és multipara terheseknek is.

Az életkorhoz kötött betegségek, mint a magas vérnyomás, a szénhidrát intolerancia, valamint a kromoszomális abnormalitások azonban gyakoribbak. A spontán vetélések mind a kromoszomálisan normális, mind az abnormalis egyedekben többször fordulnak elő.

A 30 éves vagy idősebb először szülők 49%-a diplomás, szemben a 20-as éveikben szülők 19%-ával. Ez a tendencia folytatódni látszik, mivel a 30–34 éves diplomás nők száma 1975 és 1987 között 50%-kal nőtt és ezek a házasságkötést későbbre halasztják. 1990-ben a 35 éves vagy idősebb nullipara nők eseteiben hangot kell adni a genetikai diagnózisoknak, a tanácsadásnak, a megfelelő terhesgondozásnak és a józan szülésvezetésnek. A növekvő számú első terhességet későbbre halasztóknak a kilátásaik kiválóak.

Jakobovits Antal dr.

A fogamzás késése orális fogamzásgátló használata után: az ösztrogén adagjá-

nak hatása. Bracken, M. B. és mtsai (Department of Epidemiology and Public Health, 60 College Street, New Haven, CT 06510, USA): Fertil. Steril., 1990, 53, 21.

Orális fogamzásgátlók szedésének abbahagyása után a koncepció rátája az első 3 hónapban kisebb, és utána tér vissza a normális szintre. A fogamzás késésének oka anovulatio vagy defektes ovulatio, ezeket mutatták ki leginkább ún. postpill amenorrhoeákban.

A szerzők 4186 terhes adatait vizsgálták, akik orális fogamzásgátlás után lettek terhesek. A koncepció és az orális fogamzásgátlás elhagyása közötti átlagos idő 5,88 ciklus, míg másfajta fogamzásgátlók esetén 3,18 ciklus.

Ha a fogamzásgátló ösztrogén tartalma 50 µg vagy több, a közép koncepció idő 4,79 ciklus, míg ha 50 µg-nál kevesebb, akkor átlagosan 4,01 ciklus. A koncepcióig eltelt idő tartama nem-szülteknél, alkoholt ivóknál hosszabb.

A szerzők leletei megerősítik azt a nézetet, hogy a fogamzás valószínűsége az orális fogamzásgátlás abbahagyása utáni első hónapban a legkisebb.

Jakobovits Antal dr.

KLION®



infúzió
tabletta
hüvelykúp
szuszpenzió

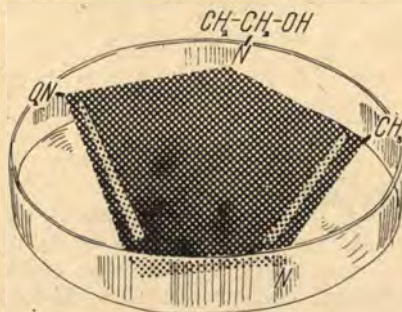
Hatóanyag: 1 tabletta 250 mg;
1 hüvelykúp 500 mg metronidazol tartalmaz;
a szuszpenzió 4,8 g-ot 120 ml-ben (125 mg/kávéskanál);
az infúzió 500 mg-ot 100 ml oldatban.

A Klion készítmények hatóanyaga, a metronidazol a *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* fertőzések ellen hatásos. Az anaerob baktériumok által okozott fertőzések szuverén gyógyszere. Mint ilyen, elsősorban a műtét fertőzések megelőzésére és kezelésére használják, ezenkívül stomatitis ulcerosa és aphthosa, septicaemia, bacteriaemia, agytályog, peritonitis stb. esetében.

A Klion tabletta az összes felsorolt indikációban használható, a Klion hüvelykúp csak trichomoniasisban Klion tablettával együtt alkalmazható.

A Klion szuszpenzió főleg gyermekek részére ajánlott trichomoniasis, amoebiasis, lamblialis esetében.

Klion infúziót antibakteriális terápiára alkalmazzák, elsősorban műtét fertőzések megelőzésére és kezelésére.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

QH

2285

PROFINFO kalendáriumcsalád 1991



A legelegánsabb
kalendárium-
család!

- modul rendszer
(gyűrűs szerkezet,
- kézzel festett,
egyedi bőrtokok,
- szakmai változatok,
- angol változat is!

Kérjen katalógust!

De inkább rendelje meg,
amíg még nem késő!

PROFINFO Kft. BUDAPEST 1399 Pf. 701. Tel.: 135-0771

MEGRENDELŐLAP

Megrendelem a **PROFINFO '91 Kalendárium:**

	KÉTRÉSZES		HÁROMRÉSZES	
MANAGER	7850,—		8250,—	
BANKÁR	7450,—		7850,—	
ORVOS	7450,—		7850,—	
JOGÁSZ	7450,—		7850,—	
ANGOL	7850,—		8250,—	
MINI	990,—			

barna/szürke változatát példányban,
gyűrűs háttértárolót..... db-ban,

valamint számológép- és tollkészletet..... garnitúrában,
(500,—/db), mindösszesen Ft értékben.

Jelen megrendeléssel egyidejűleg a vételár 50%-át befizettem, vállalom, hogy szállításkor a második részletet — számlájuk alapján — ki-
egyenlítem.

Kérem a kalendáriumokat az alábbi címre, névre szállítani:

Név:

Cím:

Közület esetén számlaszám:

1990. hó nap.

A **PROFINFO '91** korlátozott számban készül, ezért a megrendeléseket csak érkezési sorrendben tudjuk kielégíteni. Amennyiben a megrendelőlapot a PROFINFO Kft. címére visszaküldi, valamint a kiválasztott változatok vételárának 50%-át az MHB 202—13235 sz. számlára átutalja, ill. postautalványon címünkre befizeti, akkor a megrendelt kalendáriumokat legkésőbb 1990. november 15. és november 30.-a között az Ön által megadott magyarországi címre leszállítjuk. A vételár fennmaradó 50%-át a kiadványokkal együtt átvett számla alapján kérjük kiegyenlíteni.

.....
aláírás/cégszerű aláírás

Visszaélések a paramedicinával

T. Szerkesztőség! Teljes szívemből a sokszínű társadalom és az eltérő tevékenységek híve vagyok. Mégis, van egy izmosodóban lévő jelenség, amit sehogyan sem tudok szó nélkül megemészteni!

A paramedicinális diagnosztikus és gyógyító eljárásokat általában, elégséges mennyiségű ismeretek híján, még külön kérésre sem szoktam kommentálni. Megvallom, a régi keleti gyógymódok mai alkalmazásánál nem egy esetben a szemfényvesztés határát súroló jelenségeket tapasztaltam, azonban ezek lehetnek a módszerek újratanulásának gyermekbetegségei is. Sehogyan sem fér az eszembe a reflex-terápiának a talpmasszázs foglalkozó ága, amelyben pont azt a területet ingerlik, állítólag megkapóan hatásosan, amelyet eddig a gyalogjáró ember nap mint nap önmagától ingerel. A minap azonban egy olyan jelenséggel találkoztam, ami felháborított és egyfajta feloldhatatlan dilemmába hajtott.

Három külföldi orvos azzal az ajánlattal kereste meg egy igen jó nevű ipari részvénytársaságunkat, hogy az általuk művelt paramedicinális diagnosztikus és terápiás eljárások alkalmazásában partnerük legyen. Az eljárás lényege valahogy úgy hangzott, hogy az élő szervezet energizálásának csomópontjainál ők, módszerükkel be tudnak avatkozni, ezzel betegségeket megállapítani, s funkcionális állapotokat, valamint eltéréseket (esetünkben vesekövesség) jó irányban befolyásolni képesek. A veseköveket el tudják távolítani anélkül, hogy a beteghez akár hozzá is érnének!

A magyar partner engem kért fel szakértőnek, így a varázslást módomból volt mindvégig megfigyelni és diszkutálni.

A három külföldi orvos a kísérlethez kivonult társaság három tagját már az előző napon — mélyen az érintettek szemébe nézve — többszörösen betegnek nyilvánította: egyiküknek két jobb oldali, egy bal oldali vesekőve kellett hogy legyen, ezen kívül prostata-betegségben is szenvedett — a „beteg” egyébként teljesen panaszmentes volt —, valamint a jobb oldali főhőrgőben „volt valami”. Másikuknak ugyancsak vesekővei voltak, nő (multipara) lévén myomajja volt.

A harmadik páciensnek „csak vesekővei” voltak.

A kísérlet ultrahang-vizsgálattal kezdődött. A három külföldi tudós „pechére” mind a hat vizsgált vese teljes mértékben szabályos volt, sem kő, sem más eltérés nem volt kimutatható. A hölgy uterusában myoma-gyanús képletet nem találtunk. Ennek ellenére a külföldi orvosok egyike igen látványos mozdulatokat végzett a levegőben — a vizsgálat melletti helyiségben! —, mintegy kisöpörte a veseköveket a ve-

sékből. A tudósok és megfigyelők között azonban a vesék állapotát illetően nem alakult ki összhang, így azt proponáltam, hogy osztályos, két vesekővel is rendelkező, ettől szeptikus állapotban lévő betegünkől szíveskedjenek a köveket eltávolítani. Miután a mérhető, akusztikus árnyékokat is adó veseköveket kimutattuk, a külföldi orvoscsoporthoz vezetője elutasító álláspontra helyezkedett, mondván, hogy a betegnek nincs az eljárás-hoz elegendő ereje, ezért a gyógyító beavatkozást kontraindikálja!

Azt hiszem nem kell ezt a jelenséget különösebben kommentálnom. Az egészségeket hajlandók voltak „meggyógyítani”, a beteg embert erre nem találták alkalmasnak.

Az eset felháborított és elgondolkosztott. Három, önmagát tudományosan magas rangúnak, nemzetközi viszonylatban elismertnek feltűnő szakember, könnyű, gyors gyógyulást ígért általuk felismert, fenyegető megbetegedésből. Ehhez minden szükséges külsőséget, látványosságot biztosítottak olyan szinten, hogy laikusként bizonyára magam is ámulattal tiszteltem volna a paramedicinát hatalmát. A történet befejezéséig meg kell említenem, hogy a három „meggyanúsított” betegnek azóta is van egy bizonyos betegségtudata és bizonytalanságérzete. Úgy érzik, hogy talán mégis, a bizonyítatlan negatív ultrahangvizsgálat és panaszmentességük ellenére is lehet valami a tudósok által előrevetített betegségekben, csak azokat a mai orvostudomány nem képes megtalálni. Ezek az emberek, ha nem sikerül biztos és hatásos megoldást találni, kétségek közt fogják töltöni, legalábbis elkövetkező éveiket. S ha valamelyiküknek mégis kialakulna vesekövessége vagy más betegsége, kivédhetetlen a „lám, azok már évekkal ezelőtt megmondták!” reakció. Azt hiszem, hogy foglalkozásunknak és a betegek gyógyítása érdekében tett erőfeszítéseinknek egy újabb kihívással kell szembenéznie. A paramedicinát most igen nagy divatját éli, az eddig tiltott most átcsap ellenkező végletbe. Rádadásul jól látszik kihasználni azokat a területeket, ahol az orvostudomány valóban nem tud egyértelmű és hatásos eredményeket felmutatni. A talpmasszázsról olyan könyv került kezembe, amely a módszer vékonyka ismeretétésén túl „esetismertéseket” és hálálkodó leveleket tartalmaz; kiváló ráhangoló reklám.

Attól tartok, hogy a divathullámnak engedve az igazi betegek először a paramedicinális módszerek művelőit keresik fel. Egy idő után ugyan számíthatunk arra, hogy nálunk is megjelennek, de szinte bizonyos, hogy igen sokan már megkésve, vagyis a lakosság a gyógyíthatóság lehetőségeiből kimarad.

Ezt a gondomat azért kívánom közreadni, mert magam is tanácstalan vagyok. Nem vagyok képes a naponta előbukkanó új csodaszerek és módszerek minősítésére, nem tudom a konkolit a bűzától elválasztani, s félek attól, hogy ez a divathullám a lakosság amúgy is kedvezőtlen egészségügyi helyzetét tovább fogja rontani. Nem tudom,

mit lehetne tenni olyan helyzetben, amikor az óvó szándékú figyelmeztetés úgy hat, mint a hatalmi pozícióban lévő orvostudomány adminisztratív tiltása, s ezzel antipátiát kelt. Talán jó lenne, ha népszerű módon (pl. televíziós műsorban), felkészült vitapartnerek tárgyalnák meg, vitatnák meg a kérdéseket a paramedicinát reprezentatív képviselőivel! A hallgatás és a kérdés feletti napirendre térés rossz politika és elhibázott taktika lenne... Nem tudom, várom kollégáim észrevételeit is.

Mádi Szabó László dr.

Angiológiai vonatkozású végtagi műtétek diabeteseseken

T. Szerkesztőség! Nagy figyelemmel olvastuk Czenkár Béla dr. és munkatársai közleményét a diabeteses betegek obliteratív verőérbetegségei miatt végzett műtéteiről az Orvosi Hetilap 1990. évi 17. számában. Levelünkben saját diabetológiai-angiológiai tapasztalatainkat és eredményeinket szeretnénk összevetni a szerzők dolgozatában tárgyaltakkal.

Szerencsésnek tartjuk a szerzők azon megállapítását, mely szerint a vizsgált cukorbeteg érelzáródása az esetek felében a femoro-popliteális és iliacaalis régióban fordult elő, kedvező feltételeket teremtve az érsebészeti megoldásra. Biztató az a megállapításuk is, hogy még a III–IV. Fontaine stádiumban lévő betegeknek is a legtakarékosabb csonkolásra kell törekedni, mert számos esetben, csaknem reménytelennek tetsző végtagot lehet ilyen módon megmenteni. Hasonló megfontolások vezettek bennünket is egy korábbi — 25 éves — műtéti beteganyagunk feldolgozása során (Iványi J., Gyimesi A., Bányaí A. — Diabetol. Croat., 1989, 18, 205–209).

A gyulai Pándy Kálmán Megyei Kórházban 1986 óta működik 20 ágyas önálló érsebészeti. Négy év alatt 1751 műtét történt, közülük 177 diabeteses betegen 192 operatív beavatkozás. A férfi-nő arány és a betegek életkora megegyezik a szerzők adataival.

Sajnáljuk, hogy az egyébként kitűnő közlemény nem tartalmazza a betegek fontosabb diabetológiai jellemzőit (diabetes átlagos időtartama, típusa, kezelése, kontrolljának minősége), hiszen ezek a tényezők összefüggésben állnak a betegek angiológiai állapotával.

A szerzők alapvető kezelési módja 55 betegben érreconstruction, 23-ban lumbalis sympathectomia és 66-ban konzervatív terápia volt. A három kezelési csoportból összesen 20 nagyamputatio történt. Anyagunkban a végzett műtéteket illetően némi eltérés mutatkozott a szerzők által közöltől: érreconstruction 32, lumbalis sympathectomia 101, amputatio 45, egyéb 14 volt. A 45 amputatióból 42 suprapatellaris műtét volt, tehát amputációra került betegek többsége végtagját elvesztette.

Miben látjuk ennek a kedvezőtlen aránynak az okait?

1. A betegek későn jelentkeznek (a főleg mezőgazdasággal foglalkozó lakosság hajlamos betegségét elhanyagolni)

2. Kezdetben többségük elutasítja a műtét beavatkozását (háromból legalább kettő)

3. Még mindig akadnak rosszul gondozott (elhanyagolt) cukorbetegség

4. Érzékszervi szemlélet (lábmentés vagy életmentés? Aggodalom esetleges progressio, ill. sepsis miatt?) Halálozásunk kisebb, mindössze 10 beteget veszítettünk el a 14-gyel szemben.

Visszatérve a szerzők állásfoglalására a legtaparékosabb csonkolásokat illetően, az angiographia fontosságával egyetértünk, bár költséges vizsgálat (kórházunkban jelenleg az alsó végtag angiographia 5000 Ft).

Az amputatio szintjének kiválasztásában szerepe van a perifériásan (sarkon és öregujjon együttesen) mért artériás systolés vérnyomásnak, mivel 40–45 Hgmm feletti értékek esetén alacsony amputatio esetén is várható gyógyulás (Apelqvist, I. és mtsai: Diabetes Care, 1989, 12, 373–78). Mások a Doppler-index használhatóságát emelik ki: 0,5-nél nagyobb index esetén a periférián (ujjak) is várható gyógyulás, míg 0,25 alatt a femoralis amputatio nem kerülhető el (Lelkes J., Tátrai I., Radics É.: Előadás a Magy. Diab. Társaság dunajvárosi X. Kongresszusán 1990. április 23-án).

A lumbalis sympathectomiák kérdésében a szerzőknél aktívabbak vagyunk (23-mal szemben nálunk 101). Ennek részben az az oka, hogy eddig nem végezhetjük el az autonóm idegrendszeri károsodás megítélésére szolgáló parasymphathicus és sympathicus — egyébként időigényes — vizsgálatokat. Másrészt a sebészeti emberességi okok is motiválják amikor még egy kísérletet tesz a keringés javítására sympathectomiával.

Adataink összevetéséből kitűnik, hogy az ország különböző részein a diabeteses angiopathiák ellátását (sebészeti és/vagy konzervatív) illetően jelentős különbségek vannak. Törekedni kell arra, hogy még szorosabb diabetológus—érsebész együttműködéssel a meglévő különbségek csökkenjenek.

Bányai T. dr.

Taybani J. dr.

Zámori Cs. dr.

Iványi J. dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel vettük Bányai dr. és munkatársai észrevételeit az Orvosi Hetilap ez évi 17. számában megjelent közleményünk kapcsán.

A hozzászólás több kérdéskört érint.

Az egyik az amputatio. Anyagukban 45, feltehetően nagyamputatio (25,4%) szerepel, amelyből 42 suprapatellaris. A hozzászólás ugyanakkor sajnálatosan nem tér ki a kisamputatiók számára, amely saját anyagunkban, az összes betegre vonatkoztatva 61 (42,4%). Ily módon a két beteganyagban az amputatiók (kis és nagy) tényleges aránya nem hasonlítható össze. Az mindenestre tény, hogy a t. Hozzászólók kb. kétszer annyi nagyamputatiót végeztek (25,4%) mint mi (13,9%). Nagyamputatiókik zöme suprapatellaris, míg magunk ezt a

szintet csak az esetek 50%-ában választottuk. A fennmaradó 50%-ban (10 eset) infarpatellaris amputatio történt.

E kérdéshez kapcsolódik az amputatio szintjének megválasztása. Magunk ennek eldöntésében főleg az angiographiát és a végtag állapotát tekintjük mérvadónak. Az artériás systolés vérnyomásnak, a Doppler-indexnek csak másodlagos szerepet tulajdonítottunk. E véleményünket megerősítette László és Jeszenszky, az Egri Angiológiai Napokon elhangzott előadása („Értegek amputatiós és rehabilitációs eredményei, esélyei”), amelyben a nagy tapasztalattal rendelkező szerzők megállapítják, hogy „... az amputációs szint meghatározásában szinte kizárólag az anamnesis és a fizikális vizsgálatot szabad figyelembe venni. Többéves... tapasztalat, hogy az értegek gangraenás amputatiók kb. $\frac{2}{3}$ -a lábszár-szinten begyógyul. Lábszáramputatio után sokkal kedvezőbb rehabilitációs eredményeket lehet elérni...”

Anyagunkban a lumbalis sympathectomiák alacsonyabb számát az magyarázhatja, hogy arányosan, kb. kétszer több reconstructív műtétet végeztünk. Nem szabad szem elől téveszteni azt sem, hogy mindkét összehasonlított beteganyagban diabeteses betegekről van szó, akikben jeleltos %-ban alakulhat ki „auto-sympathectomia”. A sympathectomia indikációjában további segítség lehet vasodilatátorok adása, melyek a még működőképes erekre hatva a bőr hőmérsékletét növelik. Mindezt összegezve és figyelembe véve kissé magasnak tűnik a t. Hozzászólók anyagában említett 57%-nyi sympathectomiás arány.

A hiányolt, fontosabb diabetológiai jellemzők részletesebb kimunkálása nem képezte dolgozatunk tárgyát. Bár e sajátosságok valójában befolyásolják az angiológiai statust, de dolgozatunk célkitűzése az volt, hogy a már kialakult, változó súlyosságú és localisatiójú állapotok milyen kezelést igényelnek.

És végül még két gondolat.

Az egyik a költség és haszon kérdése. Úgy gondoljuk, 5000 forint elenyésző, és mindenképpen előteremtendő pénz egy angiographiáért, ha azt egy sikeres reconstructio „értékével” állítjuk szembe. A másik: egyetértünk Hozzászólók azon megállapításával, miszerint „törekedni kell arra, hogy még szorosabb diabetológus—érsebész együttműködéssel a meglévő különbségek csökkenjenek” de kiegészítve azzal, hogy a kiegyenlítésnek csakis tökéletesedő módszerek bevezetésével szabad bekövetkezni.

Czenkár B. dr.

Horváth T. dr.

Panka L. dr.

A terheesség alatti munkahelyi hatások teratogenitására.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1990. máj. 27-i 21. számában megjelent Király János dr. és Czeizel Endre dr. „A terheesség alatti munkahelyi hatások teratogenitálásának értékelése” c. közleményéhez legyen szabad hozzászólnom.

A kállói közös tanács három községét

(Kálló, Erdőkürt, Erdőtarcsa) szorosan mezőgazdasági terület övezi. A helyi ipart főleg az Építőipari Ktsz és a kállói Vörös Csillag Mgtsz képviseli. Ezek dolgozóinak elválasztása a mezőgazdaságtól nem lehetséges, mert a segédüzem dolgozói a térsztagok hozzátartozói, és mint ilyenek, részt vesznek pl. a mákföldek, a burgonya és kukorica megművelésében. A Ktsz dolgozói is részben családtagjaik révén kapcsolódnak a mezőgazdasági munkához.

Develem megírásához a helyi (három község) mezőgazdasági vegyszeres védekezés adta az indítékot. A nagyüzemi vegyszeres védekezés hatása alól a község lakói nem lehetnek mentesek. A vegyszeres védekezést a Tsz főleg repülőgéppel véggezteti. (Régebben helikopterrel.) A nagyüzemi táblák a községet szorítógyűrűben tartják. Sok lakóház a permetezett területtől 50–100 m távolságra van. A község adottságai miatt a légi úton kiszórt vegyszer a község lakóihoz is eljuthat. Ennek számos bizonyítéka ismeretes. Azon oknál fogva, hogy hazánkban a mezőgazdasági vegyszerezés lakóhelyünkhöz hasonlóan történik, a nyilvántartott munkahe-lyek szerint a mezőgazdasági káros hatások tulajdonképpen nem követhetők nyomon. Emiatt számolni kell azzal, hogy a teratogenitás miatt a mezőgazdasági vegyszerezést nagyobb felelősség terheli. Ezt a véleményt még akkor is fent lehet tartani, ha a közle-nyükben szereplő ipari vonatkozású congenita- lis anomáliák eltérőek a tisztán mezőgazdasági anomáliáktól. A különféle hatások módosít- hatják egymást, és ettől az eltérő eredmény.

A mezőgazdasági vegyszerezésben az utóbbi években olyan változás történt, ami lehetségessé teszi a káros hatások fokozódá- sát. Nemrégiben még a Sys 67 MeFl gyomirtó elszóródását, ki nem jelölt helyre jutását, házikertjeink károsítását egyszerű rátekin- tessel meg lehet állapítani (levelek, főleg szőlőn, gyümölcsök karakterisztikus tönk- remenését). Mióta ezt a gyomirtót Wofatox- szal keverve permetezik, a kerti növények a bizonyító tüneteket nem mutatják és hiába fordulunk szakértőkhöz, az Állami Biztosító- hoz, vagy a növényegészségügyi felügyelőjé- hez, mintavétel nélkül elutasítás a részünk.

Miután a szakterületek ignorálják a dol- got, e sorok írása közben is közepes erőssé- gű szélben, megsérve a polgári repülésről szóló 17/1981(VI.9.) MT rendelet 29 §(5) be- kezdését, 1990. április 13 óta, rendszerint nagy szélben is folyamatosan permeteznek. Úgy látszik, a KÖJÁL és a megyei növénye- gészségügyi állomás felügyelője ígéretei el- lenére nem ellenőrzik a szabályszerűséget.

Ilyen vegyszerezés után legyen szabad vizsgálódásuk helyszíni kiterjesztését java- solnom. Ha rövid távon a congenitális ano- máliák merészebb fellátását sikerülne elér- ni, vele együtt az állami intézkedéseket ki lehetne váltani a heveny és távoli (carcino- gen és mutagen) hatások megelőzésére vagy legalábbis csökkentésére is.

Igyekeztem mondanivalómat rövidre fog- ni. Lehet, hogy emiatt kissé hézagos. Remé- lem így is használok vele. Céлом csakis ez.

Pataki János dr.

KÖNYVISMERTETÉSEK

Lapis Károly: *Pathologia. Medicina*, Budapest, 1989. 1259 oldal, 3 kötet, 1019 ábra, 50 táblázat.

Pathologiai tankönyvet vagy kézikönyvet írni Magyarországon nagy felelősség, mert az, amíg egy újabb könyv meg nem jelenik, a orvosoknak meg az orvosoknak is, a klinikai szaktárgyak alapjául szolgál. Nagy feladat, mert a magyar kóroncok professzorok az elmúlt évtizedekben mindig kitűnő ismeretanyagot sűrítő, jól használható tankönyveket írtak, az elődök is köteleznek tehát. Ezt a felelősséget vállalta Lapis Károly professzor, amikor az orvosképzés valamennyi elméleti és gyakorlati problémáit ismerve, hosszú tanári gyakorlat birtokában, új pathologiai tankönyv megírására vállalkozott. Az elmúlt 10–15 évben az orvosbiológiai tudományok rohamos fejlődése nagyon sok új „tankönyvi” adatot eredményezett, logikus tehát, hogy ezeket az ismereteket tankönyveinknek is tükröznie kell. Ez a fejlődés természetesen új perspektívákat nyitott, a jórészt morfológiai eszközökkel vizsgáló pathologus számára is. A feladat tehát az volt, hogy a klasszikus morfológia, a kóroncban és kórszövettan tananyaga mellé, annak kiegészítésére, oda kellett illeszteni a betegségek megértésének új és konkrét magyarázatát. Szükségessé vált a pathologia határterületeinek és új módszereinek alapismereteihez való hozzáépítés.

Sokat változtak ugyanis ezáltal az egyes kórfarmák alkotott elképzeléseink is. Nehéz helyzetben volt tehát a szerző, amikor a sok információt szelektálnia kellett, és a megszabott vagy az átszabandó keretek közé a legfontosabbakat kellett beszorítani. Ez volt az oka annak, ahogyan előszavában írja, háromszor kényszerült a tankönyvet lerövidíteni.

Ismeretesenem nem az a célja, hogy a könyvet fejezetenként kivonatoljam, kommentáljam, vagy bíráljam. Céлом inkább az, hogy annak használhatóságáról és hasznáról írjak.

A szerkesztés hagyományos jellege mellett számos hasznos újítás is található a könyvben. Az első kötet általános pathológiát, a másik kettő a részletes pathológiát tartalmazza, mégis az egyes fejezetek beosztása, tematikája sok új vonást tükröz. Új megközelítés az anyagcsere betegségek pathológiája című fejezet, amelyhez számos, valóban az anyagcsere megváltozásával kapcsolatos, és így módon egységbe foglalható kórkép került. Indokolt volt ugyan-ezen kötetben az immunopathologiai kórképeket is közös alapra helyezni. Itt is már ismert betegségek kaptak pathologiai bázist és megfordítva, pathologusok ismerkedhetnek meg ismert elváltozások immunopathologiai mechanizmusával.

Újszerűen hat a „A szövetrovétel és differenciálódás zavarai” című fejezet

is. Az általános pathologia kötet legsikerültebb részének a daganatpathologia című fejezetet tartom. A daganatpathológián túlmenően a daganatkutatásnak itt számos modern aspektusa megtalálható. A hosszú időn át íródott könyvben — e fejezet tanúsága szerint — a terjedelmet nemcsak csökkenteni, hanem bizonyos értelemben átdolgozni is kellett, különben nem kerülhetek volna meg tárgyalásra a legújabb eredmények. A tankönyv nagy érdeme még, hogy világosan kifejti számos kórfarmának, örökölhető betegségeknek, fejlődési vagy genetikai hátterét.

Élményt jelentett számomra az életfontos szervek pathológiájának rendkívül korszerű és ugyanakkor részletes ismertetése. Gondolok itt elsősorban a szív- és érrendszer, a máj, a tüdő, a vesebetegségek pathológiájára. Különösen tetszett és pedagógiai szempontból is fontos az egyes elváltozások okainak és okozatainak táblázatos összefoglalása. Ilyen kitűnő összeállítás például a 28-as táblázat, amely a szívizomtúltengés leggyakoribb okait foglalja össze, vagy ugyanezen fejezetben a 31-es táblázat, amely a cardio-myopathiák csoportosítását tartalmazza.

Az áttekinthetőséget szolgálja egyes külföldi tankönyvekben és kézikönyvekben bevezetett szokás (J. Rosai: *Ackerman's Surgical Pathology*), hogy a fejezet elején feltüntetni az alfejezetek címét és azok vázlatát.

A háromkötetes munka tankönyvnek készült, joggal merül fel a kérdés, vajon alkalmas-e tankönyv céljára ez a hatalmas energiát és szorgalmat mozgósító munka. Bizonyos, hogy a pathologia valamennyi ágazata ebből jól elsajátítható. Stílusra olyan, hogy azok számára is érthető, akik az adott témakörrel először találkoznak. Az kétségtelen, hogy hatalmas ismeretanyagot foglal össze, és nagyon sok adatot tartalmaz, de pathologia tankönyvben az igényesség feladása nélkül, kevesebbet írni alig lehet. Megegyezés kérdése csupán, hogy a kóroncban szigorlat számára mennyi az a kötelező penzum, amelyet a hallgatónak birtokolnia kell.

Ez a könyv azonban nemcsak orvosoknak készült, hanem kielégíti a szakorvosjelöltek és szakorvosok igényeit is, azaz más szóval, nagy segítséget jelent a szakvizsgára történő felkészülés, sőt a mindennapos diagnosztikus tevékenység számára is. Nagy kár, hogy éppen anyagi megfontolások alapján, bizonyos korlátokat szabtak a könyv terjesztése elé.

Néhány kritikai megjegyzést is szabad legyen tennem. Többször előfordul, hogy a táblázatok vagy a rajzok nincsenek kellő magyarázó szöveggel ellátva. Ilyen például a 97, a 167, a 182-es ábra és még jó néhány. Különösen zavaró ez akkor, ha az ábra vagy táblázat rövidítéseket is tartalmaz. Nyilván a magyarázatok a terjedelemsökkentés ál-

dozatai lettek. A 38. táblázat a WHO 1977. évi tüdődaganat felosztása nyomán készült. Azóta már van újabb (1982) WHO beosztás is. A lágyrész daganatok az általános daganat pathologiai fejezet mesenchymalis eredetű daganatok alfejezetben kerülnek ismertetésre. Valószínűnek tartom, hogy ez a csoport a jövőben önállósul, a részletes pathologia önálló fejezetévé válik.

Amint a szerző is hangsúlyozza, a kóroncban tankönyv alapvető komponense az ábraanyag. A könyv valóban gazdag és többségében sikerült képeket mutat be. A szövettani ábrák mellett feltűnően sok jó makroszkópos elváltozás is látható. Nyilván nem a szerzőn múlott, hogy a reprodukciók egyes esetekben nem a legkiválóbbak. Különösen vonatkozik ez a makroszkópos színes felvételekre.

Összefoglalva megállapíthatom, hogy Lapis Károly professzor *Pathologia* című tankönyve a orvosoknak és persze a magyar pathologusok számára is nyereség. Rendkívül igényes, magas színvonalú munka, és mindazoknak, akik a kóroncban tanulják vagy gyakorolják, nagy segítséget jelent, de haszonnal forgathatják azok az orvosok is, akik egy-egy kórkép pathológiájának, pathomechanizmusának, legújabb szemléletének megismerését, vagy régebbi ismereteik felfrissítését várják a könyvtől. Mindnyájunk érdeke, hogy a mű mindenki számára hozzáférhető legyen.

Sugár János dr.

Auge und Allgemeinleiden — Der Augenarzt als Konsiliarius. Hauptreferate der XXIV. Essener Fortbildung für Augenärzte Herausgegeben von Otto-Erich Lund und Theo N. Waubke. Bücherei des Augenarztes, Band 118. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1989. Ára: DM 84,—

Az Essenben, 1989 februárjában tartott szemészeti továbbképző anyagát tartalmazza a 286 oldalas könyvecske a müncheni Otto-Erich Lund és az esseni Theo N. Waubke professzorok szerkesztésében. A jobb megközelítést 208 egyszerű kép, valamint 88 táblázat szolgálja. A 21 fejezetből álló mű 28 közleményt tartalmaz. A 40 szerző többsége szemorvos, de szerepel közöttük belgyógyász, onkológus, dermatológus, neurológus, fül-orr-gégész, genetikus, neonatológus, endokrinológus és reumatológus is. Minden közlemény végén német és angol nyelvű összefoglalás, valamint irodalmi jegyzék található. Az alaposságra jellemző a 754 igen pontos és friss irodalmi adat.

A szemtünetek értékelése nélkülözhetetlen segítséget ad a klinikusnak az általános és szisztémás betegségek diagnosztikájában, differenciáldiagnosztikájában. A szem megbetegedhet általános betegségek következtében, de olyan elváltozások is kialakulhatnak a szemben és környékén, melyekből következtetni lehet más betegség jelenlétére. Mivel a szem fejlődésénél

különböző rétegekből tevődik össze, magyarázza a szemnek az egyes rendszerbetegségekben való részvételét.

A szemészeti vizsgálmódszerek non invazivak. Többségük optikai úton végezhető el. A konvencionális eljárásokat, melyek többségét szubjektív módon végeztük (visus, fundus, látótér stb.), ma már objektív módszerekkel fejlesztették (fundusfoto, fluoreszcín angiográfia, UH, CT, perimetria, ERG, myográfia stb.). Ezen új lehetőségeknek nem csak objektív értékei, de dokumentációs előnyei is jelentősek.

A szemész, mint konziliárius a szemfenéki erek állapotának megítélésével támogatja a belgyógyászt, kardiológust, angiológust, sebészt stb. A retina és a n. opticus elváltozásainak meghatározásával (pangás, vérzés, ödéma) a neurológust segíti. A közös, határterületi problémák megoldására alakult ki az ophthalmoneurológia, ophthalmoneurológia. A szülés vezetésének módjára is adhat javaslatot a szemorvos nagyfokú myopia, retinopathia esetén. Családtervezésnél szintén nagy jelentőségűek a genetikai károsodások várható szemészeti vonatkozásai. A reumás betegségek okozta, gócos eredetű endogén uveitisek diagnosztikája és terápiája csak közös kooperációval végezhető el. A bőr-betegségek (rosacea, herpes zoster, fényártalmak stb.) kapcsolata a szem elváltozásokkal érthető. Az endokrin betegségeknél a szemészeti anomáliáknak nemcsak diagnosztikai, hanem prognosztikai jelentősége is van. Gyakori, hogy az általános betegségek szempanaszokkal jelentkeznek (myopia hirtelen kialakulása, fiatalkori katarakta, szemfenéki bevérvések stb.), a diabétesz egyik tünete, de a sclerosis multiplex is jelentkezhet a többi tünetet megelőző monoszimptomásan stb.). A különböző fertőző, szepitikus megbetegedések is gyakran jelentkezhetnek első szemtünetként. Általánosan adott gyógyszerek mellékhatásai (szteroidok, atropin tartalmú gyógyszerek, anticoncipiensok stb.) is kiválthatnak szempanaszokat, mint ahogy a szem lokális terápiájában használatos gyógyszerek (antibiotikumok, mydriatikumok, glaukómaellenes gyógyszerek, szteroidok stb.) is okozhatnak nemkívánatos általános tüneteket. Pályaválasztási tanácsadásnál, a különböző foglalkozások végzéséhez, a közlekedésben stb. is megvannak a szemészeti követelmények. A koraszülöttek életben maradására (ROP), az AIDS-es betegek számának növekedése stb. egyre több szemészeti problémát vet fel, de a fenti néhány kiragadott példát még hosszasan lehetne sorolni. Ilyen és hasonló jellegű kérdésekre kap választ a szakember a könyv olvasása során.

A 21. fejezet tartalmát összeszűrteni képtelenség, de a címek, a szerzők felsorolása, valamint az egymondatos összefoglaló talán jobban megragadja az érdeklődést.

1. A bőrbetegségek szemtünetei (G. Plewig, K. Sundmacher). A rosacea szemészeti komplikációit, az Isoretionin-terápia nemkívánatos hatásait a szem és a központi idegrendszerben, valamint a bőr-

gyógyászatban használatos PUVA- vagy UVA-terápia mellékhatásait tárgyalja.

2. A keringési betegségek szemtünetei (F. A. Sprengel, J. Bogner, H. Füessl, H. Matuschke, M. Middelke, O.-E. Lund). Az artériás és vénás okklúziók, amaurosis fugax, a hypertonia, diabétesz és AIDS betegségek szemtüneteit, diagnosztikáját és a terápiás lehetőségeket foglalja össze. Különböző betegségcsoportokban ismerteti a fejezet, hogy milyen fundus elváltozások jöhetnek számításba a differenciáldiagnosztikában és a prognosztikában.

3. Hematológiai megbetegedések szemtünetei (G. K. Lang, G. O. H. Naumann). Anémiák, disszeminált intravasculáris trombózisok (DIC), a limfatikus rendszer megbetegedései, malignus limfómák, a RES megbetegedéseit, valamint a trombocitaképzés zavarait tartalmazza. Külön kiemelendő az a táblázat, mely a vérvérképző-rendszerei betegségek szemtüneteit foglalja össze.

4. Reumás betegségek szemtünetei (H. Warnatz, K.-B. Mellin). Összefoglalja a Reiter-szindróma, Sjögren-szindróma, juvenilis reumatoid arthritis, szisztémás immunbetegségek, sarcoidosis, polymyalgia rheumatica, Behcet-szindróma, Bechterev, Crohn-betegség, krónikus polyarthritis, arteriitis temporalis, lupus erythematosus disseminatus (LED), Wegener-f. granulomatosis, dermatomyositis, polymyositis szemtüneteit, de ismerteti ezen betegségek terápiájának mellékhatásait is.

5. Szepitkémias szemtünetek (A. A. Biasiewicz, U. M. Mayer). A nyugati államokban a leggyakoribb oka az endophthalmitisnek a Candida albicans, ez után a bacillus cereus és a streptococcusok következnek. Bemutatja a preretinalis, retinalis, retinohorioideális típusokat, a subretinális granulómát és panophthalmiát. A rizikó tényezők: egyéb kórokozók, drogabusus, májkárosodás, vírus hepatitis, krónikus alkoholizmus, sebési fertőzések, kor (újszülött, agkor), szekunder immundefekt szindróma, diabétesz, kahexia stb. Diagnosztikai tudnivalókat is ad, a terápiás tudnivalók között a vitrektómiát is megemlíti. (120 irodalmi adat!)

6. Immunbetegségek szemtünetei (G. F. Scheiffarth). Az allergiás, autoimmun és az immundefekt betegségek szemtüneteit ismerteti. A patológiai tényezőként a humorális és celluláris mechanizmust tünteti fel. Az uvea, conjunctiva, cornea és a retina betegszik meg a leggyakrabban ebben a betegségcsoportban.

7. Endokrin betegségek szemtünetei (G. Benker). A pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy (Ca anyagcsere), mellékvese megbetegedések okoznak leggyakrabban szemtüneteket. Az endokrin eredetű orbitopatiákat az immunbetegségekhez sorolja. Itt említi meg a hipotalamusz és hipofízis, gonádok, táplálkozás és anyagcsere zavarok okozta szemelváltozásokat, különös tekintettel a patogenezisre. Kitér a leggyakoribb diagnosztikai tévedésekre az igen részletes (táblázatok, ábrák, CT felvételek) diagnosztikai részben.

8. Szemészeti konzílium a belgyógyászati onkológiában (G. Krieger, M. Vogel). Az intraokuláris metasztatizások többségét a mamma karcinóma okozza, ezt követi a bronchus karcinóma és a leukémia (3–5 év után). A szem primer tumora többnyire a mamma és a tüdő fele szóródik. Igen biztatóak a citosztatikumokkal végzett terápiás próbálkozások.

9. Neurológiai tünetek és szemmozgáskárosodások (H. M. Mehdorn, E. Mehdorn). A traumatológiai rész az oculomotorius és az opticus sérüléseit ismerteti. Nem csak a fejezet, de a könyv legszebb része (csodás CT felvételek) a „Térszűkítő folyamatok az elülső látópályán” c. alfejezet, mely részletezi a chiasma táji megbetegedéseket, a hipofízisadenómák, kraniopharingeómák, meningeómák, aneurizmák, az opticus és chiasma táji gliómák, valamint az orbitatumorok szemészeti vonatkozását. Didaktikailag kiemelkedik a koponya- és agytraumával foglalkozó rész. A szemorvosnak különösen hasznos az „Agytumrok” és az „Orbitatumorok” című útmutató.

10. A szemmozgáskárosodások neurológiai tünetei (W. Büchle). Szemléletesen mutatja be a központi szemmozgató rendszer alapjait. Részletezi a szupranukleáris, internukleáris és infranukleáris okulomotorius károsodás neurológiai okait, a terápiás lehetőségeket. A diagnosztikai rész bemutatja a szemmozgásvizsgálatokat, ortoptikai eljárásokat, kitér az inspekció, tapintás jelentőségére, ismerteti a réslámpás vizsgálatot, az auscultatio szemészeti alkalmazását, a nálunk alig ismert „tekintésirányú tonometriát”-t (exophthalmosus betegek tenziómérésénél alkalmazandó), a csipeszpróba, UH, nystagmográfia jelentőségét. Igen sajnálatos, hogy helyszűke miatt itt nem részletezhető a differenciáldiagnosztikai — igen tetszetősen ábrázolt — rész. Ez a fejezet a könyv legértékesebb része.

11. Agyi atrophias folyamatok és a szem (O.-E. Lund). A diffúz senilis dementia, a dementia praesens (Alzheimer) és a szisztémás (Pick) atrofia, a spinális, bulbáris izomatrofia, spinocerebelláris ataxia szemtüneteit (funduskép, funkcionális károsodások) foglalja össze.

12. Muñkahely és a szem — látás és hivatás (H.-J. Merté). Ismerteti a nyugat-németországi látásélességi előírásokat a különböző foglalkozásokban; a fénytörési hibák mennyire szűkítik le a pályaválasztást, de részletezi a követelményeket az adaptáció, látótér, binokuláris látás, színlátás és egyéb, konstitucionális eltéréseknél.

13. Látásigények a közlekedésben (B. Lachenmayr). A gépkocsivezetők információi és feladatai: érzékelés, felismerés, reakció. Ezen kritériumokat dolgozza fel nagy alaposággal, táblázatok és fotók bemutatásával.

14. Retinopathia praematurorum: profylaxis és terápia (E. Bossi, F. Körner). Több táblázat tartalmazza az 1000 g alatti koraszülöttek vaksági statisztikáját. Részletezi a

szemészeti vizsgálat jelentőségét, klasszifikációját, a profilaxist. Ismerteti a kriterápiát, a lényegét, valamint a vitreoretinális beavatkozási formákat.

15. A szem gyulladási megbetegedései a gyermekkorban (H. Busse, E. Harms). A leggyakoribb a Chlamydia (paratrachoma) okozta megbetegedések, de ebben a korban kell számolni a toxoplazmosis kongenitális formájával is. Különösen nagy jelentőségűnek ítélt meg a reumás eredetű gyulladási betegség, mely többnyire az uveát károsítja.

16. Genetikai vonatkozású betegségek szemészeti tünetei. (A. Schmidt, W. Hammersstein). A részletes genetikai bevezető után a legjelentősebb és leggyakoribb genetikai eredetű betegségeket ismerteti: albinizmus, aniridia, retinoblastoma, retinopathia pigmentosa, retinoschisis, valamint számos szindrómás betegség sorolható ide.

17. A szemorvos fül-orr-gégészeti tevékenysége (K. G. Riedel, H.-W. Pau). Topográfiai bevezető után a traumák, melléküreggyulladások orbitális komplikációit, valamint a sinusokból áttörő tumorok szemészeti vonatkozásait ismerteti. Részletesen kitér a fókusz teóriára.

18. Gyógyszerek káros mellékhatásai a szemészeti gyakorlatban (U. Müller-Breitenkamp, O. Hockwin). A lokális mellékhatásokat lokálisan alkalmazott gyógyszerekkel, lokális mellékhatásokat szisztémásan alkalmazott gyógyszerekkel és szisztémás mellékhatásokat lokálisan alkalmazott gyógyszerekkel részletezi.

19. Anyagcserebetegségek szemtünetei (K. v. Werder, J. Wollensak). Az endokrin/anyagcserebetegségek szemtüneteit az alábbi betegségekben tárgyalja: Basedow-kór, diabétesz, hyper-, hypoparathyroidizmus, pheochromocytoma, hipofízistumork, hypercholesterinaemia, hypertriglyceridaemia, Wilson-kór (ezen betegségek szemtüneteit táblázatban is összefoglalja).

20. Ionizáló és nem ionizáló sugárhatások a szemben (V.-P. Gabel). Ezen sugárhatások ismertetése molekuláris és celluláris szinten, több ábrával illusztrálva talál-

ható meg. Az ionizáló sugárhatás elsősorban a lencsén, szemhéjon, kötőhártyán, a retinán és az optícuson jelentkeznek. A fejezet tartalmazza a biokémiai alapokat, a fotokémiai hatást, valamint a termikus károsodást, a szemén áthatoló UV, látható fény és az infravörös sugárzás ártalmait.

21. A katarakta gyógyszeres terápiája (kerekasztal: Th. N. Waubke, H. Pau, O. Hockwin, R. Grewe). A kerekasztal résztvevői ismertetik a jelenleg még labilis talajon álló gyógyszeres terápia eredményeit, buktatóit. Tárgyalják a rizikófaktorokat, recepteket is bemutatnak.

A közlemények tömören, de jól érthetően foglalják össze a legfontosabb tudnivalókat, tartalmazzák a modern diagnosztikai és terápiás eljárásokat. A szűkre szabott terjedelemben természetesen nem ad módot bővebb részletezésre, több, az általános orvosi gyakorlatban előforduló tárgykört nélkülöz (szemészeti elsősegélynyújtás — traumatológia, rehabilitáció, műtői előkészítés stb.). A mű színvonalát emeli a bőséges és hibátlan dokumentáció (ábrák, fotók, táblázatok, irodalmi adatok). A kötet elsősorban a szemorvosok részére ad a 21 témakörből kitűnő áttekintést, de minden gyakorló orvos hasznát veszi, aki szabadulni akar a régi sablonoktól. A könyv minden szempontnak ajánlott, de ott a helye az orvosi munkahelyek minden területén. Megfelelő adaptálással magyar nyelvű kiadása is javasolt.

Betkó János dr.

Stemmführung nach R. Brunkow: Eine krankengymnastische Behandlungsmethode bei neuromuskulären Störungen. — Hg. Rose Marie Bold, Annemarie Grossmann, Roswita Block. — Enke, Stuttgart 1989. (94 oldal, 122 ábra). Ára: DM 24,—

A különböző mozgássérüléseknél alkalmazott gyógyító eljárásoknak kiforrásához, azoknak rendszerbe épüléséhez hosszú az út, és a szakemberek jó együttműködése révén születhet meg egy új módszer, mely az adott szituációban eredményes lehet.

A bevezetőben Václav Vojta vázolja a Bobath, a Doman-Delecató és Kabat kezelési elvek principiumait.

Roswita Brunkow a Homburg/Saar-i Neurológiai Klinikán nagyszámú különböző stereotaktikus operált extrapiramidális szindrómás beteggel foglalkozott. A korábban ismert reflexinhibíciós-positív Bobath-féle kezelési rendszer alkalmazása során alakította ki a maga „diszociációs-gyakorlatrendszerét”, amelyet az 1970-es amsterdami világkongresszuson, majd 1974-ben ismertetett, ahol nagy elismerést aratott. Életeművének publikálását 1975-ben bekövetkezett halála megakadályozta, de a részben munkatársai által alakult munkaközösség ezt összerendezte és kiadta.

A könyv 6 fejezetre oszlik.

Az első fejezet a gyógytorna szerepével, az új idegi pályarendszerek elméletével, a gyógytornászok szerepével, az izomfunkciók átrendezésével, az új pályák kialakításával foglalkozik, leírja a pályák kialakulásának korlátait. Analizálja a Brunkow-féle támaszkodási irányítás, hipotetikus legalacsonyabb vezérlési szintjét.

A felső és alsó végtag reflexmechanizmusa a Brunkow-féle aktivációval úgy alakítható, hogy definiálható izomösszehúzó-dásokat eredményez.

Brunkow asszony diszociációs gyakorlatait ma tartásvezetésnek nevezzük. A hibás mozgásautomatizmusokat a tartásvezetéssel fel lehet oldani és át lehet építeni.

A könyv a normál mozgásfejlődéstől elindulva elemzi a mozgásokat, a törzs és végtagok összerendezett támaszkodó mozgásait és leírja a manuális segítséget, amellyel új mozgásminták alakíthatók ki.

Gazdag fényképanyagon mutatja be a felső és alsó végtag, valamint a törzstámasztó gyakorlatokat. Az ábrákhoz bő magyarázó szöveg tartozik, mely a gyakorlatok pontos kivitelezését tárgyalja.

A könyv elsősorban gyógytornászoknak ajánlott, azoknak, akik cerebrales, vagy spinalis idegrendszeri károsodottak rehabilitációjával foglalkoznak.

Cser Imre dr.

HÍREK

Az Országos Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet Tudományos Bizottsága az Intézet Dísztermében tudományos ülést rendez, a Magyar Sportorvosi Társasággal közös szervezésben.

1990. október 31-én, szerdán 14.30 órakor

Az 1. előadás címe: A sportpszichológiai felkészítés stratégiája. Pszichoterápiás módszerek jelentősége a sportolók lélektani ellátásában.

Előadó: dr. Sule Ferenc főorvos (Sportmentálhygiénés Osztály)

A 2. előadás címe: A hegymászók sportpszichológiai problémái.

Előadó: Kubiszin Anna (Sportmentálhygiénés Osztály)

A Fővárosi László Kórház Tudományos Bizottsága 1990. október 24-én 14.00 órakor tudományos ülést rendez a kórház kultúrtermében (Budapest IX., Gyáli út 5.)

Program: Kongresszusi beszámoló

1. Szalka András dr.: Immunkompromizált betegek fertőzései. Peebles (Skócia).

2. Bánhegyi Dénes dr.: Symposium a fertőző betegségek aktuális kérdéseiről. Cambridge (Anglia).

3. Telegdy László dr.: A Májkutató Európai Társasága (EASL) 25. Kongresszusa, Budapest.

A Főv. Tan. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Rendelőintézet Tudományos Bizottsága

1990. október 24-én 14 órakor

tudományos ülést rendez a kórház tanácstermében.

Üléselnök: Dr. Rosdy Ernő

Műsor: 1. Dr. Keszler Pál: A spontán légmell patológiája, konzervatív és sebészeti kezelése.

2. Dr. Kiss Tamás: Rosszindulatú prostatadaganatos betegek kezelése osztályunkon.

3. Dr. Rónaszéki Aladár: Az atrio-ventricularis késés rövidülésének haemodinamikai következményei.

A Májkutató Alapítvány 1991. május 11–13. között Balatonaligán „Szabad gyökök szerepe biológiai rend-

szerekben” című konferenciát rendez nemzetközi részvétellel.

A konferencia témái:

— Szabad gyökös reakciók szerepének tanulmányozása orvosi biológiai, biokémiai és biofizikai szempontból

— Metodikai ajánlások a szabad gyöksszint mérésére, a sejt- és szövetkárosodás megítélésére

— Antioxidáns terápia megvitatása, a prevenció vagy a regresszió lehetőségei

A konferencia elnöke: Dr. Fehér János egyetemi tanár, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika igazgatója

A konferencia titkára: Dr. Blázovics Anna tudományos főmunkatárs, Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika

Az előadások (orális, poszter) bejelentését és a magyar és angol nyelvű előadáskivonatokat az alábbi címre kérjük: Dr. Blázovics Anna Tudományos főmunkatárs, Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika, 1088 Budapest, Szentkirály u. 46.

Beküldési határidő: 1990. december 31.

Kérjük, szíveskedjenek az abstractok megírásánál a nemzetközi szabályokat figyelembe venni.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(180/b)

A Főv. Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (1089 Bp., Üllői út 86.) pályázatot hirdet az újonnan kialakításra kerülő 10 ágyas szemé-
szeti osztály *osztályvezető főorvosi állására*.

A kinevezés határozott időre szól, az illetmény a szakmai gyakorlati idő figyelembevételével kerül megállapításra.

Az osztályvezető feladatát képezi az osztály és az integrált személyzeti szakrendelés irányítása.

Pályázati feltétel: szemesz szakorvosi képesítés és 10 éves klinikai szakorvosi gyakorlat.

A pályázónak meg kell felelnie az osztályvezető főorvosokkal szemben támasztott intézeti követelményrendszerben foglaltaknak. (Megtekinthető a Személyzeti és Oktatási Osztályon).

A pályázat elbírálásánál előnyben részesül a gyermekszemeszeti szakgyakorlattal rendelkező pályázó.

A pályázatokat a 7/1987. (VI. 30.) EüM sz. rendelet 1. sz. mellékletében foglaltak szerint a megjelenést követő 30 napon belül az intézet főigazgató-főorvosához kell benyújtani.

Gorács Gyula dr.
főigazgató-főorvos

(187)

Chinoin Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára
pályázatot hirdet
gyógyszerismertető osztályvezetői munkakör betöltésére

Feladatok: Tudományos gyógyszerismertetői propaganda tevékenység. Az ismeretterjesztés tervezése, szervezése, irányítása, új gyógyszerek bevezetésével kapcsolatos rendezvények, adatgyűjtések, stb. bonyolítása bel-
földön és külföldön egyaránt.

A munkakör betöltésének feltételei:

— Szakirányú egyetemi végzettség (lehetőleg orvosi vagy gyógyszerészeti diploma), a feladatkör jellegének megfelelő gyakorlat.

— Angol nyelvtudás.

A pályázat tartalmazza a pályázó:

— szakmai életútját is magába foglaló részletes önéletrajzát,

— munkahelyét, beosztását, munkakörü besorolását, jövedelmét,

— eddigi beosztásait, szakmai tudományos munkáját, annak eredményeit,

— szakmai és vezetői munkájára vonatkozó jövőbeni elképzeléseit,

— az alkalmazási feltételek meglétét tanúsító okiratok másolatát,

— személyes feltételeit, bérigényét.

Bérezés:

— Megegyezős alapján a munkakörre megállapított bértételen belül.

A pályázat beküldésének határideje:

A pályázat megjelenésétől számított 20 napon belül, a CHINOIN Gyógyszergyár (1325 Budapest, Pf. 110.) Személyzeti és Oktatási Főosztályára kérjük benyújtani.

A pályázattal kapcsolatban felvilágosítás: 169-2853-as telefonon.

A pályázatokat bizalmasan kezelik.

(188)

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Kórélettani Intézete (6725 Szeged, Semmelweis u. 1.)

pályázatot hirdet egy *tanársegédi munkakör betöltésére*.

Bérezés: 11 000—15 000,— Ft gyakorlati időtől függően.

Pályázati feltétel: orvosi diploma.

Az állás azonnal elfoglalható.

Szilárd János dr.
rektor

(189)

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (1528 Bp., XII., Szanatórium u. 2.) *főigazgató-főorvosa* pályázatot hirdet *klinikai szakképesítésű orvosok részére*.

Neurológus, belgyógyász, illetve mozgásszervi rehabilitációs szakvizsgálóval rendelkezők előnyben.

Idegen nyelvek ismerete szükséges.

A pályázatokat az Intézet Személyzeti és Oktatási Osztályára kérjük eljuttatni.

Bérezés kulcsszám szerint, végzettségtől és szolgálati időtől függően.

Varga Árpád dr.
főigazgató-főorvos h.

(190)

Az Igazságügyi Orvosszakértői Intézet (1363 Budapest, II. ker. Gyorskocsi u. 25. Pf. 31.) vezetője pályázatot hirdet *1 fő igazságügyi pszichológusi állás betöltésére*.

A felvételre kerülő pszichológusnak részt kell vennie az Intézet szakértői kirendeléseinek elmeorvosszakértői diagnosztikai és önálló szakértői feladatainak ellátásában.

A fizetés: megegyezés szerint, továbbá negyedévi „prémium” kiegészítéssel.

A munkakör betöltésének feltétele megfelelő pszichodiagnosztikai, illetve terápiás gyakorlat, képzettség, valamint három hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány.

Jelentkezni lehet az Intézet vezetőjénél 1358-726 telefonszámon.

Szabó Árpád dr.
intézetvezető

(191)

Pályázatot hirdetünk JAMUTROM MULTIMÉDIA I. típ. gép üzemeltetésére, orvosok, kozmetikusok részére.

A gép az alábbi műveletek elvégzésére alkalmas:

— helyi fogyasztás (2—5 cm) alkalmanként,

— iontoforézis,

— akupunktúrás kezelés,

— rántalanítás,

— mell-emelés.

A pályázat tartalmazza:

— telepítés helyét,

— gép üzemeltetésével megbízott dolgozó(k) számát, szakképesítését,

— felsorolt szolgáltatások igénybevételének várható nagyságát.

A pályázatokat SOLÁRIUM Kiszövetkezet, 1112 Budapest, Görbe u. 6/b. számra 1990. okt. 28-ig kérjük eljuttatni.

A pályázat elbírálásáról értesítést küldünk.

A GYÓGYSZERIPAR SZOLGÁLATÁBAN:

Levesszük a terhet az Ön válláról

Minden gyógyszer engedélyezéssel, preklinikai, klinikai kipróbálással, marketing és promóciós kérdéssel kapcsolatban forduljon a Pharmacross-hoz.

Szakértőink — Önnel szorosan együttműködve — vállalják az egyes feladatok megoldásának gondját.

Forduljon Pharmacrosshoz és kérjen tájékoztatást.

Pharmacross Research & Development • Telefon: 135-9740 • Fax: (361) 135-4565

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 10 950 példányban

A kiadásért felel Prof. Dr. Árkay István igazgató

Telefon: 1310-781

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,

a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)

(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900).

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

Szerkesztőség: 1361 Budapest V., Nádor u. 32. Pf. 9. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/123, 151

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félévre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.14082 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030—6002

VERAPAMIL

injekció

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, és ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést és csökkenti a perifériás ellenállást, valamint a szív oxigén-igényét.

HATÓANYAG: 5 mg verapamilium chloratum ampullánként (2 ml).

JAVALLATOK: supraventricularis tachycardiák kezelésére:

- sinus-ritmus helyreállítása paroxysmalis supraventricularis tachycardiákban, beleértve a Wolff-, Parkinson-, White és a Lown- Ganong-Levine szindrómákat is;
- fokozott kamrai frekvencia átmeneti csökkentése pitvarlebegésben vagy pitvarfibrillációban;
- a tocolysisben használt béta-sympathomimetikumok cardiovascularis mellékhatásának enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos hypotonia, cardiogen shock, friss myocardialis infarctus, másod- vagy harmadfokú AV-block, sick sinus syndrome (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), súlyos congestív szívelégtelenség (kivéve, ha ez Verapamillal kezelhető paroxysmalis supraventricularis tachycardia következménye), digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: kizárólag intravénásan alkalmazható! A Verapamilt lassú intravénás injekcióként, legalább 2 perces időtartam alatt kell beadni, folyamatos EKG- és klinikai ellenőrzés mellett. A kívánt hatás elérése után az injekció alkalmazását abba kell hagyni! Javasolt adagja **felnőtteknek** 5-10 mg (0,075-0,15 mg/kg), 2 perc alatt beadva. Amennyiben a várt hatás nem érhető el ezzel az adaggal, a dózis 30 perc múlva megismételhető. **Idősebb** betegeknél óvatosságból ajánlatos az injekciót 3 perces időtartam alatt beadni.

Kombinált kezelés: chinidinnel (Chinidinum sulfuricum), procainamiddal (Procainamid), digitalis-készítményekkel kombinálható, utóbbi esetben azonban figyelembe kell venni súlyos bradycardia és AV-block jelentkezésének lehetőségét!

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, a betegek kis hányadánál (főként az AV-blockban vagy szívizom-károsodásban szenvedőknél) azonban életveszélyes mellékhatások is felléphetnek (pitvarlebegésben, pitvarfibrillációban fokozott kamrai frekvencia, súlyos hypotensio, extrém bradycardia, asystole). Általában azonban legfeljebb enyhébb mellékhatások fellépésére kell számítani: hypotensio, bradycardia, tachycardia, szédülés, fejfájás, hányinger, hányás, obstipatio, allergiás reakció.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos az együttladás:

- intravénás béta-blokkoló szerekkel néhány órán belül (mindkét szer csökkenti a szívizom kontraktilitását és lassítja az AV-átvezetést);
- Disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakciók veszélye miatt).

Óvatosan adható együtt:

- antihypertenzív szerekkel (ezek hatását növeli);
- plazmafehérjékhez nagy affinitással kötődő anyagokkal, pl. salicylatokkal (mivel a Verapamil is erősen kötődik);
- digitalis-készítményekkel (súlyos bradycardia és AV-block kockázata miatt).

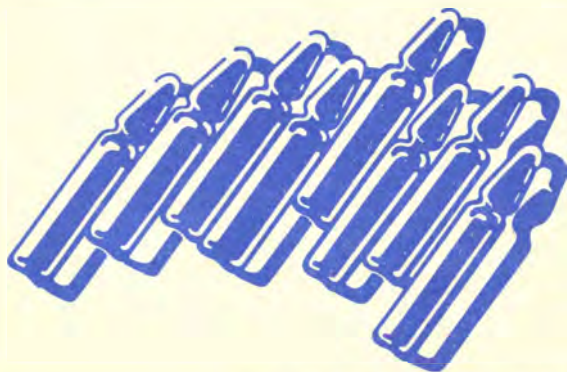
FIGYELMEZTETÉS: A ritkán előforduló életveszélyes mellékhatások fellépésének kockázata miatt a kezelés lehetőleg EKG ellenőrzés mellett történjék, és resuscitációs berendezések, cardioversio lehetőség álljon az orvos rendelkezésére. A készítményt lehetőleg ne alkalmazzuk a terhesség I. trimeszterében és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezelés alatt ajánlatos a szoptatást szüneteltetni.

Túladagolás kezelése parenterális calcium-bevitellel (Calcimusc, Calcium chloratum) és (béta)-adrenerg stimulánsok adásával történik.

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (2 ml)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
Budapest



CHINOIN BUDAPEST



PAXIRASOL[®] inhalációs aeroszol

Expectorans

A bromhexin — elsősorban a serosus nyálmirigyek működését aktiválva — fokozza a nyálkatermelést. Ez a hatás orális és parenterális alkalmazáson kívül egy adott nyálkahártya-területen lokálisan is megfigyelhető. A bromhexin szekretomotoros, szekretolitikus és mukociliáris aktivitást fokozó hatása révén megakadályozza a légúti nyálkahártyák kiszáradását, a száraz nyálkahártyákat pedig produktivitásra készíti, ezáltal egészséges nyálkahártya-bevonatot hoz létre. A tapadó, beszáradó, pörkösödő mucinosus, viszkózus nyakt hígítja, oldja, annak kiürülését elősegíti.

HATÓANYAG:

300 mg bromhexinium chloratum
15 g-os palackonként (1,7 mg hatóanyag adagonként).

JAVALLATOK:

Profilaktikus alkalmazás; a garat-, a gége és légcső nyálkahártyája kiszáradásának, illetve a nyák besűrűsödésének megakadályozása.

Terápiás alkalmazás; a garat-, gége- és légcső nyálkahártyáinak körülírt vagy diffúz száradással járó megbetegedései, mellyel esetenként a nyáktermelés megszűnése vagy csökkenése jár együtt (pl. tracheostomás betegek száraz légcsőállapotának rendezése), illetve ha a termelő nyák viszkózus, tapadó, ragacsos vagy pörkszerűen száraz, mindezek oldása és kiürítésének elősegítése;

pharyngitis sicca, pharyngo-laryngitis sicca, laryngitis vagy laryngo-tracheitis sicca (chronicus tracheo-bronchitis) eseteiben.

A fej-nyaki szervek területén terápiásan alkalmazott sugárhatás okozta nyálkahártya-szárazság mérséklése.

ELLENJAVALLAT:

Jelenleg nem ismeretes.

ADAGOLÁS:

Az adagolófeltét egyszeri lenyomása 80 mg aeroszol (1,7 mg bromhexinium chloratum) távozását biztosítja a palackból.

Felnőtteknek naponta 3—5-ször alkalmanként 5 adagot kell szájon át belélegezni, vagy a tracheostomán át belégzési fázisban alkalmazni.

MELLÉKHATÁSOK:

Átmeneti émelygés, csipő érzés, kellemetlen ízérzet.

FIGYELMEZTETÉS:

Alkalmazása előtt a palack tartalmát fel kell rázni!

Az aeroszol belégzésekor enyhe köhögés, átmeneti csipő érzés léphetnek fel, melyek azonban néhány perc alatt spontán megszűnnek.

Gyermekeknek adása nem javasolható, mivel gyermekgyógyászati alkalmazásáról nincs elegendő tapasztalat.

MEGJEGYZÉS:

✚ Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS:

15 g (180 adag) műanyag adagoló feltéttel, zárókupakkal ellátott fehér színű, belül védőlakk bevonatú alumínium tartályban, falkartonban, betegájékoztatóval.



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 42. SZÁM 2293—2348. OLDAL

BUDAPEST, 1990. OKTÓBER 21.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1.ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

KREON®

kapszula

ENZYMES DIGESTIVAE

A ®Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevontata védelmet nyújt a gyomornedv inaktiváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens bevontau granulátumok gyorsan feloldódnak és az enzimek felszabadulnak.

HATÓANYAG: Sertés pancreászból előállított 300 mg pancreatinum gyomorsav rezisztens pellettekben (8000 lipase, 9000 amylase és 450 protease F.I.P. egységben) kapszulánként.

JAVALLATOK: Exocrin pancreas elégtelenség, krónikus pancreatitis, gyomor- és hasnyálmirigy műtétet utáni enzimpótlás, cisztás fibrosis.

ELLENJAVALLATOK: Hatóanyag iránti túlérzékenység. Acut pancreatitis.

ADAGOLÁS: A szokásos napi 3-5x1 kapszula, amelyet étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni. Felnőtteknek szükség esetén a napi adag 6-12 kapszuláig emelhető. Kisgyermeknek a kapszula szétnyitása után a granulátum beadható, amelyet szétrágás nélkül kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK: Hasmenés, székrekedés, gyomorpanaszok, émelygés, bőrpanaszok előfordulhatnak.

MEGJEGYZÉS: ⚠Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Mucoviscidosisban szenvedő gyermekeknek a gondozó központok szakorvosa térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 20 kapszula

ELŐÁLLÍTJA: Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Budapest

Kali-Chermie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján).

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

Alföldy Zoltán dr., Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Ozsváth Károly dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr. és Romics László dr.

*

Tanácsadó testület:

de Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fmts), Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), Gy. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), M. Rojkin (New York), K. Tsuji (Tokyo).

131. ÉVFOLYAM

*

42. SZÁM

*

1990. OKTÓBER 21.

TARTALOMJEGYZÉK

Pár Alajos dr.:

Haladás a non-A, non-B hepatitis kutatásban: hepatitis C vírus (HCV). Multicentrikus anti-HVC vizsgálat

Advance in the non-A, non-B hepatitis research: hepatitis C vírus

(A multicenter study) 2295

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Lengyel Gabirella dr., Joachim Bauer dr., Ács György dr. és Fehér János dr.:

Az interleukin-1 béta szerepe a májspecifikus gén-expressziók szabályozásában humán hepatoblastoma sejtekben

The role of interleukin-1 beta in regulation of liver-specific gene expression in human hepatoblastoma cells 2299

KLINIKOPATHOLOGIAI TANULMÁNYOK

Horváth Örs Péter dr., Iványi Béla dr., Oláh Tibor dr., Leindler László dr. és Karácsonyi Sándor dr.:

A gyomorrák sebészeti kezelése kiterjesztett nyirok-csomó eltávolítással

Surgical treatment for gastric cancer with extensive lymph node dissection 2307

KLINIKORADIOLOGIAI KÖZLEMÉNYEK

Szántó Dezső dr., Bohátka László dr., Németh József dr., Baroch József dr., Skapinyecz Tibor dr. és Somogyi László dr.:

A felső állcsont és állkapocs pars alveolarisának korai calcipeniás osteopathiája fiatal felnőtt alkoholbetegek panoráma felvételein

Early calcipenic osteopathia of the maxillary and mandibular alveolar parts in young alcohol addict adults on the panoramic roentgenogram 2313

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Barta Miklós dr., Lazáry György dr., Zsolnai Gyöngyi dr., és Szemlédy Ferenc dr.:

Csecsemőkori bélbetüremkedés kezelése ultrahanggal ellenőrzött hidrosztatikus dezinvaginációval

Treatment of infantile untussusception with ultrasonography — controlled hydrostatic desinvagination 2317

HORUS

Varga Sándor:

Bugát Pálra emlékezve 2319

Szállási Árpád dr.:

Közegészségügyi helyzetünk 100 évvel ezelőtt.... 2322

Kiss László dr.:

Bohumil Eiselt — a csehek Markusovszkyja 2323

Folyóiratreferátumok 2325

Levelek a Szerkesztőhöz 2341

Könyvismertetések 2345

Hírek 2347

Apulein kenőcs és krém T 200

Antiinflammatorica topica
(ATC kód: D 07 AC 09)

Hatóanyag:

3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben,
3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható krémben.

Hatás:

A budesonid hatóanyag a prednisolon-sorba tartozó, nem halogénezett glukokortikoid. Lokális hatásereősége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat:

Kortikoszteroidra reagáló gyulladásos bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.

Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat:

Vírusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;
bőrtuberkulózis;

szifiliszes bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.

Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazás:

Az érintett területet naponta 1—2 alkalommal vékonyan bekenni.

Fenntartó kezelés esetén elegendő a napi egyszeri alkalmazás.

Mellékhatás:

Zárt fedőkötés gyorsítja a hatóanyag felszívódását, ezért ilyen kötéssel, valamint nagy felületen alkalmazva felszívódhat és szisztémás kortikoszteroid hatást fejthet ki.

Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkeznek.

Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőratrófia alakulhat ki.

Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitis, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőrön papulózus dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés:

A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Négy héten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésével végezhető. Fertőzések esetén megfelelő antibakteriális, illetve antifungális kezelést kell folytatni. Bőrirritáció vagy szenzibilizáció esetén a kezelést abba kell hagyni.

Gyermekek kezelése megfontolást és fokozott körültekintést igényel.

Szem és szemkörnyéki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!

Csomagolás:

1 tubus (15 g)

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR — Budapest

Haladás a non-A, non-B hepatitis kutatásban: hepatitis C vírus (HCV)

Multicentrikus anti-HCV vizsgálat*

Magyar Gastroenterológiai Társaság Hepatológiai Sectiója

Pár Alajos dr (koordinátor), résztvevők: Beró Tamás dr., Bódis Lóránt dr., Kádas Zsuzsa dr., Karátson András dr., Paál Mária dr., Szekeres Júlia dr. (Pécs), Brojnás Judit dr., Büki Béla dr., Dávid Károly dr., Fehér János dr., Hollós Iván dr., Nékám Kristóf dr., Szalay Ferenc dr. (Budapest), Dalmi Lajos dr., Weisz György dr. (Debrecen), Egyed Ágnes dr., István Lajos dr. (Szoribathely), Gógl Árpád dr., Szabó Tamás dr. (Székesfehérvár), Kolláth Zoltán dr. (Miskolc), Mikola István dr., Prikker Jolán dr. (Ajka), Sipos József dr. (Zalaegerszeg).

A közlemény bevezetőjében rövid áttekintést ad a non-A, non-B hepatitisek osztályozásáról és a hepatitis C vírus felfedezésének történetéről. A recombináns hepatitis C vírus antigen elleni antitest kimutatása új lehetőséget jelent a non-A, non-B hepatitisek szerológiai diagnosztikájában. A korábbi nyugat-európai és az első hazai anti-HCV szűrési adatok mellett a Magyar Gastroenterológiai Társaság Hepatológiai Sectiójának jelenlegi multicentrikus vizsgálatának eredményei is azt mutatják, hogy főképp a krónikus post-transzfúziós hepatitisben (87%) és haemophiliásokban (86%) nagy gyakoriságú a hepatitis C vírus fertőzöttség. Ezen kívül szívműtöttekben (27%) és haemodialyzáltakban (20%), továbbá különböző, más aetiológiájú májbetegségekben, így krónikus B hepatitisben (33%), autoimmun májbetegségekben (20%) és alkoholos hepatitisben (14%) is előfordul anti-HCV pozitivitás, a hepatitis C vírus perzisztálása jeleként. A parenteralisan terjedő non-A, non-B hepatitis — vagyis gyakorlatilag a hepatitis C vírus okozta májbetegség — gyakran vezethet cirrhosis-hoz, sőt májcarcinomához is. Ugyanakkor kezelése megoldatlan. Ezért a megelőzésnek különösen nagy jelentősége van: a post-transzfúziós C hepatitis prevenciójának összetevőit ismerteti a dolgozat.

Advance in the non-A, non-B hepatitis research: hepatitis C virus (A multicenter study). In the introduction, a brief overview is given on the clinical aspects and classification of non-A, non-B hepatitis and on the discovery of hepatitis C virus. Using a recombinant hepatitis C virus antigen in an ELISA test system, for the demonstration of the antibody to hepatitis C virus, a new possibility became available in the serological diagnosis of non-A, non-B hepatitis. According to the previous hepatitis C virus antibody studies performed in Western Europe and in Hungary, the results of the present multicentre study also show that hepatitis C virus infection is frequent mainly in the post-transfusion chronic non-A, non-B hepatitis (87%) and in haemophiliacs (86%). In addition, antibody to hepatitis C virus occurs in open-heart surgery (27%) as well as in haemodialysed patients (20%), furthermore, it can be found in other forms of liver disease of various aetiology, e. g. in chronic HBsAg-positive hepatitis (33%), autoimmune liver diseases (20%) and chronic alcoholic hepatitis (14%) as well. The parenterally transmitted non-A, non-B hepatitis, practically the hepatitis C virus-related liver disease often leads to cirrhosis or even carcinoma. As its treatment is unsolved question yet, the prevention seems to be of great importance, the preventive measures of post-transfusion hepatitis C virus infection is listed.

A non-A, non-B hepatitisek és a hepatitis C vírus.

A non-A, non-B hepatitis (NANB) létezése mintegy másfél évtizede ismert. E májbetegség-szindróma különbö-

ző formáit azóta pontosan definiálták, megállapítván azt is, hogy feltehetően több kórokozó által okozott, különböző fertőzési utakon terjedő kórképekről van szó (1, 2, 3). A NANB kérdés hazai irodalma is jelentős, elsősorban Hollos és mtsai, valamint Schaff és mtsai intenzív és eredményes kutatásainak köszönhetően (4, 5, 6).

Kulcsszavak: non-A, non-B hepatitis, hepatitis C vírus, post-transzfúziós hepatitis

Rövidítések: ALT = alanin-amionotransferase (GPT: glutaminsav-piroszólósav transaminase); anti-HBc = Hepatitis B vírus core elleni antitest; anti-HCV = Hepatitis C vírus elleni antitest; cDNS = complementer (copy) DNS; DNS = dezoxiribonukleinsav; HAV = hepatitis A vírus; HBV = hepatitis vírus; HBsAg = HBV felületi antigenje; HCV = hepatitis C vírus; HEV = hepatitis E vírus; HIV = human immunodeficiencia vírus; NANB = non-A, non-B hepatitis; RNS = ribonukleinsav;

*A Magyar Gastroenterológiai Társaság 32. Nagygyűlésén, Balatonaligán 1990. május 13-án elhangzott előadás alapján.

A NANB hepatitis fogalmának kialakulásához több megfigyelés vezetett. Miután a hepatitis B vírus (HBV), majd a hepatitis A vírus (HAV) infekció szerológiai pontosan identifikálhatóvá vált, egyre inkább figyelmet szenteltek az olyan észleléseknek, amelyeket korábban nem tartottak fontosnak. Így pl. az ismételt hepatitis-attackok előfordulása ugyanazon személyekben (leginkább haemophiliásokban vagy iv. narcomániásokban), továbbá olyan post-transzfúziós hepatitisek, amelyeknek az incubációs ideje a HAV és a HBV hepatitisé közé esett, 7–8 hétnek adódva (szemben az A hepatitis 3–4 hetes és a B hepatitis 12–14 hetes incubációs idejével) említhetők. De talán még fontosabb körülmény volt e tekintetben, hogy a véradók HBsAg-szűrése után is csak 25%-kal csökkent a post-transzfúziós hepatis-

tis gyakorisága, és a transzfúziót követő hepatitisek 90%-ában sem az A vírus, sem a B vírus, sem egyéb hepatotrop vírusok szerológiai markerei nem voltak kimutathatók. Így végül is járványügyi, szerológiai valamint csimpánz-fertőzési vizsgálatok megerősítették az ún. NANB hepatitis(ek) létezését, és legalább három kórokozót tételeztek fel.

A NANB hepatitis diagnózisa mind ez ideig kizáráson alapult (autoimmun, alkohol, gyógyszer, anyagcserebetegség, ill. a hepatotrop vírusok kóroki szerepét kellett kizárni) és ez még akkor is érvényes maradt, amikor számos vírus-szerológiai próbát közöltek a post-transzfúziós NANB hepatitis diagnosztizálására, közülük Shirachi és mtsai (7) valamint nálunk Hollós és mtsai teszthei jelentettek ígéretes kezdeményezést (4, 5).

A NANB hepatitis klinikai formái két csoportba sorolhatók:

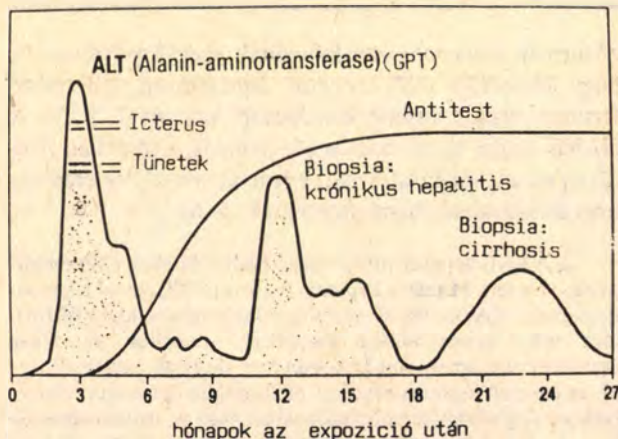
1. az endemiás NANB hepatitis, amely túlnyomórészt parenteralis úton terjed (mint a post-transzfúziós hepatitis), továbbá ennek feltehetően nem parenteralisan terjedő, ún. sporadikus (cryptogen) formája is ismert.

2. az epidemiás vagy enterális NANB hepatitis ivóvízzel terjedő járványok formájában jelentkezik, az A hepatitisre emlékeztető klinikai képpel.

Az elmúlt évben a másfél évtizedes intenzív víruskutatások eredményre vezettek: úgy látszik mindkét fő NANB hepatitis forma kórokozóját sikerült azonosítani, és ezeket hepatitis C vírusnak (HCV), illetve hepatitis E vírusnak (HEV) nevezték el. A továbbiakban az endemiás NANB hepatitis és a HCV kérdésével foglalkozunk.

Az endemiás vagyis parenteralis úton terjedő NANB hepatitis klinikai-pathológiai jellemzőit a következőkben lehet összefoglalni:

a hepatitis az expozíciót követően 7–8 hetes incubatio után lép fel, az akut szak enyhe, leginkább a B hepatitisre emlékeztet, az esetek 75%-ában tünetmentes lehet. A betegség azonban nagy gyakorisággal válik krónikussá, mintegy 40–60%-ban. Fluktuáló GPT/ALT érték jelzi a krónikus aktív NANB hepatitiset, ami azután nem ritkán éveken belül cirrhosisba progressálhat (az idült esetek 10–20%-ában) (1. ábra). Végkifejletként hepatocellularis carcinoma



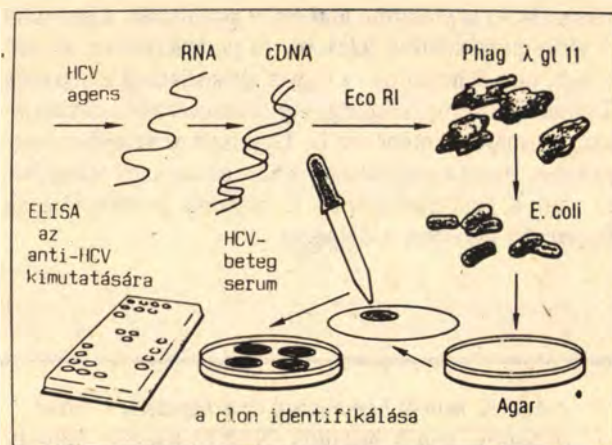
1. ábra: A krónikus parenteralis non-A, non-B hepatitis lefolyása kialakulását is leírták. Ilyen típusú NANB hepatitis a transzfúziók kb. 7–12 százalékában fordul elő, és ez képviseli a post-transzfúziós hepatitisek 90%-át (8). Morfoló-

giailag a májban kiscseppekes elzsírosodás, eosinophil cytoplasmazárványok, aktivált sinusoid sejtek láthatók, elektronmikroszkóposan pedig az endoplasmatis reticulum tubularis elváltozásai jellemzőek (9).

Mint említettük, a NANB hepatitis kórformának a HCV lehet az aetiológiai tényezője.

A HCV felfedezése a molekuláris genetika szellemes módszerét alkalmazó kutatók, Choo és mtsai nevéhez fűződik, erre vonatkozó közlésük 1989 februárjában jelent meg a Science-ben (10).

Eljárásuk röviden a következő volt: NANB hepatitis-szel kísérletesen megfertőzött csimpánz plasmáját ultracentrifugálással ülepítették, ezáltal koncentrálták a benne feltételezett vírusokat. Ezután az üledék nukleinsav tartalmát elemezték, a nukleinsavak kivonása révén nem-gazdai eredetű RNS-t azonosítottak. Az izolált RNS-ből reverz transcriptase segítségével complemter cDNS-t szintetizáltak, amit azután lambda phaggal E. coli baktériumokba vitték. A baktérium a vírus-proteint szintetizálta. Ezután kb. egymillió E. coli telepet vizsgáltak meg, míg végül az egyikben találtak egy olyan fehérjét, amely antigénként reagált egy NANB hepatitises beteg serumával. A továbbiakban az így kiválasztott fehérjéhez tartozó 155 bázispárt a baktérium genomjából enzimatikusan kivágták és ezzel a csimpánz nukleinsavból hybridizációval egy nagyobb (353 bázispárból álló) vírus DNS-t azonosítottak. Ezt plasmid segítségével újra baktériumokba vitték. Az így módon termelt fúziós fehérje megbízható antigénnek bizonyult a NANB hepatitises betegek serumában jelenlevő antitest kimutatására. A kórokozót HCV-nek nevezték el, az antitest (anti-HCV) detektálására radioimmun majd ELISA tesztet fejlesztettek ki (11) (ORTHO HCV-ANTIBODY ELISA TEST SYSTEM) (2. ábra).



2. ábra: A hepatitis C vírus recombináns antigénjének előállítása az antitest kimutatására szolgáló ELISA rendszer céljára

A HCV Bradley eredeti, 1985-ös feltételezésének megfelelően (12) a toga vírusokhoz tartozó ún. flavivirus, kb. 60 nm átmérőjű RNS-vírus, lipidburokkal bír és 10^4 nucleotidot tartalmaz. A post-transzfúziós hepatitisek 90%-ának ez a kórokozója. Incubációs ideje 7–8 hét. A fertőzés után az antitest (anti-HCV) megjelenése kb. 2–12 hónap múlva észlelhető (seroconversio). Az anti-HCV a serumban éveig kimutatható, ezt a vírus perzisztenciájának jeleként értékelik. A gyógyulással eltűnik a serumból. A HCV direkt cytopathogen agensnek tekinthető.

Anti-HCV vizsgálatok

A recombináns HCV-antigén ELISA rendszerben alkalmazva Nyugat-Európában és az USA-ban hónapok alatt több ezer vizsgáltot végeztek az anti-HCV prevalencia megállapítására részben egészséges populációban, donorokban, részben a post-transzfúziós hepatitis kockázatának kitett csoportokban (polytransfundáltak, haemophiliások), illetve iv. narcomániásokban, másrészt pedig akut és krónikus NANB hepatitises betegekben és más májbetegségekben.

Donorokban 0,2–1,73 %-os gyakorisággal fordul elő anti-HCV, míg haemophiliások között 64–86 %-ban, post-transzfúziós hepatitis akut szakában 20–30 %-ban, a krónikus szakban 60–90 %-ban, cryptogen cirrhosisban 47–71 %-ban, haemodializáltak közt 5–58 %-ban, s ami meglepő, hepatocellularis rákban is 40–65 %-ban. Alkoholos és autoimmun májbetegségekben is 27–52 %-os frekvenciát észleltek (13–15).

Az első magyarországi anti-HCV szűrést Héjjas és mtsai (16) végezték, akik 1989 szeptemberében a Rómában tartott első nemzetközi HCV kongresszuson számoltak be eredményeikről: donorok 1,73 %-ában, kóros GOT miatt kiszűrt donorok 7,6 %-ában, coagulopathiások 85 %-ában, polytransfundáltak 14 %-ában, haemodializáltak 40 %-ában, post-transzfúziós hepatitisben 69 %-ban, és krónikus NANB hepatitisben 92 %-ban mutattak ki HCV elleni antitestet.

A MGT Hepatológiai Sectiójának anti-HCV vizsgálata

Betegek és módszerek

Multicentrikus vizsgálatot szerveztünk 13 centrum részvételével, hogy az ország különböző régióinak bevonásával, minél szélesebb körben tanulmányozhassuk az anti-HCV prevalenciát egyrészt a kockázati csoportokban, másrészt különböző májbetegségekben. Részben serumbankban raktározott, részben frissen gyűjtött serum mintákat vizsgáltunk, összesen 410 személytől. A serumokat függetlenül minden korábbi vírus-serológiai vizsgálatról, a program keretében egyidejűleg megvizsgáltuk HBV markerekre is, (HBsAg, anti-HBc) Organon ELISA módszerrel, míg az anti-HCV meghatározás az Ortho HCV-antibody ELISA készlet segítségével történt.

A vizsgált betegek diagnózis szerinti megoszlását és a serológiai eredmények alakulását az I. és II. táblázaton tüntettük fel.

Eredmények és megbeszélés

a) *Veszélyeztetettek:* a post-transzfúziós hepatitis kockázatának kitett („high risk”) csoportok között haemophiliásokban észleltünk magas (86 %-os) anti-HCV prevalenciát, ezt szívűtöttekben 27 %-os, és haemodializáltakban 20 %-os gyakoriság követte. Mindez megfelel a Nyugat-Európából közölt korábbi adatoknak (12, 15). Ugyanekkor meglepően alacsony volt az anti-HCV előfordulás a polytransfundált haematológiai betegekben, csaknem azonos a nem-transzfundált haematológiai betegek értékével. Ez akár a donorpopuláció alacsony HCV fertőzöttségének, de

még inkább az illető centrum (Szombathelyi Vértanszfúziós Állomás) igen hatékony donor-szűrésének is tulajdonítható. Említettük, hogy Héjjas és mtsai Budapesten 14 %-os anti-HCV prevalenciát találtak polytransfundált betegek között (16).

A NANB hepatitis diagnosztikájában korábban (eddig) ún. helyettesítő („surrogate”) markerként használt anti-HBc ellenanyag (lezajlott HBV fertőzés serológiai jele, ha izoláltan HBsAg nélkül észlelhető) haemophiliásokban és szívűtöttekben ritkábban fordult elő, mint az anti-HCV, viszont haematológiai és haemodializált betegekben az anti-HBc volt gyakoribb (I. táblázat).

b) *Májbetegségek:* az akut NANB hepatitisben észlelt 34 %-os anti-HCV prevalenciával szemben krónikus post-transzfúziós NANB hepatitisben 87 %-os gyakoriságot állapítottunk meg, míg a krónikus sporadikus (cryptogen) NANB

1. táblázat: **Hepatitis vírus (HBV és HCV) markerek prevalenciája parenteralis (post-transzfúziós) non-A, non-B hepatitis veszélyének kitett (ún. rizikócsoport) személyekben**

Csoport	Vizsgált egyének száma	HBV		HCV
		HBsAg	anti-HBc	Ortho anti-HCV
		pozitívák száma (%)		
Haemophilia	14	1 (7%)	7 (50 %)	12 (86%)
Polytransfundált haematológiai beteg	28	0	4 (14,3%)	1 (3,57%)
Nem transfundált haematológiai beteg	40	0	2 (5,0%)	1 (2,5%)
Szívűtöttek	44	0	3 (7%)	12 (27%)
Haemodializáltak	49	7 (14%)	22 (45%)	10 (20%)
Művese-személyzet	18	0	8 (44%)	0

2. táblázat: **Hepatitis vírus (HBV és HCV) markerek prevalenciája különböző májbetegségekben**

Csoport	Vizsgált egyének száma	HBV		HCV
		HBsAg	anti-HBc	Ortho anti-HCV
		pozitívák száma (%)		
Akut NANB hepatitis	44	0	10 (23%)	15 (34%)
Krónikus post-transzfúziós NANB hepatitis	30	0	7 (23%)	26 (87%)
Krónikus sporadikus (cryptogen) NANB hepatitis	58	0	12 (21%)	28 (48%)
Krónikus HBsAg-pozitív	30	30 (100%)	30 (100%)	10 (33%)
Krónikus alkoholos hepatitis	36	3 (8%)	13 (36%)	5 (14%)
Autoimmun hepatitis és primer biliaris cirrhosis	19	0	7 (37%)	4 (20%)

(hepatitisben ugyanez csak 48%-nak adódott (2. táblázat). Ez összhangban van azzal a korábbi megállapítással, miszerint a post-transzfúziós NANB hepatitis korai szakában („ablak periódus”) még alacsony, 20–30%-os az anti-HCV előfordulás, krónikus esetekben ugyanez már 85–90%. (A post-transzfúziós hepatitist a HCV kb. ilyen arányban okozza). Adatainkból úgy látszik, hogy az általunk vizsgált krónikus sporadikus (cryptogen) NANB hepatitisben talán csak kb. az esetek felében lehet a HCV az aetiológiai tényező(?).

Ugyanezekben a kórképekben az *anti-HBc* pozitivitás (értelemszerűen HBsAg nélkül) 21–23% között változott, ami utalhat egy ilyen arányú előzetes HBV infekcióra.

A HBsAg-pozitív krónikus *HBV* hepatitisben az észlelt 33%-os anti-HCV előfordulás viszont egy esetleges HCV co- vagy superinfekciót jelezhet, mintegy „kettős vírusfertőzést” a HBV-pozitív betegek egyharmadában. Olasz szerzők is beszámoltak már hasonló megfigyelésekről (17).

Krónikus *alkoholos* és *autoimmun* májbetegségekben érdekes módon az anti-HBc prevalencia (36–37%) gyakoribb volt, mint az anti-HCV (14–20%): a hepatitis vírusok mint cofaktorok pathogenetikai szerepet játszhatnak az ilyen kórképek egy részében?

Röviden a *transzaminase (GPT)*-emelkedés és az *anti-HCV*, ill. *anti-HBc*-pozitivitás összefüggéseiről. Krónikus NANB hepatitisben 48/88 betegnek volt GPT emelkedése. A GPT-emelkedést mutatók 73%-a (35/48) volt anti-HCV pozitív, de csak 31% (15/48) volt anti-HBc pozitív. A normális GPT értékkel bírók 48%-a (19/40) volt anti-HCV pozitív és 10% (4/40) anti-HBc pozitív.

Az *anti-HCV* és *anti-HBc* összefüggéseit illetően: krónikus NANB hepatitisben az anti-HCV-pozitív betegek 26%-a (14/54) volt anti-HBc pozitív, míg az anti-HBc pozitívak 74%-a volt anti-HCV pozitív.

Következtetések

Eredményeink összhangban vannak a Nyugat-Európából eddig közölt adatokkal, és arra utalnak, hogy a HCV fertőzés nálunk is fő kórokozója a post-transzfúziós NANB hepatitisnek. Épp ezért a donorok *anti-HCV* szűrése hazánkban is megfontolandó. [Ez a becslések szerint a post-transzfúziós hepatitis eddig 7–12%-os gyakoriságát 1–2%-ra csökkenthetné (18).] Addig is, mivel az *anti-HBc* és *GPT* együttes vizsgálatával — mint „helyettesítő próbakkal” — a NANB-hepatitist okozó donorok kb. fele kiszűrhető, ez a preventív intézkedés sem lebecsülhető (15). A post-transzfúziós hepatitis megelőzésének — a donor-szelekció szempontjából — további kulcstényezője lehet még a kockázatos (risk) egyének kiszűrése, az életvitelre, szexuális magatartásra vonatkozó gondos körelőzmény felvételével (az AIDS „önkizáró nyilatkozat” példájára!), illetve magának az anti-HIV tesztnek az elvégzése által.

Másrészt, nem lehet eléggé hangsúlyozni a *transzfúziók körülményeinek indikációjának* fontosságát! Transzfúziót csak igen indokolt esetben szabad adni! Ha csak lehet, pl. tervezett műtétnekél *autotranszfúzió*ra kell törekedni, illetve a műtėti vérvessztést minimálisra csökkenteni! Haematológiai kórképekben, pl. trombocytaszuppresszió adása esetén az *egy donortól származó készítményeket* kell alkalmazni. Uraemiás, haemodialyzált betegek transzfúzió igényét minimálisra — vagy nullára — lehet csökkenteni *erythropoietin* adásával. Mindezek a preventív intézkedések a post-transzfú-

ziós hepatitis megelőzése érdekében azért is különösen fontosak, mert a (HBV-hoz hasonlóan) a HCV nemcsak cirrhosishoz, de hepatocellularis carcinomához is vezethet, és a HCV hepatitis terápiája sem megoldott. Bár kétségtelen, hogy az alpha-interferon fél éves (hetente 3×5 MU s. c.) injekciós kezelés az esetek 50%-ában remissiót eredményez, de a kezelés befejezése után a betegek kb. fele relapsusba kerül (19). A Hepatológiai Sectió ezért multicentrikus, placebo-kontrollos prospektív vizsgálatban tervezi tanulmányozni az RNS-vírusokra antivirális hatású és a gazdaszervezet immunválaszát fokozó, per os adható, mellékhatásmentes, hazánkban is törzskönyvezett készítményt, az Isoprinosine potenciális szerepét krónikus aktív HCV hepatitisben.

Köszönetnyilvánítás: A vizsgálatok technikai kivitelezéséért, valamint a szervezési munkákban való közreműködésért *Gárai Ildikó, Bodrog Ágnes, Hantosi Márta, Nagy Gáborné Péntek Ilona és Nagy Tiborné* asszisztenseknek mondunk köszönetet.

Hálánkat fejezzük ki a M. R. LECLERC képviselőnek, személy szerint *Gerold Mohr* úrnak (Schaffhausen, Svájc) az Ortho HCV-antitest ELISA készlet beszerzéséhez nyújtott segítségért.

IRODALOM: 1. Mosley, J. W.: Hepatitis B and non-B: epidemiologic background. JAMA, 1975, 233, 967–9. — 2. Alter, H. J., Purcell, R. H., Holland, P. V. et al.: Clinical and serological analysis of transfusion-associated hepatitis. Lancet, 1975, 2, 838–41. — 3. Prience, A. M., Brotman, B., Grady, G. F. et al.: Long incubation post-transfusion hepatitis without serological evidence of exposure to Hepatitis B virus. Lancet, 1974, 2, 241–6. — 4. Hollós I., László B., Brojnas J., Pohl Ö. et al.: A non-A, non-B vírus hepatitis serológiai diagnosztikájának kérdései. Orv. Hetil. 1981, 122, 2639–42. — 5. László B., Hollós I.: A non-A, non-B hepatitis egyes epidemiológiai és klinikai kérdései. Orv. Hetil. 1981, 122, 2879–82. — 6. Hollós I., László B., Brojnas J.: A non-A, non-B hepatitis vírus szerepe a krónikus májbetegségekben. Orv. Hetil. 1985, 126, 2571–75. — 7. Shirachi R., Shiraishi, M., Tateda A. et al.: Hepatitis „C” antigen in non-A, non-B post-transfusion hepatitis. Lancet, 1978, 2, 853–6. — 8. Realdi, G., Alberti, A., Rugge, M.: Long-term follow-up of acute and chronic post-transfusion non-A, non-B hepatitis: evidence of progression to liver cirrhosis. Gut, 1982, 23, 270–5. — 9. Dienes, H. P., Popper, H., Arnold, W., Lobeck, H.: Histological observations in human hepatitis non-A, non-B. Hepatology, 1982, 2, 562–71. — 10. Choo Q-L., Kou G., Weiner, A. J. et al.: Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. Science, 1989, 244, 359–62. — 11. Kuo, G., Choo Q-L., Alter H. J., et al.: An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. Science, 1989, 244, 362–4. — 12. Bradley, D. W.: The agents of non-A, non-B viral hepatitis. J. Virol. Methods, 1985, 10, 307–319. — 13. Esteban, J. I., Esteban, R., Viladomiu, L. et al.: Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. Lancet, 1989, 2, 294–7. — 14. First International Meeting on Hepatitis C virus. Rome, September 14–15, 1989. Abstracts. — 15. Alter, H. J., Purcell, R. H., Shih, J. W. et al.: Detection of antibody to hepatitis C virus in prospectively followed transfusion recipients with acute and chronic non-A, non-B hepatitis. New Engl. J. Med. 1989, 321, 1494–1500. — 16. Héjjas, M., Mihály, I., Tucsok, A. et al.: Report on the first trial with the HCV antibody test in Hungary. First Internat. meeting on Hepatitis C virus. Rome, sept. 14–15, 1989. Abstract p. 16. — 17. Ruvovich, G., Tagger, A., Brollo et al.: Prevalence and significance of antibody to hepatitis C virus (HCV) in patients with chronic hepatitis type B and Delta. Ibid. p. 54. — 18. Alter, H. J.: Viral infections of the liver: safety of blood and blood products. In Bianchi, L., Gerok, W., Maier, K. P., Deinhardt, F. (eds): Infectious diseases of the liver. Kluwer Academic Publishers. London, 1990, pp. 353–360. — 19. Davis, G. L., Balart, L. A., Schiff, E. R. et al.: Treatment of chronic hepatitis C with recombinant interferon alpha. A multicenter randomized, controlled trial. New Eng. J. Med. 1989, 321, 1501, 1506.

(Pár Alajos dr., Pécs, Ifjúság u. 13. 7643)

* *Megjegyzés a korrektúránd:* A kézirat beküldése után jelent meg a Hetilap 1990. 131. 35. számában (1903–1906 o.) Schaff Zs. és Lapis K. dolgozata a „Hepatitis C vírus — a non-A, non-B hepatitis fő kórokozója” címmel.

Lengyel Gabriella dr.,
Joachim Bauer dr.,*
Ács György dr.**
és Fehér János dr.

Az interleukin-1 béta szerepe a májspecifikus génexpressziók szabályozásában humán hepatoblastoma sejtekben

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. sz. Belklinika
(igazgató: Fehér János dr.)
Medizinische Universitätsklinik, Freiburg—W-Germany*
Mount Sinai Medical Center, Dept. of Biochemistry, New York**

A szerzők a molekuláris biológia módszereivel a májsejtek működését a DNS, a génszabályozás szintjén tanulmányozták. Humán hepatoblastoma (Hep G2) sejtekben interleukin-1-gyel sikeresen indukálták az alfa-1-acidglikoprotein, a komplement 3 mRNS szintézist, gátolták az albumin, az alfa-fetoprotein és az alfa-2-makroglobulin mRNS képzést. A specifikus mRNS szinteket Northern-blot analízissel határozták meg. Eredményeik alapján megállapítják, hogy a Hep G2 sejtek alkalmas in vitro kísérleti modellnek tarthatók a májspecifikus génexpressziók tanulmányozására, valamint az interleukin-1 jelentős szerepet játszik a gének szabályozásában. Hatását az alfa-1-acidglikoprotein, az albumin és az alfa-2-makroglobulin esetében a transláció előtt fejt ki, mert az mRNS változások iránya megegyezik a kiválasztott fehérje mennyiségek változásának irányával.

The role of interleukin-1 beta in regulation of liver-specific gene expression in human hepatoblastoma cells. The authors studied the function of liver cells — on level of DNA and gene regulation — by methods of molecular biology. They found that treating human hepatoma (Hep G2) cells with interleukin-1 (IL-1) leads to the induction of alpha-1-acidglycoprotein (AGP) and complement 3 (C3) mRNA synthesis, and to a concomitant downregulation of albumin (alb), alpha-fetoprotein (AFP) and alpha-2-macroglobulin (α 2M) mRNA synthesis. Levels of specific mRNA were measured by Northern-blot analysis. They conclude that Hep G2 cells may serve as a suitable in vitro model for study of the liver specific gene expression, and IL-1 is one of the mediators of these gene control. The regulation is pretranslational as the direction of change in specific mRNA corresponds to the changes in synthesis of the respective proteins.

A parazitás, a bakteriális és a vírusfertőzésekben, daganatos betegségekben, valamint különböző eredetű szövetszövetkárosodások (trauma, égés, immunológiai kórképek) esetén a szervezet védekezését tükrözi az akut fázis reakció. Ennek a reakciónak a része a láz, a leukocytosis, a zsír-szénhidrát-ásványisó anyagcsere változás, valamint a májeredetű proteinek (akut fázis fehérjék, APP) plazma koncentrációjának jelentős növekedése, illetve csökkenése (22, 23, 24, 25). A pozitív akut fázis fehérjék (szérum amyloid A, C-reaktív protein, alfa-1-acidglikoprotein, alfa-1-antikimotripszin, alfa-1-antitripszin, fibrinogén, complement-3, faktor-B, haptoglobin, haemopexin, ceruloplazmin) szérum szintje nő, a negatívoké (albumin, transferrin, HS₂-glikoprotein, apolipoprotein A-1) csök-

ken. Az interleukin-1 (IL-1) a legrégebben ismert citokin, mely jelentős szerepet játszik az akut fázis reakcióban (11, 12). E 17,5 kD molekulásúlyú polipeptid fő termelési helye a monocyta-macrophag rendszer. 1984-ben két, biológiaiilag megkülönböztethető, de szerkezetileg hasonló IL-1 molekulát klónoztak: humán monocytákból az IL-1 bétát (2), és egér macrophagokból az IL-1 alfát (27). Az IL-1 e két formáját két külön gén kódolja (8, 16), melyek emberben a kettes kromoszóma hosszú karján találhatók (41). Egérben és emberben az IL-1 béta a domináló molekula (13). A sejtfelszínen levő IL-1 receptorok egyformán felismerik az alfa és a béta molekulát, így ezek biológiai hatásában nem észlelhető különbség (14, 19). Az utóbbi néhány évtizedben jól differenciált humán hepatoblastoma sejtvonalak (Hep SK, PLC-PRF-5, Hep G2, Hep 3B) kifejlesztése (15, 28, 20, 1), az IL-1 tiszta, rekombináns formában való előállítása, valamint a humán akut fázis fehérjék DNS szekvenciájának megfejtése tette lehetővé az akut fázis proteinek génkifejeződésének tanulmányozását molekuláris szinten.

Munkánkban Hep G2 sejtekben vizsgáltuk az IL-1 béta hatását az AGP, a C3, az alb, az alfa-2 M és az AFP gének kifejeződésére. Az IL-1 dózis- és időfüggően indukálta az AGP és a C3 mRNS-t, csökkentette az alb, az alfa-2M

Kulcsszavak: Interleukin-1, akut fázis proteinek, hepatoblastoma sejtek

Rövidítések: α -1 Ach = alfa-1 antikimotripszin; AFP = alfa-fetoprotein; AGP = Alfa-1-acidglikoprotein, alb = albumin; alfa-2M = alfa-2-makroglobulin; C3 = complement 3; cDNS = hírvívő RNS templárról készült komplementer DNS; CRP = C-reaktív protein; FB = faktor B; IL-1 β = interleukin-1 β ; kD = kilodalton; mRNS = hírvívő (messenger) RNS; SAA = szérum amyloid A

és az AFP mRNS mennyiségét. Az IL-1 hatását az AGP, az alb és az alfa-2M esetében a transláció előtt fejtette ki, mert az mRNS szintekben észlelt változások iránya megegyezett a kiválasztott fehérjemennyiségek változásának irányával.

Anyag és módszer

A humán hepatoblastoma (Hep G2) sejteket humán rekombináns IL-1 bétával (5×10^7 U/mg protein) kezeltük, majd a sejtekből teljes RNS-t tisztítottunk, és Northern-blot analízissel meghatároztuk az AGP, a C3, az alb, az alfa 2M és az AFP mRNS szintjének változását. A sejtek által kiválasztott fehérjemennyiséget immunprecipitációt követő SDS-poliakrilamid gélelektroforézissel (PAGE) határoztuk meg.

Annak vizsgálatára, hogy az IL-1 béta hatása idő- és dóziszfüggő-e, a sejteket 6–12–18–24 óráig inkubáltuk 200 U/ml, ill. 24 óráig kezeltük 10–100–200–500 U/ml IL-1 bétával.

Egy-egy kísérletet 3–4 alkalommal végeztünk el azonos körülmények között.

A Hep G2 sejtek B. Knowlstonól származtak a Wistar Intézetből, Philadelphiából (20). E sejtek tápoldata a Minimum Essential Medium (MEM, Eagle által módosított, GIBCO) volt, melyet 10 % ébrényi borjuszérummal, 100 U/ml penicillinnel és 100 µg/ml streptomycinnel egészítettünk ki.

Northern-lenyomat (blot) készítésével a génekről átíródott hírvívó RNS-t (mRNS) tudtuk vizsgálni. A talált mRNS-ek mennyisége jellemző volt a vizsgált gén aktivitására (40).

A sejtekből Chomczynsky és Sacchi (7) módszerével RNS-t tisztítottunk, majd agaróz-formaldehid gélelektroforézis után nitrocellulóz filterre vittük. A filtert hibridizáltuk 32 P-ral jelzett humán alb, AFP, AGP, alfa 2M és C3 cDNS-sel. Amikor a filter tartalmazott olyan RNS szakaszt (mRNS-t), mely az izotóppal jelzett cDNS-sel komplementer volt, akkor az egyszerű DNS és RNS között hibridizáció alakult ki. Ezt követően a filtereket alaposan mostuk, és a szárítás után autoradiográfiát, denzitometriát végeztünk (29).

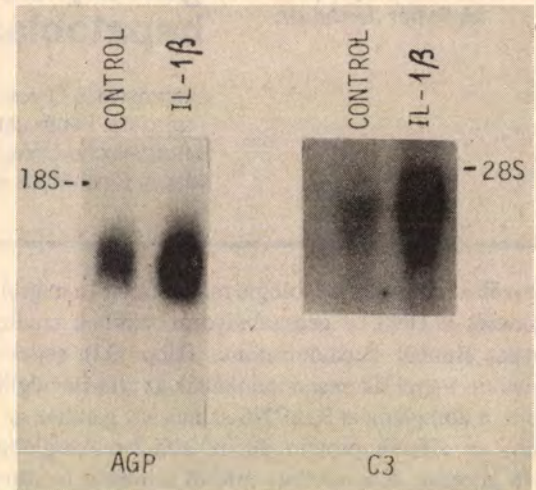
Immunprecipitáció és SDS-PAGE: a sejteket 24 óráig 200 U/ml IL-1 bétával kezeltük, majd ezt követően 4 óra hosszáig 37 °C-on, metionin mentes tápoldatban 20 µCi/ml 35 S-metioninnal inkubáltuk együtt. A fehérjék e metabolikus jelzését követően a tápoldatot használtuk fel az immunprecipitációhoz. A teljes fehérje szintézist triklórecetsav (TCA) kicsapós módszerrel becsültuk meg (36). Az immunprecipitáció során 1 ml tápoldatot adtunk 2 ml pufferhez (20 mM Tris-HCl, pH: 7,6, 0,14 M NaCl, 5 mM EDTA, 1% Triton X-100), majd 10 µl anti-AGP, -alb és -alfa 2M immunszérummal egészítettük ezt ki, 4 °C-on 12 órán át inkubáltuk. A kialakult antigén-antitest komplexeket mintánként 8 mg (szárazsúly) protein-A-sepharose-hoz kötöttük, majd az előbbieken leírt pufferrel 3 alkalommal, 50 mM-os Na-foszfát pufferrel (pH: 7,5) két alkalommal mostuk. Az antigén-antitest komplexet Laemmli-puffer (10 mM Tris-HCl, pH: 6,8, 5% 2-merkaptoetanol, 5% Na-laurilszulfát (SDS), 10% glicerol hozzáadásával választottuk el a sepharose-tól, 5 perces 95 °C-on történt főzéssel (26). A jelölt proteint SDS-poliakrilamid gélre vittük. Elektroforézis után Coomassie-Brilliant-Blue festékkel kezeltük a gél, 2,5-difeniloxozollal (EN³HANCE, DuPont-New England Nuclear) impregnáltuk, majd szárítottuk, és autoradiográfiát végeztünk.

A fehérjében inkorporált 35 S-metionin mennyiségi meghatározásához a gélből kivágtuk a vizsgált proteinnek megfelelő részt, 16 óráig 45 °C-on szövetoldó folyadékban (Amersham) tartottuk, majd bétafluor scintillációs oldatban megszámláltuk a beütésszámot.

Az IL-1 bétát a BIOGEN (Genf, Svájc) az AGP, a C3, az alb, az alfa 2M és az AFP cDNS-t tartalmazó plazmidokat az Európai Molekulárbiológiai Laboratórium (EMBL, Heidelberg, NSZK) bocsátotta rendelkezésünkre.

Eredmények

Hep G2 sejtekben 24 óras 200 U/ml IL-1 bétával történt kezelés hatására az AGP és a C3 mRNS mennyisége jelentősen nőtt (1. ábra), az alfa 2M, az alb és az AFP mRNS mennyisége jelentősen csökkent (2., 3., 4. ábra).



1. ábra: Az IL-1 béta hatása az AGP és a C3 mRNS „steady-state” szintjére Hep G2 sejtekben.

A hepatoma sejteket 24 óráig inkubáltuk a kontroll vagy 200 U/ml IL-1 bétát tartalmazó tápoldatban. A sejtekből teljes RNS-t tisztítottunk, majd Northern-lenyomatot készítettünk és radioaktív AGP és C3 cDNS-sel hibridizáltuk.

A 18S és 28S jelzések az RNS molekulásúly markerre utalnak.

Az IL-1 β génaktivitás fokozódást eredményezett az AGP és a C3 esetében egyaránt.

Az IL-1 béta hatásának időbeli lefolyását mutatja a 3. és 4. ábra. Az alb mRNS-e már 6 óras kezelést követően rapidan csökkent. Az AFP esetében a csökkenés szintén szignifikáns 6 óra után, de még jelentősebb 12 óras kezelést követően. Hasonló eredményt kaptunk az alfa 2M mRNS vizsgálatokor is. Az AGP és a C3 mRNS-ének indukciója 24 óras kezelés után volt a legerősebb.

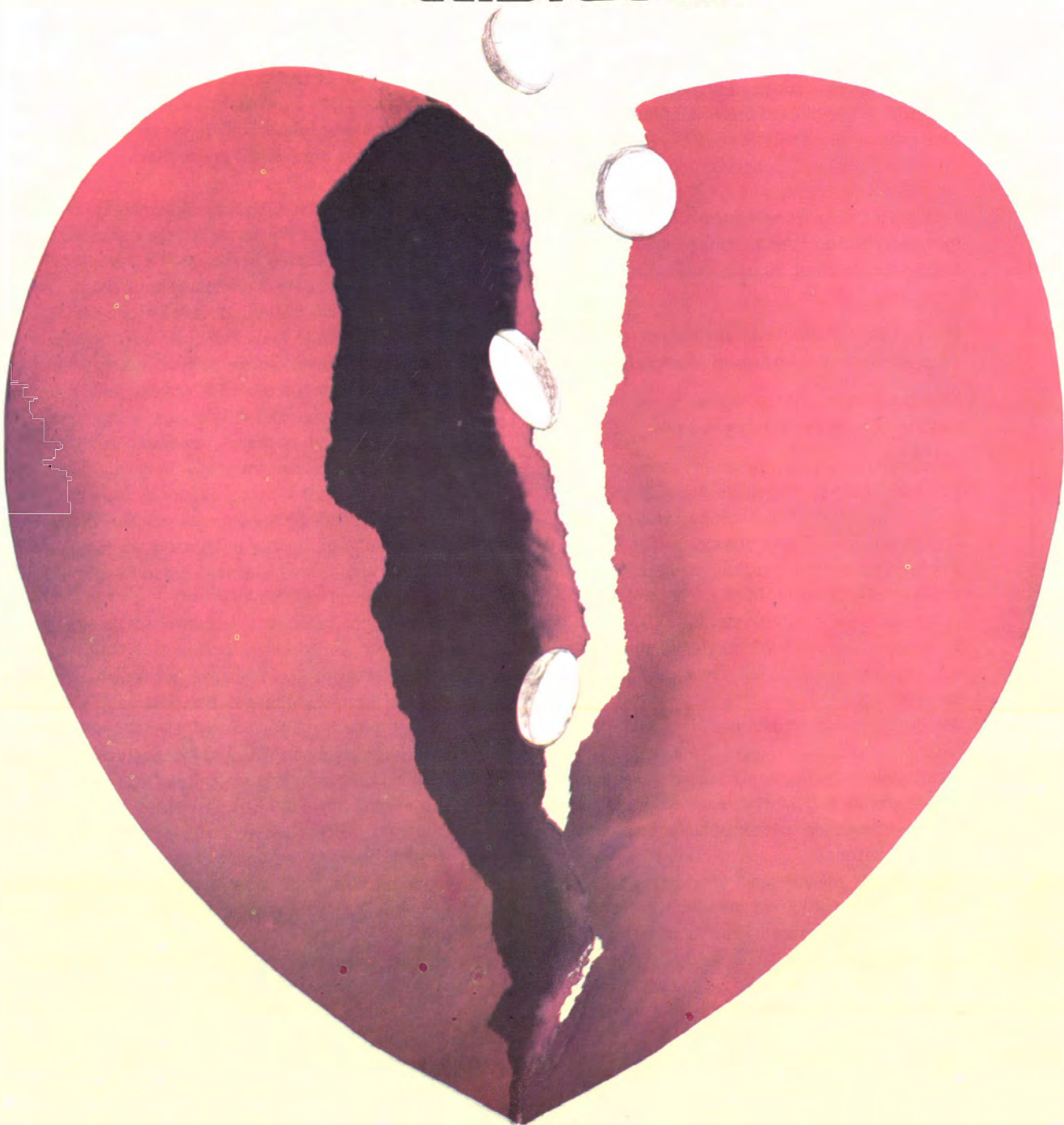
Azt vizsgálva, hogy milyen koncentrációban a leghatékonyabb az IL-1 béta, azt találtuk, hogy hatásmaximumát 200 U/ml koncentrációban fejt ki a vizsgált májspecifikus proteinek esetében 24 óras kezelést követően. Erre utal az 5. ábra, melyen az AFP mRNS-ének csökkenését mutatjuk, kontrollként feltüntetve a gliceraldehid-3-foszfát dehidrogenáz (GAPDH) mRNS-t is, melyre az IL-1 nincs hatással.

Az autoradiográfiás képek denzitásának mérési eredményeit mutatja a 1. táblázat. 24 óras 200 U/ml IL-1 béta kezelést követően a denzitometriás érték az AGP és C3 esetében négyszeresére, ill. háromszorosára nőtt, míg az alb, az AFP és az alfa 2M-nél a kontroll érték 5–12–65%-ára csökkent.

A tápoldatba kiválasztott fehérjék mennyiségének változását a 2. táblázatban foglaltuk össze. A kiválasztott AGP mennyisége kétszeresére nőtt, míg az alb felére, az alfa 2M pedig 80%-ára csökkent a kontrollhoz viszonyítva.

TENORMIN

tabletta



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári

TENORMIN 100 mg tabletta

H-200 Antiarrhythmica • H 400 Antihypertensiva • (ATC kód; C 07 A A 09)

Hatóanyag: 100 mg atenololum tablettaként.

Hatás: Kardioszelektív β -blokkoló. Intrinsic szimpatomimetikus és membrán stabilizáló hatása nincs. Hatása egyszeri orális adag után legalább 24 óráig tart. Elhanyagolható mértékben jut át a vér-liquor gáton. A placenta barrieren áthatol, átjut az anyatejbe is. A vese útján választódik ki. Antihipertenzív hatásának mechanizmusa nem teljesen tisztázott. A szívfrekvencia és kontraktilitás csökkentésével az anginás tüneteket mérsékli. A súlyos anginás betegben a tényleges infarktus nem lép fel, csökkenti a ventricularis aritmia előfordulását, a fájdalom mérséklődik. Akut miokardiális infarktusból az időben megkezdett kezelés csökkenti az infarktus kiterjedését.

Javallatok: Hipertenzió, angina pectoris, szívritmus zavarok, heveny miokardiális infarktus korai szakasza.

Ellenjavallatok: Gyermekek. II. és III. fokú atrio-ventrikuláris blokk, kardiogén sokk.

Adagolás: Hipertenzióban a szokásos adag napi 50–100 mg egyszeri adagban. Hatás kialakulása egy-két hét múlva várható. Más antihipertenzív szerrel, pl. diuretikummal kombinálva adható.

Angina pectorisban a szokásos adag napi 2-szer 50 mg vagy egy adagban napi 100 mg. (Az adag emelése további javulást nem eredményez.)

Szívritmus zavarokban a megfelelő injekciós vagy infúziós kezelést követően fenntartó adagként napi egyszer 50–100 mg.

Miokardiális infarktusból a megfelelő injekciós vagy infúziós kezelés kiegészítéseként megfelelő időközönként 50 mg majd később napi egyszeri 100 mg a szokásos adag. (Jelentős bradikardia, hipotenzió vagy egyéb kellemetlen mellékhatás felléptekor adását fel kell függeszteni.)

Veseműködés zavara esetén azon betegeknél, akiknél a kreatinin klirensz $15\text{--}35\text{ ml/perc/1,73 m}^2$ (ez megfelel $300\text{--}600\text{ }\mu\text{mol/l}$ szérumban kreatininnek) az adag napi 50 mg vagy kétnaponként 100 mg. Ha a kreatinin klirensz kisebb, mint $15\text{ ml/perc/1,73 m}^2$ (azaz a szérumban kreatinin magasabb, mint $600\text{ }\mu\text{mol/l}$) az adag kétnaponként 50 mg vagy minden negyedik napon 100 mg.

Idősebb betegek adagja — főként veseműködési zavarok esetén — csökkenthető.

Mellékhatások: Bradikardia, hipotenzió (az adag csökkentését vagy a kezelés felfüggesztését tehetik szükségessé), hideg végtagok, izomfáradtság, alvászavarok, bőrkütiések, száraz szem. (Legtöbb esetben a panaszok a kezelés befejeztével megszűnnek.)

Gyógyszerkölcsonhatások:

Tilos együtt adni:

— verapamillal, **ha a betegnek vezetési zavara van.** (Egyik készítmény sem adható iv. a másik megszakítása után 48 órán belül.)

Óvatosan adandó:

- antiaritmiás szerekkel, verapamillal és verapamil típusú kalcium antagonistákkal (különösen rossz kamraműködés esetén, a kardiodepresszív hatás erősödhet);
- inzulinval és szulfonilkarbamidokkal (a hipoglikémia fokozódhat és tartósabbá válhat);
- vérnyomáscsökkentőkkel (a vérnyomáscsökkentő hatás és a bradikardia erősödhet).

Figyelmeztetés: Adásakor különleges óvatosságra van szükség, ha a szív tartalékereje már csökkent. Szív-éltelenség esetén kerülni kell a β -blokkolók alkalmazását, illetve csak olyan betegeknek adható, akiknél a dekompenzáció tünetei jól befolyásolhatók.

Óvatosan adandó krónikus obstruktív légzőszervi betegségben szenvedőknek, asztmás betegekben a kezelés hatására a légúti ellenállás növekedhet. A bronchospasmus hörgőtágítók (pl. salbutamol, vagy izoprenalin) adásával megszüntethető. Iszkémiás szívbetegségben szenvedők kezelését fokozatosan kell befejezni. Hirtelen megszakítás a beteg állapotát akután ronthatja. Óvatosság szükséges a betegek clonidinról történő átállításánál. Amennyiben a két szert adják, a β -blokkoló abbahagyása után a betegnek a clonidint még néhány napig feltétlenül szednie kell.

Hipoglikémiás állapot okozta tachikardiás tünetet módosíthatja. Reprodukív korban lévő nőknek, terhességben és szoptatás idején csak a haszon-kockázat alapos mérlegelésével adható. Ha terhességi hipertóniában adása indokolt, szigorú orvosi ellenőrzés szükséges. Sebészi anesztézia előtt a kezelést legtöbb beteg esetén nem szükséges felfüggeszteni, de altatáskor óvatosan kell eljárni, mivel a kardiodepresszív hatás erősödhet. Esetleges vagus túlsúly 1–2 mg iv. atropinnal kezelhető. Veseműködés zavara esetén az adagolás egyénileg állítandó be. Nem fordul elő jelentős akkumuláció, ha a glomerulus filtrációs ráta nagyobb, mint $35\text{ ml/perc/1,73 m}^2$.

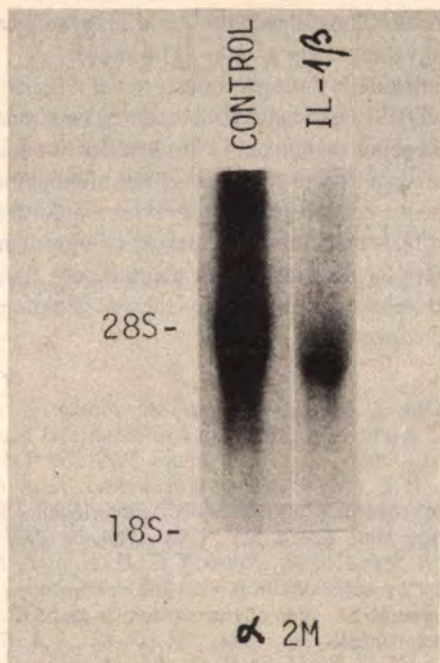
Hemodialízisen lévő betegnek minden dialízis után 50 mg adandó kórházi felügyelet mellett, a vérnyomásesés veszélye miatt.

Túlادagolás: Extrém bradikardia esetén késedelem nélkül 1–2 mg iv. atropin adandó, majd ezt követően ha szükséges iv. bolusban adott 10 mg glucagon. A választól függően — szükség esetén — a glucagon iv. injekcióban megismételhető vagy infúzió formájában (1–10 mg/óra) adandó. Ha a glucagonra a válasz elmarad vagy glucagon nem áll rendelkezésre β agonista adása javallt.

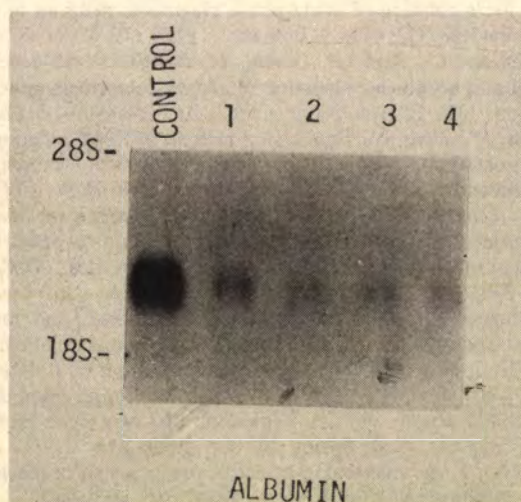
Megjegyzés: ✱ Csak vényre, egyszeri alkalommal adható ki.

Csomagolás: 20×100 mg

Előállító: ICI/Alkaloida



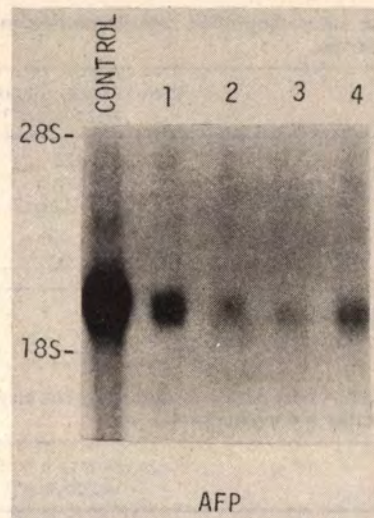
2. ábra: Az IL-1 béta hatása az alfa-2M mRNS szintre Hep G2 sejtekben. A hepatoblastoma sejteket 24 óráig inkubáltuk a kontroll vagy 200 U/ml IL-1 β-t tartalmazó tápfolyadékban. Az α-2M gén aktivitása csökken IL-1 β-kezelés hatására.



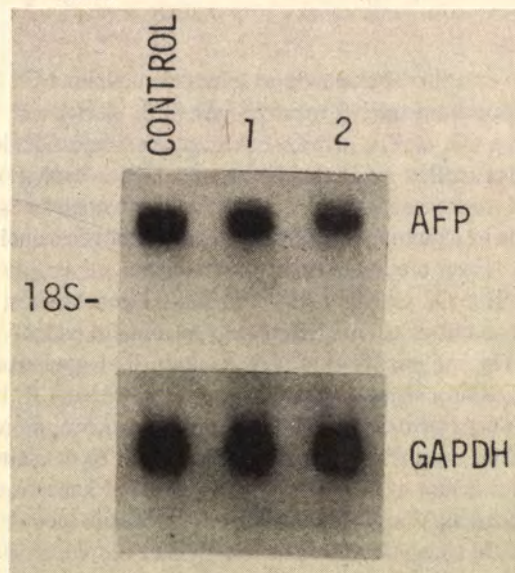
3. ábra: Az IL-1 béta hatása az alb mRNS szintre az idő függvényében. A hepatoblastoma sejteket IL-1 béta nélkül (kontroll) vagy 200 U/ml IL-1 bétával együtt inkubáltuk 6 órán át (1), 12 órán át (2), 18 órán át (3) és 24 órán át (4). Az alb gén aktivitása már 6 órás IL-1 kezelés után jelentősen csökkent.

Megbeszélés

Régi megfigyelés, hogy az IL-1 fontos szerepet játszik az akut fázis reakcióban (30), és az akut fázis proteinek fő termelési helye a máj (21). Az IL-1 pontos hatásmechanizmusa még ma sem ismert, molekuláris szinten történő vizsgálatára az utóbbi öt évben nyílt lehetőség. *Ramadori és mtsai* (34) vizsgálták az IL-1 hatását egérben in vivo és in vitro, hepatocytá kultúrában. Mindkét kísérleti feltétel mellett az IL-1 dózistól és időtől függően fokozta az SAA, az



4. ábra: Az IL-1 béta hatása az AFP mRNS szintre az idő függvényében. A sejteket IL-1 béta nélkül (kontroll) vagy 200 U/ml IL-1 bétával együtt inkubáltuk 6 órán át (1), 12 órán át (2), 18 órán át (3), 24 órán át (4). Az AFP gén aktivitása jelentősen csökkent 6 órás IL-1 β kezelés után, a csökkenés 12 órás kezelést követően tovább fokozódott.



5. ábra: Az IL-1 béta dóziszfüggő hatása az AFP mRNS expresszióra. A hepatoma sejteket IL-1 béta nélkül (kontroll) vagy 100 U/ml (1), 200 U/ml (2) IL-1 bétával inkubáltuk 24 óráig. Kontrollként feltüntettük a GAPDH háztartási gén mRNS-ét. A 200 U/ml IL-1 β kezelés a kontrollhoz viszonyítva jelentősebb mRNS szint csökkenést okozott, mint a 100 U/ml.

FB, az AGP génaktivitást, csökkentette az albuminét. Hasonló eredményeket kapott *Gauldie* (18) patkány hepatocytá kultúrában végzett vizsgálataiban. A Hep 3B2 humán hepatoblastoma sejtvonalban az IL-1 indukálta a C3 mRNS-t és csökkentette az albumin és a fibrinogén mRNS-t, ugyanakkor nem volt hatása az AGP és a CRP gének aktivitására (9, 10). Ugyanezen sejtvonalon vizsgálta az FB mRNS-t *Perlmutter* (33), és annak indukcióját figyelte meg. A Hep 3B2 sejtekben *Ganapathi* (17) sem tudta az SAA és a CRP génextpressziót IL-1-gyel fokozni. PRC-PRF-5 sejtvonalban

1. táblázat: Az autoradiográfiák denzitometriás mérési eredményei

	n*	%-os változás a kontrollhoz viszonyítva**
AGP	3	423
C3	3	308
alb	4	4,9
AFP	4	12
alfa-2M	3	65

* az elvégzett kísérletek száma

** a denzitometriás mérések átlagértékei

2. táblázat: Az IL-1 béta hatása a tápfolyadékba kiválasztott fehérjék mennyiségére

	n*	%-os változás a kontrollhoz viszonyítva**
AGP	3	200
Alb	4	54
alfa-2M	3	79

* az elvégzett kísérletek száma

** a gél szeletek szcintillációs számolásának átlagértékei, IL-1 béta: 200 U/ml, 24 órás inkubáció

az IL-1 szintén csökkentette az albumin, növelte a C3 és a coeruloplazmin mRNS mennyiségét (35). A Hep G2 sejtekben a C3, az FB, az alfa-1 Ach gének kifejeződésének fokozása mellett az IL-1 növelte az AGP, a haptoglobin mRNS mennyiségét (32,5). Ugyanezen sejtvonalban csökkentette az albumin, a transferrin és a fibrinogén szintézist (32,5). Ezen eredményekkel összhangban mi is fokozni tudtuk Hep G2 sejtekben az AGP és a C3 génaktivitást, és csökkentettük az alb mRNS szintet. Az alfa 2M patkányban az első számú pozitív akut fázis protein, IL-1-gyel sikeresen fokozták a szintézisét patkány hepatocytákban (3). Emberben nem tartozik az akut fázis proteinek közé, de máj-specifikus, mert főként a májban termelődik. Nem találtunk irodalmi adatot az IL-1 és a human alfa 2M kapcsolatára vonatkozóan. Vizsgálatainkból azt állapíthattuk meg, hogy az alfa 2M a negatív akut fázis fehérjékhez hasonlóan viselkedett Hep G2 sejtekben, mert génaktivitása és szekréciója egyaránt csökkent IL-1 kezelés hatására. Az AFP az ébrényi életben jelentős mennyiségben termelődő máj-specifikus fehérje, melynek szérumszintje mérhetetlenre zuhan szülés után. Nagyobb mennyiségben történő újratemelése gyakran megfigyelhető hepatomák, teratomák kialakulása során (6, 31, 37, 38, 39). Nem találtunk irodalmi utalást az IL-1-nek az AFP szintézisre történő hatásáról. Közvetett adatként szolgál Baumann cikke (4), melyben stimulált monocyták felülcsúszójával kezelte a Hep G2 sejteket, és az AFP csökkenő szintézisét figyelte meg. Ennek az eredménynek az értékelésekor azonban figyelembe kell venni, hogy a monocyták felülcsúszó IL-1-en kívül interleukin-6-ot (IL-6) és tumor nekrosis faktort (TNF) is tartalmaz. Vizsgálatainkban az IL-1 kezelés hatására az AFP gén kifejeződése csökkent. Az irodalmi adatokkal egyezően azt állapítottuk meg, hogy az AGP és az alb gén expresszióját az IL-1 a transláció előtti szinten szabályozza, mert az mRNS-ek változásának iránya megegyezik a kiválasztott fehérje-

mennyiségek változásának irányával. Ugyanilyen szabályozást figyeltünk meg az alfa 2M esetében is.

A molekuláris biológia módszereivel a májsejtek működését a DNS, a génszabályozás szintjén tanulmányoztuk. A Hep G2 sejtek alkalmas in vitro kísérleti modellnek látszanak a máj-specifikus génexpressziók megfigyelésére. A máj központi szerepet játszik a szervezet védekezésében tükröző akut fázis reakcióban. A reakció patomechanizmusának megértéséhez és egyben a májműködés molekuláris megismeréséhez visz közelebb e fehérjék génkifejeződésének tanulmányozása.

IRODALOM: 1. Aden, D. P., Foge, A., Plotkin, S. és mtsai: Controlled synthesis of HBsAg in a differentiated human liver carcinomas — derived cell line. *Nature*, 1979, 282, 615—616. — 2. Auron, P. E., Webb, A. C., Rosenwasser, L. J. és mtsai: Nucleotide sequence of human monocyte interleukin-1 precursor cDNA. *Proc. Natl. Acad. Sci., USA*, 1984, 81, 7907—7911. — 3. Bauer, J., Birmelin, M., Northoff, G. H. és mtsai: Induction of rat alpha 2 macroglobulin in vivo and in hepatocyte primary cultures: synergistic action of glucocorticoids and a Kupffer cell derived factor. *FEBS Lett*, 1984, 177, 89—94. — 4. Baumann, H., Jahreis, G. P., Sauder, D. N. és mtsai: Human keratinocytes and monocytes release factors which regulate the synthesis of major acute phase plasma proteins in hepatic cells from man, rat, and mouse. *J. Biol. Chem.*, 1984, 259, 7331—7342. — 5. Baumann, H., Richards, C., Gauldie, J.: Interaction among hepatocyte-stimulating factors, interleukin 1, and glucocorticoids for regulation of acute phase plasma proteins in human hepatoma (Hep G2) cells. *J. Immunol.*, 1987, 139, 4122—4128. — 6. Belanger, L., Baril, P., Gurtin, M. és mtsai: Oncodevelopmental and hormonal regulation of alpha-1-fetoprotein gene expression. *Adv. Enzyme Regul.*, 1983, 23, 73—99. — 7. Chomczynski, P., Sacchi, N.: Single-step method of RNA isolation by acid guanidinium thiocyanate-phenol-chloroform extraction. *Anal Biochem*, 1987, 162, 156—159. — 8. Clark, B. D., Collius, K. L., Gandy, M. S. és mtsai: Genomic sequence for human prointerleukin-1 beta: possible evolution from a reverse transcribed prointerleukin-1 alpha gene. *Nucl. Acids. Res.*, 1986, 14, 7897—7905. — 9. Darlington, G. J., Wilson, D. R., Lachman, L. B.: Monocyte-conditioned medium Interleukin-1, and tumor necrosis factor stimulate the acute phase response in human. *J. Cell. Biol.*, 1986, 103, 787—793. — 10. Darlington, G. J., Wilson, D. R., Kelly, J. H.: IL-1 and IL-6 control the transcription of albumin, fibrinogen, and C3. Regulation of Liver Gene Expression. *Congress. Cold Spring Harbor*, 1989, May 3—7. — 11. Dinarello, C. A.: Interleukin-1 and the pathogenesis of the acute phase response. *N. Eng. J. Med.*, 1984, 311, 1413—1418. — 12. Dinarello, C. A.: An update on human interleukin-1 from molecular biology to clinical relevance. *J. Clin. Immunol.*, 1985, 5, 287—297. — 13. Dinarello, C. A.: Interleukin-1. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1988, 546, 122—132. — 14. Dower, S. K., Kronheim, S. R., Hopp, T. P. és mtsai: The cell surface receptors for interleukin-1 alpha and interleukin-1 beta are identical. *Nature*, 1986, 324, 266—268. — 15. Fogh, J., Fogh, H.: Chromosome changes in PLO-infected FL human amnion cells. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1965, 119, 233—238. — 16. Furutani, Y., Notake, M., Fuki, T. és mtsai: Complete nucleotide sequence of the gene from human interleukin-1-alpha. *Nucl. Acids. Res.*, 1986, 14, 3167—3179. — 17. Ganapathi, M. K., Schultz, D., Mackiewicz, A. és mtsai: Heterogeneous nature of the acute phase response. Differential regulation of human serum amyloid A, C-reactive protein and other acute phase proteins by cytokines in Hep 3B cells. *J. Immunol.*, 1988, 141, 564—569. — 18. Gauldie, J., Sauder, D. N., McAdam, K. P. W. J. és mtsai: Purified interleukin-1 (IL-1) from human monocytes stimulates acute-phase protein synthesis by rodent hepatocytes in vitro. *Immunology*, 1987, 60, 203—207. — 19. Kilian, P. L., Kaffka, K. L., Stern, A. S. és mtsai: Interleukin-1 alpha and interleukin-1 beta bind the



MEDICOR SZERVIZ Rt.

1147 Budapest,
XIV., Lőcsei út 56.
Tel.: 163-2265, 251-9677
Telefax: 163-0007
Telex: 22-7369 medse h

Tisztelt Megrendelőnk!

Tájékoztatjuk Önöket, hogy a MEDICOR SZERVIZ Részvénytársaság kibővített szolgáltatásaival áll rendelkezésükre.

Szolgáltatásaink:

- az egészségügyi technika telepítése, üzembe helyezése, karbantartása, javítása közületi és magánmegrendelőknek
- orvostechnológiai szerelés minden egészségügyi létesítményben — „kulcsátadásig” (betanítással)
- egészségügyi technikai berendezések speciális alkatrészeinek egyedi gyártása, forgalmazása
- orvostechnikai készülékek felújítása teljesen vagy részegységeiben (műtőasztalok, műtőlámpák, fogászati egységek, képerősítők)
- selejtezésből bontott alkatrészek, egységek, illetve felújított készülékek vétele-eladása
- az egészségügyi technika javításával, kezelésével kapcsolatos szoftverek, segédanyagok forgalmazása
- külföldi gyártók, forgalmazók szervizképviselése (Oxford Medical, Oxford Sonicaid, Coherent GmbH, Jugodent stb.)

Valamennyi szolgáltatásunkat egyedi megrendelés vagy a megrendelővel kötött — alternatíváink közül a számára legelőnyösebb — karbantartási szerződések alapján végezzük. Kívánságra a nagyobb volumenű munkákra előzetes árajánlatot adunk.

A társaság székhelye:

1147 Budapest, XIV., Lőcsei út 56.
Telefon: 163-2265, 251-9677
Telefax: 163-0007
Telex: 22-7369 medse h

Reméljük, hogy tevékenységünk továbbra is a gyógyító munka segítségét, technikai bázisának megbízhatóságát szolgálja.

Horváth Örs Péter dr.,
Iványi Béla dr.,
Oláh Tibor dr.,
Leindler László dr.
és Karácsonyi Sándor dr.

A gyomorrák sebészi kezelése kiterjesztett nyirokcsomó eltávolítással

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Sebészeti Klinika
(igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)
Kórbonctani Intézet
(igazgató: Ormos Jenő dr.)

A szerzők 50 gyomorrákos beteg kiterjesztett nyirokcsomó eltávolítással kiegészített sebészi kezelésének eredményeit ismertetik. Megállapítják, hogy a nyirokcsomó dissectio a műtéti kockázatot nem növeli. Letalitás: 2%. Betegenként átlagosan 26 nyirokcsomót távolítottak el és vizsgáltak szövettanilag. A kiterjesztett nyirokcsomó dissectio és az alapos histológiai feldolgozás pontos „staging-re” adott lehetőséget. Az első túlélés-vizsgálatuk biztató prognózis javulást mutatott a hagyományos sebészi módszerrel kezelt betegek túlélésével szemben. Emellett ismertetik a Japanese Research Society for Gastric Cancernek a gyomor nyirokkeringésére vonatkozó beosztását és a lymphadenektomia technikáját.

Surgical treatment for gastric cancer with extensive lymph node dissection. The authors evaluate the results of extensive lymph node dissection for gastric cancer at 50 patients. It has been found that the lymph node dissection did not increase the risk of operation. The mortality rate was 2%. The average number of removed and histologically examined lymph nodes was 26. The extensive lymph node dissection and the accurate histology provided opportunity for precise staging. Their first evaluation of survival showed an encouraging improvement of prognosis regard to that of patients survival treated by traditional surgical method. Besides it they reviewed the classification of Japanese Research Society for Gastric Cancer for the lymph drainage of the stomach and the surgical technique of the lymph node dissection.

A primer daganatnak messze az ében való resectiója és a hozzá tartozó nyirokcsomóláncok eltávolítása az onkológiai sebészet alaptételei. Továbbra is vitatott kérdés a nyirokcsomó dissectio mértéke és az, hogy a kiterjesztett dissectio javít-e a prognózison vagy csak a tumor elterjedésének pontos meghatározásában (staging) segít. Nakajima és Nishi (9) 25 év alatt gyomorrák miatt resecált 7040 beteg adatait elemzik. Ez idő alatt 2523 (35,8%) beteg halt meg rákos recidívában. A meghaltak 43%-ának peritonealis áttétei, 25%-ának haematogen metastasisai és 32%-ának a sebészi tevékenységgel összefüggésbe hozható helyi recidívái voltak. A megmaradt gyomorcsonkban mindössze 2,4%-ban volt kiújulás igazolván azt, hogy a daganatot kellően az ében távolították el. Ezek szerint a meghaltak közel 30%-ában a kiújulás forrásaként a gyomor nyirokcsomóláncolatának nem kellő radikalitással történt eltávolítása jelölhető meg. Sebészi szempontból ez az adat nyújt reményt arra vonatkozóan, hogy a daganatos gyomor nyirokcsomórendszerének radikális kiirtásával még komoly prognózis javulás érhető el.

Japán szerzőknek már közel 20 éves, a nyugat-európai klinikáknak pedig már 10 éves tapasztalataik vannak a gyomorrák radikális nyirokcsomó dissectióval történő sebészi kezelésében és eredményeik biztatóak (1, 8, 13, 14).

Ezek alapján vezettük be klinikánkon 1986-ban ezt az új módszert és beteganyagunk bemutatása mellett igyekszünk tömören ismertetni a Japanese Research Society for Gastric Cancer (5) nomenklatúráját a gyomorrák sebészi kezelésére vonatkozóan, melyet az UICC 1987-ben kissé módosított (12).

Anatómia

A gyomor nyirokrendszere az első pillanatban bonyolultnak tűnik, melynek oka a szerv embrionális fejlődésében keresendő. Az 1. a–c ábrákon mutatjuk be a Japanese Research Society for Gastric Cancer (5) által kidolgozott nyirokcsomó nomenklatúráját.

Műtéti technika

Behatolás: a) haránt laparotomia, kiegészítve median laparotomiával (amennyiben a daganat nem közelíti meg vagy nem éri el a cardiát)

b) bal oldali thoracalaparotomia a VII. bordaközben (amennyiben a daganat megközelíti, vagy eléri a cardiát)

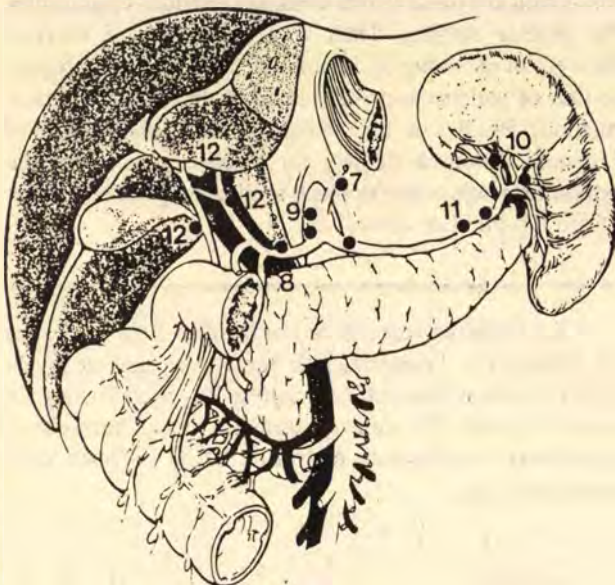
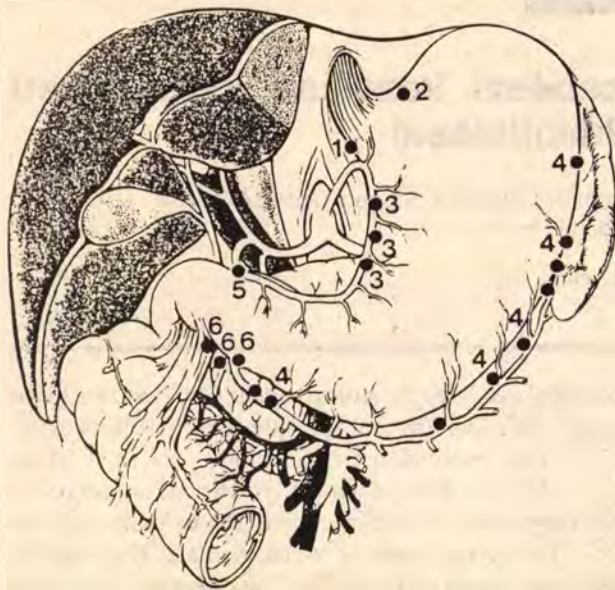
1. Totális gastrectomia és az I. nyirokcsomólánc eltávolítása:

Az első lépés a nagycseplesz leválasztása a colon transversumról. Az a. gastroepiploica dextrát és sinistrát lehetőleg a tövé-nél kell lekötöni.

A második lépés a kiscseplesz átvágása egészen májközelben és az a. gastrica dextra átvágása a pylorus szintjében.

Kulcsszavak: Gyomorrák, nyirokcsomó dissectio, túlélés

Ezzel eltávolításra kerülnek a Japán Nomenklatúra szerinti 1., 2., 3., 4., 5. és 6. nyirokcsomók.



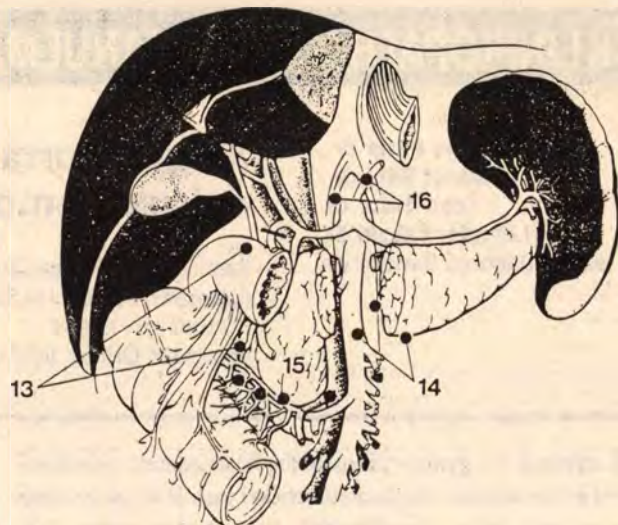
2. A II. nyirokcsomólánc eltávolítása

Ebbe a nyirokcsomóláncba a 7., 8., 9., 10., 11. és 12-vel jelzett nyirokcsomók tartoznak.

Ez a szakasz a duodenumnak a pylorus alatt való átvágásával és a duodenumcsanak zárásával kezdődik. Felkeressük az a. gastroduodenalist és innen a lig. hepatoduodenale felé preparálunk. Eredésénél kötjük le az a. gastrica dextrát. A lig. hepatoduodenale képleteit felülről szabaddá preparáljuk. Látótérbe kerül a vena portae is. Ezután a preparálást az a. hepatica communis mentén folytatjuk medialis irányba. Az alsó szélét a pancreas felső széle képezi. Az a. hepatica communis magasságában kötjük le a vena coronaria ventriculit. Közvetlenül az eredésénél kötjük le az a. gastrica sinistrát. Ezután a preparálást az a. lienalis mentén folytatjuk a léphilusig.

A lép eltávolítására akkor kerül sor, ha a léphilusban daganatos nyirokcsomókat tapintunk és ha a daganat megközelíti vagy eléri a nagygyömbületet a corpus felső harmadában, illetve a fundusban.

Staging szempontjából fontosnak tartjuk a 13-as nyirokcsomók eltávolítását. Ezek eltávolítására en bloc nincs mód. Ehhez Kocher szerint mobilizáljuk a duodenumot és a vena cava inferior és az aorta közül kiperaráljuk a nyirokcsomókat. Ugyancsak ki-



1/a ábra: nyirokcsomólánc: 1—6

1/b ábra: nyirokcsomólánc: 7—12

1/c ábra: nyirokcsomólánc: 13—16

Japanese Research Society for Gastric Cancer Nyirokcsomó Nomenklatúrája.

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. jobb paracardialis | 9. truncus coeliacus |
| 2. bal paracardialis | 10. léphilus |
| 3. kisgyömbület | 11. art. lienalis |
| 4. nagygyömbület | 12. lig. hepatoduodenale |
| 5. pylorustól cranialis | 13. pancreasfej mögött |
| 6. pylorustól caudalis | 14. mesenterium gyökér |
| 7. art. gastrica sinistra | 15. art. colica media |
| 8. art. hepatica communis | 16. aorta abdominalis |

[Springer Verlag engedélyével J. R. Siwert dolgozatából (13) átvéve]

metsszük a duodenum és a choledochus szögletében elhelyezkedő csomókat.

3. A III. nyirokcsomólánc eltávolítása

Erre a lépésre nem minden műtét során kerül sor, hanem csak akkor, ha a daganat terjedése közben a pancreas testét vagy farkát beszűri. A műtét során a pancreast a vena mesenterica superior szintjében vágjuk át. Az a. lienalist az eredésénél kötjük le. Eltávolítjuk az aorta bal oldalán elhelyezkedő és a bal vesehilusban levő nyirokcsomókat. A műtét ezen részében lymphadenektomiára kerülnek a 14., 15. és 16-ossal jelzett nyirokcsomók.

Beteganyag, eredmények

1986. április 1. és 1989. július 31. között 50 gyomorrákos beteget operáltunk kiterjesztett nyirokcsomó eltávolítással. Az átlagéletkor 62,8 év, a férfi-nő arány 35 : 15 volt. A műtétet 22 esetben bal oldali thoracolarotomiából és 28 esetben hasi feltárásból végeztük.

A kombinált műtétek során a totalis gastrectomián kívül végzett beavatkozásokat az 1. táblázat mutatja.

Egy beteg halt meg a postoperatív szakban, így a letalitás 2%. A kiterjesztett lymphadenektomiával összefüggő műtét utáni szövődményt nem észleltünk.

1. táblázat: A kombinált műtétek típusai

Splenectomy	25
Nyelőcső resectio	10
Pancras resectio	7
Vastagbél resectio	5
Máj resectio	2
Adrenalectomia	1
Duodenum resectio	1

A műtét során eltávolított gyomrokat és a hozzá tartozó nyirokcsomóláncokat egyetemünk Kórbonctani Intézetében dolgozták fel. Fixálás után minden nyirokcsomót kipreparáltunk és megszámloltunk, majd szövettanilag megvizsgáltunk, hogy metastatikus-e (2. táblázat).

2. táblázat: **Preparálható és áttétes nyirokcsomók száma gyomorrák miatt operált betegeken**

Betegszám: 50	átlag;±SD
Összes eltávolított nyirokcsomó átlagosan betegenként	26,25±18,8
Összes áttétes nyirokcsomó átlagosan betegenként	8,46±12,1
Kisgömbületi átlagos nyirokcsomószám	11,9± 8,8
Nagygömbületi átlagos nyirokcsomószám	8,5± 8,7

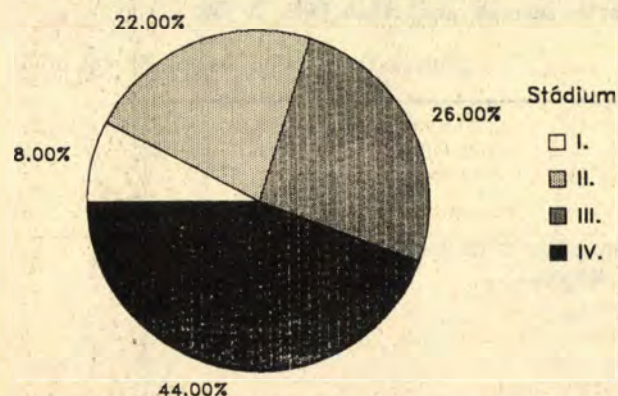
Az átlagos betegenkénti nyirokcsomószám 26,2 db volt. Az átlagos metastatikus nyirokcsomók száma 8,4 db volt. A kisgömbület mentén (beleértve a 2. sz. nyirokcsomóláncot is) 11,9 db nyirokcsomót találtunk és ebből 3,9 db volt daganatos. A nagygömbületi nyirokcsomószám 8,5-nek bizonyult és ebből metastatikus 3,2 db volt. A lépkapuban összesen 1,5 db nyirokcsomót sikerült kimutatni, és mindössze egy esetben 1 db nyirokcsomó volt metastatikus.

Egy betegből eltávolított legtöbb nyirokcsomó 91 db volt. 11 beteg átvizsgált nyirokcsomóiban nem találtunk áttétet (3. táblázat).

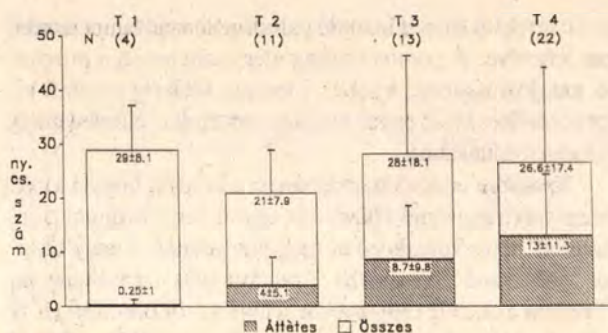
3. táblázat: **Gyomorrákos betegek nyirokcsomó statusa**

Stadium	Betegszám
N0 (nincs áttét)	11
N1 (egy nyirokcsomóláncban áttét)	13
N2 (két nyirokcsomóláncban áttét)	16
N3 (három nyirokcsomóláncban áttét)	6
N4 (távoli nyirokcsomó áttét)	4

A betegek többségét már előrehaladt állapotban, elkésve operáltuk (2. ábra). 35 beteg tartozik a III. és IV. stádiumba.



2. ábra: **Gyomorrákos betegek megoszlása stádiumbeosztás szerint (makroszkópos lelet alapján)**



3. ábra: **Tumornagyság és nyirokcsomó szám összefüggése**

A tumornagyság és az összes eltávolított nyirokcsomó száma között (3. ábra) nincs összefüggés, viszont van a tumornagyság és az áttétes nyirokcsomók száma között. Minél nagyobb a tumor, annál több a tumorosan érintett nyirokcsomó. A 4. táblázat a túlélés vizsgálatok eredményeit mutatja összevetve klinikánk korábbi beteganyagával, ami-

4. táblázat: **Gyomorrák miatt operált betegek túlélés vizsgálata. 1983—1980 között lymphadenektomia nélkül, 1986—1989 között nyirokcsomó dissectióval**

	1963—1980 n : 600	1986—1989 n : 50
1 éves túlélés	69,8%	87%
2 éves túlélés	52,2%	73%

kor (1963 és 1980 között) nem végeztünk kiterjesztett lymphadenektomiát (11). A kétéves túlélésben 20%-os a javulás.

Megbeszélés

A gyomorrák prognózisát számos tényező (szövet-tan, staging, grading stb.) befolyásolja. Az egyetlen prognosztikus faktor, amelyet a sebész befolyásolni tud, a műtési radikalitás. A szerzők többsége (1, 2, 3, 13) egyetért azzal, hogy az intestinalis típusú antrum rákok kivételével gyomorrák esetén totalis gastrektomiát kell végezni, azaz a szerv szintjén a radikalitást már nem lehet fokozni. A másik lehetőség a gyomor nyirokcsomózatának minél radikálisabb eltávolítása. Ez utóbbitól várható az extraluminalis tumorrecidívák csökkenése és ezáltal a túlélés hosszabbodása.

Tapasztalatunk szerint a műtétet megfelelő anatómiai ismeretek birtokában minden gyakorlott sebész el tudja végezni. A műtési idő kb. 30—40 perccel hosszabb. Saját tapasztalatunk és az irodalmi adatok alapján a lymphadenektomia a műtési kockázatot nem növeli és nem jár együtt speciális szövődeményekkel (1, 13, 14). A letalitásunk 2%, mely megegyezik a gyomorrákkal foglalkozó centrumok hasonló adatával (6, 9, 13).

Vitathatatlan, hogy a kiterjesztett nyirokcsomó dis-

sectio adekvát és megbízható pathológiai stádiumbeosztást tesz lehetővé. A pontos staging elengedhetetlen a prognózis megjelöléséhez, a sebészi terápia szükség szerinti kiegészítéséhez és az egyes munkacsoportok eredményeinek összehasonlításához.

Továbbra is vitatott azonban az a kérdés, hogy a kiterjesztett nyirokcsomó eltávolítás együtt jár-e prognózis javulással. Erre vonatkozóan még hiányoznak a nagy anyagot felmutató prospektív, randomizált tanulmányok. Történeti kontroll csoportokat felállítva több szerző (1, 6, 7, 8) kimutatta, hogy a túlélés mintegy 30–50%-kal javul a radikális lymphadenektomia hatására. Saját beteganyagunk még kicsi következtetések levonására, de mindenestre biztató, hogy az új módszerrel operált betegek 2 éves túlélése 20%-kal jobb mint klinikánk korábbi beteganyagáé (11).

Felmerül a kérdés, hogy melyik stádiumú betegeken elvégzett lymphadenektomia hozza létre a prognózis javulást. A válasz erre valószínűleg az, hogy azokon, akiken a daganatos áttétek már a 2. nyirokcsomóláncban is vannak. Gall szerint a betegek mintegy 20–40%-ánál javít a lymphadenektomia a prognózison. A mi beteganyagunkban (3. táblázat) az N2-es csoportba tartozó radikális műtetre került betegeken várható a műtétől túlélés hosszabbodás. Az N2-es csoportba tartozó 16 beteg közül 10-nél történt radikális műtét, így a betegek 20%-ánál várható prognózisjavulás.

A fentiek alapján jogos az a kérdés, hogy érdemes-e minden gyomorrák miatt végzett resectio vagy totalis gastrektomia mellett elvégezni a lymphadenektomiát. A mai vizsgálati módszerekkel nem lehet biztonsággal megállapítani a stádiumbeosztást. Ismeretes ugyanis, hogy pl. korai rák mellett 4–20%-ban fordulhat elő nyirokcsomó metasztasis (10). Ezért minden radikális céllal operált műtét mellett érdemes elvégezni a lymphadenektomiát.

További kérdés, hogy a szervhatárokat nem respektáló daganatok esetén meddig érdemes a kiterjesztést fokozni. A gyomorral szomszédos szervekre a műtétet akkor ésszerű kiterjeszteni, ha ezzel R0 resectiót lehet elérni (R0 resectio után nem marad daganat vissza, R1 után mikroszkópikus, R2 után makroszkópikus daganatmaradvány kimutatható) (12). Ennek értelmében a totalis gastrektomia mellett végzett duodeno-pancreatektomia is ésszerű lehet, amennyiben daganatszövet nem marad vissza.

A lép eltávolításának vagy megtartásának kérdése évtizedek óta vitatéma (4) a gyomorrák sebészetével foglalkozó irodalomban. Mi azt az irányzatot követjük (7, 13,

15), mely nem ír elő kötelező splenektomiát totalis gastrektomia mellett, hanem a tumor lokalizációjától és az arteria lienalis mellett elhelyezkedő nyirokcsomók tumoros voltától teszi függővé a lépeltávolítást. Figyelemre méltó, hogy anyagunkban a splenektomia nem növelte lényegesen sem az összes, sem a tumorosan érintett nyirokcsomók számát, azaz a splenektomia során kevés nyirokcsomó került pluszban eltávolításra.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a kiterjesztett nyirokcsomóeltávolítás a gyomorrák sebészi kezelésében világsszerte mindjobban elterjedt módszer, mely nem növeli meg a műtét kockázatát, pontos stádiumbeosztásra ad alkalmat és valószínűleg javítja a prognózist. Ez utóbbi bizonyítására további precíz, multicentrikus, prospektív, randomizált tanulmányokra van szükség.

IRODALOM: 1. Gall, F. P., Hermanek, P.: Die erweiterte Lymphknoten-dissektion beim Magen- und colorectalen Carcinom — Nutzen und Risiken. *Chirurg* 1988, 59, 202. — 2. González, M. és mtsai: Lymphatic dissemination of gastric cancer — therapeutic implications. *Hepato-Gastroenterol.* 1989, 36, 66. — 3. Gouzi, J. L. és mtsai: Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. *Ann. Surg.* 1989, 209, 162. — 4. Heberer, G. és mtsai: Results of gastric resection for carcinoma of the stomach: The European experience. *World J. Surg.*, 1988, 12, 374. — 5. Japanese Research Society for Gastric Cancer: Allgemeine Richtlinien für Chirurgie und Pathologie der japanischen Magencarcinomstudie. *Chirurg* 1985, 56, 539. — 6. Kodama, Y. és mtsai: Evaluation of extensive lymph node dissection for carcinoma of the stomach. *World J. Surg.* 1981, 5, 241. — 7. Koga, S. és mtsai: Results of total gastrectomy for gastric cancer. *Amer. J. Surg.* 1980, 140, 636. — 8. Maruyama, K.: Surgical treatment for advanced gastric cancer: An evaluation of systematic lymph node dissection. In: *Magencarcinom. Epidemiologie, Pathologie, Therapie, Nachsorge.* Hrsg: Gall F. P. és mtsai, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1986, p. 98. — 9. Nakayima, T., Nishi, M.: Surgery and adjuvant chemotherapy for gastric cancer. *Hepato-Gastroenterol.* 1989, 36, 79. — 10. Okamura, T. és mtsai: Lymphadenectomy for cure in patients with early gastric cancer and lymph node metastasis. *Amer. J. Surg.* 1988, 155, 476. — 11. Petri I. és mtsai: A késői túlélés gyomorrák miatt operált betegeinkén. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 2703. — 12. Schlag, P. és mtsai: Die neue TNM-Klassifizierung und ihre Auswirkung auf die chirurgische Behandlung des Magenkarzinoms. *Chirurg* 1989, 60, 8. — 13. Siewert, J. R. és mtsai: Lymphadenektomie beim Magencarcinom. *Langenbecks Arch. Chir.* 1986, 368, 137. — 14. Soga, J. és mtsai: A statistical evaluation of advancement in gastric cancer surgery with special reference to the significance of lymphadenectomy for cure. *World J. Surg.* 1988, 12, 398. — 15. Sugimachi, K. és mtsai: Critical evaluation of prophylactic splenectomy in total gastrectomy for the stomach cancer. *Gann* 1980, 71, 704.

(Horváth Örs Péter dr., Szeged, Pf. 464. 6701)

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetésében szereplő Nitromint retard tabletta rendelkezése az alábbiak szerint változott.
„Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal”



GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

nitromint[®] · retard



NITROMINT®-retard

2,6 mg tabletta
koszorúér-tágító

A Nitromint-retard tabletta nyújtott hatású, a gastrointestinalis tractusból gyorsan és egyenletesen felszívódó nitroglicerinnel készített készítmény.

6–8 órát meghaladó hatástartama tartós szedés esetén alkalmassá teszi anginás roham megelőzésére, illetve a roham súlyosságának csökkentésére, a kardiális decompensatio kiegészítő kezelésére. Növeli az anginás beteg toleranciáját, átmeneti sublingualis Nitromint szükségletét.

Hatóanyag: 2,6 mg nitroglycerinum tablettánként.

Javallatok: Angina pectoris megelőzése és kezelése, digitális- és diuretikumkezelésre refrakter kardiális decompensációban kiegészítő kezelés.

Akut angina pectoris roham kezelésére nem alkalmas.

Ellenjavallatok: Emelkedett koponyaűri nyomás, glaukóma, súlyos anémia, ismert nitroglicerintolerancia.

Adagolás: Egyéni beállítást igényel, a beteg nitroglicerinnel való érzékenységtől a betegség súlyosságától, a mellékhatások jelentkezésétől függően.

A tablettákat egészben kell lenyelni. Kezdő adagja általában naponta 3-szor 1 tabletta étkezés előtt.

Az adag szükség esetén fokozatosan napi 3-szor 2 tablettára, illetve 3-szor 3 tablettára emelhető. A kedvező terápiás hatás elérése esetén az adag csökkenthető napi 2 (reggel este 1–1) tablettára.

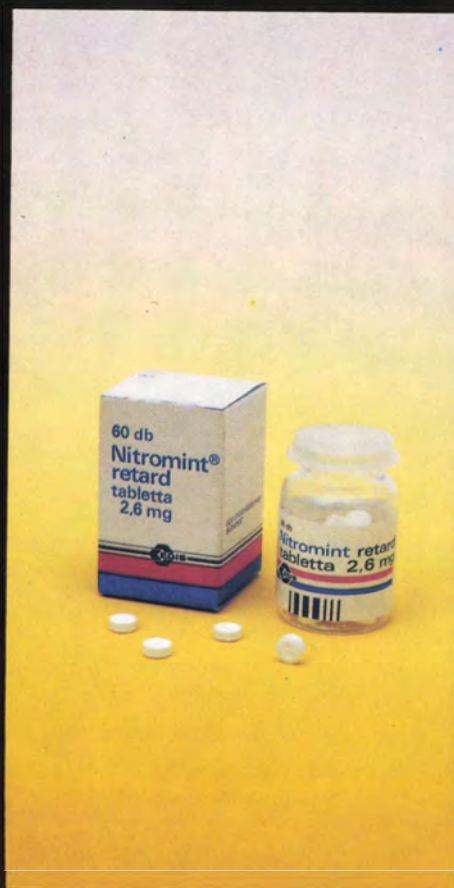
Mellékhatások: Fejfájás, szédülés, gyengeségérzés, enyhe gasztrointesztinális tünetek, ezek az adag csökkentésére elmúlnak, a kezelés megszakítását általában nem teszik szükségessé.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható: antihipertenzívumokkal, major trankvillánsokkal, triciklikus antidepresszánsokkal (vérnyomáscsökkenés léphet fel).

Figyelmeztetés: Alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

Megjegyzés: ✖✖ Csak vényre adható ki egyszeri alkalmakkal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés, (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 60 tabletta



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



Szántó Dezső dr.,
Bohátka László dr.,
Németh József dr.,
Baroch József dr.,
Skapinyecz Tibor dr.
és Somogyi László dr.

Az állcsont és az állkapocs pars alveolarisának korai calcipeniás osteopathiája fiatal felnőtt alkoholbetegek panoráma felvételein

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Tanács Szakkórháza, Miskolc, Röntgen Osztály
(főorvos: Szántó Dezső dr.)
és Szájsebészeti Osztály
(főorvos: Bohátka László dr.)

A szerzők 55—55, 21—34 éves alkoholbeteg férfi és nő, és összesen 110, hiánytalan fogazattal és intakt parodontiummal rendelkező személy maxilláinak és mandibuláinak 220 panoráma röntgenogramját vizsgálták. A betegek 19%-án az alveolaris szivacsos állományban osteoporomalacia, cystikus felritkulások és multiplex pathológiás mikrofracturák alakultak ki. A calcipeniás osteopathiát a Ca és P anyagcsere rutin laboratóriumi eltérései, továbbá a jobb 2. metacarpus és tibia röntgenmorphometriás indexének csökkenése alapján bizonyították. A pars alveolarisok osteoporomalaciája megelőzte a többi csont calcipeniás osteopathiáját. 20—45 g/nap mennyiségű alkohol fogyasztása 3—5 év után calcipeniás osteopathiát eredményezhet. Ennek kialakulását táplálkozási, hormonális, genetikai és hepatopancreaticus tényezők által meghatározott egyéni hajlamra vezeték vissza.

Early calcipenic osteopathia of the maxillary and mandibular alveolar parts young alcohol addict adults on the panoramic roengenograms. The authors have examined 220 maxillary and mandibular panoramic roentgenograms of 55—55, all 110, between 21—34 years of age alcohol addict males and females with a complete dentitions and intact parodontium. In 19 per cent of patients developed osteoporomalacia, cystic rarefactions and multiple pathologic microfractures of the alveolar spongy bone tissues. The calcipenic osteopathia was verified by the routine laboratory disorders of calcium and phosphor metabolism, besides by the diminution of roentgenmorphometrical index of right 2nd metacarpus and tibia. The osteoporomalacia of alveolar parts preceded calcipenic osteopathia of all bones in 52 per cent of patients. A quantity of 25—50 g alcohol consumed daily would be resulting the calcipenic osteopathia after 3—5 years. Its development may be due to individual praedisposition influenced by nutritional, hormonal, genetic and hepatopancreatic factors.

Saville (22) 1965-ben boncolással igazolta, hogy túlzott alkoholfogyasztás fiatal személyek csontozatának tömegét és biomechanikai értékét csökkenti. Seeman és mtsai (23) az alkoholizmust a secundaer generalizált osteoporosis gyakori okának találták, melyet az életkor előrehaladása súlyosbít és látványossá tesz. Braband és mtsai (3) írták le, hogy a fogmedrek lamina durája az osteoporomalacia kezdetén felszívódhat.

Korábbi tapasztalataink szerint az alkoholbetegség adaptációs (26, 27) és szervi dekompenzációs (28) szakaszában osteoporomalacia mindig jelen van. Arra kell gondolnunk, hogy a calcipeniás osteopathia már a korai, bevezető szakaszban kifejlődik és kimutatása az alkoholbeteg gyógyulásának kilátásait döntően befolyásolja.

Ebből kiindulva, feltáró vizsgálatokat végeztünk fiatal alkoholbetegek arc- és állcsontjain.

Betegek és vizsgáló módszer

Panoramix készülékkel megvizsgáltuk 55, 21—34 (átlagosan 30) éves férfi és 55, 25—34 (átlagosan 29,5) éves nő, összesen 110 alkoholbeteg maxillájának és mandibulájának pars alveolarisát.

Férfi betegeink 3—12 (átlagosan 5) év óta fogyasztottak 20—80 g/nap (átlagosan 50 g/nap), míg nőbetegeink 3—8 (átlagosan 4) év óta 20—50 g/nap (átlagosan 25 g/nap) mennyiségű, 96%-os etilalkohollal egyenértékű szeszartalmú italt.

A kontroll csoportban 55, 19—34 (átlagosan 26,5) éves férfi és 55, 22—34 (átlagosan 28) éves nő, összesen 110, absztinens, vagy alkalmi alkoholfogyasztó személy panoráma képeit elemeztük.

Teljes panoráma képanyagunk 220 személy 440 felvételéből áll.

A panoráma képeken a kúp alakú röntgenső intra- és a film extraoralis helyzete következtében az állcsontok, a bölcsességf-

Kulcsszavak: alkoholizmus, osteoporomalacia, calcipeniás osteopathia, panoramix röntgenogram

gok, a mandibula felhágó szára és a temporomandibularis ízületek kivételével a fogmedrekkel és a fogakkal közösen ábrázolódnak. Bár a fogak vetülete a néhány cm-es fókusz-film távolság következtében 1,5–2-szeres nagyítást szenved, a csőfókusz finomsága miatt a pars alveolaris szerkezete éles és kis elváltozások dokumentálására is alkalmas.

A koponyával funkcionális anatómiai egységet képező maxilla fogmeder nyúlványának trajectorialis szerkezete kevésbé fejlett, mint a rágás biomechanikai túlsúlyát viselő mandibuláé.

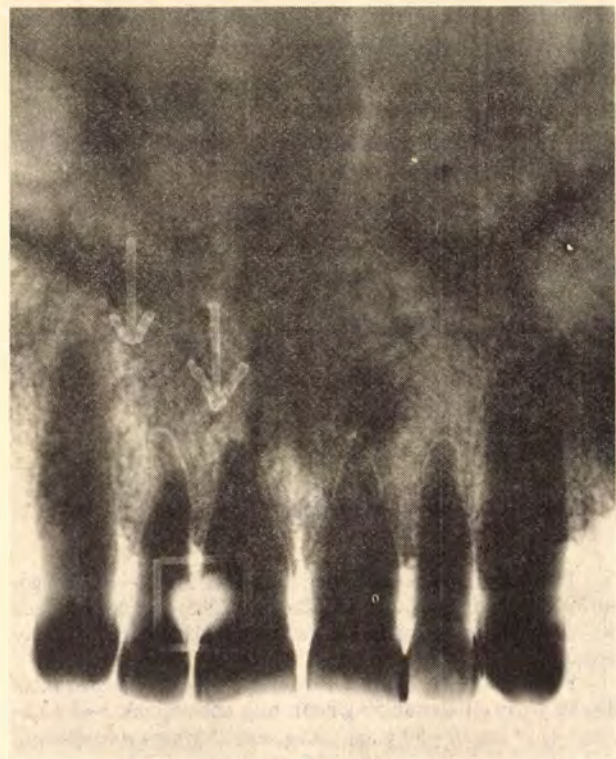
A csontgerendák üres fog- és parodontopathiás helyeken hiányoznak, vagy szabálytalanok. *Ezért mindkét csoportban kizárólag olyan személyek szerepelnek, akiknek érzékelhető parodontopathiája nincs és fogazata hiánytalan, vagy pótol.*

A trajectoriumok közötti lacunák a nagyírlők régiójában egymásra vetülnek és felritkulásokat utánozhatnak (17). A metszők és kisírlők közötti lacunák ezzel szemben szabályosak, kicsinyek, ezért valódi ritkulástól és osteolysistól jól elkülöníthetők. A mandibula felvételén zavaró árnyék nincs, a maxilla panoráma képén azonban a járomcsont és a sinus maxillaris a nagyírlőkre vetül.

Mivel a vizsgálódásunk szempontjából fontos frontfogak és kisírlők pars alveolarisának trajectorialis rendszere, továbbá a septa interalveolaria optimálisan ábrázolódnak, a nagyírlőkről nem készítettünk kiegészítő, célzott felvételeket.

A septum intraalveolare az osteopathia dokumentálására alkalmatlan, mert a felső kisírlőkön a foggyökérre vetül, sőt keskeny palatinális gyökér utánozhatja is (8).

A csontszerkezetet akkor minősítettük kórosnak, ha a fogmedret határoló lamina dura, valamint a septa interalveolaria egy, vagy több fog körül felritkult, töredezett, vagy eltűnt. Alkalmilag cystikus laesiókat és pathológiás mikrofracturákat láttunk (1. és 2. ábra).



1. ábra: A felső frontfogak panoráma felvétele. A nyílhegyek a lamina dura felszívódásának helyére, a septum interalveolare mikrofracturáira és cystaszerű laesióira mutatnak. A négyszögön belül kettős, interdentalis caries. 24 éves férfi, 5 éve fogyaszt 50 g/nap mennyiségű alkoholt.

A pars alveolaris makroszerkezetének elváltozásait összehasonlítottuk a jobb 2. kéz középsőcsont (2, kóros 44,0% alatt), a jobb tibia (25, kóros 55,0% alatt) és a 3. ágyéki csigolya biconka-



2. ábra: Ugyanezen beteg alsó front és első kisírlő fogainak panoráma felvétele. A nyílhegyek és a négyszög a felső fogakéval megegyező radiomorphologiai elváltozásokat jeleznek.

vitási (2, kóros 80,0% alatt) indexével. A röntgenmorphometriás indexet kézinagyítóval és 0,5 mm-es beosztású vonalzóval a két csoport összesen 660, 1–1 dorsovolaris kéz, anteroposterior láb-szár és oldalirányú ágyéki gerinc felvételén mértük az irodalomban részletezettek (11, 12, 14) szerint.

Az alkoholbetegség rutin kémiai laboratóriumi paramétereit (7) kiegészítettük a szénhidrát, purin és zsírsanyagcserére (21, 29), a calcium háztartásra (14) vonatkozó alapvető adatokkal, továbbá creatorrhoea és steatorrhoea lehetőségére gondolva, 3 napos gyűjtésből származó széklet pH és emésztettség vizsgálatával.

Epigastrialis dyscomfort érzést, puffadást és székelési rendellenességet 12/55 alkoholbeteg férfi és 24/55 nő, összesen 36/110 (32,7%) személy panaszkolt. Időszakos, spontán végtagfájdalomról 2/55 férfi és 4/55 nő, összesen 6/110 (5,5%) alkoholbeteg számolt be.

Eredmények

13/55 férfin és 8/55 nőn, összesen 21/110 (19%) személyen észleltük a felső és alsó állcsontok makroszerkezetének egyidejű eltéréseit. Ezeknek a betegeknek legfontosabb kórtörténeti adatait a táblázatban foglaltuk össze.

A férfiak átlagos életkora 27,7 év, alkoholfogyasztása 68,4 g/nap, időtartama 6,1 év, a nőké 27,2 év 36,2 g/nap és 5 év. Átlagos életkoruk alacsonyabb, alkoholfogyasztásuk napi mennyisége és időtartama magasabb a többi alkoholbetegétől.

A kémiai laboratóriumi és röntgenleletek egybevetése alapján calcipeniás osteopathiát, 14/21 betegen osteoporosis és 7/21-en osteomaláciát kórisméztünk. Férfiakon az osteoporosis (11/13), nőknél az osteomalacia (5/8) túlsúlya észlelhető. Csontfájdalmat említő 6 betegünkön calcipeniás osteopathiát mutattunk ki.

A pars alveolaris makroszerkezetének károsodása idején 5/13 férfin és 6/8 nőn, összesen 11/21 személyen a metacarpus és tibia index normális, 5/13 férfin és 1/8 nőn, összesen 6/21 személyen a metacarpus index, míg 3/13 férfin és 1/8 nőn, összesen 4/21 betegen a metacarpus és tibia

1. táblázat: Az alkoholbetegek életkora, neme, alkoholfogyasztása, calcipeniás osteopathiája és a parodontium klinikai állapota

Sor-szám	Életkor (év)	Nem	Alkohol-fogyasztás		Szérum			Vizelet Ca	Széklet emésztettség	Rtg. morphometriás index (%)			Parodontium klinikailag	Pars alveolaris radiologiailag (panoráma)
			mennyiség (g/nap)	idő (év)	Ca	P	Alkalikus phosph.			jobb		L.3. csigolya		
										2.metacarpus	Tibia			
1.	21	férfi	80	4	n	n	n	n	+	↓	↓	n	n	+
2.	28	férfi	80	8	↓	↓	↑	↓	+	n	n	n	n	+
3.	25	férfi	80	7	n	↓	↑	↓	+	n	n	n	n	+
4.	30	férfi	80	10	n	n	n	n	+	↓	↓	n	n	+
5.	32	férfi	70	9	n	n	n	n	+	n	n	n	n	+
6.	32	férfi	70	7	n	n	n	n	n	↓	n	n	n	+
7.	29	férfi	70	5	n	n	n	n	n	n	n	n	n	+
8.	29	férfi	70	6	n	n	n	n	n	n	n	n	n	+
9.	30	férfi	70	4	n	n	n	n	n	↓	n	n	n	+
10.	33	férfi	60	6	n	n	n	n	n	↓	n	n	n	+
11.	24	férfi	50	5	n	n	n	n	n	↓	n	n	n	+
12.	22	férfi	50	5	n	n	n	n	+	↓	↑	n	n	+
13.	23	férfi	50	4	n	n	n	n	+	↓	↓	n	n	+
14.	28	nő	45	6	n	n	n	n	n	n	n	n	n	+
15.	20	nő	40	4	n	n	n	n	+	n	n	n	n	+
16.	33	nő	40	6	n	n	n	n	n	↓	n	n	n	+
17.	30	nő	35	5	↓	↓	↑	↓	+	↓	↓	n	n	+
18.	29	nő	35	4	↓	↓	↑	↓	+	n	n	n	n	+
19.	28	nő	30	5	↓	↓	↑	↓	+	n	n	n	n	+
20.	26	nő	25	4	↓	↓	↑	↓	n	n	n	n	n	+
21.	24	nő	25	6	↓	↓	↑	↓	+	n	n	n	n	+

Jelmagyarázat: n: normális ↑: emelkedett

+: kóros ↓: csökkent

index egyaránt csökkent. Ennek mértéke 3,5%-nál sem a rövid, sem a hosszú csöves csontokon nem nagyobb. A bikonkavitási index minden betegen normális. Csontdeformitást, chondroarthropathiát nem észleltünk.

A szérum gamma GT, GOT, GPT és LDH valamennyi személyen emelkedett, a cukorterhelési görbe a normálisnál magasabb és elhúzódbb. Magas éhgyomri vércukor értéket 2/13 férfin és 2/8 nő, összesen 4/21 betegen találtak.

7/13 férfin és 5/8 nő, összesen 12/21 alkoholbeteg székletében a pancreas exocrin funkciózavarára utaló harántcsíkos izomrostokat, keményítőszemcséket és/vagy neutrális zsírt mutattak ki, durva makroszkópos eltérés nélkül.

2/13 férfin és 1/8 nő IV., 1/13 férfin II/b típusú hyperlipoproteinaemiát (4/21 eset), 1/13 férfin és 3/8 nő hyperuricaemiát (4/21 eset) kórisméztek.

Ultrahang vizsgálattal 2/13 férfin és 2/8 nő, összesen 4/21 betegen diffúz májlaesiót tapasztaltunk.

Neurológiai eltérés nem fordult elő.

A többi, 89 alkoholbeteg (42 férfi és 47 nő) kompakta indexei normális értékűek. A szérum gamma GT 30 férfin és 37 nő, összesen 67 (76%), a GOT, GPT és LDH 10 férfin és 16 nő, összesen 26 (29%) személyen emelkedett. Hyperlipoproteinaemiát 17 (19%) betegen (14 férfin IV., 2 férfin és 1 nő II/b típusú), hyperuricaemiát 20 (22%) betegen (15 férfin és 5 nő), a normálistól eltérő cukorterhelési értékeket 21 (23,5%) betegen (7 férfin és 14 nő) állapítottak meg.

A kontroll csoportban 5/55 férfin és 7/55 nő, össze-

sen 12/110 (10,9%) személyen emelkedett szérum gamma GT tükör, 2/55—2/55 férfin és nő, összesen 4/110 (3,6%) személyen elhúzódbó cukorterhelési görbe és 2/55 nő (1,8%) csökkent metacarpus index fordult elő. Az állcsontok pars alveolarisán nem tapasztaltunk makroszerkezeti eltérést. Az eredmények szerint a 33 évesnél nem idősebb személyek 19%-án 4 évi, rendszeres alkoholfogyasztás calcipeniás osteopathiát okozhat. A csontkárosodást kiváltó alkohol legkisebb mennyisége férfiakon 50 g/nap, nőknél 25 g/nap. Az osteopathia kimutatásának időpontjában a betegek kétharmada még klinikailag panaszmentes. A magukat absztinensnek, vagy alkalmi alkoholfogyasztónak tekintő kontroll személyek 11%-ában alkoholabususra utaló eltéréseket találtak.

Megbeszélés

Fontosnak tekintettük, hogy a calcipeniás osteopathiát bárhol rendelkezésre álló módszerekkel bizonyítsuk és tüneteit konvencionális röntgenfelvételi technikával ábrázoljuk. Ennek a feltételnek a rutin kémiai laboratóriumi paraméterek és az állcsontok panoráma felvételei elegendő tesznek.

A fogmeder nyúlványok általunk észlelt, továbbá egyéb lapos csontok idült exocrin pancreatitisnél megfigyelt trabecularis károsodásai (1, 10, 16, 30) radiomorphologiai szempontból megegyeznek.

A parodontopathiával szemben elkülönítő jelként

szolgál, hogy az elváltozások nem követik a fogmeder szélétől kiinduló, függőleges irányt. Hyperparathyreosisos csontbetegséggel ellentétben hiányzik a limbus alveolaris approximalis részének intracortikális felrostozódása és a subperiostealis, csontszéli felszívódás (24).

*Braband és mtsai*val (3) szemben a fogfelvételeket nem tartjuk alkalmasnak a csontelváltozások elkülönítésére, mivel a calcipeniás osteopathia a maxillát és mandibulát egyaránt érinti és előfordulása a károsodott csonton multiplex. Ezért a frontfogak és kisörlők röntgenképén megfigyelt gyanújelek esetén kiegészítő panoráma felvételeket kell készíteni, főként, ha a parodontium intakt.

A pars alveolaris radiológiai elváltozásait, valamint a metacarpus, tibia és biconkavitási indexet párhuzamba állítva a következőket állapítottuk meg:

1. a fogmeder nyúlványok calcipeniás osteopathiája idején a röntgenmorphometriás indexek a betegek 52,4%-án még nem kórosak,

2. a normálistól eltérő kompakta index korábban a rövid, utóbb a hosszú csöves csontokon alakul ki,

3. a negatív biconkavitási és 3,5%-nál többel nem csökkent metacarpus és tibia index a közepesnél kisebb súlyosságú calcipeniás osteopathiát jelez.

E két, utóbbi megállapítás korábbi észleléseinknek (25) megfelelő.

A tela ossea megfigyeltetését számítógépes és mágneses rezonancia tomographia a konvencionális röntgendiagnosztikai eljárásoknál 6 hónappal korábban is kimutathatja. A magas költségek és/vagy a sugárvédelem szempontjai miatt ezeket a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban sem alkalmazzák tömegesen és bázisinformációnak a hagyományos röntgenvizsgálatokkal nyert adatokat tekintik (5).

Alkoholbetegek csontkárosodásainak mértékét és minőségét genetikai, hormonális, táplálkozási és hepatikus tényezők határozzák meg (20). *Danielle* (6), valamint *Holló és mtsai* (15) a dohányzást az osteoporosis rizikó faktorának találták. A kávéfogyasztás szerepét vitatják (4). A mi álláspontunk az, hogy a jóléti nagyvők körében elterjedt nikotin és kávéabusz miatt helyesebb mindkét élvezeti szert a megelőzés részeként kezelnünk. Tizenkét betegünk székletének emésztetlensége idült, exocrin pancreasinsufficienciára utalhat. *Lászik és Pap* (18) munkájára hivatkozva, arra a megjegyzésre szorítkozunk, hogy alkoholbetegek calcipeniás osteopathiájában az idült exocrin pancreatitis csak egy, de figyelmen kívül nem hagyható patogenetikai tényező. A tökéletlen emésztés miatt inkább osteoporomalaciára és porosis, vagy malacia túlsúlyára, mint egyik, vagy másik calcipeniás osteopathia tiszta előfordulására gondolunk.

A kórfejlődésben a plasmatestoszteron szint csökkenésének, a calcitonin rezisztenciának, valamint a D-vitamin anyagcsere és aktivitás zavarának tulajdonítanak jelentőséget (14). *Wallner és mtsai* (30) a zsíros csontvelő lipolyitikus-tryptikus necrosisára, mi a jóléti nagyvők fehérje- és zsírdús, túl bő táplálkozására gyanakszunk. Hat betegünk spontán végtagfájdalmát perifériás neuropathia és chondroarthropathia híján a calcipeniás osteopathiával hozzuk kapcsolatba.

Eredményeink szerint férfiak alkoholtűrése a felső határként megadott 60 g/nap (9) mennyiségnél kisebb, 40 g/nap, míg a nőké 20 g/nap körül van.

Megfigyeléseink további hasznát abban látjuk, hogy

konvencionális röntgenológiai módszerrel hozzáférhetővé tehetjük az alkoholbetegség néma, bevezető szakaszát, megelőzhetővé az adaptációs és szervi dekompenzációs szakasz maradandó károsodásait és visszafordíthatóvá reverzibilis szervi és szervrendszeri eltéréseket.

Köszönetnyilvánítás

Munkánk segítségével köszönetet mondunk *P. Thurn* dr. egyetemi tanárnak, a Bonni Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikája igazgatójának.

IRODALOM: 1. *Achord, J. L., Gerle, D.*: Bone lesions in pancreatitis. Amer. J. Med. Dig. Dis. 1966, 11, 453. — 2. *Barnett, E., Nordin, B. E. G.*: The radiological diagnosis of osteoporosis: A new approach. Clin. Radiol. 1960, 11, 166. — 3. *Braband, H. és mtsai*: Die röntgenologische Bedeutung der Lamina dura der Zahnes. Fortschr. Röntgenstr. 1965, 102, 447. — 4. *Boross, M., Holló, I.*: Influence of methylxantine treatment on calcitonin effect. Akt. Gerontol. 1978, 8, 93. — 5. *Burgener, A. F., Kormano, M.*: Röntgenologische Differentialdiagnostik. G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1988, 3–9. — 6. *Danielle, H. W.*: Osteoporosis and smoking. J. A. M. A. 1972, 221, 509. — 7. *Dénes, Zs.*: A krónikus alkoholizmus rutin laboratóriuma. Alkoholologia, 1981, 4, 207. — 8. *Ferency, K.*: Fogászati röntgenologia. Medicina, Budapest, 1967, 66–68, 93–96. — 9. *Feuerlein, W., Dittmar, F.*: Wenn Alkohol zum Problem wird. G. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1982, 10–18. — 10. *Gerle, D. és mtsai*: Osseous changes in chronic pancreatitis. Radiology, 1965, 85, 330. — 11. *Gömör, B., Bálint G.*: Reumatologia. Medicina, Budapest, 1989, 82–85. 12. *Gyarmati J. és mtsai*: A röntgenmorphometria és mikroradioszkopia értéke renalis osteodystrophia körismérésében. Magy. Radiol. (Suppl.) 1978, 1, 103. — 13. *Hoffbrand, B. L. Blood, A.*: Chronic pancreatitis (alcoholic) with osteomalacia. Proc. Roy. Soc. Med. 1965, 58, 697. — 14. *Holló I.*: Anyagcsere csontbetegségek a felnőttkorban. Medicina, Budapest, 1986, 54–58, 68–69, 128–130, 152–154. — 15. *Holló I. és mtsai*: Dohányzás és osteoporosis. Orv. Hetil. 1979, 120, 647. — 16. *Immelman, E. és mtsai*: Roengenologic and clinical features of intramedullary fat necrosis in bones in acute and chronic pancreatitis. Amer. J. Med. 1965, 36, 96. — 17. *Keats, T. E.*: Normal roentgen variants that may simulate disease. Yearbook Medical Publishers Inc. Chicago, 1980, 156–163. — 18. *Lászik Z., Pap A.*: Az alkoholos pancreatitis. Orv. Hetil. 1989, 47, 2527. — 19. *Magyar I., Petrányi Gy.*: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina, Budapest, 1977, 10. kiad. 3. köt. 2233. — 20. *Riecker, G.*: Die alkoholischen Organerkrankungen. Internist, 1988, 29, 239. — 21. *Romics L., Szollár L.*: Lipidek, lipoproteinek és hyperlipoproteinaemiák. Medicina, Budapest, 1977, 173. — 22. *Saville, P. D.*: Changes in bone mass with age and alcoholism. J. Bone Jt. Surg. 1965, 47 A, 492. — 23. *Seeman, I. és mtsai*: Risk factors for spinal osteoporosis. Amer. J. Med. 1983, 75, 977. — 24. *Szántó, D.*: Zum Problem ultimobranchialer oder kalzitininischen Osteopathien. Zschr. f. Inn. Med. 1973, 4, 229. — 25. *Szántó D.*: A csöves csontok compacta indexéből levonható biológiai és terápiás következtetések. Magy. Radiol. 1973, 25, 2192. — 26. *Szántó, D.*: Die radiologischen Veränderungen der Patellaregion bei chronischen Alkoholikern. Fortschr. Röntgenstr. 1982, 137, 63. — 27. *Szántó, D.*: Die kortikale Hyperostose der Erbseinsbeins im I. Stadium der Dupuytrenschen Kontraktur bei chronischen Alkoholikern. Zschr. f. Orthop. 1986, 123, 947. — 28. *Szántó D.*: Alkoholbeteg férfiak hypertrophiás osteopathiája. Orv. Hetil. 1989, 12, 625. — 29. *Szollár L.*: Új eredmények a plazma lipoproteinek anyagcserejének és a hyperlipoproteinaemiák pathogenesisének vizsgálatában. Orv. Hetil. 1984, 43, 2599. — 30. *Wallner, B. és mtsai*: Knöcherne Läsionen bei chronischer Pankreatitis. Fortschr. Röntgenstr. 1988, 149, 289.

(Szántó Dezső dr., Miskolc, pf. 175. 3501)

Barta Miklós dr.,
Lazáry György dr.,
Zsolnai Gyöngyi dr.
és Szemlédy Ferenc dr.

Csecsemőkori bélbetüremkedés kezelése ultrahanggal ellenőrzött hidrosztatikus dezinvaginációval

Vas Megye Tanácsa Markusovszky Kórház-Rendelőintézet, Szombathely, Radiológiai Osztály
(főorvos: Molnár Zoltán dr.)
Csecsemő- és Gyermekosztály
(főorvos: Cholnoky Péter dr.)

A bélbetüremkedés röntgenátvilágítással kísért hidrosztatikus dezinvaginációja mellett újabb törekvés az ultrasonográfiás diagnosztizálás. Eredményesen alkalmazható az ultrahang e betegség konzervatív kezelésének ellenőrzésében is. Ennek az új módszernek a hazai bevezetéséhez szeretnénk hozzájárulni a szerzők egy sikeres beavatkozás tapasztalatainak a közreadásával.

Treatment of infantile intussusception with ultrasonography — controlled hydrostatic desinvagination. The ultrasonographic diagnosis of intussusception may be a recent complementation of X-ray fluoroscopy controlled hydrostatic desinvagination. Ultrasound is also useful in follow-up of the effectiveness of conservative management. By presenting their experience gathered by successful treatment of one case, the authors' aim is to contribute to the spread of this method.

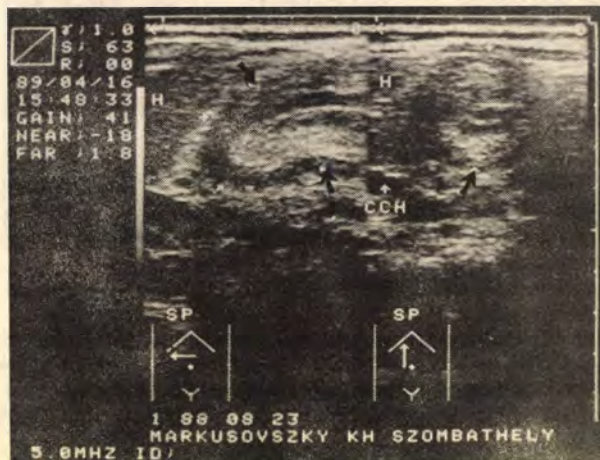
A csecsemő- és gyermekkor egyik leggyakoribb akuti hasi kórképe az invagináció, melynek kórismézési módja és kezelési elve az utóbbi időben sokat változott. Több hazai közlemény is foglalkozik a világszerte elterjedt, röntgenátvilágítással kontrollált hidrosztatikus dezinvaginációval (5,9). Újabban lehetségessé vált az invagináció ultrahanggal történő diagnosztizálása is (1—3, 6—8, 11—14), melynek kézenfekvő előnye a sugárterhelés csökkentése.

A legújabb törekvések közé tartozik, hogy ne csak a diagnózis felállítása történjék ultrahang segítségével, hanem a hidrosztatikus dezinvagináció követése is (2, 4, 12, 15). Ennek a módszernek a kidolgozása napjainkban folyik. Ehhez szeretnénk hozzájárulni egy betegünk kórtörténetének bemutatásával.

Esetismertetés

J. G. 8 hónapos fiú csecsemőt nyolcórás anamnézissel hozták a szülei gyermeksebészeti ambulanciánkra. A csecsemő nyugtalan volt, gyakran felsírt, egy alkalommal véres-nyákos székletet ürített. Fizikális vizsgálatkor a jobb bordaív alatt rezisztencia volt sejtethető. A rectális vizsgálat során málnaszél színű székletet ürített. Natív hasi felvételt készítettünk, melyen néhány gázos vékonybélkacsot láttunk, nívó nélkül.

Ultrahangvizsgálattal (Picker LSC 7000 készülék, 5 MHz lineáris transducer) a máj és a jobb vese között invaginációra utaló jeleket észleltünk (1. ábra). Hidrosztatikus dezinvagináció

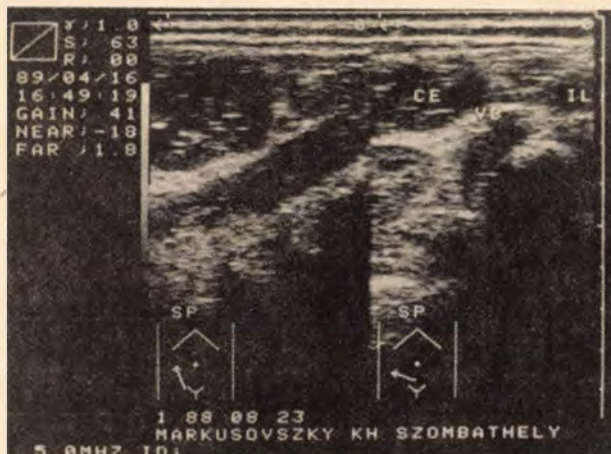


1. ábra: Bal oldalon hosszsmetszeti szonogramon látható az invagináció: kabátujj-tűnet. Jobb oldalon az invagináció harántsmetszeti képe: céltábla-tűnet. H = hepar, CCH = collum cholecystae, nyílak (→) jelzik az invagináció külső szélét.

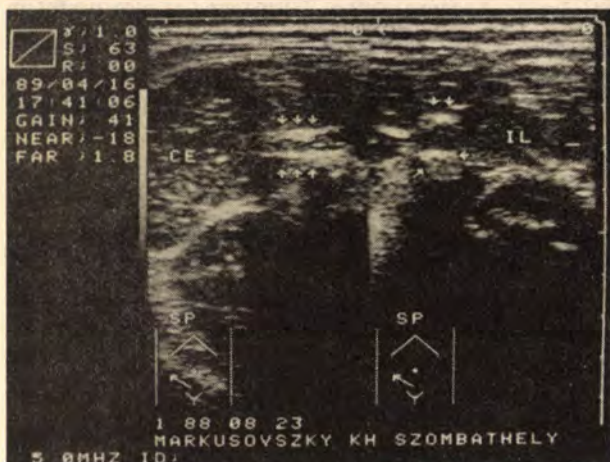
mellett döntöttünk, melyet folyamatában ultrahanggal kívántunk követni. Módszerünk a következő volt:

A rectumba 20 Ch-s Foley katétert vezetünk, melynek ballonját feltöltöttük, majd elakadásig visszahúztuk. Ezután 1 m magasra helyeztük, 500 ml-s fiziológiás sóoldatot tartalmazó infúziót folytattunk a katéteren keresztül a végbélbe. A sóoldatba előzőleg 1 : 6 arányban Gastrografint is tettünk, hogy — ha szükséges — röntgen képerősítő alatt is ellenőrizhessük a dezinvaginálást. A beáramló folyadékot jól tudtuk követni az ultrahang segítségével. A folyadék folyamatosan áramlott az invaginátumig, majd azt elérve megindult a dezinvagináció, mely szintén jól követhető volt. Végül eltűnt az invaginációs tumor és láthatóvá vált az oldat bejutása az ileumba (2. ábra), és egyúttal a ritmusosan megnyíló, majd záródó ileocecalis billentyű (3. ábra). Beavatkozásunkhoz 900 ml folyadékot használtunk fel. A dezinvagináció

Kulcsszavak: dezinvagináció, ultrahang



2. ábra: Bal oldalon a folyadékkal feltöltött coecum hosszszelvényi képe ábrázolódik. Jobb oldalon megfigyelhető, ahogy a Bauchin billentyűn át megindul az ileum telődése. CE = coecum, VB = valvula Bauhini, IL = terminalis ileum.



3. ábra: Felismerhető a Bauchin billentyű mozgása: bal oldalon zárva, jobb oldalon nyitva. A nyílak (→) a billentyűt jelzik.

ció sikerét röntgenfelvétellel is dokumentáltuk. A csecsemő az eljárást jól tűrte, sedálásra nem volt szükség. A beöntő folyadék lebocsátása után teljesen nyugodttá vált, passage-a beindult. Háromnapos megfigyelés utáni tünet- és panaszmentesen távozott osztályunkról.

Megbeszélés

A gyermeksebészeti gyakorlatban az ultrahanggal követett hidrosztatikus dezinvagináció új, kialakulóban levő módszernek tekinthető, mellyel kapcsolatban eddig csak

kevés közlemény jelent meg (4, 12, 15). Egyetlen nagyobb beteganyagon alapuló közlemény ismeretes (14). Az általunk követett eljárás lényegében egyezik Wang és Liu módszerével (15), azzal a különbséggel, hogy a beöntőfolyadékhoz mi Gastrografint is kevertünk. A röntgenképerősítőt használó módszerekkel szemben a szonográfias eljárás előnye kézenfekvő: csökkenthető — sőt kellő gyakorlattal akár teljesen el is kerülhető a sugárterhelés. A szövődmények száma nem nagyobb, mint a hagyományos eljárás esetén.

Az ultrahangos módszer kontraindikációja egyezik a képerősítő alatt végzett dezinvaginációéval: peritonitis, bélperforáció (9, 15). Módszerünk előnye, hogy a fiziológias sóoldathoz kevert kontrasztanyag bizonytalanság esetén megkönnyíti az áttérést képerősítő alatti dezinvaginálásra, illetve a kiváltó kórfolyamat felismerésére.

Figyelembe véve az eddigi tapasztalatokat: ajánljuk az ultrahanggal ellenőrzött hidrosztatikus dezinvagináció végzését mindehol, ahol erre lehetőség van.

IRODALOM: 1. Abiri, S., Baer, J., Abiri, M.: Computed tomography and sonography in small bowel intussusception: a case report. *Am. J. Gastroenterol.* 1986, 81, 1076. — 2. Barta M., Lazár Gy., Szépe I., Horváth K. és Szemlédny F.: Az ultrasonográfia szerepe a csecsemő- és gyermekkori invagináció felismerésében és kezelésében. *Magy. Radiol. Megjelenés alatt.* 3. Bisset III., G. S., Kirks, D. R.: Intussusception in infants and children: diagnosis and therapy. *Radiology* 1988, 168, 141. — 4. Bolia, A. A.: A case report: diagnosis and hydrostatic reduction of an intussusception under ultrasound guidance. A new technique? *Pediatr. Radiol.* 1985, 15, 268. — 5. Köteles Gy., Újváry M.: A röntgenvizsgálat szerepe a csecsemőkori invaginatio diagnosztikájában és kezelésében. *Gyermekegyógyászat* 1973, 24, 41. — 6. Lélek I.: A gyomor-bélrendszer ultrahangdiagnosztikája. *Radiol. Közl.* 1985, 25, 67. — 7. Lélek I.: A gyomor-bélrendszer ultrahangdiagnosztikája. *Magy. Radiol.* 1986, 60, 257. — 8. Maglinc, D. D. T. és mtsai: Sonography of appendiceal intussusception. *Gastrointest. Radiol.* 1987, 12, 163. — 9. Németh L. és mtsai: Béltüremkedés nem sebészeti kezelése csecsemő- és gyermekkorban: hidrosztatikus desinvaginatio. *Orv. Hetil.* 1988, 129, 2465. — 10. Paes, R. A., Hyde, I., Griffiths, D. M.: The management of intussusception. *Br. J. Radiol.* 1988, 61, 187. — 11. Putkonen, M. és mtsai: The ultrasonic appearance of intussusception. *Röntgen-Bl.* 1986, 39, 291. — 12. Steine, G. M.: Diagnosis and treatment of intussusception using ultrasound. *Br. J. Radiol.* 1987, 60, 618. — 13. Szabó M.: Gyomor-bélrendszer. In: *Ultrahang diagnosztika.* Szerk.: Harkányi Z. Budapest, 1988, 115. — 14. Tran-Minh, V. A. és mtsai: Diagnosis of acute intestinal intussusception (AII) by real-time ultrasonography. Evaluation in 176 children with suspicion of AII. *Pediatr. Radiol.* 1985, 15, 267. — 15. Wang, G., Liu, S.: Enema reduction of intussusception by hydrostatic pressure under ultrasound guidance: a report of 377 cases. *J. Ped. Surg.* 1988, 23, 814.

(Barta Miklós dr., Szombathely, Pf. 143. 9701)

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendeléseire kérjük feltüntetni *MNB számlaszámukat*.

Köszönettel

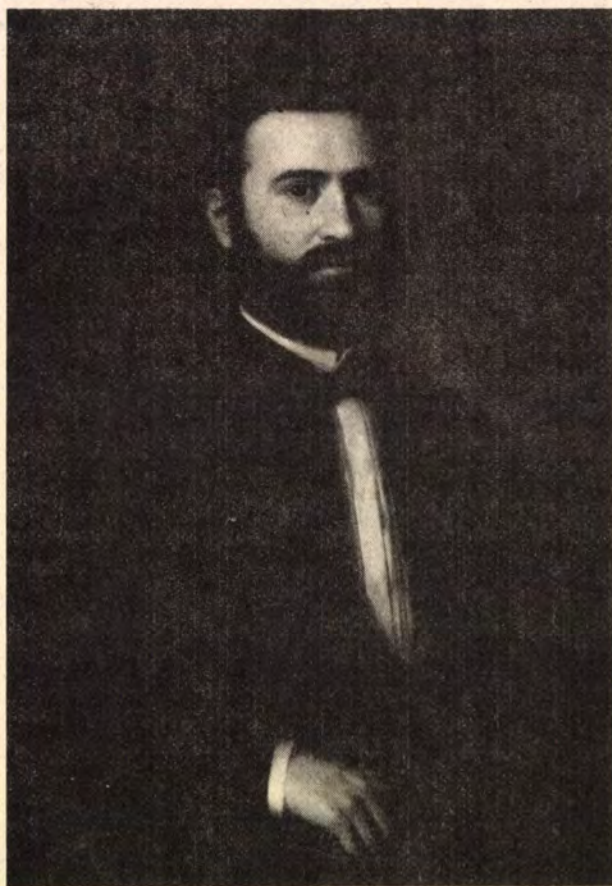
Medicina Könyvkiadó Vállalat

Bugát Pálra emlékezve

„Minden emberi gondolat cselekedetté valósulni vágyódik”

Egyik művének előszavában e szavakkal adta meg életének valóságos vezérszólását a magyar orvostörténelem különös sorsú, kiváló alakja, a 125 évvel ezelőtt elhunyt *Bugát Pál*. Ő maga ugyan az állandó sértődöttség állapotában élt és soha nem hitte, hogy gondolatai cselekedetté válhatnak. Pedig, hogy mennyire azzá váltak, azt rövid megemlékezés keretében, még számba venni is alig lehet.

Bugát Pál 1793. április 12-én született Gyöngyösön. Apja *Bukát* (így írta) János, a jobbágyorsból alig kiemel-



1. kép: Ismeretlen festő Bugát portréja



2. kép: Bugátné Almay Erzsébet

tásul, de sem szemésként, sem az elméleti orvostudományok, sem a kór- és gyógyszer-tani tanszéken nem nyílt számára működési tér. Két társával a kazáni egyetem meghívását elfogadva ki akart vándorolni, de e tervét is megakadályozták. 1823 nyarán a Felvidéken, *Bakabányán* vállalt tisztiorvosi állást, majd *Selmec- és Bélabányára* került, ahol mint erre a *Kiss László dr.* által felderített és az Orvosi Hetilap 1990. 131. 4. számában megjelent levelezésből kitűnik, a legnagyobb elismerés övezte orvosi működését.

1824 októberében meghívták az orvoskarra, az elméleti orvostudományok sebészek számára rendelt tanszékére. Bár örült a kinevezésnek, öröm volt az örömben a tanszék „félértékűsége”, miután csak sebészek oktatásával foglalkozhatott, akikből nem lesz „igazi” orvos. Az élet-, a kór-, és gyógytan, valamint a gyógyszer-tan oktatása volt a feladata. Igaza van *Antall Józsefnek* és *Kapronczay Károlynak*, hogy e döntés bármennyire is fájó volt Bugát számára, a magyar orvosügy, a hazai orvosirodalom számára beláthatatlan haszonnal járt. Talán csak *Markusovszky* pályájának közismert, kényszerű fordulata és a magyar orvostudománynak ebből fakadó nyeresége fogható ehhez. A különbség annyi, hogy míg *Markusovszky* nem jutott professzúra, Bugát majd negyed századon át oktathatott tanszéken, kamatoztathatta és gazdagíthatta ismereteit.

Az egyetemen az oktatás latin és német nyelven folyt. A reformkor nyelvújító szelleme azonban elérte az orvostudományt is. Az orvosi nyelv magyarrá tételében kiváló alanyt talált Bugátban. Kapcsolatba került a reformkor kiválóságaival, közöttük *Vörösmarty Mihállyal*, *Bajza Józseffel*, *Czuczor Gergellyel*, *Barabás Miklóssal*: 1828-ban

kedett szabómester, anyja *Balogh Terézia*. Ifjúsága különösebb esemény nélkül telt el. A gimnáziumot a gyöngyösi ferenceseknél végezte, majd a bölcsészetet az egri líceumban hallgatta.

1811-ben iratkozott be a pesti orvoskarra, leghíresebb tanárai közt ott van *Lenhossék Mihály*, *Stáhly Ignác*. 1816-ban abszolvált, avatási dolgozatát az agyvelőgyulladás tárgyköréből írta 1818-ban. Semmelweis születési éve ez. Segéd lesz a belgyógyászati tanszéken *Snulfa* (később Szék), majd a szemész *Fabinyi Teofil* mellett, szemészeti képesítést is nyert és ezt a szakot választotta volna élethiva-

bonctudományi szójegyzéket készített, és még ugyanebben az évben lefordította *Hempel* Adolf Fridrik munkáját, „Az egészséges emberi test bonctudományának alapvonatai” címmel. Fordításával és későbbi nyelvújítási tevékenységével ékesen bizonyította a magyar nyelv használhatóságát az orvosi szakirodalomban is. Tovább is lépett, és az egyetemen is magyarul kezdett oktatni. Kezdeményezése a tanári karban is követőkre talált, így *Schuszt*er Jánosban, aki a kémia nyelvének magyarosításával sok új vegytani műszo^tt alkotott. Nyelvújítói tevékenysége kiteljesedett, melyhez rövidesen csatlakozott *Pólya* József és *Flór* Ferenc is. 1828-ban megnősült, feleségül vette *Almay* Erzsébetet. Házasságából gyermekek nem születtek, így családi gondja is viszonylag kevés volt és publikálási kedve megnőtt.

1830-ban adta ki *Hahnemann* „*Organon*” című híres könyvének fordítását. Ez a mű, mint ismeretes, a hason-szenvi gyógymód tankönyvévé vált. Nem tudjuk, hogy maga Bugát híve volt-e a homeopatiának, — inkább buzgó neohippokratikus nézeteket vallott — tény viszont, hogy egyik pártfogója, *Forgó* György, Pestmegye fizikusa — e gyógymód első hazai követői közé sorolható.*

Bugát a harmincas években további könyveket jelentetett meg. Tanítványai számára magyar nyelven írta meg a „Közönséges kórtudomány”-t és az „Éptan”-t. Utóbbi műve tulajdonképpen az ép (egészséges) élet alapjainak leírása, melyben foglalkozott a helyes életmóddal, táplálkozással, a lélektani kérdésekkel, melyek egész életében érdekelték őt.

Közben bekövetkezett, egy az életművében jelentős korszakot hozó esemény. *Schedel* (a későbbi Toldy) Ferencel olyan dologra határozták el magukat, melyre addig nem volt példa. Folyóiratot terveztek, mely a nyelv- és orvosirodalom művelésére, az orvostudomány nemzetközi eredményeinek ismertetésére és a hazai medicina meggyökereztetésére. Ez a lap, az első hosszabb életű orvosi orgánum magyar nyelven, 1831. január 1-jén *Orvosi Társ* néven jelent meg. A lap figyelt a kialakuló szakosodásra és az orvosi szakágak mellett, a reformkor szelleméhez híven kapcsolódott a természettudományokhoz is.

1831-ben lengyel területekről behurcolták a kolerát Magyarországra, aminek szomorú következménye több mint fél millió megbetegedés, és több mint kétszázezer haláleset. A járvány elleni küzdelmet vezető *Lenhossék* Bugátot az északkeleti megyékbe küldte és megbízta a kolera elleni küzdelem irányításával. A kemény munka mellett volt energiája, hogy szoros kapcsolatban maradjon Toldyval és az Orvosi Tárral is.**

Elmúlt a járvány, és rövid gyöngyösi kitérő után (ekkor halt meg apja), Bugát visszatért Pestre. Az Orvosi Társ szerkesztése során egyre több nézeteltérése támadt Toldy-

val. Kapcsolatuk annyira megromlott, hogy 1833-ban Toldy szerepét a folyóirat szerkesztésében *Flór* Ferenc vette át. Sajnos a lap még ugyanebben az évben átmenetileg megszűnt, és újraindítani csak 1838-ban sikerült, de különösen a negyvenes években színvonala egyre magasabbra emelkedett, és 1948-ban történt megszűnéséig híven tükrözte a medicina haladását.

Bugát érdeklődése és ambíciója nem csökkent: sokat foglalkozott nyelvújítási kérdésekkel, így Toldyval még 1833-ban két kötetben összegyűjtötte az Orvosi Társ első két évfolyamában előforduló műszavakat „*Orvosi Szókönyv*” címmel. 1836-ban lefordította, és *Sebészesség*” címen kiadta *Chelius* könyvének első kötetét, melyet egy év múlva követett a második, ellátva bőséges latin-magyar-német és német-magyar-latin műszógyűjteménnyel. Ennek a műnek még két további kötete jelent meg, az utolsó 1844-ben. 1836-ban még egy könyvet fordított, mégpedig *Tschanner* „*Tapasztalati Természettudomány*” c. könyvét, melyről joggal feltételezhető, hogy elmélyítette rokonszenvét a természettudományok iránt.

Nyelvújítási munkásságát sok kritika érte. Ő azonban erről nem vett tudomást, újabb könyveket publikált. 1837-ben adta ki *Flór* Ferencel együtt írt „*Kisded sebészeti eszköztára*”-t, 1839-ben pedig „*A nevezetesebb sebészeti véres műtétek*” c. könyvét. Ugyancsak Flórral szerkesztette, és adta ki a „*Magyarországi orvosrend névsora*”-t.



3. kép: Egy évvel megalakulása után a Bécsi Orvostársaság levelező tagjává választotta



4. kép: A Királyi Magyar Társadalomtudományi Társulat oklevele.

* Bugát fordítói prioritása és rokonszenve a homeopathia iránt további kutatás tárgya.

** Mint Antal J. és Kapronczay K. rámutatnak, először Tiszaújlakon állapította meg a kolera diagnózisát. A betegséget szószállítók — tuta-josok — hurcolták be.

Jutott ideje a tudományos kutatás támogatására is. Nagyon fontosnak tartotta a technikai vizsgáló módszerek bevezetését az orvoslásban, és szószólója volt annak, hogy a Rókus kórház gyakorlati tanintézeté fejlesszék ki. 1841-ben, az általa egy évvel korábban (Orvosi Tár 1840. 185. 20) kezdeményezett *Magyar Orvosok és Természettudományi Társulat* megalapítását. A tervet elfogadták, Bugát lett a Társulat elnöke, a következő négy évben pedig alelnöke. Flór Ferencel együtt szerkesztették a társulat első négy Évkönyvét is.

Alkotó kedve a továbbiakban is töretlen maradt. A magyar orvosi nyelv sorsát biztosítottak láttá, ezért hozzá kezdett a természettudományok magyar szókészletének összeállításához, részben a már meglévő műszavak összegyűjtése, részben megfelelő magyar szóalkotása útján. Saját értékelése szerint ez a mű — a „*Természettudományi Szóhalmaz*” — olyan „mit sokféle fáradozásaim közt leginkább kitűnőnek gondolok”. A nagy munka megjelenése után Bugát néhány éves pihenőt tartott.

1848 márciusában kitört Magyarországon a forradalom és az ezt követő szabadságharc. Bugát az első felelős magyar kormány felkérésére vállalta a protomedikus, országos főorvosi megbízatást és a kormány mellett állásában Világosig kitartott.

A szabadságharc bukása után számos megaláztatás érte. Menekülnie, bujdosnia kellett, *Gyöngyösön* a ferences rendház főnök szobájában rejtgettek. Eltávolították katedrájától, megvonták nyugdíját is. Később kegyelmet kapott, de egyetemi tanárságától örökre megfosztották. 1850-ben Budára, a Városmajorba költözött, idejét főleg kertészkedéssel, és orvosi praktizálással, de elsősorban nyelvészkedéssel töltötte. Bugát nem volt szakképzett nyelvész. Komolyan foglalkozott azonban nyelvészeti tanulmányokkal. Már 1846-ban tervezett egy néhány hónapos finn utazást, ez azonban elmaradt. 1850 októberében bejelentette az Akadémiának, hogy elkészült magyar-finn összehasonlító szótára, műve azonban nem került kiadásra. Ezeknek az éveknek az eredménye számos kisebb terjedelmű cikk és dolgozat, melyek csak részben kerültek publikálásra, és melyek egy része távol állt Bugát ismert érdeklődési körétől. Egy témakört emelnénk ki ezekből, könyv alakban is megjelent *phonologiai* tanulmányait, melyek *Kempelen Farkas* 1761-ben megjelent *Az emberi beszéd mechanizmusa* c. művével együtt, a *phonológia* hazai, úttörő alkotásai. A nyelvújítás gondolata úgyszólván élete végéig nem hagyta nyugodni, miután 1857-ben az Akadémia elutasította Szócsintan-át, vadászati, erdészeti, növény- és állattani műszótárt állított össze. Nem tudott és talán nem is akart kitörni elszigeteltségéből. Akaraterejére utal, hogy 1860-ban újra elvállalta a Természettudományi Társulat elnökségét, melyet két évig ténylegesen, két évig formálisan töltött be. Úgy érezte, minden megváltozott körülötte. 1864-ben elnöki tisztét a kiváló *Than Károlynak* adta át.

Magányba vonult, de ez a nyomasztó betegség közepette sem jelentett számára tétlen rezignációt. Nyolc csángó fiú nevelése erőt adott neki haláláig, mely 1865. július 9-én következett be.

Életműve nemcsak elismerésre, összegezésre is készíttet.

Olyan időben kezdte úttörő orvosirodalmi munkásságát, amikor magyar nyelvű orgánus, orvosi publikációs fórum még nem volt. Amikor a medicina Nyugaton azon az úton járt, hogy a fizikális diagnosztikával objektívvé váljék és megteremtse a gyógyítás tudományos előfeltételeit. Amikor az elmaradott magyar orvostannak inkább az a szerep jutott, hogy minél lelkiismeretesebben regisztrálja a nyugati fejlődést. Bugát, könyveivel és főként az Orvosi Tárral, híven teljesítette e szerepét, sőt olykor az önálló sodás irányában is ösztönözni volt képes.

Vekerdi Lászlónak és Batári Gyulának a tanulmányai alapos betekintést engednek Bugát szellemi műhelyébe, az Orvosi Tár munkálataiba. Ez a lap tájékoztatott akkoriban a mikroszkopizálásról, innen értesülhetett először az olvasó arról, milyen a rákos szövet mikroszkópi képe, milyen betegség a Bright-kór, és először adhatott közre cikket hazai szerzőtől — *Schöpf-Merei Ágost-tól* — a gyermekek tüdőbántalmairól, olyan színvonalon, ami semmiben sem tért el a fejlettebb országok észleleteitől. És ez az orvosi újság jelezte a *tübingeni* iskola eredményeit, közvetítve a német élettani iskola „hajnalhasadását”.

De Bugátnak köszönhető, hogy a reformkor szellemében, orvosok és a természettudományok művelői összetalálkoztak, és közös teret találtak az alkotásra.

Végül ne feledjük, hogy a kemény, szilaj, meggyőződésében hajthatatlan és kompromisszumokra kevésbé hajló Bugát, a humanizmusnak olyan példáját mutatta, amely ma is meghatározó időszerűségével. A vallásánításról elmélkedve olyan „hittani kar”-ról álmodott, amely az emberek és embercsoportok közti averziókat kiküszöböli és nem ismer ember és ember közti diszkriminációt.

Minden restelkedés nélkül — *Vekerdi László* szavait kölcsönvéve — nyugodtan vállalhatjuk ezt az embert, nem kell „tudóssá” faragnunk, ott a helye, a csecsemők és az anyák nagy megmentője mellett, legeslegnagyobbjaink között. Szelleme példaértékű, nemcsak a magyar orvostársadalom, hanem minden hazáját szerető honfitársunk előtt.

IRODALOM: 1. *Antall József dr.* — *Kapronczay Károly dr.*: Bugát Pál, Orv. Hetil. 1973, 114, 1689. — 2. *Batári Gyula dr.*: Bugát Pál és az Orvosi Tár 1831–1848. Országos Széchényi Könyvtár Évkönyve. 1970, 671, B.-pest 1972, 357–370. — 3. *Entz Géza dr.*: Megemlékezés Bugát Pálról, Természettudományi Közöny, 1915. 629–630. füzet. — 4. *Molnár József*: Bugát emlékek a Mátra Múzeumban, a Berze Nagy J. Gimnázium Értesítője, 1972/73. 19–26. — 5. *Németh Béla*: Bugát Pál, a természettudomány magyar úttörője Nagy tudósok sorozat — Budapest, 1951. — *Stiller Kálmán*: Bugát Pál és művei, Eger, 1914. — 6. *Vekerdi László*: Bugát Pál emlékezete, Valóság 1965, 10, 1–8.

Varga Sándor

Ha tájékozódni kívánunk, milyenek lehettek a magyarországi higiénés viszonyok 1889 táján, elég Oláh Gyula orvostanár összefoglaló művét elolvasnunk (1). A könyv archimédieszi pontja, az 1876-ban megjelent híres XIV. törvénycikk, melytől elindulva az eredményeket és hiányosságokat egyaránt számba vehetjük. A fejlődésnek természetesen joggal beszélhetünk személyi, törvénybeli és tárgyi feltételeiről. Az első 1874 óta Fodor József közegészségügyi katedrája biztosította, a prominens törvénycikk a nyugati országokéval is kiállotta az összehasonlítás próbáját, a harmadikat viszont az első kettőnek kellett kiényszerítenie, a közvetett megtérülés reményében. Oláh tanár könyvének megjelenésekor külön rendelet foglalkozott a brit orvosi diplomák magyarországi honosításával (2), a budapesti orvosképzés nem csekély elismerésül.

A jelzett munka („Magyarország közegészségügyi viszonyairól”) higiénés helyzetünk egyik első feltérképezése, noha statisztikai feldolgozásokkal már többen megelőzték. Így maga a szerző is, egy 1876-ban megjelent munkája révén (3). A 100 évvel ezelőtt kiadott könyv legfőbb érdeme, hogy érzékletes képet rajzol egy dinamikus állapotokról, a környezetszennyezés drámai felismerésének pedig ma is van (sajnos) időszzerű üzenete. A könyv elsősorban a nem szakemberekhez szólt, ilyen értelemben felvilágosító munka. Az egyik legjobb, amit a hazai higiénés helyzetről írtak. A rendi társadalomba merült vármegye és a liberálisan iparosodó városok közegészségügyi dilemmáinak láttele, a Fodor-iskola korszerű megvilágításában.

Már a bevezető kihangsúlyozza: „ha létezik közérdekű kérdés, a közegészségügy az” (1). Szervezése a retrográd közigazgatási struktúrába ágyazott. A három fokozatú beosztás a vármegye rendszerről a városokra is visszahat. Első fokon: a városokban a polgármester, megyei szinten a főszolgabíró a higiéné hivatalnok felelőse. Második fokon: városokban a már polgári szellemet képviselő városi tanács, megyékben még a táblabíró világot idéző alispán az orvosi hálózat közvetlen felettese. Harmadik fokon: a belügyminisztérium orvosi szervezete, az előzőektől többszörös függőségi viszonyban. Ez alapvető gondot jelentett. Ugyanis: amíg a városi tisztiorvos kinevezése a szolgabírótól függ, „nem szállhat szembe az állami közigazgatási hatósággal” (1), például amikor nem kielégítő a szennyvíz levezetése. Városban a városi, községben a községi orvosok voltak az „alapellátók”. E téren annyi változást hozott a XIV. törvénycikk, hogy a városi, megyei és járási tisztiorvosok illetményének rendezésével a nevezettek tovább magánygyakorlatot nem folytathattak. Legalábbis elméletileg, mert a gyakorlatban sajnos még rászorultak. Néhány város ezt kifogástalanul oldotta meg, a városi tisztiorvos a polgármester fizetési kategóriájába került, vidéken viszont érvényesült az „ahány megye, annyi rendetlenség” elve (1). Akadt megye, ahol a kutyaadóból fizették a járásorvost, ám szerencsére nem ez volt a jellemző. A körorvosi hálózatot ott szervezték meg, ahol eddig

legfeljebb csak felcserek ténykedtek. Az 500 fölötti és 1500 alatti lélekszámú kistelepülések csoportosítása képezte a körorvos működési területét olyan felosztásban, hogy az akkori közlekedési viszonyok mellett az orvos hetenként legalább egyszer mindenhol eljuthasson. A legkisebb településnek is kötelessége volt hatósági „körbábát” alkalmazni, aki kötelességszerűen részt vett a körorvos rendelésén. Beszámolt a szülésekről, a gyermekágyi lázokról (sajnos még voltak), a gyanús abortuszokról, a kuruzslókról, a csecsemő- és gyermekhalálokról, egészen 7 éves korig. E fölött ugyanis a gyermek már „munkaerőnek” számított. Az akkori közegészségügyi törvénykezésnek talán ez volt a legszívszorítóbb anomáliája. A körorvosnak jelentést tett még a helyi halottkém (rendszerint egy háborút járt szanitéc), s ha valami külön gond akadt, a község-háza közegészségügyi esküdtjével beszélte meg. Vagyontalan szülőnőhöz a községi előjáró közöltségen volt köteles körbábát küldeni. A körorvosi intézmény egészen az egészségügy államosításáig volt érvényben, közegészségügyi ténykedésükről egy évszázaddal ezelőtt Oláh Gyula számolt be először.

A városoknak persze, hogy a tiszta víz biztosítása és a szennyel elvezetése jelentette a legfőbb gondot. Oláh tanár ezért átmenetileg kettős csatornázást javasolt (1). A kevés szűrt víz a konyhák, a szűretlen folyóvíz az ipart, a szennyelvezetést és a locsolást, no meg az állattartást látná el, a nélkülözhetetlen „nyersanyaggal”. Az Alföldön ekkor jelentek meg az artézi kutak, szembeszökő szerepük volt a gastro-intesztinális betegségek megfékezésében. Az urbanizációs közegészségügy új nagy ellenfele lett a nagyipar. „Az ilyen gyárak és ipari telepek képesek egy egész város légkörét megfertőzni, s ezáltal a város közegészségügyi állapotát kiszámíthatatlan mértékben rontani” (1). E megállapítás időszzerűsége mint ismeretes, csak nőtt azóta. A közétkeztetésnél nem a nagyobb vendéglőket, hanem elsősorban az apróbb talponállókat és zugkifőzdéket kell közegészségügyi szempontból ellenőrizni. Pincékből a műhelyeket kitiltani, hogy a zsemlében ne fordulhasson elő svábbogár.

A kényes lelencügy humanitási szempontjait szerzőnk mindig a gazdasági oldaláról közelíti meg. Amikor pl. a tehetősebbek törvénytelen gyermekeiket drága pénzen adják külföldre dajkaságba (1), mert itthon a szegénység miatt „angyalcsinálók” kezébe kerülnek. A közhit az arteficiális abortuszt tartja „angyalcsinálásnak”, holott a megszületett lények inkább emlékeztetnek az oltárképek angyalaira. „Ezen piciny sírok fájó sebek a haza földjén” — írta szerzőnk költői lendülettel a nemzeti liberalizmus fellegvárából, Nagyváradról (1). Felfigyelt a Dunántúl pusztuló egykés vidékeire. Baranya, Somogy és Tolna katolikus és evangélikus lakossága évi kettő százalékkal szaporodik, míg a reformátusok, 0,1%-kal fogynak. E téren negyven évvel előzte meg Oláh a falukutatókat.

Számonkéri, hogy 13 év alatt mennyit hajtottak végre a XIV. törvénycikkből! Mert 1889-ben még mindig 31 ez-

ren laknak Budapesten pincelakásban, a pincékben dolgozó nyomdászok sorsa pedig egyenesen „az oroszországi ólombányászokéra emlékeztet” (1). Konstantinápolyon innen, Magyarország kórházi ellátottsága a legrosszabb, összesen 48 közkórház működik, állandó zsúfoltsággal. Budapesten évente 4–5 ezer emberrel halnak meg többen, mint Berlinben, vagy Londonban, így ez — állapítja meg — „hatóságilag űzött tömeges gyilkolás”. Nem félt a kemény szavaktól.

A nagyipar nagy közegészségügyi kihívása után és a kényes *lelencügy* mellett külön fejezetet szentelt a még kényesebb *börtönügynek* (1), ahol fokozott higiénés ellenőrzés szükséges, mert összezsúfoltan élnek, nagyobb a járványveszély, és az nem áll meg a börtön falain belül. Tiszta ivóvíz, elégséges táplálkozás és tisztálkodás (az étkezést — figyelmeztet Oláh — nem szabad külső vállalkozókra bízni), kellő fertőtlenítés, a fertőző betegek, különösen a gümőkórosok elkülönítése legyen a kriminalisztika higiénéi minimuma.

Végül lexikoncím-szó-szerűen a szerzőről. Oláh Gyula 1836-ban született Aradon. 1863-ban avatták orvosdoktorrá a fővárosban. Volt Rókus-kórházi orvos, majd a belügyminisztérium egészségügyi osztályának alkalmazottja. A nyolcvanas években *Nagyváradon* közegészségügyi felügyelő, a millennium évétől a vasút- és hajóorvosi tanfolyam orvostanára. Irodalmi működése igen jelentős. A

Magyarország Közegészségügyi Statistikája keretében kiadott könyve „Az egészségügyi személyzet és gyógyszer-tárak statistikája” (1876) a maga adatgazdagságával orvostörténeti alapmű. A Közegészségügyi Könyvtár sorozatban megjelent „A községek feladatai a közegészségügyi szolgálat terén” (1891, 1896), valamint „Az orvosok jogai és kötelességei” (4) ma is haszonnal forgathatók. Miként a 100 évvel ezelőtt nyomtatott közegészségügyi összefoglalója is. Könyvet írt a vasút- és hajóegészségügyi szolgálatról. Szenvedélyes tollú munkatársa volt a *Jövő* című radikális lapnak. Hosszú életet élt, 1917. június 18-án hunyt el 82 éves korában (5).

Az iszonyatos méretű háborús veszteségek közepette a szaklapok elfeledkeztek róla. A legfontosabb könyve megjelenésének centenáriuma ezt kívánjuk pótolni. Oláh Gyula volt a Fodor-iskola szürke eminenciása. Művei nélkül nehéz lenne megírni a magyar közegészségügy történetét.

IRODALOM: 1. Oláh Gyula: Magyarország közegészségügyi viszonyairól. Bp., 1989. — 2. Chyzer Kornél: Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek. II. Bp., 1894. — 3. Oláh Gyula: Az egészségügyi személyzet és a gyógyszertárak statisztikája Magyarországon 1875. évről. Bp., 1876. — 4. Szinnyei: Magyar írók élete és munkái. IX. kötet, Bp., 1903. — 5. Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára. Bp. 1918.

Szállási Árpád dr.

Bohumil Eiselt — a csehek Markusovszkyja

A magyar orvosok és természetvizsgálók 1865-ben, Pozsonyban megtartott XI. nagygyűlésének jelentőségét a külhoni vendégek részvétele is emelte. A cseh orvosokat az akkor már világhírű, 78 éves prágai élettan-tanár, Jan Evangelista Purkyně és a 34. életévét éppen a vándorgyűlés nyitó napján, augusztus 28-án betöltő Bohumil Eiselt képviselte. „Orvos-tudor, és kórházi első-orvos, Prága” — ilyen jellemzéssel került be a résztvevők névsorába Eiselt. A jelenlévők figyelme és tisztelete, érthető módon, elsősorban az őshajó professzor felé irányult, aki — korát meghazudtolva — „élces és eleven” német nyelvű előadást is tartott. A fiatal Eiselt főorvos szerényen a háttérbe húzódott — s a magyar orvostörténetírás számára ott is maradt napjainkig. A 125 évvel ezelőtti pozsonyi látogatásának évfordulója jó alkalom arra, hogy B. Eiselt személyét kiemeljük az ismeretlenség s elfeledés homályából s arra a helyre állítsuk, mely joggal megilleti: Purkyně mellé.

Írásunk címe sejtetni engedi, hogy B. Eiselt nevét nem tudományos felfedezés teszi elsősorban becsültté a cseh kollégák előtt. Bár e téren is alkotott maradandót: a *melanin* vizeletbeni kimutatására szolgáló *Eiselt-próbát* a magyar Orvosi Lexikon is számontartja. Eiselt, Markusovszkyhoz hasonló érdemeinek megértéséhez ismerünk kell a 19. század második felének csehországi viszonyait. Az 1620-as fehérhegyi csatavesztés következtében a cseh nép elvesztette önállóságát. A 19. század elejétől

egyre erősödő nemzeti újjászületés erőfeszítéseit az 1848-as prágai pütkösdí felkelés leverése, majd a Cseh-országot is sújtó Bach-abszolutizmus vetette vissza. A cseh függetlenségi mozgalom az 1860-as Októberi Diploma kihirdetése után kap ismét erőt. E függetlenségi törekvések szerves részét alkották az önálló cseh orvostudomány megteremtésére tett erőfeszítések is, melyeknek élén az 1850-ben Boroszlóból (ma Wrocław) Prágába visszatért Purkyně állt.

Az első nagy kolerajárvány évében, 1831-ben, egy Königrätz (ma Hradec Králové) melletti kis faluban született B. Eiseltnek is már Purkyně adta elő az élettant. Eiselt 1855-ben szerzi meg az orvosdoktori, 1856-ban pedig a sebészdoktori oklevelet a prágai Károly-Ferdinánd Egyetemen. Az 1348-tól létező egyetemen ez idő tájt csak az irodalmi és történeti tanszéken adtak elő cseh nyelven, a többi kar nyelve, beleértve az orvost is, a német volt. Purkyně volt az első, aki már 1850-ben cseh nyelvű előadásokat is tartott. Valószínűleg már ekkor baráti viszony alakult ki Purkyně s a — német neve ellenére szintén cseh hazafias érzelmeket tápláló — diák, Eiselt közt. E barátság még jobban elmélyül 1860-ban, amikor a nyugat-európai tanulmányútjáról hazatérő Eiselt tanársegédi kinevezést nyer, s mesterét követve, szintén cseh nyelvű előadásokat hirdet meg. Ettől kezdve, egészen Purkyně 1869-ben bekövetkezett haláláig, váll váll mellett haladva győzik le az önálló cseh orvostudományhoz vezető lépcsőfokokat.

Az első lépcső: az önálló cseh nyelvű orvosi folyóirat létrehozása volt. 1862. január 15-én jelent meg a *Časopis lékařů českých* (Cseh Orvosok Lapja), mely a mi öt évvel idősebb Orvosi Hetilapunkhoz hasonlóan, ma is megjelenő folyóirat. A lap egyik szerkesztője B. Eiselt lett, aki a lapot nemcsak az ébredő cseh orvostudomány fórumának, hanem az orvostársadalom mozgósító és szervező szócsovének is tekinti. Szerkesztőtársa Prága legkeresettebb gyakorló orvosa — többek közt J. E. Purkynět és Božena Němcovát írónt is kezelte — Josef Václav Podlipský (1816—1867) lett. Podlipskýnek már volt gyakorlata a szerkesztésben. 1857 és 1860 közt ő volt a Purkyně szerkesztette *Živa c.* természettudományi folyóirat *Domáci Lékař* (Házi Orvos) c. mellékletének szerkesztője.

Az 1862-es év másik jelentős eseménye a *Cseh Orvosok Társaságának* megalakulása volt június 16-án. A társaság alapszabályzatát B. Eiselt tette közzé az általa szerkesztett hetilapban. Az alapszabályzat két fő célt tűzött ki: a tudományos tevékenység felvirágoztatását és a cseh orvosi nyelv tökéletesítését. Az első célt szolgálta a társaság első elnökének, J. E. Purkyněnek s másik prominens tagjának, B. Eiseltnek részvétele a pozsonyi vándorgyűlésen. Az itt szerzett tapasztalatokat akarták ugyanis felhasználni egy hasonló jellegű vándorgyűlés-sorozat beindításához Csehországban. (A terv csak Purkyně halála után, 1880-ban lett valóság). A pozsonyi vándorgyűlésről B. Eiselt részletesen beszámolt olvasóinak a *Časopis lékařů českých* hasábjain. Külön kiemelte a cseh küldöttség számára meglepő tényt, hogy Pozsonyban szinte minden magyarul zajlott, ill. jelent meg nyomtatásban. A kiemelés háttérében, a sorok közt ott rejtőzik a remény: ha a magyaroknak sikerült a Habsburg Birodalomban nemzeti nyelvű orvostudományt létrehozni, sikerülni fog a cseheknek is.

A másik célkitűzéshez járultak hozzá Eiselt 1860-ban megkezdett cseh nyelvű előadásai (belgyógyászatból) és fáradhatatlan szerkesztői, fordítói, lektori munkássága. Mint visszaemlékezéseiben élete végén megírja, az első évfolyamok számaihoz szerényen érkező frások többségét előbb le kellett fordítani cseh nyelvre, mert írójuk csak németül volt képes azt megírni. Emellett a *Cseh Orvosok Lapjának* meg kellett küzdenie a már befutottnak számító német nyelvű prágai orvosi periodikum, az 1844-től megjelenő *Viertel-Jahrschrift für die praktische Heilkunde* (A Gyakorlati Orvoslás Negyedéves Lapja) konkurenciájával is.

A következő lépcsőfok a társaság beadványa volt a bécsi kormányhoz, melyben belgyógyászati, sebészeti és tör-

vényszéki cseh nyelvű tanszék felállítását szorgalmazta a prágai egyetemen. Sajnos, e beadványt megtorpedozta a cseh nemzetgyűlés prominens orvostagja, *Hamerník* belgyógyász professzor, aki nem látta szükségét a cseh nyelvű oktatásnak. Így az 1864 májusában meghozott országgyűlési döntés értelmében csak a törvényszéki orvoslást lehetett csehül is előadni. Rövidesen kiderült az is, miért éppen ez a tárgy a kivételezett. Előadója egy *Popel* nevű tanár ugyanis csak „törte” a cseh nyelvet. (Szerencsére 1865-ben meghalt, így Bécs alattomos taktikája — lejártni a cseh nyelvű oktatást — csak átmeneti diadalt hozott a német oktatás híveinek).

Hasonló felemás bécsi hozzáállás nyilvánul meg Eiselt 1866-os rendkívüli tanárrá való kinevezésében is. Előadásai hallgatását ugyanis nem teszi kötelezővé — ennek ellenére a 38 hallgatóból 35 továbbra is Eiseltől tanulja a belgyógyászatot. 1869-ben, Purkyně halálával nagy csapás éri az önálló fakultásért küzdő cseh orvosokat. „Nélküle semmire sem mentünk volna” — búcsúzik Purkynětől egykori tanítványa, majd harcostársa, Eiselt. A fejlődést azonban nem állíthatja meg a nagy Purkyně kiválása sem. 1871-ben megszületik a bécsi engedély az *első cseh belgyógyászati klinika* felállításáról. Vezetője természetesen B. Eiselt lesz. Az utolsó lépcsőfok leküzdése 12 év múlva következik be: 1883-ban megkezdí működését az *önálló cseh nyelvű orvosi kar*. Első belgyógyász professzora B. Eiselt, aki 1878 és 1889 között a többkötetes *Odborná pathologie a therapie* (Speciális kórtan és gyógytan) szerkesztésével s kiadásával segíti a fiatal cseh orvostudomány felzárkózását Európához. Eiselt kitűnő belgyógyász, s talán még kiválóbb infektológus volt. Már nyugdíjba vonulása után, 1905-ben ő írta meg az első önálló cseh nyelvű *fertőző betegségek* tankönyvét.

Lapszerkesztő, társaságszervező, kitűnő belgyógyász és jó hazafi — ez volt az 1908. augusztus 22-én, Prágában elhunyt Bohumil Eiselt. Méltó a Markusovszky-formátumú személyiségek társaságába való besorolásra.

IRODALOM: 1. V. Dobias: Přehledné dějiny všeobecného a vojenského lékařství, Naše vojsko, Praha, 1958, 140—141. — 2. L. Hlaváčková: Úloha praktických lékařů. Praktický lékař, Praha, 1983, 63. 23. szám. 893—896. — 3. Kapronczay K.: J. E. Purkyně a nemzeti nyelv harcára, Orv. Hetil. 1988, 129, 30. szám. 1603—1604. — 4. P. Málek: Sondy pod povrch lékařské vědy. Avicenum Praha, 1982, 74—89. — 5. M. Navrátil: Almanach českých lékařů Praha, 1913, 53—56.

Kiss László dr.

ORVOSOK, KÓRHÁZAK, FIGYELEM!

A K. A. P. TRADE KFT. igen olcsó áron, rövid határidővel, forintért vállalja nyugati gyártmányú használt orvosi műszerek, készülékek beszerzését. (Műtéti berendezések, ultrahangos készülékek, lélegeztetők, elektronikus készülékrendszerek stb.)

Szervizlehetőség biztosítva! — Kérje jelenlegi kínálatunkat!

Levélcím: **K. A. P. TRADE KFT.**

1133 Budapest, Pozsonyi út 52. Telefon: 149-4409 — Telefax: 182-6223

Toxicomania

Élvezeti mérgek: mindennapos abúzusuk. Mólthoff, G.: Münch. med. Wschr., 1990, 132, 153.

Szenvedélyszernek a testi, lelki és/vagy szociális ártalmat okozó anyagok tekinthetők. Mánias szenvedélykór alatt a kifejezetten parancsoló szenvedélyszer-vágyat, függőség (dependencia) alatt pedig azt az állapotot értjük, amikor ennek hiányában tolerancia-változások, kontrollvesztés és elvonási tünetek jönnek létre.

Az idült alkoholizmus. Az NSZK évenkénti egy főre eső 11,9 literes tisztaszeszfogyasztása meglehetősen állandó, ez pedig minden lakosra számítva napi 25 g alkoholt jelent. A kereken 2 millió alkoholista évi költségigénye kereken 5 milliárd márka. Halálozási kvótája 1987-ben 20 000, életévvesztése személyenként 18–20 év volt. A halálos közlekedési balesetek 40%-a az alkoholra volt visszavezethető, 22 000 súlyos sérüléssel. A munkavállalók 15%-a a munkahelyén is rendszeresen iszik; toxikus adagnak férfiaknál a napi 40–50 g-os, nőknél a 30–40 g-os alkoholfogyasztást tekintik. A statisztika különben nem adja meg az összes alkoholbeteg számát, mivel ezek közül sokat más diagnózisok, mint májártalom, pancreatitis, polyneuropathia, encephalopathia, agyi atrophia stb. takarnak.

A gyógyszeres visszaélések. A gyógyszerfogyasztás folyamatos emelkedése évek óta regisztrálható, és minden biztosított naponta átlagosan 2,8 tablettát vesz be, a 61–70 évesek pedig négyszer többet szednek mint a 15–20 évesek. Az 51–80 évesek naponta átlagosan 3-fajta készítményt vesznek be állandóan, és minden harmadik biztosítottnak rendelnek nyugtatót, vagy alvatót. A nők 30%-kal több gyógyszert fogyasztanak, mint a férfiak.

Nikotinabúzus. Az NSZK dohányfogyasztása évek óta csaknem állandó, 1982-től 1987-ig évenként minden NSZK-polgárra 1928 cigaretta, 23 szivarféleség, 246 finomvágású és 23 g pipadohány jutott. Jelenleg a lakosság 40%-a dohányzik és szív el átlagosan naponta több mint 10 cigarettát. 40%-uk szenved a dohányzás miatt valamilyen bántalomban, és ennek következménye többnyire idült obstruktív bronchitis, másodlagos emphysema, a szív jobb kamrájának túlterhelése, tüdőrák. A dohányzók rákos kockázata 30–60-szor nagyobb, mint a nemdohányzóké.

Koffein. Bár ez tűnik a legkevésbé mérgezőnek, mégis potenciális szenvedélyszer. Egy csésze kávéban 50–100 mg koffein van. Toxikus adagja napi 1–10 g és 10 g felett halálos. Kedvezőtlen hatása nyugtalanságban, szívdobogás-érzésben, gastritisben, álmatlanságban nyilvánulnak meg, és

mérgezési tünetei szédülést, hányást, hasmenést, kényszervizelést, opisthotonust, trismusos görcsöket, delíriumot okozhatnak, de szerencsére ezek ritkák. Függőség viszonylag ritkán alakul ki, de ha mégis, akkor ezt nehéz oldani.

Táplálkozási zavarok. Ezek elhízást okozó hatásában több meghatározó tényezőt kell számításba venni, de a táplálkozásban familiáris, szociális és pszichés tényezők, valamint a fizikai inaktivitás, környezeti befolyások, valamint az energia-egyensúly zavara is szerepet játszanak. Elhízott szülőknek 80%-os gyakorisággal a gyermekük is kövér, és ez kardiiovaszkuláris, légzőszervi és májbántalmakkal, valamint hypercholesterinaemiával, hyperuricaemiával és diabétesz is társul. Eredményes leküzdésükhöz az alkohol-absztinenciára szintén szükség van. Anorexia nervosával és bulimiával inkább a fiatalok érintettek.

Angeli István dr.

Nikotin: függőség és leszokás. Buchkremer, G., Rehms, W.: Münch. med. Wschr., 1990, 132, 155.

A nikotin a cigarettafüstben az a farmakológiai anyag, amely pszichofiziológiai hatásával a cigarettázással kapcsolatos függőséget létrehozza és fenntartja.

A nikotin pszichotrop hatásai. Ez kétféle lehet és a dózistól függően vagy stimuláló (a figyelem és terhelhetőség javulásával), vagy trankvilláns (nyugtató, feszültségcsökkentő, szorongást mérséklő) hatásával hozza létre. Kedvezőtlen hatásai köhögésben, légzési zavarokban, fejfájásban, szájkiszáradásban, gyomorpanaszokban és szédülésben nyilvánulnak meg. A pszichés függőség következtében a cigarettafogyasztás elhagyására vagy csökkentésére nikotin-elvonási tünetek: idegesség, nyugtalanság, ingerültség, agresszivitás, alvászavarok, fáradékonyság, szétszórtság, koncentrációs zavarok, kedvetlenség jönnek létre. A cigarettázás újbóli elkezdésére ezek prompt megszűnnek.

Az elvonási tünetek kezelése. A nikotin egymagában kevésbé toxikus, nem karcinogén és ezért erre felhasználható a nikotintartalmú rágógumi rágása. Ezáltal pedig az absztinencia elérése is megkönnyíthető.

A dohányzás pszichológiai szempontjai. Pszichoanalitikus aspektusát tekintve orális magatartásként egy pótkielégülésnek tekinthető, a gyermekélmények visszatérítésével. A dohányzó magatartásban azonban sok más befolyásoló tényezőzt tekintetbe kell venni, és a dohányzás meghatározott következmények is erősítik, illetve tartják fenn. A dohányzással kapcsolatos magatartás határozottan alakul ki, és ezt ezek inten-

zíven kitanulják, miután általa kedvező szituációkat alakíthatnak ki, illetve kedvezőtlen helyzeteket kerülhetnek el, szüntethetnek meg. Az elvonással kapcsolatos szituációk is klasszikus helyzeteknek lehetnek alátámasztva, és bizonyos kellemetlen élmények, mint a deprivatizációs állapot és a régi dohányzó környezet is létrehozhatják. Az egészségkárosító következmények a dohányzók magatartását sajnos kevésbé befolyásolják.

Leszoktatás. Ennek folyamata a dohányzáshoz hasonlóan egy komplex történet, és több feltételtől függ. Azokon a dohányosokon, akiknél leszoktató kísérlet még nem történt, a prompt, azonnali abbahagyás is eredményes lehet és ha az egyéni erő nem elégséges, azokat szakmailag irányítani kell. Ezáltal a dohányzó megtanulja az önmenedzselő módszereket, és ehhez folyamatosan rögzíti a dohányzási szokásait a rágyújtástól az arra ösztönző ingerekig. A leszoktatás kezdetén előnyös, ha a dohányzó valamilyen más tevékenységgel, pl. sporttal foglalja le magát a „nemdohányzó pont” elérése céljából. Az önkontrollok segítségével a leszoktatás 30–35%-ban eredményes lehet.

A dohányzás megelőzése. A rövid ideig tartó absztinencia könnyebben elérhető, mint a dohányzás tartós, illetve végleges elhagyása. Ez csak a visszatartó módszerek szisztematikusan beépítésével érhető el. Mivel azonban eredménye is körülhatárolt, a legfontosabb a gyermekek és fiatalok primer megelőzése, más szóval, hogy ezt el se kezdjék. A jövő feladatát a leszoktatató és megelőző programoknak az egész problémát felölelő közösségi kialakítása és kinalata képezheti.

Dohányzók kezelése az orvosi tanácsadással. A felvilágosításban a dohányzás károsító hatásait sohase titkolja el. Erre jó lehetőséget adnak a váróhelyiségben elhelyezett brossúrák. A dohányzás azonnali elhagyásának javaslatára a már fellépett károsodások figyelmeztetnek. Sokkal könnyebb teljesen abbahagyni, mint tartósan kontrolláltan dohányozni. Nők esetében jól alkalom a gyermekkívánság, valamint terheség a leszoktatásra, illetve a dohányzás végleges elhagyására. 10–16 éves fiatalok esetében az orvos különösen figyeljen a dohányzás elkezdésére, és ennek kiküszöbölésére a gyermekorvos, háziorvos és család segítségét is vegye igénybe. A függőség és nikotinéhség csökkentésére pedig a dohányzók leszoktatásában a nikotinos rágógumik adhatnak segítséget.

Angeli István dr.

A kávéfogyasztás orvosi probléma? Schröder-Rosenstock, K.: Münch. med. Wschr., 1990, 132, 158.

A kávé világszerte a leggyakrabban fogyasztott élvezeti szer. Történetére a különböző felfogások, a túlzott szenvedélyszertől a gyógyszerig követhetők nyomon és az NSZK-ban fogyasztása a fejenkénti évi 166

literrel már a 147 literes sörfogyasztást túllépte. Ami a kávé és koffein egészségkárosító hatását illeti, ez ellentétben a nikotinnal, messze alárendelt szerepet játszik.

A kávénak a koffein a legfontosabb alapanyaga, és a többi alkotórésze, mint pl. a chlorogensav és trigonellin, kevésbé lényeges. A koffein-alkaloida purinderivátum és a tea, kóla, valamint kakaó is tartalmazza. Egy csésze kávé 80–170 mg koffeint tartalmaz, ami 3 csésze teának felel meg, és a koffein toxikus hatása 0,5 g-nál kezdődik, 10 g-os halálos adagja kávéfogyasztással alig érhető el.

Centrális, indítékot, koncentrációt és munkaképességet növelő hatását senki sem vonja kétségbe, bár túl aktív és vegetatív labilis egyéneknek kedvezőtlen is lehet, kisebb terhelhetőséget, tremort, tachycardiát, extrasystolét okozva. Elalvást gátló hatását túlértékeli. Vitatott a szívre és érrendszerre kifejtett hatása. A hypertonia egymagában nem kontraindikálja, és a hypertóniások sokszor vegetatív-labilis egyének, akik koffeinre túlzékonnyan reagálnak. Valódi ellenjavallatát a szívritmuszavarok képezik, tachycardiával és arrhythmiával. A koffeintartalmú kávé érelmeszesedést kockáztató hatásával kapcsolatosan ellentétes vélemények vannak. A gyomor-béltraktusban a savelválást és a béltevékenységet fokozhatja, bár a savképzésben a kávé más anyagának, mint pl. a chlorogensavnak is része lehet. Eltiltását fekélybetegségben a különböző szerzők viszonylagosan ítélik meg. Nem vitatott diuretikus hatása, de potenciát és nemzőképességet befolyásoló hatását még nem eléggé vizsgálták. Terhességben a szerzők zöme nem tartja veszélyesnek, és csak szoptatásban javasolják, az anyatejbe kerülése miatt, fogyasztását mérsékelni. (Ref.: Az utóbbi évek tapasztalatai alapján azonban előtérbe került a terhesség alatti kávé-, illetve koffeinfogyasztás magzatkárosító hatása is. Terhességben ugyanis megváltozik a koffein anyagcséréje, lebontódása és kiválasztása. Lebontódásának gátlása miatt ez megnyúlik és nagy felszaporodásának a veszélye. Biológiai feleződési ideje az ismert 5 óra helyett ekkor 10–18 órára nyúlik meg, a magzatban és újszülötben pedig ez még lassúbb, 30 óra, sőt 3–4 nap is lehet. Mindezek alapján terhességben a kávé, illetve koffein túlzott fogyasztása a magzat és újszülött fejlődési zavarával járhat. — Lásd Schneider, K. T. M. és Schletter, J. cikkét Zürichből: Pädiat. Prax. 1986, 34, 181.) Nem egységesen ítélik meg esetleges rákkeltő hatását, bár ennek nagyobb rizikóját nem látják bizonyítottnak. (Ref.: A porzsanyagokat benzpirén tartalmuk miatt tartják rákkeltőnek. Az eddigi megfigyelések alapján azonban a kávé kedvezőtlen hatása a rákkelésben még csak hólyágrák esetén tűnik bizonyítottnak.)

A koffein és különböző pszichofarmakok között normális kávéfogyasztás esetén is interakciók jöhetnek létre, ezek hatását részben gyengítve. Számos gépjárművezető azt hiszi, hogy a kávé javítja vezetőképességét és az alkoholhatást szándékozik vele kompenzálni, kiiktatni. Alkoholallal együtt fogyasztva azonban növeli a baleseti

veszélyt, mivel ezt így alábecsüli. Az alkoholfogyasztás előtt ivott kávé azonban az alkohol felszívódását meglassítja. Koffeinizmusról napi 8–10 kávé fogyasztása esetén beszélünk, ami ingerlékenységgel, magasabb hőmérséklettel és álmatlansággal jár.

A szerző következtetése, hogy néhány kivételtől eltekintve, napi 3–4 kávé engedélyezhető, és szemben a mindennapos drog-, alkohol- és nikotinfogyasztással, ez lényegesen kevesebb gondot szokott jelenteni.

Angeli István dr.

Mennyire problematikus a „normális” alkoholfogyasztás? Busch, H.: Münch. med. Wschr., 1990, 132, 160.

Az alkohol mindig vitatott ital volt. Az ún. normális alkoholfogyasztás kapcsán előtérbe került, hogy mekkora mennyiség, hány gramm tisztaszeszes rendszeres fogyasztása tekinthető ártalmatlannak, de ebben és ennek engedélyezésében az orvosok sem egységesek. Mindenesetre még a kis mennyiségű és protektívnek tartott alkoholfogyasztást is veszélyeztetőnek kell tartani, ha az a gamma-GT értékek emelkedésével jár. Az alkoholos márcirrhisos kritikus kűszöbértékének férfiak esetében a napi 60 g-os, nők esetében a 20 g-os alkoholfogyasztást tekintik, 5 éven keresztül.

Néhány kiválasztott szomatikus hatás. A koncentrált szeszes italok (40%-os alkohol-koncentráció felett) a gyomor-bélnyálkahártya kongesztív hyperaemiáját, illetve gyulladását okozzák. Napi 60 g alkohol mind a systolés, mind a diastolés vérnyomást megemeli, kokarcinogén hatása van, amennyiben ennek kísérőanyagai, mint a kozmaolaj, nitrozamin, policiklikus aromás szénhidrogének és tanninok lehetnek rákkeltők. Ezen kívül az immunvédelmet is csökkenti, és megváltoztatja a gyógyszerhatásokat.

Néhány kiválasztott neurofiziológiai és neuropszichológiai hatás. A dózistól és az egyén tűrőképességétől függően a központi idegrendszert az alkoholmetabolizmus és a neurotransmitterek befolyásolása által károsítja, és 0,3–0,5 ezrelékes véralkohol szintnél EEG elváltozásokat okoz. Kedvezőtlenül befolyásolja a látást már 0,8 ezrelékes véralkoholszinten, és ez éjszaka kifejezettebb.

Az alkoholos öngyógyítás mint fokozódó alkoholproblema. Az orvos még a kis mennyiségű alkoholfogyasztást is differenciáltan ítéli meg, és legyen elővigyázatos. Ebben a páciens neuropszichológiai alapbeállítottságát és kockázatként annak túlzott aktivitását, fokozott emocionálisitását és hiányos szociabilitását kell figyelembe venni. Pszichés okok a pszichotrop öngyógyításnak is kiindulópontjai lehetnek. Az ilyen típusú „szociális ivás” elpalástolja a határt a normális alkoholfogyasztás és az egyén individuális alkoholproblémája között, ami az utóbbinak a felismerését is megnehezíti.

Az orvosi gyakorlat következtetései. Ezeket a megfontolásokat már a diagnózisban

konkrétan analizálni kell, a panaszok és klinikai tünetek alapos elemzésével. A szubjektív panaszok és idegfeszültség alkoholos csökkentésében a függőség kialakulásának veszélyét, valamint a nil nocere elvét és kötelességét mindig számításba kell venni, az úgynevezett normális alkoholfogyasztásra is vonatkoztatva.

Angeli István dr.

Nők magas véralkohol szintje: a gyomor alkohol-dehidrogenáz szerepe az alkohol lebomlás elején. Frezza, M. és mtsai (Inst. Med. Pathol., Univ. School of Med., Trieste, Italy): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 95.

Súlyarányosan azonos mennyiségű alkoholt fogyasztva a nők véralkohol koncentrációja miért lesz magasabb, mint a férfiaké?

Az alkohol per os bevétele miért okoz kisebb véralkohol emelkedést, mint azonos mennyiségű iv. bevétele?

Ezek a kérdések régóta foglalkoztatják a kutatókat, s a következő magyarázatok születtek eddig: a nők magasabb véralkohol koncentrációját a testsúly-arányosan is kisebb folyadéktérrel magyarázzák, amelyben az alkohol felhígulva magasabb koncentrációt eredményez. A megivott alkohol pedig azért okoz kisebb fokú véralkohol emelkedést, mint a vénásan bejuttatott, mert egy része a gyomorban retineálódik.

A szerzők e két kérdésre egyszerre adták meg a választ azáltal, hogy a gyomor alkohol lebontását vizsgálták. A gyomor antrumából származó biopatum mucosájából alkohol-dehidrogenázt (AD) sikerült kimutatniuk, melynek aktivitása korrelált a gyomorban oxidált alkohol mennyiségével. Tehát a gyomorban nem retineálódik, hanem lebomlik az alkohol egy része, s ez csökkenti a portális és systemás keringésbe jutó mennyiséget. Erre utal az a megfigyelés is, hogy gastrectomizált betegek per os, ill. vénás bejuttatás utáni véralkohol görbéje csaknem azonos. S a nők magasabb véralkohol görbéjét a gyomor csökkent oxidálóképessége — csökkent AD aktivitása — magyarázza. Ennek bizonyítására 23 nő és 20 férfi — egészséges és alkoholista 2/1 arányban — véralkohol-idő görbéjét készítették el súlyarányosan azonos mennyiségű alkoholt fogyasztva, ill. ugyanezen mennyiségű vénás beadás után. Mindegyik csoportban a vénás beadás esetén az első pár órában magasabb véralkohol koncentrációt mértek mint megivás után. A nők véralkohol szintje ivás után mindig magasabb volt, mint a férfiaké. Az alkoholistáknál mindkét esetben — nőknél kifejezettebben — csökkent a gyomor alkohollebontása, s így magasabb véralkoholt mértek, mint a nem alkoholisták esetében. Az alkoholista nők csoportjában a vénás és orális bevitel közel azonos görbét eredményezett. Mindezen megfigyelések jól magyarázhatóak a nők és férfiak eltérő gyomorbéli alkohollebontó képességével.

A szerzők utalnak rá, hogy érdemes len-

ne a két nemnek eltérő — a nőknek alacsonyabb — alkoholfogyasztási limiteket meghatározni a biztonságos autóvezetéshez.

Egyed Zsófia dr.

Alkoholfogyasztás kockázata nő és férfi számára — nem vagyunk egyenlők? Schenker, S. Speeg, K. V. (Univ. of Texas, San Antonio): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 127.

A cikk az előzővel azonos lapszám szerkesztői rovatában jelent meg, és egy-két hozzáfűzést is tesz Frezza és misai megállapításaihoz.

Alkoholista nőkben előbb és kisebb mennyiség krónikus fogyasztása után alakul ki a szervek károsodása, mint férfiakban. Ezen vulnerabilitás könnyen megérthető a gyomor alkohol metabolizmusának tisztázása után. Nőkben a gyomor kisebb alkoholbontó kapacitása miatt nagyobb mennyiségű alkohol jut a portális és systemás keringésbe. A gyomorban lebontott alkohol mennyisége az alkohol-dehidrogenáz enzim aktivitás mellett egyéb tényezőktől is függ: a gyomor teltségi állapotától, az ivás gyorsaságától, a perisztaltika ütemétől. A nők és férfiak gyomor-mucosa alkohol-dehidrogenáz aktivitásbeli különbsége alkoholistaikban fokozatosan eltűnik. Náluk ugyanis az állandó alkohol behatás miatt — alkoholos gastritis — a gyomor mucosa enzim termelése csökken, így gyomruk egyre kevesebb alkoholt tud lebontani.

A szerző felteszi a kérdést: vajon mi okozza a két nem gyomor-mucosájában az enzim-aktivitásbeli különbséget? Ismert a különböző emberi rasszok enzim-polimorfizmusáról, hogy pl. fekete bőrű nők a májuk alkohol-dehidrogenáz aktivitás alacsony szintje miatt predisponáltak a májkárosodásra. Valószínűleg hasonló genetikai tényezők okozzák a gyomor enzim kofaktorának (NADH) polimorfizmusát jelen esetben is.

Összefoglalva megállapítható, hogy étkezés után kis mennyiségben (0,3 g/kg) alkoholt ivó nem alkoholista férfit védi leginkább gyomra alkohol oxidáló képessége az alkohol egyéb szervekre gyakorolt káros hatásától.

Egyed Zsófia dr.

Alkoholbetegségek. Böcker, F. M.: Münch. med. Wschr., 1990, 132, 357.

A szerző az alkohol okozta betegségek tárgyalása kapcsán ezek belgyógyászati és neuropszichiátriai szempontjait részletezi. Kultúrkörünkben ma nagyon sok ember a szeszes italokat társasági szinten célzottan fogyasztja, és ebben az alkohol hatását pozitívnak és kellemesnek értékeli. Az alkoholfogyasztást legtöbbször a lakosság megítélése alapján bírálják el, a nagyivók többsége pedig legtöbbször meg van győződve arról, hogy az alkohol javítja a testi

és szellemi erejét, sőt munkatempóját és kitartását is kedvezően befolyásolja. Mindezek azonban teljesen ellentétesek az alkohol testi és lelki egészségkárosító hatásával.

Az alkohollal visszaélő idült fogyasztó átlagosan 15–25 évvel rövidebb ideig él, és halálózása négyszeresen nagyobb, mint a nem-ivóké. Az alkoholista halálokok többsége mérgezésből, májcirrhosisból, balesetekből és öngyilkosságokból adódik. Az alkoholizmus és alkoholfüggőség egészségügyi kockázata a következőkben foglalható össze: megrövidíti a várható életkort; a balesetek közül növeli a munka- és közlekedési baleseteket, az útlegelemből eredő sérüléseket, valamint a koponyát és agyat ért traumák gyakoriságát; rontja az életveszélyes sérülések és betegségek (vérzések, contusiók, agyi vérömlenyek, gyulladások) kilátásait; kedvezőtlen gyógyszerkölcsonhatásokat és mérgezést okozhat; növeli a hypertonia és agyi érkatasztrófák kockázatát; az anyagcserében hyperuricaemiát, köszvényt, hyperlipidaemiát (-trigliceridaemiát) okozhat; a tüdőben az obstruktív emphysemus bronchitis, bronchopneumonia, tuberkulózis kialakulását segíti elő; a gyomor-bélrendszerben a fekélybetegség, garat-, nyelöcső-, máj- és hasnyálmirigydaganatok létrejöttének kedvez; pszichésen a gyógyszerfüggőség, polytoxikomania és öngyilkosság veszélyével jár.

Tipikus belgyógyászati alkoholbetegségnek tartandó: a zsírmáj májmegnagyobbodással és gamma-GT emelkedéssel, az alkoholhepatitis májsejtnekrózissal és idült formájában tranzamináz (GOT>GPT) emelkedéssel, heveny formájában sárgasággal, lázzal, kómával, a májcirrhosis fibrotikus átépítődéssel, kötőszövetes hegekkel, májelégtelenséggel, portális hipertenzióval; a gastritis, duodenitis, Mallory-Weiss-szindróma, az idült pancreatitis akut lökésekkel, a malabszorpciós szindróma hiányos táplálékfelvétellel, hypo- és avitaminosissal; cardiomyopathia, szívelégtelenség; makrocytosis nagyobb MCV-vel, thrombopenia és a fehérvérsejtek működészavara.

Tipikus neuropszichiátriai alkoholbetegségnek tekinthető: az elvonási tünetek, mint a vegetatív alkoholelvonási szindróma, a praedélirium és délirium öntudat- és orientációs zavarokkal, hallucinációkkal, nyugtalansággal, lázzal, vegetatív kisiklásokkal, elvonások rohamokkal; a központi idegrendszer részéről agyi atrophia, idült organikus pszichoszindróma, organikus állapotváltozások, alkoholdementia, alkoholhallucinos, féltékenységi téveseszmék, Wernicke-encephalopathia öntudatzavarokkal és a szem motilitás-zavarával, Korsakow-szindróma az emlékezet és megjegyző-képesség elvesztésével, konfabulációval, alkoholos amnéziával, thiaminhiány-betegséggel, kisagyatrophia ataxiájával; a perifériás idegrendszer részéről polyneuropathia axondegenerációval és demyelinizációval. Elvonási tünetként számos alkoholista ismeri a reggel, ébredésre jelentkező elvonási tüneteket remegéssel, izzadással, rossz közérzettel, olyannyira, hogy sokszor még fogat

mosni is képtelen az erre jelentkező hányinger miatt. Legsúlyosabb elvonási tünet a délirium, kezdeti epilepsziás rohamokkal, öntudat- és orientációs zavarokkal, hallucinációkkal, túlzott nyugtalansággal, lázzal és vegetatív kisiklásokkal.

Angeli István dr.

Alkoholszenvedély — alkoholfüggőség. Nickel, B.: Z. Klin. Med. 1990, 45, 23.

Az ötvenes évek óta, a szokványos ivási szokások feladása mellett, világszerte egyre inkább emelkedik a fejenkénti alkoholfogyasztás, és ebben Európa jár az élen. Az NDK-ban 1970 és 1980 között az évenkénti százszázalékos alkoholra számított fogyasztás egy főre számítva 6,1 literrel 10,1 literre emelkedett. A több irányban is ártalmas alkohol az összes szervet károsítja, és az alkoholizmusból eredő egészségügyi károsodások 10 évvel rövidítik meg az átlagos életkort, és 10 évvel korábban okoznak rokkantságot, egyáltalán a társadalmi együttélés frött és fratlan szabályait is folyamatosan megsértve.

A becslések szerint az összes elfogyasztott alkoholmennyiség felét a lakosság 10%-a issza meg, az összlakosság 2–3%-a alkoholbeteg és 5–15%-a szenvedélyszerűen iszik. Ez utóbbi beteges alkoholfogyasztás korai felismerése és leküzdése a 70-es évektől vált az egészségpolitika fő feladatává, és ezekkel leggyakrabban a háziorvos, valamint az általános orvos találkozik, de szakszerű effektív kezelésüket már nem tudják ellátni. Az alkoholbetegek differenciált kezelésében az ambuláns, az intézeti, valamint az intézet utáni módszerek és különböző formák korai diagnosztikus felismerése és befolyásolása kapnak egyre nagyobb fontosságot. Ez természetesen az alapellátásban részt vevő orvosok felelősségét és ilyen irányú ismereteinek bővítését is magában foglalja. Ehhez pedig intenzívebb orvosképzés és -továbbképzés is hozzátartozik.

A szociálpszichológiai kutatások még nem tudnak definitív választ adni arra, hogy milyen csoportok, milyen kezeléssel és melyik időpontban kezelhetők eredményesen, és ebben főleg az alkoholszenvedély hatásos leküzdése hagy sok kívánnivalót maga után. A molekuláris biológia klinikai pszichiátriában történő betörése a molekuláris alkoholkutatásnak adhat új perspektívát. Jelenleg az endogen pszichosisokat, valamint a biológiai alkoholizmus-kutatást favorizálják, ami fontos következtetések levonásához vezethet. Az alkoholizmus leküzdése érdekében az egészségvédelem, a gondozás és kutatás segítése céljából, a nemzeti alkoholpolitika keretében meg kell teremteni ennek társadalmi és állami feltételeit.

Angeli István dr.

Az alkoholszenvedély és alkoholfüggőség fogalma és felosztása. Bertram, W.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 25.

Alkoholizmus alatt az olyan mértékű szeszital-fogyasztást értjük, mely az egyénben, vagy társadalomban, vagy mindkettőben károsodást okoz. E meghatározás azonban változó és problematikus, ugyanis egy orvos sem minősít egy nálánál kevesebbet ivót alkoholistának.

Szociológiai szempontból alkoholizmus alatt, a részben már betegség kritériumait mutató, deviáns ivást értjük. Más szóval a nem megfelelő egyének nem megfelelő mennyiségben és formában történő alkoholfogyasztását. Orvosi definíciója az ivás kórokozó hatására és következményére, valamint a kezelés lehetőségeire koncentrál. Ezért mindenkor célszerű a „normális” ivást a szenvedélyes ivástól, valamint az alkoholos függőséget elkülöníteni. A károsodás nélkül elfogyasztható napi alkohol-mennyiség egyre alacsonyabb lesz.

Jelinek szerint az alkoholizmus 5 formáját különböztetjük meg. Az alfa- és béta-alkoholizmus esetében még a nem függőségen alapuló visszaélésről van szó, a gamma- és delta-alkoholizmussal viszont már a betegség függőség dominál. Az alfa típusúak konfliktus, vagy megkönnyebbülés céljából ivók, és ezek nem folyamatosan, hanem belső feszültségeik megszüntetése céljából isznak nagyobb mennyiséget. Pszichés függőség már fennáll, de ennek jelei még nem mutathatók ki. A béta-típusúra a szokványos, alkalmi és társasági ivás a jellemző. Ezek már folyamatosan isznak többet, de nem feltűnést keltően. A gamma típusúak már alkoholfüggőségben szenvedő nem folyamatos ivók, és a különböző ideig tartó absztinenciát váltják fel kontrollvesztések és lerészegedések. A pszichés függőség gyorsan, a testi viszont később alakul ki, úgyhogy az absztinencia elérése egyre nehezebb, sőt végül erre önmagától már képtelen, elvonási tünetekkel jár. A szomatikus és pszichoszociális károsodások együttesen jellemzik. Az epsilon típusú ivók epizód- és rohamszerűen isznak sokat, kontrollvesztéssel.

A függőség következő jelei definiálhatók: A pszichés függőség az alkohol utáni vágy kielégítését jelenti kedvcsinálás, vagy a kedvetlenség leküzdése céljából. Enyhe foka az étkezéshez megkívánt alkohorra, súlyosabb foka pedig már az ettől függetlenül is létrejövő nagyobb mennyiségű szeszital-fogyasztásra vonatkozik, a kívánt hatás elérése céljából. A kontrollvesztés a szeszital megízlelése után az ivás abbahagyásának képtelenségét jelenti, egészen a teljes leltasodásig.

Az absztinencia elvesztése az alkoholról való lemondás képtelenségét jelenti, még néhány órára is, mert ennek hiányában *elvonási tünetek* (pl. reggeli remegés) jönnek létre, és ezt már kis mennyiségű alkohol is képes megszüntetni. Egyes pácienseken viszont, még a szomatikus alkoholbetegség teljes kialakulása után sem mutathatók ki a függőség jelei. Az egyik, *Edwards* vezetésével álló szakértőbizottság 1977-ben az alkoholfüggőség és zavarok 4 tengelyes jellegzetességeit dolgozta ki. Ezek az ivás módja, a függőségi tünetek, az alkohol

okozta zavarok és a terápia szempontjából fontos tényezők. Az ivás módjának jellemzői a megivott mennyiség, az ivás stílusa, gyakorisága, tényezői és tartama. A függőséget a kontrollvesztés, a tolerancia növekedése, az elvonási tünetek fellépte, valamint a kompulzív ivásstílus jellemzik. Az alkohol okozta problémák közé a traumás megbetegedések, a gastrointestinalis szervkárosodások, hypertonia, polyneuropathia stb., pszichés problémáként a szorongás, depressio, intellektuális zavarok, familiáris konfliktusok, munkaköri hiányzások, törvénytörések stb. sorolhatók. A terápiát az életkor, nem, szociális stabilitás, személyiség és intellektuális jellemzők, a hozzáállás, elvárások, a korábbi kezelés módja és eredményei befolyásolják.

A szomatikusan komplikált alkoholos szenvedélyt a napi átlagosan magas alkoholfogyasztás jellemzi, szomatikus következményekkel, melyek gyakran kombinálódnak pszichés és szociális problémákkal. A függőségi tünetek fennállása és diagnózisának intézeti elhelyezést tesz szükségessé, az absztinencia motívumainak és képességének kidolgozására. Az alkohol-probléma nemcsak pszichiátriai, hanem összorvosi, egészségpolitikai és társadalmi probléma.

Angeli István dr.

Az alkoholszenvedély és alkoholfüggőség felismerése az alapgonddozásban. Richter, G.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 29.

Az aktuális helyzet jellemzéseket megelőzően a problémát quantitative és qualitative elemzi. A WHO 1988-as becslése szerint a járóbeteg-rendeléseken csak az alkoholisták 20–25%-át ismerik fel, kórházi belgyógyászaton csak minden másodikat, ortopédián negyediket, sebészetben nyolcadikat, az általános orvos pedig csak minden tíz közül egyet. Eltolódás észlelhető a különböző betegségtünetek aetiologiájában is, amennyiben a polyneuritisekben és -neuropathiákban az alkoholizmus már megelőzte a diabest, sőt már a 25 éves kor feletti epilepsziás manifesztációknál is a leggyakoribb okot képezi. A probléma multidiszciplináris voltára utal, hogy 13 amerikai alkohol-szakklínika adatai szerint a férfiak 70%-ának és a nők 73%-ának az alkoholizmuson kívül még más fontos megbetegedése is van.

Az alkoholizmus hiányos diagnózisa elsősorban az orvosokra vezethető vissza. Így az American Medical Association 1982-es véleménye szerint az orvosok 71%-a tartja magát alkalmatlannak az alkoholizmus felismerésére és kezelésére, és ezt a hiányos képzésre, illetve továbbképzésre vezetik vissza. Az NDK kezdő orvosainak 60%-a érzi magát ebben bizonytalanoknak, pedig a függőségben szenvedő alkoholisták gyakoriságát 2–3%-os, a károsítóan nagyivók („harmful drinking”) előfordulását pedig 20–30%-os arányban adják meg.

Az alkoholszenvedély és függőség felismerését szolgálják:

1. A laboratóriumi módszerek, a GGT (gamma-glutamiltranszferáz), ASAT (aszpartát-aminotranszferáz), ALAT (alanin-aminotranszferáz), a vörösvérsejt volumen MCV-vizsgálata és a véralkohol koncentráció meghatározása.

2. Több kérdőíves felmérést ismertet, melyek tulajdonképpen a páciens válaszában alapulnak, de ezek csak az alkohol-problémára reflektáló személyekre alkalmazhatók, és a tagadások, valamint a disszimulációk az eredményeket eltorzíthatják. Az alkoholizmus pozitív diagnózisa mindig értékesebb, mint a „nem-alkoholizmus” kimutatása.

3. Hasznosak lehetnek az előzetes információk, így az orvosi dokumentáció, valamint a traumás anamnézisek, a figyelmet a 18. életév után bekövetkezett törésekre, ficamokra, közlekedési balesetekre, fejsérülésekre, tetleges bántalmazásokra, valamint az ittasan bekövetkezett sérülésekre fordítva.

4. Testi ismeretjelzőjelei a „vörös arcszín — nyelvtremor — kéztremor” hármasa és különösen a vörös arcszín és a sclera belőváltottságát tartják jellemzőnek.

5. Rögzítendő az elfogyasztott ital-mennyiség változásai, és ennek alapján a WHO alacsony-, közép- és magasszintű ivókról beszél, alacsony ivásszintnek a napi 20 g-ig terjedő alkoholfogyasztást tekintve. A napi 40 g feletti fogyasztás már potenciális, vagy tényleges veszélyeztetettségét jelent.

6. Az 1985–1987-es WHO tanulmány napi 40 g tisztaszesz fogyasztása esetén célcsoportonként már orvosi alapgonddozást tart szükségesnek, első fázisként. A második fázisban már a károsítóan ivók azonosítását tartja fontosnak, az előző traumák, a testi ismertetőjelek, valamint a GGT vizsgálatával, a sensitivitas és specificitas meghatározása céljából.

Angeli István dr.

Alkoholanyagcsere és intermediér anyagcsere. Alt, S.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 47.

Az alkohol 90%-a ugyan a májban metabolizálódik, de a szájon át bevittnek lebontásában a gyomornyálkahártyában lokalizált alkoholdehidrogenáz is részt vesz, alkoholistáknál már kevésbé. Az éhgyomri, az idült és nagyobb adagú alkohol-felvétel csökkenti a májon kívüli alkohol-metabolizmust.

Ami a máj alkoholanyagcserejét illeti, annak lebontódása 3 különböző mennyiségi és minőségi mechanizmuson át történik. Quantitativ az ADH (alkoholdehidrogenáz) a legfontosabb, melynek bontó hatására a redukált ekvivalensek (NADH, NADPH) jönnek létre, és ezeket a NAD (nikotinsavamid-adenin-dinucleotid) és NADP (nikotinsavamid-adenin-dinucleotid-phosphat) kínálata limitálja. Nagyobb alko-



NITROMINT®

aeroszol



NITROMINT® aeroszol koszorúér-tágító

A nitroglycerin az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a koronária ereket, ezúton csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szív munkáját, oxigén-igényét, javítja a koronária-keringést, az ischaemiás szívizom oxigén-ellátását. Hatására javul a szív teljesítménye, nő a terhelési tolerancia. A szájnyálkahártyára juttatott nitroglycerin gyorsan felszívódik, hatása 1–2 percen belül jelentkezik.

Hatóanyag: 8 g nitroglycerinum solutum 1%

10 g-os palackonként (0,4 mg nitroglycerinum adagonként)

Javallatok: Akut angina pectoris roham, fizikai terhelés előtt alkalmazva a roham megelőzésére.

Ellenjavallat: Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzúgú glaukoma, súlyos hipotonia, emelkedett koponyűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

Adagolás: Az adagolószelep egyszeri lenyomásával 0,4 mg nitroglycerinnek megfelelő oldat távozik a mechanikus pumpával ellátott palackból.

Roham esetén a beteg ülő helyzetében 1–2 adagot kell a nyelv alá juttatni a szórófej lenyomásával. Szükség esetén ennél több, de 15 percen belül legfeljebb 3 adag alkalmazható.

BELÉLEGEZNI NEM SZABAD!

Mellékhatások: A szájban átmenetileg enyhe égő érzés, fejben lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

Gyógyszerkölsönhatás: Óvatosan adható:

antihipertenzívumokkal, triciklusos antidepresszánsokkal, (hipotenzió fokozódik).

Figyelmeztetés: Nyíltzúgú glaukómában, migrén esetén adagolása fokozott óvatosságot igényel. Fokozza a katekolaminok, valamint a VMA (vanilinmandulasav) vizelettel való kiválasztódását.

A betegek nitroglycerin iránti egyéni érzékenysége nagyon eltérő, ezt az adagolásnál figyelembe kell venni.

A gyógyszer alkalmazása terheességben csak a haszon/kockázat alapos mérlegelése után ajánlott.

Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos!

Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó!

Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

Megjegyzés: ✖ ✖ Csak vényre adható ki a társadalombiztosítás támogatásával. Fogyasztói áron véný nélkül is kiadható.

Csomagolás: 1 palack (10 g)



EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST



holkoncentráció esetén segít a lebontásban a májsejtek sima endoplasmikus retikulumjának a MEOS makroszomális-etanol-oxidáló-szisztémája a NADPH felhasználásával, és quantitative csak alárendelt szerepet játsza a kataláz. Mindhárom bontórész, az ADH, MEOS és kataláz hatására acetaldehid keletkezik, melyet az ALDH (acetaldehid-dehidrogenáz) oxidál acetáttá. Idült alkoholistákban a nagyobb acetaldehid-képződés és viszonylag kisebb acetaldehid lebontódás közötti diszkrépanciát — ami a nagyobb ADH, de megtartott ALDH aktivitás következtében jön létre — azt is megmagyarázza, hogy ezeknek miért van nagyobb véralkoholszint nélkül is magasabb vér-acetaldehid koncentrációjuk és kifejezettebb alkoholos befolyásoltságuk.

Az alkohol intermedier anyagcseréje kifejtett hatása a zsír-, szénhidrát- és fehérje-anyagcserében nyilvánul meg. A *lipid-anyagcserében* nem a zsírsavak szintézisét stimulálja, hanem azok oxidációját gátolja. Az akut alkoholfelvétel elsősorban a túlzott szabad zsírsavkínálattal emeli a triglicerid- és VLDL-szintet, ami diabetesben, primer hyperlipidaemiában és zsírdús étrendre még kifejezettebb szokott lenni. A *szénhidrát-anyagcserét* a NADH túlkínálat révén elsősorban a laktát-túlsúllyal befolyásolja. A lactatacidosis veszélyét cukorbetegben az egyidejű biguanid kezelés még fokozhatja, a tubularis acidosis és renalis húgysavkiválasztás csökkenésével pedig köszvényes rohamot okozhat. A *fehérje-anyagcserében* a heveny alkoholfogyasztás a felszívódás gátlásával csökkenti a vér aminosav tartalmát, az idült alkoholfelvétel pedig a máj aminosav-felvételének gátlásával az elágazó szénláncú aminosavak és alfa-amino-vajsav szintjének emelkedését okozza, sőt ez utóbbi még az alkoholizmus jelzője is lehet. A fehérje anyagcserezavarokat a májártalmak, májcirrhosis még tovább kombinálják, hyperinsulinaemiát és hyperglucagonaemiát, valamint az elágazó szénláncú aminosavak (valin, leucin, isoleucin) vérszintcsökkenését okozva, sőt előrehaladott cirrhosisban aromás aminosavak (tyrosin, phenylalanin) szaporodhatnak fel. Az alkohol gátolja a máj albuminszintézisét, a fehérje katabolizmus zavara fehérjeteretióval hepatomegáliát okozhat, a fibrogenesist pedig a máj szerkezeti fehérjei (collagen, glykoprotein, elastin, proteoglycan) által szintén befolyásolni képes, sőt a fehérje anyagcsere zavarának a központi idegrendszer alkohol okozta ártalmaiban is része lehet.

A *gyógyszerhatást* tekintve a heveny alkoholfogyasztás ezt a lebontódás gátlásával megnyújthatja, az idült alkoholfogyasztás pedig a feleződési idő megrövidítésével csökkentheti. A heveny alkoholfogyasztás a következő gyógyszerek hatását nyújtja meg: szedatívumok (diazepam, meprobamat, barbiturátok), szulfanilureák (tolbutamid, glibenclamid), fájdalomcsillapítók (paracetamol, aminophenazon), antikoagulánsok (phenprocumon), antiepileptikumok (phenytoin), pszichofarmakonok (amitriptilin). Antabus-reakciót okozhat

nak az elvonókúrában alkalmazottak (disulfiram, dipsan), a szulfanilureák (tolbutamid, glibenclamid), antibiotikumok (cephalosporin, chloramphenicol, doxycyclin), szedatívumok (klorálhidrát). Az idült alkoholfogyasztás a következő gyógyszerek hatását csökkenti: antibiotikumok (doxycyclin), trankvillánsok (meprobamat), antiepileptikumok (phenytoin), béta blokkolók (propranolol). A gyorsabb gyógyszerbontás azonban hepatotoxikus metabolitok felszaporodásával is járhat, elsősorban a narkotikum halothal, az analgetikus paracetamol és a tuberkulostatikus isoniazid esetében.

Angeli István dr.

Heveny alkoholmérgeзések. von Schimackaly, R., Nickel, B.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 51.

A mérgeзések közül az alkoholmérgeзések a maguk 20%-ával, az altató-, pszichofarmakon- és organikus oldószermérgeзések után a negyedik helyen állnak, személyiségzavarokat, átmeneti pszichosisokat és öngyilkosságokat okozva.

A heveny alkoholmérgeзés *osztályozását és klinikumát* tekintve lehet *enyhe részegség* (0,5–1,5‰-es véralkoholszinttel) túl bő beszéddel, a koncentráló- és reagálóképesség, valamint a gátlások, önkontroll és önkritika csökkenésével; *középsúlyos részegség* (1,5–2,5‰-es véralkoholszinttel) hangulatváltozással, gátlástalansággal, pszichomotoros bizonytalansággal, a figyelem és gondolkodás korlátozódásával, orientáció zavarokkal, beszédkénszzerrel, de összefüggéstelen mondanivalóval, érzékesztéssel, fokozódó kimerültséggel és fáradtsággal; *súlyos részegség* (2,5‰ feletti véralkoholszinttel) öntudatzavarokkal, a pszichomotoros reakciók meglassulásával, koordinációs zavarokkal és dezorientáltsággal.

A *heveny részegségnek 4 stádiuma van*: 1. Az *excitációs stádium* (1,0–2,0‰-es véralkoholszinttel). 2. A *hypnotikus stádium* (2,0–2,5‰-es véralkoholszinttel) öntudatzavarokkal és öntudatvesztéssel. 3. A *narkotikus stádium* (2,5–4,0‰-es alkohol-szinttel) öntudatvesztéssel és gépszerű légzéssel, a fájdalomreakciók elvesztésével és alig reagáló pupillákkal. 4. Az *asphyxiás stádium* (4‰-es véralkoholszint felett) kómával, a spontán légzés elmaradásával és fénymerev pupillákkal.

Az *egyszerű részegség kezelésében* elegendhetlen az orvosi segítség a narkotikus-hypnotikus és az asphyxiás-hypnotikus stádiumban, intenzív kezeléssel a vitálfunkciók biztosítása és a detoxikálás céljából. Különleges problémát okozhat az izgalmi állapot előrehaladottabb stádiuma, ami már nyugtatók adását teheti szükségessé a szedatívumok és alkohol együttes hatásának veszélyével. Nem tartják megalapozottnak az alkoholhatás megszüntetésére fruktóz, glukóz, pyruvát, difoszfopiridin-nukleotid, thyroxin, trijódthyronin, corti-

sol, inzulin, adrenalin, valamint egyéb szerek adását, de amennyiben a heveny részegségnek alkoholfüggőségéből adódó iváskényszer az okozója, ennek kezelése szükségessé válik.

A *pathológiás részegsége* a rohamszerű, kifejezett izgalmi állapotok a jellemzőek, már viszonylag kisebb alkoholmennyiségre is, a külvilággal szembeni agresszivitással és öngyilkossági impulzusokkal. A tünetek dezorientáltság, kontaktus-zavarok, érzécsalódások, szorongás, téveseszmék, a helyzetek félreismerése, döntésképtelenség lehetnek, erősebb és enyhébb formában. Ezek kezelése a páciens izolálását és pszichiátriai klinikára történő beutalását teszi szükségessé, az életfunkciók folyamatos figyelése, valamint a gyógyszeradás lehető elkerülése céljából. Szükség esetén azonban esetleg diazepam adható.

Következtetésként leszögezzük: 1. Az alkoholmérgeзettet gondosan meg kell vizsgálni, és megfelelő helyre kell szállítani további gyógykezelése céljából. 2. Az első ellátásnál az életfunkciók fenntartására, valamint a további mérgeзés, alkoholfelszívódás megakadályozására kell törekedni. 3. A kezelésnek az akut klinikai toxikológia alapelvein kell nyugodnia. 4. A súlyos mérgeзések intenzív kezelésre szorulnak. 5. A véralkoholszint meghatározása a differenciáldiagnózis és a lefolyás megítélése szempontjából elengedhetetlen.

Angeli István dr.

Protrahált alkoholelvonási szindróma. Ribbschlaeger, M.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 61.

A teljes absztinencia az alkoholbetegek kezelésének alapvető feltétele, bár ennek hatására, ezt hetekkel, hónapokkal követően is, jellemző testi, pszichés és szociális tünetek léphetnek fel. Ezek a mindennelelőtt vegetatív-szomatikus, affektív, kognitív vagy neurológiai zavarok az absztinencia és kezelés felfüggesztéséhez, félbeszakításához vezethetnek. Ezért az utóbbi időben az alkoholizmus lefolyását hullámnak írják le, melyben a megbetegedés restitúciós fázisaként és tartós posztalkoholos tünetcsoportként a morfológiai agysorvadás zavarai és neurofiziológiai alvászavarok alakulnak ki.

A biokémikusok az elvonási tünetek okaként a „monoaminerg szisztéma” veleszületett gyengeségét, a „hibás transzmitterek” kialakulását, valamint a gamma-amino-vajsav funkciójának korlátozódását feltételezik, és ez utóbbiak alapján mind a heveny, mind a protrahált elvonási tüneteket gabaerg anyagokkal kezelik. A zavarok és tünetek különböző jellemzői ellenére is a gyógyszeres, pszicho- és szocioterápiás lehetőségek kiaknázását hangsúlyozza a szerző.

Ami a protrahált absztinens szindrómát illeti, az *Kryspin-Exner* szerint egy perzisztálóan fennálló, viszonylag enyhe fokú elvonásos tünetcsoport, fokozott alkoholkí-

vánsággal, újbóli fogyasztása esetén pedig a függőség ismételt kialakulásával, tremorral, nyugtalansággal, szorongással, depressziós hangulattal, alvászavarokkal. Egyesek protraáltan visszafelződő tünetcsoportnak tartják, az adaptációs folyamatok csökkent és lassúbb kialakulását téve felelőssé a periodikus tünetekért és a közérzet javulásáért alkoholfogyasztás hatására. Hasonló feltételezések alapján „szubklinikus elvonási tünetcsoport”-nak és „pszeudo-alkoholelvonási szindróma”-nak is nevezik.

A klinikai tünetek a kezelés szempontjából 3 fontos csoportra oszthatók: 1. A vegetatív tünetcsoport hyperhidrosissal, alvászavarokkal, tremorral, fáradékonysággal, étvágyzavarokkal, melyet fejfájás, potenciázavarok, pruritus kísérhetnek. 2. A disztrófiás tünetcsoport az affektivitás és indíték pszichopathológiás zavarával, szorongással, nyugtalansággal, a hangulat romlásával, ingerlékenységgel, bizonytalansággal jár. 3. Az amnesztikus tünetcsoportra a terhelhetőség és emlékezet romlása, valamint a felfogó- és átvitelképesség csökkenése a jellemző. 40 absztinens kétéves utánvizsgálata alatt, ezek 27%-ában tapasztaltak kezelést igénylő panaszokat és tüneteket.

A szindróma kezelése gyógyszeres, pszicho- és szocioterápiás, a tünetekre orientált gyógyszeres kezelést a komplex terápia része legyen. Vegetatív protraált elvonási tünetek fellépésekor phenotiazin, promexin, thioridacin adását tartja a szerző indokoltnak. Diszfó-depresszív kísérőtünetek esetén antidepresszívumokat, paranooid jelzések fennállásakor kis dózisban neuroleptikumokat, a megelőző kezelésben pedig lithiumcarbonatot tart indokoltnak. Ellenjavalltak a barbiturátok és barbiturát tartalmú altatószerek, valamint a trankvilánsok és benzodiazepin készítmények is csak nagyon óvatosan adhatók. Az alkoholbetegek pszichoterápiás kezelésében a csoportterápiát tartja legjobbnak, és véleménye szerint a komplex kezelésbe a szocioterápia módszerei is beletartoznak, a család és munkahely bekapcsolásával.

Angeli István dr.

Heveny alkoholelvonási szindróma. Nickel, B., Schmickaly, V., R.: Z. Klin. Med., 1990, 45, 95.

Ennek keretében, a relatív, vagy abszolút alkoholihiány következtében alkoholos pszichózis jelenségei léphetnek fel, illetve az alkohol megvonása következtében vegetatív tünetek, praedelirium és delirium alakulhatnak ki. Egyesek a vegetatív elvonási tüneteket enyhe delirium tremensként jelzik, és a klinikai gyakorlatban az alkoholelvonási szindrómának 3 fokozatát különböztetik meg: a tremor stádiumot, pszichomotoros izgalommal; a heveny hallucinációs stádiumot hallucinációkkal; a delirium tremens deliriummal.

Ami pathogenetikus modelljét illeti, a

„kindling” szemlélet alkoholemegvonásos elektrofiziológiai folyamata különböző megjelenítését teszi lehetővé. A „kényszerabsztinencia”, mely az éjszakai alvás után jelentkezik, a központi idegrendszer külsőbeli ingerének ismétlődése és a görcsküszöb csökkenése miatt a „kindling” jellemző eleme. Az utóbbi időben kialakulását illetően teóriáknak az alkalmazkodás és a homeostasis zavarát hangoztatják, és eszerint az idült depressziós alkoholhatás kompenzálására, adaptív a neuronális membrán változik meg. Feltételezik, hogy az alkohol megvonására ez a nem-fiziológias egyensúly bomlik fel, az ellenreguláció túlsúlyával és ez a központi idegrendszer izgalomában, valamint szimpatikotoniás-noradrenerg reakciókban nyilvánul meg klinikailag, sőt az utóbbi időben a delirium tremens korai szakában elektrolit zavarként a vér kálium, kalcium és magnézium szintjének csökkenését is leírták.

A vegetatív alkoholelvonási szindróma az összes között a leggyakoribb elvonási tünetcsoport, az összesnek 85–95%-át kiteve. Az előtérben a vegetatív zavarok állnak tremorral, pszichomotoros nyugtalansággal, izzadással, gyomor-bélitünetként hányingerrel, hányással, hasmenéssel, a keringés részéről labilis hypertóniával, paroxysmalis tachycardiával. A pszichés zavarok ingerlékenységben, alvászavarban, a koncentrációképesség csökkenésében nyilvánulhatnak meg, és a központi idegrendszernek ez a túlérzékenysége csillapítószerekkel kezelhető, és újabban a carbamazepin favorizálják.

A praedeliriumot heveny hallucinációs állapotnak és fenyegető delirium tremensnek is nevezik. Az alkohol megvonása után 48 órával lép fel, jelentős pszichés zavarok formájában. A páciens hangulata változó, nyugtalan, szorongásos, torz érzékelései vannak és a hallucinációs epizódok első sorban éjjel lépnek fel. A gondolkodási zavarok a felfogó-, megjegyző- és koncentrációképesség csökkenésében nyilvánulnak meg, és a páciensek a delírium rizikócsoportjába sorolhatók, fokozott intézeti felügyeletet igényelnek. Gyógyszeresen diazepam vagy carbamazepin adható.

A delirium tremens az elvonási szindróma legsúlyosabb formája, az alkoholisták 15%-a kerül bele, és az elvonástól számítva maximálisan 4 nap után kezdődik. Jellemző az átmeneti vagy fluktuáló öntudatzavarok, a dezorientáltság helyben, térben és időben, főleg az optikus hallucinációk, a pszichomotoros nyugtalanság, az idegrendszeri izgalmi jelenségek és a vegetatív tünetek. Intenzív intézeti felügyeletet és neurológiai, valamint pszichiátriai kezelést igényel, carbamazepin, szükség esetén nitrazepam, esetleg chlormethiazol adásával, kálium, magnézium, B₁-, B₆- és C-vitamin pótlással. A diagnózisban az alkoholos pszichózisok (alkoholmérgezés, praedelirium, hallucinosis, Korsakow-pszichózis, Wernicke-encephalopathia), a gyógyszeres pszichosisok (alkohol + gyógyszer, kábítószerek-deliriumok, centrális anticholinerg szindróma az ilyen hatással bíró pszicho-

farmakonokra) és más eredetű delíriumok (anyagcserebántalmak kómái, vérkeringési zavarok, tumorok, gyulladások, trauma, rohamállapotok) által kiváltott hasonló tünetek különböztendőek el. A tennivalókat illetően pedig a delirium tremens az akut életveszéllyel, vérkeringési, légzési és anyagcsere zavarokkal, dekompenzációval járó tüneti pszichózisok közé sorolandó.

Angeli István dr.

Orvospkézés

Az orvostanhallgatók felkészítése az in vitro fertilizáció etikai aspektusainak megítélésére. Feichtinger, W. és mtsai (Inst. f. Sterilitätsbetreuung, A-1130 Wien, Trauttmannsdorffgasse 3/a): Fertilität, 1990, 6, 50.

Amióta kiterjedten alkalmazzák az IVF-t, mind több szó esik ezen eljárás etikai megítéléséről. Az orvostanhallgatók képzésük során sokat hallanak a kezelés technikai lehetőségeiről, ugyanakkor az etikai kérdésekről alig.

Ezért a szerzők egy medikus-csoporttal megbeszéltek néhány olyan etikai, morális és jogi problémát, ami az IVF-fel kapcsolatban felmerülhet. A megbeszélés formája az volt, hogy a tanár felvetett egy kérdést és a hallgatóság feladata az volt, hogy az adott esetben az IVF keresztülvitele mellett és ellen felhozható érveket felsorolja.

A megbeszélés alapja az egyén emberi joga volt. Gyermekek utáni vágy esetén azonban nem egyetlen személy szabadságáról van szó, hanem kettőéről, amik egymással ellentétesek lehetnek. A nők ugyanis „joga” van a gyermekhez, de a leendő gyermeknek is vannak jogai és ezek egymással ellentétesek lehetnek. A gyermeknek joga van ugyanis ahhoz, hogy gazdaságilag, genetikailag és szociálisan jó kilátásai legyenek, ugyanakkor azonban az orvos nem lehet bírő, de felmerülhetnek benne egymással ellentétes érvek arra vonatkozóan, hogy az adott esetben miként döntsön, mit vállaljon.

A következők szituációkat tárgyalták meg:

I. A szociális környezet kérdései:

— a leszbikus pár heterológ inszeminációt kér;

— nem házasságban, de együtt élő pár boldogan él, sterilitás miatt kezelés alatt állt és most IVF útján kívánnak gyermekhez jutni;

— egy egyedülálló nő „adoptálni” szeretne egy — kryokonzerváltan megőrzött — megtermékenyített petesejtet.

II. Biológiai és genetikai kérdések:

— a 60 év feletti házaspár arról hallott, hogy megfelelő gyógyszeres kezeléssel elérhető, hogy a méhnyálkahártya úgy alakuljon át, hogy abban egy megtermékenyített petesejt megtapadhason. Azt szeretnék, hogy egy másik nő IVF-je során feleslegben maradt petesejtjét a saját férj által megtermékenyítve ültessék be neki;

— a fiatal nőnek a méhét korábban el kel-

lett távolítani, de a petefészkei megmaradtak. A házaspár azt kéri, hogy tőle vegyennek petesejtet és azt megtermékenyítés után az erre vállalkozó barátnőjébe ültessék be, aki azt ki fogja hordani;

— a fiatal nőnek mindkét petefészket el kellett távolítani. Boldogan él együtt egy férfival házasságkötés nélkül. Azt szeretnék, hogy a mástól származó petesejtet megtermékenyítve belé ültessék át;

— genetikai ok miatt nem várható, hogy a nőnek valaha is egészséges gyermeke szülessen. Ezért a mástól származó petesejtet férje által megtermékenyítve szeretné magába ültetni.

III. Mit szabad tenni a megőrzött petesejtekkel?

— petesejtet emberből csak azért szabad kivenni, hogy azt fertilizálás után beültessék?

— a házaspárnak négy lánya van. Azt szeretnék, hogy mindent kövessen el az orvos — beleértve az IVF-t is —, hogy végre fiuk szülessen;

— ha az előbbi esetben bekövetkezett a terhesség, azt kéri, hogy vizsgálják meg, eldöntendő, hogy milyen nemű a magzat, és ha nőnemű, szakítsák meg a terhességet;

— IVF programban egy házaspár számára a megtermékenyített petesejteket mélyhűtötték. A férj autóbaleset következtében meghalt, és ez után az özvegy azt kéri, hogy a megőrzött megtermékenyített petesejtet most ültessék be számára.

(Ref.: *Lehet, hogy hazánkban sem lenne felesleges, ha az orvostanhallgatók képzésük során ilyen szituációkon elgondolkodnának.*)

Aszodi Imre dr.

Sebészeti technika oktatása: a sebészgyakornok véleménye. Steele, R. J. C. és mtsai (Dept. of Surgery, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, UK): Br. J. Surg., 1989, 76, 1291.

A sebészek jelentős része elégedetlen a technikai részletek oktatásával a sebészeti gyakorlatban. Skóciában majd mindegyik sebészgyakornok kiküldött kérdőíveken névtelenül fejtette ki véleményét a jelenlegi oktatási rendszerről. A kérdőív négy fő részből állt.

I. Meghatározni a műtői munka mennyiségét, hány félnapot töltöttek a műtőben hetenként, elégedettek voltak-e az időmennyiséggel, melyet egyedül vagy idősebb sebész asszisztálása mellett operáltak.

II. A számukra biztosított esetek megfelelőek voltak-e, különös tekintettel arra, hogy felkészültségüket elegendőnek érezték-e az egyedül végzett műtéteknél.

III. Fényképes atlaszok, videók, sebészeti technika tanulmányozása, más intézetben dolgozó elismert szakemberek műtét közbeni megfigyelése mennyiben játszik szerepet az ismereteik bővítésében.

IV. Figyelmüket nem téríti-e el jelentősen a sebészeti technika tanulmányozásától a szaktanulmányok készítésének és kutatásnak kényszerítő szükségessége.

A 222 sebész 81%-a válaszolt.

38%-uk úgy érezte, hogy az operatív munka mennyisége nagyon kevés és többségük szerint igen kevés súlyt helyeztek a felügyelet alatt végzett műtétekre.

Kétharmaduk általában elégedett volt a felügyelet alatti műtétek mennyiségével, habár tekintélyes részük (21%) néha úgy gondolta, hogy a felkészültségük még nem elegendő a számukra kiosztott akut műtétek elvégzéséhez.

Kevesen látogatták a sebészeti műhelygyakorlatokat vagy mentek más intézetbe tanulni, de mindkét tevékenység hasznosnak ítéltetett.

Általában a fényképes atlaszok, videók nem számítottak értékes segítségnek.

A sebészgyakornokok nagy többsége nem érezte, hogy a kutatási tevékenységük befolyásolta volna általános sebészeti gyakorlati tanulásukat (az igazság kedvéért: tekintélyes részük nem is műveli).

Általában három hónapos periódus alatt 30 nagy műtétnél asszisztáltak vagy önállóan végezték, de átlagosan csak 3 nagy műtétnél volt felügyelet.

Amerikában hasonló esetekben a műtétek 50%-ában biztosítanak a gyakornoknak felügyeletet. A felkészült sebészeti technika vitális fontosságú. Bizonyítékok vannak arra, hogy fiatal sebészek képességüket meghaladó műtéteket végeznek, sok esetben a jóindulatú epéut szűkületek mögött a gyakorlatlan sebész okozta arteficiális sérülés van. A perioperatív halálozást vizsgáló bizalmas tényfeltárás derített fényt arra, hogy a halálozás egyik fő oka a konzultáns felügyelet hiánya.

(Ref.: *a küszöbönálló elkerülhetetlen egészségügyi oktatási reformhoz érdemes a fentieket figyelembe venni.*)

Novák László dr.

Érbetegségek

Ballonnal tágítható intraluminalis ér-sín behelyezése az arteria iliaca-ba. Az első 171 beavatkozás. Palmaz, J. C. és mtsai (University of Texas Health Science Center, San Antonio): Radiology, 1990, 174, 969.

Az érszűkületek kezelésére régóta alkalmazott ballonkatéteres tágítás eredményeinek javítására az utóbbi években számos kísérlet történt. Ezek közé tartozik a különböző, katéterrel bevezethető intravasalis ér-sín („stent”) kidolgozása.

A szerzők 154 betegben összesen 171 beavatkozást végeztek az a. iliaca elzáródásának vagy szűkületének kezelésére olyan esetekben, melyekben a szokásos ballontágítás nem vezetett eredményhez. Az általuk alkalmazott ballonkatéter a ballonnal kívül elhelyezett 30 mm hosszú, 3,1 mm átmérőjű rozsdamentes acélból készült, hálószerkezetű csövet tartalmaz. A katéternek a szűkületbe való megfelelő bevezetése után a ballon felfúvásával az ér-sín a kívánt mértékre kitégítható, a továbbiakban ezt az

alakját megtartja, és az érszakasz nyitva tartását biztosítja. Az érintett betegek közül 48-at amputatio fenyegetett, 36-nak súlyos, 70-nek intermittáló claudicatioja volt. A beavatkozás után a betegeket átlag hat hónapon keresztül ellenőrizték, a szélső érték 1–24 hónap. 113 beteg tünetmentessé vált, klinikai javulást összesen 137 betegben sikerült elérni. 11 esetben nem sikerült kezdeti javulást sem elérni. Hat esetben ugyan kezdeti javulás mutatkozott, de később újra kialakultak az érszűkültre utaló tünetek. 18 esetben észleltek szövődményt. Ezek között szerepel lágyéki vérömleny, distalis embolisatio, extravasatio, átmeneti vese-működés romlás, pseudoaneurysma a beszűrás helyén, subintimalis dissectio. Speciálisan az alkalmazott érszűkítőtechnikával összefüggő szövődményt 3 betegben láttak különösebb következmény nélkül. Az észlelési idő alatt 5 beteg halt meg egyéb ok következtében.

Laczay András dr.

Ambuláns angioplasztika. Rogers, W. F., Kraft, M. A. (Penrose Hospital, Colorado Springs): Radiology, 1990, 174, 753.

A szerzők 1981 óta végeznek ambulanter angiographiát. Kedvező tapasztalataikon felbátorodva 1984 óta a katéteres percutan angioplasztikát is végzik járóbetegeken. Közleményükben 111 olyan betegről számolnak be, kit PTA-ra vagy angiographiára és esetleg PTA-ra küldtek hozzájuk. Közülük 5 betegben csak angiographiát végeztek, a többi 106 betegben pedig összesen 149 angioplasztikát az érrendszer különböző területein. Ezek között szerepel az a. iliaca, femoralis, poplitea, peronea, coeliaca, mesenterica superior, aorta, vese-arteria, dialysis-shunt. 29 betegben több arteria tágítását végezték, köztük háromban mindkét veseartéria dilatációja történt egy ülésben. A beavatkozás után a betegeket legalább hat órán át fektetik és ellenőrzik. Ezután hazamehetnek azzal az utasítással, hogy még legalább 12 órán át mérsékeljék aktivitásukat. Szövődményként egy veseartéria tágítás után a szűrás helyén álaneurysma alakult ki és átmeneti vérnyomásemelkedés lépett fel, emiatt a beteget kórházba felvették. Egy másik betegben a veseartéria nagyfokú szűkületén nem sikerült áthalolni, ennél sebészeti revascularisatio vált szükségessé. A beavatkozás után a szokásos 10–15 perces manualis compressio ellenére kilenc betegben közvetlenül a katéterrel távolítást követően vérömleny alakult ki a beszűrás helyén. Ezekben a compressió további 10–15 percig folytatták, és csak akkor engedték ki őket az angioműtőből, amikor a vérömleny növekedése megállt. Ekkor dermográfiaal megjelölték annak kiterjedését, és ily módon ellenőrizték. Egyik esetben sem következett be további kellemetlenség. Betegeiket 24 órán belül telefonon felhívták, valamennyitől megnyugtató választ kaptak állapotukat illetően. A továbbiakban a betegek sorsát kezelő-

orvosukra bízta. Az ambuláns PTA járható út, de feltételezi, hogy a radiológus a beavatkozás előtt és után is ismerje betegét, kövesse sorsát.

Lacay András dr.

Vena cava superior syndroma oki kórméjének tisztázása percutan atherectomiával. Dake M. D. és mtsai (Miami Vascular Institute, Baptist Hospital, Miami): Radiology, 1990, 174, 957.

A vena cava superior syndroma leggyakrabban rosszindulatú folyamatok következtében alakul ki, de ritkábban számos nem malignus elváltozás is okozhatja. A tünetek kialakulásakor sok esetben az ok egyértelműen nem ismert, a pontos szöveti kórséma viszont elengedhetetlen a helyes kezelési mód megválasztásához. Az utóbbi időben az érszűkületek megoldásában alkalmazott atherectomiás katéterek értelemszerűen alkalmasak nemcsak az atheromás területek, hanem bármely intravascularis képlet eltávolítására is, így szövettani mintavételre.

A szerzők két esetről számolnak be, melyekben v. cava superior syndromás betegben a diagnosztikai célú cavographiát kiegészítve bevezették az atherectomiás katétert, és azzal az érbe betört, az áramlást akadályozó elváltozásból biopsziás mintát vettek. A szövettani vizsgálat mindkét esetben malignus folyamatot igazolt. Így módon a syndromát okozó kórkép pontosan tisztázható viszonylag egyszerű és kíméletes módon, nem szükséges evégett a beteget invazívabb — és sorsát érdemben nem befolyásoló — diagnosztikus beavatkozásoknak kitenni.

Lacay András dr.

Klinikai tapasztalatok a Kensey-katéterrel, szövődmények és eredmények. Schild H. és mtsai (Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz): Fortschr. Röntgenstr., 1990, 152, 168.

Az elmúlt években a verőérszűkületek és elzáródások kezelésére szolgáló percutan eszközök tökéletesítésére törekvő egyik eredménye a Kensey-katéter bevezetése volt. Ez a kereskedelem forgalmazott katéter csavarhúzószzerű véggel rendelkezik, amit az érben nagy fordulatszámmal lehet forgatni, miközben a katétervég alatti oldalnyílásokon dextran-heparin-urokinase-kontrasztanyag keverék fecskendezhető be. Az eszközt a hosszabb szakaszra terjedő elzáródások átjárhatóvá tételéhez szerkesztették. Az első leírásoktól eltérően még nagyobb anyagon nyert tapasztalatokról nem jelent meg beszámoló ezzel a módszerrel.

A szerzők 14 betegben 15 alkalommal alkalmazták összesen 16 arteria femoralis superficialis elzáródás kezelésére. Az elzáródás hosszúsága 3–24 cm között volt, átlag

10,2 cm. A 15-ből 8 esetben sikerült az elzárt érszakaszon átjutni és azt ezután ballonkatéterrel tágtítani, ezek közül is azonban két esetben a beavatkozás során, illetve azt követően 10 órával újraelzáródás következett be. Így a 15-ből összesen 6 esetben volt a beavatkozás klinikailag sikeres, de ezek közül is egy betegnek az állapota 3 hónap múlva újra romlott. A további 7 esetből ötben a katéter átfúrta az érfalat, kettőben pedig dissectio alakult ki. Egy további dissectio is előfordult, ekkor azonban a hagyományos módon sikerült lument biztosítani. További szövődményként egy betegben embólia zárta el a truncus tibiofibularist, ezt urokinase segítségével oldani sikerült. A 6 eredményes beavatkozás mellett észlelt 11 szövődmény alapján a technika rutinszerű alkalmazását jelen formájában nem ajánlják.

Lacay András dr.

Iloprost, egy stabil prostacyclin származék alkalmazása IV. stádiumú occlusiv artériás megbetegedésben. Diehm, C. és mtsai (Abt. für Kardiologie und Angiologie der Universität Heidelberg): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 783.

A prostacyclin (PGI_2) széles körű klinikai felhasználását sokáig korlátozta kémiai instabilitása. 1981-ben sikerült kifejleszteni egy stabil származékot, az iloprostot, melynek megmaradt specifikus thrombocyta-functio gátló és értágító hatása. A szerzők az iloprost hatásosságát vizsgálták egy placebo-kontrollos klinikai tanulmányban 101 IV. stádiumú krónikus artériás betegségben szenvedő betegben. A 101 betegből, akik mindannyian azonos helyi alapkezelést kaptak, 53 került random módon az iloprost-csoportba, 48 a placebo-csoportba. Az iloprostot intravénás infúzió formájában alkalmazták, max. 2 ng/kg/min adagban naponta 6 órán keresztül 28 napig. A kezelési időszak végére az iloprost-csoportból 32 betegnek (61,5%), a placebo-csoportból 8 betegnek (17%) gyógyult részlegesen vagy teljesen a trophikus ulcusa ($p < 0,05$). A kezelés eredménye mindkét csoportban átlagosan 1 évig megmaradt.

Az iloprostot a betegek jól tolerálták, ugyanis az adagolás egyéni tűrőképesség alapján történt. Arckipirulás, fejfájás, hányinger volt a leggyakoribb mellékhatás. A szívfrekvencia és vérnyomás változások nem különböztek a két csoportban. Összességében a tanulmányt bizonyította, hogy az iloprost hatásos készítmény ischaemiás laesiók kezelésére súlyos obliteráló arteriosclerosis esetén.

Menyhei Gábor dr.

A lábszár artériáinak percutan transluminális angioplasztikája. Bakal, C. W. és mtsai (Depts. of Radiology and Surgery, Montefiore Medical Center and Albert

Einstein College of Medicine, Bronx, N.Y. 10467): AJR 1990, 154, 171.

Annak ellenére, hogy Dotter és Judkins már 1964-ben beszámolt a lábszár artériáinak sikeres transluminális angioplasztikájáról (PTA), a térd alatti erek PTA-ja főképp technikai nehézségek miatt nem vált széles körűvé. A szerzők saját 53 esetük kapcsán áttekintik az alsó végtag térd alatti artériáinak PTA-ját, és azokat a technikai és anatómiai tényezőket, melyek a kezeléseket befolyásolják.

Nyolc év alatt az 53 betegnél összesen 57 PTA-t végeztek, 4 esetben került sor ismételt tágtításra. A betegek anamnézisében 85%-ban szerepelt diabetes, 47%-ban dohányzás, 66%-ban koronária betegség.

Az 57 kezelés közül 56-ban a PTA közvetlen célja a lábszár megőrzése volt. Minden esetben a punkció az azonos oldali a. femoralis communison történt. Mielőtt a katétert az elzáródáson keresztülvezették, 8000 E heparint adtak intraarterialisan. Az erek megoszlása szerint 22 esetben az a. tibialis communison, 26 esetben az a. tibialis anterioron, 10 esetben az a. tibialis posterioron és 18 esetben az a. peroneán történt a kezelés.

A 8 év során 3 típusú katétert használtak. A kezdetben elvékonyodó végű, egyenes katétert, később 4 mm-es Grüntzig-ballon-, majd 3 mm-es és annál vékonyabb ballonkatétereket.

A kezelést sikeresnek akkor ítélték, ha a tágtítás során az ér eredeti lumenének 75%-át sikerült helyreállítani. Az 53 betegnél összesen 76 ér tágtítást végeztek el, és ebből 59 volt sikeres. A katéterek típusa szerint az egyenes végű katéterek esetében 29%, a ballonkatétereknél 86% volt a sikeresebb eset.

Összesen 4 súlyosabb szövődmény volt. 2 esetben a punkció helyén haematoma alakult ki, 1 beteg 5 órával a PTA után cardiopulmonalis elégtelenségben meghalt, 1 beteg — aki krónikus vesebetegségben is szenvedett — szintén cardiopulmonalis elégtelenséget kapott, és bár az újraelvezetés sikeres volt, idegrendszeri károsodások maradtak vissza.

Amputációra, sebészi rekanalizálásra egyetlen esetben sem került sor. Megemlíti, hogy a tágtítások után rutinszerűen nem adtak heparint. A technikai feltételek javulása megteremtette a térd alatti artériák tágtításának a lehetőségét is, és így csökkenthető a sebészi beavatkozások, és az azokkal járó szövődmények száma.

Puskás Tamás dr.

A carotis-dissectiók diagnózisa és kórfolyása. Steinke, W. és mtsai (Neurologische Klinik der Universität Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1869.

Az extracranialis arteria carotis interna dissectiójával (acid.) elsősorban az angolszász irodalomban foglalkoztak (Jentzer, A., 1954). Az egyre inkább emelkedő ce-

rebralis angiographiákkal ma már az oligo-symptomás formák is kórismézhetők. A fiatal betegek cerebrales ischaemiás insul-tusai mintegy 5%-ban az acid.-ra vezethe-tők vissza.

A szerzők prospektív tanulmányukban 33 angiographiásan igazolt acid.-esetét vizsgálták; a vezető tünetek a következők voltak: 1. cerebrales focalis vérkeringési za-varok (n = 28); 2. egyoldali fej- vagy nyak-fájás (n = 20); 3. inkomplett Horner-tünet (n = 9); 4. II betegnél fájdalom- vagy sympathicus-laesio nélküli neurológiai ki-esések mutatkoztak. Valamennyi betegük-nél kezdetben az art. carotis internán kóros Doppler-leletet észleltek; 22 esetben a carotis-dissectio típusos tünetet észlel-tek: jelentősen csökkent áramlási sebessé-get és retrograd irányuló folyás kompo-nenseket („to and fro”; *Schwapp-tünet*). $6,9 \pm 5,7$ hónapos megfigyelésnél átlagban 56 nap után a Doppler-sonographiás és an-giographiás sorozatos megfigyelések 73% recanalisatiós arányt mutattak. Az angio-graphiásan különböző típusok (hosszú sza-kaszú dissectio: n = 13; pseudocclusio: n = 17; distalis stenosis: n = 6) a dissectio különböző stádiumainak kifejezői a teljes recanalisatio létrejöttéig.

iff. Pastinszky István dr.

Onkológia

Életmehosszabbítás cytostatikus ke-zeléssel: megéri? Burghouts, J. T. M. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 2153.

Metastatizált mamma cc. és mikrocellula-ris bronchus cc. reagál a cytostatikus keze-lésre; gyógyulást nem, de 1–2 évnél remis-siót el lehet érni vele. A korlátozott élettartam-meghosszabbítást összehasonlít-va a mellékhatásokkal elemzik az értékelést befolyásoló tényezőket. 56–59–68–48 éves metastatizált mikrocellularis tüdőrákos kemoterápiával kezelt négy beteg ismer-te-tésével mutatják be az előforduló problémá-kat. A cyclofosamid-doxorubicin-ctoposid kúrák hatására mind a négyüknél remissio következett be, két beteg azonban elállt a kú-rák folytatásától, nem értékelték a kezelést, kettő viszont hálál volt a kapott hónapokért. Az elutasítók a diagnózis felállítása után 10, ill. 8 hónap múlva haltak meg, a két megelé-gedettnél a halál 9, ill. 19 hónap múlva kö-vetkezett be.

A mellékhatások közül a rossz közérzet és a hajhullás ellen jelenleg még nincsen hatásos gyógyszerünk, az émelygést és há-nyást szerzők erőlyes antiemetikus gyó-gyszerekkel le tudták küzdeni az esetek 74%-ában. A kemoterápia előtti estén lorazepam 2 mg, dexamethason 4,5 mg és domperidon 20 mg adásával, a kúra előtt 2 órával és utána 12 órával adott ugyanezen gyógyszerek és 4–5 csepp 4%-os levo-mepromazin hozzáadásával.

A kúrák kedvező megítélésénél pozitív hatású volt a kúra befejezése utáni panasz-mentes periódus tartama, aminek várható

hosszát előre nem lehet megbecsülni. Lé-nyeges, hogy a palliatív kezelés lehetőleg rövid ideig tartson, utólag minél hosszabb legyen a remissió periódus. A cytostatikus kezelés célja a beteg megerősítése, pana-szainak enyhítése, közérzetének javítása. Ha a tumor a kezelés alatt progrediál, a szubjektív és objektív állapot nem javul, két kúra után a kezelés abbahagyását java-solják. A kemoterápiára érzékeny tu-morféleség esetén a betegnek kell döntenie, hogy kívánja-e kezelteni magát.

Ribiczey Sándor dr.

Életmehosszabbítás cytostaticumok-kal: megéri? Kérdőíves vizsgálat hozzátar-tozóknál. Vroegop, P. és mtsa: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1989, 133, 2173.

Kemoterápiával eredményes (életmeg-hosszabbító) kezelésen átesett rákos halottak hozzátartozóihoz küldött kérdőívek útján ér-tékelik a betegek és a hozzátartozók megter-helését és a mellékhatások előfordulását. Ezek a gyakoriság sorrendjében: hajhullás, töprengés, fáradtság, émelygés, erőtlenség, álmatlanság, hányás, száj- és nyelési fájda-lom, kétségbeesés, levertség, felbőgös, sí-rógörös, szédülés, végtagbizsergés, székre-kedés, hasmenés, égő érzés a szemben.

Az 1980–87 között 353 beteg közül 152-t az eredménytelen kezelés miatt hagy-tak ki, mert állapotuk a kezelés alatt rom-lott, tehát náluk csak negatív értékelés volt elvárható. A kiküldött 201 kérdőívből 150 jött vissza (75%-os válaszarány), ebből 13 hiányos kitöltés miatt nem volt használható, végeredményben 137 kérdőívet elemeztek. A kérdőíveket a háziorvosokon át küldték ki, akik helyi ismereteik alapján visszatar-tozták azokat, ha shockhatás fenyegetett. A betegek 69%-a a chemoth-t nagyon meg-terhelőnek vélte (erősen 24%, nagyon erő-sen 3%, elviselhetetlennek 15%), de ugyancsak 69%-uk érdemesnek találta a kúra elviselését (jelentősen 15%, nagyon 38%, rendkívül érdemesnek 26%). A leg-gyakrabban szereplő panasz, a hajhullás fő-leg a férfiaknál jelentkezett (*Ref.*: a nők ta-lán parókéval enyhítették a szenvedést?), a töprengést maga a diagnózis is kiválthatta. A hozzátartozók a kérdőív kitöltését talá-lták fájdalmas dolognak (34%). A hozzátar-tozókat a betegek sírógörösei, a kétségbe-esése rendítette meg legjobban.

A nyert életmehosszabbítás értékelését a halál után eltelt időtartam is befolyásolta: évek múltán a kúrával nyert hetek-hónapok viszonylagosan rövidnek tűnnek. A vizsgá-lat a mellékhatások megelőzésére irányuló további vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet, de utat mutathat a terápiára kiválasztott betegek és hozzátartozók in-formálásához is.

Ribiczey Sándor dr.

Tendenciák és ellentmondások a gyomor-rák területén. Kollektív tanulmány.

Adam, Y. G., Efron, G. (Surgical Onco-logy Service, Georgetown University School of Medicine, Washington, D. C. and Sinai Hospital of Baltimore, Maryland, USA): Surg. Gynecol. Obstet., 1989, 169, 371.

A gyomorrák jelentős csökkenése ellené-re évente 15 ezer beteg hal meg az USA-ban gyomorrák következtében. A túlélés nem javult, öt éven túl már csak 10%-os. Nyu-gati országokban eddig képtelenek voltak elérni a gyomorrák endémiás Japán 50%-os öt éves túlélési eredményét. Az USA-ban a mortalitás 1930 óta egyharmadára csökkent a férfiaknál, több országban hasonló a helyzet, míg Lengyelországban, Japánban és Portugáliában nemekre való tekintet nélkül növekszik a gyomorrákos halálos esetek száma, az USA-ban a férfi-nő arány 3:2.

Lengyelországban a vidéki lakosság ma-gasabb rizikójának bizonyult a városi la-kosságnál. Az emigránsok között még négyszer-ötször nagyobb volt az összmor-talitás az USA-ba bevándoroltak között, de 10 év múlva már a lengyel szülőháza és a befogadó ország közötti átlagra csökkent. Hasonló megfigyelés érvényes a japánok-ra, de az összes New York-i emigráns po-pulációra is. A gyomorrák gyakrabban for-dul elő az alacsony szociális-gazdasági szinten élőknek, a fekete amerikaiaknál, vasipari munkásoknál, bányászoknál, gu-miipari munkásoknál, asztalosoknál, az-beszittel foglalkozóknál.

A Bonaparte család híres történelmi pél-da a betegség öröklődési lehetőségére: Na-poleon apja, nagyapja, bátyja és három nő-vére halt meg gyomorrákban.

1953-ban elemezték először a gyomorrák előfordulása és az „A” vércsoport közötti gyakori kapcsolatot. Hasonló incidencia gyanúja merült fel az anaemia perniciosa-nál, de bizonyítani nem sikerült. Predispo-náló tényező a gyomorrák keletkezésében az alacsony minőségű diéta (krumpli, rizs), igen kevés tej és szegényes állati fehérje, vitamin bevitel. Gyakori a gyomorrák a „pickled” (tartósított, apróra vágott zöldség-gyümölcs konzerv) zöldséget és szárított, sós halat fogyasztóknál. Az ételek-ben bőven található polycyclikus szénhidrá-tok gyakorlatilag potenciális carcinogének.

Premalignus elváltozások közé a gyomor polypok, a mucosa metaplasziái tartoznak, a gyomorfekélyről ez még nem bizonyított. Hiatus herniánál a gastro-oesophagealis át-menet carcinoma veszélye ötszöröse nőtt, reflux oesophagitis, az a histogenesis ha-sonló a gyomor egyéb területein megjelenő rákokhoz.

A pathológiai megjelenési formák: I. gombaszzerű, exophytikus carcinoma, az összes esetek 10%-a, agresszív sebészeti kezeléssel és jó prognózissal. II. ulceratív típus az esetek több mint 50%-a. III. diffu-se infiltráló tumorok a gyomor jelentős te-rületein mucosa ulceratio nélkül. Két fő tí-pusa a szuperficialisan terjedő elváltozás és a linitis plastica típusú.

A gyomorrákok többsége glandularis

eredetű adenocarcinoma, két típussal: intestinalis és diffúz formával. A több mint a fele arányban részt vevő intestinalis típusnál széles chronikus atrophias gastritises környezettel, jelentős mucosa secretióval. Az adenocarcinoma főleg scirrhus, minimális intestinalis metaplasziával a környezetben. A klinikai és histológiai különbségek felvetik az eredet, a pathogenesis és az epidemiológiai tényezők különbözőségét.

A korai gyomorrák csak a submucosára terjed. Japánban az utóbbi húsz évben a korai gyomorrák diagnózisa 5%-ról 40%-ra növekedett. Hasonló tendencia észlelhető már az USA-ban is.

A lymphaticus drainage 4 zónára osztható, közeli összefüggésben a gyomor vérellátásával. A nyirokcsomók ugyancsak 4 csoportban találhatók regionálisan.

A TNM rendszer beosztása gyakorlatilag már mindenütt elterjedt és használatos.

A gyomorrák korai stádiumában a tünetek olyan enyhék lehetnek, hogy a beteg és az orvos egyaránt elbagatelizálhatja. Epigastralis dyscomfort érzés, homályos emésztési zavar és bőfűgés a leggyakoribb tünet. A betegek egyharmadánál a fájdalom a kezdeti tünet, cardiatumornál a nyelési zavar. A diagnózis felállításában ma is a röntgenvizsgálat (kettős kontraszt technika) van az első helyen. 90%-os pontosságot lehet elérni a flexibilis fiberoscopok segítségével (histológia, citológia).

Az agresszív sebészet, főleg Japán hatására, egyre elterjedtebb. A kiterjesztett resectio típusok széles körű radikális nyirokcsomó dissectióval egyre jobb eredményt biztosítanak az előrehaladottabb gyomorrákok kezelésében. A chemoterapia jelentősen fejlődött, a daganatellenes szerek már praeoperative, intraoperative és a korai postoperativ szakban is adhatók. A chemoterapia elhalasztása 4–6 héttel a tumor massa duplára való növekedését vonhatja maga után, tekintettel arra, hogy a gyomorrák átlagban 40–60 nap alatt növekszik a duplájára. Vezető szer a mitomycin C, fluorouracil kombinálva. A konvencionális radiotherapia a sugárresistencia miatt elégtelen. Az intraoperatív elektron beam therapia egy merőben új megoldás és a Kyoto University tapasztalatai szerint (1964 óta használják) igen hasznos fegyver a residualis malignus sejtek elpusztításában. Elterjedőben a „sandwiching” technika: chemoterapia-besugárzás-chemoterapia. Ahol lehet, a palliatív műtétet is meg kell kísérelni, a tünetek csökkenthető, az élet meghosszabbítható.

Novák László dr.

A daganatnövekedést szabályozó mechanizmusok. Az emlőrák ösztrogénfüggősége. Ammon, A., Nagel, G. A.: Dtsch. med. Wschr., 1989, 114, 1760.

Az emlőrákok mintegy 35 százaléka hormondependens, ami azt jelenti hogy esetükben az ösztrogének antagonizálásával a progressió lassítása érhető el. Az ösztro-

gének hatásukat specifikus nukleáris prote-inhez, ösztrogénreceptorhoz kötődve fejtik ki. A sokrétű hatás egyik fontos állomása magának a receptor szintézisnek a serkentése, ezt a gesztrogének gátolják. Az ösztrogén-dependencia emellett sejtciklus-függő, a receptorpozitív sejtek is csak a korai G1 és G2-M fázisok közti átmenet idején érzékenyek. A képződött hormon-receptor-komplex azután megfelelő DNS-segmentumokhoz (akceptorokhoz) kapcsolódik, és különböző transzkripciósfolyamatokat indít el. Ennek eredménye autokrin növekedési faktorok fokozott szintézise, ami humán emlőrák sejtenyészében ösztrogénhatásra jelentős mitózis-szám emelkedésben mutatkozik. Egyidejűleg parakrin hatású növekedési faktorok is képződnek, melyek a fibroblasztok, endothelsejtek proliferációját serkentik. Az ösztrogének hatására szintén fokozódó lizoszomális proteinszintézisnek az invazivitásban, a metasztázisképződésben van szerepe. A serkentő hatással párhuzamosan a növekedésgátló faktorok szuppressziója is kimutatható, ennek mechanizmusa azonban ma még nem tisztázott.

A fentiek ismeretében a daganat hormonális befolyásolására több lehetőség is kínálkozik. Az „ablátív” beavatkozások az ösztrogénforrást magát, vagy annak stimulálóját, a hipofízist iktatják ki. „Interferencia”-val a hormonszintézist, vagy a hormonhatás kialakulását gátolják. Az antiösztrogének, mint a tamoxifen, az aktív hormon-receptor-komplex kialakulását teszik lehetetlenné, kompetitív úton, a gesztrogének a receptorszintézis inhibitorai. A mellékvesekéreg és a zsírszövet mikrosomális enzimeit, melyek az androgen-ösztrogén átalakítást végzik, az aminoglutethimid specifikusan gátolja. Premenopausálisan pedig az ösztrogén-termelést indukáló LH is antagonizálható például buserelinnel. A betegség lefolyása során csökkenő hormondependencia magyarázata az lehet, hogy a csökkent vagy megszüntetett ösztrogén behatás miatt az eredetileg is hormondependens sejtpopuláció válik dominánssá. A hormonhatásra indukálódott növekedési faktorok és hatásaik megismerése elméletileg újabb kezelés lehetőségét: a serkentő faktorok specifikus antitestekkel történő blokkolását is felveti.

Gábor Zsuzsa dr.

Emlőrák ösztrogén-receptor vizsgálata összehasonlítása: immunhisztokémiai és biokémiai módszerek. Sondergaard, G., Pedersen, K. O., Paulsen, S. M.: Eur. J. Cancer, Clin Oncol. 1989, 25, 1425.

Száz emlőráknál végeztek a szerzők párhuzamosan ösztrogén receptor meghatározást: biokémiai (szteroid-kötő DCC) és monoklonális immuncitokémiai (ERICA) módszerrel. A kvalitatív kiértékelés során 91 százalékos egyezést találtak, a biokémiai módszer valamivel érzékenyebbnek bizonyult. A kvantitatív értékek között, az indi-

viduális esetekben már meglehetősen eltéréseket találtak. A rendelkezésre álló eddigi adatok alapján nem tisztázható, vajon a mennyiségi viszonyok és a hormondependencia között van-e direkt összefüggés. A két módszert összehasonlítva megállapítják, hogy bár a biokémiai vizsgálat érzékenyebb, jobban kvantifikálható, a módszer maga meglehetősen kényes, hátránya, hogy a vizuális kontroll nem lehetséges. Az immunhisztokémiai metodika ezt a hátrányt küszöböli ki, miközben megbízhatósága alig valamivel csekélyebb. A jövő ígéretes módszerének a paraffinos metszeteken végzett, megbízható immunhisztokémiai receptorkimutatást tartják.

Gábor Zsuzsa dr.

Lenyomati (imprint) cytologia az emlőrák ösztrogén és progeszteron receptor vizsgálatában. Helin, H. J. és mtsai, J. Clin. Pathol., 1989, 42, 1043.

A szerzők 26 emlőrákból (többességükben korai esetek) és 17 benignus emlőelváltozásból származó anyag ösztrogén és progeszteron receptor tartalmát vizsgálták monoklonális antitesttel, immunoperoxidáz módszerrel. A benignus elváltozások esetében egy kivétellel nem észleltek pozitív reakciót. A malignus daganatok fagyasztott metszetei, ill. a lenyomati cytologiai preparátumok lényegében azonos eredményt adtak. A lenyomati keneten végzett szteroid receptor meghatározás egyszerű, kevésbé műszerigényes. Különösen ajánlják alkalmazását kicsiny, korai tumorok esetében, ahol a rendelkezésre álló csekély anyagmennyiség miatt a hagyományos biokémiai, vagy metszetből történő receptormeghatározás nehézségeibe ütközik.

Gábor Zsuzsa dr.

Ösztrogén receptor immunhisztokémiai meghatározása elsődleges és áttéti emlőrák paraffinos metszeteiből. Rasmussen, B. B., Kamby, C.: Path. Res. Pract. 1989, 185, 856.

Monoklonális antitesttel, peroxidáz-antiperoxidáz módszerrel vizsgálták 74 beteg primer emlőrákjának és későbbi máj-, csont-, nyirokcsomómetasztázisainak paraffin metszeteit. Azonos módszerrel korábban emlőrákok fagyasztott és paraffinos metszetein lényegében azonos eredménnyel sikerült a receptorok kimutatása. Az elsődleges daganatok 41%-ában észleltek pozitív reakciót. Az áttételekben (szervenként változó mértékben) a pozitivitás csökkent. A paraffinos metszeten végzett receptormeghatározásnak retrospektív vizsgálatoknál van elsődleges fontossága s ott, ahol nincs lehetőség a friss preparátumból fagyasztott metszet készítésére. A metodikai elemzés mellett eredményeiket klinikopathológiai szempontból is értékeli.

Megállapítják, hogy az átlagosnál ala-

csenyebb ösztrogén receptor prevalencia valószínűleg annak tulajdonítható, hogy válogatott, eleve kedvezőtlen prognózisú esetekről volt szó, a szokottnál nagyobb hányaduk volt kevésbé differenciált vagy anaplasztikus rák. Ez, indirekt módon, megerősíteni látszik azt a tapasztalatot, hogy a receptor negatív, alacsony differenciáltságú daganatok rosszabb indulatúak. Felhívják a figyelmet arra is, hogy a hormonterápia során az aktuálisan kezelendő daganat, a metastasis vagy recidiva receptor-státusát kell figyelembe venni, ez ugyanis nem feltétlenül azonos a primer tumoréval.

Gábor Zsuzsa dr.

Máj vékonytű aspirátumok immuncyto-kémiai vizsgálata. Bedrossian, C. W. M., Davila, R. M., Merenda, G.: Arch. Pathol. Lab. Med. 1989, 113, 1225.

Az ultrahang, ill. CT kontrollal végzett vékonytű aspirációval a gócos májelváltozásokból a korábbinál nagyobb biztonsággal nyerhető anyag. 50 aspirátumon vizsgálták a szerzők, hogy mely módszerek a leginkább alkalmasak annak eldöntésére, vajon hepatocellularis, cholangiocellularis primer vagy egyéb, metasztatikus elváltozásról van-e szó. Az esetek egy részében fénymikroszkópos, pap preparátumok alapján a kérdés eldönthető volt. A kereskedelmi forgalomban hozzáférhető immunocyto-kémiai markerek közül a α -fetoprotein specifikusnak bizonyult a hepatocellularis léziókban. Az α -1 antitripsin és a hepatitis B antigén csak a hepatocellularis tumorok egy részében volt kimutatható, míg a metastasisok egyikében sem. Ezekben viszont többféle keratin-fehérjét, vi-

mentint és epithelialis membrán antigén pozitivitást találtak. Az áttételek közül az adenocarcinomák jelentős hányadában kimutattak carcinoembrionalis antigént. A kissejtes daganatokban a neuroendokrin markerek pozitivitása mellett elektronmikroszkóppal is kimutattak szekréciós granulumokat. Az alkalmazott vizsgálati panel tehát a klasszikus cytomorfológiai vizsgálat további finomítását, de legalábbis annak megerősítését teszi lehetővé. Az áttételekről is több-kevesebb biztonsággal megállapítható, hogy hám, ezen belül mirigy- vagy laphám, vagy kötőszöveti eredetűek-e. A kiindulási szerv meghatározására azonban egyelőre ezek a módszerek sem alkalmasak.

Gábor Zsuzsa dr.

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM — Budapest, VI., Andrásy út 36:



KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

1990. szeptember—december

● október 30 — november 1.

a BRAND és a HEIDOLPH Elektro cégek bemutatója

Egy és többcsatornás pipetták és diszpenzerek, mikropipetták, üveg és műanyag laboratóriumi eszközök. Rotációs bepárlók, mágneskeverők, lombikrázók.

Támolygó homogenizáló, perisztaltikus szivattyú, más laboratóriumi kisgépek.

● november 6—8.

IIM — Herco (NSZK) bemutató és szimpózium

Ioncserélő, vízlágyító, sótalanító berendezések, az ezekben alkalmazott patronok. Baktériumszűrők, adagolószivattyúk, tartozékok. Vezetőképesség-mérő műszerek.

● november 13—16.

az AUTOGÉNTÉCHNIKA kiállítása

Kórházi és laboratóriumi gázellátó rendszerek és azok elemei. Oxigénterápia, vákuum- és injektoros szívás, a váladékgyűjtés eszközei.

● november 20—22.

az OMKER V. kereskedelmi osztály termékbemutatója

● november 28—30

DENTALEXPO '90

NEMZETKÖZI FOGÁSZATI ÉS FOGTECHNIKAI SZAKKIÁLLÍTÁS

a SOTE Elméleti Tömbjében

A programváltoztatás jogát fenntartjuk. Az OMKER Kiállítóterem programjairól a 1118-060 telefonszámon szívesen nyújtunk felvilágosítást.

A MEDICINA KÖNYVESBOLT AJÁNLATA

Az alább felsorolt kötetek
megvásárolhatók,
illetve a lap alján levő kupon
segítségével megrendelhetők!



Budapest, 1054 Akadémia u. 21. Tél.: 1-313-770

MEGJELENT:

Advances in Electrocardiology

Ed. by Z. Antalóczy—I. Préda—E. Kékes

Excerpta Medica International Congresseries

1600,— Ft

Forster Tamás—Csanády Miklós:

A színkódolt doppler echocardiográfia atlasza

550,— Ft

Hubbard L. Ron:

Dianetika

A személyiségfejlesztés új módszere

260,— Ft

Az alábbi megrendelőt borítékban vagy nyílt levelezőlapra felragasztva kérjük megküldeni boltunknak.

Szállítás utánvétellel.

Cím: 1054 Budapest V., Akadémia u. 21.

Megrendelem az alábbi könyveket:

Név: _____

Pontos cím: _____

Személyi szám: _____



zaditen



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
SANDOZ AG lic. alapján

Zaditen

1 mg tabletta
szirup

Hatóanyag: 0,2 mg ketotifenum 1 ml szirupban, ill. 1 mg ketotifenum tablettánként, mindkettőben hidrogenfumarat — só formájában.

Hatás: A Zaditen kifejezett antianafilaxiás tulajdonságokkal és specifikus hisztamin antagonistá hatással rendelkező antiasztmatikum és antiallergikum, melynek bronchus tágító hatása nincsen.

Javallatok: Az asztma bronchiale valamennyi típusa (beleértve a kevert formákat is), allergiás eredetű recidiváló obstruktív bronchitis, szénanáthával társuló asztmatikus panaszok tartós megelőzése. A multiszisztémás allergiák, allergiás rhinitis, allergiás dermatózisok megelőzése és kezelése.

Az asztmás roham megszüntetésére nem alkalmas.

A bronchialis asztma megelőzésében több heti szedés után éri el teljes hatását.

Ellenjavallatok: Ezideig nem ismertek.

Adagolás: Felnőtteknek az átlagos adag **naponta** 2 mg (reggel és este 1 tabletta) étkezéskor. Nyugtatók hatására érzékeny betegek esetében a napi adagot fokozatosan, általában 5 nap alatt kell elérni, ilyenkor a kezdő adag naponta 1 mg ($2 \times 1/1$ tabletta, vagy este 1 tabletta). Szükség esetén a napi adag 4 mg-ra (2×2 tabletta) emelhető.

Gyermekeknek 6 hónapos kortól 3 évesig: 0,5 mg naponta $2 \times (1/2$ tabletta, vagy 2,5 ml szirup naponta $2 \times$).

3 évesnél idősebb gyermekeknek: 1 mg naponta $2 \times (2 \times 1$ tabletta vagy 2×5 ml szirup).

(A gyermekeknek nagyobb mg/ttkg-ra számított adagokra van szükségük az optimális hatás eléréséhez, mint a felnőtteknek.)

Mellékhatások: Az első napokban álmoság, szorványosan szájszárazság és enyhe szédülés. Ezek a kezelés során általában rövid időn belül spontán megszűnnek. Ha egy hétnél tovább tartanak, célszerű más kezelési módot választani. Néhány esetben súlynövekedés fordulhat elő.

Gyógyszerkölcsonhatások: Együttadása kerülendő:

- orális antidiabetikumokkal (trombocita-szám reverzibilis csökkenése)
- szedatívumokkal, altatókkal, antihisztamin hatású gyógyszerekkel (hatásukat fokozza).

Figyelmeztetés: A kúra kezdetén az addig alkalmazott antiasztmatikumokat nem szabad hirtelen megvonni. Különösen vonatkozik ez a szisztémásan alkalmazott kortikoszteroidokra és ACTH-ra, ugyanis az e gyógyszerekre beállított betegekben a hirtelen megvonás hatására mellékvesekéreglételenség léphet fel. Ilyen esetekben a hipofízis-mellékvese rendszer normál reakciókészsége csak lassan, akár egy évig is elhúzódóan normalizálódik. Interkurrens fertőzések esetén azok célzott kezelésével kell kiegészíteni a Zaditen-terápiát.

Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

A gyógyszer alkalmazásának ideje alatt alkohol nem fogyasztható!

A Zaditen és az orális antidiabetikumok egyidejű alkalmazásánál ritkán a trombocita-szám reverzibilis csökkenése figyelhető meg. Ha a betegek a Zaditen kezelés alatt orális antidiabetikus kezelésben részesülnek a trombocita-számot ellenőrizni kell!

Bár nincs arra vonatkozóan adat, hogy a Zaditennek teratogen hatása lenne, de mint a legtöbb gyógyszer a terhesség és szoptatás alatt csak kényszerítő indikáció esetén adható.

Túladagolás kezelése: A túladagolás legfőbb tünetei: aluszékonyság, erős szédáció, zavartság és orientációs zavarok, tachikardia és vérnyomás-csökkenés, idegrendszeri eredetű görcsök, izgatottság különösen gyermekeknél, reverzibilis kóma. A kezelés tüneti. Ha a készítményt röviddel azelőtt vették be, a gyomrot ki kell üríteni. A szív és vérkeringés támogatása lehet szükséges, izgatottsági állapotokban a görcsöknel rövid hatástartamú barbiturátok és benzodiazepinek ajánlatosak.

Csomagolás: 100 ml szirup, 30 tabletta

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A fogamzásgátló tabletták és a veleszületett rendellenességek

T. Szerkesztőség! Pejtsik Béla dr. és mtsai az O. H. 1990. 131. 1187–1190 oldalán „Az orális kontraceptívumok hatása a fejlődési rendellenességek és az újszülöttek nemi arányának alakulására” címen tették közzé számítógépes adatelemzésüket. A korszerű analízisnek is függvénye azonban az értékelésre kerülő anyag és a feldolgozás minősége. Ezzel kapcsolatban a következő főbb kifogások tehetők:

1. A human teratológia egyik legfontosabb alapelve a „noxa-specificitás” vagyis, hogy az egyes teratogének csak bizonyos specifikus rendellenességeket okoznak. Emiatt a veleszületett rendellenességek összefüggés vizsgálata értékelhető következtetések levonására általában nem alkalmas.

2. A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásában, az elmúlt években, regisztrált veleszületett rendellenességekkel sújtott index betegek gyakorisága jóval meghaladta a 4%-ot. Ez is elmaradt az elméletileg várt 6%-tól (1). A szerzők által értékelt gyakoriság azonban 2,4%. Ennyire hiányos anyag semmi esetre sem alkalmas igényes elemzésre.

3. A fogamzásgátló tabletták közvetlen teratogénitását mérő munkák nem támasztották alá. A vitatott kérdés az, hogy a periconceptionalis időszakban alkalmazott készítmények képesek-e — az anyai szervezet belső hormonháztartásának kikapcsolása, illetve teljes helyreállításának elmaradása miatt — közvetve a beágyazódást megzavarni az eseteknek egy kis hányadában. Éppen ezért pontosan kell ismerni a fogamzást megelőző ciklusokban szedett tabletták pontos időpontját. Így a nőknek az a része, „akik a teherbeesést megelőzően rövidebb-hosszabb ideig szedték az említett fogamzásgátló tablettákat” alkalmatlan ilyen elemzésre.

Emellett fontos lenne a használt készítmények megadása is, mivel az elmúlt két évtizedben jelentősen csökkent a hatóanyagok mennyisége.

1. Czeizel, A., Sankaranarayanan, K.: The load of genetic and partially genetic disorders in man. 1. Congenital anomalies: estimates of detriment in terms of years of life lost and years of impaired life. Mut. Res. 1984, 128, 73–103.

Czeizel Endre dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük Czeizel dr. hozzászólását az Orvosi Hetilapban megjelent (1990. 131. 1187.). „Az orális kontraceptívumok hatása a fejlődési rendellenességek és az újszülöttek nemi arányának alakulására” című dolgozatunkhoz. Nagy figyelemmel tanulmányozva a leírtakat sem tudtunk azonban a dolgozat lényegét érintő, azt cáfoló észrevételt felfedezni benne.

Egyetértünk Czeizel dr.-ral, hogy a teratológiai kutatások alapelve a „noxa-specificitás”. Ennek adekvát feltérképezése azonban minden esetben kiterjedt és alapos „nyomon-követés” vizsgálatokat igényel, magában foglalva annak rizikóját is, hogy egy-egy ilyen „felismerés” téves noxa-feltáráshoz vezethet. Éppen ilyen „esetekre” hivatkozva javasolják hazánkban is egyes orvosok — tablettaszedés közben bekövetkezett — terhesség esetén annak megszakítását. A noxa-specificitás kutatása azonban nem zárja ki az epidemiológiai felmérések létjogosultságát, hanem éppen szükségessé teszi azokat. Ezen az alapon vitatható Czeizel dr. azon megállapítása, hogy a veleszületett rendellenességek összefüggés vizsgálata nem alkalmas értékelhető következtetések levonására. Esetenként éppen az ilyen „összevont elemzések” hívhatják fel a figyelmet egy-egy noxa szerepére, tehetik lehetővé a noxa-következmény kapcsolat feltárását. Matematikai-statisztikai szempontból sem hibás az epidemiológiai megközelítés, mert semmivel sem támasztható alá, hogy az általunk nem vizsgált károsító hatások nem egyenletesen oszlanak meg az orális kontraceptívumot szedő és nem szedő asszonyok csoportjai között. Az egyenletes eloszlástól való véletlenszerű eltéréseket prospektív felmérésünk nagyminta jellege nagymértékben kiküszöböli.

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának Czeizel dr. által említett 4%-os, de a hivatalos VRONY jelentés szerint a valóságban 3,49%-os incidenciája és a felmérésünkben szereplő 2,4%-os gyakoriság közötti eltérés több forrásból adódhat:

1. Adatbázisunk a védőnők jelentéseinek alapul, amelyekben a szakorvosok (szülész, neonatológus, gyermekgyógyász) által az újszülött korban regisztrált fejlődési rendellenességek szerepelnek. Ennél fogva nem tartalmazza a később manifesztálódó és a VRONY-ban részben szereplő kisebb anomáliákat. Ha csak a lágyéksérvet vesszük, ennek gyakorisága a VRONY összesítés szerint az adott 4 évben Baranya megyében kerekítve 1% (pontosan 0,99%) volt. Ezt hozzávéve statisztikánkhoz a fenti különbség jelentős része eltűnik.

2. A Veleszületett Rendellenesség Felügyelet jelentésében nyilvántartott és az anyagunkban feldolgozott eseteket egyenként is elemeztük. A VRONY által rendelkezésünkre bocsátott, 1985 és 1988 közötti Baranya megyére vonatkozó számítógépes adatok 24 kétszeres és 2 háromszoros bejelentést tartalmaznak, valamint 3 nem baranyai illetőségű újszülöttet is találtunk. Ezek levonása után — az összehasonlítható fejlődési rendellenességeket tekintve — a saját 2,4%-os gyakoriságunk a magasabb.

Ugyanakkor a fejlődési rendellenességek földrajzi megoszlása sem egyenletes. Olyan

bejelentési szisztémáról, amely megközelítené az „elméleti” 6%-os gyakoriságot, nincs tudomásunk. Szerény megítélésünk szerint azonban ez az eltérés nem érinti a tanulmány végkövetkeztetését, miszerint epidemiológiailag nem igazolható a hazánkban használatos fogamzásgátló tabletták esetleges teratogén hatása.

Czeizel dr. megjegyzésével ellentétben se szeri, se száma azoknak a többé-kevésbé „mérvadó” közleményeknek, melyek főként a 70-es, 80-as években felvetették a fogamzásgátló tabletták elterjedése és bizonyos fejlődési anomáliák gyakorisága közötti összefüggés lehetőségét. A tabletták közvetlen teratogénitását azonban nem sikerült igazolni. Epidemiológiai tanulmányunk is kizárni látszik ezt a lehetőséget. Annak vizsgálata, hogy a periconceptionalis időszakban szedett készítmények okoznak-e beágyazódási zavart, esetleg növelik-e az inapparens terhességek számát, meghaladta volna dolgozatunk kereteit. A teherbejutást megelőzően történt tablettaszedés időtartama néhány hónaptól több évig terjedő periódust jelent. A különböző készítmények szedésére vonatkozó adatok birtokunkban vannak, így a további elemzés lehetősége adott.

Végül köszönet illeti Czeizel dr.-t, hogy figyelmével megtisztelte munkánkat, és ezáltal módot adott a fenti gondolatok elmondására.

Pejtsik Béla dr.
Hadnagy János dr.
Rappai Gábor dr.

A corrosiv nyelvcső-sérülések sebészetről

T. Szerkesztőség! A közelmúltban két színvonalas klinikai tanulmány jelent meg lapjokban, melyek gyakorlati szempontból reflexiót igényelnek és ez egyben módot ad arra is, hogy a hozzászóló közös keretbe foglalja azokat, néhai Imre József professzor sebész hagyatéka alapján. A két közlemény időrendi sorrendben Oláh T. és Horváth Örs P.: Arteficiális nyelvcső-sérülések ellátása (O. H. 1990. 131. 1127.), valamint Kotsis L. és Krisár Z.: A vastagbélből képzett nyelvcső-késői adaptációjáról corrosiv nyelvcső-szűkületben végzett 135 műtét tükrében c. írása (O. H. 1990. 131. 1241.).

Hazánk a corrosiv nyelvcső-sérülések (c. ny.) előfordulását tekintve szomorúan kiemelkedő helyen áll — ezt részben a 20-as, 30-as évek ijesztő számú gyerekkori lügmérgezéseinek még életben lévő túlélői, részben a véletlenül vagy szándékosan újra és újra bekövetkező nagyszámú felnőttkori c. ny. eredményezik. A sérülés súlyosságát számos tényező — lüg (rendszerint Hypo) vagy sav (akkumulátorsav), véletlen vagy öngyilkossági szándék, üres vagy étellel telt gyomor, stb. — alapvetően befolyásolja, de a nyelvcső szinte kivétel nélkül súlyosan sérül, és a túlélő — és orvosai — kérésztje a továbbiakban a nyelvcsőszűkület. Ezt még ma is rendszerint tágitással, hosszú távon, konzervatív módon kezelik.

Jelentős számú beteg, tekintélyes műtéti anyag, vagyis óriási közvetlen tapasztalat alapján néhai József professzor már 1972-ben felhívta a figyelmet a c. ny.-ek hosszútávú konzervatív kezelésének súlyos veszélyeire (1, 2). Ezek: 1. a szűkületben a tágitás során bekövetkező artficiális, illetve a lenyelt idegentest (csont, protézis stb.) okozta *nyelőcsőátfűródás*, annak minden életveszélyes következményével; 2. a hosszasan fennálló hegesezés nemcsak haránt-, hanem hosszirányban is hat, a nyelőcső zsugorodva felhúzza a cardiat, kis hiatus-sérv keletkezik, aminek ún. peptikus reflux a következménye, ami állandó nyelőcsőlobot fenntartva súlyosbítja a szűkületet — a tágitás így értelmetlenné, sőt károsná válik. A jelenséget Imre és Wooler nevezték el ún. *tractio hiatus herniának* (3), ismerete alapvetően fontos; 3. a szűkült nyelőcső falában a sérülés után sok évvel keletkező, természetesen a nyálkahártyától kiinduló ún. *heg-rág*. Ez korántsem elméleti lehetőség — Imre J. első, német nyelvű, 1971-ben megjelent erről szóló közleménye még „csak” 6 ilyen esetet taglal, és ezek száma a már idézett közleményekben (1, 2) tucatnyivá nő. Azóta a szegedi Sebészeti Klinikán észlelt ilyen heg-carcinomák száma tudomásom szerint meghaladja a 20-at.

Az ismertetett és igen reális kockázati tényezők miatt Imre professzor ismételtén állást foglalt a heges nyelőcsőszakasz korai csonkolása és megfelelő, reflux-gátló jejunum-interpositióval történő pótlása mellett, ami jól képzett sebész kezében biztonságos és végleges megoldás. A heges nyelőcső megkerülését, áthidalását (bypass) — amit leginkább vastagbéllel végeznek — a heg-rák lehetősége miatt elkerülendőnek minősítette. A tágitás természetesen nem kerülhető el, de saját gyakorlatában előnyben részesítette a műtét előkészítésére, a beteg tápláltsági állapotának javítására való alkalmazását. Miután így óhatatlanul történik művi átfűródás — csak az nem perforál, aki nem tágit —, szellemes és egyszerű, sőt egyedülálló módszert dolgozott ki a szűkült nyelőcsőben bekövetkezett (és persze azonnal felismert) átfűródás kezelésére, ami az esetek többségében akár thoracotomiát sem igényel: laparotomia és gastrotomia útján vékony bougie-t vezet fel a nyelőcsőbe, melynek végére karimás műanyagcsövet (Mousseau-Barbin-, de akár saját készítésű egyszerű tygon-cső) erősítenek, öltéssel, és azt az operatőr a szűkületbe húzza, a csővel így tökéletesen lezárva a perforációs nyílást. Az eljárást Imre 1973-ban angol nyelven közölte (4). Sajnálatos, hogy — bár a tanulmány kétségkívül nemcsak a c. ny.-ek kapcsán bekövetkező átfűródásokról szól — Oláh és Horváth Örs kollégák csupán egy mondatot szentelnek a nyelőcső intubációs kezelésének, és még kongresszusi hozzászólást is idéznek, de nem tesznek említést Imre alapközleményéről (4) és számos idevágó — és ugyanazon klinikán született — fontos tapasztalatáról. Ezt azért is kell különösképpen minősítenem, mert egy előző közleményükben — igaz, hogy más vezető-

szerzővel (5) — még jutott hely e fontos eljárás korrekt hivatkozására. Az emlékezet gyengülése mindig lehangoló.

Ami a c. ny.-nek kapcsán kialakuló heg-rákot illeti, alapvető szemléletkülönbség és nézeteltérés látszik lenni a Krisár-féle műtéti anyag és Imre tapasztalatai között. A Kotsis-Krisár cikk 136 operált betege közül egyben sem fejlődött ki a későbbiekben heg-rák, és a szakirodalomnak is csupán egyetlen ilyen esetét ismertetik. Ugyanakkor az ilyen típusú malignoma lehetőségére észlelt esetek alapján több szerző is felhívta a figyelmet, amit Imre ismételtén idéz (1, 2), és amit az említett szerzőpáros közleménye meg sem említ. Egyébként az ilyen típusú rák kifejlődése szempontjából — Imre szerint — közböbs a hegesezés oka, az nem feltétlenül kell hogy c. ny. kapcsán jöjjön létre, akár peptikus oesophagitis, vagy cardiaspasmus szöveti kísérőjelenségei talaján is létrejöhet (1). Az idézett közlemény frásáig a szegedi klinikán 116 nyelőcsőrákos beteget kezeltek, és ehhez jött 12 olyan eset, amikor a rák c. ny. hegében keletkezett — vagyis gyakorlatilag minden 10 nyelőcsőrákra esett egy heg-carcinoma! Két ízben ez a műtét előtt nem is derült ki, a malignus elfajulásra csupán a rezekátum szövettani vizsgálata derített fényt! Irodalmi adat alapján mindazonáltal Imre is feltételezi — és ez lehet a látszólag feloldhatatlan ellentmondás magyarázata — „hogy az ún. bypass módosítások alkalmazása után is csökken a bentmaradt nyelőcsőben a tumoros elfajulás veszélye”, nyilvánvalóan az elterelt étel mindennapos irritációjának kikapcsolásával.

Summázva az elmondottak gyakorlati lényegét, úgy tűnik, hogy a c. ny.-t követő nyelőcsőszűkület gyakorlatilag valamennyi veszélyét egy helyesen javított és korrekt módon elvégzett műtéttel viszonylag kis kockázattal meg lehet előzni. Amennyiben pedig a tágitás során átfűródás következik be, a legbiztonságosabb — bár átmeneti — megoldás a perforált szűkület műanyagcsővel való „kisámfázása”, melynek hatékonysága a hiatuson át történő mediastinális drenázzsal, több szerző szerint (cit. 5, illetve Oláh és Horváth Örs) még fokozható.

A c. ny.-ek heveny megoldása és távoli szövődésének megelőzése az intézeti betegellátás progresszív szemléletének gyakorlati próbaköve — belgyógyász, intenzív terapeuta és altatóorvos, gégeész és sebész megfelelő összhanggal és korszerű felfogással, radiológus és mellkassebész bevonásával végzett olyan gyógyító munkája, amelyben mindent a beteg érdekében kell alárendelni. Amíg nincs dysphagiánk, nem tudjuk, hogy az étel lenyelésekor milyen kincs birtokában vagyunk. És ha emlékezni elfelejtünk, a dysphagia hiányában sincs okunk öröme.

IRODALOM: 1. Imre, J., M. Kopp: Arguments against long-term conservative treatment of oesophageal strictures due to corrosive burns. Thorax. 1972, 27, 594. — 2. Imre J. és mtsai: A heges nyelőcsőszűkület chronicus konzervatív kezelésének lehet-

séges következményei és kockázata. Orv. Hetil. 1972, 113, 2699. — 3. Imre, J., G. H. Wooler: Peptic ulceration of the oesophagus following corrosive burns. Thorax. 1969, 24, 762. — 4. Imre, J.: Plastic Tube Prosthesis for the Surgical Treatment of Perforations in Esophageal Strictures. Ann. Thor. Surg. 1973, 15, 275. — 5. Csikos M. és mtsai: Iatrogen és egyéb perforációk benignus nyelőcső elváltozásoknál. Magyar Seb. 1987, 40, 289.

Gergely Mihály dr.

T. Szerkesztőség! Gergely dr. „Artificiális nyelőcső sérülések ellátása” című közleményünk kapcsán módot talál a corrosiv nyelőcső sérülések kezelésének áttekintésére. Az elmondottak döntő többségével egyetértünk, három gondolatához azonban szeretnénk megjegyzést fűzni.

A második bekezdésben írja: „... a sérülés súlyosságát számos tényező — lúg (rendszerint Hypo) vagy sav... — alapvetően befolyásolja, de a nyelőcső szinte kivétel nélkül súlyosan sérül...”.

A Hypo — bár elég gyakori a vele történő öngyilkossági kísérlet — ritkán okoz II/A stádiumnál (I) súlyosabb nyelőcső és/vagy gyomor sérülést. (Klinikánkon az elmúlt 5 évben 7 Hypo sérültet kezeltünk, beavatkozásra egyetlen esetben kényszerültünk.)

A nyelőcső még a súlyosnak tartható (II/B, III. stádium) sérülések esetében sem károsodik kivétel nélkül oly mértékben, hogy a későbbiekben konzervatív vagy sebész kezelést igényeljen.

Az elmúlt 10 éves beteganyagunkban a sebész kezelést igénylő betegek 60%-ában károsodott mindössze a nyelőcső (2). Ez valószínűleg annak tudható be, hogy a lúg-sérülések száma csökkent és a savak elsősorban gyomorsérülést hoznak létre.

A nyelőcső hegcarcinomás esetek száma 1990-ben 40-re emelkedett, ezzel a szegedi Sebészeti Klinika a világon a második legnagyobb ilyen beteganyagot tudhatja magáénak (3).

Gergely dr. enyhén szólva rosszul állapítja meg, hogy nem hivatkozunk Imre József professzor a corrosiv nyelőcső stricturek perforációinak intubációval történő ellátásáról szóló közleményére. Tanítványi tiszteletből valóban illene idézni, de mentségünkre szolgáljon, hogy a módszer sem külföldön, sem idehaza nem terjedt el, mert bár a beteg életét a műtét jó eséllyel megmenti, de a tubus eltávolítása után a striktura újból jelentkezik és a tágitás kockázata ilyenkor már igen nagy, így egy megoldás marad, a resectio. Ezért az intubációt mi már nem alkalmazzuk, hanem a primer resectió műtétet részesítjük előnyben (azonnali, vagy halasztott pótlással). Ez lényegében megfelel Imre professzor másik elvének, mely szerint a nyelőcső strikturák mihamarabbi végleges megoldására kell törekedni.

Köszönjük Gergely professzor hozzászólását, mely alkalmat adott néhány részlet alaposabb kifejtésére.

IRODALOM: 1. *Dicostanzo, J. és mtsai:* New therapeutic approach to corrosive burns of the upper gastrointestinal tract. Gut 21, 370—375 (1980) — 2. *Horváth, Ö. P.:* Surgical management of caustic injuries to the upper gastrointestinal tract. In DeMeester, T. R., Matthews, H. R.: Benign esophageal disease. C. V. Mosby Company St. Louis, Washington, Toronto (1987) p.: 266—268. — 3. *Csikós, M. és mtsai:* Late malignant transformation of chronic corrosive oesophageal strictures. Langenbecks Arch. Chir. 1985, 365, 231—238.

Oláh Tibor dr.
Horváth Örs dr.

T. Szerkesztőség! Gergely Mihály dr. levelében jogosan veti fel a hegcarcinómát mint a Barrett nyelőcső és megaesophagus melletti leggyakoribb rákmegelőző állapotot. Az OESO II., párizsi kongresszusa (1987) éppen ezt a kérdéskört tárgyalta meg a legrészletesebben.

Valójában, a nyelőcsőpótlás és hegcarcinoma veszély viszonya a corrosiv nyelőcsőszűkületek sebészetének egyik sarkalatos pontja. A vastagbélből képzett nyelőcsővek késői adaptációjával foglalkozó közleményünkben ezzel természetesen nem foglalkozhattunk kimerítően.

Az idejében, az első 10 évben by-passzal kirekesztett lúgos sérülések a továbbiakban már nem jelentenek ilyen veszélyt. Eseteink döntő többsége ebbe a csoportba tartozott. A 10 éven túl megoldottak esetében, éppen a fenti körülmény miatt, by-pass után a 2-ik lépésben ajánlatos az egész thoracalis nyelőcsövet rezezálni. Mint az előzőekben említett Kongresszus egyik referense, ezt a stratégiát terjesztettem elő, amivel a résztvevők egyetértettek. Ezzel a differenciált taktikával lehetőség nyílik arra, hogy a leghonyolultabb, de funkcionálisan legtöbbet nyújtó nyelőcsőpótló műtétet úgy hajtsuk végre, hogy a beteget nem tesszük ki a thoracotomia és nyelőcső-rezekció el nem hagyagolható

kockázatának. Az pedig nyilvánvaló, hogy jóindulatú szűkületekben végzett műtétek alkalmazásával mindent meg kell tennünk a leg-
alacsonyabb kockázat érdekében.

A második variációban ezt a két műtét különválasztásával érjük el.

A taktika megválasztásában az időtényezőnek tehát döntő szerepe van. Ezt a Gergely Mihály dr. által említett szegedi anyag is példázta: hosszú (10 év) expositio után rezezált lúgos nyelőcsőszűkületes betegek közül 4-ben a későbbiekben a nyelőcsőcsonton alakult ki carcinoma (amint ez Horváth Ö. P. disszertációjából kiderült)! Csak a megfelelő időben végzett műtét hárítja el ezt a veszélyt.

Végeredményben, Gergely Mihály kérdésfeltevéséből ösztönzést merítettünk a corrosiv szűkületek sebési stratégiájának megírásához, amiért őszintén hálásak vagyunk.

Kotsis Lajos dr.
Krisár Zoltán dr.

NIZORAL

krém

(Ketoconazolum)

2%

HATÓANYAG: 0,4 g ketoconazolum 20 g 0,2%

natrium sulfurosum anhydricum tartalmú, vízzel lemosható kenőcsben. HATÁS: A ketokonazol szintetikus imidazolszármazék. Széles hatásspektrumú gombaeellenes szer, amely a gombák sejtmembrán anyagcseréjét (ergoszterol szintézis) támadja meg, ezáltal megváltozik a membrán permeabilitása, a sejt nem tud tovább osztódni. JAVALLAT: Minden bőrmikózis, melynek kórokozói: — dermatofitonok (pl. Trichophyton- és Microsporum-fajok, Epidermophyton floccosum) — sarjadzógombák (Pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajok) — Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare) A kezelésre reagáló kórképek: Mycosis superficialis, erosio interdigitalis, intertrigo mycotica, intertrigo psoriatica, ekzema mycoticum, pityriasis versicolor. ELLENJAVALLAT: Ketokonazol túlérzékenység. A szem kezelésére nem alkalmazható. Bár a bőrön át felszívódása jelentéktelen, terhességben és szoptatás esetén a várható előny és a lehetséges kockázat mérlegelésével adható csak. ALKALMAZÁS: A fertőzött bőrfelületet és környékét általában naponta egyszer, súlyosabb esetben kétszer bekenni. A kezelést tünetmentességig, illetve azután még néhány napig folytatni kell. A sikeres kezelés várható időtartama: — dermatofitonok okozta bőrmikózis esetén 3—4 hét; — bőrkandidiázis, pityriasis versicolor esetén 2—3 hét; — Tinea pedis esetén általában hosszabb, 4—6 hét. Ha 4—6 hetes kezelés után sem számottevő a klinikai javulás, akkor újbóli diagnosztizálásra van szükség. MELLÉKHATÁS: Bőrvörösödés, égő-, csípő érzés; átmeneti erythema előfordulhat. Erős bőrkülés, dermatitis, illetve egyéb allergiás reakció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. FIGYELMEZTETÉS: Natrium hiposzulfit tartalma miatt szulfita érzékeny — elsősorban asztmás — betegek-nél esetleg allergiás típusos reakciót válthat ki. A beteg figyelmét a higiénés előírások betartására fel kell hívni. CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

A Janssen Pharmaceutica, Belgium
licence alapján gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár — Budapest

QH

2343

STREP-TEST

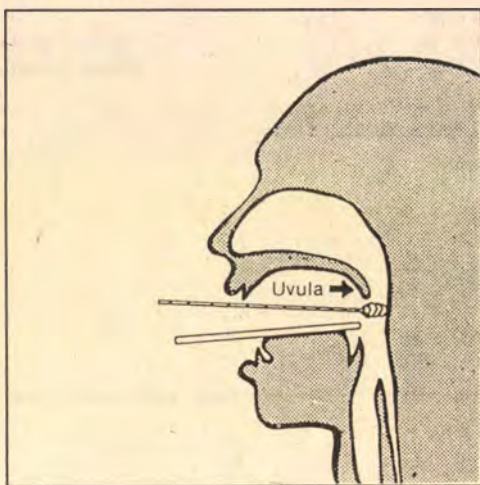
in vitro diagnosztikai készlet
Streptococcus A antigén kimutatására

OTI támogatja

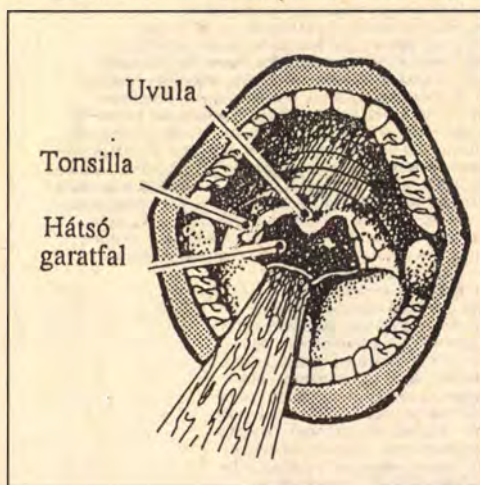
26 Ft térítési díj

75 vizsgálatához elegendő anyagot tartalmaz

**A KIMUTATÁS IDŐTARTAMA
6–8 perc**



Streptococcus A antigén kimutatására
szolgál orr-, fül- torokkenetből.



JELENTŐS KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS!

- A készlet minden eszközt tartalmaz, amely a vizsgálathoz szükséges.
- A tesztkészlet 75 vizsgálatához elegendő anyagot tartalmaz.
- Az egy vizsgálatra eső költség – 26.- Ft térítési díj – töredéke a hagyományos tenyésztéses vizsgálatnak.
- Az Országos Társadalombiztosítási Intézet támogatja a termék forgalmazását.

18 HAVI SZAVATOSSÁG

Szakvélemények

- *SZEM Dr. Pintér Attila minisztériumi főtanácsos osztályvezető*
1990. május 21. – kivonat –
„A teszt alkalmazásával (negativitás esetén) elkerülhető a gyermek-közösségek felesleges preventív gyógyszerelése, a felvételi zárlat, a szülők tartós keresőképtelensége stb. Az alkalmazásával tehát jelentős költségmegtakarítás is elérhető.”
- *Orvostovábbképző Intézet I.sz. Gyermekgyógyászati Tanszék*
Dr. Nyerges Gábor, az orvostudományok doktora, tanszékvezető egyetemi tanár
1990. május 3. – kivonat –
„A gyorseszt – amelyet és amelyhez hasonlókat a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok már régen alkalmaznak – lehetővé teszi az azonnali actiológiai diagnózist... Ha a tenyésztéses vizsgálat és a felesleges antibiotikum kezelés költségeit tekintetbe vesszük, úgy a ráfordítás (haszon hányados) anyagi szempontból is a gyorseszt hazai bevezetése mellett szól.”
- *Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika*
Dr. Szabó Iván egyetemi adjunktus 1990. május 3. – kivonat –
„A STREP-teszt csomagolása, kivitele esztétikus, praktikus és célszerű... Véleményünk szerint nemcsak szájüregből, illetve garatból vett váladék vizsgálatára alkalmas, hanem fülészeti használata is célszerű.”

Forgalmazza: **Biomondex Kft.**
1476 Budapest, 100 Pf. 196

Az Egyesült Államokban 1984 óta forgalomban lévő gyorseszt

Megrendelhető: HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Vállalat
1368 Budapest, pf. 243

Eckehart Köhler. Klinische Echocardiographie. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1989. Ára: DM 198,—

A mű első kiadása 10 évvel a jelenlegi második kiadás előtt jelent meg, így érthető, hogy az utóbbi — figyelembe véve az ezen területen azóta végbement igen jelentős technikai fejlődést — minden tekintetben jelentős mértékben átdolgozott. Az 521 oldalas, tekintélyes könyv 721 ábrát tartalmaz, amelyek közül 94 színes, és 19 táblázat foglalja össze a számszerű adatokat.

Minden nagyobb fejezet végén, alfejezetre lebontott terjedelmes irodalomjegyzék található és a könyvet tárgymutató zárja.

Az első fejezet a fizikai, technikai alapgalmakkal foglalkozik. Ismerteti az A-mód, B-mód, M-mód fogalmát, magyarázza a képi műtermékek létrejöttét, a Doppler technikát, a színesen kódolt Doppler echocardiographiát. Végül röviden szól a kontrasztanyag echocardiographiáról és az UH energia és a szövetek kölcsönhatásáról.

A második fejezet a normális M-módú és kétdimenziós echocardiogramot ismerteti, ezen belül foglalkozik a különböző billentyűk és nagyerek, valamint a pitvarok és kamrák ábrázolásával.

A harmadik fejezet az echocardiographia klinikai alkalmazásáról szól. Ez a fejezet aránylag rövid, igen sok ábrát tartalmaz és a különböző technikák alkalmazhatóságát, indikációs területét foglalja össze.

A negyedik fejezetet a szerző a vizsgálati technikának szentelte. Az általános alapelveken kívül külön alfejezet foglalkozik a két dimenziós echocardiographia technikájával, annak nomenklatúrájával, az M-módú echocardiographiával, a transoesophagealis echocardiographiával és a Doppler cardiographiával. Ezt a fejezetet a kontrasztanyag echocardiographiás vizsgálat technikájával foglalkozó alfejezet zárja.

Az ötödik fejezetben az echocardiogramok kvalitatív és kvantitatív értékelésével ismerkedhetünk meg.

A hatodik fejezetben a bal kamrával foglalkozik a szerző. Ez a mind terjedelmében, mind pedig ábraanyagában is viszonylag terjedelmes rész tárgyalja a koronária betegségek, akut szívinfarctus, kamra aneurysma, thrombosis, papillaris izom diszfunkció, postinfarctusos kamrai septumdefektus, dilatációs kardiomyopathiák, a hypertrophiás kardiomyopathiák, restrictív kardiomyopathiák echocardiographiás vizsgálatát.

A hetedik fejezet a szívbillentyűk és nagyerek betegségeinek vizsgálatáról szól. Ez a rész önmagában 130 oldal terjedelmű, és bőséges ábraanyag segítségével foglalkozik az aorta, mitralis, tricuspidalis és pulmonalis billentyűk betegségeinek felismerésével, valamint a nagyerek echocardiographiás vizsgálatával.

A nyolcadik, viszonylag rövidebb fejezet

a műbillentyűk vizsgálatával foglalkozik, ezen belül a mechanikus és bioprothesisekkel, valamint a Doppler echocardiographiás műbillentyű vizsgálati módszerekkel.

A kilencedik fejezetet a szerző a pericardium vizsgálatának szenteli. Ennek a résznek nagy része a pericardialis folyadékrol szól, de röviden érinti a chronicus pericarditis és a pericarditis constrictiva, valamint a pericardium aplasia betegségeket is.

A tizedik fejezetben olvashatunk a szív tumorairól, a tizenegyedikben pedig a fertőzéses carditisekről.

A tizenkettedik fejezet a kamasz- és felnőttkori kongenitalis vitiumokról szól.

A tizenharmadik fejezetben a szerző a különböző fiziológiai tényezők (kor, súly, magasság, testfelszín, nem) jelentőségét, gyógyszerek, terhelés, sportolás, koronária angioplastica, artériás magasvérnyomás, chronicus veseelégtelenség, cukorbetegség, tárolási betegségek, carcinoid syndroma, chronicus obstructív légzőszervi betegségek, AIDS, artériás embólia, mellkasi sérülés hatásait és echocardiographiás felismerhetőségét tárgyalja.

Az utolsó, tizenegyedik rövid fejezet az echocardiographia és a szívsebészet kapcsolatával foglalkozik.

Összefoglalva megállapítható, hogy az ismertetett munka minden igényt kielégítő részletességű kézikönyv, amely elsősorban az echocardiographiával foglalkozó specialisták számára jelent segítséget. Mind tartalmát, mind formáját tekintve igen igényes, színvonalas munka, amely a legmodernebb technika ismeretanyagának felhasználásával készült.

Jakab Zsuzsa dr.

A pajzsmirigy és a mellékpajzsmirigy sebészete. Szerkesztette: Balázs György dr. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1989, 132 old. Ára: 200,— Ft

Az utóbbi évtizedekben a pajzsmirigy élettani és kóreltani megismerésében, betegségeivel kapcsolatos diagnosztikai lehetőségekben és a belgyógyászati terápiában végbement változásokat mintaszerűen összegezték a hazai irodalomban Földes és Gláz kiváló monographiái. A rosszindulatú pajzsmirigy daganatokkal kapcsolatos ismereteink fejlődését pedig Polyánszky és munkatársai foglalták össze könyvükben. Király 1956-ban megjelent könyve óta azonban nem állott rendelkezésre olyan magyar nyelvű monographia, amely az említett változások eredményeit felhasználva utat mutatott volna a sebészek számára. A Debreceni Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikája 7 tagú munkaközössége által írt és Balázs professzor által szerkesztett monographia ezt az űrt kívánta betölteni — úgy érzem teljes sikerrel.

Az elsősorban gyakorló sebészeknek szánt munka 15 fejezetre tagozódik, amelyből 12 a pajzsmiriggyel, 3 a mellékpajzsmiriggyel kapcsolatos kérdéseket öleli fel. Az egyes fejezetek jelentőségüknek megfelelő terjedelemben kerülnek tárgyalásra, árányosak. A munka szerkezete jól áttekinthető, didaktikailag is jól tagolt. Tartalmazza mindazt az ismeretet, amelyet napjainkban tudnia kell annak, aki ezekkel a problémákkal foglalkozik. Gyenge pontja nincs a munkának, mégis kiemelendőnek tarthatjuk a 15. fejezetet, amely a pajzsmirigy- és mellékpajzsmirigy-betegség anesztéziájával foglalkozik. Ez bizonyára segítséget fog jelenteni az anesztéziát és intenzív terápiát művelő kollégáknak.

Az egyes fejezetek végén található irodalomjegyzék tartalmazza a releváns újabb irodalmi hivatkozásokat, de nem feledkezik meg a magyar szerzőkről sem. Az ábraanyag gazdag, értékes, jól értelmezhető. Annak ellenére, hogy szerzők nagyszámú színes ábrát használtak fel illusztrációra, a könyv ára igen kedvezőnek mondható.

Balázs professzor és munkatársainak hűzgapótló monographiáját a gyakorló sebészeknek és anaesthesiológusoknak ajánlhatjuk elsősorban. Nem ismeretes recensens előtt a mű megjelenési példányszáma, de bizonyosnak látszik, hogy az Alföldi Nyomda és a Medicina Könyvkiadó gondozásában megjelent értékes monographia újabb kiadására mind tartalma, mind külleme miatt hamarosan igény merül fel.

Besznyák István dr.

Tilo Held: Psychiatrische Familienpflege. Forum der Psychiatrie Neue Folge 31. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1989. 200 oldal. Ára: DM 48,—

A „psychiatriai családi ápolás” című monográfia egy 11 éves időtartamú prospektív katamnesztikus vizsgálat részleteit és eredményeit foglalja össze. Az összességében 17 évre terjedő vizsgálatát (11 éves vizsgálat + 6 éves katamnezis) a szerző 1967 és 1984 között Párizsban végezte. A vizsgálatba 91 beteget és 49 családot vont be. A könyv megjelenése előtt 4 évvel a szerzőnek lehetősége nyílt egy, a párizsihoz hasonló családi ápolási modell létrehozására Bonnban is. Ez igazolta, hogy a hosszmetzeti vizsgálatának a tapasztalatai az NSZK viszonyai között is sikerrel alkalmazhatók.

A psychiatriai családi ápolás fogalmát pontosan definiálja; psychés betegek, psychésen fogyatékos vagy szellemileg hiányosan fejlett egyének idegen családoknál történő elhelyezését érti alatta. Nem tartozik e fogalomkörbe a szomatikus károsultak hasonló elhelyezése, illetőleg a psychés betegeknek saját családjukban történő gondozása. A családi ápolás rendszere rendkívül hosszú múltra tekint vissza, megelőzi a psychiatriának mint speciális diszciplínának a kialakulását, és a psychés betegek el-

látásának társadalmilag szervezett formájaként valósult meg (házánkban is igen kiterjedt rendszere alakult ki, de a negyvenes évek végén megszűntették).

A könyv a vizsgálat módszertanának részletes ismertetése során a családi ápolás történetét is feleleveníti. Nagy súlyt helyez a szelekció, a vizsgálatban történő felvétel és kizárás kritériumaira, majd rátér a vizsgálat részletes ismertetésére.

A szerző fontosnak tartja kiemelni, hogy a vizsgálatuk egyik fő célkitűzése volt, hogy a jelenlegi társadalmi és egészségpolitikai körülmények között vajon van-e a pszichiatriai családi ápolásnak létjogosultsága. A kialakításakor abból indultak ki, hogy e célkitűzés csak jelentősen változott keretek között valósítható meg, mint az a régebbi és újabb kori „pszichiatria-történelem”-ből ismert modellekből következik.

Így a „létjogosultság” igazolása nem a vizsgálat pozitív eredménye, de mindenképpen alátámasztja a választott keretek helyességét és szükségességét.

A modell kialakítása során fontos feltételként szabták meg, hogy a beteg lakhelye és az ápolást vállaló család kongruens legyen és minél közvetlenebb szomszéd. Hasonló-

an fontosnak vélték, hogy a családok toborzási területe a családi ápolást irányító intézmény körzetébe tartozzon, és nem messzebb mint autóval egy órányira. Ügyeltek arra, hogy a családok kiválasztásánál minőségi szempontokat is érvényesítsenek, és a beteg ott-tartózkodása idején is magas követelményeket támasszanak (az ápolás díjazása erre lehetőséget is teremtett). A családokat nem terheltek túl — egyugyanazon időben legfeljebb két beteget vállalhattak. A családi ápolás mellett egyéb rehabilitációs lehetőségek is rendelkezésükre álltak, és így differenciált indikációk felállítására is lehetőségük nyílt.

A családi ápolás a betegek 54,3%-ában volt sikeres, míg a családok 28,6%-a bizonyult alkalmasnak a rehabilitációs formára (a családok tették lehetővé a „sikeres” betegek 75 %-ának pozitív eredményét). Meglepetés volt számukra, hogy a 40 év alatti életkor inkább negatív prognózist jelent. Úgy vélik, hogy a fiatal „új” krónikus betegek családi gondozása problematikus, és eredmény csak a „megfelelő betegek” és „megfelelő családok” pontosabb definiálásától várható. A megfelelő pszichiatriai kezelések időtartama nem befolyásolta az eredményeket.

Részletesen foglalkoztak a családok háttértenezőivel, és igyekeztek kidolgozni egy olyan kritérium-rendszert, melynek segítségével már az első kontaktusnál ismertté vált adatokkal prognosztizálható legyen, hogy a családtól eredményes családi ápolás várható-e el. E szempontból fontos tényező a befogadó család struktúrájának szilárdsága és a „gondozó-anya” személyisége. A családi ápolás sikerében fontos szerep jut a családi ápolást szervező teamnek, melynek feladata a szakmai vezetés és szupervízió mellett az „anyak” emocionális támogatása. A beteg gyógykezelése természetesen a teamre hárul. A családi ápolás sikere a multiprofessionális team jó együttműködése nélkül elképzelhetetlen. A családi ápolás a pszichiatriai betegek extramuralis ellátásának egyik formája. Nagy segítséget jelent a destigmatizációban és az elmagányosodás kivédésében.

A monográfia bőséges irodalomjegyzeket és függelékként esettanulmányokat is tartalmaz.

Huszár Ilona dr.

HÍREK

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1990. október 25-én csütörtökön 14 órakor a kórház könyvtárában tudományos ülést rendez.

1. Kovács Ferenc, Kovács László: SPECT (izotópos CT) vizsgálatok technikai ismertetése.

2. Dr. Széplaki Zoltán, dr. Tóth Gábor, dr. Bernát István: SPECT vizsgálatok a neurológiában

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1990. október 29-én du. 15.00 órakor a Lukács Klubban (Bp., Frankel L. u. 25–27.) tudományos ülést rendez.

Program:

ORFI F osztály betegbemutatója.

A Magyar Ortopéd Társaság 1990. október 29-én délután 15.00 órakor az Ortopédiai Klinika Nagytermében (Budapest, XI., Karolina út 27.) Tudományos Ülést tart.

1. Poposka A.: Tapasztalatok az ultrahang alkalmazásával csípőficam diagnosztikában (angol nyelven)

2. Bider M.: Ortopédiai ellátás Kuwaitban

3. Császár Adrienn: Pszichológiai problémák az ortopédiában

4. Esetbemutatók

A Magyar Gerontológiai Társaság 1990. november 5-én 14 órai kezdettel tartja 141. tudományos ülését a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gerontológiai Központjában (Bp., VIII., Somogyi B. u. 33.).

1. Pais Ella dr., Kóczán György dr., Hazafi Klára dr.: Identitás-zavarok és megkapaszkodási frustratio időseknél

2. Csobay Ildikó dr.: Az ablatio retinae ultrahang diagnoszticájáról

3. Szabó Rezső dr.: Thrombocyta-aggregációt gátló szerek praevenzív hatása különböző érterületeken

4. Vértes László dr.: Tapasztalatok a bolognai nemzetközi gerontológiai és rehabilitációs kongresszusról

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztálya és a Magyar Gerontológiai Társaság 1990. november 29-én, 14 órai kezdettel kerekasztal konferenciát tart „Pajzsmirigy betegségek az idős korban” címmel a kórházi nagy tanácsteremben (Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1.).

Üdvözlések: Meskó Éva dr. kand., Gergely István dr. alelnök

Vitavezető: Vértes László dr. főtírkár

Részvevők: Bodnár András dr. kand., Gergely István dr., Kósa Erzsébet dr., Kővári Mária dr., Meskó Éva dr. kand., Péntes László dr. a biol. tud. doktora, Potocsny Mária, Riss Éva dr., Temes Judit dr.

A tudományos ülést a rendezők Karl Adolph von Basedow emlékének szentelik, aki 150 évvel ezelőtt, 1840-ben írta le a később mersebruginak elnevezett triast.

AZ ORSZÁGOS SZAKKÉPESÍTŐ BIZOTTSÁG VIZSGANAPTÁRA

1991. február 11-től június 14-ig

Az OSZB korábban megjelent tájékoztatója továbbra is érvényes. Megismételjük ezúttal is, hogy az OSZB a jelentkezések ismeretében határozza meg a szakvizsgák helyét és idejét.

A meghirdetett időszakokra a szabályosan felszerelt kérelmek benyújtási határideje: 1990. november 30.

A szakvizsga kérelmek elbírálásánál az OSZB a kötelező konzultációk eredményeit is figyelembe veszi.

Az integrált intézményben eltöltött idő esetén kérjük külön igazolni a kórházi osztályon és a járóbetegrendelésen eltöltött időt.

A vizsganaptár időpontjai az elméleti vizsgára vonatkoznak.

Felhívjuk az érdeklét szakorvosjelöltek figyelmét, hogy 1991-ben a ráépített szakmákból szakorvosi vizsga csak az első felében lesz.

I. Orvosi-, fogorvosi vizsgaidőpontok

Február 11–22. között

Csecsemő-gyermekkardiológia (r. é.)

Érsebészet (r. é.)

Foniatríia (r. é.)

Gastroenterológia (r. é.)

Iskolaegészségtan és ifjúságvédelem (r. é.)

Izotópdiaosztika (r. é.)

Kardiológia (r. é.)

Klinikai farmakológia (r. é.)

Klinikai onkológia (r. é.)

Mozgásszervi rehabilitáció (r. é.)

Orvosi mikrobiológia (x)

PROFINFO kalendáriumcsalád 1991



A legelegánsabb
kalendárium-
család!

- modul rendszer
(gyűrűs szerkezet,
- kézzel festett,
egyedi bőrtokok,
- szakmai változatok,
- angol változat is!

Kérjen katalógust!

De inkább rendelje meg,
amíg még nem késő!

PROFINFO Kft. BUDAPEST 1399 Pf. 701. Tel.: 135-0771

MEGRENDELŐLAP

Megrendelem a **PROFINFO '91 Kalendárium:**

	KÉTRÉSZES		HÁROMRÉSZES	
MANAGER	7850,—		8250,—	
BANKÁR	7450,—		7850,—	
ORVOS	7450,—		7850,—	
JOGÁSZ	7450,—		7850,—	
ANGOL	7850,—		8250,—	
MINI	990,—			

barna/szürke változatát példányban,
gyűrűs háttértárolót..... db-ban,

valamint számológép- és tollkészletet..... garnitúrában,
(500,—/db), mindösszesen Ft értékben.

Jelen megrendeléssel egyidejűleg a vételár 50%-át befizettem, vállalom, hogy szállításkor a második részletet — számlájuk alapján — kiegyenlítem.

Kérem a kalendáriumokat az alábbi címre, névre szállítani:

Név:

Cím:

Közület esetén számlaszám:

1990. hó nap.

A **PROFINFO '91** korlátozott számban készül, ezért a megrendeléseket csak érkezési sorrendben tudjuk kielégíteni. Amennyiben a megrendelőlapot a PROFINFO Kft. címére visszaküldi, valamint a kiválasztott változatok vételárának 50%-át az MHB 202—13235 sz. számlára átutalja, ill. postautalványon címünkre befizeti, akkor a megrendelt kalendáriumokat legkésőbb 1990. november 15. és november 30.-a között az Ön által megadott magyarországi címre leszállítjuk. A vételár fennmaradó 50%-át a kiadványokkal együtt átvett számla alapján kérjük kiegyenlíteni.

.....
aláírás/cégszerű aláírás

1990

Plasztikai (égési) sebészet (r. é.)
 Fog- és szájbetegségek
 Gyermekfogászat (r. é.)
 Fogszabályozás (r. é.)
 Szájsebészet (r. é.)

Február 25-Március 8. között Anaes-
 thesiológia-intenzív terápia
 Csecsemő-gyermekgyógyászat (r. é.)
 Fog- és szájbetegségek
 Gyermeknőgyógyászat (r. é.)
 Sebészet
 Szívsebészet (r. é.)
 Szülészeti-nőgyógyászat

Március 11-22. között
 Belgyógyászat
 Fertőző betegségek (x)
 Fog- és szájbetegségek
 Idegsebészet (x)
 Pszichiatria
 Radiológia
 Sportorvostan
 Trópusi betegségek (r. é.)
 Tüdőgyógyászat (x)

Március 25-Április 5. között
 Általános orvostan
 Endokrinológia (r. é.)
 Fog- és szájbetegségek
 Haematológia (r. é.)
 Mellkassebészet (r. é.)
 Oxyológia
 Transzfúziológia

Április 8-19. között
 Audiológia (r. é.)
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Csecsemő- és gyermek fül-orr-gégegyő-
 gyászat (r. é.)
 Fog- és szájbetegségek
 Fül-orr-gégegyógyászat
 Kórbontat-kórszövettan
 Reumatológia és fizioterápia (x)
 Társadalomorvostan (x)
 Traumatológia (x)
 Urológia

Április 22-Május 3. között
 Belgyógyászat
 Fog- és szájbetegségek
 Gyermektüdőgyógyászat (r. é.)
 Igazságügyi orvostan
 Igazságügyi elmeorvostan (r. é.)
 Neurológia
 Ortopédia
 Radiológia

Sugárterápia (x)
 Tüdőgyógyászat (x)
 Május 6-17. között
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Fog- és szájbetegségek
 Gyermekpszichiatria (r. é.)
 Pszichiatria
 Szülészeti-nőgyógyászat

Május 20-31. között
 Fog- és szájbetegségek
 Gyermekurologia (r. é.)
 Közegészségügy-járványtan
 Közegészségügy-járványügyi labor. vizsg.
 Repülésvostan (x)
 Sebészet
 Szemészet
 Társadalomorvostan (x)
 Üzemorvostan (x)

Június 3-14. között
 Anaesthesiológia-intenzív terápia
 Általános orvostan
 Bőrgyógyászat
 Gyermeksebészet (r. é.)
 Klinikai immunológia és allergológia (r. é.)
 Neonatológia (r. é.)
 Nephrológia (r. é.)
 Reumatológia és fizioterápia (x)
 Klinikai laboratóriumi vizsgálatok (x)
 Sugárbiológia-sugáregészségügy (x)
 Traumatológia (x)

Jelzések: (x) Első, illetve ráépített szak-
 képesítés is lehet
 (r. é.) Csak ráépített szakképesítés lehet.

ÜGYFÉLFOGADÁS IDŐ:

Hétfőn és szerdán: 8.00 órától 12.00 óráig.

II. Gyógyszereszi vizsgaidőpontok

Február 25-Március 8. között
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest)

MÁRCIUS 11-22. között
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest és Sopronban)

MÁRCIUS 25-ÁPRILIS 5. között Gyógy-
 szerellátási és gyógyszerügyi szervezés
 (Budapest)

ÁPRILIS 8-19. között
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest és Debrecenben)

ÁPRILIS 11-MÁJUS 3. között
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest)

MÁJUS 6-17. között
 Gyógyszertechnológia
 Kémiai (fizikai-kémiai) gyógyszerellenőrzés
 Mikrobiológiai gyógyszerellenőrzés
 Gyógyszerhatástan
 Közegészségügy-járványügyi laboratóriu-
 mi vizsgálatok
 Klinikai laboratóriumi vizsgálatok
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest és Debrecenben)

MÁJUS 20-JÚNIUS 7. között
 Gyógyszertechnológia
 Gyógyszerhatástan
 Toxikológia
 Farmakológia (gyógynövényismeret)
 Gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szerve-
 zés (Budapest)
 Egészségügyi gyógyszerügyi igazgatás

Intézeti gyógyszerészek részére gyógy-
 szerellátási és gyógyszerügyi szervezésből
 szakvizsgát Budapest április 8-19 között
 tartunk.

A Fővárosi László Kórház Tudományos
 Bizottsága 1990. október 31-én 14.00 órakor
 tudományos ülést rendez a kórház kultúr-
 termében (Budapest IX., Gyáli út 5.).
 Program: Májumorok diagnózisa és the-
 rápiája.
 Kerekasztal beszélgetés belgyógyász, se-
 bész, patológus, radiológus, klinikai labo-
 ratóriumi orvos részvételével.

A Fővárosi István Kórház, Merényi Gusztáv
 Kórháza 1990. október 30-án (kedd) délután
 14.00 órakor a kórház könyvtárában (Bp.,
 Gyáli u. 17-19.) tudományos ülést tart.

1. Pándy László dr., Molnár Gyula dr.,
 Magyar Iván György:
 Pszichiátriai betegek kórházi rehabilitációs
 foglalkoztatása

2. Molnár Gyula dr., Magyar Iván
 György dr., Haszmann Andrea dr., Kiss
 Zsuzsanna dr.
 Szezonális tényezők az affektív betegek
 hospitalizációjában

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 10 950 példányban

A kiadásért felel Prof. Dr. Árkay István igazgató

Telefon: 1310-781

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
 a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
 (Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),

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

Szerkesztőség: 1361 Budapest V., Nádor u. 32. Pf. 9. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/123, 151

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félévre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.14200 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

JUMEX®

tabletta

ANTIPARKINSONICUM

HATÓANYAG: 5 mg selegilinum hydrochloricum tabl.-ként.

JAVALLAT: Parkinsonismusban a levodopa-terápia adjuválása. A jó terápiás effektus fenntartása mellett a levodopa mennyisége esetenként csökkenthető. Alkalmazható a parkinsonismus minden fázisában, különösen előnyös előrehaladott parkinsonismusban, ahol a beteg állapota napszakosan ingadozik.

ELLENJAVALLATOK: Minden dopaminhiánnyal nem járó extrapyramidális megbetegedés (esszenciális, familiáris tremor, chorea hereditaria stb.).

ADAGOLÁS: Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető.

Kombinált kezelés. A korábbi levodopa adag esetenként csökkenthető, az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszerint nem befolyásolja.

MELLÉKHATÁSOK: Nyugtalanág, álmatlanság, hallucinációk, téveseszmék, hyperkinesis, továbbá gyomorbél panaszok, melyek a levodopa mennyiség csökkentésével mérsékelhetők, ill. megszüntethetők.

FIGYELMEZTETÉS: A levodopa-kezelésben részesülő parkinsonos beteg terápiájába a Jumex mennyiségét fekvőbeteg-gyógyintézeti idegostályon kell beállítani. A beállítást végző osztály lehetőség szerint 3 havonként ellenőrizze a beteget, ha ez nem oldható meg, az ellenőrzést szakrendelésen (gondozóban) kell elvégezni.

MEGJEGYZÉS: ❄️Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Parkinson-kór és szindrómában szenvedő betegnek a kezelőorvos – körzeti-, üzemi orvos, az ideg-elme szakrendelés (gondozó) szakorvosa – térítésmentesen rendel.

CSOMAGOLÁS: 50 tabl.



CHINOIN BUDAPEST 

SANDONORM® 1 mg tabletta

H 400 Antihypertensiva

A Sandonorm fő metabolitja a béta-1 és béta-2 receptorokon fejt ki gátló hatást. Kis mértékben intrinszik szimpatomimetikus aktivitással is rendelkezik. Membrán stabilizáló hatása in vitro és állatkísérletekben is észlelhető.

Nyugalomban és terheléskor is hatásos. Nyugalomban sem a szívfrekvenciát sem a perctérfogatot nem csökkenti lényegesen. Vérnyomást valamint szívfrekvenciát csökkentő hatását a cikadián ritmus megváltoztatása nélkül fejt ki. Mivel mérsékli a szív választ a béta adrenerg stimulációra, növeli az angina pectorisban szenvedő betegek terhelhetőségét, ezáltal csökkenti az anginás tüneteket.

Mivel a Sandonorm hatása — az ajánlott dózishatárok között — legalább 24 órán keresztül fennáll, napi egyszeri adása mind hipertóniában mind angina pectorisban elégséges.

HATÓANYAG: 1 mg bopindololum (hidrogénmaleinát só formájában tablettaként)

JAVALLATOK: Essentialis hypertonia és effort angina pectoris.

ELLENJAVALLATOK: Digitális refrakter szívelégtelenség, cor pulmonale, jelentős bradikardia, másod- és harmadfokú AV-blokk, asthma bronchiale. Terhesség, szoptatás.

ADAGOLÁS:

Esszenciális hipertónia: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.) Amennyiben a hatás három hetes kezelés után nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2—2 mg-ra (reggel 1 1/2—2 tabl.) lehet növelni, vagy más farmakológiai csoportba tartozó vérnyomáscsökkentő gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni. A vérnyomás normalizálódása után — különösen enyhe vagy közepes súlyos hipertóniában — a napi adagot 0,5 mg-ig (reggel 1/2 tabl.) lehet lecsökkenteni.

Angina pectoris: Kezdő adag napi 1 mg (reggel 1 tabl.) Amennyiben a hatás nem kielégítő, az adagot napi 1 1/2—2 mg-ra (reggel 1 1/2—2 tabl.) lehet növelni. Ha a válasz még mindig nem megfelelő, más farmakológiai csoportba tartozó gyógyszerrel lehet a kezelést kiegészíteni. Mindkét indikációban a veseműködés súlyos károsodása esetén (kreatinin clearance kisebb mint 20 ml/perc) a kezdő adag napi 0,5 mg (reggel 1/2 tabl.) legyen.

MELLÉKHATÁSOK: Esetenként enyhe szédülés, fejfájás, fáradékonyság, nagyon ritkán bőrreakció léphet fel. Ilyenkor a dózist csökkenteni kell.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Együttadása tilos intravénás Ca antagonistával. Óvatosan adható:

— verapamil típusú kalcium antagonistával (késlelteti az AV-átvezetést, kardiodepresszív hatás erősödhet).

FIGYELMEZTETÉS: Kezdő vagy manifeszt szívelégtelenségben szenvedő beteget béta-blokkolóval történő kezelés előtt megfelelő digitális-kezelésben kell részesíteni.

Altatással történő érzéstelenítés esetén igen fontos a kardiovaszkuláris rendszer körültekintő monitorozása. Ha az altatáshoz a béta-blokkád felfüggesztése szükséges, a Sandonorm dózisát fokozatosan kell megvonni. A gyógyszer kisfokú intrinszik szimpatomimetikus aktivitásának, valamint elhúzódó hatásának következtében a Sandonorm hirtelen elhagyása esetén sose következik be rebound jelenség. Phaeocromocytomában béta-blokkolót sosem szabad alfa-receptor blokkoló nélkül alkalmazni.

Béta receptor blokkolóval történő kezelés során előfordulhat, hogy súlyosbodnak a korábban már fennálló perifériás érbetegségek tünetei, melynek paraesthesia és a végtagok lehűlése lehet a következménye.

Veseelégtelenség esetén az alkalmazott dózist körültekintően kell megállapítani. Más béta-blokkolónál megfigyelték, hogy a súlyos veseelégtelenség tünetei esetenként tovább romolhatnak.

Egyidejű antidiabetikus terápia esetén óvatosság szükséges, mert a tartós éhezés jelentős hipoglikémiához vezethet és ennek fő tünete a tachikardia a béta-blokkád miatt rejtve maradhat, csupán az izzadás marad meg tünetként.

Amennyiben túladagolás miatt túlzott bradikardia alakulna ki, 0,5—1,0 mg (vagy több) atropin szulfátot kell i.v.-an adni.

Egy másik lehetőség, hogy a béta-receptorok serkentése céljából lassú i.v. infúzióban 5 µg/perc dózisban izoprenalin hidrokloridot adjunk a kívánt hatás eléréséig. Refrakter esetekben, vagy kezdődő szívelégtelenség kialakulásakor 8—10 mg glucagon hidrokloridot kell adni, melyet szükség esetén 1 órán belül meg lehet ismételni, majd ezt követően, ha még szükséges, 1—3 mg/óra sebességgel i.v. infúzióban lehet folytatni, miközben a beteget folyamatosan monitorozni kell.

A járművezető képességet és a baleseti veszéllyel járó munka végzését befolyásolhatja, ezért egyénileg kell meghatározni, hogy a gyógyszer milyen mennyiségben és mely adagolási módon történő alkalmazása mellett lehet járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni.

MEGJEGYZÉS:

✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 2x14 tabletta

Gyártja: SANDOZ AG. licence alapján



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

131. ÉVFOLYAM 43. SZÁM 2349—2404. OLDAL

BUDAPEST, 1990. OKTÓBER 28.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1680,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 31,— FT

VERAPAMIL

40 mg és 80 mg draszté

ANTIARRHYTHMICA KOSZORÚÉR-TÁGÍTÓK ANTIHYPERTENSIVA

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizom sejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin” keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágítja a coronariákat és gátolja a coronaria-spasmust; a perifériás artériák tágítása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG: 40 mg ill. 80 mg verapamilium chloratum draszté-ként.

JAVALLATOK: Angina pectoris kezelése és megelőzése, supra-ventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, béta-blokkolókra nem reagáló hypertrophias cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systoles vérnyomás < 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-blokk, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

ADAGOLÁS: Az egyéni érzékenységeknek megfelelően történik, az adag fokozatos emelésével. A **kezdő** adag általában 3x40 mg. **Átlagos** napi adagja **felnőtteknek** 3x80-160 mg. A 480 mg-os maximális napi adag csak kivételes esetben léphető túl.

Angina pectoris, hypertrophias cardiomyopathia esetében a szokásos kezdő adag 3x40-80 mg naponta. Ez az adag növelhető naponta (instabil angina) vagy hetenként, az optimális klinikai válasz eléréséig. A szokásos napi összdózis 240 mg (effort angina), illetve 480 mg (nyugalmi és Prinzmetal angina).

Supraventricularis tachycardiákban az állapot súlyosságától függően naponta 3-4-szer 40-120 mg.

Kombinált kezelés: Lehetőleg önmagában adjuk. Szükség esetén kombinálható kinidinnel (kivéve hypertrophias cardiomyopathias betegek esetén), prokainamiddal, digitalis-készítményekkel (figyelembe véve a súlyos bradycardia és AV-blokk kockázatát). Ha feltétlenül szükséges, (béta)-blokkolókkal is adható együtt, a beteg gondos ellenőrzése mellett. (Balkamra elégtelenségben és AV vezetési zavarban szenvedő betegeknél a két szer nem kombinálható!)

Rövid és tartós hatású nitrátokkal együtt adva kedvező terápiás hatás érhető el.

MELLÉKHATÁSOK: A szer általában jól tolerálható, az esetleg jelentkező mellékhatások a dózis csökkentésével általában megszűnnek vagy enyhülnek.

Leggyakoribb mellékhatások: obstipatio, fejfájás, szédülés, gyengeség, idegesség, pruritus, kipirulás, gyomorpanaszok, hányinger, ritkábban orthostatikus hypotonia, allergiás reakció. Egyéb mellékhatások előfordulásának esélye csekély.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁSOK:

Együttadás tilos:

- disopyramiddal, Verapamil adás előtt 48, utána 24 órán belül (feltételezett interakció veszélye miatt);
- kinidinnel, hypertrophias cardiomyopathiában szenvedő betegeknek (jelentős vérnyomásesés veszélye miatt).

Óvatosan adható:

- antihypertensív szerekkel (ezek hatását növeli);
- digitalis-készítményekkel (50-70%-kal) megemeli ezek vérszintjét, ezért a digitalis adagját csökkenteni kell;
- béta-blokkolókkal (súlyos bradycardia, AV-blokk, asystole veszélye miatt);
- inzulinnal (a Verapamil csökkenti a diabeteses betegek inzulin okozta hypoglykaemiáját).

FIGYELMEZTETÉS: Különös gondossággal adandó vese- és májkárosodás esetén, mivel a Verapamil kezelés alatt emelkedhet a szérum transzamináz- és alkalikus foszfatáz szintje. Súlyos májelégtelenségben az általában alkalmazott adag 30%-a ajánlott.

Wolff — Parkinson — White syndromás betegek pitvarfibrillációjának Verapamillal történő kezelése növelheti a kamrafibrilláció fellépésének kockázatát.

Hosszan tartó kezelés alatt rendszeres szemészeti ellenőrzés javasolt.

Lehetőleg ne alkalmazzuk terhességben (főként az I. trimeszterben) és a szoptatás ideje alatt, illetőleg Verapamil kezeléssel egyidejűleg ajánlatos a szoptatást szüneteltetni. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni, vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

CSOMAGOLÁS: 50 drg (40 mg)
50 drg (80 mg)

ELŐÁLLÍTÓ: CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára Rt.
Budapest

CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Főszerkesztő:

FEHÉR JÁNOS DR.

*

Főszerkesztő-helyettes:

KELLER LÁSZLÓ DR.

*

Szerkesztőbizottság:

Alföldy Zoltán dr., Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Oszváth Károly dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr. és Romics László dr.

*

Tanácsadó testület:

de Châtel Rudolf dr., Forgács Iván dr., Lépes Péter dr. és Veér András dr.

*

Szerkesztő munkatársak:

Btáge Zsuzsanna dr., Farsang Csaba dr., Giacinto Miklós dr., Hidvégi Jenő, Papp Miklós dr. (fnts), Tenczer József dr. és Walsz Róbert dr.

*

Nemzetközi tanácsadó testület:

Elnök:

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), S. Arimori (Tokyo), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), Gy. Nagy (Sydney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), M. Rojkin (New York), K. Tsuji (Tokyo).

131. ÉVFOLYAM

*

43. SZÁM

*

1990. OKTÓBER 28.

TARTALOMJEGYZÉK

Libertiny Gábor dr., Sarkadi László dr., Révész Ilona dr., Soós Ágnes dr. és Nagy Lajos dr.:

Az emlőtumorok preoperatív diagnosztikája klinikánkon

Preoperative diagnostics of breast tumors in our clinic 2351

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Tóth András dr., Hajdú Krisztina dr., Intódy Zsolt dr., Rajczy Klára dr. és László János dr.:

Az Edwards-szindróma fetális diagnosztikája

Fetal diagnosis of Edward's syndrome 2355

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Németh Júlia dr., Büki Béla dr., és Földes János dr.:

Plazma fibronectin tartalom vizsgálata pajzsmirigy betegségben

Determination of plasma fibronectin level in various thyroid diseases 2361

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Kakuk György dr., Kárpáti István dr. és Mátyus János dr.:

Haemodializált betegek anaemiájának kezelése rekombináns human erythropoietinnel

Treatment of the anemia of hemodialysed patients with recombinative human erythropoietin 2365

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Temesi Mihály dr., Nemerey Péter dr., Szabó Mária dr. és Varga Gyula dr.:

Az ultrahang vizsgálatok indikációi hasi traumákban 5 éves beteganyagunk alapján

Ultrasonographic indications in abdominal traumas on the basis of a five-year patient material 2373

PATHOLOGIAI TANULMÁNYOK

Varga László dr., Brittig Ferenc dr., Pócsa Károly dr., Kiss Gabirella dr., Morvay Adrienne o.h. és Döbrönte Zoltán dr.:

Az elsődleges májrák epidemiológiai vizsgálata Vas megyében

Epidemiologic study of the primary liver cancer . 2377

Beszámolók 2381

Folyóiratreferátumok 2387

Könyvismertetések 2399

Hírek 2371, 2401

Apulein kenőcs és krém T 200

Antiinflammatorica topica
(ATC kód: D 07 AC 09)

Hatóanyag:

3,75 mg budesonidum (15 g) vazelin alapanyagú kenőcsben,
3,75 mg budesonidum (15 g) vízzel lemosható krémben.

Hatás:

A budesonid hatóanyag a prednisolon-sorba tartozó, nem halogénezett glukokortikoid. Lokális hatásereősége a halogénezett származékokéval azonos.

Javallat:

Kortikoszteroidra reagáló gyulladásos bőrbetegségek, elsősorban atópiás dermatitisz, pszoriázis, ekcéma.
Kenőcsből a felszívódás lassúbb, mint a krém gyógyszerformából, hatása tovább tart, ezért krónikus folyamatok kezelésére előnyben részesítendő.

Ellenjavallat:

Vírusos, bakteriális, gombás fertőzés a bőrön;
bőrtuberkulózis;
szifiliszes bőrelváltozás; herpes simplex; rosacea; perioralis dermatitis; túlérzékenység valamelyik komponenssel szemben.
Terhesség, laktáció relatív ellenjavallatot képez, mérlegelni kell a várható terápiás előnyt és kockázatot, mert átjuthat a placentán és kiválasztódik az anyatejben.

Alkalmazás:

Az érintett területet naponta 1—2 alkalommal vékonyan bekenni.
Fenntartó kezelés esetén elegendő a napi egyszeri alkalmazás.

Mellékhatás:

Zárt fedőkötés gyorsítja a hatóanyag felszívódását, ezért ilyen kötéssel, valamint nagy felületen alkalmazva felszívódhat és szisztémás kortikoszteroid hatást fejthet ki.
Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkeznek.
Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken, bőratrofia alakulhat ki. Másodlagos szuperinfekció, acneiform eruptio, irritatív dermatitis, égő érzés, viszketés, a bőr kiszáradása, folliculitis, hypopigmentáció, striae, hypertrichosis, arcbőrön papulózus dermatitisz esetleg előfordulhat.

Figyelmeztetés:

A kezelés időtartama a klinikai eredménytől függ. Négy héten túli kezelés csak a beteg állapotának alapos mérlegelésével végezhető. Fertőzések esetén megfelelő antibakteriális, illetve antifungális kezelést kell folytatni. Bőrirritáció vagy szenzibilizáció esetén a kezelést abba kell hagyni.

Gyermekek kezelése megfontolást és fokozott körültekintést igényel.

Szem és szemkörnyéki területek, valamint nyálkahártya kezelésére nem alkalmazható!

Csomagolás:

1 tubus (15 g)

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR — Budapest

Az emlőtumorok preoperatív diagnosztikája klinikánkon

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, II. sz. Sebészeti Klinika
(igazgató: Nagy Lajos dr.)

Klinikánkon 1983 és 1988 között emlőtumor miatt végzett műtét előtt 197 beteg történt a fizikális vizsgálaton kívül mammographia és vékonytű aspirációs citológia. A mammographia valamint az aspirációs citológia szenzitivitása 81,9, illetve 66,1%, specificitásuk 91,2 és 95%, a fizikális vizsgálat specificitása 97,7% volt. Amikor mindhárom vizsgálat malignitásra utalt, ezt a szövettan kivétel nélkül megerősítette. Huszonhat, a három vizsgálattal egybehangozóan benignusnak tűnő eredmény négy esetben téves volt, a szövettan nyirokcsomó-metasztázist nem adó, 2 cm-nél kisebb emlőrákot igazolt. A sejtmentesség miatt citológiai értékelhetetlennek tartott aspirátumok a mammographia és a fizikális vizsgálat által felvetett benignitást alátámasztották. Tapasztalataink azt mutatják, hogy a fizikális vizsgálatból, mammographiából és vékonytű aspirációs citológiából álló diagnosztikus hármasra a jelenleginél jobban támaszkodhatunk a terápia megválasztásában.

Preoperative diagnostics of breast tumors in our clinic. Between 1983 and 1988 197 patients underwent mammography and fine needle aspiration cytology procedure beside physical examination before operation for breast tumor in our clinic. The sensitivity of mammography and fine needle aspiration cytology were 81,9 and 66,1%, their specificities were 91,2 and 95%, the specificity of physical examination was 97,7%. When all three examinations indicated malignancy, this was confirmed by histology without exception. When the examinations showed benign lesion in concert, four of the 26 diagnoses were false, histology proved breast cancer smaller than 2 centimetres in diameter without lymph node metastases in each case. Those aspirations which were considered unsatisfactory because of the lack of cells supported the diagnosis of a benign tumor raised by physical examination and mammography. Our data indicate that the diagnosis yielded by the combination of the three examinations may support therapy more than it does in the present.

Az emlődaganatok műtétét megelőző vizsgálatok sorából elterjedtsége miatt — a fizikális vizsgálat mellett — a mammographia és a vékonytű aspirációs citológia emelhető ki (9, 17, 18, 19, 21, 22). A vizsgálatok eredménye tájékoztatást nyújt a tumor várható szövettanáról. Jelenlegi gyakorlatunk szerint (16) műtét indikáció fennállása esetén általános érzéstelenítésben excíziót végzünk, majd a műtétet a fagyasztásos szövettani vizsgálat adta diagnózis alapján fejezzük be. Egyéb vizsgálatokat, mint termográfia, komputer tomográfia stb. ritkábban végzünk. Újabban az ultrahangvizsgálatot alkalmazzuk eredménnyel a szolid és a cisztózus elváltozások elkülönítésében.

Klinikánkon a hatvanas évek vége óta végzünk mammographiát és 1983 óta vékonytű aspirációs citológiát. 1983 és 1988 között összesen 438 beteget vettünk fel emlőtumor miatt intézetünkbe. 92%-uknál történt műtét. 197 beteg végzettünk a műtétet megelőzően mind mammographiát, mind citológiai vizsgálatot.

Vizsgálatok és módszer

A feldolgozás során a klinikára annak ellátási területéről, konzílium alapján más intézetből, illetve egyéb úton felvételre került összes emlőtumoros beteg közül azokat vettük figyelembe, akiknél a műtét előtt mind a mammographiát, mind az aspirációs

citológiát elvégeztük. Ezen betegek átlagéletkora 51,9 év volt, a legfiatalabb 25, a legidősebb 84 éves volt műtétekor.

A fizikális vizsgálatot a beteg felvételekor általában az osztályos orvos végezte. A retrospektív feldolgozáskor ezt, a kórlapba leírt vizsgálati leletet vettük figyelembe. Malignusnak, illetve malignitásra gyanúsaknak ítéltük az emlőben tapintott csomót, ha azt környezetével, a bőrrel vagy alapijával összekapaszkodottnak, keménynek, bizonytalan határúnak, esetleg kifehélyesedettnek írták le. A fizikális vizsgálat alapján benignusnak tartottuk a daganatokat, ha az a leírás szerint környezetétől jól elhatárolt, mobilis volt. Amennyiben csak a csomó létezéséről, nagyságáról és elhelyezkedéséről találtunk feljegyzést, a vizsgálatot a dignitás szempontjából értékelhetetlennek tekintettük.

A mammographiás vizsgálatot — igen kevés kivételtől eltekintve —, klinikánk két radiológusának egyike végezte. A kiadott leleten minden esetben szerepelt, hogy a vizsgáló a talált elváltozást radiológiai malignusnak vagy benignusnak tartja-e, vagy a látott kép alapján nem tud állást foglalni.

A vékonytű biopsziát 10 ml-es Cameco aspirációs pisztollyal (7, 21) általában az osztályos orvos, alkalmanként a pathológus végezte. A keneteket az elmúlt hat év alatt legalább öt vizsgáló értékelte. Az irodalomban olvasható gyakorlattal ellentétben (7, 10, 17, 21) az eredményeket itt is három csoportba, valószínű malignus, benignus és nem értékelhető vizsgálatok csoportjába osztottuk, a citológus leletének megfelelően. Az értékelhetetlenség leggyakoribb oka az volt, hogy az aspirátumban sejtes elemet nem találtak. A vizsgálatok kontrollját a műtét előtti preparátum beágyazott szövettani metszetének vizsgálata képezte. Azokat az eseteket, amikor a teljes kivizsgálást valamilyen okból nem követte műtét, nem vettük figyelembe. A szenzitivitást és a specificitást a következő képletek alapján számoltuk:

$$\text{szenzitivitás} = \frac{\text{poz.}}{\text{poz.} + \text{álneg.}} \times 100;$$

$$\text{specificitás} = \frac{\text{neg.}}{\text{neg.} + \text{álpoz.}} \times 100.$$

Kulcsszavak: emlőtumor, mammographia, aspirációs citológia

Itt „negatív” vizsgálati eredmény alatt a benignus és az értékelhetetlen vizsgálatok összegét értettük (7). Az adatokat Commodore 64-es számítógép segítségével dolgoztuk fel. A statisztikai számításnál a χ^2 próbát használtuk.

Eredmények

Az eredményeket az 1. táblázatban foglaltuk össze. Ebből kitűnik, hogy meglehetősen magas a citológiai vizsgálattal értékelhetetlennek minősített vizsgálatok száma. A szenzitivitás és a specificitás számolásához tudnunk kellett, hogy az értékelhetetlen vizsgálatok hogyan oszlanak meg a malignus és a benignus esetekben (2. táblázat).

1. táblázat: A vizsgálatok eredményei

	vizsgálatok			
	fizikális (n = 197)	mammog- raphia (n = 197)	citológia (n = 197)	hisztológia (n = 197)
malignus	69	104	82	113
benignus	78	74	57	84
értékelhetetlen	50	19 (9,6%)	58 (29,4%)	
álpozitív	(3)	(9)	(6)	
álnegatív		(23)	(42)	
szenzitivitás		81,9%	66,1%	
specificitás	97,7%	91,2%	95,0%	

2. táblázat: Értékelhetetlen vizsgálatok

	értékelhetetlen		
	mammog- raphia	citológia	hisztológia
benignus	7	33	84
malignus	12	25	113
összes	19	58	197

A klinikai vizsgálatok szenzitivitását — tekintettel arra, hogy a vizsgálatokat igen nagyszámú vizsgáló végezte, és mivel a fizikális vizsgálat szerepe gyakorlatunkban elsősorban a csomó meglétének felderítése és helyének meghatározása volt —, nem vettük figyelembe. A klinikai vizsgálat során észlelt rosszindulatúságra utaló tünetek háttérben leginkább valóban malignitás állt. Kiszámítva a specificitást, az 97,7%-os volt.

Az aspirációs citológiának igazi jelentősége akkor van, ha nincs álpozitív lelet (2). A hat álpozitív vizsgálati eredményünket utólagosan megvizsgáltuk. Egy eset kivételével, amikor a végléges szövettan intraductalis hámproliferációt és apocrin metaplasziát írt le, csak mérsékelt polymorphiát és polychromasiát találtak, de oszló sejtalkokat nem. A szövettani eredmények a következőképpen oszlottak meg: Négy esetben mastopathia fibrocystica volt a diagnózis. Közülük kettőben kifejezett intraductalis hámproliferációt, egy esetben emellett apocrin metaplaszi-

át, egy esetben adenosis sclerotisanst találtak. A további két álpozitív citológia végléges eredménye fibroadenoma intracanalicularis, illetve fibrosis mammae volt.

A fizikális vizsgálat, a mammographia és az aspirációs citológia a hat év alatt 43 betegnél utalt egybehangzóan malignitásra. A szövettani eredmény minden esetben carcinoma volt. 26 betegnél jelzett mindhárom vizsgálat benignitást. Közülük 22-ben a tumor valóban jóindulatú volt. Négy daganat szövettani vizsgálata malignitást mutatott: egy intraductalis papillomatosis és kezdeti infiltratio jeleit mutató carcinoma solidum volt, egy esetben in situ carcinomát találtak, a harmadik betegnél maximálisan másfél centiméter átmérőjű koloid carcinomát, a negyediknél 1 cm-nél kisebb infiltráló ductalis rákot találtak. Nyirokcsomó-metasztázis egyik esetben sem volt.

Az aspirációval nyert kenetek közel 30%-ában nem találtak alkalmas sejteket a jó- vagy rosszindulatúság megítéléséhez. A 2. táblázatból látható, hogy — az irodalomban olvasható adatokkal megegyezően (5, 8) — a később szövettanilag igazolt jóindulatú elváltozások eseteiben gyakoribb, hogy a pathológus nem tud a kenet alapján határozott véleményt mondani. A vizsgált tumorok között kb. 40%-kal gyakoribb volt a malignus. Az eltérés nem szignifikáns ($p < 0,10$). Az 57 benignitást mutató aspirációs citológiai lelet szövettanilag 39 esetben igazolódott, 18 malignus volt. Annál a 28 betegnél, ahol sem a fizikális vizsgálat, sem a mammographia nem utalt malignitásra, és az aspiráció során nem nyertünk hámséjtet, 25 esetben igazolódott jóindulatúság, és csak három volt carcinoma ($p < 0,001$).

Megbeszélés

Az emlőtumoroknál végzett preoperatív vizsgálatoknak a daganat felderítésén túl a jó- vagy rosszindulatúság megítélésében van szerepük. A fizikális vizsgálatból, mammographiából és aspirációs citológiából álló diagnosztikus hármas egyszerűségével és nagy pontosságával emelkedik ki a többi lehetséges vizsgálat közül (9, 19, 22).

A fizikális vizsgálat szenzitivitását nem értékeltük, mivel retrospektív feldolgozásunkban a nagyszámú vizsgáló sokszor csak a csomó meglétének és elhelyezkedésének leírására szorítkozott (17, 19, 20). A magas — 97,7%-os — specificitás azt mutatja, hogy az emlőrákok klasszikus tüneteinek megléte alig hagy kétséget a betegség természete felől. Ha a tumort operábilisnak tartjuk és excisiót valamint fagyasztásos szövettani vizsgálatot tervezünk, további vizsgálatoknak kevés szerepük van.

Sorozatunkban az elvégzett vizsgálatok közül a mammographia volt a legpontosabb 81,9%-os szenzitivitásával és 91,2%-os specificitásával. Az összes figyelembe vett vizsgálat 80,2%-ában jutottunk általa helyes diagnózishoz. Ez az irodalmi adatokkal jó egyezést mutat (1, 11, 13, 17, 18, 20).

Több szerző 74 és 96,2% között adja meg a citológiai diagnózis találati arányát (7, 8, 17, 21). Hazánkban Degrell a daganat szövettani típusától függően 90–95 (3), il-

letve 96%-os (4) találati pontosságról számol be. Mások 63,5 valamint 65%-os szenzitivitást értek el (9, 22). *Wanebo és társai* szerint (21) a 65%-os szenzitivitás a citológiai vizsgálat számára elégtelen aspirátumok miatt van: ez náluk 26% volt. Más szerzők 5% (17), sőt 1% alatt (14) adják meg az értékelhetetlen aspirációk előfordulását. Citológiai vizsgálataink 66,1%-os szenzitivitással és 95,0%-os specificitással az összes vizsgálat 58,8%-ában adtak helyes diagnózist. A viszonylag alacsony szenzitivitás legfőbb oka az értékelhetetlen vizsgálatok közel 30%-os aránya volt. *Gardecki és munkatársai* (8) szerint az elégtelen aspirációk száma attól függ, mennyire jól tapintható a csomó. Egészséges emlő aspirátuma citológiai vizsgálatra leggyakrabban alkalmatlan (5). A jelentős különbségek alapján felvetődik, hogy az egyes szerzők számára más-más tapintási lelet jelentette a vékonytű aspiráció indikációját. Több szerző is hangsúlyozza (14, 15), hogy az elégtelen aspirációk számának csökkentésében nagy szerepe lehet a vizsgálatok ismétlésének. Nem elhanyagolható, hogy milyen tapasztalatú szakember végzi az aspirációt (12).

A vizsgálatok együttes értékelése növeli a pontosságot (9, 19, 21). Amikor a tapintási lelet, a mammographiás és a citológiai kép egyaránt malignitásra utalt, a szövettan kivétel nélkül igazolta a rosszindulatúságot. A hazánkban általánosan elfogadott elveknek megfelelően a radikális műtétet ilyenkor is a tumor fagyasztásos szövettani vizsgálata előzte meg (16). A hat év alatt szerzett tapasztalatok alapján megkérdőjelezhető ennek szükségessége.

Azok az esetek, amikor a vizsgálatok egybehangzóan jóindulatúságra mutattak, korántsem voltak ennyire egyértelműek. 26 eset közül négyben tévesen jeleztek benignitást, ezek mindegyike I. stádiumú rák volt.

Hasonlóan más szerzők által leírt adatokhoz (6, 7, 8, 16, 23), a dignitás szempontjából értékelhetetlen aspirátumok jóval gyakoribbak benignus elváltozásokban. A különbség nem akkora, hogy az aspiráció értékelhetlensége egyértelműen a benignitás mellett szólna, de azoknál a betegeknél, akiknél emellett sem a fizikális vizsgálat, sem a mammographia nem szól rosszindulatú daganat mellett, az ilyen citológiai lelet nem semmitmondó, hanem a jóindulatúságot támasztja alá.

IRODALOM: 1. *Baines, C. B. et al.*: Sensitivity and specificity of first screen mammography in the Canadian National Breast Screening Study: a preliminary report from five centers. *Radiology* 1986, 160, 265. — 2. *Bauermeister, D. E.*: The role and limitations of frozen section and needle aspiration biopsy in breast cancer diagnosis. *Cancer* 1980, 46 / 4 suppl. / 947. — 3. *Degrell, I.*: Needle-biopsy cytology in the preoperative diagnostics of breast diseases. *Acta Morphol. Acad. Sci. Hung.* 1980, 28, 297. — 4. *Degrell, I.*: Aspiration cytology of breast carcinoma. *Acta Morphol. Acad. Sci. Hung.* 1982, 30, 277. — 5. *Duguid, H. L. et al.*: Needle aspiration of the breast with immediate reporting of material. *Br. Med. J.* 1979, 2, 185. — 6. *Fábián E. és mtsai*: Aspirációs cytológia az emlő jó és rosszindulatú elváltozásaiban. *Orv. Hetil.* 1982, 123, 2887. — 7. *Frable, W. J.*: Needle aspiration of the breast. *Cancer* 1984, 53, suppl. 671. — 8. *Gardecki, T. I. et al.*: Aspiration cytology in the preoperative management of breast cancer. *Lancet* 1980, 2, 790. — 9. *Hansell, D. M. et al.*: The accuracy of mammography alone and in combination with clinical examination and cytology in the detection of breast cancer. *Clin. Radiol.* 1988, 39, 150. — 10. *Kern, W. H.*: The diagnosis of breast cancer by fine-needle aspiration smears. *JAMA* 1979, 241, 1125. — 11. *Klein, D. L. et al.*: Effects of needle aspiration on the mammographic appearance of the breast: a guide to the proper timing of the mammography examination. *Radiology* 1982, 145, 44. — 12. *Lamb, J. et al.*: Role of fine needle aspiration cytology in breast cancer screening. *J. Clin. Pathol.* 1987, 40, 705. — 13. *Lengyel L. és mtsai*: Emlőszűrés, az emlőrák korai diagnosztikája. *Orvosképzés* 1987, 62, 405. — 14. *Mackenzie, L. A. et al.*: Needle aspiration of the breast (letter). *Br. Med. J.* 1979, 2/619, 795. — 15. *Meirion Thomas J. et al.*: Clinical examination, xeromammography and fine needle aspiration cytology in diagnosis of breast tumors. *Br. Med. J.* 1978, 2, 1139. — 16. *Módszertani levél*: Az emlőrák felkutatása, diagnosztikája, terápiás ellátása és gondozása. Fel. kiadó: prof. dr. Eckhardt Sándor O. O. I. (1980) 119, 12. oldal. — 17. *Shabot, M. M. et al.*: Aspiration cytology is superior to Tru-Cut needle biopsy in establishing the diagnosis of clinically suspicious breast masses. *Ann. Surg.* 1982, 196, 122. — 18. *Sickler, E. A. et al.*: Mammography after needle aspiration of palpable breast masses. *Am. J. Surg.* 1983, 145, 395. — 19. *Svastics E. és mtsai*: Klinikai vizsgálat, mammographia és aspirációs cytológia együttes alkalmazása az emlőbetegségek kórismézésében. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 1375. — 20. *Székely, M., Demeter J.*: A radiológiai vizsgálat jelentősége az emlőrák korai feltárásában 10 éves mammográfiás anyagunk alapján. *Medicus Universalis* 1987, 20, 9. — 21. *Wanebo, H. J. et al.*: Fine needle aspiration cytology in lieu of open biopsy in management of primary breast cancer. *Ann. Surg.* 1984, 199, 569. — 22. *Wollenberg N., J. et al.*: Fine needle aspiration cytology of the breast. A review of 321 cases with statistical evaluation. *Acta Cytol.* 1985, 25, 425.

(Libertiny Gábor dr., Budapest, Nagyvárad tér 1. B ép. 1096)

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendeléseinket kérjük feltüntetni *MNB számlaszámukat*.

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat



Tisztelt Partnereink!

Engedjék meg, hogy ismét felhívjuk figyelmüket egy olyan újdonságra, mely jelentősen segítheti munkájukat, javíthatja a gyógyító munka hatékonyságát, higiéniás körülményeit.

az EGÉSZSÉGÜGYI KENDŐCSALÁD nem hiányozhat egyetlen korszerű egészségügyi intézményből, háztartásból sem!



A termékcsalád tagjai:

- Fertőtlenítő kendő
- Antiszeptikus kendő
- Injekció előtti fertőtlenítő kendő
- Nővérendő
- Toilethasználat utáni kendő

Importálja: MEDICOR KERESKEDELMİ RT.

Forgalmazza: FŐVÁROSI TANÁCS GYÓGYSZERTÁRI KÖZPONTJA

MEDICOR

Kaphatók: — Gyógyszertárakban
— FITOTÉKA-hálózatban
— Gyógynövény-drogéria szaküzletekben,
ahol bővebb információkat tartalmazó szórólapokkal
is állnak rendelkezésükre!

Tóth András dr.,
Hajdu Krisztina dr.,
Intődy Zsolt dr.,
Rajczy Klára dr.,
és László János dr.

Az Edwards-syndroma fetális diagnosztikája

Orvostovábbképző Egyetem, Budapest, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Gáti István dr.)
Weil Emil Kórház-Rendelő Intézet, Budapest, Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Tallián Ferenc dr.)

A szerzők 1680 terhes prenatális cytogenetikai vizsgálat során nyolc Edwards-syndromás magzatot diagnosztizáltak. Megállapítják, hogy a Down-syndroma után az Edwards-syndroma a leggyakrabban előforduló súlyos kromoszómaabnormalitás. A rendellenesség sokszor ultrahanggal is felismerhető anomáliákkal társul (pl. omphalocele, polyhydramnion, növekedési retardáció). A szerzők saját és az irodalmi adatok alapján elemzik az ultrahangdiagnosztika jelentőségét a magzati kromoszómarendellenességek felismerésében, valamint felhívják a figyelmet az Edwards-syndroma bármely terhességi korban történő felismerésének fontosságára.

Fetal diagnosis of Edward's syndrome. Eight cases of Edward's syndrome were found prenatally by cytogenetical analysis of 1680 pregnant women. It has been estimated that after Down's syndrome Edwards's syndrome is the most frequently encountered chromosomal abnormality. This syndrome is associated with high rate of anomalies detectable by ultrasound (e. g. omphalocele, polyhydramnion, growth retardation). Here it is discussed in relation with sonographical findings related to Edwards's syndrome and representing clear indications for chromosomal analysis. The authors call attention to the importance of the diagnosis of Edward's syndrome at each gestational age.

A terhesség alatti cytogenetikai vizsgálatok egyre fontosabb szerepet töltenek be a fejlett országok terhesgondozásában. A prenatális kromoszómavizsgálatok mintegy 90%-át az előrehaladott (>35 év) anyai életkor miatt végezzük. Ezt a kategóriát szokás a Down-syndroma szűréséként is emlegetni. Bár a kromoszómarendellenességek között valóban a Down-syndromával találkozunk a leggyakrabban, mintegy 50%-ban más kromoszómarendellenességek is számítani kell. A súlyos következményekkel járó autoszómális triszómiák között az Edwards-syndromának (18-as kromoszóma triszómiája) van a legnagyobb jelentősége.

1980 óta 990 amniocentézis, ill. 690 chorionbolyho mintavétel (CVS) során összesen 72 kromoszómarendellenességet diagnosztizáltunk. Téves eredményünk nem volt. Ezen vizsgálatok során nyolc 18-as triszómiát szűrtünk ki.

Az alábbiakban a 18-as triszómiás eseteinket, valamint az Edwards-syndroma prenatális szűrésének lehetőségeit tekintjük át.

Esetismertetés

A mintavételt és a cytogenetikai vizsgálatokat a korábban leírt módszerekkel magzatvíz sejtenyészttel (1), ill. a chorion bolyhok direkt kromoszómaanalízisével (6) végeztük.

1. eset: J. F. 42 éves gravida második terhessége 10. hetében jelentkezett vizsgálatra. A családi anamnézis negatív volt. Az elvégzett CVS után 47,XX,+18 kromoszómakészletet diagnosztizáltunk, ezért a terhességet megszakítottuk. Az abortum kromoszómaanalízise nem járt eredménnyel.

Kulcsszavak: Edwards-syndroma, prenatális diagnosztika

Rövidítések: CVS = chorion mintavétel; UH = ultrahang; MSAFP = anyai serum alfa-fetoprotein; VZR = velőcsőzáródási rendellenesség; MOM = multiple of median;

2. eset: V. A. 14 hetes terhesnél életkora miatt (42 éves) végeztünk transzabdominális CVS-t. Az anamnézisben egy halvaszülés (fejlődési rendellenesség nem volt) és két egészséges gyermek szerepelt. Az UH vizsgálattal ekkor még kóros eltérést nem lehetett kimutatni. A kromoszómavizsgálat eredménye 47,XX,+18 volt, ezért a terhesség megszakítását javasoltuk. A terhes közben az NDK-ba (Rostock) távozott, ahol kérésünkre gondozásba vették. A 18–19. terhességi héten megismételt UH vizsgálattal növekedési retardációt és omphalocelét állapítottak meg. A megszakítás után a fentieken kívül még kamrai septumdefectust, szájpadasadékot, clinodactyliát és facialis anomáliát állapítottak meg. Az abortum kromoszómaanalízise igazolta az eredeti cytogenetikai diagnózist.

3. eset: K. I. 44 éves terhes 4 terhességmegszakítás, egy hüvelyi szülés és két 10–11 hetes spontán vetélés után került klinikánkra. A 10. gestációs héten elvégzett CVS kóros karyotípust eredményezett (47,XY,+18). A megszakítás után az embryo fibroblast tenyésztésével is sikerült a fenti kromoszómaképet megerősíteni.

4. eset: W. A. 27 éves harmadszor terhes gravidánál kóros UH lelet miatt végeztünk CVS-t. Az első terhesség 37. hetében méhen belül elhalt fiú magzat született. A patológiai vizsgálat patkóvesén kívül más eltérést nem igazolt. A második terhességből a 41. héten élő egészséges 3200 g súlyú leány született. A harmadik terhesség 11. hetében UH-gal hygroma collit észleltünk. Mivel a CVS után 47,XX+18 kromoszómaképet állapítottunk meg, a terhesség megszakítását javasoltuk. A magzat fibroblasttenyésztése nem járt eredménnyel. A 14 hetes fetus patológiai vizsgálata a felső ajak középső részén 3 mm-es behúzóda, valamint jelentős omphalocelét is kimutatót.

5. eset: P. P. 41 éves primigravidánál a 17. terhességi héten végeztünk amniocentézist. Az UH vizsgálattal fejlőd-

dési rendellenességet nem sikerült kimutatni. A magzatvíz sejtekből 47,XX,+18 karyotypust diagnosztizáltunk. A magzatvíz AFP 14,8 $\mu\text{g/ml}$ (1,69 MOM) volt. A kórbonctani vizsgálat a magzaton és a lepenyén fejlődési rendellenességet nem igazolt.

6. eset: V. P. 47 éves gravida hat spontán vetélés és egy szülés (egészséges fiú) után a 8. terhességgel került klinikánkra. A 23 hetes magzatnál az UH vizsgálat omphalocelét mutatott ki. A transzabdominális CVS után a fejlődési rendellenesség okaként Edwards-szindrómát igazoltunk (47,XX,+18). Tekintettel a letális rendellenességre, a terhesség megszakítását javasoltuk. A 24 hetes magzat patológiai vizsgálata során a súlyos omphalocelén kívül más rendellenességet nem állapítottak meg. A magzat fibroblasttenyésztésre nem volt elérhető.

7. eset: M. Z. 41 éves harmadszor terhes anamnézisében egy művi megszakítás és egy szülés (élő egészséges leány) szerepelt. A 10. terhességi héten elvégzett CVS 47,XX,+18 karyotypust igazolt. Az abortátum kromoszóma vizsgálat céljából nem volt elérhető.

8. eset: S. I. 27 éves 25 hetes terhesnél UH-gal észlelt rendellenességek miatt végeztünk amniocentézist. Az előzményekben egy egészséges élő fiú és két terhességmegszakítás szerepel. Az UH vizsgálat során a szokásosnál lényegesen több magzatvizet és omphalocelét észleltünk. A magzat lényegében a számított időnek megfelelő nagyságú volt. A magzatvíz sejtekben minden osztódásban 18-as triszómiát (47,XY,+18) állapítottunk meg. A kórbonctani vizsgálat az omphalocelén kívül hydrocephalus internust, dongalábát és mindkét kézen fejlődési rendellenességet írt le (ábra).



1. ábra: A 25 hetes magzat (8. eset) a kóros UH lelet alapján történt megszakítás után. Jól látszik az omphalocele, a kézfejlődési rendellenesség és az abnormális lábtartás.

Megbeszélés

Az Edwards-szindróma (a 18-as kromoszóma triszómiája) jól ismert letális kromoszómarendellenesség. Az első hazai leírás *Korányi és László* (8) nevéhez fűződik. Újszülöttkori előfordulása 0,16–0,3 ezrelék (5, 13). Mivel terhesség alatt erőteljes spontán szelekció működik, a koraterhességben jóval nagyobb arányban állapítható meg ez a rendellenesség. Még a 17. gestációs hét után is 68% a spontán magzati halálozás (12). Előfordulása az anyai életkortól is függ, így *Schreinemadars és mtsai* (12) az amniocentézisek alapján a 35 éves terheseknél 0,5, míg a 43 éveseknél 16,6 ezreléket állapítottak meg. Az első trimeszterben végzett CVS után *Mikkelsen és Aymé* (11) összesítése szerint a 18-as triszómia előfordulása 0,44%, a 35–45 éves korosztályban. Ugyanebből a tanulmányból az is kitűnik, hogy a 35 év alatti anyák esetében a kromoszóma triszómiák ismétlődési esélye 1% körüli. Itt fontos megjegyezni, hogy az ismétlődési kockázat független a triszómia típusától, tehát pl. a Down-szindrómát ugyanúgy követheti az Edwards-szindróma, mint ahogy a 18-as triszómiát a Down-szindróma (3).

Az Edwards-szindróma tehát a Down-szindróma után, különösen az anyai életkor előrehaladásával jelentős arányban fordul elő. A prenatális diagnosztika szempontjából előnyös, hogy számos nem cytogenetikai módszerekkel is felismerhető anomáliával is társulhat. Általában egy adott kromoszómarendellenesség a magzati életben meglehetősen változatos módon okoz fejlődési rendellenességet. Ezen variabilitás oka még nem ismert. Kialakulásában részben a kromoszóma-mozaikosság (eltérő kromoszómakészletű sejtvonalak) is szerepet játszhat, ami többek között a magzat túlélési esélyeit is befolyásolja (7).

A kromoszómarendellenesség a magzatokban minden esetben multiplex fejlődési rendellenességet idéz elő, melyeknek egy része ultrahanggal, főleg a második trimesztertől felismerhető. *Gilbert és mtsai* (4) 35 fetális omphalocele közül 17 esetben (48,6%) állapítottak meg 18-as triszómiát. *Wladimiroff és mtsai* (14) 13 magzat kromoszóma vizsgálatát végezték el ultrahanggal felismert szívfejlődési rendellenesség miatt. Öt esetben találtak kromoszóma-anomáliát, amiből három 18-as triszómia volt. *Eydoux és mtsai* (2) gastrointestinális rendellenességek esetén 20,8%-ban állapítottak meg kromoszóma-abnormalitást. A Down-szindrómára utaló duodenum artériával szemben az oesophagus atresia a 18-as triszómiára jellemző. Az Edwards-szindrómás magzatoknál gyakran állapítottak meg obstructív uropathiát, hydrocephalust, végtag- és arcdéformitásokat, valamint hernia diaphragmaticát. Az Edwards-szindróma felismerésének esélyét növeli, ha több rendellenességet is sikerül diagnosztizálni. Így a nem-specifikus tünetek, mint pl. a polyhydramnion és a növekedési retardáció is igen hasznos adat. *Eydoux és mtsai* (22) 33 esetből 21-nél találtak növekedési retardációt. Ugyanez a munkacsoport megállapította, hogy a 18-as triszómia esélye nagyobb, ha a növekedési retardáció és polyhydramnion együttesen fordul elő (7/37).

Alacsony anyai serum-AFP (MSAFP) és a magzati kromoszóma-rendellenességek, mindenekelőtt a Down-



®Trental 400





[®]Trental 400

**Korszerű lehetőség
az érbetegségek kezelésére**

**draszé
Vasodilator periphericus**

Hatóanyag: 400 mg pentoxifyllinum drazsénként.

Javallatok: Perifériás keringési zavarok (pl.: láb-szárfekély, gangréna). Agyi keringési zavarokból adódó állapotok (emlékezzettel és koncentrációs készséggel kapcsolatos zavarok, szédülés, fülzúgás, stb.)

Szem és fül keringési zavarok, melyek csökkentik a látási és hallási képességet.

Ellenjavallatok: Pentoxifyllin túlérzékenység, erős vérzés, gyomorvérzés, akut szívinfarktus, nagy kiterjedésű retinavérzés, terhesség.

Adagolás: Naponta 800—1200 mg (2—3-szor 1 draszé) adható. Szétrágás nélkül, bő folyadékkal, étkezés után kell bevenni.

Mellékhatások: Alkalmazásakor előfordulhatnak gyomor-, bélpanaszok (pl. gyomornyomás, teltség-érzés, émelygés, hányás, hasmenés), fejfájás vagy szédülés, melyek egyes esetekben a kezelés megszakítását tehetik szükségessé.

Arckipirulás vagy forróságérzés, paroxysmalis tachycardia, angina pectoris vagy vérnyomásesés nagyon ritkán jelentkeznek, főleg magasabb dózisoknál. Ilyen esetekben a készítmény szedését szüneteltetni kell, vagy a dózis csökkentését fontolóra kell venni. Túlérzékenységi reakciók — viszketés, bőrvörösség, csalánkiütés, a bőr lokális duzzanata (angioneuroti-

kus ödéma) — előfordulása ritka és rendszerint a terápia abbahagyásával gyorsan elmúlnak.

Antikoagulánsokkal vagy thrombocytá aggregációt gátlókkal, illetőleg nélkülük végzett Trental kezelés alatt ritkán bőr- és nyálkahártya vérzések léphetnek fel. Egyes esetekben thrombocytaszám csökkenés léphet fel.

Gyógyszerkölsönhatások: Óvatosan adható:
— vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel (hatásfokozódás)
— inzulinnal, orális antidiabetikummal (hatásfokozódás)

Figyelmeztetés: Károsodott veseműködés esetén, csak csökkentett mennyiségben adható. Vérnyomáscsökkentőkkel együtt alkalmazva az adagolást újból be kell állítani.

Megjegyzés: *Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Súlyos vagy progrediáló perifériás és agyi keringési zavarokban, melyek csökkentik a látási és hallási képességet, a területileg és szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) javaslata alapján a kezelőorvos a készítményt térítésmentesen rendelheti.

Csomagolás: 100 drg

Előállítja: CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.

1045 Budapest, Tó u. 1/5

Hoechst AG. Frankfurt am Main (NSzK) licence alapján

® = Hoechst A. G. — NSzK bejegyzett védjegye



syndroma közötti összefüggést már többen kimutatták (10). *Lindenbaum és mtsai* (9) ötven 18-as triszómiás esetet tanulmányozva a MSAFP értékeket illetően még nagyobb szórást tapasztaltak, mint ami a Down-szindrómára jellemző (0,15–5,67 MOM). Azoknál a terhességeknél azonban, ahol exomphalos vagy VZR nem társult a rendellenességekhez, szignifikánsan alacsonyabb MSAFP értéket állapítottak meg (0,6 MOM). A 0,5 MOM alatti MSAFP értékek vizsgálatával a 18-as triszómiás magzatok 21%-a szűrhető ki, míg az exomphalossal és VZR-gel társuló esetek a magas MSAFP és ultrahang révén ismerhetők fel (9).

Anyagunkban csak az ötödik esetet vizsgáltuk az AFP szempontjából értékelhető terhességi korban. A MSAFP értéke 17,0 ng/ml volt, ami 0,77 MOM-nak felel meg. Tekintettel arra, hogy a magzatnak AFP koncentrációt emelő fejlődési rendellenessége nem volt, az átlagosnál alacsonyabb érték megfelel a várakozásnak, ugyanakkor a magzatvíz AFP-vel emelkedettebb volt az átlagosnál (1,69 MOM).

A szűrővizsgálatok kombinálásával *Lindenbaum és mtsai* (9) becslése szerint az összes 18-as triszómia 50%-a azonosítható prenatálisan.

A közleményünkben feldolgozott 8 esetünk közül háromnál a kóros ultrahang eredmény miatt végeztük el a cytogenetikai analízist. Az ultrahangtechnika fejlődésével, valamint az embriopathológiai ismereteink bővülésével az ultrahang diagnosztika a prenatális kromoszóma vizsgálatok indikációjaként egyre nagyobb arányban fog részesedni. Ez a létjogosultság annál is inkább indokolt, mert szemben az idős anyai életkor 1–4%-os „találati arányával”, a kellően értékelt kóros ultrahang lelet után 10–30%-ban számíthatunk kromoszóma anomáliákra.

A súlyos kromoszómarendellenességek — így a 18-as triszómia — prenatális diagnózisának minden terhességi

korban nagy a jelentősége. Az első és második trimeszterben történő felismerés lehetővé teszi, hogy a súlyos rendellenességekben szenvedő magzatot hordozó anya ne viselje esetleg még hónapokig tovább a terhességét, ami a pszichés hatáson túl számos szülészeti komplikáció kivédésének lehetőségét is jelenti. A harmadik trimeszterben történő diagnózis a szülésvezetés módjára, ill. a speciális neonatológiai ellátásra való felkészülést segíti. Ekkor különösen fontos megállapítani, hogy az észlelt magzati rendellenesség izolált, vagy egy letális multiplex rendellenesség (mint pl. az Edwards-szindróma) része. Az izolált rendellenességek (pl. omphalocele, szív fejlődési rendellenesség, hydrocephalus) esetleg operabilisak lehetnek, míg a letális kromoszóma-anómália igazolása után kétséges a magzat megmentésére irányuló törekvés.

A genetikai tanácsadás szempontjából minden terhességi korban fontos a kromoszóma vizsgálatot elvégezni, ha a kromoszómaabnormalitás lehetősége felmerül. Korrekt diagnózis nélkül nem lehet a következő terhességre vonatkozó esélyeket és teendőket megállapítani. Ezért szükséges adott esetben akár megszakítás után is a magzatról vagy a lepényről a kromoszómaanalízist elvégezni. A kromoszóma vizsgálat jelentőségét alátámasztja az a tény is (mint ahogy a *táblázatból* is látható), hogy a rutin pathológiai vizsgálatok még a cytogenetikailag diagnosztizált esetekben sem mindig adnak kellő információt. Ennek oka egyrészt az, hogy a vetélés az első trimeszterben történt, amikor még kevésbé ismerhetők fel a rendellenességek, másrészt a magzatoknál is vagy nem találnak eltérést (5. eset), vagy izoláltként írják le a minden bizonnyal multiplex rendellenességet (6. eset).

Anyagunk így a kóros esetekben a terhesség alatti cytogenetikai vizsgálatok szükségessége mellett az embriopathológia fejlesztésének fontosságára is felhívja a figyelmet.

táblázat: Prenatális kromoszóma vizsgálatok során kiszűrt 18-as triszómiás eseteink

indikáció	grav. s.	anyai serum AFP ng/ml	AFP MOM	ultrahang	kromoszóma a magzatról	kóronctani lelet
1. életkor	10	12,0	—	negatív	—	—
2. életkor	14	13,0	0,76	omphalocele növ. retard.	+ 18	omphalocele, VSD, szájpadasadék
3. életkor	10	7,0	—	negatív	+ 18	—
4. kóros UH	11	12,0	—	hygroma col.	—	omphalocele, szájpadasadék
5. életkor	17	17,0	0,77	negatív	+ 18	nincs eltérés
6. kóros UH	23	49,0	0,64	omphalocele, polyhydramnion	—	omphalocele
7. életkor	10	7,0	—	negatív	—	—
8. kóros UH	25	33,0	0,1	omphalocele, polyhydramnion	—	omphalocele, hydrocephalus, végtag fejl. rendell.

IRODALOM: 1. Bösze, P., László, J., Tóth, A.: Trisomy 20 mosaicism in amniotic fluid cells. *Prenat. Diagn.* 1982, 2, 225. — 2. Eydoux, P. és mtsai: Chromosomal prenatal diagnosis: Study of 936 cases of intrauterine abnormalities after ultrasound assessment. *Prenat. Diagn.* 1989, 9, 255. — 3. FitzPatrick, D. R., Boyd, E.: Recurrences of trisomy 18 and trisomy 13 after trisomy 21. *Hum. Genet.* 1989, 82, 301. — 4. Gilbert, W. M., Nicolaidis, K. H.: Fetal omphalocele: Associated malformations and chromosomal defects. *Obstet. Gynecol.* 1987, 70, 663. — 5. Hook, E. B., Woodbury, D. F., Albright, S. G.: Rates of trisomy 18 in livebirths, stillbirths, and at amniocentesis. *Birth Defects, Orig. Art. Series*, XV, 5C, 81, 1979. — 6. Intódy Zs. és

mtsai: Chorionszövet aspiráció: új lehetőség a fetális diagnosztikában. *Magy. Nőorv. L.* 1984, 47, 233. — 7. Kalousek, D. K., Barret, I. J., McGillivray, B. C.: Placental mosaicism and intrauterine survival of trisomies 13 and 18. *Am. J. Hum. Genet.* 1989, 44, 338. — 8. Korányi, Gy., László, J.: Edwards syndrome with double trisomy (possible tetrasomy) of the E-group chromosomes (17–18). *Acta Paediatr. Acad. Sci. Hung. Vol.* 1969, 10, 167. — 9. Lindenbaum, R. H. és mtsai: Trisomy 18 and maternal serum and amniotic fluid alpha-fetoprotein. *Prenat. Diagn.* 1987, 7, 511. 10. Merkat, I. R. és mtsai: An association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosome abnormalities. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1984,

148, 886. — 11. Mikkelsen, M., Ayme, S.: Chromosomal findings in chorionic villi: A collaborative study. In: Human Genetics, Eds.: F. Vogel, K. Sperling. Springer-Verlag, 1987. — 12. Schreinemachers, D. M., Cross, P. K., Hook, E., B.: Rates of trisomies 21, 18, 13 and other chromosome abnormalities in about 20 000 prenatal studies compared with estimated rates in live births. Hum. Genet. 1982; 61, 318. — 13. Smith, D. W.: Recognizable

patterns of human malformation, Philadelphia: W. B. Saunders Co., 14—17, 1982. — 14. Wladimiroff, J. W. és mtsai: Prenatal diagnosis and management of congenital heart defect: Significance of associated fetal anomalies and prenatal chromosome studies. Am. J. Med. Genet. 1985, 21, 285.

(Tóth András dr., Budapest, Pf. 112. 1389)

A rendezvények és kongresszusi híryanagok leadásának határideje a lap megjelenése előtt **40 nap**,
a **9 hetes nyomdai átfutás** miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Medicina Könyvkiadó Vállalat

OMKER KIÁLLÍTÓTEREM — Budapest, VI., Andrássy út 36.



KIÁLLÍTÁSI PROGRAM

1990. szeptember—december

● október 30 — november 1.

a BRAND és a HEIDOLPH Elektro cégek bemutatója

Egy és többcsatornás pipetták és diszpenzerek, mikropipetták, üveg és műanyag laboratóriumi eszközök. Rotációs bepárlók, mágneskeverők, lombikrázók.

Támolygó homogenizáló, perisztaltikus szivattyú, más laboratóriumi kisgépek.

● november 6—8.

IIM — Herco (NSZK) bemutató és szimpózium

Ioncserélő, vízlágyító, sótalanító berendezések, az ezekben alkalmazott patronok. Baktériumszűrők, adagolószivattyúk, tartozékok. Vezetőképesség-mérő műszerek.

● november 13—16.

az AUTOGÉNTÉCHNIKA kiállítása

Kórházi és laboratóriumi gázellátó rendszerek és azok elemei. Oxigénterápia, vákuum- és injektoros szívás, a váladékgyűjtés eszközei.

● november 20—22.

az OMKER V. kereskedelmi osztály termékbemutatója

● november 28—30

DENTALEXPO '90

NEMZETKÖZI FOGÁSZATI ÉS FOGTECHNIKAI SZAKKIÁLLÍTÁS

a SOTE Elméleti Tömbjében

A programváltoztatás jogát fenntartjuk. Az OMKER Kiállítóterem programjairól a 1118-060 telefonszámon szívesen nyújtunk felvilágosítást.

Németh Júlia dr.,
Büki Béla dr.
és Földes János dr.

Plazma fibronectin tartalom vizsgálata pajzsmirigy betegségben

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, I. sz. Belklinika
(igazgató: Holló István dr.)

Fibronectinek kiterjedten találhatók a kötőszövetben és képződésük részben hormonális szabályozás alatt áll. A szerzők vizsgálatokat végeztek annak a kiderítésére, hogy a pajzsmirigy-betegségek mennyiben befolyásolják a plazma fibronectin tartalmát. Adataik alapján megállapítható, hogy a plazma fibronectin tartalom kezeletlen manifest hyperthyreosisos betegcsoportban jelentősen nagyobb ($1036 \pm 389 \mu\text{g/ml}$), míg hypothyreosisban kisebb ($230 \pm 123 \mu\text{g/ml}$) mint euthyreosisban ($436 \pm 82 \mu\text{g/ml}$). A vizsgált eredmények felvetik annak a lehetőségét, hogy a plazma fibronectin vizsgálata segítséget nyújthat a pajzsmirigyhormonok perifériás célszervekre (kötőszövet) kifejtett hatásának a megítélésében.

Determination of plasma fibronectin level in various thyroid diseases. Fibronectins are widespread components of connective tissues and their production is partly under hormonal control. A study was undertaken to reveal the influence of thyroid diseases on plasma fibronectin level. It is stated that compared with a euthyroid control group ($n = 33$; $436 \pm 82 \mu\text{g/ml}$) plasma fibronectin content is significantly higher in untreated, overt hyperthyroidism ($n = 27$; $1036 \pm 389 \mu\text{g/ml}$), while its plasma level is lower in hypothyroidism ($n = 18$; $230 \pm 123 \mu\text{g/ml}$). Data hint to the possibility that the measurement of plasma fibronectin level may yield a help to assess the effect of thyroid hormones at target organ (connective tissue) level.

A fibronectinek 440–550 kD molekula súlyú glycoproteinek, két alegységüket disulphid hidak kötik össze. Feladatuk sokirányú: egyrészt helyükhöz kötik a sejteket, másrészt irányítják vándorlásukat. A fibronectinek kiterjedten találhatók a kötőszövetben, összekötő huzalként sejtekhez kötődnek, majd ezeket a sejtközi állomány más rostjaival kötik össze. Szerepük lehet a sebgyógyulásban, a véralvadásban, a vérlemezkék tökéletes letapadásában, az embrionális fejlődésben és az onkológiai transzformációban. A döntően máj eredetű solubilis fibronectin a plazmában is kimutatható (4, 6, 7, 11, 13, 15).

A fibronectinek képződése részben hormonális szabályozás alatt áll. A pajzsmirigyhormonok ilyen irányú szerepe vitatott. Míg egyesek szerint hyperthyreosisban megnövekszik a plazma fibronectin (pFn) tartalma és összefüggés mutatható ki az utóbbi és a szérum thyroxin szint között (3), mások szerint a trijódthyronin in vitro gátolja a fibroblastok fibronectin képzését (8), és ezt a tulajdonságukat felhasználják a perifériás pajzsmirigyhormon rezisztencia felismerésében (2).

Vizsgálataink első lépéseként arra akartunk feleletet kapni, hogy miként változik meg a pFn tartalom manifest hyperthyreosisban, illetve hypothyreosisban és e vizsgálat eljárás nyújt-e segítséget a pajzsmirigyhormon perifériás szövetekre kifejtett hatásának a megítélésében (legalábbis kötőszöveti szinten).

Vizsgálati beteganyag — módszerek

Annak a tudatában, hogy a pFn-t több megbetegedés (pl. carcinoma, haematológiai kórképek, májbetegségek, továbbá sebészeti beavatkozás, trauma stb.) befolyásolhatja, a vizsgálati személyeket a pFn meghatározás előtt részletesen kivizsgáltuk és az említett kórképeket kizártuk. Minden személyben normálisnak bizonyult a vörösvérsejt süllyedés, vérkép, máj- és vesefunkciós vizsgálat eredménye. Adataink tehát arra utalnak, hogy a vizsgálati személyek pajzsmirigy betegségén kívül egyéb kórképben nem szenvedtek.

A vizsgálatokat 33 euthyreosisos, 27 manifest hyperthyreosisos (Basedow-kóros) és 18 primer hypothyreosisos, kezeletlen 20–60 életév közötti nőbetegben végeztük el. A klinikai képen kívül a hyperthyreosis diagnózisát minden esetben alátámasztotta a szérum normálisnál nagyobb szabad-thyroxin (FT_4) és szabad trijódthyronin (FT_3) tartalma, továbbá a 0,1 mE/l-nél kisebb TSH koncentráció. A primer hypothyreosisos csoportba csak azon betegeket soroltuk, akiknek szérum FT_4 szintje 9,6 pmol/l-nél kisebb volt és a szérum TSH tartalma meghaladta az 5,0 mE/l értéket.

A plazma Fn meghatározáshoz a betegektől a vért reggel éhgyomorral, EDTA-t tartalmazó csövekbe vettük le és a pFn-t Hitachi 704/c készülékhez adaptált turbidimetriás Boehringer teszt készlet segítségével határoztuk meg. A szérum „szabad- T_4 ”-et SPAC-ET FT_4 (Mallinckrodt; norm. érték: 9,5–23,0 pmol/l), a szabad- T_3 -at Amerlex M Free T_3 (Amersham; norm. érték 3,5–9,3 pmol/l), végül a TSH-t IRMA-mat TSH (Mallinckrodt; norm. érték: 0,3–3,0 mE/l) kit-ekkel határoztuk meg.

A statisztikai számítás Student-féle kétmintás t-próba útján végeztük el. A táblázaton az átlag $\pm$ S. D. értékek szerepelnek.

Vizsgálati eredmények

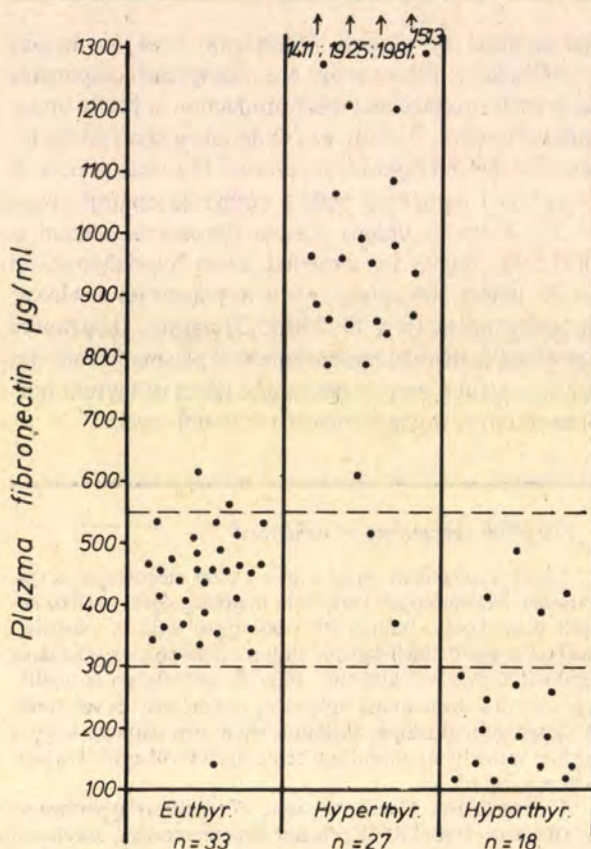
A táblázaton bemutatott vizsgálati eredmények arra utalnak, hogy a manifest hyperthyreosisos betegcsoportban az átlag pFn szint szignifikánsan nagyobb ($p < 0,001$),

Kulcsszavak: plazma fibronectin, pajzsmirigy betegség

táblázat: **Euthyreosis, hyperthyreosis és hypothyreosis betegcsoportok plazma fibronectin értékei** (átlag $\pm$ S. D.)

Diagnózis	Plazma fibronectin $\mu\text{g/ml}$
Euthyreosis (n = 33)	436,5 $\pm$ 82,9
Hyperthyreosis	1036,1 $\pm$ 369,5***
Basedow-kór (n = 27)	
Primaer hypothyreosis (n = 18)	230,7 $\pm$ 123,5***

*** = a kontroll csoporttól való eltérés szignifikáns: $p < 0,001$



ábra: Euthyreosisosok, hyperthyreosis (Basedow-kóros) és primaer hypothyreosisos betegek egyéni plazma fibronectin értékei.

míg hypothyreosisban jelentősen kisebb ($p < 0,001$), mint az euthyreosisos, kontroll csoportban.

Az ábrán bemutatjuk az euthyreosisos, hyperthyreosisos és hypothyreosisos betegek egyéni pFn értékeit. A normál pFn tartományt 300–500 $\mu\text{g/ml}$ -nek tekintve láthatjuk, hogy a 33 euthyreosisos egyénből csak 3-nak a pFn értéke esett a normál értéktartomány határain kívül (1 alacsony, 2 magas érték). Ugyanakkor a 27 hyperthyreosisos betegből 25-nek volt a normál felső határnál nagyobb, míg 18 pr. hypothyreosisos egyénből 14-nek volt a normális alsó határnál kisebb a pFn tartalma.

Megbeszélés

A pajzsmirigyhormonok perifériás hatásának a megítélésére néhány nem specifikus vizsgálati eljárás áll a ren-

delkezésünkre. Többek között ilyen a szérum SHBG és osteocalcin tartalmának a vizsgálata, vagy a systolés időintervallum meghatározása. Mivel egyik módszer sem specifikus, sőt a különböző eljárásokkal nyert vizsgálati eredmények között discrepancia állhat fenn, a pajzsmirigyhormonok perifériás szövetekre kifejtett hatásának a megítélésére érdemesnek látszik egyrészt újabb módszereket kidolgozni, másrészt a különböző vizsgálati eljárásokat kombináltan alkalmazni.

A pajzsmirigyhormonoknak a fibronectin képződése, ill. pFn szintre kifejtett hatásával csak kevés megelőző közlemény foglalkozik. Ezen néhány, egymással is ellentétes megfigyelésből egyértelmű következtetés nem vonható le (1, 2, 3, 8). Vizsgálati eredményeink alapján megállapítható, hogy a pFn tartalom manifeszt hyperthyreosisban jelentősen nagyobb, míg hypothyreosisban kisebb, mint euthyreosisban és így adataink megerősítik *Graninger és mtsai* (3) megelőző észleléseit. Megjegyzendő, hogy vizsgálati eljárásunkkal euthyreotikus egyének pFn tartalma a *Wenzel* által megadott értéknél (14) kissé nagyobbak bizonyult; ez többek között adódhat az eltérő vizsgálati módszerekből, a meghatározás Hitachi készülékhez való adaptálásából. Módszerünk azonban reprodukálhatónak bizonyult és az euthyreosisos-hyperthyreosisos, valamint hypothyreosisos betegcsoportok pFn értékei élesen elkülönültek egymástól.

Vizsgálati eredményeinket csak annak a tudatában értékelhetjük, hogy a pFn tartalomra több megbetegedés is kihat (pl. akut leukaemia, primaer biliaris cirrhosis, obstructív icterus, disseminált intravasculáris coagulopathia, műtétek, trauma; 5, 9, 10, 12). Adataink mégis arra utalnak, hogy nem specifikus vizsgálati eljárás a pFn tartalom meghatározása egyike lehet azon módszereknek, amelyek jelentős segítséget nyújthatnak a pajzsmirigyhormonok perifériás célszervekre kifejtett hatásának a megítélésében.

Kérdés, vizsgálati eljárásunk elég érzékeny-e annak a kimutatására, hogy a még normális értéktartomány között megváltozott pajzsmirigyhormon tartalom milyen mértékben hat a perifériás szövetekre szubklinikus hyperthyreosisban, ill. hypothyreosisban. További tisztázásra váró feladat annak a kiderítése, hogy hypothyreosisos betegek substitúciós hormon kezelésekor a pFn tartalom megváltozása nyújt-e segítséget a pontosabb levo-thyroxin-dózis beállításában. A nyert vizsgálati eredményeknek tehát nemcsak diagnosztikus jelentősége lehet, hanem azokból esetleg terápiás következtetéseket is levonhatunk majd. További vizsgálatainkkal a felvetett kérdésekre igyekezünk feleletet adni.

IRODALOM: 1. *Alexander, C. M. és mtsai*: Rapid increase in both plasma fibronectin and serum T_3 associated with treatment of diabetic ketoacidosis. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1983, 56, 279–282. — 2. *Ceccarelli, P., Refetoff, S., Murata, J.*: Resistance to thyroid hormone diagnosed by the reduced response of fibroblasts to the T_3 induced suppression of fibronectin synthesis. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1987, 65, 242–246. — 3. *Graninger, W. és mtsai*: Plasma fibronectin and thyroid function. *J. Clin. Pathol.* 1985, 38, 64–67. — 4. *Hynes, R. O.*: Molecular biology of fibronectin. *Ann. Rev. Cell. Biol.* 1985, 1, 67–90. — 5. *Mosher, D. F., Williams, E. M.*: Fibronectin

tin concentration is decreased in plasma of severely ill patients with disseminated intravascular coagulation. *J. Lab. Clin. Med.* 1978, 91, 729–735. — 6. Mosher, D. F.: Physiology of fibronectin. *Ann. Rev. Med.* 1984, 35, 561–575. — 7. Mosesson, M. W., Amrani, D. L.: The structure biologic activities of plasma fibronectin. *Blood* 1980, 56, 145–158. — 8. Murata, J. és mtsai: Thyroid hormone inhibits fibronectin synthesis by cultured human skin fibroblasts. *J. clin. Endocrinol. Metab.* 1987, 64, 334–339. — 9. Reese, A. C. és mtsai: Sequestration of fibronectin at the site of an injury. *Adv. Shock Res.* 1982, 8, 119–127. — 10. Reilly, J. T., Mackie, M. J., Mc Verry, B. A.: Observation on the heterogeneity of fibronectin. *Thromb. Res.* 1984, 33, 289–295. — 11. Rouslahti, E., Pierschbacher, M. D.: New prospectives in cell

adhesions. *Science* 1987, 238, 491–497. — 12. Stathakis, N. E., Fountas, A., Tsianos, E.: Plasma fibronectin in normal subjects and in various disease states. *J. Clin. Pathol.* 1981, 34, 504–508. — 13. Tamkun, J. W., Schwarzbauer, J. E., Hynes, R. O.: A single rat fibronectin gene generates three different mRNAs by alternative splicing of a complex exon. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1984, 81, 140–144. — 14. Wenzel, K. W.: Does suppressive therapy with levothyroxine induce tissue thyrotoxicosis? 17. Ann. Meeting of Europ. Thy. Ass. Montpellier 1988. *Ann. d'endocrinologie* 1988; p. 171, A3. — 15. Jamada, K. M.: Cell surface interactions with extracellular materials. *Ann. Rev. Biochem.* 1983, 52, 761–770.

(Németh Júlia dr., Budapest, Korányi S. u. 2/a. 1083)

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közösülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

A készítmény a nemi életet ritkán, alkalmasszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknél a kombinált fogamzásgátló tabletták szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és epeutak betegségei, a keringésműködésben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS: Egyszeri vagy megismételt közösülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni.

Tartósabb együttélést (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletták bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közösülés esetén tehát összesen 2 tablettát vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletták utáni 2-3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tablettát szedhető!

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 2-3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabl.) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983. (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint az Eü. M. 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozzák.

CSOMAGOLÁS: 10 db tablettát

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

KLION kenőcs

T 100 — Antiinfectiosa topica

TARTALOM:

Tubusonként (20 g) 1 g metronidazol benzoicumot és 0,02 g triclosanumot tartalmaz.

HATÁS:

A mikrobiológiai vizsgálatok alapján a metronidazol lokálisan alkalmazva baktericid hatást fejt ki az anaerob törzsekre (*B. fragilis*, *Clostridium*ok és anaerob *Streptococcus*ok stb.). A triclosan antiszeptikum, ami kiszélesíti a metronidazol helyi antibakteriális hatásspektrumát.

JAVALLAT:

Metronidazolra érzékeny baktériumok jelenléte esetén a váladékozó *ulcus cruris* kiegészítő antibakteriális lokális kezelése.

ALKALMAZÁS:

A napi kötésváltáskor sebtoilette után az ulcusra kell kenni a Klion kenőcsöt és steril gézlappal befedni. Ha a gézlappal az ulcusra szárad, másnap Neomagnolos áztatással kell eltávolítani. A kezelést az ulcus feltisztulásáig kell folytatni.

KOMBINÁLT KEZELÉS:

A Klion kenőcs alkalmazásával egyidejűleg szisztémás keringésjavító készítmények adása javasolt.

ELLENJAVALLAT:

Égési sérülés. A készítmény bármely komponensével szembeni túlérzékenység. Metronidazol és/vagy triclosan rezisztens törzsek elszaporodása a sebfelszínen. Száraz, alig váladékozó ulcusoknál hatástalan.

MELLÉKHATÁS:

A készítmény bármely komponensével szemben túlérzékenység előfordulhat. A kenőcs alkalmazásakor fájdalom és csípős érzés jelentkezhet, ami azonban rövid időn belül megszűnik és csak ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását.

FIGYELMEZTETÉS:

A hámfoszott területről a metronidazol felszívódhat, ezért az egyidejű alkohol fogyasztása tilos!

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (20 g)

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

QH

2363

STREP-TEST

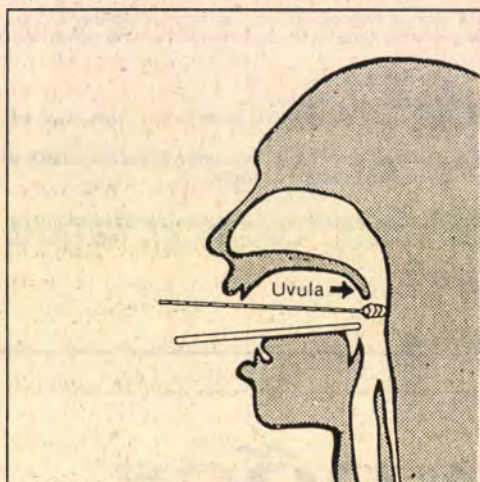
in vitro diagnosztikai készlet
Streptococcus A antigén kimutatására

OTI támogatja

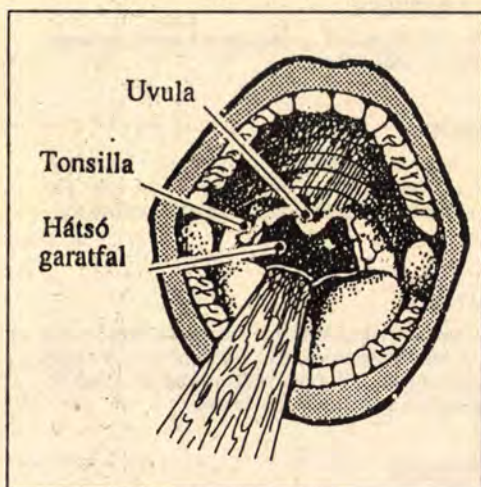
26 Ft térítési díj

75 vizsgálathoz elegendő anyagot tartalmaz

**A KIMUTATÁS IDŐTARTAMA
6–8 perc**



Streptococcus A antigén kimutatására
szolgál orr-, fül- torokkenetből.



**JELENTŐS
KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS!**

- A készlet minden eszközt tartalmaz, amely a vizsgálathoz szükséges.
- A tesztkészlet **75 vizsgálathoz elegendő** anyagot tartalmaz.
- Az egy vizsgálatra eső költség – **26.- Ft térítési díj** – töredéke a hagyományos tenyésztéses vizsgálatnak.
- Az **Országos Társadalombiztosítási Intézet** támogatja a termék forgalmazását.

18 HAVI SZAVATOSSÁG

Szakvélemények

- **SZEM Dr. Pintér Attila minisztériumi főtanácsos osztályvezető**
1990. május 21. – kivonat –
„A teszt alkalmazásával (negativitás esetén) elkerülhető a gyermek-közösségek felesleges preventív gyógyszerelése, a felvételi zárlat, a szülők tartós keresőképtelensége stb. Az alkalmazásával tehát jelentős költségmegtakarítás is elérhető.”
- **Orvostovábbképző Intézet I.sz. Gyermekgyógyászati Tanszék Dr. Nyerges Gábor, az orvostudományok doktora, tanszékvezető egyetemi tanár**
1990. május 3. – kivonat –
„A gyorsteszt – amelyet és amelyhez hasonlókat a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok már régen alkalmaznak – lehetővé teszi az azonnali actiológiai diagnózist... Ha a tenyésztéses vizsgálat és a felesleges antibiotikum kezelés költségeit tekintetbe vesszük, úgy a ráfordítás (haszon hányados) anyagi szempontból is a gyorsteszt hazai bevezetése mellett szól.”
- **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika Dr. Szabó Iván egyetemi adjunktus**
1990. május 3. – kivonat –
„A STREP-teszt csomagolása, kivitele esztétikus, praktikus és célszerű... Véleményünk szerint nemcsak szájüregből, illetve garatból vett váladék vizsgálatára alkalmas, hanem fülészeti használata is célszerű.”

Forgalmazza: **Biomondex Kft.**
1476 Budapest, 100 Pf. 196

Az Egyesült Államokban 1984 óta forgalomban lévő gyorsteszt

Megrendelhető: HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Vállalat
1368 Budapest, pf. 243

Kakuk György dr.,
Kárpáti István dr.
és Mátyus János dr.

Haemodializált betegek anaemiájának kezelése rekombináns human erythropoietinnel

Debreceni Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belklinika
(igazgató: Leövey András dr.)

A szerzők 5 haemodialízis programban álló beteg anaemiájának korrekciója céljából alkalmazott 3 hónapos időtartamú EPREX (human rekombináns erythropoietin) terápiáról számolnak be. A gyógyszert intravénásan alkalmazták bolus formájában hetenként kétszer-háromszor a dialízisek befejezése után, fokozatosan 1–2 hetenként emelkedő, 50–150 IU/testsúly-kg dózisban. Hetenként egyszer a Hgb és Htk értékeket, havonként egyszer pedig a vörösvérsejt-, a leukocyt-, a thrombocyt-, a reticulocytaszámot, továbbá a szérum vasat, a TVK-t, a szérum ferritint, a BUN-t, a szérum kreatinint, húgysavat, a szérum ionokat, a májfunkciós próbákat, a szérum lipideket és szérum amylaset vizsgálták. A Hgb, a Htk és a reticulocytaszám már a kezelés 4. hetében szignifikánsan növekedett, a betegek súlyos anaemiája megszűnt, s ezzel együtt javult az étvágyuk, az általános közérzetük és a fizikai teljesítőképességük. A szérum húgysav és az LDH értékek szignifikánsan emelkedtek, az SGOT csökkent. Nem változtak szignifikánsan a betegek leukocyt- és thrombocytaszáma, a se Na, K, Ca, P, Cl, BUN, kreatinin, total protein, se albumin, bilirubin, alkalikus phosphatase, GGT, GPT, amylase és a vércukor szintjei, továbbá a serum lipidek értékei. Káros mellékhatást a kezelés folyamán egy esetben sem észleltek. A 3 hónapos terápia felfüggesztése után a betegek Hgb és Htk értékei fokozatosan csökkentek, majd 6 hét múlva ismét transzfúzióra szorultak. Három beteg transzfúziós igénye a kezelés abbahagyása után jelentősen fokozódott. Szerzők az EPREX-et igen hatásos gyógyszernek tartják a dializált betegek anaemiájának a kezelésében.

Treatment of the anemia of hemodialysed patients with recombinative human erythropoietin. The authors reported on a three month long EPREX (human recombinant erythropoietin) therapy of 5 hemodialysis patients for the treatment of their anemia. The drug was administered in bolus form 2 or 3 times a week after dialysis in a dose of 50 to 150 IU/bodyweight increased gradually in every (or every second) week. Hgb and Htk values were determined once a week while erythrocyte, leukocyte, thrombocyte and reticulocyte count once a month. Serum iron, TIBC, serum ferritine, BUN, serum creatinine, urea, serum ions, liver function assays, serum lipids and amylase were also established. Hgb, Htk levels and reticulocyte count have significantly increased in the 4th week of treatment already, severe anemia ceased with improved appetite, general condition and physical strength. Serum urea and LDH levels significantly increased while SGOT decreased. No significant change in leukocyte and thrombocyte count, serum Na, K, Ca, P, Cl, BUN, creatinine, total protein level, serum albumin, bilirubin, alkaline phosphatase, GGT, GPT, amylase and blood sugar as well as serum lipid level were observed. No adverse reactions occurred during the treatment. After the three gradually decreased and within 6 weeks they had to be transfused again. In three patients the need for transfusion has significantly grown after the treatment. The authors consider EPREX a highly efficient drug in the treatment of anemia in dialysis patients.

A renalis anaemia a krónikus veseelégtelenség egyik gyakori és súlyos kísérő tünete, amely miatt a dializált betegeknek kb. 25%-a szorul rendszeres transzfúziókra (10, 26). Patogenezisében több tényező együttes hatása játszik szerepet: csökkent erythropoietin (EPO) termelés, a vörösvérsejtek megrövidült élettideje, a keringő inhibitorok vagy uraemiás toxinok, a vas- és a folsavhiány, az alumínium megnövekedett mennyisége a szervezetben, a secundaer hyperparathyreosis és a vérvesztés a dialízisek közben (1, 12, 16, 20, 24, 28, 29). Mindezek közül a csökkent EPO termelés jelentőségét kell hangsúlyozni.

Kulcsszavak: haemodialízis, anaemia, erythropoietin

Rövidítések: EPO: erythropoietin; Fvs: fémvérsejt; Hgb: haemoglobin; Htk: haematokrit; IU: nemzetközi egység; r-HuEPO: rekombináns human erythropoietin; TVK: teljes vaskötő kapacitás; Vvt: vörösvérsejt;

Az ismételt transzfúziók különböző veszélyeknek teszik ki a dializált betegeket: vírus infekciók (hepatitis B, non-A, non-B hepatitis, AIDS), a szervezet vastúlterhelése (haemosiderosis), a szöveti antigenekkel szembeni allergizálódás (fokozott rejectio veszély) (6, 12, 16, 25, 33).

A vesebetegek anaemiájának a kezelésében igen jelentősnek mondható az a felfedezés, miszerint 1985-ben sikerült az EPO human génjének a kódját meghatározni, majd kínai hörcsög ovarium sejtenyésztésében mesterségesen nagy mennyiségben, klinikai használatra is alkalmas formában, az úgynevezett rekombináns human erythropoietint (r-HuEPO) előállítani (19, 23). Az új gyógyszert EPREX néven, injekciós formában 1986-ban vezették be szélesebb körben a klinikai gyakorlatba (11). Már a kezdeti eredmények igen kedvezőek voltak (2, 5, 10, 30, 34, 35).

Munkánkban a CILAG cégtől, az OGYI előzetes engedélyezésével kapott EPREX injekcióval haemodializált

betegeken végzett klinikai vizsgálatainknak az eredménye-
iről számolunk be.

Beteganyag, módszerek

Vizsgálatainkat 5 haemodialízis programban álló betegen végeztük, akik számára 3 hónapos kezelésre elegendő mennyiségű EPREX-et kaptunk (1 ampulla = 1 ml = 4000 IU mennyiségű r-HuEPO).

Az 5 beteg legfontosabb klinikai adatait az 1. táblázaton tüntettük fel. A 4 férfi és az 1 nőbeteg átlagos életkora 36 év

1. táblázat: **Beteganyag**

N°	Név	Nem	Fletkor (év)	Dg.	Az első HD időpontja	Test-súly (kg)	RR (Hgmm) (kezelés előtt)
1.	B. I.	♂	26	GNC	1982. 10. 14.	51	140/80
2.	Sz. Cs.	♂	24	GNC	1983. 02. 01.	65	160/70
3.	G. I.	♂	24	PNC	1988. 02. 16.	62	150/80
4.	R. S.	♂	27	GNC	1981. 03. 21.	63	130/60
5.	O. E.	♀	51	GNC	1987. 07. 30.	85	130/80

GNC: glomerulonephritis chr., PNC: pyelonephritis chr.

(24—51), akik közül 4 beteg glomerulonephritis, 1 beteg pedig pyelonephritis miatt kialakult uraemia következtében került rendszeres dialízis programba.

A vizsgálatba bevont betegekkel kapcsolatos protokoll feltételek a következők voltak:

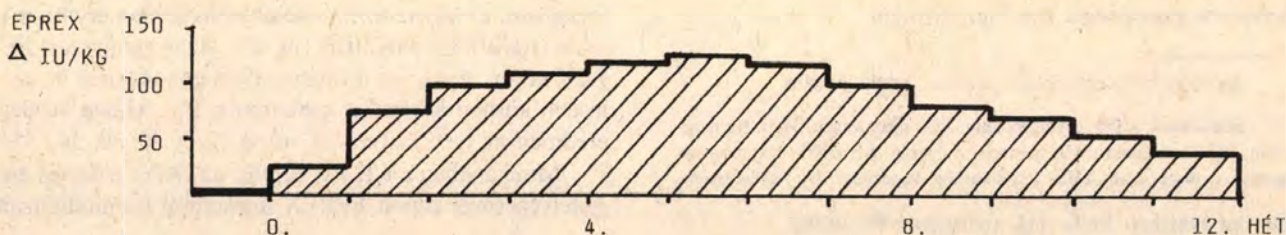
- a kezelés előtt a beteg Hgb értéke 80 g/l alatt legyen,
- rendszeres haemodialízis hetenként kétszer vagy háromszor,
- életkora 17—70 év között,
- ne legyen a betegnek vashiányos anaemiája, folsav vagy B₁₂-vitamin-hiánya, befolyásolhatatlan hypertoniája,
- ne szenvedjen alkohol vagy drog abúzusban,
- májfunkciós próbái normálisak legyenek,
- ne szenvedjen súlyos hyperparathyreosisban vagy alumínium intoxikációban.

(Ezeket a feltételeket egyébként a CILAG cégtől kapott igen részletes protokoll írta elő!)

Az 1., a 2. és a 3. beteget hetenként 3 × 4 órában, a 4. és az 5. beteget pedig hetenként 2 × 5,5 órában dializáltuk 1,3

2. táblázat: **Haemoglobín értékek változása EPREX hatásra g/l)**

N°	E.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12. hét
1.	66	66	59	73	92	99	106	115	115	102	102	115	112
2.	73	79	92	92	99	106	112	115	106	106	109	96	116
3.	56	83	75	86	99	106	106	106	109	109	109	118	99
4.	73	76	83	86	92	109	120	120	132	132	116	126	120
5.	79	76	83	86	89	112	109	112	123	123	117	102	116
Átl. szórás	69±7	76±4	78±6	85±4	94±4	106±3	111±4	113±4	117±10	111±5	111±5	111±10	113±6



m²—1,5 m² felületű kapilláris dializátorokkal. A betegek az EPREX injekciót a dialízisek befejezése után intravénásan kapták bolus formájában 4—5 perc alatt. Az injectio beadása után 30 perc múlva mértük a betegek vérnyomását és hőmérsékletét, s folyamatosan ellenőriztük az esetleges nemkívánatos mellékhatásokat is (allergiás reactio, RR emelkedés, fistula thrombosis, „influenza-szerű” szindróma), valamint a szubjektív tünetek változásait.

A betegek az első héten átlagosan 25 IU/testsúlykg dózisban kapták az EPREX-et, amely dózist hetenként fokozatosan emeltük 50—75—100 IU/kg adagra az 5. hétig, majd a 8. héttől kezdve fokozatosan csökkentettük átlagosan 75—55—40—50 IU/kg-ra, a haemoglobin és a haematokrit szintek változásától függően.

A kezelés folyamán az EPREX dózist akkor kezdtük csökkenteni, amikor a kezelt beteg Hgb értéke elérte, vagy meghaladta a 110 g/l-t. Erre általában a 8—9. héten került sor.

A vizsgálat megkezdése előtt, majd hetenként egyszer, illetve négyhetenként egyszer a vizsgálati protokollban előírtak szerint különböző laboratóriumi paramétereket ellenőriztünk, részben a kívánatos, részben pedig a nemkívánatos hatások kontrollálása céljából. Hetenként egyszer ellenőriztük a Hgb és Htk értékek változását. Négyhetenként egyszer pedig a következő vizsgálatokat végeztük el: vvt-, fvs-, thrombocyt-, reticulocytaszám, minőségi vérvkép, se vas, TVK, se ferritin, BUN, se kreatinin, se húgysav, se ionok, májfunkciós próbák (se bilirubin, SGOT, GPT, LDH, alkalikus foszfatáz), CK, amiláz, se lipidek. A vizsgálatba bevont betegek valamennyien HBsAg és HIV negatívak voltak.

A gyógyszer kipróbálását a Helsinki Deklaráció (1965) idevonatkozó elvei szerint, a betegek előzetes felvilágosítása és írásos beleegyezése után kezdtük el.

Eredmények

Valamennyi esetben a Hgb és Htk értékek szignifikáns emelkedése volt megfigyelhető, már a kezelés 3—4. hetétől kezdve (2., 3. táblázat). A betegek átlagos Hgb és Htk értéke a kezelés megkezdése előtt 69,4±6,7 g/l, ill. 0,22±0,02 volt, amely szintek a kezelés 4. hetében már 94±4 g/l, ill. 0,29±0,01 mennyiséget értek el, majd a 8. héten már 117±9 g/l, ill. 0,37±0,04, a 12. héten — a vizsgálat befejezésekor pedig, mivel az EPREX dózist a 8. héttől fokozatosan csökkentettük — az értékek 113±6 g/l, ill. 0,35±0,03 voltak.

A vörösvérsejt- és a reticulocytaszám is fokozatosan

Cefobid*

1 g és 2 g
injekció

Széles spektrumú antibiotikum im./iv. 12 óránként

Széles spektrumú félszintetikus cefalosporin antibiotikum. Baktericid hatású. Nagyobb mennyiségben epével, kisebb koncentrációban a vizelettel választódik ki.

HATÓANYAG: 1g, ill. 2 g cefoperazonum (nátriumsó formájában) porampullánként.

JAVALLATOK. Cefobidra érzékeny mikroorganizmusok okozta alsó és felső légúti fertőzések, húgyúti infekciók, peritonitis, cholecystitis, cholangitis és más intraabdominális fertőzések, septikaemia, meningitis, bőr-, lágyrész-, csont és ízületi fertőzések, medenceüri gyulladások, endometritis, gonorrhoea és a nemi szervek egyéb fertőzései.

Postoperatív fertőzések megelőzésére elsősorban hasi, nőgyógyászati, cardiovascularis és ortopédiai műtétek előtt.

A Cefobid antibakteriális spektruma kiterjed a legfontosabb **Gram-pozitív** kórokozókra, a Staphylococcus aureus penicillinázt termelő törzseire is, valamint a **Gram-negatív** kórokozók nagyrészt, a Pseudomonas aeruginosa-t is beleértve.

Számos **anaerob** kórokozó - többek között a Bacteroides fragilis sok törzse - érzékeny a Cefobidra.

A készítmény több béta-laktamázzal szemben ellenálló.

ELLENJAVALLAT. Cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység.

ADAGOLÁS. Felnőtteknek: szokásos napi adagja 2-4 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva.

Súlyos esetekben a napi adag 8 g, 12 óránként egyenlő részekre osztva, esetleg napi 12-16 g, 8 óránként egyenlő részekre osztva. Szövődménymentes

gonococcus urethritisben a javasolt adag egyszeri 500 mg intramuszkulárisan.

A szokásos napi adag / 2-4 g / veseelégtelenségben is adható, mivel a Cefobid nem elsősorban a vesén keresztül választódik ki. Azoknak a betegeknek, akik glomerulus filtráció mértéke 18 ml/perc-nél kevesebb, vagy a szérum kreatinin szintjük 3,5 mg/dl-nél magasabb, a Cefobid maximális napi adagja 4 g.

Gyermekeknek és csecsemőknek: 50-200 mg/ttkg naponta két vagy több egyenlő adagra osztva. 8 napnál fiatalabb újszülötteknek a gyógyszer csak 12 óránként adható. Súlyos fertőzésekben /pl. bakteriális meningitis/a napi adag elérheti a 300 mg/ttkg-ot is súlyos mellékhatás nélkül.

ALKALMAZÁS:

Intravénás alkalmazás

Folyamatos infúzió készítésekor a hatóanyagot tartalmazó porampullák tartalmát először grammonként 5 ml injekcióhoz való desztillált vízben kell feloldani. Az így készült oldat az alábbi infúziós oldatokhoz adható:

5 % glükóz infúzió	0,9 % NaCl infúzió
10 % glükóz infúzió	5,0 % glükóz és 0,9 %-os NaCl infúzió
	Sós nátrium laktát infúzió /Ringer laktát infúzió/

Intermittáló infúzió készítésekor az 1-2 g hatóanyagot tartalmazó ampullát kompatibilis infúziós oldattal 20-100 ml-re kell hígítani és 15-60 percig infundálni. Ha Aqua destillata pro inj. az oldószer, az oldási térfogat maximálisan 20 ml.

Cefobid*

Direkt intravénás injekcióban egyszeri legnagyobb adagja **felnőtteknek 2 g, gyermekeknek 50 mg/ttkg.** Ezt a mennyiséget annyi megfelelő oldószerben kell oldani, hogy az oldat koncentrációja 100 mg/ml legyen és lassan, legalább 3-5 percig kell beadni.

Intramuszkuláris alkalmazás

Az ampulla tartalmát annyi Aqua dest. pro inj.-ban kell oldani, hogy a nyert oldat koncentrációja 250 mg/ml legyen. Ha az oldat koncentrációja 250 mg/ml-nél nagyobb, készítéséhez Lidocain inj. használandó. Az opálósodás elkerülése céljából az oldat elkészítése 2 lépésben történjen: a porampulla tartalmát először desztillált vízzel kell oldani, majd megfelelő mennyiségű 2%-os Lidocain oldattal hígítani.

MELLÉKHATÁSOK: maculopapulás kiütés, urticaria, eosinophilia, láz. Előfordulásuk allergiás, ill. penicillinérzékeny betegeken gyakoribb. Neutrofil leukociták számának csökkenése, tartós kezelés esetén reverzibilis neutropenia, a direkt Coombs-teszt pozitívvá válhat, haemoglobin és haematokrit érték csökkenése, átmeneti eosinophilia ill. hypoprothrombinaemia előfordulhat. A SGOT, SGPT és az alkáli foszfatáz értékek átmeneti emelkedése. Lágy széklet vagy mérsékelt hasmenés. Intravénás alkalmazáskor ritkán phlebitis.

FIGYELMEZTETÉS: Penicillinérzékenység és más gyógyszerallergia esetén óvatosság ajánlatos. A részleges penicillin- és cefalosporin keresztallergiára klinikai és laboratóriumi adatok vannak. Az epével nagy mennyiségben választódik ki. Májbetegségben és/vagy epeelzáródásban a szérum felezési idő hosszabb és a vizelettel történő kiválasztás fokozódik. Még súlyos májkárosodás esetén is terápiás koncentráció alakul ki az epében, emellett gyógyszer felezési ideje 2-4-szeresére nő. Epeelzáródás, súlyos májbetegség és egyidejűleg fennálló vesekárosodás esetén az adagot csökkenteni kell. Ilyenkor a napi adag a 2 g-ot nem haladhatja meg.

A haemodialízis a felezési időt kissé csökkenti, amit a dialízis ideje alatt figyelembe kell venni. Más antibiotikumokhoz hasonlóan K-vitamin hiányt okozhat, ilyenkor prothrombin idő ellenőrzés, K-vitamin pótlás szükséges. A kezelés alatti és az alkalmazást követő 5 napon belüli alkoholfogyasztás kipirulást, izzadást, fejfájást, tachycardiát okozhat.

Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti.

Glükóz kimutatása a vizeletből - Fehling vagy Benedict oldat alkalmazása esetén - álpozitív reakciót adhat. A Cefobid és az aminoglikozidok oldatai egymással nem keverhetők, mivel közöttük inkompatibilitás áll fenn. Együttadásuk esetén a készítményeket egymás után és külön infúziós szerelékkel ill. külön helyre kell beadni. Ajánlatos elsőnek Cefobidot adni. Vesefunkció ellenőrzés is szükséges együttes terápiánál. Terhes asszonyokon és éretlen újszülötteken még nincsenek megfelelően ellenőrzött vizsgálatok, e betegeknél csak a gyógyszer adásának előnyeit és lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható. Kis mennyiségben kiválasztódik az anyatejjel, ezért a szoptatás ideje alatt csak óvatosan alkalmazható.

MEGJEGYZÉS:

++ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti /gondozóintézeti/ felhasználásra.

CSOMAGOLÁS:

- 1 amp. /1 g/
- 1 amp. /2 g/

FORGALMAZTA: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Pfizer Inc., New York, USA együttműködés alapján.

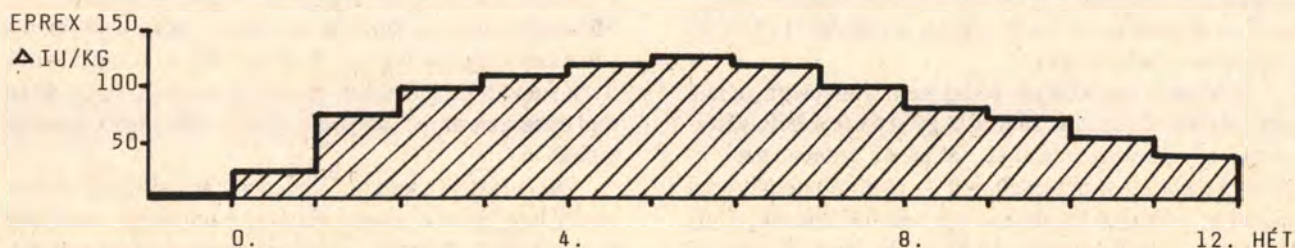


* A Pfizer Inc., New York védjegyzett neve.

Pfizer

3. táblázat: Haematokrit értékét változása EPREX hatásra

N°	E.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12. hét
1.	0,20	0,20	0,18	0,22	0,28	0,30	0,32	0,35	0,35	0,31	0,31	0,35	0,34
2.	0,24	0,24	0,28	0,28	0,30	0,32	0,34	0,35	0,32	0,32	0,33	0,28	0,36
3.	0,17	0,25	0,28	0,26	0,30	0,32	0,32	0,32	0,33	0,33	0,33	0,38	0,30
4.	0,22	0,23	0,25	0,26	0,28	0,33	0,40	0,39	0,44	0,44	0,36	0,42	0,40
5.	0,24	0,23	0,25	0,26	0,30	0,34	0,32	0,34	0,41	0,41	0,37	0,30	0,36
Átl. szórás	0,22± 0,02	0,23± 0,01	0,25± 0,05	0,26± 0,01	0,29± 0,01	0,32± 0,01	0,34± 0,03	0,35± 0,01	0,37± 0,05	0,36± 0,05	0,34± 0,02	0,35± 0,04	0,35± 0,03



emelkedett, s már a kezelés 4. hetében szignifikáns változást mutatott. A vörösvérsejtszám (vvt) a kezelés megkezdése előtt $2,0 \pm 0,3 \times 10^6/\mu\text{l}$, a 4. héten $2,9 \pm 0,2 \times 10^6/\mu\text{l}$, a 8. héten $3,08 \pm 0,2 \times 10^6/\mu\text{l}$, a 12. héten $3,3 \pm 0,2 \times 10^6/\mu\text{l}$ volt.

A reticulocytaszám a kezelés megkezdése előtt $21 \pm 5 \times 10^3/\mu\text{l}$, a 4. héten $82 \pm 26 \times 10^3/\mu\text{l}$, a 8. héten $58 \pm 14 \times 10^3/\mu\text{l}$, a 12. héten pedig $49 \pm 33 \times 10^3/\mu\text{l}$ volt. A fehérvérsejtszám (fvs) és a thrombocytaszám (thrc) nem mutattak szignifikáns növekedést (4. táblázat).

4. táblázat: A vörösvérsejt, a fehérvérsejt, a thrombocyta és reticulocytaszám átlagos változásai

Labor-vizsg.	Kezelés előtt	4. héten	8. héten	12. héten	p
Vvt/mm ³	$2,0 \pm 0,3 \times 10^6$	$2,9 \pm 0,2 \times 10^6$	$3,08 \pm 0,20 \times 10^6$	$3,3 \pm 0,2 \times 10^6$	<0,001
Fvs/mm ³	$5,2 \pm 1,5 \times 10^3$	$5,5 \pm 1,2 \times 10^3$	$4,84 \pm 0,97 \times 10^3$	$5,8 \pm 2,0 \times 10^3$	>0,05
Thrc./mm ³	$162 \pm 66 \times 10^3$	$200 \pm 56 \times 10^3$	$152 \pm 63,7 \times 10^3$	$170 \pm 36 \times 10^3$	>0,05
Retic./mm ³	$21 \pm 5 \times 10^3$	$82 \pm 26 \times 10^3$	$58,2 \pm 14,3 \times 10^3$	$49,4 \pm 33 \times 10^3$	<0,01

Szignifikáns növekedést észleltünk a serum húgysav értékekben is, ezért a 4. héttől kezdve fokoztuk a dialízis kezelésének hatásosságát, nagyobb felületű dializátorok alkalmazásával és a dialízis időt megnyújtásával.

A májfunkciós enzim vizsgálatok közül a SGOT szignifikáns csökkenést, az LDH pedig szignifikáns növekedést mutatott, de a normális értékeken belül maradt.

A se Na, K, Ca, P és Cl értékek nem mutattak szignifikáns változást. Ugyancsak nem változtak szignifikánsan a BUN, a se kreatinin, a se összfehérje, (TP) és a se albumin értékek, valamint a se bilirubin, az alkalikus phosphatase, a GPT, a gamma GT, a CK, az amylase, továbbá a vércukor, a se lipid, a se Fe és a TVK értékek.

A betegek vérnyomása sem mutatott a kezeléseik folyamán szignifikáns változást. Hypertóniás krízist egy esetben sem észleltünk.

Javult azonban valamennyi esetben a betegek általános közérzete, étvágya, fizikai teljesítőképessége. A 3 hónap folyamán egy beteg sem szorult transzfúzióra. Az EP-

REX jó hatása általában 6 hétig tartott, mert 6 hét múlva kellett a betegeket ismételt transzfundálni.

Káros mellékhatást, hypertóniás epizódot, valamint a Cimino fistula thrombosisát, egyéb thrombotikus jelenséget, „influenzaszerű” szindrómát, allergiás reakciót egy esetben sem észleltünk.

A három hónapos kezelés után az EPREX adagolását abba kellett hagynunk, mivel ennyi időre elegendő mennyiség állott rendelkezésünkre. Ezért azután azt vizsgáltuk, hogy hány hétig tart a hatása, azaz a betegek mikor szorulnak ismét transzfúzióra. A betegek fokozatosan anemizálódtak ismét oly mértékben, hogy a transzfúziók adását 6 hét múlva ismét el kellett kezdeni.

Ezután megvizsgáltuk azt a kérdést is a következő három hónap folyamán, hogy emelkedik-e a betegek transzfúziós igénye, azaz több vérré van-e szükségük az EPREX kezelés megkezdése előtti három hónapos időszakhoz viszonyítva. Azt találtuk, hogy 3 beteg transzfúziós igénye jelentősen növekedett, 2 beteg transzfúziós igénye nem változott.

A rekombináns human erythropoietin felfedezése és mesterséges előállítása századunk igen jelentős új tudományos sikerének számít a nephrologiában, mert új utat nyitott a krónikus vesebetegek anaemiájának a kezelésében. Az eddigi irodalmi adatok a dialízis programban lévő betegek eredményes r-HuEPO kezeléséről számolnak be. Vanak azonban már olyan adatok is, amelyek a praedializis stádiumban lévő, még konzervatív kezelt betegek anaemiájának a hatásos kezeléséről számolnak be (13, 17). Egyre inkább bővülnek az ismereteink a gyermekek r-HuEPO terápiájával kapcsolatban is (22, 32). Saját, felnőtteken szerzett tapasztalataink is messzemenően alátámasztják, a hazai irodalomban az elsők között, a r-HuEPO gyors és megbízható hatásosságát.

A renális anaemiának eddig nem volt megnyugtató gyógymódja. Csupán az androgen gyógyszerek befolyásolhatták kedvezően az anaemiát. Valójában azonban ezek terápiás hatása csak mérsékelt volt — nem mindegyik eset reagált az androgen kezelésre — és a mellékhatások, a hirtetizmus, a májkárosodás korlátozták ennek a kezelési módnak az eredményességét (12). Ezért az anaemia többnyire rövid időtartamú korrekciója céljából az esetek jelentős részében ismételt transzfúziókat kellett adni.

Az R-HuEPO immunológiailag és biológiailag nem különbözik a natív, human vizelethől előállított EPO-tól, és a szerkezete is igen hasonló ahhoz. Az EPO 165 aminosavból álló polipeptid, molekulásúlya 34 000 dalton, amelynek 40%-át szénhidráttól álló oldalláncok képezik (4, 9).

Az r-HuEPO négy támadásponton fejt ki a hatását a vörösvérsejtképzésre. Közvetlen hatással bír az erythroid elősejtekből a BFU-E, továbbá a BFU-E sejtekből a CFU-E sejtek, valamint a CFU-E sejteknek a proerythroblasttá történő átalakulására, majd az érési sor végén a csontvelői reticulocyttákból perifériás reticulocyttákká való képződésére (3). Éppen ezért klinikailag a hatása a reticulocyták, a vörösvérsejtszám, a Hgb és Htk értékek növekedésével mérhető le, amelyek általában már a kezelés 4. hetében szignifikáns növekedést mutatnak. Egyes szerzők a trombocytaszám szignifikáns emelkedését is megfigyelték (17). A leukocytaszám nem változik szignifikánsan az EPO kezelés hatására. Saját vizsgálatainkban a trombocytaszám és a leukocytaszám szignifikánsan nem változott.

Az r-HuEPO elvileg valamennyi uraemiás, dializált betegben hatásos, ha azt hetenként a dialízisek után háromszor, intravénásan, 50 IU/testsúly-kg dózisban vagy ennél nagyobb adagban alkalmazzuk. A Htk és Hgb értékek növekedésétől függően a dózis hetenként-kéthetenként fokozatosan 100–150 IU/tskg-ra emelendő, mindaddig, amíg a 110–120 g/l Hgb értékeket el nem értük. Ezután a beteget egy fenntartó adagra kell beállítani, amely általában 50–75 IU/tskg (15).

Amennyiben a beteg dialízise hetenként csak két alkalommal történik, akkor ennél nagyobb dózist kell alkalmazni, 100–150 IU/tskg adagban. Saját anyagunkban két betegünk is ilyen dózisban kapta az EPREX-et.

Az utóbbi időben kezd tért hódítani az r-HuEPO na-

ponkénti subcutan adagolása, amelyre a beteg az insulin beadásához hasonlóan kiképezhető, majd az otthonában azt folyamatosan végzi. Többek szerint a subcutan adagolásnak az az előnye, hogy ezáltal egyenletesebb vérszint érhető el, s ugyanolyan mértékű Hgb szint emelkedéshez, mint amilyen az iv. adagolással érhető el, kisebb mennyiségű heti EPO adag szükséges, továbbá kevesebb a nemkívánatos mellékhatások gyakorisága is. Tehát a subcutan dozírozásnak elsősorban gazdasági jelentősége van, tekintettel az EPREX jelenleg még igen magas költségére (1 ampulla ára 80 svájci frank) (3, 14, 39).

Mások azonban vitatják a subcutan adagolás előnyeit az iv. dozírozással szemben, mind a gazdasági, mind pedig a mellékhatások gyakoriságának a szempontjából (21). Mindezek ellenére azonban úgy tűnik, hogy a jövőben a subcutan adagolás fog tért hódítani. Mi is szándékozunk ilyen irányú vizsgálatokat végezni a jövőben, hogy állást foglalhassunk az iv. adagolás, kontra subcutan dozírozás vitájában.

Az r-HuEPO kezelés általános hatásai közül kiemelendő, hogy javul a betegek életének a minősége, azaz jobb lesz a fizikai állapotuk, a pszichés közérzetük, rendeződnek az emberi kapcsolataik (család, házastárs, barátok) és az élet különböző területein fokozódik a teljesítőképességük (szabadidő eltöltése, rehabilitáció), javulnak a szexuális funkciók (10, 12, 26, 31, 34, 35).

A szérum húgysav-szint szignifikáns emelkedése azal magyarázható, hogy javul a betegek étvágya, ezért több fehérjét is fogyasztanak. Bizonyos esetekben a szérum kálium és foszfát szint emelkedése is ezzel magyarázható (10, 26, 31). Ezek a nemkívánatos jelenségek azonban a dialízisek idejének a meghosszabbításával, nagyobb felületű dializátorok alkalmazásával, azaz a kezelésekre hatékonyságának a fokozásával leküzdhetők. A szérum K és P értékek lényegében nem változtak. Az LDH enzim szint növekedése a fokozott erythropoiesissal magyarázható.

Vizsgálataink folyamán káros, az irodalomban leírt mellékhatásokat egy esetben sem észleltünk. Ezek a következők lehetnek: hypertonia (súlyos esetben hypertoniás encephalopathia!), a Cimino fisztula thrombosisa, influenzaszerű tünetek csontfájdalmakkal, bőrkütiés, hidegrázás az injekció beadása után, epilepsziás görcsroham, ha a beteg anamnesisében epilepsia szerepel (7, 8, 11, 15, 18, 27, 31). A vérnyomás emelkedése a perifériás resistencia fokozódásával magyarázható, amelynek közvetlen kiváltó tényezője a szervezet oxigenizációjának a javulása (7, 34). A thrombotikus jelenségek adott esetben a rheológiai változásokkal magyarázhatók. Ezek elsősorban akkor jelentkeznek, ha a kezelést nagy adagokkal kezdjük és a Hgb, Htk értékek rohamosan kezdenek növekedni. Az influenzaszerű és az egyéb allergiás tünetekért a kisserelt r-HuEPO készítmény endotoxin szennyezettsége lehet a felelős (12). Influenzaszerű tünetek léphetnek fel akkor is, ha a gyógyszert iv., gyorsan alkalmazzák. Ezért minden esetben azt lassan, 4–5 perc alatt kell beadni a betegnek.

Az r-HuEPO kezelés felfüggesztése után a Hgb és Htk értékek fokozatosan csökkentek, majd 6 hét múlva a betegek ismét transzfúzióra szorultak. Éppen ezért a terápiát az inzulin kezeléshez hasonlóan folyamatosan, megszakí-

tás nélkül kell végezni. A folyamatos, fenntartó kezelés fontosságát hangsúlyozza az az általunk megfigyelt tény is, hogy a kezelés abbahagyása után a betegek többségében fokozódik a transzfúzióigény. Ez a jelenség felveti annak a lehetőségét, hogy r-HuEPO kezelés közben tovább csökken a már különben is kismérvű, saját, endogen EPO termelés.

Mindenesetre megállapítható, hogy az EPREX injekció széles körű bevezetése a klinikai gyakorlatba eredményes változást hozott a krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek anaemiájának a kezelésében, a betegek életminőségének a javításában és rehabilitálhatóságukban. A jövőben bizonyára még sokat fogunk hallani és olvasni ennek az új gyógyszernek a klinikai alkalmazásában felvetődő problémák és kérdések további tisztázásáról, újabb területeken való eredményes felhasználásáról.

IRODALOM: 1. Adamson, J. W., J. W. Eschbach, C. A. Finch: The kidney and erythropoiesis. *Am. J. Med.* 1968, 44, 725. — 2. Bommer, J., C. Alexion, V. Müller-Bühl et al.: Recombinant human erythropoietin therapy in haemodialysis patients. Dose determination and clinical experience. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1987, 2, 238. — 3. Bommer, J., E. Ritz, T. Weinreich et al.: Subcutaneous erythropoietin. *Lancet*, 1988, ii, 406. — 4. Browne, J. K., A. M. Cohen, J. C. Egrie et al.: Erythropoietin: Gene cloning, protein structure and biological properties. *Cold Spring Harbor 11th Symp. Quant. Biol.* 1986, 51, 693. — 5. Casati, S., P. Passerini, M. R. Campise et al.: Benefits and risks of protracted treatment with human recombinant erythropoietin in patients having haemodialysis. *Brit. Med. J.* 1987, 295, 1017. — 6. Cook, J. D., J. W. Eschbach: Iron absorption and loss in chronic renal disease. In: *Iron Metabolism and its Disorders*. Excerpta Med. 1975, pp. 190. — 7. Deschodt, G., C. Granolleras, B. Alsabadani et al.: Changes in cardiac output, blood pressure and peripheral resistance following treatment of renal anaemia by recombinant human erythropoietin. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 494. — 8. Editorial: Erythropoietin. *Lancet*, 1987, ii, 781. — 9. Egrie, J. C., T. W. Strickland, J. Lane et al.: Characterization and biological effects of recombinant human erythropoietin. *Immunobiology*, 1976, 172, 213. — 10. Eschbach, J. W., J. C. Egrie, M. R. Downing et al.: Correction of the anaemia of end-stage renal disease with recombinant human erythropoietin. *N. Engl. J. Med.* 1987, 316, 73. — 11. Eschbach, J. W. Adamson: Correction of the anemia of hemodialysis (HD) patients with recombinant human erythropoietin (r-HuEPO): Results of a multicenter study. *Kidney Int.* 1988, 33, 189, (A). — 12. Eschbach J. W.: The anaemia of chronic renal failure: Pathophysiology and the effects of recombinant erythropoietin. *Kidney Int.* 1989, 35, 134. — 13. Franken, L. A. M., R. Verberckmoes, H. E. Sluiter et al.: An open study of the safety and efficacy of multiple doses of recombinant human erythropoietin in endstage renal disease (predialysis) patients. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 495. — 14. Granolleras, C., B. Branger, G. Deschodt et al.: Daily self administered sub-cutaneous erythropoietin (SADSCEPO): the optimal form of EPO for ESRD patients. p. 200. EDTA Abstract of

XXVth Congress, Göteborg, 1989. — 15. Hauglsutaine C., C. van Geet, L. Verresen et al.: Haemostatic effect of recombinant human erythropoietin in chronic hemodialysed patients. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 496. — 16. Kakuk Gy.: Idült vesebetegek anaemiájának patogenezise és kezelése. (Dialízis-kezelés és transzfúzió). *Orvosképzés*, 1983, 58, 67. — 17. Kindler, J., C. Bauer, K. U. Eckhardt et al.: Single dose pharmacokinetics of recombinant human erythropoietin in patients with various degrees of renal failure. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 497. — 18. Lassere, J. J., N. Gretz and M. Strauch: A flu-like syndrome in patients treated with erythropoietin. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 498. — 19. Lin, F. K., S. Suggs, Ch. Lin et al.: Cloning and expression of the human erythropoietin gene. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1985, 82, 7580. — 20. Lindsay, R. M., J. A. Burton, P. King et al.: The measurement of dialyser blood loss. *Clin. Nephrol.* 1973, 1, 24. — 21. Loibl, U., W. Manker, M. Buxman et al.: EPO-administration: no advantage for the subcutaneous route p. 206. EDTA Abstract of the XXVth Congress, Göteborg, 1989. — 22. Meier, W., M. Paulitschke, D. Lerche et al.: Erythropoietin improves the static and dynamic deformability of RBC in children with end-stage renal disease. p. 207. EDTA Abstract of XXVth Congress, Göteborg, 1989. — 23. Miyake, T., C. K. H. Kung, E. Goldwasser: Purification of human erythropoietin. *J. Biol. Chem.* 1977, 252, 5558. — 24. Ohare, J. A., D. J., Munaghan: Reversal of aluminium induced hemodialysis anemia by a low aluminium dialysate. *N. Engl. J. Med.* 1982, 306, 654. — 25. Schafer, A. I., R. G. Cheron, T. Dluhy et al.: Clinical consequences of acquired transfusional iron overload in adults. *N. Engl. J. Med.* 1981, 304, 319. — 26. Schaefer, R. M., B. Kürner, M. Zech et al.: Therapie der renaler Anämie mit rekombinantem humanem Erythropoietin. *Dtsch. Med. Wschr.* 1988, 113, 125. — 27. — Schaefer, R. M., B. Kuerner, M. Zech et al.: Blood rheology and hypertension during treatment with erythropoietin. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1988, 3, 500. — 28. Segal, G. M., T. Stueve, J. W. Adamson: Spermine and spermidine are non specific inhibitors of in vitro hematopoiesis. *Kidney Int.* 1987, 31, 72. — 29. Shaw, A. B.: Hemolysis in chronic renal failure. *Brit. Med. J.* 1967, 2, 213. — 30. Stutz, B., K. Rhyner, J. Vögli et al.: Erfolgreiche Behandlung der Anämie bei Hämodialyse-Patienten mit rekombiniertem humanem Erythropoietin. *Schw. Med. Wschr.* 1987, 117, 1397. — 31. Sundal E., J. Bariety, J. Bommer et al.: Correction of anaemia of chronic renal failure with recombinant human erythropoietin: results from a multicenter study in 150 haemodialysis-dependent patients. *Nephrol. Dial. Transpl.* (in press). — 32. Van Geet C., R. van Damme-Lombaerts, W. Proesmans et al.: Increase in platelet free calcium mobilisation during erythropoietin administration to uremic children p. 200. EDTA Abstract of XXVth Congress, Göteborg, 1989. — 33. Ward, J. W., S. D. Holmberg, J. R. Allen et al.: Transmissions screened as negative for HIV antibody. *N. Engl. J. Med.* 1988, 473, 318. — 34. Winearls, C. G.: Use of erythropoietin in patients with end-stage renal failure. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1985, 82, 7580. — 35. Winearls, C. G., D. O. Oliver, J. J. Pippard et al.: Effect of human erythropoietin derived from recombinant DNA on the anemia of patients maintained by chronic haemodialysis. *Lancet*, 1986, ii, 1175.

(Kakuk György dr., Debrecen, Pf. 19. 4012)

HÍREK

Az Országos Traumatológiai Intézet 1990. november 12-én 15 órakor az Intézet VIII. emeleti konferencia termében tudományos ülést tart.

Program

1. Martos János: A háromdimenziós képalkotó eljárások, különös tekintettel a csontrendszer vizsgálatára
2. Fedorcsák Imre, Bognár László, Martos János, Turóczy László: Idegsebészeti stereotaxiás beavatkozások — esetismertetés
3. Szilvási István: Mit tud a SPECT?

SZERZŐK FIGYELEM!!!

Orvosi, egészségügyi, ismeretterjesztő, szépirodalmi és gyermekkönyvek szerkesztését, kézirat előkészítését, nyomdai munkálatainak elvégzését ajánljuk Önöknek!

KÓRHÁZAK, ISKOLÁK!!!

Évkönyvek, emlékkönyvek, katalógusok szerkesztését, nyomdai munkálatainak elvégzését vállaljuk. Tervezéstől a kivitelezésig!

MINDEN ÉRDEKLŐDŐNEK!!!

Névjegykártyák, meghívókártyák, meghívólevelek, borítékok, levélpapírok, Ex Librisek, termékismertető, reklámnymomatványok készítését vállaljuk. Tervezéstől a kivitelezésig!

**FORDULJANAK HOZZÁNK
BIZALOMMAL!**

**CÉGÜNK NEVE GARANCIA
A MINŐSÉGHEZ!**

**SZERKESZTŐSÉGEINK
VÁRJÁK
MEGRENDELÉSEIKET!**



Temesi Mihály dr.,
Nemerey Péter dr.,
Szabó Mária dr.
és Varga Gyula dr.

Az ultrahang vizsgálatok indikációi hasi traumákban 5 éves beteganyagunk alapján

Baranya Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, Pécs, Radiológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Papp Zsuzsanna dr.)
Sebészeti Osztály és Sebészeti Tanszék
(osztályvezető: Kettő Károly dr.)
Zala Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, Zalaegerszeg, Radiológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Varga Gyula dr.)

A szerzők 5 év alatt 34 873 ultrahang vizsgálatból 2620 sürgősségi ultrahang vizsgálatot végeztek. Közülük 640 esetben sérült betegeknek. Ebből 46 volt pozitív eredményű. A pozitív esetek megoszlásának bemutatása mellett néhány esetüket ismertetik. Az irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján összefoglalják az ultrahang vizsgálatok előnyeit, indikációit, és röviden kitérnek a képalkotó diagnosztika sorrendiségére is, melyek közül az ultrahang vizsgálat elsődlegességét hangsúlyozzák. Kiemelik, hogy a klinikai kép és az ultrahang vizsgálat együttes értékelésével 16 betegnél a fokozott observáción kívül egyéb beavatkozásra nem volt szükség, de 17 beteg igényelt akut műtéti kezelést.

Ultrasonographic indications in abdominal traumas on the basis of a five-year patient material. The authors performed during 5 years 2620 emergency ultrasonographies of 34 873 ultrasonographic examinations. In 640 cases the examinations were carried out with injured patients. The results were positive in 46 cases. The distribution of positive cases are presented and certain cases are described. On the basis of literary data and their own experiences the authors summarize the advantages and indications of ultrasonography and deal briefly with the order of sequence of image-forming diagnostics emphasizing the primary role of ultrasonography. It is stressed that with the joint evaluation of the clinical picture and ultrasonography no other intervention was required with 16 patients than a close observation whereas acute surgery had to be performed with 17 patients.

Tompa hasi traumákban az új képalkotó eljárások a diagnosztikus lehetőségeket kiszélesítették. Ezek segítségével a kisebb, esetleg műtéti beavatkozást még nem igénylő esetek is felfedezhetők, a szükséges fokozottabb observációjuk biztosítható, illetve a műtéti beavatkozásokra korábban kerülhet sor. Így a betegek egy részénél a műtét jobb körülmények között történhet vagy elkerülhetővé válhat (2, 3, 6, 9, 11, 12, 14, 20, 22, 23, 26).

Beteganyag és módszer

A Pécsi Megyei Kórház Radiológiai Osztályán 1983. februártól 1988. március 1-ig 34 873 ultrahang vizsgálat történt Picker LS 3000 real time ultrahang készülékkel. Meg kell jegyeznünk, hogy az ultrahang vizsgálatot akut esetekben, így a traumás betegeknek is a nap bármely időpontjában végezzük. Az eltelt 5 évben összesen 640 ilyen vizsgálat történt. 46 beteg ultrahang vizsgálatát pozitív eredményű, melyek megoszlását az 1. táblázaton soroltuk fel. (Az egyéb okból — differenciáldiagnosztikai céllal — végzett 1980 beteg sürgősségi vizsgálatát nem részletezzük.)

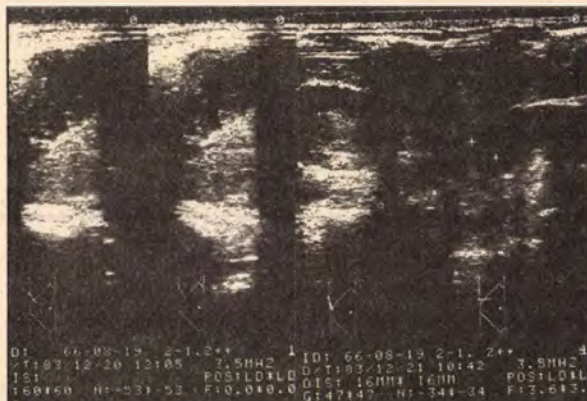
1. táblázat: **Beteganyag** (1983 és 1988 között)

Összes ultrahang vizsgálat	34 873 beteg
Ultrahang vizsgálat sérült betegeknek	640 beteg
Pozitív ultrahang leletek	
traumatológiai esetekben:	
Májsérülés	5 beteg
Vese	6 beteg
Epehólyag	1 beteg
Pancras	6 beteg
Lépsérülés	
Inkomplett	6 beteg
Traumás lépcysta	4 beteg
Iatrogen bevézés	1 beteg
Kétszakaszos lépruptúra	6 beteg
Hematoma a retroperitoneumban	3 beteg
Bélfalli bevézés	1 beteg
Hasfalli hematoma	4 beteg
Csak szabad hasi folyadék (vér)	3 beteg
Ebből bélrúptúra	1 beteg
Mesenterium szakadás	1 beteg
Egyszakaszos lépruptúra	1 beteg
Összesen:	46 beteg

A pozitív eseteink közül néhány eset bemutatásával demonstráljuk, hogy milyen segítséget nyújthat az ultrahang diagnosztika.

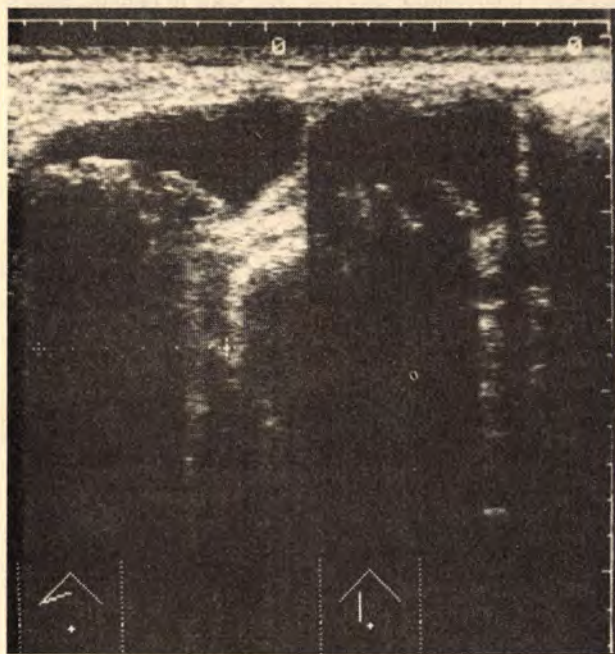
Kulcsszavak: hasi traumák, ultrahang-diagnosztika

1. eset: B. S. 18 éves férfi mellkasi késszúrás miatt kialakult traumás pneumothorax ellátása utáni hasi fájdalmak tisztázására történt ultrahang vizsgálata mutatta ki a máj sérülését, valamint a jobb vese és máj között kialakult vérömlenyt. Ezek a klinikailag rendezett általános állapot, normális vérkép mellett akut beavatkozást nem tettek szükségessé. A rendszeres ultrahang ellenőrzések a fokozatos regressziót, majd a teljes gyógyulást állapították meg (1. ábra)



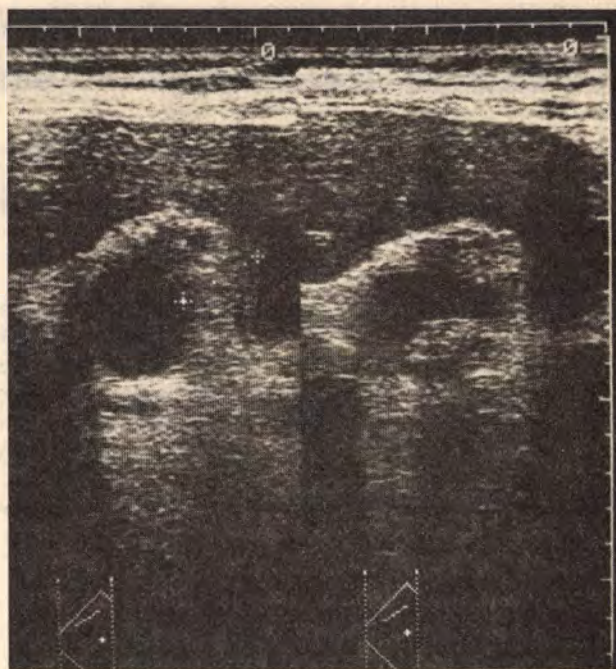
1. ábra: A májban egyenetlen kontúru echoszegény képlet a máj sérülését, a máj és jobb vese közötti echomentes terület a bevérzést mutatja. (Jobboldalon a +-ek ez utóbbit jelzik)
(1. számú eset)

2. eset: L. L.-né 84 éves nőbeteg lépcsőn esett el, jobb oldalát ütötte meg. Erős fájdalmai és tapintható rezisztencia miatt ultrahang vizsgálata jelentősen megvastagodott falú, köves epe-



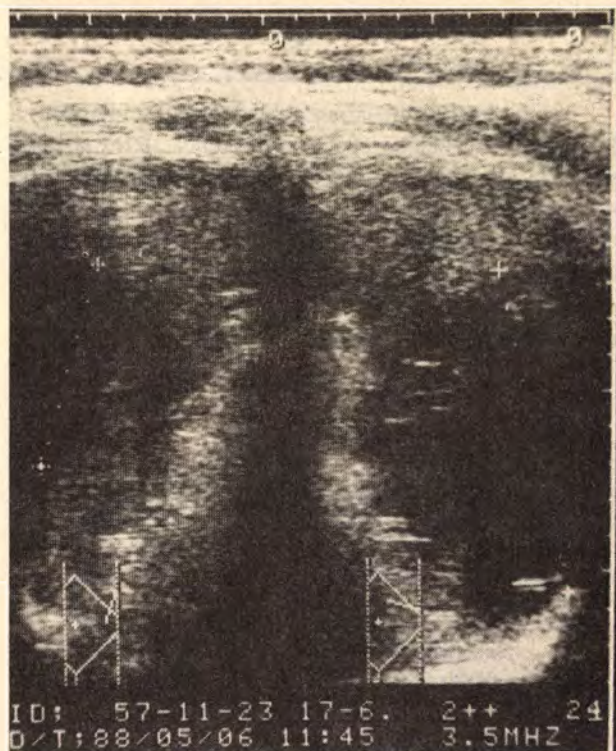
2/a. ábra: Nagyszámú követ tartalmazó megnagyobbodott epehólyag (2. eset)
(+-ek kövek okozta hangárnyékok jelzik hossz- és hátrátmetszeti képen.)

hólyagot állapított meg. Tekintettel a trauma előtti panaszmentes ségre, láz, leukocytosis hiányára „traumás cholecystitist” lehetett valószínűsíteni. A műtéti feltárás az epehólyagfal bevérzését igazolta, a cholelithiasis mellett, egyéb hasi sérülés nélkül (2a és b ábra).

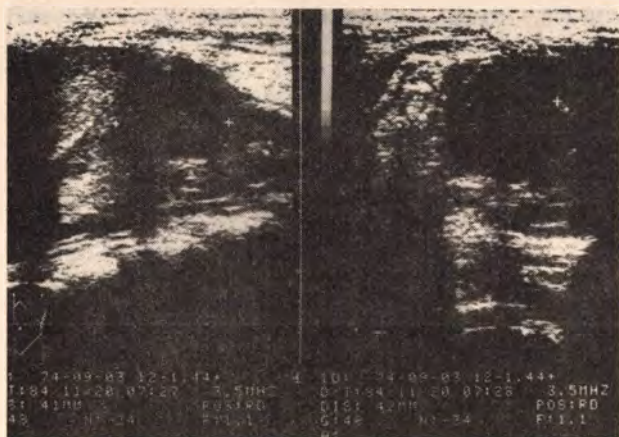


2/b. ábra: Ugyanezen betegnél más metszetben az epehólyagfal nagyfokú megvastagodása mutatható ki. Izolált traumás „cholecystitis” feltételezést a műtét igazolta.

3. eset: N. M. 34 éves férfi két méter magasságból zuhant a bal oldalára, és bal oldali olecranon törést szenvedett. Műtéti repositio után kialakult lázas állapot miatt a műtéti terület revisiója és drenálása történt. Állapota rendeződött. 3 hét múlva ismét septikus lázzal került kórházba. A bal könyök műtéti területe reactionmentes. Hasi fájdalmai miatt akut ultrahang vizsgálata a lépben belül echoszegény, szabálytalan részletet mutatott ki. Ismételt kontroll vizsgálatok ennek kifejezettebbé válását bizonyították, majd a laparotomia a lép tokjának nem friss szakadását és ennek fertőződése során kialakult subphrenicus abscessust is igazolta (3. ábra).



3. ábra: A lépben egyenetlen kontúru echoszegény terület ábrázolódik.
(+-ek a lép bevérzését jelzik) (3. számú eset)



4. ábra: A jobb vese középső harmadában a tok alatti echoszegény terület a vese tok alatti bevérvését ábrázolja. (4. számú eset)

4. eset: H. S. 10 éves fiú kerékpárral esett el, és bal oldalát ütötte meg. Praeshockos állapotban került kórházba. Makroszkópos hematuriaja, bal oldali fájdalmai miatti ultrahang vizsgálata a bal vesében tok alatti bevérvést véleményezett. Konzervatív kezelése teljes klinikai és morfológiai gyógyulást eredményezett (4. ábra).

5. eset: H. I. 36 éves férfi nagy erejű hasi rúgás után kifejezett hasi fájdalmakkal került felvételre. Natív hasi röntgen vizsgálattal kórosat kimutatni nem tudtunk. Akut ultrahang vizsgálata viszont jelentős mennyiségű szabad hasi folyadékot állapított meg. A beteg rendezett keringése mellett végzett akut peritoneocentesis majd laparotomia a hasúri bevérvést igazolta, melynek oka a mesenterium gyök szakadása volt (5. ábra).



5. ábra: A nagy hasi fájdalmak miatti vizsgálat a hasi folyadékot tudta kimutatni. (A folyadékon belül egy bélkacs keresztmetszeti képe ábrázolódik.) Műtét mesenterium gyök szakadását bizonyította (5. számú eset)

Megbeszélés

Traumatológiai esetek akut ultrahang vizsgálata jelentős információkat nyújt a preoperatív diagnosztikában. Jelentőségét alátámasztja az is, hogy az 1. táblázatban részletezett 46 esetünk közül akut műtéti beavatkozás 17 betegen történt, további 13 beteg a klinikai és ultrahang morfológiai progresszió, vagy a hematoma felülfertőződése miatt került halasztott műtetre, míg 16 beteg laparotómiaja a folyamatos klinikai, laboratóriumi és ultrahang monitorizálás mellett elkerülhető volt.

Az ultrahang vizsgálat jól mutatja a parenchymás szervek sérüléseit, melyek morfológiai képe a bevérvés mennyiségétől, a sérülés óta eltelt időtől, a véralvadási tényezőktől stb. függően változnak (4, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 27). Számos esetben a trauma utáni szabad hasi folyadék hívja fel a figyelmet a hasi szervek sérülésére. Az ultrahang differenciáldiagnosztika ezekben az esetekben már nehézségeket jelent. (Ebben az anamnézis, klinikai kép mellett a peritoneocentesis, peritoneális öblítés nyújthat segítséget.)

2. táblázat: Ultrahang vizsgálat előnyei

Hasi sérülések jellegének, lokalizációjának meghatározása
A retroperitonealis terület egyidejű vizsgálata
A vesék megítélhetősége
Intraparenchymás, tok alatti bevérvések lokalizációja
Pericardium folyadéktartalmának meghatározása
Pleurális folyadék kimutatása
Dinamikus észlelés, ultrahang monitorizálás
Késői szövődmények kimutatása

3. táblázat: Peritoneális öblítés és az ultrahang vizsgálatok összehasonlítása (Rückert adatai alapján)

	Peritoneális öblítés	Ultrahang
Szenzitivitás	100%	81%
Specifitás	100%	92%
Pontosság	100%	86%
Diagnosztikus érték	100%	92%
Retrospektív vizsgálatokban téves negativitás	1%	11,2%
Téves pozitivitás	1,2%	3,7%
Szövődmény	0,7%	0%

Az irodalmi adatok (3, 5, 8, 11, 13, 18, 26, 28) és saját tapasztalataink alapján a 2. táblázaton foglaltuk össze az ultrahang vizsgálat előnyeit. A 3. táblázaton Grüssner és Rückert adatai alapján (10) az ultrahang vizsgálat és az invazív, peritoneális lavage érzékenységét, diagnosztikus értékét hasonlítottuk össze. Látható, hogy az invazív módszer nagyobb pontosságot nyújt, de a szövődmények is nagyobbak. Előnyeként viszont azt is meg kell említeni, hogy kevés gyakorlattal is elvégezhető (1, 10, 20), míg az akut ultrahang vizsgálatok nagy jártasságot igényelnek. Mindezek mellett első morfológiai vizsgálatként a 2. táblázatban felsorolt előnyök miatt az ultrahang javasolható. Lényeges szerepet játszik a nem akut műtéti beavatkozást igénylő esetek monitorizálásában a konzervatív kezelé-

hatásosságának lemerésében, az esetleges késői szövőd-
mények felderítésében is.

Az eddigieket összefoglalva a 4. táblázaton soroltuk
fel az akut ultrahang vizsgálatok indikációit. A képalkotó

4. táblázat: Akut ultrahang vizsgálat indikációi traumákban

Tompá hasi sérülések
Alsó bordatörések
Lumbalis csigolyatörések
Nyomásérzékenység, tapintható rezisztencia
Hematuria, melaena
Feszés has
Csökkenő hematocrit, anaemia
emelkedett serum amylase
Lázás állapot (Hematoma/abscessus)

eljárások közül mindenképpen az ultrahang vizsgálat so-
rolható első helyre a gyorsaság, hozzáférhetőség, szövőd-
ménymentesség miatt. Ennek elvégzése után, diagnosztiku-
s bizonytalanság esetén, illetve a műtéti tervezés
pontosításához javasolhatók az egyéb módszerek (pl.: jó
felbontású CT, szcintigráfia, angiográfia stb.) is. Termé-
szetesen minden esetben egyedi elbírálás szükséges.
Mindezek alapján az ultrahang vizsgálatok lehetőségének
megteremtése minden traumatológiával foglalkozó intéz-
ményben, és a nap bármely időszakában elengedhetetlen.

IRODALOM: 1. Alyono D. J., Perry, T.: Significance of repeat-
ing diagnostic peritoneal lavage. *Surgery* 1982, 9, 656. — 2.
Aschrit M. et al.: Fractured kidney and retroperitoneal hemato-
ma diagnosed by ultrasound. *J. Clin. Ultrasound* 1982, 10, 335.
— 3. Aufschneider, M., Kofler, H.: Sonographische akut diag-
nostik beim Polytrauma. *Akt. Traumatol.* 55, 1983. — 4. Coelho,
J. C. U., Sigel, B., Ryava, J. C. et al.: B-mode sonography of
blood clots. *J. Clin. Ultrasound* 1982, 13, 323. — 5. Cos, E. F.:
Blunt abdominal trauma. A 5 years analysis of 870 patients re-
quiring celiotomy. *Am. J. Surg.* 1984, 9, 467. — 6. Coelho, J.
C. U. et al.: B-mode sonography of blood clots. *J. Clin. Ultra-
sound* 1982, 10, 323. — 7. Danemann, A., Matzinger, M. A.,
Martin, D. J.: Posttraumatic hemorrhage into the gallbladder.
Radiology 1983, 149, 345. — 8. Eisenstein M., Ralls, P. W.,
Coletti, P. et al.: Posttraumatic biloma: sonographic diagnosis.

AJR 1983, 140, 303. — 9. Eoley, L. C., Teele, R. L.: Ultrasound
of epigastric injuries after blunt trauma. *AJR* 1978, 2, 593. — 10.
Grussner, R., Ruckert, K., Klotter H. J., Kuhnert A.: Ultraschall
und Lavage beim stumpfen Bauchtrauma polytraumatisierter Pa-
tienten. *Deutsche Med. Wochenschrift* 1985, 10, 1521. — 11.
Hauenstein, K. H., Wimmer, B., Billman, P. et al.: The role of
sonography in blunt abdominal trauma. *Radiology* 1982, 145,
282. — 12. Kaude, J. V., McInnis, A. N.: Pancreatic ultrasound
following blunt abdominal trauma. *Gastrointest. Radiol.* 1982, 7,
53. — 13. Kuhn, F. P., Schreyer Th., Schild, H. et al.:
Sonographie beim stumpfen Bauchtrauma. *Fortschr. Roent-
genstr.* 1983, 9, 310. — 14. Lam, A. H., Shulman, L.: Ultrasono-
graphy in the management of liver trauma in children. *J. Ultra-
sound Med.* 1984, 3, 199. — 15. Plojoux, O., Hauser, H.,
Wettstein, P.: Computed tomography of intramural hematoma of
the small intestine. *Radiology* 1982, 4, 559. — 16. Rácz Sz., Lélek
I.: Ügyeleti angiográfia. *Magyar Radiológia* 1985, 59, 265. —
17. Rosenberg, H. K.: Traumatic avulsion of the vascular supply
of a crossed unfused ectopic kidney. *J. Ultrasound Med.* 1984,
3, 89. — 18. Savage, P. E., Joseph, A. E. A., Adam, E. J.: Mas-
sive abdominal wall hematoma: real-time ultrasound localisation
of bleeding. *J. Ultrasound Med.* 1985, 4, 157. — 19. Sheward, S.
E., Davis, M., Amparo, E. G., Gogel, H. K.: Intramural hemor-
rhage simulating gastric neoplasm. *Gastrointest. Radiol.* 1988, 10,
102. — 20. Siewert, J. R., Hibscher, H.: Ultraschall in der
Chirurgie. *Arch. Chir.* 1984, 3, 75. — 21. Sigel, B. et al.: Effect
of plasma proteins and temperature on echogenicity of blood. *Invest. Radiol.* 1982, 17, 29. — 22. Sigel, B. et al.: Ultrasonogra-
phy of blood during stasis and coagulation. *Invest. Radiol.* 1981,
16, 71. — 23. Sonnenberg, E. R., Simeone, J. F., Mueller, P. R.
et al.: Sonographic appearance of hematoma in liver, spleen,
kidney: clinical, pathology and animal study. *Radiology* 1983, 7,
507. — 24. Spirt, B. A., Kagan, E. H., Aubury, E. H.: Clinically
silent retroperitoneal hematoma: sonographic and pathologic
correlation. *J. Clin. Ultrasound* 1981, 9, 203. — 25. Weill, F.,
Rohmer, P., Belloir, A., Bagni, P.: The butterfly sign: an indica-
tor of fluid within both the greater peritoneal cavity and the lesser
omental bursa. *J. Ultrasound Med.* 1983, 2, 161. — 26. Weill, F.,
Didier, D., Rohmer, P., Coche, G.: Ultrasound of the trauma-
tized spleen: left butterfly sign in lesion masked by echogenic
blood clots. *Gastrointest. Radiol.* 1988, 169. — 27. Wicks, J. D.,
Silver, T. M., Bree, R. L.: Grey scale features of hematomas: an
ultrasonic spectrum. *Am. J. Roentgenol.* 1978, 1, 977. — 28.
Winsett, M. Z., Fagan, C. J., Bedi, D. G.: Sonographic demon-
stration of bladder flap hematoma. *J. Ultrasound Med.* 1986,
5, 403.

(Temesi Mihály dr., Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1. 2143)

HISTODIL

tabletta

200 mg cimetidint tartalmaz tablettaként.

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

JAVALLATOK: Endoszkóposan vagy röntgenfelvétellel igazolt benignus, peptikus, gyomor — nyombél — és/vagy jejunális ulcus betegség, reflux oesophagitis, erozív gastritis, Zollinger—Ellison-szindróma kezelése. Szteroid és nem szteroid antiflogisztikumok mellékhatásaként kialakult eróziók 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 javallt.

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

A napi 2g (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 recidíva megjelenésével, a panaszok felújulásával.

MELLÉKHATÁSOK: Fejfájás, fáradtságérzés, myalgia, diarrhoea, somnolentia, kisebb fokú pruritis. Hepatitis (esetenként koleztatikus jellegű). Tartós kúra folyamán gynecomastia, mentális konfúzió, depresszió, ritkán csontvelőártalom, szérumerőterek változása jelentkezhet. Befolyásolja az immúnválaszt. Súlyosabb mellékhatások a kezelés megszakítását indokolják.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁSOK: Óvatosan adandó: — orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás növekedése)
— benzodiazepinekkal (ezek hatását megnyújtja).



Varga László dr.,
Brittig Ferenc dr.,*
Pócza Károly dr.,*
Kiss Gabriella dr.,
Morvay Adrienne o. h.
és Döbrönte Zoltán dr.**

Az elsődleges májrak epidemiológiai vizsgálata Vas megyében

Vas Megyei Tanács Markusovszky Kórház-Rendelőintézet, Szombathely
(főigazgató-főorvos: Gelencsér József dr.)
I. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Varga László dr.)
Patológiai Osztály*
(osztályvezető főorvos: Brittig Ferenc dr.)
II. Belgyógyászati Osztály**
(osztályvezető főorvos: Döbrönte Zoltán dr.)

Szerzők az elsődleges májrak gyakoriságát vizsgálták Vas megyében. Azt találták, hogy 1977–88 között a gyakoriság több mint duplájára növekedett: míg 1977–80 között a 100 000 lakosra jutó májrak gyakoriság 2,97 volt, addig ez a szám 1985–88 között 6,5-re nőtt. Hangsúlyozzák, hogy a gyakoriságban mutatkozó változás elsősorban a férfiakat érintette. A jelenség okát keresve a hepatitis-B vírusfertőzés és az alkoholfogyasztás arányát hasonlították össze a vizsgált 12 év három négyéves periódusában. Azt találták, hogy a vizsgált környezeti ártalmak nem növekedtek olyan mértékben, hogy ezekkel a gyakoriság növekedést magyarázni lehessen. Feltételezik, hogy az említett kóroki tényezők mellett más karcinogén hatással is számolni kell.

Epidemiologic study of the primary liver cancer. The incidence of primary liver carcinoma in the last twelve years was investigated retrospectively in the county Vas. A continuously increasing tumor frequency was found, by the end of the period the value had doubled. The phenomenon attained nearly exclusively the male population while no change could be seen in females. For further clarification comparative investigations into the association between chronic HBV infection and chronic alcohol abuse as well and hepatic carcinoma were performed. Changes in these factors cannot fully explain the gross increase in hepatic tumor incidence, the effect of other risk factors has to be suspected.

Az elsődleges májrak, előfordulási gyakoriságát tekintve, a leggyakoribb emberi rosszindulatú daganatok közé tartozik. Földrajzi megoszlásban jelentős különbség mutatkozik az egyes földrészek között. A leggyakoribb Délkelet-Ázsiában és Afrika egyes területein, ahol az összes rosszindulatú daganat 20–40%-át teszi ki. Ezzel szemben Európában és az Amerikai Egyesült Államokban ennél jóval kisebb az előfordulási arány, az összes malignus daganat 2,5%-a (18). A gyakoriság megoszlásáról részletes irodalmi hivatkozás Balázs és Csermely 1986-ban közölt cikkében található (1).

Míg Távol-Keleten és Afrikában a betegség létrejöttében a hepatitis-B vírusfertőzésnek, illetve mikotoxinoknak (aflatoxin) tulajdonítanak elsődleges szerepet, addig az európai és amerikai földrészen a hepatitis-B vírusfertőzés mellett az alkohol toxikus hatásának, kémiai anyagoknak, gyógyszereknek, hormonoknak és ritkább anyagcserebetegségeknek lehet jelentősége. A kérdéssel részletesen a magyar irodalomban Lapis (11) összefoglaló közleménye foglalkozik.

Az elsődleges májrak azok közé a daganatok közé tartozik, amelyeknek az előfordulási gyakorisága Magyarországon az elmúlt évtizedekben jelentősen növekedett. A jelenségre először Kendrey 1957-ben hívta fel a figyelmet

(9). A növekedés mértékét szemlélteti, hogy míg Korpássy és Solyom boncolási anyagában 1946–1960 között 0,15%-ban lehetett elsődleges májrakot kimutatni (10), ez az arány Bartók (2) 1973–1976 között boncolt anyagában 1,4%-ra emelkedett.

Vas megyében 1977–88 között a boncolási anyagban 0,7%-ban fordult elő elsődleges májrak. Az előfordulási gyakoriság növekedése itt is nyomon követhető. 1977–80 között a boncolási anyag 0,49%-ában volt májcarcinoma, 1985–88 között 1,09%-ában. A gyakoriság növekedése még szembetűnőbb, ha figyelembe vesszük, hogy a boncolási ráta közben 90%-ról 70%-ra csökkent. Ha a májrak előfordulását a megye lakosságára vonatkoztatjuk és a 100 000 lakosra jutó májrak gyakoriságát az elmúlt 12 év három 4 éves periódusában vizsgáljuk, akkor azt mondhatjuk, hogy az első periódusban (1977–80) 2,97, a másodikban (1981–84) 3,43, a harmadikban (1985–88) 6,5 májrak jutott 100 000 lakosra. Ezek az adatok azt bizonyítják, hogy területünkön, ahol a lakosság létszáma gyakorlatilag állandónak tekinthető, az elsődleges májrak gyakorisága az elmúlt 12 évben több mint a duplájára emelkedett és a növekedés az utolsó 4 évben jelentősen felgyorsult.

Epidemiológiai vizsgálatunk során arra a kérdésre vártunk választ, hogy a májcarcinoma gyakoriság növekedésében milyen életkorú és nemű lakosság érintett elsősor-

ban, továbbá arra, hogy az ismert etiológiai tényezők közül a hepatitis-B vírusfertőzésnek és az alkoholfogyasztásnak van-e szerepe a gyakoriság növekedés létrejöttében. (Tartós anticoncipiens fogyasztást mindössze egy esetben észleltünk.) Végül a carcinoma és a cirrhosis összefüggés néhány aspektusával foglalkoztunk.

Vizsgálati anyag és módszer

Vas megyében 1977–88 között 20 869 boncolás történt, ebből 146 esetben találtunk elsődleges májrákot.

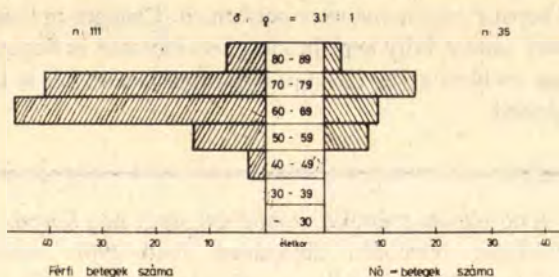
A májrák szövettani megoszlása: hepatocellularis carcinoma 132, cholangiocellularis carcinoma 11, kevert (hepato-, cholangiocellularis carcinoma) 3.

A feldolgozás nagyobb része retrospektív módon, a kórlapok és boncjegyzőkönyvek adatainak feldolgozásával történt. Összesen 136 kórlapot tudtunk értékelni. Csak azokat az eseteket vettük be a tanulmányba, melyekben az elsődleges májrák diagnózisa boncolás vagy biopsziás mintavétel után szövettanilag igazolható volt.

A szövettani feldolgozást 113 esetben immunhisztokémiai vizsgálatokkal egészítettük ki. Peroxydase-, antiperoxydase technikával (BIOGENEX-KIT) HB_sAg kimutatást végeztünk.

Eredmények

146 elsődleges májrákban elhunyt beteg életkorát és nemét grafikusán ábrázoltuk (ábra). A feltüntetett adatok jól szemléltetik, hogy a betegség többsége a 60 év feletti



ábra: 146 elsődleges májrákos beteg életkor és nem szerinti megoszlása

korosztályokat érinti, a férfiakat nagyobb arányban, mint a nőket.

Ha az összesített ábra adatait három 4 éves időintervallumra bontva vizsgáljuk, kiderül, hogy míg a betegek átlagéletkora egyik nem vonatkozásában sem változott lényegesen, a férfiak aránya az első négyéves periódushoz viszonyítva folyamatosan nőtt. A növekedés az utolsó periódusban a legkifejezettebb (1. táblázat).

1. táblázat: Az elsődleges májrákban elhunyt betegek átlagéletkora (években)

	férfi	nő
1977–80	69,3	69,3
1981–84	69,0	64,8
1985–88	67,1	72,4

és nemi megoszlása (férfi-nő arány):

1977–80	24 : 10
1981–84	29 : 10
1985–88	58 : 15

136 beteg kórtörténetéből mindössze 47 esetben találtunk szérumban HB_sAg vizsgálatra utaló adatot. A 47 eset-

ből 19 volt pozitív, ezek közül 11 szérumban alkoholiszták betegből származott. 113 tumoros májszövetet vizsgáltunk retrospektív módon immunhisztokémiai módszerrel. Ebből 11 esetben találtunk HB_sAg pozitivitást.

Tartós alkohol expozíció az esetek 52%-ában lehetett igazolni. Ezek túlnyomó többsége férfi volt, mindössze 3 nőbeteg kórtörténetében találtunk tartós alkoholfogyasztásra utaló anamnesztikus adatot. Az alkoholisták részaránya az 1. vizsgálati periódushoz viszonyítva nőtt, azonban a növekedés, ha a százalékos arányt vesszük figyelembe, a 2. és 3. periódusban nem változott (2. táblázat).

2. táblázat: Alkoholisták aránya a primer májcarcinomás betegek között

1977–1988	71/135	(52%)
1977–80	15/33	
1981–84	20/37	
1985–88	36/65	(55%)

A 12 év boncolási anyagában a májcirrhosis aránya 3,16% volt. Ha a cirrhotikus betegek részarányát három négyéves periódusban vizsgáljuk, akkor kiderül, hogy az utolsó négy évben növekedett ugyan, de a növekedés mértéke csak mérsékelt fokú volt (3. táblázat). A fentiekből következik, hogy a cirrhosis aránya a májcarcinomás betegekben a carcinoma gyakoriság növekedésével párhuzamosan csökkent (3. táblázat).

Megbeszélés

A tumor-epidemiológiai vizsgálatok szempontjából szerencsés körülménynek mondható, hogy Vas megyében valamennyi intézetben elhalt személy kórbonctani értékelése egy helyen, a Megyei Kórház Patológiai Osztályán történik. Ez a körülmény lehetőséget ad arra, hogy a megye lakosságát érintő májcarcinomás megbetegedés mértékéről is tájékozódni lehessen.

Tumor-epidemiológiai adataink, ami a betegek életkorát és nemét érinti, nem térnek el az Európában közölt adatoktól. A férfi dominancia a mi anyagunkban is szembetűnő. Elgondolkasztó azonban, hogy a carcinoma gyakoriság növekedése csaknem kizárólag a férfiakat érintette, a nők részvételi aránya az elmúlt 12 évben közel azonos maradt.

A jelenség hátterében két lehetőséget kell felvetni. Az egyik, hogy a férfiak fogékonyasága a környezet rákkeltő hatásával szemben nagyobb, a másik, hogy a férfiak nagyobb mértékben exponáltak rákkeltő hatásokkal szemben, mint a nők. A két hatás egyszerre is érvényesülhet.

A fogékonyaságot befolyásoló tényezőket nem vizsgáltuk. A környezeti hatások közül a B-vírusfertőzöttség bizonyítására a rendelkezésünkre álló anyagnak csak korlátozott értéke van. Ez egyrészt abból adódik, hogy az esetek többségében nem történt B-vírus szerológiai vizsgálat, másrészt abból, hogy a negatív immunhisztokémiai lelet nem zárja ki a korábbi vírusfertőzés lehetőségét. Ez utóbbira megnyugtató választ csak a májsejt genom HBV-DNS szekvenciájának a vizsgálata adhatott volna (4, 5), erre azonban nem volt lehetőségünk. A HBV infekció elsődleges jelentősége ellen szól, hogy Vas megyében az elmúlt 20 évben a hepatitis vírus infekciók száma, beleértve a B-vírus-fertőzést is, folyamatosan csökkent (8).

3. táblázat: A cirrhosis aránya a boncolási anyagban

A cirrhosis aránya a primer májcarcinomás betegekben:

idő	boncolás száma	cirrhosis száma	%-os arány	cirrhosis	májrák
1977—80	6834	211	3,0	23	11
1981—84	7324	219	3,0	25	14
1985—88	6711	230	3,4	44	29
Összesen					
1977—88	20 869	660	3,2		

Ami az alkoholfogyasztási szokások alakulását illeti, erről megbízható adattal nem rendelkezőnk, azonban feltehető, hogy ebben a megyében is folyamatosan nő a rendszeres alkoholfogyasztók száma. Anyagunkban az 52%-os alkoholista arány mindenképpen alulbecsült. Ez elsősorban abból adódik, hogy az alkoholista nők többsége elhallgatja káros szenvedélyét. Meglepő azonban, hogy az alkoholisták részaránya nem növekedett lényegesen abban az időperiódusban (1985—88), amikor a májcarcinoma incidencia feltűnően emelkedett. Míg a hepatitis-B vírus-fertőzés oki szerepét egyre több adat bizonyítja (3, 7, 12, 13), addig az alkohol rákkeltő hatását ma még pontosan nem ismerjük (16, 18). Kétségtelen, hogy az alkoholista májbetegek B-vírus-fertőzöttsége jóval meghaladja az átlaglakosságét (6, 14, 15). Ezt az összefüggést a mi anyagunk is alátámasztja, azonban ettől független hatással is számolni kell. Erre utal az az irodalomban korábban közölt megfigyelés (18), hogy az alkohol, B-vírus-fertőzés és cirrhosis kialakulása nélkül elősegíti az elsődleges májrák létrejöttét. Anyagunkban 17 olyan esettel találkoztunk, ahol az évekig tartó alkohol abusus bizonyítható volt és akikben az elsődleges májrák cirrhosis nélküli májszövetben jött létre. A 17 esetből 7-ben történt HB_sAg szerológiai vizsgálat, 2 pozitív volt, 5 negatív. Immunhisztokémiai vizsgálattal egyik esetben sem lehetett HB_sAg pozitivitást igazolni.

Szemben a magyarországi és európai statisztikai adatokkal (2, 17, 18, 19) a mi anyagunkban a cirrhosis részaránya nem érte el a 80—90%-ot. Az utolsó négy évben mindössze 60,2% volt. A cirrhosisos esetek zöme (85,8%) férfi volt. A cirrhosis 66,3%-ban micronodularis, 19,5%-ban macronodularis és 14,1%-ban kevert típusú volt. Ez utóbbi észlelés ellentmond azoknak az adatoknak (2, 18), amelyek a májcarcinoma létrejöttében a macronodularis cirrhosis nagyobb szerepét hangsúlyozzák.

Vizsgálatainkból arra következtethetünk, hogy a májcarcinoma incidencia növekedésében területünkön az alkohol abususnak nagyobb szerepe van, mint a hepatitis-B vírusfertőzésnek. Ez azonban nem látszik elegendőnek

önmagában a nagyarányú gyakoriság növekedés magyarázatára. Fel kell tételezni, hogy az általunk vizsgált környezeti ártalmak mellett olyan carcinogén hatások is érvényesülnek, amelyeket ma még nem ismerünk.

A kézirat beküldése után jelent meg Bruix és munkatársai és Colombo és munkatársai cikke (Lancet 1989. II. 1004, 1006) a májcarcinomás betegek hepatitis-C-vírus fertőzöttségéről.

IRODALOM: 1. Balázs, M., Csermely, A.: Primary tumours of the liver: a review of 249 cases. *Acta Morphologica Hungarica* 1986, 34, 267. — 2. Bartók I., Remenár É., Tóth J., Duschaneck P., Kanyár B.: Májcirrhosis és hepatocellularis carcinoma. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 1803. — 3. Beasley, R.P.: Hepatitis B virus. The major etiology of hepatocellular carcinoma. *Cancer* 1988, 61, 1942. — 4. Bréchet, C.: Hepatitis B virus (HBV) and hepatocellular carcinoma HBV DNA status and its implication. *J. Hepatol.* 1987, 2, 269. — 5. Hammer, M.: Das hepatocelluläre Karzinom. *Münch. med. Wschr.*, 1985, 127, 999. — 6. Inone, K.: Hepatitis B virus antigen and antibodies in alcoholic patients. *Liver* 1985, 5, 247. — 7. Iwamura, K.: Hepatocellular Carcinoma in: *Clinical Hepatology* Ed. by G. Csomós and H. Thaler, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1983. — 8. Kajcsos T.: Vas Megyei KÖJÁL vírus hepatitis statisztika 1965—80. — 9. Kendrey G.: Vírushépatitis szerepe az elsődleges májrák keletkezésében. *Orv. Hetil.* 1957, 98, 1231. — 10. Korpássy B., Sólyom A.: Májcirrhosis és májrák. *Orv. Hetil.* 1961, 50, 2352. — 11. Lapis K.: A májrák. *Orvosképzés* 1979, 54, 273. — 12. Popper, H.: Relation between hepatocellular carcinoma and persistent hepatitis B infection. *Appl. Pathol.* 1988, 6, 64. — 13. Popper, H.: The relation between hepatitis B virus infection and hepatocellular carcinoma. *Hepatogastroenterology* 1986, 33, 2. — 14. Szilágyi, A.: Hepatitis B and alcoholic liver disease (letter). *Gastroenterology* 1984, 87, 1404. — 15. Villa, E.: Alcohol and hepatitis B virus infection. *Acta Med. Scand. Suppl.* 1985, 703, 97. — 16. Walter, E.: Hepatocellular carcinoma in alcoholic liver disease: no evidence for pathogenetic role of hepatitis B virus infection. *Hepatology* 1988, 8, 745. — 17. Weiss, W.: Das primäre Leberkarzinom. *Facultas Verlag* 1984, 52. — 18. Wiedmann, K. H.: Die Leberzirrhose als Risikofaktor des hepatocellulären Karzinoms. *Internist* 1987, 28, 468. — 19. Wittstock, G., Meyer, J., Meyer, M.: Zur Häufigkeit des hepatocellulären Karzinoms im Sektionsgut. *Zentralbl. allg. Pathol. pathol. Anat.* 1988, 134, 189.

(Varga László dr., Szombathely, Hámán K. u. 28. 9701)

„Beszélj figyelmesen, vetélytársaidal óvatosságból, a többiekkel illemtudásból. Kimondani mindig ráérsz egy szót, de visszavonni nem.”

Grácián

PROF*i*NFO kalendáriumcsalád 1991



A legelegánsabb
kalendárium-
család!

- modul rendszer
(gyűrűs szerkezet,
- kézzel festett,
egyedi bőrtokok,
- szakmai változatok,
- angol változat is!

Kérjen katalógust!

De inkább rendelje meg,
amíg még nem késő!

PROF*i*NFO Kft. BUDAPEST 1399 Pf. 701. Tel.: 135-0771

MEGRENDELŐLAP

Megrendelem a **PROF*i*NFO '91 Kalendárium:**

	KÉTRÉSZES		HÁROMRÉSZES	
MANAGER	7850,—		8250,—	
BANKÁR	7450,—		7850,—	
ORVOS	7450,—		7850,—	
JOGÁSZ	7450,—		7850,—	
ANGOL	7850,—		8250,—	
MINI	990,—			

barna/szürke változatát példányban,
gyűrűs háttértárolót..... db-ban,

valamint számológép- és tollkészlet..... garnitúrában,
(500,—/db), mindösszesen Ft értékben.

Jelen megrendeléssel egyidejűleg a vételár 50%-át befizettem, vállalom, hogy szállításkor a második részletet — számlájuk alapján — ki-
egyenlítem.

Kérem a kalendáriumokat az alábbi címre, névre szállítani:

Név:

Cím:

Közület esetén számlaszám:

1990. hó nap.

PROF*i*NFO '91 korlátozott számban készül, ezért a megrendeléseket csak érkezési sorrendben tudjuk kielégíteni. Amennyiben a megrendelőlapot a PROF*i*NFO Kft. címére visszaküldi, valamint a kiválasztott változatok vételárának 50%-át az MHB 202—13235 sz. számlára átutalja, ill. postautalványon címünkre befizeti, akkor a megrendelt kalendáriumokat legkésőbb 1990. november 15. és november 30.-a között az Ön által megadott magyarországi címre leszállítjuk. A vételár fennmaradó 50%-át a kiadványokkal együtt átvett számla alapján kérjük kiegyenlíteni.

.....
aláírás/cégszerű aláírás

Az önszorgító csoportok támogatása mint hivatás? A Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, e. V. évi konferenciája és továbbképző kurzusa (1990. május 2–4. Kongresshalle, Giessen)

Az önszorgító csoportok szervezésével, fejlesztésével és kutatásával immár több száz szakember foglalkozik a Német Szövetségi Köztársaságban, és az ő találkozásuk és továbbképzésük érdekében évente rendeznek konferenciákat. A nagyobb városokban speciális központok foglalkoznak az önszorgító csoportok nyilvántartásával és támogatásával, ezek a központok segítséget nyújtanak önszorgító csoportok kialakításában, ezekhez lehet fordulni az ilyen csoportok különböző gondjaival, és ezek vállalkoznak arra is, hogy a különféle problémákkal hozzájuk forduló lakosokat eljuttatják, „kiközvetítik” a megfelelő önszorgító csoportokba. Az ilyen központok az önszorgító csoportok kutatás számára is alkalmas helyek, rajtuk kívül több egyetem is vállalkozik koordináló szerepet önszorgító csoportok fejlesztésében és vizsgálatában. A Német Szövetségi Köztársaságban sok tízezer önszorgító csoport működik, milliós tagsággal, és az önszorgítást nagyon fontos erőnek tartják, a krónikus betegségek, egészségkárosodások, deviáns magatartási motivációk és sorscsapásszerű életproblémák elviselése és enyhítése szempontjából. Ilyen értelemben a szociális és egészségügyi hatóságok, a lakóközösségek előjárásai, a nagyüzemek vezetői és az egyházak felkarolják az önszorgító csoportokat és mindenben igyekeznek elősegíteni őket. Az önszorgító csoportokkal foglalkozó több száz szakember önálló identitással bír és munkakörét mint szakterületet definiálja.

Giessen és az itt működő, a Justus-Liebig Egyetemhez tartozó nagy pszichoterápiás-pszichoszomatikus intézménykomplexus a német mozgalom egyik központja, amiatt eshetett a rendezés helyválasztása Giessenre. Itt működik Horst-Eberhard Richter, aki a közösségi önszorgítás vizsgálatának és fejlesztésének is egyik úttörője, és innen indult tanítványa, Hans Lucas Möller tevékenysége nyomán a modern értelemben vett német önszorgító csoport-mozgalom. Most Jürgen Matzat pszichológus vezeti a giesseni munkákat. A kis egyetemi városban közel száz önszorgító csoport működik, kb. negyvenet ezek közül a turistáknak kiadott városi értesítő is tartalmaz, a közeli Frankfurtban pedig szinte össze sem lehet számolni az önszorgító csoportokat, egy frankfurti szociális gondozó pl. elmondta, hogy „csak a szenvedélyes szerencsejátékosok számára alakult önszorgító csoportokba több mint 120 ember jár, a fogyni akarók csoportját át sem lehet tekinteni.” Nemcsak a nagy résztvevőszám és csoportszám miatt nehéz a regisztrálás, e csoportok szüntelen mozgásban vannak, fejlődnek, leépülnek,

tagjaik kicserélődnek, időnként egy csoportfajtából sok megszűnik, máskor gomba módra új csoportok növekednek.

Az idei évi konferencia lényegében két témáról szolt, melyek összefüggtek egymással. A fő téma az volt, hogy az önszorgító csoportok támogatása, segítése tekinthető-e sajátos hivatásnak, szakmának. A másik kérdés arra vonatkozott, hogy ezt az egészségügy és az orvoslás terén kialakuló önszorgítás példáján kívánták megvizsgálni. Az önszorgító csoportoknak — erre már a WHO is rámutatott — az egészségügy területén van a legnagyobb jelentőségük, mert az idült betegségek és a súlyos egészségkárosodások elszívésében és élethelyzeti megoldásában más lehetőség alig van, az intézmények itt keveset tehetnek. Ritka és súlyos betegségek szenvedői, rákbetegek, mozgáskorlátozottak, súlyos és tehetetlen állapotban lévők hozzátartozói, drogbetegek és családjaik, alkoholisták stb. önszorgító csoportokban sokat tudnak nyújtani egymásnak, nemcsak aktivitásuk nő meg, hanem problémamegoldó képességük is fejlődik, jobban együttműködnek orvosokkal, pszichológusokkal is. Óriási jelentőségű az önszorgító csoportok által közvetített és fenntartott autonómiaérzés, a felelősség a bajban társakért, a csoporthoz tartozás tudata, felfokozott tevékenységi kedv és sok más lélektani elem, ami a gyógyulás, ill. a rehabilitáció irányába hat.

Az önszorgító csoportok általában maguktól, a ténylegesen bajban lévőktől és szenvedőktől indulnak ki, ezért a német évi konferencia fő témája tulajdonképpen paradoxnak tetszhet, lehet-e vagy kell-e támogatni az önszorgító csoportokat, nem éppen az ilyen csoportok lényegét, az öntevékenységet és az autonómiatörekvéseket rontja, ha szakember kapcsolódik be. A konferencia erre a problémára választ talált, már az eddigi szakirodalomból is tudjuk, hogy az önszorgító csoportok 30–40%-át szakemberek hozzák létre, ajánlják mint modellt a szenvedők részére, és ettől még a csoportok jól működhetnek, kivált, ha a szervezők, kezdeményezők gyorsan visszavonulnak, és csak a csoport krízisei esetén avatkoznak be, ha erre kéri őket. Sokszor a szakember maga is érintett vagy az volt a bajt okozó problémában, pl. neki is van beteg vagy fogyatékos hozzátartozója, maga is szenved valamilyen idült, gyógyíthatatlan betegségben stb. A konferencián megállapították, hogy a szakértelem olyan módon is gyakran jelen van az önszorgító csoportokban, hogy a spontán kezdeményezők maguk is tanultak pszichológiát vagy szociális gondoskodást, jártak terápiás vagy önismereti csoportokban.

Dr. Ute Canaris, a kölni Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung volt igazgatója, jelenleg független egészségpolitikai szakértő beszámolt arról, hogy az északnémet térben a prostitúáltak körében alakuló

önszorgító csoportokban a tagok kb. 30%-a rendelkezett olyan előtanulmánnyal vagy professzionális múlttal, amely a csoportfolyamatokban ismeretekhez és tapasztalatokhoz segítette, és amely készséget az önszorgító csoport szervezésében és működtetésében jól lehetett hasznosítani. A társadalomban meglévő pszichológiai kultúra tehát komoly erő és olyan tényező az önszorgító csoportokban, amely a szakemberek elfogadását, bekapcsolását megkönnyíti.

Még egy fontos szempontból hasznos, ill. kell a szakember, és ez már az évi konferencia és továbbképzés második kérdésfelvetését érintette, és tulajdonképpen e téren volt szükséges és célszerű a továbbképző aspektus. Ez pedig arra vonatkozik, hogy a szakember fontos szerepet játszhat a közvetítésben az önszorgító csoport és az orvosok, ill. az egészségügy más foglalkozási kategóriái között. Különösen az egészségügyi intézmények orvos-vezetői, továbbá az adott krónikus betegséggel vagy egészségkárosodással foglalkozó szakemberek értenek nehezen szót az önszorgító csoportokkal, ennek néha az az oka, hogy az önszorgító csoportok éppen a medicinával és az egészségüggyel kapcsolatos bizalmatlanság és elégedetlenség talaján jönnek létre, és nagyon gyakran „ellenkultúrálisak”, vagyis az orvosok által ajánlott gyógymódok és életvezetési szabályok helyett az alternatív medicina vagy a speciális életfilozófiák eljárásait karolják fel. Az orvosok nem tartják feladatuknak a törődést az önszorgító csoportok által megművelt pszichoszociális problémákkal, és gyakran nem is tudnak arról, hogy ilyen csoport létezik, nem látják el a betegeket megfelelő tanácsokkal a csatlakozást illetően ilyen csoportokhoz. Számos területi központban ezért az önszorgító csoportoknak a szervezési és tanácsadói segítséget nyújtó szakemberek felvételét a kapcsolatot az orvosi kamarákkal, az egészségügyi intézményekkel és a területen működő orvosokkal. A már említett szervező központokból (az ún. Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen-ekből, amelyeknek teljes és hivatalos nevének rövidítése, NAKOS, a leggyakrabban említett megnevezése) indulnak ki ezek a kezdeményezések, több nagy sikerű találkozó történt önszorgító csoportok aktivistái és orvosai között. Sok orvos ezeknek hatására szociális gondozói munkát is igénybe vesz a gyakorlatban, és küldi a betegeket a megfelelő önszorgító csoportba, ill. hívja ő segítségül a csoportot, ha a beteg túlzottan izolálódik, inaktív vagy depresszív lesz. Számos helyi orvosi kamara és egészségügyi biztosítóközpont még az önszorgító csoportok társadalombiztosítási költségtámogatását is felvetette, abból kiindulva, hogy ezek értékes egészségmegőrző és rehabilitációs munkát végeznek. A konferencián ekörül heves vita alakult ki, sok szakember a beteg-szerep erősödését, az öntevékenység csökkenését, a csoport autonómiájának veszélyeztetését említi, mint negatív tényezőt, továbbá a betegpénztárak ellenőrző befolyásától tartanak.

A konferencia megállapítása szerint az

egészségügy és az önszolgáltató csoportok kapcsolatában nagy a szakemberek szerepe, de van közvetítési tér a hivatalok, hatóságok és a csoportok között is. Egy munkacsoport azt húzta alá, hogy a jövőben az önszolgáltató csoportok támogatásának még nagyobb jelentősége lesz, és még több orvosi, jogi, etikai, közigazgatási stb. ismeretre is lesz szükség ehhez, a korábban igényelt szociológiai és pszichológiai ismeretek és készségek mellett. A konferencia tehát hajlott arra, hogy az önszolgáltató csoportok támogatását külön specialitásnak tekintse a segítő foglalkozásokon belül, leginkább a szociális munka területén. Az egyes vita- és munkacsoportok nagyon érdekes tapasztalatokról, példákról számoltak be, hallhattunk arról, hogy az ajak- és szájpadahasadékból szenvedők és családtagjaik olyan csoportszervezetet tartanak fenn, amelyek nemcsak az egyes csoportokat fogják össze, hanem az ilyen betegek kezelése (pl. műtéti ellátása) terén ellenőrző funkciót is betöltenek. Magam az orvosok és az önszolgáltató csoportok közötti közvetítő munkát tárgyaló szekción vettem részt, amit a berlini Wolfgang Thiel és az oldenburgi Monika Klumpe vezetett, itt nagyon sok izgalmas szervezési fejleményről és tapasztalatról kaptunk képet.

A konferencia és a továbbképzés figyelemmel akart lenni az önszolgáltató csoportok és a társadalmi változások összefüggésére is, ezért 11 szakembert meghívtak az NDK-ból is, és speciális szimpóziumot szerveztek az önszolgáltató csoportok helyzetéről és fejlődéséről a volt szocialista társadalmi feltételek között. Ennek az érdeklődésnek jegyében kaptam én is meghívást, számos német kollégával együttműködve a WHO keretében, továbbá német önszolgáltató vizsgálatokban és kezdeményezésekben ismerték munkámat e téren, és a konferencia nyitóelőadására kértek fel, amelyben az önszolgáltató csoportmozgalom és a társadalmi változás problémáját általában, és a magyar önszolgáltató csoportfejlődés folyamatát speciálisan kellett összefoglalnom. Az egyórás előadást még külön konzultációs ülés is követte, amelyen a kb. 250 résztvevő jelentős része is jelen volt (noha ez fakultatív, műsoron kívül szerveződött), köztük valamilyen szakember, aki az NDK-ból jött.

A konferencia munkája igen intenzív volt, nagyon sok információ anyag cserélt gazdát (több hazai önszolgáltató csoportosulás számára sikerült jelentős mennyiségű és nagyon jó minőségű információs anyagot hazahoznom és hazaküldetnem), és nagyon érdekes viták is voltak. Nagyon izgalmas volt pl. az önszolgáltató csoportok fogalmi definíciójának vitája, amely korántsem elméleti (pl. ha a betegbiztosító pénztárak tényleg fizetnek e csoportoknak, akkor a meghatározás lényegessé válik), ebből ugyanis kiderült, hogy a politikai presszióscsoportok felé is nyitott a határ (az angolszász terminológia a „mutual aid” csoportok fogalmával e határterületekre utal), de nehéz az elhatárolás a betegek számára fenntartott csoportos sportlehetőségek és klubok, szabadidőeltöltő központok, továbbá a testépít-

tészet és testszépítési csoportosulások felé is. Számomra nagy lehetőség volt, hogy önszolgáltatás és pszichoterápia címen előadást és szemináriumot tarthattam a nagy (sokak szerint a világ egyik legnagyobb, kb. 100 szakembert foglalkoztató) giesseni pszichoanalitikus intézetben. Ennek alkalmával találkozhattam Richterrel, aki azután a konferencián is tartott bevezetőt és ottani előadásom vitavezetője is volt. A pszichoanalitikus intézetben a pszichoterapeuta szemszögéből felvetődő szakmai kérdések megtárgyalására volt mód.

A konferencia sok tanulsággal járt számomra, és azt hiszem, hogy részvételemmel sok kapcsolatot és segítséget lehet kialakítani hazai csoportok számára nemcsak a nyugatnémet, hanem a régi NDK területén működő önszolgáltató csoportokkal és szakemberekkel is. Hálával tartozom ezért, hogy a költségeim elvállalásával a német szakemberek szervezete meghívott, különösen hálával tartozom Jürgen Matzatnak, aki a meghívást intézte, közben tartotta, továbbá Klaus Balkenak (Berlin), valamint Hort Eberhard Richternek, akik giesseni programomban sokat segítettek.

Buda Béla dr.

Beszámoló tampaiai tanulmányutamról

A Dél-Floridai Egyetem Orvosi Mikrobiológiai és Immunológiai Részlegében töltöttem néhány hónapot. Itt a Friend-leukaemia vírus FLV és a marihuana immunosuppresszív hatásainak kölcsönhatását tanulmányoztam. A (FLV) egy olyan komplex, melyet egy replicációra képes leukaemia vírus és egy defectív vírus alkot, ez utóbbi felelős a fertőzés után gyorsan kialakuló immunosuppresszióért. Ez az állapot egyes vonatkozásaiban hasonlít az AIDS kialakulásához. A marihuana kis koncentrációban számos immunreakciót serkent, viszont nagyobb koncentrációban ezeket gátolhatja.

A kísérletek során megállapítottam, hogy a THC (a marihuana aktív alkotórésze, δ -9-tetrahydrocannabinol) 0,5–2,5 μ g/ml töménységben fertőzetlen egerek NK sejtjeinek aktivitását jelentősen fokozza (max. kb. 40 %-kal), de ennél nagyobb koncentrációban fokozatos gátlás jelentkezik. Mind FLV-vel, mint RPV-vel fertőzött egértörzsekben ez az aktiváló hatás elmarad, a nagyobb THC koncentrációk esetén a két gátló hatás összeadódik. Ezt a tapasztalatot a humán immundeficiencia vírusával fertőzött egyénekre vonatkoztatva azt lehet mondani, hogy a vírusellenes védekezés első vonalába tartozó ősi, primitív rendszer kevésbé képes a HIV fertőzte sejtek elpusztítására a marihuana krónikusan használatánál, és az AIDS kialakulása korábban várható ezeknél a kábítószereseknél. A marihuana az egyik legerősebben használt kábítószer a világon, s Magyarországon is számítani lehet a közeljövőben ilyen problémák fellépésére. Terveztük, hogy Ph. D. diák munkatársaim (1. ké-

sőbb) a fentiekkel párhuzamosan egyéb immunológiai paramétereket is (IL-2, TNF termelés) vizsgálják, de egyéb elfoglaltságaik miatt erre még nem került sor.

Az Immunopharmacológiai Részleggel közös munkákat is végeztem: John W. Hadden professzor és munkatársai által kifejlesztett immunmoduláns két kémiai változatának hatását vizsgáltam HIV seropositív egyének lymphocytáin. Ezek alkalmasak lehetnek a fertőzés utáni tünetmentes időszakban immunterápia céljára.

Az optimális koncentrációk és synergetikus hatások megállapításával azt lehetett látni, hogy az említett két anyag PHA jelenlétében fokozza a blastogenezist, de csak a fertőzés utáni tünetmentes időszakban. A betegség kialakulásakor ez a hatás azonban már nem észlelhető. Egyidejűleg azt is megállapítottam, hogy a nem toxikus endotoxin származék a vizsgált személyek lymphocytáit nem aktiválja, ezáltal a hordozott HIV aktiválása sem valószínű. Ez utóbbi teljes bizonyítását a megfelelő, biztonságos laboratórium hiánya akadályozta meg.

Rendkívül hasznos volt számomra a kísérleti adatok computeres feldolgozásának megismerése. Az alkalmat felhasználva, az előző, pisai tanulmányutam során nyert adathalmazt itt dolgoztam fel.

A Mikrobiológiai Intézet vezetője Herman Friedman professzor, aki fiatalabb munkatársával, dr. Steven Specterrel és a Pisai Egyetem jelenlegi professzorával, Mauro Bendinellivel a 60-as és 70-es években úttörő munkát végzett a leukaemia vírusok immunosuppresszív hatásának tanulmányozásában. Nemcsak közleményeik sokasága, hanem az általuk írt vagy szerkesztett könyvek is tükrözik munkáik ismertségét és elismertségét. Dr. Specter ezenkívül jól ismert még az általa a közeli Clearwaterben kitűnően szervezett Klinikai Virologiai Symposiumokról, melyek a Pan-Amerikai Vírus Gyorsdiagnosztikai Társaság gyűlései is egyben. Az 1990. évi Symposiumon magam is részt vehettem az Intézet támogatásával, a Pisai Egyetemen végzett és Tampaiban computerrel kiértékelte HIV kísérletekről szóló előadással. Hasonló módon kialakított együttműködés révén az Intézet nagyvonalú támogatásával dr. Specterrel együtt részt vehettem a Nemzetközi Endotoxin Társaság I. Kongresszusán San Diegóban, mely utóbbi nagy sikerű találkozót Alois Nowotny professzor, az endotoxin immunkémiajának nemzetközileg elismert szakértője szervezte. Külön örömmre szolgált, hogy találkozhattam Friedman professzor és dr. Specter családjával. Személyükben művelt, széles látókörű és közvetlen embereket ismertem meg.

Az Orvosi Mikrobiológiai Intézet az utóbbi években csaknem kizárólag a marihuana vizsgálatával kezdett foglalkozni: immunológiai, bakteriológiai, virológiai szempontból. Sajnos, az érdeklődés rohamos csökkenését mutatja, hogy a keményen dolgozó, végzés előtt álló Ph. D. diákok, vagy postdoctoralis képzésben részt vevők helyett olyan gyenge helybeliek foglalják el, akiket

Nyugat-Európa hasonló intézményeiben sohasem láttam, ebben az évben pedig már csak Kínából érkeztek jelentkezők az üres helyekre. A laboratóriumok az utóbbiak miatt rendkívül túlszűfoltak.

Az Egyetem Orvosi Karán évfolyamonként közel 100 hallgató tanul. Oktatásukban a végzett diákok játszanak nagy szerepet. Hetente ők tartanak tanulmányismertetéseket a mikrobiológia különböző területeiről is az intézet valamennyi dolgozója számára. Az elméleti intézetek és a klinikák kutató laboratóriumai egy épületben nyertek elhelyezést, a földszinten találhatók az előadótermek. A gyakorlati helyiségek összenyithatók a hallgatók létszámának megfelelően. A szokásos két féléven kívül korlátozott számban nyáron is vannak előadások. A klinikai tárgyakat az oktató kórházakban tanulják. Ezek nemcsak Tampában, hanem 4 másik floridai városban is találhatóak, az egyetem többi campusának megfelelően. Az Orvosi Kar nagyon sokat fejlődött az elmúlt években dr. Andor Szentiványi dékán erőfeszítéseinek köszönhetően. Sajnos, az elmúlt évben a gazdasági nehézségeken kívül személyi torzszalkadások miatt a hivatalba lépő új dékánt rövid idő múlva a kari tanács lemondására kényszerítette, s jelenleg ideiglenes dékán áll az Orvosi Kar élén. Az Orthopaediai Intézetben meg kellett szüntetni a szakképzést, fel kellett számolni a Szemészeti és Rák Intézetek egy részét, mely a dolgozók elbocsátásával járt stb. Az Orvosi Kar járóbeteg rendelésén a forgalom (és ezáltal a bevétel) rohamosan csökken. A felügyelő hatóságok kilá-

tásba helyezték, hogy a Kar által kiadott diplomákat nem ismerik el. A kiszabott feladatoknak eddig a Kar nem tudott megfelelni. Az Egyetem, az Orvosi Kar és a város újságjai ezeket az eseményeket részletesen ismertetik. Nagyon jó viszont az orvosi (100 000 kötet) és a központi (750 000 kötet) könyvtár. Másológépek nagy számban mindenütt rendelkezésre állnak, a munkatársak az intézeteik 5 számjegyű kódjának beütésével hozzátják ezeket működésbe. Telefax, távhívás teljesen természetes szolgáltatások. Személyi számítógépek minden laboratóriumban és irodában évek óta megtalálhatók. Az egyetemi hivatalok ügyintézése nagyon lassú. Az egyéb hivatalokban, üzletekben is minden ügyintézés borzasztóan nehézkes, a megszokott sémától kicsit is eltérő feladattal az alkalmazottak nem tudnak és nem is akarnak megbirkózni.

Az Orvosi Karon kívül önálló Közegészségügyi Kar és Ápolóképző Kar is működik. Az Egyetem a helyi igényeket elégíti ki: 16 karán tanuló 31 000 hallgató 89%-a floridai, 9% az USA más államaiból való, 2%-a külföldi. Diákhitelnyújtások nincsenek, a campuson és a kollégiumokban mindennaposak a kisebb-nagyobb büntények. Munkaidő után az intézetektől a parkolói biztonsági kíséretet lehet igényelni az egyetemi rendőrségtől telefonon keresztül. Az Orvosi Kar étkezdéje rendkívül szegényes és nagyon drága. Az 1956-ban alapított egyetem a városközponttól távol, a mezőn épült, s a campus egyes épületei között is gyakorlatilag csak gépkocsival lehet közlekedni. Az Egyetem környékén lévő

szállások legtöbbje nagyon sűrű. Tampa látnivalókkal nem rendelkezik, kihalt. Kulturális élet alig van, az északkeleti ország-rész szellemi kisugárzása ide már nem jut el. A tömegközlekedés az óriási távolságok ellenére rendkívül ritka. A nagyszámú ideköltöző jelentős része a legalsó néposztályokból kikerülő munkanélküli. Emiatt a bűnözés is nagy. Jellemző, hogy az USA-beli AIDS esetek 5%-a itt található, holott a város lakossága csak 0,15%-a a népességnek. Februártól novemberig a rendkívül páras forró éghajlat alig elviselhető.

Az amerikai egészségügyi rendszer a saját szerint, az ismert csúcsteljesítmények mellett válságba jutott. A magas biztosítási hozzájárulás miatt a lakosság 20%-a semmilyen biztosítással nem rendelkezik, és további milliók biztosítása is részleges. A biztosítási díjak is csak a költségek egy részére nyújtanak fedezetet, s egy határ után többnyire kimerülnek. Főleg a magánalkalmazottak juthatnak nehéz helyzetbe, mert krónikus betegségek esetén állásukat elvesztve biztosításuk is megszűnik — amikor éppen a legnagyobb szükségük lenne rá. A fogorvosi biztosítás független az általános egészségügyi biztosítástól. Divat újabban valós vagy vélt orvosi hibákért hatalmas kártérítéseket követelni, a kicsikart összegek legnagyobb része azonban az erre szakosodott ügyvédek zsebébe kerül. Az orvosok jövedelmének tekintélyes része emiatt az ilyen kártérítéseket átvállaló biztosító társaságokhoz kerül.

Ongrádi József dr.

ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ ÚJ

Egészségügyi software-ek

Mic TOX

Növényvédőszer-mérgezés szakértői rendszere

- mérgezési tünetek
- elsősegélynyújtási módszerek
- mérgezések valószínűsítése tünetek alapján

Mic ALKOHOL

Az alkoholbetegség kórismézésének és gyógykezelési folyamatának szakértői rendszere.



MICROSYSTEM AZ EGÉSZSÉGÜGYÉRT!

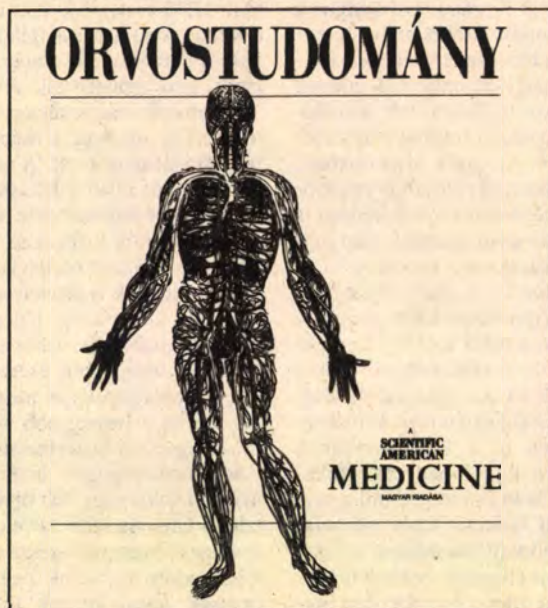
1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 156-5366 Tx: 22-3768 Telefax: 155-9296



2383

Tisztelt Olvasónk!

Ön már bizonyára hallott az **OrvosTudomány** című szakmai referenciakönyvről, talán már használja is gyógyító munkájához.



Most azokhoz szólunk, akikhez még nem jutott el e teljesen újszerű, tartalmában folyamatosan megújuló szakkönyv.

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk Önnek.

Az **OrvosTudomány**-nak, a Scientific American Medicine magyar kiadásának két alapkötete cserélhető lapos megoldással készült, így megrende-

lőnk folyamatosan megújuló referenciamunkához jut. A mintegy 2500 oldalnyi szakkönyvet a Harvard és a Stanford Egyetem neves professzorai állították össze az orvostudomány legújabb eredményei alapján. A szerzők folyamatosan követik szakterületük fejlődését, és újraírják azokat a fejezeteket, amelyeknek tartalma felett eljárt az idő. A megrendelő negyedévente csereoldalakat kap, amelyeket a kapcsos kötésnek köszönhetően egy mozdulattal behelyezhet a régié helyére.

A magyar nyelvű **OrvosTudomány** két alapkötetének ára: 6960,— Ft. Az éves frissítések ára 4740,— Ft, amelyet negyedévenkénti egyenlő részletekben kell befizetni. Azok a kedves megrendelőink, akik magánpraxist is folytatnak, a vonatkozó rendelkezések értelmében személyijövedelemadó-alapjukat a könyv árával csökkenthetik.

Ha — mint reméljük — kiadványunk felkeltette érdeklődését, kérjük, hogy a MEGRENDELŐ-LAP-ot kitöltve legyen szíves visszaküldeni szerkesztőségünkbe a következő címre:

OrvosTudomány Szerkesztősége, CWI 1536 Budapest, Pf. 338.

Minden további kérdésben szívesen ad felvilágosítást a 141-7052-es telefonszámon

az **OrvosTudomány Szerkesztősége**

MEGRENDELŐLAP

Név (közületi előfizető esetén az intézmény neve):

..... helység

Cím: irányítószám út / utca / tér szám. Telefon:

Dátum:

.....
(cégszerű) aláírás

Minipress*

Vérnyomáscsökkentő

tabletta 1 mg és 2 mg

Összetétel: Tablettánként 1, ill. 2 mg prazosinum
/prazosinium chloratum alakjában/

ANTIHIPERTENZIV HATÁSA A PERIFÉRIÁS ELLENÁLLÁS CSÖKKENTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYE.

A vérnyomás csökkentése nem jár együtt a szív-perctérfogat, a szívfrekvencia, a vese vérellátása és a glomerulus filtráció mértékének klinikailag jelentős változásával.

Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a Minipress csökkenti az LDL szintet / aterogén koleszterin frakció / és nem befolyásolja vagy növeli a HDL szintet / protektív koleszterin frakció/.

Terápiás hatása szívelégtelenségben is érvényesül.

Keringési elégtelenségben a terápiás hatás a bal kamrai töltőnyomás / a szív előterhelése/ és a teljes 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.

Hatását jóindulatú prosztata hiperpláziában a mirigy- és izomszövet alfa₁-receptorainak gátlása révén fejt ki.

JAVALLATOK

Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia.

Adható önmagában vagy diuretikumokkal és/vagy egyéb antihipertenzív gyógyszerekkel együtt.

Mérsékelt és súlyos szívelégtelenség.

Kiegészítheti az addig alkalmazott kezelést /szívglikozidok és diuretikumok/, ha arra a beteg nem reagál megfelelően vagy refrakterré válik.

Raynaud-szindróma, Raynaud betegség.

Jóindulatú prosztata hiperplázia által okozott húgyúti obstrukciók adjuváns tüneti kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

A gyógyszer iránti túlérzékenység.

Nem ajánlott szívelégtelenség kezelésére, ha annak oka mechanikus obstrukció.

Terhes és szoptató anyáknak csak a gyógyszer adásának előnyeit és a lehetséges hátrányait gondosan mérlegelve adható.

Adása 12 éven aluli gyermekeknek nem ajánlott.

ADAGOLÁS

Gyakorlati útmutató az adagolás beállításához hipertóniában:

	Reggel	Este
Első nap		0,5 mg
A következő 3 napon	0,5 mg	0,5 mg
Az ezt követő 3 napon	1,0 mg	1,0 mg
Ellenőrzés		
A következő napokon ha szükséges	2 mg	2 mg



Minipress*

Ezt követően a Minipress adagja a megfelelő vérnyomásválasz eléréséig a betegek egyéni érzékenységének megfelelően növelhető max. napi 20 mg-ig.

A Minipresst célszerű naponta kétszer /reggel és este/ bevenni, de naponta háromszor is adható.

Szívelégtelenség kezelésére fekvő betegeknek az ajánlott kezdő adag naponta 2-4-szer 0,5 mg. Ez az adag 2-3 naponként növelhető a beteg klinikai javulásának eléréséig. Szokásos fenntartó adag 4-20 mg 3-4 részletben.

Raynaud-szindróma, illetve betegség kezelésére a javasolt kezdő adag naponta 2-szer 0,5 mg, a szokásos fenntartó adag naponta 2-szer 1-2 mg.

Jóindulatú prosztata hiperplázia esetén az obstrukciós tünetek csökkentésére ajánlott kezdő adag este 0,5 mg majd 2-szer 0,5 mg 3-7 napig, ez fokozatosan hetente emelhető legfeljebb napi 2-szer 2 mg-ig. Ezen adag túllépése nem javasolt.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, fejfájás, kábultság, gyengeség, hányinger és palpitáció, ortosztatis hipotónia. 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, májfunkciós rendellenességek, pancreatitis, dyspnoe, eszméletvesztés, tachycardia, idegesség, hallucináció, depresszió, gyakori vizelési inger és inkontinencia, paraesthesia, kiütés, viszketés, alopecia, lichen planus, impotencia, homályos látás, a sclera pirossága, orrvérzés, fülcsengés, szájszárazság, orrdugulás és izzadás, láz, pozitív antinukleáris antitest titer, arthralgia. Összefüggésük a Minipress szedésével nem minden esetben volt megállapítható.

FIGYELMEZTETÉS

Ritkán előfordulhat a kezelés elején, vagy a dózis növelésekor, hogy a Minipress bevétele után fél-másfél órával átmeneti szédülés, gyengeség, izzadás lép fel. Ilyen esetben, amíg a tünetek tartanak, célszerű fekvődni.

A gyógyszer rendelésekor a jóváhagyott alkalmazási előírás /Útmutatóhoz készült pótlap/ részletes információit kell figyelembe venni.

MEGJEGYZÉS: + Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 db 1 mg-os tabl.

100 db 2 mg-os tabl.

ELŐÁLLÍTÓ: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
PFIZER Inc., New York, USA együttműködés alapján.



* PFIZER Inc., New York védjegyzett neve.



Véralvadás, thrombosis

Non-coronariás thrombolysis. Szerkesztőségi közlemény: *Lancet*, 1990, 335, 691.

A non-coronaria artériák, elsősorban a végtag- és az agyi artériák thrombotikus elzáródásának kezelésében a thrombolitikus terápia eredményei korántsem olyan jól dokumentáltak, mint myocardialis infarctusban. A perifériás erek esetében rendszerint a Fogarty katéterezés az első és a leggyorsabb hatást ígérő beavatkozás. Súlyos arteriosclerosisban azonban a korai és késői hatások csökken, az arteria popliteától distalisán pedig az eljárás kevésbé eredményesen alkalmazható. Az intravénás streptokinase a perifériás artériás elzáródások mintegy 80%-ában hatásos, ha a kezelés 12 órán belül megkezdődik. 12–72 óra között az eredmény 60%-os. A systemás thrombolitikus kezelés súlyos haemorrhagiás szövődményének gyakorisága 1–3%.

Lokális thrombolitikus kezelés esetén a streptokinase dózisa csak töredéke (5000 E/h) a systemás kezelés dóziséhoz, mégis az enyhe vérzések gyakorisága 15–20%, a súlyosaké 10%. *Ricotta és mtsai* az irodalomból 623 beteget gyűjtöttek össze, akik nem voltak prospektív tanulmányok részesi. Az összesítésből a súlyos szövődmények gyakorisága 20%-nak adódott. Ezen belül 15%-ban került sor amputációra. Cerebrovascularis esemény 1,4%-ban fordult elő; a halálozás 2,3% volt. Ezek az adatok jobban tükrözik a mindennapi gyakorlat problémáit, mint a nagy speciális intézetek prospektív tanulmányainak adatai.

A lokális thrombolysis sikerét döntően meghatározza a betegek összetétele. Minél frissebb és rövidebb a rög, annál könnyebben oldódik. Függ a várható eredmény az occlusio lokalizációjától is. A digitális artériákban a rög néhány nap után már nem oldható. Az alkar és a lábszár ereiben ez az idő néhány hét, a poplitea, femoralis és brachialis artériák esetében pedig 2–4 hónap. Az art. iliaca és az aorta abdominalis thrombusa egyes esetekben még 6 hónap után is oldódhat.

A kontraindikációk megítélése, a betegek kiválasztása — az időtényezőktől eltekintve — hasonlóan történik, mint myocardialis infarctusban. Sajátos kontraindikációt képez a végtag nagyfokú ischaemiája, ha a reperfusio során myoglobinuriát és veseelégtelenséget okozó crush-syndroma kialakulásától kell tartani.

A kis dózisú lokális thrombolysis kétféle módon végezhető. Az egyik módszer szerint 6–8 óránként 5000 E/h streptokinaset vagy 60 000 E/h urokinaset infundálnak az alvadékba. A másik mód az, hogy 5 percenként adnak 1000 E streptokinaset, ill. 25 000 E urokinaset a thrombusba, de az óránkénti adag itt sem haladhatja meg az

5000, ill. 60 000 E-t. Utóbbi módszer gyorsabban (1–7 óra alatt) vezet az ér megnyílásához, de gyakrabban is okoz szövődményeket, mivel a cumulativ dózis magasabb, mint az első módszerénél. Ha 12–24 órán belül nem következett be lysis, a beavatkozás folytatásától eredmény nem várható.

Reocclusio a betegek 10–30%-ában fordul elő. Ennek csökkentése céljából egyesek már a beavatkozás előtt megkezdik a thrombocytá aggregációt gátló ASA (aceticum acetylosalicylicum) kezelést, mások a beavatkozás után 4 órával, vagy mielőtt a plasma fibrinogén-szint meghaladja az 1 g/l-t, heparin, majd cumarin terápia bevezetését javasolják. A közlemény szerint célszerű lenne minden arra alkalmas beteget ASA-praemedicációban részesíteni, az anti-coagulans terápia pedig azok számára fenntartani, akiknél az alapteregség okozta postlytikus szignifikáns maradék-szűkület a lysishez csatlakozó angioplasticával, ill. érsebészeti rekonstrukcióval sem oldható meg.

Kis dózisú alteplase (szöveti plasminogén activator = tPA) kezelés a betegek 68–94%-ában eredményezi az ér megnyílását. Súlyos vérzéses szövődmények 6–17%-ban fordulnak elő, és gyakoriságuk a dózis nagyságával emelkedik. A súlyosabb szövődmények többnyire 1 mg/h-nál nagyobb adagok mellett fordulnak elő. Összehasonlító vizsgálatok azt mutatják, hogy az alteplase gyorsabban oldja a thrombust, mint a streptokinase.

Miután a cerebrovascularis inzultusok 80–85%-át thrombosis vagy embolia okozza, a thrombolitikus kezelés kézenfekvőnek látszana az akut cerebrális infarctus kezelésében, azonban az intracerebrális vérzések veszélye erősen korlátozza a szer használatát. Hozzájárul ehhez a tapasztalat is, hogy a fibrinolyticumok hatására az agyi emollitio gyakran haemorrhagiás necrosissá alakul. A kis dózisú lokális kezelés kezdeti tapasztalatai valamivel kedvezőbbek mind a carotis interna ágainak occlusiója esetén, mind vertebro-basilaris syndromában. Az említett adatok ugyan az intravénás streptokinase-ra és az urokinase-ra vonatkoznak, de a tPA-val szerzett kezdeti tapasztalatok sem ígérkeznek sokkal jobbnak.

Jelenleg 2 nagy prospektív tanulmány van folyamatban: a tPA-Acute Stroke Study Group és egy másik, a National Institutes of Health (Bethesda) támogatásával. Amíg ezek a tanulmányok le nem zárulnak, a thrombolitikus kezelés a cerebrális artériák thrombotikus vagy emboliás occlusiójánál nem alkalmazható. A végtagerek vérrögös elzáródásának kezelésében viszont a thrombolysis ígéretes terápiának látszik, ha a beteg kiválasztás megfelelően történik, és szoros együttműködés alakul ki a sebész, a radiológus és az angiológus között.

Brenner Ferenc dr.

Orvosi technika

A lézer idegsebészeti alkalmazása. Synowitz, H.-J., Unger, R. R. [*Neurochir. Abt., Chir. Klin. des Bereiches Med. (Charité) der Humboldt-Univ. zu Berlin*]: *Z. ärztl. Fortbild.*, 1990, 84, 267.

Az idegsebészeti beavatkozások eredményét a diagnosztikus és therapiás színvonal együtt határozza meg. Az utóbbi években a neuroradiológia fejlődésével vértelen úton nyerhetünk adatokat (CT, NMR) a tumoros folyamatok helyéről, kiterjedéséről, jellegéről. A mikrosebészet biztosítja a kisebb kockázatú, jobb életminőséget adó beavatkozásokat. Ennek ellenére astrocytoma, ependymoma, oligodendroglioma műtete után — a tumorbiológiai jellegzetességek miatt — gyakoriak a recidívák. Meningeomák, neurinomák, hypophysis-adenomák szövettani benignitásuk ellenére gyakran irresecabilisak, s így klinikailag infaustok. A radio- és chemotherapy ezekben az esetekben ineffektív. További — műtéttechnikai — problémát jelent a vérzés, mely drainage vagy tamponálás révén nem csillapítható.

Lézer segítségével az erősen vascularizált tumorok is minimális vérvesztéssel távolíthatók el. A lézersugár vágóhatása mind mélységet, mind szélességet tekintve pontosan beállítható, az incisio direkt kontaktus nélkül végezhető, a szövetrészek eltávolíthatók (vaporisatio) és a szövetek consistentiája és vascularisatioja megváltoztatható (vérzéscsillapítás).

A hatás függ a lézer hullámhosszától, a besugárzás időtartamától, a fókusz sugárintenzitásától és a szövetek absorptióis jellegzetességeitől. A hőhatás denaturációhoz vezet (60–70 °C), majd vaporisatiohoz (100 °C), később elszéneseledéshez. Ennek megfelelően CO₂-lézerrel pontosan lehet vágni (különösen a gerincvelőben, esetleg mikromanipulátor közbeiktatásával), de vaporizálni már Nd:YAG-lézerrel gyorsabb, s ennek vérzéscsillapító hatása is kifejezettebb, mivel hatását a folyadék jelenléte nem csökkenti.

A szerzők cikkükben beszámolnak a CO₂-lézerrel tíz év alatt, a Nd:YAG lézerrel egy év alatt szerzett, összességében igen pozitív tapasztalataikról is.

Pikó Béla dr.

A lézer nőgyógyászati alkalmazási módjai és indikációs köre. Herrmann, U. [*Klin. u. Poliklin. für Gynäk. u. Geburtsh. des Bereiches Med. (Charité) der Humboldt-Univ. zu Berlin*]: *Z. ärztl. Fortbild.* 1990, 84, 273.

A lézernek a sebészetben számos előnye van: kevés, vagy hiányzó vérzés, endoscopy applicatio, antiszeptikus effektus, prompt gyógyulás, enyhe vagy hiányzó postoperatív fájdalom, minimális hegesezés, alkalmazhatóság pacemaker esetén is.

Az alkalmazásnak többféle módja lehet: külső lézersebészet (LS) (külső testtájak-

ra); nyitott LS (konvencionális laparotomia után); szabadkezes LS (általában nyagítórendszeren át); mikro-LS (operációs mikroszkóppal, mikromanipulátorral); lézercolposcopia (colposcopon, operációs mikroszkópon át, mikromanipulátorral); lézershysteroscopia (száloptikán át); lézervaginoscopia (tükrös optikán át, pneumoperitoneum vagy mesterséges ascites segítségével). A nem-kontakt (ún. „non-touch”) — klasszikus — LS során a szövetekre a hatást meghatározott légrétegen át gyakorolják, míg a kontakt („in-touch”) technika direkt behatást és nagyobb teljesítményt ad. Az ambuláns LS a nőgyógyászatban főleg az alsó genitális traktuson végzett kis beavatkozásokat jelenti, megfelelő feltételek biztosítása esetében.

Az indikációs területek a következők: Oncogynecologia: cervicalis, vaginalis, vulvaris intraepithelialis neoplasziák (megfelelő diagnosztikát és differenciáldiagnosztikát követően kellő biztonsági zónával lézervaporizáció); carcinoma vaginae recidívja (perforatór veszélyére ügyelni!); invazív vulvacarcinoma (szélesen az épbén, szabadkezes LS-sel eltávolítani, kis vérvesztés, gyors és jó funkciójú gyógyulás); benignus portio-elváltozások; vulvadystryphia (a hyperplastikus és kevert forma 98%, a lichen sclerosus 50% eséllyel gyógyítható); condyloma acuminatum; menometrorrhagia (a kezelés előtt célszerű Danazolt vagy gestageneket adni az endometrium vastagságának csökkentésére).

Sterilitás és infertilitás esetén: tubaocclusio és -stenosis (mikrosebészeti beavatkozásként); hydrosalpinx (4 cm-es átmérő alatt laparoscopiából, e felett laparotomiából); PCO-syndroma; adhaesiók; uterus bicornis (Bret—Palmer uteroplastica, POR 8-as infiltratio után); uterus septus-subseptus (septum-dissectio, a vérzés miatt ballonkatéteres kompresszióval); myoma; üregi összenövés; tubaris terhesség (3 cm-es átmérő alatt lineáris salpingotomia, infiltrálás POR 8-cal, az adhaesiók megelőzésére mesterséges ascites).

Az uro-gynaecológiában a mictiós zavarokat okozó urethralis polypot, angiomát, stenosiszt megfelelő diagnózis birtokában vaporizálják.

Fájdalom- és hegsebészet: Endometriosis (a localisatiótól és kiterjedéstől függően laparoscopiából vagy -tomiából); adhaesiók; dysmenorrhoea (translaparoscopiás vaporizáció a ligamenta sacrouterina uterinalis insertió területére); hegek és keloidok (szabadkezes vagy mikrosebészeti beavatkozások, 90—100%-os eredménnyel).

Szeptikus gynaecologiai beavatkozások: Bartholin-cysta (megnyitások után, 5 éves követési idő alatt nem észleltek recidívát!); sebszétválás (a teljes sebfeület felfrissítő vaporizációja után lézer-kimetszés, majd vicryl-varrat); puerperalis és nem-puerperalis emlőtályog; herpes genitális (a herpeses fekélyeket vaporizálják, a beavatkozás kevésbé fájdalmas, a recidíva ritka).

Lézersebészeti tapasztalatok a fül-orr-gégészetben. Nawka, T., Haake, T. [HNO-Klin. des Bereiches Med. (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin]: Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 280.

A CO₂-lézert a hetvenes évek óta alkalmazzák a fül-orr-gégészetben, elsősorban vágó hatása miatt, a szikét helyettesítendő, a Nd-YAG lézert főleg coaguláló hatása miatt, s mert sugárzása száloptikán könnyen vezethető. A berendezések mikromanipulátorral, operációs mikroszkóppal kapcsolhatók össze. Hatásukra jellemző, hogy a metszés három zónából áll: carbonisatio (teljes szövetsvétel), necrotikus (fehérjedenaturatio, coagulatio, erekben obliteratio, thrombosis), majd oedemás. A gyógyulás fibrinlerakódás — granulatio — hegesezés és epithelisatio során történik, jó kozmetikai eredménnyel, rigid hegek nélkül.

A gégeben való alkalmazása mindig nárciszt igényel, a vékony tubust sugárviszaverő alumíniumfóliával vonják be, s a subglottist abszorbeáló mull-tupferrel védik. A jóindulatú folyamatok közül hangszalagpolypok, -csomók, Reinke-oedema kezelhetők, jó eredménnyel, bár a mikrolaryngoscopes beavatkozásoknál hosszabb gyógyulási idővel. A stenotizáló folyamatok kezelésekor mindig figyelembe kell venni azok aetiologiáját, ügyelni kell a nyálkahártya védelmére, s összenövés után a fibrinlepedék eltávolítására, hogy az újabb stenosiszt elkerüljük. Kétoldali, respirációs zavart okozó hangszalagbénulás esetén lézer-arytenectomia végezhető, kellő hangrészt biztosítva véget. Korai malignus folyamatokban a lézerezés eredményei a sugárterápiával egyenértékűek, s lehetőség nyílik teljes tumorrelatívításra, kis vérzés és traumatizatio árán, ismételtetően s más módszerekkel kombinálhatóan, a sejtek mechanikus szóródása nem következik be, a nyirokerek lezárulnak. Palliatív módszerként transoralis lézerkezelés is alkalmazható, tumormegkisebbsítésre.

A szájüregben és oropharynxban a hypertrophizált tonsilla lingualisok eltávolíthatók, de a vérzés egyedül lézerral nem csillapítható kellően. Fibromák, haemangiómák, lymphangiómák, papillomák biztonságosan resécálhatók vele.

Az orrban a jóindulatú folyamatok többsége Nd-YAG lézerral kezelendő, a papillomák és hyperkeratosisek ellátására indokolt a CO₂-lézer. Az orr stenotizáló folyamatai (choanal atresia, összenövés) operációs mikroszkóppal kapcsolt berendezést igényelnek. A fülön levő jó- és rosszindulatú daganatok eltávolításakor előny a kevés vérzés, a jó áttekinthetőség és a kitűnő plasztikai eredmény. A cervicofacialis bőrelváltozások kezelésekor figyelembe kell venni, hogy a száraz bőrön nagyobb teljesítmény érvényesül. Kellő biztonsági zónára kell törekedni, a tetovált bőrt óvatosan, rétegekben vaporizálni. A jó kozmetikai eredmény itt kiemelkedő jelentőségű.

Lézer alkalmazása a stomatológiában. Herrmann, C. és mtsai [Poliklin. für Konserv. Stomat. des Bereiches Med. (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin]: Z. ärztl. Fortbild., 1990, 84, 285.

A lézer — biológiai hatásának felfedezésén kívül a szilárd anyagokra gyakorolt hatása révén is — a stomatológiai érdeklődés középpontjába került, ennek ellenére nem szorította ki a hagyományos módszereket, hanem azokat kiegészítve szerepel a szájsebészetben, a fog megbetegedéseinek megelőzésében és kezelésében, a dentáltechnikában, a funkcionális diagnosztikában és a mikroanalitikában.

A sebészetben benignus és malignus tumorkok, praecancerosisek kezelésében, főleg a rizikó-betegek ellátásában használják, kedvező eredményekkel. Kis teljesítmény mellett gyulladásgátló, regenerációt elősegítő, a mikroorganizmusok szaporodását megakadályozó hatását is leírták.

A caries kezelésében a cavitas-preparatio során történő alkalmazása speciális problémákat vet fel: a hőterjedés elemzése, a nagy hőmérséklet következtében bekövetkező kémiai átépülések, a zománc permeabilitásának változása még további vizsgálatot igényelnek.

A dentáltechnikában megkísérelték lézer segítségével a fog felszínét különféle fémek és nem fém anyagokkal (foszfát, szilikát, üvegek, fémoxidok, mesterséges hidroxilapatit) bevonní, a cariogen noxákkal szembeni ellenállás fokozására, de még nem sikerült a kívánt eredményeket elérni. A fogpótlásban a beültetett anyagoknak a fogakhoz való rögzítésében kedvezőbbek a kísérletes tapasztalatok, de a klinikai rutinba való bevezetésig még számos, részben elméleti, részben technikai problémát kell megoldani.

Pikó Béla dr.

A tüdőparenchyma laser-resectiója. Rolle, A. (Chirurg. Klinik Innenstadt der Univ. München): Fortschr. Med., 1989, 107, 427.

Már néhány évvel azután, hogy Maiman 1960-ban az első rubin lasert előállította, megindult a kutatás a parenchymás szervek — máj, lép, vese, pancreas — sebészetében való alkalmazhatóságának kidolgozására. Annak ellenére, hogy mostanáig a rendelkezésre álló összes laser típusokat kipróbálták, a tüdőt illetően áttörést még nem sikerült elérni. Pedig az említett szervet finom, ereiben gazdag felépítése a Nd-YAG laser terápiára sokat ígérővé teszi.

Mivel megfelelő ilyen irányú adatok nem álltak rendelkezésre, a szerzők először megvizsgálták az 1064 nm és 1318 nm hullámhosszú Nd-YAG laser hatásait kutya tüdőparenchymájára. Lemérhető volt, hogy 1318 nm-es hullámhosszon leadott 20 watt teljesítmény mellett, vagy 1064 nm-en 40 W alkalmazásakor 3 mm mély és 2,5 mm széles kráter keletkezett. Ezen kívül a

Pikó Béla dr.

Pikó Béla dr.

tüdőparenchymában 1318 nm-es sugárzás hatására átlag 3 mm széles, már makroszkóposan is látható koagulációs sáv jött létre. Ugyanez a jelenség volt kimutatható standardizált parenchyma defektusokban a koagulációs és szegecselő hatást illetően. Végül csak 1318 nm-nél történt vágási felületen tudtak vérzés nélküli állapotot, és 25 vízcsm-t meg nem haladó levegő tömítettségét elérni.

A kísérletes adatok alapján az 1318-as hullámhosszt választották ki klinikai alkalmazás céljából. Ennek eredményeként az extraanatómiás resectiót 50 személynél vértelenül, szövődíjmentesen el tudták végezni. Az atípusos laser resectio bemutatott módszere funkcionálisan nagymértékben beszűkült betegek műtétre és multiplex metastasisok eltávolítására előnyösnek látszik.

Barzó Pál dr.

Oxytron — mobilis tartós O₂-kezelés. Első tapasztalatok egy új demand rendszerrel. Hillebrand, M. (Elisabeth Krankenhaus, Dorsten): Pneumologie, 1989, 43, 486.

A tartós O₂-terápiát jelenleg, az indikációkat a német pneumológiai társaság ajánlása alapján figyelembe véve, túlnyomóan oxigénkoncentrátorokkal, otthon végzik. Az inhalációt napi 12—16 órán át kell folytatni. Ennek a rendszernek az a hátránya, hogy a beteg a készülékhez kötött, mobilitásában akadályozva van. Némi könnyítést jelentenek a hordozható oxigén palackok, ezek azonban nem tartalmazzak 400 liter O₂-nél többet.

Az NSZK-ban először próbálkoztak olyan kispalack alkalmazásával (Oxytron, Fa. Weinmann), amelyből az oxigén a belégzés által vezérelve szívható be és így jelentős megtakarítás érhető el. A szabályozó készüléket a tartály és az orrszonda közé iktatták be, ami az inspiratio kezdetétől mintegy 35 ml O₂ kiáramlását teszi lehetővé. Ez a mennyiség elegendő ahhoz, hogy az alveolaris területen az O₂ töménysége megemelkedjen. A szóban forgó megoldás megakadályozza, hogy az inspirációs levegő a holtterben és a kilégzési szakaszban feldúsuljon. További megtakarítást tesz lehetővé, ha az említett O₂ mennyiség nem minden légvételnél szabadul ki a palackból. Ennek elérésére a készülékhez egy választó kapcsolót szerkesztettek, amely az 1. állásban minden negyedik, a 2.-ban minden második, a 3.-ban négy légvétel közül háromban, a 4. helyzetben pedig valamennyi belégzésben nyit. Az előállító adatai szerint a kapcsoló állása a folyamatos működés alatt leadott O₂ mennyiségét (l/perc) is jelzi.

A készülék hatásosságának lemérésére a szerző 27 akut stádiumban lévő, obstructív vagy restrictív légzőszervi folyamatban szenvedő, akik intenzív hypoxiájuk mi-

att ($pO_2 < 70$ Hgmm) állandó feltételek között oxigén terápiában részesültek, vérgázanalízist végeztek. A vizsgálat 1. oxigén belégzés nélküli állapotban, 2. 30 perces folyamatos oxigén inhalálás alatt, és az ezt megelőzően egyedileg kielégítőnek bizonyult 1, 2, 3, 4 l/min áramlás mellett, valamint 3. további 30 perces tesztfázis után történt, amikor az Oxytron demand rendszer folyamatos adásra volt kapcsolva. A frakcionált méréseken kívül, pulsoximéterrel megszakítás nélküli monitorizálásra szintén sor került. A kísérletben részt vevő személyek a vizsgálatok idejére a készülék kezelését már megszokták. Az oxigént nyitott orrszondán keresztül inhalálták. A betegeket orr- és szájlégző csoportokba osztották.

A kapott eredmények alapján a készülék O₂-t megtakarító hatása — a kapcsoló állásától eltekintve — a beteg légzési frekvenciájától függött és egyénenként nagyfokú ingadozást mutatott. Kedvezőtlen esetben is meghaladta azonban a 60%-ot és gyakorlatilag 80%-os megtakarítást tett lehetővé a megszakítás nélküli insufflációval szemben. A beépített nyomásmérő a készülék elfogyását időben jelezte. Az elem kiürülését viszont az ápolószemélyzet is gyakran elnézte, ezért erre figyelmeztető riasztó beépítése a készülékbe tanácsos lenne.

Néhány beteg az Oxytron rendszer bevezetése után rossz közérzetről, fejfájásról és nyomásérzésről panaszkodott, melyek később megszűntek. Többen, főként akut állapotokban szubjektíve lényeges megkönnyebbülést éreztek, szemben a folyamatos O₂ beszívással, anélkül, hogy ez a vérgázértékekben tükröződött volna. Csupán egy esetben kellett a készülék alkalmazásától intolerancia miatt eltekinteni.

A kezelés alatt a pO_2 általában kielégítően növekedett ($54,7 \pm 9,6$ -ról $70,0 \pm 10,7$ Hgmm-re), ami átlag 15,3 Hgmm-t tett ki megszakítás nélküli adás közben, és 10,6 Hgmm-es emelkedésnek felelt meg az Oxytron rendszer közbeiktatásakor. A pO_2 értékek nem változtak jellemzően. A folyamatos, hagyományos O₂ befűvés és az Oxytron alkalmazása mellett mért adatok között jellemző eltérést nem találtak, noha az utóbbi módszerrel elért O₂ tenziók valamivel alacsonyabbak voltak.

Ezek a különbségek azonban a terápiás eredményeket lényegesen nem befolyásolták, mivel az S alakú O₂ saturációs görbét tekintve, mindkét esetben kielégítő, 93%-os haemoglobin telítettség mutatkozott.

Az orron át légzőkben folyamatos O₂ inhalálás alatt az O₂ nyomás $17,2 \pm 10,0$ Hgmm-t, a szájon át ventilálókban $8,8 \pm 9,2$ Hgmm-t emelkedett. Az Oxytron közbeiktatásakor normálisan légzőkben $12,9 \pm 11,2$ Hgmm-es, a szájon keresztül ventilálókban azonban csak $2,5 \pm 3,8$ Hgmm-es növekedés jött létre. Ez egyben a rendszer hibája is, mivel annak mechanizmusát az orrlégzés által kiváltott impulzus szabályozza. Alvás közben az orrszonda elcsúszásának veszélye miatt az Oxytron

szisztéma alkalmazását az előállító sem ajánlja, kivéve, ha trachealis O₂ katéter van a betegnek behelyezve.

A folyamatos pulsoximetriás mérések terhelés alatt arra engedtek következtetni, hogy ilyenkor a 3—4. fokozattal való működtetés tanácsos. Ennek következtében a takarékosági hatékonyság ugyan kisebb mértékű, de még mindig jelentékeny.

Az Oxytron rendszer jól egészíti ki az oxigén koncentrátorokkal folytatott tartós O₂ kezelést. Azt nem pótolja, de adott esetben a beteg mobilitásának lehetővé tételével az élet minőségét nagyfokban javítja.

Barzó Pál dr.

Szemészet

Prospektív tanulmány a radiális keratotomia eredményeinek értékelésére 4 évvel a műtét után (PERK Study). Waring, G. D. és mtsai: JAMA, 1990, 263, 1083.

A nyugati országokban a felnőtt lakosság mintegy 25%-a myopiás. A myopia szemüveggel és kontakt üveggel jól korrigálható. A cél azonban mégis az, hogy a rövidlátó egyének optikai segédeszköz nélkül is lásanak. Az elmúlt 40 évben olyan műtéteket fejlesztettek ki, amelyek tartósan korrigálják a myopiát a cornea törőerejének a csökkentésével.

A radiális keratotomia a legelterjedtebb az ilyen típusú műtétek között. Lényege a cornea nem teljes vastagságú radialis bemetszései a paracentrális és perifériás területen.

A becslések szerint az USA 220 millió lakosából 5%-nak van —2,0-tól —6,0 D-ig terjedő rövidlátása. Tehát mintegy 11 millió ember alkalmas erre a műtétre.

A radiális keratotómiával mind a szakmai, mind a napisajtó sokat foglalkozik. Szemész körökben nem teljes az egyetértés e kérdésről. Szükséges tehát, hogy a műtétek eredményeiről pontos adatok lássanak napvilágot.

Jelen tanulmányban (PERK) az eredmények értékelése 4 évvel a műtétek után történt. A tanulmány 9 centrumban standardizált technikával operált, szigorú kritériumok szerint szelektált beteganyagot dolgoz fel.

A myopia minden esetben kétoldali volt és —2,0-tól —8,0 D-ig terjedt, 1,9 D vagy kevesebb astigmatizmussal. A betegek alsó korhatára 21 év volt. Nem volt az esetek között progresszív myopia, akut vagy krónikus szembetegség, a szemet esetleg befolyásoló általános megbetegedés.

A kilenc szemosztályból nyolcban a műtéteket mindig egy sebész végezte, a kilencedikben a második sebész az esetek 10%-át operálta. Az operáló szemészek előképzettsége és vizsgált képességei (manualitás) ugyanolyanok voltak.

A műtéti technika is mindig ugyanaz-

volt, amit természetesen a myopia fokának megfelelően alkalmaztak az egyes szemeken. A centrális, érintetlenül maradó cornea területet trepánnal jelölték be, majd a sebész szabad kézzel, gyémántkéssel körben 8 centrifugális irányú radiális bemetszést ejtett. Műtét után helyileg antibiotikum cseppet alkalmaznak minden esetben, corticosteroidot soha.

A műtétet mindenütt egy, a műtétben részt nem vevő szemész értékelte. Standard körülmények között (pl. a vizsgálószoba megvilágítása) vizsgálták a korrigálatlan és a legjobban korrigált látóélességet, réslámpával a cornea állapotát. A betegeknek számos kérdésre kellett írásban felelniük. Az adatokat a Statisztikai Koordináló Központ értékelte.

Összesen 435 szemet operáltak meg 1982. március és 1983. október között. Ezek közül 40-et vizsgáltak meg 4 év múlva is. Az értékelésből 11 beteget kizártak a hiányos kontroll vizsgálat miatt. Tehát 390 esetet értékelték. A betegek átlagéletkora 33 év volt.

A 4 év eltelte előtt 59 szemem megismételték a radiális keratotomiát. A végső kiértékeléskor a 2. műtéttel elért eredményeket vették figyelembe. Mindkét szemem elvégezték a beavatkozást 323 esetben. Ezek közül 208-nak (68%) nem kell szemüveg, 101 beteg (31%) a műtét után is szemüveget hord, 3 (1%) kontakt üveget mindkét szemén, 9 (3%) kontakt üveget az egyik szemén és 1 (0,3%) szemüveget az egyik szemén.

A műtét előtt a myopiák $-2,0$ D-től $-8,0$ D-ig terjedtek. Négy évvel a műtét után az esetek 55%-ában $-1,0$ D és $+1,0$ D közötti volt a szemek fénytörése. Több mint 1 D myopia maradt 28%-ban, több mint 1 D hypermetropia alakult ki 17%-ban.

Az astigmatismus a következőképpen alakult. Azon a 284 szemem, ahol eleve volt astigmatismus, a műtét hatására a tengely minden esetben változott. Az esetek 11%-ában a műtéttel alakult ki astigmatismus.

A törőerő megváltozásának a megjósolhatóságáról a következők mondhatók. Az érintetlen centrális zóna és a páciens kora a két leginkább befolyásoló tényező. A bemetszés mélysége kisebb jelentőséggel bír, de befolyásolhatja az eredményt.

Az összes beteg viszonylatában 4,42 D volt az átlag csökkenés. Kisebb myopiák és nagyobb centrális zóna esetén kevesebb (3,27 D), nagyobb myopiák és kisebb centrális zóna esetében több (5,26 D) az átlag.

Megnézték a műtét után 6 hónappal és 4 évvel talált értékek közötti különbségeket. Azt találták, hogy a myopia növekedése 72%-ban kevesebb, mint 1 D volt. Mindössze 4%-ban találtak 1 D-nél nagyobb növekedést, 24%-ban pedig 1 D-val vagy ennél többel tovább csökkent a myopia.

Műtét előtt a szemek 69%-ban volt a korrigálatlan látóélesség 0,1 vagy kevesebb. A műtét után 4 évvel 52%-ban volt a korrigálatlan látóélesség 1,0 vagy jobb és 76%-ban 0,5 vagy jobb. Mindössze a betegek 2%-a látott 0,1-t vagy kevesebbet kor-

rekció nélkül. A kisebb rövidlátású csoportban ez a helyzet jobb volt, mint a közepes vagy nagyfokú rövidlátó csoportban (0,5-nél jobb látóélesség 95%, 79%, 58%).

Túlkorrekción (hypermetropia) kb. 17%-ban következett be. A nagyfokú myopiás csoportban 50%-ban, a kisköbűben csak 6%-ban maradt rövidlátás.

Hat corneán az incisiós vonalakba erek nőttek. Ezek a betegek azonban kontakt üveget viseltek. Feltételezik, hogy az érbenövés oka nem a radiális keratotomia, hanem a mechanikus behatás, gyulladás vagy hypoxia.

Egy évvel a műtét után a betegek 48%-a elégedett volt az eredménnyel, 42% mérsékelten elégedett, 10% pedig elégedetlen.

A műtét cél az emmetropia volt, de vannak sebészek, akik inkább kisköbű (0,5–1,0 D) myopia elérésére törekednek a presbyopia miatt.

A keratotomia szükség esetén megismételhető, mégpedig a régiók között végzett új incisiókkal. A megismételt keratotomiának azonban mindig kisebb az eredménye, mint az elsőnek.

A túlkorrekción (hypermetropia) nem kívánatos. A 40–45 év feletti hypermetropiások sem közelre, sem távolra nem látnak jól korrekció nélkül. Leírnak módszereket, amikkel a túleredményt csökkenteni lehet (pl. az incisiós seb széleinek az összevarrása).

A műtét utáni első hetekben a refrakció és a visus egyaránt fluktuálhat (oedemással váltak a cornea, majd az oedema csökken). A fénytörés stabilizációja 3–6 hónappal a műtét után következik be. Ez után azonban az esetek kb. 70%-ában stabil marad a refrakció.

Sajnos a betegek 20%-ában a műtét hatás fokozatosan növekedett („progressiv hyperopia” v. „decrease in minus power”). Műtét előtt pedig semmiképpen nem lehet azt megállapítani, hogy kinél érvényesül majd ez a nemkívánatos effektus. Mindössze az ismeretes, hogy a hosszabb és mélyebb incisióknak nagyobb az ilyen jellegű kockázata.

Az instabilitásnak van egy olyan formája is, amikor a refrakció és látás napi ingadozást mutat.

A radiális keratotomia miatt az esetek 2,5%-ában romlott a műtét előtti legjobban korrigált visus. Ennek oka nem mindig világos, a legvalószínűbb azonban a fellépő felszíni egyenetlenség, irreguláris astigmatismus. Vannak betegek, akik a fokális fény körül látott sugaras vonalakról panaszkodnak. Mások számára az éjjeli autózás nehezített a káprázás miatt.

Más szerzők a következő komplikációkat írták le: bakteriális keratitis, epithel erosio, trauma hatására a keratotomiás hegek megrepedése, endophthalmitis, epithel benövés az esetleges perforációs nyíláson keresztül, az érzéstelenítő injekció, ill. tű által okozott n. opticus sérülés. A szerzők jelen tanulmányban mindezeket nem észlelték.

Radiális keratotomia az 1990-es években és a PERK tanulmány. Binder, P. S.: JAMA, 1990, 263, 1127.

Amikor a radiális keratotomiát bevezették az Egyesült Államokban, a műtét kivitelezéséhez borotvapenge-darabot használtak, amelynek nagyságát egy milliméter skálán, szabad szemmel állították be. Abban az időben 24 vagy több különböző hosszúságú incisiót ejtettek. A műtétet kockázatosnak tartották, az eredményt pedig bizonytalanoknak. A PERK tanulmány (The Prospective Evaluation of Radial Keratotomy) 1982 márciusában kezdődött 9 centurumban, 10 sebész részvételével.

A szerkesztőségi cikk a továbbiakban részletezi az eredményeket, amelyek az eredeti cikkben találhatók.

Megállapítja, hogy a PERK tanulmányból kiderül, hogy a myopia csökkenthető és a korrigálatlan látóélesség növelhető a műtéttel. A betegek $2/3$ -ánál megvalósul a cél, azaz nem kell szemüveget vagy kontakt lencsét hordani.

Sajnos, a radiális keratotomia nem tökéletes módszer. Túlkorrekción és alulkorrekción egyaránt előfordul, és ezek a későbbiekben csak kemény kontakt lencsével korrigálhatók, amit a betegek nagy része nem tud hordani. A fluktuáló fénytörés és látás miatt egyes betegek naponta többször szemüvegcsereére kényszerülnek, illetve változik a látóélességük. Olyan kis traumára, amely normál corneán nem okoz sérülést, az incisiós bemetszések területén megrepedhet a cornea. Mégis ma ez a legelterjedtebb myopiaellenes beavatkozás. Minden myopiás beteg számára természetesen nem ajánlható. Ennek ellenére a szerző a PERK tanulmány konklúziójával egyetért: „Az embereknek az a kívánsága, hogy külső segédeszközök nélkül jó látásuk legyen, érthetőnek és normálisnak tekintendő.”

Zajácz Magdolna dr.

A keratitis ulcerosa relatív veszélye a „nappali” és a „folyamatos” viselésre szánt lágy kontaktlencsét alkalmazók között. Schein, O. D. (Cornea Service, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Boston): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 773.

A kontaktlencse viselés legsúlyosabb szövődménye a keratitis ulcerosa, ami valószínűleg fertőzés következménye, és elsősorban a lágy lencsét viselőket veszélyezteti.

A szerzők eset-kontroll tanulmány keretében vizsgálták a szaruhártya fekély relatív veszélyét, annak rizikó tényezőit és a lencse higiéné jelentőségét a „nappali” és a „folyamatos” viselésre szánt lencsét alkalmazók között. A „folyamatos” viselésre szánt lágy lencsét hordozók között a keratitis ulcerosa veszélye négyszer nagyobb, mint a „nappali” lencsét viselők között. Ez a veszély 10–15-szörösére fokozódik, ha a „folyamatos” lencsét éjszaka is viselik, és-

9-szerese akkor, ha a „nappali” lencsét alkalmanként éjszaka is fennhagyják. A rizikó mértéke és az éjszakai viselés gyakorisága között szoros összefüggés van. A lencse higiéne betartása (mosás, tisztítás, fertőtlenítés, enzimes kezelés) a szaruhártya fekély veszélyét mérsékli, míg a dohányzás fokozza azt.

A tanulmány eredménye szerint a lágy kontaktlencse éjszakán át történő viselése — függetlenül attól, hogy az „nappali” vagy „folyamatos” viselésre készült — jelentősen fokozza a szaruhártya fekély veszélyét.

Hammer Helga dr.

A keratitis ulcerosa gyakorisága a nappali és a folyamatos viselésre szánt kontaktlencsét alkalmazók között. Poggio, E. C. és mtsai (Epidemiology Unit, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Boston): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 779.

Az USA-ban több mint 18 millióan (a lakosság 7%-a) használnak kontaktlencsét, közülük 9,1 millióan „nappali”, 4,1 millióan „folyamatos” viselésre szánt lágy, míg 5 millióan különböző típusú kemény lencsét alkalmaznak. A lágy lencse alkalmazásának leggyakoribb szövődménye a szaruhártya fekély. Ennek ellenére nincsenek adatok a betegség gyakoriságára vonatkozóan a kétféle lencsét viselők között. Ezért a szerzők egy prospektív vizsgálat keretében Új Anglia 5 államában felmérték a keratitis ulcerosa gyakoriságát a kontaktlencsét viselők között.

A vizsgálat kezdete előtt az 5 állam 612 szemészevel vették fel a kapcsolatot, akiket felkértek arra, hogy 4 hónapon keresztül gyűjtsék össze azokat a kontaktlencse viselőket, akik 12 évnél idősebbek és először jelentkeznek kezelésre a keratitis ulcerosa bármely formája miatt. A lencse viselők számára és a viselési szokásokra vonatkozó adatokat pontos feltételek mellett végzett, véletlenszerűen kiválasztott személyek telefon interjúja útján szerezték be. Összesen 4178 háztartás 10 404 tagjára vonatkozó adatokat gyűjtöttek össze.

A keratitis ulcerosa gyakorisága a „nappali” lencsét viselők között 4,1/10 000. Ez a gyakoriság a „folyamatos” lencsét viselők között ötször nagyobb, míg a kemény lencsét viselők között csak feleakkora.

A kontaktlencse viselésnek kétségtelen optikai és kozmetikai előnyei vannak. A legtöbb komplikáció enyhe, a lencse alkalmazás rendszeres megszokásával megelőzhető. A szaruhártya fekély azonban súlyos, esetenként a látás végleges károsodásával járó szövődmény. Ezért a lencse viselőket fel kell világosítani arról a veszélyről, és tájékoztatni kell, hogy panaszok esetén azonnal forduljanak szemészhez.

Hammer Helga dr.

A kontaktlencsék — előnyök és komplikációk. Smith, R. E., S. M. MacRae

(University of Southern California, Los Angeles): N. Engl. J. Med., 1989, 321, 824.

Az USA-ban 60 millió rövidlátó él, és azok legnagyobb része viselhetne kontaktlencsét. A lencse viselők száma jelenleg közel 20 millió. A kemény plasztikból készült lencsét közel 40 éve alkalmazzák, de 20 éve ismert a lágy lencse, és 10 éve kifejlesztették a „folyamatos” viselésre is alkalmas lágy lencsét. A műlencseipar legújabb terméke a gáz-permeábilis kemény lencse.

Kényelmessége miatt sokan előnyben részesítik a „folyamatos” viselésre szánt lencsét a „nappali” lencsével szemben. Azonban a lencse használat legtöbb szövődménye lényegesen gyakoribb akkor, ha a lencsét naponta nem tisztítják. Ezek között különös jelentősége van a keratitis ulcerosának, amit bakteriális fertőzés okoz. A kezeletlen fertőzés következtében a cornea stromája elpusztul, a cornea kifekélyesedik és ez látás veszteséhez vezet. Már évek óta gyűlnek adatok, amelyek a „folyamatos” lencse viselés veszélyeire hívják fel a figyelmet.

A szerzők véleménye szerint a lencse viseléssel kapcsolatos problémák három okra vezethetők vissza: a lencse viselők rossz tájékoztatása, a lencse higiéne elhanyagolása és a lencse viselés tényének bagatellizálása. A szövődmények miatt az FDA elrendelte, hogy a gyártók a „folyamatos” lencsén tüntessék fel, hogy 7 napig használható (korábban ez 30 nap volt), és programot dolgozzanak ki a lencse viselők jobb tájékoztatására. A kényelem és a biztonság egyaránt elérendő cél!

Hammer Helga dr.

Oestrus ovis: légnyüvek okozta szemfertőzés. Simonsz, H. J. és mtsai (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 197.

Egy meleg nyári napon a Fekete erdő egy 1000 m-en levő tisztásán napozott a házaspár, a közelben pár tehén és egy juh legelészett. Felállás közben az asszonynak valami a szemébe jutott, talán egy légy — mondta a férje. Égető fájdalom miatt napokon belül szerzőnként jelentkezett vizsgálatra. A réslámpás vizsgálatnál 20 tekergő nyüvet találtak a corneán és a conjunctivában.

Egy másik nő a Luxor melletti Khom Ombo templom látogatásakor — a kb. kilométernyire legelő juhnyáját is észelve — felnézett egy oszlopra, mikor valami a szemébe került. Az égő fájdalom két óra múlva megszűnt, de 8 nap múlva ismét fájni kezdett a szeme, be is vörösödött. A szemész légnyüveket távolított el a conjunctiváról.

Mindkét esetben az Oestrus ovis légy nyüvei okozták a fertőzést. A parazita légy élveszülő, a lárvákat a juhok, kecskék, antilopok orrlyukaiba helyezik el, ezek a nyálkából táplálkoznak. Pár hét múlva leejtik magukat az orrból, begubóznak, majd

mint legyek 1–2 napig élnek szexuális életet, aztán elpusztulnak, a tractus digestivusuk degenerációja miatt. Néha tévednek a nőstények, és előáll a rövid ideig tartó szem-orr-száj fertőzés, ritkán intraocularis fertőzés. Embernél a lárvák csak kezdeti stádiumig fejlődnek ki, a nyüvek cocainnal, vagy pilocarpinnal távolíthatók el. Nyugat-Európában a rhinoestrus purpurea (oroszlóbögöly) a conjunctiván, ritkán intraocularisan, a Hypoderma bovis a teheneknél, a H. lineatum szintén a teheneknél, a H. diana a rénszarvasnál okozhat fertőzést, ritkán intraocularis localisatióval.

Ribiczey Sándor dr.

Ocularis sarcoidosis. Rothova, A. és mtsai (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 194.

121 szövettanilag igazolt sarcoidosis ocularis elváltozásait vizsgálták a szerzők retrospektíve. 52 negroid (41%) és 69 fehér (59%) beteg közül 50-nél (41%) találtak szemelváltozásokat, ezek gyakrabban fordultak elő negroidoknál és a nőknél. A sarcoidosis első tünete 14%-uknál a szemben jelentkeztek, a betegség egyedüli tünete a szemészeti elváltozás volt, az összes esetek 8%-ánál 1 éven át nem is mutatkoztak más szervekben sarcoidosisos elváltozások. Az ocularis sarcoidosisok több mint felénél uveitist találtak (58%). Uveitis anterior a negroidoknál, a fehéréknél viszont uveitis posterior volt a gyakoribb, komoly komplikációk a fehér nőknél fordultak elő gyakrabban, akiknél a betegség későbbben is jelentkezett. Az uveitis a 29 beteg közül 25-nél már a sarcoidosis diagnosztizálásánál fennállt, de panaszokat csak a betegek felénél okozott. Így, ha nem történt volna rutinszerűen szemészeti vizsgálat, a betegség nem vagy csak elkésve lett volna diagnosztizálva. A 29 uveitises beteg közül 9-nél (31%) egy éven túl is ez volt a sarcoidosis egyedüli tünete, egyebütt jelentkezőseire csak később került sor. Uveitises betegeknek a sarcoidosisra irányuló vizsgálat fontosságára hívják fel a figyelmet.

Ribiczey Sándor dr.

Különleges szemészeti kórképek sarcoidosisban. Mulder, J. A. E. és mtsai (Nijmegen): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1990, 134, 197.

A sarcoidosisos betegek 25–40%-ánál szemészeti tünetek fordulnak elő. Többnyire könnymirigy megbetegedés, uveitis anterior vagy posterior, vagy conjunctiva granuloma jelentkezik. Ritkábban előforduló elváltozásokra hívják fel a figyelmet. Egy betegüknek sarcoidosis okozta egyoldali idült opticopathiát ismertetik. A n. opticust vagy közvetlen beszűrődés, vagy a szomszédos granulomák nyomása sérthette. Izo-lált opticopathia sarcoidosisban ritkán fordul elő, gyakrabban jelentkezik uveitis-

posteriorral együtt (30%). Végül egy fundusképet ismertettek, a betegnél később sarcoidosist állapítottak meg. A négy éven át növekvő hátsó pólusban egyre növekvő foltozatos chorioidális elváltozás a fluoreszcenciás angiográfiával egybeesett az akutan kifejlődött posterior multifocalis placoid pigmentepitheliopathiával. Utóbbi azonban akut lefolyású. Feltételezhető, hogy betegüknek ezt a kórképet a chorioidális praecapillaris occlusiója imitálta.

Ribiczey Sándor dr.

Környezetvédelem

Fiatal emberek leukaemia incidenciája Hinkley Point nukleáris erőmű környezetében 1959–86 között. Ewings, P. D. és mtsai (Department of Public Health, Somerset): Brit. med. J., 1989, 299, 289.

Az utóbbi öt évben vita indult meg azzal kapcsolatban, hogy nukleáris erőművek közelében gyakoribb-e a főként gyermekkorúak rákos megbetegedése, különösképpen pedig leukaemiája. Angliában, Somerset megyében, Hinkley Point helységben az északi tengerparton van egy nukleáris erőmű két különböző időpontban létesített átlomással. Az A-állomás 1964-ben készült, s két régi rendszerű („magnox”) reaktort tartalmaz. A B-állomás viszont két fejlett gáz-hűtéses reaktorból áll, s 1977-ben létesítették.

A somerseti egészségügyi főhatóság részéről végzett, és az Anglia népességének nagy részét statisztikailag felmérő Leukaemia Research Found központ adataival való egybevetés alapján a leukaemia nagyobb gyakorisága mutatható ki Somersetben. A földrajzi eloszlás nem mutatott helyi esetenkénti koncentrációt. Jelen közlemény a fiatal emberek leukaemiájának gyakoriságát vizsgálja Hinkley Point környezetében, felhasználva a ráknyilvántartási adatokat. A vizsgálat korrekt kivitele során az időperiódusok pontos definíciójára, a földrajzi határok tisztázására, a megfelelő eloszlási viszonyok kiderítésére megfelelő szabályok betartásával kellett törekedni. A ún. Dounreay-féle analízis módszerét vették át, melyet egy skóciai atomerőmű környékén végzett hasonló vizsgálatban használtak. Az alap mindkét vizsgálatban a Poisson-eloszlás feltételezése volt (az események random lépnek fel időben és térben a populációban). Megállapították, hogy 1959 és 1986 között a Hinkley Pointtól, mint központtól kiinduló területen 12,5 km sugarú körben 22 fiatal (<25 éves) ember lett leukaemiás. Három közülük az atomerőmű üzembe helyezése előtt betegedett meg. Az esetek a fenti területen szétszórtnak, különösebb tömörülés nélkül jelentkeztek [megjegyzendő, hogy a 19-es szám alatt hat nem-Hodgkin lymphomás (NHL) beteget is magában foglalt, ui. nem mindig lehetett biztonsággal elkülöníteni a leukaemiát a leukaemiás vérképpel járó NHL-es esetektől]. Somerset egész területén ez idő tájt 118

leukaemiás beteget regisztráltak. Bár Hinkley Point területén nagyobb arányokat észleltek az országos átlagoknál, s számszerűen Somerset megye egyéb területeihez képest is nagyobbakat, azonban az utóbbi-tól nem különböztek szignifikánsan az eredmények. A gyakoriságot az időperiódusokban vizsgálva, arra az érdekes megállapításra jutottak, hogy az esetek többsége a Hinkley Point atomerőmű üzembe helyezése utáni 10 évben a környező 12,5 km-es területre koncentrálódott (11 leukaemia + három NHL), míg a későbbi években (1974–1986) lényegesen kevesebb esetet észleltek (két leukaemia + három NHL). Somerset egész területén 1964–1973 között 33 leukaemiás és nyolc NHL-es, 1974–1986 között pedig 54 leukaemiás és 23 NHL-es eset fordult elő.

Nem könnyű korrekt rák-regisztereket létrehozni. Úgy tűnik azonban, hogy a Poisson-eloszlás megfelelő módszert biztosít. Bár a Hinkley Pointra vonatkozó eredmények hasonlóak a Skóciában Sellafield és Dounreay területén nyert adatokhoz, van azonban különbség a fiatal emberek leukaemia-incidenciája vonatkozásában: A Dounreayban és Sellafieldben találtaknál az esetek többsége az utóbbi időszakokra vonatkozik, azaz elmondható, hogy e két utóbbi erőmű vonatkozásában „a leukaemia fokozott rizikójáról” beszélhetünk. Ezen két üzemben más jellegű munkát végeznek (újra feldolgozást is), mint Hinkley Pointban.

A Hinkley Pointban nyert eredmények lehetnek a véletlen következményei, ennek azonban csak elenyésző a valószínűsége. Időszakosan előfordulhatott elvileg nagyobb radioaktív kisugárzás is. Ennek viszont a Légszennyeződési Felügyelőség 1960 és 1970 között végzett rendszeres mérései mondanak ellent. A leukaemiának a sugárzáson kívül lehetséges oka a vírus, illetve a leukaemiának legalább néhány típusát valószínűleg vírus okozhatja. Nem zárható ki pl. az az elképzelés, hogy a nukleáris erőművek környezetében észlelt nagyobb leukaemia-incidenciát ebben állhat az, hogy nagy területekről sok ember jön építeni az erőműveket, s az általuk behurcolt, s az ott élő, korábban izolált közösségekbe kerülő új vírusok nagy fogékonysággal találkozhatnak. Ezzel kapcsolatban példát is felhozunk: egy újonnan felépített skót városban, mely korábban izolált falusi vidék volt, nagy leukaemiás mortalitást lehetett regisztrálni.

További vizsgálatokat terveznek: ennek kapcsán más betegségek incidenciáját is kutatni szeretnék ezeken a területeken. Tovább kell vizsgálni azt, hogy mi támasztja alá a sugárzás, mint kiváltó ok szerepét. Érdekes lehet az, hogy az érintetteknek vannak-e családtagjaik más erőművekben, s ezeket az egyéneket fokozottan kell ellenőrizni. Így mind a sugárzás, mind a vírus-elmélet szerepe analízálható.

Kiss Attila dr.

Gyermekkori kis dózisu ólomexpozíció késői hatása. Needleman, H. L. és mtsai (School of Med., Univ. of Pittsburgh, USA): N. Engl. J. Med., 1990, 322, 83.

Az ólommérgezésre szomatikus tünetei felhívják a figyelmet, de a kis dózisu ólomexpozíció sokáig tünetmentes alattomos behatás. Sokszor az ólomszennyezett levegőjű vidékek elemi iskoláiban a kognitív és viselkedési funkciójukban elmaradt, és nehezen fejlődő gyerekek nagy száma utal rá.

1975–78-ig végeztek a szerzők 270 gyermekre kiterjedő vizsgálatot. Az alacsony ólomexpozíciót a fog dentinájában lerakódott ólom koncentrációjával mérték (6–24 ppm). Megállapították, hogy a gyerekek ólomexpozíciójának mértéke az IQ csökkenésükkel arányos. Az ólom magasabb idegrendszeri funkciókra gyakorolt káros hatásával szemben vulnérabilisabbak az alacsonyabb szociokulturális környezetben felnövő gyerekek. 11 év múltán a szerzőkben felmerült a kérdés: vajon a 6–7 éves korban elszennyezett ólomexpozíció káros hatása fennáll-e még mindig? A 270 gyerek közül 132 azóta felnőtté vált személyt vizsgáltak újra. Nehéz eldönteni, hogy az akkor nehezebben olvashó, fogalmazó, fegyelmezettebb gyerekek mai állapotáért mennyiben felelős az akkori károsodásból származó hátrány, ill. milyen mértékben áll fenn még ma is az ólom hatása. Ennek érdekében az olvasási, nyelvi készség felmérése mellett számítógép monitoron végeztek egységesített objektív gyakorlatokat, melyekből a vizuális reakcióidőt, szem-kéz koordinációt, vizuális és absztrakt memóriát, a kéz finom és gyors mozgását tudják értékelni.

A vizsgált személyeket ólomexpozíció erőssége szerint csoportosítva megállapítható, hogy a növekvő ólomterheléssel párhuzamosan egyre kevesebben állják meg helyüket a felsőoktatásban. A tanárok és a közösség rossz véleménye, az igazolatlan távolmaradás fokozottan jellemző rájuk. Az ólomterheléssel párhuzamosan egyre nagyobb az a hányad, aki nem képes befejezni a középiskolát. (A hajdan diagnosztizált plumbizmosus gyerekek $3/7$ -e nem végzi el.) Nyelvi és olvasási készségük rosszabb, szókincsük és nyelvhelyességük hiányos. Mindezek kulturális érintkezéseik minőségét rontják, s egész életükre csökkentik esélyeiket. Szem-kéz koordinációjuk gyengébb, reakcióidejük hosszabb, a kéz finom mozgásai lassabbak.

A szerzők vizsgálataikból levonják a következtetést, miszerint a gyermekkorban elszenvedett kis dózisu ólom expozíció káros központi idegrendszeri hatása perzisztál a fiatal felnőttekben is. Egyrészt a már gyermekkorukban mért alacsony IQ folytán szellemi kulturális hátrányuk megmarad, sőt fokozódik (olvasási, nyelvi nehézségek), de ezek mellett (hosszabb reakcióidő, csökkent szem-kéz koordináció) a káros hatás még mindig fennáll. A probléma fontosságát alátámasztandó, felhívják a figyelmet, hogy az USA-ban a gyerekek 16%-ának emelkedett a vér ólomtartalma ($>0,7 \mu\text{mol/l}$).

(Ref.: Vajon a magyar nagyvárosokban a sok kétütemű motor között, a fűtők mentén felnövő gyerekek érdekében mit tehetünk?)

Egyed Zsófia dr.

Szülészeti és nőgyógyászati

Gesztációs zsákok hüvelyi ultrahang vezérelt aspirációja szelektív abortusz céljából többes terhességben. Itskovitz, J. és mtsai: Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 160, 215.

A szerzők két többes terhesség esetét ismertetik, amelyekben vaginális ultrahanggal vezérelt hüvelyi punkcióval végeztek szelektív abortuszt. Az első betegnél IVF során 5 embrió beültetését követően, míg a második betegnél anovulációs ciklusok miatt végzett gonadotropin kezelés eredményeként jött létre négyes terhesség. Mindkét esetben a 7. terhességi héten a gestációs zsákok számát kétfőre redukálták. Antibiotikum védelemben, petidin-diazepam bódításban, 6,5 MHz-s vaginális UH fejjel irányítva 1,6 mm átmérőjű tűvel pungálták meg a hüvelyfalhoz legközelebb eső gestációs zsákot és hirtelen szívással eltávolították az amniális folyadékot, melyet az embrió szívmegeállása követett. Az eljárást megismételték.

Az első esetben a 18. terhességi héten cerclage-t végeztek, majd a 36. héten császármetszéssel két egészséges fiút hoztak a világra. A második esetben szintén császármetszéssel a 39. héten született két egészséges fiú. A leépények vizsgálata során nem találtak nyomát az aspirált zsákoknak, melyek 4–6 héttel a punkció után már nem voltak észlelhetők UH vizsgálattal.

A szerzők kiemelik a hüvelyfalán át végzett punkció előnyeit a transzcervikális és a transzabdominális módszerekkel szemben, különösen a sérüléseket (bél, ér, többi gestációs zsák) illetően. Az előnyök közé sorolják az embrió direkt punkciójának, letális anyag befecskendezésének elkerülhetőségét, valamint azt, hogy a módszer a 6. terhességi héten már elvégezhető, így a beteg számára pszichésen is könnyebben elfogadható.

Bodnár Béla dr.

Az alacsony szérumszintű progeszteron és a méhnyak diszfunkció. A méhen kívüli terhesség lehetséges oka. Pulkkinen, M. O., Jaakkola, U.-M. (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Turku, SF-20520 Turku, Finnország): Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 161, 934.

Felmerült a lehetősége, hogy a gyulladással elváltozások mellett az alacsony progeszteron szintnek is szerepe van az ectopiás terhességek keletkezésében. A szerzők ennek igazolására végezték vizsgálataikat 22 méheltávolítás miatt műtétre előkészített betegben. A betegek kora $43 \pm 1,4$ év, mind-

nyáján rendszeresen menstruáltak. A kürtöket az eltávolítás után Ringer oldatba helyezve, a körkörös és a belső hosszanti izomrétegek elektromos aktivitását nézték.

A fimbriális vég prouterin aktivitása gyenge volt alacsony szérumszintű progeszteron mellett. Az ampulla és isthmus többi részeinek alacsony vagy magas progeszteron szintje között a prouterin aktivitásban különbség nem volt. Az elektromos aktivitás frekvenciája nagyobb volt azon betegek kürtjében, akiknek alacsony progeszteron szintjük volt, szemben a magas progeszteron szintűekkel. A petevezető mozgató ereje a szérumszinttel van kapcsolatban. Ha a szérumszint magas, az isthmus hajtóereje nagyobb, mint ha alacsony a progeszteron szint. Inaktivitás is lehetséges, hogy petesejt retenció a tubában szignifikánsan gyakrabban fordul elő, ha a progeszteron szint alacsony.

Jakovits Antal dr.

Agyi bénulás a „dublinoi szülés alatti ellenőrzés randomizált vizsgálata” közben születettek között. Grant, A. és mtsai (National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6H2, Anglia): Lancet, 1989, II, 1233.

A szerzők 13 079 élveszületett gyermeket vizsgáltak, 39-nek volt újszülöttkori roham. Túlélő 30, ezek közül 9-et a szülés közben elektronikus monitorizáltak és 21-et időnkénti hallgatózással ellenőriztek. Elektronikus monitorizáltak 6527 születést, és intermittáló asztulációval 6552 születést ellenőriztek. 3–3 gyermek állapotát mindkét csoportból 4 éves korban agyi bénulásnak ítélték. Négynek (mindkét csoportból 2–2) spastikus quadriplegiája volt súlyos szellemi elmaradottsággal. A tradicionálisan elfogadott asphyxia jeleit észlelték 3-ban (2 az elektronikus monitorizáltak és 1 az intermittáló hallgatózással ellenőrzöttek között). Ezek a jelek a születés alatt nyilvánvalóak voltak (abnormális szívűködés vagy mekoniummal festett magzatvíz) és közvetlen a születés után (alacsony Apgar-értékek), valamint az újszülöttkorban (a rohamok). Mindhárom esetben abnormális volt a tónus, a mozgás, a reflexek, agyi irritáció jeleivel. Egyiknél a szülés alatt kiterjedt leépényelválás volt, a 2. nál arctartás subarahnoidális vérzéssel, a 3. iker transzfúzió miatt, a másik iker magzat a megszületés előtt meghalt. A 4. nek spastikus quadriplegiája volt, RDS következtében kifejlődött kamrai vérzés miatt. Másik 2 agybénulásos gyermeknek enyhe spastikus hemiplegiája volt. 15 másik gyermek (akik a szakorvosok szerint agyi bénulásban szenvedtek) közül 8 elektronikus és 7 hallgatózással volt ellenőrizve. A születésük normális volt. Az anamnézisben RDS, pneumonia, túlhordás, fertőzés, gastroenteritis voltak.

A szerzők leletei szerint az agyi bénulások gyakorisága keveset változott az elmúlt

30 évben a perinatális gondozás ellenére, amely viszont a halálozás kockázatát nagyban csökkentette. A születés közbeni szívűködés nem látszik összefüggésben lenni a későbbi agyi bénulással. A szerzők szerint a születés körüli megelőzhető asphyxia sokkal kevésbé gyakori oka az agyi bénulásnak, mint feltételezik.

Jakovits Antal dr.

Az ismétlődő terhességi veszteség új megközelítése. Dudley, D. J., Branch, D. W. (Room 2B, 200 Medical Center, 50 N. Medical Drive, Salt Lake City, UT 84132 USA): Clin. Obstet. Gynecol., 1989, 32, 520.

Az ismétlődő terhességi veszteség ritka, kevesebb mint 1%-ot tesz ki azoknál a házaspároknál, akik megkíséreltek gyermekhez jutni. Bizonyos klinikailag kórismézett autoimmun betegségek, mint a szisztémás lupus erythematosus régóta ismeretes okai a terhességi veszteségnek. Az antifoszfolipid antitestek, mint a ribonucleoprotein-ellenes antitestek és antinuclearis antitestek is, társulhatnak terhességi veszteséggel. Az antitest képességet, hogy megnyújt bizonyos koagulációs teszteket, antikoagulánsnak mondják, bár a lupus anticoagulans ritkán társul vérzéssel. A szerzők klinikáján az ismétlődő vetélők kb. 10%-ának van laboratóriumi koagulációs tesztjük. A lupus anticoagulans társult terhességi veszteség gyakori a 2. trimeszterben bekövetkező magzati elhalátnál. A terhességi veszteség oka ismeretlen. Lehet, hogy a leépényi thrombosis decidualis vasculopathiához és infarktushoz vezet.

Ajánlják az antifoszfolipid antitest kezelést. A standard kezeléshez tartozik 75–80 mg/nap aspirin és napi 40–60 mg prednison. Az aspirin gátolja a vérallemezke összecsapódását, így fenntarthatja a normális prosztaciklin-thromboxan viszonyt. A prednison elnyomja a lupus anticoagulans produkciót.

Az ismétlődő meg nem magyarázott vetélést okozhatja az abnormális anyai immunválasz a magzatnak apai antigénjeire. Elméletileg az immuntolerancia kifejlődése gátolt és ez a conceptus kilökődését eredményezi. A kihordott terhesség utáni másodlagos vetélés az immunológiai túlságos reakció következménye.

A celluláris immunrendszer lymphocytákból, monocytákból és makrophagokból áll. Immunológiaiilag aktív elnyomó sejteket találunk az endometrium luteális fázisában és a korai terhességi decíduában. Ezek szuppresszív tényezőket választanak ki, amelyek szabályozzák a helyi anyai immunválaszt. A prostaglandin E₂ lehetséges, hogy az egyik tényező, amely gátolhatja a sejt által közvetített immunválaszt.

Humorális immunválasz a B lymphocyták által termelt fajlagos antitestek. Az apaiellenes cytotoxikus antitestek az első trimeszterben jelennek meg és a terminus felé

csökkennek, és szülés után ismét szaporodnak. A blokkoló tényezők az anyai antitestek antigén helyei ellen irányulnak és megelőzik az anyai lymphocyták kötődését a magzati antigénnel.

Az immunkezelés javallataira vonatkozó megegyezés nincs. Apai vagy donor lymphocytá- vagy vértranszfúziót ajánlanak.

Genetikai okok. Kromoszomális hibák esetén az ismétlődő vetélések kockázata nem fokozott. Egy vagy több megelőző spontán vetélés azonban 40%-ra növeli a kilátást a következő abortusra.

Anatómiai abnormalitások: a cervix elégtelenség és méh septumok. A cervix incompetencia új diagnosztikus lehetősége az ultrahang vizsgálat. A méh septumok megszüntetési módja a hysteroscopiás eljárás.

Jakobovits Antal dr.

Tabuizált testrészek problémát okozhatnak. Derbolowsky, J. (D—8039 Puchheim, Lochhauserstr. 12.): Sexualmedizin, 1989, 18, 392.

Feltűnő, hogy milyen sok nő nem ismeri a női nemi szerveket és azok funkcióját. Így ez a felvilágosodottsági hiány sok problémát, igen gyakran menstruációs fájdalmakat okozhat.

A csecsemő szinte megszületésétől kezdve fokozatosan ismerkedik meg saját testével (látja, megfogja azt) és így saját testét elkülöníti a külvilágtól.

A pubertás korában „új” jelenségek és elváltozások alakulnak ki, amik számára ismeretlenek és a nemi szervekkel kapcsolatos sok tabu megakadályozza a kislányokat abban, hogy ezen megváltozott körülményekhez alkalmazkodjanak. Ugyanis eddig arra nevelték, hogy a nemi szerveket ne nézze meg, ne „nyúljon” oda, legfeljebb tisztálkodási céllal, de miután „az” piszkos, utána mosson kezét.

Sokat segítene ezen, ha arra nevelnék a kislányokat, mégpedig idejében, hogy egy kézitükör és ujjuk segítségével ismerkedjenek meg saját nemi szerveikkel, bizalmas viszonyba kerüljenek azzal. Ilyen jellegű nevelés esetén a menstruációval kapcsolatos fájdalmak is ritkábban jelentkeznek, ill. később ilyen felvilágosítás mellett gyógyíthatók is lennének. (Ref.: *Miután napjainkban sok „leány” is használ tampon, ehhez pedig intenzívebben kell nemi szerveihez nyúlniuk és a tükröt is használniuk, várható, hogy a címben említett panaszok gyakorisága csökkenni fog.*)

Aszódi Imre dr.

Szexualitás a klimax-korban. Eicher, W. Frauenklinik, D—6800 Mannheim, Speyerstr. 91.): Sexualmedizin, 1989, 18, 468.

Nem törvényszerű, hogy a klimax-korban szexuális panaszok legyenek, de mégis gyakori. A klimax-korúak egyik harmada panaszzmentes, másik harmadának

csak enyhe, míg harmadik harmadának súlyosabb panaszai vannak, és ez feltétlenül kezelendő.

Napjainkban általában 50 éves korban marad el a vérzés, tehát még 25—30 évet élnek még ezután, és pedig hormon deficit állapotban.

A panaszok részben szomatikusak (hevülés, izzadás, hízás, emlékezetkiesés), részben lelkiek (hangulati labilitás, depresszió) és mindezekhez gyakran társulnak szexuális jellegűek is. Ez utóbbiakra leggyakrabban a közösülés kivitelezésével kapcsolatos nehézségek jellemzők.

A hormon-háztartás változását szokták elsősorban felelőssé tenni, amit azzal magyaráznak, hogy a hormonok direkt befolyást gyakorolnak a bőrre és a hüvelyfalra is és így csak hosszabb stimulálás után következik be a lubrikáció és az kisebb mértékű is. Ilyenkor az aktus orgazmus-szakasza is rövidebb és az asszonyok kevésbé kezdeményezők.

A hormon-háztartás változásán felül szerepet játszanak az életvezetési változások is, hisz a gyermekek már eltávoztak a háztól, nem kell értük felelősséget vállalni, aki dolgozott, nyugdíjba megy stb.

Általában ritkább a panasz a nem szültek körében.

Korábban úgy gondoltuk, hogy akiknek a méhét még ivarérett korban el kellett távolítani, csak később kerülnek klimax-korba, akkor, amikor különben is bekövetkezett volna a változás kora. Nagyobb anyagon végzett megfigyelések szerint azonban általában 4—5 évvel hamarabb jelentkezik a klimax azoknál, akiknek a méhét korábban eltávolították, mint azoknál, akik méhük birtokában érték el ezt a kort.

A kezelés lényege a tüszőhormon, amit sokszor elegendő helyi kenőcs formájában alkalmazni.

Ha tablettá formájában alkalmazzák a tüszőhormont, a következményes vérzés-zavar miatt méhkaparás válhat szükségessé. Ritkább azonban a vérzés-zavar, ha a tüszőhormont nem folyamatosan, hanem ciklusosan adagolják és még ritkább akkor, ha progesteronnal kombinálják.

Korábban méhtestrák műtete után ellenjavalltnak tartották a tüszőhormon adagolását a kiújulás, áttétképződés veszélye miatt. Saját tapasztalatuk szerint azonban ilyenkor is adható tüszőhormon, mert nem észleltek gyakrabban kiújulást-áttétet, mint azok körében, akik nem kaptak ilyen kezelést.

Aszódi Imre dr.

Tények és artefactumok az anaemia és koraszülés vonatkozásában. Klebanoff, M. A. és mtsai: JAMA, 1989, 262, 511.

Tizenkét egyetem kollaboratív, prospektív munkájának eredményeit ismertetik a szerzők. Az adatgyűjtés 1959 és 1966 között zajlott le. Jelen közleményükben 52 448 olyan terhes klinikai adatait elemzik, akiknél egy vagy több haematokrit meghatározás is történt a terhesgondozás

alatt. A vizsgálati feltételeknek nem megfelelő terheseket kizárva az elemzett csoportból, végül 35 423 terhesnél tanulmányozták az anaemia és a koraszülés lehetséges összefüggését. (Anaemiának tekintik, ha a Htk kisebb-egyenlő 34%.) A néger és a fehér bőrű terheseket külön csoportonként kezelve vizsgálják azt is, hogy milyen különbségek észlelhetők e két csoportban a vizsgált tényezők vonatkozásában. A harmadik trimeszterben minden egyes terheségre hétére vonatkozóan megvizsgálták, hogy az anaemiás és a nem anaemiás terhesek között milyen gyakori a koraszülés.

Azt találták, hogy a korai harmadik trimeszterben (28—30. hét) egy nagyon gyenge összefüggés mutatható ki az anaemia és a koraszülés között. A 30. terhességi hetet követően az anaemia nem függött össze a koraszüléssel.

A szerzők három következtetést vonnak le tanulmányukból:

1. A Htk folyamatosan emelkedik a harmadik trimeszterben.

2. A leírt, normális haematokrit emelkedés miatt az olyan összehasonlító vizsgálatok, amelyek a korán és a terminusban szülők haematokritjait hasonlítják össze, tévesen, mesterségesen produkálnak pozitív összefüggést az anaemia és a koraszülés között.

3. Az anaemia nem tekinthető erős rizikó tényezőnek a koraszülés szempontjából, ha a megfelelő módszertani korrekciókat elvégezzük.

Mindezek alapján a szerzők nem tartják klinikailag megalapozottnak az enyhe fokú terhességi anaemiák gyógyszeres kezelését sem.

Török Miklós dr.

A múltbeli szaporodási folyamat hatása a spontán vetélés kockázatára. Regan, L. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynaecology, Rosie Maternity Hospital, Cambridge CB2 2SW, Anglia): Br. med. J., 1989, 299, 541.

A szerzők 50 vetelő nőt tanulmányoztak. 40 abortus már vetélt asszonyban fordult elő. A primigravidák spontán vetélése 8%-ban (az 50 közül 4-ben) az előzményekben csak sikeres szülésekről beszámoltak között 6%-ban (az 50 közül 3-ban) következett be. Azoknak a nőknek, akiknek utolsó terhessége vetéléssel végződött, 19%-os esélyük van az ismételt abortusra és szignifikánsan nagyobb a kockázatuk, mint a primigravidáknak (5%), akiknek minden terhességük sikeres volt (4%), vagy akiknek az utolsó terhességük volt sikeres. Azok kockázata a legnagyobb, akiknek eddig csak vetéléseik voltak. Az 50 klinikailag megállapított abortus közül 24 a 8. hét előtt következett be.

Szókás az elvetélt asszonyoknak mondani, hogy a következő terhesség kedvező lesz. A szerzők fenti leletei alapján ez a tanács félrevezető.

Jakobovits Antal dr.

Normalizálja
a lipideket

LIPANTHYL

KAPSZULA

M 300

Összetétel: 100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás: A koleszterinszintézis kulcsenzimjét, a HMG-CoA redukáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet. A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést. Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok: Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltozásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolhatók. Súlyos szekunder hypertriglyceridaemiák, amelyek az alapbetegség (diabetes mellitus, köszvény) megfelelő kezelése ellenére is fennállnak. Xanthomatosis hyperlipoproteinaemiával együtt járó akut pancreatitis, az arteriosclerosis agyi szív- és perifériás érrendszeri szövődményeinek megelőzése. A Lipanthyl-kezelés akkor indokolt, ha minimálisan 3 hónapig tartó, zsírananyagcsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszeresedés alatt is szükséges.

Ellenjavallatok: Súlyos májfunkciózavarok. Fennálló vagy az anamnéziséből ismert cholelithiasis. Súlyos vesefunkció-zavarok, vesekövesség. Terhesség, szoptatás. Primer biliaris cirrhosis.

Adagolás: Napi adag 3 kapszula (reggel 2 kapszula, este 1 kapszula) étkezés közben, amelyet tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. A veseműködés károsodása esetén a napi adagot a funkció beszűkülésével arányosan kell csökkenteni.



Mellékhatások: Átmeneti gyomor- és bélpanaszok előfordulhatnak, melyek a dózis csökkentése után megszűnnek. Nem gyakori a szédülés, émelygés, hányás, urticaria, viszketés és fejfájás előfordulása. Ritkán fordul elő a szérumsztranszamináz átmeneti emelkedése, amely általában 8 napon belül normalizálódhat a kezelés megszüntetése nélkül.

Nagyon ritkán hajhullás és potenciazavar, izomgyengeség és izomfájdalom is előfordulhat.

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható:

- orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, vérzés-veszély),
- szulfanilkarbamid típusú orális antidiabetikumokkal (azok hatásának fokozódása, hipoglikémia veszélye),
- köszvényellenes szerekkel (húgysavürítő hatást fokozza).

Figyelmeztetés: A kezelés első 3 hónapjában a lipidszintek havonkénti ellenőrzése ajánlott, és amennyiben ezen idő alatt nem csökkenti a szérumlipidszintjét, más terápiára kell áttérni!

Gyermekek öröklött hyperlipidaemiája esetén csak akkor adagolható, ha a hyperlipidaemia nem I. típusú, és 6 hónapos diéta nem hoz megfelelő eredményt.

Orális antikoaguláns adagját ismét be kell állítani!

Csomagolás: 50 db kapszula.



Gyártja
a FOURNIER-DIJON cég
licence alapján a



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

CAVINTON® H500

injekció

tabletta



HATÓANYAG: 5 mg vinpocetinum tabl.-ként; 10 mg vinpocetinum (2 ml) amp.-ként.

JAVALLATOK: **Orálisan:** különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás, vagy sclerotikus) agyi keringészavarok pszichés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavar, szédülés, fejfájás csökkentése, a klimaktérium-szindróma vazovegetatív tüneteinek kezelése. Hipertenzív encephalopathia, intermittáló vaszkuláris cerebrális insufficiencia, angiospasztikus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítása.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vaszkuláris, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegeneráció, parciális trombózis, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vaszkuláris, vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labirintus eredetű szédülés.

PARENTERÁLISAN: Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovaszkuláris kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható, kizárólag lassú cseppinfúzióban.

ELLENJAVALLAT: **Terhesség.** Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok esetén a parenterális alkalmazás.

ADAGOLÁS: Naponta 15–30 mg (3-szor 1–2 tabl.), a fenntartó adag napi 15 mg (3-szor 1 tabl.), hosszabb időn keresztül.

Cseppinfúzióban a kezdő napi adag 20 mg (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) lassan infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban).

Ha a beteg állapota szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott összmennyiség elérheti az 1 mg/ttkg-ot. **IV. ÉS IM. NEM ALKALMAZHATÓ!**

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az injekció heparinnal inkompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparinkezelésben részesül.

FIGYELMEZTETÉS: Az ampulla szorbitol-tartalma miatt diabéteszesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✖ A **tabletta** csak vénre adható ki. Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2ml); 50 tabl.



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



A korai terhességben végzett ultrahang-vizsgálat hatása az anyagyermek kapcsolatra. Wisser, J. (D—8000 München 70, Marchioninstr. 15., Frauenklinik): Mitteilungen d. Gesellschaft f. praktische Sexualmedizin, 1989, 10, (dec.), 30.

Korábban a terhesek „igazán” csak a magzatmozgás megérzésétől kezdve vették valójában „kézzelfoghatóan” tudomásul a terhességüket, sőt ezt a leendő apa is észlelhette. Az ultrahang-vizsgálat lehetősége azonban nagy változást eredményezett a szülő-gyermek kapcsolatra vonatkozóan is, mert így már egész korai terhességben mindketten „láthatják” a magzatot, így intenzív emocionális kapcsolat is kialakulhat.

Vannak, akik elkérik a képet és bera-gasztják azokat a gyermekre szánt fotóalbumba.

Kóros terhesség mindig megviseli a nőt. Ha azonban a problémát az ultrahang-kép segítségével magyarázzák meg, azt jobban megérti a nő, és az esetleges beavatkozás szükségességét hamarabb elismeri. (Természetesen mindig elengedhetetlen a tervezett beavatkozás javallatának a megmagyarázása és az is, hogy abba a nő beleegyezzen. Olykor előfordul azonban, hogy szinte érthetetlen a beteg elutasító álláspontja. Így előfordult gyakorlatunkban, hogy az ultrahanggal megállapított anencephaliás terhességet nem engedte megszakítani az asszony, mert akkor elesik a szülési segélytől. — Ref.)

Az ultrahang segítségével könnyű megmagyarázni, hogy az intrauterin transzfúzió miként történik, milyen jellegű rendellenesség miatt szükséges a megszakítás, nemhez kötött károsodás esetén gyakran biztosan meghatározható a magzat neme, de ettől függetlenül is sokan kíváncsiak arra, hogy fiuk lesz-e, vagy lányuk.

Aszódi Imre dr.

Agyi bénulás és születés alatti felügyelet. Szerkesztőségi közlemény. Lancet, 1989, II, 1251.

A traumás születés néha agysérülést eredményez, ami később mint bénulás nyilvánul meg. Az érintett betegeknek csak nagyon ritkán van a születési sérülésnek bizonyítéka. A 4 éves követési idő nem mutatott különbséget az elektronikusan monitorizáltak és a hallgatózással ellenőrzöttek között az agyi bénulás gyakoriságában. Az alacsony Apgar-értékek, az elhúzódó idő a spontán légzés megindulásáig, az abnormális magzati szív-működés és az abnormális újszülött neurológiai jelek a legtöbbször nagyon szegényes előjelei a későbbi neurológiai abnormalitásoknak. Ha azonban az Apgar-értékek nagyon alacsonyak maradnak 20 perc után is, vagy az újszülöttnél a rohamok születés után röviddel jelentkeznek, vagy a kettő kombinációja lényeges kockázatot jelent a későbbi agyi bénulásra.

A szülészeti felügyelet és az agyi bénulás közötti összefüggés bizonyítéka hiányzik. A születés közbeni felügyelet szerepének túlhangsúlyozása lehet, hogy az agyi bénulásra fokozottan veszélyeztetettek igazi érdekét fogja szolgálni. De ok azonban másutt is kereshető.

Jakobovits Antal dr.

A GnRH agonisták. Schriock, E. D. (Department of Obstetrics and Gynecology, 956 Court Avenue, Room D324, Memphis, TN 38163, USA): Clin. Obstet. Gynecol., 1989, 32, 550.

1977-ben izolálták a gonadotropinokat kibocsátó hormont (GnRH). Azóta szintetizáltak az agonista és antagonistá analógokat. Az agonistáknak paradox módon antireproduktív hatásuk van. Kezdetben serkentik a FSH és LH kibocsátást, de folyamatos adásuk érzéketlenné teszi a GnRH receptorokat és csökkentik a gonadotropin szekréciót. Több mint 2000 GnRH analóg ismeretes. Az Egyesült Államokban csak a leuprolidot használják, aminek a hatásossága in vitro 15-szerese a GnRH-nak. A nafarelin 200-szor hatékonyabb. Az emésztőcsatorna elpusztítja, ezért subcutan adják, de hatásos intranasalis is (2—5%-a a subcutan adagolásnak). Tartós alkalmazás esetén az ösztrogén szint olyan alacsony lesz a szervezetben, mint a

menopauzában. A következmény: hőhullámok, hüvelyszárazság és csontfelszívódás, osteoporosis lehetnek. Alacsony dózisban nincs ösztrogén deficit, de gyakori a szabálytalan vérzés.

Az antagonisták fejlesztése lassabb ütemben folyik. Előnyük a reproduktív tengely azonnali elnyomása.

Endometriosiban 1982 óta alkalmazzák a GnRH agonistákat (buserelint, nafarelint). A kezelés hatására a góciókban az endometrium mirigyek inaktívvá lettek, a tünetek elmúltak vagy csökkentek. A kezelés után azonban a legtöbb beteg tünetei, illetve panaszai kiújultak.

1983 óta kísérletek vannak méhmyomák GnRH analóg kezelésével. A 6 hónapos kezelés végére a daganatok 80%-ának csökken a nagysága. Kezelés után azonban újra megindul a növekedés.

Polycisztás petefészek betegségben a gonadotropinokra egyedül nem reagáló betegekben a gonadotropinok + GnRH analógok adása peteérés kiváltásához vezet. Ilyen kombinált kezelés alkalmas a luteális fázis deficit kezelésére, in vitro fertilisatio alkalmával a többszörös peteérés elérésére.

A GnRH agonisták közel tökéletes kezelést jelentenek a központi idegrendszeri eredetű korai pubertásban. A kórképet a hypothalamus korai aktiválódása okozza, amit a GnRH agonisták specifikusan elnyomnak. Az eredmény az ösztrogén és tesztoszteron koncentráció csökkenése, a másodlagos nemi jelek visszafejlődése fiúkban és lányokban egyaránt.

A praemenstruális tensio sok tünetből állhat, amelyek főleg a luteális fázisban jelentkeznek. A GnRH agonisták huzamos adása elnyomja az ovulációt és a tünetek visszafejlődnek.

Először nagy reményeket fűztek a GnRH agonisták fogamzásgátló hatásához, mivel az adagolás szüneteltetése után azonnal visszatér a peteérés. Az alkalmazás hátránya a menopauzális tünetek megjelenése, kisebb adagokban viszont gyakoriak a rendellenes vérzések.

A GnRH agonisták használatosak még az androgénektől függő prostata és az ösztrogén dependens emlőrákok kezelésére, mivel elnyomják a gonádok működését.

Jakobovits Antal dr.

„Sosem téveszd szem elől, hogy a természet nem isten, az ember nem gép, a feltevés nem tény.”

Diderot



MEZŐHEGYESI MEZŐGAZDASÁGI KOMBINÁT ÁLLATEGÉSZSÉGÜGYI OSZTÁLY

Biológiai Termékek



Kolosztrummentes Borjú Savó

0 órás, kolosztrumot még nem fogyasztott borjútól vérvétel útján (nem teljes véreztetéssel) nyert nyers termék.

REKLÁM ÁR: 4200 Ft/l

Felnőtt Szarvasmarhasavó

Egészséges, felnőtt szarvasmarhavérből készített nyers termék. Mentis álmány.

Ár: 700 Ft/l



Antiszerumtermelés

A kívánt antigénnel szemben antiszerumot termelünk igény szerint nyúlban, kecskében és birkában.



Felnőtt Ló Savó

Egészséges, felnőtt ló vérből készült nyers termék.

Ár: 700 Ft/l



Felnőtt Sertéssavó

Egészséges, felnőtt BIO-sertés vérből készült nyers termék. Mentis álmány.

Ár: 1000 Ft/l

Kiszerezés 5000 ml-enként (igény szerint kisebb adagokban is). 5000 ml-enként 50 ml reprezentatív mintát biztosítunk! Valamennyi termékünket fagyasztva tároljuk.

POSTACÍM: Mezőhegyesi Mezőgazdasági Kombinát, Mezőhegyes
Állategészségügyi Főágazat, Mezőhegyes, Kozma F. u. 30. 5820

TELEFON: 69-11045, 69-11187, 69-11381 **TELEFAX:** 69-11147 **TELEX:** 83459

KÖNYVISMERTETÉSEK

W. Marhold, S. Leodolter: Perinatale Doppeler-Ultraschall-Diagnostik. F. Enke Verlag, Stuttgart, 1989. 62 old. 77 ábra. Ára: DM 44,—

A G. Martius szerkesztette „Bücherei des Frauenarztes” sorozat 32. füzeteként megjelent munka 9 fejezetben foglalkozik a perinatalis doppler technikával. Elsőként a doppler ultrahang-technika fizikai elvét ismerteti az olvasóval. Ezt követően a technika gyakorlati alkalmazásának lehetőségeit, ill. a vizsgálatokra alkalmazott műszereket ismertetik a szerzők. Ezek között a CW (Continuous Wave), a PW (Pulse Wave), valamint a duplex scanner és a színes doppler eljárásokkal ismerkedhet meg az olvasó. Ezt követi magának a doppler görbének a matematikai analízise, ill. a görbe megismerése, annak „olvasása”. Említik a köldökzsinórbeli történő vérvételt is doppler segítségével.

A fenti technika segítségével az uteroplacentáris hemodynamika is vizsgálható. Az a. arcuata nyomásvizsgálataiban fellépő pathológiás változásokból a fötus elégtelen vérellátására lehet következtetni. A fötus keringési viszonyai is vizsgálhatók doppler technikával. Mindenekelőtt az a. és v. umbilicalis vizsgálatának van jelentősége, de az aortában, ill. annak különböző szakaszaiban uralkodó áramlásvizonyok is regisztrálhatók. Újszülöttkori intracranialis vérzés, necrotizáló enterocolitis esetén a doppler vizsgálatnak „előrejelző” jelentősége van.

Külön fejezet tárgyalja a doppler alkalmazásának lehetőségeit veszélyeztetett terhességben (rizikó-terhességben). Esetismertetésekkel illusztrálják a növekedési retardáció (IUGR, small for gestational age) típusos doppler görbéit az a. umbilicalis felett detektálva. Ikerterhesség, hármassiker-terhesség, valamint terhesség indukálta hypertonia esetismertetéssel kiegészített ábrái jól demonstrálják a doppler metodika alkalmazásának lehetőségeit a fenti kóros, vagy fiziológias terheségekben. A fötus a. umbilicalis, aorta, carotis

keringésének vizsgálatával intrauterin hemodinamikai áramlási zavarok kórismézhetők. Korán felismerhető egy esetleges acidosiszt okozó tényező például diabeteses anya magzatában.

A könyv röviden tárgyalja a kardiocinogram és a doppler kapcsolatát is. A szerzők szerint, míg a kardiocinogram egy akut paraméter, a doppler-sonogram a krónikusan kialakuló magzati vesélyállapotok korai kórismézésére alkalmas.

A könyv tehát szülésznek, gyermekgyógyásznak, neonatológusoknak egyaránt ajánlott, de a modern képközlő vizsgálati eljárások iránt érdeklődő más szakemberek is sok új információhoz jutnak.

Kiszel János dr.

Heinrich Kamieth: Das Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1990. 178 oldal, 80 ábra. Ára: DM 118,—

A szerző nagy irodalmi anyag felhasználásával mindenekelőtt röntgenológiai és funkcionális röntgen differenciáldiagnosztikai szempontból végzi a tárgyalást, a pathologia és pathofiziológia figyelembevételével.

Az utolsó évtizedeknek növekvő autóbalesetei tették szükségessé elsősorban a magasan motorizált államokban ezen problematikával való részletes foglalkozást, így természetesen ez a fogalom az angol nyelvű irodalomban jelent meg először: „whiplash injury” címmel, majd a francia irodalom a „coup de lapin” fogalmat használja a cervico-cephalicus csapódásos traumára. A német irodalom „Beschleunigungstrauma” fogalmat használja.

Ezen fogalmak taglalását az irodalom széles sprektuma végzi, elsősorban a pathomechanizmus tisztázása céljából, bár e könyv elsősorban röntgen-differenciáldiagnosztikai szempontokat súlypontosít, a pathomechanizmus kérdéseivel csak per tangentem foglalkozik. Ennek ellenére

megállapítható, hogy ezt a laesiót véleménye szerint egyértelműen a hirtelen fellépő ellenirányú erők kölcsönhatása során megnyilvánuló nyakcsigolya-elmozdulások okozzák, morfológiailag erősebb, vagy minimális elváltozásokkal, melyek esetleg később diagnosztizálhatók csupán. Nagy figyelmet fordít a segmentalis hypermotilitásnak, mely a csigolyákat összefogó szalagrendszer sérülésének a későbbi következménye, esetleges ventralis ossificatio kíséretében, mely minden esetben a spontán gyógyuló szalagsérülés jele. A továbbiakban az intervertebralis porckorongok állapotát tanulmányozza a csapódásos sérülések után, melyeket minden esetben degeneráltak, sérültek ír le. Logikusan vezeti le ezen pathomechanizmusból a kialakuló funkcionális neurológiai károsodásokat.

A könyv legérdekesebb és legsokatmondóbb részlete a craniovertebralis átmeneti vidék ilyen mechanizmus szerinti sérülések elváltozása, illetőleg ezeknek differenciáldiagnosztikai elhatárolása a krónikus craniovertebralis instabilitásoktól.

A pathomechanizmus a szakirodalom többségének véleményével egyezően összerinti is a hirtelen fellépő ellenirányú fej és nyakcsigolya elmozdulásokból fakad, melyekből sok esetben a későbbiekben észlelhető ferde nyaktartás, nyaki fájdalmak, esetlegesen jelentősebb neurológiai tünetegyüttes, avagy vertebro-basilaris keringési zavarokra utaló tünetek léphetnek fel. Feltehetően nagy jelentőségű ezen elváltozásoknak a funkcionális tomográfiás vizsgálatának taglalása a C₀-C₁ ízületi incongruentia kimutathatóságára tett kísérlet, illetőleg a rotációs mechanizmus igazolására végzett C₁-C₂ funkcionális tomográfiás vizsgálatok analízise.

Mindezeket összegezve a magyar irodalomban alig-alig ismert témával találkozunk, mely egyrészt a közlekedési balesetek során a gyorsulások hatásokat veszi figyelembe és taglalja az ezekből fakadó, röntgennel diagnosztizálható csigolyaelváltozásokat, illetőleg a craniovertebralis átmenet laesióinak differenciáldiagnosztikáját biztosító alapos röntgenológiai munkát képvisel.

Renner Antal dr.

„Csak úgy tudhatom meg az emberek igazi nézeteit, ha inkább arra figyelek, amit tesznek, mint arra, amit beszélnek. Nemcsak azért, mert erkölcsünk romlottsága miatt kevés ember van, aki mindent meg akar mondani, amit hisz, hanem azért is, mert sokan maguk sem tudják, mit hisznek.”

Descartes



A FÁJDALOM ELSZÁLL, MINT A BUBORÉK.

ASS-100 mg pezsgőtabletta. Gyorsan oldódik, ízesíthető,
könnyen megíható, hamar felszívódik. **ASS-100** mg pezsgőtabletta.
A gyógyszer, amelyre a gyerek egyszerűen csak azt mondja: **KLASSZ!**

ASS-100 mg pezsgőtabletta

Fájdalom és lázcsillapító, valamint gyulladáscsökkentő
gyógyszer elsősorban gyermekek részére.
Gyermekek szokásos egyszeri adagja, ha az orvos másképpen
nem rendel:

3-4 éves korban	1 pezsgőtabletta
4-6 éves korban	2 pezsgőtabletta
6-9 éves korban	3 pezsgőtabletta

Fenti adag 4 óránként alkalmazva, de naponta legfeljebb ötször.
Gyermekeknek és serdülőknek csak az orvos kifejezett
utasítására adható.

A pezsgőtablettát 1 pohár vízben fel kell oldani és étkezés után
kell bevenni.

Gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője vagy
annak akár gyanúja esetén is, kizárólag orvosi utasításra
alkalmazható. Amennyiben alkalmazásra kerül a gyógyszer ezen
betegségek esetén és esetleg tartós hányás, kábultság,
eszméletvesztés lép fel, haladéktalanul orvost kell hívni a
gyermekhez, mivel ezek a tünetek egy rendkívül ritka, de adott
esetben életveszélyes betegség jelei is lehetnek.

A készítményt nem szabad szedni:

- terhes nőknek a terhesség utolsó három hónapjában
 - gyomor- és nyombélfékélybetegségben szenvedőknek
 - fokozott vérékenységű egyéneknek
 - Szalicilát tartalmú készítmények iránt érzékeny egyéneknek
- Csak az orvos kifejezett utasítása esetén alkalmazza a gyógyszert:
- asztma, szénanátha, orrnyálkahártya polyp, krónikus légúti
fertőzés (főleg szénanáthaszerű



tünetekkel kapcsolatosan) esetén

- egyéb gyógyszerekkel szembeni túlérzékenység (pl. csalánkiütés, viszketés, bőrreakciók) esetén
- állandóan fennálló vagy ismétlődő gyomor- és nyombélpanaszok esetén
- máj és vesebetegség esetén
- terhesség alatt
- szoptatás idején. Amennyiben rendszeresen nagyobb mennyiségű gyógyszer szedése válik szükségessé, a csecsemőt el kell választani
- gyermekek felső légúti vírusfertőzése illetve bárányhimlője vagy akár annak gyanúja esetén.

A gyógyszer alkalmazása kapcsán előfordulhatnak gyomor- és bélpanaszok, asztmás rohamok, bőrreakciók, nagyobb adagoknál fűzőgás, szédülés. Bármilyen, a gyógyszer alkalmazása folyamán előforduló nem kívánatos mellékhatásról, valamint egyéb szokatlan tünetről vagy panaszról a kezelőorvost haladéktalanul tájékoztatni kell, és a gyógyszer további szedése csak az orvos utasítására folytatható. Fekete ún. szurokséklet esetén azonnal orvoshoz kell fordulni.

Gyermekek elől gondosan el kell zárni a gyógyszert! Más gyógyszer egyidejűleg csak a kezelőorvos tudtával szedhető, mert az együttes alkalmazás során módosulhat a gyógyszerek hatása. Száraz helyen, nedvességtől és lénytől védve szobahőmérsékleten tartandó!

Gyártja a Pharmavit Rt. Veregyház, Lévár u. 5.

A Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ 1990. november 8-án (csütörtök) du. 14.00 órakor a kórház kultúrtermében (Bp., Bakáts tér 10.) tudományos ülést tart.

Program

Czeizel Endre dr.: (OKI)

Optimális családtervezés. Lehetőségek és eredmények.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1990. november 12-én du. 15.00 órakor a Lukács Klubban (Bp., Frankel L. u. 25-27.) tudományos ülést rendez.

Program

Az ORFI F osztály betegbemutatója

A Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1990. november 13-án du. 14.00 órakor az intézet IV. emeleti nagy tanácstermében tudományos ülést tart.

Program

Kerekasztal megbeszélés medicolegalis problémákról.

Moderátor: Berentey György dr.

A Medicina 90 plus Biotec elnevezésű nemzetközi kongresszust és vásárt az idén november 21-24 között 22. alkalommal rendezik meg Düsseldorfban.

E rangos eseményt a Német Orvosi Diagnosztika Fejlesztésére alapított Társaság (MEDICA) az Észak-Rajna-Westfáliai Orvosi Kamara közreműködésével évente rendezzi azzal a céllal, hogy bemutassák a világ gyógyászati iparágainak újdonságait, az orvostudomány, az egészségügy különféle ágazatainak legújabb eredményeit.

A 22. kongresszusról és vásárról Bern Aufderheide és Csomós Géza dr. professzor, a Madaus Rt. klinikai kutatási igazgatója tartott Budapesten 1990. szeptember 4-én előzetes sajtótájékoztatót. Hangsúlyozták előadásukban, hogy az 1969 óta megrendezésre kerülő esemény áttekinthetővé teszi a nemzetközi piac sokrétűségét valamennyi orvosi szakterületen, összehozza az innovatív termékek felkínálóját a célcsoportjaikkal és fórumot teremt mind az érintkezők, mind az orvosi tapasztalatcseré számára. 1988-ban Ausztria, 1989-ben Magyarország volt, 1990-ben Franciaország lesz a rendezvény partnerországa.

Az idei novemberi kongresszus és vásár teljes programját az Orvosi Hetilap 131. évfolyama 1990. szeptember 2. számában közölte (1954-1955old.)

Az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet és az Orvostovábbképző Egyetem — az ORSI Izotópdiaosztikai Szeminárium keretében — egynapos szimpóziumot rendez „A vesebetegségek radioizotópos diagnosztikája” címmel.

Előadók: Klinikum: Prof. Farsang Csaba, dr. Karsza Attila
Haemodinamika: prof. Berentey Ernő
Radiofarmakonok: dr. Környei László
Izotópdiaosztika: dr. Dabasi Gabriella
dr. Szilvási István
prof. K. Kletter (Bécs, angol nyelven)

A Szimpózium helye: Veszprém, Várnegyed VEAB Székház

Időpontja: 1990. november 1. 9^h—18^h

Részvételi díj nincs.

További információ: dr. Szilvási István OTE
Izotóp labor
1389. Bp. Pf. 112.
Tel.: 1491-146.

Az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet, az Orvostovábbképző Egyetem, a Magyar Gasztroenterológiai Társaság Izotópdiaosztikai Munkacsoportja — az ORSI Izotópdiaosztikai Szeminárium keretében — „Az immunscintigráfia jelentősége a colorectalis carcinoma diagnosztikájában” címmel Szimpóziumot rendez.

Előadók: Klinikum: dr. Ritter László
Preklinikai vizsgálatok: dr. Jánoki Győző
Klinikai immunscintigráfia: Priv-Doz. R. Baum
(Frankfurt/Main) angol nyelvű előadás

A Szimpózium helye: Veszprém, Várnegyed VEAB Székház

Időpontja: 1990. november 2. 9^h—13^h

Részvételi díj nincs.

További információ: dr. Szilvási István OTE
Izotóp labor
1389. Bp., Pf. 112.
Tel.: 149-1146.

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Endokrinológiai Önálló Osztálya vendégládái részvételével 1990. november 6-án 16 órai kezdettel az Új Klinika tantermében (Szeged, Semmelweis u. 6.) tudományos előadást rendez.

1. Szarvas F. (SZOTE I. Belklinika, Endokrinológiai Önálló Osztály és Kutatólaboratórium Szeged);

Leydig-sejt adenomatosus subtotalis orchidektomia után patkányban.

2. Horváth Éva (Department of Pathology, St. Michael's Hospital, Toronto):

Az adenohypophysis sejt-physiológiája: múlt, jelen és jövő.

3. Kovács K.: (Department of Pathology, St. Michael's Hospital, Toronto):

Somatoliberinómák.

HEIM PÁL GYERMEKKÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET TUDOMÁNYOS ÜLÉSEINEK PROGRAMJA

1990. 10. 09.

Dr. Molnár Veronika, dr. Filonenko Alla, Juhász Jánosné, dr. Zubovits László, dr. Czappán Piroska, dr. Villányi Pál, dr. Vajnok Mária: (Heim Pál Gyermekkorház Vértanszfúziós Osztálya, Schöpf-Merei Ágost Kórház, Jahn Ferenc Kórház Budapest)

Anti-PP₁^k (anti-T₁^a) ellenanyag első hazai azonosítása

Dr. Czinyéri Judit, dr. Filonenko Alla, dr. Kadlecik Erzsébet, Limpárné Gerle Zsuzsa, Furmann Tivadarné, Gulyás Ildikó: Heim Pál Gyermekkorház Vértanszfúziós Osztálya (Bp.)

Gyermekkorban, Dideco Vivacell sejtszeparátorral végzett plazma-, ill. sejtferezis során szerzett tapasztalataink.

1990. 10. 16.

Dr. Molnár Erika: (Kisdadosztály)

Proteinuria.

Dr. Meichelbeck Krisztina, dr. Molnár Erika, dr. Gombos Éva: (Kisdadosztály)

Kisdadkori nephrosis syndroma szokatlan esete (kazuisztika).

Dr. Kovács Judit, dr. Lőrincz Margit, dr. Korponay-Szabó Ilma: (Kisdadosztály)

Coeliakia — a diagnózis után...

Dr. Kovács Judit, dr. Lőrincz Margit, dr. Korponay-Szabó Ilma, dr. Zimonyi Ilona, dr. Pászti Ildikó:

(Heim Pál Kórház Kisdadosztály, Haematológia, Apáthy István Kh. Sebészet)

Csecsemőkori Crohn betegség (kazuisztika).

1990. 10. 30.

Dr. Németh Csilla, dr. Kovács Ilona, dr. Szőke Katalin:

(Heim Pál Gyermekkorház Toxikológia és Országos Munkaegészségügyi Intézet, Bp.)

Környezeti ólomszennyezettség hatása a gyermekek szervezetre.

1990. 11. 13.

Dr. Láng Klára:

(Heim Pál Gyermekkorház Endokrinológia) Korai telarches lányok serdülőkori kontroll vizsgálata.

Dr. Sebők Alice:

(Heim Pál Gyermekkorház Endokrinológia) Növekedési zavarok

1990. 11. 27.

Belgyógyászati kazuisztika.

Előadások helye: Heim Pál Gyermekkorház-Rendelőintézet

A. ép. IV. em.-i előadóterme, 1089 Bp., Üllői út 86.

Időpontja: 14.00 óra

A DOTE Tudományos Bizottsága, a DAB Orvosi és Biológiai Szakbizottsága a II. Belklinika közreműködésével a DAB Székházban (Debrecen, Thomas Mann u. 49.) 1990. november 5-én (hétfőn) 18 órakor tudományos ülést rendez.

Az ülésen posztterek kerülnek bemutatásra.

1. Altörj J.: Thrombocyt-aggregáció és adhesió vizsgálata in vitro endothel monolayer, illetve extracelluláris matrix jelenlétében.

2. Boda Z. és mtsai: III. típusú Willebrand-betegség esete.

3. Boda Z. és mtsai: Thrombocyt-membrán glycoprotein-vizsgálat essentialis athrombitában.

4. Flóra-Nagy M. és mtsai: A Willebrand fehérje, a protein C és az antithrombin III összehasonlító vizsgálata.

5. Györffy Á. és mtsai: A vastagbél gyulladása és daganatos betegségeinek jellemzői (a klinika szakambulanciájának tízéves anyaga).

6. Hársfalvi J. és mtsai: Az immun-thrombocytopeniás purpura (ITP) immunológiai diagnosztikája.

7. Iványi J. L. és mtsai: Hisztológiai vizsgálatok jelentősége a hematológiai diagnosztikában (csontvelő-biopsziás anyagunk értékelése).

8. Jóni N. és mtsai: Az inzulin-receptorok vizsgálatának diagnosztikus értéke insulinomában.

9. Kiss A. és mtsai: Lépmegnagyobbodással járó B-sejtes lymphoma „villosus” lymphocytákkal (esetismertetés).

10. Kulcsár A. és mtsai: Tamoxifen-kezelés hatása az idült kísérletes máj-lacsióra.

11. Mikita J.: Haemoreológiai változások hematológiai betegségekben.

12. Misz M. és Kovács É.: Adatok a diabeteses microangiopathia pathogenesiséhez.

13. Nagy M. és mtsai: „Áttétes bronchus carcinomák” beteg tartós túlélése (esetismertetés).

14. Pfliegler Gy. és mtsai: A thrombophilia laboratóriumi megközelítése.

15. Pfliegler Gy. és mtsai: Von Willebrand-betegség és betahalassamiasa társulása.

16. Pósné E. és mtsai: A thrombocyt inzulin-receptorok feltételezett funkcióinak a vizsgálata

17. Rák K. és mtsai: Idült myeloproliferatív betegségek megakaryoblastos transzfórmációja.

18. Rejtő L. és mtsai: Felnőttkori T-sejtes lymphoma/leukaemia (ATLL) esete.

19. Sári B. és Altörj J.: A verapamil hatása a vörösvérsejtek savi haemolysisére

20. Telek B. és mtsai: Súlyos A-haemophilias, schizofreniás beteg szövődménymentes elektroshock-kezelése.

21. Udvardy M. és mtsai: Reperfusio okozta thrombotikus haemostasis-változások szívinfarctus streptokinase kezelése után

22. Udvardy M. és mtsai: Thrombocyt-membránhoz kötött antitestek mennyiségi vizsgálata idült májbetegségekben

23. Ujj Gy. és mtsai: Sejt-fluorimetriával szerzett kezdeti tapasztalataink (a III. Belklinikával közös).

Baypress® 20

TABLETTA

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként.

Hatás: A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kalcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a CAMP-foszfodieszteráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-áz. A kalmodulinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkenést eredményez.

Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben a napi egyszeri adása elegendő. Enyhe Na ürítő diuretikus hatása (főleg a kezelés kezdetén) elősegíti a vérnyomáscsökkentő hatását. A kalcium antagonisták kardio-protéktív tulajdonságával is rendelkezik.

A szívre gyakorolt hatása komplex: csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szívizom kontraktilitását, kis-mértékben emelheti a szívfrekvenciát, de nem befolyásolja a szív ingervezető rendszerének működését. Növeli az agy, szív és a vesék vérellátását. A kezelés alatt toleranciával, rebound-jelenséggel és ortosztatissal nem kell számolni.

Javallatok: Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. A hipertónia enyhe és közepes súlyos esetekben önmagában monoterápiaként alkalmazható, súlyosabb esetekben diuretikummal, esetleg bétareceptor-blokkolóval és egyéb antihipertenzívummal kombinálható.

Ellenjavallat: Terhesség, szoptatás.

Adagolás: Individuális. Átlagos napi adagja 20 mg (= 1 tbl.), a reggeli étkezés után. Terápiás dózistartománya 5–40 mg/die. Tartós kezelés során gyakran lehetségesse válik a nitrendipin adagjának csökkentése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed- vagy fél tablettára (5 vagy 10 mg).

Mellékhatások: Főleg a kezelés kezdetén fejfájás, az arc kipirulása, melegségérzés előfordulhat. A kezelés folytatása során ezek a mellékhatások általában elmúlnak. Fáradékonyság, szédülés, tachikardia is előfordulhat. A vizelet mennyisége a kezelés alatt fokozódhat. Ritkán átmeneti bokaödéma jelentkezhet, ennek oka az alsó végtag ereinek kitágulása, amely spontán vagy diuretikum adására kiürül.

Mint más vazóaktív anyagoknál rendkívül ritkán, kb. 15–30 perccel a bevétel után a mellkasi területen fájdalomérzés, bizonyos körülmények között angina pectoris-szerű fájdalmak léphetnek fel. Ilyen esetben a Baypress szedését meg kell szüntetni amennyiben oki összefüggés gyanítható. Alkalikus foszfátáz emelkedése a szérumban előfordulhat.

Gyógyszerkölcsönhatások: Bétareceptor-blokkolóval, egyéb vérnyomáscsökkentő készítménnyel, H₂-receptor blokkolóval és digoxinnal való együttadása körültekintést igényel.

- Bétareceptor-blokkoló együttadása emelheti a nitrendipin plazmakoncentrációját, jelentősen potenciálhatja a vérnyomáscsökkentő hatását, mérsékelheti a nitrendipin által kiváltott tachikardiát.
- Egyéb antihipertenzívumok és H₂-receptor blokkolók fokozhatják a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Digoxinnal együttadva a Digoxin plazmaszintje emelkedhet, Digoxin túladagolási tünetek jelentkezhetnek, ezért a Digoxin adagját nitrendipin kezelés alatt gyakran csökkenteni kell.

Figyelmeztetés: A nitrendipin kezelés első szakaszában – egyénenként meghatározó ideig – járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Túladagolás: Akut túladagolásnál flush, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, szívfrekvencia-növekedés erősebben léphetnek fel. Korai felismerésnél gyomormosás szénnel, extrém vérnyomáscsökkenés esetén Noradrenalin kell a szokásos koncentrációba infundálni, szívelégtelenség esetén Strophantin i.v.

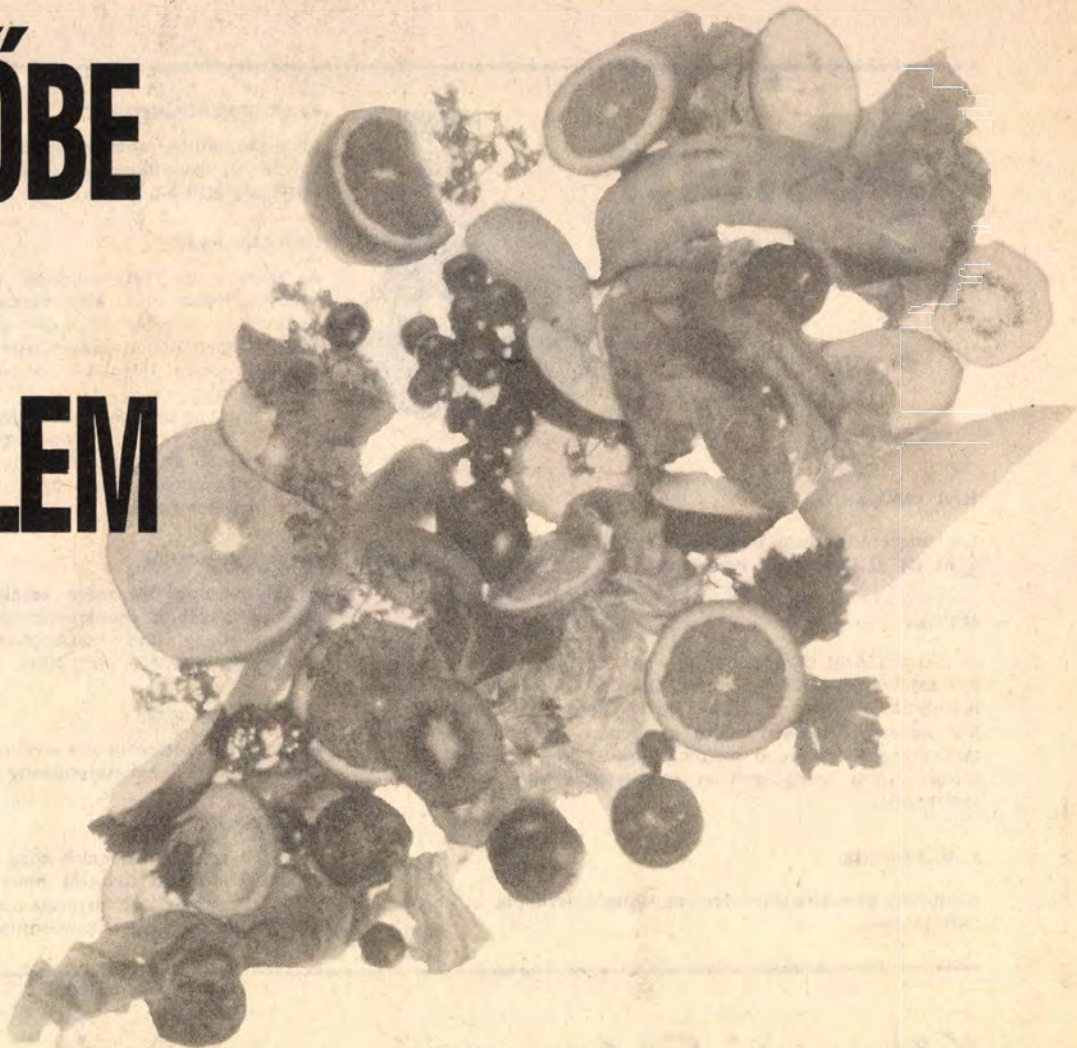
Nincs specifikus antidotuma, az előtérben álló szimp-tómákra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Csomagolás: 20 db tablettá.



Forgalomba hozza:
ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári BAYER A. G. licencia alapján

A CSŐBE ZÁRT SZELLEM



Az egészség szelleme. **C-vitamin 1000 mg.**

C-vitamin 1000 mg pezsgőtabletta

Vitaminkészítmény, legyengült állapotokban a vitaminszükséglet pótlására használható.

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 1/2–1 pezsgőtabletta, meghűléskor naponta legfeljebb 3 pezsgőtabletta, amelyet 1/2–1 pohár vízben feloldva kell alkalmazni.

Vesekő betegek csak orvos kifejezett utasítására szedhetik.

Szedése során hasmenés, gyomor-, bélpanaszok, allergia előfordulhat.

Ez esetben szedését abba kell hagyni és orvoshoz kell fordulni.

Mivel a vizeletcukor laboratóriumi meghatározását tartós szedése zavarja, szedéséről a kezelőorvost tájékoztatni kell.

A készítményt száraz helyen nedvességtől és fénytől védve kell tárolni.

A gyógyszert gyermekek elől gondosan el kell zárni!

Gyártja: a **PHARMAVIT Rt.** Veresegyház, Lévai u. 5.

Telefon: (06)-28/30-890, Fax: (06)-28/30-891

Kapható a gyógyszertárakban.



kliostom[®]
kenőcs



HATÓANYAGOK

1 g metronidazolom benzoicum és 20 mg triclosan tubusonként (20 g) lemosható kenőcsben.

HATÁS

A metronidazol benzoát gátolja az anaerob mikroorganizmusok fejlődését; a Trichomonas, Giardia lamblia és Entamoeba histolytica fertőzés specifikus gyógyszere. Helyi alkalmazásakor kevesebb hatóanyag jut a gyomor- és bélrendszerbe, a metronidazol kevesebb mellékhatásával kell számolni. A triklozan, mint antiszeptikum kiszélesíti a készítmény hatásspektrumát.

JAVALLATOK

Gingivitis et stomatitis ulcerosa, gingivitis acuta et chronica, parodontitis.

ELLENJAVALLATOK

Soor stomatitis, soor kifejlődésére hajlamosító gyógyszeres kezelés (citostatikum, antibiotikum, glükokortikoidok adása), terhesség első 3 hónapja.

ALKALMAZÁS

A szájhigiéne helyreállítása (fogkő, lepedék eltávolítása) után kezdődhet el az alkalmazása.

Fogmosást követően gézre 1–2 cm hosszú kenőcscsíkot kenve, pakolás formájában alkalmazható és lehetőség szerint minél hosszabb ideig (legalább 15 percig) a szájban kell tartani a pakolást.

Esetleg puha, csak erre a célra használt fogkefével a fogak közé, ill. az ínyre kenhető, dörzsölés nélkül.

A kezelések általában naponta 2–4 alkalommal végezhetők (célszerűen étkezés után) kb. 1–2 hétig.

Az egyenletes hatást a négyóránkénti alkalmazás biztosítja.

Kombinált kezelés:

A parodontopathiák mély, tasakos formáiban a Kliostom-kezelés önmagában rendszerint már nem elég, célszerű Klion tablettá adagolásával kombinálni és a gyógyulás után a recidívák megelőzésére periodikus Kliostom-kezelés ajánlott.

MELLEKHATÁSOK

Hányinger, fokozott nyáivválasztás. Soor szaporodhat el a szájüregben, főként hajlamosító tényezők fennállása esetén.

FIGYELMEZTETÉS

Protézist viselők Kliostom-kúra idején tartózkodjanak a protézis állandó használatától, mert az soor reservoárként szerepelhet. A protézist fokozottan tisztán kell tartani!

Alkohol fogyasztása a metronidazol tartalom miatt tilos.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

„A demokrácia egyetlen hiteles példája a természetben a halál, mely mindenkit egyaránt elér, aki valaha született.”

Petri Gábor

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Zoltán u. 8. Megjelenik 10 950 példányban

A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató

Telefon: 1310-781

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkészbesítő postahivatalnál,

a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)

(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),

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

Szerkesztőség: 1361 Budapest V., Nádor u. 32. Pf. 9. Telefon: 1325-109, ha nem felel: 1327-530/123, 151

Előfizetési díj egy évre 1680,— Ft, félévre 840,— Ft, negyedévre 420,— Ft, 1 hónapra 140,— Ft egyes szám ára 31,— Ft

Széchenyi Nyomda, Győr 90.14201 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 • ISSN 0030-6002

NO-SPA

injekció, tableta SPASMOLYTICA

HATÓANYAG: 40 mg drotaverinium chloratum
alkoholos—vizes oldatban (2 ml) ampullánként, ill.
tablettánként.

JAVALLATOK: Simaizom-görcsök: cholelithiasis,
nephrolithiasis, cholecystitis, pyelitis, cystitis,
hólyagtenesmus.

Adjuvánsként: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és
pylorus spasmus, az irritabilis colon szindróma
spasztikus obstpációs, ill. gáz-szindrómás formái
esetén.

Alkalmazható továbbá dysmenorrhoea, túl erős,
viháros fájástevékenység, tetanus uteri, fenyegető
vetélés esetén, valamint hipertónia, angina pectoris,
claudicatio intermittens adjuváns kezelésére.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos máj-, vese- és
szívelégtelenség.

ADAGOLÁS: Szokásos adagja felnőtteknek na-
ponta 40—240 mg (1—3-szor 1—2 amp./sc. vagy
im., ill. 120—240 mg/3-szor 1—2 tabl.). Heveny
kólikára megszüntetésére 40—80 mg (1—2 amp.)
iv. Perifériás érszűkület esetén ia. is adható.

Gyermekeknek 1—6 éves korig napi 40—120 mg
(2—3-szor ½—1 tabl.), iskoláskorúaknak napi
80—200 mg (2—5-szor 1 tabl.).

MELLÉKHATÁSOK: Fejfájás, szédülés, hányinger,
palpitáció, vérnyomásesés előfordulhat.

CSOMAGOLÁS: 5 amp

20 tabl.



CHINOIN BUDAPEST 

NITROMINT[®] aeroszol

koszorúér-tágító

A nitroglycerin az érfal simaizomzatára hatva tágítja a perifériás vénákat és artériákat, a koronáriaereket, ezúton csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szív munkáját, oxigénigényét, javítja a koronária-keringést, az ischaemiás szívizom oxigénellátását. Hatására javul a szív teljesítménye, nő a terhelési tolerancia. A szájnyálkahártyára juttatott nitroglycerin gyorsan felszívódik, hatása 1–2 percen belül jelentkezik.

HATÓANYAG

8 g nitroglycerinum solutum 1 %
10 g-os palackonként (0,4 mg nitroglycerinum adagonként)

JAVALLATOK

Akut angina pectoris roham, fizikai terhelés előtt alkalmazva a roham megelőzésére.

ELLENJAVALLATOK:

Organikus nitrátokkal szembeni túlérzékenység, szűkzugú glaukoma, súlyos hipotónia, emelkedett koponyaűri nyomással járó folyamatok (agyvérzés, agysérülés). Kardiogén sokk, anémia.

ADAGOLÁS

Az adagolószelep egyszeri lenyomásával 0,4 mg nitroglycerinnek megfelelő oldat távozik a mechanikus pumpával ellátott palackból.

Roham esetén a beteg ülő helyzetében 1–2 adagot kell a nyelv alá juttatni a szórófej lenyomásával. Szükség esetén ennél több, de 15 percen belül legfeljebb 3 adag alkalmazható.

BELÉLEGEZNI NEM SZABAD!

MELLÉKHATÁSOK

A szájban átmenetileg enyhe égő érzés, fejben lüktetés, arckipirulás, fejfájás, szédülés, palpitáció, melegségérzés, hányinger, izzadás. Főleg túladagoláskor ritkán cianózis és methemoglobinémia előfordulhatnak.

GYÓGYSZERKÖLCSSŰNTHATÁSOK

Óvatosan adható: antihipertenzívumokkal, triciklusos antidepresszánsokkal, (hipotenzió fokozódik).

FIGYELMEZTETÉS

Nyíltzugú glaukómában, migrén esetén adagolása fokozott óvatosságot igényel. Fokozza a katekolaminok, valamint a VMA (vanilinmandulasav) vizelettel való kiválasztódását.

A betegek nitroglycerin iránti egyéni érzékenysége nagyon eltérő, ezt az adagolásnál figyelembe kell venni. A gyógyszer alkalmazása terheességben csak a szon/kockázat alapos mérlegelése után ajánlott. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy bal-eseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. Alkalmazásának ideje alatt alkohol fogyasztása tilos! Alkalmazásakor a palackot függőlegesen, szórófejjel felfelé kell tartani.

Tűz- és robbanásveszélyes!

Fénytől, sugárzó hőtől védve, hűvös helyen tartandó! Dohányzás és nyílt láng mellett alkalmazni, illetve tárolni tilos!

Az üres palackot tűzbe dobni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

✚ ✚ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal a társadalombiztosítás támogatásával. Vény nélkül fogyasztói áron is kiadható.

CSOMAGOLÁS

1 palack (10 g).



GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST